

ĐẶC ĐIỂM LỜI NÓI CỦA TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

Phạm Thị Bền¹, Nguyễn Thị Hương² và Đinh Thị Phú²

¹*Khoa Giáo dục Đặc biệt, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội*

²*Công ty Thiết bị, Dịch vụ Giáo dục và Hợp tác Quốc tế VietSpeech*

Tóm tắt. Rối loạn phổ tự kỉ là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi các khiếm khuyết cốt lõi trong giao tiếp xã hội và các hành vi có tính lặp lại, hạn hẹp. Thực trạng nghiên cứu về đặc điểm lời nói của trẻ rối loạn phổ tự kỉ chưa có nhiều. Bài viết này mô tả đặc điểm lời nói của trẻ rối loạn phổ tự kỉ ở Việt Nam. Phương pháp thu thập thông tin là điều tra bằng phiếu khảo sát từ giáo viên can thiệp của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ. Kết quả thu thập từ khách thể khảo sát ($N = 189$) đã cho thấy một số đặc điểm lời nói của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ như sau: 30% số trẻ trong mẫu khảo sát chưa có lời nói, 38% nói ở cấp độ từ, 26% nói ở cấp độ câu và 5% nói được trên câu. Trong số 70% số trẻ có rối loạn phổ tự kỉ đã có lời nói, trẻ có các biểu hiện như: nói lắp, ngắc ngứ, hoặc tắc nghẽn ($n = 92, 48,7\%$), nói những âm vô nghĩa ($n = 91, 48,7\%$), phát âm chưa rõ ràng ($n = 86, 45,5\%$), nhại lời ($n = 83, 43,9\%$), giọng nói bật hơi nhiều/ nói âm gió/âm suýt ($n = 48, 25,4\%$). Những đặc điểm lời nói này của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ nói tiếng Việt có nhiều tương đồng với các đặc điểm lời nói ở trẻ có rối loạn phổ tự kỉ ở các ngôn ngữ khác. Những đặc điểm lời nói này cũng được xem xét là các dấu hiệu nhận diện rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ em và là nội dung của chương trình can thiệp cho trẻ.

Từ khoá: lời nói, đặc điểm lời nói, rối loạn phổ tự kỉ, Việt Nam.

1. Mở đầu

Rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK) là một dạng của các rối loạn phát triển thần kinh phức tạp được biểu hiện đặc trưng bởi các khiếm khuyết cốt lõi về giao tiếp xã hội và tương tác, cùng với những biểu hiện hạn hẹp và lặp lại rập khuôn của hành vi [1, 2]. Tỷ lệ trẻ có RLPTK được xác định là ngày càng gia tăng. Dựa theo số liệu của trung tâm kiểm soát và phòng tránh dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), năm 2000, tỷ lệ là 150:1, có nghĩa là cứ 150 trẻ em thì có 1 trẻ tự kỉ, tỷ lệ này năm 2016 là 54: 1 [3]. Những khó khăn cốt lõi của trẻ có RLPTK được xác định là có ảnh hưởng trực tiếp đến mọi mặt đời sống của trẻ và gia đình trẻ. Việc phát hiện sớm để từ đó cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm kịp thời được đánh giá là giúp trẻ tiến bộ thông qua việc giảm các triệu chứng, biểu hiện của tự kỉ và tham gia hoà nhập vào các hoạt động của đời sống.

Giao tiếp xã hội là một trong những khiếm khuyết cốt lõi của trẻ có RLPTK, vì thế, đánh giá giao tiếp xã hội là một thành phần quan trọng trong đánh giá chẩn đoán của RLPTK. Đây cũng là một trong những nội dung được chú trọng trong các chương trình, dịch vụ can thiệp cho trẻ.

Ngày nhận bài: 12/7/2021. Ngày sửa bài: 19/8/2021. Ngày nhận đăng: 26/8/2021.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Bền. Địa chỉ e-mail: ben.phamthi@hnue.edu.vn

Tuy nhiên, dù đã tiếp cận chương trình can thiệp giáo dục từ sớm nhưng vẫn có khoảng 30% số trẻ có RLPTK rất hạn chế trong việc sử dụng ngôn ngữ nói trong các giao tiếp xã hội và được xếp trong nhóm “không có lời” (nonverbal) hoặc “ngôn ngữ nói tối thiểu” (minimally verbal) [3]. Do đó, vấn đề lời nói của trẻ có RLPTK luôn được coi là một dấu mốc trong việc nhận diện những khiếm khuyết phức tạp của trẻ cũng như việc lựa chọn chương trình, nội dung can thiệp cho trẻ [4].

Trong thực tế, nhiều trẻ có RLPTK sử dụng giao tiếp tự ý (self-directed) hoặc có tính ngữ cảnh cụ thể, do vậy, khi đánh giá chính thức về giao tiếp cho trẻ thường rất khó khăn. Đã có những nguồn tài liệu khác nhau mô tả về việc đánh giá nhận diện những khiếm khuyết về ngôn ngữ ở trẻ có RLPTK nhưng hiện nay còn rất ít những thông tin về sự phát triển lời nói ở nhóm trẻ này [5]. Nếu như những khiếm khuyết về lời nói là có biểu hiện đặc trưng của RLPTK việc đánh giá nhận diện những vấn đề lời nói cũng như mô tả những đặc điểm lời nói của trẻ có RLPTK là rất quan trọng. Việc đánh giá lời nói ở trẻ có RLPTK được đánh giá là một chỉ báo hành vi sớm về RLPTK và có một tỉ lệ cao giữa trẻ có RLPTK với rối loạn về âm lời nói [5, 6]. Nghiên cứu của Dawson khi khảo sát ý kiến từ các chuyên viên âm ngữ trị liệu làm việc với trẻ có RLPTK cho rằng, cứ 6 trẻ có RLPTK thì có 1 trẻ có rối loạn mất điều khiển chủ ý lời nói (childhood apraxia of speech, CAS) [7].

Do những khó khăn của trẻ trong việc thực hiện các đánh giá chính thức về lời nói, nhiều đánh giá được thực hiện cho trẻ bằng cách đánh giá không chính thức hoặc đánh giá gián tiếp thông qua việc quan sát hay nhận xét từ phía cha mẹ hoặc giáo viên dạy trẻ [5]. Hiện nay, các đánh giá chính thức về ngôn ngữ và lời nói cho trẻ có RLPTK ở Việt Nam cũng chưa có [4]. Do vậy, những đặc điểm về ngôn ngữ và lời nói của trẻ được mô tả thông qua các nhận xét, quan sát của giáo viên, cha mẹ và những người chăm sóc gần gũi với trẻ.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết tìm hiểu về đặc điểm lời nói của trẻ có RLPTK. Để thực hiện được mục tiêu nghiên cứu này, phương pháp điều tra bằng phiếu hỏi đã được sử dụng để thu thập dữ liệu. Bảng hỏi có tên là “Phiếu khảo sát dành cho giáo viên can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỉ”. Bảng hỏi được thiết kế bởi nhóm tác giả bài báo. Bảng hỏi gồm có tổng số 26 câu hỏi, trong đó: 20 câu hỏi đóng và 6 câu hỏi mở. Các câu hỏi đóng bao gồm: 9 câu trắc nghiệm lựa chọn 1 đáp án, 4 câu hỏi đóng dạng hộp kiểm được lựa chọn nhiều phương án trên cho mỗi câu hỏi câu hỏi được thiết kế theo dạng hộp kiểm từ đó người tham gia khảo sát được lựa chọn nhiều phương án trên một câu hỏi, 7 câu hỏi đóng xếp thứ hạng Likert về tần suất, mức độ. Ngoài câu hỏi đóng, bảng hỏi gồm có 6 câu hỏi mở, được trả lời ngắn hoặc liệt kê mô tả những gì giáo viên can thiệp đã làm có liên quan đến một số vấn đề về đặc điểm lời nói của trẻ có RLPTK.

Sau khi kiểm tra độ tin cậy bề mặt và nội dung, định dạng của bảng hỏi đã được thiết kế trực tuyến trên google biểu mẫu (google form) và được gửi tới các nhà chuyên môn trong cả nước bằng đường dẫn phiếu hỏi trên mạng xã hội là Facebook cá nhân và thư điện tử. Thông qua khảo sát trực tuyến, bảng hỏi đã thu thập được thông tin trả lời của các nhà chuyên môn trong phạm vi cả nước. Thông tin nhân khẩu học của khách thể khảo sát được trình bày trong mục 2.2 dưới đây.

2.2. Thông tin về khách thể khảo sát

Tổng số khách thể đã tham gia trả lời phiếu là 189. Khách thể tham gia khảo chủ yếu là nữ (97,4%). Độ tuổi trung bình của khách thể khảo sát là 31,85 ($M = 31,85$, độ lệch chuẩn = 5,5), trong đó, người trẻ nhất là 22 tuổi và người lớn tuổi nhất là 60 tuổi. Thâm niên công tác của

Đặc điểm lời nói của trẻ rối loạn phổ tự kỉ

khách thể khảo sát trung bình chung là 6,7 năm (độ lệch chuẩn = 3,73), người có số thâm niên thấp nhất là 3 tháng và lâu nhất là 20 năm.

Trình độ đào tạo chủ yếu của các khách thể khảo sát là trình độ đại học (61,4%), và trình độ sau đại học (29,1%), còn lại trình độ cao đẳng (7,4%) và trung cấp (2,1%). Chuyên ngành đào tạo giáo dục đặc biệt chiếm tỉ lệ cao 52,4%, tiếp đến là tâm lí giáo dục (21,7%), giáo dục mầm non (11,6%), công tác xã hội (11,6%), âm ngữ trị liệu (10,6%) và chiếm tỉ lệ thấp nhất là giáo dục tiểu học 92,6%). Có 34/189 nhà chuyên môn được đào tạo nhiều hơn một chuyên ngành.

Nơi làm việc của các khách thể khảo sát đa dạng. Các trường/trung tâm chuyên biệt chiếm tỉ lệ cao nhất (61,9%), tiếp đến là làm việc tại trường hòa nhập (16,9%), gia đình trẻ (9,5%). Một số nhà chuyên môn làm việc tại phòng khám tư nhân (3,2%), bệnh viện (2,1%) và một số nơi khác (6,3%).

Thời gian làm việc với trực tiếp liên quan tới trẻ có RLPTK có trung bình chung số năm là 6,7 năm (độ lệch chuẩn = 3,73). Giáo viên có thời gian làm việc với trẻ RLPTK ít nhất là 3 tháng, giáo viên có thời gian làm việc với trẻ RLPTK nhiều nhất là 20 năm. Số trẻ rối loạn phổ tự kỉ mà giáo viên làm việc trung bình trong tuần là khoảng 10 trẻ (độ lệch chuẩn = 9,7), trong đó giáo viên làm việc ít nhất là với một trẻ, và nhiều nhất là 100 trẻ. Có một giáo viên chỉ tiếp xúc với trẻ RLPTK mà chưa từng can thiệp với trẻ, còn lại tất cả khách thể khảo sát đều là những người đang trực tiếp can thiệp giáo dục đặc biệt cho trẻ có RLPTK.

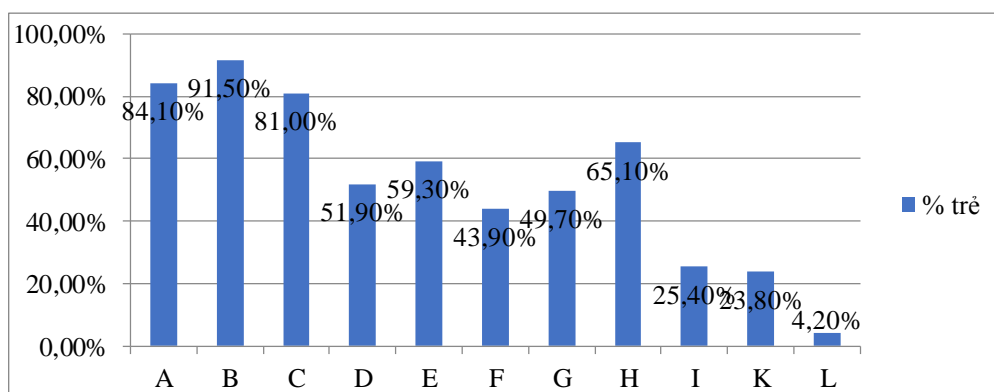
2.3. Kết quả khảo sát thực trạng

Mỗi giáo viên được hỏi tự lựa chọn một trường hợp trẻ có RLPTK mà họ đang làm việc với để cung cấp thông tin về đặc điểm của trường hợp trẻ này. Như vậy, tương ứng với 189 giáo viên tham gia trả lời phiếu hỏi là 189 trẻ có RLPTK được cung cấp thông tin. Độ tuổi trung bình của trẻ RLPTK ($n = 189$) mà giáo viên mô tả trong khảo sát là 4,47 tuổi (độ lệch chuẩn = 1,57), trẻ nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi, lớn tuổi nhất là 12 tuổi.

Những khó khăn của trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong khảo sát. Theo nhận định của giáo viên, trẻ có RLPTK ($n = 189$) có nhiều dạng khó khăn khác nhau được thể hiện ở những mức độ và tỉ lệ khác nhau.

Bảng 1. Tỉ lệ % những khó khăn trẻ rối loạn phổ tự kỉ gặp phải thu thập từ giáo viên

Mục	Lĩnh vực	Có (n, %)
A	Ngôn ngữ và lời nói.	159 (84,1%)
B	Giao tiếp, tương tác với người khác.	173 (91,5%)
C	Khả năng tập trung chú ý.	153 (81,0%)
D	Nhận thức.	98 (51,9%)
E	Hành vi.	112 (59,3%)
F	Cảm giác.	83 (43,9)
G	Kiểm soát cảm xúc.	94 (49,7%)
H	Kĩ năng chơi.	123 (65,1%)
I	Giấc ngủ.	48 (25,4%)
K	Ăn uống (ví dụ như: nghẹn kéo dài, không biết nhai, không ăn đồ ăn có chất xơ, ám sợ mùi đồ ăn nào đó,...).	45 (23,8%)
L	Khó khăn khác.	8 (4,2%)



Hình 1. Tỷ lệ % những khó khăn của trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Các khó khăn của trẻ có RLPTK chủ yếu là khó khăn về giao tiếp, tương tác với người khác chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 173, 91,5\%$), tiếp theo là ngôn ngữ và lời nói ($n = 159, 84,1\%$), khả năng tập trung chú ý ($n = 153, 81,0\%$), kĩ năng chơi ($n = 123, 65,1\%$), và hành vi ($n = 112, 59,3\%$).

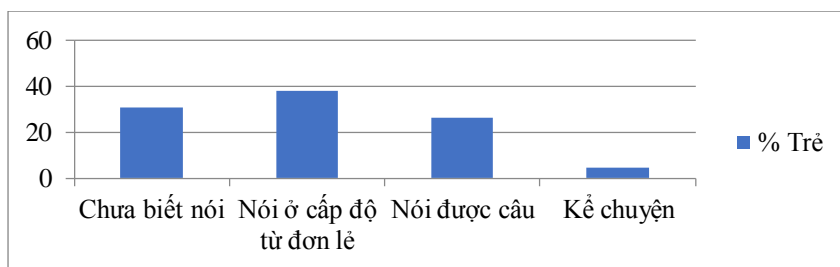
Các khó khăn khác của trẻ rối loạn phổ tự kỉ chiếm tỉ lệ thấp nhất ($n = 8, 4,2\%$). Các giáo viên đã nêu ra một số khó khăn khác mà trẻ có RLPTK gặp phải đó là: ăn lâu, chán ăn ($n = 1, 0,5\%$), nhận thức, khả năng tập trung kém, nhại lời ($n = 1, 0,5\%$), chậm phát triển vận động ($n = 1, 0,5\%$), khó đi vệ sinh, hay khóc khi không được đáp ứng ($n = 1, 0,5\%$), không nhai, chỉ ăn cháo và uống sữa ($n = 1, 0,5\%$), Không thích đến trường, nhưng lại thích chơi 1 mình (hoặc chỉ chơi với cô/mẹ) ($n = 1, 0,5\%$), năng lực học tập ($n = 1, 0,5\%$), và thờ ơ mọi thứ ($n = 1, 0,5\%$).

Kết quả về mức độ trẻ hiểu người khác. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên tương ứng với thang điểm từ 1 đến 4. Qua khảo sát về mức độ trẻ có RLPTK hiểu giáo viên nói cho thấy khả năng trẻ hiểu giáo viên nằm ở mức thỉnh thoảng đến thường xuyên ($M = 2,4/4,0, SD = 0,76$), thấp nhất là mức không bao giờ và cao nhất là mức luôn luôn. Trong đó mức độ thỉnh thoảng ($n = 88, 46,6\%$), tiếp theo là ở mức độ thường xuyên ($n = 73, 38,6\%$), tiếp theo là mức độ hiếm khi ($n = 15, 7,9\%$), luôn luôn ($n = 11, 5,8\%$) và thấp nhất là mức độ không bao giờ ($n = 2, 1,1\%$).

Mức độ trẻ hiểu người khác nói. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ: Không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên tương ứng với thang điểm từ 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 2,0/4,0, SD = 0,73$). Mức độ thấp nhất là mức không bao giờ và cao nhất là mức luôn luôn. Trong đó, tỉ lệ trẻ thỉnh thoảng hiểu chiếm cao nhất ($n = 101, 53,4\%$), tiếp theo là mức độ hiếm khi ($n = 43, 22,8\%$) và thường xuyên ($n = 41, 21,7\%$), chiếm tỉ lệ thấp nhất là mức không bao giờ và luôn luôn (đều có $n = 2, 1,1\%$).

Khả năng nói hiện tại của trẻ rối loạn phổ tự kỉ tham gia khảo sát. Khả năng nói của trẻ được chia thành 4 nhóm là: chưa biết nói, nói ở cấp độ từ, nói ở cấp độ câu và kể chuyện. Trong số những trẻ có RLPTK ($n = 189$) mà giáo viên nhận định, số lượng trẻ có RLPTK ở từng nhóm như sau: chưa biết nói ($n = 58, 30,7\%$), nói ở cấp độ từ đơn lẻ ($n = 72, 38,1\%$), nói được câu ($n = 50, 26,5\%$), và kể chuyện ($n = 9, 4,7\%$). Như vậy, có tới 30% trẻ có RLPTK trong mẫu khảo sát là chưa có lời nói. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu về đặc điểm lời nói của trẻ ở các nghiên cứu khác trên thế giới [5].

Về đặc điểm lời nói ở những trẻ RLPTK đã có lời nói. Trong 189 trẻ RLPTK được giáo viên mô tả, có 58 trẻ chưa biết nói nên có 131 trẻ đã có lời nói (nói ở cấp độ từ: $n = 72, 38,1\%$, nói được câu: $n = 50, 26,5\%$ và kể chuyện: $n = 9, 4,8\%$). Trong số những trẻ đã có lời nói, đặc điểm lời nói của trẻ có những đặc điểm được mô tả dưới đây.



Hình 2. Khả năng nói hiện tại của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Về hiện tượng trẻ nói âm vô nghĩa ($n = 83, 43,9\%$). Trong số các âm vô nghĩa của trẻ, giáo viên đã mô tả các âm đó bằng cách viết lại bằng chính tả như sau: 1 tràng dài các âm *pa pu pi, ru ri ra, bla, a bibi, ...; cà tặc, cà tặc; i a i a, ...; ờ ờ ờ; bờ la bờ la; u u, ê ê; cà tặc; a a; pà pà pà; Yay yay yay; gờ gờ; bbb, mmm*.

Khi hỏi về thời điểm trẻ tạo ra các âm vô nghĩa, GV cho rằng âm vô nghĩa của trẻ có RLPTK xuất hiện khi: sau kì nghỉ dài ở nhà, khi trẻ rảnh rỗi, khi trẻ chơi một mình, khi trẻ cáu gắt, khi chơi đồ chơi, khi không muốn tham gia hoạt động, khi trẻ không muốn thực hiện một số hoạt động (học, tập thể dục, làm việc nhà, ...), khi trẻ thích thú với một đồ vật nào đó, ...

Về hiện tượng nhại lời. Trong số những trẻ có RLPTK đã có lời nói, những trẻ có hiện tượng nhại lời chiếm khoảng một nửa số trẻ ($n = 91, 48,1\%$). Trẻ có RLPTK nhại lại các câu hỏi, nhại lại lời hướng dẫn, âm thanh như tiếng xe, tiếng côn trùng, ... Hiện tượng nhại lời xuất hiện khi trẻ không hiểu câu hỏi, không biết câu trả lời, không thích trả lời hoặc không thích tham gia hoạt động, ...

Về cách nói và phát âm của trẻ. Trẻ nói/phát âm không rõ ràng (sai, lỗi) chiếm tỉ lệ cao ($n = 86, 45,5\%$), trẻ phát âm bình thường ($n = 36, 19\%$), ngoài ra còn trẻ có phát âm khác ($n = 9, 4,8\%$). Một số cách nói và phát âm khác của trẻ có RLPTK bao gồm: Âm lượng to, nhấn mạnh cuối câu, phát âm không rõ ràng, trẻ gặp khó khăn khi phát âm, lỗi thanh điệu, nói bé, nói giọng đều đều không có ngữ điệu cảm xúc, nói không có thanh điệu, và nói ngọng các âm cuối /n/, /t/.

Về giọng trẻ. Giọng nói bật hơi nhiều, có nhiều âm gió chiếm tỉ lệ cao nhất ở trẻ có được GV nhận xét là cao nhất ($n = 48, 25,4\%$), tiếp theo là giọng nói bình thường ($n = 38, 20,1\%$), tiếp theo là giọng nói nghe lạ tai ($n = 37, 19,6\%$), giọng khác ($n = 8, 4,2\%$). Biểu hiện của giọng khác bao gồm: Giọng nhỏ, giọng nói kéo dài, lỗi phát âm, thiếu phụ âm đầu, khuyết thanh, ngọng, mất dấu, nói ngắt quãng, phải lấy hơi từng từ.

Về độ lưu loát lời nói. Trẻ nói bị lặp lại âm, ngắt ngứ, tắc nghẽn khi nói chiếm tỉ lệ cao ($n = 92, 48,7\%$), trẻ nói lưu loát ($n = 39, 20,6\%$).

Về mức độ giáo viên hiểu trẻ nói. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ từ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên từ thang điểm 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 2,9/4,0, SD = 0,7$). Mức độ thấp nhất là không bao giờ, mức độ cao nhất là luôn luôn. Trong đó mức thường xuyên chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 71, 37,6\%$), tiếp theo là mức thỉnh thoảng ($n = 34, 18\%$), mức luôn luôn ($n = 24, 12,7\%$), chiếm tỉ lệ thấp nhất là hiếm khi ($n = 2, 1,1\%$).

Về mức độ người khác hiểu trẻ nói. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ từ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên từ thang điểm 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 2,12/4,0, SD = 0,64$). Mức độ thấp nhất là không bao giờ, mức độ cao nhất là luôn luôn. Trong đó mức thỉnh thoảng chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 84, 44,4\%$), tiếp theo là mức thường xuyên ($n = 29, 15,3\%$), mức hiếm khi ($n = 15, 7,9\%$), mức thấp nhất là không bao giờ ($n = 1, 0,5\%$).

Về mức độ trẻ chủ động trong sử dụng lời nói. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ từ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên từ thang điểm 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 1,9/4,0$, $SD = 0,74$), mức độ thấp nhất là không bao giờ và cao nhất là thường xuyên. Mức độ chiếm tỉ lệ cao nhất là thỉnh thoảng ($n = 67$, 35,4%), tiếp theo là mức độ hiếm khi ($n = 34$, 18%), mức độ thường xuyên ($n = 27$, 14,3%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là mức độ không bao giờ ($n = 3$, 1,6%).

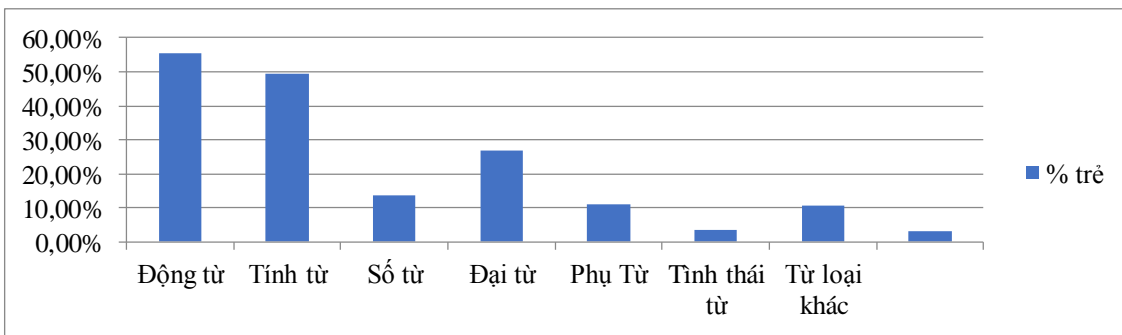
Về tần suất trẻ sử dụng lời nói trong giao tiếp. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ từ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên từ thang điểm 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 2,13/4,0$, $SD = 0,42$), mức độ thấp nhất là không bao giờ, mức độ cao nhất là luôn luôn. Mức độ thỉnh thoảng chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 61$, 32,3%), tiếp theo là mức độ thường xuyên ($n = 35$, 18,5%), mức độ hiếm khi ($n = 28$, 14,8%), mức độ luôn luôn ($n = 6$, 3,2%) chiếm tỉ lệ thấp nhất là mức độ không bao giờ ($n = 1$, 0,5%).

Về tần suất trẻ sử dụng lời nói đúng ngữ cảnh. Mức độ này được chấm trên thang Likert với 4 mức độ từ: không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và thường xuyên từ thang điểm 1 đến 4. Mức độ GV hiểu trẻ ở mức trung bình ($M = 1,95/4,0$, $SD = 0,77$), mức độ thấp nhất là không bao giờ và cao nhất là thường xuyên. Mức độ thỉnh thoảng chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 63$, 33,3%), tiếp theo là mức độ hiếm khi và thường xuyên (có tỉ lệ lần lượt là 17,5% và 16,9%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là mức độ không bao giờ ($n = 3$, 1,6%).

Về loại từ trẻ thường sử dụng trong lời nói

Bảng 2. Các từ loại mà trẻ có rối loạn phổ tự kỉ sử dụng

	Danh từ	Động từ	Tính từ	Số từ	Đại từ	Phụ từ	Tình thái từ	Khác
<i>n</i>	105	83	26	51	21	7	20	6
(%)	(55,6%)	(43,9%)	(13,8)	(27,0%)	(11,1%)	(3,7%)	(10,6%)	(3,2%)



Hình 3. Các từ loại mà trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường sử dụng

Về một số loại từ khác bao gồm: những từ vô nghĩa, những từ tiếng Anh, từ chỉ vị trí.

Về độ dài câu nói của trẻ: Trẻ nói được câu 2 từ chiếm tỉ lệ cao nhất ($n = 37$, 19,6%), tiếp theo là trẻ nói được câu 3 - 4 từ ($n = 34$, 18%), trẻ chưa nói được câu nào ($n = 28$, 14,8%), trẻ nói được câu trên 6 từ ($n = 18$, 9,5%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là trẻ nói được câu 5 - 6 từ ($n = 14$, 7,4%).

Về khả năng kể chuyện của trẻ. Tỉ lệ trẻ chưa biết kể chuyện chiếm nhiều nhất ($n = 109$, 57,7%), tiếp theo là trẻ kể được chuyện có 2 chi tiết ($n = 18$, 9,5%), trẻ kể chuyện nhiều hơn 4 chi tiết ($n = 3$, 1,6%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là trẻ kể chuyện 3 - 4 chi tiết ($n = 1$, 0,5%).

Về một số thông tin khác. Giáo viên đã cung cấp thêm: trẻ chưa chủ động giao tiếp ($n = 1$, 0,5%), giao tiếp không chủ động ($n = 1$, 0,5%), khó điều khiển âm lời nói ($n = 1$, 0,5%).

3. Kết luận

Đặc điểm về ngôn ngữ, trong đó có lời nói của trẻ RLPTK đã được các chuyên gia, giáo viên và cha mẹ quan tâm. Từ đó, chúng ta đã thấy hầu hết mọi người có nhận thức đúng đắn trong việc đánh giá lời nói của trẻ có RLPTK nói chung. Hiện tại chưa có đánh giá chính thức về lời nói dành riêng cho trẻ có RLPTK. Các đánh giá lời nói được sử dụng chung với các đánh giá khác ở các nhóm khách thể khác nhau. Thông qua phiếu khảo sát dành cho giáo viên của trẻ có RLPTK đã thu thập được 189 thông tin của giáo viên về đặc điểm lời nói của trẻ RLPTK. Mức độ giáo viên/cha mẹ/người khác hiểu lời nói của trẻ RLPTK: chủ yếu nằm ở mức thỉnh thoảng đến thường xuyên. Mức độ trẻ RLPTK hiểu lời nói của giáo viên/cha mẹ/người khác: chủ yếu nằm ở mức thỉnh thoảng. Các vấn đề về lời nói của trẻ RLPTK 4 - 5 tuổi (nói âm vô nghĩa, nhại lời, cách nói và phát âm, giọng, độ lưu loát): trẻ RLPTK gặp rất nhiều các vấn đề về lời nói. Theo giáo viên can thiệp có 43,9% trẻ nói âm vô nghĩa, 48,1% trẻ có hiện tượng nhại lời, 45,5% trẻ phát âm không rõ ràng, 25,4% trẻ có giọng bật hơi nhiều, 19,6% trẻ có giọng nói lạ tai, 48,7% trẻ nói bị lấp âm, ngắt ngứ, tắc nghẽn. Những thông tin này có giá trị quan trọng trong việc nhận diện những dấu hiệu lời nói đặc trưng ở trẻ có RLPTK từ đó có thể định hướng chương trình, mục tiêu và kế hoạch can thiệp phù hợp với tình trạng lời nói của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- [2] Quỹ bảo trợ trẻ em Việt Nam, 2019. *Hỗ Trợ phục hồi chức năng cho trẻ em Tự kỉ tại Việt Nam-Tài liệu dành cho cán bộ và kĩ thuật viên can thiệp*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020). *Data and statistics on Autism Spectrum Disorders*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- [4] Nguyễn Thị Hoàng Yến, 2013. *Tự kỉ - Những vấn đề lí luận và thực tiễn*. Nhà xuất bản Đại học Sư phạm Hà Nội.
- [5] Anderson, D. K., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., Pickles, A., 2007. Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 594.
- [6] Broome, K., McCabe, P., Docking, K., Doblea, M., 2017. A systematic review of speech assessments for children with Autism Spectrum Disorder: Recommendations for best practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26, pp.1011-1029.
- [7] Cleland, J., Gibbon, F. E., Peppé, S., O'Hare, A., & Rutherford, M., 2010. Phonetic and phonological errors in children with high functioning autism and Asperger syndrome. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(1), 69-76.
- [8] Dawson, E. J., 2010. Current assessment and treatment practices for children with autism and suspected childhood apraxia of speech: A survey of speech-language pathologists (Master of Science in Speech and Hearing Sciences). Portland State University, PDXScholar.

ABSTRACT

**Characteristics of speech produced by vietnamese-speaking children
with autism spectrum disorders**

Pham Thi Ben¹, Nguyen Thi Huong² and Dinh Thi Phu²

¹*Faculty of Special Education, Hanoi National University of Education*

²*VietSpeech Equipment, Services Education and International Cooperation Company Limited*

Autism spectrum disorders are neurodevelopmental disorders characterized by core deficits in social communication and restricted and repetitive behaviours. Research on speech characteristics of children with autism spectrum disorder has limited. This article describes speech characteristics of children with autism spectrum disorders in Vietnam. Research method for collecting data was questionnaire. Teachers ($N = 189$) who were providing intervention for children with autism spectrum disorders answered the questionnaires. Based on responses provided by teachers, results showed speech characteristics of children with autism spectrum disorder as follows: 30% of participants were nonverbal, 38% were word users, 26% were sentence users, and 5% were narrators. Among 70% of the verbal participants, speech productions were described as: stuttering or obstruction ($n = 92, 48.7\%$), producing nonword sounds ($n = 91, 48.7\%$), speaking inaccurately ($n = 86, 45.5\%$), echolalia ($n = 83, 43.9\%$), and lisper ($n = 48, 25.4\%$). These speech characteristics of Vietnamese-speaking children with autism spectrum disorders were similar with findings found in other studies in other languages. These speech characteristics were also considered as positive behavioural markers for identifying autism spectrum disorders and were a component for comprehensive intervention programs for children with autism spectrum disorders.

Keywords: speech, speech characteristics, autism spectrum disorders, Vietnam.