

ĐẶC ĐIỂM TÂM LÍ VÀ HÀNH VI CỦA HỌC SINH KHUYẾT TẬT PHÁT TRIỂN CÓ KHUYẾT TẬT THỨ PHÁT TRONG TRƯỜNG DẠY TRẺ KHUYẾT TẬT - NGHIÊN CỨU HƯỚNG TỚI PHÁT TRIỂN HOÀ NHẬP Ở NHẬT BẢN

TETSURO TAKEDA Prof. - RIEKO MIKI - SHINGO KOBATA*

Ngày nhận bài: 9/05/2016; ngày sửa chữa: 13/05/2016; ngày duyệt đăng: 15/05/2016.

Abstract: The purpose of this study is to clarify whether the students with mild intellectual disabilities and developmental disabilities enrolled in intellectual disability and special needs schools have any kind of adaptation on the issues or the secondary disorders or not. The author clarifies that the students, who are within the normal range with two tests (TRF and TSCC-A), are only 10.1 percent some 9 percent of the students are in the state of maladaptation, and in some cases, they have trauma. Currently, Japan has been promoting the inclusive education system. However, students have become maladaptive states, such as school refusal. Furthermore, they are not enrolled in junior high schools and high schools, but they are enrolled in special needs schools. The author also shows that improper involvement of bullying, abuse, and so on have become the social barriers to inclusive education.

Keywords: Secondary disorderers, developmental disabilities, TRF, TSCC, inclusive education, social barriers, Japan.

1. Đặt vấn đề

Việc số lượng trẻ em ngày càng ít đi đang trở thành vấn đề xã hội nổi bật và nan giải của Nhật Bản. Năm 2014, theo số liệu điều tra của Bộ Khoa học giáo dục Nhật Bản, bậc học mầm non có 1.557.000 trẻ, giảm 26.000 em so với năm học trước, bậc tiểu học có 6.600.000, giảm 77.000, bậc THCS có 3.504.000 học sinh (HS), giảm 32.000 em (đều giảm nhiều nhất trong một số năm gần đây). Trong quá trình giảm trẻ em, số trẻ vào học trường chuyên biệt lại có xu hướng gia tăng: năm 1996: 86.293, năm 2005: 101.612, năm 2014: 135.617 (MEXT, 2014). Trong việc phát triển hệ thống giáo dục hòa nhập, mặc dù nhiệm vụ trọng tâm là nhằm tạo môi trường học tập cho các trẻ khuyết tật học ngay tại trường tiểu học ở địa phương nơi trẻ sinh sống, nhưng khi lên bậc THCS và THPT, trẻ có xu hướng chọn vào trường chuyên biệt. Đối với trẻ khuyết tật trí tuệ (KTTT) nhẹ, trẻ khuyết tật phát triển (KTPT) chuyển vào học tại các trường chuyên biệt, phần lớn các em đều đã bỏ học, phạm pháp, bị bắt nạt, đầy trải nghiệm thất bại và bị xúc phạm.

Nghiên cứu này nhằm làm sáng tỏ thực trạng khuyết tật thứ phát và những vấn đề gặp phải trong quá trình thích ứng ở những HS KTTT, HS KTPT hiện đang học tại các trường THPT chuyên biệt dành cho trẻ KTTT, hướng tới phát triển giáo dục hòa nhập cho đối tượng HS này ở Nhật Bản.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng khảo sát

Bao gồm: 130 HS KTTT nhẹ và HS KTPT tại 6 trường chuyên biệt bậc THCS và THPT dành cho trẻ KTTT, các giáo viên (GV) chủ nhiệm lớp.

2.2. Phương tiện khảo sát

Để làm sáng tỏ những khuyết tật thứ phát, những khó khăn trong việc thích ứng, thang đo có tính khách quan, đánh giá hành vi, cảm xúc trên nhiều phương diện, đánh giá trạng thái thích ứng/không thích ứng về mặt tâm lý xã hội do T. M. Achenbach xây dựng gồm Bảng kiểm TRF (Teacher's Report Form) dành cho GV đánh giá HS, và Bảng kiểm TSCC-A (Trauma Symptom Checklist For Children) dành cho HS tự đánh giá đã được sử dụng.

(1) Bảng kiểm Teacher's Report Form (TRF)

Bảng kiểm TRF nằm trong bộ công cụ ASEBA do nhà tâm lý học T. M. Achenbach xây dựng, nhằm đánh giá trạng thái hành vi, cảm xúc, đưa ra chỉ số đánh giá khách quan vấn đề của trẻ trên nhiều phương diện, là một hệ thống đánh giá một cách bao quát trạng thái thích ứng/không thích ứng tâm lý xã hội. Achenbach đã xây dựng bộ công cụ gồm 3 loại bảng kiểm: bảng kiểm YSR (Youth Self Report) dành cho HS để tự đánh giá, bảng kiểm CBCL (Child Behavior Checklist) dành cho cha mẹ và bảng kiểm TRF dành cho GV. Mỗi bảng kiểm đều bao gồm các lĩnh vực đo lường tương ứng với 8 chỉ số cụ thể: (I) Lảng tránh (Thu mình) (Withdrawn), (II) Rối loạn dạng cơ thể (Somatic

* Wakayama University, Japan

Complaints), (III) Lo âu/ Trầm cảm (Anxious/ Depressed), (IV) Vấn đề xã hội (Social Problems), (V) Vấn đề về tư duy (Thought Problems), (VI) Vấn đề về chú ý (Attention Problems), (VII) Hành vi sai phạm (Delinquent Behavior), (VIII) Hành vi hung hăng (Aggressive Behavior), (IX) Hành vi khác (Others), ngoài ra, còn có thêm 2 nhóm thang đo: Thang đo hướng nội - Internalizing (tổng hợp lĩnh vực I, II, III) và thang đo hướng ngoại - Externalizing (tổng hợp lĩnh vực VII, VIII). Hồ sơ trạng thái hành vi, cảm xúc của HS được xây dựng trên điểm số của các lĩnh vực đo, các thang đo và điểm tổng hợp. Đặc biệt, điểm T thu được từ hồ sơ này giúp xác định mức độ phát triển trạng thái hành vi, cảm xúc của HS thuộc mức độ bệnh lí/ có dấu hiệu lâm sàng hay mức độ ranh giới hay mức bình thường một cách thuận tiện. Bảng kiểm hành vi CBCL đã được chuẩn hóa tại nhiều nước trên thế giới, được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu hoặc lĩnh vực khám xét lâm sàng.

(2) *Bảng kiểm triệu chứng sang chấn trẻ em (Trauma Symptom Checklist for Children, viết tắt là TSCC-A)*

Bảng kiểm triệu chứng sang chấn trẻ em (TSCC-A) do Briere xây dựng, dành cho các trẻ từ 8 đến 16 tuổi tự đánh giá, nhằm đánh giá các phản ứng tinh thần hoặc triệu chứng tâm lí sau khi bị sang chấn. TSCC-A bao gồm 54 tiểu mục, chia thành 2 thang đo hiệu lực: Thang đo phản ứng dưới ngưỡng (Under-response/UND) và phản ứng quá ngưỡng (Hyper-response/HYP) và một thang đo lâm sàng. Thang đo lâm sàng bao gồm 6 thang đo thành phần về các lĩnh vực thường gặp sau khi gặp sang chấn, gồm: Lo âu (Anxiety/ANX), Trầm cảm (Depression/DEP), Tức giận (Anger/ANG), Căng thẳng sau sang chấn (Posttraumatic Stress/PTS), Tách biệt (Dissociation/DIS), Quan tâm tình dục (Sexual Concerns/SC), đối với Thang đo vấn đề Tách biệt DIS, có thể chia thành 2 thang nhỏ gồm Tách biệt rõ rệt (Overt Dissociative DIS-O) và Ảo tưởng (Fantasy: DIS-F). Các kết quả được xếp loại theo 3 lĩnh vực: bình thường, cận bệnh và bệnh lí. Trong nghiên cứu này, do trẻ em phần lớn các câu hỏi có liên quan đến giới tính nên chúng tôi đã loại bỏ thang đo SC, tổng cộng có 44 câu hỏi trong bảng kiểm TSCC-A đã được dùng.

Tỉ lệ phát phiếu ra và thu về của bảng kiểm TF đạt 100%, bảng kiểm TSCC-A là 84%, HS tham gia trả lời gồm: 80 học sinh bậc THPT 50 em bậc THCS, 92 em nam (THPT 54, THCS 38), 38 em nữ (THPT: 26, THCS: 12). Số em chuyển từ trường tiểu học thông thường vào trường chuyên biệt THCS và THPT

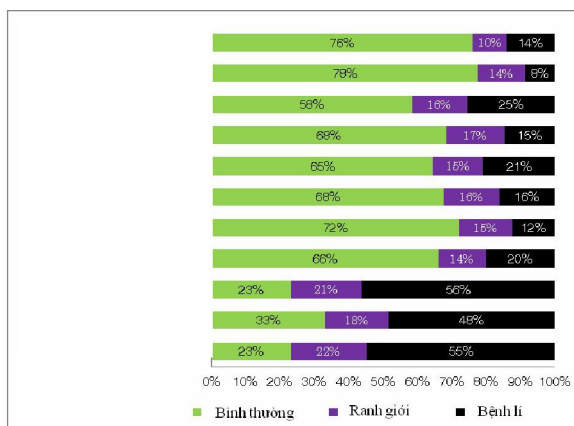
là 97 em (chiếm 75%), số em chuyển từ trường chuyên biệt tiểu học lên là 33 em, chiếm 25%. Loại bỏ các bảng kiểm không trả lời đầy đủ, thiếu thông tin, kết quả đánh giá của 109 HS đã được phân tích và tổng hợp.

3. Kết quả nghiên cứu

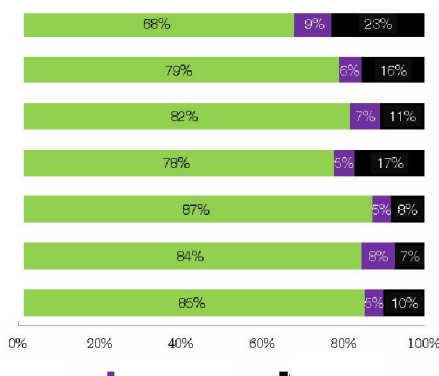
3.1. Tỉ lệ HS KTPT theo 3 mức độ đo trên TRF và 3 lĩnh vực đo trên TSCC-A

Tỉ lệ HS KTPT theo 3 mức độ đo gồm: bình thường, ranh giới, bệnh lí trên TRF và 3 lĩnh vực đo gồm: bình thường, cận bệnh lí và bệnh lí trên TSCC-A được trình bày trong Biểu đồ 1 và 2.

Kết quả phân tích điểm trên 8 lĩnh vực đo, 2 nhóm thang đo và điểm tổng hợp cho thấy trong tổng số các HS tham gia nghiên cứu, tỉ lệ HS có hành vi, cảm xúc ở mức độ ranh giới chiếm 18% (so với tổng số HS ở bậc THCS tham gia nghiên cứu, số HS THCS có hành vi cảm xúc ở mức ranh giới chiếm 22%, theo bậc THPT là 16%), ở mức bệnh lí chiếm 72% (theo bậc THCS là 66%, theo bậc THPT là 75%), số HS có hành vi, cảm xúc ở mức độ bình thường chiếm 10% (theo bậc THCS là 12%, theo bậc THPT là 9%).



Biểu đồ 1. Kết quả đánh giá với bảng kiểm TRF



Biểu đồ 2. Kết quả đánh giá bảng kiểm TSCC-A

Trong bảng kiểm TSCC-A, ở thang đo “Lo âu”: số ở mức bình thường chiếm 68%, cận bệnh lí chiếm 9%, bệnh lí chiếm 2%; trong thang đo “Trầm cảm”: mức bình thường đạt 78,9%, mức cận bệnh lí chiếm 5,5% và bệnh lí chiếm 15,6%; thang đo “Tức giận”: mức bình thường đạt 82%, mức cận bệnh lí đạt 7%, bệnh lí đạt 11%; thang đo “PTS”: mức bình thường đạt 78%, mức cận bệnh lí đạt 5%, mức bệnh lí đạt 17%; thang đo “Tách biệt”: mức bình thường chiếm 87%, mức cận bệnh lí chiếm 5%, mức bệnh lí chiếm 8%; thang đo “Tách biệt rõ rệt”: mức bình thường chiếm 84,4%, mức cận bệnh lí chiếm 8,3%, mức bệnh lí chiếm 7,3%; thang đo “Áo tưởng”: mức bình thường chiếm 85%, mức cận bệnh lí chiếm 5%, mức bệnh lí chiếm 10%.

Khi phân tích mối liên hệ các lĩnh vực đo trên TRF và TSCC-A, kết quả cho thấy, 1,8% HS có đặc điểm: toàn bộ các tiểu mục ở mức bình thường trong TRF rơi vào mức cận bệnh lí và bệnh lí trên TSCC-A, số HS có đặc điểm: các tiểu mục ở mức ranh giới hoặc bệnh lí trên thang đo TRF nằm vào vùng bình thường của TSCC-A chiếm 50,4%, số HS có đặc điểm: các tiểu mục ở vùng ranh giới hoặc bệnh lí trong TRF nằm vào vùng cận bệnh lí và bệnh lí trong TSCC-A chiếm 37,6%. Như vậy, số HS có các tiểu mục ở vùng bình thường trên cả TRF và TSCC-A chiếm 10,1%.

3.2. So sánh giữa HS chuyển từ trường tiểu học thông thường sang trường THCS, THPT chuyên biệt với nhóm HS học ở trường chuyên biệt

Nghiên cứu chia HS thành 2 nhóm: các HS chuyển lên bậc THCS và THPT chuyên biệt từ trường tiểu học thông thường (gọi tắt là HS chuyển về) và nhóm HS chuyển từ trường tiểu học chuyên biệt lên (gọi tắt là HS nội tại). Sau đó, nghiên cứu sử dụng phép kiểm định t-Test cho 2 nhóm biến độc lập là 2 nhóm HS đối với điểm số TRF trên 8 lĩnh vực đo, 2 nhóm thang đo, điểm tổng hợp giữa 2 nhóm HS, tương tự với 7 lĩnh vực đo trong TSCC-A để tìm sự khác biệt trong các nhóm này.

Kết quả kiểm định bằng phương pháp t-Test cho thấy: trong lĩnh vực Rối loạn dạng cơ thể ở bảng TRF, nhóm HS chuyển đến có điểm trung bình T cao hơn nhóm nội tại ($t(128)=-4.14 < C < .05$), trong thang đo Căng thẳng sau sang chấn PTS ở bảng TSCC-A, điểm trung bình T của nhóm HS chuyển đến cũng cao hơn nhóm nội tại ($t(128)=-5.92, p < .05$).

3.3. Kết quả phân tích phương sai các nhóm điểm số ở mức độ bình thường, ranh giới, bệnh lí với các lĩnh vực đo trên TSCC-A

Điểm số của HS ở 8 lĩnh vực đo, 2 nhóm thang đo và điểm tổng hợp trên TRF được chia thành 3 nhóm mức độ: bình thường, ranh giới và bệnh lí. Sự khác biệt về điểm trung bình trên mỗi lĩnh vực đo trong bảng kiểm TRF theo các nhân tố trên các lĩnh vực của TSCC-A ở 3 nhóm này được kiểm định bằng phương pháp phân tích phương sai.

Điểm số của nhóm 3 biến độc lập “bình thường”, “ranh giới” và “bệnh lí” trong lĩnh vực Tránh tránh (TRF) được phân tích phương sai dựa trên nhân tố “Lo âu” trong TSCC-A. Kết quả (ở bảng 1) cho thấy sự khác biệt điểm TB ở nhân tố này giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê ($F[2.109]=6.48, p < .01$). Phương pháp phân tích LSD (Least Significant Difference) cho thấy điểm trung bình của nhóm bình thường nhỏ hơn nhóm bệnh lí, nhỏ hơn nhóm ranh giới. Kết quả tương tự đối với nhân tố “Trầm cảm” (TSCC-A) ($F[2.109]=2.63, .05 < p < .10$), với nhân tố “Tức giận”, kết quả phân tích LSD cũng cho thấy điểm trung bình của nhóm bình thường nhỏ hơn nhóm bệnh lí, nhỏ hơn nhóm ranh giới ($F[2.109]=9.39, p < .01$). Với nhân tố “Căng thẳng sau sang chấn” PTS, kết quả so sánh LSD cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, điểm TB của nhóm bình thường nhỏ hơn nhóm bệnh lí, nhỏ hơn nhóm ranh giới ($F[2.109]=9.39, p < .01$). Ở lĩnh vực “Tách biệt”, điểm trung bình của nhóm bình thường nhỏ hơn

Bảng 1: Bảng kết quả phân tích phương sai điểm số Tránh tránh của TRF theo các nhân tố trên các lĩnh vực của TSCC-A ở 3 nhóm biến độc lập (bình thường, ranh giới và bệnh lí)

TSCC-A		Nhóm bình thường (BT)	Nhóm ranh giới (RG)	Nhóm bệnh lí (BL)	F	Kết quả phân tích LSD
Lo âu	M	53.55	44.10	49.55	6.48**	BT < BL, BT < RG
	SD	10.13	5.89	10.38		
Trầm cảm	M	49.13	57.10	53.36	2.63†	
	SD	11.12	12.17	13.15		
Tức giận	M	46.88	57.30	58.64	9.39**	BT < BL, BT < RG
	SD	9.39	14.08	15.61		
PTS	M	49.20	61.00	60.91	8.80**	BT < BL, BT < RG
	SD	11.07	14.26	12.59		
Tách biệt	M	48.24	63.90	52.45	11.01**	BT < RG, BL < RG
	SD	9.46	15.53	9.81		
Tách biệt rõ rệt	M	47.92	62.90	52.55	10.51**	BT < RG, BL < RG
	SD	9.52	14.24	9.55		
Áo tưởng	M	49.14	60.40	51.45	5.68**	BT < RG, BL < RG
	SD	9.25	14.96	11.26		

** $p < .01$; † $05 < P < .10$

nhóm ranh giới, nhóm bệnh lí nhỏ hơn nhóm ranh giới một cách có ý nghĩa ($F[2.109]=11.01, p<.01$). Ở lĩnh vực “Tách biệt rõ rệt”, sự khác biệt gồm nhóm bình thường nhỏ hơn nhóm ranh giới, nhóm bệnh lí nhỏ hơn nhóm ranh giới cũng có ý nghĩa thống kê ($F[2.109]=10.51, p<.01$), kết quả tương tự ở lĩnh vực “Áo tưởng” ($F[2.109]=5.68, p<.01$).

Phương pháp phân tích phương sai cũng được thực hiện với điểm trung bình trong các lĩnh vực còn lại trên bảng kiểm TRF.

4. Bàn luận

4.1. Thực trạng thích nghi và sang chấn ở các HS

Nghiên cứu đã sử dụng bảng kiểm TRF nhằm đánh giá trạng thái hành vi, cảm xúc và bảng kiểm TSCC-A nhằm đánh giá phản ứng tinh thần hoặc triệu chứng tâm lí của HS KTTT nhẹ và HS KTPT sau khi gặp sang chấn. Trong các thang đo này, sự thay đổi về trạng thái tâm lí, phản ứng tinh thần sau khi gặp sang chấn được đánh giá bằng cách so sánh các đặc điểm này ở thời điểm trước sang chấn và hiện tại.

Kết quả phân tích trong nghiên cứu này xác định được 4 nhóm HS gồm: (1) nhóm các HS gặp sang chấn trong quá khứ đang có sự thích ứng nhất định (2) nhóm các HS không gặp sang chấn trong quá khứ và hiện tại không có sự thích ứng (3) nhóm HS hiện tại không thích ứng mặc dù có sang chấn trong quá khứ, (4) nhóm HS không gặp sang chấn song vẫn có sự thích ứng nhất định.

Theo các GV phụ trách trực tiếp của mỗi HS, nguyên nhân của sang chấn chủ yếu là do bạn bè cùng lớp bắt nạt, cha mẹ ngược đãi.

Các HS cần được đặc biệt quan tâm chú ý trong các hoạt động hỗ trợ, giáo dục là nhóm (2) (các HS không gặp sang chấn trong quá khứ và hiện tại không có sự thích ứng) và nhóm (3) (các HS hiện tại không thích ứng mặc dù có sang chấn trong quá khứ).

Đối với nhóm (2), các hoạt động tập thể, phương pháp dạy học hiện nay tỏ ra chưa phù hợp với đặc điểm HS, cần thiết phải thay đổi cách tiếp cận với nhóm này. Phương pháp dạy học, hỗ trợ cần phải đặc biệt lưu ý đến đặc điểm của các HS ở nhóm (2) (và cả nhóm (1)), do các em đã trải qua sang chấn.

Theo Okayama (2010), trẻ em đã trải qua sang chấn tâm lí thường tự sỉ nhục bản thân, có cảm giác xấu hổ, cảm giác tự trọng thấp, gặp nhiều khó khăn trong việc xây dựng quan hệ gần bó, cảm giác tin tưởng với những

người xung quanh, thay đổi cảm xúc thất thường, khi gặp căng thẳng hay cảm xúc tiêu cực dù là nhỏ cũng phản ứng bằng bạo lực, nhận thức lệch lạc về toàn bộ thế giới và những người xung quanh.

Trong khi đó, theo bác sĩ Sugiyama (2011), trẻ/người rối loạn phổ tự kỉ thường dễ gặp sang chấn, nhất là khi có thêm KTTT, sang chấn sẽ càng thể hiện rõ rệt. Đối với những HS có trải nghiệm sang chấn, việc tìm hiểu, lựa chọn cách hỗ trợ đặt nền tảng giúp HS phát triển sau sang chấn (Posttraumatic Growth) là điều rất quan trọng (Kondo, 2012).

4.2. Quan hệ giữa TRF và TSCC-A

TRF bao gồm 8 lĩnh vực đo lường được chia thành 2 nhóm thang đo, kết quả đánh giá được xác định theo các mức độ: mức độ bình thường, mức độ ranh giới và mức độ bệnh lí. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt về kết quả giữa các lĩnh vực đo của TRF với 7 lĩnh vực đo của TSCC-A ở một cá nhân là phổ biến. So với HS có điểm T ở mức độ bình thường, HS có điểm T ở mức độ ranh giới và mức độ bệnh lí thường có điểm TSCC-A cao rõ rệt. Nói cách khác, ở các HS có trạng thái thích nghi kém, điểm T mô tả trạng thái sang chấn cao hơn thông thường một cách rõ rệt.

Ở Nhật Bản, hiện nay có một bộ phận không nhỏ các HS do kém khả năng thích ứng nên khi chuyển sang cấp THCS và THPT đã chọn trường hỗ trợ giáo dục đặc biệt. Trạng thái kém thích ứng do nạn bắt nạt, quất mắng, ngược đãi hiện đang là một rào cản xã hội không nhỏ đối với giáo dục hòa nhập. Để hướng tới thực hiện giáo dục hòa nhập hiệu quả, phương pháp giáo dục, hỗ trợ cần hết sức chú ý đến đặc điểm của HS và những tác động từ yếu tố môi trường. □

Tài liệu tham khảo

- [1] 文部科学省 (2014). 学校基本調査(<http://www.mext.go.jp>)
- [2] 奥山真紀子 (2010). 平成22年度厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究 主任研究者・奥山真紀子) 「子どものトラウマへの標準的治療に関する研究」,
- [3] <http://www.aiiku.or.jp/~doc/houkoku/h22/18005B120.pdf>
- [4] 杉山登志郎 (2011). 発達障害のいま. 講談社現代新書