

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG



NGUYỄN NGỌC HÀ

**THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CUNG ỨNG DỊCH
VỤ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHIẾM THÍNH
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP
CAN THIỆP TẠI HẢI PHÒNG**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế

Mã số: 62 72 01 64

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2017

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Nguyễn Anh Dũng**
- 2. PGS.TS. Võ Thanh Quang**

Phản biện 1. PGS.TS. Phạm Trí Dũng

Phản biện 2. PGS.TS. Đào Xuân Vinh

Phản biện 3. PGS.TS. Nguyễn Hoàng Sơn

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện
tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
vào hồi 09 giờ, ngày 24 tháng 3 năm 2017

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ABR	Auditory Brainstem Response - Đo đáp ứng thính giác thân não
ASSR	Auditory Steady State Response - Đo đáp ứng trạng thái bền vững thính giác
ASHA	American Speech – Language - Hearing Association Hiệp hội Thính học - Ngôn ngữ - Lời nói Mỹ
BTTE	Bảo trợ trẻ em
BV	Bệnh viện
CTS	Can thiệp sớm
EHDI (program)	Early Hearing Detection and Intervention (Chương trình) Phát hiện và Can thiệp sớm khiếm thính
KT	Khiếm thính
GD & ĐT	Giáo dục và Đào tạo
GDHN	Giáo dục hòa nhập
JCIH	The Joint Committee on Infant Hearing Ủy ban Hợp nhất về thính lực trẻ sơ sinh Mỹ
LĐ-TB & XH	Lao động - Thương binh và Xã hội
OAE	Otoacoustic Emissions - Nghiệm pháp đo âm ốc tai
PHCN	Phục hồi chức năng
TB	Trung bình
TMH	Tai Mũi Họng
TT-GDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các nước phát triển, can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính đã trở thành tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe trẻ em và chương trình mục tiêu quốc gia. Ở Việt Nam, can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính còn là một lĩnh vực non trẻ, vẫn phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức như: chưa hình thành hệ thống, chưa có đủ các dịch vụ để cung cấp cho nhu cầu của trẻ và gia đình. Thực tế, việc phát hiện khiếm thính chủ yếu bởi gia đình, thường bị muộn và bị bỏ qua “giai đoạn vàng” để phát triển ngôn ngữ. Do đó, hiệu quả can thiệp còn nhiều hạn chế, tỉ lệ trẻ có thể theo học hoà nhập chưa cao. Khác với một số dạng tật khác, việc phát hiện sớm và can thiệp sớm có thể thay đổi hẳn tương lai của trẻ khiếm thính, giúp trẻ phát triển ngôn ngữ, lời nói để học tập và hòa nhập xã hội như bình thường. Vấn đề đặt ra là: *Tại sao trẻ khiếm thính không được phát hiện sớm và can thiệp sớm?*

Ở Việt Nam, dịch vụ can thiệp sớm chưa phát triển tương xứng với nhu cầu và cũng chưa có nhiều chương trình cụ thể để hỗ trợ sự phát triển dịch vụ này ở các cơ sở mặc dù Đảng, Nhà nước đã có những chính sách định hướng, khuyến khích. Can thiệp sớm đòi hỏi có một đội ngũ chuyên gia phối hợp đa ngành cùng với trang thiết bị sàng lọc, chẩn đoán cần thiết, nhưng sự thiếu hụt trong đào tạo nguồn nhân lực và đầu tư thiết bị cho việc cung cấp dịch vụ này vẫn chưa được khắc phục và quan tâm đúng mức. Bên cạnh đó, hoạt động phối hợp liên ngành và truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) nhằm nâng cao nhận thức cộng đồng là yếu tố quan trọng góp phần thực hiện tốt công tác can thiệp sớm cũng chưa được triển khai đồng bộ, rộng rãi.

Một câu hỏi nữa: *Những giải pháp nào có thể giúp trẻ khiếm thính được phát hiện sớm, can thiệp sớm trong bối cảnh hiện nay?*

Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu **“Thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại Hải Phòng”** với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2012.

2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp hệ thống cung ứng dịch vụ cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng.

*** Những đóng góp mới của luận án:**

Lần đầu tiên có công trình nghiên cứu một cách hệ thống và khá toàn diện về hoạt động cung ứng dịch vụ can thiệp sớm (CTS) cho trẻ khiếm thính (KT) tại Hải Phòng. Đề tài đã cung cấp những số liệu khoa học về khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ còn nhiều sự bất cập, trẻ khiếm thính được phát hiện, chẩn đoán muộn do vậy hiệu quả can thiệp hạn chế. Luận án cũng chứng minh vai trò của sự phối hợp liên ngành, công tác truyền thông - vận động xã hội và các biện pháp chuyên môn trong tổ chức hoạt động CTS khiếm thính. Do đó chương trình can thiệp với một số giải pháp mang tính tổng thể và toàn diện, với cách tiếp cận liên ngành, lấy trẻ và gia đình làm trung tâm đã cho thấy hiệu quả cao với tính bền vững và có ý nghĩa thực tiễn lớn, có thể mở rộng áp dụng cho các địa phương khác có điều kiện tương tự.

Luận án là cơ sở khoa học giúp xây dựng các chiến lược và xây dựng chương trình can thiệp phù hợp hơn, nhằm mang lại cơ hội phát triển, hòa nhập tốt hơn cho trẻ em khiếm thính ở Hải Phòng nói riêng và ở Việt Nam nói chung.

*** Bố cục luận án:** gồm 138 trang: Đặt vấn đề: 2 trang; Chương 1. Tổng quan: 36 trang; Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 21 trang; Chương 3. Kết quả nghiên cứu: 38 trang; Chương 4. Bàn luận: 38 trang; Kết luận: 2 trang và kiến nghị: 1 trang. Luận án gồm: 26 bảng, 17 biểu đồ và 9 hình, 125 tài liệu tham khảo.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Vấn đề can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính

1.1.1. Khiếm thính và một số khái niệm trong nghiên cứu

Định nghĩa: Trẻ khiếm thính: nhằm chỉ những trẻ em dưới 16 tuổi bị mất hoặc giảm sút sức nghe ở những mức độ khác nhau. Khái niệm này

cũng được sử dụng tương đương với trẻ khuyết tật thính giác, trẻ điếc.

Phân loại khiếm thính theo mức độ giảm thính lực

Mức độ 1: nhẹ, mất từ 20 dB – 40 dB. Mức độ 2: trung bình, mất từ 41dB – 70 dB. Mức độ 3: độ nặng, mất thính lực từ 71 dB- 90 dB. Mức độ 4: sâu, mất thính lực trên 90 dB. Trẻ KT bẩm sinh thường bị mức độ nặng, sâu nên phải kết hợp trợ thính với trị liệu ngôn ngữ để PHCN.

Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

Tuổi phát hiện (tháng): Lần đầu tiên trẻ được nhận thấy có biểu hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán ban đầu (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đi khám TMH hoặc đo thính lực sau khi phát hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán xác định/ chẩn đoán cuối cùng (tháng): trẻ chính thức được xác định nghe kém thông qua đo thính lực. Tuổi đeo máy (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đeo máy trợ thính và bắt đầu sử dụng. Tuổi can thiệp: Khi trẻ bắt đầu nhận được chương trình giáo dục và phục hồi chức năng thính giác (tham gia chương trình trị liệu ngôn ngữ). Trong nghiên cứu này, trẻ đeo máy nhưng không tham gia trị liệu ngôn ngữ sẽ không được tính tuổi can thiệp.

1.1.2. Các nghiệm pháp chẩn đoán khiếm thính cho trẻ nhỏ

1.1.2.1. Nghiệm pháp hành vi

Bao gồm: đo thính giác quan sát hành vi (BOA: behavioural observation audiometry), đo thính giác tăng cường thị giác (VRA: visual reinforcement audiometry) và đo thính giác thông qua trò chơi.

1.1.2.2. Các nghiệm pháp khách quan

Gồm các nghiệm pháp: đo âm ốc tai, đo đáp ứng thính giác thân não, đáp ứng trạng thái bền vững thính giác và một số xét nghiệm chức năng tai giữa: đo nhĩ lượng, phản xạ cơ bàn đạp...

1.1.3. Các phương pháp can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính

1.1.3.1. Định nghĩa Can thiệp sớm

Can thiệp sớm cho trẻ KT là những chỉ dẫn ban đầu và các dịch vụ dành cho trẻ và gia đình trẻ trước tuổi tiểu học nhằm phát triển khả năng giao tiếp ngay từ nhỏ. Can thiệp sớm là một quá trình bao gồm toàn bộ từ việc phát hiện và chẩn đoán sớm cho đến trị liệu; có liên

quan đến cả trẻ lẫn cha mẹ, gia đình và một mạng lưới rộng lớn.

1.1.3.2. Nội dung can thiệp sớm

Can thiệp sớm có thể chia thành 3 nội dung chính như sau:

(1) Can thiệp về thính học: bao gồm sàng lọc, chẩn đoán và chăm sóc thính học; (2) Hướng dẫn cha mẹ trẻ KT. (tập trung chính vào giai đoạn trẻ từ 0 - 3 tuổi); (3) Hỗ trợ trẻ trong môi trường hoà nhập (tập trung chính vào giai đoạn trẻ từ 3 - 6 tuổi ở trường mẫu giáo hoà nhập).

Nghiên cứu của chúng tôi đề cập đến 2 nội dung: (1) và (2).

1.1.3.3. Các phương pháp can thiệp cho trẻ khiếm thính

Tùy theo điều kiện và hoàn cảnh cụ thể của từng trẻ có thể lựa chọn giải pháp phù hợp. Với những trẻ KT mức độ nhẹ, trung bình và nặng cần sử dụng máy trợ thính kết hợp với trị liệu ngôn ngữ để PHCN. Những trẻ KT mức độ nặng và sâu đeo máy trợ thính công suất cao nhất với công nghệ tiên tiến nhất vẫn không mang lại hiệu quả trọn vẹn cần cấy điện cực ốc tai kết hợp trị liệu ngôn ngữ.

1.2. Hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ KT

1.2.1. Khái niệm hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm

Hệ thống cung ứng dịch vụ phát hiện và CTS cho trẻ KT (Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) systems) được hiểu là hệ thống dịch vụ phối hợp đa ngành làm nhiệm vụ phát hiện sớm trẻ KT và cung cấp các dịch vụ can thiệp thính học, y tế và giáo dục thích hợp.

Có thể hiểu hệ thống EHDI ở Việt Nam như sau: là các cơ sở thuộc hệ thống y tế, giáo dục và bảo trợ xã hội, cung cấp các dịch vụ liên quan đến việc phát hiện và CTS cho trẻ KT.

1.2.2. Các thành tố của hệ thống cung ứng dịch vụ CTS

Trên thực tế tại Mỹ, khi đánh giá một hệ thống EHDI thành công, các nghiên cứu thường tập trung vào 6 thành tố chính sau:

1. Sàng lọc thính lực tất cả trẻ sơ sinh trước 1 tháng tuổi.
2. Chẩn đoán thính học trong vòng 3 tháng tuổi.
3. Ghi danh trẻ được can thiệp thích hợp trước 6 tháng tuổi.
4. Phối hợp hoạt động EHDI với Dịch vụ y tế tại nhà.
5. Cung cấp dịch vụ hỗ trợ gia đình phù hợp.

6. Có một hệ thống theo dõi và quản lý dữ liệu EHDI.

Việc thực hiện chương trình EHDI với hệ thống đầy đủ các thành tố được thiết kế và tổ chức hoạt động gắn kết chặt chẽ như trên đã tạo nên những tiến bộ và sự phát triển nhanh chóng của chương trình EHDI tại Mỹ. Mô hình EHDI với 6 thành tố chính này cũng được coi như mô hình chuẩn, làm cơ sở tham khảo để xây dựng, đánh giá cùng những điều kiện, bối cảnh riêng của mỗi địa phương, quốc gia.

1.2.3. Các nguồn lực cho hệ thống cung ứng dịch vụ CTS

Hệ thống cung ứng dịch vụ CTS là một hệ thống dịch vụ phối hợp đa ngành, do vậy các nguồn lực phục vụ cho hệ thống cũng rất đa dạng. Thông thường, các nguồn lực chính được đề cập là: nhân lực, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị, kinh phí và các kỹ thuật dịch vụ....

1.2.4. Hệ thống cung cấp dịch vụ trên thế giới và tại Việt Nam

1.2.4.1. Trên thế giới

Ở phần lớn các nước châu Âu, việc phát hiện sớm KT và cung cấp các biện pháp can thiệp thích hợp đã trở thành tâm điểm của chương trình chăm sóc y tế. Tại Mỹ, mỗi tiểu bang và vùng lãnh thổ đã thành lập một chương trình EHDI riêng. Ủy ban Hợp nhất về Thính lực trẻ sơ sinh của Mỹ (The Joint Committee on Infant Hearing – JCIH) đã thiết lập mục tiêu quốc gia với 3 khuyến cáo quan trọng: tất cả trẻ sơ sinh nên được sàng lọc thính lực trong vòng 1 tháng tuổi, những trẻ không qua được sàng lọc nên được đánh giá chẩn đoán thính học trước 3 tháng tuổi và những trẻ được chẩn đoán KT nên nhận được can thiệp trước 6 tháng tuổi. Khuyến cáo này được coi như tiêu chuẩn quốc tế.

Ở khu vực Đông và Nam Á, đa số các nước không có chính sách quốc gia về sàng lọc thính lực sơ sinh nhưng có nhiều tổ chức thực hiện hoạt động này và có nhiều trung tâm tư nhân cung cấp điện cực ốc tai.

1.2.4.2. Tại Việt Nam

Hiện nay, ở nước ta vẫn tồn tại nhiều mô hình cung cấp dịch vụ thuộc hệ thống Y tế, hệ thống Giáo dục và hệ thống Bảo trợ xã hội. Các mô hình này hoạt động tương đối độc lập, chỉ một số tỉnh/thành lớn mới có các cơ sở này và việc tiếp cận dịch vụ cũng còn nhiều khó khăn

đối với những gia đình ở xa.

1.2.5. Một số nghiên cứu về dịch vụ CTS cho trẻ khiếm thính

1.2.5.1. Trên thế giới

Kết quả của những nghiên cứu giai đoạn những năm 1990 đã đóng góp một bước tiến mới cho việc nhận ra tầm quan trọng của phát hiện sớm và CTS cho trẻ KT, sự cần thiết triển khai sàng lọc thính lực sơ sinh toàn bộ, cũng như thiết lập giai đoạn quan trọng của chẩn đoán xác định sớm và CTS là trong vòng 6 tháng đầu đời. Ở những nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc, Canada, Hà Lan... việc phát hiện sớm và CTS cho trẻ sơ sinh KT đã và đang phát triển mạnh mẽ, trở thành chương trình quốc gia, luôn mang tính thời sự, thu hút được sự tham gia của nhiều tổ chức xã hội. Họ đã có nhiều công trình nghiên cứu, nhiều kinh nghiệm khi triển khai thực hiện công tác CTS một cách đồng bộ từ sàng lọc sơ sinh, đồng thời với CTS bởi nhóm chuyên gia phối hợp đa chức năng, theo một chương trình toàn diện, thống nhất và đã gặt hái được nhiều thành tựu to lớn cả trong thực tiễn lẫn nghiên cứu ứng dụng. Điều này đã cho thấy tính ưu việt và hiệu quả của hệ thống EHDI được tổ chức theo một mô hình thống nhất, đồng bộ và toàn diện.

1.2.5.2. Ở Việt Nam

Cho đến nay, nghiên cứu về phát hiện, CTS cho trẻ KT đang còn là vấn đề rất mới, hầu như chưa có công trình nào được đặt ra với nghiên cứu tổng thể, toàn diện và thống nhất theo cách tiếp cận đa ngành, mang tính ứng dụng cụ thể trên phạm vi cộng đồng. Đề tài luận án này là sự kế thừa, tiếp nối những công trình nghiên cứu về giáo dục và CTS cho trẻ KT nhưng với hướng tiếp cận liên ngành, lấy trẻ KT và gia đình làm trung tâm sẽ góp phần đáp ứng những yêu cầu cấp thiết trên.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các cơ sở liên quan đến cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ KT tại Hải Phòng gồm: Trường Khiếm thính Hải Phòng; Bệnh viện Hữu Nghị Việt - Tiệp; Bệnh viện Trẻ em; Bệnh viện Phụ sản Hải

Phòng; Trung tâm Thính học Cát Tường Hải Phòng (Gọi là Trung tâm Thính học); Quỹ Bảo trợ trẻ em (BTTE) Hải Phòng;

- Đại diện cán bộ quản lý các cơ sở nêu trên;
- Giáo viên dạy CTS Trường Khiếm thính Hải Phòng;
- Trẻ KT và phụ huynh có tên trong hồ sơ lưu trữ tại các cơ sở.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành có chủ đích tại các cơ sở nêu trên.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ 10/2012-12/2014. Điều tra lần 1 mô tả thực trạng, lập kế hoạch can thiệp từ 10/2012-12/2012. Thử nghiệm can thiệp từ 01/2013-12/2014. Điều tra lần 2 đánh giá sau can thiệp tháng 12/2014.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:

Để thực hiện 2 mục tiêu, đề tài được thiết kế với 2 nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.
- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có so sánh trước – sau.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu được trình bày theo trình tự thiết kế chủ đạo là nghiên cứu can thiệp, bao gồm các bước:

- **Bước 1:** Điều tra đánh giá thực trạng trước can thiệp.
- **Bước 2:** Xác định vấn đề và xây dựng giải pháp can thiệp.
- **Bước 3:** Triển khai thử nghiệm các nội dung can thiệp.
- **Bước 4:** Đánh giá kết quả: so sánh trước và sau can thiệp nhằm đánh giá sự thay đổi về thực trạng cung ứng dịch vụ CTS

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.4.2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Đối với các cơ sở liên quan cung ứng dịch vụ CTS:

Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích như sau: Chọn toàn bộ 06 cơ sở. Cán bộ quản lý cơ sở (06 người). Giáo viên dạy CTS (05 người).

Đối với hồi cứu hồ sơ:

* Tính cỡ mẫu trẻ KT có tên trong hồ sơ lưu trữ tại các cơ sở cung ứng dịch vụ CTS để hồi cứu.

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q} \times DE$$

Tiêu chuẩn chọn: Trẻ KT ≤ 15 tuổi, phụ huynh đồng ý tham gia.
Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ > 15 tuổi, không phải KT bẩm sinh hoặc phụ huynh không đồng ý tham gia.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả với N hữu hạn:
n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. N: tổng số trẻ KT bẩm sinh.

Tại Hải Phòng có khoảng 100 trẻ KT bẩm sinh/năm với tỉ lệ ước tính 0,4%. Do hồi cứu 15 năm nên có $N = 1500$ trẻ.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, hệ số giới hạn tin cậy, với độ tin cậy 95%.

p: Tỷ lệ trẻ KT vào các cơ sở cung ứng dịch vụ tại Hải Phòng, chọn $p = q = 0,5$ để được cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất.

d: ước lượng sai số trong nghiên cứu, chọn $d = 0,05$.

DE: Design Effect (Hiệu lực thiết kế), chọn $DE = 1,15$

Thay vào công thức trên ta được $n = 352$.

Trên thực tế đề tài chọn 353 em, thỏa mãn cỡ mẫu.

Đối với phỏng vấn và thảo luận nhóm:

Thảo luận nhóm cán bộ quản lý (01 cuộc); thảo luận nhóm giáo viên (01 cuộc). Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý (06 cuộc); phỏng vấn sâu giáo viên (05 cuộc) và phỏng vấn sâu phụ huynh (30 cuộc).

2.4.2.2. Nghiên cứu can thiệp

Để khảo sát thực trạng sau can thiệp, phương pháp chọn mẫu như sau:

Đối với các cơ sở liên quan cung ứng dịch vụ CTS:

Chọn toàn bộ các cơ sở liên quan cung ứng dịch vụ CTS, đại diện cán bộ quản lý và giáo viên dạy CTS như nghiên cứu ban đầu.

Đối với hồi cứu hồ sơ:

* Tính cỡ mẫu trẻ KT có tên trong hồ sơ lưu trữ, được xác định trong 2 năm 2013-2014 tại các đơn vị để hồi cứu sau can thiệp. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu và các chú giải, tiêu chuẩn chọn và loại trừ tương tự như nghiên cứu mô tả ban đầu, trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. N: tổng số trẻ KT bẩm sinh trong 2 năm nghiên cứu 2013-2014; $N = 100$ trẻ x 2 năm = 200 trẻ.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, tương ứng với độ tin cậy 95%. $p = q = 0,5$, tỷ lệ trẻ KT vào các cơ sở cung ứng dịch vụ. d: ước lượng sai số trong

ngiên cứu, chọn $d = 0,05$. DE: hiệu lực thiết kế, chọn $DE = 1,44$. Thay vào công thức trên ta được $n = 190$. Kỹ thuật chọn hồ sơ có trẻ KT: Tương tự như cách làm trong nghiên cứu mô tả ban đầu.

Đối với phỏng vấn và thảo luận nhóm: Thảo luận nhóm cán bộ quản lý (01 cuộc); Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý (06 cuộc); Phỏng vấn sâu giáo viên (05 cuộc); Phỏng vấn sâu phụ huynh (10 cuộc).

2.4.3. Công cụ nghiên cứu:

Phiếu điều tra cơ sở cung cấp dịch vụ CTS. Phiếu điều tra trẻ em KT. Các biểu mẫu thu thập số liệu và quan sát. Các nội dung phỏng vấn sâu và hướng dẫn thảo luận nhóm. Máy đo sàng lọc thính lực OAE; máy đo chẩn đoán thính học chuyên sâu ABR, ASSR; máy đo nhĩ lượng; máy nội soi TMH và Bộ dụng cụ khám TMH.

2.4.4. Phương pháp thu thập thông tin

Sử dụng cả hai phương pháp nghiên cứu định lượng (điều tra cắt ngang và phỏng vấn) và định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và quan sát), áp dụng cho cả điều tra trước và sau can thiệp.

2.4.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Trên cơ sở mục tiêu nghiên cứu, các biến số/chỉ số chính được chia thành 2 nhóm biến số/chỉ số cho nội dung nghiên cứu mô tả và cho nội dung đánh giá hiệu quả can thiệp: nhân lực, trang thiết bị, dịch vụ của các đơn vị; tuổi phát hiện, chẩn đoán, đeo máy, can thiệp của trẻ KT...

2.4.6. Các bước tổ chức thực hiện

Thực hiện điều tra ban đầu và phân tích những mặt tồn tại, một số giải pháp can thiệp được đề xuất là:

- (1). *Tăng cường phối hợp liên ngành.*
- (2). *Tăng cường công tác truyền thông và vận động xã hội.*
- (3). *Tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn kỹ thuật CTS.*

Nội dung thực hiện giải pháp can thiệp bao gồm:

1. Phối hợp liên ngành trong tổ chức tất cả các hoạt động CTS.
2. Tổ chức các hoạt động TT - GDSK nâng cao nhận thức của cộng đồng về nguyên nhân, ảnh hưởng của KT và lợi ích của việc sàng lọc, CTS. Phối hợp vận động nguồn lực từ các tổ chức, cá nhân hảo tâm.
3. Tổ chức tập huấn, bồi dưỡng nâng cao năng lực chuyên môn cho

giáo viên, cán bộ y tế tham gia CTS và phụ huynh.

4. Phối hợp tổ chức hoạt động sàng lọc thính lực cho toàn bộ trẻ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, xác định trẻ KT.

5. Tổ chức tư vấn, hỗ trợ gia đình.

6. Tổ chức can thiệp trị liệu ngôn ngữ, PHCN cho trẻ.

Đánh giá kết quả theo phương pháp so sánh trước - sau can thiệp, dựa trên sự cải thiện các chỉ số về:

1. Tính sẵn có của nguồn lực và dịch vụ;
2. Những thay đổi về mức độ tiếp cận các dịch vụ;
3. Tuổi phát hiện, chẩn đoán, đeo máy và can thiệp của trẻ KT;
4. Tỷ lệ trẻ được hưởng can thiệp và được nhận bảo trợ xã hội;
5. Khả năng duy trì, áp dụng giải pháp can thiệp.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel và SPSS 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng thuận của lãnh đạo các cơ sở cung ứng dịch vụ, gia đình trẻ KT; được thông qua Hội đồng Đạo đức Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. Trẻ KT và gia đình được tư vấn hỗ trợ CTS.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2012

3.1.1. Thực trạng nguồn lực của các đơn vị và tính sẵn có của dịch vụ

3.1.1.1. Kết quả khảo sát các cơ sở cung cấp dịch vụ

Có 06 cơ sở liên quan đến cung ứng dịch vụ CTS tại Hải Phòng. Trong đó, thuộc ngành y tế có 03 cơ sở công lập và 01 cơ sở tư nhân; 02 cơ sở công lập còn lại thuộc Sở GD & ĐT và Sở LĐ – TB & XH.

Nguồn nhân lực của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CTS vừa phân bố không đều, vừa thiếu kỹ thuật viên thính học và giáo viên dạy CTS. Chỉ Trung tâm Thính học là có đầy đủ cơ cấu nhân lực cho một quy trình CTS khép kín, đồng thời có đủ cơ sở vật chất cho các dịch vụ từ sàng lọc phát hiện sớm cho đến can thiệp. Các cơ sở y tế công lập đều

thiếu các thiết bị cần thiết để sàng lọc và chẩn đoán thính học.

Bảng 3.1. Thông tin nguồn nhân lực của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CTS

Chỉ số	BV Việt Tiếp	BV Trẻ em	BV Phụ sản	TT Thính học
Bác sỹ TMH	09	05	0	01
Bác sỹ PHCN	04	04	0	0
Kỹ thuật viên thính học	0	01	0	03
Giáo viên dạy CTS	0	0	0	04

Trường Khiếm thính có 23 giáo viên và cán bộ y tế, trong đó 16 giáo viên dạy văn hóa, 06 giáo viên dạy nghề và 01 bác sỹ đa khoa vừa chăm sóc y tế, vừa chăm sóc thính học. Một số giáo viên kiêm thêm dạy CTS. Chỉ có 02 giáo viên được đào tạo chuyên về giáo dục đặc biệt (8,7%). Trường có cơ sở vật chất khá phong phú. Có 01 phòng cách âm để đo thính lực, 04 phòng để dạy tiết cá nhân. Tuy nhiên, vẫn cần có thêm phòng cách âm để trị liệu ngôn ngữ và cần có thiết bị để sàng lọc, chẩn đoán thính học. Không có kinh phí cấp riêng cho CTS, Trường phải tự cân đối nguồn thu - chi và huy động sự đóng góp của gia đình.

Các dịch vụ CTS còn thiếu và chưa phân phối đầy đủ ở các cơ sở. Dịch vụ sàng lọc phát hiện, chẩn đoán sớm cho trẻ dưới 3 tuổi, dịch vụ cung cấp thiết bị trợ thính chỉ được cung cấp bởi 01 đơn vị là Trung tâm Thính học. Bệnh viện Việt Tiếp và Bệnh viện Trẻ em chủ yếu có dịch vụ chăm sóc tai và thính học. Dịch vụ trị liệu ngôn ngữ, tư vấn, hỗ trợ gia đình chủ yếu do Trung tâm Thính học và Trường Khiếm thính đảm nhiệm. Quỹ BTTE có vai trò giới hạn ở các hoạt động tặng quà nhân đạo cho học sinh Trường Khiếm thính vào các dịp lễ, Tết.

Kết quả điều tra cũng cho thấy việc phối hợp liên ngành với sự cam kết và phối hợp hoạt động CTS cho trẻ KT theo một chương trình hành động cụ thể chưa được thực hiện dưới bất kì hình thức nào.

3.1.1.2. Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ quản lý các đơn vị

Tổng hợp ý kiến phỏng vấn sâu lãnh đạo Trường Khiếm thính, Trường có sẵn cơ sở vật chất và giáo viên có kinh nghiệm làm việc với

trẻ khuyết tật. Tuy nhiên, CTS chưa được ưu tiên là mũi nhọn chuyên môn. Việc tổ chức hoạt động CTS chưa được chặt chẽ và quy mô. *“...Để tăng cường sự chủ động và thuận lợi cho công tác CTS của nhà trường, cần tăng cường và bổ sung thêm đội ngũ giáo viên, tăng cường kinh phí cho các hoạt động CTS và tăng cường phối hợp liên ngành”*.

3.1.1.3. Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu giáo viên

Mong được bồi dưỡng về chuyên môn, trang bị thêm tài liệu và đồ dùng thiết bị dạy học CTS vừa là khó khăn và cũng là những nhu cầu thực tế của giáo viên. Cần có sự phối hợp liên ngành đồng thời tăng cường công tác truyền thông, vận động xã hội cũng là những vấn đề được giáo viên đề xuất.

3.1.1.4. Kết quả thảo luận nhóm đại diện cán bộ quản lý

Các ý kiến thống nhất chung nhận định: Tại Hải Phòng, công tác đầu tư phát triển mảng thính học và sàng lọc phát hiện sớm khiếm thính chưa được quan tâm đúng mức vì nguồn lực có hạn và còn nhiều lĩnh vực chuyên môn ưu tiên khác. Hoạt động truyền thông chưa được chú trọng triển khai. Với số trẻ KT sơ sinh ước tính 50 – 100 trẻ/năm, nhu cầu được phát hiện sớm và CTS cho những trẻ này là rất cấp thiết.

Như vậy, tổng hợp các kết quả nghiên cứu định lượng và định tính cho thấy: *vẫn còn tình trạng bất cập giữa khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ với nhu cầu được phát hiện sớm, CTS của trẻ KT từ khi mới sinh; các cơ sở công lập còn rất hạn chế về nguồn lực và dịch vụ; chưa có sự phối hợp liên ngành trong tổ chức hoạt động CTS; hoạt động truyền thông cũng chưa được quan tâm thực hiện. Đây cũng là những thách thức nổi cộm cần được tháo gỡ.*

3.1.2. Thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT trước can thiệp

3.1.2.1. Thông tin chung về nhóm trẻ trước can thiệp

Trong tổng số 353 trẻ KT trước thời gian can thiệp, tỉ lệ trẻ nam và nữ là 49,3% và 50,7%. Đa số đến từ vùng xa trung tâm là các huyện ngoại thành và quận ven đô mới thành lập (80,2%). Trẻ KT mức độ sâu chiếm số lượng cao nhất là 270 trẻ (76,5%), trong đó nam có 128 (73,6%) và nữ có 142 (79,3%).

3.1.2.2. Thực trạng phát hiện, can thiệp sớm của trẻ KT

Bảng 3.8. Tuổi phát hiện, chẩn đoán, đeo máy và can thiệp

Tuổi nghiên cứu (tháng)	Số lượng (n)	Tuổi trung bình (tháng)			
		Trung bình	SD	Trung vị	Khoảng biến thiên
Tuổi phát hiện	353	22,3	7,8	24	1 - 60
Tuổi CD ban đầu	353	27,6	9,9	28	2 - 72
Tuổi CD xác định	353	34	12,5	34	4 - 72
Tuổi đeo máy	162	33,8	13,3	34	8 - 72
Tuổi can thiệp	59	32,5	12,4	30	12 - 72

Tuổi trung bình phát hiện là gần 2 tuổi (22,3 tháng); tuổi trung bình chẩn đoán, đeo máy và can thiệp đều muộn sau 2 tuổi. Khoảng biến thiên của các tuổi này cũng rất rộng, có những trẻ đến 60 tháng tuổi mới được phát hiện, hoặc đến 72 tháng tuổi mới được chẩn đoán, can thiệp. Ở khu vực trung tâm, các độ tuổi nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở khu vực xa trung tâm (các giá trị $p < 0,001$; Bảng 3.8).

- Không chỉ trung bình các tuổi nghiên cứu rất muộn, mà tỉ lệ tương ứng ở độ tuổi 0 - 12 tháng cũng rất thấp: chỉ có 11% số trẻ được phát hiện, 4,2% được chẩn đoán xác định, 3,1% được đeo máy và 3,4% được trị liệu ngôn ngữ ở độ tuổi này.

- Độ tuổi trẻ KT được phát hiện chủ yếu từ 13 - 36 tháng (86,4%); chẩn đoán ban đầu chủ yếu từ 13 - 36 tháng (76,8%); chẩn đoán xác định và đeo máy chủ yếu là 25 - 48 tháng (64,1% và 62,3%); can thiệp chủ yếu quanh tuổi 25 - 36 tháng.

- Trong 353 trẻ KT, gia đình phát hiện là chủ yếu (98%). Tỉ lệ trẻ KT được chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán xác định tại bệnh viện tuyến Trung ương là cao nhất (62% và 76,8%) so với tại Hải Phòng (33,2% và 16,7%) và nơi khác (4,8% và 6,5%).

Có 191 trẻ (54,1%) không được đeo máy trợ thính, không được can thiệp ngôn ngữ và có 162 trẻ (45,9%) được đeo máy. Trong 162 trẻ này, chỉ có 20,4% được cả giáo viên và gia đình cùng kết

hợp trị liệu, còn lại phần lớn trẻ (63,6%) hoàn toàn tự can thiệp bởi gia đình và 16% hoàn toàn do giáo viên can thiệp; 52 (32,1%) trẻ đã bỏ đeo máy sau một thời gian sử dụng. Những trẻ này đều là mức độ KT nặng (34,1%) và sâu (31,7%), không có sự khác biệt về tỉ lệ bỏ đeo máy giữa 2 nhóm ($p>0,05$).

3.1.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng trẻ KT

Kết quả phỏng vấn sâu phụ huynh trẻ KT cho thấy khá rõ các yếu tố liên quan đến thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT từ phía các cơ quan cung cấp dịch vụ và từ phía gia đình. Trong đó có cả nguyên nhân chủ quan là hiểu biết của cha mẹ hạn chế và nguyên nhân khách quan là hoàn cảnh gia đình cộng với điều kiện kinh tế khó khăn. Đó thực sự là những rào cản khó vượt qua để trẻ có cơ hội được CTS.

3.2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp hệ thống

3.2.1. Kết quả triển khai các nội dung can thiệp

Các hoạt động can thiệp được triển khai đồng bộ và lồng ghép cùng nhau. Những kết quả chủ yếu thu được như sau:

3.2.1.1. Về phối hợp liên ngành

Các đơn vị đã phối hợp với nhau chặt chẽ bằng nhiều hình thức trong tất cả các hoạt động CTS, cùng xây dựng được một chương trình hỗ trợ CTS tại cộng đồng với những hoạt động cụ thể và sự điều hành thống nhất; xây dựng một biểu mẫu thu thập số liệu chung.

3.2.1.2. Về hoạt động truyền thông và vận động xã hội

- Xây dựng được 3 chương trình truyền hình; Tổ chức được 01 buổi “Hội thảo chuyên đề Hoạt động truyền thông Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính”; Phát hơn 29000 tờ rơi; Tư vấn trực tiếp về sàng lọc thính lực cho 29000 gia đình sản phụ.

- Vận động được nhà tài trợ lắp đặt một phòng học cách âm tại Trường Khiếm thính để phục vụ cho hoạt động trị liệu ngôn ngữ.

- Hỗ trợ cho 42 trẻ KT có hoàn cảnh khó khăn (30 trẻ được nhận 20 triệu tiền hỗ trợ mua máy trợ thính và tiền học nghe-nói ban đầu, 12 trẻ được nhận máy từ các nhà hảo tâm khác.

3.2.1.3. Về tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn CTS

- Tổ chức được 6 đợt tập huấn ngắn hạn cho giáo viên tại Trường Khiếm thính; tham dự 2 lớp tập huấn chuyên môn trong 2 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.
- Phối hợp tổ chức được 6 chương trình khám nhân đạo về TMH, kiểm tra thính lực và tư vấn CTS cho trẻ KT, trẻ chậm nói và nghi ngờ nghe kém trong cộng đồng, chăm sóc và làm nùm tai miễn phí cho trẻ sử dụng máy trợ thính.
- Tổ chức được dịch vụ tư vấn hỗ trợ gia đình, đồng hành cùng cha mẹ trẻ khiếm thính trong suốt quá trình can thiệp.
- Tổ chức được dịch vụ trị liệu cho trẻ khiếm thính, giúp nhiều trẻ được can thiệp kịp thời sau khi xác định.

3.2.2. Những thay đổi về tính sẵn có của nguồn lực, dịch vụ

Các giải pháp can thiệp đã tạo bước chuyển biến thật sự ý nghĩa đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ về cơ cấu nguồn lực, tăng cường tính sẵn có và nâng cao chất lượng dịch vụ; đồng thời cải thiện thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT. Hiệu quả của các giải pháp can thiệp được ghi nhận qua sự thay đổi ở cả phía hệ thống cung cấp dịch vụ và phía sử dụng dịch vụ là trẻ KT - đối tượng chính được hưởng lợi từ sự thay đổi của hệ thống. Sau can thiệp, có thêm Bệnh viện Trẻ em cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán sớm và tư vấn hỗ trợ gia đình. Bệnh viện Phụ sản đã cung cấp dịch vụ sàng lọc thính lực sơ sinh và tư vấn hỗ trợ gia đình. Quỹ BTTE đảm đương vai trò là đầu mối liên kết các đơn vị, vận động nguồn lực và tư vấn, hỗ trợ gia đình.

Hoạt động của các cơ sở trong hệ thống cung cấp dịch vụ đã phối hợp hoà quyện, lồng ghép chặt chẽ với nhau để tạo nên tổng thể các dịch vụ CTS mang tính toàn diện, liên tục nhằm giúp gia đình trẻ KT dễ dàng tiếp cận, lựa chọn và trẻ có được cơ hội phát triển tốt nhất.

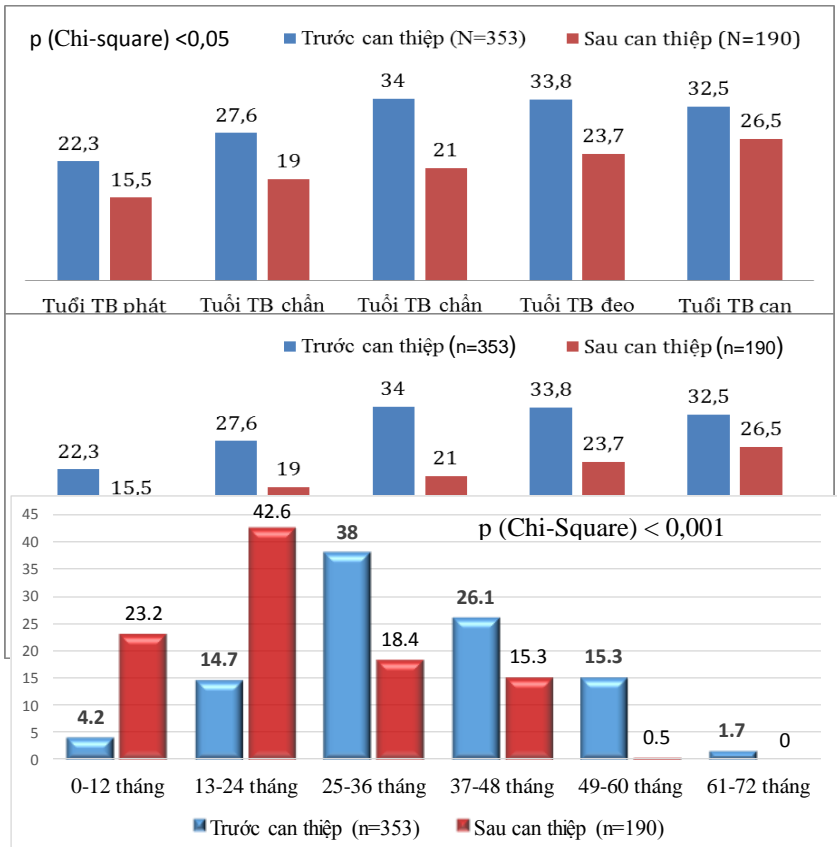
3.2.3. Những thay đổi về thực trạng trẻ khiếm thính và nhu cầu sử dụng dịch vụ

Trẻ KT sau can thiệp, trừ tuổi can thiệp ngôn ngữ là 26,5 tháng, các tuổi nghiên cứu còn lại đều < 24 tháng. Tuy nhiên, biên độ dao

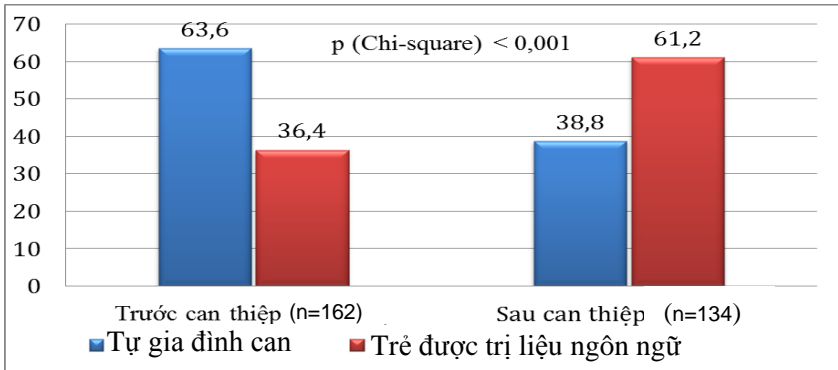
độ của các tuổi này vẫn còn khá rộng, từ 1 - 49 tháng (Bảng 3.18).

Tuổi nghiên cứu (tháng)	Số lượng (n)	Tuổi trung bình (tháng)			
		TB	SD	Trung vị	Khoảng biến thiên
Tuổi phát hiện	190	15,5	9,7	16	1 - 44
Tuổi CD ban đầu	190	19	9,5	18	3 - 44
Tuổi CD xác định	190	21	9,8	19	4 - 49
Tuổi đeo máy	134	23,7	8,7	24	7 - 49
Tuổi can thiệp	82	26,5	8,3	26,7	9 - 46

Bảng 3.18. Các tuổi nghiên cứu của trẻ KT sau can thiệp

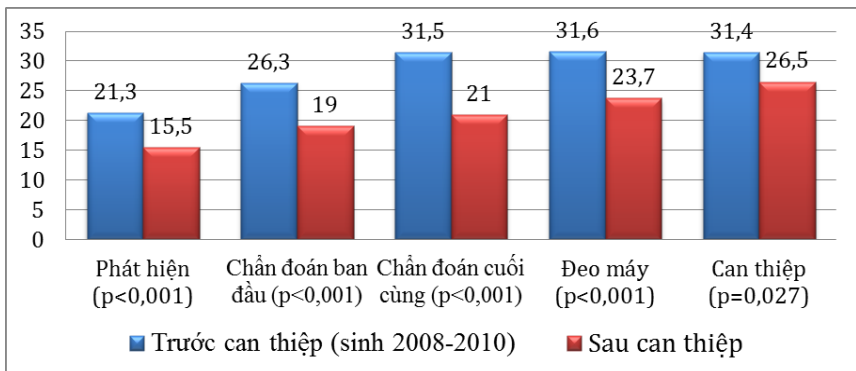


Biểu đồ 3.11. Thay đổi về độ tuổi được chẩn đoán xác định Trẻ KT sau can thiệp được xác định ở các độ tuổi sớm hơn.



Biểu đồ 3.15. Thay đổi về tỉ lệ trẻ KT được trị liệu ngôn ngữ

Số trẻ KT được trị liệu tăng (61,2% so với 36,4%); số trẻ do gia đình tự can thiệp giảm (38,8% so với 63,6%; $p < 0,001$).



Biểu đồ 3.16. So sánh về tuổi nghiên cứu của nhóm trẻ sinh từ 2008-2010 trước can thiệp và nhóm trẻ sau can thiệp

Các tuổi nghiên cứu của trẻ KT trước can thiệp sinh từ 2008-2010 là cao hơn (muộn hơn) có ý nghĩa thống kê so với trẻ KT sau can thiệp, (các giá trị $p < 0,001$ và $p = 0,027$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng

4.1.1. Tính sẵn có và khả năng cung ứng dịch vụ của các cơ sở

Kết quả điều tra cho thấy chưa có cơ sở công lập nào có đầy đủ

trang thiết bị sàng lọc, chẩn đoán và cung cấp đầy đủ dịch vụ CTS. Kết quả phỏng vấn sâu phụ huynh trẻ KT cũng phản ánh rõ những khó khăn của gia đình khi tìm đến dịch vụ tại các cơ sở y tế trên địa bàn, thậm chí tại tuyến Trung ương. Còn khoảng trống rất lớn ở hoạt động cung cấp dịch vụ can thiệp và tư vấn, hỗ trợ gia đình. Do đó bên cạnh các yếu tố từ gia đình thì hạn chế của việc cung cấp dịch vụ chẩn đoán cũng là nguyên nhân dẫn đến chậm trễ trong quá trình từ phát hiện đến can thiệp của trẻ. *Như vậy, cần phải thiết lập và duy trì một chương trình phối hợp liên ngành trong việc tổ chức cung ứng dịch vụ, xây dựng hệ thống tư vấn và truyền thông tới cộng đồng về lợi ích của CTS cho trẻ KT cùng những chế độ, chính sách liên quan tới trẻ.*

4.1.2. Thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT

So sánh với các tác giả Robertson, Fortnum ở các nước phát triển và Ozcebe, Jafari ở các nước đang phát triển, kết quả của chúng tôi muộn hơn; mặc dù tại thời điểm nghiên cứu, các nước này đều chưa có chương trình quốc gia sàng lọc thính lực sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Thị Thiệp. Tuy nhiên, *so với khuyến cáo 1 - 3 - 6 của JCIH thì không còn là sớm để có được hiệu quả can thiệp thực sự tốt nhất.* Ở nước ta hiện nay, khi chương trình sàng lọc thính lực sơ sinh toàn bộ còn ít được triển khai tại các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh thì việc phát hiện KT chủ yếu vẫn do gia đình.

Tổng hợp các kết quả nghiên cứu đã cho thấy *thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ KT tại Hải Phòng tồn tại nhiều sự bất cập ở cả phía cung cấp và người sử dụng dịch vụ; trong đó những yếu tố từ phía người sử dụng dịch vụ là rất khó cải thiện.* Điều này càng nhấn mạnh cơ sở của giải pháp can thiệp hệ thống. *Đó là việc cần thiết triển khai thực hiện chương trình phát hiện và CTS cho trẻ KT có sự phối hợp liên ngành chặt chẽ với nhiều hoạt động mang tính thống nhất và toàn diện nhằm tăng cường hệ thống cung ứng dịch vụ và cải thiện thực trạng phát hiện, CTS của trẻ KT. Đồng thời cần chú trọng công tác*

truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng cũng như cần có chính sách xã hội hỗ trợ cho trẻ KT có hoàn cảnh khó khăn để có thể nâng cao hiệu quả phòng và điều trị bệnh.

4.2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp hệ thống

Sau 2 năm thực hiện các nội dung hoạt động, chúng tôi đã tiến hành điều tra, đánh giá hiệu quả của giải pháp can thiệp qua sự thay đổi ở cả phía cung cấp và phía sử dụng dịch vụ.

4.2.1. Những thay đổi về nguồn lực và tính sẵn có của dịch vụ

Sau can thiệp, đã có thêm 02 cơ sở được trang bị máy móc và cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán là Bệnh viện Trẻ em và Bệnh viện Phụ sản. Bệnh viện Trẻ em đã đầu tư được một bộ thiết bị tích hợp các chức năng sàng lọc (OAE) và chẩn đoán thính học chuyên sâu (ABR, ASSR), tạo nên sự cân bằng về cung cấp dịch vụ thính học giữa khu vực công lập và tư nhân.

Hoạt động sàng lọc được diễn ra đều đặn với tỉ lệ bao phủ trung bình 90,2% trẻ sơ sinh, góp phần làm giảm thấp tuổi phát hiện, chẩn đoán và can thiệp của trẻ; đồng thời góp phần thay đổi mạnh mẽ nhận thức và sự quan tâm không chỉ với sản phụ và gia đình mà còn với nhiều đối tượng khác trong cộng đồng. Bệnh viện Việt Tiệp cũng đã có kế hoạch xây dựng trung tâm thính học tại khoa TMH. Trường Khiếm thính tăng cường thêm nhân lực và dịch vụ trị liệu. Quỹ BTTE đảm đương vai trò là đầu mối liên kết các đơn vị, vận động nguồn lực và tư vấn, hỗ trợ gia đình.

Như vậy có thể thấy *các giải pháp can thiệp đã tạo ra những thay đổi tích cực cho tất cả các đơn vị cung cấp dịch vụ về nguồn lực và hoạt động, và quan trọng hơn, việc cung cấp dịch vụ đã thực sự mang tính hệ thống, sự liên thông, toàn diện và thông tin đầy đủ về dịch vụ được tăng cường. Điều này làm tăng tính sẵn có của các dịch vụ cần đáp ứng và khả năng lựa chọn dịch vụ của người sử dụng.* Đó cũng là điều kì vọng ở hiệu quả can thiệp.

4.2.2. Những thay đổi về thực trạng trẻ khiếm thính

Thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT không chỉ phản ánh tình trạng sử dụng dịch vụ CTS từ phía trẻ KT và gia đình, mà

còn phản ánh khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ CTS tại Hải Phòng. Sau 02 năm triển khai can thiệp, tuổi phát hiện, chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán xác định, tuổi đeo máy và can thiệp (tương ứng 15,5; 19; 21; 23,7 và 26,5 tháng) đều giảm có ý nghĩa so với trước can thiệp (tương ứng 22,3; 27,6; 34; 33,8 và 32,5 tháng). *Sự thay đổi được mong đợi nhất về chẩn đoán là tỉ lệ trẻ KT được chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán xác định tại Hải Phòng đã tăng lên 87,4% và 65,3% so với 33,2% và 16,7% trước can thiệp.* Điều này cho thấy, sau khi được củng cố và tăng cường, tính sẵn có và khả năng tiếp cận của hệ thống cung ứng dịch vụ đã được cải thiện, đáp ứng được nhu cầu của trẻ KT và gia đình. Đây là sự thay đổi vô cùng có ý nghĩa khi cả cơ sở y tế công lập và tư nhân đều cung cấp được dịch vụ chẩn đoán cho trẻ nhỏ: *“...Thấy cháu không phản ứng khi được gọi tên, gia đình cho cháu đi đo thính lực ở Trung tâm Thính học, kết quả là cháu bị nghe kém mức độ sâu. Gia đình cho cháu sang Bệnh viện Trẻ em kiểm tra lại cũng đúng như vậy nên cũng không cần đi Hà Nội nữa. Gia đình xác định quyết tâm mua máy trợ thính cho cháu để cháu được học nghe - nói...”* (Phụ huynh một trẻ KT).

Tỉ lệ trẻ được đeo máy trợ thính tăng, tỉ lệ trẻ được trị liệu tăng, tỉ lệ trẻ được trị liệu ở các độ tuổi trước 36 tháng đều tăng, thời gian chậm trễ giữa các mốc tuổi nghiên cứu đều giảm đã cho thấy hiệu quả của các giải pháp can thiệp khi tính sẵn có của dịch vụ được tăng cường và nhận thức của cha mẹ trẻ KT được nâng lên. Tuy nhiên, hoàn cảnh gia đình và điều kiện kinh tế khó khăn vẫn là những rào cản rất lớn khiến nhiều trẻ bị chậm đeo máy.

Biểu đồ 3.16 cho thấy sự cải thiện về thực trạng trẻ KT là hiệu quả thực tế do can thiệp, không phải chỉ do sự phát triển chung.

Kết quả phỏng vấn sâu đã ghi nhận nhiều trường hợp gia đình trẻ KT đã tích cực tạo điều kiện cho trẻ được can thiệp như: gia đình cháu Hoàng T.N rời quê ra trọ gần trung tâm thành phố để vừa đi làm thêm, vừa cho cháu được trị liệu ngôn ngữ; gia đình 2 cháu sinh đôi Nguyễn L.B.N và Nguyễn L.G.H dù hoàn cảnh rất

khó khăn, vẫn quyết tâm đầu tư thêm tiền để mua máy trợ thính cho cháu và tham gia trị liệu ngôn ngữ... Điều này phản ánh *chương trình can thiệp không những mang lại cơ hội cho trẻ KT được phát hiện sớm và CTS, mà còn tác động sâu sắc đến nhận thức của phụ huynh, giúp họ có thêm niềm tin, động lực vượt qua những trở ngại rất lớn để đưa ra quyết định quan trọng ảnh hưởng tích cực đến cả tương lai của con mình*. Cha mẹ trẻ đã dành nhiều thời gian cho con hơn, tin tưởng và thường xuyên trao đổi thông tin về trẻ, mạnh dạn bày tỏ những băn khoăn với các nhà chuyên môn; đồng thời nhiệt tình tham gia đầy đủ các buổi tư vấn.

4.3. Cơ sở thực tiễn và tính hợp lý của giải pháp can thiệp

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy rõ cơ sở thực tiễn và tính hợp lý của 3 nhóm giải pháp cùng các nội dung can thiệp. Có được kết quả như vậy là nhờ các yếu tố: (1) Trước hết nhờ vào nhận thức của lãnh đạo các đơn vị về tính cấp thiết, tính nhân văn của vấn đề CTS cùng với sự tâm huyết của những người trực tiếp tham gia thực hiện. Với vai trò của các nhà quản lý, điều này có ý nghĩa rất quan trọng; có nhận thức tốt mới có thể cùng phối hợp chặt chẽ để tổ chức các hoạt động CTS theo một chương trình hệ thống và đồng bộ giữa các ban ngành, đảm bảo tính khoa học, khả thi và bền vững. Đồng thời cũng đảm bảo cho các hoạt động CTS được chỉ đạo sát sao và nằm trong sự điều phối tổng thể. (2) Tiếp đó là nhờ thực hiện giải pháp can thiệp một cách đồng bộ và toàn diện: ***Tăng cường phối hợp liên ngành*** là giải pháp tiên quyết; ***TT - GDSK, vận động xã hội là giải pháp chiến lược*** và ***Tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn kỹ thuật can thiệp sớm*** là giải pháp điều kiện, cơ bản. (3) Quá trình triển khai can thiệp đã thực hiện toàn diện các nội dung, tập trung mọi nỗ lực để tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ CTS: tăng cường gắn kết các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, can thiệp trị liệu ngôn ngữ với tư vấn, hỗ trợ gia đình và TT-GDSK nâng cao nhận thức cộng đồng; chú trọng việc quản lý, theo dõi

giám sát và can thiệp kịp thời, phù hợp với từng trẻ và gia đình.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2012

1.1. Vẫn còn tình trạng bất cập giữa khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ về cả cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực, sự phối hợp liên ngành trong hoạt động cũng như hạn chế về nhận thức của cộng đồng với nhu cầu được phát hiện sớm, CTS của trẻ khiếm thính. Việc đầu tư phát triển chuyên môn thính học nói chung và sàng lọc thính lực sơ sinh nói riêng chưa được quan tâm đúng mức vì nguồn lực có hạn và còn nhiều lĩnh vực ưu tiên khác.

1.2. Thực trạng trẻ khiếm thính được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp rất muộn, do đó hiệu quả can thiệp bị hạn chế: Tuổi phát hiện, chẩn đoán và can thiệp (trung ứng 22,3; 34 và 32,5 tháng) muộn hơn rất nhiều so với khuyến cáo của Ủy ban Hợp nhất về thính lực trẻ sơ sinh Mỹ. Sự khác biệt về các tuổi này giữa nhóm trẻ ở khu vực trung tâm và xa trung tâm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Hầu hết (98%) trẻ khiếm thính được phát hiện bởi gia đình và đa số được chẩn đoán xác định tại các bệnh viện tuyến Trung ương (76,8%). Tỷ lệ trẻ được đeo máy trợ thính thấp (45,9%), chỉ có 36,4% số trẻ đeo máy được trị liệu ngôn ngữ, còn lại hoàn toàn do gia đình tự can thiệp (63,6%), nhiều trẻ đã bỏ đeo máy sau một thời gian sử dụng. Bên cạnh những bất cập về cung cấp dịch vụ CTS thì nhận thức của cha mẹ còn hạn chế, hoàn cảnh gia đình, điều kiện kinh tế khó khăn và khoảng cách địa lý là những nguyên nhân khiến 54,1% số trẻ không được đeo máy trợ thính và nhiều trẻ không được phát hiện, can thiệp kịp thời.

2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp hệ thống

2.1. Những thay đổi về tính sẵn có của nguồn lực và dịch vụ

- Việc thực hiện các nội dung can thiệp đã tạo bước chuyển biến

thật sự ý nghĩa đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ (nhất là các cơ sở công lập) về cơ cấu nguồn lực, chất lượng dịch vụ và xây dựng kế hoạch phát triển cho can thiệp sớm. Các đơn vị đã cùng phối hợp chặt chẽ với nhiều hình thức trong tất cả các hoạt động can thiệp sớm, xây dựng được chương trình hỗ trợ CTS tại cộng đồng với những hoạt động cụ thể và sự điều hành thống nhất. Với sự tăng cường cung ứng dịch vụ của hệ thống, trẻ khiếm thính và gia đình có thêm thông tin, cơ hội tiếp cận và lựa chọn dịch vụ dễ dàng, thuận tiện hơn nhiều so với trước can thiệp.

- Các hoạt động TT-GDSK được triển khai sâu, rộng, đồng bộ cả trực tiếp và gián tiếp đã tạo môi trường xã hội thuận lợi, góp phần nâng cao nhận thức của cộng đồng và cha mẹ trẻ khiếm thính.

2.2. Những thay đổi về thực trạng của trẻ KT và nhu cầu sử dụng dịch vụ

- Sau can thiệp, nhóm trẻ KT đã được cải thiện có ý nghĩa so với trước can thiệp cả về trung bình tuổi phát hiện, chẩn đoán xác định, đeo máy và can thiệp (tương ứng 15,5; 21; 23,7 và 26,5 tháng) lần tỉ lệ được phát hiện, chẩn đoán, can thiệp sớm trước 12 và 24 tháng ($p < 0,001$). Tỉ lệ trẻ KT được phát hiện sớm bởi cán bộ y tế và giáo viên tăng từ 2% lên 23,2%. Tỉ lệ trẻ KT được chẩn đoán ban đầu tại Hải Phòng tăng từ 33,2% lên 87,4%; được chẩn đoán xác định tăng từ 16,7% lên 65,3% ($p < 0,001$).

- Sau can thiệp, tỉ lệ trẻ khiếm thính được đeo máy tăng từ 45,9% lên 70,5%. Trong đó, số trẻ được trị liệu ngôn ngữ tăng từ 36,4% lên 61,2% ($p < 0,001$); số trẻ do gia đình tự can thiệp giảm từ 63,6% xuống còn 38,8% ($p < 0,001$).

- Chương trình vận động xã hội đã hỗ trợ can thiệp sớm cho 30 trẻ khiếm thính có hoàn cảnh khó khăn tiền mua máy trợ thính và học nghe nói 20 triệu đồng/cháu.

- Chương trình can thiệp đã tạo được niềm tin cho gia đình trẻ khiếm thính vào các nhà chuyên môn, vào khả năng phát triển của trẻ, từ đó góp phần không nhỏ tới thành công của quá trình can thiệp. Những thay đổi của hệ thống cung ứng dịch vụ CTS tại

Hải Phòng đã thực sự mang lại cơ hội tốt hơn cho nhiều trẻ khiếm thính được học tập, phát triển và hòa nhập xã hội.

2.3. Khả năng mở rộng ứng dụng của đề tài

Chương trình can thiệp với một số giải pháp mang tính tổng thể và toàn diện, với cách tiếp cận liên ngành, lấy trẻ và gia đình làm trung tâm đã cho thấy hiệu quả với tính khoa học, khả thi, tính bền vững cao và có ý nghĩa thực tiễn lớn, có thể mở rộng áp dụng cho các địa phương khác trong bối cảnh hiện nay.

KIẾN NGHỊ

1. Cần tiếp tục duy trì, phát triển mô hình phối hợp liên ngành tổ chức can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính có hiệu quả nhằm đáp ứng tốt nhu cầu thực tế. Trong đó chú trọng những hoạt động:
 - Tăng cường phối hợp liên ngành, có sự chỉ đạo của cấp trên về cơ chế hỗ trợ kỹ thuật thường xuyên và cơ chế chỉ đạo giám sát công tác can thiệp sớm tới các cơ sở, đảm bảo tính hệ thống, đồng bộ, thống nhất và bền vững của chương trình.
 - Quan tâm đầu tư phát triển chuyên ngành thính học tại các cơ sở chuyên khoa Tai Mũi Họng, đào tạo bồi dưỡng giáo viên dạy can thiệp sớm nhằm tăng cường nguồn lực, đảm bảo tính sẵn có trong hoạt động cung ứng dịch vụ, từ sàng lọc phát hiện sớm cho tới can thiệp trị liệu.
 - Tiếp tục tăng cường công tác truyền thông tới tất cả mọi đối tượng trong cộng đồng về ý nghĩa, lợi ích của can thiệp sớm. Đồng thời cần có chính sách và các hoạt động hỗ trợ xã hội cho trẻ khiếm thính, huy động sự tham gia của cộng đồng tốt hơn nữa, là giải pháp mang tính chiến lược trước mắt và lâu dài trong công tác dự phòng và can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính.
2. Cần có thêm những nghiên cứu tiếp theo nhằm đánh giá hiệu quả lâu dài của giải pháp can thiệp để chia sẻ, phổ biến kinh nghiệm áp dụng cho các địa phương khác. Đó cũng là bước cần thiết trong lộ trình tiến tới xây dựng và triển khai chương trình can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính ở qui mô quốc gia.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ**

1. Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Anh Dũng và Võ Thanh Quang (2015), "Tuổi phát hiện, chẩn đoán và đeo máy của học sinh Trường Khiếm thính Hải Phòng", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 8 (168), tr 420-425.
2. Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Anh Dũng và Võ Thanh Quang (2016), "Thực trạng phát hiện và can thiệp sớm của trẻ khiếm thính Hải Phòng", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVI, số 10 (183), tr 204-214.