

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG TRI LIỆU HOẠT ĐỘNG TẠI CÁC CƠ SỞ CÁN THIỆP CHO TRẺ RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN

NGUYỄN THỊ DUYÊN* - HOÀNG NGỌC KHUYẾN** - TRẦN VĂN CÔNG***

Ngày nhận bài: 23/08/2016; ngày sửa chữa: 23/08/2016; ngày duyệt đăng: 23/08/2016.

Abstract: This article presents situation of occupational therapy implementation at intervention sites for children with developmental disorders. Questionnaire surveys and semi-structured interviews are carried out on 86 intervention staff and 8 directors and managers in Hanoi, Bac Ninh, Hai Phong, Ninh Binh, Thanh Hoa, and Nghe An. Research results showed that the staff and directors/managers were not officially trained and not fully understood about occupational therapy therefore the efficiency of application was not up to expectation.

Keywords: Occupational therapy, developmental disorders, intervention sites.

Theo DSM-5 [1], rối loạn phát triển (RLPT) thân kinh bao gồm các rối loạn như: khuyết tật trí tuệ, các rối loạn giao tiếp, rối loạn phổ tự kỉ, rối loạn tăng động/giảm chú ý, rối loạn học biệt định, rối loạn vận động,...

Trên thế giới, thống kê dịch tễ học đã cho thấy tỉ lệ các RLPT tại nhiều quốc gia: tại Hoa Kỳ, tỉ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo thống kê là 1/68 (theo Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) năm 2014), có 11% trẻ em ở độ tuổi 4 -17 tuổi chẩn đoán bị tăng động giảm chú ý năm 2011. Tỉ lệ trẻ RLPT từ 3-17 tuổi tăng từ 12,84%-15,04% qua 12 năm (1997-2008). Tỉ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỉ, rối loạn tăng động giảm chú ý, và trẻ về phát triển khác đều tăng lên [2]. Tại Việt Nam, theo thống kê, có khoảng 1,2 triệu trẻ khuyết tật, trong đó tỉ lệ trẻ khuyết tật trí tuệ chiếm 27,0%, hay trong khoảng 15 năm trở lại đây, số lượng trẻ ở Việt Nam mắc chứng tự kỉ gia tăng đáng kể [3].

Trước tỉ lệ trẻ được chẩn đoán có RLPT có xu hướng tăng lên như vậy, việc tìm hiểu các biện pháp can thiệp, điều trị hiệu quả cho trẻ là cần thiết. Trong việc điều trị, can thiệp cho trẻ có RLPT, có nhiều phương pháp khác nhau. Một trong các liệu pháp được sử dụng trong can thiệp cho trẻ là trị liệu hoạt động (TLHĐ). Nghiên cứu đã cho thấy can thiệp sớm thông qua TLHĐ có lợi trong việc hỗ trợ trẻ khuyết tật phát triển [4]. Tiền đề của can thiệp sớm là các dịch vụ hoặc những can thiệp trong cuộc sống có thể giúp hỗ trợ phát triển kĩ năng và giảm thiểu tác động của tình trạng khuyết tật về phát triển [5]. Các nhà TLHĐ đã có thời gian làm việc lâu dài với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ khuyết tật và trẻ về phát triển. Nhà TLHĐ có vai trò dẫn dắt trong việc cung cấp các can thiệp cho trẻ tại các môi trường khác nhau như bệnh viện, nhà, cộng đồng và trường học [5].

Bài viết này tập trung tìm hiểu, phân tích, góp phần đưa ra cái nhìn toàn diện hơn về thực trạng sử dụng TLHĐ trong can thiệp cho trẻ RLPT tại các nước trên thế giới và tại Việt Nam.

1. Trị liệu hoạt động

Theo Hiệp hội TLHĐ Hoa Kỳ (2014), về cơ bản, TLHĐ là liệu pháp sử dụng các hoạt động sống hàng ngày (các hoạt động) với cá nhân hoặc nhóm nhằm tăng cường hoặc làm cho họ có khả năng tham gia vào các vai trò, sở thích, các lịch trình ở nhà, ở trường, ở nơi làm việc, ở trong cộng đồng và các môi trường khác. Nhà TLHĐ sử dụng kiến thức của họ về mối quan hệ mang tính qua lại giữa mọi người, sự tham gia của một người vào các hoạt động có ý nghĩa và bối cảnh để thiết kế các kế hoạch can thiệp dựa trên hoạt động tạo điều kiện cho sự thay đổi hoặc phát triển của các yếu tố từ phía thân chủ (các chức năng cơ thể, cấu trúc cơ thể, các giá trị, niềm tin, và tinh thần) và các kĩ năng (vận động, xử lí, tương tác xã hội) cần thiết cho sự tham gia một cách thành công.

Về quy trình, TLHĐ gồm 3 bước bao gồm: đánh giá, can thiệp và hướng tới kết quả [6]. Cụ thể: - *Quy trình đánh giá* bao gồm: + *Hồ sơ hoạt động*: là bước đầu tiên trong quá trình đánh giá, cung cấp sự hiểu biết về lịch sử và trải nghiệm hoạt động của khách hàng, mô hình hoá cuộc sống hàng ngày, sở thích, các giá trị và nhu cầu. Lí do tìm kiếm dịch vụ của khách hàng, thể mạnh và mối quan tâm liên quan đến hoạt động và các hoạt động sinh hoạt, khu vực hoạt động tiềm năng, hỗ trợ và rào cản, và các ưu tiên cũng được xác định; + *Phân tích việc thể hiện hoạt*

* Trường chuyên biệt Từ Sơn, Bắc Ninh

** Trung tâm Thiên thần nhỏ Ninh Bình

*** Trường Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội

động: là bước thực hiện trong quá trình đánh giá khi các vấn đề của khách hàng hoặc các vấn đề tiềm năng được xác định cụ thể, sau đó, xác định được kết quả mục tiêu; - *Quy trình can thiệp*: + *Kế hoạch can thiệp*: sẽ dẫn dắt các hành động được thực hiện và được phát triển cùng với sự hợp tác với khách hàng. Nó dựa trên lý thuyết được lựa chọn, các tài liệu tham khảo và bằng chứng. Lúc này, kết quả mục tiêu đã được xác nhận; + *Can thiệp*: thực hiện tạo ảnh hưởng và hỗ trợ sự cải thiện và tham gia vào hoạt động của khách hàng. Các can thiệp được hướng vào kết quả mục tiêu. Phản ứng của khách hàng được theo dõi và ghi chép lại; + *Xem xét lại can thiệp*: xem xét lại kế hoạch can thiệp và quá trình đi đến kết quả mục tiêu; - *Hướng đến kết quả*, đây là yếu tố quyết định sự thành công trong việc đạt được kết quả cuối cùng của quá trình TLHĐ. Thông tin đánh giá kết quả được sử dụng để lập kế hoạch trong tương lai với các khách hàng và đánh giá các dịch vụ (ví dụ: đánh giá chương trình).

2. Thực trạng sử dụng TLHĐ trong các cơ sở can thiệp cho trẻ RLPT tại một số nước trên thế giới

Tại Canada, theo dữ liệu của Hiệp hội các nhà TLHĐ (CAOT), trong tổng số 5.440 thành viên, có 19,1% báo cáo họ làm việc với trẻ lứa tuổi mầm non và 28,6% làm việc với trẻ ở lứa tuổi đi học. Trong đó, 23,8% tổng số thành viên làm việc trong lĩnh vực khuyết tật phát triển. Tỷ lệ nhà TLHĐ tham gia làm việc trong lĩnh vực khuyết tật phát triển khá đa dạng, phổ biến trên cả nước.

Theo nghiên cứu của Majnemer và cộng sự (2002), trong tổng số 129 trẻ có khó khăn về phát triển, có 65 trẻ (chiếm 50%) nhận dịch vụ TLHĐ. Đa số các dịch vụ TLHĐ được cung cấp ở môi trường bệnh viện (chiếm 73%), một số trẻ sử dụng dịch vụ cá nhân tại nhà (chiếm 17%) hoặc tại các trung tâm can thiệp (chiếm 8%), chỉ một số ít trẻ sử dụng dịch vụ này từ cộng đồng (chiếm 2%) [7]. Theo Law (2006), tại Canada, trị liệu hoạt động cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ tập trung vào hai lĩnh vực chính là tích hợp cảm giác vận động và phát triển kỹ năng nói chung. Nghiên cứu tại 4 trung tâm chuyên biệt dành cho trẻ có nhu cầu đặc biệt tại Canada, kết quả khảo sát 235 phụ huynh về phương pháp điều trị cho con đã cho thấy TLHĐ là phương pháp được sử dụng thường xuyên nhất trong việc điều trị, can thiệp cho trẻ tự kỉ, chỉ đứng sau trị liệu về ngôn ngữ [8].

Tại Hoa Kỳ, theo *Đạo luật Giáo dục cho người khuyết tật* (IDEA), mục 300.34 có đề cập đến TLHĐ thuộc các dịch vụ liên quan cho trẻ khuyết tật. Trong đó, TLHĐ là dịch vụ được cung cấp bởi các nhà TLHĐ đủ tiêu chuẩn, gồm: Cải thiện, phát triển, phục hồi

chức năng bị suy yếu hoặc mất đi do bệnh tật, chấn thương; Cải thiện khả năng thực hiện nhiệm vụ cho các hoạt động độc lập nếu chức năng đang bị suy giảm hoặc mất đi; và phòng ngừa sự suy yếu hoặc mất chức năng thông qua can thiệp sớm. Điều luật này được áp dụng cho trẻ khuyết tật tại các bang, những người có nhu cầu về TLHĐ như một dịch vụ liên quan là: người thiếu năng trí tuệ, khiếm thính (điếc), suy giảm chức năng ngôn ngữ - lời nói, khiếm thị (mù), rối loạn cảm xúc nghiêm trọng, chấn thương chỉnh hình, tự kỉ, chấn thương sọ não, khiếm khuyết sức khỏe khác, khuyết tật học tập biệt định, điếc và mù/đa tật, trẻ về phát triển.

Nghiên cứu của Watling và cộng sự (1999) đã cho thấy, theo các nhà TLHĐ cho trẻ tự kỉ từ 2-12 tuổi tại Hoa Kỳ, mô hình thực hành thường gồm có sự hợp tác với các chuyên gia trong việc đánh giá và can thiệp. Dịch vụ can thiệp thường được sử dụng là can thiệp một - một với các kỹ thuật phổ biến nhất là điều hòa cảm giác (99%) và củng cố tích cực (93%). Lý thuyết mà các nhà TLHĐ tiếp cận gồm có điều hòa cảm giác (chiếm 99%), lý thuyết phát triển (chiếm 88%), và hành vi (chiếm 73%). Sử dụng điều hòa cảm giác trong TLHĐ rất phổ biến [9].

Nghiên cứu của Stahmer và cộng sự (2005) đã cho thấy thực trạng sử dụng các chương trình can thiệp sớm cho trẻ tự kỉ, trong đó có TLHĐ, được mô tả từ người cung cấp dịch vụ trong cộng đồng (người cung cấp dịch vụ can thiệp tại nhà và tại trung tâm) [10], cụ thể (xem *bảng 1*).

Bảng 1. Thực trạng sử dụng các chương trình can thiệp sớm cho trẻ tự kỉ tại Hoa Kỳ (Stahmer và cộng sự, 2005)

Chương trình can thiệp	Tỷ lệ khách thể sử dụng các chương trình		
	Chương trình 0-3 tuổi 45% (10)	Chương trình 3-5 tuổi 55% (12)	Tổng cộng 100% (22)
Phân tích hành vi ứng dụng (ABA)	60 (6)	83 (10)	73 (16)
Đào tạo phép thử cụ thể (DTT)	50 (5)	75 (9)	64 (14)
Thời gian dưới sàn (Floortime)	70 (7)	67 (8)	68 (15)
TLHĐ (Occupational Therapy)	50 (5)	100 (12)	77 (17)
Âm nhạc trị liệu (Music therapy)	20 (2)	25 (3)	23 (5)
Hệ thống trao đổi hình ảnh (PECs)	90 (9)	100 (12)	95 (21)
Đào tạo phản hồi then chốt (PRT)	30 (3)	33 (4)	32 (7)
Ngôn ngữ kí hiệu (Symbol language)	50 (5)	50 (6)	50 (11)
Câu chuyện xã hội (Social stories)	30 (3)	17 (2)	23 (5)
Điều trị và giáo dục cho trẻ tự kỉ và các khuyết tật về giao tiếp (TEACCH)	30 (3)	75 (9)	55 (12)
Sử dụng tối thiểu các chương trình can thiệp	10 (1)	25 (3)	18 (4)

Theo Miller và cộng sự (2007), trong 50.000 nhà TLHĐ tại Mỹ, có 33% tổng số nhà trị liệu hành nghề trong lĩnh vực nhi khoa (AOTA, 1996).

Tại Australia, nghiên cứu tìm hiểu vai trò của TLHĐ cho trẻ khuyết tật phát triển từ 0-6 tuổi của Dall'Alba và

cộng sự (2014) đã cho thấy tầm quan trọng của thực hành TLHĐ lấy gia đình làm trung tâm khi làm việc với trẻ có khuyết tật phát triển, và việc sử dụng liệu pháp chơi giống như lĩnh vực chủ chốt của nhà TLHĐ khi làm việc với nhóm trẻ này. Hai biện pháp can thiệp này được xem là thực hành trị liệu tốt nhất cho khuyết tật phát triển nói chung. Các lĩnh vực khác của TLHĐ cũng thường được xác định là các hoạt động sống hàng ngày, vận động thô và vận động tinh, giao tiếp. Nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của nhà TLHĐ trong nhóm can thiệp sớm [12].

Không chỉ có vậy, kết quả của một cuộc khảo sát trên 2.547 nhà TLHĐ cho thấy trong 818 người, có 235 người cung cấp dịch vụ TLHĐ cho khách hàng là người rối loạn phổ tự kỉ, với tỉ lệ trẻ em nhận dịch vụ này nhiều hơn thanh thiếu niên hay người lớn. Khi được hỏi về mức độ tự tin và cảm nhận, khó khăn thách thức khi làm việc với người rối loạn phổ tự kỉ, kết quả nghiên cứu cho thấy: về mức độ tự tin, có 17% nhà TLHĐ cảm thấy tự tin, 30% cảm thấy khá tự tin, 30% cảm thấy phân vân, 18% cảm thấy khá mất tự tin, và 5% cảm thấy không tự tin, có 60% tổng số khách thể thấy rằng làm việc trong lĩnh vực tự kỉ có nhiều thách thức hơn so với các lĩnh vực khác. Nhà TLHĐ thường gặp những khó khăn, thách thức khi làm việc trong lĩnh vực tự kỉ như sự phức tạp của các rối loạn, quản lí hành vi thách thức, ứng phó với sự căng thẳng của người khác,... Xem xét các yếu tố dự đoán mức độ tự tin của nhà TLHĐ làm việc trong lĩnh vực tự kỉ, kết quả cho thấy số năm làm việc với rối loạn phổ tự kỉ, số năm làm TLHĐ và tần suất kết nối mặt đối mặt trực tiếp với các nhà TLHĐ khác là yếu tố độc lập dự đoán có ý nghĩa thống kê [13].

Tại Anh, một cuộc khảo sát toàn quốc được thực hiện để xem xét về mức độ tham gia của TLHĐ vào các dịch vụ cho trẻ tăng động giảm chú ý, kết quả cho thấy có 8,5% tổng số khách thể là nhà TLHĐ (số lượng là 282) đã tham gia vào các dịch vụ được chỉ định cho trẻ tăng động giảm chú ý [14].

Tại Việt Nam, trong phạm vi tìm kiếm của chúng tôi, hiện nay chưa có nghiên cứu hay con số thống kê chính xác về việc sử dụng TLHĐ cho trẻ RLPT trong các cơ sở can thiệp.

Như vậy, có thể thấy, tại một số quốc gia trên thế giới, TLHĐ được sử dụng khá phổ biến, được sử dụng trong nhiều môi trường khác nhau, không chỉ ở các trung tâm mà còn được sử dụng trong can thiệp tại nhà, bệnh viện, trong can thiệp dựa trên trường học, cộng đồng. Số lượng nhà TLHĐ làm việc trong lĩnh vực can thiệp cho trẻ có RLPT chiếm một tỉ lệ không

nhỏ. TLHĐ thường được sử dụng cùng với điều hoà cảm giác. TLHĐ được xem như biện pháp can thiệp có liên quan, bổ sung trong can thiệp cho trẻ có RLPT.

3. Thực trạng sử dụng TLHĐ trong các cơ sở can thiệp cho trẻ RLPT tại Việt Nam

3.1. Tổ chức và phương pháp nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành điều tra bằng bảng hỏi trên 86 cán bộ, giáo viên can thiệp và phỏng vấn bán cấu trúc 8 người quản lí cơ sở can thiệp cho trẻ RLPT trên địa bàn các tỉnh: Hà Nội, Bắc Ninh, Hải Phòng, Ninh Bình, Thanh Hóa, và Nghệ An. Nhóm khách thể là cán bộ, giáo viên can thiệp, chiếm đa số là nữ (78 người, chiếm 96,3% tổng số khách thể), độ tuổi trung bình là 25,6. Cán bộ, giáo viên đã có kinh nghiệm làm việc với trẻ có RLPT ít nhất 1 năm và nhiều nhất là 7 năm, với trình độ học vấn từ trung cấp đến sau đại học (thạc sĩ), tốt nghiệp từ các ngành: Giáo dục đặc biệt, Tâm lí - Giáo dục, Công tác xã hội, Sư phạm mầm non, Sư phạm tiểu học. Dữ liệu thu thập được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 23.

3.2. Kết quả nghiên cứu. Để tìm hiểu thực trạng các phương pháp can thiệp cho trẻ RLPT, nhóm nghiên cứu đã tiến hành liệt kê các phương pháp can thiệp và khảo sát mức độ sử dụng của các phương pháp đó trong quá trình can thiệp cho trẻ tại các cơ sở. Ba phương pháp được cán bộ/giáo viên sử dụng nhiều nhất trong can thiệp cho trẻ RLPT là phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA) ($M=1,89$), sau đó là điều trị và giáo dục cho trẻ tự kỉ và các khuyết tật về giao tiếp (TEACCH) ($M=1,57$), và điều hoà cảm giác ($M=1,56$). Các phương pháp ít được sử dụng nhất là Đào tạo phản hồi then chốt (PRT) ($M=0,50$), câu chuyện xã hội ($M=1,11$) và trị liệu âm nhạc ($M=1,15$). Phương pháp TLHĐ (OT) chưa được sử dụng nhiều trong can thiệp cho trẻ tại các cơ sở can thiệp ($M=1,31$). Có thể thấy, tại các cơ sở, việc sử dụng phương pháp TLHĐ trong việc can thiệp cho trẻ có RLPT chưa được quan tâm nhiều so với các phương pháp, chương trình khác (xem *bảng 2*).

So sánh với các nước khác trên thế giới, có thể thấy có sự khác biệt giữa thực trạng sử dụng phương pháp TLHĐ, ở Canada phương pháp TLHĐ là phương pháp thứ 2 được các phụ huynh lựa chọn để sử dụng chỉ đứng sau phương pháp trị liệu ngôn ngữ, kết quả này cũng tương tự ở Mỹ khi việc sử dụng TLHĐ chỉ sau phương pháp trao đổi hình ảnh. Theo kết quả thống kê từ nghiên cứu này, tại Việt Nam, TLHĐ xếp thứ 7/10 phương pháp can thiệp được đưa ra khảo sát.

Tìm hiểu nhận thức về TLHĐ, nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Thực trạng sử dụng các chương trình can thiệp

Các chương trình can thiệp	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Đào tạo phản hồi then chốt (PRT)	0,50	0,69
Câu chuyện xã hội (Social stories)	1,11	0,64
Trị liệu âm nhạc (Music therapy)	1,15	0,70
TLHĐ (Occupational therapy)	1,31	0,78
Hệ thống trao đổi hình ảnh (PECS)	1,39	0,62
Âm ngữ trị liệu (Speech therapy)	1,56	0,67
Thời gian dưới sàn (Floortime)	1,56	0,57
Điều hoà cảm giác (Sensory integration)	1,56	0,57
Điều trị và giáo dục cho trẻ tự kỉ và các khuyết tật về giao tiếp (TEACCH)	1,57	0,72
Phân tích hành vi ứng dụng (ABA)	1,89	0,31

đã tiến hành phương pháp phỏng vấn 8 lãnh đạo, người quản lý cơ sở can thiệp trẻ RLPT để tìm hiểu việc sử dụng phương pháp TLHĐ tại các cơ sở. Kết quả cho thấy có 4/8 cơ sở (chiếm 50%) biết về phương pháp TLHĐ nhưng chỉ có 1/8 cơ sở có sử dụng phương pháp TLHĐ. Tuy nhiên, khi tiến hành tìm hiểu vấn đề trên thông qua đội ngũ cán bộ, giáo viên, kết quả khảo sát cho thấy đa số cán bộ/giáo viên (chiếm 88,1% tổng số khách thể) nói rằng cơ sở nơi họ làm việc có sử dụng phương pháp TLHĐ, chỉ có 10 người (chiếm 11,9%) không sử dụng phương pháp này. Nguồn thông tin về phương pháp điều trị hoạt động được các cán bộ/giáo viên tiếp cận chủ yếu thông qua nghe người khác là phụ huynh, bạn bè, người thân, đồng nghiệp ($M=1,62$), từ các phương tiện truyền thông như: báo chí, đài, Internet ($M=1,29$) và tham gia các buổi tập huấn về TLHĐ ($M=1,27$). Bên cạnh đó, các cán bộ, giáo viên cho rằng, họ đã từng tham gia chương trình đào tạo về TLHĐ, tại nơi họ đang công tác được lựa chọn nhiều nhất ($M=0,54$) và từ các chương trình hội thảo, tập huấn về TLHĐ ($M=0,37$); nhiều người trả lời chưa từng tham gia chương trình nào về TLHĐ ($M=0,37$).

Kết quả nghiên cứu trên phản ánh rằng các cán bộ, giáo viên có thể đang chưa thực sự hiểu rõ về TLHĐ. Trong quá trình can thiệp trẻ RLPT, tại một số cơ sở, cán bộ có sử dụng đến các bài tập trong TLHĐ như: điều hòa cảm giác, kĩ năng vận động tinh, kĩ năng vận động thô,... Tuy nhiên, đó không phải là phương pháp TLHĐ. Khi được hỏi về TLHĐ gồm những hoạt động nào, có 3 hoạt động được các cán bộ, giáo viên lựa chọn nhiều nhất là: các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày ($M=0,87$); hoạt động chơi ($M=0,73$) và hoạt động tham gia vào xã hội

($M=0,56$). Hoạt động ít được lựa chọn nhất là hoạt động làm việc ($M=0,33$). Có thể thấy, đội ngũ cán bộ/giáo viên can thiệp chưa thực sự hiểu và nhận biết đầy đủ về TLHĐ, chưa hiểu đầy đủ về các nội dung trong TLHĐ có thể sử dụng để can thiệp cho trẻ RLPT cũng như việc chưa được cung cấp thông tin chính thống về phương pháp này trong trị liệu cho trẻ RLPT.

Về việc sử dụng phương pháp TLHĐ tại các cơ sở, nhằm tiếp tục tìm hiểu và nghiên cứu sâu hơn về thực trạng sử dụng phương pháp TLHĐ trong can thiệp cho trẻ RLPT, thông qua bảng hỏi, chúng tôi tìm hiểu về mức độ sử dụng phương pháp TLHĐ cho trẻ trong các cơ sở can thiệp trẻ RLPT. Cán bộ, giáo viên các cơ sở sử dụng phương pháp TLHĐ nhiều nhất để can thiệp cho trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý ($M=0,74$), chậm (trễ) về phát triển ($M=0,69$) và rối loạn phổ tự kỉ ($M=0,60$). TLHĐ có áp dụng cho cả can thiệp cá nhân và nhóm, trong đó can thiệp cá nhân (chiếm 60,5%), được sử dụng nhiều hơn so với can thiệp nhóm (chiếm 45,3%).

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn cho thấy cán bộ, giáo viên các cơ sở tự tin trong việc sử dụng phương pháp TLHĐ trong can thiệp cho trẻ RLPT (chiếm 50%); nhưng cũng có 10,7% cán bộ, giáo viên hoàn toàn không tự tin khi sử dụng phương pháp này. Về độ tuổi được sử dụng phương pháp TLHĐ, theo các cán bộ/giáo viên tại các cơ sở, có 3 độ tuổi được sử dụng phương pháp này nhiều nhất là từ 3-5 tuổi 11 tháng ($M=0,74$); từ 6-9 tuổi 11 tháng ($M=0,38$) và từ 0-2 tuổi 11 tháng ($M=0,36$). So sánh với các nước khác trên thế giới sử dụng phương pháp TLHĐ thì thấy rằng nhận thức về độ tuổi sử dụng phương pháp TLHĐ là như nhau đều dành cho nhiều lứa tuổi và khảo sát cho thấy các nhà hoạt động trị liệu cung cấp dịch vụ này cho trẻ tự kỉ nhỏ nhiều hơn so với thanh thiếu niên.

Tìm hiểu những kĩ năng mà các cán bộ, giáo viên sử dụng phương pháp TLHĐ để dạy trẻ, có 3 kĩ năng được lựa chọn ở mức độ cao nhất là kĩ năng vận động thô ($M=2,30$); kĩ năng vận động tinh ($M=2,25$) và kĩ năng tương tác xã hội ($M=2,05$). Khi hỏi về việc sử dụng phương pháp này tại các cơ sở, phần lớn các cán bộ, giáo viên cho rằng đây chỉ là một phương pháp hỗ trợ (chiếm tỉ lệ 58,1%); chỉ có 14% số cán bộ, giáo viên được hỏi cho rằng có sử dụng phương pháp này như một phương pháp can thiệp chính (xem *bảng 3*).

Việc hiểu, nắm rõ quy trình TLHĐ phản ánh mức độ nhận thức và thực trạng sử dụng phương pháp này của cán bộ, giáo viên các cơ sở. Do đó, nhóm nghiên cứu đã tiến hành tìm hiểu cụ thể nhận thức của họ về quy trình sử dụng TLHĐ của các cán bộ, giáo viên tại

Bảng 3. Nhận thức của cán bộ, giáo viên tại các cơ sở can thiệp cho trẻ RLPT về phương pháp TLHĐ

Nhận thức của cán bộ, giáo viên về hoạt động trị liệu	Hoàn toàn sai	Không rõ	Hoàn toàn đúng
TLHĐ có thể sử dụng để can thiệp trong các môi trường khác nhau (VD: nhà, trường học, bệnh viện, cộng đồng...).	1,2%	15,9%	82,9%
TLHĐ chỉ sử dụng được cho cá nhân	56,1%	25,6%	18,3%
Về quy trình, TLHĐ gồm 3 bước lớn bao gồm đánh giá, can thiệp và hướng tới (đánh giá) kết quả	3,7%	39,0%	57,3%
Quá trình đánh giá được thực hiện bởi nhà TLHĐ (người được đào tạo chuyên sâu về TLHĐ)	11,0%	26,8%	62,2%
Quá trình đánh giá tập trung tìm hiểu nhu cầu và mong muốn của trẻ, xác định những gì trẻ có thể làm và đã làm được, và xác định những yếu tố giúp hỗ trợ hoặc gây trở ngại tới sự khoẻ mạnh và sự tham gia của trẻ.	3,7%	37,8%	58,5%
Quá trình can thiệp được chia thành 3 bước lần lượt là: lên kế hoạch can thiệp, thực hiện can thiệp và xem xét lại can thiệp	8,5%	31,7%	59,8%
TLHĐ cùng với điều hoà cảm giác không nên sử dụng trong can thiệp cho trẻ tự kỉ	70,7%	26,8%	2,4%

các cơ sở. Điều đáng mừng là đa số cán bộ, giáo viên có kiến thức chung đúng về việc TLHĐ, ví dụ cụ thể như việc có thể sử dụng phương pháp này để can thiệp trong các môi trường khác nhau: nhà, trường học, bệnh viện (82,9% chọn *Hoàn toàn đúng*); Quá trình đánh giá tập trung tìm hiểu nhu cầu và mong muốn của trẻ, xác định những gì trẻ có thể làm và đã làm được và xác định những yếu tố giúp hỗ trợ hoặc gây trở ngại tới sự khoẻ mạnh và sự tham gia của trẻ (58,5% chọn *Hoàn toàn đúng*) và về quy trình TLHĐ gồm 3 bước lớn gồm đánh giá, can thiệp và hướng tới (đánh giá) kết quả (57,3% chọn *Hoàn toàn đúng*). Tuy nhiên, bên cạnh đó vẫn còn một số lượng đáng kể cán bộ, giáo viên hiểu sai hoặc không rõ về một số nội dung, quy trình cơ bản của phương pháp TLHĐ. Điều này được thể hiện qua tỉ lệ (%) số người lựa chọn *Hoàn toàn sai* hoặc *Không rõ* được trình bày cụ thể trong bảng 3.

Việc nhận thức chưa đúng và chưa đầy đủ về phương pháp TLHĐ có thể dẫn đến việc sử dụng phương pháp này trong các cơ sở dường như chưa được thực hiện một cách chính thống và bài bản. Việc sử dụng mới chỉ dừng lại ở một số khía cạnh nhất định của phương pháp TLHĐ.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy rằng với phương pháp TLHĐ, cán bộ, giáo viên tại các cơ sở can thiệp trẻ RLPT hiện chưa được đào tạo chính thống và họ chưa hiểu một cách đầy đủ về

phương pháp này. Do đó, việc cung cấp kiến thức về phương pháp TLHĐ cho đội ngũ cán bộ, giáo viên các cơ sở là điều cần thiết.

Tuy nhiên, do bằng chứng khoa học về hiệu quả của TLHĐ đối với trẻ RLPT như trẻ tự kỉ còn thiếu, cần có thêm bằng chứng khoa học toàn diện rõ ràng hơn [15], [16]. Do đó, các nhà chuyên môn, các cơ sở nên xem xét và cân nhắc kĩ lưỡng việc lựa chọn sử dụng phương pháp này trong can thiệp cho trẻ. Hơn nữa, trước khi sử dụng phương pháp này, cần lưu ý về vấn đề cán bộ/giáo viên cần phải được đào tạo chính thống và bài bản, vấn đề đảm bảo về nội dung và thực hiện đầy đủ theo quy trình: đánh giá, can thiệp, giám sát và hướng tới kết quả nhằm mục tiêu vì sự tiến bộ của trẻ trong từng giai đoạn và trong suốt quá trình can thiệp. □

Tài liệu tham khảo

- [1] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5*. American Psychiatric Association.
- [2] Boyle, C. A., Boulet, S. - Schieve L. A. - Cohen, R. A. - Blumberg, S. J., Yeamgin-Allsopp, M... & Kogan, M. D (2011). *Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008*. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042.
- [3] Đậu Tuấn Nam - Vũ Hải Vân (2015). *Chính sách đối với trẻ tự kỉ ở Việt Nam hiện nay*. Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam, số 11/2015, tr 96.
- [4] Ethridge, D. A., - Johnson, J. A (2013). *Developmental disabilities: A handbook for occupational therapists*. Routledge.
- [5] Case-Smith, J. (2013). Systematic reviews of the effectiveness of interventions used in occupational therapy early childhood services. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), pp. 379-382.
- [6] Majnemer, A., Shevell, M. I., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M (2002). *Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays*. *Child: care, health and development*, 28(1), pp. 29-37.
- [7] McLennan, J. D., Huculak, S., & Sheehan, D. (2008). *Brief report: Pilot investigation of service receipt by young children with autistic spectrum disorders*. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(6), pp. 1192-1196.
- [8] Watling, R., Deitz, J., Kanny, E. M., & McLaughlin, J. F. (1999). *Current practice of occupational therapy for children with autism*. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), pp. 498-505.
- [9] Stahmer, A. C., Collings, N. M., & Palinkas, L. A. (2005). *Early intervention practices for children with autism: Descriptions from community providers*. *Focus*

(Xem tiếp trang 13)

định chất lượng đào tạo của nhà trường đã đáp ứng được nhu cầu phát triển xã hội [1]. Một trong những chiến lược phát triển của Khoa GDĐB, Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương là luôn bổ sung, chỉnh sửa chương trình đào tạo ngành GDĐB để đáp ứng nhu cầu xã hội trong từng giai đoạn. Trước nhu cầu nguồn nhân lực về TLHĐ cho TKT ở Việt Nam nói riêng, thế giới nói chung là rất lớn, để nâng cao hơn nữa chất lượng đào tạo đáp ứng nhu cầu xã hội hiện nay, Khoa GDĐB đã định hướng xây dựng chương trình đào tạo về chuyên ngành TLHĐ, đây là một hướng đi đúng đắn và kịp thời.

Có thể chỉ ra một số điều kiện để định hướng mở mã ngành TLHĐ trong thời gian tới như: - Xin phép mở mã ngành; - Xây dựng chương trình khung; Cần xác định rõ mục tiêu đào tạo chung và cụ thể theo chuẩn đầu ra; thời gian đào tạo; khối lượng kiến thức toàn khóa; đối tượng tuyển sinh; quy trình đào tạo, điều kiện tốt nghiệp; thang điểm; khung chương trình đào tạo và Mô tả tóm tắt nội dung học phần; - Phối hợp xây dựng hoặc xin ý kiến góp ý của chuyên gia về chương trình đào tạo mới xây dựng; - Tăng cường hợp tác, nghiên cứu và liên kết đào tạo với các cơ sở đào tạo trong và ngoài nước trong việc triển khai đào tạo chuyên ngành TLHĐ; - Đầu tư cơ sở vật chất, bổ sung thêm các trang thiết bị, đồ dùng đặc thù, bổ sung thêm nguồn tài liệu, giáo trình phục vụ cho việc dạy và học ngành TLHĐ.

Định hướng phát triển chuyên ngành TLHĐ ở Khoa GDĐB, Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng đào tạo để đáp ứng nhu cầu xã hội là một hướng đi đúng đắn mang tính đón đầu trong giai đoạn hiện nay. □

Tài liệu tham khảo

- [1] Nguyễn Thị Hạnh (2016). *Nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực ngành Giáo dục Đặc biệt đáp ứng nhu cầu xã hội ở Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương*. Tạp chí Giáo dục (Số đặc biệt - kì 2 tháng 6/2016, tr 26-30).
- [2] Hoàng Thị Nga (2016). *Thay đổi chương trình đào tạo giáo viên giáo viên Giáo dục Đặc biệt trình độ đại học đáp ứng nhu cầu giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật*. Tạp chí Giáo dục (Số đặc biệt - kì 2 tháng 6/2016, tr 49-51).
- [3] Bộ GD-ĐT (2005). *Báo cáo khảo sát giáo dục trẻ khuyết tật*.
- [4] Lê Thị Thúy Hằng (2016). *Phát triển năng lực giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật cho đội ngũ giáo viên mầm non*. Tạp chí Giáo dục (Số đặc biệt - kì 2 tháng 6/2016, tr 42-45).
- [5] Lê Thị Thúy Hằng (2016). *Phát triển năng lực giáo dục hòa nhập trong chương trình đào tạo giáo*

viên. Tạp chí Giáo dục (Số đặc biệt - kì 2 tháng 6/2016, tr 33-37).

[6] Nguyễn Xuân Hải (2015). *Phát triển nguồn nhân lực Giáo dục Đặc biệt ở Việt Nam theo hướng tiếp cận năng lực nghề nghiệp*. Kỷ yếu hội thảo khoa học 20 năm giáo dục học sinh khuyết tật Việt Nam - Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam (tr 65-67).

[7] American Occupational Therapy Association (1982). *Occupational therapy for sensory integrative dysfunction*. American Journal of Occupational Therapy.

[8] Elaine Wilson, Helen Edwards, Joanna Nicklin and Jenny Bennett with Catherine McDerment (1998). *Occupational Therapy for Children with Special Needs*. Whurr Publishers Ltd, England.

Thực trạng sử dụng trị liệu hoạt động...

(Tiếp theo trang 10)

on Autism and Other Developmental Disabilities, 20 (2), pp. 66-79.

[10] Miller, L. J., Coll, J. R., & Schoen, S. A. (2007). *A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder*. American Journal of Occupational Therapy, 61(2), pp. 228-238.

[11] Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G., & Lowe, S. (2014). *Early Intervention in Children (0-6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role*. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 24(2), pp. 72-80.

[12] Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, J. (2014). *Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities*. Australian occupational therapy journal, 61 (2), pp. 110-120.

[13] Chu, S. (2003). *Occupational therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey on the level of involvement and training needs of therapists*. The British Journal of Occupational Therapy, 66(5), pp. 209-218.

[14] Simpson, D. (2015). *Coaching as a family-centred, occupational therapy intervention for autism: a literature review*. Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 8(2), pp. 109-125.

[15] Tanner, K., Hand, B. N., O'Toole, G., & Lane, A. E. (2015). *Effectiveness of interventions to improve social participation, play, leisure, and restricted and repetitive behaviors in people with autism spectrum disorder: A systematic review*. American Journal of Occupational Therapy, 69(5), 6905180010p1-6905180010p12.

[16] Occupational Therapy Practice Framework. *Domain & process 3rd edition*.