

## THỰC TRẠNG TRẺ CÓ RỐI LOẠN GIẢM CHÚ Ý TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LÊ THỊ MINH HÀ\*

### TÓM TẮT

*Bài viết đề cập một số nội dung sau: Thực trạng trẻ có rối loạn giảm chú ý ở học sinh tiểu học tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM). Trên cơ sở đó, tìm hiểu mối tương quan giữa rối loạn giảm chú ý và một số yếu tố khác, cũng như rối loạn giảm chú ý đi kèm với rối loạn khác.*

**Từ khóa:** rối loạn giảm chú ý.

### ABSTRACT

***The reality of children with Attention Dificit Disorder in Ho Chi Minh City***

*This article discusses the following contents: The reality of Attention Dificit Disorder on Primary-School-Aged children in Ho Chi Minh City, in light of which we also study the relation between ADHD and other factors, as well as other disorders following Attention Dificit Disorder.*

**Keywords:** Attention Dificit Disorder (ADD).

### 1. Đặt vấn đề

Thuật ngữ rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) được sử dụng khá phổ biến trong *Bảng phân loại bệnh quốc tế lần 10 (ICD10)* và *Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần (DSM-IV)*. Theo DSM-IV, ADHD được sử dụng rộng rãi với ba dạng biểu hiện: giảm thiểu chú ý (Attention Dificit Disorder - ADD), tăng động/xung động (Hyperactivity Disorder - HD) và tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD). [5]

Trong bài viết này, chúng tôi đề cập biểu hiện rối loạn giảm chú ý (RLGCY).

Theo DSM-IV, trẻ **rối loạn giảm chú ý (mã 314.00)** khi có ít nhất 6 triệu chứng sau đây tồn tại trong một thời gian tối thiểu là 6 tháng:

- Thường không thể tập trung vào những chi tiết hoặc thường xuyên mắc lỗi khi làm bài hoặc khi tham gia vào các hoạt động khác do bất cẩn;
- Thường gặp khó khăn duy trì sự chú ý trong công việc và cả sinh hoạt vui chơi;
- Dễ bị sao nhãng khi làm việc hoặc vui chơi;
- Thường có vẻ như không nghe khi người khác nói với mình;
- Thường không nghe theo lời chỉ dẫn và khó hoàn thành nhiệm vụ được giao trong học tập và làm việc (không phải vì có hành vi chống đối hay không hiểu các yêu cầu, hướng dẫn);
- Thường gặp khó khăn khi tổ chức công việc và các hoạt động;
- Thường tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia vào hoạt động đòi hỏi tập trung chú ý lâu dài (như làm bài tập ở lớp hoặc về nhà);

\* TS, Trường Đại học Sư phạm TPHCM

- Thường làm mất dụng cụ học tập (như đồ chơi, bút chì, sách vở) hoặc dụng cụ làm việc);

- Thường hay quên trong các hoạt động hàng ngày.

Như vậy, RLG CY có biểu hiện không tập trung chú ý quá mức, làm ảnh hưởng đến việc học tập, phát triển cảm xúc và kỹ năng xã hội. Hiện nay, Khoa Tâm lý của bệnh viện Nhi Đồng 1 và 2 có nhiều trẻ đến khám lâm sàng với những biểu hiện: Thiếu tập trung chú ý nghe giảng, thường không làm bài tập và không tuân thủ nội quy, né tránh hoặc miễn cưỡng làm những việc cần sự tập trung chú ý, thường xuyên quên hoặc mất đồ dùng học tập, hoặc không ghi nhớ chỉ dẫn của người lớn.

**2. Thực trạng trẻ có RLG CY tại TPHCM**

Chúng tôi sử dụng trắc nghiệm Conners (Nguyễn Công Khanh thích nghi hóa tại Việt Nam năm 2002) phiên bản ngắn dành cho giáo viên (GV) và phụ huynh (PH) để đo điểm RLG CY của trẻ. Điểm RLG CY do PH và GV cùng đánh giá có các mức độ sau:

- **Mức bình thường:** Dưới 60 điểm (trẻ có hành vi như trẻ bình thường);
- **Mức giới hạn:** 60-64 điểm (trẻ có

*một số hành vi có vấn đề hơn so với trẻ bình thường);*

- **Mức cao:** 65-69 điểm (trẻ có khá nhiều hành vi có vấn đề hơn so với trẻ bình thường);

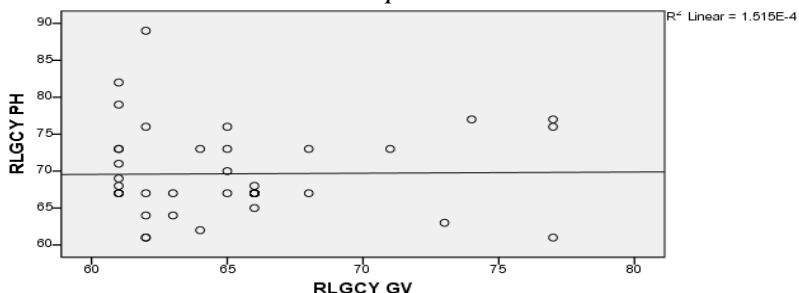
- **Mức rất cao:** Trên 70 điểm (trẻ có rất nhiều hành vi có vấn đề hơn trẻ bình thường).

Theo cách tính điểm của thang Conners, *điểm T-score bằng 65 được xem là điểm mốc quyết định để xác định xem có nên tiếp tục thăm dò trẻ có RLG CY hay không.* Nếu giảm điểm mốc xuống 5 điểm, thì T-score là 60, *ta sẽ có nhiều trẻ cần theo dõi hơn so với thực tế.* Chúng tôi chọn những trẻ có điểm T-score từ 60 điểm, phương án này phục vụ hướng nghiên cứu sàng lọc (Screening). [2]

Theo ICD-10 và DSM-IV, RLG CY có đặc trưng là khởi bệnh sớm (trước 7 tuổi) trong quá trình phát triển, đặc biệt bộc lộ rõ ở lứa tuổi tiểu học. Vì vậy, chúng tôi chọn khảo sát 821 học sinh tiểu học (HSTH) (từ 8-11 tuổi) đang học từ lớp 2 đến lớp 5 tại 20 trường tiểu học của TPHCM và 821 phụ huynh, 21 giáo viên chủ nhiệm của các em này (trên cơ sở lấy mẫu nhiều bậc và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn).

**2.1. Tỷ lệ trẻ có RLG CY ở HSTH (8-11 tuổi) tại TPHCM**

**Biểu đồ 1. Phân phối điểm RLG CY**



Biểu đồ 1 cho thấy: Đường phân phối chuẩn điểm RLGCY của trẻ do GV và PH đánh giá có xu hướng là một đường thẳng, hầu như không có sự tương quan giữa đánh giá của GV và PH về RLGCY ở trẻ. Trong đó, đánh giá của GV và PH như sau: Có 5 trường hợp cả GV và PH đều đánh giá điểm RLGCY ở mức giới hạn, 11 trường hợp mức cao và 4 trường hợp cùng ở mức rất cao. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp bất thường, trong đó điểm đánh giá giữa GV và PH

cách biệt cao. Chẳng hạn có 2 trường hợp GV đánh giá điểm RLGCY của trẻ ở mức rất cao, nhưng PH chỉ đánh giá ở mức giới hạn. Hoặc có 8 trường hợp PH đánh giá điểm RLGCY rất cao, nhưng GV lại đánh giá ở mức giới hạn. Các trường hợp còn lại PH/GV đánh giá điểm RLGCY cao/rất cao, nhưng GV/PH lại đánh giá mức giới hạn/cao. Kiểm định cho thấy hầu như không có sự tương quan giữa điểm RLGCY do GV và PH đánh giá trên trẻ (HSTQ Pearson=0,012, Sig=0,47>0,05).

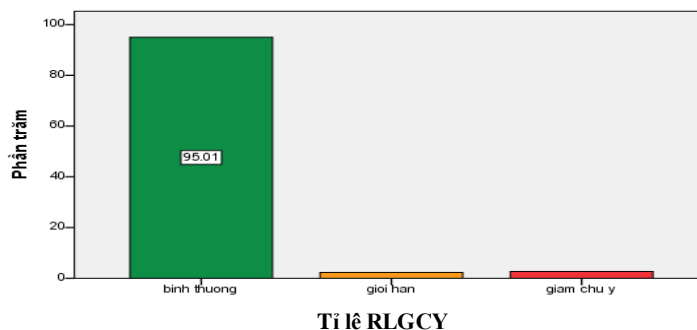
**Bảng 1. Điểm RLGCY trung bình**

Trung bình		N	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn
RLGCY PH	69,63	41	5,978	.934
RLGCY GV	65,24	41	4,641	.725

Bảng 1 cho thấy điểm RLGCY trung bình của trẻ do GV đánh giá (65,24) thấp hơn PH đánh giá (69,63), tuy nhiên điểm GV đánh giá tập trung hơn (độ lệch chuẩn thấp). Kiểm định cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm RLGCY trung bình giữa đánh giá của GV và PH ( $t=3,737$ ,  $Sig=0,001 < 0,005$ ). Như vậy, điểm RLGCY trung bình do PH đánh giá cao hơn GV. Lần đầu tiên, tầm quan trọng của thông tin từ GV để chẩn đoán RLGCY được đưa vào tiêu chuẩn của DSM-III (APA, 1980), trong đó lưu

ý, nếu kết quả đánh giá giữa GV và PH có chênh lệch, thì nên ưu tiên xem xét đánh giá từ GV, vì GV hiểu rõ sự phát triển của trẻ theo lứa tuổi; hơn nữa triệu chứng giảm chú ý sẽ biểu hiện rõ hơn trong các tình huống đòi hỏi trẻ phải tự giác trong lớp học. Điều này thể hiện trong nhiều nghiên cứu của Barkley (1990) và Reating (1985), nhằm đánh giá tổng quát lại *tính giá trị và độ tin cậy* của các thang đánh giá dành cho GV liên quan đến RLGCY. [9]

**Biểu đồ 2. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện RLGCY**



Biểu đồ 2 cho thấy:

- 95% trẻ phát triển bình thường, nghĩa là số trẻ này không có biểu hiện RLGCY.

- 2,7% trẻ ở mức độ giới hạn, số trẻ này có một số biểu hiện giảm chú ý hơn so với trẻ bình thường, cần được theo dõi hoặc khám sàng lọc.

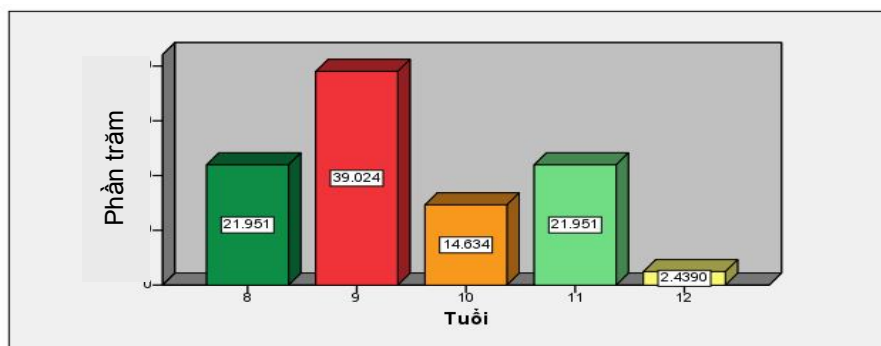
- 2,3% trẻ có biểu hiện RLGCY, số trẻ này có nhiều biểu hiện RLGCY hơn

so với trẻ bình thường, cần chẩn đoán hoặc khám lâm sàng ngay.

Vì mục đích nghiên cứu là nhằm sàng lọc trẻ 8-11 tuổi có nguy cơ RLGCY trên địa bàn TPHCM, nên chúng tôi sử dụng và phân tích số liệu trẻ có nguy cơ RLGCY từ mức độ giới hạn đến mức độ có biểu hiện RLGCY.

**2.2. Tỷ lệ RLGCY theo độ tuổi**

**Biểu đồ 3. Tỷ lệ RLGCY theo độ tuổi**



Biểu đồ 3 cho thấy trẻ 9 tuổi có biểu hiện RLGCY tập trung nhiều nhất (39%), tiếp theo là trẻ 8 và 11 tuổi (đều 21,9%) và trẻ 10 tuổi (14,6%), trẻ 12 tuổi chỉ có 1 (2,4%).

**Bảng 2. Điểm RLGCY của trẻ theo độ tuổi**

Tuổi		RLGCY PH	RLGCY GV
8	Trung bình	72,89	64,00
	N	9	9
	Độ lệch chuẩn	8,695	4,123
9	Trung bình	67,25	65,94
	N	16	16
	Độ lệch chuẩn	4,796	4,768
10	Trung bình	71,33	65,33
	N	6	6
	Độ lệch chuẩn	5,086	5,955
11	Trung bình	69,78	64,89
	N	9	9
	Độ lệch chuẩn	4,177	4,702

12	Trung bình	67,00	68,00
	N	1	1
	Độ lệch chuẩn	0	0
Tổng	Trung bình	69,63	65,24
	N	41	41
	Độ lệch chuẩn	5,978	4,641

Bảng 2 cho thấy:

- GV đánh giá điểm RLGCY trung bình của trẻ 8 tuổi (64) và 11 tuổi (64,89) ở mức giới hạn, điểm RLGCY trung bình của trẻ 9 tuổi (65,94 điểm) và 10 tuổi (65,33) ở mức cao;

- PH đánh giá điểm RLGCY trung bình của trẻ 8 tuổi (72,89) và 10 tuổi

(71,33) ở mức rất cao, điểm RLGCY trung bình của trẻ 9 tuổi (67,25) và 11 tuổi (69,78) ở mức cao.

Kiểm định ANOVA cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa đánh giá của GV và PH về điểm RLGCY trung bình của trẻ ở các độ tuổi: PH (F=1,556, Sig=0,207), GV (F=0,329, Sig=0,857).

**Bảng 3. GV và PH đánh giá theo độ tuổi**

Tuổi	Mức độ RLGCY (GV)				Tổng	
	Giới hạn		Cao	Rất cao		
8	Mức độ RLGCY (PH)	Giới hạn	2	0	0	2
			22,2%	0%	0%	22,2%
		Cao	1	1	0	2
			11,1%	11,1%	0,0%	22,2%
		Rất cao	4	0	1	5
		44,4%	0%	11,1%	55,6%	
Tổng		7	1	1	9	
			77,8%	11,1%	11,1%	100%
9	Mức độ RLGCY (PH)	Giới hạn	2	0	1	3
			12,5%	0%	6,2%	18,8%
		Cao	2	8	0	10
			12,5%	50%	0,0%	62,5%
		Rất cao	1	1	1	3
		6,2%	6,2%	6,2%	18,8%	
Tổng		5	9	2	16	
			31,2%	56,2%	12,5%	100%
10	Mức độ RLGCY (PH)	Giới hạn	1	0	0	1
			16,7%	0,0%	0%	16,7%
		Cao	0	1	0	1
			0%	16,7%	0%	16,7%
		Rất cao	2	1	1	4

			33,3%	16,7%	16,7%	66,7%
	Tổng		3	2	1	6
			50%	33,3%	16,7%	100%
11	Mức độ RLG CY (PH)	Giới hạn	0	0	1	1
			0%	0%	11,1%	11,1%
		Cao	4	0	0	4
			44,4%	0%	0%	44,4%
	Rất cao	1	2	1	4	
			11,1%	22,2%	11,1%	44,4%
	Tổng		5	2	2	9
			55,6%	22,2%	22,2%	100%
12	Mức độ RLG CY (PH)	Cao		1		1
				100%		100%
	Tổng			1		1
				100%		100%

Bảng 3 cho thấy PH và GV cùng đánh giá:

- Trẻ 8 tuổi: 22,2% trẻ có dấu hiện RLG CY ở mức giới hạn, 11,1% trẻ mức cao và 11,1% trẻ mức rất cao;

- Trẻ 9 tuổi: 12,5% trẻ có dấu hiện RLG CY mức giới hạn, 50% trẻ mức cao và 6,2% trẻ mức rất cao;

- Trẻ 10 tuổi: 16,7% trẻ có dấu hiện RLG CY mức giới hạn, 16,7% trẻ mức cao và 16,7% trẻ mức rất cao;

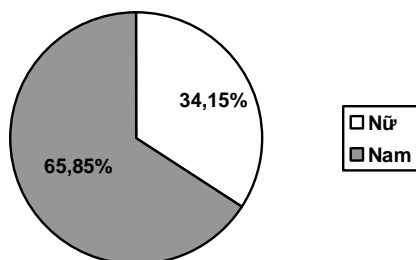
- Trẻ 11 tuổi: chỉ có 11,1% trẻ mức rất cao;

- Trẻ 12 tuổi (chỉ có 1 trẻ): có dấu hiện RLG CY mức cao.

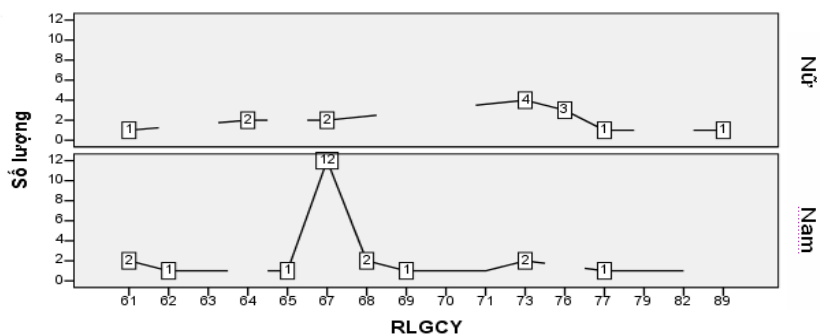
Kiểm định cho thấy có sự tương quan nhất định, nhưng không có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH ở các độ tuổi. Hệ số tương quan lần lượt: 8 tuổi (Cramer's  $V=0,507$ , Sig= $0,328 > 0,05$ ), 9 tuổi (Cramer's  $V=0,497$ , Sig= $0,095$ ), 10 tuổi (Cramer's  $V=0,52$ , Sig= $0,517$ ), 11 tuổi (Cramer's  $V=0,698$ , Sig= $0,067$ ).

**2.3. Tỷ lệ trẻ RLG CY theo giới tính**

**Biểu đồ 4. Tỷ lệ trẻ RLG CY theo giới tính**

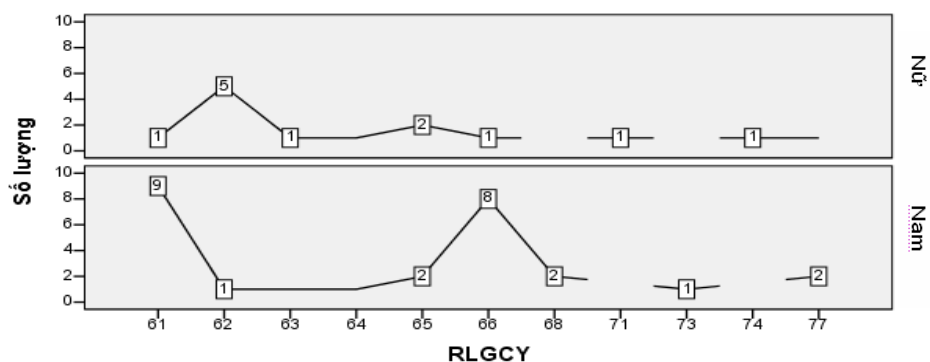


**Biểu đồ 5. Điểm RLGCY theo giới tính (PH)**



Biểu đồ 4 cho thấy nam (65,85%) có RLGCY nhiều hơn hẳn so với nữ (34,15%), Trong đó, theo biểu đồ 5, PH đánh giá điểm RLGCY của nam tập trung nhiều ở mức cao (67 điểm), số nam có điểm rất cao nhiều hơn nữ. Tuy nhiên, ở nữ, nhiều em có điểm bất thường hơn nam.

**Biểu đồ 6. Điểm RLGCY theo giới tính (GV)**



Biểu đồ 6 cho thấy, GV đánh giá điểm RLGCY của nam tăng vọt tại đỉnh 61, 66 điểm và nhiều nam có điểm ở mức rất cao. Tuy nhiên, tại đỉnh 62, số nữ lại nhiều hơn nam.

**Bảng 4. Điểm RLGCY trung bình theo giới tính**

Giới tính		RLGCY PH	RLGCY GV
Nữ	Trung bình	72,07	65,43
	N	14	14
	Độ lệch chuẩn	7,152	5,003
Nam	Trung bình	68,37	65,15
	N	27	27
	Độ lệch chuẩn	4,955	4,538
Tổng	Trung bình	69,63	65,24
	N	41	41
	Độ lệch chuẩn	5,978	4,641

Bảng 5 thể hiện điểm RLGCY trung bình theo giới tính như sau:

GV đánh giá điểm RLGCY trung bình của cả nữ và nam đều ở mức cao. PH đánh giá điểm RLGCY trung bình của nam ở mức cao và điểm của nữ lại ở mức rất cao. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn

điểm GV đánh giá thấp hơn PH nên ít phân tán hơn. Kiểm định ANOVA cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm trung bình của nữ và nam ở cả GV ( $F=0,033$ ,  $Sig=0,857$ ) và PH ( $F=3,779$  và  $Sig=0,059 > 0,05$ ).

**Bảng 5. GV và PH đánh giá theo giới tính**

		Mức độ RLGCY GV			Tổng		
		Giới hạn	Cao	Rất cao			
Nữ	Mức độ RLGCY PH	Giới hạn	3 21,4%	0 0,0%	0 0%	3 21,4%	
		Cao	1 7,1%	1 7,1%	0 0%	2 14,3%	
			Rất cao	4 28,6%	2 14,3%	3 21,4%	9 64,3%
		Tổng		8 57,1%	3 21,4%	3 21,4%	14 100%
		Nam	Mức độ RLGCY PH	Giới hạn	2 7,4%	0 0%	2 7,4%
	Cao			6 22,2%	10 37,0%	0 0%	16 59,3%
Rất cao				4 14,8%	2 7,4%	1 3,7%	7 25,9%
Tổng				12 44,4%	12 44,4%	3 11,1%	27 100%

Bảng 6 cho thấy GV và PH cùng đánh giá theo giới tính như sau:

- Ở nữ: 21,4% trẻ có dấu hiệu RLGCY ở mức giới hạn, 7,1% trẻ mức cao và 21,4% trẻ mức rất cao;

- Ở nam: 7,4% trẻ có dấu hiệu RLGCY ở mức giới hạn, 37,0% trẻ mức cao và 3,7% trẻ mức rất cao.

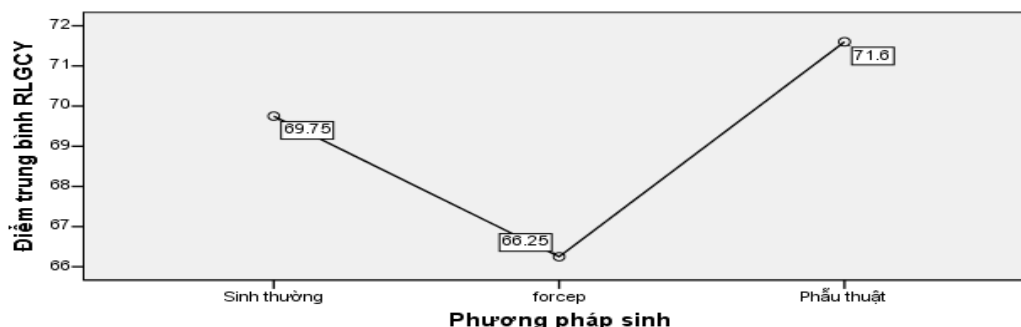
Kiểm định cho thấy có sự tương

quan nhất định và có ý nghĩa về mặt thống kê giữa điểm RLGCY do GV và PH đánh giá ở nam (Cramer's  $V=0,453$ ,  $Sig=0,026 < 0,05$ ). Theo đó, ở một số nam, khi GV đánh giá điểm RLGCY ở mức cao thì PH cũng đánh giá ở mức tương ứng.

**2.4. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ RLGCY**



**Biểu đồ 7. Điểm RLGCY trung bình theo phương pháp sinh**



Biểu đồ 7 cho thấy:

- Điểm RLGCY trung bình của trẻ sinh thường là 69,75 (mức độ cao);
- Điểm RLGCY trung bình của trẻ sinh bằng phương pháp forcep là 66,25 (mức độ cao);
- Điểm RLGCY trung bình của trẻ sinh phẫu thuật là 71,6 (mức rất cao).

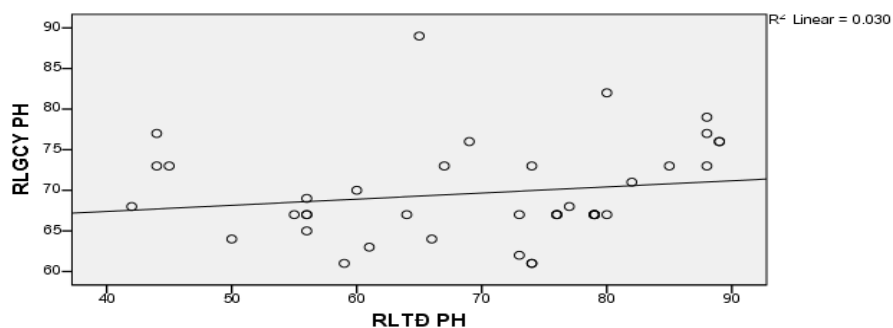
Tuy nhiên, kiểm định ANOVA cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm trung bình theo phương pháp

sinh ( $F=0.913$ ,  $Sig=0,41 > 0,05$ ).

**2.5. RLGCY kèm theo một số rối loạn khác**

Trẻ có biểu hiện RLGCY thường đi kèm rối loạn khác như trầm cảm, rối loạn hành vi, rối loạn chống đối, rối loạn lo âu, rối loạn tăng động. Trong nghiên cứu này, Chúng tôi tìm hiểu những trẻ có nguy cơ RLGCY có kèm theo rối loạn tăng động (RLTĐ) hoặc rối loạn chống đối (RLCĐ) hay không.

**Biểu đồ 8. Phân phối điểm RLGCY và điểm RLTĐ (PH)**



Biểu đồ 8 cho thấy đường biểu diễn mối quan hệ giữa điểm RLGCY và điểm RLTĐ của trẻ do PH đánh giá có xu hướng đi lên. Tuy nhiên, kiểm định cho thấy hầu như không có sự tương quan giữa điểm RLGCY và điểm RLTĐ do PH đánh giá ( $HSTQ$  Pearson=0,172,  $Sig=0,141$ ).

**Bảng 6. Mức độ RLGCY và mức độ RLTD (PH)**

Mức độ RLTD						Tổng
Bình thường		Giới hạn	Cao	Rất cao		
Mức độ RLGCY	Giới hạn	2	1	1	3	7
		28,6%	14,3%	14,3%	42,9%	100%
	Cao	6	1	0	11	18
		33,3%	5,6%	0%	61,1%	100%
	Rất cao	3	1	3	9	16
		18,8%	6,2%	18,8%	56,2%	100%
Tổng		11	3	4	23	41
		26,8%	7,3%	9,8%	56,1%	100%

Bảng 7 cho thấy PH đánh giá:

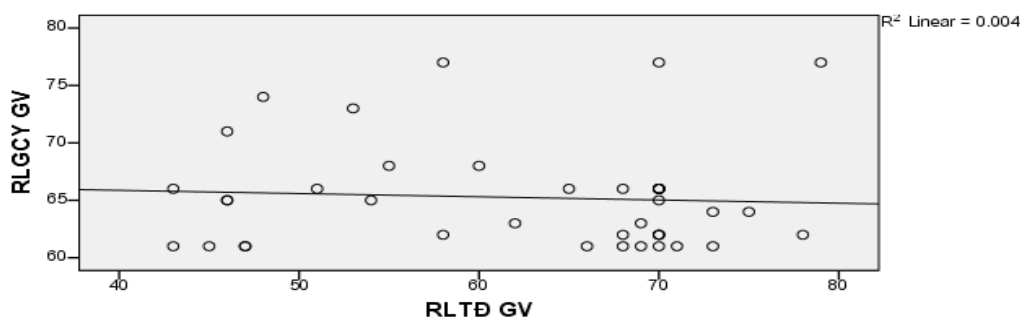
- Trong những trẻ có điểm RLGCY ở mức giới hạn: có 28,6% trẻ không có dấu hiệu RLTD (bình thường), 14,3% trẻ mức giới hạn, 14,3% trẻ mức cao và 42,9% mức rất cao;

- Trong những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao: 33,3% trẻ không có dấu hiệu RLTD, 5,6% trẻ mức giới hạn và 61,1% ở mức rất cao;

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao: 18,8% trẻ không có dấu hiệu RLTD, 6,2% trẻ mức giới hạn, 18,8% trẻ mức cao và 56,1% mức rất cao.

Như vậy, theo đánh giá của PH, trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao có 61,1% trẻ có điểm RLTD ở mức rất cao. Trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao có 56,1% trẻ có điểm RLTD ở mức rất cao.

**Biểu đồ 9. Phân phối điểm RLGCY và điểm RLTD (GV)**



Biểu đồ 9 cho thấy đường biểu diễn mối quan hệ giữa điểm RLGCY và điểm RLTD của trẻ do GV đánh giá có xu hướng đi xuống, có nghĩa là một số trẻ có điểm RLTD cao thì điểm RLGCY lại thấp. Tuy nhiên, kiểm định cho thấy hầu như không có sự tương quan giữa điểm RLGCY và điểm RLTD do GV đánh giá ở trẻ (HSTQ Pearson=- 0,066, Sig=0,341).

**Bảng 7. Mức độ RLGCY và mức độ RLTD (GV)**

Mức độ RLTD						Tổng
Bình thường		Giới hạn	Cao	Rất cao		
Mức độ RLGCY	Giới hạn	5	1	5	9	20
		25,0%	5,0%	25,0%	45,0%	100%
	Cao	6	1	2	6	15
		40%	6,7%	13,3%	40%	100%
	Rất cao	4	0	0	2	6
		66,7%	0%	0%	33,3%	100%
Tổng		15	2	7	17	41
		36,6%	4,9%	17,1%	41,5%	100%

Bảng 8 cho thấy GV đánh giá:

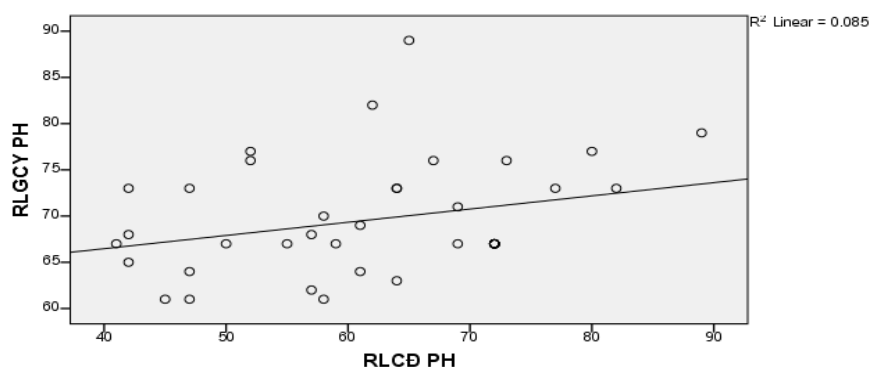
- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức giới hạn: 25% trẻ không có dấu hiệu RLTD (bình thường), 5% trẻ mức giới hạn, 25% trẻ mức cao và 45% mức rất cao;

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao: 40% trẻ không có dấu hiệu RLTD, 6,7% trẻ mức giới hạn, 13,3% mức cao và 40% mức rất cao;

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao: 66,7% trẻ không có dấu hiệu RLTD và 33,3% mức rất cao.

Như vậy, theo đánh giá của GV, trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao có 40% trẻ có điểm RLTD ở mức rất cao. Trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao có 33,3% trẻ có điểm RLTD ở mức rất cao.

**Biểu đồ 10. Phân phối điểm RLGCY và điểm RLCD (PH)**



Biểu đồ 10 cho thấy đường biểu diễn mối quan hệ giữa điểm RLGCY và điểm RLCD của trẻ do PH đánh giá có xu hướng đi lên. Tuy nhiên, sự tương quan rất thấp và không có ý nghĩa về mặt thống kê giữa điểm RLGCY và RLCD của trẻ (HSTQ Pearson=0,291, Sig=0,032).

**Bảng 8. Mức độ RLGCY và mức độ RLCD (PH)**

Mức độ RLCD						Tổng
Bình thường		Giới hạn	Cao	Rất cao		
Mức độ RLGCY	Giới hạn	5	2	0	0	7
		71,4%	28,6%	0%	0%	100%
	Cao	7	1	1	9	18
		38,9%	5,6%	5,6%	50%	100%
	Rất cao	5	3	3	5	16
		31,2%	18,8%	18,8%	31,2%	100%
Tổng		17	6	4	14	41
		41,5%	14,6%	9,8%	34,1%	100%

Bảng 9 cho thấy PH đánh giá:

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức giới hạn: 71,4% trẻ không có dấu hiệu RLCD (bình thường), 28,6% trẻ mức giới hạn;

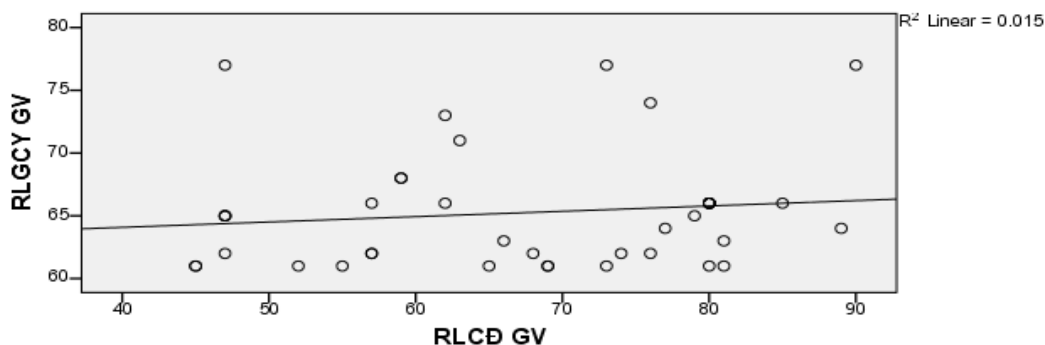
- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao: 38,9% trẻ không có dấu hiệu RLCD, 5,6% trẻ mức giới hạn, 5,6% trẻ mức cao và 50% mức rất cao;

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức

rất cao: 31,2% trẻ không có dấu hiệu RLCD, 18,8% trẻ mức giới hạn, 18,8% trẻ mức cao và 31,2% mức rất cao.

Như vậy, theo đánh giá của PH, trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao có 50% trẻ có điểm RLCD ở mức rất cao. Trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao có 31,2% trẻ có điểm RLCD ở mức rất cao.

**Biểu đồ 11. Phân phối điểm RLGCY và điểm RLCD (GV)**



Biểu đồ 11 cho thấy đường biểu diễn mối quan hệ giữa điểm RLGCY và điểm RLCD của trẻ do GV đánh giá phân tán. Hầu như không có sự tương quan giữa điểm RLGCY và RLCD của trẻ (HSTQ Pearson=0,124, Sig=0,22).

**Bảng 9. Mức độ RLGCY và mức độ RLCD (GV)**

Mức độ RLCD						Tổng
Bình thường		Giới hạn	Cao	Rất cao		
Mức độ RLGCY	Giới hạn	7	0	4	9	20
		35%	0%	20%	45%	100%
	Cao	6	1	0	8	15
		40%	6,7%	0%	53,3%	100%
	Rất cao	1	2	0	3	6
		16,7%	33,3%	0%	50%	100%
Tổng		14	3	4	20	41
		34,1%	7,3%	9,8%	48,8%	100%

Bảng 10 cho thấy GV đánh giá:

- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức giới hạn, 35% trẻ không có dấu hiệu RLCD (bình thường), 20% trẻ mức cao và 45% mức rất cao;
- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao, 40% trẻ không có dấu hiệu RLCD, 6,7% trẻ mức giới hạn và 53,3% mức rất cao;
- Những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao, 16,7% trẻ không có dấu hiệu RLCD, 33,3% trẻ mức giới hạn và 50% mức rất cao.

Như vậy, theo đánh giá của GV, trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức cao có 53,3% trẻ có điểm RLCD ở mức rất cao. Trong số những trẻ có điểm RLGCY ở mức rất cao có 50% trẻ có điểm RLCD ở mức rất cao.

### 3. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu đề tài tại TPHCM, chúng tôi rút ra những nhận định sau:

- Có 2,3% trẻ có biểu hiện RLGCY và 2,7% trẻ có dấu hiệu RLGCY ở mức độ giới hạn;
- Có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm

RLGCY trung bình của trẻ giữa đánh giá của GV và PH; trong đó, điểm RLGCY do PH đánh giá cao hơn điểm GV đánh giá;

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm RLGCY trung bình của trẻ ở các độ tuổi khác nhau;
- Ở trẻ 9 tuổi, cả GV và PH đều đánh giá điểm RLGCY ở mức cao;
- Không có sự khác nhau về điểm RLGCY trung bình theo giới tính;
- Có sự tương quan có ý nghĩa nhất định giữa đánh giá của GV và PH về mức độ RLGCY ở nam, theo đó, ở một số nam, khi GV đánh giá điểm RLGCY ở mức cao thì PH cũng đánh giá ở mức tương ứng;
- Cả PH và GV đều đánh giá không có sự tương quan giữa RLGCY với RLTD và RLCD.

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi cho rằng các chuyên gia và những nhà nghiên cứu cần quan tâm nhiều hơn đến dạng rối loạn này. Bên cạnh đó, cần nâng cao nhận thức của GV và PH, cũng như tiếp tục nghiên cứu, can thiệp và giáo dục trẻ có RLGCY.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Võ Thị Minh Chí (2003), *Phương pháp phát hiện hiện tượng rối nhiễu hành vi tăng động giảm chú ý ở học sinh trung học cơ sở*, Đề tài cấp Bộ, mã số: B 2001-49-12.
2. Nguyễn Công Khanh (2002), *Bước đầu thích nghi hóa các thang đánh giá của Conners trên học sinh tiểu học và trung học cơ sở*, Đề tài Cơ sở, mã số: C3, Viện Khoa học Giáo dục.
3. Nguyễn Thị Vân Thanh (2010), *Đặc điểm tâm lý tâm sàng của học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý*, Luận án Tiến sĩ Tâm lý học, Viện Tâm lý học.
4. Tổ chức Y tế Thế giới (1992), *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (PLBQT-10F) về các rối nhiễu tâm thần và hành vi*, Geneva, tr.256-292.
5. American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, DSM-IV), Washington, DC: APA.
6. C. Keith Conners (2004), *Conners' Rating Scales-Revised: Technical Manua*, Multi-Health Systems Inc (MHS).
7. Carolyn S. Schroeder, Betty N. Gordon (2002), *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A clinician's Guide*, pp. 384-386, Guilford Press, New York.
8. Russell A. Barkley, Kevin R. Murphy (2006), *Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnoses and Treatment*, pp.3-19, Guilford Press, New York.
9. Russell A. Barkley (2000), *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*, pp 19-37, Guilford Press, New York.
10. R. Reynolds Cecil, Randy W. Kanphaus (2003), *Handbook of Psychological and Education Assessment of Children*, Guilford Press, New York.

(Ngày Tòa soạn nhận được bài: 05-4-2013; ngày phản biện đánh giá: 16-5-2013; ngày chấp nhận đăng: 21-5-2013)