

PHÁT HIỆN SỚM, CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HOÀ NHẬP TRẺ TỰ KỶ

ĐẶNG LỘC THỌ*

Ngày nhận bài: 09/08/2016; ngày sửa chữa: 10/08/2016; ngày duyệt đăng: 11/08/2016.

Abstract: Autism spectrum disorders - ASD is a matter of concern in many countries, including Vietnam. Currently, early diagnosis, early intervention and inclusive education for autistic children have been attracting a lot of researchers, educators and psychologists, managers and parents all over the world. The article gives an overview of some recent studies on autistic children through three following themes: early diagnosis, early intervention and inclusive education for autistic children. Those are believed to achieve their optimum development through early diagnosis, early intervention (as early as possible) and inclusive education. Some studies have focused on researching tools for early diagnosis and methods of early intervention and inclusive education for autistic children. Obviously, there has been evidence indicating the importance of early diagnosis. Studies have come to conclusion that the earlier the diagnosis and intervention are, the more achievements of development autistic children can have, and the more chances they have toward early inclusiveness.

Keywords: Early diagnosis, early intervention, autistic children, inclusive education, development.

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 tự kỷ* (TTK) ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Việc xác định đúng loại khuyết tật, qua đó đưa ra được hướng can thiệp sớm, giáo dục hoà nhập kịp thời và phù hợp sẽ giúp các trẻ phát triển.

Tự kỷ (TK) là một 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. TK 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... Tỷ lệ trẻ được phát hiện và chẩn đoán mắc TK mỗi năm có chiều hướng gia tăng, nhiều công trình nghiên cứu đang tiến hành với mong muốn tìm ra bản chất của TTK, nguyên nhân gây nên TK và phương pháp giáo dục phù hợp. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có số liệu chính thức về tỉ lệ mắc TK. Tuy nhiên, theo Bệnh viện Nhi Trung ương hiện nay, số trẻ đến khám và chẩn đoán TK tăng nhanh. Nghiên cứu sàng lọc TK ở trẻ 18-24 tháng tuổi tại Thái Bình (năm 2011) cho thấy tỉ lệ mắc TK là 4,6 trẻ/1000 trẻ sơ sinh sống.

Báo cáo của California Institute of Behavior of Analysis - USA đã chỉ ra rằng việc Phát hiện sớm và can thiệp sớm hành vi bất thường có thể cải thiện điều kiện sống của hầu hết các TTK. Một vài năm trở lại đây, các công trình nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra các thành tựu đạt được trong can thiệp sớm có thể được duy trì và tiếp tục phát triển trong các năm tiếp theo. Hầu hết, TTK được giáo dục trong hệ thống

trường công lập, thông thường trong các lớp học thường xuyên, cả ngày hoặc nửa ngày. Thách thức lớn nhất là sự cần thiết phải có phối hợp giữa các chuyên gia khác nhau tham gia vào việc can thiệp sớm và giáo dục hoà nhập TTK, dựa trên bằng chứng và thực tiễn quản lí hành vi cũng như việc cần chú ý hơn tới việc phát triển tình cảm - xã hội của TTK. Sử dụng kết hợp với thuốc theo đơn kê của bác sĩ có thể hữu ích trong việc quản lí một số hành vi liên quan với TK, nhưng thuốc chỉ có vai trò tối thiểu trong kế hoạch can thiệp tổng thể TTK bị mà thôi.

Có 3 câu hỏi đặt ra về phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục hoà nhập TTK: - Sử dụng công cụ nào để phát hiện sớm TTK? - Phương pháp nào can thiệp sớm TTK sẽ mang lại hiệu quả cao? - TTK có thể hoà nhập được hay không nếu trẻ không được phát hiện sớm và can thiệp sớm? Bài viết cung cấp cái nhìn tổng quan, đề cập các bằng chứng gần đây về:

1. Phát hiện sớm TTK

Để phát hiện sớm TTK hiện tại có các công cụ như: Danh sách kiểm tra TK ở trẻ em (CHAT), CHAT Modified- (M-CHAT), sàng lọc thử nghiệm TK ở trẻ em (STAT), Pervasive Developmental Screening Test-II (PDDST-II). Trong các công cụ phát hiện sớm TTK trên thì CHAT là công cụ duy nhất được nghiên cứu trên nhóm mẫu rất lớn (n= 16 235) nên nó cho kết quả phân tích với các giá trị dự đoán có độ tin cậy cao.

CHAT được thiết kế để sử dụng cho trẻ từ 18 tháng tuổi; sử dụng kết hợp 2 phương pháp quan sát và phỏng vấn trực tiếp phụ huynh. CHAT tập trung vào 3 mục chính dự đoán TK ở 18 tháng tuổi: theo

* Trưởng Cao đẳng Sư phạm Trung ương

dõi ánh mắt, chỉ tay và chơi giả vờ. M-CHAT dùng để sàng lọc TTK khi khám sức khỏe tổng quát định kì lúc trẻ 24 tháng tuổi được thực hiện bởi các bác sĩ nhi hoặc bác sĩ gia đình với nhóm mẫu lớn (n = 1122) hoặc khi thấy trẻ có sự chậm trễ về ngôn ngữ hoặc trẻ về phát triển khác. Nghiên cứu CHAT, M-CHAT để nhấn mạnh rằng nhiều trẻ em TK đang phát triển có thể bị bỏ qua việc phát hiện sớm nếu không sử dụng các công cụ này.

STAT được sử dụng để sàng lọc cho trẻ em từ 2-3 tuổi, quan sát các mối quan hệ của trẻ trong hoạt động vui chơi để phát hiện TTK. Dữ liệu nghiên cứu được khuyến khích với nhóm mẫu không lớn (12 trẻ em bị TK và 21 trẻ mắc rối loạn phát triển khác).

Với sự ra đời của các công cụ chẩn đoán tiêu chuẩn hóa như DSM-IV, DSM-5, ICD-10 thì cũng có những công cụ phát hiện sớm TTK căn cứ vào các chỉ thông qua các bảng hỏi, các thang đánh giá không chính thức dành cho các giáo viên, phụ huynh của trẻ. Trên thế giới hiện nay vẫn sử dụng công cụ ADI-R để chẩn đoán TK thông qua phỏng vấn, sử dụng công cụ ADOS-G để chẩn đoán TK qua quan sát. Các chuyên gia lâm sàng hiện nay đều phát hiện, chẩn đoán TK với kết quả đáng tin cậy khi trẻ 3 tuổi, thậm chí khi trẻ 2 tuổi. Tuy nhiên bằng chứng cho thấy, hầu hết TTK không được phát hiện, chẩn đoán trước khi lên 4 tuổi. Bằng chứng trong nghiên cứu của Susan E Bryson, Sally J Rogers và Eric Fombonne công bố tháng 9/2013 cho thấy, dấu hiệu TK xuất hiện rõ ràng trong vòng 2 năm đầu tiên của cuộc sống thu được từ nhiều nguồn thông tin như: báo cáo của phụ huynh, các đoạn video quay về trẻ và các nghiên cứu trường hợp của các trẻ sau khi được chẩn đoán mắc TK. Bằng chứng cũng xuất phát từ một nghiên cứu có hệ thống của 41 trẻ sơ sinh có nguy cơ cao (tất cả đều có một người anh/em bị TK) trong đó có 4 trẻ có những dấu hiệu TK khác biệt ở độ tuổi 18 tháng. Nghiên cứu cũng chỉ ra tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và giá trị của việc can thiệp sớm TTK sẽ giúp trẻ sớm hòa nhập cộng đồng.

Tại Việt Nam, các chuyên gia y tế cũng đưa ra 5 dấu hiệu "cờ đỏ" cảnh báo trẻ có nguy cơ TK, đó là: - Không bập bẹ khi 12 tháng tuổi; - Không biết chỉ tay, vẫy tay, hôn gió... hoặc không có cử chỉ điệu bộ giao tiếp phù hợp khi 12 tháng tuổi; - Không nói từ đơn khi 16 tháng tuổi; - Không nói từ đôi khi 24 tháng tuổi; - Trẻ bị mất đi kĩ năng (KN) ngôn ngữ hoặc KN giao tiếp xã hội đã có ở bất kì lứa tuổi nào. *Trẻ dưới 12 tháng quan sát dựa vào dấu hiệu:* Không cười to, không thể hiện thích thú khi có kích thích xã hội lúc 6 tháng;

không đáp ứng tương tác bằng âm thanh, nụ cười hoặc biểu hiện nét mặt, gờ tay đòi bế lúc 9 tháng tuổi.

Việt Nam đang sử dụng một số công cụ sau để sàng lọc, chẩn đoán, đánh giá TTK: - *Thang sàng lọc TK cho trẻ nhỏ* (Modified checklist for Autism in Toddler: M-CHAT); - *Thang đánh giá mức độ TK ở trẻ* (Childhood Autism Rating Scale - CARS): CARS được dùng cho trẻ > 2 tuổi, đã có chẩn đoán TK để xác định mức độ nặng nhẹ của TK, người đánh giá thường là các nhà tâm lí và bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm về phát triển trẻ em; - *Thang DBC - P* (Developmental Behaviour Checklist): Thang DBC - P dành cho những trẻ khó chẩn đoán vì TTK thường kết hợp hoặc khó phân biệt với một số các rối loạn hành vi cảm xúc khác. Thang này gồm 96 mục chia làm 5 nhóm biểu hiện (1. *Xung động và chống đối*; 2. *Hành vi tự thỏa mãn*; 3. *Rối loạn giao tiếp*; 4. *Rối loạn lo âu*; 5. *Rối loạn giao tiếp. Ngoài ra còn biết điểm TK của trẻ, điểm về hành vi rối loạn phát triển chung*); - *PEP - R* (Psycho Educational Profile): Trong giáo dục thường sử dụng PEP-R để đánh giá mức độ phát triển, các đặc điểm về học tập, hành vi của TTK và trẻ khuyết tật phát triển đồng thời nó cũng dùng để xây dựng kế hoạch can thiệp cho TTK.

2. Can thiệp sớm TTK

Nhiều quan điểm về TK đã được sửa đổi hoàn toàn bởi các nghiên cứu được công bố trong vòng 20 năm qua, trước đây người ta cho rằng trẻ bị TK là do sự vô tâm của cha mẹ, vì vậy hướng tiếp cận can thiệp sẽ thay đổi điều chỉnh người mẹ. Những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra, TTK khởi phát do các yếu tố tâm sinh lí sau sinh không còn được chấp nhận nữa. Tuy nhiên các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nhiều yếu tố sinh học khác nhau như: sự phát triển bất thường của não bộ, bất thường về sinh hóa thần kinh, các yếu tố di truyền,... Nhưng đa số các trường hợp TTK đều không tìm được một nguyên nhân rõ ràng, vì vậy nghiên cứu về hướng can thiệp TTK cũng thay đổi nhằm giúp TTK sớm hòa nhập cộng đồng. Các TTK được phát hiện sớm, can thiệp sớm có nhiều cơ hội được giáo dục hòa nhập và hòa nhập cộng đồng hơn các trẻ không được tham gia chương trình.

2.1. Nguyên tắc can thiệp sớm

Can thiệp sớm ngay khi được phát hiện, chương trình được thiết lập tùy mức độ TK và mức độ phát triển của trẻ. Can thiệp kiên trì, đều đặn tại các trung tâm giúp phục hồi chức năng và phối hợp huấn luyện tại nhà.

Nhóm can thiệp có thể là: bác sĩ Tâm thần kinh, bác sĩ Nhi khoa, bác sĩ Phục hồi chức năng, chuyên

gia Tâm lí, Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu, Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, Giáo viên chuyên biệt và cha mẹ trẻ.

2.2. Các phương pháp can thiệp TTK

2.2.1. Các phương pháp can thiệp đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới: - *Phương pháp giao tiếp và thay đổi hành vi (Behavioral modification and communication approaches - BMC):* Giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC- Augmentative /Alternative Communication); Hệ thống giao tiếp qua tranh ảnh (PECS - Picture Exchange Communication System); Phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA- Applied Behavior Analysis); Điều trị và giáo dục TTK 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); Phương pháp cùng chơi với trẻ (Floor time); - *Phương pháp y - sinh học và dinh dưỡng (Dietary and biomedical approaches - DBA):* Điều trị bằng chế độ dinh dưỡng và thuốc; - *Các phương pháp bổ sung, bù trừ (Complementary approaches - CA):* 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 tăng khả năng kết hợp từ), bằng kĩ thuật (giúp trẻ diễn tả bản thân mình bằng cách không dùng lời nói nhưng sử dụng 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 điều hợp vận động, tăng cảm giác an toàn, tự tin.

2.2.2. Rèn luyện KN giao tiếp sớm và trị liệu ngôn ngữ: - *KN tập trung:* Là khả năng chú ý vào người, vật hoặc hoạt động (bao gồm: nhìn, lắng nghe, thời gian, suy nghĩ); - *KN 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. KN này gồm: Những cử động trên mặt, các hoạt động, 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, người lớn làm mẫu việc cần làm; - *KN chơi:* Chơi là cách trẻ học, tìm hiểu môi trường xung quanh; chơi có luật lệ với người, vật, hành động hoặc với trẻ khác; chơi bao gồm việc tưởng tượng, nhắc lại nhiều lần... Thông qua các trò chơi, trẻ học được các KN chủ yếu để giao tiếp, sự vận động não sẽ thúc đẩy nhanh hơn quá trình phục hồi; - *KN 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. Cử chỉ 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; - *KN xã hội và sử dụng ngôn ngữ:* Là khả năng của trẻ xây dựng mối quan hệ với mọi người, bao gồm: đáp ứng, chú ý và chia sẻ sự chú ý; sử dụng giao tiếp một cách có ý nghĩa, có đối đáp; là một thành viên của nhóm; - *KN 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 3 từ; hiểu các câu khó, từ diễn tả; - *KN 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.

2.2.3. Can thiệp hành vi: Phát hiện sớm và can thiệp hành vi tập trung (Early Detection and Intensive Behavioral Intervention) là phương pháp đã được chứng minh hiệu quả. Can thiệp hành vi bằng phương pháp Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavior Analysis - viết tắt là ABA) để tìm nguyên nhân, tần xuất, hậu quả để loại bỏ hành vi xấu nếu có thể, thay thế bằng hành vi mới. Chương trình gồm 100 bài từ đơn giản đến phức tạp của tác giả Catherin Maurice. Thiết lập chương trình: chọn 1-10 bài, mỗi bài chọn 1-3 tiết mục sắp xếp vào phiếu can thiệp hành vi; đánh giá: sử dụng thang điểm 1, 2, 3; thời gian can thiệp: 60 phút/ngày, tốt nhất 40 giờ/tuần trong 1-3 năm liên tục sau khi phát hiện TK.

Người thực hiện: Kỹ thuật viên, giáo viên, gia đình sau khi được huấn luyện.

2.2.4. Điều hòa 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 TTK 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.

2.2.5. Huấn luyện về nhìn: Bài tập giao tiếp bằng mắt liên tục thực hiện 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 nhìn vào vật ta đang dạy.

2.2.6. 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 ($\leq 1000\text{Hz}$, phút kế tiếp $\geq 1000\text{Hz}$); 2) Xóa những tần số đặc biệt dựa trên biểu đồ âm, loại bỏ những âm khó chịu.

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

2.2.8. Sử dụng thuốc: Với một số TTK có nhiều hành vi bất thường, cần kết hợp điều trị bằng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ. Các loại thuốc như: thuốc giảm tăng động (Clonidin $\frac{1}{2}$ đến 1 viên/ngày), thuốc giảm hưng tính (Haloperidol, ít dùng), điều chỉnh cảm xúc (Tegretol 10mg/kg/ ngày), điều trị kém tập trung (Fluoxetine), động tác lặp lại định hình (Zolof), thuốc tăng cường tuần hoàn não (Cerebrolysin 0,2/ kg/ngày/ 20 ngày)...

Tóm lại, không có phương pháp can thiệp nào là tốt nhất và phù hợp với mọi TTK. Mỗi phương pháp sẽ theo hướng tiếp cận can thiệp một lĩnh vực hay một vài khía cạnh riêng biệt cho TTK và mỗi TTK là một cá thể riêng biệt. Vì vậy, để nâng cao hiệu quả công tác can thiệp sớm cho TTK cần được phát hiện sớm và can thiệp càng sớm càng tốt theo một kế hoạch giáo dục cá nhân riêng. Mỗi một giai đoạn phát triển của TTK cần ưu tiên chọn lựa các phương pháp can thiệp phù hợp sẽ nâng cao hiệu quả can thiệp. Nên phối hợp nhiều phương pháp khác nhau, nhiều chuyên gia khác nhau để xây dựng 1 kế hoạch giáo dục cá nhân cho TTK toàn diện, tích cực, thống nhất và dài hạn.

3. Giáo dục hòa nhập TTK

Hệ thống trường công lập được quan tâm đặc biệt, bởi vì TTK nói riêng và trẻ em nói chung đều có thể học và phát triển được. TTK là trẻ em có quyền được tham gia và phát triển. Gia đình, trường học và xã hội phải tạo ra được môi trường thích ứng nhất để trẻ rối loạn phổ TK có cơ hội được phát triển ngay từ giai đoạn sớm nhất. Nếu nhìn nhận trẻ em trong tính đa dạng và sự khác biệt, chúng tôi cho rằng TTK có những đặc điểm riêng với nhu cầu và khả năng riêng. Nếu chú ý tác động, không bỏ qua một giai đoạn phát triển nào của trẻ thì cơ hội để hòa nhập và phát triển sau này sẽ trở nên tích cực hơn. Giai đoạn phát triển sớm (trước 6 tuổi) được coi là cửa sổ của quá trình phát triển. Các cha mẹ có con rối loạn phổ TK không nên

bỏ qua giai đoạn phát triển sớm để phối hợp cùng trường học thực hiện các chương trình can thiệp sớm giáo dục và giáo dục hòa nhập cho trẻ.

Công tác giáo dục hòa nhập TTK trong lớp học thường xuyên mang đến những thách thức. Để giúp TTK hòa nhập và phát triển đòi hỏi các nhà giáo dục/giáo viên phải có được những kiến thức, KN cơ bản cần thiết về TTK 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 TTK. Nội dung can thiệp sớm TTK 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 và tham khảo ý kiến phụ huynh. Sau đó, giáo viên và phụ huynh theo kế hoạch này để can thiệp cho TTK. IEP này sẽ được sửa đổi theo nhu cầu học tập cá nhân phù hợp với đặc điểm của mỗi đứa trẻ, các giáo viên hỗ trợ thực hiện chương trình và quản lý các vấn đề về hành vi.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng không có chương trình giáo dục hòa nhập duy nhất phù hợp với tất cả các TTK chính vì vậy để nâng cao hiệu quả công tác giáo dục hòa nhập TTK cần điều chỉnh mục tiêu, nội dung, phương pháp, cách tổ chức, môi trường hòa nhập cho TTK. Một số biện pháp can thiệp giải quyết những vấn đề lớn đã mang lại hiệu quả trong công tác giáo dục hòa nhập TTK như nâng cao nhận thức về TTK, giảng dạy có cấu trúc và quản lý hành vi TTK trong môi trường hòa nhập, phát triển KN xã hội và phát triển của KN sống cho TTK. Những phương pháp can thiệp và giáo dục TTK này đã được chứng minh là mang lại lợi ích đáng kể khi so sánh với các phương pháp thông thường, ít có cấu trúc và ít có hệ thống để dạy TTK. Sử dụng rộng rãi hơn của các can thiệp dựa trên bằng chứng cho TTK sẽ làm được gì nhiều, để đảm bảo rằng lợi ích phát triển được thực hiện trong các chương trình can thiệp sớm được duy trì và rằng các em sẽ tiếp tục phát triển những KN mới trong các năm học.

Để nâng cao hiệu quả công tác giáo dục hòa nhập TTK, nên phát triển các KN sau: - *KN 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; - *KN xã hội:* Có thể luân phiên trong các hoạt động; có

(Xem tiếp trang 95)

não, chậm phát triển trí tuệ như: trung tâm phục hồi chức năng tại các thành phố lớn, các tỉnh; các khoa phục hồi chức năng của các bệnh viện Trung ương/tỉnh; các trường giáo dục đặc biệt/trung tâm giáo dục đặc biệt tư nhân tại các thành phố lớn/tỉnh.

Bài viết đã cung cấp một cái nhìn tổng quan về trẻ bại não qua ba nội dung: các vấn đề liên quan đến vận động đối với trẻ bại não, phát hiện sớm, vận động trị liệu. Ba nội dung này có vai trò rất quan trọng đối với gia đình trẻ và xã hội nhằm khắc phục những khiếm khuyết, giảm thiểu khuyết tật thứ phát và trẻ phát triển theo hướng dễ dàng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng.

Cần tăng cường phòng ngừa bại não ở trẻ: Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm các bệnh lí của bà mẹ và tình trạng bất thường của thai gây tổn thương não của trẻ; nâng cao chất lượng cấp cứu trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế xã, huyện, tỉnh là biện pháp tích cực nhất nhằm giảm thiểu tỉ lệ trẻ bại não; khám theo dõi thường quy trẻ sơ sinh có nguy cơ cao hàng quý trong 12 tháng đầu đời có thể phát hiện sớm bại não.

Cộng đồng xã hội (y tế, giáo dục, các ban ngành khác) có sự hỗ trợ trong trị liệu hoạt động cho trẻ bại não: Các tỉnh cần có Trung tâm phục hồi chức năng cho người khuyết tật, các trường giáo dục đặc biệt/trung tâm giáo dục đặc biệt mà người bại não có thể tham gia. □

Tài liệu tham khảo

- [1] *Giáo trình Vật lí trị liệu phục hồi chức năng 2000*. NXB Y học.
- [2] Trần Thị Thu Hà (2002). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não*. NXB Y học.
- [3] 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.
- [4] Hà Hoàng Kiệm (2005). *Phục hồi chức năng cho trẻ bại não*. NXB Y học.
- [5] Phạm Thị Nguyên (2013). *Nghiên cứu thực trạng trẻ bại não từ 0-60 tháng tuổi tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Nhi Trung ương*. Tạp chí Y học thực hành, số 6/2013, tr 37-40.
- [6] Ma. Lucia Mirasol Magallona (2005). *Manual for CBR workers and Caregivers*. C&E Publishing Inc.

Phát hiện sớm, can thiệp sớm...

(Tiếp theo trang 90)

thể chờ đợi một cách trật tự; có thể 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; - *KN học đường*: Học được thông qua quan sát người khác; có thể hoàn thành công việc đòi hỏi phải ngồi một chỗ một cách tự lập; có thể gờ 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; - *KN 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.

Các TTK nếu được phát hiện sớm và can thiệp sớm trước 3 tuổi thì khả năng hòa nhập của trẻ sẽ tốt hơn rất nhiều so với những TTK không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, các TTK này sẽ có ít cơ hội hơn trong việc được tham gia học hòa nhập và hòa nhập cộng đồng.

Bài viết đã cung cấp một cái nhìn tổng quan của một vài nghiên cứu gần đây về TTK qua ba nội dung: phát hiện sớm, can thiệp sớm, giáo dục hoà nhập

TTK. Ba nội dung này có vai trò rất quan trọng đối với TTK, gia đình trẻ và xã hội nhằm khắc phục những khiếm khuyết, giảm thiểu khuyết tật thứ phát và trẻ phát triển theo hướng dễ dàng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng. Bằng chứng trong các nghiên cứu kết luận rằng, các kết quả phát triển của TTK có thể được tăng lên rõ rệt nếu TTK được phát hiện sớm, sự can thiệp càng sớm càng tốt, sẽ giúp TTK có nhiều cơ hội hòa nhập hơn. □

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] Nguyễn Thị Hạnh (2014). *Kĩ thuật can thiệp trẻ khuyết tật học tập về đọc*. Kỷ yếu Hội thảo khoa học “Nhận biết, đánh giá và can thiệp trẻ có khuyết tật học tập”. NXB Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh.
- [3] 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.
- [4] Susan E Bryson, Sally J Rogers and Eric Fombonne (9/2013). *Autism Spectrum Disorders: Early Detection, Intervention, Education, and Psychopharmacological Management*. The Canadian Journal of Psychiatry.
- [5] *Giáo trình Vật lí trị liệu phục hồi chức năng* (2000). NXB Y học.