

**RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý
Ở TRẺ EM TỪ 6 ĐẾN 8 TUỔI TẠI CÁC TRƯỜNG TIỂU HỌC
TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2024**

Phún Duy Long, Bùi Quang Nghĩa, Trần Công Lý, Dương Mỹ Linh*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: bqngghia@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 20/3/2025

Ngày phản biện: 06/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn tâm thần và hành vi trẻ em khá phổ biến. Lứa tuổi mắc rối loạn tăng động giảm chú ý nhiều nhất là học sinh tiểu học. Việc đánh giá đúng thực trạng nhằm can thiệp kịp thời giúp trẻ mắc bệnh cải thiện được chất lượng sống. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ từ 6 đến 8 tuổi; 2) Xác định mức độ ảnh hưởng của rối loạn tăng động giảm chú ý đến các biểu hiện hoạt động của trẻ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 426 trẻ từ 6 đến 8 tuổi đang học tại các trường tiểu học trên địa bàn thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ trẻ từ 6 đến 8 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý tại các trường tiểu học trên địa bàn thành phố Cần Thơ là 4,7%, trong đó thể tăng động nổi trội chiếm tỉ lệ cao nhất (3,1%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mắc bệnh giữa các độ tuổi ($p=0,027$, $OR=0,18$). Trẻ có nguy cơ rối loạn tăng động giảm chú ý được đánh giá ở mức kém hơn so với nhóm trẻ không có nguy cơ mắc bệnh ở tất cả các biểu hiện hoạt động và sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nguy cơ rối loạn tăng động giảm chú ý khá phổ biến trong độ tuổi học sinh tiểu học với tỉ lệ ghi nhận được là 4,7%. Bệnh gây ảnh hưởng tiêu cực đáng kể lên tất cả các hoạt động học tập, mối quan hệ xã hội và các kỹ năng tổ chức của trẻ.

Từ khóa: Rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, trẻ em.

ABSTRACT

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN AGED 6 TO 8 YEARS
IN CAN THO CITY FROM 2023 TO 2024**

Phun Duy Long, Bui Quang Nghia, Tran Cong Ly, Duong My Linh*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Attention deficit hyperactivity disorder is among the most prevalent psychiatric and behavioral disorders in children. The highest prevalence of attention deficit hyperactivity disorder is observed in primary school-aged children. Accurate assessment of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and timely intervention are essential in improving the quality of life for affected children. **Objectives:** 1) To determine the prevalence and identify certain risk factors associated with attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6 to 8 years; 2) To assess the impact of attention deficit hyperactivity disorder on children's performance. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 426 children aged 6 to 8 years enrolled in primary schools in Can Tho city from April 2023 to March 2024. **Results:** The prevalence of children aged 6 to 8 years at risk of attention deficit hyperactivity disorder in primary schools in Can Tho City is 4.7%, with hyperactivity being the most dominant subtype (3.1%). Statistically significant differences in disease prevalence were found between different age groups ($p=0.027$, $OR=0.18$). Children at risk of attention deficit hyperactivity disorder exhibited significantly lower mean scores in

academic performance, social relationships, and organizational skills compared to their non-risk peers across all measured domains. These differences were statistically significant. Conclusion: Attention deficit hyperactivity disorder risk is relatively prevalent in primary school-aged children, with an observed prevalence rate of 4.7%. This condition substantially impairs children's academic performance, social relationships, and organizational skills.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, behavioral disorder, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) là một trong các rối loạn tâm thần và hành vi phổ biến nhất ở trẻ em [1]. Rối loạn này đặc trưng bởi các triệu chứng giảm chú ý, tăng động và xung động kéo dài ít nhất 6 tháng, gây ảnh hưởng tiêu cực, không phù hợp lứa tuổi và xuất hiện ở ít nhất hai môi trường [2]. RLTĐGCY gồm ba nhóm chính: Thể giảm chú ý nổi trội, thể tăng động nổi trội và thể kết hợp. Trẻ giảm chú ý thường khó tập trung, sắp xếp và hoàn thành nhiệm vụ; Trẻ tăng động thường hiếu động, bồn chồn, khó chờ đợi và dễ hành động bốc đồng; Nhóm kết hợp biểu hiện đồng thời cả hai nhóm triệu chứng trên [3], [4]. Tỷ lệ mắc RLTĐGCY chung ở trẻ em và trẻ vị thành niên trên toàn cầu dao động từ 5,29% đến 8% khác nhau tùy theo từng nghiên cứu [2], [4], [5]. Ở Việt Nam, Hoàng Hữu Hải (2021) nghiên cứu trên 525 học sinh ở bốn trường Tiểu học tại thành phố Huế cho thấy tỉ lệ mắc RLTĐGCY là 4,6% [6]. RLTĐGCY tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng có tiên lượng xấu đến chất lượng cuộc sống của trẻ về các khía cạnh: Phạm tội, học tập, công việc, các rối loạn tâm thần, rối loạn giấc ngủ đi kèm... [7]. Các biểu hiện ban đầu của RLTĐGCY có thể xuất hiện từ 4 tuổi, nhưng triệu chứng thường rõ rệt hơn và phần lớn trẻ được chẩn đoán khi đang học tiểu học [1]. Đây là giai đoạn trẻ chuyển từ vui chơi sang học tập chính thức với nhiều yêu cầu kỷ luật, đòi hỏi khả năng thích ứng. Do đó, việc xác định chính xác tình hình RLTĐGCY ở học sinh tiểu học và can thiệp kịp thời sẽ góp phần nâng cao chất lượng sống cho trẻ. Thành phố Cần Thơ là thành phố trung tâm của vùng Đồng bằng sông Cửu Long, tuy nhiên hiện chưa có đề tài nghiên cứu nào đánh giá thực trạng trẻ em mắc RLTĐGCY tại các trường tiểu học trên địa bàn thành phố. Từ cơ sở trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: 1) Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ từ 6 đến 8 tuổi. 2) Xác định mức độ ảnh hưởng của rối loạn tăng động giảm chú ý đến các biểu hiện hoạt động của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ từ 6 đến 8 tuổi đang học tại các trường tiểu học trên địa bàn Thành phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ từ 6 đến 8 tuổi đang học tại các trường tiểu học trên địa bàn thành phố Cần Thơ. Cha mẹ (hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ) và giáo viên chủ nhiệm của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Những trẻ có cha mẹ/người chăm sóc không có khả năng cung cấp thông tin đầy đủ cho quá trình nghiên cứu (mù chữ, mắc các bệnh tâm thần...).

+ Những trẻ có cha mẹ/người chăm sóc không trực tiếp chăm sóc liên tục trong thời gian 6 tháng.

+ Những trẻ mới chuyển đến lớp học trong thời gian dưới 6 tháng.

+ Những trẻ mắc các rối loạn tâm thần đã được bác sĩ chuyên khoa tâm thần xác định chẩn đoán và/hoặc đang được điều trị các rối loạn tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có phân tích.
- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Với $\alpha=0,05$ thì $Z=1,96$.

d: Sai số mong muốn, chọn $d=0,03$.

p: Tỷ lệ trẻ có nguy cơ RLTĐGCY theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Hữu Hải và cộng sự là 4,6% nên chúng tôi chọn $p=4,6%$ [6].

Hệ số thiết kế mẫu là 2; Tỷ lệ không trả lời, bỏ cuộc ước đoán là 5% [6]. Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu là 394. Thực tế chúng tôi thu được 426 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu chùm ngẫu nhiên nhiều giai đoạn.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính). Tỷ lệ trẻ em có nguy cơ mắc RLTĐGCY bằng cách sử dụng thang đo Vanderbilt do cha mẹ và giáo viên đánh giá [8], [9]. Liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và nguy cơ mắc RLTĐGCY. Mức độ ảnh hưởng của RLTĐGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ trong các lĩnh vực học tập, quan hệ với gia đình, quan hệ với bạn bè, tổ chức hoạt động được đánh giá theo thang Likert, từ mức Tốt (1 điểm) đến mức Kém (5 điểm) [8], [9].

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Cha mẹ/người chăm sóc và giáo viên chủ nhiệm của các trẻ trong nghiên cứu được tập huấn điền thang đo Vanderbilt dành cho cha mẹ (55 câu hỏi) và thang đo Vanderbilt dành cho giáo viên (43 câu hỏi).

Tiêu chuẩn đánh giá nguy cơ RLTĐGCY [8], [9]: Dạng giảm chú ý nổi trội: Từ câu 1-9 trẻ có 6/9 câu ở mức thường xuyên (2) hoặc rất thường xuyên (3). Dạng tăng động nổi trội: Từ câu 10-18 trẻ có 6/9 câu ở mức thường xuyên (2) hoặc rất thường xuyên (3). Dạng kết hợp: Thỏa tiêu chuẩn của cả dạng tăng động và dạng giảm chú ý.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và Rstudio 2024.12.

- **Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** Các trường tiểu học trên địa bàn thành phố Cần Thơ, từ tháng 4/2023 đến tháng 3/2024.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đã được thông qua và cho phép bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số 23.101.HV/PCT-HĐĐĐ) và được sự chấp thuận của Phòng giáo dục và đào tạo các quận và ban giám hiệu các trường tiểu học khi thực hiện nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=426)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	6 tuổi	133	31,2
	7 tuổi	136	31,9
	8 tuổi	157	36,9
	Tuổi trung bình	7,06 ± 0,82	
Giới tính	Nam	282	66,2
	Nữ	144	33,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của các trẻ tham gia vào nghiên cứu là $7,06 \pm 0,82$. Trẻ 8

tuổi chiếm tỉ lệ cao với 36,9%, tỉ lệ trẻ nam tham gia nghiên cứu (66,2%) cao gấp 2 lần tỉ lệ trẻ nữ (33,8%).

3.2. Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý

Bảng 2. Tỉ lệ trẻ có nguy cơ mắc RLTĐGCY theo đánh giá của cha mẹ và giáo viên (n=426)

Các dạng RLTĐGCY	Kênh đánh giá	Cha mẹ		Giáo viên		Cả 2 kênh	
		Tần số	Tỉ lệ (%) (KTC 95%)	Tần số	Tỉ lệ (%) (KTC 95%)	Tần số	Tỉ lệ (%) (KTC 95%)
Thẻ tăng động nổi trội		12	2,8 (1,46 - 4,87)	26	6,1 (4,03 - 8,82)	13	3,1 (1,63 - 5,16)
Thẻ giảm chú ý nổi trội		3	0,7 (0,00 - 2,04)	9	2,1 (0,97 - 3,97)	1	0,2 (0,00 - 1,30)
Thẻ phối hợp		7	1,6 (0,66 - 3,36)	25	5,9 (3,83 - 8,54)	6	1,4 (0,52 - 3,04)
Tổng		22	5,2 (3,26 - 7,71)	60	14,1 (10,92 - 17,75)	20	4,7 (2,89 - 7,16)

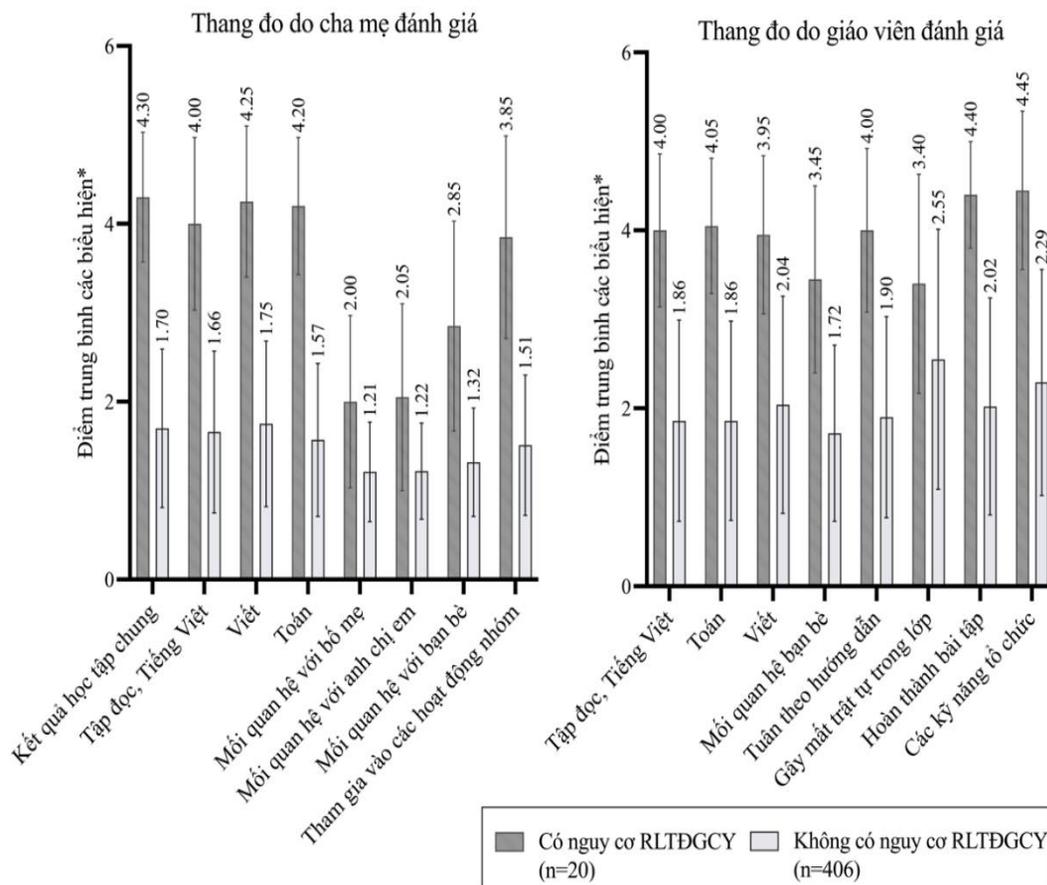
Nhận xét: Trong số 426 học sinh tham gia nghiên cứu, có 20 trẻ (4,7%, KTC 95%: 2,89 - 7,16) có nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý, trong đó thẻ tăng động nổi trội chiếm chủ yếu với 3,1%. Tỉ lệ trẻ có nguy cơ mắc RLTĐGCY theo đánh giá của cha mẹ là 5,2% và theo đánh giá của giáo viên chủ nhiệm là 14,1%.

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và nguy cơ mắc RLTĐGCY

RLTĐGCY		Có (n=20)	Không (n=406)	Tổng (n=426)	P	OR (KTC 95%)
Đặc điểm	6 tuổi	6 (4,5%)	127 (95,5%)	133	0,276	0,57 (0,21 - 1,57)
	7 tuổi	2 (1,5%)	134 (98,5%)	136	0,027	0,18 (0,04 - 0,82)
	8 tuổi	12 (7,6%)	145 (92,4%)	157	-	-
	Tuổi trung bình của nhóm trẻ có nguy cơ mắc bệnh: 7,30 ± 0,92					
Giới tính	Nam	13 (4,6%)	284 (95,4%)	282	0,908	1,06 (0,41 - 2,71)
	Nữ	7 (4,9%)	115 (95,1%)	144		

Nhận xét: Độ tuổi có nguy cơ mắc RLTĐGCY cao nhất là 8 tuổi với tỉ lệ 7,6%, thấp nhất là 7 tuổi với tỉ lệ 1,5%, tuổi có nguy cơ mắc RLTĐGCY trung bình là 7,30 ± 0,92 tuổi. Tỉ số mắc bệnh theo giới tính nam:nữ = 0,94. Phân tích hồi quy logistic cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ RLTĐGCY giữa các độ tuổi với p=0,027 và OR=0,18 khi so sánh nhóm trẻ 7 tuổi và 8 tuổi. Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ RLTĐGCY giữa trẻ nam và nữ (p=0,908 OR=1,06).

3.3. Mức độ ảnh hưởng của RLTDGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ



* 1 điểm = Tốt; 2 điểm = Khá; 3 điểm = Trung bình; 4 điểm = Hơi kém; 5 điểm = Kém

Biểu đồ 1. Mức độ ảnh hưởng của RLTDGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ

Nhận xét: Những trẻ có nguy cơ RLTDGCY có điểm trung bình biểu hiện các biểu hiện hoạt động khác biệt so với nhóm không có nguy cơ RLTDGCY theo đánh giá của cả cha mẹ và giáo viên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở tất cả các biểu hiện hoạt động ($p < 0,001$). Các biểu hiện hoạt động được đánh giá kém nhất ở trẻ có nguy cơ RLTDGCY là các kỹ năng tổ chức (4,45), hoàn thành bài tập (4,40) và kết quả học tập chung (4,30). Mặt khác, hai biểu hiện hoạt động có điểm trung bình tốt nhất ở nhóm trẻ này là mối quan hệ với bố mẹ (2,00) và mối quan hệ với anh chị em (2,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 20 trẻ có nguy cơ RLTDGCY trong tổng số 426 trẻ tham gia nghiên cứu (theo sự thống nhất từ kênh đánh giá của cha mẹ và giáo viên) chiếm tỷ lệ 4,7%, trong đó thể tăng động nổi trội có tần số cao nhất với 13 trẻ (chiếm tỷ lệ 3,1%). Tỷ lệ RLTDGCY của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Hữu Hải và cộng sự khi nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ nguy cơ RLTDGCY chung là 4,6%, tuy nhiên thể RLTDGCY chiếm tỷ lệ cao nhất theo tác giả này là thể phối hợp [6]. Còn theo kết quả tổng hợp của tác giả Ayano G. thì tỷ lệ RLTDGCY chung ở trẻ em trên toàn cầu năm 2023 là

8,0% (KTC 95%: 6-10%) và thể giảm chú ý chiếm ưu thế nhất [5]. Sở dĩ tỉ lệ chung của RLTDGCY cũng như các dạng RLTDGCY được báo cáo từ các nghiên cứu có sự không đồng nhất là do sự khác biệt về địa giới, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và quan trọng nhất là việc sử dụng các thang đánh giá khác nhau dẫn đến khác biệt trong tiêu chuẩn chẩn đoán RLTDGCY giữa các nghiên cứu.

Tỉ lệ trẻ có nguy cơ RLTDGCY theo đánh giá của giáo viên đạt 14,1%, cao hơn 2,7 lần so với tỉ lệ do phụ huynh báo cáo (5,2%), tương tự kết quả của Hoàng Hữu Hải [6]. Do đó, để nâng cao độ tin cậy của chẩn đoán, nhiều nghiên cứu đã khuyến nghị nên kết hợp cả hai nguồn thông tin từ thang điểm do giáo viên và cha mẹ đánh giá [8], [9].

Xét về một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và nguy cơ mắc RLTDGCY, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nguy cơ mắc RLTDGCY ở trẻ nam và nữ lần lượt là 4,6% và 4,9% với sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,908$). Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu quy mô lớn khác lại cho thấy tỉ lệ trẻ nam mắc RLTDGCY cao gấp 2 đến 3 lần so với trẻ nữ [1], [2], [5]. Sở dĩ có sự khác biệt là do quá trình chọn mẫu của chúng tôi được thực hiện một cách hoàn toàn ngẫu nhiên và không xét đến yếu tố giới tính khi chọn trẻ dẫn đến tỷ số nam:nữ tham gia nghiên cứu có sự chênh lệch khá lớn (2:1) nên phần nào ảnh hưởng đến tỉ lệ mắc bệnh giữa hai giới. Độ tuổi trung bình của nhóm trẻ có nguy cơ mắc RLTDGCY của chúng tôi là $7,30 \pm 0,92$ và sự khác biệt về tỉ lệ nguy cơ mắc RLTDGCY giữa các độ tuổi là có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi rất tương đồng với tác giả Nazneen Nazeer khi tác giả này cũng ghi nhận độ tuổi mắc RLTDGCY cao nhất ở học sinh tiểu học là từ 7 đến 8 tuổi [2]. Ở những nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng với độ tuổi nghiên cứu rộng hơn, thì tỉ lệ RLTDGCY vẫn tập trung nhiều ở độ tuổi đầu và giữa cấp tiểu học, qua đó việc sàng lọc RLTDGCY sớm ở giai đoạn này là cần thiết trong việc chẩn đoán và can thiệp điều trị kịp thời [1], [2].

4.2. Mức độ ảnh hưởng của RLTDGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ

Kết quả đánh giá ảnh hưởng của RLTDGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ trong các lĩnh vực học tập, quan hệ xã hội và kỹ năng tổ chức qua thang đo Vanderbilt của cha mẹ và giáo viên cho thấy điểm trung bình các biểu hiện hoạt động của nhóm trẻ có nguy cơ RLTDGCY đều ở mức kém hơn so với nhóm trẻ không có nguy cơ mắc bệnh và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các biểu hiện hoạt động. Điều này nhấn mạnh tác động tiêu cực của RLTDGCY đến kết quả học tập, quan hệ xã hội và các kỹ năng tổ chức của trẻ.

Các biểu hiện hoạt động được đánh giá kém nhất ở nhóm trẻ có nguy cơ RLTDGCY phần lớn là các biểu hiện hoạt động liên quan đến kết quả học tập với số điểm trung bình >4 và khá tương đồng giữa đánh giá của cha mẹ và giáo viên. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của RLTDGCY được ghi nhận là sự hạn chế trong khả năng duy trì sự chú ý và kiểm soát hành vi dẫn đến nguy cơ gặp khó khăn nghiêm trọng trong học tập và công việc [1].

Các biểu hiện hoạt động thuộc nhóm các kỹ năng tổ chức và hoạt động xã hội ở nhóm trẻ có nguy cơ RLTDGCY đều được đánh giá ở mức điểm trung bình-hơi kém. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Michael J Kofler khi cho rằng triệu chứng giảm chú ý ở những trẻ RLTDGCY làm ảnh hưởng đến trí nhớ làm việc, từ đó dẫn đến các vấn đề về tổ chức xã hội ở trẻ mắc bệnh như lên kế hoạch công việc, theo dõi bài tập, nhớ ngày hết hạn... [10].

Tuy nhiên, khi xét về các mối quan hệ gia đình và xã hội, điểm trung bình trong mối quan hệ với bố mẹ và mối quan hệ với anh chị em của nhóm trẻ có nguy cơ RLTDGCY lại được đánh giá ở mức khá (2 điểm). Kết quả này cho thấy người thân trong gia đình, đặc biệt

là bố mẹ, có khả năng nhận ra những mặt tích cực và thích nghi tốt hơn với các hành vi của trẻ RLTDGCY so với các mối quan hệ xã hội khác.

V. KẾT LUẬN

Nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ từ 6 đến 8 tuổi tại 4 trường tiểu học trên địa bàn Thành phố Cần Thơ là khá phổ biến với tỉ lệ 4,7%. Trong đó thể tăng động nổi trội chiếm tỉ lệ cao nhất và ít gặp nhất là thể giảm chú ý nổi trội. RLTDGCY gây ảnh hưởng tiêu cực đáng kể lên tất cả các hoạt động học tập, mối quan hệ xã hội và các kỹ năng tổ chức. Do đó, cần đẩy mạnh hơn nữa việc sàng lọc trẻ có nguy cơ RLTDGCY để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời cho trẻ nhằm cải thiện chất lượng sống và giảm thiểu tác động của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salari N., Ghasemi H., Abdoli N., Rahmani A., Shiri M.H., *et al.* The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*. 2024. 49(1), 48. DOI: 10.1186/s13052-023-01456-1.
 2. Nazeer N., Rohanachandra Y., Prathapan S. Prevalence of ADHD in Primary School Children, in Colombo District, Sri Lanka. *Journal of Attention Disorders*. 2022. 26(8), 1130-1138. DOI: 10.1177/10870547211058704.
 3. Centers for Disease Control and Prevention. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). 2024. <https://www.cdc.gov/adhd/index.html>
 4. Girma D., Abita Z., Adugna A., Alie M.S., Shifera N., *et al.* The pooled prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2024. 19(7), e0307173. DOI: 10.1371/journal.pone.0307173.
 5. Ayano G., Demelash S., Gizachew Y., Tsegay L., Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2023. 339, 860-866. DOI: 10.1016/j.jad.2023.07.071.
 6. Hoang H.H., Tran A.T.N., Nguyen V.H., Nguyen T.T.B., Nguyen T.A.P., *et al.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Factors Among First-Year Elementary School Students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2021. 14, 997-1005. DOI: 10.2147/JMDH.S301091.
 7. Chaulagain A., Lyhmann I., Halmøy A., Widding-Havneraas T., Nytingnes O., *et al.* A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2023. 66(1), e90. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2023.2451.
 8. Hegarty D., Buchanan B., Bartholomew E., Smyth C., Baker S. A Review of the Clinical Utility and Psychometric Properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale (VADPRS): Cutoffs and Percentile Rankings. 2025. <https://novopsych.com/assessments/diagnosis/vanderbilt-adhd-diagnostic-parent-rating-scale-vadprs/>
 9. Hegarty D., Buchanan B., Smyth C., Baker S., Bartholomew E. A Review of the Clinical Utility and Psychometric Properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS): Cutoffs and Percentile Rankings. 2025. <https://novopsych.com/assessments/diagnosis/vanderbilt-adhd-diagnostic-teacher-rating-scale-vadtrs/>
 10. Kofler M.J., Sarver D.E., Harmon S.L., Moltisanti A., Aduen P.A., *et al.* Working memory and organizational skills problems in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2018. 59(1), 57-67. DOI: 10.1111/jcpp.12773.
-