

SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP HÀNH VI PHÁT TRIỂN TỰ NHIÊN TRONG CAN THIỆP LIÊN NGÀNH CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nguyễn Thị Hồng Lam¹, Đào Thị Hiền¹

Tóm tắt: Trẻ rối loạn phổ tự kỷ (RLTK) có những đặc trưng khiếm khuyết về tương tác xã hội, ngôn ngữ - giao tiếp, tưởng tượng và rối loạn hành vi. Vì vậy khi can thiệp trẻ RLPTK phải tập trung vào việc hỗ trợ trẻ phát triển các kỹ năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi. Trong bài báo này, chúng tôi tập trung làm rõ vai trò của các chuyên gia thuộc các lĩnh vực nghề nghiệp khác nhau khi phối hợp sử dụng phương pháp Can thiệp hành vi phát triển tự nhiên (NDBIs), xây dựng quy trình can thiệp liên ngành cũng như đề xuất những năng lực chung cho các chuyên gia ở các lĩnh vực nghề nghiệp khác nhau trong can thiệp trẻ RLPTK.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, NDBIs, năng lực liên ngành, can thiệp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn phát triển thần kinh, tồn tại suốt đời, được đặc trưng bởi các khiếm khuyết về tương tác xã hội, ngôn ngữ - giao tiếp, tưởng tượng và rối loạn hành vi. Trẻ RLPTK gặp nhiều khó khăn trong giao tiếp và tương tác xã hội như khó khăn trong việc giao tiếp bằng mắt, ngôn ngữ cơ thể, và biểu cảm khuôn mặt; khó khăn trong việc hiểu và đáp ứng với các tín hiệu xã hội. Trẻ RLPTK thường gặp phải những rối loạn về hành vi: hành vi lặp đi lặp lại; có thể có hành vi bốc đồng, khó kiểm soát cảm xúc; có thể có hành vi chống đối, không tuân theo quy tắc; có thể có hành vi hung hăng, tự làm hại bản thân hoặc người khác. Trẻ có thể nhạy cảm hoặc vô cảm với các kích thích giác quan (ví dụ: ánh sáng, âm thanh, xúc giác). Trẻ có thể có sở thích ăn uống hoặc ngủ bất thường... Với những dấu hiệu đó, RLPTK ảnh hưởng đến trẻ trong học tập, hòa nhập cộng đồng và gặp rất nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần, vậy nên cần có sự can thiệp và sự hỗ trợ kết hợp của rất nhiều chuyên gia trong các lĩnh vực y tế, giáo dục và xã hội (Stephen Brian Sulkes, 2022.) (12).

Với đặc điểm nổi bật của phương pháp Can thiệp hành vi phát triển tự nhiên (Naturalistic Developmental Behavioral Interventions – NDBIs) là dạy các kỹ năng chức năng để nâng cao chất lượng cuộc sống; tập trung vào việc nâng cao động lực và sự tham gia vào việc can thiệp; tạo cơ hội tích cực cho việc giảng dạy trong môi trường tự nhiên; và theo sự dẫn dắt, hứng thú của trẻ khi lựa chọn tài liệu và hoạt động

¹ Trường Cao đẳng Sư phạm Bà Rịa – Vũng Tàu

giảng dạy; có thể triển khai hiệu quả trong môi trường cộng đồng bởi các nhà cung cấp đến từ nhiều lĩnh vực chuyên môn khác nhau, bao gồm các chuyên gia can thiệp sớm, nhà giáo dục đặc biệt, các nhà nghiên cứu bệnh học về ngôn ngữ - giao tiếp, chuyên gia phân tích hành vi, nhà trị liệu nghề nghiệp và nhà tâm lý học; chúng tôi xem xét nó là phương pháp thuận lợi cho sự hỗ trợ phát triển trẻ RLPTK và thực hiện liên ngành trong can thiệp trẻ RLPTK.

2. NỘI DUNG

2.1. Phương pháp can thiệp hành vi phát triển tự nhiên (NDIBs)

Phương pháp can thiệp hành vi phát triển tự nhiên là phương pháp được thực hiện trong môi trường tự nhiên, bao gồm sự kiểm soát chung giữa trẻ và nhà trị liệu, tận dụng các tình huống ngẫu nhiên và sử dụng nhiều chiến lược hành vi khác nhau để dạy các kỹ năng tiên quyết và phù hợp với sự phát triển (Schreibman và cộng sự, 2015) (9). Phương pháp này tập trung vào việc hỗ trợ trẻ phát triển các kỹ năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi trong môi trường tự nhiên, như tại nhà, trường học và sân chơi.

Thuật ngữ Can thiệp hành vi phát triển tự nhiên được đặt ra vào năm 2015 bởi Laura Schreibman, giám đốc Chương trình nghiên cứu can thiệp bệnh tự kỷ tại Đại học California ở San Diego, trong nỗ lực thống nhất các phương pháp can thiệp tự kỷ đã được công nhận. NDIBs là một tập hợp các phương pháp can thiệp kết hợp các nguyên tắc phân tích hành vi ứng dụng (ABA) với những hiểu biết sâu sắc về tâm lý học phát triển; dựa trên nghiên cứu từ các lĩnh vực giáo dục đặc biệt dành cho trẻ nhỏ và phân tích hành vi. Các biện pháp can thiệp được coi là NDIBs bao gồm: Xử lý đáp ứng then chốt (PRT); Mô hình Denver khởi đầu sớm (ESDM); Dự án ImPACT (Hỗ trợ phụ huynh cùng tham gia vào can thiệp trẻ RLPTK); Giảng dạy ngẫu nhiên (IT), Nâng cao giảng dạy môi trường (EMT); Dữ liệu dự án (Điều trị phù hợp với sự phát triển của bệnh tự kỷ ở trẻ mới biết đi); ABC xã hội; và Sự chú ý chung, trò chơi mang tính biểu tượng, sự tham gia và quy định (JASPER) (Goldencaretherapy, 2023) (6).

Lý do NDIBs được cho là hỗ trợ sự phát triển của trẻ:

Các kỹ thuật NDIBs dựa trên các nguyên tắc hành vi, nhưng được áp dụng theo cách nhấn mạnh (Schreibman và cộng sự, 2015) (9).

Học tập thông qua vui chơi: Trẻ em học hỏi tốt nhất thông qua vui chơi. NDIBs tận dụng môi trường vui chơi tự nhiên để dạy trẻ các kỹ năng cần thiết. Bằng cách tham gia các hoạt động thú vị, trẻ em dễ dàng tiếp thu kiến thức và kỹ năng hơn so với học tập theo cách truyền thống.

Tập trung vào sở thích, cảm xúc, nhu cầu của trẻ: Mỗi trẻ đều có những sở thích riêng. NDBI khai thác các sở thích này để khuyến khích sự tham gia và chú ý của trẻ. Khi trẻ hào hứng với hoạt động, chúng sẽ cởi mở hơn với việc học hỏi những điều mới.

Thực hành kỹ năng trong bối cảnh thực tế: NDBI diễn ra trong các môi trường tự nhiên như nhà cửa, trường học, sân chơi. Điều này giúp trẻ em thực hành các kỹ năng mới trong những tình huống thực tế mà chúng sẽ gặp phải hằng ngày. Bằng cách luyện tập trong bối cảnh thực tế, trẻ em có thể áp dụng các kỹ năng một cách linh hoạt và hiệu quả hơn. Bằng cách này, trẻ có thể thích ứng với hoàn cảnh mới, tình huống mới.

Khuyến khích tương tác xã hội: NDBI tạo ra các cơ hội cho trẻ em tương tác với những người khác trong môi trường tự nhiên. Điều này giúp trẻ em phát triển các kỹ năng giao tiếp và tương tác xã hội cần thiết để xây dựng các mối quan hệ.

Kỹ năng được dạy theo trình tự phát triển, trong đó các kỹ năng ban đầu (ví dụ như giao tiếp bằng mắt) được coi là điều kiện tiên quyết để phát triển các hành vi phức tạp hơn (ví dụ: sự chú ý chung).

Các nguyên tắc củng cố việc sử dụng NDBIs

Có 13 đặc điểm được Schreibman và đồng nghiệp mô tả chung cho các phương pháp can thiệp được phân loại là NDBIs (Xem thêm tại Schreibman và cộng sự, 2015) (9):

1. Dạy học tích hợp ba phần: Tiền đề, hành vi và hậu quả;
2. Sử dụng sở tay hướng dẫn để thực hiện;
3. Kiểm tra độ chính xác của can thiệp để đảm bảo thực hiện đúng;
4. Mục tiêu can thiệp được cá nhân hóa;
5. Đo lường tiến độ liên tục;
6. Các giai đoạn dạy học do trẻ khởi xướng;
7. Sắp xếp môi trường để thúc đẩy sự tương tác và học hỏi của trẻ;
8. Tập trung vào tăng cường nội tại và các tình huống tự nhiên, thay vì tăng cường củng cố từ bên ngoài;
9. Sử dụng hướng dẫn và nhắc nhở để dạy các kỹ năng, giúp trẻ có khả năng sử dụng độc lập;
10. Giúp trẻ học cách thay phiên nhau trong các hoạt động xã hội và vui chơi;
11. Người lớn làm mẫu các kỹ năng mà trẻ em đang được hỗ trợ học;
12. Người lớn bắt chước hành động và cố gắng giao tiếp của trẻ để thúc đẩy thêm sự giao tiếp;

13. Cố gắng mở rộng danh mục kỹ năng và sở thích của trẻ một cách có hệ thống.

Ngoài ra, nhiều NDBIs bao gồm việc huấn luyện phụ huynh như một phần của phương pháp can thiệp hoặc như một chương trình độc lập (ví dụ: Dự án ImPACT; Ingersoll & Dvortcsak, 2019) (7).

2.2. Can thiệp liên ngành khi triển khai NDBIs ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Can thiệp liên ngành có thể được hiểu là một cách tiếp cận toàn diện để hỗ trợ trẻ em gặp khó khăn về phát triển, bao gồm cả trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Phương pháp này phối hợp các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực khác nhau cùng làm việc với trẻ, gia đình và những người chăm sóc để xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp nhất với nhu cầu của trẻ. (Presley, A. (2021), 10)

2.2.1. Nhân lực triển khai NDBIs ở trẻ RLPTK

NDBIs tập trung vào việc hỗ trợ trẻ phát triển các kỹ năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi trong môi trường tự nhiên, như tại nhà, trường học và sân chơi. NDBIs không phụ thuộc vào ngành nghề cụ thể và không yêu cầu kiến thức chuyên môn của một ngành nghề cụ thể để triển khai hiệu quả. Thực tế, NDBIs có thể triển khai hiệu quả trong môi trường cộng đồng bởi các nhà cung cấp đến từ nhiều lĩnh vực chuyên môn khác nhau, bao gồm các chuyên gia can thiệp sớm, nhà giáo dục đặc biệt, các nhà nghiên cứu bệnh học về ngôn ngữ - giao tiếp, chuyên gia phân tích hành vi, nhà trị liệu nghề nghiệp và nhà tâm lý học (Rogers và cộng sự, 2022; Stahmer và cộng sự, 2017) (8, 11). Trong can thiệp trẻ RLPTK, họ đóng những vai trò chính phù hợp với năng lực chuyên môn của ngành nghề mình:

1. Chuyên gia can thiệp sớm:

Đánh giá: Xác định mức độ phát triển và các kỹ năng của trẻ.

Lập kế hoạch can thiệp: Thiết kế chương trình can thiệp NDBIs phù hợp với nhu cầu của trẻ.

Thực hiện can thiệp: Dạy trẻ các kỹ năng cần thiết trong môi trường tự nhiên.

Hỗ trợ gia đình: Hướng dẫn gia đình cách áp dụng NDBIs tại nhà.

2. Nhà giáo dục đặc biệt:

Dạy học: Dạy trẻ các kỹ năng học tập và giao tiếp trong môi trường giáo dục.

Hỗ trợ giáo viên: Hướng dẫn giáo viên cách giảng dạy trẻ RLPTK.

Phát triển chương trình giáo dục: Thiết kế chương trình giáo dục phù hợp với nhu cầu của trẻ RLPTK.

3. Nhà âm ngữ trị liệu:

Nghiên cứu: Nghiên cứu về các vấn đề ngôn ngữ và giao tiếp ở trẻ RLPTK.

Phát triển phương pháp can thiệp: Phát triển các phương pháp can thiệp hiệu quả cho các vấn đề ngôn ngữ và giao tiếp.

Hỗ trợ chuyên gia: Hỗ trợ các chuyên gia trong việc đánh giá và can thiệp các vấn đề ngôn ngữ và giao tiếp ở trẻ RLPTK.

4. Chuyên gia phân tích hành vi:

Đánh giá: Xác định các hành vi cần được can thiệp.

Thiết kế chương trình can thiệp: Thiết kế chương trình can thiệp NDBIs dựa trên phân tích hành vi.

Giám sát và đánh giá: Giám sát và đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp.

5. Nhà trị liệu hoạt động:

Đánh giá: Xác định các kỹ năng vận động và tự chăm sóc của trẻ.

Can thiệp: Dạy trẻ các kỹ năng vận động và tự chăm sóc cần thiết.

Hỗ trợ gia đình: Hướng dẫn gia đình cách hỗ trợ trẻ phát triển các kỹ năng vận động và tự chăm sóc.

6. Nhà tâm lý học:

Đánh giá: Đánh giá mức độ phát triển và các triệu chứng RLPTK của trẻ.

Can thiệp: Lập kế hoạch can thiệp cá nhân hóa cho trẻ.

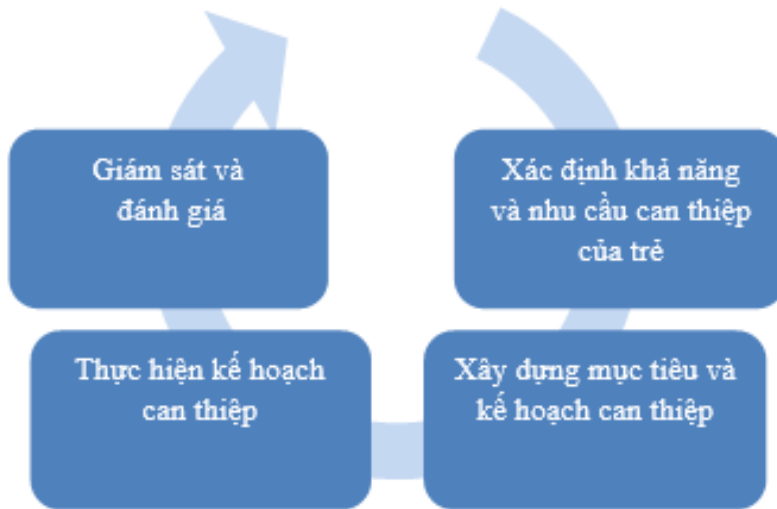
Hỗ trợ gia đình: Hướng dẫn gia đình cách hỗ trợ trẻ giải quyết các vấn đề tâm lý.

Ngoài ra, có thể có các chuyên gia khác tham gia vào quá trình can thiệp, tùy thuộc vào nhu cầu cụ thể của trẻ.

Chúng tôi quan điểm rằng mỗi ngành đều phải sử dụng kiến thức chuyên môn trong lĩnh vực riêng của mình để can thiệp, đặc biệt khi nó liên quan đến việc giải quyết các vấn đề đồng thời (ví dụ: việc ăn uống, thách thức hành vi, tự chăm sóc), tuy nhiên để có kết quả cao nhất họ phải liên kết với nhau để có ngôn ngữ chung tạo thành một sự phối hợp liên ngành trong can thiệp trẻ RLPTK.

2.2.2. Quy trình thực hiện NDBIs khi hiện phối hợp liên ngành trong can thiệp trẻ RLPTK

Các nhà chuyên gia sử dụng NDBIs can thiệp trẻ RLPTK theo quy trình như sau:



Hình 1: Quy trình can thiệp RLPTK khi phối hợp liên ngành

Bước 1: Đánh giá, xác định khả năng và nhu cầu can thiệp:

- Xác định nhu cầu của trẻ thông qua đánh giá toàn diện, bao gồm các lĩnh vực phát triển, hành vi, ngôn ngữ, giao tiếp, và kỹ năng xã hội.
- Sử dụng các công cụ đánh giá phù hợp với độ tuổi và mức độ phát triển của trẻ.

Bước 2: Lập kế hoạch can thiệp:

- Phát triển kế hoạch can thiệp cá nhân hóa dựa trên kết quả đánh giá.
- Kế hoạch can thiệp cần bao gồm các mục tiêu cụ thể, phương pháp can thiệp, và cách thức đánh giá hiệu quả.
- Sử dụng NDBIs làm nền tảng cho kế hoạch can thiệp.
- Phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia để đảm bảo sự nhất quán trong quá trình lập kế hoạch

Bước 3: Thực hiện can thiệp:

- Áp dụng NDBIs một cách nhất quán trong môi trường tự nhiên, như ở nhà, trường học, và cộng đồng.
- Sử dụng các kỹ thuật NDBIs như mô hình hóa, bắt chước, khen thưởng, và hậu quả để khuyến khích hành vi mong muốn và giảm thiểu hành vi không mong muốn.
- Phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia để đảm bảo sự nhất quán trong quá trình can thiệp.

Bước 4: Giám sát và đánh giá:

- Theo dõi tiến độ của trẻ và đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp.

- Điều chỉnh chương trình can thiệp khi cần thiết dựa trên kết quả đánh giá.

Trong quá trình thực hiện, các bước của quy trình không tách rời nhau mà có sự phối hợp và giao thoa với nhau tạo nên một thể thống nhất có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Kết quả của bước này là tiền đề và ảnh hưởng kết hiệu quả thực hiện của bước sau.

2.2.3. Năng lực chung khi triển khai NDBIs ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Phương pháp NDBIs và các hoạt động hỗ trợ của chúng được xây dựng dựa trên công việc từ nhiều lĩnh vực chuyên môn phục vụ trẻ em có khó khăn giao tiếp xã hội; do đó, chúng nằm trong phạm vi làm việc của nhiều lĩnh vực. Đầu tiên mỗi chuyên gia ở mỗi ngành đều phải sử dụng kiến thức chuyên môn trong lĩnh vực riêng của mình để can thiệp, tuy nhiên để có kết quả cao nhất họ phải liên kết với nhau để có ngôn ngữ chung. Khi thực hiện NDBIs trong can thiệp trẻ RLPTK, theo chúng tôi các chuyên gia cần có những năng lực chung sau và chúng tôi sắp xếp những năng lực này theo tiêu chí mà các nhà cung cấp cần có để làm việc hiệu quả với: (a) đứa trẻ, (b) gia đình và (c) các nhà cung cấp khác.

a. Làm việc hiệu quả với trẻ RLPTK

Sự hợp tác và giao tiếp hiệu quả giữa các chuyên gia liên ngành và trẻ RLPTK là yếu tố then chốt, vì vậy các chuyên gia cần có những năng lực sau:

Có hiểu biết sâu sắc về đối tượng can thiệp/ trẻ RLPTK/ trẻ độ tuổi ấu thơ: NDBIs nhằm đến khả năng phát triển sớm trong môi trường tự nhiên và các thói quen hằng ngày, đặc biệt chú trọng đến việc tham gia xã hội của trẻ RLPTK trong ngữ cảnh học tập. Trong thực hiện NDBIs các biện pháp can thiệp được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu, sở thích và khả năng cá nhân của trẻ, việc dạy học phải xuất phát từ nhu cầu, hứng thú và do trẻ khởi xướng. Để thúc đẩy những khả năng phát triển này, các chuyên gia NDBIs cần phải hiểu rõ về sự phát triển ở thời thơ ấu cũng như cách tạo ra cơ hội học tập có ý nghĩa trong môi trường tự nhiên của trẻ. Các chuyên gia cần hiểu về sự phát triển bình thường trong các lĩnh vực này, sự khác biệt ở trẻ tự kỷ, cũng như cách sử dụng kiến thức này để hướng dẫn đánh giá và lựa chọn mục tiêu cho trẻ, và theo dõi tiến trình của trẻ.

Phát triển kỹ năng giao tiếp xã hội cho trẻ RLPTK trong thời thơ ấu: Những hành vi giao tiếp xã hội sớm phân biệt trẻ tự kỷ với trẻ phát triển bình thường và trẻ có chậm phát triển trong 2 năm đầu đời (Zwaigenbaum và đồng nghiệp, 2013) (13). Đây là một nhóm kỹ năng cơ bản giúp hỗ trợ các kỹ năng phát triển và học tập quan trọng khác. Sự hạn chế trong giao tiếp xã hội ở giai đoạn phát triển sớm ảnh hưởng đến việc phát triển khả năng chú ý chung và tương tác xã hội, tạo ra hiệu ứng lan tỏa đến việc phát triển

ngôn ngữ và mối quan hệ giữa người chăm sóc và trẻ. Giao tiếp xã hội bao gồm khởi đầu và phản hồi trong giao tiếp, tương tác xã hội, bắt chước và biểu hiện, hiểu và tích hợp các hình thức giao tiếp phi ngôn ngữ như ánh mắt và cử chỉ. Những kỹ năng này quan trọng để khởi đầu và duy trì sự chú ý chung, phát triển ngôn ngữ biểu đạt và giao tiếp cho các mục đích khác nhau như điều chỉnh hành vi và tương tác xã hội. Bắt chước, phát triển trò chơi, hiểu và sử dụng cử chỉ cũng là những kỹ năng mục tiêu quan trọng cho trẻ tự kỷ. NDBIs tập trung mạnh vào việc giảng dạy các kỹ năng giao tiếp xã hội sớm trong các môi trường tự nhiên, sử dụng các chuỗi phát triển để xây dựng kỹ năng theo thời gian. Do đó, nhà cung cấp cần hiểu về sự phát triển bình thường trong các lĩnh vực này, sự khác biệt ở trẻ tự kỷ, cũng như cách sử dụng kiến thức này để hướng dẫn đánh giá và lựa chọn mục tiêu cho trẻ, và theo dõi tiến trình của trẻ.

Xây dựng chiến lược NDBIs can thiệp trẻ RLPTK dựa trên bằng chứng: Là một phần quan trọng trong việc hỗ trợ trẻ tự kỷ. Muốn vậy, các chuyên gia phải có năng lực chuyên môn NDBIs vững chắc, hiểu rõ các nguyên tắc và kỹ thuật cốt lõi của NBDI, nắm vững cách áp dụng NBDI trong các môi trường khác nhau (gia đình, trường học, cộng đồng), có khả năng đánh giá và điều chỉnh chương trình can thiệp NBDI phù hợp với nhu cầu của trẻ. Hiện có sẵn một số NDBIs được hướng dẫn sử dụng, mỗi loại có cơ sở bằng chứng riêng cũng như các sách có thể hỗ trợ nhà cung cấp và người chăm sóc trong việc thực hiện NDBIs. Ngoài ra, nghiên cứu gần đây đã xác định các yếu tố chung của NDBIs và phát triển các biện pháp đo lường độ chính xác có thể hỗ trợ việc tìm hiểu các chiến lược NDBIs rộng hơn thay vì các biện pháp can thiệp thủ công cụ thể (Frost và cộng sự, 2020; Vibert và cộng sự, 2020). Ví dụ, Frost và cộng sự (2020) (13) đã xác định một cách có hệ thống chiến lược can thiệp phổ biến của NDBIs bằng quy trình nhiều giai đoạn. Nhiều chiến lược trong số này được tìm thấy trong các biện pháp can thiệp khác (ví dụ: phát triển, hành vi), vì vậy các nhà cung cấp từ nhiều lĩnh vực khác nhau nên làm quen với nhiều chiến lược trong số đó. Tuy nhiên, các chiến lược này có thể khác trong thực tế khi được sử dụng như một NBDI so với khi được sử dụng như một phần của biện pháp can thiệp khác.

Đánh giá và ra quyết định dựa trên dữ liệu: Việc thu thập dữ liệu cho NDBIs diễn ra ở nhiều giai đoạn can thiệp và phải là một quá trình liên tục. Nó có thể xảy ra trước khi can thiệp - đánh giá nhu cầu; trong quá trình can thiệp - đánh giá hiệu quả; hoặc sau can thiệp - đánh giá chung - đánh giá tổng hợp và duy trì. Mục tiêu của việc thu thập dữ liệu có thể thay đổi dựa trên nhu cầu của trẻ, ưu tiên của gia đình, mô hình cung cấp dịch vụ, và theo ngành nghề. Dữ liệu nên được liên kết với các chỉ số có ý nghĩa về thay đổi hành vi, với việc thu thập dữ liệu đơn giản, không tốn công sức và không gây gián đoạn trong tương tác. Người cung cấp dịch vụ cũng nên có khả năng phân tích dữ liệu để đưa ra quyết định thông tin về việc làm tiếp theo. Thường, dữ liệu

được hiển thị trên biểu đồ chuỗi thời gian, cho phép người cung cấp quan sát các đo lường hành vi lặp lại qua thời gian trong khi xem xét xu hướng, mức độ và biến thiên của dữ liệu. Mặc dù phân tích dữ liệu có thể có các hình thức khác nhau (ví dụ: xem xét ghi chú của buổi học), mục tiêu vẫn nên giữ nguyên: xem xét tiến trình điều trị liên tục và chính xác để hỗ trợ quyết định lâm sàng.

b. Làm việc hiệu quả với gia đình

Trong NDBIs, gia đình là một phần của kế hoạch, họ cùng tham gia vào quá trình can thiệp trẻ RLPTK. Gia đình là những người hiểu rõ con mình nhất, do đó, họ có thể cung cấp thông tin quý giá cho các chuyên gia can thiệp về sở thích, nhu cầu và khả năng của trẻ. Họ có thể tham gia trực tiếp vào quá trình can thiệp, ví dụ như thực hiện các bài tập trị liệu tại nhà hoặc hỗ trợ trẻ trong các hoạt động học tập và vui chơi.

Can thiệp lấy gia đình làm trung tâm: Sử dụng NDBIs trong can thiệp tập trung vào gia đình được thiết kế để đảm bảo rằng các chuyên gia xem gia đình là một phần của đội ngũ và đối xử với họ một cách tôn trọng, trong khi vẫn cung cấp các dịch vụ cá nhân hóa nhằm tăng cường củng cố mối quan hệ và khuyến khích sự tham gia (Dunst & Trivette, 2009) (3). Các hoạt động lấy gia đình làm trung tâm bao gồm sự hợp tác giữa nhà cung cấp dịch vụ và gia đình, trong đó nhà cung cấp dịch vụ tham gia vào việc đưa ra quyết định chung với gia đình để xác định nhu cầu của gia đình và trẻ em và xác định các biện pháp can thiệp thích hợp (Rush và cộng sự, 2011). Thông tin được chia sẻ với gia đình được thực hiện một cách cởi mở và trung thực. Các nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ gia đình xác định điểm mạnh của họ và phát huy những điểm mạnh đó trong thiết kế và thực hiện can thiệp cho trẻ. Bởi vì mỗi gia đình là duy nhất, nên các chương trình can thiệp được thiết kế và thực hiện riêng lẻ để đáp ứng các hoàn cảnh, tình huống, mục tiêu và mối quan tâm khi xem xét nguồn lực của họ. Nhà cung cấp dịch vụ nên đưa ra lựa chọn trong mọi khía cạnh của quá trình can thiệp và tôn trọng lựa chọn của gia đình. Thực hành lấy gia đình làm trung tâm bao gồm tăng cường mối quan hệ cha mẹ-con cái và anh chị em. (Elder và cộng sự, 2017) (4) và thể hiện sự tôn trọng bằng cách thông cảm, đồng cảm và sử dụng các kỹ năng lắng nghe tích cực.

Thích ứng với nền văn hóa của gia đình trẻ RLPTK: Điều này bắt đầu bằng việc hiểu về văn hóa và định kiến của họ, sau đó tìm hiểu về văn hóa của trẻ em và gia đình mà họ hỗ trợ (Dennison và cộng sự, 2019) (2). Nó gồm việc công nhận sự độc đáo bản sắc văn hóa cũng như hiểu về niềm tin, tín ngưỡng của gia đình. Từ đó xây dựng niềm tin và mối quan hệ tốt giữa nhà cung cấp dịch vụ và gia đình. Nhà cung cấp dịch vụ nên xem xét phát triển các phương pháp và tài liệu cá nhân dựa trên nền tảng văn hóa gia đình, kiến thức của gia đình về tự kỷ, khả năng tiếp cận dịch vụ, tình hình kinh tế và ưu tiên của gia đình.

Hướng dẫn (huấn luyện) người chăm sóc: Phương pháp này tập trung vào gia đình và phản ánh đúng với văn hóa của họ. Nó khuyến khích sự tham gia và tạo điều kiện cho sự tự đưa ra quyết định của gia đình, đồng thời củng cố mối quan hệ giữa gia đình và nhà cung cấp dịch vụ (DEC, 2014). Hướng dẫn người chăm sóc yêu cầu nhà cung cấp tương tác với họ thông qua việc hợp tác, thiết lập mục tiêu, mô phỏng, quan sát, phản ánh và phản hồi. Trong quá trình huấn luyện, nhà cung cấp hỗ trợ các thành viên trong gia đình tự phản ánh về cách làm của họ và giúp họ hoàn thiện cách chăm sóc con cái một cách tốt nhất.

c. Hợp tác hiệu quả với các nhà cung cấp dịch vụ khác

Các nhà cung cấp từ các lĩnh vực khác nhau thường đề xuất mục tiêu can thiệp và sau đó phát triển, triển khai, đánh giá kế hoạch can thiệp dựa trên góc nhìn của riêng họ (Cox, 2019). Vì các chuyên ngành khác nhau giải quyết nhiều lĩnh vực can thiệp giống nhau, thường có mục tiêu tương tự nhau, nên các biện pháp can thiệp có thể có ảnh hưởng không mong muốn lẫn nhau, dẫn đến việc cung cấp dịch vụ không hiệu quả hoặc mâu thuẫn, gây nhầm lẫn cho các gia đình. Các lĩnh vực can thiệp có thể chồng chéo bao gồm giao tiếp xã hội, ngôn ngữ, vui chơi, tham gia xã hội, chức năng giác quan, ăn uống, hiểu biết, bắt chước, nhận thức, kỹ năng vận động thô-tinh cũng như hành vi tự chăm sóc/thích ứng. Để thực hiện việc cung cấp dịch vụ hiệu quả cho trẻ nhỏ và gia đình các em, các nhà cung cấp từ các lĩnh vực khác nhau phải sử dụng phương pháp tiếp cận mang tính hợp tác liên ngành tốt nhất là phương pháp có bộ nguyên tắc thống nhất để giải quyết nhu cầu phát triển của trẻ RLPTK.

Chia sẻ kiến thức và kế hoạch chung. Như đã trình bày trước đó, NDBIs cung cấp một tập hợp nguyên tắc cốt lõi để xây dựng một phương pháp tiếp cận liên ngành hợp tác. Trong phương pháp này, việc tất cả các thành viên trong nhóm làm việc với trẻ em và gia đình chia sẻ hiểu biết về lý do của can thiệp sớm dựa vào NDBIs, mục tiêu và thành phần của nó, cách triển khai can thiệp một cách đúng đắn bao gồm việc thu thập dữ liệu liên quan, vai trò và đóng góp của gia đình cùng từng cá nhân trong những lĩnh vực nghề nghiệp khác nhau vào toàn bộ quá trình can thiệp. Đội ngũ liên ngành có thể quyết định triển khai một trong các mô hình NDBIs toàn diện hoặc phát triển kế hoạch can thiệp riêng dựa trên nguyên tắc và chiến lược của NDBIs. Để triển khai thành công, nhà cung cấp phải rõ ràng xác định vai trò và trách nhiệm của từng thành viên trong đội bao gồm người chăm sóc và giáo viên hỗ trợ. Điều này sẽ giúp đảm bảo rằng can thiệp được triển khai trong các môi trường chuyên nghiệp và sử dụng kiến thức chuyên môn của từng nhà cung cấp dịch vụ.

Hợp tác nhóm: Kiến thức chia sẻ cùng với sự hợp tác, giao tiếp và thảo luận nhóm liên tục giúp một đội ngũ liên ngành đưa ra phương pháp can thiệp nhất quán và liên tục hơn, dẫn đến kết quả tích cực cho trẻ em và gia đình (Cox, 2019; Strunk và cộng sự, 2017) (1). Ngoài những chi tiết cụ thể của NDBIs, việc các nhà cung cấp hoạt động tốt trong một nhóm là điều cần thiết, đặc biệt khi đội ngũ bao gồm các nhà cung cấp từ các lĩnh vực dịch vụ khác nhau trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, giáo dục và xã hội (Strunk và cộng sự, 2017). Hoạt động thành công của nhóm giúp đảm bảo sự hiểu biết chung về phương pháp can thiệp, sẽ mang lại kết quả có lợi cho trẻ em và gia đình (Cooper-Duffy & Eaker, 2017; Strunk và cộng sự, 2017).

3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Can thiệp phát triển những kỹ năng giao tiếp – tương tác xã hội, hành vi cho trẻ RLPTK là rất cần thiết và quan trọng. NDBIs có những lý do phù hợp cho sự hỗ trợ phát triển của trẻ. Thông qua việc làm rõ vai trò của các chuyên gia tham gia NDBIs, xây dựng quy trình can thiệp liên ngành cũng như đề xuất những năng lực chung cho các chuyên gia ở các lĩnh vực nghề nghiệp khác nhau sẽ giúp các chuyên gia đạt hiệu quả hơn khi sử dụng NDBIs trong phối hợp liên ngành trong can thiệp trẻ RLPTK. Tuy nhiên do thời gian hạn chế, chúng tôi chỉ mới dừng lại ở mức độ nghiên cứu lý luận; đây cũng mở ra một hướng nghiên cứu thực tiễn sử dụng NDBIs trong phối hợp liên ngành ở Việt Nam trong thời gian tới.

Tham gia vào hoạt động can thiệp sớm trẻ RLPTK ở Việt Nam hiện nay thường do các chuyên gia thuộc lĩnh vực Y khoa, Tâm lý học, Giáo dục mầm non, Công tác xã hội... Chúng tôi đề xuất một số khuyến nghị để các chuyên gia phát triển năng lực liên ngành làm nền tảng cho việc triển khai NDBIs. Mặc dù chúng tôi đưa ra đề xuất của mình từ quan điểm của NDBIs, nhưng những khuyến nghị này cũng có thể phù hợp với các phương pháp can thiệp khác.

- Tích hợp đào tạo năng lực làm việc liên ngành vào chương trình đào tạo chuyên ngành thích hợp hiện có ở trường cao đẳng, đại học. Xây dựng năng lực của nhà cung cấp để làm việc với trẻ nhỏ RLPTK nên bắt đầu trong quá trình đào tạo chuyên ngành trước khi họ tham gia làm việc.

- Bồi dưỡng thường xuyên, tổ chức hội thảo về NDBIs cho các chuyên gia thuộc các lĩnh vực nghề nghiệp trong can thiệp trẻ RLPTK và phụ huynh.

- Nhóm chuyên gia sử dụng NDBIs cần được đào tạo bổ sung, huấn luyện chuyên nghiệp và đảm bảo đủ năng lực cần thiết để làm việc liên ngành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cox, D., & Brodhead, M. (2021). A proof of concept analysis of decision-making with time series data. *Psychological Record*, 71, 349–366. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00451-w>
2. Dennison, A., Lund, E., Brodhead, M. T., Mejia, L., Armenta, A., & Leal, J. (2019). Delivering home-supported applied behavior analysis therapies to culturally and linguistically diverse families. *Behavior Analysis in Practice*, 12, 887–898. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00374-1>
3. Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *International Journal of Pediatrics*, 2009, Article 576840. <https://doi.org/10.1155/2009/576840>
4. Elder, J. H., Kreider, C. M., Brasher, S. N., & Ansell, M. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent–child relationships. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 283–292. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117499>
5. Frost, K. M., Brian, J., Gengoux, G. W., Hardan, A., Rieth, S. R., Stahmer, A., & Ingersoll, B. (2020). Identifying and measuring the common elements of naturalistic developmental behavioral interventions for autism spectrum disorder: Development of the NDBI-Fi. *Autism*, 24, 2285–2297. <https://doi.org/10.1177/1362361320944011>
6. Goldencaretherapy (2023) The role of NDBI for children with autism spectrum disorder.
7. Ingersoll, B., & Dvortcsak, A. (2019). Teaching social communication to children with autism and other developmental delays: The project IMPACT guide to coaching parents and the project IMPACT manual for parents. Guilford.
8. Rogers, S., Stahmer, A., Talbott, M., Young, G., Fuller, E., Pellecchia, M., Barber, A., & Griffith, E. (2022). Feasibility of delivering parent-implemented NDBI interventions in low-resource regions: A pilot randomized controlled study. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 14, Article 3. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09410-0>
9. Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., et al. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2411–2428. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8>
10. Presley, A. (2021) ‘The extent to which autistic traits are predictive of impairments in allocentric spatial navigation’, *The Plymouth Student Scientist*, 14(2), pp. 571-586. [1](#)
11. Stahmer, A. C., Brookman-Frazee, L., Rieth, S. R., Stoner, J. T., Feder, J. D., Searcy, K., & Wang, T. (2017). Parent perceptions of an adapted evidence-based practice for toddlers with autism in a community setting. *Autism*, 21(2), 217–230. <https://doi.org/10.1177/1362361316637580>
12. Stephen Brian Sulkes (2022), Tự kỷ. <https://www.msmanuals.com/vi/chuy%C3%AAn-gia/nhi-khoa/>
13. Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research*, 251, 133–146. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.004>