

# NGHIÊN CỨU TỈ LỆ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở HỌC SINH TIỂU HỌC QUẬN BA ĐÌNH, HÀ NỘI

ThS. NGUYỄN THỊ HIẾN - Công ty tư vấn tâm lý Share  
PGS.TS. ĐẶNG HOÀNG MINH - Trường ĐH Giáo dục, ĐHQG Hà Nội

## 1. Đặt vấn đề

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất khởi phát trong thời kì thơ ấu ở trẻ em. Thông thường, sự khởi phát của các triệu chứng này bắt đầu trước khi trẻ lên 7 tuổi và rõ rệt khi trẻ bắt đầu đi học tiểu học. Theo Sổ tay hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, phiên bản IV-TR (DSM – IV TR) của Hiệp hội tâm thần học Hoa Kỳ, tỉ lệ trung bình từ 3 - 7% ở trẻ trong độ tuổi đi học có mắc RLTĐGCY. Nghiên cứu siêu phân tích của Polanczyk và Lima (2007) trên 303 nghiên cứu về tỉ lệ của RLTĐGCY với tổng mẫu là 171.756 trẻ từ 0 đến 18 tuổi ở mẫu dân cư khác nhau như ở châu Âu, châu Á, châu Phi cho thấy tỉ lệ RLTĐGCY ở trẻ em toàn thế giới nói chung là 5,29%. Đặc điểm địa lí không đóng vai trò chính cho sự biến thiên về tỉ lệ RLTĐGCY ở các quốc gia mà sự biến thiên đến từ phương pháp nghiên cứu (Polanczyk & Lima, 2007). RLTĐGCY không những dẫn đến hậu quả tiêu cực cho chính trẻ bị ảnh hưởng như thành tích học tập kém, bỏ học giữa chừng, tự trọng thấp, phát triển các rối loạn tâm thần nghiêm trọng khác như rối loạn hành vi, lo âu (Harpin, 2005) mà còn tạo ra gánh nặng tài chính cho gia đình và xã hội (NIH, 2000).

Theo số liệu của Viện sức khỏe tâm thần quốc gia Hoa Kỳ (NIMH), rối loạn này có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây. Ở nước ta, các bệnh viện, phòng khám chuyên môn hay các trung tâm can thiệp sớm đều tiếp nhận trẻ có biểu hiện RLTĐGCY đến thăm khám và điều trị. Trong đó, nhóm trẻ trong độ tuổi tiểu học được bố mẹ đưa đến với tỉ lệ cao hơn các nhóm tuổi khác.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu hiện theo 2 hướng: đặc điểm lâm sàng của RLTĐGCY ở trẻ đến bệnh viện (Đỗ Minh Thúy Liên, 2013), và tỉ lệ có biểu hiện RLTĐGCY ở trường học và cộng đồng (Đặng Hoàng Minh, 2002; Võ Minh Chí, 2003, Nguyễn Thị Vân Thanh, 2010). Gần đây, Nguyễn Thị Vân Thanh (2010) báo cáo tỉ lệ RLTĐGCY ở học sinh tiểu học ở hai trường ở Hà Nội qua hai bước sàng lọc và chẩn đoán là 3,01%. Lê Thị Minh Hà (2013) sử dụng thang Corners điều tra trên 821 học sinh tiểu học ở 20 trường ở TP.HCM cho

thấy 2,3% trẻ có biểu hiện RLTĐGCY và 2,7% học sinh có RLTĐGCY ở mức giới hạn. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Thanh cho biết tỉ lệ mắc RLTĐGCY (có khẳng định chẩn đoán) ở học sinh tiểu học, nhưng hạn chế về quy mô (2 trường tiểu học ở Hà Nội). Nghiên cứu của Lê Thị Minh Hà có quy mô lớn (20 trường tại TP.HCM) nhưng chỉ dừng lại ở báo cáo tỉ lệ có biểu hiện RLTĐGCY, chưa có số liệu về tỉ lệ RLTĐGCY được chẩn đoán ở học sinh. Việc xác định được tỉ lệ mắc RLTĐGCY ở học sinh tiểu học có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng các chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần tại trường học, đặc biệt trong công tác xây dựng các chiến lược giáo dục và quản lí lớp học mà giáo viên có thể thực hiện để hỗ trợ học sinh.

Nghiên cứu này chúng tôi có mục tiêu xác định tỉ lệ RLTĐGCY ở học sinh tiểu học (HSTH) ở một quận của Hà Nội (quận Ba Đình). Nghiên cứu đảm bảo lấy mẫu đại diện cho các trường ở địa bàn quận Ba Đình, lấy thông tin từ các nguồn tin khác nhau (học sinh, phụ huynh và giáo viên). Ngoài ra, để xác định được tỉ lệ mắc (chẩn đoán), chúng tôi đã tiến hành điều tra theo 2 giai đoạn: sàng lọc và chẩn đoán. Thang đo RLTĐGCY Vanderbilt (Bệnh viện Nhi TƯ, 2009) do học sinh, cha mẹ và giáo viên trả lời được sử dụng để sàng lọc những học sinh có nguy cơ RLTĐGCY. Sau khi xác định được các học sinh có nguy cơ RLTĐGCY, chúng tôi sử dụng Bộ Phỏng vấn Chẩn đoán cho trẻ em DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children-DISC) (Shaffer và cs, 2006) để chẩn đoán các học sinh thực sự mắc RLTĐGCY.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Mẫu nghiên cứu.

400 học sinh tiểu học (từ lớp 1 đến lớp 5) được lựa chọn ngẫu nhiên từ 4 trường tiểu học được phân bố trên các phường của quận Ba Đình để tham gia vào nghiên cứu. Đó là các trường Thành Công A, Nguyễn Tri Phương, Hoàng Diệu, Ngọc Hà. Số mẫu được lấy tương tự về số lượng ở các lớp (20 mẫu/ lớp), khối (80 mẫu/khối) và trường (100 mẫu/trường) cũng như bằng nhau giữa nam và nữ (200/200). Để có được số mẫu trên chúng tôi bắt đầu chọn lớp theo hệ thống ở tất cả các trường: Khối 1 chọn lớp A; Khối 2 chọn lớp C; Khối 3 chọn lớp B; Khối 4 chọn lớp E; Khối 5 chọn lớp D. Sau đó, từ danh sách của lớp xếp theo thứ tự

(\*) Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ phát triển Khoa học và công nghệ quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài mã số VII.2-2011.11.

ABC, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 20 học sinh bao gồm 10 nam và 10 nữ.

**2.2. Công cụ nghiên cứu**

Thang đo sàng lọc RLĐGCV Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Scale) (Wolraich và cs, 1998) được thiết kế cho công tác đánh giá sàng lọc trẻ từ 6-12 tuổi có nguy cơ có RLĐGCV do Bệnh viện Trường ĐH Vanderbilt, Hoa Kỳ xây dựng với hai phiên bản dành cho cha mẹ và giáo viên. Thang đo là tập hợp các tiểu mục mô tả các biểu hiện cụ thể của triệu chứng tăng động giảm chú ý và một số triệu chứng của rối loạn hành vi, hay cảm xúc được thiết kế trên tiêu chí biểu hiện của các triệu chứng RLĐGCV do DSM – 4 đưa ra. Mục đích của thang đo là tìm kiếm các thông tin về triệu chứng và mức độ biểu hiện của triệu chứng RLĐGCV cũng như các biểu hiện của rối loạn hành vi, rối loạn chống đối hay một vài biểu hiện của lo âu trầm cảm. Thang đo không được dùng để chẩn đoán rối loạn RLĐGCV. Cha mẹ và giáo viên là người trả lời các miêu tả triệu chứng bằng cách chấm điểm: 0, 1, 2, 3 tương ứng với bốn mức độ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên cho các biểu hiện xuất hiện ở trẻ ít nhất trong 6 tháng trở đi (tính từ thời điểm làm thang đo trở về trước). Bản dành cho cha mẹ gồm 46 item, bản dành cho giáo viên gồm 35 item. Bản tiếng Việt của thang đo này được Bệnh viện Nhi Trung ương dịch và sử dụng để sàng lọc các trẻ có nguy cơ RLĐGCV.

Cách tính điểm của thang Vanderbilt như sau: Đối với tiêu chí Giảm chú ý (GCY) đòi hỏi cần có từ 6 đến 9 item được cho điểm 2 hoặc 3 trong tổng số 9 item thì được xem là có biểu hiện rối loạn dạng trội giảm chú ý, và có biểu hiện vấn đề được chấm điểm 1 hoặc 2 ở bất kì item nào của phần này.

- Đối với tiêu chí tăng động/bồng bột (TĐ) đòi hỏi cần 6 đến 9 item được chấm điểm 2 hoặc 3 trong tổng số 9 item của phần này thì được coi là có biểu hiện nguy cơ rối loạn dạng trội tăng động và có biểu hiện vấn đề nếu bất cứ một item nào cũng được chấm điểm 1 hoặc 2.

- Đối với dạng hỗn hợp tăng động giảm chú ý (TĐGCV) thì đòi hỏi đáp ứng cả hai tiêu chí trên.

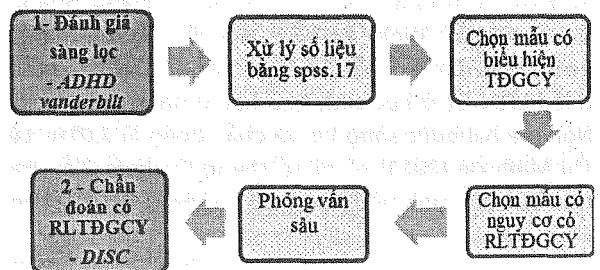
Bộ Phỏng vấn Chẩn đoán cho trẻ em DISC (Lucas và cs, 2006) nói trên là bộ câu hỏi phỏng vấn chẩn đoán có cấu trúc được sử dụng để đánh giá chẩn đoán sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên từ 6-18 tuổi, bao gồm lo âu, hoảng sợ, rối loạn ăn uống, trầm cảm, rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, rối loạn bài tiết. DISC được thiết kế là những câu hỏi dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán theo quy định trong DSM-IV và ICD-10. Trong khuôn

khở nghiên cứu này, chúng tôi chỉ sử dụng phần câu hỏi chẩn đoán RLĐGCV, gồm 46 câu hỏi. Nội dung của các câu hỏi và tiểu câu hỏi tập trung vào các biểu hiện của các triệu chứng tăng động hay giảm tập trung ở môi trường trường học và ở nhà hoặc ở nơi khác, kiểm tra vấn đề về thính giác, thời điểm và khoảng thời gian khởi phát của triệu chứng, sự giảm sút của các hoạt động chức năng học tập/ mối quan hệ, các chẩn đoán y tế hoặc tâm lí về bệnh lí, việc sử dụng thuốc, v.v... Quy tắc cho điểm: 0, 2, 7,8,9, tương đương với: không, có, từ chối trả lời, không có thông tin và không biết đối với một câu hỏi. Mẫu nào đáp ứng 5 tiêu chí với câu trả lời có (2) là mẫu được chẩn đoán RLĐGCV.

**2.3. Quy trình tổ chức nghiên cứu**

Sau khi hiệu trưởng cho phép tiến hành nghiên cứu ở trường, chúng tôi làm việc với giáo viên của lớp được chọn ở từng khối để giới thiệu mục đích nghiên cứu; lấy danh sách học sinh của lớp, và nhờ giáo viên gửi thư giới thiệu nghiên cứu đến các phụ huynh của các em được lựa chọn ngẫu nhiên theo danh sách. Đồng thời, giáo viên cũng cung cấp các thông tin đánh giá học sinh theo thang Vanderbilt. Sau khi nhận được ý kiến đồng ý tham gia vào nghiên cứu của phụ huynh, chúng tôi gửi thang Vanderbilt đến các phụ huynh. Số liệu thu từ bảng hỏi Vanderbilt do cha mẹ và giáo viên cung cấp được xử lí bằng phần mềm SPSS. Dựa trên tiêu chí sàng lọc của thang Vanderbilt, chúng tôi xác định được các em có nguy cơ RLĐGCV nếu có biểu hiện dương tính theo tiêu chí của thang đo Vanderbilt với GCY hoặc TĐ hoặc cả hai. rối loạn từ một trong hai nguồn tin cha mẹ và giáo viên. Từ danh sách mẫu có biểu hiện RLĐGCV, chúng tôi lập danh sách mẫu có nguy cơ có RLĐGCV nếu học sinh có biểu hiện dương tính từ cả hai nguồn tin. Người làm phỏng vấn trao đổi về buổi phỏng vấn với cha mẹ học sinh thông qua điện thoại, kết hợp với lời mời của giáo viên chủ nhiệm về thời gian và địa điểm cho cuộc phỏng vấn. Sau đó, chúng tôi (người nghiên cứu tâm lí) phỏng vấn sâu cha mẹ bằng bộ DISC.

Hình 1: Quy trình chẩn đoán RLĐGCV



**3. Kết quả nghiên cứu**

**3.1. Tỷ lệ học sinh có nguy cơ RLTDGCY dựa trên kết quả sàng lọc**

Sử dụng thang đo Vanderbilt với người cung cấp thông tin từ cha mẹ và giáo viên theo các tiêu chí tính điểm của thang, tỷ lệ học sinh có các mức độ biểu hiện ở 3 dạng RLTDGCY thể hiện ở bảng 1:

*Bảng 1: Tỷ lệ có mức độ biểu hiện ở 3 dạng RLTDGCY*

Các dạng	Số lượng	Phần trăm (%)
GCY	59	14.8
TĐ	51	12.8
TĐGCY	66	16,5

Có 14,8% có biểu hiện GCY, 12,8% có biểu hiện TĐ và 16,5% học sinh có biểu hiện hỗn hợp TĐGCY theo cha mẹ hoặc giáo viên đánh giá. Có sự khác nhau giữa cha mẹ và giáo viên đánh giá, thể hiện ở bảng 2:

*Bảng 2: Tỷ lệ có biểu hiện từ nguồn tin của giáo viên và phụ huynh*

Các dạng	Kênh thông tin	
	Giáo viên	Phụ huynh
GCY	53 (13,4%)	40 (10%)
TĐ	48 (12%)	38 (9,5%)
TĐGCY	65 (16,3%)	46 (11,5%)

Mức độ biểu hiện của GCY, TĐ, TĐGCY trên từng nguồn thông tin riêng biệt để nhìn thấy sự khác nhau về tỷ lệ mẫu có biểu hiện của GCY được nhìn nhận ở những người có vai trò khác nhau và ở các môi trường khác nhau trên cùng một khách thể. Ở cả ba chỉ số GCY, TĐ và TĐGCY, số mẫu có biểu hiện rối loạn cao hơn ở nguồn tin giáo viên so với nguồn tin cha mẹ. Một giả thiết được đặt ra để giải thích cho sự chênh lệch này là môi trường lớp học và môi trường ở nhà có sự khác biệt khá lớn, nếu nói lớp học là một không gian đóng thì môi trường ở nhà khá mở với các em. Mức độ chấp nhận hành vi của các em ở thầy cô và cha mẹ cũng khác nhau do yêu cầu tính chất của hoạt động khác nhau, vì thế có sự khác nhau về đánh giá. Ngoài ra có nhiều lí do khác khiến các em hay mất tập trung hay nghịch ngợm trong lớp như do các em không thích môn học đó, không muốn ngồi với bạn bên cạnh, không hứng thú với lời giảng của cô hoặc các em gặp những khó khăn về học tập, vấn đề về sự tiếp thu hay trí tuệ. Hơn nữa, ở trường học, học sinh phải tiến hành các hoạt động học đòi hỏi sự chú ý, tập trung cao để giải quyết công việc bằng việc nghe, viết hay tính toán trong một khoảng thời gian dài nhất định thường là 30 – 40 phút, trong khi đó các hoạt động ở nhà có tính chất mở và linh hoạt hơn, hoạt động tự do chiếm phần lớn thời gian, không đòi

hỏi sự chú ý cao độ và dài hơi như ở trường học và kết quả của công việc cũng không được đánh giá thường xuyên như ở trường, vì vậy, giáo viên sẽ dễ dàng nhận ra sự mất tập trung cũng như mức độ mất tập trung ở các em hơn là cha mẹ.

Để xác định nhóm có nguy cơ, chúng tôi chọn ra các trường hợp biểu hiện dương tính với GCY hoặc TĐ hoặc cả hai rối loạn trên cả hai nguồn tin. Kết quả được trình bày ở bảng 3.

*Bảng 3: Tỷ lệ có nguy cơ ở 3 dạng RLTDGCY*

Các dạng	Số lượng	Phần trăm (%)
GCY	34	8.5
TĐ	35	8.8
TĐGCY	37	9.3

Tiêu chí sàng lọc trẻ có nguy cơ TĐGCY mà tất cả các mẫu phải đáp ứng là phải được cả 2 nguồn tin đánh giá. Nếu như những biểu hiện của các triệu chứng giảm chú ý hay tăng động chỉ luôn xuất hiện ở một môi trường thì rất có thể những yếu tố trong môi trường đó và đứa trẻ đang có một sự tác động liên quan đến động cơ, nhu cầu, hứng thú hay sự xung đột nào đó, v.v... chứ không phải do rối loạn TĐGCY gây ra. Đối với những trẻ có TĐGCY thì chúng không thể kiểm soát được các triệu chứng của tăng động hay giảm tập trung, vì thế nó được bộc lộ ở nhiều môi trường khác nhau và ít bị các quy tắc, giới hạn tác động đến hành vi của mình.

Theo kết quả sàng lọc, tỷ lệ có nguy cơ RLTDGCY của HSTH tại quận Ba Đình là 9,3%, tương đương với 37/400 mẫu của nghiên cứu. Nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cs. (2013) trên toàn quốc về tỉ lệ có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở trẻ em từ 6 đến 16 tuổi cho thấy 6,74% trẻ có biểu hiện tăng động theo cha mẹ báo cáo theo thang đo Điểm mạnh và điểm yếu (SDQ).

**3.2. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán RLTDGCY**

37 học sinh có nguy cơ RLTDGCY được chuyển sang giai đoạn chẩn đoán để tìm ra những mẫu có RLTDGCY. Sử dụng bộ DISC để chẩn đoán, kết quả cho thấy có 25 mẫu đáp ứng đủ 5 tiêu chí chẩn đoán, còn lại 12 mẫu chỉ đáp ứng được từ 2 đến 4 tiêu chí, chiếm 67,6% trong tổng số 37 mẫu của nhóm có nguy cơ và chiếm 6,25% trên toàn bộ mẫu (n=400).

*Bảng 4: Mức độ đáp ứng của mẫu với các tiêu chí chẩn đoán*

Số lượng (n=37)	1 tiêu chí	2 tiêu chí	3 tiêu chí	4 tiêu chí	5 tiêu chí	Tổng
		2	0	3	7	25
%	5.4	0.0	8.1	18.9	67.6	100

Trong 25 mẫu có RLTDGCV chúng tôi tìm được có 3 mẫu thuộc thể trội chiếm 12% trong tổng số mẫu có RLTDGCV, còn lại 22 mẫu là RLTDGCV thể hỗn hợp.

Kết quả cho thấy, 6,25% học sinh ở quận Ba Đình có RLTDGCV trong độ tuổi tiểu học. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Thị Vân Thanh (2007), Lê Minh Hà (2013). Chúng tôi giả định sự khác biệt có thể do cỡ mẫu, địa bàn nghiên cứu. So với các nước châu Á, tỷ lệ này cao hơn tỉ lệ điều tra được ở Các tiểu vương quốc Ả rập là 4,1% theo báo cáo từ cha mẹ và 3,4% theo báo cáo của giáo viên trên trẻ em từ 5 – 16 (Eapen và cs, 2009). Tuy nhiên, theo nghiên cứu ở trường tiểu học ở Thổ Nhĩ Kỳ, con số này là 8,1% (Ersan và cs, 2004). Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với tỉ lệ 6,9% đến 9,0% trong một nghiên cứu của Akinbami và cs (2011). Về Tỷ lệ RLTDGCV ở trẻ Mỹ trong nhóm tuổi từ 5-17 tuổi và 8% là con số thống kê của Khảo sát y tế quốc gia Mỹ năm 2010 được nghiên cứu bởi Barbara Bloom trên trẻ từ 3 – 17 tuổi có RLTDGCV. Tỷ lệ có được từ nghiên cứu này là phù hợp với số liệu mới nhất do Hiệp hội tâm thần Mỹ đưa ra trong DSM IV-TR và Cục kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ với tỉ lệ TDGCV được ước tính khoảng 3-7% trẻ em tuổi đi học (American Association of Psychiatry, 2000., CDC, 2010). Sở dĩ có sự khác nhau về tỉ lệ chính xác trẻ mắc RLTDGCV là do các nghiên cứu khác nhau về công cụ đánh giá, thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu.

Kết quả nghiên cứu có thể ảnh hưởng bởi yếu tố đặc điểm lứa tuổi vì phần lớn số mẫu có rối loạn mà chúng tôi có được đều tập trung vào các khối 1,2,3. Tỷ lệ mắc cao đồng nghĩa với việc có nhiều trẻ sẽ gặp khó khăn trong học tập, trong các mối quan hệ bạn bè, thầy cô và với người thân trong gia đình do những biểu hiện triệu chứng gây ra.

Nghiên cứu cũng cho thấy một mối tương quan về giới tính với rối loạn này. Tỷ lệ học sinh nam có biểu hiện hay mắc rối loạn này luôn cao hơn học sinh nữ ở cả giai đoạn sàng lọc cũng như giai đoạn chẩn đoán...

#### 4. Kết luận

Trên cơ sở tiếp cận chẩn đoán RLTDGCV ở trường học với 2 bước: sàng lọc với nguồn cung cấp thông tin là cha mẹ và giáo viên, và phỏng vấn chẩn đoán, nghiên cứu xác định được tỉ lệ mắc RLTDGCV ở học sinh tại các trường tiểu học ở quận Ba Đình, Hà Nội. Tỷ lệ mắc là 6,25%, tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Tỷ lệ mắc/tỉ lệ sàng lọc có nguy cơ là 67,6%. Kết quả này không khác biệt nhiều so với tỉ lệ trên thế giới. Như vậy, ước chừng trong 1 lớp có 40 học sinh, sẽ có 2-3 (2,5) em mắc RLTDGCV. Kết quả này cảnh báo một tỉ lệ không nhỏ học sinh mắc rối loạn này trong nhà trường. Việc phát hiện hay nhận diện các em này là điều rất cần thiết để có thể hỗ trợ các em trong học tập cũng như trong cuộc sống. Nếu cha mẹ, thầy cô nhìn nhận ở góc độ các em đang gặp vấn đề, có rối loạn và những

điều các em thể hiện không phải là một sự chống đối hay cố tình gây ra mà là do rối loạn này tạo ra thì các em sẽ nhận được sự bao dung và hỗ trợ đặc biệt, khác với việc nhìn nhận các em là những học sinh kém cỏi, chống đối hay vô lễ. Vì vậy, việc trang bị nhận thức về rối loạn và tập huấn chiến lược làm việc với các học sinh này là điều cần thiết cho những người làm công tác giáo dục, đặc biệt là cho giáo viên và cán bộ quản lí giáo dục. Ngoài ra, tư vấn cha mẹ cách hỗ trợ con, góp phần giảm áp lực lên giáo viên cũng như cha mẹ và quan trọng là giúp được các em có môi trường học tập an toàn, hiệu quả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Hà (2013), *Thực trạng trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý tại TP.HCM*, Tạp chí khoa học Đại học Sư phạm TP.HCM, số 46 năm 2013
2. Đặng Hoàng Minh, Bahr, W., Nguyễn Cao Minh (2013) *SKTT trẻ em Việt Nam: Thực trạng và các yếu tố nguy cơ*, Cục Xuất bản Việt Nam.
3. Nguyễn Thị Vân Thanh (2010), *Đặc điểm tâm lí tâm sàng của học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý*, Luận án Tiến sĩ Tâm lí học, Viện Tâm lí học.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Key Findings: Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD: United States, 2003-2011*.
5. Guilherme Polanczyk., Maurício Silva de Lima, M.D., Bernardo Lessa Horta., Joseph Biederman., et al (2007) *The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis*, *Am J Psychiatry* 2007;164:942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942

#### SUMMARY

*The aim of this study is to determine the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in primary pupils at Ba Dinh district, Ha Noi. The study population was made up of 400 pupils from 1st grade to 5th grade randomly selected from 4 primary schools at Ba Dinh district. Pupils were given the Vanderbilt ADHD screening questionnaire that was completed by their parents and teachers. Pupils who met the criteria of Vanderbilt ADHD questionnaire, both reported by parents and teachers for having suspected ADHD symptoms were then diagnosed by the psychologists using the DISC. A prevalence of 6.25% was found for ADHD in this study. The boy/girl was 2.5/1. This prevalence for ADHD in primary pupils of Ba Dinh districts was not considered to be small, indicating that it is necessary now to have policies for teachers to learn about the ADHD symptoms so that they can recognize the at-risk pupils, as well as how to deal with these pupils.*