



BIỆN PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ GIÁO DỤC HOÀ NHẬP CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

ĐẶNG LỘC THỌ

Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương
Email: tho1962@gmail.com

Tóm tắt: Rối loạn phổ tự kỉ đã và đang là một vấn đề thu hút sự quan tâm của rất nhiều nhà nghiên cứu, giáo dục, tâm lí, quản lí và phụ huynh ở các quốc gia, trong đó có Việt Nam. Trên cơ sở phân tích vai trò của việc phát hiện sớm, chẩn đoán, đánh giá, can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, bài viết đề xuất một số biện pháp nâng cao hiệu quả giáo dục hòa nhập nhằm giúp trẻ rối loạn phổ tự kỉ có nhiều cơ hội học tập hòa nhập và hòa nhập cộng đồng. Theo tác giả, trẻ rối loạn phổ tự kỉ nếu được phát hiện và can thiệp sớm trước 3 tuổi thì các kết quả phát triển của trẻ được tăng lên rõ rệt giúp trẻ có cơ hội hòa nhập hơn rất nhiều so với những trẻ không được phát hiện và can thiệp sớm.

Từ khóa: Phát hiện sớm; can thiệp sớm; trẻ tự kỉ; giáo dục hòa nhập.

(Nhận bài ngày 23/02/2017; Nhận kết quả phản biện và chỉnh sửa ngày 10/03/2017; Duyệt đăng ngày 25/03/2017).

1. Đặt vấn đề

Cùng với sự phát triển của xã hội và sự phát triển của khoa học công nghệ, các đối tượng trẻ có nhu cầu đặc biệt khác nhau, trong đó có trẻ rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK) ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Việc xác định đúng loại khuyết tật để đưa ra được hướng can thiệp sớm (CTS), giáo dục hòa nhập (GDHN) phù hợp sẽ giúp trẻ có cơ hội khắc phục những khiếm khuyết và phát triển [1]. Ở Việt Nam, số trẻ đến khám và chẩn đoán mắc tự kỉ có chiều hướng gia tăng trong khoảng 10 năm gần đây. Kết quả nghiên cứu sàng lọc tự kỉ ở trẻ 18-24 tháng tuổi cho thấy tỉ lệ là 4,6 trẻ/1000 trẻ sơ sinh sống (kết quả tìm hiểu tại Bệnh viện Nhi Trung ương).

Nhiều công trình nghiên cứu được tiến hành với mong muốn tìm ra đặc điểm và phương pháp giáo dục phù hợp với trẻ RLPTK [2]. Các công trình nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra các kết quả đạt được trong CTS có thể được duy trì và tiếp tục phát triển trong các năm tiếp theo như: Nghiên cứu về những khiếm khuyết trong các lĩnh vực giao tiếp và sự tương tác xã hội của trẻ RLPTK của Leo Kanner và Hans Asperger [3]; Về việc học tập ở những người mắc chứng tự kỉ của Minschew, Goldstein, Taylor, Siegel (1994) [4]; Báo cáo của California Institute of Behavior of Analysis - USA đã chỉ ra rằng việc phát hiện sớm (PHS) và CTS hành vi bất thường có thể cải thiện điều kiện sống của hầu hết các trẻ RLPTK [5]; Xây dựng mẫu để dạy các chuỗi trình tự chơi phức tạp cho trẻ RLPTK tuổi mầm non của D'Ateno, P., Mangiapanello, K. & Taylor, B.A. (2003) [6]; Sử dụng chương trình dạy kĩ năng quan hệ bạn bè để tăng khả năng tương tác xã hội giữa trẻ RLPTK lứa tuổi mầm non và các bạn của Kohler, Gretema, Raschke, Highnam (2007) [7]; Tăng cường khả năng tương tác xã hội giữa trẻ RLPTK và bạn bè trong trường hòa nhập của Owen-DeSchryver, Carr, Cal, Blakeley-Smith (2008) [8]; Nghiên cứu về kĩ năng tham vấn của gia đình của Hall, H.R (2012) [9]; Tổng quan về giáo dục trẻ RLPTK tại Hoa Kỳ của Connie Kassari (2013) [10]; nghiên cứu về PHS, can thiệp, giáo dục và quản lí sử

dụng thuốc của Susan E Bryson, Sally J Rogers and Eric Fombonne (2013) [11]... Ở Việt Nam, nghiên cứu về chẩn đoán, đánh giá và hỗ trợ can thiệp trẻ RLPTK của Nguyễn Nữ Tâm An (2012) [12], Đinh Nguyễn Trang Thu (2013) [13], Phạm Toàn, Lâm Hiếu Minh (2014) [14]; nghiên cứu về biện pháp CTS và GDHN cho trẻ tự kỉ ở Việt Nam trong giai đoạn 2011-2020 của Nguyễn Hoàng Yến (2015) [15], quy trình CTS giáo dục trẻ RLPTK của Đỗ Thị Thảo (2015) [16]...

Trong bài viết này, chúng tôi đề xuất một số biện pháp nâng cao hiệu quả GDHN từ việc PHS, chẩn đoán, đánh giá và CTS nhằm giúp trẻ RLPTK có nhiều cơ hội học tập hòa nhập và hòa nhập cộng đồng. Trẻ RLPTK được phát hiện sớm, CTS sẽ có nhiều cơ hội được GDHN và hòa nhập cộng đồng hơn các trẻ khác.

2. Đặc điểm, các nguyên tắc và phương pháp can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

RLPTK là rối loạn phát triển lan tỏa với mức độ từ nhẹ đến nặng khởi phát trước 3 tuổi, diễn biến kéo dài, biểu hiện ở 3 lĩnh vực: Khó khăn về tương tác xã hội; khiếm khuyết về giao tiếp có lời và không lời; hành vi, sở thích bị thu hẹp và lặp lại. RLPTK cũng có thể liên quan đến khuyết tật trí tuệ, đến vận động, chú ý và các vấn đề sức khoẻ khác như: rối loạn ăn ngủ, tiêu hoá, động kinh, cảm giác...

2.1. Đặc điểm của trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Trẻ RLPTK có sự phát triển chậm hơn so với các bạn cùng trang lứa một số lĩnh vực như: giao tiếp, các kĩ năng xã hội và nhận thức. Ngoài ra, có thể xuất hiện các hành vi bất thường như: tự kích thích, rập khuôn, ít nhìn vào mắt người khác khi giao tiếp, ngưỡng cảm giác cao và tập trung chú ý kém, phân tán chú ý nhanh. Trong công việc, nhiều trẻ RLPTK có thể là những người chăm chỉ và đáng tin cậy. Tuy nhiên, trẻ thường chậm chạp về mặt xã hội và hình dạng có sự "lập dị", khác người.

2.2. Can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

2.2.1. Các nguyên tắc can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

- Biện pháp CTS cho trẻ RLPTK phải dễ áp dụng, dễ tiếp cận và có hiệu quả đối với trẻ, được thực hiện với một quy trình khép kín, bao gồm các khâu chặt chẽ nhằm đảm bảo phù hợp với đặc điểm phát triển của trẻ mầm non nói chung, trẻ tự kỉ nói riêng và phù hợp với đặc điểm của từng trẻ RLPTK;

- CTS kiên trì, đều đặn ngay khi được phát hiện với một chương trình được thiết lập tùy theo mức độ tự kỉ, mức độ phát triển của trẻ RLPTK để đảm bảo tính toàn diện, tính phát triển, tính hệ thống nhằm giúp trẻ tiến bộ về các lĩnh vực, rèn luyện kĩ năng, hành vi, thói quen, cảm xúc;

- Đảm bảo sự phối hợp đồng bộ giữa các nhóm can thiệp: Các bác sĩ (bác sĩ Tâm thần kinh, Nhi khoa, Phục hồi chức năng), các chuyên gia Tâm lí, các kĩ thuật viên (Kĩ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, Kĩ thuật viên hoạt động trị liệu), giáo viên chuyên biệt, cha mẹ trẻ, nhóm hỗ trợ cộng đồng...

2.2.2. Các phương pháp can thiệp rối loạn phổ tự kỉ

- *Phương pháp giao tiếp và thay đổi hành vi (Behavioral modification and communication approaches - BMC)*, gồm có: Giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC- Augmentative/ Alternative Communication); hệ thống giao tiếp qua tranh ảnh (PECS-Picture Exchange Communication System); phân tích hành vi ứng dụng (ABA- Applied Behavior Analysis); điều trị và giáo dục trẻ tự kỉ và trẻ khó khăn về giao tiếp (TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Children with Communication Handicaps); dựa trên sự phát triển khác biệt từng cá nhân (DIR- Developmental, Individual Differences); dựa trên các mối quan hệ (RBA-Relationship-based Approach); cùng chơi với trẻ (Floor time)...

- *Các phương pháp bổ sung, bù trừ (Complementary approaches - CA)* gồm có: Điều trị bằng âm nhạc (giúp hoà hợp cảm giác, kích thích thị giác và thính giác; tốt cho sự phát triển lời nói, khả năng nghe hiểu ngôn ngữ và kết hợp từ), bảng mã thuật (giúp trẻ diễn tả bản thân mình bằng cách không dùng lời thông qua các biểu tượng); điều trị với động vật (cưỡi ngựa, chơi với thú cưng như: chó, mèo...) có lợi cho phát triển về thể chất và cảm xúc, cải thiện khả năng vận động, tăng cảm giác an toàn, tự tin.

3. Vai trò của việc phát hiện sớm, chẩn đoán, đánh giá, can thiệp sớm và giáo dục hoà nhập đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ

3.1. Vai trò của việc phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Nghiên cứu của Susan E Bryson, Sally J Rogers và Eric Fombonne (2013) cho thấy dấu hiệu tự kỉ xuất hiện rõ ràng trong vòng 2 năm đầu tiên của cuộc sống. Do đó, việc PHS và CTS trẻ RLPTK sẽ giúp trẻ sớm hòa nhập cộng đồng [11].

Công cụ phát hiện sớm, chẩn đoán trẻ RLPTK hiện nay có: Danh sách kiểm tra tự kỉ ở trẻ em (CHAT), thang sàng lọc tự kỉ cho trẻ nhỏ M-CHAT (Modified checklist for Autism in Toddler), sàng lọc thử nghiệm tự kỉ ở trẻ em (STAT), Pervasive Developmental Screening Test-II (PDDST-II), trong đó CHAT là công cụ được nghiên cứu trên nhóm mẫu rất lớn và cho kết quả phân tích với các giá trị dự đoán có độ tin cậy cao.

Cũng có thể PHS trẻ tự kỉ căn cứ vào các tiêu chí thông qua các bảng hỏi, thang đánh giá không chính thức dành cho các giáo viên và cha mẹ của trẻ bằng các công cụ chẩn đoán tiêu chuẩn hóa như DSM-IV, DSM-V, ICD-10; sử dụng công cụ ADI-R và ADOS-G để chẩn đoán tự kỉ thông qua phỏng vấn và quan sát. Việt Nam đang sử dụng một số công cụ sau để sàng lọc, chẩn đoán, đánh giá trẻ RLPTK: Thang M-CHAT; thang đánh giá mức độ tự kỉ ở trẻ (Childhood Autism Rating Scale - CARS) dùng cho trẻ trên 2 tuổi để chẩn đoán xác định mức độ nặng nhẹ; thang DBC - P (Developmental Behaviour Checklist) dành cho những trẻ khó chẩn đoán do khó phân biệt với một số các rối loạn hành vi cảm xúc khác; *PEP - R* (Psycho Educational Profile) sử dụng đánh giá mức độ phát triển, các đặc điểm về học tập, hành vi để xây dựng kế hoạch can thiệp cho trẻ RLPTK.

3.2. Vai trò của việc chẩn đoán, đánh giá trẻ rối loạn phổ tự kỉ

- *Đánh giá các hoạt động chẩn đoán và PHS trẻ RLPTK* nhằm xác định xem việc chẩn đoán, phát hiện đã được thực hiện đúng quy trình hay không; các thông tin ghi nhận có được sắp xếp, phân loại một cách khoa học, đầy đủ để làm cơ sở đưa ra những nhận định ban đầu phục vụ cho việc xây dựng kế hoạch CTS và tổ chức GDHN cho trẻ được đúng hướng và kịp thời.

- *Đánh giá hoạt động xác định khả năng và nhu cầu của trẻ RLPTK* nhằm mục đích kiểm tra độ chân thực của các thông tin như: việc đánh giá xác định khả năng, nhu cầu của trẻ đã đúng với dạng tật mà trẻ mắc phải hay chưa; những thông tin về khả năng, nhu cầu của trẻ đã rõ ràng và đầy đủ để có thể xây dựng kế hoạch CTS và GDHN phù hợp với trẻ hay chưa... nhằm tránh những sai sót dẫn tới sự lệch hướng trong thực hiện.

- *Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động CTS và GDHN cho trẻ RLPTK* như: trình độ của giáo viên, nhân viên kĩ thuật, nhân viên y tế... tham gia hoạt động CTS và GDHN; cơ sở vật chất, phương tiện, thiết bị hỗ trợ; các nguồn lực có thể huy động, điều kiện của cha mẹ trẻ RLPTK... nhằm xây dựng mục tiêu, kế hoạch phù hợp với thực tiễn để có thể thực hiện hoạt động CTS và GDHN đạt hiệu quả tốt nhất.

3.3. Vai trò của giáo dục hoà nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Theo UNESCO 2009, GDHN là một quá trình liên tục nhằm cung cấp một nền giáo dục chất lượng cho tất cả mọi người, tôn trọng sự đa dạng, những khác biệt về nhu cầu, khả năng, đặc điểm và kì vọng trong học tập của học sinh, cộng đồng cũng như loại bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử [17]. GDHN gắn liền với bình đẳng, công bằng xã hội và cơ hội được tham gia của mọi trẻ em; coi đó là sự đón nhận, làm nên giá trị, trao quyền, giúp đỡ tất cả mọi trẻ về học tập kiến thức, kĩ năng xã hội trong môi trường chung và là nơi thực hiện mục đích nhằm đạt được mục tiêu của giáo dục. GDHN có chất lượng là cơ sở để đạt được sự phát triển về con người, xã hội và kinh tế [18].

GDHN đã tạo ra những cơ hội cho sự thay đổi văn hóa tương tác, chú trọng đến các đặc tính của cá nhân để phát triển; tạo ra mối liên hệ rõ ràng giữa trẻ với trẻ, trẻ với giáo viên, cũng như với trường học bằng cách để



cao giá trị cá nhân, sự chia sẻ và hợp tác; chuẩn bị cho trẻ có năng lực tiếp cận và vượt qua các rào cản từ các phương diện xã hội, kinh tế, chính trị và các phương diện khác của cuộc sống xã hội. Trẻ có nhu cầu đặc biệt học trong lớp học hòa nhập sẽ học tập kiến thức và kĩ năng xã hội tốt hơn những học sinh được học trong các cơ sở giáo dục chuyên biệt [9].

Những rào cản xã hội trong quá trình hòa nhập của trẻ RLPTK:

1/ Các dịch vụ tiện ích công cộng chưa đảm bảo dễ dàng tiếp cận;

2/ Còn tồn tại sự phân biệt đối xử với người khuyết tật;

3/ Các cơ sở giáo dục và dạy nghề chưa đảm bảo các nguồn lực để sẵn sàng đáp ứng giáo dục có chất lượng cho người khuyết tật;

4/ Cơ hội tiếp cận và phục hồi chức năng của người khuyết tật ở các vùng nông thôn, miền núi còn hạn chế;

5/ Chưa có giải pháp đảm bảo để mọi người khuyết tật được tiếp cận thông tin một cách đầy đủ;

6/ Hệ thống chính sách xã hội tương đối đầy đủ nhưng tính khả thi chưa cao. Đây là yếu tố cần phải được quan tâm giải quyết để trợ giúp trẻ RLPTK hòa nhập cộng đồng một cách thuận lợi nhất.

4. Nội dung, cách thức và sự phối hợp trong giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

4.1. Nội dung giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Nhiều quan điểm về tự kỉ đã được thay đổi bởi các nghiên cứu được công bố trong vòng 20 năm qua. Trước đây, người ta cho rằng trẻ bị RLPTK là do sự vô tâm của cha mẹ nên hướng tiếp cận can thiệp là điều chỉnh người mẹ. Những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng trẻ tự kỉ khởi phát do các yếu tố tâm sinh lí sau sinh không còn được chấp nhận nữa mà do nhiều yếu tố sinh học khác nhau như: sự phát triển bất thường của não bộ, về sinh hóa thần kinh, các yếu tố di truyền... Vì vậy, hướng can thiệp trẻ tự kỉ cũng thay đổi nhằm giúp trẻ tự kỉ sớm hòa nhập cộng đồng.

4.2. Cách thức giáo dục hòa nhập cho trẻ trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại trường mầm non

Để giúp trẻ RLPTK hòa nhập và phát triển, đòi hỏi các nhà giáo dục/giáo viên phải có được những kiến thức, kĩ năng cơ bản cần thiết về trẻ tự kỉ để việc phát triển các chương trình/kế hoạch giáo dục cá nhân (IEP) có hiệu quả. Với các mục tiêu dài hạn và mục tiêu ngắn hạn cụ thể, trong một IEP cần được xây dựng cẩn thận, phù hợp với khả năng nhu cầu, sở thích của từng trẻ tự kỉ. Nội dung CTS trẻ RLPTK bao gồm tất cả các lĩnh vực phát triển. IEP được thiết kế và thường xuyên xem xét bởi giáo viên hòa nhập, giáo viên hỗ trợ thực hiện chương trình, quản lí các vấn đề về hành vi, tham khảo ý kiến cha mẹ để can thiệp cho trẻ RLPTK và sẽ được sửa đổi cho phù hợp với đặc điểm, nhu cầu học tập cá nhân của mỗi đứa trẻ.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng, không có chương trình GDHN duy nhất phù hợp với tất cả các trẻ tự kỉ. Chính vì vậy, để nâng cao hiệu quả công tác GDHN cần điều chỉnh mục tiêu, nội dung, phương pháp, cách tổ chức, môi trường hòa nhập cho trẻ RLPTK như: nâng cao nhận

thức, giảng dạy có cấu trúc và quản lí hành vi của trẻ trong môi trường hòa nhập; phát triển kĩ năng xã hội và phát triển kĩ năng sống cho trẻ.

5. Biện pháp can thiệp sớm và giáo dục hoà nhập đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ

5.1. Các biện pháp can thiệp sớm

- Rèn luyện kĩ năng giao tiếp sớm và trị liệu ngôn ngữ, bao gồm:

1/ *Kĩ năng tập trung:* Là khả năng chú ý vào người, vật hoặc hoạt động (nhìn, lắng nghe, thời gian, suy nghĩ);

2/ *Kĩ năng bắt chước và lần lượt:* Bắt chước là sự bắt đầu của lần lượt hai hoặc nhiều người tham gia nói, hành động với số lần tương đương nhau (những cử động trên mặt, các hoạt động với đồ chơi, âm thanh, từ. Lần lượt là chìa khóa của sự giao tiếp: Hiểu thêm về nghĩa, đáp lại lời trẻ nói, thêm thông tin mới, có cơ hội khởi đầu và đáp ứng;

3/ *Kĩ năng chơi:* Hình thành kĩ năng chơi để trẻ RLPTK có cơ hội được tương tác với bạn nhiều hơn; thông qua các trò chơi, trẻ học được các kĩ năng chủ yếu để giao tiếp, sự vận động não sẽ thúc đẩy nhanh hơn quá trình phục hồi; là cách trẻ học, tìm hiểu môi trường xung quanh; trẻ biết được các bước để rủ người khác chơi và tham gia các hoạt động chơi; trẻ biết chơi có luật lệ với người, vật, hành động hoặc với trẻ khác; biết thoả hiệp, chia sẻ và ứng xử khi tham gia các hoạt động nhằm giúp trẻ tự tin phát huy được khả năng của mình;

4/ *Kĩ năng giao tiếp bằng cử chỉ và tranh ảnh:* Cử chỉ là vận động chủ ý của cơ thể được nhắc lại nhiều lần có mục đích, bắt đầu từ sự vận động của cơ thể, dần trở nên ý nghĩa hơn (ánh mắt, vận động cơ thể, chỉ, vờ, bắt tay, vẫy tay chào, hôn gió);

5/ *Kĩ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ:* Là khả năng trẻ xây dựng mối quan hệ với mọi người và là một thành viên của nhóm (đáp ứng, chú ý và chia sẻ sự chú ý; sử dụng giao tiếp một cách có ý nghĩa, có đối đáp);

6/ *Kĩ năng hiểu ngôn ngữ,* bao gồm: Hiểu ngữ cảnh; hiểu tên người, chỉ được một số bộ phận cơ thể; hiểu tên đồ vật, chỉ vào đồ vật khi sử dụng hoặc không sử dụng dấu hiệu; hiểu các từ hoạt động, hiểu câu có hai từ; hiểu những từ mô tả, hiểu câu có ba từ; hiểu các câu khó, từ diễn tả;

7/ *Kĩ năng biểu đạt ngôn ngữ,* bao gồm: Phát ra những âm thanh ban đầu; làm các tiếng động của con vật, đồ vật; làm dấu hoặc nói tên nhiều đồ vật tranh ảnh; nói những từ có tính xã hội, các từ hành động; nói hai từ, ba từ cùng nhau; nói các từ mô tả, câu dài, kể chuyện, diễn tả đúng.

- Can thiệp hành vi:

Nhằm phát hiện sớm và can thiệp hành vi tập trung; phân tích hành vi ứng dụng để tìm nguyên nhân, tần suất, hậu quả nhằm loại bỏ hành vi xấu nếu có thể, thay thế bằng hành vi mới. Cần xây dựng chương trình gồm các bài từ đơn giản đến phức tạp như: chọn 1-10 bài, mỗi bài chọn 1-3 tiết mục sắp xếp vào phiếu can thiệp hành vi. Sử dụng thang điểm 1, 2, 3 để đánh giá. Thời gian can thiệp: 60 phút/ngày, tốt nhất 40 giờ/ tuần trong 1-3 năm liên tục sau khi phát hiện tự kỉ. Người thực hiện: Kĩ thuật viên, giáo viên, gia đình sau khi được huấn luyện.

- Điều hòa cảm giác, huấn luyện về nhìn và thính giác:

1/ Điều hoà cảm giác là một phương pháp điều trị trẻ bị rối loạn cảm giác - giác quan (xúc giác, vị giác, thị giác, thính giác, sờ, thăng bằng), làm tăng hoặc giảm đáp ứng của trẻ với các kích thích khác nhau (trị liệu âm nhạc cho trẻ tự kỉ quá nhạy hoặc thiếu nhạy cảm với âm thanh, phối hợp các bài hát trẻ em và điệu bộ của giáo viên liên quan đến bài tập đang dạy để kích thích trẻ tăng cường tập trung...);

2/ Huấn luyện về nhìn là liên tục thực hiện các bài tập giao tiếp bằng mắt trong quá trình dạy trẻ. Có thể cho trẻ đeo kính màu đặc biệt, kĩ thuật đặc biệt hạn chế việc nhìn không bình thường (liếc mắt), giúp trẻ tập trung vào nhìn;

3/ Huấn luyện thính giác (AIT): AIT làm giảm mức nhạy cảm thính giác của trẻ, chỉnh lại khả năng nghe của trẻ. Trẻ được làm thử nghiệm xác định mức bất thường cảm giác thính giác và được cho nghe nhạc đã biến đổi bằng máy điện toán. Nhạc được xếp theo 2 cách: 1. Tần số cao/thấp được nhấn mạnh cách khoảng (<=1000Hz, phút kế tiếp >=1000Hz); 2. Xóa những tần số đặc biệt dựa trên biểu đồ âm, loại bỏ những âm khó chịu.

5.2. Biện pháp giáo dục hoà nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

- Phát triển các kĩ năng giao tiếp:

1/ Kĩ năng ngôn ngữ: Có thể thực hiện được yêu cầu của giáo viên; có khả năng trao đổi, giao tiếp về nhu cầu; có thể trả lời, đặt những câu hỏi đơn giản; thực hiện được những cuộc hội thoại ngắn; trình bày được những trải nghiệm của mình;

2/ Kĩ năng xã hội: Có thể luân phiên trong các hoạt động; có thể chờ đợi một cách trật tự; chào hỏi đáp lại với người lớn, các bạn; tham gia vào các hoạt động quay vòng; tự khởi xướng các hoạt động chơi với bạn bè cần hay không cần sự gợi ý; bắt chước trò chơi của các bạn;

3/ Kĩ năng học đường: Học được thông qua quan sát người khác; để hoàn thành công việc đòi hỏi phải ngồi một chỗ một cách tự lập; có thể gơ tay khi cần sự hỗ trợ; đạt được các yêu cầu khi học trong nhóm; hoàn thành chương trình học theo đúng trình độ lớp;

4/ Kĩ năng hành vi: Phản ứng phù hợp với các sự kiện diễn ra ngẫu nhiên; hầu như không thể hiện các hành vi quấy rối trong mọi hoàn cảnh; có sự kiểm soát nhất định những hành vi rập khuôn.

- **Giáo dục cá nhân**, bao gồm: Cải thiện hành vi, tăng cường khả năng tập trung; tăng cường khả năng học tập bằng đưa trẻ tự kỉ vào chương trình giáo dục phổ thông có kèm theo sự tham gia của giáo viên trợ giảng được đào tạo về những nguyên tắc của phương pháp can thiệp hành vi (ABA).

- Áp dụng các chương trình, phương pháp giáo dục phù hợp với trẻ RLPTK:

1/ Sử dụng có chọn lựa chương trình giáo dục phù hợp với trẻ RLPTK: Áp dụng các chương trình giáo dục trên thế giới cần có sự điều chỉnh cho phù hợp với văn hoá và văn phong Việt. Các chương trình có thể áp dụng tại Việt Nam gồm: Small Step, Can thiệp hành vi cho trẻ tự kỉ của Catherine Maurice, PEP-R...;

2/ Áp dụng phương pháp giáo dục phù hợp với trẻ

RLPTK trên cơ sở điều chỉnh cho phù hợp với Việt Nam như: TEACCH, PECS, ABA, DIR/Floor Time... Cần chú trọng bồi dưỡng chuyên môn cho GV về ưu nhược điểm của phương pháp, cách thức áp dụng, thực hành sử dụng chương trình và phương pháp giáo dục trên trẻ;

3/ Thực hiện đúng các yêu cầu kĩ thuật của quy trình giáo dục đối với trẻ RLPTK gồm: sàng lọc phát hiện sớm trẻ RLPTK nhằm chẩn đoán phát hiện đúng dạng tật và mức độ RLPTK; đánh giá các lĩnh vực phát triển của trẻ (như: vận động, nhận thức, ngôn ngữ, hành vi, kĩ năng xã hội, kĩ năng tự phục vụ; điểm mạnh, điểm yếu; nhu cầu và tiềm năng...); xây dựng và thực hiện kế hoạch giáo dục đối với trẻ RLPTK; đánh giá kết quả can thiệp và chuyển tiếp chương trình mới.

- **Tăng cường đầu tư cơ sở vật chất, phương tiện và thiết bị giáo dục** phù hợp với tâm sinh lí trẻ RLPTK, phù hợp với chương trình và phương pháp can thiệp như: phòng can thiệp cá nhân, đồ dùng, đồ chơi...

- Tăng cường sự phối hợp giữa nhà trường, gia đình và xã hội:

1/ Nâng cao nhận thức và bồi dưỡng chuyên môn cho đội ngũ giáo viên, kĩ thuật viên nhằm giúp có sự nhận thức đúng đắn về điểm mạnh, điểm yếu của trẻ RLPTK để cùng phối hợp cộng tác; cung cấp kiến thức, kĩ năng cho giáo viên, kĩ thuật viên và cha mẹ trẻ về: những vấn đề chung trẻ RLPTK, các quy trình, phương pháp giáo dục trẻ RLPTK. Biện pháp tổ chức được thực hiện thông qua các cuộc hội thảo, bồi dưỡng ngắn hạn/dài hạn, dự giờ rút kinh nghiệm...;

2/ Tăng cường sự phối hợp giữa các lực lượng tham gia giáo dục trẻ RLPTK trong tất cả các khâu của quá trình giáo dục trẻ, có sự chuẩn bị về cơ sở vật chất, các phương tiện, đồ dùng dạy học, phòng cá nhân... Cần có sự phối hợp chặt chẽ trong việc cung cấp thông tin về trẻ; xây dựng nội dung, kế hoạch thực hiện và đánh giá kết quả giáo dục trẻ;

3/ Huy động sự tham gia của các tổ chức xã hội (như: Hội chữ thập đỏ, các câu lạc bộ, các tổ chức từ thiện, tình nguyện...) nhằm tạo cho trẻ RLPTK có thêm cơ hội hoà nhập vào cuộc sống xã hội thông qua các hoạt động như: tổ chức các ngày lễ kỉ niệm, các hoạt động xã hội, hoạt động giao lưu, sinh hoạt văn nghệ, thăm hỏi ...

Cần lưu ý rằng, không có phương pháp can thiệp nào là tốt nhất và phù hợp với mọi trẻ RLPTK. Mỗi phương pháp sẽ theo hướng tiếp cận can thiệp một lĩnh vực hay một vài khía cạnh riêng biệt cho trẻ và mỗi trẻ RLPTK là một cá thể riêng biệt. Vì vậy, để nâng cao hiệu quả GDHN, trẻ RLPTK cần được phát hiện và can thiệp càng sớm càng tốt theo một kế hoạch giáo dục cá nhân riêng. Mỗi giai đoạn phát triển của trẻ cần ưu tiên chọn lựa các phương pháp can thiệp phù hợp; cần phối hợp nhiều phương pháp khác nhau, nhiều chuyên gia khác nhau để xây dựng kế hoạch giáo dục cá nhân cho trẻ RLPTK toàn diện, tích cực, thống nhất và dài hạn.

6. Kết luận

Ở trên, chúng tôi đã đề cập đến những nghiên cứu gần đây về trẻ RLPTK và đề xuất một số biện pháp để PHS, CTS và GDHN trẻ RLPTK. Các nội dung này có vai trò rất quan trọng đối với trẻ RLPTK, gia đình trẻ và xã hội nhằm khắc phục những khiếm khuyết, giảm thiểu



khuyết tật thứ phát, giúp trẻ phát triển theo hướng dễ dàng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng. Bằng chứng trong các nghiên cứu đã khẳng định rằng trẻ RLPTK nếu được phát hiện và can thiệp sớm trước 3 tuổi thì các kết quả phát triển của trẻ được tăng lên rõ rệt giúp trẻ RLPTK có nhiều cơ hội hòa nhập hơn rất nhiều so với những trẻ không được phát hiện và CTS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Trần Thị Thu Hà - Trần Trọng Hải, (2005), *Phát hiện sớm, can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam*, NXB Y học.

[2]. Jae-Gyu Cho, (2014), *Giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ - Nhập môn giáo dục đặc biệt*, NXB Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh.

[3]. Marlene Targ Brill, (2001), *Keys to Parenting the Child with Autism*, Barron's Publishing House.

[4]. Minshew, Goldstein, Taylor, Siegel, (1994), *Academic achievement in high functioning autistic individuals*, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 16, pp. 261-270.

[5]. Bộ Y tế, (2000), *Giáo trình Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, NXB Y học.

[6]. D'Ateno, P., Mangiapanello, K. & Taylor, B.A., (2003), *Using video modeling to teach complex play sequences to a preschooler with autism*. Journal of Positive Behavioral Interventions, 5(1), pp. 5-11.

[7]. Kohler, F.W., Gretema, C., Raschke, D., Highnam, C., (2007), *Using a buddy skills package to increase the social interactions between a preschooler with autism and her peers*. Topics in Early Childhood Special Education, 27 (3), pp.155-163.

[8]. Owen-DeSchryver, Carr, Cal, Blakeley-Smith, (2008), *Promoting social interactions between students with autism spectrum disorders and their peers in inclusive school settings*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23(1), pp. 15-28.

[9]. Hall, H.R, (2012), *Families of children with*

autism: Behaviors of children, community support and coping. Issure in comprehensive pediatric nursing, 35 (2), pp.111-132.

[10]. Connie Kassari, (2013), *Tổng quan về giáo dục trẻ tự kỉ tại Hoa Kỳ*, Kỷ yếu Hội thảo khoa học “Giáo dục trẻ tự kỉ Việt Nam - Thực trạng và triển vọng”, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam.

[11]. Susan E Bryson, Sally J Rogers and Eric Fombonne, (2013), *Autism Spectrum Disorders: Early Detection, Intervention, Education, and Psychopharmacological Management*. The Canadian Journal of Psychiatry.

[12]. Nguyễn Nữ Tâm An, (2012), *Một số vấn đề về chẩn đoán trẻ rối loạn phổ tự kỉ*. Tạp chí khoa học ĐHQG Hà Nội, Khoa học XH-NV số 28, tr.143-147.

[13]. Đinh Nguyễn Trang Thu, (2013), *Đánh giá phát triển và hỗ trợ can thiệp trẻ tự kỉ*, Tạp chí Giáo dục, số 12/2013, tr.22-24.

[14]. Phạm Toàn, Lâm Hiểu Minh, (2014), *Thấu hiểu và hỗ trợ trẻ tự kỉ*, NXB Trẻ, Hà Nội.

[15]. Nguyễn Hoàng Yến, (2015), *Nghiên cứu biện pháp can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập cho trẻ tự kỉ ở Việt Nam trong giai đoạn 2011-2020*, Đề tài khoa học cấp Nhà nước, mã số: ĐTDL.2011-T/11.

[16]. Đỗ Thị Thảo, (2015), *Quy trình can thiệp sớm giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ*, Tạp chí Khoa học, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, số 60 (6), tr.161-171.

[17]. Unesco 2009 - International Bureau of Education, (2009), *“Inclusive Education, The way of the Future”*. International Conference on Education, 28th Session, Geneva, November 25-28, Paris.

[18]. Unesco, (2008), *Kỷ niệm 60 năm “Tuyên ngôn Thế giới về nhân quyền”*, Kỷ yếu phiên họp lần thứ 48 của Hội nghị quốc tế về Giáo dục (ICE, tháng 11/2008 UNESCO, Geneva).

SOLUTIONS FOR ENHANCING INCLUSIVE EDUCATION EFFECTIVENESS FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Dang Loc Tho
The National College for Education
 Email: tho1962@gmail.com

Abstract: Autism spectrum disorder has been a problem concerned by many researchers, educators, psychologists, managers and parents from all countries including Vietnam. By analysing the role played by the early detection, diagnosis, evaluation, early intervention and inclusive education for the children with autism spectrum disorder, the article proposes some solutions for enhancing the effectiveness of inclusive education aiming at helping the children with autism spectrum disorder have more opportunities for inclusive education and community integration. According to the author, if the children with autism spectrum disorder were detected and intervened before they turned 3, their development indicators would considerably increase, giving them much more opportunities for integration compared to those who were not early detected and intervened.

Keywords: Early detection; early intervention; children with autism; inclusive education.