

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế về rối loạn tự kỷ ở trẻ sau một năm can thiệp tại hai tỉnh Hòa Bình và Thái BìnhHứa Thanh Thủy^{1*}, Nguyễn Thái Quỳnh Chi¹, Nguyễn Thị Nga¹, Đinh Thu Hà¹, Nguyễn Thị Hương Giang², Nguyễn Thanh Hương¹**TÓM TẮT**

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế (NVYT) về rối loạn tự kỷ (RLTK) ở trẻ sau một năm triển khai chương trình truyền thông về RLTK ở trẻ em tại cộng đồng (từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2019) tại hai tỉnh Hòa Bình và Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau không có nhóm chứng, với cỡ mẫu 300 và 295 NVYT ở ba tuyến (xã, huyện và tỉnh) tương ứng với thời điểm trước can thiệp (TCT) và sau can thiệp (SCT) được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Kết quả: Về kiến thức, trong tổng số 14 câu hỏi, 13 câu có tỷ lệ trả lời đúng SCT cao hơn TCT (OR từ 1,17 - 4,73), trong đó sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở 5 câu về dấu hiệu cơ thể và 3 câu về sai lầm trong điều trị RLTK. Với 5 câu hỏi (tổng là 25 điểm) đánh giá thái độ, điểm trung vị SCT là 17, cao hơn 1 điểm so với TCT ($p < 0,05$). Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thực hành khi nghi ngờ trẻ mắc RLTK của NVYT trước và sau can thiệp ($p > 0,05$).

Kết luận: Chương trình can thiệp giúp nâng cao kiến thức và thái độ của NVYT về RLTK ở trẻ. Cần tiếp tục duy trì chương trình để thấy được sự thay đổi về thực hành của NVYT.

Từ khóa: Tự kỷ, rối loạn tự kỷ, can thiệp, kiến thức, thái độ, thực hành, nhân viên y tế

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tự kỷ (RLTK), là một nhóm các rối loạn phát triển phức hợp của não, đặc trưng bởi những khó khăn trong tương tác xã hội, giao tiếp và một loạt các hành vi và mối quan tâm bị hạn chế hoặc bị lặp đi lặp lại (1). Các nghiên cứu dịch tễ học gần đây ước tính tỷ lệ trẻ mắc RLTK toàn cầu là 0,62% (2). Tại Việt Nam, công bố mới về dịch tễ học tại ba tỉnh miền Bắc cho thấy, tỷ lệ RLTK ở trẻ từ 18 đến 30 tháng là 0,75% (3). Sàng lọc và chẩn đoán sớm RLTK ở trẻ em trước 3 tuổi là chìa khóa cho việc thực hiện can thiệp và hỗ trợ trẻ có RLTK đạt hiệu

quả. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy thực trạng chậm trễ trong chẩn đoán và can thiệp cho trẻ RLTK (4, 5), và một trong những nguyên nhân của tình trạng này là sự hạn chế về kiến thức, thái độ, thực hành của các nhóm đối tượng thường xuyên tiếp xúc với trẻ như người chăm sóc trẻ (NCST), giáo viên mầm non (GVMN) và nhân viên y tế (NVYT) (6-8). Nghiên cứu tại Pakistan tiến hành trên 348 bác sỹ đa khoa cho thấy chỉ có 44,6% đã từng nghe tới RLTK, trong đó tỷ lệ nhận thức sai về nguyên nhân và trị liệu của tự kỷ 45,2% và 38,3% (8). Thậm chí, đối với nhóm bác sỹ thuộc chuyên ngành nhi khoa và tâm thần, nghiên cứu tại Nigeria cũng



*Địa chỉ liên hệ: Hứa Thanh Thủy

Email: htt@huph.edu.vn

¹ Trường Đại học Y tế công cộng

² Bệnh viện Nhi Trung Ương

Ngày nhận bài: 03/4/2020

Ngày phản biện: 15/4/2020

Ngày đăng bài: 28/6/2020

cho thấy kiến thức của đối tượng rất hạn chế, với trung bình điểm kiến thức chỉ đạt 12,56/19 điểm (9).

Một chương trình truyền thông nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của NCST, GVMN và NVYT về RLTK đã được triển khai thí điểm tại hai tỉnh Hoà Bình và Thái Bình từ năm 2017 đến 2018. Để cung cấp bằng chứng tin cậy về kết quả của chương trình can thiệp, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu “*đánh giá sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT về RLTK ở trẻ sau một năm can thiệp*”.

PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN TÀI LIỆU

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Với $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$; P_1 và P_2 : Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng về RLTK ở trẻ thời điểm TCT và SCT tương ứng là 0,65 và 0,80. Cỡ mẫu thực tế cho 2 tỉnh TCT là 300 và SCT là 295.

ĐTNC được chọn lựa theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

- Giai đoạn 1: tại mỗi tỉnh lựa chọn 1 thành phố (TP) và 1 huyện: TP. Hoà Bình và Huyện Lương Sơn (tỉnh Hoà Bình); TP. Thái Bình và huyện Tiền Hải (tỉnh Thái Bình).

- Giai đoạn 2: Đối với NVYT tuyến xã: tại mỗi thành phố/huyện, chọn ngẫu nhiên 1 phường/xã cho mỗi khảo sát TCT và SCT. Chọn toàn bộ NVYT tuyến xã tại các xã/phường được lựa chọn. Đối với NVYT tuyến huyện và tỉnh: Xác định khung mẫu riêng cho từng tuyến, với mỗi tuyến lựa chọn ngẫu nhiên NVYT nhằm đảm bảo cỡ mẫu ở mỗi tuyến là tương đương nhau. NVYT đã tham gia khảo sát TCT được loại khỏi khung mẫu SCT.

Bộ công cụ thu thập số liệu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau không có nhóm chứng được thực hiện tại tỉnh Hoà Bình và Thái Bình. Thu thập số liệu trước can thiệp (TCT) và sau can thiệp (SCT) vào tháng 01/2017 và tháng 1/2019.

Đối tượng nghiên cứu: NVYT không chuyên về RLTK, có tiếp xúc với trẻ dưới 5 tuổi, được chia thành 3 tuyến: tuyến xã (NVYT thôn và CBYT xã), tuyến huyện (CBYT đang công tác tại Khoa Khám bệnh, Khoa Nhi thuộc TTYT hoặc TTYTDP và BVĐK huyện), và tuyến tỉnh (CBYT đang công tác tại Khoa Khám bệnh, Khoa nhi thuộc BVĐK tỉnh).

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính toán theo công thức chọn mẫu hai tỷ lệ:

Bộ công cụ được thiết kế dựa trên tham khảo các nghiên cứu trên thế giới, thang đo đánh giá kiến thức và thái độ được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy cho kết quả ở mức chấp nhận được (cronbach alpha tương ứng 0,61 và 0,63) (10).

Thang đo kiến thức: gồm 14 câu hỏi (chia thành 3 nhân tố) dạng Đúng/Sai/Không biết. Mỗi câu hỏi trả lời đúng được 2 điểm, sai 0 điểm và “Không biết/phân vân” 1 điểm. Biến tổng hợp Kiến thức theo từng nhân tố và Kiến thức chung bằng tổng điểm số các câu hỏi trong nhân tố hoặc của cả thang đo.

Thang đo thái độ: gồm 5 phát biểu theo thang đo likert 1-5 (từ rất không tích cực đến rất tích cực). Biến tổng hợp thái độ chung bằng tổng điểm của toàn bộ thang đo.

Đánh giá thực hành: dựa trên 1 câu hỏi về xử trí khi nghi ngờ trẻ mắc RLTK.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 24. Kiểm

định Chi bình phương, Mann-whitney được áp dụng phù hợp với đặc điểm của biến số.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi đã được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng thông qua (Quyết định số 319/2016 /YTCC-HD3).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

NVYT tham gia nghiên cứu ở thời điểm TCT (n=300) và SCT (n=295) không có sự khác nhau về tuổi trung bình, giới, dân tộc, và vị trí công tác. Đa số NVYT là nữ (khoảng 80-85%), dân tộc Kinh (khoảng 75%) hoặc Mường (khoảng 25%), có độ tuổi trung bình là 44,4 (SD=12,3) và 41,0 (SD=11,1). Về vị trí công tác, khoảng 30% đối tượng tham gia nghiên cứu là y tế thôn bản và khoảng 70% là CBYT ở xã/huyện/tỉnh.

NVYT tại thời điểm SCT có trình độ học vấn cao hơn so với NVYT tại thời điểm TCT, trong đó tỷ lệ có trình độ là trung cấp/cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất (SCT là 63,0% và TCT là 44,7%), tiếp theo là trình độ đại học (SCT là 22,9% và TCT là 20,4%). Tại thời điểm SCT chỉ có khoảng 13% NVYT có trình độ dưới trung cấp, trong khi đó tỷ lệ này tại thời điểm TCT là hơn 30%. Về bằng cấp chuyên môn, chiếm tỷ lệ cao nhất là bằng y sĩ (SCT là 44,1% và TCT là 37,3%), tiếp theo là bằng sơ cấp đối với thời điểm TCT (33,0%) còn đối với thời điểm SCT là y tá (16,8%), tỷ lệ có bằng bác sỹ là 15,1% và chưa được đào tạo 10,4%.

2. Sự thay đổi kiến thức của NVYT về RLTK ở trẻ

Sự thay đổi kiến thức của NVYT về RLTK được phân tích theo ba cách: đánh giá sự thay đổi tỷ lệ trả lời đúng đối với từng câu hỏi (Bảng 1); đánh giá sự thay đổi kiến thức theo từng nhân tố và kiến thức chung của thang đo (Bảng 2).

Bảng 1. Sự thay đổi kiến thức của NVYT về RLTK ở trẻ đối với từng nội dung

Nội dung	Trả lời Đúng				Kiểm định χ^2	
	TCT (n=300)		SCT (n=295)		OR	p
	n	%	n	%		
Nhân tố 1: Kiến thức về dấu hiệu cơ sở nghi ngờ trẻ mắc RLTK						
Trẻ 9 tháng không đáp ứng được tương tác âm thanh, nụ cười, không giơ tay đòi bế	164	54,7	251	85,1	4,73	<0,001
Trẻ 12 tháng chưa biết nói bập bẹ	117	39,0	173	58,6	2,22	<0,001
Trẻ 12 tháng chưa biết chỉ ngón trỏ	117	39,0	208	70,5	3,74	<0,001
Trẻ 16 tháng chưa nói được từ đơn	144	48,0	213	72,2	2,81	<0,001
Trẻ 24 tháng chưa nói được 2 từ đơn	171	57,0	239	81,0	3,22	<0,001
Nhân tố 2: Kiến thức cơ bản về RLTK						
Tự kỷ là một dạng rối loạn cảm xúc, ảnh hưởng đến sự kiểm soát cảm xúc của trẻ.	275	91,7	277	93,9	1,40	0,293
Chẩn đoán tự kỷ bằng cách nói chuyện với NCST về các mốc phát triển kết hợp với quan sát giao tiếp, hành vi của trẻ.	281	93,7	274	92,9	0,88	0,702

Nội dung	Trả lời Đúng				Kiểm định χ^2	
	TCT (n=300)		SCT (n=295)		OR	p
	n	%	n	%		
Biện pháp trị liệu hiệu quả cho trẻ tự kỷ là tập luyện vận động	273	91,0	272	92,2	1,17	0,597
NCST có thể phát hiện các dấu hiệu bất thường của trẻ nghi mắc tự kỷ.	285	95,0	284	96,3	1,36	0,448
GVMN có thể phát hiện các dấu hiệu bất thường của trẻ nghi mắc tự kỷ.	284	94,6	286	96,9	1,79	0,165
Nhân tố 3: Kiến thức sai lầm về “điều trị” RLTK ở trẻ						
Có thể “điều trị” khỏi cho trẻ tự kỷ bằng thuốc Tây y *.	125	41,7	208	70,5	3,35	<0,001
Có thể “điều trị” khỏi cho trẻ tự kỷ bằng châm cứu, bấm huyệt *.	103	34,3	191	64,7	3,51	<0,001
Có thể “điều trị” khỏi cho trẻ tự kỷ bằng cách uống thuốc đông y để giải trừ chất độc khỏi cơ thể *.	172	57,3	249	84,4	3,51	<0,001

Ghi chú: (*): Là phát biểu sai về RLTK

Kết quả Bảng 1 cho thấy, 13/14 câu hỏi có tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng tại thời điểm SCT cao hơn so với TCT. Đặc biệt, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) ở cả 5 câu hỏi về dấu hiệu cờ đỏ nghi ngờ trẻ RLTK và 3 câu hỏi liên quan đến kiến thức sai lầm của ĐTNC về cách cách trị liệu RLTK phổ biến tại Việt Nam.

Khi phân tích sự thay đổi trước và sau can thiệp theo từng nhân tố và theo cả thang đo, kết quả

Bảng 3 cho thấy, điểm trung vị đối với nhóm kiến thức về dấu cờ đỏ nghi ngờ trẻ mắc RLTK và nhóm kiến thức về sai lầm trong “điều trị” RLTK ở trẻ tại thời điểm SCT cao hơn so với TCT ($p<0,001$). Còn đối với nhóm kiến thức cơ bản, điểm trung vị trước và SCT không có sự thay đổi ($p>0,05$). Đối với biến tổng hợp kiến thức chung về RLTK, điểm trung vị tại thời điểm SCT cao hơn so với TCT (22 điểm so với 20 điểm, $p<0,001$).

Bảng 2. Sự thay đổi kiến thức theo từng nhân tố và kiến thức chung của NVYT

Nhóm kiến thức	Trung vị (iqr)		Giá trị p (Kiểm định Mann-Whitney)
	TCT (n=193)	SCT (n=226)	
Kiến thức về dấu hiệu nghi ngờ trẻ mắc RLTK	6 (5)	8 (4)	<0,001
Kiến thức cơ bản về RLTK	10 (4)	10 (4)	0,855
Kiến thức sai lầm về điều trị RLTK	3 (3)	6 (2)	<0,001
Kiến thức chung về RLTK ở trẻ	20 (10)	22 (8)	<0,001

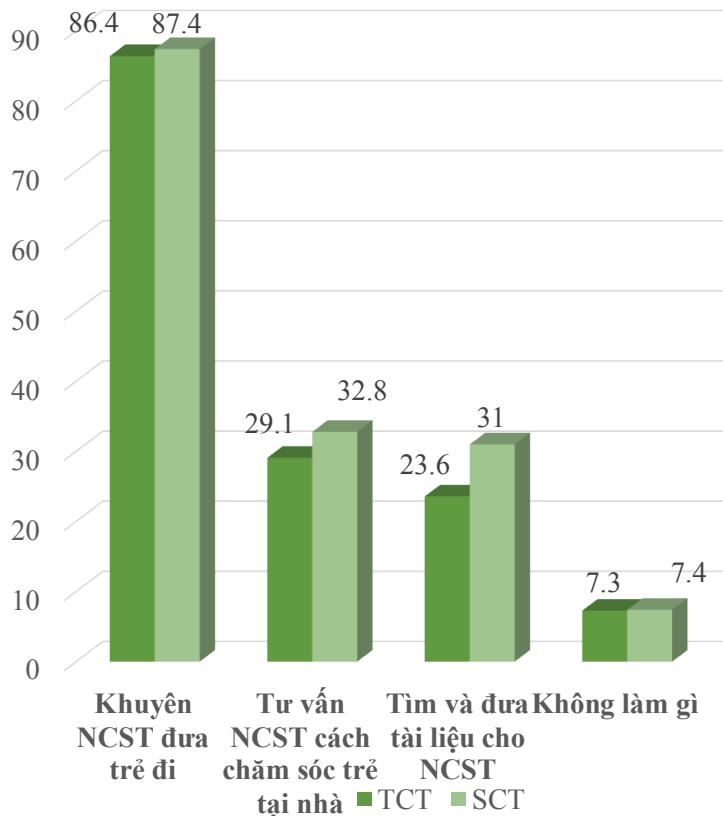
3. Sự thay đổi thái độ của NVYT về RLTK ở trẻ**Bảng 3. Sự thay đổi thái độ của NVYT về RLTK ở trẻ**

Nội dung	Trung vị (khoảng tứ phân vị)		p
	TCT (n=300)	SCT (n=295)	
Tôi cho rằng trẻ tự kỷ đều bị thiếu năng trí tuệ	3 (2)	4 (1)	<0,001
Tôi cho rằng trẻ tự kỷ không thể cải thiện được	4 (0)	4 (0)	0,124
Tôi cho rằng trẻ tự kỷ luôn gây rắc rối cho những trẻ chơi cùng	4 (2)	4 (1)	<0,001
Tôi cảm thấy trẻ tự kỷ thường có hành vi gây hại đến người xung quanh	4 (1)	4 (0)	0,135
Tôi nghĩ rằng trẻ mắc tự kỷ cần được học tại các trường/lớp chuyên biệt.	2 (1)	2 (1)	0,215
Thái độ chung về RLTK ở trẻ của NVYT	16 (3)	17 (3)	<0,001

Bảng 3 cho thấy, điểm trung vị ở các phát biểu: “Tôi cho rằng trẻ tự kỷ đều bị thiếu năng trí tuệ” và “Tôi cho rằng trẻ tự kỷ luôn gây rắc rối cho những trẻ chơi cùng” và biến tổng hợp thái độ chung về RLTK của NVYT tại thời điểm SCT cao hơn TCT ($p < 0,001$). Như vậy, can thiệp đã làm thay đổi thái độ của NVYT đối với trẻ tự kỷ theo hướng tích cực hơn.

3.4. Sự thay đổi thực hành của NVYT về xử trí sớm khi nghi ngờ trẻ RLTK

Tương ứng tại thời điểm TCT và SCT, có 110/300 (38,2%) và 174/275 (63,3%) NVYT đã từng quan sát và nghi ngờ trẻ mắc RLTK, vào thời điểm trẻ 25-30 tháng. Đa phần là con của hàng xóm/bạn bè/họ hàng (khoảng 80%), một số ít là trẻ đi khám bệnh (dưới 10%).



Hình 1: Sự thay đổi thực hành của NVYT khi nghi ngờ trẻ RLTK trước và sau can thiệp

Kết quả Hình 1 cho thấy, tại thời điểm SCT tỷ lệ chọn phương án “khuyến NCST đưa trẻ đi khám bác sỹ”; “Tư vấn cho NCST cách chăm sóc trẻ tại nhà” hay “Tìm và đưa tài liệu cho NCST” đều cao hơn so với TCT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đối với phương án không hợp lý nhất: “Không làm gì cả”, tỷ lệ ĐTNC chọn thấp (khoảng 7%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại hai thời điểm TCT và SCT.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm SCT, NVYT có sự cải thiện đáng kể về kiến thức liên quan đến các dấu hiệu cờ đỏ nghi ngờ trẻ mắc RLTK so với thời điểm TCT với mức tăng từ 20-30% ($p < 0,05$) và điểm trung vị tăng từ 6 lên 8 điểm ($p < 0,001$). Đây chính là chỉ báo quan trọng đầu tiên phản ánh hiệu quả của chương trình

can thiệp và có thể nói là khá khả quan khi so sánh với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới. Ví dụ, nghiên cứu của K. L. Daniel và cộng sự (2009) đánh giá chương trình truyền thông “Nhận biết dấu hiệu, Hành động sớm” tại Hoa Kỳ sau 3 năm (năm 2007 so với năm 2004) cho thấy, tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về các dấu hiệu nghi ngờ trẻ mắc RLTK tăng từ 74% lên 87% ($p < 0,05$) (11). Điều này có thể là do sự khác biệt về quy mô và kênh truyền thông của chương trình can thiệp. Đối với can thiệp ở quy mô quốc gia sử dụng kênh truyền thông đại chúng (truyền hình, truyền thanh, trang web, video clip...) như chiến dịch truyền thông *Nhận biết dấu hiệu – hành động sớm*, khả năng tiếp cận của đối tượng đích đến các hoạt động của chương trình có thể là hạn chế hơn so với can thiệp được triển khai ở quy mô nhỏ, kết hợp cả hình thức truyền thông đại chúng (banner, áp phích và loa phát thanh) và truyền thông nhóm/cá nhân (phát tận tay tờ

roi, sách mỏng, xem video, tập huấn và thảo luận nhóm...) như nghiên cứu can thiệp của chúng tôi (11). Lý giải này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu về tỷ lệ tiếp cận với chương trình truyền thông: đối với chương trình “*Nhận biết dấu hiệu – hành động sớm*”, tỷ lệ CBYT nghe nói về chiến dịch là 43% (11); trong khi đó với nghiên cứu này, tỷ lệ là 92,9%.

Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đã cho thấy thực trạng trẻ mắc RLTK được chẩn đoán và điều trị muộn. Một trong những nguyên nhân của tình trạng này là do nhận thức sai lầm của cộng đồng về nơi cung cấp dịch vụ y tế và khả năng chữa trị cho trẻ RLTK. Họ cho rằng các dịch vụ như phòng khám đông y, châm cứu bấm huyệt có thể chữa khỏi hoàn toàn cho trẻ RLTK (12, 13). Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm SCT, CBYT đã có sự cải thiện về kiến thức liên quan đến những sai lầm trong điều trị RLTK so với TCT với mức tăng khoảng 30%. Kết quả này đã cung cấp thêm bằng chứng chứng minh hiệu quả của việc áp dụng cách tiếp cận giáo dục sức khỏe và truyền thông nâng cao kiến thức của chương trình can thiệp.

Đối với các nội dung kiến thức liên quan tới cách chẩn đoán, can thiệp hiệu quả và vai trò của NCST và GVMN trong việc phát hiện dấu hiệu sớm bất thường ở trẻ, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trả lời đúng SCT cao hơn so với TCT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Đây cũng chính là những nội dung mà NCST đã có kiến thức tốt tại thời điểm TCT, do đó không có sự thay đổi rõ rệt tại thời điểm SCT.

Các kết quả nghiên cứu trên cùng với kết quả khá tích cực khi so sánh điểm trung vị kiến thức chung về RLTK ở trẻ của đối tượng SCT so với TCT (tăng từ 20 lên 22 điểm) một lần nữa có thể khẳng định hiệu quả nâng cao kiến thức về RLTK ở trẻ của chương trình can thiệp tại Hòa Bình và Thái Bình.

Tại thời điểm TCT, NVYT đã có thái độ tương đối tích cực với các can thiệp cho trẻ RLTK

và không có thái độ kỳ thị với trẻ RLTK. Tuy nhiên có đến 60% NVYT đồng ý với nhận định “*trẻ RLTK cần được học các trường lớp chuyên biệt*”. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Rahbar và cộng sự (2011) tại Karachi – Pakistan, có tới 80% CBYT cho rằng trẻ RLTK nên được giáo dục ở trường đặc biệt; và hơn 60% cho rằng trẻ RLTK đang bị kỳ thị hoặc chịu những ý kiến tiêu cực trong xã hội (8). Tại thời điểm SCT, điểm trung vị thái độ chung về RLTK của NVYT cao hơn so với TCT (17 điểm so với 16 điểm, $p<0,001$). Đặc biệt NVYT đã có thái độ tích cực hơn đối với trẻ tự kỷ, tỷ lệ không đồng ý với phát biểu “*Tôi cho rằng trẻ tự kỷ đều bị thiếu năng trí tuệ*” và “*Tôi cho rằng trẻ tự kỷ luôn gây rắc rối cho những trẻ chơi cùng*” SCT cao hơn so với TCT ($p<0,001$). Những kết quả này thể hiện NVYT đã có cái nhìn thiện cảm hơn về trẻ RLTK, từ đó có thể sẽ quan tâm đến trẻ và gia đình của trẻ RLTK hơn, sẽ là người động viên gia đình tham gia vào mô hình quản lý.

Về thực hành, kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về thực hành của đối tượng trước và sau can thiệp. Điều này có thể lý giải do tại thời điểm TCT, NVYT đã có thực hành xử trí tốt khi nghi ngờ trẻ mắc RLTK và do thời gian can thiệp chưa đủ dài để có thể nhận thấy sự thay đổi trong thực hành của NVYT.

Bên cạnh những kết quả thu được khả quan, nghiên cứu cũng có một số điểm hạn chế cần được lưu ý bao gồm: thiết kế nghiên cứu chưa có nhóm chứng, địa bàn nghiên cứu là hai tỉnh khu vực miền Bắc nên chưa đảm bảo tính đại diện cho toàn bộ Việt Nam và câu hỏi đánh giá thực hành mới chỉ dừng lại ở hành vi xử trí khi nghi ngờ trẻ mắc RLTK, chưa đánh giá được các chỉ số sâu hơn như thực hành sàng lọc, chẩn đoán rối loạn phát triển và RLTK ở trẻ.

KẾT LUẬN

Sau 1 năm can thiệp, chương trình truyền thông nâng cao nhận thức về RLTK ở trẻ tại cộng đồng đã đạt mang lại những thay đổi tích cực về kiến

thức và thái độ của NVYT về RLTK. NVYT đã hiểu rõ hơn về các dấu hiệu cờ đỏ nghi ngờ trẻ mắc RLTK và loại bỏ những sai lầm trong cách trị liệu cho trẻ tự kỷ; có thái độ tích cực đối với RLTK ở trẻ. Tuy nhiên, do thời gian can thiệp ngắn, sự thay đổi về thực hành đối tượng vẫn chưa được chứng minh.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu là một phần của đề tài cấp nhà nước “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, phương pháp chẩn đoán và can thiệp sớm rối loạn tự kỷ ở trẻ em tại cộng đồng” do trường Đại học Y tế công cộng chủ trì. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn GS.TS. Bùi Thị Thu Hà – chủ nhiệm đề tài, các đơn vị, cá nhân: Sở Y tế, UBND tỉnh/huyện/xã và các CBYT tại hai tỉnh Hòa Bình, Thái Bình đã tạo điều kiện, hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization. Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD) 2018 [Available from: <https://www.who.int/features/qa/85/en/>].
- World Health Organization. Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders 2013 [Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb133/b133_4-en.pdf].
- Hoang VM, Le TV, Chu TTQ, Le BN, Duong MD, Thanh NM, et al. Prevalence of autism spectrum disorders and their relation to selected socio-demographic factors among children aged 18–30 months in northern Vietnam, 2017. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019;13(1):29.
- Hrdlicka M, Vacova M, Oslejskova H, Gondzova V, Vadlejchova I, Kocourkova J, et al. Age at diagnosis of autism spectrum disorders: is there an association with socioeconomic status and family self-education about autism? *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:1639-44.
- Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries* (Washington, DC : 2002). 2018;67(6):1-23.
- Alamri A, Tyler-Wood T. Teachers' Attitudes Toward Children with Autism: A Comparative Study of the United States and Saudi Arabia. *The Journal of the International Association of Special Education*. 2016;16:14-25.
- Wang J, Zhou X, Xia W, Sun C, Wu L, Wang J. Autism awareness and attitudes towards treatment in caregivers of children aged 3-6 years in Harbin, China. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(8):1301-8.
- Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *Journal of autism and developmental disorders*. 2011;41(4):465-74.
- Igwe MN, Ahanotu AC, Bakare MO, Achor JU, Igwe C. Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2011;5(1):1.
- Thủy HT, Chi NTQ, Nga NT, Giang NTH, Hương NT. Tính giá trị và độ tin cậy của thang đo kiến thức về rối loạn tự kỷ ở trẻ: kết quả nghiên cứu đối với cán bộ y tế tại hai tỉnh Hòa Bình và Thái Bình. *Tạp chí Y học thực hành*. 2019;7 (1103) 2019:116-20.
- Daniel KL, Prue C, Taylor MK, Thomas J, Scales M. 'Learn the signs. Act early': a campaign to help every child reach his or her full potential. *Public health*. 2009;123 Suppl 1:e11-6.
- Khánh HB. Kiến thức thái độ về hội chứng tự kỷ và một số yếu tố liên quan của người chăm sóc trẻ dưới 3 tuổi ở phường Thành Công và phường Phúc Xá, quận Ba Đình, thành phố Hà Nội [Luận văn thạc sĩ YTCC]. Hà Nội: Đại học Y tế công cộng; 2011.
- Lan PT. Kiến thức, thực hành và nhu cầu được cung cấp thông tin của cha mẹ có con tự kỷ tại trường chuyên biệt An Phúc Thành tại Hà Nội năm 2016 [Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2016.

Knowledge, attitudes and practices of healthcare workers about autism spectrum disorders in Hoa Binh and Thai Binh: results after one-year intervention

Hua Thanh Thuy¹, Nguyen Thai Quynh Chi¹, Nguyen Thi Nga¹, Dinh Thu Ha¹, Nguyen Thi Huong Giang, Nguyen Thanh Huong¹

¹Hanoi University of Public Health

² Vietnam National Children's Hospital.

Objective: To evaluate the changes in knowledge, attitudes and practices of healthcare workers (HCWs) on autism spectrum disorders (ASD) after one year of implementing a community-based communication intervention on ADS (from January 2018 to January 2019) in Hoa Binh and Thai Binh provinces. Methods: This is an interventional study without a control group and pre-post evaluations with 300 HCWs at commune, district and provincial levels in pre-intervention evaluation and 295 participated in post-intervention selected by using multi-stage cluster. Results: The percentages of HCWs who had correct answers for 13/14 questions on ASD knowledge increased after intervention (OR from 1.17 to 4.73), in which the changes were statistically significant in 5 question about red flags for ASD and 3 questions about mistakes in treatment of ASD. The median score of attitudes also increased (17 points vs 16 points, post vs pre-intervention, $p < 0.05$). The results indicated an insignificant change in HCWs practices on ASD early actions ($p > 0.05$). Conclusion: The community-based communication intervention improved the knowledge and attitudes of HCWs on ASD and should be continued to evaluate the change in practice of HCWs.

Keywords: *Autism, autism disorder, intervention, knowledge, attitudes, practices, health workers*