

ĐỀ CƯƠNG BÀI GIẢNG: GIÁO DỤC HÒA NHẬP

HỆ: ĐẠI HỌC MẦM NON CHÍNH QUY (tín chỉ)

CHƯƠNG 4

HỖ TRỢ TRẺ KHUYẾT TẬT TRÍ TUỆ TRONG TRƯỜNG MẦM NON HÒA NHẬP

(TS: 06 tiết, LT: 4, TH: 2)

A. Mục tiêu

1. Kiến thức

Sinh viên hiểu được những vấn đề về tổ chức giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật trí tuệ trong trường MN:

- Khái niệm về trẻ khuyết tật trí tuệ
- Một số hội chứng và rối loạn thường đi kèm với khuyết tật trí tuệ
- Ảnh hưởng của khuyết tật trí tuệ đối với sự phát triển của trẻ
- Một số biện pháp hỗ trợ trẻ khuyết tật trí tuệ trong lớp MN hòa nhập

2. Kỹ năng

- Rèn luyện kỹ năng đọc, nghiên cứu tài liệu, tổng hợp kiến thức về GD hòa nhập cho trẻ khuyết tật trí tuệ trong trường MN hòa nhập.

- Sinh viên có kiến thức về GD hòa nhập cho trẻ khuyết tật trí tuệ, từ đó biết áp dụng và thực tiễn công tác chăm sóc giáo dục trẻ KT tuổi mầm non.

3. Thái độ

Sinh viên có thái độ nghiêm túc, tích cực, tự giác trong quá trình tiếp nhận tri thức và rèn luyện kỹ năng.

B. Chuẩn bị

1. Giảng viên

- **Tài liệu chính:** Bùi Thị Lâm - Hoàng Thị Nho (2012), *Giáo trình giáo dục hòa nhập*, Nxb Giáo dục Việt Nam.

- **Tài liệu tham khảo**

+ Trần Thị Hiệp - Nguyễn Xuân Hải - Lê Thị Thúy Hằng (2009), *Giáo trình giáo dục hòa nhập* (dành cho hệ cao đẳng Sư phạm mầm non), Nxb Giáo dục Việt Nam.

+ Nguyễn Thị Hòa (2012), *Giáo trình giáo dục học mầm non*, Nxb Đại học Sư phạm Hà Nội.

2. Người học

- Bùi Thị Lâm - Hoàng Thị Nho (2012), *Giáo trình giáo dục hòa nhập*, Nxb Giáo dục Việt Nam.

C. Nội dung bài giảng

I. Khái niệm về trẻ khuyết tật trí tuệ

1. Thế nào là khuyết tật trí tuệ

* *Khái niệm theo bảng phân loại DSM-IV*

- Chức năng trí tuệ dưới mức trung bình: chỉ số thông minh đạt gần 70 hoặc thấp hơn 70 trên 1 lần thực hiện trắc nghiệm cá nhân.

- Bị thiếu hụt hoặc khiếm khuyết ít nhất 2 trong số những hành vi thích ứng: giao tiếp, tự chăm sóc, sống tại gia đình, kỹ năng xã hội/ liên cá nhân, sử dụng các tiện ích trong cộng đồng, tự định hướng, kỹ năng học đường chức năng, làm việc, giải trí, sức khỏe và độ an toàn.

- Khuyết tật trí tuệ xuất hiện trước 18 tuổi.

* *Khái niệm theo bảng phân loại AARM-1992*

- Hoạt động trí tuệ dưới mức trung bình.

- Hạn chế 2 hoặc nhiều hơn những kỹ năng: giao tiếp/ liên cá nhân, tự phục vụ, sống tại gia đình, sử dụng các tiện ích tại cộng đồng, tự định hướng, sức khỏe, an toàn, kỹ năng học đường chức năng, giải trí, lao động.

- Hiện tượng khuyết tật trí tuệ xuất hiện trước 18 tuổi.

* *Các khái niệm liên quan tới định nghĩa về khuyết tật trí tuệ*

- Chỉ số thông minh IQ: Là sự đo lường trí tuệ của 1 người dựa trên sự so sánh kết quả trắc nghiệm trí tuệ của người đó với những người khác có cùng độ tuổi và cùng làm một trắc nghiệm.

- Hành vi thích ứng: Là toàn bộ những kỹ năng mà những người có cùng nhóm văn hóa đòi hỏi ở một cá nhân tùy thuộc vào lứa tuổi của cá nhân đó.

2. Phân loại mức độ khuyết tật trí tuệ

- KTTT nhẹ: chỉ số thông minh 50-55 đến gần 70

- KTTT trung bình: chỉ số thông minh 35-40 đến 50-55

- KTTT nặng: chỉ số thông minh 20-25 đến 35-40

- KTTT rất nặng: chỉ số thông minh dưới 20 hoặc 25

3. Nguyên nhân gây KTTT

3.1. Nguyên nhân trước khi sinh

Do di truyền, do các yếu tố ngoại sinh gây nên.

3.2. Nguyên nhân do di truyền

- Do lỗi nhiễm sắc thể (Down), do lỗi gen.
- Nguyên nhân di truyền khác: nứt đốt sống, thiếu một phần của não, đầu nhỏ...

3.3. Nguyên nhân do các yếu tố ngoại sinh

Do mẹ bị nhiễm rubella (sởi), nhiễm độc trước khi sinh: tia X, nhiễm độc, khói thuốc...

3.4. Nguyên nhân trong khi sinh

Do tổn thương sinh khó, thiếu oxi khi sinh, thời gian sinh quá lâu, sinh non...

3.5. Nguyên nhân sau khi sinh

Do viêm nhiễm (ho gà, sởi, thủy đậu...), nhiễm độc chì hoặc thủy ngân, do bị tai nạn vùng đầu, có thể do đói nghèo hoặc môi trường xã hội.

II. Một số hội chứng và rối loạn thường đi kèm với khuyết tật trí tuệ

1. Hội chứng Down

* Những biểu hiện

- Hộp sọ có hình dạng khác: đầu ngắn, đường kính hộp sọ ngắn
- Tóc mỏng, thẳng và thưa
- Mặt tròn, mũi tẹt, có nếp quạt, miệng luôn há
- Gáy mỏng và dẹt
- Tri ngón, bàn tay bè, ngón ngắn
- Trương lực cơ giảm, các khớp lỏng

* Những điều cần chú ý khi GD cho trẻ có hội chứng Down

- Có sự giảm trương lực cơ: Làm trẻ gặp khó khăn trong các kỹ năng vận động, đồng thời tác động đến các lĩnh vực phát triển khác. Vật lý trị liệu có thể mang lại hiệu quả cho trẻ
- Bệnh tim: 40% trẻ Down có vấn đề về tim, cần kiểm tra tim ngay sau khi sinh, phẫu thuật là giải pháp tốt nhất.
- Về thị lực: Một tỉ lệ lớn trẻ Down có vấn đề về thị lực, vì vậy cần kiểm tra mắt và thị lực theo định kì.
- Có vấn đề về nghe: Viêm tai giữa kinh niên, ảnh hưởng đến phát triển ngôn ngữ và lời nói. Cần chú ý kiểm tra thính lực và tai của trẻ.
- Vấn đề với tuyến giáp: Điều này ảnh hưởng đến hành vi của trẻ. Cần xét nghiệm máu để kiểm tra tuyến giáp vùng cổ của trẻ Down hàng năm.
- Động kinh: Trẻ Down có thể bị động kinh, với trẻ lớn tuổi thì tỉ lệ này cao hơn.
- Những bệnh về đường ruột và dạ dày: Đường ruột bẩm sinh từ lúc nhỏ.
- Sai khớp sọ cổ
- Rối loạn nuốt đối với trẻ sơ sinh: Vấn đề này xảy ra thường xuyên
- Tốc độ phản ứng chậm: Vì vậy, cần để cho trẻ có đủ thời gian để phản ứng.

- Trí nhớ: Trẻ ghi nhớ thông qua nghe kém. Khi ngôn ngữ nói đi kèm với các phương tiện hình ảnh thì trẻ có thể dễ hiểu hơn.

- Các vấn đề về phát triển ngôn ngữ: Trẻ thường có vấn đề về ngữ pháp và phát âm, nên trẻ thường bị đánh giá thấp khả năng nhận thức. Cần tạo cho trẻ cơ hội thể hiện bằng cách: chỉ vào đồ vật, sử dụng thẻ tranh...

2. Hội chứng gãy nhiễm sắc thể X

* Những biểu hiện:

- Khi mới sinh, trẻ có vẻ ngoài bình thường, có thể có dấu hiệu phát triển quá tốc độ.
- Đôi khi trẻ bị khó uống do hở hàm ếch.
- 2 tuổi, hầu hết trẻ chưa biết đi hoặc chưa biết nói
- Tật cận thị, mắt lác sẽ phát triển.
- Khi lớn lên, 80% nam giới có tinh hoàn lớn hơn bình thường.
- Thường bị động kinh
- Ngôn ngữ phát triển chậm, thường bị nhại lời
- Khó điều khiển hoạt động của tay
- Điều phối hoạt động của tay - mắt khó khăn
- Quá hiếu động, hấp tấp
- Đập hoặc vẫy tay liên tục
- Ngại giao tiếp bằng mắt

* Những điều cần chú ý khi giáo dục trẻ gãy nhiễm sắc thể X:

- Về nhận thức:

+ Mức độ phát triển nhận thức của trẻ gãy NST X có thể khác nhau, tuy nhiên đa số bé trai bị chậm phát triển trí tuệ nhẹ.

+ Những khó khăn học tập thường thấy ở trẻ gãy NST X là: Chậm nói, khó tập trung, gặp khó khăn khi học toán.

- Đặc điểm hành vi:

- + Trẻ có thể dễ bị lôi cuốn bởi đám đông và các âm thanh ồn ào
- + Có thể quá hiếu động, nhất là với những bé trai
- + Giao tiếp bằng mắt kém, thường vỗ tay, cắn tay
- + Không thích được ôm hoặc chạm vào người

3. Hội chứng Rett

* Những biểu hiện

- Trẻ phát triển bình thường đến 6 tháng tuổi, sau đó dừng lại: cử động tay giảm, giao tiếp bằng mắt ít. Sau 2 năm, sự suy giảm thể hiện rõ ràng và diễn ra nhanh hơn. Về sau có thể lên cơn động kinh, tự làm mình bị tổn thương.

- Sau 3-10 tuổi, vận động của trẻ giảm dần, bị liệt, vẹo cột sống, kém phát triển...

4. Hội chứng tăng động, giảm tập trung AD/HD

4.1. Khái niệm

* Theo DSM-IV: Hội chứng tăng động giảm tập trung là một dạng rối nhiễu về mặt phát triển diễn ra trong suốt thời kỳ thơ ấu, với những triệu chứng quá hiếu động - hấp tấp và giảm tập trung xuất hiện trước 7 tuổi, biểu hiện ở 1 hoặc nhiều các hành vi sau;

- Thiếu chú ý: Khó khăn trong việc tham gia hoặc tập trung vào một công việc cụ thể, gây nhiễu cho người khác.

- Hiếu động: Trẻ khó kiềm chế hành vi, vận động không ngừng, bồn chồn...

- Hấp tấp: Trẻ khó kiểm soát phản ứng, không dừng lại và suy nghĩ trước khi hành động, nói và làm bất cứ điều gì vừa thoát ra khỏi ý nghĩ mà không để ý đến hậu quả...

4.2. Phân loại các dạng AD/HD Có 3 dạng AD/HD

- Dạng giảm tập trung

- Dạng tăng động, hấp tấp

- Dạng kết hợp (tăng động, hấp tấp, thiếu chú ý)

4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán AD/HD

*** Giảm tập trung**

- Khó tập trung vào các chi tiết hoặc mắc lỗi do cầu thả.

- Khó duy trì sự tập trung vào nhiệm vụ hoặc hoạt động giải trí.

- Không chăm chú vào những điều người đối thoại đang nói.

- Không theo dõi các hướng dẫn, không làm hết bài tập hoặc những nhiệm vụ khác.

- Gặp khó khăn khi tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.

- Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các hoạt động đòi hỏi duy trì nỗ lực trí tuệ.

- Hay quên những thứ quan trọng cho nhiệm vụ hoặc hoạt động.

- Dễ bị sao nhãng bởi kích thích bên ngoài.

- Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày.

*** Quá hiếu động**

- Cựa quậy chân tay hoặc cả người khi ngồi.

- Rời khỏi ghế trong lớp hoặc trường học cần ngồi cố định.

- Chạy, leo trèo quá mức trong tình huống không phù hợp.

- Gặp khó khăn khi chơi hoặc tham gia yên tĩnh vào hoạt động giải trí.
- Luôn tay luôn chân
- Thường hay nói quá nhiều.

** Hấp tấp*

- Đưa ra câu trả lời trước khi người hỏi đặt xong câu hỏi.
- Khó chờ đến lượt mình.
- Cắt ngang hoặc nói leo người khác.

(Tham khảo thêm trong giáo trình chính tr. 96, 97)

4.4. Đặc điểm các dạng AD/HD

** Dạng giảm tập trung là chủ yếu*

- Khó tập trung vào các chi tiết, mắc lỗi do câu thả, công việc được thực hiện lộn xộn, không cân nhắc kỹ lưỡng.
- Khó tập trung vào nhiệm vụ hoặc hoạt động giải trí, khó chịu đựng được nhiệm vụ tới khi hoàn thành.
- Mơ màng, thần thờ, hay quên, không nghe những gì người khác đang trực tiếp nói với mình.
- Không theo dõi hết chỉ dẫn, không hoàn thành nhiệm vụ, thường chuyển từ hoạt động chưa hoàn thành này sang hoạt động khác.
- Gặp khó khăn khi tổ chức công việc và hoạt động.
- Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các hoạt động đòi hỏi duy trì nỗ lực trí tuệ.
- Hay làm mất, hỏng đồ vật và quên nhiệm vụ.
- Dễ bị lôi cuốn bởi các kích thích bên ngoài.

** Dạng tăng động là chủ yếu*

- Thường ngo nguậy chân tay hoặc nhúc nhích trên ghế
- Rời chỗ ngồi trong lớp học hay các hoạt động ở tình huống cần ngồi cố định.
- Chạy nhảy quá mức trong tình huống đáng ra không nên làm.
- Gặp khó khăn khi chơi, khó tham gia một cách bình tĩnh vào hoạt động giải trí.
- Luôn tay luôn chân, hành động như ”được gắn động cơ”
- Nói quá nhiều hoặc gây ồn ào trong các hoạt động cần sự im lặng.

** Biểu hiện hấp tấp*

- Không kiên nhẫn, khó kiềm chế phản ứng, trả lời trước khi người khác hỏi hết câu.
- Khó khăn để đợi đến lượt.
- Hay ngắt lời hoặc nói leo theo người khác. Đi linh tinh vào chỗ không được phép...

*** Dạng kết hợp**

Trẻ có biểu hiện của tình trạng thiếu tập trung lẫn quá hiếu động. Đôi khi mắt tập trung lơ đãng như "đang ở một thế giới khác", đồng thời quá hiếu động, hấp tấp.

4.5. Những điều cần lưu ý trong quá trình chăm sóc và GD trẻ AD/HD

Nhà chuyên môn, GV và cha mẹ cần có quan điểm, thái độ đúng đắn về trẻ AD/HD, hỗ trợ và giúp trẻ thích nghi, hiểu được những kết quả có thể có từ hành vi của trẻ:

- Về quá trình nuôi dưỡng và GD: Trẻ thường hành động khác với điều người lớn mong đợi nên trẻ thường xung đột với môi trường của mình, với cha mẹ, GV...

- Đa số trẻ AD/HD đều kèm theo KTTT, một số trẻ thông minh hơn bình thường. Tuy nhiên, kết quả học tập không khả quan do giảm khả năng tập trung.

- Về những thành tựu học tập của trẻ: Trẻ có khó khăn về học tập, không tập trung vào nhiệm vụ, khó khăn trong định hướng không gian, về nhận thức các chi tiết, trí nhớ, ngôn ngữ...

- Về các chức năng tình cảm xã hội: Trẻ thường gặp nhiều trải nghiệm gây bức mình, bị coi thường, cảm thấy tự ti, bị bạn bè xa lánh, thường có vấn đề với người lớn tuổi.

→ Xu hướng hỗ trợ hiện nay là hỗ trợ tổng thể, gồm nhiều hoạt động trị liệu khác nhau, với sự tham gia của nhiều nhà chuyên môn: nhà tâm lý, bác sĩ, giáo viên, cha mẹ, các chuyên gia trị liệu... nhằm hướng vào các lĩnh vực phát triển của trẻ.

4.6. Các lưu ý đối với lớp học có trẻ AD/HD

- Sự cố định là chìa khóa nhằm hỗ trợ trẻ AD/HD: Trẻ cần có được những cấu trúc hay định hình rõ rệt về các hoạt động hàng ngày.

- Trẻ khó khăn khi tổ chức nhiệm vụ, nên GV cần hướng dẫn trẻ chia nhỏ nhiệm vụ thành các bước nhỏ và thực hiện từng bước một.

- Nên cho trẻ ngồi bàn đầu để GV dễ chú ý nhất.

- Tránh để trẻ ngồi ở vị trí trung tâm lớp, hạn chế tối đa các kích thích gây sao nhãng đến quá trình học tập của trẻ AD/HD, tạo không gian yên tĩnh cho trẻ.

- Sử dụng màu sắc, hình ảnh giúp trẻ nắm vững cấu trúc hoạt động, thời gian, vị trí...

- Đưa ra nhiệm vụ học tập vừa sức, phù hợp với khả năng duy trì chú ý của trẻ. Thay đổi hoạt động một cách tuần tự để trẻ theo dõi và thực hiện có hiệu quả.

- Người lớn cần giữ bình tĩnh, cân bằng và kiên trì với trẻ.

- Nên tăng cường đồ dùng trực quan để giúp trẻ có cơ hội được nhìn, sờ đồ vật.

5. Trẻ có rối loạn phổ tự kỉ**5.1. Khái niệm**

Khái niệm được chấp nhận phổ biến hiện nay, tự kỉ là một dạng khuyết tật phát triển kéo dài suốt cuộc đời, làm ảnh hưởng trầm trọng tới quan hệ xã hội, giao tiếp và tương tượng.