

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

TRẦN DUY NINH

**ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIỌNG NÓI
CỦA NỮ GIÁO VIÊN TIỂU HỌC THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN
VÀ HIỆU QUẢ CỦA MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

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

Mã số: 62 72 73 15

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thái Nguyên - 2010

Công trình được hoàn thành tại Đại học Thái Nguyên

Trường đại học Y - Dược

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Đàm Khải Hoàn

PGS.TS. Trần Công Hòa

Phản biện 1: GS.TS. Ngô Ngọc Liên

Phản biện 2: PGS.TS. Phan Văn Tường

Phản biện 3: PGS.TS. Nguyễn Đức Trọng

**Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước
hợp tại trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên**

Vào hồi 8 giờ ngày 16 tháng 10 năm 2010.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Trung tâm học liệu Đại học Thái Nguyên
- Thư viện trường đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ

1. Trần Duy Ninh, Nguyễn Khắc Hùng, Nguyễn Lệ Thủy, Nguyễn Duy Dương (2008), “Thực trạng bệnh giọng thanh quản ở giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, 604+605(4), tr. 91 - 94.
2. Trần Duy Ninh, Nguyễn Khắc Hùng, Nguyễn Duy Dương (2008), “Nghiên cứu mối liên quan giữa kiến thức - thái độ và thực hành sử dụng giọng nói với rối loạn giọng ở giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, 614+615(8), tr. 36 - 39.
3. Trần Duy Ninh, Nguyễn Duy Dương, Nguyễn Khắc Hùng, Nguyễn Lệ Thủy (2008), “Đánh giá kết quả bước đầu của truyền thông giáo dục sức khoẻ và vệ sinh giọng nói ở giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên”. *Tạp chí Y học thực hành*, 599+600(3), tr. 35 - 38.
4. Trần Duy Ninh (2009), “Thực trạng về tiếng ồn trong trường học và cường độ tiếng nói của giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, (5), tr. 38 - 41.
5. Trần Duy Ninh, Đàm Khải Hoàn, Trần Công Hòa, Nguyễn Duy Dương (2010), “Đánh giá thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp”, *Tạp chí Tai mũi họng*, (2), tr. 26 - 32.

rõ rệt trong việc nâng cao trình độ kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh giọng nói cho giáo viên, hiệu quả can thiệp kiến thức - thái độ - thực hành đạt 72,16%. Mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe không đòi hỏi nhiều kinh phí, dễ áp dụng mà không yêu cầu đến sự hiện diện thường xuyên của các chuyên gia Y tế.

Tư vấn điều trị đã giúp giáo viên có hướng điều trị đúng, tiếp cận được với đội ngũ Y tế chuyên sâu và nâng cao hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khỏe.

Sau khi được đào tạo nâng cao năng lực quản lý và chăm sóc sức khỏe giọng nói đầy đủ, giáo viên hoàn toàn có khả năng tổ chức thực hiện và quản lý các hoạt động này tại cộng đồng.

Sự kết hợp các biện pháp trong can thiệp rối loạn giọng nói cho giáo viên đã đem lại những kết quả rõ rệt. Với phương pháp đánh giá cảm thụ hiệu quả can thiệp rối loạn giọng nói nói chung đạt 23,99% và đạt 81,60% với bệnh giọng thanh quản. Hiệu quả can thiệp rối loạn giọng nói cũng được ghi nhận qua phương pháp đánh giá khách quan (đạt 29,45%).

KIẾN NGHỊ

1. Mô hình huy động nguồn lực cộng đồng tham gia chăm sóc sức khỏe giọng nói là khả thi và đem lại những hiệu quả rõ rệt, không đòi hỏi nhiều kinh phí và dễ áp dụng. Mô hình này cần được tiếp tục triển khai nghiên cứu trên diện rộng và với thời gian dài hơn để đánh giá tính bền vững và hiệu quả kinh tế của nó.

2. Các trường tiểu học cần quan tâm hơn nữa đến công tác tổ chức, quản lý dạy học để giảm thiểu tiếng ồn và cần nghiên cứu biên chế phù hợp để giảm bớt thời lượng dạy cho giáo viên.

3. Cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa ngành Y tế và Giáo dục trong công tác truyền thông, khám và điều trị rối loạn giọng nói cho giáo viên vì tỷ lệ rối loạn giọng nói của giáo viên rất cao, trong khi chúng ta hoàn toàn có thể kiểm soát được.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giọng nói không chỉ đóng vai trò quan trọng trong giao tiếp mà còn được sử dụng như một công cụ lao động chính của hơn 30% lực lượng lao động xã hội (Addington D. W. 1968) và (Roz C. 1998). Tuy nhiên, giọng nói có thể bị tác động bởi nhiều yếu tố nguy cơ gây nên những rối loạn. Rối loạn giọng nói (RLGN) có thể chỉ biểu hiện một vài thay đổi trong chất giọng hay cảm giác khó chịu ở cơ quan phát âm trong khi nói, nhưng cũng có thể là những bệnh lý thực sự ở thanh quản (Bệnh giọng thanh quản - BGTQ). Một trong những nghề chịu tác động lớn của RLGN là giáo viên (GV), đối với họ RLGN gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến công việc và giao tiếp (Smith E. 1997). Trong nghiên cứu của Thibeault S. L. (2004) cho thấy hơn 3 triệu giáo viên tiểu học (GVTH) và trung học cơ sở (THCS) ở Mỹ dùng giọng như là phương tiện đầu tiên để truyền đạt, họ có nguy cơ cao bị RLGN, đặc biệt là GV nữ. Mỗi năm ở Mỹ đã thiệt hại một khoản tiền là 2,5 tỷ đô la chi phí cho điều trị và nghỉ việc do RLGN.

Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Ngô Ngọc Liễu (2006) có 14,42% - 28,43% GVTH mắc BGTQ và theo số liệu của Bộ Giáo dục và Đào tạo (GD-ĐT) năm 2007 toàn quốc có 1.012.468 GV các cấp trực tiếp giảng dạy, như vậy ước tính toàn quốc sẽ có khoảng từ 179.788 đến 354.465 GV mắc BGTQ. Cho đến nay, các đề tài nghiên cứu về RLGN của người Việt Nam còn rất hạn chế, chưa có đề tài nào tiến hành nghiên cứu đánh giá và can thiệp trên giọng nói của GV ở mức độ cộng đồng.

Đề tài được tiến hành với các mục tiêu:

1. *Đánh giá thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên từ năm 2006 - 2008.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học.*

3. *Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp nhằm cải thiện sức khỏe giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Đề tài luận án đã mô tả được thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố (TP) Thái Nguyên: tỷ lệ mắc rất cao (76,20% - 79,33%); trong đó có 26,44% - 29,09% giáo viên biểu hiện bệnh lý nặng nề ở thanh quản như: viêm dày dây thanh (10,82%), rối loạn giọng do căng cơ (8,17%), hạt xơ dây thanh (2,88%)...

2. Một số yếu tố chính liên quan đến rối loạn giọng nói ở nữ giáo viên tiểu học là: cường độ tiếng ồn trong môi trường dạy học lớn; giáo viên phải nói với cường độ cao; kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh giọng nói (Knowledge - Attitude - Practice - KAP) của giáo viên còn hạn chế (43,51% KAP ở mức yếu, không có KAP loại tốt).

3. Đề tài luận án đã huy động nguồn lực y tế và giáo dục tham gia các hoạt động can thiệp: truyền thông giáo dục sức khỏe giọng và vệ sinh giọng nói (TT-GDSK), tư vấn điều trị, nâng cao năng lực quản lý và chăm sóc sức khỏe giọng nói (CSSKGN). Sau can thiệp tỷ lệ giáo viên có KAP tốt đã tăng từ 0% lên 45,54%, hiệu quả can thiệp đạt 72,16%. Tỷ lệ mắc rối loạn giọng nói giảm từ 78,71% xuống 61,39%, hiệu quả can thiệp đạt 23,99%. Tỷ lệ bệnh lý thanh quản giảm từ 26,24% xuống 10,89%, hiệu quả can thiệp đạt 81,60% ($p < 0,001$).

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Phần chính của luận án dài 96 trang, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 02 trang; Chương 1. Tổng quan: 23 trang; Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 19 trang; Chương 3. Kết quả nghiên cứu: 29 trang; Chương 4. Bàn luận: 20 trang; Kết luận và kiến nghị: 02 trang; Danh mục các bài báo đã công bố: 01 trang; Danh mục 160 tài liệu tham khảo: 14 trang, trong đó có 40 tài liệu tiếng Việt, 120 tài liệu tiếng nước ngoài; Luận án có 33 bảng, 24 biểu đồ. Phụ lục gồm 12 phụ lục, dài 45 trang.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên

Tỷ lệ mắc rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên rất cao trong cả 2 mùa nghiên cứu (76,20% - 79,33%), trong đó có 45,67% - 46,88% giáo viên mắc trên 3 triệu chứng, 30,53% - 32,45% giáo viên mắc 1 - 3 triệu chứng, trung bình mỗi giáo viên mắc 4,03 - 4,20 triệu chứng khác nhau về rối loạn giọng nói. Trong số các giáo viên mắc rối loạn giọng nói có 26,44% - 29,09% giáo viên đã trở thành bệnh giọng thanh quản. Hầu hết các bệnh đã gặp thuộc loại rối loạn giọng nói cường năng (do nguyên nhân hành vi): viêm dày dây thanh (10,82%); rối loạn giọng do căng cơ (8,17%); hạt xơ dây thanh (2,88%)... Rối loạn giọng nói ít nhiều đã ảnh hưởng đến việc giao tiếp hàng ngày và việc dạy học của 62,26% giáo viên.

2. Yếu tố liên quan đến rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên

Giáo viên phải làm việc với áp lực cao (65,87% giáo viên đứng lớp cả ngày và 62,74% giáo viên dạy trung bình 6 - 7 tiết/ngày). Môi trường dạy học có cường độ tiếng ồn lớn (trong giờ học vượt tiêu chuẩn vệ sinh cho phép 9 - 10dB). Giáo viên phải nói với cường độ lớn (67,81 - 75,24dB) trong suốt buổi dạy học.

Hiểu biết của giáo viên về giọng nói còn nhiều hạn chế: 2,64% đạt loại tốt; 67,07% loại trung bình và 30,29% loại yếu. Thái độ của giáo viên trong bảo vệ sức khỏe giọng nói: đạt loại tốt 90,38% và trung bình 9,62%. Thực hành vệ sinh giọng nói: không có giáo viên đạt loại tốt, 92,55% giáo viên xếp loại yếu. Kiến thức - thái độ - thực hành có liên quan rõ rệt với rối loạn giọng nói $\{p < 0,001; OR = 2,49; CI_{95\%}(1,56 - 3,99)\}$.

3. Hiệu quả phối hợp các biện pháp can thiệp rối loạn giọng nói

Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe đã đem lại những kết quả

pháp can thiệp (TT-GDSK, tư vấn điều trị và nâng cao năng lực quản lý RLGK cho các GV nòng cốt), phải kể đến vai trò điều trị trực tiếp của các cơ sở y tế. Thực tế nghiên cứu tại Thái Nguyên cho thấy việc phối hợp các biện pháp can thiệp trên là tất yếu cần thiết đối với can thiệp RLGK tại cộng đồng. Việc phối hợp các giải pháp can thiệp sẽ gặp phải những khó khăn khi đánh giá một cách rạch ròi về hiệu quả của từng phương pháp. Tuy nhiên, hiệu quả của TT-GDSK đã thể hiện một cách nổi trội và thực tế không thể thiếu trong mọi phương pháp can thiệp RLGK. Tuy nhiên phải thừa nhận một thực tế cho đến nay là một số không nhỏ các thầy thuốc lâm sàng còn chưa quan tâm nhiều đến phương pháp này. Hiệu quả của TT-GDSK đem lại là vô cùng to lớn, tuy nhiên cũng cần phải có thời gian, vì vậy đi đôi với hoạt động này cần phải tư vấn điều trị cho bệnh nhân để giải quyết những vấn đề sức khỏe trước mắt. Mặt khác, để duy trì và phát huy những kết quả đã đạt được đòi hỏi có sự quản lý và giám sát thường xuyên, vì vậy công tác bồi dưỡng nâng cao năng lực quản lý và chăm sóc sức khỏe cho đội ngũ GV nòng cốt tại các cơ sở là hết sức cần thiết.

Về việc đánh giá hiệu quả can thiệp: khi so sánh việc áp dụng các phương pháp khác nhau trong đánh giá hiệu quả can thiệp RLGK cho thấy HQCT đạt 23,99% đối với đánh giá bằng cảm thụ và đạt 29,45% bằng đánh giá khách quan qua phân tích âm học. Kết quả trên cho thấy khoảng cách giữa các phương pháp đánh giá không xa và hoàn toàn có thể áp dụng phương pháp đánh giá cảm thụ đối với RLGK sẽ tiện lợi hơn trong nghiên cứu tại cộng đồng và phù hợp với điều kiện thực tế của nước ta hiện nay.

Sau 18 tháng can thiệp, hiệu quả can thiệp đối với KAP đạt 72,16%, trong khi hiệu quả can thiệp đối với RLGK qua đánh giá cảm thụ đạt 23,99%, điều đó chứng tỏ việc can thiệp RLGK cần có thời gian dài, liên tục, với sự giám sát chặt chẽ và cũng rất cần sự cải thiện về cơ sở vật chất để thay đổi hoàn toàn hành vi lạm dụng giọng của GV.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Khái niệm về rối loạn giọng nói (Voice disorder)

Hegde M. N. (1996) đã đưa ra định nghĩa về RLGK: các rối loạn trong giao tiếp liên quan đến sự tổn thương, khiếm khuyết ở thanh quản hay hoạt động tạo thanh không bình thường, không phù hợp, liên quan đến cao độ (pitch), cường độ (intensity) hay chất thanh (voice quality). Rối loạn giọng nói có thể ở những mức độ khác nhau từ hồng giọng (dysphonia - giọng nói có những biểu hiện bệnh lý nói chung), đến mất giọng (aphonia - giọng mất hoàn toàn do dây thanh không rung động trong quá trình tạo thanh).

1.2. Dịch tễ học rối loạn giọng nói

1.2.1. Nghiên cứu về rối loạn giọng nói trên thế giới

Nghiên cứu về tính phổ biến của RLGK trong cộng đồng tại Iowa và Utah, Roy N. (2004) đã cho thấy 29,9% số người được hỏi có tiền sử RLGK, trong đó 6,6% số người đang bị RLGK. Mathieson L. (2001) nghiên cứu tại London thấy rằng tỷ lệ mắc mới RLGK trong cộng đồng là 121/100.000 người dân/năm. Theo Ingo R. (1997) và Smith E. (1998) GV là đối tượng có tỷ lệ mắc RLGK lớn nhất trong cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của Munier C. và Kinsella R. (1998) cho thấy 27% GV mắc RLGK liên tục và 53% GV mắc RLGK từng đợt. Theo kết quả nghiên cứu của Julian P. L. (2008) trên GV Tây Ban Nha tỷ lệ mắc mới RLGK là 3,87/năm/1000 GV. Ramig L. O. (1998) nhận xét RLGK do hành vi đứng hàng đầu trong các RLGK và thường gặp ở những người phải sử dụng giọng nói chuyên nghiệp. Theo các tác giả: Roy N. (2004); Julian P. L. (2008) và Alison R. (1998) tỷ lệ mắc RLGK ở nữ giới cao hơn gấp 2 - 3 lần so với nam giới.

1.2.2. Nghiên cứu rối loạn giọng nói trên nữ giáo viên tiểu học Việt Nam

Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (2000) trên GVTH huyện Đông Anh - TP Hà Nội, tỷ lệ GV mắc RLGK là 29,9%, trong

đó RLGN do tổn thương thực thể là 20,3% và RLGN chức năng là 9,6%. Ngô Ngọc Liên (2006) đã nghiên cứu về RLGN trên 1033 nữ GVTH đại diện cho các vùng, miền trên toàn quốc, kết quả cho thấy tỷ lệ GV có tổn thương thực thể ở thanh quản là 20,81%, tuy nhiên các RLGN chức năng chưa được đề cập đến trong nghiên cứu này.

1.3. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ rối loạn giọng nói

Nghiên cứu về cấu trúc giải phẫu của thanh quản, các tác giả: Woodson G. E. (2000); Koichi O. (1998); Schneider B. (2003) và Anne E. (2006) nhận xét khe hở thanh môn bất thường trong cấu trúc của thanh quản có thể là yếu tố khởi đầu của RLGN và cũng có thể là diễn biến của RLGN.

Nghiên cứu về cách hít thở và phát âm của người RLGN, Lowell S. Y. (2008) đã nhận thấy có sự khác nhau trong chiến lược hít thở và chiến lược phát âm giữa những người có RLGN và những người không có RLGN.

Liên quan giữa độ tuổi với RLGN đã được Leslie T. (1999) và Malmgren L. T. (2000) đề cập tới sự tái tạo ở các sợi cơ tham gia phát âm. Theo các tác giả này những người cao tuổi khả năng tái tạo cơ giáp - nhẫn kém hơn so với những người trẻ tuổi.

Nghiên cứu về sự liên quan giữa giới tính với RLGN, Mathieson L. (2001) cho rằng do lớp lamina propria của dây thanh nam giới dày hơn đáng kể so với lamina propria ở nữ giới và có thể một lượng lớn hơn của acide hyaluronic trong cấu trúc dây thanh ở nam giới đã giúp cho dây thanh của họ đỡ bị tổn thương hơn so với nữ giới.

Yếu tố tâm lý và tính cách có liên quan tới RLGN, điều đó được nêu ra bởi Morrison M. (1999) và Lauriello M. (2003), theo họ sự quá khích trong việc biểu lộ tình cảm có thể là nguyên nhân của RLGN.

Yếu tố môi trường làm việc và RLGN của GV đã được các nhà khoa học đề cập trên những khía cạnh khác nhau: Nelson R. (2004) cho rằng GV phải làm việc trong môi trường quá ồn; Williams N. R. (2002)

cùng địa bàn thành phố, khoảng cách giữa các trường tiểu học không xa, sự giao lưu thường xuyên của GV và một phần do có sự chuyển đổi GV giữa các trường không cùng nhóm nghiên cứu (Bảng 3.22 luận án). Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức đạt 62,02%, điều đó thể hiện tính nhạy cảm khi tác động vào vấn đề này (Bảng 3.2).

So sánh về thái độ và thực hành vệ sinh giọng nói giữa hai thời điểm trước và sau can thiệp, trong nhóm đối chứng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), ngược lại có sự cải thiện rõ rệt trong nhóm can thiệp ($p < 0,001$). Điều đó không chỉ thể hiện rõ nét hiệu quả của hoạt động TT-GDSK mà qua đó còn chứng tỏ rằng để thay đổi được thái độ và hành vi sử dụng giọng nói đòi hỏi một giải pháp can thiệp thực thụ và hữu hiệu (Bảng 3.23 và 3.24).

Các kết quả nghiên cứu trên cũng phù hợp với các kết luận của Roger W. K. C. (1994) và Silverio K. C. (2008) khi đánh giá về hiệu quả của phương pháp TT-GDSK.

4.3.3. Hiệu quả phối hợp các biện pháp can thiệp

Hiệu quả của mô hình phối hợp các biện pháp can thiệp được thể hiện rõ rệt qua đánh giá cảm thụ của GV và các cộng tác viên. Sau can thiệp tỷ lệ mắc_RLGN của GV trong nhóm can thiệp đã giảm với mức có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng phương pháp cảm thụ đạt 23,99% đối với RLGN nói chung và đạt 81,60% đối với BGTQ (Các bảng 3.3 và 3.4).

Hiệu quả can thiệp còn được thể hiện rõ rệt với phương pháp đánh giá khách quan, khi so sánh kết quả phân tích các thông số âm học của các đối tượng RLGN giữa hai nhóm nghiên cứu. Sau can thiệp chất lượng giọng nói của GV trong nhóm can thiệp được cải thiện một cách rõ rệt so với GV trong nhóm đối chứng. Hiệu quả can thiệp RLGN qua phân tích âm học đạt 29,45% (Bảng 3.5).

Có được những hiệu quả như trên, ngoài sự phối hợp các phương

có lẽ nên được xem xét trên quan điểm mùa dạy và kỳ nghỉ sẽ hợp lý hơn trong việc tìm nguyên nhân và đòi hỏi những nghiên cứu tiếp theo để xác định khía cạnh này.

4.3. Hiệu quả can thiệp

4.3.1. Công tác tổ chức và triển khai mô hình can thiệp

Sự kết hợp chặt chẽ các nguồn lực của ngành Y tế và Giáo dục, đã đáp ứng được nhu cầu cán bộ đảm trách công việc, mặt khác quan trọng hơn là đã thu hút được trách nhiệm của cộng đồng tham gia và duy trì hoạt động này. Công tác TT-GDSK được lồng ghép trong các hoạt động chuyên môn, không ảnh hưởng đến kế hoạch giảng dạy của nhà trường và tạo điều kiện thuận lợi nhất để GV có cơ hội tham gia đầy đủ. Mô hình TT-GDSK không đòi hỏi nhiều kinh phí, dễ áp dụng và không nhất thiết cần đến sự hiện diện thường xuyên của các chuyên gia Y tế.

Tư vấn điều trị cho các GV RLGN là cần thiết, điều đó giúp GV giải quyết được những vấn đề trước mắt và nâng cao hiệu quả của công tác TT-GDSK.

Kết quả triển khai công tác đào tạo nâng cao năng lực quản lý và CSSKGN tại Thái Nguyên cho thấy GV hoàn toàn có khả năng tổ chức thực hiện, triển khai và quản lý các hoạt động CSSKGN tại cộng đồng khi họ đã được đào tạo một cách đầy đủ.

4.3.2. Kết quả can thiệp KAP

So sánh kiến thức về giọng nói trước và sau can thiệp trong nhóm can thiệp có sự khác biệt rất rõ rệt ($p < 0,001$). Sau 18 tháng theo dõi, trong nhóm đối chứng cũng thấy sự thay đổi về kiến thức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), Điều đó có thể giải thích bằng sự tiến bộ của nền kinh tế - văn hóa xã hội, đặc biệt sự phát triển nhanh chóng của các phương tiện thông tin đại chúng. Thực tế trong thời gian can thiệp, đề tài nghiên cứu đã có 1 bài truyền thông về sức khỏe và vệ sinh giọng nói, đã phát sóng 3 buổi trên Đài truyền hình của địa phương. Ngoài ra trong

lại nêu lên yếu tố nguy cơ RLGN ở những GV tiếp xúc với hoá chất; Elaine S. (1997) cho rằng GV bị phơi nhiễm đối với những trẻ em có nhiễm trùng đường hô hấp trên...

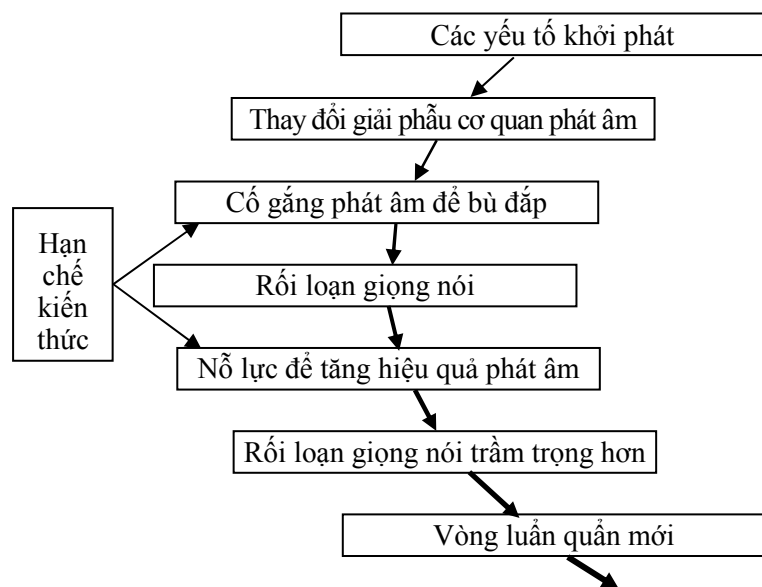
Thói quen trong sinh hoạt liên quan tới RLGN đã được Julian P. L. (2008) tổng kết, theo tác giả những GV có thói quen hút thuốc, uống cà phê hoặc nước trà có nguy cơ RLGN nhiều hơn những người không sử dụng và việc sử dụng thường xuyên các loại này đã gây khô thanh quản và có thể là yếu tố khởi đầu của RLGN.

Những GV mắc hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản có tỷ lệ mắc RLGN cao hơn những đồng nghiệp không mắc hội chứng này, kết luận trên được đưa ra bởi James A. (2000). Trào ngược dạ dày - thực quản gây kích thích thanh quản cũng là yếu tố gây lạm dụng giọng.

Đặc thù nghề nghiệp của GV đã được sự quan tâm của nhiều tác giả: theo Pasa G. (2007) và Munier C. (2008) GV chịu những áp lực công việc, họ không có thời gian để nghỉ ngơi; Morrison M. D. (1983) nhận thấy GV thường phải nói to, nói kéo dài; James A. K. (1989) và Gelfer M. P. (1991) cho rằng RLGN là hậu quả của việc sử dụng giọng nói quá mức, gây căng các dây thanh và căng các cơ ngoài thanh quản.

Nguyên nhân chính gây RLGN được nhiều tác giả gọi chung với danh từ (vocal abuse - lạm dụng giọng), do hiểu biết về giọng nói của GV hạn chế, dẫn tới việc thực hành vệ sinh giọng nói chưa tốt. Cơ chế bệnh sinh của RLGN được thiết lập theo mô hình của vòng xoắn bệnh lý luân quần. Do đặc thù nghề nghiệp, đòi hỏi GV phải sử dụng giọng nói với cường độ lớn, trong môi trường ồn ào, ô nhiễm. Tình trạng này kéo dài làm cho giọng nói bị mệt và yếu. Dần dần người bệnh mất khả năng phối hợp sự điều hòa hệ thống giữa cơ và thần kinh chỉ huy phát âm, làm cho phát âm sai lệch đi, đồng thời người bệnh có xu hướng tâm lý bù đắp lại sự yếu kém xảy ra bằng cách gia tăng sự cố gắng nói để vượt trở ngại, như vậy lại càng làm gia tăng thêm tình trạng hỏng giọng. Qua một thời gian,

những rối loạn chức năng này sẽ trở thành một thói quen, một phản xạ có điều kiện và cứ thế sẽ lặp lại một cách tự động (Sơ đồ 1.1).



Sơ đồ 1.1. Vòng luẩn quẩn của rối loạn giọng nói

1.4. Các biểu hiện của rối loạn giọng nói

Rối loạn giọng nói biểu hiện trên phương diện âm học: rối loạn về độ cao; rối loạn về cường độ và rối loạn về sự tạo thanh. Trên phương diện cảm thụ về âm học, giọng nói có thể bị khàn, rè, đục, mờ đi, thều thào, tắc, mất tiếng... Ngoài ra người bệnh còn có những cảm giác đau họng, ngứa cổ, bỏng rát họng, khô họng, khó nuốt, mỏi và khó chịu cơ - xương vùng trước thanh quản...

1.5. Phân loại rối loạn giọng nói

Hiện nay chưa có sự thống nhất trong phân loại RLG, tuy nhiên phương pháp phân loại của Mathieson L. (2001) (phân chia RLG theo 2 nhóm nguyên nhân: hành vi và thực thể) được nhiều nhà khoa học áp dụng vì logic hơn và giúp cho việc quản lý, cũng như việc điều trị tốt hơn.

kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (2000) trên GVTH Đông Anh - Hà Nội và Ngô Ngọc Liễu (2006) trên GVTH đại diện cho các vùng, miền trong toàn quốc cũng đưa ra những kết luận tương tự. Điều đó chứng tỏ rằng việc can thiệp nhằm thay đổi hành vi phát âm cho GVTH để bảo vệ sức khỏe giọng nói là hết sức cần thiết và là giải pháp cơ bản trong điều trị RLG của GV.

4.2. Yếu tố liên quan đến rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên

Trong môi trường dạy học có cường độ tiếng ồn lớn, GV phải sử dụng giọng nói với cường độ lớn (Mục 3.2.2), là yếu tố cần được đề cập đến. Lẽ ra trong điều kiện làm việc như vậy, GV cần có những biện pháp để phát huy hiệu quả của giọng nói cũng như cần tận dụng tối đa thời gian để nghỉ giọng khi có thể. Nhưng do sự hiểu biết giọng nói của GV còn rất nhiều hạn chế, mặc dù thái độ đối với giọng nói của họ là khá tốt nhưng họ đã gặp phải nhiều sai lầm trong việc sử dụng giọng, điều trị và đề phòng RLG (Mục 3.2.1). Tỷ lệ mắc BGTQ có liên quan rõ rệt với trình độ kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh giọng nói của GV ($p < 0,001$) (Bảng 3.1).

Áp lực công việc cũng là yếu tố tác động tới sức khỏe giọng nói của GV, kết quả trình bày tại mục 3.2.2 cho thấy: những GV có số tiết dạy cao; dạy lâu năm tỷ lệ mắc BGTQ cao hơn so với các đồng nghiệp khác. Những GV trong nhiều năm chuyên dạy các lớp đầu cấp hoặc cuối cấp (lớp 1 hoặc lớp 5) có tỷ lệ RLG cao hơn các đồng nghiệp dạy các đối tượng khác. Phải chăng những GV này đã phải sử dụng giọng nói nhiều hơn, với hiệu suất lớn hơn hay còn do lý do nào khác? Đó là vấn đề cần được xem xét sâu hơn.

Tỷ lệ RLG trong 2 mùa nghiên cứu không có sự khác biệt $p > 0,05$ (Mục 3.2.2), điều đó có thể nói rằng yếu tố thời tiết không phải là vấn đề quyết định RLG của GV. Yếu tố “mùa” đối với RLG của GV

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên

Kết quả nghiên cứu dịch tễ học RLGN trên 416 GVTH vào mùa hè và mùa đông năm 2006 cho thấy: 76,20% - 79,33% GV mắc RLGN và trung bình mỗi GV mắc 4,03 - 4,20 triệu chứng RLGN. Có 45,67% - 46,88% GV mắc trên 3 triệu chứng RLGN. Trong các GV mắc RLGN có 26,44% - 29,09% đã chuyển thành BGTQ (Mục 3.1.2). Những số liệu trên chứng tỏ rằng tỷ lệ mắc, số triệu chứng và tần suất mắc RLGN của GVTH TP Thái Nguyên rất cao.

So sánh với các kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (2000) và Ngô Ngọc Liễu (2006), GVTH TP Thái Nguyên có tỷ lệ mắc BGTQ tương đương với GVTH ở Đông Anh - Hà Nội; Đại Từ - Thái Nguyên và Bình Tân - TP Hồ Chí Minh ($p > 0,05$), tuy nhiên có cao hơn so với GVTH tại TP Hà Nội ($p < 0,05$), Vũ Thư - Thái Bình ($p < 0,05$) và Phú Vang - Huế ($p < 0,01$).

Gotaas C. và Star C. D. (1993) nghiên cứu trên 250 GV cho thấy có khoảng 80% có các biểu hiện khác nhau về giọng nói.

Trong một nghiên cứu của Ilomaki L. (2008) trên 78 nữ GVTH cho thấy 30% có 2 hoặc nhiều hơn các triệu chứng RLGN xảy ra hàng tuần đối với họ.

Kết quả nghiên cứu của Sliwinska K. M. (2006) trên 425 nữ GVTH và THCS Ba Lan có 69% mắc RLGN liên tục, trong đó thiên hướng phát triển thành những bệnh lý về giọng nói là 32,7%.

Các số liệu trên cho thấy RLGN rất thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, đó là vấn đề rất đáng được quan tâm.

Kết quả phân tích về cơ cấu BGTQ, hầu hết các bệnh đã gặp ở GVTH TP Thái Nguyên đều thuộc nhóm nguyên nhân hành vi: rối loạn giọng do căng cơ, viêm dày dây thanh, hạt xơ dây thanh. Trong

1.6. Phát hiện và đánh giá rối loạn giọng nói

1.6.1. Đánh giá bằng phương pháp cảm thụ (chủ quan)

Người bệnh có thể tự đánh giá về chất lượng giọng nói của họ, nhưng RLGN sẽ được đánh giá đầy đủ hơn bởi các nhà chuyên môn khi phỏng vấn và thăm khám lâm sàng.

1.6.2. Đánh giá bằng phương pháp khách quan

Có nhiều phương pháp được sử dụng trong đánh giá về giọng nói như: phân tích âm học; đo khí áp hạ thanh môn; điện cơ đồ; đo dung lượng không khí ở phổi và đo hoạt nghiệm của dây thanh.

1.7. Điều trị rối loạn giọng nói ở giáo viên

1.7.1. Điều trị rối loạn giọng nói theo phương pháp y học truyền thống

Là phương pháp thường được các thầy thuốc lâm sàng áp dụng như một thói quen duy nhất: điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật.

1.7.2. Các phương pháp nhằm điều chỉnh hành vi phát âm

Trên quan điểm của các nhà thanh học và ngôn ngữ học... vấn đề cơ bản trong điều trị RLGN là làm thay đổi hành vi phát âm theo chiều hướng tích cực. Một số biện pháp điều trị RLGN gián tiếp như TT-GDSK (vocal hygiene education), chiến lược nghỉ giọng, chiến lược tư vấn tâm lý... đã được các tác giả: James A. K. (1989); Carding P. N. (1999); Timmermans B. (2005) và Silverio K. C. (2008) nghiên cứu áp dụng. Các nhà khoa học cũng áp dụng nhiều kỹ thuật khác nhau nhằm tác động trực tiếp đến hành vi phát âm: những bài tập giọng của Bernadette T. (2005); Ana P. M. (2003); Eric A. M. (1999); Patricia G. M. (2006), kỹ thuật khởi phát âm của Milbrath R. L. (2003) và phương pháp nhấn trọng âm của Kotby M. N. (1993). Nhìn chung có rất nhiều phương pháp điều trị RLGN được áp dụng, tuy nhiên những nghiên cứu so sánh phương pháp nào hiệu quả hơn còn chưa được đề cập tới nhiều. Dẫn sao, TT-GDSK là không thể thiếu trong mọi kỹ thuật điều trị RLGN.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích (định lượng và định tính) và nghiên cứu dịch tễ học can thiệp.

2.2. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

* *Đối tượng đích:*

Toàn bộ 416 nữ GVTH đủ tiêu chuẩn nghiên cứu của 20 trường, được bốc thăm ngẫu nhiên (theo đơn vị trường) từ danh sách 33 trường tiểu học thuộc phòng GD-ĐT TP Thái Nguyên. Đối tượng được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm nghiên cứu: 10 trường thuộc nhóm can thiệp có 206 GV và 10 trường thuộc nhóm đối chứng với 210 GV. Số đối tượng trên đảm bảo cỡ mẫu được tính theo công thức:

* *Nghiên cứu mô tả:*

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

* *Nghiên cứu can thiệp:*

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

Đề tài lựa chọn những GV tình nguyện tham gia nghiên cứu, đã dạy học được tối thiểu 1 năm, dạy ít nhất 4 ngày/tuần. Không đưa vào mẫu nghiên cứu những GV đang mắc bệnh nội khoa mạn tính cần điều trị hoặc có RLGN nhưng không liên quan đến sử dụng giọng. Đối tượng trong hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về độ tuổi, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn và thời lượng dạy học...

* *Đối tượng nghiên cứu phụ trợ:*

- Cường độ tiếng ồn trong toàn bộ 20 trường học, 30 lớp học và cường độ giọng nói của 30 GV khi giảng bài (các lớp học và GV được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên).

Bảng 3.4. (Bảng 3.29 luận án) Hiệu quả can thiệp bệnh giọng thanh quản của giáo viên qua đánh giá cảm thụ

Đối tượng	Thời điểm	BGTQ	SL	Tỷ lệ (%)	p(χ^2 test)
Can thiệp (n=202)	Trước can thiệp	Có bệnh	53	26,24 ⁽¹⁾	p ^(1,3) >0,05
		Không bệnh	149	73,76	
	Sau can thiệp	Có bệnh	22	10,89 ⁽²⁾	p ^(2,4) <0,001
		Không bệnh	180	89,11	
Đối chứng (n=206)	Điều tra lần đầu	Có bệnh	52	25,24 ⁽³⁾	p ^(1,2) <0,001
		Không bệnh	154	74,76	
	Điều tra lần cuối	Có bệnh	64	31,07 ⁽⁴⁾	p ^(3,4) >0,05
		Không bệnh	142	68,93	
HQCT (BGTQ)			81,60%		

Trước can thiệp, tỷ lệ mắc BGTQ giữa hai nhóm không có sự khác biệt (p^(1,3)>0,05), nhưng ở thời điểm sau can thiệp sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê (p^(2,4)<0,001). Hiệu quả can thiệp đối với BGTQ đạt 81,60%.

Bảng 3.5. (Bảng 3.33 luận án) Đánh giá hiệu quả can thiệp rối loạn giọng nói qua kết quả phân tích âm học

Đối tượng	Thời điểm	SL	Tỷ lệ (%)	HQCT (%)
Can thiệp (n=46)	Trước can thiệp	35	76,09	29,45
	Sau can thiệp	22	47,83	
Đối chứng (n=32)	Điều tra lần đầu	26	81,25	
	Điều tra lần cuối	24	75,00	

Căn cứ vào tỷ lệ mắc RLGN trước và sau can thiệp qua kết quả phân tích giọng nói, Hiệu quả can thiệp đối với RLGN đạt mức 29,45%.

và sau can thiệp, trong nhóm đối chứng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), ngược lại có sự cải thiện rõ nét trong nhóm can thiệp ($p < 0,001$) (Bảng 3.24 luận án). So sánh tổng quát KAP giữa hai nhóm ở thời điểm trước can thiệp không có sự khác biệt ($p^{(1,3)} > 0,05$), nhưng sau can thiệp sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê ($p^{(2,4)} < 0,001$). Hiệu quả can thiệp đối với KAP đạt 72,16%.

3.3.3. Hiệu quả can thiệp đối với rối loạn giọng nói

Bảng 3.3. (Bảng 3.26 luận án) Hiệu quả can thiệp rối loạn giọng nói của giáo viên qua đánh giá cảm thụ

Đối tượng	Thời điểm	RLGN	SL	Tỷ lệ (%)	p(χ^2 test)
Can thiệp (n=202)	Trước can thiệp	Có RLGN	159	78,71 ⁽¹⁾	$p^{(1,3)} > 0,05$
		Không RLGN	43	21,29	
	Sau can thiệp	Có RLGN	124	61,39 ⁽²⁾	$p^{(2,4)} < 0,01$
		Không RLGN	78	38,61	
Đối chứng (n=206)	Điều tra lần đầu	Có RLGN	150	72,82 ⁽³⁾	$p^{(1,2)} < 0,001$
		Không RLGN	56	27,18	
	Điều tra lần cuối	Có RLGN	153	74,27 ⁽⁴⁾	$p^{(3,4)} > 0,05$
		Không RLGN	53	25,73	
HQCT (RLGN)			23,99%		

Tỷ lệ mắc RLGN giữa hai nhóm nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp không có sự khác biệt ($p^{(1,3)} > 0,05$), sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p^{(2,4)} < 0,01$). Sau can thiệp tỷ lệ mắc RLGN ở nhóm can thiệp đã giảm đi rõ rệt so với trước can thiệp ($p^{(1,2)} < 0,001$). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê trong nhóm đối chứng khi so sánh giữa thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc theo dõi ($p^{(3,4)} > 0,05$). Hiệu quả can thiệp đối với RLGN đạt 23,99%.

- Các thông số về giọng nói của các đối tượng mắc RLGN và của 45 người làm nghề khác ở cùng khu vực, có cùng độ tuổi và không mắc RLGN, (trong đề tài này những thông số của giọng nói ở người bình thường được xem là chuẩn để đánh giá mức độ ổn định trong rung động của dây thanh).

- Các cộng tác viên tham gia nghiên cứu (nghiên cứu định tính).

* Thời gian nghiên cứu:

Đề tài tiến hành trong 24 tháng (5/2006 - 5/2008), 6 tháng đầu điều tra dịch tễ học RLGN và 18 tháng tiếp theo thực hiện các hoạt động can thiệp RLGN.

* Địa điểm nghiên cứu:

Đề tài nghiên cứu tại 20 trường tiểu học thuộc phòng GD-ĐT TP Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đề tài huy động 2 nguồn lực (Y tế và Giáo dục) tham gia các hoạt động nghiên cứu bao gồm: 7 giảng viên, bác sỹ chuyên khoa Tai mũi họng, 15 học viên sau đại học và sinh viên Y khoa, 2 cán bộ phòng GD-ĐT, 10 GV kiêm hiệu trưởng và 10 GV kiêm tổng phụ trách của các trường can thiệp. Trong đó, các giảng viên và các bác sỹ có nhiệm vụ tập huấn cho lực lượng nòng cốt triển khai can thiệp và thu thập thông tin. Các cán bộ ngành giáo dục tham gia chỉ đạo, tập trung nguồn lực, tổ chức, điều hành và giám sát các hoạt động trong quá trình thực hiện. Đề tài đã lấy lực lượng GV kiêm tổng phụ trách, các học viên sau đại học và sinh viên Y khoa tình nguyện làm lực lượng nòng cốt trong triển khai TT-GDSK.

2.3.1. Trong nghiên cứu mô tả

Điều tra dịch tễ học RLGN và các yếu tố liên quan.

2.3.2. Trong nghiên cứu can thiệp

* Đối với nhóm can thiệp:

Đề tài luận án áp dụng một số biện pháp điều trị RLGN gián

tiếp: TT-GDSK, tư vấn điều trị và bồi dưỡng nâng cao năng lực cho GV nòng cốt trong công tác quản lý và CSSKGN. Phương pháp này tiếp cận tới toàn bộ đội ngũ GV, kể cả chưa xuất hiện RLGK và có RLGK, với các mục tiêu mong đợi như sau: những GV hiện chưa mắc RLGK sẽ không xuất hiện các biểu hiện RLGK. Những đối tượng mắc RLGK nhưng chưa có tổn thương thực thể ở thanh quản: giúp giọng nói của họ trở lại bình thường để họ có thể sử dụng giọng nói trong giao tiếp xã hội và công việc. Những đối tượng mắc RLGK đã có tổn thương thực thể ở thanh quản: cải thiện chất lượng giọng nói của họ ở mức có thể chấp nhận được. Như vậy, các đối tượng sẽ được áp dụng các biện pháp can thiệp với mức độ khác nhau, tùy theo tình trạng giọng nói của họ: toàn bộ GV đều được TT-GDSK, ngoài ra những đối tượng mắc RLGK còn được tư vấn điều trị cho phù hợp. Trong hoạt động TT-GDSK: 6 tháng đầu, tổ chức TT-GDSK trực tiếp cho GV tại từng trường, định kỳ 1 buổi/tháng. Trong 12 tháng tiếp theo, tổ chức các buổi hội thảo với các chủ đề liên quan tới sức khỏe giọng nói và vệ sinh giọng nói, định kỳ mỗi trường 2 tháng/lần.

** Đối với nhóm đối chứng:*

Những đối tượng thuộc nhóm đối chứng được theo dõi trong thời gian nghiên cứu, các GV được phát hiện mắc RLGK đều được tư vấn điều trị tại các cơ sở Y tế phù hợp.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

** Nhóm các chỉ số về đặc điểm chung của đối tượng trong nhóm nghiên cứu định lượng:* tuổi đời; tuổi nghề; thời gian đứng lớp...

** Nhóm các chỉ số mô tả thực trạng rối loạn giọng nói:* tỷ lệ mắc RLGK; tần suất mắc RLGK; tỷ lệ mắc và cơ cấu BGTQ; kết quả thảo luận nhóm 22 cán bộ ngành Giáo dục về thực trạng RLGK...

** Nhóm các chỉ số về các yếu tố liên quan:* KAP vệ sinh giọng nói của GV; cường độ tiếng ồn trong môi trường dạy học; cường độ giọng nói của GV khi giảng bài; các chỉ số thuộc yếu tố đứng lớp; kết quả thảo luận

tham dự (Bảng 3.21 luận án). Ngoài ra đề tài còn thực hiện một bài truyền thông về sức khỏe và vệ sinh giọng nói và đã được phát sóng 3 lần trên đài truyền hình của địa phương.

3.3.2. Sự thay đổi trong kiến thức - thái độ - thực hành vệ sinh giọng nói của giáo viên

Đối với kiến thức: so sánh trước và sau can thiệp trong nhóm can thiệp có sự khác biệt rất rõ rệt ($p < 0,001$). Sau 18 tháng theo dõi, các đối tượng thuộc nhóm đối chứng cũng thấy có sự thay đổi về kiến thức với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), đây là vấn đề cần được bàn luận (Bảng 3.22 luận án).

Bảng 3.2. (Bảng 3.25 luận án) Kiến thức - thái độ - thực hành vệ sinh giọng nói của giáo viên ở thời điểm trước và sau can thiệp

Đối tượng	Thời điểm	KAP	SL	Tỷ lệ (%)	$p(\chi^2 \text{ test})$	
Can thiệp (n=202)	Trước can thiệp	Tốt	0	0,00	$p^{(1,3)} > 0,05$	
		Trung bình	124	61,39		
		Yếu	78	38,61 ⁽¹⁾		
	Sau can thiệp	Tốt	92	45,54		$p^{(1,2)} < 0,001$
		Trung bình	105	51,98		
		Yếu	5	2,48 ⁽²⁾		
Đối chứng (n=206)	Điều tra lần đầu	Tốt	0	0,00	$p^{(2,4)} < 0,001$	
		Trung bình	108	52,43		
		Yếu	98	47,57 ⁽³⁾		
	Điều tra lần cuối	Tốt	0	0,00		$p^{(3,4)} < 0,05$
		Trung bình	129	62,62		
		Yếu	77	37,38 ⁽⁴⁾		
HQCT (Yếu)			72,16%			

So sánh về thái độ ở thời điểm trước và sau can thiệp có sự cải thiện đáng kể trong nhóm can thiệp ($p < 0,001$), trong khi nhóm đối chứng sự thay đổi này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3.23 luận án). So sánh thực hành vệ sinh giọng nói giữa hai thời điểm trước

Bảng 3.1. (Bảng 3.9 luận án) Liên quan giữa kiến thức - thái độ và thực hành của giáo viên với bệnh giọng thanh quản

Mức đạt KAP	Có bệnh		Không bệnh		p (χ^2 test)
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
Yếu (SL=181)	66	36,46	115	63,54	P<0,001
Trung bình (SL=235)	44	18,72	191	81,28	

Những GV được xếp loại KAP vệ sinh giọng nói ở mức yếu có tỷ lệ mắc cao hơn rõ rệt so với những đối tượng KAP đạt mức trung bình { $P<0,001$; $OR=2,49$; $CI_{95\%}$ (1,56 - 3,99)}.

3.2.2. Yếu tố nghề nghiệp và các yếu tố khác

Giáo viên đã dạy học >15 năm có tỷ lệ mắc BGTQ cao hơn so với những đồng nghiệp công tác từ 1 - 15 năm ($p<0,05$). Những GV dạy học trung bình 6 - 7 tiết/ngày có tỷ lệ mắc BGTQ cao hơn so với những GV dạy học 4 tiết/ngày ($p<0,05$). Những GV trong nhiều năm (ít nhất là 3 năm) chỉ chuyên dạy một khối lớp 1 hoặc lớp 5 có tỷ lệ mắc BGTQ cao hơn so với các đồng nghiệp dạy thay đổi giữa các khối lớp sau mỗi năm học ($p<0,05$) (Các bảng 3.13 - 3.15 luận án). Cường độ tiếng ồn trong giờ học vượt tiêu chuẩn vệ sinh 9 - 10dBA và giờ ra chơi vượt 18dBA (Bảng 3.10 và 3.11 luận án). Cường độ giọng nói của GV ở cả tiết đầu và tiết cuối đều rất cao và chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai thời điểm đo ($p>0,05$) (Bảng 3.12 luận án). Tỷ lệ mắc RLGN giữa 2 mùa nghiên cứu không có sự khác biệt ($p>0,05$) (Bảng 3.20 luận án).

3.3. Hiệu quả can thiệp

3.3.1. Kết quả triển khai thực hiện mô hình can thiệp

Trong hoạt động TT-GDSK lực lượng nòng cốt đã triển khai 60 buổi TT-GDSK, 60 buổi hội thảo tại các đơn vị, với 2376 lượt người

nhóm 22 cán bộ ngành Giáo dục về một số yếu tố liên quan RLGN.

* Nhóm các chỉ số về kết quả thực hiện mô hình can thiệp và hiệu quả can thiệp RLGN: kết quả tổ chức và thực hiện mô hình TT-GDSK; hiệu quả can thiệp (HQCT) RLGN qua đánh giá cảm thụ và phân tích âm học, kết quả thảo luận nhóm 37 đối tượng nghiên cứu định tính.

2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá thông tin

Đề tài phối hợp phương pháp đánh giá cảm thụ (phỏng vấn, quan sát và thăm khám lâm sàng) và đánh giá khách quan (các xét nghiệm môi trường và phân tích giọng nói). Các hoạt động thu thập thông tin trước và sau can thiệp đều được tiến hành trong năm học, không thu thập thông tin trong kỳ nghỉ hè.

Các thông tin cá nhân, nghề nghiệp, thực trạng RLGN, KAP, cường độ tiếng ồn và cường độ giọng nói của GV được thu thập tại từng trường tiểu học. Ghi âm các mẫu giọng nói tại phòng cách âm của bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Lượng hóa KAP bằng cách cho điểm theo từng câu hỏi và tổng số điểm của từng mục: kiến thức, thái độ, thực hành và tổng hợp KAP. Mỗi mục được chia ra 3 mức theo tỷ lệ điểm đạt được trên tổng số điểm của từng mục đó: mức yếu (<50%), trung bình (50% - 75%) và tốt (>75%). Thăm khám lâm sàng phát hiện RLGN bằng máy nội soi, áp dụng cách phân loại và tiêu chuẩn về lâm sàng của Mathieson L. (2001). Đo cường độ tiếng ồn và cường độ giọng nói của GV theo thường quy kỹ thuật của Viện Y học Lao động và vệ sinh môi trường - Bộ Y tế. Ghi âm theo tiêu chuẩn và kỹ thuật của Titze I. R. (1995). Phân tích giọng nói được thực hiện tại Viện Từ điển học và Bách khoa thư Việt Nam.

2.6. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập, kiểm soát trên chương trình Epidata và xử lý trên chương trình SPSS 13.0.

Sử dụng test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ %, test t để so sánh 2 giá trị trung bình. Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ) và HQCT.

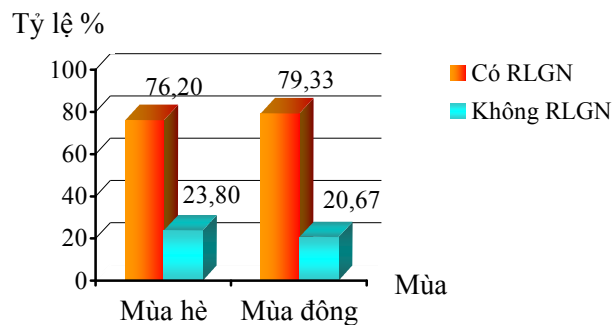
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học thành phố Thái Nguyên

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nhóm nghiên cứu định lượng

Giáo viên có tuổi đời trung bình 42 và tuổi nghề trung bình 21 năm. Thành phần dân tộc: 90,63% Kinh; 5,53% Tày; 2,16% Nùng và 1,68% thuộc các dân tộc khác. Trình độ học vấn: 83,89% tốt nghiệp trung học phổ thông và 16,11% tốt nghiệp trung học cơ sở. Trình độ chuyên môn được đào tạo: 60,58% GV trung học; 13,70% cao đẳng và 25,72% đại học. Số ngày tham gia dạy học trong một tuần: 96,15% dạy 5 ngày và 3,85% dạy 4 ngày. Thời gian đứng lớp: 65,87% cả ngày và 34,13% chỉ đứng lớp 1 buổi. Số tiết dạy: 62,74% GV dạy 6 - 7 tiết/ngày và 37,26% GV dạy ≤5 tiết/ngày. Phân công dạy học: 54,09% số GV dạy thay đổi lớp sau mỗi năm học và 45,91% có ít nhất từ 3 năm trở lại đây chỉ chuyên dạy một khối lớp nhất định hoặc dạy đuổi theo lớp (từ lớp 1 đến lớp 5), trong đó 18,03% GV chuyên dạy các lớp đầu cấp hoặc cuối cấp (Các bảng 3.1; 3.2 và các biểu đồ 3.1 - 3.8 luận án).

3.1.2. Thực trạng rối loạn giọng nói



Biểu đồ 3.1. (Biểu đồ 3.9 luận án) Tỷ lệ mắc rối loạn giọng nói của giáo viên

Kết quả điều tra dịch tễ học: có 76,20% - 79,33% GV mắc RLGN; trung bình mỗi GV có 4,03 - 4,20 triệu chứng RLGN; người mắc nhiều nhất 13 triệu chứng và có 45,67% - 46,88% GV mắc trên 3 triệu chứng.

Trong số các đối tượng mắc RLGN có 26,44% - 29,09% số người đã trở thành BGTQ và chủ yếu thuộc RLGN cường năng (RLGN do hành vi): 10,82% viêm dây dây thanh; 8,17% rối loạn giọng do căng cơ; 2,88% hạt xơ dây thanh...

Rối loạn giọng nói ít nhiều đã ảnh hưởng đến giao tiếp hàng ngày và dạy học của 62,26% GV (Các biểu đồ 3.11 - 3.14 luận án).

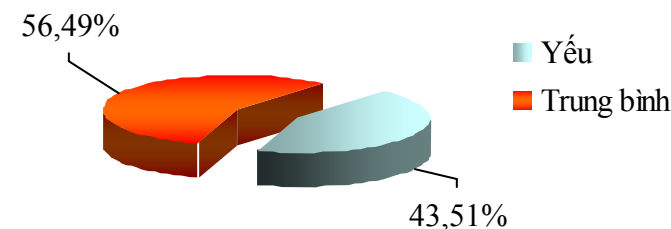
3.2. Các yếu tố liên quan

3.2.1. Kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh giọng nói của giáo viên

Hiểu biết của GV về giọng nói: 2,64% đạt loại tốt; 67,07% loại trung bình và 30,29% loại yếu.

Thái độ của GV đối với giọng nói: loại tốt 90,38% và trung bình 9,62%.

Thực hành vệ sinh giọng nói: không có GV đạt loại tốt; 7,45% đạt loại trung bình và 92,55% GV xếp loại yếu (Các bảng 3.3 - 3.5 và các biểu đồ 3.15 - 3.17 luận án).



Biểu đồ 3.2. (Biểu đồ 3.18 luận án) Phân loại kiến thức - thái độ - thực hành vệ sinh giọng nói của giáo viên

Đánh giá chung về KAP của GV đối với giọng nói: tại thời điểm điều tra không có đối tượng đạt KAP loại tốt; có 56,49% GV đạt mức trung bình và 43,51% ở mức yếu.