

THỰC TRẠNG NĂNG LỰC CỦA GIÁO VIÊN CAN THIỆP DỰA TRÊN THỰC CHỨNG CHO TRẺ TỰ KỶ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

TS. TRẦN VĂN CÔNG* - ThS. ĐÀO NGUYỄN TÚ -
NGUYỄN PHƯƠNG HỒNG NGỌC -
VŨ THỊ OANH - NGUYỄN PHƯƠNG THẢO**

Ngày nhận bài: 12/05/2016; ngày sửa chữa: 16/05/2016; ngày duyệt đăng: 16/05/2016.

Abstract: This study surveys the competence of teachers on evidence-based intervention for children with autism. Research results on 103 teachers in Hanoi show that a significant number of teachers misunderstands about autism as well as applies inefficiently the teaching methods of inclusive education for children with autism.

Keywords: Competence, teacher, evidence-based intervention, autism.

Tự kỷ (Autism) hay rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder, viết tắt là ASD) đều là những thuật ngữ nói đến một nhóm các rối loạn phức tạp trong sự phát triển của não bộ. Nhóm rối loạn này được đặc trưng bởi những khó khăn và thiếu hụt trong tương tác xã hội, giao tiếp bằng lời và không lời, các hành vi và sở thích định hình lặp lại [1]. Rối loạn phổ tự kỷ ngày càng phổ biến với tỉ lệ chẩn đoán ở trẻ em tăng lên qua từng năm ở tất cả các nước và khu vực trên thế giới, hiện vẫn chưa có cách chữa khỏi và các biện pháp điều trị chỉ có hiệu quả nhất định. Tuy vậy, trong các nhóm điều trị được đề xuất, các biện pháp *can thiệp dựa trên thực chứng* cho thấy có hiệu quả nhất. Can thiệp dựa trên thực chứng có thể hiểu là sự can thiệp cho trẻ tự kỷ đã được chứng minh hiệu quả thông qua các kết quả nghiên cứu khoa học. Trên thế giới, có nhiều kỹ thuật can thiệp dựa trên những lý thuyết, phương pháp khác nhau dành cho trẻ tự kỷ. Điển hình là các kỹ thuật trong *phân tích hành vi ứng dụng*, viết tắt là ABA (Applied Behavior Analysis). Đánh giá về các kỹ thuật can thiệp, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng, kỹ thuật can thiệp dựa trên cơ sở ABA được đánh giá cao về hiệu quả cho trẻ tự kỷ và trẻ có các rối loạn liên quan khác (Lovaas, 1987; Sundberg & Partington, 1998; Simpson, 2001). Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát với 7 kỹ thuật chính, quan trọng của ABA, bao gồm: 1) *Phân tích nhiệm vụ (Task analysis)* là việc chia nhỏ nhiệm vụ hoặc mục tiêu, đặc biệt là hành vi phức tạp thành các bước nhỏ hơn và sắp xếp các bước thành chuỗi (Anderson, Taras, Cannon, 1996); 2) *Xâu chuỗi/ chuỗi (chaining)* là kỹ thuật dạy trẻ từng bước nhỏ được chia ra từ nhiệm vụ hoặc mục tiêu theo trật tự từ đầu đến cuối hoặc ngược lại và dạy trẻ kết nối chuỗi các

bước đó với nhau (Granpeesheh và cs., 2014); 3) *Tạo hình (Shaping)* là quá trình dần dần sửa hành vi hiện tại của trẻ trở thành hành vi mong muốn bằng sự khuyến khích và củng cố liên tục sự gần đúng mà trẻ thể hiện ở hành vi mới cho đến khi trẻ đã học được hành vi đó (Porter, 1996; Brereton & Tonge, 2005); 4) *Củng cố (Reinforcement)* là việc sử dụng hệ thống phần thưởng, hành động hoặc đồ vật để làm tăng thêm hành vi mong muốn ở trẻ, kỹ thuật củng cố ở đây được hiểu theo nghĩa có một hành vi, khi theo sau hành vi đó là sự củng cố, có nhiều khả năng hành vi đó sẽ tăng theo thời gian, là cách sử dụng bất cứ thứ gì có thể làm tăng hành vi mong đợi (Fouse và Wheeler, 1997); 5) *Nhắc nhở/ Gợi ý (Prompts)* là sự hỗ trợ về thể chất, lời nói hay cử chỉ sử dụng khi dạy nhằm mục đích hướng dẫn, khuyến khích để trẻ phản hồi đúng; 6) *Giảm dần gợi ý (Prompt fading)* là quá trình giảm thiểu dần dần sự nhắc nhở/gợi ý để làm tăng khả năng thực hiện nhiệm vụ độc lập của trẻ; 7) *Khái quát hóa (Generalization)* là việc dạy trẻ các kỹ năng có trong hoàn cảnh tương tự như hoàn cảnh thực tế phải sử dụng, dạy các khái niệm trừu tượng để trẻ biết chuyển giao đúng kỹ năng đã được học khi ở hoàn cảnh khác.

Để việc can thiệp cho trẻ tự kỷ đạt kết quả cao, trước tiên, giáo viên (GV) phải có nền tảng đào tạo tốt; hiểu biết cơ bản về rối loạn phổ tự kỷ, chương trình và kỹ thuật can thiệp cho trẻ. Tại Việt Nam, nhìn từ hoạt động can thiệp cho trẻ tự kỷ hiện nay, không khó nhận ra rằng một số GV còn chưa được đào tạo chuyên sâu, chưa được trang bị các kỹ thuật thực chứng để làm việc với trẻ. Vì vậy, nghiên cứu này sẽ góp phần chỉ ra được thực trạng

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

** Trường Đại học Sư phạm Hà Nội

và nhu cầu được đào tạo về kiến thức, kĩ năng của GV can thiệp trẻ tự kỉ, là cơ sở gợi ý cho những nghiên cứu tiếp theo, góp phần đưa ra những khuyến nghị và đề xuất cho các chương trình đào tạo nhằm nâng cao năng lực can thiệp dựa trên thực chứng cho GV.

1. Tổ chức và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này tiến hành điều tra bằng bảng hỏi trên 103 GV can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại các cơ sở mầm non chuyên biệt, các trung tâm giáo dục đặc biệt, các trung tâm chuyên biệt và lớp can thiệp, can thiệp tại nhà trên địa bàn TP. Hà Nội. Trong đó, có 6,8% tổng số khách thể là nam và 93,2% khách thể là nữ. Độ tuổi trung bình của khách thể là 28,5. Về trình độ, GV có trình độ đại học chiếm 61,2%, tiếp đến là trình độ cao đẳng chiếm 16,5%. GV tốt nghiệp từ các ngành y khoa, tâm lí học, tâm lí - giáo dục, giáo dục đặc biệt, công tác xã hội, điều dưỡng, giáo dục mầm non, giáo dục tiểu học. Toàn bộ dữ liệu sau khi thu thập được xử lí và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS.

2. Kết quả nghiên cứu

2.1. Về kiến thức, cụ thể là mức độ hiểu biết về rối loạn phổ tự kỉ do các GV can thiệp tự đánh giá, số liệu thống kê cho thấy, đa số GV tự đánh giá mức độ hiểu biết ở mức tương đối (chiếm 74,0% tổng số khách thể). Tuy nhiên, có 20 GV (chiếm 20,8%) tự đánh giá họ có ít hiểu biết về rối loạn phổ tự kỉ.

Về các triệu chứng cốt lõi (cần thiết để một trẻ được chẩn đoán), đa số GV hiểu đúng về các triệu chứng như: thiếu những tương tác về cảm xúc và xã hội trong quan hệ, hành động dập khuôn và lặp lại, kém hoặc không có khả năng biểu đạt phi ngôn ngữ (ví dụ: ánh mắt, nét mặt, tư thế, điệu bộ) trong tương tác xã hội,... Tuy nhiên, một số GV can thiệp cũng còn hiểu sai như: việc trẻ tự kỉ sẽ “nhìn vào mắt người khác khi giao tiếp”, có 8,7% lựa chọn như vậy là “Đúng” và 10,9% lựa chọn “Không chắc” (bảng 1).

Bảng 1. Các triệu chứng rối loạn phổ tự kỉ mà GV can thiệp hiểu sai

Các biểu hiện	Lựa chọn của GV		
	Sai	Không chắc	Đúng
* Ăn trộm, đập phá đồ đạc	51,5%	36,1%	12,4%
* Gây hấn, đánh nhau	44,0%	38,5%	17,6%
* Nhìn vào mắt người khác khi giao tiếp	80,4%	10,9%	8,7%
* Quá hiếu động, không tập trung chú ý	13,1%	31,3%	55,6%
* Có hành vi hung bạo	18,9%	51,6%	29,5%

Ghi chú: * Những câu này khi GV trả lời “Đúng” đồng nghĩa với việc họ đã hiểu “Sai”

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, dù đa số GV nhận thức đúng *triệu chứng ở mọi trẻ tự kỉ là không*

giống nhau (75,3%) nhưng cũng 20,6% GV hiểu sai khi cho rằng *triệu chứng ở mọi trẻ rối loạn phổ tự kỉ là giống nhau* hoặc không biết điều này (4,1%). Đa số GV nhận thức đúng về việc *rối loạn phổ tự kỉ có thể được chẩn đoán trước 3 tuổi* (62,4%); tuy nhiên, vẫn có GV hiểu chưa hoàn toàn đúng, cho rằng *tự kỉ thường gặp nhiều hơn ở những gia đình giàu có* (51,5%). Có 37,3% GV hiểu sai khi cho rằng, *rối loạn phổ tự kỉ chỉ có ở các thành phố lớn*.

Khảo sát kiến thức về nguyên nhân của rối loạn phổ tự kỉ, kết quả cho thấy một số GV vẫn hiểu sai: có 7,1% GV cho là *do bị vong nhập*, 21,4% GV cho là *do trẻ ít vận động*, 37,0% cho là *do trẻ xem ti vi nhiều*, và một tỉ lệ lớn GV cho là *do thiếu hụt sự quan tâm chăm sóc của bố mẹ* (43,4%).

Khảo sát kiến thức của GV về phương pháp can thiệp cho kết quả như sau (bảng 2):

Bảng 2. Kiến thức của GV về phương pháp can thiệp

Phương pháp	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Khi công	0,48	0,57
Tâm thế Việt (của Tâm Việt)	0,50	0,65
Tê bào gốc	0,56	0,71
Uống thuốc nam	0,56	0,58
Thở ôxi cao áp	0,59	0,61
Son Rise	0,66	0,81
Thực phẩm chức năng (ví dụ Vương Nào Khang)	0,66	0,63
Cho trẻ đi cúng, giải hạn, xem bói	0,68	0,49
Thiền định	0,69	0,67
Phương pháp chữa tự kỉ Vincent Hoài Đỗ	0,74	0,83
Châm cứu, bấm huyệt, cây chỉ	0,87	0,59
Điều trị bằng thuốc	0,98	0,63
Vận động phục hồi não (vận động chéo, thở ôxi)	1,01	0,77
Đạy đọc sớm theo phương pháp Glenn Doman	1,09	0,83
Montessori	1,17	0,86
Phương pháp giáo dục tự kỉ Weiser Manzars	1,26	0,89
Hệ thống trao đổi hình ảnh (PECS)	1,70	0,63
Phân tích hành vi ứng dụng (ABA, VBA)	1,74	0,60
Vật lí trị liệu (giúp phục hồi vận động)	1,78	0,48
Âm ngữ trị liệu	1,81	0,53
Can thiệp hành vi	1,91	0,35
Đào tạo kĩ năng giao tiếp xã hội	1,94	0,24

Trong những cách thức mà GV can thiệp cho là hiệu quả, có cả những cách thức rất ít hoặc không có bằng chứng khoa học chứng minh hiệu quả cho tự kỉ như: *Montessori, uống thuốc nam, phương pháp của Vincent Hoài Đỗ...* thậm chí cho trẻ đi cúng, giải hạn, xem bói, bùa chú,...

Khi hỏi “*Anh/chị đã nghe đến việc can thiệp cho trẻ tự kỉ dựa trên thực chứng bao giờ chưa?*”, đa số GV cho rằng “*minh đã từng nghe*” (82%), có 18% *chưa nghe*. Đa số GV biết đến các phương pháp can thiệp dựa trên thực chứng thông qua kinh nghiệm của đồng nghiệp ($M=0,59$), qua các hội thảo về tự kỉ ($M=0,52$) hoặc qua

việc GV tự học, qua các tài liệu ($M=0,51$), ít nhất là GV biết thông qua chương trình đào tạo/bồi dưỡng chuyên môn ($M=0,28$).

Về mức độ hiểu biết các kĩ thuật can thiệp dựa trên thực chứng, GV tự đánh giá họ hiểu rõ nhất về các kĩ thuật thực chứng như nhắc nhở/gợi ý ($M=1,68$), phân tích nhiệm vụ ($M=1,51$), củng cố ($M=1,55$), giảm dần gợi ý ($M=1,48$), chuỗi ($M=1,49$), tạo hình ($M=1,36$), khái quát hóa ($M=1,20$). Bên cạnh đó, một số kĩ thuật can thiệp không dựa trên thực chứng như thở ôxi cao áp ($M=0,46$), Weiser Manzars ($M=0,36$), cũng có một số ít GV hiểu sai khi cho rằng “đây là kĩ thuật dựa trên thực chứng”.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy, giá trị tương quan bội là $R=0,451$ và tất cả 7 yếu tố: giới tính, tuổi, chuyên môn, trình độ, thời gian kinh nghiệm làm việc, số trẻ đã dạy, mức độ yêu thích công việc giải thích được 20,3% ($R^2=0,203$) sự thay đổi của mức độ hiểu biết kiến thức về tự kỉ của GV. Tuổi và kinh nghiệm làm việc là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán mức độ kiến thức của GV. Các yếu tố khác không có hoặc có rất ít ảnh hưởng đến mức độ hiểu biết kiến thức của GV can thiệp.

2.2. Về kĩ năng: kết quả khảo sát cho thấy, GV tự đánh giá họ sử dụng thành thạo nhất là kĩ thuật nhắc nhở/gợi ý ($M=1,68$), tiếp đến là kĩ thuật củng cố ($M=1,57$), phân tích nhiệm vụ ($M=1,45$). Khảo sát về tần suất GV sử dụng các kĩ thuật can thiệp dựa trên thực chứng cho trẻ tự kỉ cho kết quả như sau (bảng 3):

Bảng 3. Tần suất GV sử dụng các kĩ thuật can thiệp dựa trên thực chứng

Kĩ thuật	Không bao giờ sử dụng (%)	Ít khi sử dụng (%)	Thường xuyên sử dụng (%)	Luôn luôn sử dụng (%)	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Thứ bậc
Khái quát hóa	8,0	21,6	47,7	22,7	2,85	0,87	7
Tạo hình hành vi	5,6	24,7	43,8	25,8	2,89	0,85	6
Chuỗi/xâu chuỗi	3,5	22,1	41,9	32,6	3,04	0,83	5
Giảm dần gợi ý	1,1	20,5	39,8	38,6	3,16	0,79	4
Phân tích nhiệm vụ	0,0	18,7	44,4	37,4	3,19	0,73	3
Nhắc nhở/ gợi ý	0,0	10,9	54,3	34,8	3,24	0,67	2
Củng cố	1,1	11,0	36,3	51,6	3,39	0,73	1

Xét từ kinh nghiệm làm việc với trẻ tự kỉ, có hơn 80% GV thường xuyên và luôn luôn sử dụng các kĩ thuật dựa trên thực chứng: củng cố, nhắc nhở/gợi ý, phân tích nhiệm vụ. Đây là 3 kĩ thuật được GV sử dụng nhiều và thành thạo nhất khi can thiệp cho trẻ tự kỉ. Kết quả cũng cho thấy, có 60-70% tổng số khách thể nghiên cứu thường xuyên và luôn luôn sử dụng như kĩ thuật dựa trên thực chứng khác như: khái quát hóa, tạo hình, chuỗi/xâu chuỗi, giảm dần gợi ý.

2.3. Về thái độ, số liệu thu thập được cho thấy, GV yêu thích công việc chiếm tỉ lệ lớn (74,8%) và rất yêu thích công việc chiếm 20,4%, chỉ có 3,9% ít yêu thích và có 1% không yêu thích. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, mức độ hiểu biết về tự kỉ do GV tự đánh giá có tương quan thuận ở mức độ trung bình với mức độ yêu thích công việc ($r=0,351^{**}$), một số GV càng yêu thích công việc can thiệp thì họ càng tự đánh giá về mình rằng “có hiểu biết nhiều về tự kỉ”.

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy rõ thực trạng kiến thức và kĩ năng can thiệp của GV. Bên cạnh việc đa số GV hiểu và vận dụng đúng kiến thức cơ bản về rối loạn phổ tự kỉ, vẫn còn một số lượng không nhỏ GV hiểu nhầm, hiểu sai lệch về chứng tự kỉ cũng như chưa hoặc không sử dụng thành thạo các kĩ thuật can thiệp dựa trên thực chứng. Đa số GV đều yêu thích công việc can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. □

Tài liệu tham khảo

- [1] Anderson, S. R., Taras, M., & Cannon, B. O. M. (1996). *Teaching new skills to young children with autism*.
- [2] Brereton, A. V., & Tonge, B. J. (2005). *Preschoolers with autism: An education and skills training programme for parents: Manual for clinicians*. Jessica Kingsley Publishers.
- [3] Croen, L. A., Grether, J. K., Hoogstrate, J., & Selvin, S. (2002). *The changing prevalence of autism in California*. Journal of autism and developmental disorders, 32(3), 207-215.
- [4] Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., & Yasamy, M. T. (2012). *Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders*. Autism Research, 5(3), 160-179.
- [5] Fouse, B., & Wheeler, M. (1997). *A treasure chest of behavioral strategies for individuals with autism*. Future Horizons.
- [6] Granpeesheh, D., Tarbox, J., Najdowski, A., & Kornack, J. (2014). *Evidence-based Treatment for Children with Autism: The CARD Model*. Elsevier.
- [7] King, M., & Bearman, P. (2009). *Diagnostic change and the increased prevalence of autism*. International journal of epidemiology, 38(5), 1224-1234.
- [8] Lovaas, O. I. (1987). *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 3-9.
- [9] Simpson, R. L. (2001). *ABA and students with autism spectrum disorders issues and considerations for effective practice*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16(2), 68-71.
- [10] Sundberg, M. L., Partington, J. W. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*, Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts. Inc.