

# Kiến thức về phát hiện sớm khuyết tật của người chăm sóc chính trẻ dưới 3 tuổi xã Nam Thắng, huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình năm 2015

Nguyễn Thị Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Thủy<sup>2</sup>

*Theo Tổ chức Y tế thế giới, phát hiện sớm và can thiệp sớm có thể phòng ngừa được khoảng 70% các khuyết tật ở trẻ gây ra bởi bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc xin, suy dinh dưỡng và thiếu vi chất... Khuyết tật của trẻ nếu được phát hiện càng sớm thì các biện pháp y tế và giáo dục càng dễ đạt hiệu quả. Trong phát hiện khuyết tật ở trẻ, gia đình mà cụ thể là người chăm sóc chính (NCSC) của trẻ có vai trò đặc biệt quan trọng. Chính họ, những người tiếp xúc với trẻ nhiều nhất cần phải có kiến thức cơ bản về khuyết tật để có thể nhận biết được dấu hiệu bất thường, nghi ngờ khuyết tật ở trẻ. Tuy nhiên hiện nay, các nghiên cứu về đề tài này còn hạn chế. 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 kiến thức của NCSC về phát hiện sớm (PHS) khuyết tật và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỷ lệ NCSC tham gia có kiến thức đạt về PHS khuyết tật là 17,7%. Yếu tố tiếp cận với nguồn thông tin về PHS có liên quan đến kiến thức PHS khuyết tật của NCSC. 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 kiến thức của NCSC về PHS khuyết tật ở trẻ.*

*Từ khóa: phát hiện khuyết tật, phát hiện sớm, kiến thức về khuyết tật*

## Knowledge and factors related to early disability detection among caregivers of children under 3 years old in Nam Thang commune, Tien Hai district, Thai Binh province, in 2015

Nguyen Thi Hoa<sup>1</sup>, Nguyen Thi Minh Thuy<sup>2</sup>

*According to WHO, early detection and early intervention measures can prevent approximately 70% of the childhood disability caused by vaccine preventable disease, malnutrition and micronutrient*

*deficiencies... The earlier a disability is detected in a child, the more effective the intervention and the less severe the disability. Parents and caregivers who play an important role in detecting disability need to have a good knowledge of detecting disability to identify children with development delays and/or disabilities. Currently, only a limited number of researches on caregivers' knowledge can be found. The purpose of our cross-sectional study with 209 caregivers of children under 3 years old in Nam Thang commune, Tien Hai district, Thai Binh province is to find out their knowledge and some related factors. The results show that 17,7% caregivers have good knowledge of early detection of disabilities. This study also found a relationship between knowledge of early detection with accessing information resources of caregivers. The study suggests that it is needed to have a comprehensive education and communication program for improving knowledge on early detection among caregivers.*

*Key words: disability detection, early detection, knowledge of disability*

---

**Tác giả:**

1. Viện Giám định Y khoa – Bệnh viện Bạch Mai
2. Trường Đại học Y tế Công cộng

## 1. Đặt vấn đề

Những rối loạn phát triển trong giai đoạn đầu đời 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 [4]. 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 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 [6],[7],[8],[11].

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 [12]. 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],[10]. Đặc biệt tại những nơi mà việc tiếp cận y tế định kỳ để kiểm tra, chăm sóc sức khỏe 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. Tuy nhiên, việc phát hiện khuyết tật của trẻ ở gia đình còn chậm chễ, 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 [3].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam còn khá ít các nghiên cứu về kiến thức PHS khuyết tật, đặc biệt là của NCSC. Với số ít nghiên cứu đã công bố thì đối tượng nghiên cứu hướng tới là cán bộ y tế, giáo viên mầm non... và tìm hiểu cụ thể về một dạng khuyết tật cụ thể như trẻ tự kỷ, trẻ khiếm thính, khiếm thị.

Nam Thắng là một trong 35 xã/thị trấn của huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình. Đây là địa bàn có số lượng trẻ khuyết tật (TKT) dưới 6 tuổi cao thứ hai trong huyện đồng thời là xã có số nạn nhân chất độc da cam lớn nhất trong huyện. 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 [5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức về PHS khuyết tật của người chăm sóc chính, (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức về PHS khuyết tật của người chăm sóc chính và đề xuất một số giải pháp phù hợp.

## 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 của trẻ dưới 3 tuổi được lựa chọn ngẫu nhiên đơn từ toàn bộ 460 hộ gia đình có trẻ dưới 3 tuổi trên địa bàn xã và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bộ câu hỏi gồm 18 câu chia thành 3 phần: kiến thức về khuyết tật, kiến thức về chương trình/hoạt động PHS và kiến thức về dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật. Câu trả lời được đánh giá là đạt khi lựa chọn đúng đáp án (với câu hỏi một lựa chọn) hoặc có tổng điểm của câu lớn hơn điểm trung bình của quần thể (với câu hỏi nhiều lựa chọn). Mỗi cấu phần kiến thức được đánh giá là đạt khi tổng điểm của cấu phần lớn hơn điểm trung bình của quần thể. NCSC có kiến thức chung về PHS đạt khi đạt ở cả 3 cấu phần kiến thức.

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 kiến thức PHS khuyết tật.

## 3. Kết quả

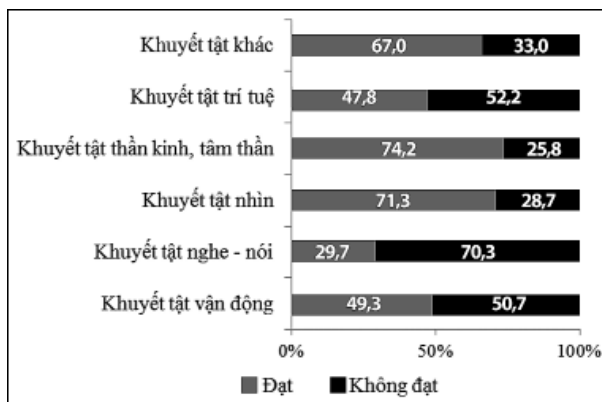
Kiến thức về PHS khuyết tật thể hiện ở 3 cấu phần: kiến thức về khuyết tật, kiến thức về chương trình/hoạt động PHS và kiến thức về dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật.

Về kiến thức khuyết tật, phần lớn (92,3%) NCSC tham gia nghiên cứu biết đến dạng khuyết tật vận động, tỷ lệ NCSC biết đầy đủ các dạng khuyết tật chỉ là 12,9%. Biện pháp hạn chế xảy ra khuyết tật ở trẻ được NCSC lựa chọn nhiều nhất là tiêm chủng (88,5%), dinh dưỡng đầy đủ (58%), chỉ có dưới 35% NCSC biết đến các biện pháp về PHS, điều trị bệnh tật và can thiệp sớm khiếm khuyết.

Về kiến thức chương trình/hoạt động PHS, khoảng 39,2% NCSC cho rằng cán bộ y tế tuyến xã có thể tham gia PHS khuyết tật ở trẻ trong khi phần

lớn (92,8%) cho rằng chính họ có thể tham gia. Chỉ có 20,1% NCSC cho biết sẽ liên hệ với trạm y tế xã khi nghi ngờ trẻ có dấu hiệu khiếm khuyết.

Kiến thức về dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật như Biểu đồ 1.



**Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ NCSC trẻ dưới 3 tuổi biết về dấu hiệu nhận biết từng dạng khuyết tật**

Hiểu biết của NCSC về dấu hiệu nhận biết trẻ khuyết tật về nhìn, tâm thần và thần kinh là cao nhất với tỷ lệ kiến thức đạt là 71,3% và 74,2%. Dấu hiệu nhận biết trẻ khó khăn về nghe – nói có tỷ lệ kiến thức đạt thấp nhất (khoảng 29,7%).

**Bảng 1. Kiến thức về PHS khuyết tật của NCSC (n=209)**

Nội dung	Không đạt		Đạt	
	N	%	N	%
Kiến thức về khuyết tật	93	44,5	116	55,5
Kiến thức về chương trình PHS	76	36,4	133	63,6
Kiến thức về dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật	102	48,8	107	51,2
Kiến thức chung về PHS	172	82,3	37	17,7

Trên 50% ĐTNC có kiến thức đạt ở từng cấu phần (khuyết tật, chương trình/hoạt động PHS và dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật) trong khi đó chỉ có 17,7% NCSC có kiến thức đạt ở cả 3 phần. Kết quả cho thấy phần lớn NCSC mới chỉ hiểu biết một phần, một khía cạnh của PHS khuyết tật, tỷ lệ người có hiểu biết đầy đủ, toàn diện còn thấp.

**Bảng 2. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức PHS**

Nội dung	Kiến thức		OR (95% CI)	P
	Không đạt (%)	Đạt (%)		
<b>Nhóm tuổi</b>				
≤ 35 tuổi	123 (83,7)	24 (16,3)	1,36	0,422
> 35 tuổi	49 (79,0)	13 (21,0)	(0,64 – 2,88)	
<b>Giới tính</b>				
Nam	3 (75,0)	1 (25,0)	0,64	0,7
Nữ	169 (82,4)	36 (17,6)	(0,07 – 6,32)	
<b>Trình độ học vấn</b>				
Dưới cấp 3	124 (83,2)	25 (16,8)	1,24	0,58
Từ cấp 3 trở lên	48 (80,0)	12 (20,0)	(0,58 – 2,66)	
<b>Nhóm nghề nghiệp</b>				
Khác	162 (82,7)	34 (17,3)	1,43	0,6
CCVC, hưu trí	10 (76,9)	3 (23,1)	(0,37 – 5,47)	
<b>Thu nhập bình quân đầu người/tháng</b>				
≤ 1,3 triệu/tháng	115 (82,7)	24 (17,3)	1,09	0,82
> 1,3 triệu/tháng	57 (81,4)	13 (18,6)	(0,52 – 2,30)	
<b>Mối quan hệ với trẻ</b>				
Quan hệ khác	15 (88,2)	2 (11,8)	1,67	0,5
Bố, mẹ	157 (81,8)	35 (18,2)	(0,37 – 7,65)	
<b>Số trẻ dưới 3 tuổi trong HGD</b>				
1 trẻ	152 (81,7)	34 (18,3)	0,67	0,54
2 trẻ trở lên	20 (87,0)	3 (13,0)	(0,19 – 2,39)	
<b>Nạn nhân chất độc da cam trong gia đình</b>				
Không	164 (82,0)	36 (18,0)	0,57	0,6
Có	8 (88,9)	1 (11,1)	(0,07 – 4,7)	
<b>Tiếp cận thông tin về PHS khuyết tật</b>				
Chưa tiếp cận	135 (85,4)	23 (14,6)	2,22	0,036
Đã tiếp cận	37 (72,5)	14 (27,5)	(1,04 – 4,74)	

Sau khi thực hiện kiểm định  $\chi^2$  để tìm hiểu liên quan, chúng tôi nhận thấy nhóm NCSC chưa từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS có nguy cơ có kiến thức chưa đạt cao hơn nhóm đã từng tiếp cận 2,2 lần ( $p = 0,036$ ).

Để tìm hiểu mối liên quan đa biến giữa các yếu tố với kiến thức 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 kiến thức về PHS của NCSC trong bảng 2 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 3.

**Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic dự đoán các yếu tố liên quan với kiến thức**

Các yếu tố trong mô hình	Hệ số $\beta$	OR	95% CI	P
<b>Giới tính</b>				
Nam	-0,47	0,62	0,06 – 6,44	0,69
Nữ*	-	1	-	-
<b>Trình độ học vấn</b>				
Dưới cấp 3	0,08	1,01	0,46 – 2,51	0,86
Từ cấp 3 trở lên*	-	1	-	-
<b>Nhóm nghề nghiệp</b>				
Khác	-0,06	0,94	0,21 – 4,18	0,94
CCVC, hưu trí*	-	1	-	-
<b>Tiếp cận thông tin về PHS khuyết tật</b>				
Chưa tiếp cận	0,79	2,21	1,14 – 4,88	0,048
Đã tiếp cận*	-	1	-	-
Cỡ mẫu phân tích: $n = 209$ ; (*) = Nhóm so sánh; (-) = Không áp dụng				
Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer and Lemeshow test)				
$\chi^2 = 1,425$ ; $df = 3$ ; $p = 0,7$				

Kết quả phân tích cho thấy mô hình này là phù hợp để phân tích mối liên quan đa biến giữa kiến thức PHS khuyết tật 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 có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố tiếp cận với nguồn thông tin với kiến thức về PHS của NCSC. NCSC chưa từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS khuyết tật có nguy cơ có kiến thức chưa đạt cao hơn 2,2 lần so với người từng tiếp cận ( $p < 0,05$ ).

#### 4. Bàn luận

Kiến thức đạt ở từng cấu phần chỉ ở mức trung bình lần lượt là 55,5%; 63,6% và 51,2% trong khi tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt về PHS khuyết tật nói chung (cả 3 cấu phần) rất thấp, chỉ là 17,7%. Kết quả này cho thấy phần lớn NCSC mới chỉ hiểu biết về một phần, một khía cạnh của PHS khuyết tật. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu định tính của UNICEF tại An Giang và Đồng Nai tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành về TKT trên nhiều nhóm đối tượng khác nhau trong đó có cha mẹ của trẻ. Mặc dù không chỉ rõ tỷ lệ nhưng những kết quả định tính cũng cho thấy kiến thức của các bậc phụ huynh về phòng ngừa, phát hiện khuyết tật ở trẻ còn hạn chế [1].

Trong cấu phần kiến thức về khuyết tật, 92,3% ĐTNC biết về dạng khuyết tật vận động, trong khi

đó chỉ có 12,9% biết đầy đủ các dạng khuyết tật. Kết quả này là tương đồng với kết quả của nhiều cuộc điều tra khảo sát về người khuyết tật. Về biện pháp hạn chế xảy ra khuyết tật ở trẻ, có từ 58% đến 89% ĐTNC lựa chọn biện pháp về dinh dưỡng và tiêm chủng trong khi các biện pháp về PHS, điều trị bệnh tật và can thiệp sớm khiếm khuyết chỉ có dưới 35% ĐTNC biết đến. Điều này cho thấy phần lớn NCSC trẻ mới chỉ biết cách dự phòng khuyết tật ngay từ đầu, trong khi đó các biện pháp hạn chế khuyết tật xảy ra khi đã có dấu hiệu khiếm khuyết chưa được biết đến. Sự hiểu biết hạn chế về biện pháp hạn chế khuyết tật có thể khiến NCSC không quan tâm đến việc PHS khuyết tật ở trẻ.

Về cấu phần kiến thức về chương trình PHS, ĐTNC đã có hiểu biết nhất định về thời điểm, tầm quan trọng của PHS khuyết tật đối với trẻ và vai trò của NCSC trong PHS. Khoảng 39,2% ĐTNC cho rằng cán bộ y tế tuyến xã có thể tham gia PHS khuyết tật ở trẻ và 20,1% cho biết sẽ liên hệ với trạm y tế xã khi nghi ngờ trẻ có dấu hiệu khiếm khuyết. Kết quả cho thấy chương trình PHS tại địa phương đặc biệt là hoạt động truyền thông về PHS khuyết tật chưa hiệu quả, vai trò của cán bộ y tế tuyến xã trong PHS khuyết tật ở trẻ chưa cao. Trong NC này, áp dụng tình hình thực tế tại vùng nông thôn Việt Nam, NCSC cần chú ý, theo dõi sự phát triển của trẻ về mọi mặt để phát hiện chính xác các biểu hiện bất thường ở trẻ, sau đó có thể tự tìm hiểu thông tin, trao đổi với cán bộ y tế tuyến xã và cho trẻ đi tuyến y tế cao hơn để chẩn đoán xác định khuyết tật.

Có 51,2% ĐTNC có kiến thức đạt về dấu hiệu nhận biết các dạng khuyết tật, trong đó tỷ lệ đạt cao nhất ở dạng khuyết tật về nhìn và khuyết tật về thân kinh – tâm thần (trên 70%) và thấp nhất ở dạng và thấp nhất là khuyết tật về nghe – nói (29,7%). Kết quả cho thấy hiểu biết và khả năng nhận biết trẻ có

dấu hiệu khiếm khuyết của NCSC còn thấp. Điều này rất đáng lo ngại bởi thiếu kiến thức về dấu hiệu khiếm khuyết dẫn đến NCSC đánh giá thấp khả năng/nguy cơ khuyết tật ở trẻ và làm chậm trễ quá trình đưa trẻ đến các cơ sở khám phát hiện, chẩn đoán khuyết tật.

Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt về PHS khuyết tật thấp hoàn toàn phù hợp với thực trạng tiếp cận thông tin về PHS khuyết tật của ĐTNC (24,4% ĐTNC từng tiếp cận với nguồn thông tin về PHS khuyết tật).

Việc tiếp cận với nguồn thông tin về PHS có mối liên quan chặt chẽ với kiến thức về PHS của NCSC thể hiện trong cả phân tích đơn biến và đa biến. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Bảo Khánh [2].

## 5. Kết luận và khuyến nghị

Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt về PHS là 17,7%.

Yếu tố tiếp cận với nguồn thông tin về PHS (OR = 2,2) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức của NCSC về PHS khuyết tật. NCSC chưa từng tiếp cận với thông tin về PHS khuyết tật có nguy cơ có kiến thức về PHS khuyết tật chưa đạt cao gấp 2,2 lần so với người đã tiếp cận ( $p < 0,05$ ).

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 kiến thức PHS khuyết tật của NCSC trẻ dưới 3 tuổi. Tập huấn cho CBYT xã về khuyết tật, PHS khuyết tật và kỹ năng truyền thông, tư vấn. Đầu tư thêm tài liệu truyền thông như tờ rơi, sách nhỏ tại TYT xã để người dân dễ dàng tiếp nhận được thông tin về PHS khuyết tật.

**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. Hoàng Bảo Khánh (2012), Kiến thức, thái độ về hội chứng tự kỷ và một số yếu tố liên quan của người chăm sóc chính trẻ dưới 3 tuổi ở phường Thành Công và Phúc Xá, quận Ba Đình, Hà Nội năm 2011, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 97.
3. 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.
4. 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.
5. Ủy ban Quốc gia điều tra hậu quả chất hóa học dioxin trong chiến tranh Việt Nam (2000), Hậu quả các chất hóa học đã sử dụng trong chiến tranh Việt Nam 1961-1971 - Kỹ yếu công trình, quyển 3, Các tai biến sinh sản, phần hai, Hà Nội.

**Tiếng Anh**

6. 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.
7. Center on the Developing Child at Harvard University (2008), *The science of early childhood development*, pg. 2.
8. Center on the Developing Child at Harvard University (2010), *The foundations of lifelong health are built in early childhood*, pg. 29.
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. K1 Theeranate 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.
11. National Down Syndrome Society (2012), *Early Intervention*, accessed 8/8/2015, from <http://www.ndss.org/Resources/Therapies-Development/Early-Intervention/>.
12. Nguyen Thi Hoang Yen (2010), *Research with families having children with developmental disorder in east Asia*.