

# ÁP DỤNG MÔ HÌNH PHÁT HIỆN SỚM, CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ DỰA VÀO GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP

Phạm Minh Mục<sup>+</sup>,  
Mai Thị Phương,  
Nguyễn Thị Kim Hoa,  
Nguyễn Trọng Dân,  
Trịnh Thị Thu Thanh

Trung tâm Giáo dục đặc biệt Quốc gia, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam  
+ Tác giả liên hệ • Email: mucpm@vnies.edu.vn

## Article history

Received: 01/01/2022

Accepted: 25/01/2022

Published: 05/02/2022

## Keywords

Children with autism spectrum disorder, applying the model, early detection, early intervention

## ABSTRACT

The number of children with autism spectrum disorder (ASD) is significantly increasing all over the world as well as in Vietnam. In Vietnam, there have been many studies on early detection, early intervention and education for children with ASD in the past of 20 years, however, only few have been conducted on the national level with systematic implementation from detection to early intervention then to general education, especially family and community-based research. This paper presents the results of applying the model of early detection, early intervention and education for children with ASD with support of family and community with 02 specific cases in Ha Giang province. It is revealed that the participation of parents/carers; medical staff in supporting children with autism spectrum disorder at home is critically important. Plus, the most effective childcare and education can only be obtained with the support of parents and community. Yet, it is essential to maintain coordination and mutual support between the parties to guarantee the effectiveness of the new model.

## 1. Mở đầu

Từ những năm 40 của thế kỉ XX, nghiên cứu về tự kỉ đã chính thức được công bố và sau đó, rất nhiều nghiên cứu về vấn đề này cũng đã được các nhà nghiên cứu trên thế giới tiến hành. Khoảng 30 năm gần đây, các nghiên cứu về gia đình và cộng đồng đã được thực hiện; trong đó, sự tham gia của cha mẹ vào quá trình điều trị, can thiệp là một yếu tố phổ biến mà nhiều nghiên cứu phát hiện ra khả năng khái quát hóa và duy trì sự thay đổi của các hành vi đã được cải thiện khi tiếp tục can thiệp ở nhà và trong cộng đồng (Lovaas et al, 1973). Chương trình giáo dục can thiệp đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK) lấy gia đình làm trung tâm, khuyến khích sự tham gia của phụ huynh và các thành viên trong gia đình ở tất cả các khía cạnh. Triết lí này đã dẫn đến sự phát triển về vai trò của gia đình trẻ khi các nhà cung cấp dịch vụ tham gia vào quá trình hỗ trợ trẻ không còn là những người ra quyết định duy nhất đối với sự phát triển của trẻ. Thay vào đó, gia đình sẽ hợp tác với một nhóm chuyên gia để xác định điều gì sẽ là tốt nhất cho trẻ. Nhiều nghiên cứu trường điển (Prelock et al, 2003; Letourneau & Elliott, 1996) đã chỉ ra rằng: gia đình là thành viên nòng cốt có thể giúp xác định các lựa chọn dịch vụ và mục tiêu phát triển của trẻ; do đó, hỗ trợ tích cực tại gia đình đem lại những kết quả khả quan cho sự phát triển tổng thể của trẻ RLPTK. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu cho rằng, để giúp cho quá trình hỗ trợ trẻ RLPTK tại nhà đạt được kết quả tốt, cha mẹ và các thành viên trong gia đình cần được cung cấp các kiến thức, kĩ năng chuyên sâu về các phương pháp can thiệp trẻ đã được chứng minh là có tác dụng tích cực với sự phát triển của trẻ. Từ đó, cha mẹ có thể làm chủ các chiến lược giảng dạy, can thiệp cho con mình, giúp trẻ hình thành những hành vi mới như mong đợi. Bên cạnh đó, cha mẹ và gia đình của họ cũng cần được giới thiệu về các luật và quy định về giáo dục đặc biệt, các dịch vụ cần thiết và sẵn có, và làm thế nào để ra quyết định về cách thức hỗ trợ trẻ trong mỗi giai đoạn phát triển khác nhau. Bằng cách sử dụng lịch trình và các hoạt động hàng ngày, cha mẹ có thể sử dụng các chiến lược can thiệp trong ngày để thúc đẩy sự tham gia và học tập trong một môi trường thực tế (Schertz & Odom, 2006; Wallace & Rogers, 2010; Wetherby & Woods, 2006). Một số nhà nghiên cứu cũng cho rằng, việc hòa nhập với các bạn đồng trang lứa phát triển bình thường cũng là điều quan trọng (Feinberg & Vacca, 2000). Stahmer (2006) đã mô tả thực

trạng cấu trúc của các chương trình can thiệp sớm dựa vào cộng đồng tại California (Hoa Kỳ), với sự tham gia của 80 nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm, làm việc ở nhà và lớp học.

Tại Việt Nam, trung tâm học tập cộng đồng TP. Hà Giang đã được đầu tư và xây dựng bởi UBND tỉnh Hà Giang vào năm 2017 dưới sự tổ chức vận hành của Tổ chức Hỗ trợ cộng đồng Hà Giang (HCA - Ha Giang Community Assistance). Hoạt động được tiến hành trong 3 năm, trong đó hợp phần cơ bản là giáo dục đặc biệt dựa trên tiếp cận cộng đồng; nhưng hiện nay, đã không còn hoạt động sau khi dự án kết thúc. Dự án chăm sóc thông minh cho trẻ có RLPTK (A365) do Trung tâm Sáng kiến sức khỏe và dân số (CCIHP) phối hợp cùng với Mạng lưới người có RLPTK Việt Nam (VAN) cùng các chuyên gia trong nước và quốc tế với sự hỗ trợ về tài chính của quỹ Grand Challenges Canada thực hiện các công tác hỗ trợ phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục miễn phí cho trẻ và gia đình trẻ RLPTK. Dựa trên các nghiên cứu đã có, nhóm nghiên cứu thấy rằng cần thiết có thêm những nghiên cứu mang tính quốc gia và có sự liên kết theo chuỗi từ khi phát hiện đến can thiệp sớm cho tới giáo dục phổ thông dựa vào nguồn lực gia đình và cộng đồng. Bài báo này là một kết quả áp dụng mô hình thuộc đề tài: “Nghiên cứu xây dựng mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ em RLPTK Việt Nam dựa vào gia đình và cộng đồng”.

## 2. Kết quả nghiên cứu

### 2.1. Mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào gia đình và cộng đồng

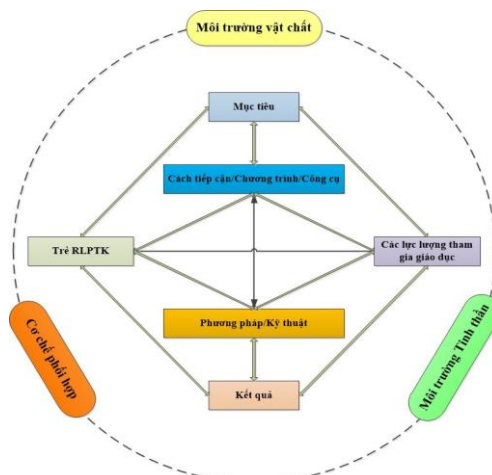
#### 2.1.1. Giới thiệu về mô hình

Mô hình hỗ trợ trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng được xây dựng dựa trên triết lý thực hành lấy gia đình trẻ làm trung tâm và thuyết sinh thái học của sự phát triển cá nhân. Trên cơ sở nghiên cứu, kết hợp các ưu điểm của triết lý và lý thuyết nêu trên, nhóm đề tài đã phát triển mô hình hỗ trợ trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng như 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. Nhóm nghiên cứu xác định các yếu tố trong môi trường sống có vai trò khác nhau chịu sự tác động tới nhu cầu này của trẻ RLPTK. Trong đó, có 4 trục nhân tố 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, là: (1) Ban chỉ đạo các vấn đề về người khuyết tật; (2) Giáo dục; (3) Y tế; (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, gồm cha mẹ và các 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.

#### 2.1.2. Các thành tố và nội dung của mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào gia đình cộng đồng

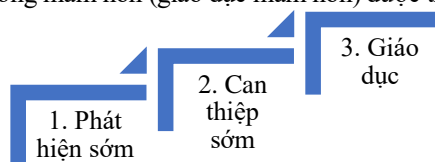
Theo quan điểm hệ thống mô hình hỗ trợ trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng là một hệ thống cấu trúc tổng thể bao gồm 7 thành tố: (1) Mục đích; (2) Cách tiếp cận/chương trình/công cụ; (3) Phương pháp; (4) Trẻ RLPTK; (5) Lực lượng tham gia; (6) Môi trường; (7) Kết quả. Các thành tố có chức năng riêng và quan hệ biện chứng với nhau (xem hình 1).



Hình 1. Các thành tố của mô hình hỗ trợ trẻ RLPTK, dựa vào gia đình và cộng đồng

Theo quan điểm hệ thống mô hình hỗ trợ trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng là một hệ thống cấu trúc tổng thể, gồm 03 giai đoạn vận hành theo trình tự: (1) Phát hiện sớm; (2) Can thiệp sớm; (3) Giáo dục (xem hình 2).

Các giai đoạn nêu trên có quan hệ mật thiết với nhau tạo nên một thể thống nhất, kết quả của giai đoạn trước là tiền đề cho hoạt động của giai đoạn sau. Nếu giai đoạn trước vận hành hiệu quả sẽ tác động tích cực, tạo điều kiện cho giai đoạn sau và ngược lại. Mỗi quan hệ giữa các giai đoạn còn thể hiện trong nhiều thời điểm có sự giao thoa với nhau. Ví dụ: Trẻ dưới 03 tuổi hạn chế về nhận thức đang tham gia can thiệp sớm lại được phát hiện có dấu hiệu của RLPTK. Trẻ đang học trong trường mầm non (giáo dục mầm non) được tham gia can thiệp sớm.



Hình 2. Mô hình 3 giai đoạn hỗ trợ trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng

## 2.2. Tổ chức thực nghiệm

- *Mục đích thực nghiệm:* Vận dụng các thành tố của mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng trong các hoạt động và hỗ trợ và giáo dục trẻ RLPTK nhằm chứng minh tính cần thiết và hiệu quả của mô hình.

- *Nội dung:* Xây dựng và thực hiện kế hoạch hỗ trợ trẻ tại các cơ sở giáo dục và tại gia đình với sự phối hợp giữa gia đình - nhà trường và các lực lượng cộng đồng.

- *Phương pháp:* sử dụng phương pháp thực nghiệm trên 02 trẻ RLPTK (đã có kết luận của Bệnh viện Nhi tỉnh Hà Giang, Bệnh viện Nhi Hà Nội) để kiểm nghiệm tính khả thi của mô hình đã xây dựng.

- Thời gian thực nghiệm: 03 tháng trong đợt thực nghiệm vòng 1 (từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2020).

- Địa bàn thực nghiệm: TP. Hà Giang, tỉnh Hà Giang.

- Khách thể nghiên cứu: 01 trẻ RLPTK đang học tại trường mầm non và 01 học sinh tiểu học tại TP. Hà Giang.

## 2.3. Kết quả nghiên cứu trường hợp

### 2.3.1. Trường hợp 1: T.N.M

M sinh ngày 8/9/2015, hiện tại trẻ đang học lớp 6 tuổi Trường Mầm non P.T (TP. Hà Giang). Trẻ được xác định là RLPTK dạng nặng, được phát hiện sớm từ lúc 2 tuổi, tuy nhiên do một số yếu tố từ phía gia đình, điều kiện kinh tế khó khăn nên không được can thiệp liên tục và kịp thời. Đến thời điểm hiện tại, các lĩnh vực phát triển chỉ tương ứng trẻ 1-1,6 tuổi với các lĩnh vực phát triển tương đối đồng đều. Hiện tại M chưa nói được, phát ra các nguyên âm vô nghĩa trong lớp học; M thường xuyên rời khỏi lớp học, chạy lăng xăng bên ngoài; giáo viên (GV) cố gắng đưa trẻ lên ghế nhiều lần nhưng M thường rời khỏi chỗ ngay lập tức; M có những hành vi như đập đầu, bứt tóc và chưa kiểm soát được hành vi cũng như rất hạn chế trong mối quan hệ với mọi người (không tương tác với GV, bạn bè).

- Kết quả đánh giá bằng thang Vineland II (xem bảng 1):

Bảng 1. Kết quả đánh giá trường hợp trẻ T.N.M bằng thang Vineland II

	Lĩnh vực	Điểm thô	Tuổi tương đương	Mức độ thích nghi
Giao tiếp	Tiếp nhận	13	1 tuổi 2 tháng	Thấp
	Biểu đạt	14	0 tuổi 9 tháng	Thấp
	Văn bản	0	1 tuổi 10 tháng	Thấp
KNS hàng ngày	Sinh hoạt cá nhân	21	1 tuổi 10 tháng	Thấp
	Sinh hoạt gia đình	1	0 tuổi 10 tháng	Thấp
	Sinh hoạt cộng đồng	3	0 tuổi 11 tháng	Thấp
Xã hội hóa	Quan hệ xã hội	18	0 tuổi 6 tháng	Thấp
	Vui chơi và giải trí	7	0 tuổi 8 tháng	Thấp
	Kỹ năng ứng xử	4	0 tuổi 10 tháng	Thấp

- Đánh giá thông qua chuẩn phát triển, trẻ chưa đạt được các yêu cầu cơ bản của mốc phát triển lứa tuổi 15 tháng, cụ thể như sau:

+ Vận động thô: Chưa đi đứng, dừng lại đột ngột theo yêu cầu của người lớn; chưa đi về phía quả bóng lớn, đá bóng theo yêu cầu; chưa nhảy tại chỗ theo yêu cầu...

+ Vận động tinh: Chưa kết hợp các vật giống nhau; chưa dùng ngón trỏ và ngón cái nhặt sợi chỉ theo yêu cầu; chưa biết xây tháp 6 khối vuông; chưa bắt chước vẽ đường thẳng; chưa lật từng trang sách theo yêu cầu; chưa chơi lồng cóc; chưa ghép hình vào bảng hình (tròn, vuông, tam giác)...

+ Ngôn ngữ hiểu: Chưa đưa một vật theo yêu cầu; chưa chỉ 4 bộ phận cơ thể; chưa chọn tranh khi yêu cầu; chưa chỉ vào mình khi được gọi tên...

+ Ngôn ngữ nói: Chưa nói được các từ khác nhau: gà, cá, bà; chưa tạo tiếng kêu con vật; chưa trả lời câu hỏi: Cái gì đây?; chưa nói 3 bộ phận của búp bê; chưa nói được đi chơi...

+ Cá nhân - Xã hội: Chưa bảo vệ vật sở hữu; chưa tham gia tương tác với bạn...

Từ những đánh giá trên, nhóm chuyên gia đã đưa ra kế hoạch hỗ trợ T.N.M trong thời gian 03 tháng với các mục tiêu dài hạn và mục tiêu ngắn hạn, chia rõ trách nhiệm với các thành viên của gia đình, nhà trường và các thành viên cộng đồng, cụ thể tại bảng 2:

Bảng 2. Kế hoạch hỗ trợ trường hợp trẻ T.N.M trong thời gian 03 tháng

TT	Thành viên	Nhiệm vụ	Thời gian thực hiện
1	Mẹ và Bố	- Xây dựng và thực hiện Kế hoạch Giáo dục cá nhân (KHGDCN) phần Kỹ năng tự phục vụ - Chơi tương tác cùng trẻ tại nhà theo các kỹ thuật chơi tương tác - Hỗ trợ trẻ thực hiện hoạt động thể thao (đi bộ, đạp xe đạp, xách xô nước nhỏ) - Hỗ trợ phát âm các nguyên âm o, a, i, e cho M để hình thành các từ có nghĩa sử dụng kèm tranh ảnh - Mua và chuẩn bị các đồ dùng học tập phù hợp với mức độ phát triển của trẻ hiện tại (ô tô các loại, bảng xếp hình, lego, thả khối, ghép bảng con vật, bộ đồ chơi nấu ăn, trồng, đàn gõ...)	Từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2020
2	GV chủ nhiệm	- Xây dựng và thực hiện KHGDCN phần ngôn ngữ nói của trẻ tập trung vào nguyên âm o, a, i, e và các từ đơn có chứa các nguyên âm đó	
3	GV can thiệp cá nhân	- Phát triển các kỹ năng đặc thù như: giao tiếp mắt - mắt, bật âm, tương tác và vận động tinh, vận động thô - Xây dựng hệ thống tranh ảnh quản lý hành vi cho M thực hiện tại gia đình và tại trường - Hỗ trợ phát triển các giác quan cho trẻ qua các hoạt động như thổi giấy, gõ trống, đàn, mát xa cơ thể...	
4	Cán bộ y tế	Chăm sóc y tế, hỗ trợ tập các bài tập vận động thô theo kế hoạch	

- Kết quả thực nghiệm mô hình: + Gia đình tham gia 01 khóa tập huấn trực tiếp và 02 khóa tập huấn trực tuyến các kỹ năng hỗ trợ con tại nhà cho phụ huynh; + Gia đình đã bắt đầu đưa M đi can thiệp cá nhân (5 buổi/tuần) từ tháng 1 nhưng do dịch Covid-19 nên sau đó nghỉ, trẻ được can thiệp không liên tục; + KHGDCN của M chưa được sự phối hợp thực hiện của GV can thiệp. GV hòa nhập có nhận được kế hoạch nhưng còn gặp nhiều khó khăn trong việc dành thời gian và kết nối với gia đình để làm việc; + Cán bộ y tế thường có quan tâm về chăm sóc sức khỏe, dinh dưỡng cho M; + Sau 03 tháng hỗ trợ với sự tham gia của gia đình, GV hòa nhập, GV can thiệp, cán bộ y tế, học sinh M đã có một số tiến bộ như bắt đầu biết kéo tay người khác và chỉ được một số đồ vật khi mong muốn; trẻ biết đạp xe đạp, được mẹ cho đi bộ, đạp xe nhiều hơn và thực hiện các hoạt động vui chơi cùng cha mẹ nhiều hơn.

- Kết quả trên được tạo nên từ những yếu tố sau:

+ Về phần gia đình: Bố bận công tác nên chưa có nhiều thời gian hỗ trợ con. Mẹ mới sinh em bé nên cũng hạn chế thời gian để hỗ trợ M tại nhà. Mẹ chưa chủ động kết nối cùng nhà trường để hỏi về tình hình học tập của con, hỗ trợ theo kế hoạch GV xây dựng.

+ Về phía nhà trường: GV hòa nhập của M và hiệu trưởng đã có nhiều trao đổi liên quan đến việc M hòa nhập, cụ thể như sau: + Vấn đề về hành vi của em như đập đầu, không chịu ngồi im một chỗ, kéo áo, chưa có ngôn ngữ... ảnh hưởng lớn đến hoạt động chung của cả lớp và vẫn chưa được cải thiện; + Vấn đề phối hợp giữa gia đình và trường gặp nhiều khó khăn khi bố mẹ ít trao đổi với GV, các kết nối giữa trường và gia đình không chặt chẽ. GV chủ nhiệm không theo dõi được các trị liệu hoặc can thiệp cho trẻ tại nhà.

### 2.3.2. Trường hợp 2: V.T.K

K sinh ngày 20/2/2012, em đang học lớp 4 hòa nhập tại Trường Tiểu học L.L (TP. Hà Giang). K không thích giao tiếp với ai, bắt chước gặp nhiều khó khăn, nhận thức rất kém, đôi khi có biết bộc lộ cảm xúc với người thân. K có

hành vi rập khuôn vẫy ngón tay, rất thích chơi ô tô máy xúc, thích chơi lắp lại, không thích sự thay đổi môi trường, K hay có cảm giác sợ hãi. Về ngôn ngữ - giao tiếp: K thường nhại lời, giao tiếp không lời hạn chế, không biết sử dụng các cử chỉ điệu bộ để thể hiện nhu cầu cũng như hạn chế trong việc hiểu ngôn ngữ không lời, K hay nhìn nghiêng, không nhìn thẳng mắt khi nói chuyện. K không biết chơi cùng bạn, hiểu động quá mức và khó khăn trong các hoạt động tinh.

- Kết quả thang đo hành vi thích nghi Vineland-II (xem bảng 3):

Bảng 3. Kết quả đánh giá trường hợp trẻ V.T.K bằng thang Vineland II

Lĩnh vực		Điểm thô	Tuổi tương đương	Mức độ thích nghi
Giao tiếp	Tiếp nhận	21	1 tuổi 9 tháng	Thấp
	Biểu đạt	39	2 tuổi 1 tháng	Thấp
	Văn bản	5	3 tuổi 5 tháng	Thấp
KNS hàng ngày	Sinh hoạt cá nhân	53	4 tuổi	Thấp
	Sinh hoạt gia đình	15	5 tuổi 6 tháng	Trung bình thấp
	Sinh hoạt cộng đồng	2	7 tháng	Thấp
Xã hội hóa	Quan hệ xã hội	21	7 tháng	Thấp
	Vui chơi và giải trí	17	1 tuổi 6 tháng	Thấp
	Kỹ năng ứng xử	6	1 tuổi 6 tháng	Thấp

Từ những đánh giá trên, nhóm chuyên gia đã đưa ra kế hoạch hỗ trợ K trong thời gian 03 tháng cùng các mục tiêu dài hạn và ngắn hạn với các nhiệm vụ của gia đình, nhà trường và các thành viên cộng đồng (xem bảng 4):

Bảng 4. Kế hoạch hỗ trợ trường hợp trẻ V.T.K trong thời gian 03 tháng

TT	Thành viên	Nhiệm vụ	Thời gian thực hiện
1	Bố mẹ	- Xây dựng và thực hiện KHGDCN phần Kỹ năng tự phục vụ - Chơi tương tác cùng trẻ tại nhà theo các kỹ thuật chơi tương tác đã trao đổi - Mua và chuẩn bị các đồ dùng học tập phù hợp với mức độ phát triển của trẻ hiện tại (xếp hình, đồ chơi phương tiện giao thông, đồ chơi xây dựng, xâu hạt, lego, ghép bảng con vật, tranh truyện đơn giản, giấy tô vẽ, đất nặn...)	Từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2020
2	GV chủ nhiệm	Xây dựng và thực hiện KHGDCN phần ngôn ngữ, giao tiếp, nhận thức và hành vi của trẻ	
3	GV bộ môn	Hỗ trợ các hoạt động liên quan đến phát âm, ngôn ngữ cho K	
4	GV can thiệp cá nhân	- Phát triển các kỹ năng đặc thù như phát triển nhận thức, ngôn ngữ, giao tiếp mắt - mắt, bật âm, tương tác và vận động tinh, vận động thô - Xây dựng hệ thống tranh ảnh quản lý hành vi cho K thực hiện tại gia đình và tại trường	
5	Bạn cùng lớp	- Hỗ trợ quản lý hành vi của K trong giờ học. - Hỗ trợ trẻ thực hiện các nhiệm vụ học tập trong kế hoạch can thiệp	
6	Nhân viên y tế	Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe, dinh dưỡng	

- Kết quả thực nghiệm mô hình: + Gia đình tham gia 01 khóa tập huấn trực tiếp và 07 khóa tập huấn trực tuyến các kỹ năng hỗ trợ con tại nhà cho phụ huynh; + Sau 03 tháng thử nghiệm mô hình với sự hỗ trợ của gia đình, nhà trường và các lực lượng cộng đồng trong việc hỗ trợ can thiệp, giáo dục cho K các kỹ năng như trong kế hoạch, học sinh đã có những tiến bộ cụ thể như sau:

+ Về vận động thô: Trẻ có thể thực hiện được các yêu cầu đơn giản của người khác đạt khoảng 60% (đứng lên, ngồi xuống, đá bóng...) tương ứng trẻ 3 tuổi.

+ Về vận động tinh: Trẻ đã cùng mẹ xâu hạt, thả khối, tô màu hình hoặc tập tô các chữ cái... tương ứng với trẻ khoảng 3 tuổi.

+ Về ngôn ngữ: Trẻ hạn chế nói nhại, bắt đầu có khuynh hướng sử dụng từ đơn để đưa ra các yêu cầu kèm với việc chỉ tay hoặc kéo tay GV và bố mẹ.

+ Về tương tác xã hội: Thời gian duy trì chú ý của trẻ tăng.

+ Về hành vi và kỹ năng sinh hoạt: Đây là phần mà bố mẹ K tập trung hỗ trợ nhiều trong quá trình sinh hoạt tại nhà: K biết tự mặc (cởi) quần theo yêu cầu, tự rửa tay và lấy ghế...

- Kết quả trên được tạo nên từ những yếu tố sau:

+ Từ phía gia đình: Gia đình K có sự hỗ trợ của cả bố và mẹ, bố mẹ K đều làm trong lĩnh vực y tế. Vì vậy, khi tham gia hoạt động thực nghiệm bố mẹ rất ủng hộ, tìm mọi cách để học hỏi nhằm hỗ trợ con một cách tốt nhất. Bố mẹ tham gia nhiều khóa học dành cho cha mẹ, có tinh thần cầu thị và xác định được những khó khăn của con.

+ Từ nhà trường: Trường Tiểu học L.L hỗ trợ tích cực K từ việc bố trí các GV tâm huyết, có chuyên môn để hỗ trợ K ở lớp; xây dựng được KHGDCN phù hợp với khả năng và nhu cầu của em. GV ở trường nói chung cũng như GV chủ nhiệm của K luôn được tham gia các khóa tập huấn chuyên môn hỗ trợ giáo dục hòa nhập cho trẻ tự kỉ.

+ Các yếu tố cộng đồng: Gia đình có sự trợ giúp tích cực của GV dạy cá nhân cho K trong suốt một thời gian dài, từ khi K còn bé cho đến hiện giờ. Cán bộ lĩnh vực lao động thương binh và xã hội; cán bộ y tế phường cũng nhận biết được những khó khăn của K và gia đình, vì vậy luôn sẵn sàng hỗ trợ trẻ và gia đình khi cần thiết.

### 3. Kết luận

Kết quả thực nghiệm 03 tháng đầu tiên trong vòng thử nghiệm lần 1 cho thấy: 02 trẻ đều bắt đầu có tiến bộ nhỏ về các lĩnh vực khác nhau và ở các mức độ khác nhau; tuy nhiên, nhân viên y tế phường, gia đình và GV cũng còn gặp một số khó khăn trong quá trình phối hợp hỗ trợ cho trường hợp trẻ M. Do vậy, nhóm nghiên cứu sẽ cần phải có những điều chỉnh, tác động thêm với nhóm hỗ trợ cho trẻ M. Với trường hợp trẻ K, việc áp dụng mô hình được thực hiện khá nhịp nhàng, nhóm nghiên cứu cần tiếp tục theo dõi sát sao để hỗ trợ khi cần thiết. Kết quả ban đầu ở trường hợp K cho thấy: mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục trẻ RLPTK dựa vào gia đình và cộng đồng đã bước đầu nhìn thấy tính hiệu quả trong can thiệp cho trẻ RLPTK tại TP. Hà Giang; đồng thời cũng thấy rõ là cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, nhà trường và các nhân viên cộng đồng thì kết quả giáo dục sẽ đạt hiệu quả cao.

**Lời cảm ơn:** Nhóm nghiên cứu cảm ơn sự tài trợ bởi kinh phí của đề tài Nhà nước “Nghiên cứu xây dựng 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”, mã số: 031/2018/HĐ-KHGD/16-20.ĐT.031.

### Tài liệu tham khảo

- Bộ GD-ĐT (2018). *Thông tư số 03/2018/TTBGDDT ngày 29/01/2018 quy định về giáo dục hòa nhập đối với người khuyết tật.*
- Đàm Thị Kim Thu (2018). Một số biện pháp phát triển ngôn ngữ - giao tiếp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Giáo dục*, 423, 16-18.
- Feinberg, E., Vacca, J. (2000). The Drama and Trauma of Creating Policies on Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(3), 130-137.
- Letourneau, N. L., & Elliott, M. R. (1996). Pediatric Health Care Professionals' Perceptions and Practices of Family-Centered Care. *Children's Health Care*, 25(3), 157-174.
- Lovaas, Koegel, Simmons & Long (1973) Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *J Appl Behav Anal*, 6(1), 131-165.
- Nguyễn Văn Thành (2006). *Trẻ em tự kỉ - phương thức giáo dục.* NXB Tôn giáo.
- Prelock, P. A., Beatson, J., Bitner, B., Broder, C., & Ducker, A. (2003). Interdisciplinary Assessment of Young Children With Autism Spectrum Disorder. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 34(3), 165-194.
- Schertz, H. H., Odom, & S. L. (2006). Promoting Joint Attention in Toddlers with Autism: A Parent-Mediated Developmental Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(8), 1562-1575.
- Stahmer, A. C. (2006). The Basic Structure of Community Early Intervention Programs for Children with Autism: Provider Descriptions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7), 1344-1354.
- Võ Nguyễn Tinh Vân (2002). *Để hiểu chứng tự kỉ.* NXB Bamboo, Australia.
- Wallace, K. S., & Rogers, S. J. (2010). Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1300-1320.
- Wetherby, A. M., & Woods, J. J. (2006). Early Social Interaction Project for Children With Autism Spectrum Disorders Beginning in the Second Year of Life: A Preliminary Study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(2), 67-82.