

AUTISM IN VIETNAMESE CHILDREN CURRENT SITUATION AND SOLUTIONS

Nguyen Thi Hoai Thuong^a
Tran Quoc Hung^b

^aBach Mai Hospital

Email: ngthuong.hpump.k38@gmail.com

^bVietnam Academy for Ethnic Minorities

Email: tranquochungxhh@gmail.com

Received: 24/01/2025

Reviewed: 26/02/2025

Revised: 15/03/2025

Accepted: 24/03/2025

Released: 30/03/2025

DOI:

<https://doi.org/.../.../...>

Autism is one of the most common developmental disorders today, causing significant difficulties in communication, social interaction and behavior in children. In the context of Vietnam's growing emphasis on mental health, autism has become a prominent concern due to the increasing number of diagnosed cases. This not only places a burden on families but also has a substantial impact on the education and healthcare systems.

Research on autism in Vietnam still faces many challenges due to the lack of official databases, limited in-depth studies and the diversity in symptom presentation among autistic children. Additionally, interventions and support services remain limited in terms of expertise and infrastructure.

This article focuses on clarifying the following issues:

(1) The current state of autism in children in Vietnam, including prevalence rates, clinical characteristics and risk factors;

(2) An assessment of existing intervention models;

(3) Proposing solutions to improve the effectiveness of diagnosis, intervention and support for children with autism and their families. The article highlights the importance of raising community awareness, providing professional training and developing early intervention services to minimize the impact of autism on the holistic development of children.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Children; Vietnam; Early intervention diagnosis; Support services; Mental health; Prevalence; Risk factors

1. Mở đầu

Rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder – ASD) hiện không còn là một hiện tượng hiếm gặp mà đã trở thành một trong những rối loạn phát triển phổ biến trên toàn cầu. Theo các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ mắc ASD hiện ước tính ít nhất là 60 trên 10.000 trẻ em và con số này có xu hướng ngày càng gia tăng (15). Việt Nam không nằm ngoài xu thế đó. Trong những năm gần đây, số trẻ được chẩn đoán có biểu hiện của tự kỷ tăng nhanh tại các cơ sở y tế chuyên khoa. Chẳng hạn, theo thống kê của Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2000 số trẻ đến khám vì tự kỷ tăng 122% so với năm trước và đến năm 2007 tăng đến 268%. Tại Bệnh viện Nhi đồng 1 TP. Hồ Chí Minh, số trẻ đến khám vì tự kỷ đã tăng hơn 160 lần trong vòng chưa đầy một thập kỷ (trích dẫn bởi Đậu Tuấn Nam và Vũ Hải Vân).

Sự gia tăng đáng báo động này đặt ra nhiều thách

thức đối với hệ thống y tế, giáo dục và cả gia đình – những nơi đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện sớm, chẩn đoán chính xác và can thiệp kịp thời. Tự kỷ ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi thích nghi của trẻ, từ đó làm gián đoạn quá trình học tập, phát triển kỹ năng và hòa nhập cộng đồng. Trong khi đó, bằng chứng khoa học đã chỉ ra rằng các can thiệp sớm và chuyên sâu có thể giúp trẻ cải thiện rõ rệt về hành vi, kỹ năng xã hội cũng như chất lượng cuộc sống.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, công tác chẩn đoán và can thiệp cho trẻ tự kỷ vẫn còn nhiều bất cập: thiếu dữ liệu dịch tễ học chính thống, đội ngũ chuyên môn chưa đáp ứng đủ về số lượng lẫn năng lực, cơ sở vật chất hạn chế và sự thiếu thông nhất trong quy trình đánh giá – can thiệp. Điều này khiến nhiều trẻ mất đi “thời điểm vàng” trong can thiệp, gây áp lực tâm lý và tài chính lớn cho gia đình, đồng thời làm gia tăng

gánh nặng cho xã hội.

Bài viết này nhằm cung cấp một cái nhìn tổng quan về thực trạng trẻ tự kỷ tại Việt Nam, bao gồm: tỷ lệ hiện mắc, đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ, cũng như đánh giá các mô hình can thiệp hiện hành. Đặc biệt, bài viết tập trung làm rõ vai trò của các phương pháp can thiệp hành vi – trong đó nổi bật là Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavior Analysis – ABA) – đã được quốc tế và Việt Nam áp dụng hiệu quả. Ngoài ra, một số mô hình can thiệp khác như TEACCH, PECS, PEP-R, SMORESTEP, AAC... cũng đang được giáo viên và chuyên gia sử dụng nhằm cá nhân hóa chương trình hỗ trợ cho trẻ tự kỷ. Cùng với chương trình đó, các chương trình giáo dục hiện hành như Chương trình Giáo dục mầm non 2021 và Giáo dục phổ thông 2018 đang từng bước tích hợp các nội dung hỗ trợ trẻ có nhu cầu đặc biệt, góp phần tạo điều kiện thuận lợi hơn cho trẻ tự kỷ học tập và phát triển trong môi trường hòa nhập.

Thông qua việc phân tích các dữ liệu và thực trạng nêu trên, bài viết mong muốn góp phần nâng cao nhận thức xã hội, thúc đẩy phát triển đội ngũ chuyên môn, và định hướng chính sách hỗ trợ toàn diện, bền vững cho trẻ tự kỷ tại Việt Nam trong tương lai.

2. Tổng quan nghiên cứu vấn đề

2.1. Khái niệm và đặc điểm chung về rối loạn phổ tự kỷ

Tự kỷ, hay còn gọi là rối loạn phổ tự kỷ (ASD - Autism Spectrum Disorder), là một rối loạn phát triển thần kinh xuất hiện sớm, thường trong ba năm đầu đời. Trẻ tự kỷ có những khiếm khuyết trong giao tiếp xã hội, tương tác xã hội và có các hành vi, sở thích mang tính lặp khuôn và lặp đi lặp lại. Đây là một dạng khuyết tật phát triển tồn tại suốt đời, ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ và

sự phát triển toàn diện của trẻ. Tự kỷ có thể xảy ra ở bất kỳ cá nhân nào, không phân biệt giới tính, chủng tộc hay điều kiện kinh tế - xã hội.

2.2. Thực trạng tại Việt Nam

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu và Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng này. Mặc dù hiện nay chưa có số liệu thống kê chính thức và toàn diện về tỷ lệ trẻ tự kỷ tại Việt Nam, nhưng nhiều nghiên cứu tại các bệnh viện, trung tâm can thiệp lớn cho thấy sự gia tăng rõ rệt trong những năm gần đây. Nhiều gia đình chưa có nhận thức đầy đủ về tự kỷ, dẫn đến việc chậm trễ trong việc phát hiện, chẩn đoán và can thiệp cho trẻ. Bên cạnh đó, còn tồn tại nhiều rào cản như văn hóa, kinh tế, xã hội khiến cho việc tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ trở nên khó khăn.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Từ năm 2013, hệ thống tiêu chuẩn DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, phiên bản thứ năm) đã được áp dụng, thay thế cho các phân loại trước đây như “hội chứng Asperger” và “rối loạn phát triển lan tỏa không đặc hiệu”. Theo DSM-5, các rối loạn này đều được gộp chung dưới một chẩn đoán duy nhất là “rối loạn phổ tự kỷ” (ASD). Tiêu chuẩn mới không còn yêu cầu khiếm khuyết ngôn ngữ là tiêu chí bắt buộc, mà thay vào đó, tập trung vào hai nhóm triệu chứng chính: (1) Khiếm khuyết trong giao tiếp và tương tác xã hội, và (2) Các hành vi lặp khuôn, giới hạn và lặp đi lặp lại.

Theo ICD-10 (mã F84.0), chẩn đoán rối loạn tự kỷ được xác định dựa trên các biểu hiện như sự phát triển bất thường trước 3 tuổi trong ít nhất một trong ba lĩnh vực: ngôn ngữ, quan hệ xã hội, hoặc chơi chức năng/biểu tượng. Các bất thường này thường xuất hiện trong tương tác xã hội, giao tiếp và các

Công cụ	Mục tiêu	Độ tuổi	Ghi chú
CHAT	Sàng lọc sớm	18 tháng	Đơn giản, nhanh, độ nhạy thấp
M-CHAT 23	Sàng lọc nâng cao	18–30 tháng	Độ nhạy cao hơn CHAT
CARS	Chẩn đoán	Từ 24 tháng	Kết hợp quan sát và phỏng vấn
ADI-R	Chẩn đoán	Trẻ có thể nói	Phỏng vấn sâu cha mẹ
ADOS/PL-ADOS	Quan sát chuẩn hóa	Trên 3 tuổi (có bản cho trẻ chưa nói)	Được coi là “tiêu chuẩn vàng”
GARS	Đánh giá mức độ tự kỷ	3–22 tuổi	Được chuẩn hóa tại Mỹ

2.5. Các yếu tố nguy cơ

Tự kỷ là một rối loạn phát triển có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ, bao gồm yếu tố di truyền như có người thân mắc tự kỷ hoặc đột biến gen, tuổi cha mẹ cao khi sinh con; yếu tố thai kỳ và sinh nở như nhiễm trùng, sử dụng thuốc trong thai kỳ, sinh non hoặc thiếu cân; yếu tố môi trường như ô nhiễm, phơi nhiễm hóa chất độc hại; và các bất thường sinh học thần kinh trong cấu trúc và chức năng não bộ.

2.6. Điểm mạnh thường gặp ở trẻ tự kỷ

Trẻ tự kỷ thường có nhiều điểm mạnh nổi bật như khả năng tập trung cao trong lĩnh vực yêu thích, chẳng hạn như lắp ráp, tìm hiểu về động vật hay công nghệ. Nhiều em có năng khiếu vượt trội trong các lĩnh vực như toán học, công nghệ, âm nhạc hoặc mỹ thuật nhờ trí nhớ tốt và óc quan sát tinh tế. Một số trẻ còn có khả năng đọc chữ sớm (Hyperlexia) – biết đọc trước khi nói thành thạo. Ngoài ra, các em thường rất trung thực, thẳng thắn và tuân thủ quy tắc, điều này giúp tạo nên sự nhất quán và đáng tin cậy trong hành vi. Nhận ra và phát huy những điểm mạnh này sẽ giúp trẻ phát triển tốt hơn và hòa nhập hiệu quả hơn với xã hội.

2.7. Mô hình can thiệp phổ biến hiện nay

Hiện nay, có nhiều mô hình can thiệp phổ biến dành cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK), trong đó giáo dục đặc biệt là nền tảng quan trọng giúp trẻ phát triển kỹ năng học tập và xã hội phù hợp. Các phương pháp can thiệp hành vi như ABA, TEACCH và Floortime được áp dụng rộng rãi nhằm hỗ trợ trẻ phát triển ngôn ngữ, hành vi thích ứng và tương tác xã hội. Bên cạnh đó, các liệu pháp như âm nhạc trị liệu và nghệ thuật trị liệu cũng đóng vai trò hỗ trợ cảm xúc, kích thích sự sáng tạo và khả năng biểu đạt của trẻ. Sự tham gia tích cực của gia đình và cộng đồng là yếu tố then chốt quyết định hiệu quả của quá trình can thiệp, vì trẻ cần được hỗ trợ liên tục và nhất quán từ môi trường sống hằng ngày. Việc lựa chọn mô hình can thiệp phù hợp phụ thuộc vào mức độ rối loạn của trẻ, điều kiện văn hóa – xã hội tại địa phương, cũng như trình độ chuyên môn và kinh nghiệm của đội ngũ can thiệp.

3. Phương pháp nghiên cứu

Để phân tích toàn diện thực trạng rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) ở trẻ em tại Việt Nam, bài viết sử dụng phương pháp tổng quan tài liệu (Literature Review) nhằm hệ thống hóa các kết quả nghiên cứu trước đó, từ đó đưa ra cái nhìn khái quát về tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ, cũng như các mô hình can thiệp đang được triển khai. Phương pháp này cho phép tích hợp kiến thức từ nhiều nguồn đáng tin cậy, góp phần đảm bảo tính khách quan và toàn diện cho bài nghiên cứu.

3.1. Phương pháp thu thập dữ liệu

Nguồn dữ liệu được thu thập từ các tài liệu học thuật như bài báo khoa học, luận văn, báo cáo của các tổ chức y tế uy tín (ví dụ: WHO, UNICEF, Bộ Y tế Việt Nam), cũng như các công trình nghiên cứu đã được công bố ở trong và ngoài nước. Để truy xuất thông tin, các cơ sở dữ liệu như Google Scholar, PubMed, ScienceDirect và hệ thống thư viện điện tử của các trường đại học được sử dụng.

Quá trình tìm kiếm tài liệu được thực hiện có hệ thống với các từ khóa chính như: “tự kỷ ở trẻ em”, “rối loạn phổ tự kỷ”, “autism spectrum disorder”, “ASD tại Việt Nam”, “can thiệp sớm tự kỷ”, “dịch vụ hỗ trợ trẻ tự kỷ”, “autism early intervention”, kết hợp với các từ khóa phụ như “prevalence”, “risk factors”, “intervention”, “policy”, “inclusive education”, v.v. Việc sử dụng từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh giúp mở rộng phạm vi tài liệu, đảm bảo thu thập được các nguồn thông tin đa dạng về mặt địa lý và ngôn ngữ.

3.2. Tiêu chí lựa chọn tài liệu

Tài liệu được công bố trên các tạp chí khoa học có bình duyệt (Peer-Reviewed), báo cáo chính thức từ các tổ chức y tế hoặc cơ quan chính phủ, hoặc các nghiên cứu được thực hiện bởi các đơn vị nghiên cứu chuyên sâu trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, giáo dục đặc biệt. Tài liệu được công bố trong vòng 10 năm trở lại đây nhằm phản ánh chính xác bối cảnh hiện tại và xu hướng gần đây trong nghiên cứu và can thiệp cho trẻ tự kỷ. Ưu tiên các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn, thiết kế nghiên cứu rõ ràng, sử dụng các công cụ đo lường chuẩn hóa và có phân tích thống kê đầy đủ. Chỉ bao gồm các nghiên cứu cung cấp thông tin chi tiết về tỷ lệ mắc RLPTK, các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của các chương trình can thiệp hoặc chính sách hỗ trợ.

3.3. Phương pháp phân tích dữ liệu

Phân tích định tính: Tập trung vào việc đánh giá nội dung, so sánh quan điểm giữa các tác giả, xác định các chủ đề lặp lại liên quan đến thực trạng tự kỷ ở trẻ em Việt Nam, các yếu tố nguy cơ phổ biến, cũng như những thuận lợi và khó khăn trong quá trình can thiệp. Việc phân tích được thực hiện thông qua mã hóa chủ đề (Thematic Coding) và tổng hợp nội dung (Content Synthesis).

Phân tích định lượng: Tổng hợp các số liệu thống kê về tỷ lệ mắc RLPTK, đặc điểm phân bố theo giới tính, độ tuổi, khu vực địa lý; đánh giá hiệu quả của một số chương trình can thiệp đã được đo lường bằng các chỉ số định lượng như thay đổi điểm số đánh giá hành vi, kỹ năng xã hội, khả năng ngôn ngữ, v.v.

3.4. Phương pháp xử lý dữ liệu

Tất cả các thông tin thu thập được đều được phân loại theo chủ đề nghiên cứu, sau đó tổng hợp và phân

tích dựa trên mức độ tin cậy của từng nguồn. Những điểm bất đồng hoặc thông tin mâu thuẫn giữa các nghiên cứu được xử lý thông qua việc xem xét bối cảnh nghiên cứu, thiết kế phương pháp, cỡ mẫu và đặc điểm dân số nghiên cứu. Bằng cách này, bài viết có thể đưa ra đánh giá cân bằng, vừa phản ánh đa dạng quan điểm trong giới học thuật, vừa đảm bảo tính chính xác trong việc trình bày dữ liệu.

4. Kết quả nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thu thập và phân tích tỷ lệ mắc rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) ở trẻ em tại một số khu vực khác nhau của Việt Nam, đồng thời xác định các yếu tố nguy cơ có liên quan. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây:

4.1. Tỷ lệ mắc RLPTK ở các khu vực khác nhau Miền Bắc Việt Nam

Một nghiên cứu tại ba tỉnh miền Bắc cho thấy tỷ lệ mắc RLPTK ở trẻ từ 18 đến 30 tháng tuổi là 0,75%. Mặc dù đây là tỷ lệ tương đối thấp, nó vẫn cho thấy sự hiện diện đáng lưu ý của rối loạn này trong cộng đồng. Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố nguy cơ đáng kể như: có người thân trong gia đình mắc bệnh lý tâm thần hoặc dị tật bẩm sinh; mẹ có tiền sử sảy thai, thai chết lưu hoặc nạo hút thai; trẻ sinh thiếu tháng, nhẹ cân hoặc bị ngạt sau sinh (5).

Tại tỉnh Thái Nguyên, nghiên cứu trên trẻ từ 18 đến 60 tháng tuổi ghi nhận tỷ lệ mắc RLPTK dao động từ 0,45% đến 0,59%, cho thấy sự phân bố tương đối đồng đều tại khu vực này. Đặc biệt, các nghiên cứu đều nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp sớm và sự hỗ trợ từ gia đình trong việc cải thiện chức năng phát triển của trẻ (9)

Miền Trung Việt Nam

Theo nghiên cứu tại tỉnh Quảng Ngãi, tỷ lệ mắc RLPTK là 0,38%, với trẻ trai có nguy cơ mắc cao hơn trẻ gái 3,1 lần. Đáng chú ý, tỷ lệ trẻ mắc tại khu vực thành thị gần gấp đôi so với khu vực nông thôn. Sự chênh lệch này có thể bắt nguồn từ khả năng tiếp cận tốt hơn với dịch vụ y tế và giáo dục tại thành thị, giúp việc phát hiện và chẩn đoán sớm được thực hiện hiệu quả hơn (8).

Miền Nam Việt Nam

Tại thành phố Cần Thơ, nghiên cứu trên nhóm trẻ từ 24 đến 72 tháng tuổi ghi nhận tỷ lệ mắc RLPTK là 1,9%. Tương tự như các khu vực khác, tỷ lệ mắc ở trẻ trai cao hơn trẻ gái, với tỉ lệ chênh lệch khoảng 3,53 lần. Những yếu tố nguy cơ nổi bật được ghi nhận tại đây bao gồm: mẹ tiếp xúc với thuốc trừ sâu trong thai kỳ, tiền sử gia đình có dị tật di truyền, và mẹ gặp phải căng thẳng tâm lý trong quá trình mang thai - tất cả đều được xem là các yếu tố làm tăng nguy cơ RLPTK (10).

Ngoài ra, một nghiên cứu tại thành phố Cà Mau, sử dụng thang đo M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) cho trẻ từ 18 đến 36 tháng tuổi, cho thấy tỷ lệ trẻ có biểu hiện RLPTK lên tới 6,63%. Trong đó, các câu hỏi có tỷ lệ phản ứng dương tính cao nhất là câu 3 (85,71%), câu 11 (80,0%) và câu 19 (88,57%) – đều liên quan đến các kỹ năng giao tiếp xã hội và khả năng phản hồi cảm xúc của trẻ. Điều này cho thấy những biểu hiện sớm của RLPTK ở trẻ chủ yếu xuất hiện trong lĩnh vực tương tác xã hội và giao tiếp phi ngôn ngữ (6).

4.2. Yếu tố nguy cơ của rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK)

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng rối loạn phổ tự kỷ là kết quả của sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố di truyền và môi trường. Dưới đây là những nhóm yếu tố nguy cơ chính góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc RLPTK ở trẻ em:

Yếu tố di truyền

RLPTK có nền tảng di truyền rõ rệt, với khoảng 90% các trường hợp được cho là có liên quan đến di truyền. Nhiều gen đã được xác định có liên quan đến rối loạn này, trong đó đáng chú ý là các biến thể gen MTHFR như C677T và A1298C – ảnh hưởng đến hoạt tính enzyme MTHFR và làm tăng nguy cơ phát triển RLPTK.

Cụ thể, một số nghiên cứu ghi nhận phân bố kiểu gen MTHFR 677 ở trẻ tự kỷ là CC: 70%, CT: 26%, TT: 4%; còn kiểu gen MTHFR 1298 có tỷ lệ AA: 28%, AC: 60%, CC: 12%. Ngoài ra, nguy cơ mắc RLPTK cao hơn ở trẻ có anh/chị em hoặc người thân mắc các rối loạn phát triển thần kinh khác (12)

Một yếu tố di truyền khác được quan tâm là giới tính. Trẻ trai có nguy cơ mắc RLPTK cao hơn đáng kể so với trẻ gái. Nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ RLPTK ở trẻ trai cao gấp 3,1 lần so với trẻ gái (tại Quảng Ngãi), và cao hơn 3,53 lần (tại Cần Thơ). Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, ví dụ như nghiên cứu của A. Presmanes Hill và cộng sự (2015), ghi nhận tỷ lệ mắc RLPTK ở trẻ trai toàn cầu cao hơn trẻ gái từ 1,7 đến 8,3 lần (14). Nguyên nhân được cho là liên quan đến các bất thường trên nhiễm sắc thể X – vốn có vai trò quan trọng trong sự phát triển thần kinh và dễ bị tổn thương hơn ở giới nam.

Yếu tố môi trường

Tiếp xúc với hóa chất độc hại trong thai kỳ, đặc biệt là thuốc trừ sâu, được xác định là yếu tố môi trường có liên quan đến RLPTK. Ví dụ, nghiên cứu tại Cần Thơ chỉ ra rằng mẹ tiếp xúc với thuốc trừ sâu khi mang thai là yếu tố nguy cơ nổi bật. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về vai trò của các chất độc hại còn hạn chế do thiếu dữ liệu và nguồn lực nghiên cứu, dẫn đến khó khăn trong việc

đánh giá đầy đủ tác động của các yếu tố môi trường.

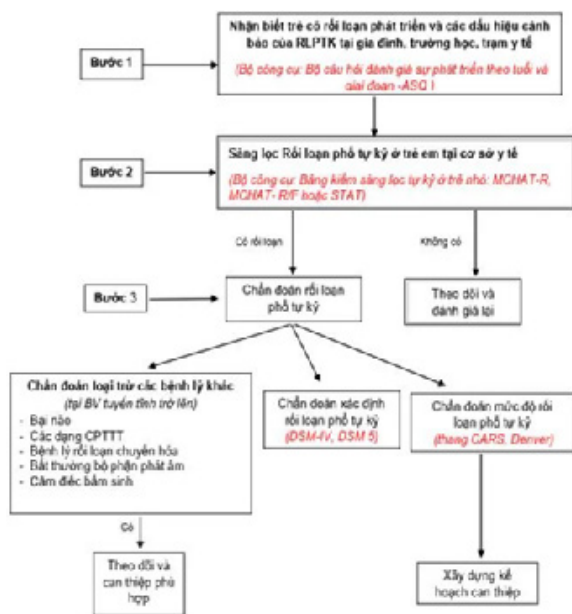
Yếu tố trong thai kỳ và chu sinh

Các vấn đề y tế xảy ra trong thai kỳ và giai đoạn sau sinh cũng góp phần làm tăng nguy cơ mắc RLPTK. Trẻ sinh non, nhẹ cân hoặc bị ngạt sau sinh được ghi nhận có tỷ lệ mắc RLPTK cao hơn. Đồng thời, các vấn đề sức khỏe của người mẹ như tiểu đường thai kỳ hoặc thiếu hụt dưỡng chất trong quá trình mang thai cũng ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển não bộ của trẻ.

Những kết luận này phù hợp với nghiên cứu của Hannah Gardener và cộng sự (2013), trong đó nhấn mạnh rằng các yếu tố nguy cơ trong thai kỳ - bao gồm cả tình trạng sức khỏe của mẹ và các biến cố sản khoa – có mối liên hệ mạnh mẽ với nguy cơ phát triển RLPTK ở trẻ.

4.3. Chẩn đoán, sàng lọc

Bộ Y tế đã đưa ra quy trình chung nhằm phát hiện sớm tự kỷ ở trẻ em Việt Nam, gồm các bước như sau:



Hình 1: Sơ đồ quy trình phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em

4.4. Mô hình can thiệp

Trong những năm gần đây, tại Việt Nam, các phương pháp can thiệp hành vi cho trẻ mắc RLPTK đã ngày càng được triển khai rộng rãi tại các cơ sở giáo dục, trung tâm chuyên biệt và trong chính môi trường gia đình. Trong số đó, Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavior Analysis – ABA) được đánh giá là phương pháp có tính hệ thống cao, được xây dựng trên cơ sở khoa học và mang lại hiệu quả rõ rệt. Việc áp dụng ABA giúp trẻ cải thiện đáng kể

về hành vi (giảm các hành vi tiêu cực như la hét, tự gây tổn thương, kích động...), đồng thời hỗ trợ phát triển các kỹ năng xã hội, ngôn ngữ, giao tiếp và kỹ năng tự phục vụ.

Bên cạnh ABA, nhiều chương trình hỗ trợ khác cũng được sử dụng phổ biến tại Việt Nam bởi giáo viên, nhà trị liệu và các chuyên gia trong lĩnh vực tâm lý – giáo dục đặc biệt. Chẳng hạn:

- **TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) tập trung vào việc cấu trúc hóa môi trường học tập, sử dụng các chiến lược can thiệp phù hợp với điểm mạnh của từng trẻ;

- **PECS** (Picture Exchange Communication System) hỗ trợ trẻ không lời cải thiện kỹ năng giao tiếp qua hình ảnh;

- **PEP-R** (Psychoeducational Profile - Revised) là công cụ đánh giá và lập kế hoạch can thiệp dựa trên mức độ phát triển cá nhân của trẻ;

- **AAC** (Augmentative and Alternative Communication) và chương trình **SMORESTEP** giúp thiết kế các kế hoạch can thiệp chi tiết, được cá nhân hóa theo từng trẻ.

Việc đa dạng hóa các chương trình can thiệp giúp tối ưu hóa hiệu quả hỗ trợ, phù hợp với mức độ rối loạn và đặc điểm phát triển khác nhau ở mỗi trẻ, góp phần nâng cao hiệu quả can thiệp toàn diện.

Song song với đó, các chương trình giáo dục quốc gia hiện hành như Chương trình giáo dục mầm non 2021 và Chương trình giáo dục phổ thông 2018 cũng đã tích hợp nội dung hỗ trợ trẻ có nhu cầu giáo dục đặc biệt, trong đó có trẻ tự kỷ. Những cải tiến này thể hiện ở việc thiết kế môi trường học tập thân thiện, linh hoạt về nội dung và phương pháp giảng dạy, cũng như đa dạng hóa hình thức đánh giá dựa trên năng lực và tiến trình phát triển của từng học sinh. Nhiều trường học đã áp dụng mô hình giáo dục hòa nhập, giúp trẻ tự kỷ được học tập cùng bạn bè đồng trang lứa, từ đó nâng cao khả năng hòa nhập xã hội và phát triển toàn diện.

Tuy nhiên, việc triển khai các phương pháp can thiệp tại Việt Nam vẫn còn tồn tại nhiều bất cập. Khảo sát tại các trung tâm hỗ trợ phát triển giáo dục hòa nhập cho thấy có sự phân hóa rõ rệt về năng lực áp dụng phương pháp ABA giữa các giáo viên. Một số giáo viên đã nắm vững và triển khai hiệu quả, trong khi một bộ phận khác còn hạn chế về kiến thức và kỹ năng chuyên môn, dẫn đến hiệu quả can thiệp chưa cao. Ngoài ra, các yếu tố như môi trường can thiệp chưa đủ điều kiện, thiếu tài liệu hướng dẫn chuẩn hóa cũng là rào cản trong quá trình áp dụng ABA (7). Nghiên cứu của Trần Văn Dương (2019) cũng cho thấy sự phối hợp giữa gia đình và trung tâm còn yếu. Các hình thức phối hợp đa phần chỉ diễn ra

ở mức “khá thường xuyên”, chủ yếu là những cuộc trao đổi ngắn trong giờ đón – trả trẻ. Khoảng thời gian này quá ngắn khiến giáo viên chỉ có thể cung cấp thông tin sơ lược, chưa đủ để trao đổi chuyên sâu về tiến trình và chiến lược can thiệp (13).

5. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ có nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) tại địa bàn khảo sát đang ở mức trung bình so với một số quốc gia trong khu vực châu Á – Thái Bình Dương. Điều này cho thấy RLPTK là một vấn đề cần được quan tâm nghiêm túc tại Việt Nam, đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc xây dựng các chính sách phát hiện sớm và can thiệp phù hợp.

Hiện nay, các công cụ sàng lọc và chẩn đoán RLPTK chủ yếu được chuyển ngữ từ nước ngoài, nhưng vẫn chưa được chuẩn hóa toàn diện theo văn hóa và bối cảnh xã hội Việt Nam. Điều này ảnh hưởng đến độ chính xác của chẩn đoán, dẫn đến nguy cơ đánh giá sai lệch và can thiệp chưa phù hợp. Hơn nữa, việc sử dụng công cụ sàng lọc thay vì các quy trình chẩn đoán lâm sàng chính thức có thể dẫn đến tỷ lệ phát hiện RLPTK cao hơn hoặc thấp hơn so với thực tế. Độ tuổi của trẻ được khảo sát, trình độ chuyên môn của người thực hiện đánh giá, cũng như mức độ hợp tác của phụ huynh đều là các yếu tố ảnh hưởng đến độ tin cậy của kết quả.

Một mặt tích cực đáng ghi nhận là hệ thống giáo dục Việt Nam đang có những bước chuyển mình tích cực. Các chương trình giáo dục hiện hành đã bắt đầu tích hợp nội dung hỗ trợ trẻ có nhu cầu đặc biệt vào giáo trình chính khóa, góp phần thúc đẩy môi trường học tập bao trùm và thân thiện hơn với trẻ tự kỷ. Tuy nhiên, việc triển khai vẫn còn gặp nhiều khó khăn do hạn chế về nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất chưa đáp ứng và sự chênh lệch rõ rệt giữa các vùng thành thị và nông thôn trong khả năng tiếp cận các dịch vụ can thiệp.

Bên cạnh đó, mặc dù có nhiều phương pháp can thiệp đang được áp dụng tại Việt Nam như ABA, TEACCH, PECS, PEP-R, AAC hay SMORESTEP, nhưng vẫn còn thiếu định hướng rõ ràng dựa trên bằng chứng khoa học trong việc lựa chọn phương

pháp phù hợp với từng nhóm trẻ. Các tổng quan nghiên cứu cho thấy không có một phương pháp đơn lẻ nào có thể cải thiện toàn diện tất cả các triệu chứng của RLPTK, tuy nhiên, nhiều phương pháp đã được chứng minh có hiệu quả trong việc hỗ trợ cải thiện các biểu hiện cốt lõi của rối loạn nếu được triển khai đúng cách.

Một vấn đề nổi bật khác là sự phối hợp giữa gia đình và các trung tâm can thiệp hiện vẫn còn rời rạc, thiếu chiều sâu. Hình thức phối hợp phổ biến nhất hiện nay là trao đổi nhanh vào thời điểm đón/ trả trẻ, nhưng thời gian quá ngắn khiến giáo viên chỉ kịp đưa ra nhận xét sơ bộ, chưa đủ thông tin để điều chỉnh kịp thời các biện pháp hỗ trợ. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả của các chương trình can thiệp. Sự phối hợp chặt chẽ, hai chiều giữa gia đình và nhà chuyên môn là yếu tố thiết yếu để đảm bảo tính liên tục và hiệu quả của can thiệp.

Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại vẫn còn một số hạn chế, đặc biệt là về quy mô mẫu khi chỉ tiến hành tại một địa bàn cụ thể, nên chưa thể khái quát cho toàn bộ dân số trẻ em trên cả nước. Điều này cho thấy nhu cầu cấp thiết phải thực hiện các nghiên cứu dịch tễ học có quy mô lớn, đại diện cho nhiều vùng miền khác nhau, từ đó cung cấp dữ liệu nền tảng cho việc hoạch định chính sách và can thiệp phù hợp hơn với thực tiễn.

6. Kết luận và khuyến nghị

Từ những phân tích trên, có thể thấy một số khuyến nghị cấp thiết như sau: Cần đầu tư vào nghiên cứu dịch tễ học quy mô lớn về RLPTK tại Việt Nam; Xây dựng và chuẩn hóa các công cụ sàng lọc và chẩn đoán phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ trong nước; Phát triển bộ tiêu chuẩn chẩn đoán và hướng dẫn chuyên môn dành riêng cho các cơ sở y tế, giáo dục và tâm lý; Tăng cường tập huấn và nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ giáo viên, cán bộ y tế và chuyên viên tâm lý; Thúc đẩy cơ chế phối hợp hiệu quả giữa gia đình và trung tâm can thiệp thông qua các hoạt động tương tác có chiều sâu và thường xuyên hơn. Việc giải quyết đồng bộ những vấn đề trên sẽ tạo nền tảng vững chắc cho quá trình phát hiện sớm, can thiệp hiệu quả và hỗ trợ toàn diện cho trẻ em mắc RLPTK tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), *Bộ công cụ phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em*.
2. Nam, Đ.T.; Vân, V.H.(2015), *Chính sách đối với trẻ tự kỷ tại Việt Nam hiện nay*, Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam, (11)96, 61–67.
3. Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2013), *Prenatal risk factors for autism spectrum disorder: A meta-analysis*, British Journal of

Psychiatry, 195(1), 7-14.

4. Hill, A. P., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2015), *Epidemiology of autism spectrum disorders*. In E. Fombonne (Ed.), *Translational psychiatry* (pp. 13-22). Springer.

5. Vui, L.T.; Đức, D.M. (2021), *Thực trạng rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em 18 - 30 tháng tuổi và một số yếu tố nguy cơ trước và trong khi sinh tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam, năm 2017*, Tạp chí Y học Dự

phòng, 31(7).

6. Phương, N.M.; Thăng, T.T.; Hưng, P.V.; Thi, V.V.; Thúy, T.T.; Hải, N.M.; Thùy, N.N.(2021), *Khảo sát tỷ lệ trẻ từ 18–36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm M-CHAT tại trường mầm non ở thành phố Cà Mau năm 2020*, Tạp chí Y học, 124–128.

7. Phương, N.N.; Thùy, Á.T.N.; Thu, L.T.X. (2025), *Thực trạng vận dụng phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA) trong can thiệp cho trẻ tự kỷ tại các trung tâm hỗ trợ phát triển giáo dục hòa nhập*, Tạp chí Giáo dục, 25(4), 42–47.

8. Đức, N.T.; Khuê, L.N.; Quang, N.T.V.; Thăng, V.V. (2018), *Rối loạn phổ tự kỷ và một số yếu tố liên quan ở trẻ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi*, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 8(6), 218–224.

9. Kiên, P.T.; (2014), *Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và kết quả điều trị tự kỷ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên*, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13 (Phụ bản số 4), 74–79.

10. Thăng, T.T.; Phương, N.M.; Thống, N.V.; Quang, H.N.P.; Ân, Đ.H.; Thông, N.T.; Thi, V.V.; Tuấn, N.V. (2023), *Tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 24 - 72 tháng tuổi bằng tiêu chuẩn DSM-5*, Tạp chí

Nghiên cứu Y học, 163(2), 108–116.

11. Công, T.V. (2013), *Các thành tựu nghiên cứu mới về rối loạn phổ tự kỷ và tổng quan về các phương pháp điều trị*, Trong Kỷ yếu Hội thảo tập huấn “Phương pháp phân tích hành vi ứng dụng ABA trong điều trị tự kỷ”. Hà Nội.

12. Anh, T.V.; Quyên, L.T.; Hiếu, Đ.T.; Trang, N.T. (2022), *Ứng dụng công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới trong chẩn đoán nguyên nhân rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em*, Tạp chí Y học Việt Nam, 514(1), 57 - 60.

13. Dương, T.V. (2019), *Thực trạng hoạt động can thiệp cho trẻ tự kỷ ở các trung tâm hỗ trợ phát triển giáo dục hòa nhập thành phố Hồ Chí Minh*, Tạp chí Khoa học – Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế, 4(52A), 81- 88.

14. Williams, S., Tammimies, K., & Collins, R. L. (2019), *Genetic risk factors in autism spectrum disorders. Human Genetics, 138(3), 393–408*, <https://doi.org/10.1007/s00439-019-02004-6>

15. Newschaffer, C. J., Croen, L. A., & Daniels, J. (2007), *The epidemiology of autism spectrum disorders. Annual Review of Public Health, 28, 235–258*, <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007>

TỰ KỶ Ở TRẺ EM VIỆT NAM THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

Nguyễn Thị Hoài Thương^a

Trần Quốc Hùng^b

^aBệnh viện Bạch mai

Email: ngthuong.hpump.k38@gmail.com

^bHọc viện Dân tộc

Email: tranquochungxhh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/01/2025

Ngày phản biện: 26/02/2025

Ngày tác giả sửa: 15/03/2025

Ngày duyệt đăng: 24/03/2025

Ngày phát hành: 30/03/2025

DOI:

<https://doi.org/.../.../...>

TÓM TẮT

Tự kỷ là một trong những rối loạn phát triển phổ biến nhất hiện nay, gây ra nhiều khó khăn trong giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi ở trẻ em. Trong bối cảnh Việt Nam đang ngày càng chú trọng đến sức khỏe tâm thần, tự kỷ trở thành vấn đề nổi bật bởi tỷ lệ trẻ được chẩn đoán ngày càng tăng. Điều này không chỉ tạo ra gánh nặng cho gia đình mà còn ảnh hưởng lớn đến hệ thống giáo dục và y tế.

Nghiên cứu về trẻ tự kỷ ở Việt Nam hiện còn gặp nhiều thách thức do thiếu cơ sở dữ liệu chính thống, các nghiên cứu chuyên sâu còn hạn chế và sự đa dạng trong biểu hiện triệu chứng của trẻ tự kỷ. Bên cạnh đó, việc can thiệp và hỗ trợ vẫn còn nhiều hạn chế về mặt chuyên môn và cơ sở vật chất.

Bài báo này tập trung làm rõ các vấn đề:

(1) Thực trạng tự kỷ ở trẻ em tại Việt Nam, bao gồm tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ;

(2) Đánh giá các mô hình can thiệp hiện tại;

(3) Đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả trong công tác chẩn đoán, can thiệp và hỗ trợ trẻ tự kỷ và gia đình.

Qua đó, bài báo nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức cộng đồng, đào tạo chuyên môn và phát triển các dịch vụ can thiệp sớm để giảm thiểu tác động của tự kỷ đến sự phát triển toàn diện của trẻ.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ; Trẻ em Việt Nam; Can thiệp sớm; Chẩn đoán, dịch vụ hỗ trợ, sức khỏe tâm thần; Tỷ lệ mắc, yếu tố nguy cơ