

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHẨN ĐOÁN TRẺ KHUYẾT TẬT Ở MỘT SỐ TRƯỜNG CHUYÊN BIỆT TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LÊ THỊ MINH HÀ*

TÓM TẮT

Chẩn đoán là bước quan trọng trong quá trình đánh giá trẻ khuyết tật. Chẩn đoán phải được thực hiện thường xuyên trong quá trình giáo dục trẻ khuyết tật. Chẩn đoán trẻ khuyết tật nhằm xác định loại khuyết tật của trẻ và phân loại trẻ theo mức độ tật khác nhau. Trên cơ sở đó, xác định loại hình dịch vụ can thiệp sớm hoặc giáo dục đặc biệt phù hợp với trẻ.

Từ khóa: chẩn đoán trẻ khuyết tật, trắc nghiệm trí tuệ, thang đo hành vi thích ứng.

ABSTRACT

The reality of diagnosis of disabled children at some special schools in Ho Chi Minh City

Diagnosis is an important step in the process of assessing children's disability. It must be done regularly during the educational process for these children. Diagnosis of disabled children identifies the type of disability and classifies children according to different levels of disability. In light of diagnostic results, an appropriate type of intervention or program will be determined.

Keywords: diagnosing children with disability, intelligent quesnel test, behavioral assessment system.

1. Một số vấn đề liên quan đến chẩn đoán trẻ khuyết tật

1.1. Khái niệm

Thuật ngữ chẩn đoán được tiếp nhận từ Y học. Trong Từ điển Tiếng Việt, *chẩn đoán* được xem là “Việc xác định bệnh dựa theo triệu chứng và kết quả xét nghiệm” [3].

Theo Từ điển Tâm lí học, *chẩn đoán* (Diagnosis) là xác định bản chất của sự khác thường (không bình thường) hoặc bệnh tật. Ngoài ra, *chẩn đoán* còn có thể coi là sự phân loại cá nhân dựa trên cơ sở sự không bình thường hoặc bệnh tật. [1, tr.100]

Tùy theo chuyên ngành và tiêu chí lựa chọn, chúng ta có các loại chẩn đoán khác nhau, ví dụ chẩn đoán trẻ khuyết tật, chẩn đoán triệu chứng, chẩn đoán hội chứng, chẩn đoán bệnh, chẩn đoán rối nhiễu tâm thần, chẩn đoán tâm lí...

Thuật ngữ chẩn đoán trẻ khuyết tật (CĐTKT)

Theo I. A. Korobeinikov, *chẩn đoán trẻ khuyết tật* (còn gọi là chẩn đoán chức năng) là “sự mô tả tổng quát các đặc điểm phát triển tâm lí trẻ”, trong đó có sự “đánh giá những kết quả hiện có và biểu hiện cụ thể của những rối loạn các chức năng tâm lí và kĩ năng xã hội cơ bản” (hành vi thích ứng, hành vi giao tiếp, kĩ năng học tập – nhận thức). [6]

* TS, Trường Đại học Sư phạm TPHCM

Theo Trần Thị Lệ Thu, chẩn đoán trẻ khuyết tật được hiểu một cách chung nhất là *xác định loại khuyết tật của trẻ và phân loại trẻ theo mức độ khuyết tật khác nhau* [4, tr.100]. Trong quá trình chẩn đoán, có thể phát hiện trẻ thuộc loại khuyết tật cụ thể nào đó, chẳng hạn như khuyết tật trí tuệ, khiếm thính, khiếm thị, đa tật... Nhờ chẩn đoán, mà có thể biết trẻ khuyết tật thuộc mức độ nhẹ/trung bình/nặng/rất nặng.

Hiện nay, các nhà chuyên môn trong nhiều lĩnh vực đã mở rộng khái niệm chẩn đoán, coi chẩn đoán không chỉ nhằm xác định bản chất và nguyên nhân của sự bất bình thường, mà còn dự đoán sự phát triển hoặc diễn biến tiếp theo của quá trình rối loạn nhằm đưa ra được những đề xuất, kiến nghị theo nhiệm vụ và yêu cầu chung của chẩn đoán.

1.2. Nội dung CĐTKT

Dựa trên các lĩnh vực phát triển của trẻ, CĐTKT gồm những nội dung sau:

- Vận động thô;
- Vận động tinh/nhận thức;
- Nhận biết ngôn ngữ (ngôn ngữ tiếp nhận);
- Giao tiếp/điển đạt ngôn ngữ (ngôn ngữ diễn đạt);
- Cá nhân và xã hội.

Những kỹ năng cần đánh giá ở trẻ: kỹ năng vận động thô, kỹ năng vận động tinh, kỹ năng nhận biết ngôn ngữ, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng cá nhân và xã hội...

1.3. Phương pháp CĐTKT

Phương pháp CĐTKT phối hợp các phương pháp sau:

- Quan sát trẻ;
- Phỏng vấn phụ huynh;

- Nghiên cứu hồ sơ của trẻ;
- Sử dụng trắc nghiệm trí tuệ và thang đo hành vi thích ứng chuẩn;
- Các bảng kiểm tra dựa vào độ tuổi và chương trình dạy trẻ...

1.4. Lực lượng tham gia CĐTKT

Nhóm đa chức năng, gồm:

- Thành viên trụ cột: Trẻ, gia đình và giáo viên;
- Thành viên hỗ trợ: Nhà tâm lý - giáo dục, bác sĩ, các chuyên gia về các tật khác, như: ngôn ngữ/khiếm thính/khiếm thị/phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, dinh dưỡng...

1.5. Đặc trưng của chẩn đoán trẻ khuyết tật

- Thực hiện trên một trẻ cụ thể;
- Chỉ thực hiện chẩn đoán ở trẻ khi hành vi, hoạt động, trạng thái tâm lý của trẻ có những lệch lạc, thiếu sót nhất định so với chuẩn mực (chỉ số phát triển) và so với chỉ tiêu (chỉ số trung bình về mặt thống kê);
- Chẩn đoán bao giờ cũng nhằm tìm nguyên nhân và cách giáo dục trẻ, giúp trẻ khắc phục thiếu sót, lệch lạc trong quá trình phát triển để phát triển mạnh hơn, hài hòa hơn các năng lực, kỹ năng.

2. Nội dung và kết quả nghiên cứu

2.1. Khách thể nghiên cứu

Khảo sát được thực hiện trên 92 giáo viên (GV), trong đó GV tại các trường chuyên biệt (94,6%), trường hòa nhập (5,4%) với thành phần như sau:

- Tuổi đời: dưới 30 tuổi (53,26%), từ 30-40 tuổi (14,13%), trên 40 tuổi (19,56%), 12 phiếu bỏ trống (13,04%)
- Tuổi nghề: GV công tác trong ngành giáo dục đặc biệt dưới 5 năm

(43,5%), 6-10 năm (14,3%), 10-20 năm (4,35%), bỏ trống (33,7%)

- Số GV khảo sát thuộc các trường trên địa bàn các quận: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, Gò Vấp, Bình Thạnh, Tân Bình, Tân Phú, Bình Chánh. Trong đó, các trường chuyên biệt: Hướng Dương, Ước Mơ, Sương Mai, Nguyễn Đình Chiểu, Mái ấm Nhật Hồng, Huỳnh Đệ Nhân Nghĩa, Đa Thiện, Anh Vương, Ánh Dương, Bình Minh, Niềm Tin, Tự Do,

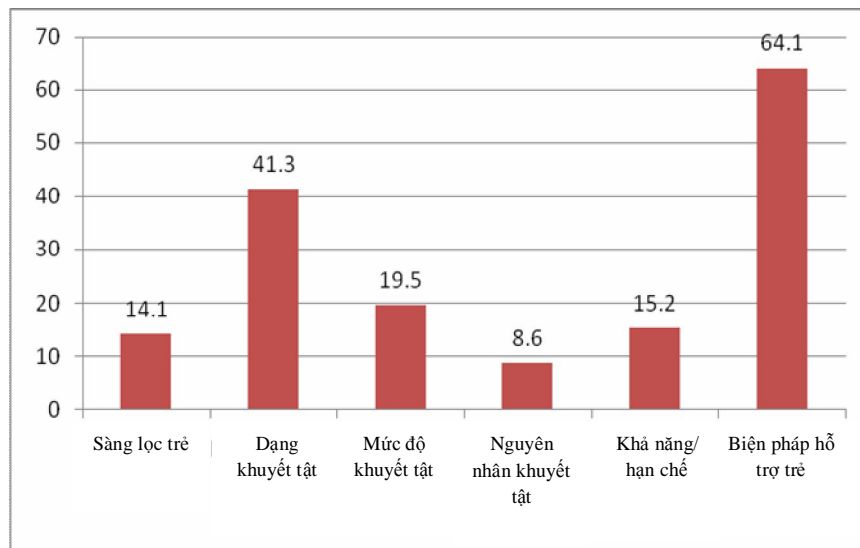
Trung tâm Dạy nghề và Tạo việc làm cho người khuyết tật... và một số trường mầm non, tiểu học: Mầm non Quận 10, Mickey và Tiểu học Bình Hưng Hòa 1, Trần Quốc Toản, Rạng Đông.

2.2. Kết quả nghiên cứu

2.2.1. Nhận thức của GV về mục đích CĐT KT

Mức độ nhận thức của GV về mục đích CĐT KT qua khảo sát được thể hiện ở biểu đồ 1 sau đây:

Biểu đồ 1. Nhận thức của GV về mục đích CĐT KT



Biểu đồ 1 cho thấy, số ý kiến cho rằng mục đích của CĐT KT nhằm can thiệp sớm và hỗ trợ trẻ chiếm tỉ lệ cao nhất (64,1%), kế đến là nhằm tìm dạng tật của trẻ (41,3%). Các mục đích khác cũng được GV đề cập đến như xác định mức độ khuyết tật của trẻ (19,5%), khả năng/hạn chế hiện tại của trẻ (15,2%), khám sàng lọc trẻ (14,1%), tuy nhiên, các tỉ lệ này còn thấp.

Rất ít GV đề cập đến việc tìm nguyên nhân khuyết tật của trẻ (8,6%), có

thể đây là một việc khó, đòi hỏi phải có các nhà chuyên môn tham gia CĐT KT.

Ngoài ra, một số ý kiến khác đề cập đến việc CĐT KT nhằm thu thập thông tin ban đầu để phát hiện trẻ có những khác biệt bất thường so với những trẻ cùng tuổi, trên cơ sở đó tiến hành đánh giá kĩ lưỡng hơn từ các nhà chuyên môn và lựa chọn môi trường giáo dục phù hợp với trẻ.

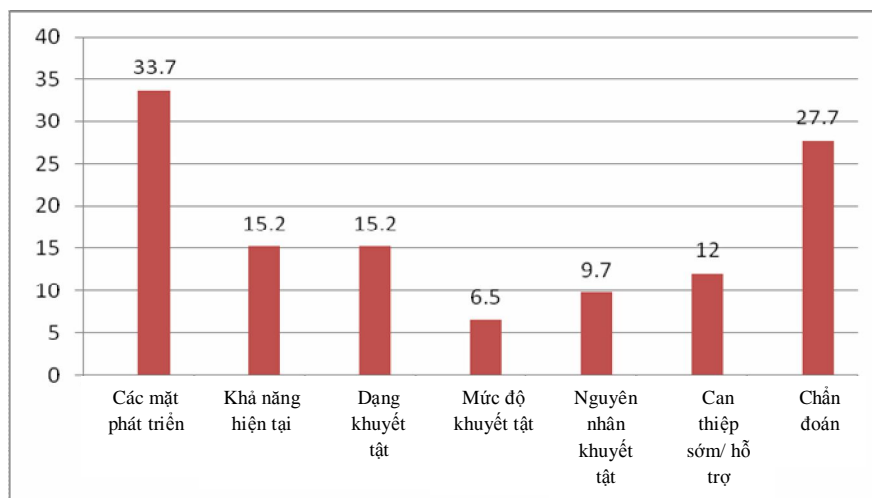
Như vậy, đa số GV hiểu được mục đích cơ bản của việc CĐT KT nhằm xác định dạng tật và mức độ tật của trẻ, khả năng và hạn chế hiện tại của trẻ, từ đó

hướng can thiệp, hỗ trợ thích hợp cho trẻ. Để thực hiện mục đích CĐT KT, GV cần biết và thực hiện nội dung CĐT KT.

2.2.2. Nhận thức của GV về nội dung CĐT KT

Mức độ nhận thức của GV về nội dung CĐT KT qua khảo sát được thể hiện ở biểu đồ 2 dưới đây:

Biểu đồ 2. Nhận thức của GV về nội dung CĐT KT



Biểu đồ 2 cho thấy mức độ nhận thức của GV về nội dung CĐT KT chưa cao, chỉ có 33,7% GV đề cập đến các mặt phát triển nhận thức, ngôn ngữ và hành vi nói chung. Đa số các GV *nhầm lẫn giữa mục đích và nội dung CĐT KT*. Chẳng hạn, 27,7% GV cho rằng nội dung của CĐT KT là sàng lọc ban đầu, 15,2% tìm dạng khuyết tật và khả năng của trẻ, hoặc tìm mức độ và nguyên nhân khuyết tật cũng như can thiệp sớm/hỗ trợ trẻ.

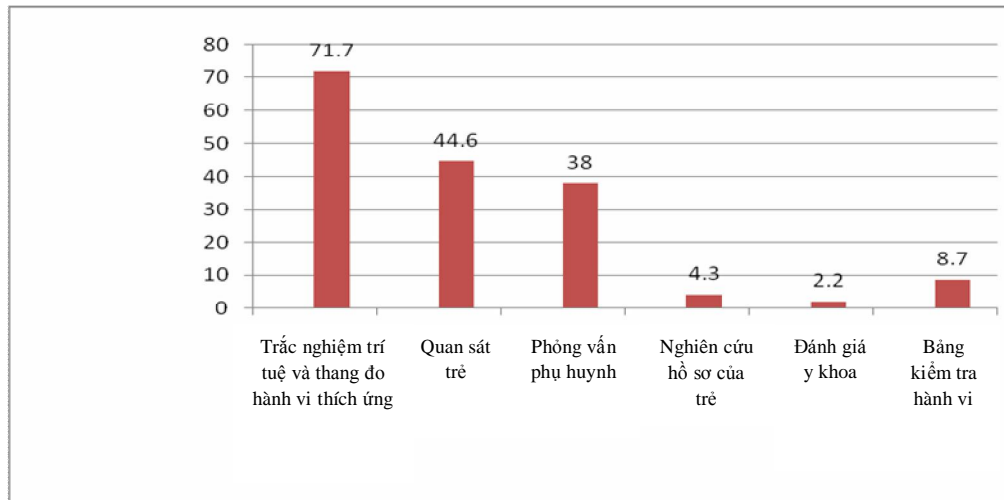
Như vậy, GV chưa phân biệt được mục đích và nội dung CĐT KT. Mục đích của việc CĐT KT là *xác định loại khuyết tật của trẻ và phân loại trẻ theo mức độ khuyết tật khác nhau*. Để thực hiện được mục đích này, GV cần dựa vào các mặt phát triển của trẻ như vận động thô, vận động tinh/nhận thức, nhận biết ngôn ngữ, giao tiếp/điễn đạt ngôn ngữ và kỹ năng cá

nhân/xã hội để chẩn đoán đánh giá trẻ. Ở đây GV sẽ phải dựa vào các giai đoạn phát triển tương ứng với độ tuổi của trẻ bình thường (chuẩn) trên các lĩnh vực phát triển để *phát hiện* những dấu hiệu *bất thường* trong quá trình phát triển của một đứa trẻ cụ thể, sau đó xác định *mức độ bất thường* ở một lĩnh vực cụ thể và *khả năng phát triển* ở các lĩnh vực khác của nó. Trên cơ sở đó, xây dựng kế hoạch can thiệp và hỗ trợ trẻ. Đó chính là quá trình thực hiện nội dung chẩn đoán đánh giá trẻ.

2.2.3. Sự hiểu biết của GV về các phương pháp trong CĐT KT

Để thực hiện được nội dung CĐT KT, GV phải biết và có kỹ năng thực hiện một số phương pháp CĐT KT cụ thể. Kết quả khảo sát về vấn đề này được thể hiện ở biểu đồ 3 dưới đây:

Biểu đồ 3. Sự hiểu biết của GV về các phương pháp trong CĐTKT



Biểu đồ 3 cho thấy GV biết đến một số công cụ như trắc nghiệm trí tuệ và thang đo hành vi thích ứng (Denver, PEP, “Từng bước nhỏ”, M-chat, ABA, ABS-S:2, TEACH, Oregon) chiếm tỉ lệ cao nhất: 71,7%. Trong đó, 41,3% GV cho biết họ được học chuyên đề “Chẩn đoán đánh giá trẻ khuyết tật” trong chương trình đào tạo của Khoa Giáo dục đặc biệt Trường Đại học Sư phạm TPHCM và 8,7% GV học tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương TPHCM.

Ngoài ra, GV cũng biết một số phương pháp CĐTKT khác như quan sát trẻ (44,6%), phỏng vấn phụ huynh (38%)... do họ được học/tập huấn tại một số trường/trung tâm, bệnh viện.

Vẫn còn một số GV (30,3%) chưa biết công cụ nào trong CĐTKT, những GV này chưa được học hoặc tập huấn về CĐTKT.

Rất ít GV biết đến phương pháp nghiên cứu hồ sơ của trẻ (4,3%) trong CĐTKT. Đây là phương pháp khá phổ biến, nhưng đòi hỏi GV phải có thói quen

xây dựng hồ sơ cá nhân trẻ ngay khi tiếp xúc với trẻ lần đầu tiên. Hồ sơ trẻ có đầy đủ thông tin về trẻ trong thai kỳ, sự bất thường trong lúc sinh và ngay sau khi sinh, các biểu hiện của trẻ về giấc ngủ, ăn uống, các đặc điểm phát triển vận động thô, vận động tinh, nhận thức, cảm xúc, ngôn ngữ, các kỹ năng cá nhân, xã hội... Hồ sơ trẻ cũng chứa đựng những thông tin liên quan đến gia đình trẻ, đặc biệt là mối quan hệ của trẻ với người chăm sóc trực tiếp và với những người xung quanh...

Chỉ có 8,7% GV biết sử dụng bảng kiểm tra hành vi trong đánh giá trẻ (đánh giá không chính thức). Bảng kiểm tra hành vi của trẻ thường được giáo viên xây dựng dựa theo kiến thức và kỹ năng cần thiết cho trẻ. Nó giúp đo lường và giải thích sự tiến bộ của trẻ về các mặt phát triển cụ thể, đặc biệt hỗ trợ giáo viên thiết kế các chiến lược can thiệp và hỗ trợ thích hợp với trẻ. Kết quả khảo sát cho thấy có quá ít GV nhắc đến phương pháp đánh giá này.

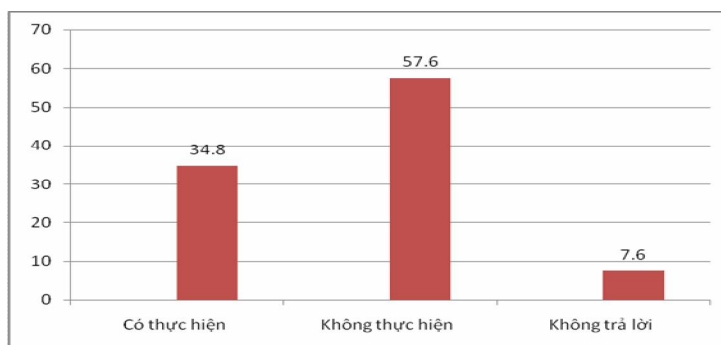
Tóm lại, kết quả khảo sát cho thấy GV có biết một số công cụ và phương pháp cơ bản trong CĐTKT. Tuy nhiên trên thực tế, họ có thực hiện CĐTKT hay không là vấn đề cần tìm hiểu.

2.2.4. Việc thực hiện CĐTKT

Thực hiện CĐTKT giúp xác định loại khuyết tật và phân loại mức độ tật của trẻ, phát hiện những hội chứng hoặc bệnh đi kèm, nguyên nhân gây bệnh (nếu

có thể), cung cấp thông tin để xây dựng chương trình can thiệp/hỗ trợ và tư vấn phụ huynh lựa chọn loại hình can thiệp/giáo dục phù hợp với trẻ. Đa số GV các trường chuyên biệt có hiểu biết về một số phương pháp và công cụ chẩn đoán đánh giá trẻ. Kết quả khảo sát việc GV áp dụng các phương pháp chẩn đoán trong thực tế được trình bày ở biểu đồ 4 sau đây:

Biểu đồ 4. GV thực hiện CĐTKT

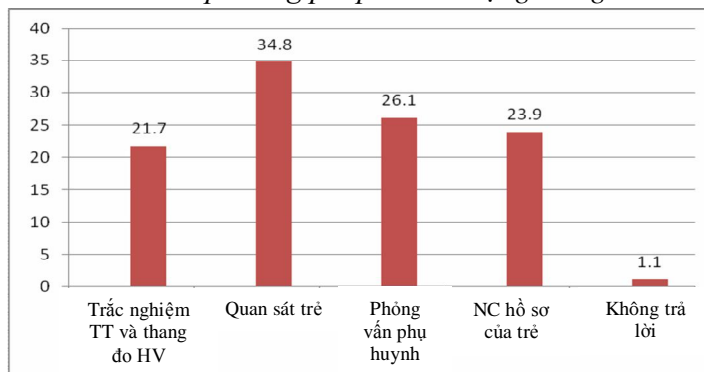


Biểu đồ 4 cho thấy, số GV cho rằng trường của họ chưa thực hiện CĐTKT chiếm tỉ lệ cao nhất (57,6%), chỉ có 34,8% GV cho biết trường của họ có thực hiện CĐTKT. Thực trạng này cho thấy công tác CĐTKT còn chưa được thực hiện ở một số trường mặc dù đó là những trường có dạy trẻ khuyết tật.

2.2.5. Những phương pháp được GV sử dụng trong CĐTKT

Tìm hiểu về việc GV thường sử dụng phương pháp nào để thực hiện CĐTKT, chúng tôi nhận được kết quả như ở biểu đồ 5 dưới đây:

Biểu đồ 5. Các phương pháp GV sử dụng trong CĐTKT



Biểu đồ 5 cho thấy GV sử dụng phương pháp quan sát trẻ chiếm tỉ lệ cao nhất (34,8%), kế đến là phương pháp phỏng vấn phụ huynh để tìm hiểu thông tin về trẻ (26,1%), có 23,9% GV đã tìm hiểu trẻ thông qua việc nghiên cứu hồ sơ của trẻ và 21,7% GV có sử dụng một số công cụ (test Denver, PEP, “Tùng bước nhỏ”) trong CĐTKT.

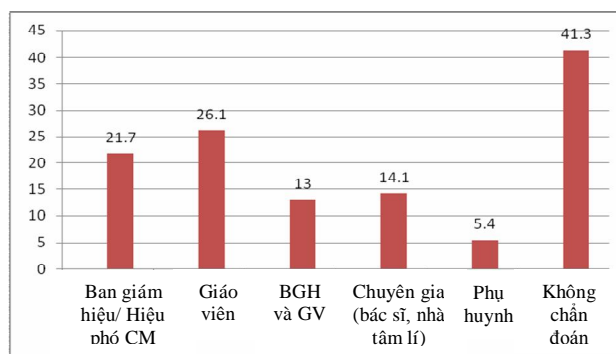
Trong CĐTKT, việc sử dụng hệ thống các phương pháp chẩn đoán đồng bộ được xem là một trong những nguyên tắc cơ bản nhất, cho phép mô tả tỉ mỉ và đánh giá đúng các đặc điểm phát triển tâm lí của trẻ một cách toàn diện về các mặt phát triển của trẻ như vận động, trí tuệ, xúc cảm, hành vi và kĩ năng, tình trạng giác quan và cả lịch sử phát triển của trẻ. Trắc nghiệm chỉ là một kĩ thuật nhỏ trong toàn bộ hệ thống phương pháp. Trắc nghiệm nhất thiết phải đi cùng với quan sát tâm lí và phỏng vấn người thân. Quan sát tâm lí một cách khách quan dựa

trên các tiêu chí khoa học cũng phải kết hợp với phương pháp phân tích tâm lí – giáo dục học và các phương pháp khác. Tuy nhiên thực trạng khảo sát cho thấy, tỉ lệ GV thực hiện các phương pháp trong CĐTKT còn rất thấp. Đây là một thực trạng đáng lo ngại, điều đó cho thấy giữa việc GV biết và việc vận dụng các phương pháp CĐTKT vẫn còn là một khoảng cách

2.2.6. Những người thực hiện CĐTKT

Tham gia CĐTKT gồm nhiều thành phần gọi là nhóm đa chức năng, bao gồm các thành viên trụ cột (trẻ, gia đình và GV) và thành viên hỗ trợ (nhà tâm lí - giáo dục, bác sĩ, các chuyên gia về các tật khác như ngôn ngữ/khiếm thính/khiếm thị/phục hồi chức năng, vật lí trị liệu, dinh dưỡng...). Thực tế hiện nay, những thành phần nào thường tham gia CĐTKT? Kết quả khảo sát về vấn đề này được thể hiện ở biểu đồ 6 sau đây:

Biểu đồ 6. Lực lượng tham gia CĐTKT tại các trường



Biểu đồ 6 cho thấy, GV tham gia thực hiện CĐTKT chiếm tỉ lệ cao nhất (26,1%), kế đến là Ban giám hiệu (21,7%), nhưng cả Ban giám hiệu và GV cùng thực hiện thì chiếm tỉ lệ rất thấp (13%), các nhà chuyên môn (bác sĩ, chuyên gia tâm lí – giáo dục) cũng chiếm

một tỉ lệ thấp (14,1%), chỉ có 5,4% GV đề cập đến việc phụ huynh tham gia CĐTKT.

Kết quả khảo sát cho thấy chưa có sự kết hợp các lực lượng trên trong một nhóm đa chức năng để CĐTKT. Như vậy, việc CĐTKT tại các trường chuyên

biệt hiện nay hầu như chỉ do GV hoặc Ban giám hiệu thực hiện. Đây là một thực trạng cần sớm được các chuyên gia y tế, tâm lí, giáo dục, phụ huynh và GV quan tâm. Thực trạng trên còn cho thấy việc CĐTKT ở TPHCM nói chung và tại các trường chuyên biệt nói riêng, chưa có sự phối hợp giữa các thành viên cần thiết trong nhóm CĐTKT. Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới, việc chẩn đoán đánh giá các rối loạn phát triển của một trẻ bao gồm năm thành viên tham gia (phụ huynh, chuyên gia y tế, chuyên gia tâm lí – giáo dục, GV và chuyên gia chuyên sâu về các lĩnh vực khuyết tật). Các thành viên của nhóm đánh giá phải cùng theo dõi trẻ trong thời gian tối thiểu là một tháng ở ba môi trường khác nhau (phòng khám/trung tâm, gia đình, cộng đồng). Đặc biệt, sự cần thiết phải phối hợp giữa hai ngành y khoa và tâm lí học trong chẩn đoán đánh giá trẻ khuyết tật đang ngày càng trở nên rất cần thiết. Bởi vì, cho đến nay, các dịch vụ giáo dục đặc biệt, trị liệu tâm lí vẫn được tiến hành khi chưa có các chẩn đoán đánh giá, điều này ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình can thiệp và hỗ trợ trẻ khuyết tật.

3. Kết luận

Bước đầu nghiên cứu thực trạng CĐTKT ở một số trường chuyên biệt tại

TPHCM, chúng tôi nhận thấy GV thuộc các đơn vị khảo sát đều hiểu mục đích của việc CĐTKT và biết một số phương pháp CĐTKT. Tuy nhiên, họ vẫn còn nhầm lẫn giữa mục đích và nội dung CĐTKT. Đa số GV cho rằng trường mình *chưa thực hiện* CĐTKT (57,6%). Chỉ có 34,8% GV cho rằng trường mình *có thực hiện* CĐTKT, trong đó chủ yếu là sử dụng phương pháp quan sát trẻ và phỏng vấn phụ huynh, số GV sử dụng trắc nghiệm trí tuệ và thang đo hành vi thích ứng rất ít (21,7%). Lực lượng chính tham gia thực hiện CĐTKT là GV và Ban giám hiệu, số chuyên gia và phụ huynh còn rất ít.

Từ thực trạng trên, chúng tôi xin đề xuất một số ý kiến như sau: Đẩy mạnh việc tổ chức bồi dưỡng và tập huấn CĐTKT trong các cơ sở giáo dục trẻ khuyết tật tại TPHCM; đào tạo, bồi dưỡng chuyên sâu về chẩn đoán và đánh giá trẻ khuyết tật cho các khoa giáo dục đặc biệt và các trung tâm nguồn tại TPHCM; tiếp tục mở rộng nghiên cứu sâu hơn về thực trạng CĐTKT tại các cơ sở y tế tại TPHCM; phối hợp các cơ sở giáo dục, y tế, phụ huynh và các chuyên gia chuyên sâu trong các lĩnh vực khuyết tật khác tham gia CĐTKT cho các trường/trung tâm có dạy trẻ khuyết tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Thị Xuân Huệ (2006), *Tâm lí học chẩn đoán trẻ khuyết tật*, Tài liệu lưu hành nội bộ, Trường Cao đẳng Sư phạm Mẫu giáo Trung ương 3.
2. Moira Pieterse, Robin Treloar, Sue Cairns, Diana Uther, Erica Brar (1989), *Small Steps and Early Intervention Program for Children with Developmental Delays*, Macquarie University, Sydney, (Bản dịch tiếng Việt: Tôn Nữ Thùy Nhung (2001), *Từng bước nhỏ*, Trung tâm Nghiên cứu Trẻ khuyết tật Thành phố Hồ Chí Minh).

(Xem tiếp trang 15)

3. Hoàng Phê (chủ biên) (1988), *Từ điển tiếng Việt*, Nxb Khoa học Xã hội.
4. Trần Thị Lệ Thu (2003), *Đại cương về giáo dục đặc biệt cho trẻ chậm phát triển trí tuệ*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Trần Thị Lệ Thu (2010), *Đại cương can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật trí tuệ*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
6. Jane Squires, Elizabeth Twomly, Diane Bricker, Lawanda Potter (2009), “*ASQ-3™ User’s Guide*”, Paul H Brookes Publishing Co.

(Ngày Tòa soạn nhận được bài: 02-02-2012; ngày chấp nhận đăng: 07-6-2012)