

Đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo cho giáo viên can thiệp cho trẻ tự kỷ

Chủ nhiệm đề tài: TS. Trần Văn Công

TÓM TẮT

Mã số đề tài: QS.14.04

Cơ quan chủ trì: Trường Đại học Giáo dục

Thời gian thực hiện: 11/2014 – 11/2015

1. Mục tiêu nghiên cứu:

Tìm hiểu nhu cầu được đào tạo và nâng cao kiến thức và kỹ năng cho giáo viên can thiệp cho trẻ tự kỷ

- Xây dựng chương trình đào tạo giáo viên can thiệp cho trẻ tự kỷ, bao gồm cả đào tạo về lý thuyết và thực hành
- Đánh giá đầu vào về kỹ năng và thực hành cho giáo viên
- Thực hiện chương trình đào tạo, bao gồm cả lý thuyết, thực hành và giám sát
- Đánh giá đầu ra về kỹ năng và thực hành cho giáo viên
- Đưa ra khuyến

2. Nội dung nghiên cứu:

Nội dung 1: Xây dựng đề cương chi tiết của đề tài

- Hoạt động 1: Thu thập sơ bộ các tài liệu liên quan, các nghiên cứu đã có
- Hoạt động 2: Viết đề cương

Nội dung 2: Xây dựng cơ sở lý luận của đề tài

- Hoạt động 1: Thu thập tài liệu trong nước và nước ngoài
- Hoạt động 2: Dịch tài liệu
- Hoạt động 3: Viết báo cáo tổng quan

Nội dung 3: Nghiên cứu thực trạng

- Hoạt động 1: Thiết kế bộ công cụ nghiên cứu
- Hoạt động 2: Thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu
- Hoạt động 3: Điều tra khảo sát
- Hoạt động 4: Viết báo cáo về nghiên cứu thực trạng

Nội dung 4: Thực nghiệm

- Hoạt động 1: Thiết kế chương trình đào tạo
- Hoạt động 2: Đánh giá đầu vào

- Hoạt động 3: Thực hiện chương trình đào tạo
- Hoạt động 4: Giám sát
- Hoạt động 5: Đánh giá đầu ra
- Hoạt động 6: Xử lý kết quả nghiên cứu
- Hoạt động 6: Viết báo cáo tổng kết

3. Kết quả nghiên cứu:

- Sản phẩm khoa học:
 - + Số bài báo đăng trên tạp chí quốc tế
 - + Số bài báo tham dự hội nghị quốc tế: 1
 - + Số bài báo tham dự hội nghị quốc gia: 2
- Đào tạo:
 - + Số NCS thực hiện luận án theo hướng nghiên cứu đề tài
 - + Số Thạc sỹ làm luận văn theo hướng nghiên cứu đề tài: 1
 - + Số Cử nhân làm khóa luận theo hướng đề tài.
- Triển khai (nếu có):
 - + Địa chỉ và hiệu quả triển khai

4. Kinh phí: 20.000.

Early identification and intervention services for children with autism in Vietnam

Tran Van Cong¹, Bahr Weiss², Khuc Nang Toan & Tran Thi Le Thu³, Nguyen Thi Nha Trang⁴ and Nguyen Thi Kim Hoa & Dao Thi Thu Thuy⁵

¹ University of Education, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam; ² Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, United States; ³ Hanoi University of Education, Hanoi, Vietnam; ⁴ VinSchool, Hanoi, Vietnam; ⁵ Vietnam National Institute of Education, Hanoi, Vietnam

ABSTRACT

BACKGROUND

In high income countries in Europe and North America, early identification and intervention for autism spectrum disorders (ASD) have been linked to improved long-term outcomes. However, in most low and middle income countries (LMIC) little is known about use or availability of such services, which limits the ability of policy and development planning. The purpose of the present study was assess the use of ASD services in Vietnam, an Asian LMIC, in order to identify areas within the field that should be specifically targeted to improve ASD services in Vietnam.

METHODS

Surveys were conducted in six different cities across Vietnam with 90 parents/caregivers of children with ASD, 115 professionals working with children with ASD, and 10 directors of agencies providing ASD services.

Parents/caregivers' survey assessed demographics and information regarding their child's symptoms and services the child received. Professionals' survey assessed their demographic and professional background, the ASD services they provide, and their perspective on the quality of ASD services at their agency. Directors' survey included these same questions as well as additional questions regarding the operation of the agency.

RESULTS

Early identification and intervention ASD services are available in Vietnam, at least in major cities. However, there is a lack of well-trained professionals, the tools used for evaluation and diagnosis are limited, outdated and unstandardized, and the quality of services is questionable. Most importantly, a scientific evidence base for services is absent, and the country lacks an official governmental policy for supporting children with ASD.

CONCLUSIONS

Research directly assessing the quality of ASD services in Vietnam is needed. Most centrally, efforts at facilitating governmental policy and support advocacy are needed to increase the likelihood that families and children with ASD will receive appropriate and effective services.

KEY WORDS

early identification; early intervention; children; autism; ASD; Vietnam; low and middle income countries.

BACKGROUND

Autism, more formally known as “Autism Spectrum Disorders” (ASD) (American Psychiatric Association, 2013), is a severe neurodevelopmental disorder that begins very early in life. It involves a triad of impairments including delay and deviance in (a) social interaction and relationships, (b) communication and language, and (c) restricted interests and repetitive behaviors (Faja, Susan et al., 2006). The specific causes of ASD have not yet been identified but there is strong evidence that to a large degree genetic factors underlie its development in many but likely not all cases (Roberts & Prior, 2006). It is clear that autism generally is present at birth or shortly thereafter, with professionals able to diagnose children with ASD as young as two years of age (i.e., Stone, Lee, Ashford et al., 1999; Lord, 1995) or even 18 months (Samango-Sprouse, Stapleton, Aliabadi et al., 2014).

ASD can range from very mild (with little need for external support) to very severe (American Psychiatric Association, 2013). Children with mild ASD may be able to develop coping strategies that essentially control the secondary effects of their ASD symptoms. However, in part because of its core deficits in social communication and social interaction, ASD often is highly debilitating, severely impacting an individual’s overall life functioning (Russell, 1997; Shattuck, Narendorf, Cooper et al., 2012; Eaves & Ho, 2008). Some studies (e.g., Bailey, Hatton, Mesibov et al., 2000) have reported that individuals with ASD have more difficulties in all aspects of living than any other mental health disability (e.g., intellectual disabilities).

The apparent prevalence rate of autism has increased significantly since the earliest epidemiologic studies were conducted in the late 1960’s and early 1970’s, when studies in Europe and the U.S. suggested a prevalence of around 1 in 2,500 children (Gillberg & Wing, 1999); by the 2000’s, prevalence estimates from large surveys were 1%–2% (Lai & Lombardo, 2013; Schieve, Rice, Yeargin-Allsopp et al., 2012). Most recently a study by the U.S. Centers for Disease Control (CDC) in 2010 reported that the overall prevalence of ASD at the U.S. ADDM sites was 14.7 per 1,000 (one in 68) children aged 8 years. ASD prevalence estimates varied across sites from 0.0057 to 0.0219, and also by sex and racial/ethnic group. Globally, an ASD prevalence estimate of about 1% is generally accepted (Blumberg, Bramlett, Kogan, et al., 2013).

To help children with ASD it is essential to focus on the earliest years of development, as early learning powerfully affects the child's future life course due to the significance of the impairments associated with ASD (Robert & Prior, 2006). Small amounts of relative improvement in early childhood can have a substantial impact on a child's later adulthood functioning (Woods & Wetherby, 2003), with a large body of research indicating that early identification and intervention can change the development trajectory of children with ASD (Matson & Minshawi, 2006). Thus, early identification has become "best practice" since it helps families gather information about their child's disorder and needs, and to begin treatment (Volkmar & Pauls, 2003). Early intervention is critical for preventing the cascade of effects that result from early deficits that impair later functioning.

A number of assessment tools are available for early identification (e.g., the CHAT / Checklist for Autism in Toddlers; the updated M-CHAT; Robins et al. 2001; Robins & Dumont-Mathieu, 2006; Robins, 2008). However, although there is strong research supporting the reliability and validity of these measures, most of this research has been conducted in high income countries (HIC) such as those in Western Europe, the U.K., the U.S., etc. Similarly, most of the research regarding the effectiveness of early intervention for ASD has been conducted in HIC, where the programs are well structured, supported by the government, and focus on the use of evidenced-based methods (Samms-Vaughan, 2014). In contrast, in low and middle income countries (LMIC) where the majority of the world's population lives, there has been relatively little research and development of valid tools and interventions for ASD (Daley, 2002).

The present study focuses on Vietnam, an Asian LMIC of about 93 million people. As with most LMIC, relatively little is known in Vietnam about the support services available for individuals with ASD. The little research on autism conducted in Vietnam has been mostly published in Vietnamese in conferences proceedings, and is not available more broadly to the global mental health field, which limits its ability to support ASD in Vietnam through the global health movement. In one of the few studies published in an English language journal, Vu, Whittaker, Whittaker, & Rodger (2014) reported that within Vietnam, ASD is culturally and socially constructed as a 'karmic demerit' or 'family problem' rather than a lifelong developmental disorder needing support from the government. They also found that parents of children with ASD had little access to services for their children. A related factor that negatively affects families' access to early identification and intervention services is social awareness. Even primary school teachers and medical students have limited understanding of ASD (Trinh & Tran, 2014; Vu & Tran, 2014). Overall, there has not been a comprehensive study of support services for individuals with ASD in Vietnam. The purpose of the present study thus was to assess the practices of early identification and intervention for children with ASD in Vietnam, an important step for improving service quality for families and children with ASD in Vietnam. In terms of policy, ASD are not considered a disability in Vietnam.

Thus, more research helping to identify the needs of families with a child with ASD will be important to raise awareness of policy makers.

METHODS

SITES, PARTICIPANTS, AND RECRUITMENT

Ten participating agencies were selected from six cities in Vietnam (Hanoi, Bac Ninh, Phu Yen, Hai Phong, Ninh Binh, and Danang) that represented major urban areas in the three main regions of Vietnam (north, central, south). Agencies providing ASD services were identified based on the authors' various professional networks, which included primary, secondary, and tertiary education, mental health and psychology, and medicine. Agency directors were contacted and the study discussed with them. All directors were interested in participating, and were sent packets including the study description, consent forms, a package of questionnaires, etc. Agency directors distributed invitation letters, consents forms, and survey packages to interested professionals in the agency and interested families receiving services at the agency. Study participants included 90 parents/caregivers (hereafter referred to as 'caregivers'), 115 professionals, and 10 site directors from these ten participating agencies. The average age of caregivers was 34 years, and 59% were female. As is typical in Vietnam (Weiss, Dang, Trung et al., 2014), the large majority (93%) of caregivers were married. Participant characteristics are reported in Table 1. The study was approved by the U.S. FWA IRB #18223 at Vietnam National University.

INSTRUMENTS

Caregivers. The caregiver survey assessed demographic information about themselves and their child with ASD, and the ASD services that the child had received as well as caregivers' evaluation of those services. Caregivers also reported on this child's ASD (and related behavioral problems such as aggression) symptoms focusing on the three classical ASD symptom domains (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2002): impaired language, impaired social interactions, and stereotyped behaviors and interests. Caregivers rated their child's improvement in language, motor skills, social interactions skills, etc. since beginning ASD services, on a Likert scale ranging from 1 (not at all improved) to 5 (very improved).

Professionals. The professional survey assessed their demographic and professional background (e.g., education, work experience), the services provided at their agency, and their perspective regarding the quality of services.

Directors. The director survey similarly assesses their perspective on the services provided by their agency, and the professionals providing the services. It also assesses directors' perceptions about the operation of the agency.

RESULTS

CHILD CHARACTERISTICS AND SYMPTOMS

Children's age at receiving their ASD diagnosis ranged from 17 months to 8 years, with the mean age at diagnosis of 2.56 years (30.63 months ($SD=15.40$)). The majority of children (66%) started their intervention before age of 3, with

32% starting intervention between 3 to 6 years old, 2% starting when older than 6. Most children (81%) received their diagnosis at a pediatric hospital, with 14% of children receiving their ASD diagnosis at a private center, with 4% never having received an official diagnosis (although they started receiving intervention services from their agency). Among those who were diagnosed, 46% of children were given their ASD diagnosis by a specialized medical doctor (usually a psychiatrist), 26% by a psychology staff, 24% by a pediatrician, and 4% by teachers.

Table 2 lists the ASD and related symptoms reported by caregivers. The most frequently reported symptom was delayed or no language (77%), and the least frequently reported symptom was self-stimulation behaviors (18%). Table 3 reports the percentages of children lacking symptoms in 1 or more key ASD symptom domains (language impairment, social relationship / interaction impairment, stereotyped behavior and interests). Over 25% of the caregivers' reports for their child labeled as having ASD did not include one or more key ASD symptom domain. Eight percent of children were not reported to have any language impairment, 16% were not reported to have any social relationship / interaction impairment, and 11% were not reported to have any stereotyped behaviors or interests, although these are all key domains for ASD. In regards to related behavioral problems, 73% of caregivers reported that their children were "hyperactive or inattentive", and 29% reported that their child had "aggressive/violent behaviors".

Table 4 reports caregivers' evaluation of the improvement they had seen in their child's ASD symptoms since beginning services, on a 1 (not at all improved) to 5 (very improved) scale. The mean for most domains was near the mid-point on the scale, with the domain with the highest level of reported improvement being Motor Skills (mean=3.16); the two areas with the lowest level of reported improvement were Adaptive Skills (mean=2.44) and Social Interaction Skills (mean=2.29).

CHARACTERISTICS OF PROFESSIONALS AND AGENCIES

Among the professionals sample, 72% were intervention teachers (similar to special education teachers in high income countries), 13% psychology staff, 5% social workers, and 1% medical doctors, with the rest holding non-health related degrees. The majority of professionals had a bachelor's degree (57%), with 18% with a master's degree or higher, and 15% with a community college degree. Most professionals worked at either a *Special Education Center* (schools for children with developmental disabilities) (43%) or a *Psychology Support Center* (which focus more broadly than developmental disabilities) (43%). The mean number of children receiving services at their agencies was 29, ranging from 8 to 60 children. All sites provided only all day treatment, and only 10% worked in agencies that provided inclusive education services (i.e., including non-diagnosed children).

As part of their surveys, professionals and agency directors were asked about difficulties faced in providing effective services for families and children with ASD in Vietnam. “Facility difficulties” was most frequently selected as a major difficulty (see Table 5). Professionals and agency directors differed in regards to professionals’ low salary as a major difficulty (with 50% vs. 30% of the two groups respectively selecting this as a major difficulty). Perhaps reflecting their different roles in ASD services, 60% of agency directors saw a lack of government policy as a major difficulty whereas only 25% of professionals did.

ASD SERVICES

As part of their survey, caregivers reported on the amount of time per week that their child received ASD services which was, on average, about 25 hours of ASD services per week. Table 6 lists the ASD evaluation and planning tools that professionals reported using. Most notably none of the ASD tools generally regarded in HIC as being the highest validity ASD assessment tools (i.e., ADOS; Lord, Risi, Lambrecht et al., 2000; ADI-R; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994; Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003) were reported used by any of the Vietnamese professionals. Table 7 lists parents’ report of the assessment approaches used to evaluate their child’s ASD. Most notable in these data are the fact that for 18% of the children did not receive a behavioral evaluation, which is essential for correct ASD diagnosis and evaluation. Table 8 reports the early intervention services that professionals reporting providing to children with ASD. Most notable in this table is that 10% of professionals reporting providing psychoanalysis to children with ASD.

In their survey the caregivers were asked to evaluate the quality of the services their child received and related factors (e.g., governmental policy). Similar to the agency directors, the area that caregivers saw as weakest was governmental policy. The areas that they saw as the strongest were the expertise and professionalism of the agency and service providers (see Table 9)

DISCUSSION

This is one of the first studies in Vietnam examining the early identification and intervention services for families and children with ASD in Vietnam, and there were several positive aspects to ASD services in Vietnam that we identified. Most children receiving services at the participating centers were identified relatively early, with the median age below 3 years, which is positive given that early identification and intervention services are a key factor in successful intervention with ASD (Woods & Wetherby, 2003; GorDon, 2009; Camarata, 2014). It is important to note, of course, that although perhaps representative of Vietnamese children actually receiving ASD services (given that there are few ASD centers outside the major urban areas we sampled; Nguyen, 2013), our sample certainly is not representative of children with ASD in Vietnam in general: Given (a) international ASD prevalence rates of approximately 1%, (b) the overall Vietnamese population of approximately 93 million, and (c) the

relatively small number of sites providing ASD services in Vietnam (Nguyen, 2013), the vast majority of children in Vietnam with ASD undoubtedly are not receiving any services, early or otherwise. In regards to the representativeness of our sample more generally, the median level of education in Vietnam is about 8th grade (Weiss et al., 2014) whereas in our sample the median education was about two years of college. The effect of both of these factors likely would be to over-estimate the quality and availability of services (Lai & Tran, 2014).

It is encouraging that caregivers reported that their child with ASD was receiving a moderate number of hours of services per week, on average about 25, which suggests that their children are receiving a reasonable amount of services. It also is encouraging that caregivers reported small to moderate levels of improvement in their child's ASD symptoms across various domains. Although these are of course not objective observations and it is not possible to attribute actual change in the child's functioning to the intervention since there were no comparison groups, these statistics are nonetheless encouraging. Generally speaking, as reported in Table 9, caregivers reported that quality of the services that their child was receiving was fair to good.

Other aspects of our results were less encouraging, however. Over 25% of the caregivers' reports on their child's ASD symptoms lacked one or more key ASD symptom domain (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2002), raising the question of whether their child actually had ASD and questioning the validity of the diagnosis. A related concern is that 16% of the caregivers reported that as part of their ASD assessment their child did not receive a behavioral evaluation, which is a central and necessary component of an ASD assessment (Filipek, Accardo, Ashwal et al., 2000; Johnson & Myers, 2007). Further, most of assessment tools that the professionals reported using are outdated and with the exception of the WISC-IV have not been adapted, validated, and standardized for Vietnam (Dang, Weiss, Pollack et al., 2011). It is also concerning that 10% of professionals reported using psychoanalysis with children with ASD: Psychoanalysis has not been found to be more effective than placebo treatment conditions for any mental health disorder (Herbert, Sharp, & Gaudiano, 2003), and the likelihood of psychoanalysis providing benefit for a complex neuro-developmental disorder such as autism is low. Over 2/3 of the professionals reported using cognitive-behavior therapy (CBT) with children with ASD. Although CBT has been found to be effective for a range of mental health problems such as anxiety and depression (e.g., Sze & Wood, 2008; Wood, Drahota, Sze et al., 2008), there is little evidence regarding its utility with children with ASD. CBT is highly verbal, involving complex interpersonal communication and analysis, and thus probably would not be appropriate for individuals with ASD (Ames & Weiss, 2013). On the other hand, over 80% of the professionals did report using behavior therapy and speech therapy in their work with individuals with ASD, which are two central forms of intervention for ASD (Green, Pituch, Itchon, et al., 2006; Sallows, & Graupner, 2005).

Another limitation for ASD services in Vietnam is the level of training among the professionals and agency directors. Less than 20% of the professionals and 10% of the agency directors had a master's degree or higher. Although effectively implementing a behavioral intervention (BI) plan for children with ASD does not require a graduate degree, at least in high income countries developing an effective BI plan often does (Hamad, Serna, Morrison et al., 2010). The fact that only 10% of professionals worked in agencies that provided inclusive education services also is a limitation, given the importance of children with ASD interacting with non-diagnosed peers (Harrower & Dunlap, 2001).

In this study, caregivers and professionals and agency directors identified what they believed to be the most serious obstacles or challenges to providing effective services for children with ASD in Vietnam. Agency directors most frequently identified facility difficulties, a lack of governmental policy, and a lack of well-trained therapists and teachers as major obstacles. In the major urban areas from which our participants were recruited, because of the rapid urbanization that Vietnam is undergoing costs of land and hence rent can be quite high (Cuong, 2011) yet median national income, which controls what typical families can pay for services, is low (Weiss et al., 2014). Thus, it is difficult for ASD centers to afford appropriate physical facilities with sufficient space, technical tools, access to outdoor spaces for play, etc. A closely linked policy challenge, identified by the agency directors and caregivers as problematic, is the lack of formal governmental designation of "autism" as a disability (Vu et al., 2014) the consequence of which is that the national health insurance, which covers about 90% of Vietnamese citizens, does not cover ASD services. Similar to the directors, the professionals also most frequently identified facility difficulties, as well as a lack of experts, as major obstacles. The lack of experts probably reflects the fact that in order for professionals to receive effective ASD training, it is almost always necessary to have foreign experts travel to Vietnam to provide the trainings, which is challenging logistically as well as financially.

There are several strengths and weakness of the study that should be considered in order to most appropriately interpret our results. The fact that the study included caregivers, professionals and site directors from six different cities and 10 different agencies was a major strength, in that our results do not simply reflect the situation at a single agency or in a single city or region. This study intentionally did not survey sites outside the major urban areas, as there are very few ASD agencies in the non-urban areas of Vietnam. However, the most serious limitation of the study, which also represents an important direction for future research, is the lack of objective evaluation of the quality of the services provided. Although caregivers generally appeared to view the services positively, the actual quality of the services is unclear, and there are reasons to have concerns. The fact that even 10% of the professionals would consider it appropriate to use psychoanalysis with children with ASD is concerning. Cognitive behavioral therapy is appropriate for many emotional and behavior

mental health disorders. However, it would generally not be considered as a primary therapy for ASD and the fact that over 2/3 of the professionals reported using it with children with ASD raises concerns about the professionals' understanding of ASD.

An important focus for future research thus will be the objective assessment of the ASD services that children receive in the major urban areas of Vietnam. This can either be done through knowledge tests for providers, but most effectively through direct observation and objective ratings by trained coders of the services that agencies provide (Chevron & Rounsaville, 1983). In addition, basic research and development of culturally valid assessment instruments, and evaluation of intervention programs through randomized designs will be essential. Ultimately, though, what will be necessary to increase the quality and quantity of services will be a change in governmental policy, to recognize ASD as a serious disability, services for which should be supported by the government. This will take additional research documenting the impaired functioning associated with children with ASD in Vietnam.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ames, M.; Weiss, J. (2013). Cognitive behaviour therapy for a child with autism spectrum disorder and verbal impairment: A case study. *Journal of Developmental Disabilities, 19*, 1.
- Bailey Jr, D. B., Hatton, D. D., Mesibov, G., Ament, N., & Skinner, M. (2000). Early development, temperament, and functional impairment in autism and fragile X syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(1), 49-59.
- Blumberg S. J., Bramlett M. D., Kogan M. D., Schieve, L. A., Jones, J. R., & Lu, M. C. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011–2012. *Natl Health Stat Rep, 65*, 1–11.
- Camarata, S. (2014). Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective? *International Journal of Speech-Language Pathology, 16*, 1, 1–10.
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2010. *MMWR* 2014, 63 (No. SS-2).
- Cuong, N. V. (2011). Can Vietnam achieve the millennium development goal on poverty reduction in high inflation and economic stagnation? *The Developing Economies, 49*(3), 297-320.
- Daley, T. C. (2002). The need for cross-cultural research on pervasive developmental disorders. *Transcultural Psychiatry, 39*, 532 – 551.
- Dang, H.M, Weiss, B., Pollack, A. & Nguyen, M.C. (2011). Adaptation of the Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV) for Vietnam. *Psychological Studies, 56*, 387-392.
- Eaves L. C., & Ho H. H. (2008). Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J Autism Developmental Disorders, 38*, 4, 739–747.
- Faja, S., & Dawson, G. (2006). *Early Intervention for Autism. Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment* (pp. 388-416). New York City: Guilford Press.
- Filipek, P.A.; Accardo, P.J.; Ashwal, S. ; Baranek, G.T.; Cook, Jr., E.H.; Dawson, G.; Gordon, B.; Gravel, J.S; Johnson, C.P.; Kallen, R.J. ; Levy, S.E. ; Minshew, N.J. ; Ozonoff, S. ; Prizant, B.M.; Rapin, I.; Rogers, S.J.; Stone, W.L.; Teplin, S.W.; Tuchman, R.F.; Volkmar, F.R. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society, *Neurology, 55*, 4, 468-479.

- Gillberg C., & Wing L. (1999). Autism: Not an extremely rare disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 399–406.
- GorDon, D. (2009). Early Intervention in Autism. *Neurology Now*, 5(5), 23-26.
- Green, V. A.; Pituch, K. A; Itchon, J.; Choi, A.; O'Reilly, M.; Sigafos, J. (2006). Internet survey of treatments used by parents of children with autism, *Research in Developmental Disabilities*, 27, 1, 70–84.
- Hamad, C. D., Serna, R. W., Morrison, L., & Fleming, R. (2010). Extending the reach of early intervention training for practitioners: A preliminary investigation of an online curriculum for teaching behavioral intervention knowledge in autism to families and service providers. *Infants & Young Children*, 23(3), 195-208.
- Harrower, J. K., & Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classrooms a review of effective strategies. *Behavior Modification*, 25(5), 762-784.
- Herbert, J. D. ; Sharp, I. R.; Gaudiano. B. A. (2003). Separating fact from fiction in the etiology and treatment of autism: A scientific review of the evidence. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 23-43.
- Johnson C. P; Myers S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183-1215.
- Lai M. C., Lombardo M. V., Baron-Cohen, S. (2013). Autism. *Lancet*, 383, 896-910.
- Lai, N. T. B., & Tran, C. V., (2014). The reality of social work services for children with autism in Hanoi. *Conference book "Reality and integration of social work development in Vietnam"*. Youth publishing house., 139-149. ISBN: 978-604-64-1560-2
- Lord, C. (1995). Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 8, 1365–1382.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., Di Lavore, P. C., et al, (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205–223.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994), Autism Diagnostic Interview Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659–685.
- Matson, J. L., & Minshawi, N. F. (2006). *Early intervention for autism spectrum disorders: A critical analysis*. Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Nguyen, Y. H. T. (2013). Overview of care, rehabilitating, and education for children with ASD. Paper presented at the national symposium “Autism in Vietnam: Health and Educational Practices and Prospect”. March 12-13th 2013, Hanoi, Vietnam, 3-10.
- Roberts, J. M. A., & Prior, M. (2006). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders*. Brisbane, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.

- Robins, D. L. (2008). Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism, 12*, 537-556.
- Robins, D. L., Barton, M., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 2, 131-44.
- Robins, D. L., Dumont-Mathieu, T. M., (2006). Early screening for autism spectrum disorders: update on the modified checklist for autism in toddlers and other measures. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, 2, 111-119.
- Russell, J. (1997). *Autism as an executive disorder*. New York City: Oxford University Press.
- Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *Journal Information, 110*(6), 417-438.
- Samango-Sprouse, C. A., Stapleton, E. J., Aliabadi, F., Graw, R., Vickers, R., Haskell, K., Sadeghin, T., Jameson, R., Parmele, C. L., Gropman, A. L. (2014). Identification of infants at risk for autism spectrum disorder and developmental language delay prior to 12 months. *Autism, 19*, 3, 327-337.
- Samms-Vaughan, M. (2014). The status of early identification and early intervention in autism spectrum disorders in lower- and middle-income countries. *International Journal of Speech-Language Pathology, 16*, 1, 30-35.
- Schieve, L. A., Rice, C., Yeargin-Allsopp, M., Boyle, C. A., Kogan, M. D., Drews, C., & Devine, O. (2012). Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: An assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 National Survey of Children's Health. *Maternal and Child Health Journal, 16*(1), 151-157.
- Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M., & Taylor, J. L. (2012). Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, peds-2011.
- Stone, W. L., Lee, E. B., Ashford, L., Brissie, J., Hepburn, S. L., Coonrod, E. E., & Weiss, B. H. (1999). Can Autism Be Diagnosed Accurately in Children Under 3 Years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 219-226.
- Sze, K.M.; Wood J. J. (2008). Enhancing CBT for the Treatment of Autism Spectrum Disorders and Concurrent Anxiety, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 04, 403- 409.
- Trinh, H. T. & Tran, C. V. (2014). Misperception of autism spectrum disorder among senior students in mental health care majors in Vietnam. *Conference book "Mental health in school settings", organized by Young Psycho-educational Talent Fund June 2014*. HCMC VNU Publishing house. ISBN: 978-604-73-2638-9. 159-175.
- Volkmar F. R., Pauls D. (2003). Autism. *Lancet, 362*, 1133-1141.

- Vu, H. S., Whittaker, A., Whittaker, M., & Rodger, S. (2014). Living with autism spectrum disorder in Hanoi, Vietnam. *Social Science & Medicine*, 120, 278–285.
- Vu, T. V. & Tran, C. V. (2014). Hanoi kindergarten teachers' attitude towards autism spectrum disorder. *Conference book "Mental health in school settings", organized by Young Psycho-educational Talent Fund June 2014. HCMC VNU Publishing house*. ISBN: 978-604-73-2638-9. 486-496.
- Weiss, B., Dang, M., Trung, L., Nguyen, M.C., Thuy, N.T.H., & Pollack, A. (2014). A nationally-representative epidemiological and risk factor assessment of child mental health in Vietnam. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 3, 139-153.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K M., Har, K., Chiu, A., & Lange, D. A (2008). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 3, 224–234.
- Woods, J. J., & Wetherby, A. M. (2003). Early identification of and intervention for infants and toddlers who are at risk for autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34, 180-193.
- World Health Organization. (2002). *Manual of the International Statistical Classification of the Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.

Nghiên cứu về mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển trong trường mầm non

Lê Ánh Nguyệt, Dương Thị Hoài, Phạm Thị Huế, Bùi Thị Kim Xuân, Trần Văn Công

Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

Tóm tắt:

Bài viết giới thiệu về mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển (bao gồm các nhóm trẻ rối loạn phát triển trí tuệ, các rối loạn giao tiếp, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, v.v.) tại một trường mầm non trên địa bàn Hà Nội. Các phương pháp phỏng vấn, điều tra bằng bảng hỏi đã được sử dụng trên ban giám hiệu nhà trường, các giáo viên, phụ huynh và người quản lý lớp can thiệp hòa nhập để tìm hiểu lịch sử hình thành, động cơ hình thành mô hình giáo dục hòa nhập, đánh giá, phản hồi và đề xuất cho mô hình giáo dục hòa nhập. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tổ chức lớp can thiệp trong trường mầm non cho trẻ có rối loạn phát triển có những ưu điểm như sự tiện lợi, giảm thời gian và sự vất vả do đưa đón, trẻ có sự thay đổi và tiến bộ nhất định. Tuy vậy mô hình cũng có nhiều hạn chế và khó khăn, đặc biệt là về việc quản lý lớp và việc trao đổi thông tin giữa các bên liên quan.

Từ khóa: mô hình giáo dục hòa nhập, giáo dục hòa nhập, can thiệp sớm, mầm non, rối loạn phát triển.

1. Đặt vấn đề

Sự gia tăng số lượng trẻ rối loạn phát triển, điển hình là trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và khuyết tật trí tuệ kéo theo những thách thức mới, trước hết với gia đình có trẻ rối loạn phát triển, sau đó là nhà trường, xã hội. Việc có con thuộc nhóm rối loạn phát triển đồng nghĩa với việc phụ huynh thêm những mối lo về việc cho con học ở trường nào, làm sao để tăng cường giờ can thiệp cá nhân cho con mà vẫn có giờ học hòa nhập cùng các trẻ khác. Làm sao để con vừa có môi trường hòa nhập tốt, vừa có nơi can thiệp tốt, vừa đảm bảo việc đưa đón thuận tiện, phù hợp với thời gian của phụ huynh, luôn là một thách thức.

Giáo dục hòa nhập là xu thế chung của xã hội hiện nay. Trên thế giới, giáo dục hòa nhập đã đưa vào thành chính sách với tất cả các trẻ em, đến nay đã có 158 quốc gia thông qua Công ước Liên hợp quốc về Quyền của Người khuyết tật (CRPD¹) trong đó Điều 24 cam kết thực hiện hệ thống giáo dục hòa nhập cho tất cả mọi người. Các quan sát viên của ủy ban CRPD có trách nhiệm giám sát và báo cáo lại những sai phạm, sự phân biệt ở các quốc gia trong quá trình thực hiện Công ước Liên hợp quốc về quyền của Người khuyết tật. Cho đến nay nhiều quốc

¹ <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

gia như Canada, Anh, Phần Lan, Kenya, Lebanon, New Zealand, Thổ Nhĩ Kỳ, v.v. đều bắt đầu thực hiện các chính sách về giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật. Tại Mỹ, các bang khác nhau cũng thành lập những trung tâm về giáo dục hòa nhập cấp bang để đảm bảo chính sách và quyền lợi cho trẻ có nhu cầu đặc biệt. Tất cả các trẻ em bao gồm các trẻ có HIV/AIDS; trẻ khuyết tật, tàn tật, trẻ em mồ côi, v.v. đều có quyền nhận được sự hỗ trợ như nhau [5, tr. 7].

Ở Việt Nam năm 2005, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã cam kết với định hướng về giáo dục hòa nhập trên cả nước, đến năm 2006, Bộ đã thông qua Nghị định về giáo dục hòa nhập dành cho trẻ khuyết tật. Năm 2010, Luật về người khuyết tật được ban hành một lần nữa khẳng định cam kết của Chính phủ Việt Nam trong việc cung cấp cơ hội giáo dục cho toàn xã hội, theo đó khẳng định cung cấp giáo dục hòa nhập cho tất cả các trẻ em khuyết tật [8]. Tuy vậy, trên thực tế công tác giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật nói chung, trẻ rối loạn phát triển nói riêng vẫn là bài toán khó, cần thêm nhiều hỗ trợ từ nhà trường, cộng đồng và xã hội.

Trên thế giới, lĩnh vực giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật nói chung và trẻ có rối loạn phát triển nói riêng đã được quan tâm và tìm hiểu từ lâu. Ví dụ các nghiên cứu về các chương trình, phương pháp, nội dung giảng dạy, các kỹ thuật hỗ trợ của các tác giả Stainback và Stainback (1996), tác giả Lipsky và Gartner (1997), Wagner (2002) [15], [12], [20]. Một số nghiên cứu khác đã đánh giá và xem xét các chính sách giáo dục hòa nhập như Sayed và Soudien (2005), Lambe (2007) [14], [10]. Nhóm tác giả Hoskin, Boyle và Anderson (2015) tìm hiểu về thái độ của giáo viên đối với giáo dục hòa nhập, cụ thể các tác giả đã tìm ra rằng thái độ của giáo viên đã được xác định là một yếu tố quan trọng đối với sự thành công của giáo dục hòa nhập [9].

Tại Việt Nam, giáo dục hòa nhập được nhắc đến trong nhiều nghiên cứu và các bài viết tại các hội thảo, ví dụ hội thảo về giáo dục hòa nhập – lý luận và thực tiễn tại hội thảo của Trường Cao đẳng Sư phạm TW TP.HCM tháng 4/2014 đã giới thiệu các mô hình cho trẻ đặc biệt, các biện pháp hỗ trợ trẻ hòa nhập, đi học tại trường tiểu học [22].

Việt Nam đã có một số nghiên cứu thống kê vĩ mô được thực hiện bởi Bộ Giáo dục và Đào tạo về nhu cầu giáo dục trẻ khuyết tật [3], [6]. Một số nghiên cứu khác, ví dụ như của các nhóm tác giả Nguyễn Xuân Hải, nhóm tác giả Nguyễn Văn Lê, đã tập trung vào thực trạng đào tạo hoặc nguồn nhân lực cho can thiệp sớm giáo dục trẻ khuyết tật, bao gồm việc đào tạo cán bộ, giáo viên [7], [11]; hoặc về vấn đề quản lý học sinh, đặc biệt là quản lý hành vi học sinh khuyết tật trong lớp học hòa nhập [13], [16], [18].

Nhìn chung hầu hết các nghiên cứu về giáo dục hòa nhập ở Việt Nam tập trung vào nhóm trẻ khuyết tật nói chung, cụ thể là các dạng khuyết tật “truyền thống” đã được công nhận bởi chính sách và luật pháp như khuyết tật vận động, khuyết tật nghe nói, khuyết tật nhìn, khuyết tật trí tuệ, v.v. chứ chưa chú ý nhiều tới nhóm khuyết tật “mới” như rối loạn phổ tự kỷ hay tăng động giảm tập trung [21, tr. 33]. Trong phạm vi khảo sát, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu quy mô lớn nào về mô hình giáo dục hòa nhập dành riêng cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non.

2. Nội dung

2.1. Các khái niệm cơ bản

2.1.1. Trẻ rối loạn phát triển

Theo tiêu chí của Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản 5, năm 2013 (DSM-5²) của Hiệp hội tâm thần học Hoa Kỳ, rối loạn phát triển là một nhóm các rối loạn khởi phát sớm trong quá trình phát triển, thường ở thời điểm trước khi trẻ đến trường và được đặc trưng bởi những thiếu hụt phát triển, từ đó dẫn đến suy yếu chức năng cá nhân, xã hội, học tập hoặc nghề nghiệp. Phạm vi của các thiếu hụt phát triển rất đa dạng, từ những thiếu sót rất cụ thể của việc học tập hoặc kiểm soát các chức năng lập kế hoạch đến sự suy yếu tổng thể của các kỹ năng xã hội hoặc trí tuệ. Rối loạn phát triển thường xuất hiện đồng thời với nhau; ví dụ, trẻ bị rối loạn phổ tự kỷ thường khuyết tật trí tuệ, trẻ tăng động giảm tập trung thường có khó khăn học tập. Đối với một số rối loạn, biểu hiện lâm sàng bao gồm các triệu chứng như suy giảm và chậm trễ trong việc đạt được các mốc phát triển mong đợi (DSM-5).

Cũng theo DSM-5, rối loạn phát triển có những loại chính và thường gặp như sau:

- *Khuyết tật trí tuệ (hay rối loạn phát triển trí tuệ)*: Các khuyết tật vĩnh viễn do những suy yếu về cơ thể và/hoặc tâm thần bắt đầu từ trước tuổi 18 và ảnh hưởng đến hoạt động chức năng hàng ngày ở ba hoặc hơn các lĩnh vực: Sống độc lập; Tự túc về kinh tế; Học tập; Vận động cơ thể; Ngôn ngữ; Tự chăm sóc.

- *Rối loạn giao tiếp*: Rối loạn giao tiếp bao gồm những suy yếu về ngôn ngữ, lời nói và giao tiếp. Lời nói là sản phẩm bộc lộ ra bên ngoài của âm thanh và bao gồm cách phát âm rõ ràng, sự trôi chảy, giọng nói và chất lượng về độ vang. Các rối loạn giao tiếp thường xuất hiện đồng thời với rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm tập trung và các khuyết tật học tập.

- *Tự kỷ/ rối loạn phổ tự kỷ*: Tự kỷ (Autism), hay rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder, viết tắt là ASD) đều là những thuật ngữ nói đến một nhóm của các rối loạn phức tạp trong sự phát triển của não bộ. Nhóm rối loạn này được đặc trưng bởi những khó khăn trong tương tác xã hội, giao tiếp bằng lời và không lời, các hành vi sở thích định hình lặp lại.

- *Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD)*: ADHD là rối loạn tâm thần và thần kinh-hành vi, đặc trưng bởi khó khăn trong việc tập trung hoặc tăng hoạt động / xung động hay kết hợp cả giảm tập trung chú ý và tăng hoạt động - xung động. ADHD là dạng rối loạn phát triển phổ biến ở trẻ em, chiếm khoảng 2% đến 8% ở trẻ em tuổi đến trường.

Các rối loạn phát triển thường gặp ở trẻ em là rối loạn phát triển trí tuệ, rối loạn giao tiếp, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý.

2.1.2. Giáo dục hòa nhập và mô hình giáo dục hòa nhập

Giáo dục hòa nhập là một quá trình tìm hiểu và đáp ứng nhu cầu đa dạng của tất cả các học sinh bằng cách giúp các em tham gia nhiều hơn vào học tập,

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

tăng cường cơ hội trải nghiệm làm giảm tách biệt trong giáo dục và các hoạt động khác. Để đạt được mục tiêu giáo dục hòa nhập, đòi hỏi phải có những thay đổi và điều chỉnh rõ rệt trong nội dung, tiếp cận, quá trình thực hiện, cấu trúc, biện pháp dạy và học theo quan điểm chung của Giáo dục cho mọi người mà giáo viên đóng vai trò quan trọng không thể thay thế [4].

“Giáo dục hòa nhập là một quá trình liên tục nhằm cung cấp một nền giáo dục chất lượng về nhu cầu, khả năng, đặc điểm và kỳ vọng trong học tập của các em học sinh và cộng đồng và loại bỏ các hình thức phân biệt đối xử” (*Kết luận và kiến nghị của kỳ họp thứ 48 của Hội nghị quốc tế về giáo dục hòa nhập, Geneva, tháng 11, 2008*) [4, tr.4].

Giáo dục hòa nhập không đơn thuần là phương thức giáo dục trong đó trẻ khuyết tật cùng học với trẻ bình thường trong trường phổ thông ngay tại nơi trẻ sinh sống mà là một quá trình thay đổi và cải tiến năng động mà ở đó hệ thống giáo dục và mỗi đơn vị nhà trường, cán bộ quản lý, giáo viên xác định được nhu cầu giáo dục của tất cả các học sinh, không có sự phân biệt đối xử [2]. Theo quan điểm đó, trẻ khuyết tật được coi là chủ thể chứ không phải là đối tượng thụ động tiếp nhận, mỗi trẻ là một cá nhân, một nhân tố có năng lực khác nhau, cách học và tốc độ học khác nhau. Giáo dục hòa nhập là mô hình giáo dục trẻ khuyết tật hiệu quả nhất bởi các trẻ khuyết tật được học cùng một chương trình giáo dục với các trẻ em bình thường khác. Bên cạnh đó chương trình và phương pháp giảng dạy, cách đánh giá cũng được điều chỉnh, đổi mới phù hợp để đáp ứng nhu cầu, năng lực của trẻ khuyết tật đảm bảo cho các trẻ kiến thức chung, tổng thể và cân đối [21, tr. 222].

Can thiệp sớm là hệ thống các dịch vụ cung cấp cho trẻ ở tuổi đến trường hoặc trước tuổi đến trường mà bị phát hiện có nguy cơ cao về các khiếm khuyết phát triển hoặc cần có những nhu cầu đặc biệt để có thể tác động đến quá trình phát triển. Can thiệp sớm bao gồm cả việc cung cấp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu của trẻ và gia đình trẻ. Can thiệp sớm có thể khắc phục hoặc phòng chống một cách tự nhiên nhằm phòng tránh các vấn đề về phát triển cũng như ngăn chặn các khiếm khuyết tiếp tục xảy ra [17].

Như vậy, *mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển trong trường mầm non* có thể hiểu là việc can thiệp sớm trong một môi trường hòa nhập. Trong đó, trẻ vừa được đảm bảo tất cả các quyền lợi về giáo dục như mọi trẻ em khác (tức cùng đi học, cùng sinh hoạt với các trẻ khác) lại vừa được hỗ trợ thêm nhằm cải thiện các vấn đề mà trẻ đang gặp phải thông qua giáo dục cá nhân hoặc nhóm.

2.2. Mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non

Thuật ngữ *giáo dục hòa nhập* được sử dụng từ những năm 70 của thế kỷ trước. Năm 2006, Liên hợp quốc đã đảm bảo giáo dục hòa nhập có được sự ghi nhận mang tính quốc tế với Công ước về Quyền của Người khuyết tật, trong đó có ghi rõ: Với mục đích hiện thực hóa quyền được giáo dục không phân biệt và dựa trên bình đẳng cơ hội, các chính phủ phải đảm bảo một hệ thống giáo dục hòa nhập tại mọi cấp học và sự học hỏi suốt đời hướng tới sự phát triển trọn vẹn tiềm

năng của con người, sự phát triển của người khuyết tật về mặt tính cách, năng khiếu và sự sáng tạo cũng như các khả năng trí tuệ và thể chất đến mức cao nhất có thể; cho phép người khuyết tật có thể tham gia có kết quả trong một xã hội tự do [8].

Hướng dẫn chính sách giáo dục hòa nhập của UNESCO năm 2009 đã nêu rõ giáo dục hòa nhập là quá trình trong đó các trường và các cơ sở giáo dục cần có những hỗ trợ cho tất cả các trẻ em bao gồm cả những trẻ khuyết tật và khó khăn trong việc học [19].

Ở nhiều nước trên thế giới, giáo dục hòa nhập dành cho trẻ rối loạn phát triển được đưa vào chương trình chung. Mỹ có hẳn một luật quy định về chính sách và các dịch vụ cung cấp cho trẻ khuyết tật. Theo Luật giáo dục cá nhân trẻ khuyết tật (IDEA) cho thấy những nhu cầu giáo dục của trẻ khuyết tật từ sơ sinh đến 26 tuổi trong những trường hợp thuộc 13 loại khuyết tật đã được quy định [21].

Chính sách giáo dục hòa nhập được tiến hành ở các cấp từ mầm non cho tới trung học phổ thông. Theo đó các trẻ này cần học ở lớp bình thường gần như cả ngày hoặc ít nhất hơn nửa ngày. Bất cứ lúc nào trẻ có thể nhận được nguồn hỗ trợ hoặc những cấu trúc đặc biệt ngay trong lớp học và trẻ được đối xử như một thành viên của lớp. Với những yêu cầu đặc biệt khác (âm ngữ trị liệu, điều hòa cảm giác, trị liệu vật lý, v.v.), có thể làm gián đoạn cả quá trình của lớp học, trẻ sẽ được đưa ra ngoài lớp để tiếp nhận các dịch vụ [2].

Giáo dục hòa nhập nên bắt đầu từ lứa tuổi mẫu giáo/mầm non bởi rất nhiều nguyên nhân như: mỗi đứa trẻ đều có cơ hội lớn để sống; giáo dục hòa nhập từ đầu là giáo dục hòa nhập trong tương lai; giáo dục hòa nhập sớm có nghĩa là mọi người đều được hưởng lợi ích, bao gồm cả trẻ khuyết tật và các trẻ bình thường; giáo dục hòa nhập hướng tới những tình bạn thật sự mà gây dựng nó từ mầm non mẫu giáo dễ dàng hơn [2].

Như chúng tôi đã nhấn mạnh, mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển ở trường mầm non có thể hiểu là việc can thiệp sớm trong môi trường hòa nhập. Các trẻ đảm bảo tuân thủ các quy trình của giáo dục hòa nhập: (1.) Tìm hiểu khả năng và nhu cầu của trẻ khuyết tật bằng các phương pháp quan sát, phỏng vấn...; (2.) Xây dựng mục tiêu và lập kế hoạch giáo dục cá nhân; (3.) Tổ chức thực hiện; (4.) Đánh giá kết quả giáo dục trẻ khuyết tật (thông qua các phương pháp quan sát, phỏng vấn, đánh giá qua sản phẩm, test, tự đánh giá và tập thể đánh giá) [3, tr.18-34].

Các chương trình hỗ trợ giáo dục hòa nhập cho trẻ mầm non đều nằm trong chính sách ở nhiều nước phát triển như Anh, Maryland, Australian, Mỹ. Ở Việt Nam, chính sách dành cho trẻ đã được đề cập đến trong nhiều văn bản chính sách, các cam kết quốc tế. Cụ thể là Công ước về Quyền của Người khuyết tật (CRPD) vào tháng 10/2007; Luật Người khuyết tật 2012; Chiến lược và Kế hoạch giáo dục trẻ khuyết tật giai đoạn 2007 – 2010 tầm nhìn 2015 v.v. Nhiều hội thảo, dự án thí điểm cũng được tiến hành trong thời gian qua như Dự án Giáo dục Hòa nhập tại tỉnh Bắc Kạn của Handicap International; Trung tâm Hỗ trợ Giáo dục hòa

nhập cho trẻ khuyết tật Đăk Lăk; hay Hệ thống Chăm sóc Hy vọng – Children of Việt Nam (Đà Nẵng, Bắc Trung Bộ) [8].

2.3. Thực trạng triển khai/Thực hiện mô hình Giáo dục hòa nhập cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non

2.3.1. Động cơ và lịch sử hình thành lớp can thiệp

Việc nhận thấy một nhóm học sinh trong trường có vấn đề về khả năng hòa nhập, về nhận thức, về giao tiếp, ngôn ngữ, đồng thời, theo quy định của Bộ giáo dục, mỗi lớp sẽ có tối đa 2 học sinh khuyết tật, vì vậy ban giám hiệu trường đã thành lập lớp hòa nhập với mục đích hỗ trợ cho từng trường hợp có khó khăn học tập và kỹ năng sống giúp trẻ hòa đồng hơn với môi trường lớp mầm non và theo được chương trình học mầm non, phát triển đúng với lứa tuổi.

Lớp can thiệp được sự tạo điều kiện và hỗ trợ từ phía ban giám hiệu nhà trường đã hoạt động được hơn 2 năm. Ban đầu, lớp do một cá nhân phụ trách, giáo viên can thiệp của lớp có bằng cao đẳng hoặc đại học về giáo dục đặc biệt. Từ tháng 6/2014, trường bắt đầu hợp tác với một trung tâm chuyên biệt nhằm phát triển và tổ chức mô hình can thiệp hòa nhập một cách hiệu quả. Mong muốn của nhà trường cũng như của các nhà chuyên môn là bước đầu duy trì lớp can thiệp và đẩy mạnh hiệu quả của mô hình can thiệp và hỗ trợ hòa nhập, tạo sự hỗ trợ khoa học, chuyên nghiệp trong mô hình giáo dục hòa nhập ở Việt Nam.

Hiện tại, lớp can thiệp có 1 giám sát chung, 1 giám sát chuyên môn, 1 trưởng nhóm và 5 giáo viên can thiệp trực tiếp. Hiện lớp có 6 học sinh được can thiệp theo giờ, 2 học sinh được can thiệp sớm theo nhóm và 3 học sinh được can thiệp nhóm tiền tiểu học. Mỗi học sinh/nhóm sẽ có 2 giáo viên phụ trách, dạy xen kẽ các buổi trong tuần và được giám sát, đánh giá trong quá trình can thiệp.

2.3.2. Quy trình tổ chức mô hình giáo dục hòa nhập

Khi trẻ trên lớp có khó khăn, trẻ thường được giáo viên trên lớp giới thiệu liên hệ với người quản lý của lớp can thiệp. Phụ huynh có lo lắng băn khoăn về sự phát triển của sẽ trao đổi trực tiếp với quản lý lớp can thiệp để được tư vấn và hỗ trợ. Mỗi trẻ tham gia lớp được trải qua các bước như (1.) đánh giá, chẩn đoán nhằm tìm hiểu khả năng và nhu cầu của trẻ; (2.) được định hướng can thiệp bao gồm: kế hoạch giáo dục cá nhân, phương pháp và kỹ thuật can thiệp cho giáo viên và cho gia đình; (3.) giáo viên sẽ lên chương trình can thiệp chi tiết và cụ thể cho từng trẻ một, đồng thời với sự thảo luận và đồng thuận của gia đình; (4.) trẻ được thực hiện chương trình can thiệp như gia đình và giáo viên đã thống nhất, bao gồm mục tiêu trọng tâm mà trẻ cần đạt được trong vòng 6 tháng và kế hoạch từng tháng một; (5.) cuối mỗi tháng, mỗi trẻ sẽ có báo cáo cá nhân về ưu điểm, hạn chế của trẻ trong tháng đó nhằm đánh giá các kỹ năng của trẻ và là cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch tháng tiếp theo; (6.) việc can thiệp của giáo viên cho mỗi trẻ sẽ được giám sát về thời gian, kỹ thuật, tính cam kết và sự đầu tư dành cho trẻ; (7.) đánh giá lại toàn bộ kỹ năng của trẻ 6 tháng một lần, cùng với phụ huynh định hướng can thiệp cho 6 tháng tiếp theo. Bên cạnh đó, các buổi gặp gỡ, trao đổi giữa cán bộ can thiệp với giáo viên mầm non và phụ huynh diễn ra một lần/tháng nhằm phối hợp thực hiện giáo dục hòa nhập cho trẻ. Cụ thể, giáo viên mầm non

được trang bị kiến thức và kỹ năng dạy hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển, phụ huynh được tập huấn các kỹ năng hỗ trợ con tại gia đình.

2.3.3. Đánh giá từ phía ban giám hiệu và giáo viên về mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non

Qua phỏng vấn ban giám hiệu trường mầm non, lớp can thiệp có những thuận lợi như nằm trong trường mầm non, việc đưa đón trẻ khá thuận lợi, có không gian riêng biệt cho can thiệp cá nhân và không gian chung cho can thiệp vận động. Bên cạnh những thuận lợi, lớp vẫn có những hạn chế về kinh phí phát triển và sự liên kết với các giáo viên, các lớp mầm non, chưa cung cấp dịch vụ can thiệp hòa nhập ngay tại lớp mầm non; chưa đủ nhân sự có kinh nghiệm, v.v.

Kết quả phỏng vấn và điều tra giáo viên lớp có trẻ rối loạn phát triển cho thấy những trẻ đó gặp có khó khăn như:

Những trẻ có rối loạn phát triển đều có khó khăn về khả năng hiểu và thực hiện yêu cầu; khả năng nói và thể hiện nhu cầu/mong muốn của bản thân; khả năng tự phục vụ và nhận thức. Một số trẻ gặp khó khăn về khả năng bắt chước (71,1%), kỹ năng chơi (85,7%); vận động tinh (85,7%) và vận động thô (66,7%). Đồng thời, trẻ cũng gặp một số vấn đề hành vi như chạy nhảy quá nhiều, ném đồ, cắn, cầu bạn...)

Bảng 1: Đánh giá khó khăn và sự tiến bộ của trẻ sau khi học lớp can thiệp hòa nhập (%)

Lĩnh vực	Điểm trung bình
Tương tác xã hội	0,71
Kỹ năng vận động thô	0,83
Kỹ năng vận động tinh	0,86
Nhận thức	1,00
Kỹ năng tự phục vụ	1,14
Khả năng nói, thể hiện nhu cầu/mong muốn của bản thân	1,29
Hiểu và thực hiện yêu cầu	1,29
Bắt chước	1,33
Kỹ năng chơi	1,33

Giáo viên trong trường cũng đánh giá mức độ tiến bộ của trẻ sau khi được can thiệp, cụ thể: trẻ tiến bộ nhiều nhất về kỹ năng chơi, bắt chước, hiểu và thực hiện yêu cầu; nói và thể hiện nhu cầu của bản thân. Đây là những lĩnh vực quan

sát thấy sự thay đổi khá rõ rệt trước và sau khi can thiệp, hơn nữa môi trường lớp học cũng là môi trường thuận lợi nhất để trẻ bộc lộ những tiến bộ của mình trong khi chơi với bạn, chơi đúng chức năng khi chơi xếp hình, ô tô; hay nghe - hiểu yêu cầu, đơn giản như ngồi ghế, cất đồ chơi, đi vệ sinh, lấy cho cô ba lô hoặc thể hiện mong muốn khi muốn đi vệ sinh, muốn chơi bóng. Các mặt tiến bộ ít hơn như vận động tinh, vận động thô hay ít nhất là tương tác xã hội đều là những mặt hạn chế trong khả năng và lĩnh vực phát triển của trẻ đòi hỏi quá trình can thiệp liên tục và lâu dài.

Những đánh giá này phù hợp với quy trình can thiệp của lớp can thiệp hòa nhập bởi hầu hết các trẻ cần được can thiệp là những trẻ trong độ tuổi từ 3 – 4 tuổi, các kỹ năng cơ bản như bắt chước, tự phục vụ, nghe – hiểu và thực hiện yêu cầu còn khá thấp, điều này không chỉ cản trở trẻ trong sinh hoạt hàng ngày mà còn ảnh hưởng tới khả năng hòa nhập của trẻ. Quy trình can thiệp của mỗi trẻ cũng lấy những kỹ năng cụ thể và cơ bản trên làm tiền đề cho các kỹ năng đòi hỏi phối hợp cao hơn như vận động tinh, nhận thức, tương tác xã hội, v.v. Bên cạnh đó, những đánh giá trên cũng còn ảnh hưởng bởi môi trường và tình huống để trẻ có thể thể hiện những kỹ năng đã được can thiệp của mình. Đây cũng là một hạn chế trong thực hiện mô hình khi chưa có sự liên kết, phối hợp hiệu quả giữa giáo viên mầm non và giáo viên can thiệp.

Đánh giá của giáo viên về ưu, nhược điểm của mô hình can thiệp hòa nhập đã và đang được tiến hành cho thấy:

- Ưu điểm của mô hình: Trẻ được can thiệp có tiến bộ; trẻ được can thiệp kịp thời trong độ tuổi phát triển; việc đưa đón trẻ thuận lợi. Lớp can thiệp tại trường mầm non có lợi thế về việc thu thập thông tin về vấn đề của trẻ trong môi trường mầm non, trao đổi với giáo viên mầm non cũng thuận lợi hơn. Giáo viên can thiệp cũng có hỗ trợ được trẻ khá nhiều hoạt động trong trường của trẻ.

- Nhược điểm của mô hình: Giáo viên mầm non thấy rằng giáo viên lớp can thiệp trao đổi với giáo viên chưa nhiều, điều này dẫn tới việc giáo viên mầm non không biết trẻ đang được can thiệp những gì và cho rằng mục tiêu can thiệp cho trẻ chưa rõ ràng, giáo viên mầm non không thể củng cố được cho trẻ trên lớp, chưa tạo được sự tin tưởng với giáo viên Mầm non và phụ huynh học sinh. Chương trình can thiệp cho trẻ cũng chưa có giờ can thiệp cho trẻ trên lớp mầm non (ví dụ như ít nhất 1h/tuần) để hỗ trợ trẻ trong môi trường lớp hòa nhập hay hỗ trợ giáo viên mầm non dạy trẻ. Về thời gian học của trẻ, do khó khăn trong việc sắp xếp giáo viên nên có trẻ phải học vào giờ ăn gây khó khăn cho sinh hoạt của lớp mầm non.

Giáo viên mầm non đề xuất là nên có hỗ trợ tài chính cho giáo viên can thiệp cũng như giáo viên mầm non nên có trẻ rối loạn phát triển, nên tăng cường trao đổi thông tin giữa giáo viên can thiệp và giáo viên mầm non, tăng thời gian học và phối hợp cùng phụ huynh ở nhà cũng như giáo viên trên lớp của trẻ.

2.3.4. Đánh giá từ phía phụ huynh

Quá trình thu thập thông tin từ một số phụ huynh có con đang học tại lớp can thiệp, nhóm nghiên cứu thu được các thông tin như sau:

Về mức độ kỳ vọng của phụ huynh với các lĩnh vực phát triển của con:

Khi lựa chọn mô hình can thiệp hòa nhập, tất cả các phụ huynh đều có những kỳ vọng nhất định vào sự tiến bộ của con. Nhóm nghiên cứu đã khảo sát để biết được mức độ kỳ vọng của các phụ huynh ở các lĩnh vực khác nhau. Kết quả cho thấy Điểm trung bình (ĐTB) = 2,63/3 (điểm tối đa là 3 – tức là *Rất kỳ vọng*). ĐTB từng lĩnh vực cụ thể dao động từ 2,5 đến 2,75. Điều này cho thấy các phụ huynh đều khá kỳ vọng vào sự phát triển của con ở tất cả các lĩnh vực.

Về sự tiến bộ của trẻ sau thời gian can thiệp:

Với thông tin thu được qua đánh giá phụ huynh cho thấy điểm trung bình sự tiến bộ của con là ĐTB = 2,1, tức là ở sát mức 2, tức là có *Tiến bộ một chút*. Trong số 10 lĩnh vực đưa ra khảo sát cho thấy nhóm các lĩnh vực tiến bộ gồm có: ngôn ngữ tiếp nhận, ngôn ngữ biểu đạt, bắt chước, vận động tinh và vận động thô. Nhóm các vấn đề ở mức có tiến bộ bao gồm lĩnh vực giao tiếp nói chung, kỹ năng chơi và ít tiến bộ nhất là lĩnh vực tương tác và nhận thức của trẻ.

Đánh giá về chất lượng của mô hình lớp can thiệp:

Kết quả khảo sát 7 khía cạnh khác nhau trong mô hình lớp can thiệp cho thấy:

Bảng 2 - Đánh giá về mô hình lớp can thiệp từ phía phụ huynh (%)

Mức độ	Đánh giá					Điểm trung bình	Xếp hạng (từ tốt nhất đến kém nhất)
	Còn rất yếu	Chưa tốt	Tạm ổn	Tốt	Rất tốt		
Lĩnh vực							
1. Địa điểm: trong trường, tiện việc đưa đón và can thiệp hòa nhập	0	0	0	25	75	3,75	1
2. Cơ sở vật chất: đồ chơi, phòng học, trang thiết bị	0	0	0	50	50	3,50	2
3. Giáo viên can thiệp	0	0	25	25	50	3,25	2
4. Sự phối hợp giữa quản lý lớp, cán bộ can thiệp và phụ huynh	0	0	25	50	25	3,00	3
5. Chương trình can thiệp	0	0	50	25	25	2,75	4
6. Hoạt động can thiệp	0	0	50	25	25	2,75	4
7. Hiệu quả với sự phát triển của trẻ	0	0	50	25	25	2,75	4

Như vậy có thể thấy đánh giá của phụ huynh về mô hình can thiệp hòa nhập ở mức độ tạm ổn. Không có phương diện nào được đánh giá là chưa tốt. Lĩnh vực được đánh giá rất tốt là địa điểm thuận lợi. Tiếp đến là cơ sở vật chất và

giáo viên can thiệp. Các lĩnh vực được đánh giá tạm ổn bao gồm: chương trình can thiệp, hoạt động can thiệp và hiệu quả đối với sự phát triển của trẻ.

Về đề xuất của phụ huynh đối với mô hình can thiệp hòa nhập:

Những ý kiến, đề xuất của phụ huynh đều có liên quan đến sự tương tác, trao đổi giữa giáo viên can thiệp, giáo viên mầm non và phụ huynh, cụ thể là “*Giáo viên (tức cán bộ can thiệp) cần liên hệ trao đổi với phụ huynh rõ hơn. Người phụ trách quản lý phải nắm được tình hình của trẻ, đánh giá trẻ thực tế hơn.*” hoặc “*Tăng cường sự phối hợp giữa giáo viên can thiệp và giáo viên trường mầm non*”.

2.3.5. Đánh giá từ phía cơ sở hợp tác đối với mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non

Người quản lý trực tiếp của lớp can thiệp có một số ý kiến về thuận lợi và khó khăn của mô hình:

Mặt thuận lợi, mô hình này có môi trường mầm non để giáo viên can thiệp có thể quan sát trẻ (bao gồm, quan sát lớp học, tương tác với bạn, các hoạt động trò chơi ở sân trường). Thứ hai, môi trường mầm non rộng rãi, thoáng mát, có nhiều đồ chơi, trò chơi có thể tổ chức hoạt động cho trẻ. Thứ ba, các bên tạo điều kiện để hỗ trợ tốt cho trẻ: gia đình phối hợp về giờ giấc đưa đón trẻ, nhà trường hỗ trợ về mặt cơ sở vật chất.

Tuy vậy, có nhiều khó khăn như giờ can thiệp đôi khi còn phụ thuộc vào giờ làm việc tại lớp mầm non, thời gian dành cho trẻ để hướng dẫn các kỹ năng tự phục vụ - kỹ năng xã hội ít hơn do trẻ chỉ có thể học 1-2 giờ/ngày; tiếp đến là khó khăn trong việc phối hợp với giáo viên ở lớp mầm non; việc trao đổi với phụ huynh cũng gặp không ít khó khăn (vì không phải bao giờ cũng gặp được để trao đổi); thông tin nhận được nhiều chiều và phức tạp.

2.4. Đề xuất mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ có rối loạn phát triển trong trường mầm non

Từ thực tiễn nghiên cứu, từ những thuận lợi và khó khăn/hạn chế của mô hình đang triển khai và những ý kiến thu thập được từ phía nhà trường, giáo viên, phụ huynh, cơ sở can thiệp, nhận thấy việc có một bộ phận hỗ trợ cho các trẻ có rối loạn trong trường mầm non là rất thiết thực và cấp bách. Một số đề xuất có thể rút ra từ nghiên cứu này như sau:

- Quy trình can thiệp: gồm 7 bước cụ thể như đã được thảo luận ở mục 2.3.2. Chúng tôi cho rằng đây là mô hình tối ưu cho điều kiện và hoàn cảnh ở Việt Nam hiện nay, nên được tiếp tục duy trì.

- Mô hình giáo dục hòa nhập nên có sự hợp tác giữa trường mầm non và một cơ sở chuyên biệt nhằm đảm bảo hiệu quả giáo dục vừa hòa nhập lại vừa giúp đáp ứng nhu cầu riêng cho từng trẻ.

- Cần có sự phối hợp giữa trường và cơ sở trong các lĩnh vực như cơ sở vật chất; liên kết giáo viên can thiệp với giáo viên mầm non; chương trình học, về hoạt động có thể hỗ trợ trẻ có rối loạn phát triển hòa nhập, về thời gian học, về môi trường, về chuyên môn, v.v.

- Tổ chức lớp can thiệp theo các hình thức: can thiệp cá nhân, can thiệp nhóm, can thiệp hòa nhập, can thiệp tiền tiểu học tùy vào mức độ và vấn đề của trẻ.

- Cơ cấu tổ chức: Gồm có người giám sát và định hướng chung, giám sát chuyên môn trực tiếp, trưởng nhóm can thiệp, giáo viên can thiệp trực tiếp và cần có những buổi chia sẻ chuyên môn nhằm thông báo và chia sẻ tình hình của trẻ để quá trình can thiệp được giám sát, khoa học, chuyên nghiệp và hiệu quả.
- Tăng cường trao đổi trực tiếp với phụ huynh thông qua các kênh khác nhau như điện thoại, gặp mặt, email, các nhóm trên facebook, số liên lạc, v.v.
- Tổ chức tập huấn cho phụ huynh về các chuyên đề cần thiết cho quá trình hỗ trợ con tại nhà của phụ huynh.

3. Kết luận

Ý kiến của các bên liên quan trong mô hình giáo dục hòa nhập này đều cho thấy ý nghĩa và tầm quan trọng có một lớp can thiệp trong trường mầm non, bởi sự tiện lợi, giảm thời gian và sự vất vả do đưa đón, một số trẻ đã có thay đổi và tiến bộ khi được can thiệp sớm. Tuy vậy, mô hình này còn nhiều khó khăn, trong đó hai khó khăn chủ đạo là việc quản lý lớp và việc trao đổi thông tin giữa 3 bên: nhà trường (giáo viên lớp có trẻ gặp vấn đề), trung tâm chuyên biệt (gồm người quản lý và cán bộ can thiệp) và phụ huynh có con học lớp can thiệp. Dịch vụ can thiệp của lớp chưa có phần can thiệp cho trẻ ngay tại lớp học của trẻ.

Việc liên kết giữa trường mầm non và cơ sở chuyên môn tạo thuận lợi cho việc hỗ trợ trẻ luôn có chuyên gia giám sát, đánh giá; đội ngũ giáo viên luôn được đào tạo, học hỏi nâng cao trình độ và đội ngũ giáo viên mầm non được hiểu và tiếp xúc với các hình thức can thiệp để hiểu vấn đề của trẻ hơn, có phương hướng đúng đắn giúp đỡ trẻ trong quá trình hòa nhập.

Tuy vậy, trong bối cảnh trẻ có các rối loạn phát triển ngày càng phổ biến, các mô hình can thiệp và giáo dục chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu của trẻ và gia đình, chính sách và sự hỗ trợ của nhà nước tuy có mạnh mẽ nhưng chưa đủ và chính gia đình trẻ có vấn đề phải tự chi phí và lo toan mọi thứ, việc có một lớp can thiệp trong trường mầm non là một điểm mới, điểm sáng nên được khích lệ và nhân rộng. Chính vì thế, mô hình này rất cần được sự nhận định và quan tâm đúng mức của các cơ quan thẩm quyền nói chung và các bên trực tiếp thực hiện nói riêng. Mô hình này hướng tới sự hỗ trợ hòa nhập cho trẻ ở nhiều môi trường khác nhau, vì vậy rất cần có sự trao đổi thông tin và thống nhất phương thức làm việc giữa các giáo viên can thiệp, giáo viên mầm non, giám sát chuyên môn, trường mầm non và gia đình. Đồng thời, mô hình này cũng hướng tới nâng cao nhận thức của giáo viên và phụ huynh về mô hình giáo dục hòa nhập để họ thực sự là một thành phần và được tham dự đóng góp vào mô hình này và cũng là để tinh thần trách nhiệm, tính tương thân tương ái, vì tương lai trẻ em được phát huy một cách hiệu quả nhất.

Tài liệu tham khảo

1. American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Pub, Page 31-85.

2. Booth, T., Ainscow, M., & Kingston, D., 2006. *Index for Inclusion: Developing Play, Learning and Participation in Early Years and Childcare*. Centre for Studies on Inclusive Education. Redland, Frenchay Campus, Coldharbour Lane, Bristol BS16 1QU, UK.
3. Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2006. Giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật ở tiểu học, NXB Giáo dục; tr. 18 – 34.
4. Bộ Giáo dục và Đào tạo & UNESCO tại Việt Nam, 2014. *Tài liệu hiệu chỉnh “Tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng giáo viên giáo dục hòa nhập” – Tài liệu 1 – Giới thiệu*.
5. Nguyễn Xuân Hải, 2010. *Giáo trình Quản lý giáo dục hòa nhập*, NXB Đại học sư phạm.
6. Nguyễn Xuân Hải, 2008. *Giáo dục hòa nhập – Góc nhìn từ kết quả một nghiên cứu đánh giá nhu cầu giáo dục của trẻ khuyết tật ở tỉnh Bắc Kạn*, Tạp chí Khoa học – Trường ĐHSP Hà Nội, số 2, tr148-157.
7. Nguyễn Xuân Hải, Trần Thị Thiệp, Hoàng Thị Nho, 2014. *Đào tạo, bồi dưỡng giáo viên giáo dục hòa nhập ở Việt Nam*. Tạp chí Giáo dục Số đặc biệt, tr7-10.
8. Lê Minh Hằng, 2013. *Giáo dục hòa nhập – Cánh cửa rộng mở cho trẻ em khuyết tật tại Việt Nam*, Khóa luận tại trường Swarthmore College, Pennsylvania, Hoa Kỳ.
9. Hoskin, J., Boyle, C., & Anderson, J., 2015. Inclusive education in pre-schools: predictors of pre-service teacher attitudes in Australia. *Teachers and Teaching*, 1-16.
10. Lambe, J., 2007. Student teachers, special educational needs and inclusion education: reviewing the potential for problem-based, e-learning pedagogy to support practice. *Journal of Education for Teaching*, 33(3), 359-377.
11. Nguyễn Văn Lê và cộng sự, 2012. *Báo cáo nghiên cứu về năng lực nguồn nhân lực cho can thiệp sớm giáo dục trẻ khuyết tật Việt Nam*, Hà Nội, Việt Nam.
12. Lipsky, D. K., & Gartner, A., 1997. *Inclusion and School Reform: Transforming America's Classrooms*. Paul H. Brookes Publishing Co., PO Box 10624, Baltimore, Maryland.
13. Hoàng Thị Nho, 2014. *Tìm hiểu sự hỗ trợ của giáo viên với học sinh khiếm thị - Lớp 1 học hòa nhập*, Tạp chí Giáo dục Số đặc biệt, tr84-85.
14. Sayed, Y., & Soudien, C., 2005. Decentralisation and the construction of inclusion education policy in South Africa. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 35(2), 115-125.

15. Stainback, S. B. E., & Stainback, W. C., 1996. *Inclusion: A guide for educators*. Paul H Brookes Publishing.
16. Trần Thị Minh Thành, 2014. *Hành vi có vấn đề và quản lý hành vi của học sinh khiếm khuyết về học trong lớp tiểu học hòa nhập*. Tạp chí Giáo dục Số đặc biệt, tr20-22.
17. Trần Thị Thiệp, Bùi Thị Lâm, Hoàng Thị Nho, Trần Thị Minh Thành, 2006. *Giáo trình Can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật*, NXB Giáo dục.
18. Nguyễn Trang Thu, 2014. Chiến lược hỗ trợ học tập cho học sinh khuyết tật trí tuệ trong môi trường hòa nhập, Tạp chí Giáo dục Số đặc biệt, tr41-44.
19. UNESCO, 2009. Policy guidelines on inclusion in education.
20. Wagner, S., 2002. *Inclusive Programming for the Middle School Student with Autism/Asperger's Syndrome: Topics and Issues for Consideration by Teachers and Parents*. Future Horizons.
21. Nguyễn Thị Hoàng Yến, 2012. *Giáo dục đặc biệt và những thuật ngữ cơ bản*, NXB Đại học Sư phạm.
22. Trường Cao đẳng Sư phạm TW TP.HCM, 2014. *Kỷ yếu Giáo dục hòa nhập – lý luận và thực tiễn*.

Chiến lược ứng phó của học sinh với bắt nạt trực tuyến

Trần Văn Công³, Nguyễn Phương Hồng Ngọc, Ngô Thùy Dương, Nguyễn Thị Thắm

Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

Tóm tắt: Bài viết đề cập tới một nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối quan hệ giữa bắt nạt trực tuyến và cách ứng phó của học sinh trung học khi các em bị bắt nạt trực tuyến. 736 học sinh của 8 trường THCS và THPT ở Hà Nội, Hà Nam và Hải Dương đã tham gia vào nghiên cứu này. Kết quả cho thấy 183 học sinh (chiếm 24% tổng số khách thể nghiên cứu) là nạn nhân của ít nhất một hình thức bắt nạt trực tuyến. Mức độ và hình thức bị bắt nạt ở nạn nhân có sự khác biệt xét về mặt giới tính, khu vực sống, độ tuổi và cấp học. Nạn nhân thường ít chia sẻ việc mình bị bắt nạt, và lãng tránh vấn đề này, tuy vậy các em nhận thức được sự nghiêm trọng của bắt nạt trực tuyến, coi đó không phải chuyện bình thường chỉ xảy ra trên mạng.

Từ khóa: chiến lược ứng phó, bắt nạt, bắt nạt trực tuyến, học sinh

Đặt vấn đề

Bắt nạt luôn là một vấn nạn trong trường học [1]. Vấn đề này đã trở thành trung tâm của nhiều nghiên cứu từ năm 1970. Tuy nhiên, một hình thức mới của bắt nạt được gọi là bắt nạt trực tuyến hiện đang trở thành vấn đề đáng lo ngại trong thế kỷ XXI. Thay vì việc bắt nạt chỉ diễn ở trường, học sinh bắt đầu sử dụng công nghệ như máy tính và điện thoại di động để bắt nạt lẫn nhau [2].

Đặc biệt, trong những năm trở lại đây, cùng với sự phát triển nhanh chóng và phổ biến của mạng internet và các phương tiện công nghệ như máy tính, điện thoại di động, học sinh là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến có xu hướng tăng lên [3], [4]. Tại nhiều nước trên thế giới, bắt nạt trực tuyến được xem là một vấn đề đáng báo động và có ảnh hưởng tiêu cực đến rất nhiều thanh thiếu niên [3], [5], [6].

Bắt nạt trực tuyến là một hình thức mới và để lại hậu quả nghiêm trọng hơn so với những hình thức bắt nạt, bạo lực học đường khác [7]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiều trường hợp học sinh bị bắt nạt trực tuyến đã xảy ra và để

³ TS. Trần Văn Công, chủ nhiệm Bộ môn Tư vấn Học đường, Khoa Các Khoa học Giáo dục, trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội. ĐT: 0978205905. Email: congvtv@vnu.edu.vn

lại hậu quả là những vụ tự sát thương tâm được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng. Có thể thấy, đây là hình thức bắt nạt vô cùng nguy hiểm bởi hậu quả nó để lại không chỉ là những vết thương trên thân thể như bắt nạt thông thường, nó tác động đến mối quan hệ xã hội, học tập, gây ra sự tổn thương tâm lý, tinh thần, nghiêm trọng hơn là có thể ảnh hưởng đến cả tính mạng của học sinh [2]. Đáng chú ý là bắt nạt trực tuyến đã và đang xảy ra nhiều nhất ở thanh thiếu niên, lứa tuổi tiếp xúc nhiều với mạng internet và các thiết bị điện tử nhưng các em chưa có đủ kinh nghiệm và suy nghĩ chín chắn để ứng phó khi gặp phải những tình huống khó khăn như bị bắt nạt [8], [9]. Tuy nhiên, một điều rõ ràng là những tác động tiêu cực của bắt nạt trực tuyến có thể được giảm nhẹ đến một mức độ nào đó bằng cách áp dụng các chiến lược ứng phó [10].

Một số khái niệm

Bắt nạt trực tuyến⁴

Bắt nạt trực tuyến là khái niệm với rất nhiều tên gọi khác nhau. Những nghiên cứu đầu tiên về vấn đề này sử dụng những khái niệm như quấy rối trên mạng (online harassment) [11], quấy rối trực tuyến (cyber-harrassment) [2].

Bill Belsey (2005), nhà giáo dục người Ca-na-đa là người đầu tiên đưa ra một cách khái quát nhất khái niệm “bắt nạt trực tuyến” (cyberbullying) là sử dụng thông tin và sự kết nối công nghệ thông tin như là thư điện tử, điện thoại di động hay tin nhắn văn bản, trang web cá nhân với dự định làm hại đến danh dự ai đó một cách cố ý, lặp đi lặp lại, hành vi mang tính thù địch bởi một cá nhân hay một nhóm [12].

Kế thừa và phát triển từ những công trình trước đó, trong một số nghiên cứu thời gian gần đây, khái niệm bắt nạt trực tuyến được đưa ra cụ thể hơn về mặt cách thức và phương tiện sử dụng để bắt nạt. Bauman (2007) và một số nhà nghiên cứu đã định nghĩa bắt nạt trực tuyến là bắt nạt bằng lời nói hoặc quan hệ thực hiện bằng cách sử dụng phương tiện truyền thông điện tử hoặc thiết bị công nghệ không dây, là sự gây hấn xảy ra thông qua các thiết bị công nghệ hiện đại, đặc biệt là điện thoại di động và mạng internet [13], [14], [15]; là gửi và đăng tải những tin nhắn hoặc hình ảnh có hại hoặc ác ý bằng cách sử dụng mạng internet hoặc các phương tiện kết nối kỹ thuật số khác [16]; là việc sử dụng internet hoặc các thiết bị kết nối kỹ thuật số để xúc phạm hay đe dọa ai đó [17]; là bắt nạt thông qua các công cụ liên lạc điện tử như email (thư điện tử), điện thoại, tin nhắn hay các trang web [18]; là việc sử dụng công nghệ truyền thông hiện đại để gửi xúc phạm hoặc đe dọa tin nhắn trực tiếp cho nạn nhân hoặc gián tiếp cho người khác, để chuyển thông tin liên lạc bí mật hoặc hình ảnh của nạn nhân cho người khác xem một cách công khai [19], [20]; là tình huống mà một ai đó có chủ đích, quấy

⁴ Tiếng Anh là cyberbullying

rầy lặp đi lặp lại, lấy ra làm trò đùa, đối xử tàn tệ với một người khác trên phương tiện truyền thông xã hội, qua tin nhắn hay những con đường trực tuyến khác [3].

Bắt nạt trực tuyến có những đặc điểm khác biệt so với bắt nạt mặt đối mặt truyền thống [3], [21], [21]. Hiện tượng này xảy ra thông qua việc sử dụng công nghệ như là điện thoại di động hay internet [12], [16], [14]. Do vậy, thủ phạm có thể giấu tên [22] hoặc giữ khoảng cách giữa họ và nạn nhân [21]. Bắt nạt trực tuyến cũng có tính chất xảy ra lặp đi lặp lại giống như bắt nạt truyền thống [22], [23], [3]. Môi trường mạng internet giúp thủ phạm dễ dàng để thực hiện việc bắt nạt ở bất cứ nơi nào nên có thể tác động đến nạn nhân 24/7 [3].

Từ đó, chúng tôi rút ra khái niệm bắt nạt trực tuyến như sau: ***Bắt nạt trực tuyến nằm trong hình thức bắt nạt gián tiếp, xảy ra khi một người hoặc một nhóm người (thủ phạm) thực hiện hành vi bắt nạt thông qua các tiện ích và ứng dụng trên internet hướng tới việc làm tổn thương tinh thần, tâm lý của người khác (nạn nhân) một cách có chủ ý, lặp đi lặp lại và có thái độ đe dọa, thù địch.***

Ứng phó

Những tình huống, những khó khăn tâm lý xuất hiện phổ biến như stress đã hướng các nhà nghiên cứu tâm lý quan tâm tới việc tìm hiểu cách ứng phó như thế nào. Xuất phát điểm cho những nghiên cứu về thuật ngữ ứng phó ngày nay là nghiên cứu với thuật ngữ cơ chế phòng vệ (defense mechanism) của nhà tâm thần học nổi tiếng Sigmund Freud. Haan (1963) đã phát triển thuật ngữ này với 20 cơ chế cái Tôi (Ego mechanisms) và 10 cơ chế ứng phó (coping mechanisms). Hiểu ứng phó trong thuật ngữ Ego, ứng phó có mục đích và liên quan đến việc lựa chọn, trong khi cơ chế phòng vệ mang tính khuôn mẫu. Thuật ngữ ứng phó (coping) không được nhắc đến trong các từ khóa tóm tắt trong các nghiên cứu tâm lý học cho đến năm 1967. Sau đó, các hình thức gọi khác nhau được sử dụng như phong cách ứng phó, khả năng ứng phó (coping style, coping resources), v.v. [24].

Trong những nghiên cứu sau này, ứng phó có thể được định nghĩa là tổng thể nỗ lực nhận thức và hành vi cá nhân sử dụng để giảm ảnh hưởng của căng thẳng [25]. Snyder và Dinoff (1999) đã đưa ra một định nghĩa có sự tổng hợp nhiều quan điểm trước đó: ứng phó là một phản ứng nhằm giảm bớt gánh nặng về thể chất, tình cảm và tâm lý có liên quan đến các sự kiện cuộc sống căng thẳng và phức tạp hàng ngày [26]. Theo Delongis và cộng sự (2011) trong một nghiên cứu về ứng phó với stress, định nghĩa ứng phó là sự nỗ lực nhận thức và thực hiện các hành vi để giải quyết vấn đề [27].

Tác giả Phan Thị Mai Hương định nghĩa về cách ứng phó và phân biệt với chiến lược ứng phó: “...hành vi ứng phó là cách mà cá nhân thể hiện sự tương tác của mình với hoàn cảnh tương ứng với logic của riêng họ, với ý nghĩa trong cuộc sống của con người và với những khả năng tâm lý của họ”. Định nghĩa về

cách ứng phó và phân biệt với chiến lược ứng phó, tác giả chỉ ra rằng: “*Chiến lược ứng phó là sự ứng phó một cách chủ động, có dự định trước một tình huống xảy ra. Cách ứng phó là những phương thức ứng phó cụ thể hơn trước một tình huống, một hoàn cảnh nhất định. Trong một chiến lược ứng phó có thể có nhiều cách ứng phó khác nhau. trong một số trường hợp, chiến lược ứng phó có thể hiểu như cách ứng phó*” [28, tr.43-46].

Từ đó, chúng tôi đưa ra khái niệm về ứng phó như sau: ***Ứng phó là tương tác, đối mặt, giải quyết vấn đề của cá nhân hay giữa các cá nhân trong những tình huống bất thường, khó khăn. Khái niệm này còn được dùng để mô tả sự phản ứng của cá nhân trong các tình huống khác nhau.***

Như vậy, từ khái niệm của các thành tố đã nêu ở trên, chúng tôi rút ra khái niệm sau: ***Ứng phó với bắt nạt trực tuyến là sự tương tác, đối mặt, giải quyết vấn đề của nạn nhân khi bị khi một người hoặc một nhóm người (thủ phạm) thực hiện hành vi bắt nạt thông qua các tiện ích và ứng dụng trên internet hướng tới việc làm tổn thương tinh thần, tâm lý của họ một cách có chủ ý, lặp đi lặp lại và có thái độ đe dọa, thù địch.***

Tổ chức và phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu với sự tham gia của 763 học sinh từ lớp 6 đến lớp 12 tại 8 trường THCS và THPT trên địa bàn thành phố Hà Nội, Hà Nam và Hải Dương. Trong đó có 333 học sinh THCS và 430 học sinh THPT. Độ tuổi trung bình của các học sinh tham gia vào nghiên cứu là 15. Khách thể nghiên cứu tương đối đồng đều về mặt giới tính, gồm 415 học sinh nữ (chiếm 55,5%) và 333 học sinh nam (chiếm 44,5%).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang đo bắt nạt trực tuyến được xây dựng trong bài viết “*Xây dựng thang đo bắt nạt trực tuyến cho học sinh Việt Nam*”⁵ (2015) để khảo sát thực trạng bắt nạt trực tuyến. Thang đo được thiết kế bao gồm 22 câu với 1 nhân tố, mỗi câu hỏi có 4 phương án trả lời thể hiện mức độ của mỗi hành vi mà nạn nhân bị bắt nạt trực tuyến: 0 = Không bao giờ; 1 = Hiếm khi; 2 = thỉnh thoảng; 3 = Thường xuyên.

Tiếp theo là bảng hỏi xác định thủ phạm của nạn nhân nhằm mục đích khảo sát mức độ nhận biết thủ phạm của học sinh khi bị bắt nạt trực tuyến. Bảng hỏi gồm 9 loại đối tượng có thể là thủ phạm bắt nạt, trong đó có sự phân biệt thủ phạm về giới tính, cá nhân/ nhóm, mức độ quen biết với nạn nhân. Câu trả lời cho các đối tượng có thể là thủ phạm bắt nạt là 3 lựa chọn: “Không”, “Không chắc”, “Có”.

⁵ Trần Văn Công, Nguyễn Phương Hồng Ngọc, Ngô Thùy Dương, Nguyễn Thị Thắm (2015), Xây dựng thang đo bắt nạt trực tuyến cho học sinh Việt Nam, Kỷ yếu hội thảo khoa học cán bộ trẻ các trường Đại học sư phạm toàn quốc lần thứ V, NXB Giáo dục, tr.537-548, ISBN: 978-604-0-07475-1.

Nghiên cứu về cách ứng phó, chúng tôi sử dụng thang đo gồm 30 câu với 4 nhân tố. Thang đo được đưa ra dựa trên việc tham khảo công trình nghiên cứu của Hana Machackova và cộng sự (2013) về chiến lược ứng phó cho nạn nhân của bắt nạt trực tuyến [44]. Ngoài ra, dựa trên sự tìm hiểu thực tế và qua điều tra thử, chúng tôi đã bổ sung thêm một số cách ứng phó. Thang đo được thiết kế theo bảng với 3 câu hỏi: *Khi em bị bắt nạt, tần suất (mức độ thường xuyên) sử dụng các chiến lược ứng phó của em như thế nào?* với câu trả lời là các lựa chọn thể hiện tần suất sử dụng các cách ứng phó: 1 = Em không làm như vậy; 2 = Em hiếm khi làm như vậy; 3 = Em thường xuyên làm như vậy; 4 = Em luôn luôn làm như vậy; *Khi sử dụng các chiến lược ứng phó này, em cảm thấy hiệu quả như thế nào trong việc làm em cảm thấy thoải mái hơn?* và *khi em sử dụng những chiến lược ứng phó này, chúng có hiệu quả cho việc ngăn chặn bắt nạt như thế nào?* với câu trả lời là các lựa chọn cho thấy mức độ hiệu quả về mặt cảm xúc và hiệu quả trong việc ngăn chặn bắt nạt của cách ứng phó do học sinh đánh giá: 1 = Không hiệu quả; 2 = Hiệu quả một chút; 3 = Hiệu quả nhiều; 4 = Rất hiệu quả.

Trước khi lấy số liệu thực tế tại các trường THCS và THPT, chúng tôi đã tiến hành điều tra thử trên 15 học sinh (8 học sinh THCS và 7 học sinh THPT). Tất cả số liệu sau khi đã thu thập được trên 763 học sinh xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 22, sử dụng một số phân tích thống kê mô tả, tương quan, so sánh, phân tích nhân tố và hồi quy tuyến tính.

Kết quả nghiên cứu

Về thực trạng bắt nạt trực tuyến, chúng tôi xác định có 183 học sinh (chiếm 24% tổng số khách thể nghiên cứu) là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến. Cụ thể:

Bảng 1 - Số lượng và tỷ lệ phần trăm (%) nạn nhân của bắt nạt trực tuyến

Mức độ bị bắt nạt trực tuyến	Số lượng (học sinh)	Tỷ lệ (%)
Không bao giờ bị bắt nạt	580	76,0
Thỉnh thoảng bị bắt nạt bởi ít nhất 1 hình thức	107	14,0
Thường xuyên bị bắt nạt bởi ít nhất 1 hình thức	76	10,0

Về đặc điểm của nạn nhân, số liệu điều tra cho thấy tỷ lệ học sinh ở nông thôn bị bắt nạt trực tuyến (có 112 em, chiếm 61,2%) cao hơn ở thành thị (có 71 em, chiếm 38,8%). Học sinh ở nông thôn được tiếp xúc với các phương tiện công nghệ thông tin muộn hơn so với học sinh ở thành thị. Hơn nữa, mức độ giám sát của cha mẹ hay người lớn là rất ít do trình độ dân trí, học vấn, các em ít bị quản lý

và dạy cách sử dụng internet một cách đúng đắn. Về giới tính, tỷ lệ nạn nhân là nam (có 105 em, chiếm 59,0%) nhiều hơn nữ (có 73 em, chiếm 41,0%). Điều này hoàn toàn dễ hiểu do các em nam thường hiếu động, nghịch ngợm, hay trêu chọc nhau hơn so với các em nữ. Về cấp học, học sinh cấp THPT là nạn nhân (có 93 em, chiếm 50,8%) nhiều hơn học sinh cấp THCS (có 90 em, chiếm 49,2%). Về độ tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là học sinh 14 tuổi (có 48 em, chiếm 26,2%), tỷ lệ thấp nhất là học sinh 18 tuổi (10 em, chiếm 5,5%). Nạn nhân độ tuổi 14 chiếm tỷ lệ cao nhất do đây là độ tuổi các em suy nghĩ còn non nớt, những thay đổi về mặt thể chất và tâm lý khiến các em nhạy cảm hơn với các vấn đề xung quanh, không kiểm chế được ức chế, có những biến đổi tâm lý thất thường, nên dễ có những hành vi bất nạt lẫn nhau. Ngược lại, lứa tuổi 18 trưởng thành và chín chắn hơn trong suy nghĩ và hành động, có “tính người lớn”, các em đã biết cân nhắc về những hành vi của mình [29].

Về mức độ sử dụng internet, kết quả cho thấy đa số nạn nhân là những em thường xuyên sử dụng internet hàng ngày (có 110 em, chiếm 60,8%); có 43 em truy cập internet một vài lần/tuần (chiếm 23,8%). Trong khi đó, số lượng các em không bao giờ truy cập internet là 4 em (chiếm 2,2%), rất hiếm khi là 9 em (chiếm 5,0%). Về phương tiện sử dụng để truy cập internet, nạn nhân truy cập internet bằng điện thoại di động nhiều nhất (có 103 em, $M^6 = 0,57$). Điều này có thể do hiện nay các loại điện thoại thông minh (smart phone) rất phổ biến, có thể dùng để truy cập internet ở bất cứ đâu và bất cứ khi nào. Theo quan sát của chúng tôi khi điều tra thông tin, phần lớn học sinh đều có sử dụng điện thoại. Máy tính bảng, Ipad là phương tiện mà không phải gia đình nào cũng có điều kiện để mua cho con mình nên số lượng học sinh sử dụng Ipad để truy cập internet là rất ít (có 42 em, $M = 0,23$). Hầu như mỗi gia đình đều có một chiếc máy tính và có rất nhiều quán internet, chính vì vậy mà số lượng các em sử dụng máy tính dùng chung (có 64 em, $M = 0,35$) và máy tính cá nhân (có 70 em, $M = 0,39$) để truy cập internet cũng rất nhiều. Địa điểm mà nạn nhân thường truy cập internet nhiều nhất là ở phòng riêng ($M = 0,65$), và ở nơi công cộng như quán quán net, quán cà phê, v.v. ($M = 0,34$).

Ba hành vi bất nạt trực tuyến mà học sinh gặp phải nhiều nhất là *ché giễu những điểm xấu trong ảnh mà em đăng lên* ($M = 0,29$, có 16 em thường xuyên bị bắt nạt, (chiếm 2,2%); có 27 học sinh thỉnh thoảng bị bắt nạt, (chiếm 3,7%)), sau đó là *đặt và gọi em bằng biệt danh xấu trong các bình luận trên mạng* (có 205 em chọn, $M = 0,28$) và *nhiều bạn chặn tài khoản, hủy kết bạn, lảng tránh không nói chuyện với em* (có 203 em chọn, $M = 0,28$). Những hành vi này gây tác động mạnh đến nạn nhân. Trong một khoảng thời gian ngắn, với sự tác động trực tiếp của hành vi bất nạt sẽ gây áp lực cho nạn nhân.

Ba hành vi của thủ phạm mà nạn nhân ít bị bắt nạt nhất là: *Lập trang/nhóm trên mạng xã hội bôi xấu em công khai* (ví dụ như các trang anti, hội người

⁶ M = Mean, Điểm trung bình

ghét, ...) ($M = 0,12$, có 15 em thỉnh thoảng bị bắt nạt (chiếm 2,0%) và có 9 em thường xuyên bị bắt nạt (chiếm 1,2%), 93% học sinh không bao giờ bị bắt nạt bởi hành vi này), gửi đường link dẫn đến những hình ảnh hoặc video không hay của em cho người khác xem (105 em, $M = 0,14$) và gửi đường link những chuyện xấu, tin đồn về em để mọi người đọc (110 em, $M = 0,15$). Qua số liệu thống kê, chúng tôi thấy được các nạn nhân ít bị thủ phạm bắt nạt bởi hành vi bắt nạt có tính phức tạp và cần nhiều thời gian, những hành vi bắt nạt này cũng ít có tác động ngay lập tức đến nạn nhân.

Về sự nhận biết của nạn nhân về thủ phạm, kết quả cho thấy khác với hình thức bắt nạt mặt đối mặt thường thấy, ở nạn nhân của hình thức bắt nạt trực tuyến có một tỷ lệ đáng kể các em không xác định được chắc chắn thủ phạm bắt nạt mình là ai. Điều này làm tăng thêm khó khăn để giải quyết hiện tượng bắt nạt trực tuyến, vì thủ phạm có thể giấu mặt, khó xác định. Kết quả cho thấy nạn nhân bị bắt nạt nhiều nhất bởi một bạn học cùng trường với em ($M = 0,77$), tiếp sau đó là một nhóm bạn cùng trường với em ($M = 0,65$) và ít nhất bởi một nhóm bạn em quen trên mạng ($M = 0,47$). Những bạn hay nhóm bạn cùng trường có nguy cơ cao là thủ phạm bởi học sinh cùng trường đã quen biết nhau, thủ phạm dễ dàng tìm ra những đặc điểm, thông tin cá nhân cần thiết để bắt nạt nạn nhân. Tỷ lệ lựa chọn “không chắc” cao nhất thuộc về 3 nhóm đối tượng là người bạn quen trên mạng, một bạn học cùng trường với em, và một người em không quen biết, điều này là dễ hiểu bởi cả ba nhóm đối tượng đều khá “mơ hồ” và khó xác định. Những bạn học cùng lớp (nam hay nữ) thì dễ đoán hơn về khả năng là thủ phạm.

Về cách ứng phó của học sinh khi bị bắt nạt, kết quả điều tra cho thấy:

Bảng 2- Điểm trung bình của các nhân tố ứng phó

Nhân tố	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức	2,21	0,68
Ứng phó bằng cách né tránh	2,13	0,79
Ứng phó bằng cách chia sẻ	1,99	0,70
Ứng phó bằng cách trả đũa	1,95	0,80

Điểm trung bình của nhân tố Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức là cao nhất ($M = 2,21$) trong khi nhân tố Ứng phó bằng cách trả đũa là thấp nhất ($M = 1,95$), sau đó đến Ứng phó bằng cách chia sẻ ($M = 1,99$), điều này nói lên rằng khi bị bắt nạt trực tuyến, nạn nhân có xu hướng ứng phó bằng suy nghĩ về vấn đề xảy ra, ít nạn nhân muốn trả thù lại thủ phạm. Đồng thời, học sinh ít chia sẻ với người lớn như cha mẹ, thầy cô những vấn đề, khó khăn mà mình đang gặp phải, đặc biệt là bị bắt nạt. Tuy nhiên, các em ít lảng tránh khi bị bắt nạt trực tuyến.

Bảng 3 - Tỷ lệ phần trăm (%) ở mỗi phương án trả lời

theo nhóm nhân tố chiến lược ứng phó

Nhân tố	Không bao giờ (%)	Hiếm khi (%)	Thường xuyên (%)	Luôn luôn (%)
<i>Ứng phó bằng cách chia sẻ</i>				
Em kể về việc mình bị bắt nạt với bố mẹ em để tìm cách ngăn chặn	42,9	25,7	13,4	18,1
Em tìm kiếm lời khuyên ở trên mạng	40,9	24,0	15,5	19,6
Em tìm lời khuyên từ bạn bè/ người lớn	35,9	22,4	18,4	23,3
Em kể về việc mình bị bắt nạt với thầy cô giáo để tìm cách ngăn chặn	49,0	23,2	13,1	14,7
Em báo việc này với người quản lý trang mạng đó	41,1	20,9	21,1	17,0
Em báo công an	59,1	17,7	11,5	11,7
<i>Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức</i>				
Em coi đó là chuyện bình thường	43,6	22,6	18,1	15,7
Em nghĩ là những sự việc như vậy là những điều bình thường hay xảy ra trên mạng internet	37,4	26,3	18,0	18,3
Em nghĩ là những thứ như thế không thể làm em bị tổn thương	40,6	26,1	14,7	18,5
Em nghĩ rằng chuyện đó không có gì là nghiêm trọng	46,6	23,9	16,1	13,5
Em không chú ý đến nó	35,6	22,3	18,0	24,1
Em quyết định bỏ qua việc này	40,1	21,3	19,7	18,8
Em nghĩ việc đó chỉ xảy ra trên mạng, nó không phải là thật	45,3	25,3	15,6	13,8
<i>Ứng phó bằng cách trả đũa</i>				
Em làm điều giống thế hoặc tương tự với người đó qua mạng hoặc qua điện thoại (bắt nạt lại qua mạng hoặc điện thoại)	63,2	17,3	10,3	9,2
Em làm điều gì đó tương tự với người đó trong cuộc sống thực (bắt nạt lại trong đời thực)	64,0	17,3	9,6	8,9
Em lưu lại bằng chứng của việc bắt nạt để trả thù sau này	50,2	18,1	15,8	15,8
<i>Ứng phó bằng cách né tránh</i>				
Em xóa tên người bắt nạt mình trong danh sách liên lạc	44,3	26,2	11,9	17,2
Em xóa hồ sơ cá nhân trên trang web nơi em bị bắt nạt	52,1	20,3	12,3	15,3
Em chặn tài khoản để người bắt nạt em không liên lạc với em được	35,6	24,7	15,6	24,0

Kết quả trong bảng 3 cho thấy đa số nạn nhân thường ít chia sẻ việc mình bị bắt nạt với cha mẹ, thầy cô, hoặc những người có liên quan, có thể giải quyết được như người quản lý trang mạng hay công an. Kết quả cho thấy rất ít nạn nhân ứng phó bằng cách *em kể về việc mình bị bắt nạt với bố mẹ em để tìm cách ngăn chặn* (không bao giờ là 42,9%, hiếm khi là 25,7%, thường xuyên là 13,4%, luôn luôn là 18,1%), chỉ đứng sau cách ứng phó nạn nhân ít lựa chọn nhất là *em báo công an*. Đối với con cái thì bố mẹ luôn là người thân thiết, đáng tin cậy nhất. Mặc dù vậy, khi bị bắt nạt trực tuyến hay gặp các vấn đề thì các em lại ít chia sẻ với họ. Một mặt, các em có “tính người lớn”, muốn tự giải quyết vấn đề của mình, hoặc sợ bố mẹ lo lắng cho mình, sợ bố mẹ không cho sử dụng mạng internet, có những em thì ngại chia sẻ và coi đó là những việc riêng tư, sợ bố mẹ biết sẽ làm cho chuyện lớn hơn, nhiều người biết hơn. Tuy nhiên, dù ít chia sẻ với cha mẹ nhưng có nhiều nạn nhân có xu hướng *tìm lời khuyên từ bạn bè/ người lớn* nhiều hơn (thường xuyên chiếm 18,4%, luôn luôn chiếm 23,3%). Học sinh lứa tuổi này rất coi trọng quan hệ bạn bè, mọi chuyện đều có thể chia sẻ với bạn bè, do vậy các em khi gặp vấn đề nào đó đa số thường chia sẻ với bạn bè [29]. Khi so sánh các cách thức ứng phó theo giới tính, có sự khác biệt giữa nam nữ về chia sẻ, cụ thể nữ giới có xu hướng chia sẻ nhiều hơn nam giới ($F=4,268; p = 0,039$).

Không chỉ có vậy, đáng quan tâm là có 35,1% tổng số nạn nhân thường xuyên và luôn luôn *tìm kiếm lời khuyên ở trên mạng*, đây có thể được xem là một cách khá phổ biến mà học sinh hay bất cứ ai thường sử dụng khi có thắc mắc hay khó khăn muốn tìm kiếm thông tin như lời khuyên, kinh nghiệm để giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, nhược điểm của cách ứng phó này xuất phát từ tính không chính xác của các thông tin trên mạng, nó có thể là những thông tin không xác thực, có thể gây hại thêm cho nạn nhân.

Điều đáng mừng là qua kết quả trên, chúng ta thấy nạn nhân có xu hướng suy nghĩ, nhận thức được sự nghiêm trọng của bắt nạt trực tuyến. Đa số nạn nhân coi đó không phải chuyện bình thường, cũng không chỉ là chuyện chỉ xảy ra trên mạng. Bị bắt nạt trực tuyến hoàn toàn có thể khiến các em bị tổn thương. Điều này thể hiện qua cách ứng phó *em nghĩ việc đó chỉ xảy ra trên mạng, nó không phải là thật* (có 70,6% nạn nhân chọn không bao giờ và hiếm khi) là cách ứng phó mà nạn nhân lựa chọn ít nhất.

Đồng thời, phần lớn nạn nhân không trả đũa lại thủ phạm. Đa số nạn nhân không làm điều giống như điều thủ phạm đã làm với mình để trả thù thủ phạm (có 63,2% nạn nhân chọn không bao giờ *làm điều giống thế hoặc tương tự với người đó qua mạng hoặc qua điện thoại* (bắt nạt lại qua mạng hoặc điện thoại, có 64,0% nạn nhân chọn không bao giờ *làm điều gì đó tương tự với người đó trong cuộc sống thực* (bắt nạt lại trong đời thực), 50,2% nạn nhân chọn không bao giờ *lưu lại bằng chứng của việc bắt nạt để trả thù sau này*).

Cũng theo kết quả trình bày tại bảng 3, đa số nạn nhân có xu hướng ít né tránh hay lảng tránh khi bị bắt nạt trực tuyến. Việc chặn hay xóa các thông tin cá nhân hoặc tài khoản chỉ có tác dụng ngay tại thời điểm bắt nạt bắt đầu xảy ra. Tuy nhiên, về lâu dài, những cách ứng phó này không thể giải quyết triệt để ngay được. Cách ứng phó *em chặn tài khoản để người bắt nạt em không liên lạc với em* được nạn nhân lựa chọn ứng phó nhiều nhất vì việc làm này vô cùng đơn giản, dễ dàng và nhanh chóng chỉ với vài thao tác, cách này có tác dụng tức thời, giúp cho nạn nhân tạm thời ngăn chặn được hành vi của thủ phạm. Cách ứng phó *em xóa hồ sơ cá nhân trên trang web nơi em bị bắt nạt* có lựa chọn ít nhất là vì học sinh chỉ là người dùng, một trang web không phải do các em quản lý, do đó các em không thể tự xóa bất cứ thông tin nào khi chưa có sự cho phép của chủ trang web đó. Đồng thời, việc xóa hồ sơ cá nhân chỉ là giải pháp tạm thời, trước đó, để thực hiện được hành vi bắt nạt, thủ phạm có thể đã có hết những thông tin nạn nhân công khai trên mạng.

Hiệu quả các cách ứng phó

Đánh giá hiệu quả của các cách ứng phó với việc giúp cảm thấy thoải mái hơn, cách ứng phó được nạn nhân đánh giá là có hiệu quả nhất trong việc giúp các em cảm thấy thoải mái hơn là *Em không chú ý đến nó* ($M=2,67$). Cách ứng phó *em làm điều gì đó tương tự với người đó trong cuộc sống thực (bắt nạt lại trong đời thực)* là cách nạn nhân đánh giá có hiệu quả thấp nhất.

Cách ứng phó được nạn nhân đánh giá có hiệu quả cao nhất với việc ngăn chặn bắt nạt trực tuyến là *em chặn tài khoản để người bắt nạt em không liên lạc với em được* ($M = 2,37$); *em tìm lời khuyên từ bạn bè/ người lớn* ($M = 2,38$); *em báo việc này với người quản lý trang mạng đó* ($M = 2,38$).

Mối quan hệ giữa bắt nạt trực tuyến và cách ứng phó của học sinh khi bị bắt nạt

Xem xét tương quan giữa các nhân tố, kết quả như sau:

Bảng 4 - Bảng tương quan giữa 5 nhóm nhân tố

Nhân tố	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Bắt nạt trực tuyến	1				
(2) Ứng phó bằng cách chia sẻ	0,045	1			
(3) Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức	0,099*	0,329**	1		
(4) Ứng phó bằng cách trả đũa	0,223**	0,345**	0,220**	1	
(5) Ứng phó bằng cách né tránh	0,039	0,333**	0,277**	0,230**	1

Ghi chú: ** Tương quan có ý nghĩa thống kê ở mức 0,01 (2 đuôi)

Theo bảng tương quan, chúng tôi thấy có tương quan trung bình giữa ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức với ứng phó bằng cách chia sẻ ($r=0,329^{**}$). Tương quan trung bình giữa ứng phó bằng cách chia sẻ với ứng phó bằng cách trả đũa

($r=0,345^{**}$). Tương quan trung bình giữa ứng phó bằng cách chia sẻ với ứng phó bằng cách né tránh ($r=0,333^{**}$). Sự tương quan này cho thấy một số học sinh ứng phó bằng cách chia sẻ nhiều thì cũng sẽ ứng phó nhiều bằng suy nghĩ, nhận thức nhiều, một số học sinh ứng phó bằng cách chia sẻ nhiều thì ứng phó bằng cách trả đũa hay bằng cách né tránh cũng nhiều.

Tính hồi quy

Bảng 5 - Tổng hợp các trị số trong phân tích hồi quy tuyến tính đa biến

	Ứng phó bằng cách chia sẻ	Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức	Ứng phó bằng cách né tránh	Ứng phó bằng cách trả đũa
Giá trị tương quan bội R	$R = 0,268$	$R = 0,146$	$R = 0,330$	$R = 0,161$
Hệ số xác định bội R^2	0,072	0,021	0,026	0,109
Trung bình tần suất bị bắt nạt	0,061	0,015	0,103	0,000
Khu vực sống	0,000	0,350	0,047	0,000
P Cấp học	0,000	0,105	0,082	0,035
Năm sinh	0,042	0,625	0,997	0,660
Giới tính	0,002	0,880	0,080	0,550
Mức độ sử dụng internet	0,842	0,904	0,801	0,033

Ứng phó bằng cách chia sẻ : $R=0,268$ và tất cả 6 yếu tố này chỉ giải thích được 7,2% ($R^2=0,072$) sự thay đổi của tần suất học sinh ứng phó bằng cách chia sẻ. Khu vực sống, cấp học, giới tính, năm sinh là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tần suất học sinh ứng phó bằng cách chia sẻ. Các yếu tố khác không có hoặc có rất ít ảnh hưởng đến tần suất học sinh ứng phó bằng cách chia sẻ.

Ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức: $R=0,146$ và tất cả 6 yếu tố này chỉ giải thích được 2,1% ($R^2=0,021$) sự thay đổi của tần suất học sinh ứng phó bằng nhận thức, suy nghĩ. Tần suất các em bị bắt nạt là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tần suất học sinh ứng phó bằng suy nghĩ, nhận thức.

Ứng phó bằng cách né tránh: $R=0,330$ và tất cả 6 yếu tố này chỉ giải thích được 2,6% ($R^2=0,026$) sự thay đổi của tần suất học sinh ứng phó bằng cách trốn tránh. Khu vực sống là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tần suất học sinh ứng phó bằng cách trốn tránh.

Ứng phó bằng cách trả đũa: $R=0,161$ và tất cả 6 yếu tố này chỉ giải thích được gần 11% ($R^2=0,109$) sự thay đổi của tần suất học sinh ứng phó bằng cách trả đũa. Tần suất các em bị bắt nạt, khu vực sống, cấp học và mức độ các em sử dụng internet là là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tần suất học sinh ứng phó bằng cách trả đũa.

Bàn luận về kết quả nghiên cứu

Mặc dù được nhận định là một hình thức bắt nạt mới [30] nhưng kết quả nghiên cứu với tỷ lệ 24% tổng số khách thể là nạn nhân đã cho thấy bắt nạt trực tuyến có mức độ ảnh hưởng khá rộng đối với học sinh THCS và THPT hiện nay. Tỷ lệ học sinh là nạn nhân trên tổng số khách thể ở một số nước trên thế giới có trình độ phát triển và tần suất sử dụng internet và các thiết bị công nghệ, điện tử cao trên thế giới được công bố trong các nghiên cứu và các cuộc khảo sát đều lớn hơn 20% như tại Mỹ (30% khách thể là nạn nhân) [3], Anh (chiếm 22% học sinh đã từng một lần trở thành nạn nhân của bắt nạt trực tuyến) [5], Ca-na-đa (chiếm 23,8% khách thể là nạn nhân) [6], v.v. Dựa trên kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ ở Việt Nam có sự tương đồng (chiếm 24% tổng số khách thể là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến), thậm chí tỷ lệ nạn nhân ở Việt Nam còn lớn hơn tỷ lệ ở một số nước phát triển như Tây Ban Nha với học sinh cấp 2 là nạn nhân chiếm 5,9%, cao hơn là học sinh cấp 3 (chiếm 2,3%) [31], Nga (4,3% học sinh nói rằng các em có trải nghiệm bị bắt nạt trên mạng thường xuyên, có 9,8% học sinh bị bắt nạt chỉ 1 đến 3 lần trong một năm) [32]. Điều này cho thấy tỷ lệ học sinh là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến tại Việt Nam đang ở mức đáng báo động, nhất là trong khi học sinh là đối tượng sử dụng và chịu ảnh hưởng từ internet rất nhiều, phổ biến nhưng lại khó để kiểm soát như hiện nay.

Hiện tượng bắt nạt này không chỉ xảy ra với học sinh ở khu vực thành thị mà còn ở khu vực nông thôn với tỷ lệ học sinh ở nông thôn bị bắt nạt trực tuyến (có 112 em, chiếm 61,2%) cao hơn ở thành thị (có 71 em, chiếm 38,8%). Điều này phần nào phù hợp với thực tế đang tồn tại là tình trạng sử dụng internet ở nông thôn còn bừa bãi, dù sử dụng nhiều nhưng chưa biết cách dùng đúng mục đích, an toàn. Không chỉ có vậy, thực tế cho thấy trình độ dân trí ở khu vực nông thôn nhiều nơi còn chưa cao, còn lạc hậu, việc kiểm soát các em truy cập internet có thể là khó khăn với gia đình.

So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Công và cộng sự (2014) cho thấy ở lứa tuổi 9 đến 12 có điểm trung bình của bắt nạt trực tiếp là cao nhất ($M=0,98$) trong khi bắt nạt trực tuyến là thấp nhất ($M=0,08$) [33]. Như vậy xét về độ tuổi, theo kết quả khảo sát của chúng tôi, có vẻ nạn nhân của bắt nạt trực tuyến lứa tuổi 11 đến 18 tuổi có tỷ lệ cao hơn hẳn học sinh ở lứa tuổi khác. Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu trên thế giới về lứa tuổi 11 đến 18 tuổi - lứa tuổi có nguy cơ cao và tỷ lệ lớn là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến [5], [2], [22], [6].

Mặt khác, điều này cũng hoàn toàn trái ngược với tỷ lệ nạn nhân của bắt nạt truyền thống, khi mà số lượng học sinh bị bắt nạt giảm dần theo cấp học từ tiểu học đến THPT [34], nhưng với hình thức bắt nạt trực tuyến chúng tôi khảo

sát, không có sự chênh lệch quá lớn về cấp học của nạn nhân (học sinh cấp THPT là nạn nhân (có 93 em, chiếm 50,8%), học sinh cấp THCS (có 90 em, chiếm 49,2%). Điều này phần nào chứng tỏ rằng học sinh ở bất cứ cấp học nào cũng đều có thể có nguy cơ trở thành nạn nhân của bắt nạt trực tuyến.

Kết quả mà chúng tôi khảo sát về thực trạng bắt nạt trực tuyến có sự tương đồng với những kết quả nghiên cứu trên thế giới. Học sinh bị bắt nạt trực tuyến có xu hướng bị bắt nạt bởi các hành vi có tính chất đơn giản, nhanh chóng và có thể lặp lại nhiều lần và tác động đến nạn nhân trong khoảng thời gian ngắn như bị chế nhạo trên mạng, gọi biệt danh [22].

Một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra đặc điểm mang tính tiêu biểu của bắt nạt trực tuyến khác với hình thức bắt nạt truyền thống mặt đối mặt là sự ẩn danh (giấu mặt) của thủ phạm, nạn nhân có thể không biết ai đang bắt nạt mình [35], [3]. Qua khảo sát, chúng tôi thấy có tồn tại điều này với một tỷ lệ đáng kể các em không xác định được chắc chắn thủ phạm bắt nạt mình là ai. Trong thực tế, để lập một tài khoản ảo hoàn toàn không khó và nhà mạng cũng không kiểm soát được hết vấn đề này. Điều đó làm tăng thêm khó khăn để giải quyết hiện tượng bắt nạt trực tuyến, vì thủ phạm có thể giấu mặt, khó xác định, khó giải quyết vấn đề.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nạn nhân đa phần ứng phó bằng cách chia sẻ việc mình bị bắt nạt với một ai đó ít hơn so với những cách ứng phó khác. Kết quả này khá ngược lại với kết quả của những nghiên cứu trước đây về bắt nạt trên thế giới, khi mà đa số nạn nhân có xu hướng tìm kiếm sự giúp đỡ hay kể cho người khác về tình trạng bắt nạt như cha mẹ, giáo viên, anh chị em, v.v., (75% nạn nhân nói cho người khác, [5]; 75,2% nạn nhân nói cho ai đó, [36]; có 95% nạn nhân nói rằng đã nói chuyện mình bị bắt nạt với một ai đó, [37]). Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy nạn nhân là nữ thường chia sẻ việc mình bị bắt nạt với người khác nhiều hơn nam. Sự khác biệt này khá phổ biến trong một số nghiên cứu trên thế giới [38].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cách học sinh ứng phó với bắt nạt trực tuyến có sự khác biệt với bắt nạt truyền thống. Điều này được chứng minh khi so sánh với kết quả nghiên cứu trước đây về bắt nạt tại Việt Nam, khi bị bắt nạt, học sinh có xu hướng tìm kiếm sự trợ giúp nhiều nhất [34], ngược lại, với bắt nạt trực tuyến, đa phần học sinh ít ứng phó bằng cách chia sẻ việc mình bị bắt nạt với một ai đó. Điều đáng quan tâm là kết quả chúng tôi khảo sát cho thấy việc báo cho công an biết mình bị bắt nạt trực tuyến là cách mà học sinh ít sử dụng nhất ($M=1,58$). Điều này khá trái ngược với những kết quả nghiên cứu trên thế giới, khi bị bắt nạt trực tuyến, đa phần học sinh có xu hướng gọi báo cho cảnh sát [5], [36].

Cùng với đặc điểm coi trọng quan hệ bạn bè của học sinh THCS và THPT [29], một số nguyên nhân khác như người lớn có thể có phản ứng quá mức, nếu bố mẹ các em biết thì họ sẽ tạm dừng việc em sử dụng điện thoại và internet, người lớn có thể không tin em, v.v. [37] có thể là những nguyên nhân dẫn đến việc nạn nhân có xu hướng chia sẻ việc mình bị bắt nạt với bạn bè nhiều hơn cha mẹ, thầy cô như kết quả chúng tôi thu được. Ngoài ra, kết quả từ nghiên cứu

trước đây cũng cho thấy có 10% nạn nhân nói rằng người lớn đã không thể giúp gì, có 35% nạn nhân nói rằng bạn bè có thể giúp được nhiều hơn [37].

Ngoài ra, một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự xuất hiện của đối tượng vừa là nạn nhân, vừa là thủ phạm của bắt nạt trực tuyến. Trường hợp này xảy ra khi học sinh đã từng bị bắt nạt sau đó trở thành thủ phạm đi bắt nạt người khác và ngược lại [39]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một điều đáng mừng là nguy cơ tồn tại loại đối tượng này khá thấp do phần lớn học sinh không ứng phó bằng cách trả đũa lại thủ phạm.

Học sinh nhận thức rằng không có cách nào để ngăn chặn bắt nạt trực tuyến [40]. Tuy nhiên, xem xét hiệu quả các cách ứng phó được đánh giá từ chính nạn nhân, chúng tôi thấy rằng điều đáng mừng là mặc dù các em ít chia sẻ với cha mẹ, thầy cô, người lớn về việc mình bị bắt nạt, nhưng nạn nhân lại đánh giá việc *tìm lời khuyên từ bạn bè/ người lớn* ($M=2,38$) hay cách *em báo việc này với người quản lý trang mạng đó* ($M= 2,38$) có hiệu quả cao trong việc ngăn chặn việc bắt nạt. Điều này cho thấy dù đa phần học sinh ít sử dụng nhưng cách này có hiệu quả trong giải quyết việc học sinh bị bắt nạt trực tuyến.

Kết luận

Như vậy, dựa trên kết quả nghiên cứu về thực trạng bắt nạt trực tuyến, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ học sinh là nạn nhân của bắt nạt trực tuyến tại Việt Nam là con số đáng báo động. Nghiên cứu cũng đã khảo sát cách ứng phó của nạn nhân và mức độ hiệu quả các cách ứng phó theo nạn nhân đánh giá. Nạn nhân thường ít chia sẻ việc mình bị bắt nạt, tuy nhiên các em suy nghĩ và nhận thức được sự nghiêm trọng của bắt nạt trực tuyến. Đa số nạn nhân coi đó không phải chuyện bình thường, cũng không chỉ là chuyện chỉ xảy ra trên mạng. Việc bị bắt nạt trực tuyến hoàn toàn có thể khiến các em bị tổn thương. Ngoài ra, nạn nhân có xu hướng ít né tránh khi bị bắt nạt trực tuyến. Cách nạn nhân chọn để ứng phó khá tương đồng với cách nạn nhân đánh giá hiệu quả trong việc giúp làm nạn nhân cảm thấy thoải mái hơn. Tuy nhiên, đánh giá của các em về cách ứng phó có hiệu quả cao nhất/ thấp nhất với việc giúp ngăn chặn bắt nạt có điểm khác. Mặc dù các em ít chia sẻ với cha mẹ, thầy cô, người lớn về việc mình bị bắt nạt, nhưng nạn nhân lại đánh giá việc tìm lời khuyên ở bạn bè và người lớn có hiệu quả cao. Điều này cho thấy dù ít sử dụng nhưng cách này có hiệu quả trong giải quyết việc học sinh bị bắt nạt. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy những yếu tố như tần suất bị bắt nạt, khu vực sống, cấp học, năm sinh, giới tính, mức độ sử dụng internet là những yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tần suất các nhóm cách ứng phó của nạn nhân.

Tài liệu tham khảo

[1].Lee, M.; Zi-Pei, W.; Svanstrom, L.; Dalal, K. (2013), Cyber Bullying prevention: intervention in Taiwan, Plos one, 8, 5, from: www.plosone.org.

[2]. Beran, T.; Li, Q. (2007), The Relationship between Cyberbullying and School Bullying, *Journal of Student Wellbeing*, 1, 2, 15-33.

[3]. Patchin J. W.; Hinduja, S. (2014), *Words Wound: Delete cyberbullying and make kindness go viral*, Free Spirit Publishing.

[4]. İçellioğlu, S.; Özden, M. S. (2014), Cyberbullying: A New Kind of Peer Bullying through Online Technology and its Relationship with Aggression and Social Anxiety, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 4241–4245.

[5]. Smith, P.; Mahdavi, J.; Carvalho, M.; Tippett, N. (2005), An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying, A Report to the Anti-Bullying Alliance, Goldsmiths College, University of London.

[6]. Mishna, F.; Khoury-Kassabri, M.; Gadalla, T.; Daciuk, J. (2012), Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies and bully-victims, *Children and Youth Services Review* 34, 63–70. From: www.elsevier.com/locate/chilyouth.

[7]. Wang, J.; Nansel, T. R.; Iannotti, R. J. (2011), Cyber and traditional bullying: differential association with depression, *Journal of adolescent health*, 48, 415–417.

[8]. Ybarra, M.; Mitchell, K.J.; Finkelhor, D.; Wolak, J. (2007), Internet Prevention Messages: Targeting the Right Online Behaviors, *Archives of Pediatric Adolescence Medicine* 161, 4, 138–45.

[9]. Erdur-Baker, Ö. (2010), Cyberbullying and its correlation to traditional bullying, gender and frequent and risky usage of internet-mediated communication tools, *New media & society*, 12, 1, 109–125. From: <http://nms.sagepub.com>

[10]. Machmutow, K.; Perren, S.; Sticca, F.; Alsaker, F. D. (2012), Peer victimisation and depressive symptoms: can specific coping strategies buffer the negative impact of cybervictimisation?, *Emotional and Behavioural Difficulties*, 3, 4, 403-320.

[11]. Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Wolak, J. (2000). *Online Victimization: A Report on the Nation's Youth*.

- [12]. Belsey, B. (2005), Cyberbullying. From: www.cyberbullying.ca.
- [13]. Bauman, S. (2007), Cyberbullying: a Virtual Menace, Paper to be presented at the National Coalition Against Bullying National Conference, Melbourne, Australia.
- [14]. Slonje, R.; Smith, P. K. (2008), Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 147-154.
- [15]. Aricak, T., Siyahhan, S., Uzunhasanoglu, A., Saribeyoglu, S., Ciplak, S., Yilmaz, N., Memmedov, C. (2008), Cyberbullying among Turkish Adolescents, *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 3.
- [16]. Willard, N, E. (2007) The Authority and Responsibility of School Officials in Responding to Cyberbullying, *Journal of Adolescent Health*, 41, S64-S65.
- [17]. Juvonen, J.; Gross, E., F., (2008) Extending the School Grounds? – Bullying experiences in Cyberspace, *Journal of School Health*, 78, 9, 496-505.
- [18]. Li, Q., (2008) A cross-cultural comparison of adolescents' experience related to cyberbullying, *Educational Research*, 50, 223-234.
- [19]. Privitera, C.; Campbell, M. A. (2009), Cyberbullying : the new face of workplace bullying?, *CyberPsychology and Behavior*, 12 (4), pp. 395-400.
- [20]. Buckley, J., Student Reports of Bullying and Cyber-Bullying: Results from the 2009 School Crime Supplement to the National Crime Victimization Survey, NCES Commissioner, U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics, April 6, 2012. From: National Center for Education Statistics (NCES). From: <http://www.nces.ed.gov>.
- [21]. Rogers, V. (2010), Cyberbullying: Activities to help children and teens to stay safe in a texting, twittering, social networking world, Jessica Kingsley Publishers. From: <http://www.books.google.com>.
- [22]. Huang, Y.; Chou, C. (2010), An analysis of multiple factors of cyberbullying among junior high school students in Taiwan, *Computers in*

Human Behavior 26, 1581–1590. From:
www.elsevier.com/locate/comphumbeh.

[23]. Peterson, J. M. (2013), How to Beat Cyberbullying, First Edition, The Rosen Publishing Group, Inc.

[24]. Zeidner, M., Endler, N.S. (2013), Foundations, Handbook of coping: Theory, research, applications. From:
<http://www.books.google.com>.

[25]. Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984), Stress, Appraisal and Coping, Springer Publishing Company. From:
<http://www.books.google.com>.

[26]. Snyder, C. R.; Dinoff, B. L. (1999), Coping: Where have you been, Coping: The psychology of what works.

[27]. Delongis, A.; Newth, S. (2011), Coping with stress, Assessment and Therapy: Specialty Articles from the Encyclopedia of Mental Health.

[28]. Phan Thị Mai Hương (chủ biên) (2007), Cách ứng phó của trẻ vị thành niên với hoàn cảnh khó khăn, NXB Khoa học xã hội.

[29]. Đinh Thị Kim Thoa, Nguyễn Thị Mỹ Lộc, Trần Văn Tính (2009), Tâm lý học phát triển, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

[30]. Trần Thị Minh Đức, Hành vi gây hấn của học sinh phổ thông trung học, Năm 2008- 2010, Trung tâm hỗ trợ nghiên cứu Châu Á và Quỹ cao học Hàn Quốc, ĐHQGHN.

[31]. Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J.A., Calmaestra, J., Vega, E. (2009), The Emotional Impact on Victims of Traditional Bullying and Cyberbullying: A Study of Spanish Adolescents, Journal of Psychology, 217, 4, 197–204.

[32]. Steffgen, G.; König A. (2009), Cyber bullying: the role of traditional bullying and empathy. In B. Sapeo, L.Haddon, E. Mante-Meijer, L. Fortunati, T. Turk, and E. Loos (Eds.), The good, the bad and the challenging, Conference Proceedings, Vol.II, 1041-1047. Brussels: COST Office.

[33]. Trần Văn Công, Bahr Weiss, David Cole (2014). Xây dựng thang đo nạn nhân bắt nạt cho trẻ em Việt Nam, Kỷ yếu hội thảo khoa học toàn quốc, Sức khỏe tâm thần trong trường học, NXB Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.

[34]. Nguyễn Thị Nga (2011), Tìm hiểu hiện tượng bị bắt nạt ở học sinh phổ thông, Luận văn thạc sĩ ngành Tâm lí học, Trường Đại học Khoa Học Xã Hội & Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

[35]. Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2006). Bullies move beyond the schoolyard a preliminary look at cyberbullying. *Youth violence and juvenile justice*, 4(2), 148-169.

[36]. Monks, C. P., Robinson, S., Worlidge, P. (2012), The emergence of cyberbullying: A survey of primary school pupils' perceptions and experiences, *School Psychology International*, 33(5), 477–491. From: <http://www.sagepub.co.uk>.

[37]. Harrison G. M. (2013), Should I tell on my peers?: student experiences and perceptions of cyberbullying : a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Educational Psychology at Massey University, Palmerston North, New Zealand.

[38]. Craig, W.; Pepler, D.; Blais, J. (2007), Responding to Bullying: What Works?, *School Psychology International*, Vol. 28(4).

[39]. Sourander, A., Klomek, A. B., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M., Ristkari, T., Helenius, H. (2010), Psychosocial Risk Factors Associated With Cyberbullying Among Adolescents : A Population-Based Study , *Archives of General Psychiatry*.

[40]. Parris, L.; Varjas, K.; Meyers, J.; Cutts, H. (2012), High School Students' Perceptions of Coping With Cyberbullying, *Youth & Society*, 44, 2, 284 –306.