

**MÔ HÌNH PHÁT HIỆN SỚM, CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC  
TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỸ DỰA VÀO GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG  
– TỪ LÝ LUẬN ĐẾN THỰC TIỄN**

**PGS.TS. Phạm Minh Mực, TS. Nguyễn Thị Kim  
Hoa**

*Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam*

*Mail: phamminhmuc.vnies@gmail.vn*

**Đặt vấn đề**

Theo các kết quả nghiên cứu của Việt Nam cũng như trên thế giới cho thấy số lượng trẻ RLPTK tăng nhanh trong những năm gần đây và mức độ cũng trầm trọng hơn. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục được thực hiện tốt sẽ góp phần giảm thiểu những khó khăn thứ phát do tự kỷ mang lại và giúp các em phát triển, học tập và hoà nhập xã hội. Tại Việt Nam, vấn đề phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ RLPTK cũng đã được quan tâm và thực hiện, tuy nhiên còn mang tính tự phát, chưa có sự phối hợp đa ngành, đặc biệt là sự tham gia và phối hợp của gia đình và cộng đồng. Vì vậy cần phải xây dựng mô hình thực hiện phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng phù hợp sẽ tạo điều kiện tốt nhất cho trẻ phát triển và hoà nhập cuộc sống, đồng thời giảm nhẹ những khó khăn và chi phí của gia đình trẻ và của xã hội.

**1. Một số vấn đề chung về rối loạn phổ tự kỷ**

**1.1. Khái niệm trẻ RLPTK**

Theo tác giả Leo Kanner, một nhà tâm thần học người Mỹ thuộc bệnh viện John Hopkins ở Baltimore, người đầu tiên nhận dạng tự kỷ vào năm 1943. Ông đã mô tả *Tự kỷ như một chứng rối loạn tâm thần hiếm gặp ở trẻ em, thường xuất hiện sau 2 tuổi rưỡi và coi đó như một đối tượng của điều trị y học.* Theo ông *“Rối loạn căn bản chính là sự không đủ khả năng để thiết lập các mối quan hệ bình thường với mọi người và để đáp ứng một cách bình thường các tình huống, từ lúc đầu đời của trẻ”*. Khi đó, ông cho rằng “tự kỷ” là một dạng “bệnh”, tuy nhiên hiện nay, tự kỷ đã được xếp vào danh sách một trong 13 dạng khuyết tật trong luật của Mỹ và được chính phủ quan tâm hỗ trợ.

Trong phạm vi bài viết này, RLPTK được sử dụng theo DSM – 5, trẻ có chẩn đoán là RLPTK phải thỏa mãn những điều kiện qui định trong 5 nhóm A, B, C, D, E như sau:

Nhóm A: Khiếm khuyết về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội.

Nhóm B: Những giới hạn, lặp lại, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động.

Nhóm C: Những khiếm khuyết hay những triệu chứng trên phải biểu hiện lúc trẻ còn nhỏ tuổi.

Nhóm D: Những triệu chứng nêu trên có ảnh hưởng đối nghịch và hạn chế khả năng sinh hoạt hàng ngày của trẻ.

Nhóm E: Những triệu chứng nêu trên không thể giải thích được bởi khuyết tật trí tuệ hay sự chậm phát triển bao quát của trẻ.

### **1.2. Tiêu chí chẩn đoán RLPTK theo DSM - 5**

Theo DSM – 5, Tiêu chí chẩn đoán RLPTK gồm:

- Nhóm A: Khiếm khuyết về giao tiếp xã hội;
- Nhóm B: Những giới hạn, lặp lại, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động;
- Nhóm C: Những khiếm khuyết hay những triệu chứng trên phải biểu hiện lúc trẻ còn nhỏ tuổi.
- Nhóm D: Những triệu chứng nêu trên có ảnh hưởng đối nghịch và hạn chế khả năng sinh hoạt hàng ngày của trẻ.
- Nhóm E: Những triệu chứng nêu trên không thể giải thích được bởi khuyết tật trí tuệ hay sự chậm phát triển bao quát của trẻ.

Tự kỉ thường đi đôi với khuyết tật trí tuệ. Trong trường hợp có sự chẩn đoán này, khả năng giao tiếp xã hội của trẻ phải ở dưới mức trung bình so với những trẻ có sự phát triển ngôn ngữ bình thường và đúng theo độ tuổi.

### **1.3. Phân loại trẻ tự kỉ**

\* Phân loại theo mức độ: thường có ba mức độ:

- *Tự kỉ mức độ nhẹ*: Trẻ có khả năng giao tiếp khá tốt; trẻ hiểu ngôn ngữ nhưng gặp khó khăn khi diễn đạt, khởi đầu và duy trì hội thoại. Giao tiếp không lời, giao tiếp mắt nhưng không thường xuyên. Quan hệ xã hội tốt nhưng chỉ khi cần, khi được yêu cầu hoặc nhắc nhở. Trẻ biết chơi với bạn, chia sẻ tình cảm, mối quan tâm nhưng có xu hướng thích chơi một mình. Trẻ có khó khăn khi học các kỹ năng cá nhân xã hội nhưng khi học được thì thực hiện một cách rập khuôn, cứng nhắc.

- *Tự kỉ mức độ trung bình*: Khả năng giao tiếp của trẻ rất hạn chế; trẻ chỉ biết một số từ liên quan trực tiếp đến trẻ, chỉ nói được câu từ ba đến bốn từ, không thể thực hiện hội thoại, rất ít giao tiếp bằng mắt. Giao tiếp không lời cũng hạn chế, dừng lại ở mức biết gật - lắc đầu, chỉ tay. Tình cảm với người thân khá tốt. Khi chơi với bạn trẻ thường chỉ chú ý đến đồ chơi. Trẻ chỉ bắt chước và làm theo những yêu cầu khi thích, độ tập trung rất ngắn. Trẻ chỉ làm được các kỹ năng xã hội đơn giản như tự ăn, mặc áo.

- *Tự kỉ mức độ nặng*: Khả năng giao tiếp của trẻ rất kém; trẻ chỉ nói vài từ, thường nói linh tinh, không giao tiếp mắt. Giao tiếp không lời rất kém, thường kéo tay người khác. Trẻ thường chơi một mình, ít hoặc không quan tâm đến xung quanh, tình cảm rất hạn chế. Trẻ rất tăng động, khả năng tập trung và bắt chước rất kém. Trẻ bị cuốn hút mạnh mẽ vào những vật hoặc hoạt động đặc biệt, bất thường. Trẻ không thực hiện được các kỹ năng cá nhân – xã hội.

## 2. Tổng quan một số mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK trên thế giới

### 1.2.1. Mô hình của Austraylia



**Hình 1.1. Mô hình Giúp đỡ trẻ rối loạn tự kỷ tại Austraylia**

Chương trình “Giúp đỡ trẻ có RLPTK” (The Helping Children with Autism, HCWA) được bắt đầu triển khai từ năm 2008 trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu (Medicare Benefit Schedule) với cam kết đầu tư khoảng 190 triệu đô la Úc. Chương trình này cung cấp các dịch vụ chẩn đoán và can thiệp điều trị sớm cho trẻ có RLPTK hoặc các rối loạn phát triển khác. Bên cạnh các can thiệp về y tế, chương trình này cũng đào tạo giáo viên, các nhóm hỗ trợ xã hội, các gói hỗ trợ cá nhân và can thiệp sớm cho trẻ có RLPTK cũng như gia đình và người chăm sóc trẻ [12]. Các hoạt động của chương trình được xây dựng dựa trên việc tổng hợp và phân tích những mô hình can thiệp hiệu quả nhất trong thực tế. Các cấu phần của Chương trình “Giúp đỡ trẻ RLPTK” được minh họa như trong Hình 1.1:

### 1.2.2. Mô hình tại Singapore

Chẩn đoán xác định trẻ RLPTK ở Singapore được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa nhi và tâm lý trẻ em ở bệnh viện quốc gia hoặc tư nhân. Singapore có một mạng lưới hoạt động để hỗ trợ gia đình cho trẻ có RLPTK trong cộng đồng, cho phép nhiều cha mẹ tìm kiếm sự giúp đỡ, đó là trung tâm ARC (Autism Resource Centre), nơi cung cấp thông tin về dịch vụ sàng lọc/phát hiện và chẩn đoán. Một số dịch vụ này cũng hỗ trợ tài chính để chẩn đoán và điều trị cho những gia đình có trẻ có RLPTK. Sự sẵn có của các trung tâm chẩn đoán RLPTK với mức chi phí chấp nhận được cũng cho thấy nhận thức của cộng đồng về chẩn đoán và điều trị sớm trẻ có RLPTK đã đạt đến một mức độ nhất định.

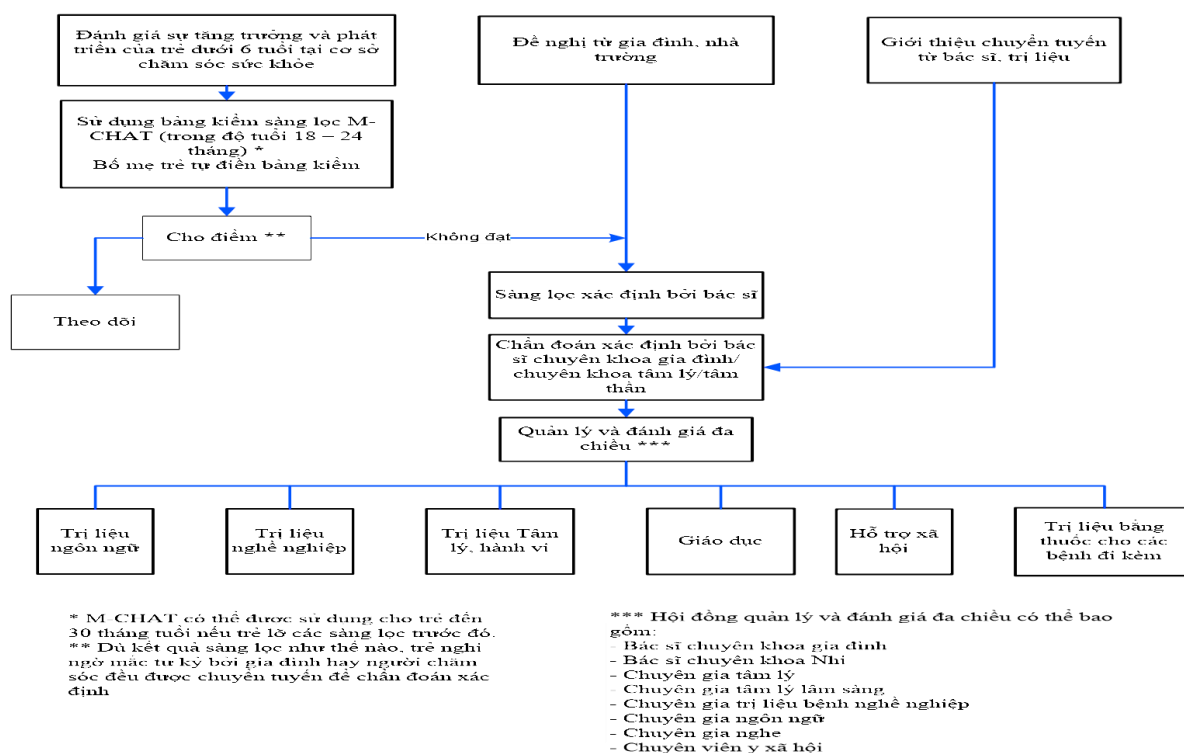
Kế hoạch can thiệp cho trẻ có RLPTK được mô tả chi tiết hoá trong hướng dẫn chẩn đoán và đánh giá trẻ có RLPTK. Trong hướng dẫn này, chương trình can thiệp được bắt đầu triển khai trước khi trẻ đi học. Các phương pháp can thiệp bao gồm Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI) và các mô hình phát triển (Developmental Models). Bên cạnh can thiệp sớm từ các phòng khám lâm sàng riêng cho trẻ, nhiều can thiệp sớm ở

Singapore còn được triển khai ở một số trung tâm riêng về RLPTK với mô hình đa dạng. Ví dụ như chương trình can thiệp sớm WeCAN, với sự hỗ trợ của trung tâm ARC sử dụng mô hình Kế hoạch giáo dục cá nhân hóa.

### 1.2.3. Mô hình tại Hoa Kỳ

Nhấn mạnh rằng RLPTK là một khuyết tật phát triển có thể gây ra những khó khăn đáng kể về mặt xã hội, giao tiếp và hành vi, Trung tâm Phòng chống và Kiểm soát dịch bệnh (CDC) Hoa kỳ đã xây dựng các hướng dẫn, chính sách toàn diện để sàng lọc, chẩn đoán và can thiệp cho trẻ tự kỷ. Để thực hiện việc quản lý RLPTK hiệu quả, Mạng lưới Giám sát tự kỷ và các khuyết tật phát triển (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network-ADDM) được thành lập nhằm cung cấp những dữ liệu cần thiết, cập nhật về RLPTK, xác định các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ giúp xác định trẻ mắc RLPTK càng sớm càng tốt. Thêm vào đó, Chiến dịch truyền thông “Nhận biết dấu hiệu, Hành động sớm” (Learn the Signs, Act Early) được triển khai liên tục từ năm 2004 đến nay đã giúp nâng cao kiến thức, thực hành của cộng đồng (đặc biệt với 3 nhóm đối tượng đích là: cha mẹ, CBYT và giáo viên mầm non/tiểu học) trong việc nhận biết và phát hiện RLPTK ở trẻ.

### 1.2.4. Mô hình tại Malaysia



Hình 1.2. Mô hình của Malaysia

Năm 2014, Bộ Y tế Malaysia đã xây dựng và phát triển hướng dẫn về can thiệp và hỗ trợ rối loạn tự kỷ ở trẻ và vị thành niên, trong đó có các khuyến nghị về tiêu chuẩn sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và tổ chức chăm sóc, quản lý trẻ và vị thành niên tự kỷ.

Quản lý RLPTK ở Malaysia được minh họa như Hình 1.2. trong đó có sự tham gia của gia đình, nhà trường, cơ sở y tế các tuyến, các chuyên gia có liên quan và an sinh xã hội.

### **3. Một số lý thuyết làm cơ sở cho việc xây dựng mô hình PHS, CTS và GD trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng**

#### *3.1. Triết lý thực hành lấy gia đình là trung tâm (Family – centered Practices philosophy)*

Thuật ngữ thực hành “*Lấy gia đình là trung tâm*” (family – centered) (FCP ) được định nghĩa như là một loại thực hành hỗ trợ riêng (help – giving practice) liên quan đến việc tuân thủ những nguyên tắc và giá trị khi gia đình và các thành viên trong gia đình tham gia can thiệp với trách nhiệm và nghĩa vụ, trong quá trình chia sẻ thông tin để gia đình có thể tạo nên sức mạnh từ sự phối hợp giữa các thành viên trong quá trình đưa ra quyết định, thực hiện hỗ trợ và linh hoạt điều phối các nguồn lực để đáp ứng những mối quan tâm và ưu tiên của gia đình (Dunst.2002; Espe – Sherwindt, 2008).

*Lấy gia đình là trung tâm* được hiểu như một hướng tiếp cận riêng để triển khai các cách can thiệp trẻ, gia đình trẻ, cha mẹ và trẻ (Coogle, 2012). Hướng tiếp cận này nhìn nhận gia đình không chỉ là nguồn lực chính để giúp trẻ học tập, phát triển mà còn là yếu tố quan trọng nhất có thể góp phần đạt được kết quả tích cực trên trẻ, cha mẹ và các thành viên trong gia đình. Để cha mẹ và các thành viên trong gia đình có thể đưa ra các quyết định đúng đắn cần trang bị cho họ những kiến thức và kỹ năng tập trung vào hai nội dung: 1) Xây dựng mối quan hệ tích cực giữa các thành viên; 2) Trang bị những kiến thức kỹ năng chuyên môn để họ tham gia vào quá trình chăm sóc giáo dục trẻ.

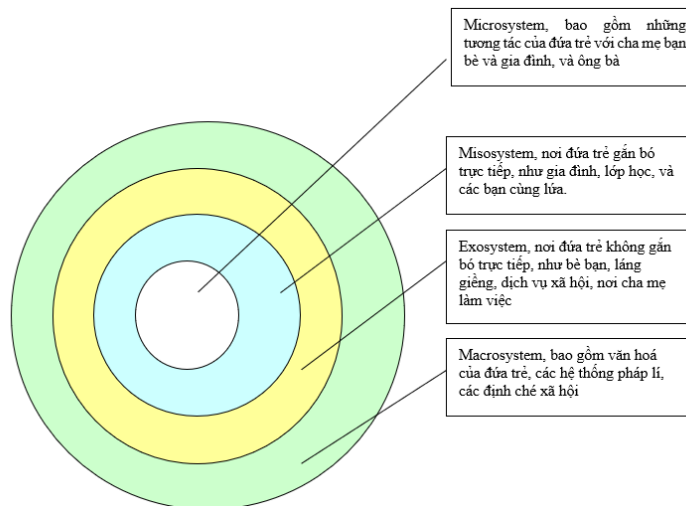
Thuyết lấy gia đình làm trung tâm không có nghĩa là gia đình tự tìm tòi, tự phát hiện và hỗ trợ con mình một cách độc lập mà ngược lại luôn có sự tham gia hỗ trợ của các chuyên gia từ việc xác định điểm mạnh, điểm yếu của trẻ, của gia đình, nâng cao năng lực hỗ trợ của các thành viên, lập kế hoạch và triển khai quá trình hỗ trợ trẻ khuyết tật. Chỉ khi Quá trình này được tiến hành một cách có kế hoạch, khoa học và nghiên túc thì vai trò của gia đình mới thực sự được phát huy tối đa. Vì thế trong triết lý này luôn có sự đồng hành, định hướng của các nhà chuyên môn. Quá trình dẫn dắt của các nhà chuyên môn cho các thành viên của gia đình theo trình tự sau:

- Tương tác với các thành viên trong gia đình để hiểu cuộc sống, mục tiêu, sức mạnh và thách thức của họ và phát triển mối quan hệ giữa gia đình và chuyên gia;
- Làm việc với gia đình để thiết lập mục tiêu, tăng cường năng lực và đưa ra quyết định
- Cung cấp các biện pháp được cá nhân hóa, đáp ứng về mặt văn hóa và dựa trên bằng chứng cho mỗi gia đình:
  - + Hỗ trợ gia đình thực hiện vai trò chăm sóc con cái của họ.
  - + Chỉ dẫn và khuyến khích các thành viên trong gia đình tham gia tất cả các thành phần của quá trình cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ nhỏ.

- + Cung cấp thông tin, hướng dẫn và giáo dục cho các gia đình về sự phát triển của trẻ em và các nhu cầu về sức khỏe và an toàn của con họ.
- + Cung cấp thông tin, hướng dẫn và giáo dục cho gia đình về các quy định, chính sách và thủ tục để đủ điều kiện tham gia, can thiệp và chuyển tiếp theo IDEA và các chương trình mầm non khác.
- + Cung cấp thông tin, hướng dẫn và giáo dục cho các gia đình về các mô hình cung cấp dịch vụ hòa nhập và can thiệp sớm cho trẻ nhỏ.
- + Phối hợp với gia đình để xác định điểm mạnh, nhu cầu, mối quan tâm và ưu tiên của gia đình.
- + Đề cập đến các gia đình các nguồn lực và dịch vụ để giúp họ đáp ứng các nhu cầu của con họ, gia đình họ và bản thân họ.
- + Cung cấp thông tin cho gia đình về quyền của cha mẹ và các biện pháp bảo vệ cũng như cách biện hộ cho bản thân, gia đình và con họ.
  - Tư vấn giám sát các hoạt động gia đình thực hiện hỗ trợ trẻ;
  - Đánh giá và đề xuất điều chỉnh kế hoạch tiếp theo.

### **3.2. Lý thuyết Sinh thái học của Urie Bronfenbrenner**

Bronfenbrenner (1979) đã đưa ra *Mô hình các Hệ thống Sinh thái*, nay được đặt lại thành *Mô hình Sinh thái học* trong đó trình bày quan điểm của ông về sự phát triển của trẻ em trong mối quan hệ với môi trường sống. Ông nhấn mạnh đến quá trình trẻ em lớn lên như thế nào trong các môi trường văn hóa sôi động và thường xuyên biến đổi, trong đó chúng phải tương tác và liên hệ với những gì xung quanh chúng trong những bối cảnh thường xuyên thay đổi (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner và Ceci, 1994). Khi trẻ em lớn lên và phát triển, bản chất và phẩm chất của những mối tương tác của chúng thay đổi và quá trình này xảy ra bên trong các cộng đồng, các nền văn hoá và các xã hội rộng hơn, tất cả những cái đó có những đặc trưng riêng có thể nhận biết và có thể xác định (Smith et al., 2003, tr 9). Điều quan trọng là nhấn mạnh các nhà giáo dục cần thấy trước rằng những trẻ em mà họ làm việc với không chỉ là những ‘trẻ nhỏ’ mà là những cá nhân duy nhất đang bắt đầu những giai đoạn trong phần còn lại của cuộc đời.



**Hình số 1. Mô hình sinh thái học của sự phát triển cá nhân**

Bronfenbrenner nhấn mạnh nhiều đến môi trường xã hội rộng hơn khi cố gắng khám phá sự phát triển của đứa trẻ, ông đề nghị rằng cần suy nghĩ về một số lớp bao bọc quanh trẻ em khi chúng phát triển. Những lớp này, cả trực tiếp lẫn gián tiếp, tác động đến sự chín chắn về mặt sinh học của mọi đứa trẻ. Do đó, lí thuyết của Bronfenbrenner đòi hỏi rằng để khám phá toàn diện sự phát triển của đứa trẻ, chúng ta cần tính đến những ảnh hưởng môi trường rộng hơn lên đứa trẻ. Những lớp này bao quanh trẻ từ nhỏ đến to hơn, mỗi lớp được ông đặt cho một cái tên. Lớp gần nhất và trực tiếp nhất với đứa trẻ là Hệ vi mô (Microsystem). Microsystem: môi trường trực tiếp (trường học, nhóm bạn, láng giềng và môi trường nuôi dạy trẻ). Mesosystem: Một hệ thống bao gồm những mối quan hệ giữa những môi trường trực tiếp (chẳng hạn gia đình và nhà trường). Exosystem: những môi trường bên ngoài chỉ ảnh hưởng gián tiếp đến sự phát triển (như chỗ làm việc của cha mẹ). Macrosystem: Bối cảnh văn hoá rộng lớn (văn hoá phương Đông hay phương Tây, kinh tế quốc dân, văn hoá chính trị, tiểu văn hoá). Chronosystem: Mẫu hình những sự kiện môi trường và những bước chuyển quá độ trong suốt cuộc đời.

Lý thuyết đã nhìn nhận trẻ em trong mối quan hệ tổng thể với các điều kiện vật chất, tinh thần, chỉ rõ sự ảnh hưởng có tính chất phân tầng đến sự phát triển của trẻ em. Trong đó gia đình là nhân tố quan trọng nhất. Từ đó giúp nhà chuyên môn đánh giá đúng vị trí của gia đình, định hướng được cách thức tổ chức giáo dục cho trẻ đạt hiệu quả cao. Tuy nhiên, lí thuyết của Bronfenbrenner chưa chú ý đúng mức đến những nhu cầu tâm lí cá nhân của trẻ em. Coi trẻ em là cá thể thụ động chịu tác từ bên ngoài mà chưa đánh giá được đúng mức tiềm lực bên trong của mỗi cá nhân.

#### **4. Một số thông tin về thực trạng PHS, CTS và Giáo dục trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng**

##### **4.1. Giới thiệu về nghiên cứu thực trạng**

###### *a) Mục tiêu nghiên cứu*

- *Mục tiêu tổng quát:* Phát hiện thực trạng phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo

dục trẻ RLPTK Việt Nam dựa vào gia đình và cộng đồng.

- *Mục tiêu cụ thể*

+ Đánh giá thực trạng số lượng trẻ RLPTK được phát hiện trong cộng đồng; sự tham gia của gia đình và các thành phần có liên quan trong việc phát hiện sớm và đánh giá mức độ khó khăn của trẻ.

+ Đánh giá thực trạng số lượng trẻ RLPTK được can thiệp sớm, được can thiệp sớm có sự tham gia của gia đình và cộng đồng; thực trạng các lực lượng tham gia can thiệp sớm và các vấn đề liên quan đến chuyên môn trong CTS.

+ Đánh giá thực trạng số lượng trẻ RLPTK được tham gia chương trình giáo dục phổ thông, các mô hình giáo dục trẻ được tham gia và thực trạng việc thực hiện giáo dục cho trẻ.

b) *Nội dung nghiên cứu*

- Nội dung về phát hiện sớm: Số lượng trẻ được phát hiện sớm/ tổng số trẻ tham gia nghiên cứu; Thời điểm phát hiện; Tổ chức, cá nhân phát hiện những biểu hiện nghi ngờ ở trẻ; Phát hiện và đánh giá những khó khăn của trẻ;

- Nội dung về can thiệp sớm: Số lượng trẻ được can thiệp sớm/ tổng số trẻ tham gia nghiên cứu, Thời điểm tiến hành can thiệp, Tổ chức, cá nhân tham gia thực hiện can thiệp sớm; Nhân lực và chuyên môn thực hiện CTS;

- Nội dung về giáo dục: Số lượng trẻ được tham gia giáo dục phổ thông/ tổng số trẻ tham gia nghiên cứu, Mô hình giáo dục trẻ tham gia, Sự tham gia của gia đình, cộng đồng vào quá trình thực hiện giáo dục, Những vấn đề về chuyên môn thực hiện giáo dục cho trẻ.

c) *Khách thể và địa bàn nghiên cứu*

*Địa bàn nghiên cứu*

Vì nhiều lý do khác nhau, trong đó có lý do về điều kiện thực hiện, nghiên cứu lựa chọn các đơn vị, gồm các tỉnh: Hà Nội, Hà Giang, Ninh Bình, Hòa Bình, Tiền Giang và Quảng Ninh.

Các đơn vị trên được chọn đã có tính đại diện cho các vùng miền của Việt Nam, cụ thể:

- Thành phố Hà Nội có thể đại diện cho các Thành phố lớn;
- Hà Giang đại diện cho các tỉnh miền núi, các vùng kinh tế đặc biệt khó khăn và có nhiều dân tộc thiểu số với các phong tục, tập quán riêng mang đậm màu sắc dân tộc và vùng miền;
- Quảng Ninh, Ninh Bình đại diện cho các tỉnh, thành phố và vùng nông thôn phát triển;
- Hòa Bình đại diện cho các khu vực Trung du và có mức phát triển trung bình.
- Tiền Giang đại diện cho các tỉnh vùng Đồng bằng Sông Cửu long.

*Khách thể nghiên cứu*

- 30 chuyên gia trên cả nước – là các nhà nghiên cứu về giáo dục – ý tế cho trẻ



RLPTK, các giảng viên các Trường Đại học, các nhà quản lý giáo dục và một số nhà hoạt động xã hội trong lĩnh vực trẻ khuyết tật nói chung, trẻ RLPTK nói riêng;

- 10 cán bộ quản lý giáo dục cấp Sở của 06 đơn vị tham gia nghiên cứu, phụ trách giáo dục mầm non, tiểu học và kiêm nhiệm lĩnh vực giáo dục trẻ khuyết tật; cán bộ quản lý các trường và cơ sở giáo dục

- Giáo viên mầm non, giáo viên tiểu học của các trường – cơ sở giáo dục công lập, tư thục các Trung tâm Can thiệp sớm, hỗ trợ giáo dục hòa nhập;

- Phụ huynh trẻ khuyết tật và phụ huynh trẻ RLPTK.

#### *d) Phương pháp nghiên cứu*

- Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Bảng hỏi được xây dựng cho tất cả các đối tượng tham gia khảo sát với các nội dung đã được trình bày ở trên, tuy nhiên với các đối tượng làm việc với các đối tượng trẻ khác nhau thì có những nội dung và trọng tâm thông tin tìm hiểu khác nhau;

- Phương pháp phỏng vấn và tọa đàm: trên cơ sở những nội dung của phiếu hỏi, nghiên cứu xây dựng bộ phiếu phỏng vấn và tọa đàm theo nhóm nhằm chính xác hóa các thông tin của phiếu hỏi và bổ sung các thông tin định tính nhằm tường minh và chính xác hóa các thông tin thu được qua phiếu hỏi;

- Phương pháp chuyên gia: Bộ phiếu phỏng vấn chuyên gia được xây dựng trên cơ sở bộ phiếu hỏi chung, tuy nhiên được bổ sung các nội dung sâu về các lĩnh vực về thể mạnh mà các chuyên gia đã được đào tạo hoặc đang thực hiện nhiệm vụ. Ví dụ, với các nhà quản lý thì nhấn mạnh đến lĩnh vực chỉ đạo, tổ chức giáo dục, với giảng viên các trường đại học thì về vấn đề phát triển nguồn nhân lực, phát triển chuyên môn, tài liệu...

- Phương pháp xử lý thông tin. Các thông tin được “làm sạch” và sử dụng các phần mềm công nghệ để xử lý đảm bảo tính chính xác, khách quan cũng như độ lệch chuẩn và phạm vi tin cậy cho phép.

#### *e) Tổ chức thực hiện*

- Bước 1. Các chuyên gia và cán bộ được đào tạo chính quy trong lĩnh vực giáo dục đặc biệt được tập huấn về bộ công cụ, phương pháp tiến hành nghiên cứu và tìm hiểu về nội dung của các bộ công cụ.

- Bước 2. Các cán bộ được tập huấn trực tiếp làm việc với các đối tượng khảo sát, phát phiếu, hướng dẫn cách điền thông tin; chủ trì tổ chức các cuộc phỏng vấn sâu, tọa đàm. Các thông tin của phỏng vấn, tọa đàm được nghị chép và ghi âm; Đối với các chuyên gia, cán thành viên chủ chốt của nhóm nghiên cứu trực tiếp phỏng vấn và ghi chép;

- Bước 3. Xử lý số liệu và phân tích thông tin.

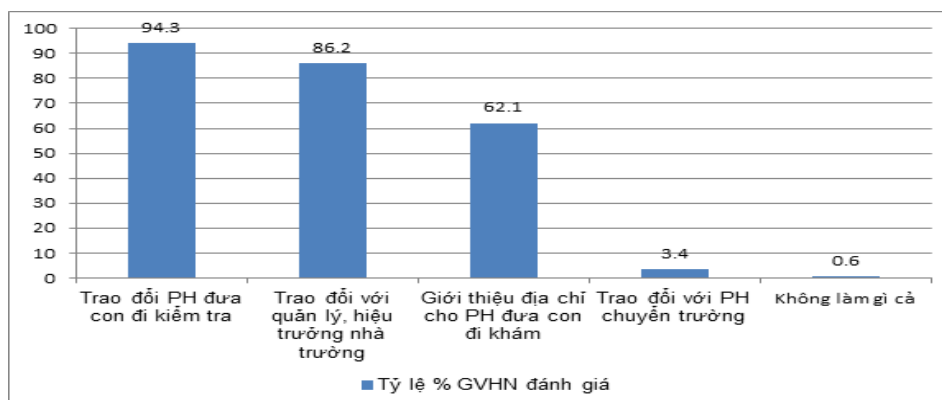
### **4.2. Một số kết quả rút ra từ nghiên cứu thực trạng**

Vì nhiều lý do khác nhau, nên quy mô và nội dung nghiên cứu còn nhiều hạn chế. Trong phạm vi bài viết này, bài báo chỉ đưa ra một số thông tin cụ thể của kết quả nghiên cứu thực trạng

#### 4.2.1. Về Phát hiện sớm

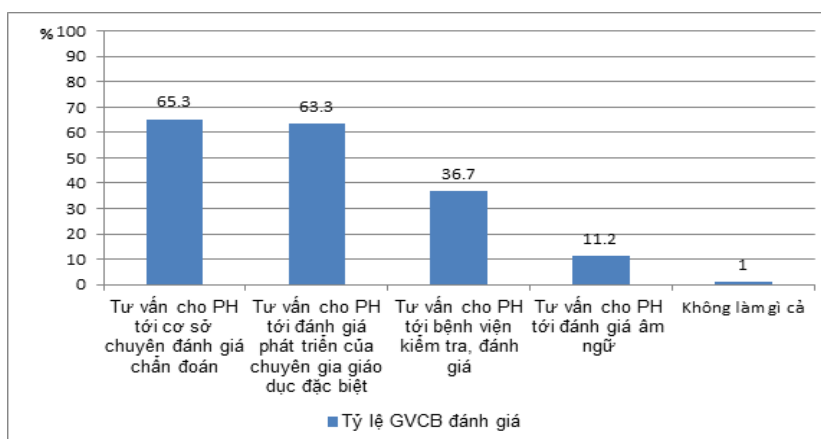
Kết quả nghiên cứu về phát hiện sớm cho thấy, 100% số trẻ đi học ở các trường mầm non (cả Công lập và tư thục) khi có biểu hiện của rối loạn phổ tự kỷ thì đều được phát hiện. Đồng thời gia đình cũng nhận được sự tư vấn của cả giáo viên hòa nhập lẫn chuyên biệt về việc đưa trẻ đi kiểm tra, đánh giá. Sau đây là một số thông tin của GV về hoạt động phát hiện sớm.

*Đánh giá của giáo viên hòa nhập, giáo viên chuyên biệt, phụ huynh khi nghi ngờ trẻ có biểu hiện RLPTK*



*Biểu đồ*

*1: Hành động của GVHN với PH khi nghi ngờ trẻ có biểu hiện RLPTK*



*Biểu đồ 2:*

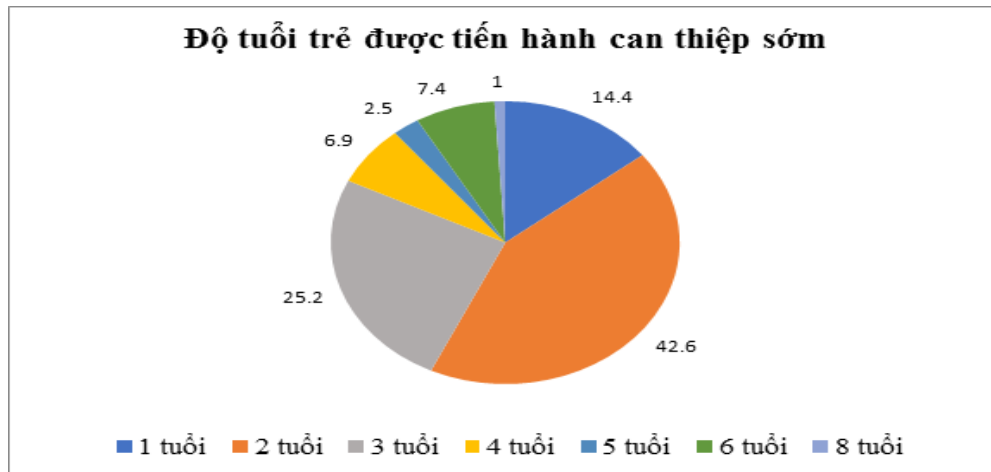
*động của GVCB với PH khi nghi ngờ học sinh có biểu hiện RLPTK hoặc đã chẩn đoán TK*

*Hành*

Như vậy, bước đầu cho thấy, khi trẻ có biểu hiện của RLPTK thì đã được gia đình, giáo viên phát hiện, đồng thời đã có những hoạt động để đánh giá về khả năng và nhu cầu của trẻ. Tuy nhiên, qua quan sát và phỏng vấn trực tiếp thì hầu như chưa có trẻ nào có giấy xác nhận khuyết tật hoặc RLPTK.

#### 4.2.2. Về Can thiệp sớm

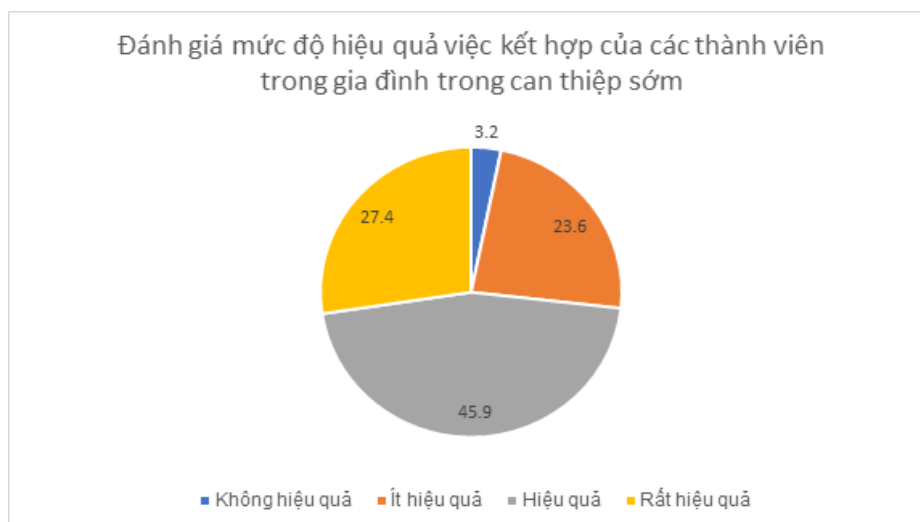
Kết quả nghiên cứu cho thấy, những trẻ trong phạm vi nghiên cứu được phát hiện sớm có biểu hiện RLPTK thì đều được can thiệp sớm hoặc can thiệp ngay sau khi phát hiện. Về độ tuổi và lý do cho con can thiệp sớm tại nhà cho kết quả như sau:



*Biểu*

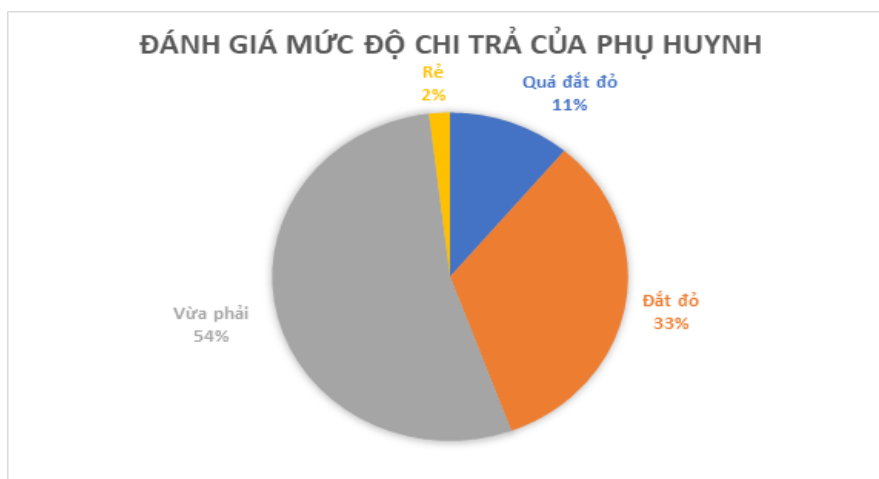
*đồ 3:* Đánh giá của phụ huynh về độ tuổi trẻ được can thiệp sớm tại nhà

Kết quả trên cho thấy, đã có tới 14,4 % trẻ được CTS ở độ tuổi 1 và 42.6% ở 2 tuổi. Tuy nhiên tìm hiểu sâu về các phiếu thì đây là những trẻ tập trung ở các thành phố lớn và chủ yếu là ở Hà Nội.



**Biểu đồ 4:** Đánh giá mức độ hiệu quả của việc kết hợp của các thành viên trong gia đình trong can thiệp sớm

Kết quả nghiên cứu về sự phối hợp giữa gia đình, nhà trường và các lực lượng cộng đồng cũng cho thấy kết quả rất khả quan, có đến 45.9% ý kiến cho rằng có hiệu quả và chỉ có 3,2% ý kiến cho rằng không hiệu quả.



Biểu đồ 5: Đánh giá của phụ huynh về mức độ chi trả

Đánh giá về mức chi phí của gia đình cho việc CTS cũng cho kết quả khả quan. Có đến 54% cho rằng chi phí CTS là phù hợp. Tuy nhiên vẫn còn 33% cho rằng mức chi phí còn cao.

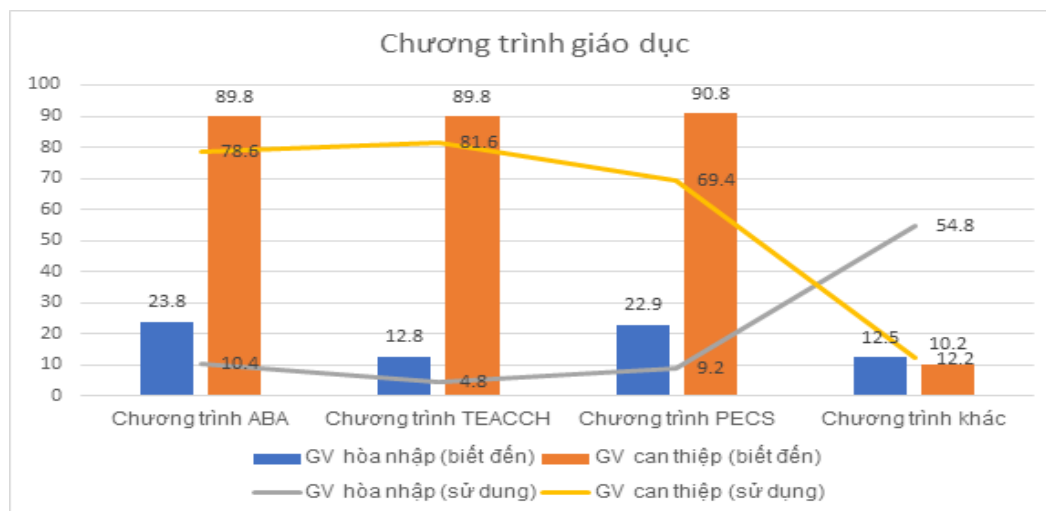
#### 4.2.3. Thực trạng về giáo dục trẻ RLPTK

Nghiên cứu về Giáo dục trẻ RLPTK (chỉ tập trung ở cấp tiểu học) cho thấy khi có trẻ RLPTK tham gia học tập thì trẻ đều nhận được sự hỗ trợ từ phía nhà trường và giáo viên, trong đó có cả giáo viên hòa nhập và chuyên biệt; nhiều em được nhận đồng thời (một số gia đình có tiết học cá nhân cho con tại nhà)

Bảng 1. Thực trạng giáo viên chuyên biệt và giáo viên hòa nhập hỗ trợ nội dung giáo dục cho trẻ tại gia đình

| Hỗ trợ                | Giáo viên chuyên biệt |           | Giáo viên hòa nhập |           |
|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|-----------|
|                       | Số lượng              | Phần trăm | Số lượng           | Phần trăm |
| Hỗ trợ nhận thức      | 50                    | 96.2      | 54                 | 24.8      |
| Hỗ trợ hành vi        | 45                    | 86.5      | 43                 | 19.7      |
| Hỗ trợ kỹ năng xã hội | 43                    | 82.7      | 46                 | 21.1      |
| Hỗ trợ giao tiếp      | 49                    | 94.2      | 73                 | 21.7      |
| Hỗ trợ vận động       | 31                    | 59.6      | 34                 | 15.6      |
| Hỗ trợ khác           | 1                     | 1.9       | 5                  | 2.3       |

### Đánh giá về việc sử dụng một số phương pháp đặc thù trong giáo dục trẻ RLPTK

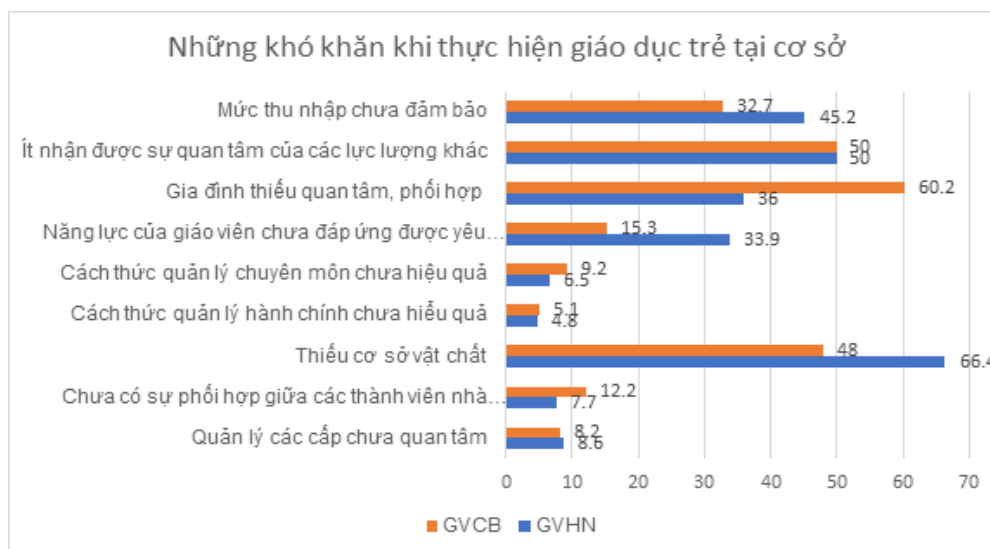


Biểu đồ 6. Đánh giá về việc sử dụng các chương trình giáo dục

Nhìn vào biểu đồ trên ta thấy, chương trình PECS là chương trình được nhiều giáo viên chuyên biệt biết đến nhất (chiếm 90.8%). Tiếp đó, là chương trình ABA và TEACCH đều chiếm 89.8%. Mặc dù chương trình PECS được nhiều giáo viên chuyên biệt biết đến nhưng TEACCH mới là chương trình được nhiều giáo viên chuyên biệt sử dụng nhất (chiếm 78.6%) tiếp đó là chương trình ABA (chiếm 81.6%) và PECS là chương trình được sử dụng ít nhất (69.4%). PECS là hệ thống giao tiếp bằng hình ảnh vì vậy giáo viên sẽ cần chuẩn bị rất nhiều tranh liên quan đến nhiều chủ đề khác nhau. Có thể đây là một trong những lý do mà giáo viên chuyên biệt biết đến PECS nhiều nhưng chưa sử dụng PECS nhiều.

Đánh giá về những khó khăn của giáo viên trong thực hiện giáo dục cho trẻ RLPTK cho thấy còn rất nhiều khó khăn trong thực hiện. Tuy nhiên cũng đã thấy một điểm sáng là sự quan tâm và tạo điều kiện của quản lý các cấp về vấn đề trên.

Biểu đồ  
Những  
khó  
khăn  
giáo  
viên  
hòa  
nhập  
giáo  
viên  
chuyên  
biệt khi



7.  
khó  
của  
và

*thực hiện giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại cơ sở*

*Một số kết luận rút ra từ nghiên cứu thực trạng*

- Nhận thức của gia đình và cộng đồng về phát triển trẻ có rối loạn phổ tự kỷ đã được nâng cao. Ngay khi phát hiện con, em (trẻ) của mình mình có những biểu hiện nghi ngờ RLPTK thì đã được phụ huynh, giáo viên đưa đến các nơi có thể tư vấn, kiểm tra đnahs giá cho trẻ.

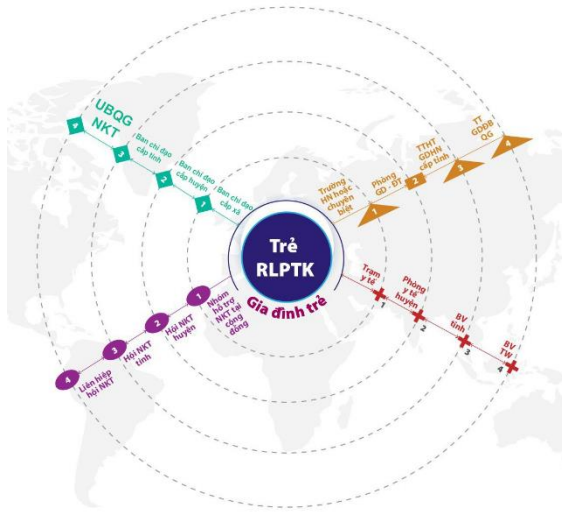
- Kết quả về can thiệp sớm cũng cho thấy một kết quả rất khả quan, cụ thể: đã có tới 42,6% trẻ được can thiệp ở 2 tuổi và 25,2% ở 3 tuổi; Kết quả cũng cho thấy mức độ hiệu quả khi trẻ nhận được sự phối hợp giữa giáo viên, gia đình và cộng đồng khi cùng phối hợp thực hiện can thiệp. Đặc biệt có tới 54% ý kiến cho rằng mức chi phí cho việc can thiệp có sự phối hợp giữa nhà trường gia đình và cộng đồng là “vừa phải”.

- Kết quả về Giáo dục cho thấy GV chuyên biệt đã biết vận dụng nhiều các phương pháp giáo dục thông dụng hiện nay trong giáo dục trẻ RLPTK, tuy nhiên, với GVHN thì còn nhiều hạn chế. Qua kết quả đánh giá cũng cho thấy còn rất nhiều khó khăn trong việc triển khai thực hiện giáo dục cho trẻ RLPTK, cụ thể như: GV chưa được đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn GDĐB; chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình và cộng đồng; thiếu thốn về cơ sở vật chất avf phương tiện đồ dung dạy học.

Từ những kết quả trên cho thấy, việc xây dựng và vận hành mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm cho trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng là rất cần thiết. Nếu thiết lập được cơ chế vận hành phù hợp và huy động được sự tham gia và phối hợp chặt chẽ giữa hia đình và cộng đồng sẽ nâng cao được chất lượng can thiệp và giáo dục, đồng thời sẽ giúp gia đình trẻ RLPTk có mức chi trả phù hợp với điều kiện hiện có.

### **5. Mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng**

Trên cơ sở nghiên cứu các vấn đề lý luận về mô hình can thiệp, giáo dục trẻ RLPTK, kết hợp với các lý thuyết về xây dựng mô hình và thực trạng PHS, CTS và GD trẻ RLPTK, trong phạm vi nghiên cứu này xin đề xuất mô hình sau:



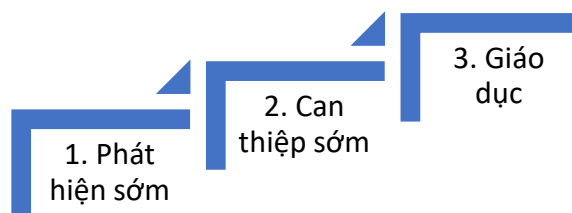
Trẻ RLPTK là một thành viên của cộng đồng và xã hội vì thế cũng như mọi thành viên khác, trong quá trình sinh ra và lớn lên trẻ luôn chịu tác động từ nhiều phía, nhiều yếu tố của môi trường sống. Do có những khó khăn đặc biệt nên trẻ RLPTK có nhu cầu được phát hiện, can thiệp và giáo dục sớm. Đề tài xác định các yếu tố trong trường sống có vai trò khác nhau trong sự tác động tới nhu cầu này của trẻ RLPTK. Trong các yếu tố đó, đề tài thấy

có 4 trục nhân tố có vai trò quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả đáp ứng những nhu cầu nêu trên của trẻ RLPTK từ cấp trung ương đến địa phương nơi trẻ và gia đình đang sinh sống, đó là: 1) Ban chỉ đạo các vấn đề về người khuyết tật; 2) Giáo dục; 3) Y tế và 4) Tổ chức hành động vì quyền của người khuyết tật. Ngoài trừ gia đình là môi trường bao quanh, gần gũi gắn kết với trẻ bao gồm cha mẹ và cách thành viên trong gia đình (hai hay nhiều thế hệ cùng sinh sống) các nhân tố khác được phân bậc từ cấp 1 đến cấp 4 tùy thuộc vào khoảng cách địa lý và mức độ hỗ trợ trong việc đáp ứng nhu cầu của trẻ RLPTK.

Mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ em rối loạn phổ tự kỉ Việt Nam dựa vào gia đình và cộng đồng (sau đây gọi tắt là mô hình) được triển khai với sự phối hợp chung của gia đình và cộng đồng thông qua những dịch vụ y tế, giáo dục và xã hội thích hợp. Bản chất của mô hình là chuyển giao kiến thức, kỹ năng về phát hiện sớm, can thiệp sớm, giáo dục và thái độ tích cực với trẻ rối loạn phổ tự kỉ đến với các thành viên trong gia đình và cộng đồng nơi trẻ đang sinh sống. Biến hoạt động hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ trở thành công việc của gia đình và cộng đồng, đồng thời thông qua các tổ chức ở cộng đồng để xã hội hóa công tác hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Theo quan điểm hệ thống mô hình hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào gia đình và cộng đồng là một hệ thống cấu trúc tổng thể bao gồm ba bước vận hành theo trình tự: 1). Phát hiện sớm; 2). Can thiệp sớm; 3). Giáo dục.

Các bước nêu trên có quan hệ mật thiết với nhau tạo nên một thể thống nhất, kết quả của bước trước là tiền đề cho hoạt động của bước sau. Nếu bước trước vận hành hiệu quả thì sẽ tác động tích cực, tạo điều kiện cho bước sau và ngược lại. Mối quan hệ giữa các bước còn thể hiện ở điểm trong nhiều thời điểm có sự giao thoa với nhau. Ví dụ: Trẻ dưới 3 tuổi hạn chế về nhận thức đang tham gia can thiệp sớm lại được phát hiện có dấu hiệu của rối loạn phổ tự kỉ. Trẻ đang học trong trường mầm non (giáo dục mầm non) được tham gia can thiệp sớm. Bên cạnh đó mỗi bước nêu trên lại có cấu trúc riêng và có tính độc lập tương đối và bao gồm các thành tố cụ thể như sau:

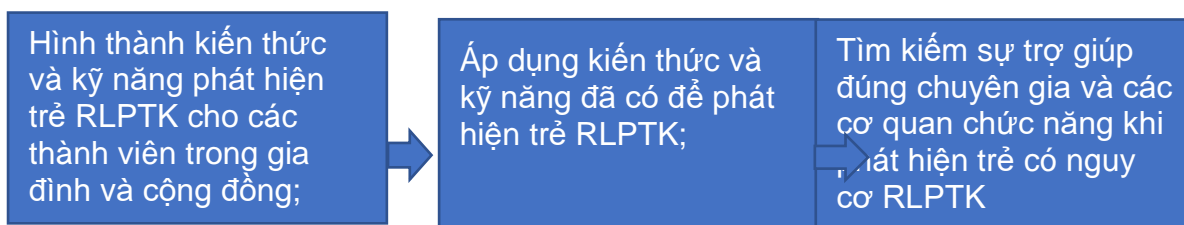


### ***Bước 1. Phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ***

Tham gia phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ có nhiều thành phần dưới sự hỗ trợ kiến thức của chuyên gia gia đình và lực lượng hỗ trợ cộng đồng là nhân lực chính thực hiện: 1) Gia đình có thể bao gồm: cha mẹ, người thân, người chăm sóc chính của trẻ; 2) Lực lượng cộng đồng: nhân viên y tế thôn bản, giáo viên trường mầm non và những thành viên của cộng đồng có mong muốn tham gia các hoạt động này.

- Mục tiêu: Đảm bảo hầu hết trẻ RLPTK được phát hiện trước 3 tuổi ngay tại gia đình và cộng đồng.
- Công cụ sàng lọc, gồm: Bộ công cụ ASQ – 3, (2) M-CHAT, (3) 5 dấu hiệu cờ đỏ để nhận biết sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ trước 3 tuổi.
- Quy trình thực hiện

Để có thể phát hiện sớm nhất trẻ có nguy cơ rối loạn phổ tự kỉ và phát huy hiệu quả của công tác này cần thực hiện theo quy trình sau:



+ Thành lập nhóm phụ huynh và nhóm hỗ trợ cộng đồng: Dựa trên nguyện vọng của các thành viên các gia đình và cộng đồng kết hợp với chính quyền địa phương tổ chức thành các nhóm gia đình cho con RLPTK và nhóm hỗ trợ cộng đồng.

+ Tập huấn kỹ năng phát hiện sớm: Sử dụng tài liệu “Hướng dẫn phát hiện sớm trẻ RLPTK dựa vào cộng đồng” tập huấn cho các thành viên của gia đình và lực lượng hỗ trợ cộng đồng.

+ Tổ chức phát hiện sớm: Hoạt động phát hiện sớm được thực hiện theo cuốn “Hướng dẫn phát hiện sớm trẻ RLPTK dựa vào cộng đồng”. 03 môi trường chính được thực hiện đó là: Tại gia đình; tại lớp học và trạm y tế của xã.

+ Tìm kiếm sự trợ giúp của các chuyên gia và các cơ quan chức năng sau khi phát triển có nguy cơ mắc RLPTK. Trong tài liệu “Hướng dẫn phát hiện sớm trẻ RLPTK dựa vào cộng đồng” đã cung cấp đầy đủ thông tin về các cá nhân và địa trợ giúp cho phụ



huynh và lực lượng cộng đồng trong trường hợp cần thiết. Vì thế, nếu trẻ được xác định trẻ có biểu hiện RLPTK, phụ huynh và các thành viên sẽ thực hiện đúng theo hướng dẫn trong tài liệu.

## **Bước 2. Can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ**

- Mục tiêu: Đảm bảo cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ từ lúc được xác định có biểu hiện rối loạn phổ tự kỉ đến trước 6 tuổi được hỗ trợ để phát huy tối khả năng và khắc phục những hạn chế trong quá trình phát triển.

- Đối tượng: Trẻ em dưới 6 tuổi, được xác định mắc rối loạn phổ tự kỉ.

- Nhân lực thực hiện:

Tham gia can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ có nhiều thành phần, tuy nhiên trong phạm vi nghiên cứu này thành viên của gia đình và các lực lượng hỗ trợ cộng đồng là nhân lực chính thực hiện là: 1) Gia đình có thể bao gồm: cha mẹ, người thân, người chăm sóc chính của trẻ; 2) Giáo viên, nhân viên hỗ trợ tại trường mầm non và 3) Lực lượng cộng đồng: nhân viên y tế thôn bản và những thành viên của cộng đồng có mong muốn tham gia hoạt động này.

- Chương trình can thiệp

Can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào gia đình và cộng đồng có nhiều thuận lợi là tận dụng được nhiều nhân lực tham gia, tiết kiệm và đặc biệt trẻ sớm được tiếp và thụ hưởng thường xuyên lâu dài. Tuy nhiên điểm hạn chế của mô hình này là kiến thức, kỹ năng can thiệp sớm trẻ RLPTK. Ngay cả khi được tập huấn thì việc áp dụng các chiến lược cũng hạn chế. Vì vậy cần lựa chọn các chương trình can thiệp phù hợp với khả năng và điều kiện thực tế. Trong phạm vi nghiên cứu này có thể sử dụng các chương trình sau: Chương trình giáo dục mầm non, Chương trình Từng bước nhỏ (Small step) và Chương trình VB MAPP.

Các đối tượng tham gia can thiệp sớm cho trẻ RLPTK rất đa dạng về kiến thức và kỹ năng. Phần lớn cha mẹ trẻ RLPTK có những hiểu biết nhất định về khả năng và nhu cầu của con mình. Nhưng không có nhiều kiến thức về dạy học trẻ RLPTK tại gia đình. Trong khi đó các GV mầm non lại sẵn có kiến thức và kỹ năng vận dụng chương trình giáo dục mầm non vào dạy học trẻ tại trường hòa nhập. Các lực lượng cộng đồng khác như bác sỹ thôn bản hay tình nguyện viên có thời gian tham gia nhưng lại thiếu tri thức về giáo dục trẻ RLPTK. Vì thế để tổ chức can thiệp cho trẻ RLPTK tại cộng đồng nhóm nghiên cứu đã tiến hành một loạt các buổi tập huấn cho các thành viên tham gia nhóm cộng đồng:

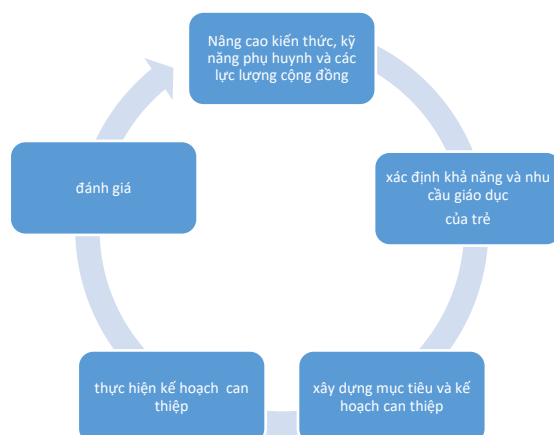
Sau khi tập huấn nhóm can thiệp sớm trẻ RLPTK sẽ phối hợp với gia đình và cộng đồng thực hiện các hoạt động sau:

Can thiệp tại gia đình: trẻ được các thành viên gia đình, ý tế xã/thôn/bản hướng dẫn phát triển các kỹ năng đặc thù. Trẻ được tham gia vào các hoạt động cuộc sống gia đình và cộng đồng;

Can thiệp tại trường mẫu giáo: trẻ được tham gia học tại trường mầm non hòa nhập hoặc chuyên biệt (tại địa phương) do các giáo viên có kiến thức và kỹ năng dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ;

Can thiệp tại trạm y tế: Trong quá trình can thiệp sớm trẻ RLPTK cùng gia đình sẽ được tham gia các khóa hướng dẫn/can thiệp chuyên sâu tại trạm y tế xã/phường do các chuyên gia thực hiện.

Can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ được thực hiện theo quy trình như sau:



### Bước 3. Giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ

- Mục tiêu: Giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào gia đình và cộng đồng là một quá trình nhằm đảm bảo trẻ RLPTK từ khi được chẩn đoán đến hết 18 tuổi tiếp cận giáo dục chất lượng, bình đẳng, thân thiện và phù hợp với đặc điểm phát triển của trẻ.

- Đối tượng: Tất cả các trẻ được chẩn đoán mắc RLPTK.
- Nhân lực thực hiện

Tham gia giáo dục cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ có nhiều thành phần, dưới sự hỗ trợ kiến thức, kỹ năng của chuyên gia (bác sỹ tâm thần nhi, chuyên gia tâm lý, giáo viên giáo dục đặc biệt, nhân viên công tác xã hội, nhà trị liệu các lĩnh vực...) giáo viên, thành viên của gia đình và các lực lượng hỗ trợ cộng đồng là nhân lực chính thực hiện.

- Chương trình giáo dục

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ trước hết là trẻ em vì thế trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần được tiếp cận chương trình giáo dục quốc gia như những trẻ em khác. Bên cạnh đó, do trẻ rối loạn phổ tự kỉ có hạn chế về kỹ năng tương tác; giao tiếp, quản lý hành vi cá nhân, thiết lập các mối quan hệ xã hội, nhiều em hạn chế về nhận thức ... vì thế bên cạnh chương trình chung các em cần được tiếp cận các chương trình phát triển kỹ năng đặc thù dành riêng cho nhóm trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Các chương trình giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ bao gồm: Chương trình giáo dục mầm non; Chương trình giáo dục phổ thông 2018 (tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông); Chương trình ABLLS; Chương trình LEAP

(giáo dục kỹ năng sống cho học sinh rối loạn phổ tự kỉ và RLPT).

- Quy trình thực hiện

Ngay sau khi trẻ được chuẩn đoán có rối loạn phổ tự kỉ và ở mức độ nào trạm y tế xã, trường mầm non, trường phổ thông sẽ phối hợp với gia đình và cộng đồng thực hiện các hoạt động sau:

**Giáo dục tại gia đình:** Những trẻ chưa đến tuổi đến trường hoặc có những khó khăn đặc biệt không thể đến trường sẽ được được các thành viên gia đình, y tế xã/thôn/bản, giáo viên hòa nhập, giáo viên đặc biệt hướng dẫn phát triển các kỹ năng đặc thù. Trẻ được tham gia vào các hoạt động cuộc sống gia đình và cộng đồng;

**Can thiệp tại trường mẫu giáo và trường phổ thông:** trẻ được tham gia học tại trường mầm non, phổ thông hòa nhập hoặc chuyên biệt (tại địa phương) do các giáo viên có kiến thức và kỹ năng dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ;

Giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ được thực hiện theo quy trình như sau:



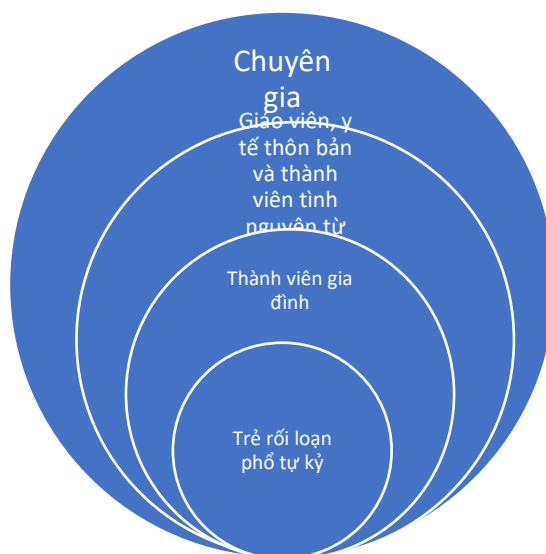
Trong quá trình thực hiện, các bước của quy trình không tách rời nhau mà có sự phối hợp và giao thoa với nhau tạo nên một thể thống nhất có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Kết quả của bước này là tiền đề và ảnh hưởng kết hiệu quả thực hiện của bước sau.

Vì thế, cần tiến hành thật trọng và hiệu quả mới có được kết quả như mong muốn. Trong cả ba bước đối tượng chịu tác động là rối loạn phổ tự kỉ và đối tượng thực hiện tác động phân làm hai cấp:

**Cấp 1.** Đối tượng thực hiện tác động gián tiếp bao gồm: Bác sỹ tâm thần nhi, chuyên gia giáo dục đặc biệt, chuyên gia tâm lý lâm sàng, chuyên gia trị liệu hành vi, cảm xúc, hoạt động .... là người tiến tổ chức tập huấn, đào tạo, giám sát giúp cho: các thành viên gia đình trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giáo viên hòa nhập và chuyên biệt; nhân viên y tế thôn/bản lực lượng hỗ trợ cộng đồng (tình nguyện) có kiến thức, kỹ năng áp dụng vào thực tiễn nhằm phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK;

**Cấp 2.** Đối tượng thực hiện tác động trực tiếp bao gồm: các thành viên gia đình trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giáo viên hòa nhập và chuyên biệt; nhân viên y tế thôn/bản lực

lượng hỗ trợ cộng đồng (tình nguyện) sau khi tiếp thu các kiến thức, kỹ năng ở các lớp tập huấn đã áp dụng vào thực tiễn nhằm phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK



## 2. Kết luận

Mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK dựa vào cộng đồng được đề xuất dựa trên kết quả nghiên cứu lý luận và điều kiện thực tiễn của Việt Nam. Để thực hiện được mô hình này cần sự phối hợp đồng bộ nhất quán của các thành viên tham gia. Trong đó, quan trọng nhất là vai trò chủ động tích cực của cha mẹ trẻ RLPTK, vào trò chủ đạo định hướng dẫn dắt của các chuyên gia và sự tham gia nhiệt tình với tinh thần hợp tác của các thành viên trong cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương Giang, Trần Thị Thu Hà và Cao Minh Châu (2010), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của trẻ tự kỷ từ 18 tháng đến 36 tháng tuổi", *Tạp chí Y học thực hành*. 10(739), tr. 3.
2. Đậu Tuấn Nam và Vũ Hải Vân (2015), "Chính sách đối với trẻ tự kỷ ở Việt Nam hiện nay", *Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam*. 11(96), tr. 60-67.
3. Quốc Hội (2010), *Luật số 51/2010/QH12\_ Luật Người khuyết tật*, Hà Nội, Việt Nam.
4. Từ điển bách khoa Việt Nam (2002), Nxb Từ điển Bách khoa.
5. Academy of Medicine Singapore (2010), *Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children: AMS-MOH Clinical Practice Guidelines 1/2010*, Diagnostic Assessment Services, truy cập ngày-2017, tại trang web <http://www.autismspectrum.org.au/content/diagnostic-assessment-services>.

6. Autism awareness Australia (2014), *Helping children with autism*, truy cập ngày 05/04/2019, tại trang web <https://www.autismawareness.com.au/financial-support/hcwa/>.
7. Australian Government and Department of Health (2014), *Autism - Helping Children with Autism program*, truy cập ngày-2017, tại trang web <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/autism-children>.
8. Malaysia Health Technology Assessment Section (2014), *Management of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents*, Ministry of Health Malaysia, Putrajaya, Malaysia.
9. Tina Ting Xiang Neik et al. (2014), "Prevalence, Diagnosis, Treatment and Research on Autism Spectrum Disorders (ASD) in Singapore and Malaysia", *International Journal of Special Education*. 29(3), pp. 10.
10. World Health Organization (2014), *Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders*, World Health Organization.
11. Jacqueline Roberts and Margot Prior (2006), *Review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders*, Australian Government Department of Health and Ageing, Australia.

