



## Nhận thức của sinh viên ngành giáo dục mầm non về rối loạn phổ tự kỷ

Nguyễn Thị Mỹ Châu, Nguyễn Phước Cát Tường

Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế

### THÔNG TIN BÀI BÁO

Quá trình xử lý:

Ngày nhận bài: 12/12/2023

Ngày nhận bản chỉnh sửa: 23/02/2024

Ngày nhận đăng: 01/3/2024

Ngày xuất bản: 20/8/2025

Từ khóa:

Nhận thức

Sinh viên

Giáo dục mầm non

Rối loạn phổ tự kỷ

### TÓM TẮT

Các hoạt động nâng cao nhận thức của sinh viên ngành Giáo dục Mầm non về Rối loạn phổ tự kỷ cần được chú trọng trong bối cảnh hiện nay. Nghiên cứu này nhằm cung cấp những dữ liệu ban đầu về thực trạng nhận thức của sinh viên ngành Giáo dục Mầm non về Rối loạn phổ tự kỷ, làm cơ sở khoa học cho việc xây dựng các hoạt động nâng cao nhận thức này ở sinh viên ngành Giáo dục Mầm non. Nghiên cứu sử dụng thang đo “Sự kỳ thị và kiến thức về Phổ tự kỷ” (The Autism Stigma and Knowledge Questionnaire/ASK-Q) của Harrison và cộng sự (2017) để khảo sát trên 400 sinh viên năm thứ 2 và 3 ngành Giáo dục Mầm non, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế. Kết quả khảo sát cho thấy nhận thức của sinh viên trong nhóm mẫu nghiên cứu về triệu chứng và nguyên nhân RLPTK là tương đối đầy đủ; tuy nhiên, nhận thức về điều trị RLPTK thì còn khá hạn chế. Bên cạnh đó, mức độ nhận thức của sinh viên không đồng đều, bên cạnh một số sinh viên có nhận thức đầy đủ về RLPTK thì một số lượng đáng kể sinh viên nhận thức sai lầm về RLPTK trên cả ba khía cạnh triệu chứng, nguyên nhân và cách trị liệu. Một số biện pháp nâng cao nhận thức cho sinh viên ngành Giáo dục Mầm non cũng đã được đề xuất.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo DSM 5, tự kỷ hay còn gọi là rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder) (RLPTK) là một rối loạn bao gồm các biểu hiện lâm sàng đặc trưng với khả năng thiếu hụt về kỹ năng xã hội, các hành vi lặp lại và thiếu hụt hay thậm chí không có khả năng giao tiếp và ngôn ngữ. Ngoài các biểu hiện nêu trên, trẻ tự kỷ còn có thể có những biểu hiện lâm sàng khác như co giật, động kinh, rối loạn vị giác, âm thanh, giấc ngủ, tăng động giảm chú ý, có vấn đề về hệ tiêu hóa, thường xuyên lo lắng, bồn chồn...vv. (Phạm Toàn, 2021). Vì thế, trẻ mắc RLPTK sẽ gặp rất nhiều khó khăn trong quá trình phát triển, trong học tập, giao tiếp và trong cuộc sống sinh hoạt hằng ngày. Đáng lo ngại, số lượng trẻ mắc tự kỷ được phát hiện ngày càng tăng trên thế giới và ở Việt Nam trong những năm gần đây (Trần Quang Vinh, 2022). Nhận thức của cộng đồng về rối loạn này giúp trẻ tự kỷ sớm được phát hiện, điều trị, được yêu thương nhiều hơn và dễ dàng hòa nhập cuộc sống hơn. “Nhận thức là hiểu được một điều gì đó, tiếp thu được những kiến thức về điều nào đó, hiểu biết những quy luật về hiện tượng, quá trình nào đó” (Nguyễn Khắc Viện, 1991). Theo đó, nhận thức về RLPTK được hiểu là những hiểu biết, kiến thức tiếp thu được của cá nhân về những khía cạnh cơ bản của RLPTK như triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị RLPTK (Harrison và cộng sự, 2007).

Không thể phủ nhận những nỗ lực nhiều năm qua của Việt Nam trong việc kêu gọi tăng cường nhận thức của cộng đồng, đặc biệt là của cha mẹ trẻ tự kỷ, giáo viên chuyên biệt về hội chứng này. Dù vậy, hành trình hòa nhập cộng đồng cho trẻ tự kỷ vẫn còn quá nhiều gian nan khi vẫn còn quá nhiều các quan niệm sai lầm

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mỹ Châu;

Địa chỉ e-mail: [mariamychau89@gmail.com](mailto:mariamychau89@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.26459/jse.017.2025>

về chứng tự kỷ, cho rằng tự kỷ là một loại bệnh, có thể chữa lành được; hay trẻ mắc chứng tự kỷ là do các vấn đề về tâm linh, mê tín dị đoan, do sự thiếu quan tâm của người mẹ, do cha mẹ không biết cách nuôi dạy (Trần Quang Vinh, 2022). Bên cạnh đó, dù đã có một số quy định pháp luật về chăm sóc, bảo vệ trẻ RLPTK nhưng chưa cho thấy sự kết nối chặt chẽ, tạo thành hành lang pháp lý thống nhất giữa các bên liên quan như: Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào Tạo... (Lê Văn, 2019). Trong bối cảnh như vậy, trẻ tự kỷ thường bị cô lập, bị kỳ thị và thậm chí bị bắt nạt bởi chính thầy cô giáo và bạn bè của mình.

Giáo viên mầm non được coi là người thầy đầu tiên và quan trọng trong những năm tháng đầu đời của trẻ. Đặc biệt là đối với trẻ tự kỷ, họ đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện, hỗ trợ trẻ tự kỷ trong vấn đề can thiệp hiệu quả, giúp trẻ có cơ hội hòa nhập sau này. Do đó, việc nâng cao nhận thức của GVMN là thật sự cần thiết và cần được quan tâm trước hết. Đáng kể hơn, để có sự chuẩn bị lâu dài và tâm thế sẵn sàng, chúng ta cần có những chương trình hành động để nâng cao và nhận thức đối với hội chứng này cần được bắt đầu ngay cho những sinh viên (SV) đang theo học ngành Giáo dục Mầm non (GDMN). Để có cơ sở khoa học cho thiết kế những chương trình như vậy, cần có những chứng cứ xác thực từ những nghiên cứu cơ bản về nhận thức và thái độ về RLPTK của SV ngành GDMN. Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện nay, số lượng những nghiên cứu này lại khá ít ỏi. Một số rất ít các nghiên cứu về lĩnh vực này trên phụ huynh, giáo viên chuyên biệt và sinh viên ngành Chăm sóc sức khỏe tâm thần được tìm thấy. Ngoài ra, chưa có một nghiên cứu nào trên sinh viên sư phạm, đặc biệt là sinh viên ngành GDMN. Nghiên cứu này của chúng tôi được thực hiện như một nỗ lực khám phá để cung cấp những dữ liệu khoa học nhằm xây dựng các chương trình hành động nâng cao nhận thức cho SV ngành GDMN về RLPTK.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể trong nghiên cứu được giới hạn trong 400 SV ngành GDMN, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế (ĐHSP, ĐHH). Một số đặc điểm nhân khẩu học của khách thể được trình bày ở bảng 1 dưới đây.

**Bảng 1.** Đặc điểm nhân khẩu học của khách thể

	Toàn mẫu	Khối lớp		Giới tính	
		Năm 2	Năm 3	Nam	Nữ
<b>Số lượng</b>	400	196	204	0	400
<b>Tỷ lệ</b>	100 %	49 %	51%	0 %	100 %

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Chúng tôi sử dụng Bảng hỏi “Sự kỳ thị và kiến thức về Phở tự kỷ” (The Autism Stigma and Knowledge Questionnaire/ASK-Q) của Harrison và cộng sự (2017) để khảo sát nhận thức của SV ngành GDMN, trường ĐHSP, ĐHH về RLPTK. Bảng hỏi này gồm có 49 items chia thành 3 tiểu thang đo nhận thức về (1) triệu chứng (ví dụ: Một số trẻ tự kỷ có thể mất khả năng nói đã đạt được đã đạt được trước đó); (2) nguyên nhân (ví dụ: Tự kỷ là do Thượng đế hoặc đấng tối cao gây ra); (3) cách điều trị (ví dụ: Can thiệp sớm không mang thêm lợi ích gì cho trẻ) và 01 item liên quan đến nhận thức chung “Tôi đã nghe nói về tự kỷ” (item này không được đưa vào để tính điểm). Khách thể được yêu cầu phản hồi từng items bằng cách lựa chọn “Đồng ý”, “Không đồng ý” và “Không biết”.

*Tiểu thang đo nhận thức về triệu chứng* bao gồm 18 items từ item 1 đến item 18; trong đó các item nghịch 10, 16 và 18 nếu chọn là “Không đồng ý” (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm, chọn “Đồng ý” (nhận thức sai) được tính là 0 điểm; với các các items thuận còn lại chọn Đồng ý (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm và chọn không đồng ý (nhận thức sai) được tính 0 điểm. Tổng điểm từ 11 đến 18 được xem là có nhận thức đầy đủ về triệu chứng/dấu hiệu nhận biết RLPTK.

*Tiểu thang đo nhận thức về nguyên nhân* bao gồm 16 items từ item 19 đến 34; trong đó các items nghịch 19, 20, 21, 22, 24, 25, 25, 30, 31 và 34 nếu chọn là “Không đồng ý” (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm, chọn “Đồng ý” (nhận thức sai) được tính là 0 điểm; với các items thuận còn lại chọn Đồng ý (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm và chọn không đồng ý (nhận thức sai) được tính 0 điểm. Tổng điểm từ 11-16 được xem là có kiến thức đầy đủ về nguyên nhân của RLPTK.

*Tiểu thang đo nhận thức về cách điều trị* bao gồm 14 items từ item 35 đến 48; trong đó, trong đó các items nghịch 37, 38, 42, 45, 46 & 48 nếu chọn là “Không đồng ý” (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm, chọn “Đồng ý” (nhận thức sai) được tính là 0 điểm; với các items thuận còn lại chọn Đồng ý (nhận thức đúng) thì được tính là 1 điểm và chọn không đồng ý (nhận thức sai) được tính 0 điểm. Tổng điểm từ 10-14 được xem là có kiến thức đầy đủ về cách điều trị của RLPTK.

Tất cả những lựa chọn “không biết” cho bất cứ item nào thuộc 03 thang đo trên đều được mã hóa là “nhận thức sai”, tính 0 điểm.

Chúng tôi đã chuyển dịch Việt ngữ theo quy trình mà của Sousa và Rojjanasrirat (2010) đề xuất. Kế đến, chúng tôi khảo sát thử trên 100 sinh viên ngành GDMN, ĐHSP, ĐHH để xác định độ tin cậy của thang đo thông qua một số chỉ số tâm trắc học như Cronbach’s Alpha, điểm trung bình của tương quan item-tổng và trung bình tương quan giữa các items. Kết quả phân tích cho thấy phiên bản tiếng Việt của Bảng hỏi “Sự kỳ thị và kiến thức về Phổ tự kỷ (The Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (ASK-Q) có độ tin cậy ổn định bên trong tương đối khả quan, đạt các tiêu chí mà các tác giả Hoàng Trọng Chu và Châu Mộng Ngọc (2008), Clark và Watson (1995) đã đề xuất, có thể tiến hành khảo sát chính thức. Chỉ số Alpha của bảng hỏi trong khảo sát chính thức cho các tiêu thang đo Nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân và trị liệu đều đạt tiêu chuẩn, lần lượt là 0.71; 0.70 và 0.76. Trung bình tương quan giữa các items với nhau cho các tiêu thang đo Nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân và trị liệu lần lượt là 0.32, 0.30 và 0.38; Trung bình tương quan giữa các items với tổng cho các tiêu thang đo Nhận thức về triệu chứng, nguyên nhân và trị liệu lần lượt là 0.34, 0.32 và 0.38. Các chỉ số này cho thấy công cụ nghiên cứu đạt tiêu chuẩn về tính ổn định bên trong, đảm bảo độ tin cậy của các kết quả thu được.

### 2.2.2. Phương pháp thống kê toán học

Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng trong nghiên cứu này với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0, gồm các thông số:

- Điểm trung bình (ĐTB): để tính điểm đạt được của từng tiểu thang đo;
- Độ lệch chuẩn (ĐLC): để đánh giá mức độ phân tán hoặc thay đổi của điểm số xung quanh giá trị trung bình.
- Tỷ lệ phần trăm

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đáp lại với nhận định “Bạn đã nghe về tự kỷ” trong bảng hỏi do Harison và cộng sự (2017), có đến 75% SV cho rằng điều đó đúng. Tuy nhiên, vẫn có gần có 25% cho rằng họ không biết cũng như chưa nghe đến tự kỷ. Hiện nay, nâng cao nhận thức về tự kỷ cho cộng đồng rất được thế giới và Việt Nam chú trọng đến. Thế nhưng, với khảo sát của nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy một số sinh viên ngành GDMN vẫn đang còn khá thờ ơ với RLPTK. Việc hiểu biết về hội chứng này giúp các SV ngành GDMN thích ứng tốt hơn với nghề nghiệp trong tương lai. Mặc dù đã nghe đến hội chứng này, nhưng liệu hiểu biết của họ về triệu chứng, về nguyên nhân và trị liệu có thực sự đúng đắn. Phần trình bày bên dưới này của chúng tôi làm rõ vấn đề này.

**Bảng 2.** Điểm trung bình và độ lệch chuẩn của các tiểu thang đo trên toàn mẫu

Tiểu thang đo	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Nhận thức về triệu chứng	10.85	3.51
Nhận thức về nguyên nhân	10.80	3.01
Nhận thức về điều trị	8.78	3.06

### 3.1. Nhận thức về triệu chứng

Kết quả nghiên cứu xác định rằng nhìn chung sinh viên ngành Giáo dục mầm non, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế trong nhóm mẫu có nhận thức tương đối đầy đủ về RLPTK. Theo đề xuất của Harison và cộng sự (2017), nhận thức về triệu chứng được cho là đầy đủ khi một cá nhân đạt điểm trung bình từ 11-18 ở tiểu thang đo này. Kết quả từ Bảng 2 cho thấy điểm trung bình của nhóm mẫu được khảo sát tiệm cận với 11. Dù vậy, độ lệch chuẩn (ĐLC) lại tương đối lớn, cho thấy các đáp án có sự khác biệt khá nhiều, phản ánh sự không đồng đều về mức độ nhận thức của SV trong nhóm mẫu. Theo đó, một số có nhận thức rất đầy đủ, nhưng một số khác thì nhận thức rất hạn chế.

Xét một cách cụ thể, kết quả từ Bảng 3 cho thấy một tỷ lệ lớn (từ 50% đến 78%) sinh viên nhận thức đúng một số khía cạnh quan trọng về triệu chứng và biểu hiện tiêu biểu của RLPTK như việc khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ để giao tiếp, biểu đạt nhu cầu; sự đòi hỏi tuân theo trật tự thái quá, tập trung quá mức vào một vật/một việc nào đó, chứng tăng động của nhiều trẻ tự kỷ; khuyết tật/thiếu hụt trí tuệ ở một số trẻ tự kỷ và sự phổ biến của hành vi gây hấn ở hầu hết trẻ tự kỷ... Không có một trẻ tự kỷ nào giống trẻ tự kỷ nào hoàn toàn vì thế, không phải các triệu chứng đều xuất hiện ở tất cả các trẻ tự kỷ.

Dù vậy, ở một số biểu hiện, số lượng SV nhận thức đúng đắn và sai lầm gần như tương đương nhau như việc không có ngôn ngữ nói ở một số trẻ tự kỷ; không hiểu được các biểu hiện trên khuôn mặt của nhiều trẻ tự kỷ...

Đáng lưu ý nhất, từ Bảng 3 chúng ta cũng có thể nhận thấy tỷ lệ SV nhận thức sai ở tất cả các câu đều

chiếm tỷ lệ không nhỏ, từ 13 đến 67%. Đặc biệt, xấp xỉ 50% SV không biết đến hai tiêu chí quan trọng để đánh giá RLPTK là việc mất khả năng ngôn ngữ đã đạt được trước đó ở bất kỳ lứa tuổi nào và việc quay (xoay tròn) liên tục các đồ vật hoặc vỗ cánh tay ở trẻ tự kỷ. Bên cạnh đó, gần 67% tin rằng có thể dùng xét nghiệm y khoa để chẩn đoán tự kỷ; 57% không biết rằng hầu hết trẻ tự kỷ không thể nhìn theo hướng chỉ tay; gần 68% không biết có thể chẩn đoán trẻ tự kỷ ở lứa tuổi rất sớm là 18 tháng. Việc bổ sung kiến thức về các triệu chứng và biểu hiện này là hết sức quan trọng, giúp cho SV ở hiện tại cũng như trong công việc tương lai phát hiện sớm những dấu hiệu nguy cơ của RLPTK ở trẻ nhỏ, có thể đưa lời khuyên hữu ích cho phụ huynh trong việc cho con đi thăm khám, chẩn đoán và can thiệp sớm. Quan trọng hơn, SV cần hiểu rằng không có một chẩn đoán y khoa nào có thể được dùng để xác định RLPTK mà chỉ có việc hiểu biết rõ các triệu chứng, các biểu hiện kết hợp với việc quan sát, theo dõi các biểu hiện triệu chứng trong nhiều hoàn cảnh, thời gian khác nhau mới giúp đánh giá chính xác mức độ RLPTK. Điều này sẽ góp phần nâng cao năng lực nghề của họ sau này.

Như vậy, nhìn chung, khi xét điểm trung bình cộng trên toàn mẫu thì SV dường như tiệm cận với mức độ nhận thức đầy đủ về triệu chứng RLPTK. Tuy nhiên, khi tính đến độ lệch chuẩn cũng như xét đến tỷ lệ SV trả lời đúng cho từng nhận định về triệu chứng RLPTK, chúng ta thấy rằng còn một số lượng không nhỏ SV nhận thức sai về các biểu hiện tiêu biểu và quan trọng của RLPTK. Việc nâng cao nhận thức về triệu chứng RLPTK, vì vậy, vẫn thực sự cần thiết cho một số SV ngành GDMN, trường ĐHSP, ĐHH.

**Bảng 3.** Số lượng và tỷ lệ sinh viên nhận thức đúng và sai về triệu chứng Rối loạn phổ tự kỷ

Nhận định	Nhận thức đúng đắn		Nhận thức sai lầm	
	N	%	N	%
1. Một số trẻ tự kỷ có thể mất khả năng nói đã đạt được trước đó.	186	42,9	213	49,1
2. Hiện tại, không có xét nghiệm y khoa nào (như xét nghiệm máu, chụp hình não bộ...) để chẩn đoán tự kỷ	114	26,3	285	65,7
3. Nhiều trẻ tự kỷ gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ hàng ngày để giao tiếp các nhu cầu của chúng.	335	77,2	64	14,7
4. Nhiều trẻ tự kỷ cảm thấy khó chịu, nổi cáu nếu thay đổi thói quen, trật tự và nếp sống hàng ngày của chúng.	311	71,7	89	20,5
5. Hầu hết trẻ tự kỷ có thể không nhìn mọi thứ khi bạn chỉ vào chúng.	152	35,0	248	57,1
6. Một số trẻ tự kỷ không nói được.	203	46,8	197	45,4
7. Tự kỷ có thể được chẩn đoán sớm nhất là 18 tháng	107	24,7	293	67,5
8. Một số trẻ tự kỷ tỏ ra thích thú quá mức và bất thường với các bộ phận của đồ vật (ví dụ: bánh xe của ô tô đồ chơi)	257	59,2	143	32,9
9. Nhiều trẻ em mắc chứng tự kỷ xu hướng tuân thủ nghiêm ngặt theo thói quen, theo một trật tự ổn định và không thay đổi.	234	53,9	166	38,2
10. *Tất cả trẻ em mắc chứng tự kỷ thường có vấn đề với các hành vi gây hấn (hung hăng, ăn vạ, cáu kỉnh...)	339	78,1	60	13,8
11. Nhiều trẻ tự kỷ không chịu đựng được tiếng ồn lớn hoặc một số kiểu đụng chạm.	284	65,4	116	26,7
12. Nhiều trẻ tự kỷ gặp không hiểu được các biểu hiện trên khuôn mặt.	206	47,5	194	44,7
13. Nhiều trẻ tự kỷ quay (xoay tròn) liên tục các đồ vật hoặc vỗ cánh tay.	177	40,8	221	50,9
14. Nhiều trẻ tự kỷ tập trung quá mức vào một vật/một việc nào đó.	293	67,5	107	24,7
15. Nhiều trẻ mắc chứng tự kỷ có vấn đề với sự hung hăng hoặc tăng động.	276	63,6	124	28,6
16.* Trẻ tự kỷ không thích sự hiện diện của người khác.	308	71,0	92	21,2
17. Trẻ tự kỷ có thể có những phản ứng kì lạ với cách ngữi, nếm, nhìn, cảm nhận hoặc âm thanh của mọi thứ.	221	50,9	179	41,2
18.* Hầu hết trẻ tự kỷ cũng bị thiếu năng trí tuệ.	303	69,8	97	22,4

*Ghi chú:* Với nhận định nghịch 10, 16 và 18, nếu SV chọn sai nghĩa là họ có nhận thức đúng đắn. Ví dụ với nhận định 10, 78,1% SV nhận thức đúng đắn vì họ cho rằng nhận định này sai.

### 3.2. Nhận thức về nguyên nhân Rối loạn phổ tự kỷ

Theo đề xuất của Harison và cộng sự (2017), nhận thức về nguyên nhân được cho là đầy đủ khi một cá nhân đạt điểm trung bình từ 11-16 ở tiêu thang đo này. Kết quả từ Bảng 2 cho thấy điểm trung bình của nhóm mẫu được khảo sát tiệm cận với 11. Tuy nhiên, tương tự như kết quả nhận thức về triệu chứng của RLPTK, độ lệch chuẩn lại tương đối lớn ( $\pm 3.01$ ), điều này cho thấy các đáp án của đáp viên vẫn có sự khác biệt khá nhiều, phản ánh sự không đồng đều về mức độ nhận thức của SV trong nhóm mẫu. Theo đó, một số SV ngành GDMN có nhận thức rất đầy đủ (ĐLC + 3), nhưng một số khác thì nhận thức rất hạn chế (ĐLC - 3).

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy một tỷ lệ cũng khá cao (59% - 81,3%) sinh viên đã nhận thức đúng về một số khía cạnh quan trọng của nguyên nhân gây nên RLPTK như 81,3 % SV cho rằng tự kỷ không phải do thương đê hay đáng tối cao gây ra; 79,7% SV cho rằng tự kỷ không phải là kết quả của một lời nguyền hoặc thể lực ma quỷ giáng xuống/gây ra cho gia đình; hay 79% SV nhận thức đúng khi cho rằng những trải nghiệm đau thương trong thời thơ ấu không gây ra chứng tự kỷ. Đáng ghi nhận là đến 68% cho rằng tiêm phòng không gây RLPTK. Vắc xin phối hợp quai bị, rubella, sởi từng bị nghi ngờ là thủ phạm gây nên RLPTK và làm cho cha mẹ không dám sử dụng thuốc này cho con mình, làm giảm khả năng bảo vệ trẻ khỏi những căn bệnh trên. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện ở các quốc gia khác nhau không cho thấy bằng chứng nào rõ ràng về sự liên quan giữa vắc xin và tự kỷ (Wing & Potter, 2002).

Bên cạnh đó, tỉ lệ sinh viên nhận thức đúng và sai về nhận định “Nguyên nhân của chứng tự kỷ vẫn chưa được biết chắc chắn” là gần như tương đương nhau. Một nửa tỷ lệ cho rằng nhận định này đúng, và một nửa lại cho rằng sai. Cho đến nay, giới khoa học vẫn chưa xác định nguyên nhân gây nên RLPTK một cách rõ ràng dù có nhiều bằng chứng cho thấy yếu tố gen, môi trường hoặc là kết hợp giữa gen - môi trường là nguyên nhân gây tự kỷ. Điều này cho thấy, một tỉ lệ cũng khá lớn SV vẫn nhận thức khá mập mờ về khía cạnh này.

**Bảng 4.** Số lượng và tỷ lệ sinh viên nhận thức đúng và sai về nguyên nhân Rối loạn phổ tự kỷ

	Nhận thức đúng đắn		Nhận thức sai lầm	
	N	%	N	%
19. *Tự kỷ là kết quả của một lời nguyền hoặc thể lực ma quỷ giáng xuống/gây ra cho gia đình.	346	79,7	54	12,4
20. * Tự kỷ là do Thương đê hoặc đáng tối cao gây ra.	353	81,3	47	10,8
21. * Những trải nghiệm đau thương trong thời thơ ấu có thể gây ra chứng tự kỷ.	343	79	57	13,1
22.* Tự kỷ là một chứng rối loạn giao tiếp.	317	73,0	82	18,9
23. Tự kỷ là một chứng rối loạn phát triển.	253	58,3	147	33,9
24.* Tự kỷ là do lạnh nhạt, chối bỏ của cha mẹ.	317	73,0	83	19,1
25. Tiêm phòng gây ra chứng tự kỷ.	295	68,0	105	24,2
26. * Tự kỷ có thể phòng ngừa được.	257	59,2	143	32,9
27. Tự kỷ là một chứng rối loạn phức tạp của phát triển não bộ.	251	57,8	149	34,3
28. Bệnh tự kỷ thường được chẩn đoán ở nam nhiều hơn nữ.	52	12,0	348	80,2
29. Số lượng các trường hợp được chẩn đoán mắc chứng tự kỷ đã được tăng lên trong 10 năm qua.	158	36,4	242	55,8
30.*Tự kỷ xảy ra phổ biến hơn ở với các trẻ có nền tảng kinh tế xã hội và giáo dục cao hơn.	238	54,8	162	37,3
31. *Tự kỷ là một hội chứng rất hiếm.	329	75,8	70	16,1
32. Bất cứ ai trên thế giới cũng có thể mắc chứng tự kỷ, bất kể quốc gia, văn hóa và sắc tộc nào.	328	75,6	72	16,6
33. Nguyên nhân của chứng tự kỷ vẫn chưa được biết chắc chắn.	206	47,5	194	44,7
34. * Tự kỷ chủ yếu xảy ra trong các gia đình trung lưu.	265	61,1	135	31,1

*Ghi chú:* \*Với những nhận định nghịch 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30, 31 và 34, nếu SV cho rằng các nhận định này sai nghĩa là họ có nhận thức đúng đắn. Ví dụ: với nhận định 19, 79,7% SV nhận thức đúng đắn vì họ cho rằng lựa chọn nhận định này sai.

Vẫn còn một tỉ lệ đáng lưu ý (10,8%-44,7%) SV có nhận thức sai về nguyên nhân gây nên tự kỷ ở một số khía cạnh rất quan trọng như 10,8 % tin rằng tự kỷ là do thương đê hoặc đáng tối cao gây ra; 12,4% SV vẫn tin rằng tự kỷ là kết quả của một lời nguyền hoặc thể lực ma quỷ giáng xuống/gây ra cho gia đình; 13,1 % SV cho rằng những trải nghiệm đau thương trong thời thơ ấu có thể gây ra chứng tự kỷ. Bên cạnh đó, một tỉ

lệ rất lớn (80,2%) SV không biết rằng tự kỷ thường được chẩn đoán ở nam nhiều hơn nữ, nam mắc chứng RLPTK nhiều hơn ở nữ.

Như vậy, từ Bảng 2 và Bảng 4, khi xét điểm trung bình cộng trên toàn mẫu thì SV ngành GDMN dường như tiệm cận với mức độ nhận thức đầy đủ về nguyên nhân RLPTK. Tuy nhiên, khi tính đến độ lệch chuẩn thì thấy mức độ nhận thức của SV lại không đồng đều. Xét đến tỷ lệ ở từng nhận định cụ thể, chúng ta nhận thấy vẫn còn một số lượng SV nhận thức sai ở một số nhận định rất quan trọng về nguyên nhân gây nên RLPTK. Việc nhận thức sai về nguyên nhân gây nên tự kỷ sẽ dẫn đến sai lầm trong tư vấn và can thiệp cho trẻ RLPTK. Ngoài ra, việc nhận thức sai về nguyên nhân gây nên RLPTK cũng dễ khiến cho phụ huynh, đặc biệt là người mẹ càng rơi vào hố sâu của tuyệt vọng, tự trách vì nghĩ mình là nguyên nhân gây nên con tự kỷ, gây ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe tinh thần và thể lý. Do đó, việc nâng cao nhận thức về nguyên nhân RLPTK vẫn thực sự cần thiết cho một số SV ngành GDMN, trường ĐHSP, ĐHH để họ có thể làm tốt tư vấn, hỗ trợ trẻ và gia đình trẻ trong nghề nghiệp tương lai.

### 3.3. Nhận thức về điều trị Rối loạn phổ tự kỷ

Việc nhận thức đầy đủ về cách điều trị đối với tự kỷ là vô cùng quan trọng, vì nó ảnh hưởng đến tính hiệu quả can thiệp đối với trẻ tự kỷ. Theo đề xuất của Harison và cộng sự (2017), tổng điểm từ 10-14 được xem là có kiến thức đầy đủ về cách điều trị của RLPTK. Kết quả từ Bảng 2 cho thấy điểm trung bình của nhóm mẫu được khảo sát là 8,78, đây là một số điểm còn khá thấp so với tiêu chuẩn đặt ra. Điều này cho thấy mức độ nhận thức về cách điều trị của RLPTK của SV trong nhóm mẫu vẫn còn nhiều thiếu sót và chưa đầy đủ, hạn chế hơn nhận thức về triệu chứng và nguyên nhân. Bên cạnh đó, độ lệch chuẩn lại tương đối lớn ( $\pm 3.06$ ) cho thấy các đáp án có sự khác biệt khá nhiều, phản ánh sự không đồng đều về mức độ nhận thức của SV ngành GDMN trong nhóm mẫu.

**Bảng 5.** Số lượng và tỷ lệ sinh viên nhận thức đúng đắn và sai lầm về nguyên nhân Rối loạn phổ tự kỷ

Nhận định	Nhận thức đúng đắn		Nhận thức sai lầm	
	N	%	N	%
35. Điều quan trọng là tất cả trẻ em được chẩn đoán mắc chứng tự kỷ cần nhận được một số hình thức dịch vụ giáo dục đặc biệt tại trường.	249	57,4	151	34,8
36. Bắt đầu điều trị chứng tự kỷ càng sớm thì càng có xu hướng hiệu quả.	324	74,7	76	17,5
37. * Can thiệp sớm không mang thêm lợi ích gì cho trẻ.	343	79,0	57	13,1
38.* Hiện tại, chúng ta có những phương pháp điều trị có thể chữa khỏi chứng tự kỷ.	275	63,4	125	28,8
39. Trẻ tự kỷ cần thêm trợ giúp để học được.	308	71,0	92	21,2
40. Hiện tại, không có cách nào chữa khỏi bệnh tự kỷ.	50	11,5	350	80,6
41. Trẻ tự kỷ ở bất cứ tuổi nào, dù lớn hay nhỏ cũng có thể nhận được lợi ích từ việc điều trị và can thiệp.	295	68,0	105	24,2
42.* Trẻ tự kỷ không thể học bất kỳ kỹ năng xã hội nào.	339	78,1	61	14,1
43. Can thiệp sớm có thể dẫn đến những tiến bộ đáng kể trong các kỹ năng giao tiếp và xã hội cho trẻ tự kỷ.	288	66,4	112	25,8
44. Liệu pháp hành vi là một can thiệp có thể có hiệu quả đối với trẻ tự kỷ.	177	40,8	223	51,4
45* Sử dụng thuốc có thể làm giảm bớt các triệu chứng cốt lõi của trẻ tự kỷ.	224	51,6	176	40,6
46. *Hầu hết trẻ mắc chứng tự kỷ đều bị khiếm khuyết rất nhiều và không thể sống độc lập khi trưởng thành.	265	61,1	135	31,1
47. Trẻ tự kỷ có thể trưởng thành để sống tự lập.	146	33,6	254	58,5
48. *Dù không có phương pháp điều trị thích hợp thì hầu hết trẻ em được chẩn đoán mắc chứng tự kỷ cuối cùng rồi cũng sẽ vượt qua được chứng rối loạn.	230	53,0	170	39,2

*Ghi chú:* \* Với nhận định nghịch 37, 38, 42, 45, 46 và 48 nếu SV cho rằng những nhận định này nghĩa là họ có nhận thức đúng đắn. Ví dụ với nhận 37. 79% SV nhận thức đúng đắn vì họ cho rằng nhận định này sai.

Xét một cách cụ thể, kết quả từ Bảng 5 cho thấy một tỷ lệ tương đối lớn (từ 53% đến gần 79%) SV nhận thức đúng về một số khía cạnh quan trọng trong cách điều trị RLPTK. Như 79% SV biết rằng việc can thiệp sớm sẽ mang lại lợi ích cho trẻ tự kỷ; 78,1% SV không đồng ý khi cho rằng trẻ tự kỷ không thể học bất kỳ kỹ năng xã hội nào; 71% SV nhận thức được trẻ tự kỷ cần thêm trợ giúp để học được.

Tuy nhiên, đáng lưu ý, từ bảng 5 cũng cho thấy tỉ lệ SV nhận thức sai vẫn chiếm tỉ lệ không nhỏ, thậm chí

rất lớn ở một số nhận định về cách điều trị RLPTK (từ 39% đến 80,6%). Cụ thể có đến 80,6% SV không biết rằng tự kỷ không phải là bệnh, nên không có thuốc chữa, hay nói cách khác tự kỷ sẽ theo trẻ suốt đời, và việc được can thiệp sớm, đúng cách sẽ giúp trẻ cải thiện những khó khăn và tiến bộ hơn; 51,4% SV chưa nhận thức được liệu pháp hành vi là một can thiệp hiệu quả đối với trẻ tự kỷ; 40,6% SV không biết rằng việc sử dụng thuốc không làm giảm bớt các triệu chứng cốt lõi của trẻ tự kỷ. 39,2% SV nhận thức sai khi cho rằng “*Dù không có phương pháp điều trị thích hợp thì hầu hết trẻ em được chẩn đoán mắc chứng tự kỷ cuối cùng rồi cũng sẽ vượt qua được chứng rối loạn*”. Đây là các nhận định quan trọng về cách điều trị RLPTK, nhưng tỉ lệ SV nhận thức sai về các nhận định này lại chiếm tỉ lệ không hề nhỏ. Nhận thức sai về cách điều trị trẻ tự kỷ có thể dẫn đến việc tư vấn và can thiệp không đúng cách, làm ảnh hưởng quá trình phát triển và tiến bộ của trẻ tự kỷ. Việc bổ sung kiến thức về cách điều trị đối với trẻ tự kỷ là hết sức quan trọng, giúp cho SV ở hiện tại cũng như trong công việc tương lai có kiến thức vững vàng về cách điều trị RLPTK, từ đó có thể tư vấn chính xác cho phụ huynh về can thiệp sớm và đúng cách cho trẻ tự kỷ. Điều này sẽ góp phần nâng cao năng lực nghề của họ sau này.

Như vậy, nhìn chung, khi xét điểm trung bình cộng trên toàn mẫu thì SV ở mức độ nhận thức thấp về cách điều trị RLPTK. Và khi tính đến độ lệch chuẩn cũng như xét đến tỷ lệ SV trả lời đúng cho từng nhận định về cách điều trị RLPTK, chúng ta thấy rằng một số lượng lớn SV nhận thức sai về cách điều trị RLPTK. Qua đó, cho thấy việc nâng cao nhận thức điều trị RLPTK, vẫn thực sự cần thiết cho một số SV ngành GDMN, trường ĐHSP, ĐHH.

Kết quả nghiên cứu về nhận thức RLPTK của SV sư phạm không đồng thuận ở các nghiên cứu trước đây. Những nghiên cứu trước năm 2015 cho thấy SV thiếu hụt nhận thức khá nhiều về lĩnh vực này; các nghiên cứu từ sau năm 2015 thì cho thấy chiều hướng tích cực hơn trong nhận thức của SV ngành sư phạm về RLPTK (ví dụ như Vincent & Ralston, 2019T; Paulson, 2015; Blackwell và cộng sự, 2017; Ismail và cộng sự, 2021). Điều này có thể là kết quả của việc tiếp cận nhiều hơn với thông tin thông qua truyền thông xã hội và sự tiếp cận của công nghệ di động (Aboulkacem & Haas, 2018; Mitchell và cộng sự, 2016). Nghiên cứu này của chúng tôi phần nào ủng hộ với các nghiên cứu sau năm 2015 khi nhìn chung nhận thức của SV ngành GDMN về triệu chứng và nguyên nhân của RLPTK là tương đối đầy đủ. Tuy nhiên, ở một góc độ khác, nhận thức về trị liệu RLPTK thì vẫn còn nhiều hạn chế và xét một cách cụ thể thì số lượng SV nhận thức hạn chế về RLPTK trên cả ba lĩnh vực vẫn khá đáng kể. Việc nâng cao nhận thức về RLPTK cho SV ngành GDMN, Trường ĐHSP, ĐHH vẫn thực sự hết sức cần thiết.

#### 4. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Nhìn chung, SV ngành GDMN, Trường ĐHSP, ĐHH nhận thức tương đối đầy đủ về triệu chứng và nguyên nhân gây RLPTK; tuy nhiên, họ còn nhận thức khá sai lầm về trị liệu RLPTK. Bên cạnh đó, mức độ nhận thức của SV về RLPTK không đồng đều. Bên cạnh những SV nhận thức đầy đủ về RLPTK thì kết quả khảo sát cho thấy một tỷ lệ đáng kể SV nhận thức khá hạn chế trên cả ba khía cạnh triệu chứng, nguyên nhân và trị liệu RLPTK. Việc nâng cao nhận thức cho SV ngành GDMN vì thế vẫn rất cấp thiết bởi trong tương lai, họ là những giáo viên phải đối diện, nhận diện, tiếp nhận và hỗ trợ can thiệp sớm, hòa nhập cho trẻ tự kỷ trong lớp học của mình với sự hiểu biết, tình yêu thương và sự đồng cảm. Quan trọng hơn, họ còn đồng hành và hướng dẫn cho phụ huynh tìm kiếm sự giúp đỡ từ các chuyên gia, cung cấp thông tin chính xác về quá trình can thiệp sớm và trị liệu cho trẻ RLPTK.

Để nâng cao nhận thức RLPTK cho SV ngành GDMN, về phía các trường sư phạm, việc đưa vào chương trình đào tạo các học phần liên quan đến RLPTK cần được chú trọng hơn. Một số trường đại học sư phạm, trong chương trình đào tạo của mình đã đưa học phần Giáo dục hòa nhập vào giảng dạy cho SV Giáo dục Mầm non trong vài năm gần đây. Dù vậy, với thời lượng 30 tiết với 2 tín chỉ dường như khá khiêm tốn chưa đủ để đạt được mục tiêu nâng cao nhận thức và thái độ cho SV ngành này về RLPTK. Ngoài ra, các Khoa GDMN có thể tổ chức buổi tập huấn/báo cáo chuyên đề về RLPTK để sinh viên có cơ hội tham gia và nâng cao hiểu biết về lĩnh vực này. Bên cạnh đó, trong các học phần Thực tế chuyên môn, có thể tổ chức cho SV học tập kinh nghiệm và trải nghiệm ở các trung tâm hỗ trợ trẻ khuyết tật có uy tín; trong đó, có trẻ RLPTK. Ngoài ra, có thể hướng dẫn SV ngành GDMN xây dựng cảm nang về RLPTK, Về phía SV, SV có thể chủ động trang bị thêm kiến thức RLPTK bằng cách tham gia vào các diễn đàn liên quan đến RLPTK trên các trang mạng xã hội như Chong chóng sắc màu, A365; tiếp cận các thông tin về RLPTK trên các kênh thông tin chính thống, đáng tin cậy khác như tivi, báo đài... Bên cạnh đó, SV có thể đăng ký tham gia học những khóa học ngắn hạn về Giáo dục đặc biệt, đăng ký tham gia làm tình nguyện viên trong những lễ hội dành cho người khuyết tật hằng năm vào Ngày Quốc tế Người khuyết tật để nâng cao nhận thức về RLPTK ...

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Aboulkacem, S., & Haas, L. E. (2018). Perceptions, practices, and guiding principles of preservice teachers in the quest for news and information across informal media. *The Online Journal of New Horizons in Education*, 8(3), 129–136. <https://www.tojned.net/?pid=showissue&issueid=204>
- Blackwell, W., Sheppard, M. E., Donna, L., & Huang, S. (2017). Examining pre-service teacher candidates' sources and levels of knowledge about autism spectrum disorders. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 2(2), Article 4. <https://scholarworks.sfasu.edu/jhstrp/vol2/iss2/4>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Harrison, A. J., Bradshaw, L. P. N. C., Naqvi, M. L. P., & Campbell, J. M. (2017). Development and psychometric evaluation of the autism stigma and knowledge questionnaire (ASK-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(10), 3281–3295. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3242-x>
- Hoàng, T., & Chu, N. M. N. (2008). *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS (Tập 2)*. Nxb Hồng Đức.
- Ismail, H. A., Weglarz-Ward, J. M., & Sarisahin, S. (2022). Teaching social initiations to elementary-aged children with autism: A systematic review. *Behavioral Interventions*, 37(4), 1181–1205. <https://doi.org/10.1002/bin.1898>
- Lê, V. (2019, November 8). “Trắng” hành lang pháp lý về việc chăm sóc, bảo vệ trẻ tự kỷ. *Báo Tin Tức*. <https://baotintuc.vn/giao-duc/trang-hanh-lang-phap-ly-ve-viec-cham-soc-bao-ve-tre-tu-ky-20191108112808826.htm>
- Mitchell, A., Gottfried, J., Barthel, M., & Shearer, E. (2016, July 7). The modern news consumer: News attitudes and practices in the digital era. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/journalism/2016/07/07/the-modern-news-consumer/>
- Nguyễn, K. V. (Chủ biên). (1995). *Từ điển tâm lý học*. Nxb Thế giới.
- Phạm, T. (2021). *Hướng dẫn chẩn đoán tâm lý tâm thần theo DSM-5*. Nxb Trẻ.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation, and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Talib, T. L., & Paulson, S. E. (2015). Differences in competence and beliefs about autism among teacher education students. *The Teacher Educator*, 50(4), 240–256. <https://doi.org/10.1080/08878730.2015.1072259>
- Trần, Q. V. (2022, October 16). Ngày thế giới nhận thức về tự kỷ. *Báo Dân tộc Miền núi*. <https://dantocmiennui.baotintuc.vn/ngay-the-gioi-nhan-thuc-ve-tu-ky-bai-cuoi-post318159.html>
- Vincent, J., & Ralston, K. (2019). Trainee teachers' knowledge of autism: Implications for understanding and inclusive practice. *Oxford Review of Education*, 46(2), 202–221. <https://doi.org/10.1080/03054985.2019.1645651>
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 151–161. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10029>

## Perception of autism spectrum disorder among students in early childhood education

Nguyen Thi My Chau, Nguyen Phuoc Cat Tuong

University of Education, Hue University

---

### ARTICLE INFO

---

*Article history:*

*Received 12 December 2023*

*Received in revised form 23 February 2024*

*Accepted 01 March 2024*

*Published 20 August 2025*

---

*Keywords:*

*Perception*

*Students*

*Early childhood education*

*Autism spectrum Order*

---

*Corresponding author:*

*Nguyen Thi My Chau*

*E-mail address:*

*mariamychau89@gmail.com*

---

### ABSTRACT

Activities aimed at raising awareness of Autism Spectrum Disorder (ASD) among students majoring in Early Childhood Education are crucial in the current context. Our research study aimed to provide initial data on the current state of awareness of ASD among students majoring in Early Childhood Education, which can serve as a scientific foundation for building awareness-raising activities. The study was conducted on over 400 second- and third-year students majoring in Early Childhood Education at the University of Education, Hue University. We used the "Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (ASK-Q)" by Harrison and colleagues (2017) to conduct the survey. The results showed that the awareness of students in the research sample group about the symptoms and causes of autism is relatively complete. However, awareness regarding the treatment is still quite limited. Moreover, the level of awareness among students is not uniform, with a significant number of students having incorrect awareness about ASD in all three aspects: symptoms, causes, and treatments. Based on our findings, we propose several measures to enhance awareness among students majoring in Early Childhood Education.

---