

Thực hành phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ dưới 3 tuổi của người chăm sóc trẻ chính xã Nam Thắng, huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình năm 2015

Nguyễn Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Minh Thủy²

Phát hiện sớm các khuyết tật ở trẻ em, xác định đúng khó khăn và can thiệp phù hợp sẽ giúp cho trẻ có cơ hội để phát triển hết khả năng của mình. Cha mẹ, người chăm sóc chính (NCSC) của trẻ có vai trò đặc biệt quan trọng trong phát hiện sớm (PHS) khuyết tật ở trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện cắt ngang trên 209 NCSC trẻ dưới 3 tuổi tại xã Nam Thắng, huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình nhằm tìm hiểu thực trạng thực hành phát hiện sớm khuyết tật của NCSC và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỷ lệ NCSC tham gia có thực hành PHS khuyết tật đạt là 31,6%. Yếu tố tiếp cận với nguồn thông tin về PHS và số lượng trẻ dưới 3 tuổi trong hộ gia đình (HGD) có liên quan đến thực hành của NCSC về quan sát, theo dõi sự phát triển của trẻ nhằm PHS khuyết tật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý cần phải triển khai một chương trình can thiệp giáo dục và truyền thông toàn diện nhằm nâng cao hiểu biết, qua đó tăng cường thực hành PHS khuyết tật ở trẻ của NCSC.

Từ khóa: Thực hành phát hiện khuyết tật, phát hiện sớm khuyết tật, phát hiện khuyết tật.

Practice on early detection of disabilities and related factors among caregivers of children under 3 years old in the commune Nam Thang in Tien Hai district located in Thai Binh province in 2015

Nguyen Thi Hoa¹, Nguyen Thi Minh Thuy²

Early detection and early intervention services can help children with disabilities or delays to learn many key skills in order to catch up in their development. Parents and caregivers play an important role in detecting disability. The purpose of our cross-sectional study with 209 caregivers of children under 3 years old in the commune Nam Thang located in the Tien Hai district in Thai Binh province is to identify practices in early detection of disabilities and related factors. The proportions of caregivers having good practices in early detection of disabilities is 31.6%. Accessibility of information resources

and the number of children under 3 years old in households are factors related to caregivers' practices in observations and monitoring child development for early detection. Thus, it is necessary to have a comprehensive education and communication program for improving knowledge and strengthening practices in early detection among caregivers.

Keywords: practice of disability detection, disability identification, early detection of disabilities

Tác giả:

Viện Giám định Y khoa – Bệnh viện Bạch Mai

Trường Đại học Y tế Công cộng

1. Đặt vấn đề

Những năm đầu đời là một giai đoạn quan trọng trong sự phát triển của một đứa trẻ. Đây là giai đoạn trẻ bắt đầu hình thành nhân cách và phát triển rất nhanh về các mặt trí tuệ, tình cảm, xã hội và đặt nền tảng cho sự phát triển trong tương lai. Những rối loạn phát triển trong thời kỳ này nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể để lại những hậu quả lâu dài, ảnh hưởng đến cuộc sống của trẻ [3]. Nhiều nghiên cứu và tài liệu đã chỉ ra rằng can thiệp khuyết tật nên bắt đầu ngay sau khi trẻ sinh ra cho đến lúc 3 tuổi để đạt hiệu quả tốt nhất bởi đây là giai đoạn mà não của trẻ phát triển và linh hoạt nhất, các biện pháp can thiệp sẽ hiệu quả và ít tốn kém hơn so với can thiệp ở giai đoạn sau [5],[6],[7],[12]. Khuyết tật ở trẻ có thể phát hiện sớm ngay trong bào thai hoặc ngay sau khi sinh. Tuy nhiên, theo Luật Giáo dục dành cho trẻ khuyết tật của Mỹ, ở giai đoạn 3 tuổi, hầu hết các dạng khuyết tật đã có thể được bộc lộ nên luật này quy định Dịch vụ can thiệp sớm dành cho trẻ dưới 3 tuổi còn trẻ khuyết tật ở ngoài độ tuổi này được hưởng dịch vụ giáo dục đặc biệt và các dịch vụ giáo dục khác [10].

Cha mẹ/NCSC thường là người đầu tiên phát hiện ra dấu hiệu phát triển không bình thường ở trẻ so với những trẻ khác [13]. Thông tin về trẻ do cha mẹ/NCSC cung cấp là vô cùng quan trọng, mang lại sự thành công trong chẩn đoán sớm của bác sĩ đối với trẻ em có vấn đề phát triển và hành vi [9],[11]. Đặc biệt tại những nơi mà việc tiếp cận y tế định kỳ để kiểm tra, CSSK chưa được chú trọng hay dịch vụ bác sĩ gia đình không có như ở Việt Nam thì vai trò của NCSC trẻ trong PHS khuyết tật càng quan trọng. Nghiên cứu của Đỗ Hạnh Nga (2011) cho thấy việc phát hiện khuyết tật của trẻ ở gia đình còn chậm trễ, khoảng 33% phụ huynh phát hiện khuyết tật của

con ở giai đoạn trẻ từ 3 tuổi đến khi học tiểu học. Nguyên nhân là do cha mẹ thiếu kiến thức về sự phát triển tâm sinh lý của con và chưa có ý thức tuân thủ quy định về thăm khám, PHS của ngành y tế[2].

Ở Việt Nam còn khá ít các nghiên cứu về thực hành PHS khuyết tật ở trẻ. Đặc biệt chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào đánh giá riêng biệt về thực hành PHS khuyết tật ở trẻ của NCSC trẻ. Trong khi đó, đối tượng này có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc PHS khuyết tật ở trẻ.

Nam Thắng là một trong các xã có số nạn nhân chất độc da cam lớn nhất ở huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình. Đó là một trong số yếu tố tiềm ẩn làm tăng nguy cơ xảy ra dị tật bẩm sinh, bất thường thai sản ở thế hệ con, cháu của gia đình các cựu chiến binh có tiền sử phơi nhiễm với chất độc hóa học/dioxin [4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng về thực hành PHS khuyết tật của người chăm sóc chính, (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến thực hành PHS khuyết tật của người chăm sóc chính.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang có phân tích định lượng. Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn 209 NCSC trẻ dưới 3 tuổi được lựa chọn ngẫu nhiên đơn từ 460 HGD trên địa bàn xã và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bộ câu hỏi gồm 13 câu chia thành 2 phần: thực hành quan sát theo dõi sự phát triển của trẻ, thực hành sàng lọc phát hiện khuyết tật ở trẻ. Bộ câu hỏi được xây dựng theo trên cơ sở của Bộ câu hỏi phát hiện trẻ khuyết tật của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dành cho cán bộ cộng đồng. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) đạt 1 điểm cho mỗi hoạt động/hành động mà họ có thực

hiện. Thực hành quan sát theo dõi sự phát triển của trẻ được đánh giá là đạt khi tổng điểm của cấu phần lớn hơn điểm trung bình của quần thể. Thực hành sàng lọc phát hiện khuyết tật đạt khi ĐTNC áp dụng ít nhất một phương pháp sàng lọc. NCSC được đánh giá có thực hành chung về PHS khuyết tật đạt khi đạt ở cả 2 cấu phần thực hành.

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và Excel. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan đến thực hành PHS khuyết tật của NCSC.

3. Kết quả

Có tất cả 209 NCSC có tuổi nằm trong khoảng 18 – 65 tuổi tham gia nghiên cứu với 92% ĐTNC ở độ tuổi từ 18 đến 45. Hầu hết NCSC là nữ giới (98%) và là mẹ của trẻ (90%). NCSC học hết cấp 2 (trung học cơ sở) có tỷ lệ cao nhất 56%, tiếp đến là cấp 3 (trung học phổ thông) chiếm 23,4%. Có 60,3% NCSC là nông dân, còn lại là các công việc khác như công nhân, công chức/viên chức, kinh doanh buôn bán ... Phần lớn các HGD có ít hơn 6 thành viên (77%), có 1 bé dưới 3 tuổi (89%) và thu nhập bình quân đầu người/tháng là dưới 1,3 triệu/tháng (66,5%). Khoảng 4,3% HGD tham gia nghiên cứu có thành viên được công nhận là nạn nhân chất độc da cam.

Bảng 1. Thực hành quan sát, theo dõi sự phát triển của trẻ của NCSC (n = 209)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nội dung quan sát, theo dõi		
Tăng trưởng của trẻ	204	97,6
Hình dáng cơ thể, bộ phận, màu da	185	88,5
Khả năng vận động thô	141	67,5
Khả năng vận động tinh	76	36,4
Khả năng nghe	103	49,3
Khả năng nhìn	70	33,5
Khả năng nói, phát triển ngôn ngữ	151	72,2
Khả năng nhận thức	86	41,1
Kỹ năng cá nhân - xã hội	60	28,7
Đạt về quan sát, theo dõi phát triển của trẻ		
Không đạt	141	67,5
Đạt	68	32,5

Có 28,7% NCSC từng quan sát kỹ năng

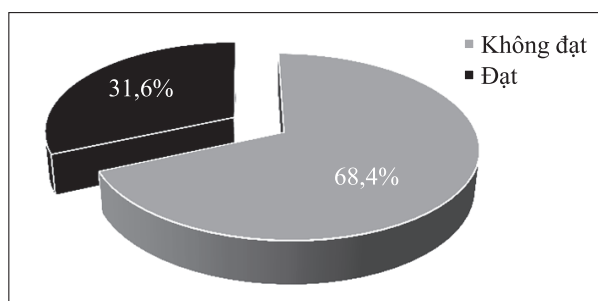
cá nhân – xã hội của trẻ và 33,5% đối tượng chú ý đến khả năng nhìn của trẻ. Kết quả này cho thấy NCSC trẻ thường chú ý đến sự tăng trưởng về chiều cao, cân nặng và cấu tạo hình thể của trẻ trong khi ít chú ý đến sự phát triển về nhận thức và kỹ năng xã hội của trẻ. Tỷ lệ NCSC có thực hành đạt về quan sát, theo dõi sự phát triển của trẻ chỉ là 32,5%.

Bảng 2. Thực hành sàng lọc khuyết tật ở trẻ của NCSC (n = 209)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nội dung thực hành sàng lọc		
So sánh sự phát triển của con/cháu mình với trẻ khác cùng độ tuổi cùng địa phương	206	98,6
Sử dụng bộ công cụ sàng lọc rối loạn phát triển để đánh giá sự phát triển của trẻ	0	0,0
Đưa trẻ đi khám sức khỏe định kỳ	7	3,3
Cho trẻ tiếp cận chương trình/dịch vụ sàng lọc khuyết tật tại địa phương	1	0,5
Số phương pháp sàng lọc đã áp dụng		
Không áp dụng bất kỳ phương pháp sàng lọc nào	3	1,4
Áp dụng 1 phương pháp sàng lọc	199	95,2
Áp dụng 2 phương pháp sàng lọc	6	2,9
Áp dụng 3 phương pháp sàng lọc	1	0,5
Đạt về thực hành sàng lọc khuyết tật		
Không đạt	3	1,4
Đạt	206	98,6

Hầu hết NCSC tham gia NC (98,6%) có so sánh sự phát triển của con/cháu mình với trẻ khác cùng tuổi cùng địa phương. Không có hoặc rất ít NCSC sử dụng bộ công cụ sàng lọc rối loạn phát triển theo tuổi và giai đoạn hoặc đưa trẻ đến các cơ sở y tế để khám sức khỏe định kỳ (3,3%), khám sàng lọc khuyết tật (0,5%).

Về số lượng phương pháp sàng lọc áp dụng, có 95,2% NCSC thực hiện sàng lọc khuyết tật cho trẻ theo 1 phương pháp. Chỉ có 7/209 đối tượng (3,3%) thực hiện từ 2 phương pháp trở lên và có 3/209 (1,4%) đối tượng không thực hiện 1 phương pháp sàng lọc nào. Một tỷ lệ rất cao (98,6%) NCSC có thực hành đạt về sàng lọc khuyết tật cho trẻ (Với tiêu chí thực hành đạt khi thực hiện ít nhất 1 phương pháp sàng lọc).



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ NCSC trẻ dưới 3 tuổi có thực hành chung đạt về PHS khuyết tật ở trẻ

Chỉ có gần 1/3 người chăm sóc chính có thực hành chung đạt về PHS khuyết tật ở trẻ.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới thực hành quan sát theo dõi sự phát triển của trẻ của NCSC (n= 209)

Yếu tố liên quan	Thực hành quan sát, theo dõi sự phát triển của trẻ		OR (95% CI)	P
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Nhóm tuổi				
≤ 35 tuổi	96 (65,3)	51 (34,7)	0,6 (0,31 – 1,18)	0,14
> 35 tuổi*	47 (75,8)	15 (24,2)		
Giới tính				
Nam	3 (75,0)	1 (25,0)	1,46 (0,15 – 14,27)	0,75
Nữ*	138 (67,3)	67 (32,7)		
Trình độ học vấn				
Dưới cấp 3	109 (73,2)	40 (26,8)	2,38 (1,28 – 4,45)	0,006
Từ cấp 3 trở lên*	32 (53,3)	28 (46,7)		
Nhóm nghề nghiệp				
Khác	136 (69,4)	60 (30,6)	3,63 (0,87 – 8,41)	0,02
Công chức viên chức, hưu trí (CNVC)*	5 (38,5)	8 (61,5)		
Thu nhập bình quân đầu người/tháng				
≤ 1,3 triệu/tháng	100 (71,9)	39 (28,1)	1,81 (0,99 – 3,31)	0,052
> 1,3 triệu/tháng*	41 (58,6)	29 (41,4)		
Mối quan hệ với trẻ				
Quan hệ khác	10 (58,8)	7 (41,2)	0,67 (0,24 – 1,83)	0,43
Bố, mẹ*	131 (68,2)	61 (31,8)		
Số trẻ dưới 3 tuổi trong HGD				
1 trẻ	129 (69,4)	57 (30,6)	2,08 (0,86 – 4,98)	0,097
2 trẻ trở lên*	12 (52,2)	11 (47,8)		
Nạn nhân chất độc da cam trong gia đình				
Không	137 (68,5)	63 (31,5)	2,72 (0,71 – 10,47)	0,13
Có*	4 (44,4)	5 (55,6)		
Tiếp cận thông tin về PHS khuyết tật				
Chưa tiếp cận	117 (74,1)	41 (25,9)	3,21 (1,67 – 6,18)	< 0,001
Đã tiếp cận*	24 (47,1)	27 (52,9)		
Kiến thức chung về PHS				
Không đạt	120 (69,8)	52 (30,2)	1,76 (0,85 – 3,64)	0,13
Đạt*	21 (56,8)	16 (43,2)		
Thái độ về PHS				
Không đạt	90 (64,7)	49 (35,3)	0,68 (0,36 – 1,29)	0,24
Đạt*	51 (72,9)	19 (27,1)		

Thực hiện kiểm định ÷2 để tìm hiểu liên quan, nghiên cứu đã tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành quan sát, theo dõi sự phát triển ở trẻ của NCSC với các yếu tố trình độ học vấn, nhóm nghề nghiệp và tiếp cận nguồn thông tin về PHS. NCSC có trình độ học vấn dưới cấp 3 có nguy cơ có thực hành quan sát theo dõi sự phát triển ở trẻ chưa đạt cao gấp 2,3 lần so với NCSC có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên (OR = 2,38; p < 0,05). NCSC là CCVC/hưu trí có nguy cơ có thực hành đạt về theo dõi sự phát triển ở trẻ cao gấp 3,6 lần so với NCSC làm nghề khác (OR = 3,63; p < 0,05). NCSC chưa từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS khuyết tật có nguy cơ có thực hành chưa đạt cao gấp 3,2 lần so với người từng tiếp cận (OR = 3,21; p < 0,001).

Về thực hành sàng lọc phát hiện khuyết tật ở trẻ, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan nào có ý nghĩa thống kê.

Để tìm hiểu mối liên quan đa biến giữa các yếu tố với thực hành PHS đồng thời kiểm soát nhiễu, chúng tôi sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến. Chúng tôi đưa vào mô hình tất cả các yếu tố có liên quan tới thực hành về PHS của NCSC trong bảng 3 (p < 0,05) và các biến số đã được chứng minh có mối liên quan ở các nghiên cứu khác, sử dụng phương pháp đưa biến độc lập vào mô hình Enter. Kết quả phân tích như Bảng 4 (trang bên).

Kết quả phân tích cho thấy mô hình này là phù hợp để phân tích mối liên quan đa biến giữa thực hành quan sát theo dõi sự phát triển ở trẻ của NCSC và một số yếu tố thuộc đặc điểm cá nhân và tiếp cận với nguồn thông tin. Kết quả phân tích đa biến cũng cho thấy mối liên quan chỉ còn ở biến tiếp cận với nguồn thông tin về PHS và xuất hiện thêm mối liên quan với yếu tố số trẻ dưới 3 tuổi trong HGD. NCSC chưa từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS có nguy cơ có thực hành không đạt về quan sát, theo dõi sự phát triển ở trẻ cao gấp 2,7 lần so với người từng tiếp cận (OR = 2,73; p < 0,05). NCSC trong HGD có 1 trẻ dưới 3 tuổi có nguy cơ có thực hành không đạt về quan sát, theo dõi sự phát triển ở trẻ cao gấp 2,7 lần so với NCSC ở HGD có nhiều hơn 1 trẻ dưới 3 tuổi (OR = 2,68; p < 0,05)..

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic dự đoán các yếu tố liên quan với thực hành quan sát theo dõi sự phát triển của trẻ

Các yếu tố trong mô hình	OR	95%CI	P
Nhóm tuổi			
≤ 35 tuổi	0,76	0,35 – 1,62	0,47
> 35 tuổi *	1	-	-
Trình độ học vấn			
Dưới cấp 3	1,56	0,74 – 3,3	0,25
Từ cấp 3 trở lên *	1	-	-
Nhóm nghề nghiệp			
Khác	1,32	0,33 – 5,33	0,7
Công chức viên chức, hưu trí*	1	-	-
Thu nhập bình quân đầu người/tháng			
≤ 1,3 triệu/tháng	1,72	0,82 – 3,61	0,15
> 1,3 triệu/tháng *	1	-	-
Số trẻ dưới 3 tuổi trong HGD			
1 trẻ	2,68	1,04 – 6,89	0,04
2 trẻ trở lên *	1	-	-
Nạn nhân chất độc da cam trong gia đình			
Không	2,71	0,6 – 12,15	0,93
Có *	1	-	-
Tiếp cận thông tin về PHS khuyết tật			
Chưa tiếp cận	2,73	1,34 – 5,6	0,006
Đã tiếp cận *	1	-	-
Kiến thức về PHS khuyết tật			
Chưa đạt	1,61	0,72 – 3,58	0,24
Đạt *	1	-	-
Thái độ PHS khuyết tật			
Chưa đạt	0,75	0,36 – 1,54	0,43
Đạt *	1	-	-
(*) = Nhóm so sánh (-) = Không áp dụng	Cỡ mẫu phân tích: n = 209 Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow test: c2 = 6,637; df = 8; p = 0,576		

4. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTNC có thực hành đạt về quan sát, theo dõi sự phát triển của trẻ còn thấp 32,5%. Trong các lĩnh vực phát triển của trẻ, NCSC thường quan tâm đến sự phát triển về thể trạng, vận động hay ngôn ngữ của trẻ nhiều hơn các khía cạnh phát triển khác như nhận thức, cảm xúc, kỹ năng xã hội ... Kết quả này khá giống với kết quả trong NC của Frances Page Glacoe năm 2003 tại Hoa Kỳ khi tỷ lệ cha mẹ quan tâm đến hành vi, kỹ

năng xã hội, kỹ năng tự phục vụ của trẻ nhằm phát hiện khuyết tật phát triển ở trẻ là thấp (gần 35%)[8]. Trong khi đó nhiều cha mẹ, NCSC trẻ - những người không có chuyên môn về khuyết tật – thường khó nhận biết các biểu hiện về chậm phát triển trí tuệ, rối loạn hành vi ở trẻ so với những khiếm khuyết về thực thể (chân, tay, mắt, môi miệng...)[1]. Sự chậm trễ trong phát hiện khuyết tật có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của các biện pháp can thiệp sau này và gây tổn kém. Ở những nơi mà việc thăm khám sức khỏe định kỳ, sàng lọc phát hiện khuyết tật ở trẻ còn hạn chế thì việc quan sát, nhận biết của NCSC càng quan trọng và cần thiết.

Thực hiện sàng lọc khuyết tật cho trẻ được đánh giá ở 2 góc độ: NCSC trực tiếp đánh giá (so sánh với trẻ khác, sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc khuyết tật) hoặc NCSC thông qua một dịch vụ để phát hiện (khám sức khỏe, khám sàng lọc khuyết tật). Hầu hết NCSC (98,6%) thực hiện so sánh sự phát triển của con/cháu mình với trẻ khác cùng độ tuổi tại địa phương. Đây là biện pháp sàng lọc đơn giản và dù có chủ đích hay không chủ đích phát hiện khuyết tật ở con cháu mình thì họ vẫn thường so sánh con cháu mình với trẻ khác như một thói quen, bản năng. Tuy nhiên, nếu như không có kiến thức đầy đủ về khuyết tật và PHS khuyết tật thì NCSC cũng sẽ không nhận biết được dấu hiệu nghi ngờ khuyết tật ở trẻ, từ đó chậm trễ trong việc đưa trẻ đi khám xác định, chẩn đoán khuyết tật và tiếp cận với các dịch vụ can thiệp. Số lượng NCSC thực hiện các biện pháp sàng lọc khuyết tật có chủ đích như sử dụng bộ công cụ sàng lọc rối loạn phát triển theo tuổi và giai đoạn, đưa trẻ đi khám sức khỏe định kỳ hay cho trẻ tiếp cận các dịch vụ sàng lọc khuyết tật là rất ít (dưới 3,5%). Chỉ có 3/209 NCSC từng nghe nói đến bộ công cụ sàng lọc khuyết tật theo giai đoạn và tuổi. Điều này cho thấy NCSC đang thiếu thông tin về cách thức để chính họ có thể sàng lọc phát hiện khuyết tật ở trẻ và các cơ sở cung cấp dịch vụ sàng lọc, qua đó phản ánh công tác truyền thông về PHS khuyết tật tại địa phương còn hạn chế. Bên cạnh đó, việc NCSC có sử dụng các dịch vụ khám, sàng lọc khuyết tật cho trẻ hay không còn phụ thuộc vào sự sẵn có và khả năng đáp ứng của các dịch vụ đó hoặc chi phí của dịch vụ. Đây cũng chính là điểm hạn chế của NC khi không kết hợp định tính để tìm hiểu nguyên nhân rõ hơn. Kết quả của NC này hoàn toàn phù hợp với tình hình thực tế ở các vùng nông thôn, vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, nơi mà các dịch vụ sàng lọc khuyết tật không sẵn có. Hơn nữa, gia đình trẻ thường chỉ đưa trẻ đến các cơ sở y tế khi trẻ có biểu hiện của ốm đau chứ

không có thói quen thăm khám sức khỏe định kỳ. Do đó, việc so sánh trẻ với trẻ khác về phát triển thể chất, tinh thần và xã hội nhằm nhận biết, phát hiện sự khác biệt ở trẻ là vô cùng quan trọng và hiệu quả ở những vùng mà việc tiếp cận với các dịch vụ khám sức khỏe, sàng lọc khuyết tật không dễ dàng.

Có 31,6% ĐTNC có thực hành đạt về PHS khuyết tật nói chung. Đến nay, chưa có NC nào ở Việt Nam cũng như trên thế giới tìm hiểu về thực hành PHS khuyết tật của NCSC để có nguồn so sánh, tuy nhiên xét theo vai trò quan trọng của NCSC trong PHS khuyết tật ở trẻ thì tỷ lệ trên là thấp.

Hạn chế của nghiên cứu: Do nguồn lực có hạn nên nghiên cứu chỉ thực hiện đánh giá thực hành PHS khuyết tật ở trẻ của NCSC qua thông tin thu được từ phỏng vấn mà không qua quan sát trực tiếp. Ngoài ra, các thông tin về thực hành PHS cũng mới chỉ đề cập tới việc có hay không thực hiện mà chưa thể hiện được mức độ của hành động, sự thay đổi theo thời gian. Nghiên cứu cũng mới chỉ đề cập tới các yếu tố ảnh hưởng tới thực hành PHS khuyết tật của NCSC như thông tin về nhân khẩu (tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp ...) và truyền thông

giáo dục sức khỏe mà chưa đề cập tới các yếu tố thuộc môi trường tiếp cận như sự sẵn có và khả năng đáp ứng của dịch vụ chẩn đoán, phát hiện khuyết tật tại địa phương, kinh phí của các dịch vụ đó...

5. Kết luận và khuyến nghị

Tỷ lệ NCSC có thực hành đạt về PHS là 31,6%.

Các yếu tố tiếp cận nguồn thông tin về PHS (OR = 2,73) và số lượng trẻ dưới 3 tuổi trong HGĐ (OR = 2,68) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành quan sát, theo dõi sự phát triển ở trẻ của NCSC. NCSC chưa từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS khuyết tật và NCSC sống trong HGĐ có một trẻ dưới 3 tuổi có nguy cơ có thực hành quan sát, theo dõi sự phát triển ở trẻ không đạt cao gấp 2,7 lần so với NCSC từng tiếp cận thông tin và NCSC trong HGĐ có nhiều hơn một trẻ dưới 3 tuổi ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số khuyến nghị như sau: Xây dựng và triển khai chương trình can thiệp giáo dục và truyền thông toàn diện nhằm nâng cao hiểu biết từ đó tăng cường thực hành PHS khuyết tật của NCSC trẻ dưới 3 tuổi.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và UNICEF (2011), Nghiên cứu định tính về trẻ khuyết tật tại An Giang và Đồng Nai: Kiến thức - Thái độ - Thực hành.
2. Đỗ Hạnh Nga (2011), “Những khó khăn của gia đình có trẻ khuyết tật phát triển và nhu cầu của họ đối với dịch vụ xã hội”, Hội thảo khoa học công tác xã hội - Kết nối và chia sẻ, Trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Hồng Thuận (1999), Nghiên cứu một số giải pháp kết hợp giáo dục giữa nhà trường và gia đình trong giáo dục mầm non, Hà Nội.
4. Ủy ban Quốc gia điều tra hậu quả chất hóa học dùng trong chiến tranh Việt Nam (2000), Hậu quả các chất hóa học đã sử dụng trong chiến tranh Việt Nam 1961-1971 - Kỷ yếu công trình, quyển 3, Các tai biến sinh sản, phần hai, Hà Nội.

Tiếng Anh

5. A. Markides (1970), “The Speech of Deaf and Partially Hearing Children with Special Reference to Speech Intelligibility”, International Journal of Language & Communication Disorders, 5(2), pg. 126-139.
6. Center on the Developing Child at Harvard University

- (2008), The science of early childhood development, pg. 2.
7. Center on the Developing Child at Harvard University (2010), The foundations of lifelong health are built in early childhood, pg. 29.
8. Frances Page Glacoe (2003), “Parents’ Evaluation of Developmental Status: How Well Do Parents’ Concerns Identify Children With Behavioral and Emotional Problems?”, Clinical Pediatrics, 42(2), pg. 133.
9. Frances Page Glascoe and Paul H. Dworkin (1995), “The Role of Parents in the Detection of Developmental and Behavioral Problems”, Pediatrics, 95(6), pg. 829-836.
10. IDEA (1975), Infant and toddler with disabilities, US Department of Education, accessed on Feb. 24, 2016 at <http://idea.ed.gov/part-c/statutes#statute-1364>, Sec. 631: Findings and policy.
11. Theeranate K1 and Chuengchitraks S. (2005), “Parent’s Evaluation of Developmental Status (PEDS) detects developmental problems compared to Denver II”, J Med Assoc Thai, 88(3), pg. 188-192.
12. National Down Syndrome Society (2012), Early Intervention, accessed 8/8/2015, from <http://www.ndss.org/Resources/Therapies-Development/Early-Intervention/>.
13. Nguyen Thi Hoang Yen (2010), Research with families having children with developmental disorder in east Asia.