

THỰC TRẠNG NHẬN BIẾT CÁC BIỂU HIỆN RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở TRẺ EM ĐỘ TUỔI MẦM NON CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG SƯ PHẠM VINH LONG

NGÔ THANH TRÚC*

Ngày nhận bài: 18/04/2017; ngày sửa chữa: 05/05/2017; ngày duyệt đăng: 26/05/2017.

Abstract: Autism spectrum disorder refers to a range of conditions characterized by challenges with social skills, repetitive behaviors, speech and nonverbal communication, as well as by unique strengths and differences. Autism's most-obvious signs tend to appear at early years of age. Some developmental delays associated with autism can be identified and addressed even earlier. Identification of symptoms of autism spectrum disorder in preschool children will early alert and support parents to help these children integrate better into the community. Therefore, guiding the pedagogical students through the signs of autism at children is required. The article mentions situation of identifying symptoms of autism spectrum disorders at preschool children of students at Vinh Long College of Education.

Keywords: Identification, symptoms, autism spectrum disorders, preschool children.

Tỉ lệ trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) tăng theo thời gian: theo Lotter (1966) là 0,5‰; theo Baird và cộng sự (1999) là 3‰ [1], nghiên cứu trẻ 8 tuổi của Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát của Mỹ là 6,4‰ (2002), 8‰ (2004), 9‰ (2006), 11,4‰ (2008), trung bình có 18,4‰ trẻ trai và 4‰ trẻ gái mắc phải [2]; theo Young Shin Kim và cộng sự (2011) là 2,6% [3]. Việt Nam chưa có số liệu chính thức về tỉ lệ mắc RLPTK. Nghiên cứu sàng lọc RLPTK 6.583 trẻ 18-24 tháng tuổi tại Thái Bình (Nguyễn Thị Hương Giang, 2010) cho thấy tỉ lệ mắc RLPTK là 4.6/1000 trẻ sơ sinh sống. Tỉ lệ trẻ mắc RLPTK theo giới tính: Nam/Nữ = 4.3/1.

1. Khái niệm cơ bản của vấn đề nghiên cứu

RLPTK là một nhóm hội chứng được đặc trưng bởi suy kém nặng nề và lan toả trong những lĩnh vực phát triển: tương tác xã hội, giao tiếp và hiện diện của những hành vi và các ham thích rập khuôn [4]. Trẻ em từ ba tháng đến sáu tuổi được nhận vào trường, nhà trẻ, nhóm trẻ mẫu giáo độc lập.

2. Chẩn đoán RLPTK

Eric Schopler và cộng sự xây dựng thang CARS (Childhood Autism Rating Scale) đánh giá RLPTK thời thơ ấu ở 15 lĩnh vực với 4 mức độ hành vi [5].

Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ (DSM-5, 2011, [6]) xác định các tiêu chuẩn chẩn đoán RLPTK. Theo đó, một cá nhân được chẩn đoán RLPTK khi đủ các tiêu chí A, B, C và D sau:

A. Khiếm khuyết trầm trọng về tương tác và giao tiếp xã hội trong nhiều bối cảnh, bao gồm cả 3 dấu hiệu sau: (1) Khiếm khuyết về cảm xúc - xã hội; ranh giới từ cách tiếp cận xã hội không bình thường đến thiếu khả năng thực hiện hội thoại thông thường do hạn chế chia sẻ cảm xúc, sở thích; không thể thành công khi khởi xướng hay đáp ứng các

tương tác xã hội; (2) Khiếm khuyết hành vi giao tiếp không lời được sử dụng trong tương tác xã hội; ranh giới từ hạn chế khả năng phối hợp giao tiếp có lời và không lời do sự khác thường trong tương tác mắt và ngôn ngữ cơ thể hoặc thiếu hụt trong việc hiểu và sử dụng giao tiếp không lời, tới sự thiếu hụt hoàn toàn về thể hiện nét mặt và cử chỉ; (3) Khiếm khuyết khả năng phát triển và duy trì quan hệ phù hợp với mức độ phát triển (ngoại trừ người chăm sóc); ranh giới từ khó khăn trong điều chỉnh hành vi đáp ứng phù hợp với bối cảnh xã hội do khó khăn trong tham gia chơi giả vờ và trong việc kết bạn tới thể hiện thiếu quan tâm sự có mặt của người khác.

B. Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động, thể hiện tối thiểu ở 2 biểu hiện sau: (1) Rập khuôn và lặp đi lặp lại lời nói, cử động hoặc hoạt động với đồ vật; (2) Duy trì thói quen một cách thái quá, hành vi có lời và không lời theo khuôn mẫu và chống lại sự thay đổi; (3) Thể hiện sự quan tâm mạnh mẽ với một số thứ với cảm xúc và sự tập trung cao; (4) Phản ứng cảm giác đau vào trên hoặc dưới ngưỡng hoặc quan tâm đến một kích thích từ môi trường ở mức độ không bình thường.

C. Những dấu hiệu trên phải được biểu hiện từ khi còn nhỏ (nhưng có thể không thể hiện hoàn toàn rõ nét cho tới khi vượt quá giới hạn).

D. Những dấu hiệu phải cùng hạn chế và làm suy giảm chức năng hàng ngày. Một số nghiên cứu cho thấy DSM-5 có độ tin cậy và hiệu lực cao hơn phiên bản DSM-IV (nghiên cứu của Thomas Frazier cho thấy sai số chẩn đoán của DSM-5 chỉ là 3%, trong khi DSM-IV là 14%). Về cơ bản DSM-5 nhận được sự ủng hộ của cộng đồng và các nhà tâm thần học vì những thay đổi phù hợp với thực tiễn cũng như kinh nghiệm lâm sàng trong chẩn đoán RLPTK.

* Trường Cao đẳng Sư phạm Vinh Long

Học viện thần kinh học Hoa Kỳ và Hướng dẫn thực hành của Hiệp hội Thần kinh Trẻ em về sàng lọc và chẩn đoán tự kỉ (Filipek PA & partners, 2000, [6]) đưa ra 4 dấu hiệu cờ đỏ báo động RLPTK.

Bài viết nghiên cứu căn cứ các chỉ báo chẩn đoán các rối loạn tâm thần của DSM-5 để thiết kế bảng hỏi nhằm đánh giá mức độ nhận biết của học sinh, sinh viên (HS,SV) Trường Cao đẳng Sư phạm Vĩnh Long về biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ mầm non (MN) ở 2 tiêu chí: (1) Khiếm khuyết trầm trọng về tương tác và giao tiếp xã hội trong nhiều bối cảnh; (2) Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động.

3. Thang đo

Thang đo bao gồm 55 biến đo lường theo thang đo Linkert 5 mức độ lựa chọn (1: "Rất bình thường", 2: "Bình thường", 3: "Không biết/không ý kiến", 4: "Không bình thường", 5: "Rất không bình thường") và 4 thông tin về đặc điểm của HS,SV. Có 460 mẫu khảo sát, 460 phiếu hỏi được gửi đi trong khảo sát năm 2016, thu về 449 với 444 phiếu hợp lệ (đạt 98,9%).

444 mẫu khảo sát có 4 thông tin về đặc điểm được mô tả như sau:

- Ngành đào tạo: 256 sinh viên (SV) ngành Giáo dục MN và 188 học sinh ngành Sư phạm MN
- Khóa đào tạo: 151 HS,SV năm thứ 1, 225 HS,SV năm thứ 2, 68 SV năm thứ 3
- Mức độ tiếp xúc với trẻ em hàng ngày của HS,SV được khảo sát ở 3 mức độ (1: Thường xuyên, 2: thỉnh thoảng, 3: Không bao giờ)
- Mức độ biết của HS,SV về RLPTK ở trẻ em khảo sát ở 3 mức độ (1: Biết rất rõ, 2: Biết ít, 3: Hoàn toàn không biết)

Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 phân tích độ tin cậy, phân tích nhân tố khám phá EFA, phân tích định lượng, định tính của kết quả nghiên cứu thu được, phân tích tương quan của mối quan hệ tuyến tính giữa 1 vài biến số. Kết quả phân tích: Tất cả các tiêu chí đều phù hợp và các tiêu chí của phép đo có tính đồng nhất và đều đóng góp cho độ tin cậy của toàn bộ phép đo.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Mô tả nhận biết của HS,SV về biểu hiện RLPTK ở TLM

4.1.1. *Mức độ nhận biết của HS,SV về "Khiếm khuyết về hành vi giao tiếp không lời và khả năng phát triển và duy trì quan hệ phù hợp với mức độ phát triển":*

- *Mức độ nhận biết của HS,SV về "Khiếm khuyết sử dụng hành vi không lời":* (xem bảng 1)

• Giá trị trung bình (GTTB) từ 4.22-4.24; ĐLC từ 0.540-0.580.

• 97,5%-99,5% người được hỏi đánh giá các biểu hiện của trẻ là "Không bình thường" và "Rất không bình thường". Chỉ báo về suy kém rõ rệt trong việc sử dụng hành vi không lời nói như biểu lộ qua nét mặt, cử chỉ nhằm để điều chỉnh tương tác xã hội được 97,5%-99,5% HS,SV nhận biết đúng.

Bảng 1. Thống kê mô tả "Khiếm khuyết sử dụng hành vi không lời"

| Mô tả | Dùng tay người lớn như một công cụ lấy vật trẻ thích | Tránh tiếp xúc với người lớn bằng mắt khi được gọi hỏi | Không chỉ tay vào vật mà trẻ thích | Không kéo tay người khác để yêu cầu | Không biết xòe tay ra xin/khoanh tay "a" để xin | Không biết lắc đầu khi phản đối/gật đầu khi đồng tình | Không biểu hiện nét mặt khi đồng ý/không đồng ý |
|---------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| Trung Bình (TB) | 4.24 | 4.23 | 4.23 | 4.23 | 4.22 | 4.23 | 4.24 |
| Độ lệch chuẩn (ĐLC) | .537 | .577 | .557 | .560 | .580 | .560 | .540 |

- *Mức độ nhận biết của HS,SV về "Khiếm khuyết phát triển mối quan hệ bạn hữu":*

Bảng 2. Thống kê mô tả "Khiếm khuyết phát triển mối quan hệ bạn hữu"

| Mô tả | Không quan tâm các trẻ khác đang chơi | Không chơi khi trẻ khác rủ | Không quan tâm các trò chơi tương tác | Không chú động rủ trẻ khác chơi | Không chơi cùng một nhóm trẻ | Không tuân theo luật chơi |
|-------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| TB | 4.24 | 4.23 | 4.23 | 4.23 | 4.23 | 4.24 |
| ĐLC | .543 | .552 | .552 | .552 | .552 | .543 |

• GTTB từ 4.23-4.24; ĐLC từ 0.552-0.543.

• 98,4%-99,1% người được hỏi đánh giá các biểu hiện hành vi của trẻ là "Không bình thường" và "Rất không bình thường". Chỉ báo về thất bại trong việc phát triển các mối quan hệ bạn bè thích hợp với mức phát triển cũng như không thể thành công khi khởi xướng hay đáp ứng với các tương tác xã hội của trẻ được 98,4%-99,1% HS,SV nhận biết đúng.

- *Mức độ nhận biết của HS,SV về "Khiếm khuyết chia sẻ quan tâm thích thú":*

Bảng 3. Thống kê mô tả của "Khiếm khuyết chia sẻ quan tâm thích thú"

| Mô tả | Không biết khoe khi được cho 1 đồ vật/đồ ăn | Không biết khoe đồ vật mà trẻ thích | Không biểu hiện nét mặt thích thú khi được cho |
|-------|---|-------------------------------------|--|
| TB | 4.24 | 4.24 | 4.24 |
| ĐLC | .536 | .536 | .536 |

• GTTB là 4.24; ĐLC là 0.536

• 98,6 - 98,9% người được hỏi đánh giá các biểu hiện của trẻ là "Không bình thường" và "Rất không bình thường". Chỉ báo về thiếu sự tìm kiếm tự động nhằm chia sẻ vui thích, quan tâm được 98,6-98,9% HS,SV nhận biết đúng.

- *Mức độ nhận biết của HS,SV về "Khiếm khuyết thể hiện tình cảm":* (xem bảng 4 trang bên).

• GTTB từ 4.23-4.24; ĐLC từ 0.426-0.429.

• 98,4 - 98,9% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là "Không bình thường" và "Rất không bình thường". Chỉ báo về thiếu sự trao đổi qua lại về xã hội hoặc cảm xúc, sự

Bảng 4. Thống kê mô tả “Kiểm khuyết thể hiện tình cảm”

| Mô tả | Không thể hiện vui khi bố mẹ về | Không âu yếm với bố mẹ | Không nhận biết sự có mặt của người khác | Không quay đầu lại khi được gọi tên | Không thể hiện vui buồn | Tình cảm bất thường khi không đồng ý |
|-------|---------------------------------|------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| TB | 4.24 | 4.24 | 4.24 | 4.23 | 4.24 | 4.24 |
| ĐLC | .532 | .535 | .535 | .549 | .546 | .546 |

thiếu hụt hoàn toàn về thể hiện nét mặt và cử chỉ và chống lại sự thay đổi được 98,4-98,9% HS,SV nhận biết đúng.

4.1.2. Mức độ nhận biết của HS,SV về “Kiểm khuyết phát triển kĩ năng nói và sử dụng ngôn ngữ”:

- **Mức độ nhận biết của HS,SV về “Kiểm khuyết phát triển kĩ năng nói”:**

Bảng 5. Thống kê mô tả của “Kiểm khuyết phát triển kĩ năng nói”

| Mô tả | Không tự gọi đối tượng giao tiếp | Không tự thể hiện nội dung giao tiếp | Không duy trì hội thoại bằng lời | Không biết nhận xét bình luận | Không biết đặt câu hỏi |
|-------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| TB | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 |
| ĐLC | .561 | .561 | .553 | .553 | .553 |

• GTTB từ 4.24-4.30; ĐLC từ 0.553-0.561.

• 98,4-98,6% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về sự chậm trễ hoặc thiếu vắng hoàn toàn sự phát triển ngôn ngữ nói (không có kèm theo các phương thức giao tiếp thay thế như cử chỉ hay điệu bộ) được 98,4-98,6% HS,SV nhận biết đúng.

- **Mức độ nhận biết của HS,SV về “Kiểm khuyết sử dụng ngôn ngữ”:**

Bảng 6. Thống kê mô tả “Kiểm khuyết sử dụng ngôn ngữ”

| Mô tả | Phát ra chuỗi âm thanh khác thường | Trẻ có những tiếng kêu phức tạp | Phát ra một số từ lặp lại | Nói một câu cho mọi tình huống | Nhại lại lời nói của người khác nghe thấy trong quá khứ | Nhại lại lời nói của người khác khi vừa nghe thấy | Trẻ không có lời nói có nghĩa |
|-------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|---|-------------------------------|
| TB | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 | 4.26 |
| ĐLC | .553 | .553 | .553 | .553 | .553 | .561 | .561 |

• GTTB từ 3.91-4.03; ĐLC: 0.553-0.561.

• 98,4 - 98,6% người được hỏi đánh giá là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về suy kém rõ rệt khả năng khởi đầu hay duy trì một đối thoại với người khác và sử dụng ngôn ngữ theo cách định hình lặp đi lặp lại hoặc ngôn ngữ kì lạ được 98,4-98,6% HS,SV nhận biết đúng.

4.1.3. Mức độ nhận biết của HS,SV về “Kiểm khuyết kĩ năng chơi” (xem bảng 7)

Bảng 7. Thống kê mô tả “Kiểm khuyết kĩ năng chơi”

| Mô tả | Không biết chơi với đồ chơi | Chơi với đồ chơi 1 cách bất thường | Không biết chơi giả vờ | Không biết bắt chước hành động | Không biết bắt chước âm thanh |
|-------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| TB | 4.21 | 4.19 | 4.22 | 4.22 | 4.21 |
| ĐLC | .633 | .665 | .638 | .638 | .643 |

• GTTB từ 4.21-4.25; ĐLC từ 0.409-0.434.

• 95,5-99,1% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về thiếu vắng trò chơi giả vờ theo cách tự nhiên và phong phú hoặc thiếu trò chơi bắt chước xã hội phù hợp với mức phát triển của trẻ được 95,5-99,1% HS,SV nhận biết đúng.

4.1.4. Mức độ nhận biết của HS,SV về “Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động”:

- **Mức độ nhận biết của HS,SV về “Độ tập trung”:**

Bảng 8. Thống kê mô tả của “Độ tập trung”

| Mô tả | Không quan tâm đến đồ chơi, mà chỉ gắn bó với một số vật dụng | Trẻ có thể thường xuyên và với cường độ lớn hành vi tập trung vào một bộ phận không nổi bật của đồ chơi | Trẻ chống lại sự thay đổi thông thường một cách hăng hái, cố gắng tiếp tục các hoạt động cũ và khó bị đánh lạc hướng |
|-------|---|---|--|
| TB | 4.05 | 4.04 | 4.03 |
| ĐLC | .223 | .253 | .288 |

• GTTB từ 4.03-4.05; ĐLC dao động từ 0.223-0.288.

• 95,95-95,97% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về sự bện rộn bao quanh một hoặc nhiều hơn các kiểu vui thích giới hạn và định hình bất thường về cường độ hoặc mức tập trung được 95,95-95,97% HS,SV nhận biết đúng.

- **Mức độ nhận biết của HS,SV về “Cử động nghi thức”:**

Bảng 9. Thống kê mô tả của “Cử động nghi thức”

| Mô tả | Bị hút vào 1 đồ chơi/đồ vật | Trẻ có thể chiếm giữ những đồ chơi và những đồ vật khác một cách khác thường | Trẻ liên tục di chuyển một vài bộ phận của đồ vật hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật hoặc thích sờ vào bề mặt |
|-------|-----------------------------|--|---|
| TB | 4.03 | 4.03 | 4.03 |
| ĐLC | .288 | .288 | .288 |

• GTTB: 4.03; ĐLC là 0.288.

• 95,91% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về việc rập khuôn và lặp đi lặp lại cử động hoặc hoạt động với đồ vật, có bám dính một cách cứng nhắc rõ rệt đối với các thói quen hoặc các nghi thức hằng ngày đặc biệt, không có chức năng được 95,91% HS,SV nhận biết đúng.

- **Mức độ nhận biết của HS,SV về “Cử động chân tay”:** (xem bảng 10 trang bên)

Bảng 10. Thống kê mô tả của “Cử động chân tay”

| Mô tả | Tất và bắt đèn liên tục | Thích lắc lư, đu đưa thân mình, chân tay | Thích đi nhón trên mũi chân | Thích vẽ xoắn vận tay, đập /múa tay | Tự quay vòng vòng | Thích tìm những tác động mạnh trên cơ thể | Nghiện soi ngắm tay |
|-------|-------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------|---|---------------------|
| TB | 4.03 | 4.03 | 4.03 | 4.03 | 4.03 | 4.03 | 4.03 |
| ĐLC | .288 | .271 | .271 | .271 | .271 | .271 | .271 |

• GTTB: 4.03; ĐLC từ 0.271-0.288.

• 99,3 - 99,5% người được hỏi đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về các cách thức vận động định hình và lập đi lập lại cử động được 99,3-99,5% HS,SV nhận biết đúng.

- *Mức độ nhận biết của HS,SV về “Bận tâm dai dẳng với chi tiết của đồ vật”:*

Bảng 11. Thống kê mô tả của “Bận tâm dai dẳng với chi tiết của đồ vật”

| Mô tả | Mê mẩn chơi, ngắm một phần nào đó của đồ vật | Trẻ nhìn chăm chăm vào đồ vật từ 1 góc độ bất thường | Không biết nguy hiểm |
|-------|--|--|----------------------|
| TB | 4.03 | 4.03 | 4.03 |
| ĐLC | .271 | .271 | .271 |

• GTTB: 4.03; ĐLC là 0.271.

• 99,3-99,5% người được hỏi đều đánh giá các hành vi của trẻ là “Không bình thường” và “Rất không bình thường”. Chỉ báo về sự bận rộn thường xuyên với các phần của vật thể được 99,3-99,5% HS,SV nhận biết đúng.

Nhìn kết quả ĐLC ở các thống kê mô tả, ta thấy các biến số “Độ tập trung” có độ biến thiên thấp nhất (ĐLC: 0.223-0.288), hay thang đo nhận biết “Độ tập trung” ở các mẫu khảo sát ổn định nhất; tương tự, các biến số “Kĩ năng chơi” ở các mẫu khảo sát có mức độ phân tán cao nhất (ĐLC: 0.633-0.665), hay thang đo nhận biết “Kĩ năng chơi” ở các mẫu khảo sát có độ ổn định thấp nhất.

Tóm lại, 95,5%-99,5% HS,SV nhận biết đúng biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN về 2 nhóm lĩnh vực, đó là: Khiếm khuyết trầm trọng về tương tác và giao tiếp xã hội trong nhiều bối cảnh; Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động. Kết quả này rất có ý nghĩa, bởi lẽ HS,SV có nhận biết đúng thì mới có khả năng phát hiện sớm các dấu hiệu phát triển không bình thường, chỉ dẫn và hỗ trợ cha mẹ nhận dịch vụ can thiệp sớm; đồng cảm, yêu thương và hỗ trợ các trẻ RLPTK đến trường.

4.2. Mối quan hệ giữa các đặc điểm của HS,SV và nhận biết về các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN

Từ 4 đặc điểm của HS,SV, chúng tôi đặt 4 giả thuyết về mối quan hệ giữa đặc điểm của HS,SV và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN ở độ tin cậy 95% như sau:

- *Giả thuyết H₁*: Không có sự khác biệt về ngành học/trình độ đào tạo khác nhau của HS,SV và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

- *Giả thuyết H₂*: Không có sự khác biệt HS,SV thuộc các khóa đào tạo khác nhau và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

- *Giả thuyết H₃*: Không có sự khác biệt mức độ tiếp xúc khác nhau của HS,SV với trẻ em hàng ngày và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

- *Giả thuyết H₄*: Không có sự khác biệt mức độ biết khác nhau về bệnh RLPTK ở trẻ em của HS,SV và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

Kết quả phân tích phương sai ANOVA:

Giả thuyết H₁: Kiểm định Levene có Sig.α = 0.08-0.521 (>0.05) nên chấp nhận giả thuyết phương sai của nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN là bằng nhau giữa các HS,SV ở ngành học/trình độ đào tạo khác nhau.

Bảng ANOVA cho kết quả:

• Sig.α của biến số khiếm khuyết “*Kĩ năng chơi*” <0.05 nên bác bỏ giả thuyết H₂ cho các biến số, có nghĩa là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận biết về các biểu hiện sự thiếu vắng trò chơi giả vờ theo cách tự nhiên và phong phú hoặc thiếu trò chơi bất chước xã hội phù hợp với mức phát triển của trẻ MN giữa các HS,SV thuộc ngành học/trình độ đào tạo khác nhau. GTTB nhận biết của SV cao đẳng luôn lớn hơn GTTB nhận biết của học sinh trung cấp. Nội dung về hội chứng RLPTK ở trẻ MN được giới thiệu khái niệm trong chương trình đào tạo ngành Giáo dục MN (phần Can thiệp sớm của Giáo dục đặc biệt, năm thứ 2 và phần Giáo dục hòa nhập, năm thứ 3, trình độ cao đẳng chính quy), riêng đối với chương trình đào tạo ngành Sư phạm MN (trình độ trung cấp vừa làm vừa học) không có nội dung này. Điều này có thể phần nào lí giải được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận biết các khiếm khuyết kĩ năng chơi giữa các HS,SV ở ngành học/trình độ đào tạo khác nhau.

• Sig.α của các biến số còn lại >0.05 nên chấp nhận giả thuyết H₂, tức là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK còn lại ở trẻ MN giữa các HS, SV thuộc ngành học/trình độ đào tạo khác nhau.

Giả thuyết H₂: Kiểm định Levene có Sig.α = 0.057-0.754 (>0.05) và Bảng ANOVA cho kết quả Sig.α >0.05 nên chấp nhận giả thuyết H₂.

Giả thuyết H₃: Kiểm định Levene có Sig.α = 0.033-0.945 (>0.05) và Bảng ANOVA cho kết quả Sig.α > 0.05 nên chấp nhận giả thuyết H₃.

Kết quả bảng tần số còn cho thấy HS,SV tiếp xúc với trẻ em hàng ngày ở mức độ “Thường xuyên” là cao nhất (61%), kế là “Thỉnh thoảng” (38,5%) và “Không bao giờ” (0,5%). Kết quả phân tích này phù hợp với nhận biết đúng của 95,5%-99,5% HS,SV về biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

Giả thuyết H₄: Kiểm định Levene có Sig. $\alpha = 0.222-0.698 (>0.05)$ và Bảng ANOVA cho kết quả Sig. $\alpha >0.05$ nên chấp nhận giả thuyết H₄.

Kết quả thống kê mô tả còn cho thấy HS,SV biết về RLPTK ở trẻ em mức độ “Biết rất rõ” chiếm ưu thế (85,4%) so với “Biết ít” (14,6%). Kết quả phân tích này phù hợp với nhận biết đúng của 95,5%-99,5% HS,SV về biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

4.3. Đánh giá chung về mối quan hệ giữa các đặc điểm của SV và nhận biết về các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN

4.3.1. Ưu điểm

95,5%-99,5% HS,SV nhận biết đúng biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN (căn cứ các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn RLPTK của DSM-5). Đó là: Khiếm khuyết trầm trọng về tương tác và giao tiếp xã hội trong nhiều bối cảnh; Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động. Kết quả này rất có ý nghĩa, bởi lẽ HS,SV ngành Giáo dục MN/Sư phạm MN có nhận biết đúng thì mới có khả năng phát hiện sớm các dấu hiệu phát triển không bình thường, chỉ dẫn và hỗ trợ cha mẹ nhận dịch vụ can thiệp sớm; biết đồng cảm, yêu thương và hỗ trợ các trẻ RLPTK đến trường. Đối sánh các dấu hiệu cờ đỏ báo động RLPTK của Viện Hàn lâm thần kinh học của Mỹ và Hướng dẫn thực hành của Hiệp hội Thần kinh Trẻ em về sàng lọc và chẩn đoán RLPTK (Filipek PA, 2000 [6]) đã khuyến cáo và thang CARS (Childhood Autism Rating Scale) đánh giá RLPTK ở trẻ em [5] đánh giá RLPTK thời thơ ấu, chúng tôi cho rằng 95,5%-99,5% HS,SV cũng có khả năng phát hiện các dấu hiệu cờ đỏ báo động RLPTK theo các tiêu chuẩn quốc tế.

Nhận biết về các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN là bằng nhau giữa các đặc điểm của HS,SV. Đa số các biến số khảo sát (91%) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối quan hệ giữa các đặc điểm của HS,SV và nhận biết về các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê mức ý nghĩa 95% giữa nhận biết SV ngành Giáo dục MN và học sinh ngành Sư phạm MN về hành vi thiếu vắng trò chơi giả vờ theo cách tự nhiên và phong phú hoặc thiếu trò chơi bắt chước xã hội phù hợp với mức phát triển của trẻ MN.

4.3.2. Hạn chế

Vẫn còn 1 bộ phận nhỏ HS,SV (0,2%-2,5%) nhận biết chưa đúng hoặc không biết/không có ý kiến về 1 số biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN.

Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy 95,5%-99,5% HS,SV Trường Cao đẳng Sư phạm Vĩnh Long nhận biết đúng biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN (căn cứ các tiêu chuẩn của DSM-5). Kết quả này rất có ý nghĩa, bởi lẽ: SV ngành Giáo dục MN và học sinh ngành Sư phạm MN - giáo viên MN tương lai - có nhận biết đúng thì mới có khả năng phát hiện sớm các dấu hiệu RLPTK ở trẻ và chỉ dẫn, hỗ trợ cha mẹ tiếp nhận dịch vụ can thiệp sớm và hỗ trợ các trẻ RLPTK đến trường, góp phần phát hiện và phối hợp giữa các nhà chuyên môn khi phục hồi chức năng cho trẻ RLPTK nhằm giảm tỉ lệ khuyết tật, giúp trẻ tái hòa nhập cộng đồng.

Đa số không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối quan hệ giữa các đặc điểm của HS,SV và nhận biết các biểu hiện hành vi RLPTK ở trẻ MN. Kết quả khảo sát trên là một gợi ý tốt trong nghiên cứu điều chỉnh chương trình đào tạo ngành Giáo dục MN và ngành Sư phạm MN liên quan khuyết tật dạng RLPTK ở trẻ MN. □

Tài liệu tham khảo

- [1] Mary Coleman (2005). *The Neurology of Autism*. Oxford University Press, pp.119-135.
- [2] Jon Baio, EdS (2012). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities.
- [3] Young Shin Kim and partners (2010). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample*. The American Journal of Psychiatry, Vol. 168, Issue 9, pp. 904-912.
- [4] Corinne Antoine (2005). *Petit Larousse de la Psychologie (Từ điển Tâm lý học)*. NXB Larousse, Pháp..
- [5] Eric Schopler, Ph.D, Robert J. Reichler, M.D, and Barbara Rothen Renner, PhD (2010). *Childhood Autism Rating Scale*. Western Psychological Services.
- [6] Filipek PA & partners (2000). *Practice parameter: Screening and Diagnosis of Autism. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society*. US national Library of medicine, National Institutes of Health.
- [7] Thomas W. Frazier, Ph.D. and partners (2011). *Validation of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012 Jan;51(1):28-40.e3.