

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Tính giá trị và độ tin cậy của thang đo kiến thức, thái độ về rối loạn tự kỷ của người chăm sóc trẻ tại hai tỉnh Hòa Bình và Thái Bình, Việt Nam

Đinh Thu Hà^{1*}, Hứa Thanh Thủy¹, Lê Thị Hải Hà², Nguyễn Thái Quỳnh Chi¹, Vũ Thị Hậu¹,
Nguyễn Ngọc Bình³, Nguyễn Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rối loạn tự kỷ (RLTK) là một nhóm các rối loạn phát triển, 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. Nghiên cứu được tiến hành năm 2017, nhằm xây dựng và chuẩn hóa một thang đo đảm bảo để đánh giá kiến thức và thái độ về RLTK ở người chăm sóc trẻ (NCST).

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành phỏng vấn 193 NCST 18-60 tháng tuổi tại Hòa Bình và Thái Bình. Phân tích thành tố chính và hệ số Cronbach's Alpha được sử dụng để đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của thang đo.

Kết quả: Kết quả cho thấy thang đo kiến thức sau khi chuẩn hóa gồm 13 câu hỏi, với tỉ lệ giải thích sự biến thiên của thang đo là 82,5% ở ngưỡng rất tốt; Cronbach's alpha của 3 thành tố và cả thang đo kiến thức nằm trong khoảng từ 0,58-0,79, là ngưỡng chấp nhận được đến tốt. Thang đo thái độ sau chuẩn hóa gồm 6 câu hỏi, có tỉ lệ giải thích sự biến thiên thái độ là 52,8%; hệ số Cronbach's alpha là 0,76, ở mức tốt.

Kết luận và khuyến nghị: Kết quả khẳng định thang đo kiến thức và thái độ của NCST về RLTK mà chúng tôi phát triển hoàn toàn đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy để áp dụng trong thực tiễn.

Từ khóa: thang đo, tự kỷ, tính giá trị, độ tin cậy, NCST, Việt Nam

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tự kỷ (RLTK) là một nhóm các rối loạn phát triển phức hợp của não, được 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).

Trên thế giới, dữ liệu dịch tễ học năm 2013 ước tính tỷ lệ hiện mắc của RLTK là 1/160, tương đương hơn 7,6 triệu năm tuổi thọ bị mất đi do tàn tật (DALY) và 0,3% gánh nặng bệnh tật toàn cầu (2). Tỷ lệ trẻ trai mắc RLTK nhiều gấp 4 lần so với tỷ lệ này ở trẻ gái (3). Tại một

số các nước ở châu Á, tỷ lệ mắc RLTK ở Hàn Quốc năm 2011 là 1/38 trong nhóm trẻ em từ 7 đến 12 tuổi (4), ở Trung Quốc năm 2013 là 1/408 trẻ dưới 18 tuổi (5) và ở Nam Á năm 2017 là 1/93 người dưới 30 tuổi (6).

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện mắc RLTK của trẻ dao động từ 0,4 – 0,7% (3, 7, 8). Kết quả nghiên cứu mới nhất trên 17.277 trẻ em 18-30 tháng tuổi tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam công bố năm 2019 cho thấy tỉ lệ RLTK là 0,752%. Trẻ trai, trẻ sống ở thành phố, trẻ có bố mẹ là nông dân có tỉ lệ mắc RLTK cao hơn những trẻ khác (9). Bên cạnh đó, ghi



*Địa chỉ liên hệ: Đinh Thu Hà

Email: dth1@huph.edu.vn

¹Trường Đại học Y Tế Công Cộng

²Trường Đại học Queensland University of Technology

³Viện Dân số, Sức khỏe và Phát triển (PHAD)

Ngày nhận bài: 07/5/2020

Ngày phản biện: 14/5/2020

Ngày đăng bài: 29/12/2020

nhận từ Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỉ lệ trẻ RLTK có xu hướng tăng. Cụ thể, số trẻ đến điều trị RLTK năm 2010 là 1.792 trẻ, cao gấp khoảng 300 lần so với năm 2000 (5 trẻ) (10). Cũng theo báo cáo này, tỷ lệ trẻ RLTK đến khám và được chẩn đoán bệnh muộn cao (chỉ có 43,86% là độ tuổi 36-60 tháng tuổi) (10), trong khi độ tuổi tốt nhất để phát hiện và điều trị trẻ có RLTK là từ dưới 60 tháng tuổi.

Thực tế này đặt ra một nhu cầu cấp thiết phải xây dựng một hệ thống quản lý hiệu quả giúp sàng lọc, chẩn đoán sớm và can thiệp sớm cho trẻ RLTK. Do đó, đề tài cấp nhà nước về quản lý RLTK tại cộng đồng được phê duyệt triển khai trong giai đoạn 2016-2019, nhằm hướng tới xây dựng và thí điểm một hệ thống như vậy. Hai địa bàn can thiệp thí điểm là Hòa Bình và Thái Bình, là hai tỉnh tương đối đặc trưng cho vùng đồng bằng, miền núi và miền biển trong số 6 tỉnh thuộc đề tài. Trong nghiên cứu này, người chăm sóc trẻ (NCST) là một trong các nhóm đối tượng đích của can thiệp bởi họ là những người tiếp xúc hàng ngày với trẻ, do vậy có thể giúp phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường ở trẻ. Tuy nhiên, điều này đòi hỏi NCST cần có kiến thức và thái độ tích cực đối với RLTK. Một số nghiên cứu cho thấy hiện nay có nhiều bậc cha mẹ chưa hiểu biết đầy đủ về RLTK (11, 12), cũng như chưa có thái độ tích cực (13, 14), dẫn tới phát hiện muộn, can thiệp muộn, không muốn đưa trẻ đi can thiệp (7). Tuy nhiên, những đánh giá này chưa thực sự dựa trên cơ sở một thang đo có chất lượng. Trong bối cảnh đó, năm 2017, chúng tôi đã tiến hành xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy để đo lường kiến thức và thái độ đối với RLTK của NCST.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tính giá trị về mặt cấu trúc và độ tin cậy của thang đo đo lường kiến thức, thái độ về RLTK của NCST được đánh giá dựa trên số liệu của

điều tra trước can thiệp tại 2 tỉnh Hòa Bình và Thái Bình vào năm 2017. Cỡ mẫu được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu 2 tỉ lệ để so sánh sự thay đổi kiến thức, thái độ của NCST trước và sau can thiệp. Chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 193 NCST của trẻ có độ tuổi từ 18 đến 60 tháng tuổi, sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Tại mỗi tỉnh, chọn 1 thành phố và ngẫu nhiên 1 huyện.

- Giai đoạn 2: Tại mỗi thành phố/huyện đã lựa chọn: chọn ngẫu nhiên 1 xã và 1 phường. Các thành phố/huyện và xã/phường được lựa chọn là: xã Tân Vinh (huyện Lương Sơn), phường Đồng Tiến (thành phố Hòa Bình), xã Tây Giang (huyện Tiên Hải), phường Trần Lãm (thành phố Thái Bình). Tại các phường/xã đã lựa chọn, chúng tôi tiến hành chọn ngẫu nhiên trẻ 18-60 tháng trên danh sách quản lý của trạm y tế xã/phường, sau đó mời NCST đến phỏng vấn.

Bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên tham khảo các nghiên cứu trên thế giới, Hướng dẫn Thống kê và Chẩn đoán những rối nhiễu tâm thần của Hội tâm thần Mỹ phiên bản lần thứ 4 (DSM-4), kết hợp với xin ý kiến các chuyên gia. Thang đo kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ ban đầu do chúng tôi xây dựng gồm có 25 câu hỏi, theo thang đo Likert 3 mức độ: Sai, Phán vân/Không biết, Đúng. Trong khi đó, thang đo thái độ của NCST về RLTK ở trẻ được xây dựng gồm có 12 câu hỏi, theo thang đo Likert 5 mức độ: Rất đồng ý, Đồng ý, Phán vân, Không đồng ý, Rất không đồng ý. Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tính giá trị về mặt nội dung của thang đo kiến thức và thang đo thái độ được đánh giá đồng thời, thông qua việc xin ý kiến 03 chuyên gia (01 chuyên gia trong lĩnh vực tâm thần kinh, 01 chuyên gia về RLTK ở trẻ, và 01 chuyên

gia về lĩnh vực giáo dục nâng cao sức khỏe) và sau đó tiếp tục được thử nghiệm thông qua thảo luận nhóm với 8 đối tượng là NCST với các đặc điểm đa dạng về địa bàn (nông thôn/thành thị), độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quan hệ với trẻ.

Tính giá trị về mặt cấu trúc được thực hiện bởi phương pháp phân tích nhân tố khám phá (EFA – exploratory factor analysis) để xác định các nhân tố chính. Ma trận tương quan, kiểm định Bartlette và KMO (Kaiser Meyer Olkin) được thực hiện để kiểm tra điều kiện cho phép tiến hành phân tích nhân tố. Tiêu chí là các nhân tố này có giá trị riêng (eigen value) lớn hơn 1 và tỉ lệ biến thiên được giải thích bởi các nhân tố từ 50% trở lên và phân bố các nhân tố trên biểu đồ Scree plot (15). Sau đó, ma trận xoay nhân tố (rotated factor matrix Vartimax) được sử dụng

để xác định các tiêu mục cho mỗi nhân tố, với điều kiện các tiêu mục này có hệ số tương quan (factor loading) lớn hơn 0,3 (15).

Đánh giá độ tin cậy (độ nhất quán bên trong) được thực hiện thông qua hệ số Cronbach's Alpha, với giá trị từ 0,6 trở lên được coi là chấp nhận được (15).

KẾT QUẢ

Đặc điểm của người chăm sóc trẻ

Đặc điểm NCST trong nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1 dưới đây. Trong 193 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 170 nữ (88,1%) và 23 nam (11,9%). Đa phần NCST tham gia nghiên cứu này là người mẹ (chiếm 72,5%), tiếp theo là bà (16,1%) và bố (7,8%).

Bảng 1. Đặc điểm của NCST trong nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Giới tính		
Nữ	170	88,1
Nam	23	11,9
Dân tộc		
Kinh	156	80,8
Mường	35	18,2
Khác	2	1,0
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	8	4,2
Tiểu học, trung học cơ sở	50	25,9
Trung học phổ thông	40	20,7
Trung cấp/ Cao đẳng	55	28,5
Đại học/ trên đại học	40	20,7
Nghề nghiệp		
Làm ruộng	51	26,4
Công chức, viên chức	46	23,8

Kinh doanh/buôn bán	27	14,0
Nội trợ	26	13,5
Công nhân	25	13,0
Nghỉ hưu	9	4,6
Làm tư nhân	5	2,6
Khác	4	2,1
Mối quan hệ với trẻ		
Mẹ	140	72,5
Bà	31	16,1
Bố	15	7,8
Ông	4	2,1
Khác	3	1,5

Tính giá trị và độ tin cậy của thang đo kiến thức của NCST về RLTK

Tính giá trị của thang đo kiến thức của NCST về RLTK

Bộ câu hỏi sau khi được điều chỉnh về từ ngữ và loại bỏ một số câu bị trùng lặp hoặc không có ý nghĩa về nội dung bao gồm 19 câu, được đưa vào đánh giá tính giá trị và độ tin cậy.

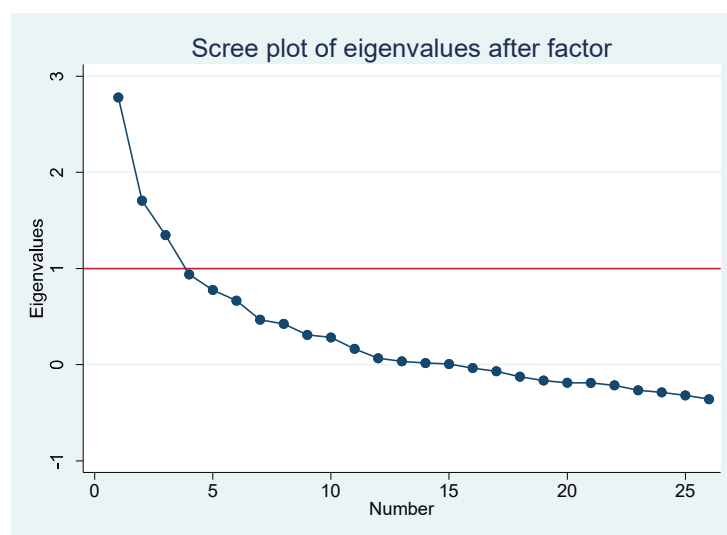
Kiểm tra điều kiện phân tích nhân tố của các tiểu mục

Kết quả kiểm tra ma trận tương quan cho

thấy, không có tiểu mục nào có hệ số tương quan với ít nhất một trong các tiểu mục còn lại nằm ngoài khoảng từ 0,3 - 0,7. Kết quả kiểm định Barlett's với $p\text{-value} < 0,05$, chỉ số KMO là $0,641 > 0,5$. Lựa chọn nhân tố và các câu hỏi cho mỗi nhân tố. Điều này chứng tỏ dữ liệu kiến thức dùng để phân tích nhân tố là chấp nhận được.

Lựa chọn các nhân tố và các tiểu mục của mỗi nhân tố

Kết quả phân tích (Hình 1) cho thấy có 3 nhân tố đáp ứng tiêu chí.



Hình 1. Biểu đồ Scree plot và giá trị riêng của các nhân tố trong thang đo kiến thức của người NCST về RLTK

Kết quả xoay nhân tố trực giao cho thấy có 13 tiểu mục đạt tiêu chí và chia thành 3 nhân tố: Nhân tố 1 gồm 5 phát biểu về những dấu hiệu nghi ngờ trẻ RLTK theo các mốc phát triển (hay còn gọi là “dấu hiệu cờ đỏ”); Nhân tố 2

gồm 5 phát biểu về phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả cho trẻ RLTK; và Nhân tố 3 gồm 3 phát biểu về những kiến thức sai lầm trong điều trị RLTK ở trẻ. Kết quả cụ thể được trình bày ở Bảng 2 như sau:

Bảng 2. Hệ số tương quan của các câu hỏi, Cronbach's Alpha và khả năng giải thích độ biến thiên kiến thức của mỗi nhân tố trong thang đo kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ

STT	Nội dung	Hệ số tương quan	Cronbach's Alpha	Khả năng giải thích độ biến thiên kiến thức
Nhân tố 1: Kiến thức về dấu hiệu nghi ngờ trẻ RLTK theo các mốc phát triển (dấu hiệu cờ đỏ)			0,79	36,6%
1	Trẻ 9 tháng không đáp ứng được tương tác âm thanh, nụ cười hoặc không giơ tay đòi bế	0,48		
2	Trẻ 12 tháng chưa biết nói bập bẹ	0,50		
3	Trẻ 12 tháng chưa biết chỉ ngón trỏ	0,64		
4	Trẻ 16 tháng chưa nói được từ đơn	0,67		
5	Trẻ 24 tháng chưa nói được 2 từ đơn	0,55		
Nhân tố 2: Kiến thức về phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả cho trẻ RLTK			0,58	24,0%
6	Cha mẹ/NCST có thể phát hiện sớm dấu hiệu bất thường của trẻ nghi mắc tự kỷ	0,41		

7	GVMN có thể phát hiện sớm dấu hiệu bất thường của trẻ nghi mắc tự kỷ	0,32
8	Tất cả trẻ dưới 24 tháng tuổi cần được sàng lọc về tự kỷ	0,30
9	Biện pháp trị liệu hiệu quả cho trẻ tự kỷ là can thiệp về ngôn ngữ	0,30
10	Biện pháp trị liệu hiệu quả cho trẻ tự kỷ là tập luyện vận động	0,41
Nhân tố 3: Kiến thức sai lầm trong điều trị RLTK ở trẻ		0,62 21,9%
11	Có thể điều trị khỏi cho trẻ tự kỷ bằng thuốc Tây y	0,32
12	Có thể điều trị khỏi cho trẻ tự kỷ bằng châm cứu, bấm huyệt	0,40
13	Có thể điều trị khỏi cho trẻ tự kỷ bằng cách uống thuốc đông y để giải trừ chất độc khỏi cơ thể	0,59
Cả thang đo (13 câu)		0,65 82,5%

Nhân tố 1 (Kiến thức về các dấu hiệu nghi ngờ trẻ RLTK theo các mốc phát triển) gồm có 5 câu hỏi và giải thích được 36,6% độ biến thiên kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ. Nhân tố 2 (Kiến thức về phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả cho trẻ RLTK) gồm có 5 câu hỏi, góp phần giải thích 24% độ biến thiên kiến thức. Nhân tố 3 (Kiến thức sai lầm trong điều trị RLTK ở trẻ) giải thích 21,9% độ biến thiên kiến thức, với 3 câu hỏi. Cả thang đo gồm 13 câu hỏi, giải thích được 82,5% độ biến thiên kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ.

Độ tin cậy của thang đo kiến thức của NCST về RLTK

Độ tin cậy của thang đo được đánh giá thông qua hệ số Cronbach's Alpha của từng nhân tố và của cả thang đo. Kết quả cho thấy hệ số Cronbach's Alpha của nhân tố 1, nhân tố 2, nhân tố 3 và cả thang đo lần lượt là 0,79; 0,58; 0,62 và 0,65.

Tính giá trị và độ tin cậy của thang đo thái độ của NCST về RLTK

Tính giá trị của thang đo thái độ của NCST về RLTK

Thang đo ban đầu để đánh giá thái độ được chúng tôi xây dựng với 12 câu hỏi. Qua xin ý kiến chuyên gia và thảo luận nhóm với NCST, chúng tôi giữ lại 11 câu hỏi để đưa vào đánh giá tính giá trị và độ tin cậy.

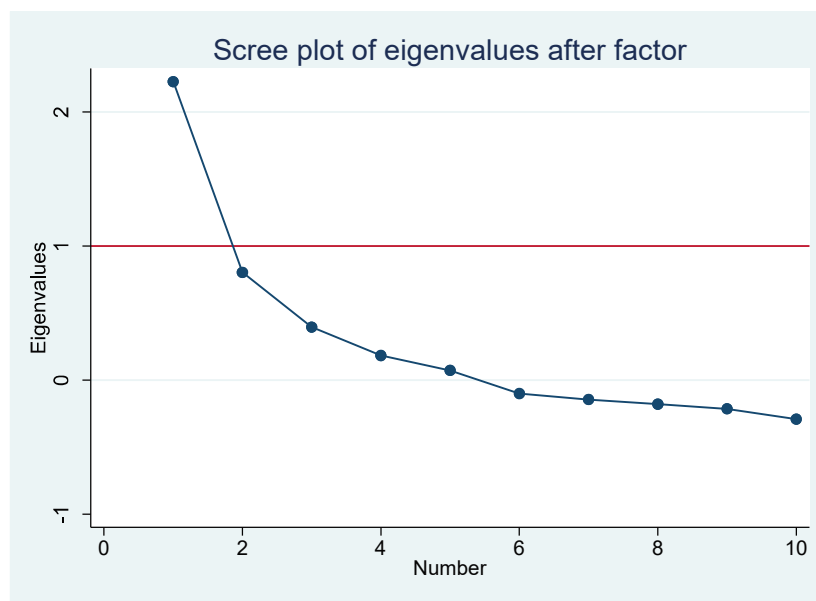
Kiểm tra điều kiện để có thể phân tích nhân tố

Kết quả kiểm tra ma trận tương quan cho thấy, không có tiểu mục nào có hệ số tương quan với ít nhất một trong các tiểu mục còn lại nằm ngoài khoảng từ 0,3 - 0,7. Kết quả kiểm định Barlett's với p-value < 0,05, chỉ số KMO là 0,717 > 0,5. Điều này chứng tỏ dữ liệu về thái độ dùng để phân tích nhân tố là chấp nhận được.

Lựa chọn nhân tố và các tiểu mục cho mỗi nhân tố

Số lượng các nhân tố có trong thang đo được hiển thị trên biểu đồ Scree plot, với giá trị

riêng lớn hơn 1. Nhìn trên Hình 2 ta thấy 1 nhân tố duy nhất.
thang đo thái độ về RLTK của NCST chỉ gồm



Hình 2. Biểu đồ Scree plot và giá trị riêng của các nhân tố trong thang đo thái độ của NCST về RLTK ở trẻ

Phương pháp xoay nhân tố trực giao cho kết quả như Bảng 3 dưới đây:

Bảng 3. Hệ số tương quan của các câu hỏi, Cronbach's Alpha và khả năng giải thích độ biến thiên thái độ của mỗi nhân tố trong thang đo thái độ của NCST về RLTK ở trẻ

Nội dung		Hệ số tương quan	Cronbach's Alpha	Khả năng giải thích độ biến thiên thái độ
Thái độ về trẻ RLTK và can thiệp cho trẻ RLTK (6 câu)			0,76	52,8%
1	Tôi cho rằng trẻ tự kỷ đều bị thiếu năng trí tuệ	0,75		
2	Tôi cho rằng tự kỷ không thể cải thiện được	0,70		
3	Tôi cho rằng can thiệp cho trẻ tự kỷ hầu như không mang lại lợi ích gì cho trẻ	0,73		
4	Tôi cho rằng trẻ tự kỷ luôn gây rắc rối cho những trẻ chơi cùng	0,72		
5	Tôi cảm thấy trẻ tự kỷ thường có hành vi gây hại đến người xung quanh	0,74		
6	Nếu một gia đình có con tự kỷ chuyển đến sống cạnh nhà tôi, tôi sẽ cảm thấy không thoải mái khi cho con tôi chơi cùng.	0,72		

Thái độ của NCST về RLTK được thể hiện trên 2 khía cạnh: thái độ đối với trẻ RLTK và can thiệp cho trẻ RLTK. Thang đo này giúp giải thích được 52,8% độ biến thiên thái độ của NCST về RLTK ở trẻ em.

Độ tin cậy của thang đo thái độ của NCST về RLTK

Độ tin cậy của thang đo thái độ được đánh giá thông qua hệ số Cronbach's Alpha. Kết quả 3 cho thấy hệ số Cronbach's Alpha của thang đo thái độ của NCST về RLTK là 0,76.

BÀN LUẬN

Đây là thang đo kiến thức và thái độ của NCST về RLTK ở trẻ đầu tiên được xây dựng và chuẩn hóa ở Việt Nam, sử dụng phương pháp phân tích nhân tố khám phá để đánh giá tính giá trị về mặt cấu trúc và độ tin cậy của thang đo.

Thang đo kiến thức của NCST về RLTK do chúng tôi xây dựng giúp giải thích được 82,5% độ biến thiên kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ em; đạt ngưỡng tốt. Độ tin cậy của thang đo được đánh giá thông qua hệ số Cronbach's Alpha của từng nhân tố và của cả thang đo, và đều nằm trong khoảng 0,58 đến 0,79, ở ngưỡng chấp nhận được đến ngưỡng tốt. Như vậy, thang đo 13 câu hỏi này hoàn toàn đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy để có thể áp dụng đánh giá kiến thức của NCST về RLTK ở trẻ.

Bên cạnh đó, thang đo kiến thức của NCST về RLTK này có độ dài vừa phải, gồm 13 câu hỏi về các dấu hiệu nghi ngờ RLTK theo các mốc phát triển của trẻ ("dấu hiệu còi đở"), phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả cho trẻ RLTK và những sai lầm trong điều trị RLTK. Những câu hỏi này có nhiều điểm tương đồng với các bộ câu hỏi đã được sử dụng trên thế giới. Cụ thể, kiến

thức về dấu hiệu của RLTK cũng được đề cập trong nghiên cứu của Wang J. tại Trung Quốc (2012) (16), Mohamed (Malaysia) (17), hay Holt JM (Hoa Kỳ) (2013) (18). Câu hỏi về phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả cho trẻ RLTK cũng được Abeer M. Alharbi (Ả rập Xê-út) (2018) (19), Holt JM (18) và Mohamed (Malaysia) (6) sử dụng cho nghiên cứu của mình.

Đối với thang đo thái độ của NCST về RLTK gồm 6 tiểu mục, giải thích được 52,8% độ biến thiên thái độ của NCST về RLTK ở trẻ. Đây là một tỉ lệ chấp nhận được trong nghiên cứu. Trong thang đo thái độ này, hệ số Cronbach's Alpha là 0,76 ở ngưỡng tốt. Đây là bằng chứng khẳng định thang đo 6 câu hỏi này có thể áp dụng để đo lường thái độ của NCST về RLTK ở trẻ.

So với các thang đo về thái độ của NCST về RLTK khác, thang đo của chúng tôi có phần toàn diện hơn khi bao phủ được cả hai khía cạnh về thái độ về trẻ RLTK và thái độ đối với các can thiệp cho trẻ RLTK. Cụ thể, nghiên cứu của Mohamed (Malaysia, 2017) có 5 câu hỏi chỉ tập trung vào thái độ đối với trẻ có RLTK (6). Thang đo của Wang J., 2012 tại Trung Quốc (16) chỉ đề cập thái độ của cha mẹ khi con có dấu hiệu của RLTK, hay thang đo của Maria Isabel, Philippine năm 2015 (20) chỉ đo lường thái độ khi con bị RLTK. Một nghiên cứu khác của Abeer M. Alharbi, Ả rập Xê-út năm 2018 thì chỉ đề cập ở góc độ thái độ giúp đỡ/hỗ trợ trẻ RLTK (19).

Tuy nhiên, thang đo kiến thức và thái độ của NCST về RLTK trong nghiên cứu này cũng có điểm hạn chế khi chỉ tiến hành tại khu vực miền Bắc, đồng thời chưa đánh giá độ tin cậy về thử nghiệm lại (test-retest reliability). Vì vậy, để có thể áp dụng rộng rãi hơn thang đo này, nên cân nhắc yếu tố vùng miền và thực hiện các đánh giá sâu hơn.

KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy thang đo kiến thức của NCST về RLTK sau khi chuẩn hóa gồm 13 câu hỏi, với tỉ lệ giải thích sự biến thiên của thang đo là 82,5% ở ngưỡng rất tốt; Cronbach's alpha của 3 thành tố và cả thang đo kiến thức nằm trong khoảng từ 0,58-0,79, là ngưỡng chấp nhận được đến tốt. Thang đo thái độ sau chuẩn hóa gồm 6 câu hỏi, có tỉ lệ giải thích sự biến thiên của thang đo là 52,8%; hệ số Cronbach's alpha 0,76 đạt mức tốt trong nghiên cứu chuẩn hóa. Như vậy, các kết quả chuẩn hóa thang đo của chúng tôi đều nằm ở ngưỡng chấp nhận được cho tới tốt. Điều này khẳng định thang đo kiến thức và thái độ của NCST về RLTK do chúng tôi xây dựng đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy để áp dụng trên địa bàn nghiên cứu. Để có thể sử dụng thang đo này ở các địa bàn có bối cảnh văn hóa xã hội khác, cần lưu ý thận trọng, cũng như cân nhắc tiến hành các đánh giá sâu hơn trước khi áp dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Organization WH. Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD). 2013.
- Organization WH. Autism spectrum disorders & other developmental disorders from raising awareness to building capacity. 2013.
- Prevention CfDCA. Autism Spectrum Disorder. 2014.
- Leventhal BL Kim YS KY, Fombonne E, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample in South Korea. 2011.
- Qiang Hu Yumei Wan TL, Lijuan Jiang et al. Prevalence of autism spectrum disorders among children in China: a systematic review. 2013.
- al MDHe. Autism Spectrum disorders (ASD) in South Asia: a systematic review. 2017.
- ương BvCcT. Số liệu tổng hợp từ hồ sơ điều trị của Đơn vị Chăm cứu điều trị và Chăm sóc đặc biệt cho Tự kỷ, bại não. 2014.
- Brown M. Specialists speak out for autistic children: Look at Vietnam. 2009.
- Hoang VM LT, Chu TTQ, 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. Int J Ment Health Syst. 2019;13:29.
- Hà NTHGvTTT. Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ điều trị tại bệnh viện nhi Trung ương giai đoạn 2000 đến 2007. Y học thực hành. 2008;tr. 104-7.
- 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. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2016.
- Kien NTaP, Nguyen Hoang. Autism Knowledge in the Community in Hanoi, Vietnam in 2017: A Cross-Sectional Survey. International Journal of Science and Research. 2018;7(3):pp. 1442-5.
- Sâm ĐT. Khảo sát thái độ của cha mẹ đối với con có chứng tự kỷ. TP. Hồ Chí Minh.: Trường Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh; 2013.
- Ha VS, et al. Living with autism spectrum disorder in Hanoi, Vietnam. Soc Sci Med. 2014(120):pp. 278-85.
- Pett MA, Lackey, Nancy R and Sullivan. Making Sense of Factor Analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. SAGE Publications Ltd. 2003.
- Wang J, et al. Autism awareness and attitudes towards treatment in caregivers of children aged 3-6 years in Harbin, China. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;8(47): 1301-8.
- Mohamed Nur Adli K. TR, et al. The Knowledge and Attitude of Autism among Community in Mukim Dengkil, Sepang, Selangor. International Journal of Scientific and Research Publications. 2017;7:220-5.
- Holt JMaC, K. M. Utahns' understanding of autism spectrum disorder. Disabil Health J. 2013;6(1):52-62.
- Alharbi AM. Knowledge and Attitude of Families and Health Care Providers towards Autism. Open Access J Public Health. 2018;2(2):014.
- Quilendrin, O MI, al e. Parents' perceptions of autism and their health-seeking behaviors. Clinical Epidemiology and Global Health. 2015(3):10-5.

Validity and reliability of a scale to measure knowledge and attitudes toward child autism spectrum disorder among child caregivers: a study in northern Vietnam

Đinh Thu Hà¹, Hua Thanh Thuy¹, Le Thi Hai Ha², Nguyen Thai Quynh Chi¹, Vu Thi Hau¹, Nguyen Ngoc Binh³, Nguyen Thanh Huong¹

¹Hanoi University of Public Health

²Queensland University of Technology

³Institute of Population, Health and Development (PHAD)

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a range of developmental disabilities, that can cause significant social, communication and behavioral challenges. This study was conducted in 2017 in order to develop and validate a scale to measure knowledge and attitudes toward child autism spectrum disorder among child caregivers. We interviewed 193 child caregivers in 2 northern provinces of Vietnam, namely Hoa Binh and Thai Binh. Exploratory Factor Analysis (EFA) and Cronbach's alpha coefficient were used to determine validity and reliability of our scale. Findings indicated that our scale on knowledge, including 13 items distributed into 3 factors with relatively good correlation (0.58-0.79), could explain 82.5% of variability of knowledge. The scale on attitudes consisted of 6 questions, explained 52.8% of variability in attitudes and had a good Cronbach's alpha of 0.76. The results demonstrated that our scale has satisfactory validity and reliability, thus, could be used to measure knowledge and attitudes towards child ASD among child caregivers.

Keywords: *scale, autism spectrum disorder (ASD), validity, reliability, child caregivers, Vietnam*