VJE Tạp chí Giáo dục (2026), 26(12), 50-57 ISSN: 2354-0753

ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ 3-6 TUỔI TẠI VIỆT NAM: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU THEO KHUNG ICF-CY

DEVELOPMENTAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AGED 3-6 YEARS IN VIETNAM: A SYSTEMATIC REVIEW AND FUNCTIONAL INTERPRETATION USING THE ICF-CY FRAMEWORK

Trần Thị Minh Thành[1,+], Phạm Thị Bền[1], Nguyễn Minh Phượng[1], Lê Vũ Tường Vy[2], Đinh Nguyễn Trang Thu[1], Trần Thị Lệ Thu[1], Nguyễn Thị Thắm[1], Phạm Thị Hải Yến[1]

[1]Trường Đại học Sư phạm Hà Nội;
[2]Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh
+Tác giả liên hệ • Email: thanhttm@hnue.edu.vn

Article history
Received: 10/3/2026
Accepted: 15/4/2026
Published: 20/6/2026

Keywords
Autism spectrum disorder, developmental characteristics, 3-6 years, system review, ICF-CY

ABSTRACT
Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by persistent difficulties in social communication and restricted, repetitive behaviors. In Vietnam, research on ASD has increased in recent years but remains fragmented. This study conducted a systematic review following PRISMA 2020, synthesizing 18 empirical studies on preschool children with ASD. The findings indicate three core areas of difficulty: impairments in social communication and language; sensory processing and regulation difficulties; and uneven developmental profiles, with language and social functioning more severely affected than motor skills. Additionally, comorbid conditions such as attention difficulties, sleep disturbances, and emotional-behavioral problems are common. Overall, the developmental profile of preschool children with ASD is multidimensional yet uneven, with social communication and sensory processing as central features. Interpreting these findings within the ICF-CY framework highlights the relationships among impairments, activity limitations, and participation restrictions, and suggests directions for future research, particularly longitudinal and function-oriented studies.

1. Mở đầu

Rối loạn phổ tự kỉ (Autism Spectrum Disorder - ASD) là một rối loạn phát triển thần kinh phức tạp, đặc trưng bởi suy giảm trong giao tiếp xã hội và các hành vi lặp lại hoặc hạn chế (American Psychiatric Association, 2013). Trong vòng hai thập kỉ qua, tỉ lệ ASD được ghi nhận tăng đáng kể trên toàn thế giới, khiến rối loạn này trở thành một trong những vấn đề phát triển quan trọng trong thời thơ ấu.

Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy, giai đoạn 3-6 tuổi là thời kì đặc biệt quan trọng trong quá trình phát hiện và can thiệp sớm cho trẻ ASD. Đây là giai đoạn các kĩ năng giao tiếp xã hội, ngôn ngữ, nhận thức và hành vi thích ứng phát triển mạnh mẽ. Tuy nhiên, trẻ ASD thường biểu hiện những quỹ đạo phát triển không đồng đều, với các lĩnh vực như giao tiếp xã hội và ngôn ngữ bị ảnh hưởng nghiêm trọng hơn so với các lĩnh vực khác (Szatmari và cộng sự, 2015; Lord và cộng sự, 2012). Các nghiên cứu quốc tế cũng chỉ ra rằng ASD không chỉ là rối loạn giao tiếp mà còn liên quan đến các khó khăn đa lĩnh vực, bao gồm xử lí cảm giác, điều hòa cảm xúc và các rối loạn đồng mắc.

Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về ASD đã tăng đáng kể trong những năm gần đây, đặc biệt trong các lĩnh vực y học, tâm lí học và giáo dục đặc biệt. Các nghiên cứu này tập trung vào nhiều khía cạnh khác nhau như dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, phát triển ngôn ngữ, xử lí cảm giác và hiệu quả can thiệp. Tuy nhiên, các kết quả vẫn còn phân tán giữa các lĩnh vực và bối cảnh nghiên cứu khác nhau, khiến việc hình thành một bức tranh tổng thể về hồ sơ phát triển của trẻ ASD mầm non tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Một cách tiếp cận hữu ích để tích hợp các bằng chứng này là sử dụng khung lí thuyết của ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth). Khung ICF-CY do Tổ chức Y tế Thế giới phát triển nhằm mô tả chức năng và khuyết tật của trẻ em theo ba mức độ: chức năng cơ thể, hoạt động và tham gia (WHO, 2007). Cách tiếp cận này cho phép chuyển từ cách nhìn tập trung vào triệu chứng sang cách hiểu toàn diện hơn về chức năng và sự tham gia của trẻ trong các bối cảnh đời sống thực. Mặc dù khung ICF-CY đã được áp dụng rộng rãi trong nghiên cứu quốc tế về ASD, việc sử dụng khung này để diễn giải bằng chứng nghiên cứu tại Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Do đó, việc tổng hợp và phân tích các nghiên cứu trong nước theo một khung lí thuyết thống nhất là cần thiết nhằm làm rõ hồ sơ phát triển của trẻ ASD mầm non trong bối cảnh Việt Nam.

Bài báo này tổng hợp có hệ thống các nghiên cứu thực nghiệm tại Việt Nam về đặc điểm phát triển của trẻ ASD trong giai đoạn mầm non. Cụ thể, nghiên cứu hướng tới ba mục tiêu: (1) tổng hợp các kết quả nghiên cứu về tỉ lệ và đặc điểm phát triển của trẻ ASD 3-6 tuổi tại Việt Nam; (2) xác định các lĩnh vực phát triển chính và các yếu tố ảnh hưởng được báo cáo trong các nghiên cứu; (3) diễn giải các phát hiện theo khung ICF-CY nhằm đề xuất một mô hình phát triển của trẻ ASD trong bối cảnh Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống (Systematic Review) nhằm thu thập và phân tích các bằng chứng khoa học về đặc điểm phát triển của trẻ tự kỉ tại Việt Nam. Quy trình thực hiện tuân thủ nghiêm ngặt theo hướng dẫn của báo cáo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm. Các bài báo được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu Google Scholar, PubMed, Scopus và các tạp chí khoa học Việt Nam (Tạp chí khoa học giáo dục, Tạp chí Tâm lí học, Tạp chí y học…) trong giai đoạn 2014-2025. Từ khóa tìm kiếm bao gồm: "autism spectrum disorder."/"ASD", "rối loạn phổ tự kỉ"/ "tự kỉ", "trẻ rối loạn phổ tự kỉ mầm non", "developmental characteristics"/ "Đặc điểm phát triển", "Vietnam"/ "Việt Nam". Cú pháp tìm kiếm: Sử dụng các toán tử logic AND, OR để tối ưu hóa kết quả:

Tiếng Anh: ("Autism Spectrum Disorder" OR "ASD") AND ("developmental characteristics" OR "language" OR "social skill") AND ("preschool" OR "young children") AND "Vietnam"

Tiếng Việt: ("rối loạn phổ tự kỉ" OR "tự kỉ") AND ("đặc điểm phát triển" OR "ngôn ngữ" OR "giao tiếp") AND ("mầm non" OR "lứa tuổi nhỏ") AND "Việt Nam"

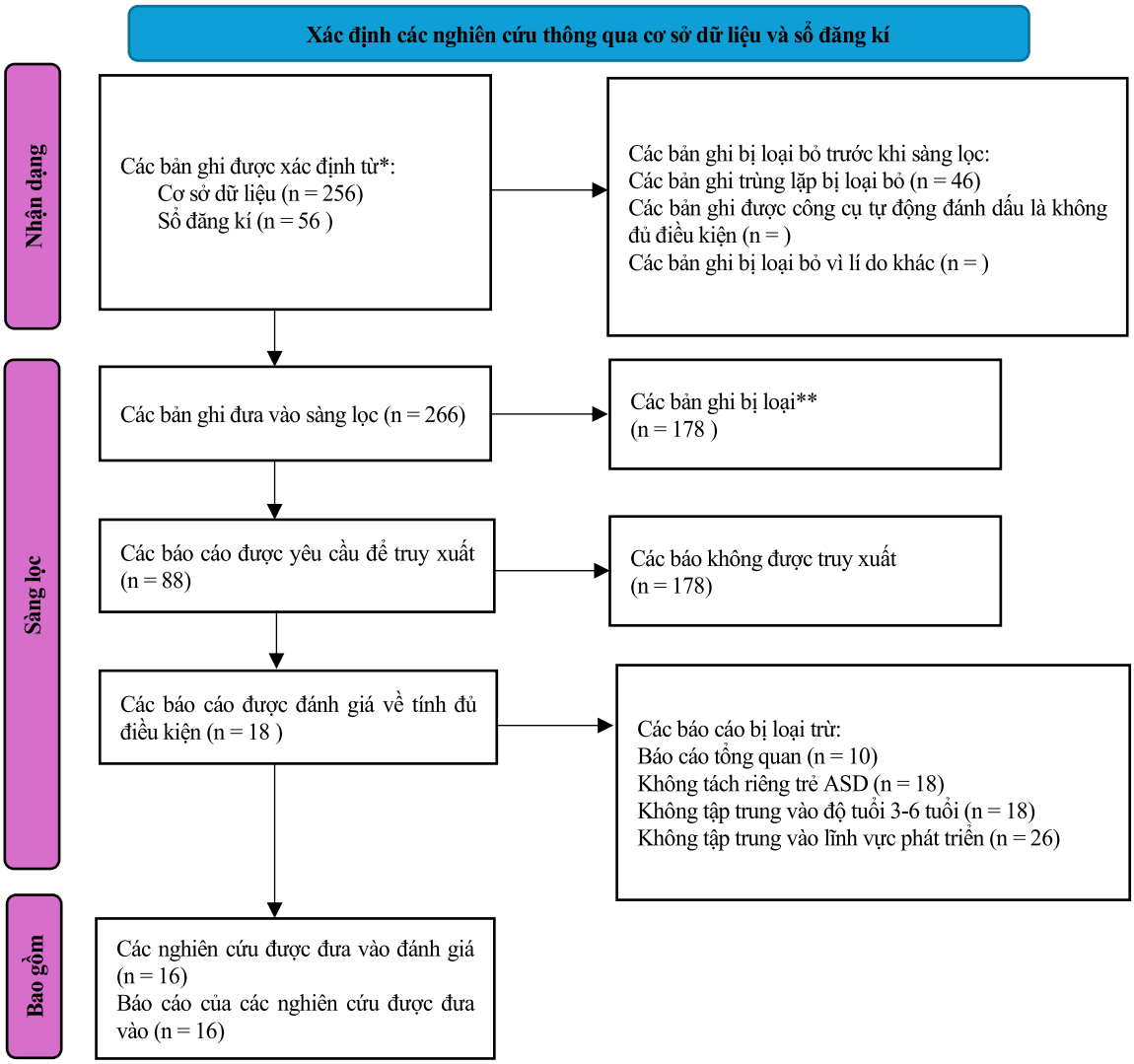
Tiêu chí lựa chọn. Các nghiên cứu được đưa vào tổng hợp nếu đáp ứng các tiêu chí sau: (1) Nghiên cứu thực nghiệm (cross-sectional hoặc longitudinal); (2) Đối tượng là trẻ được chẩn đoán ASD; (3) Tập trung vào trẻ lứa tuổi mầm non hoặc báo cáo dữ liệu riêng cho nhóm tuổi này; (4) Phân tích ít nhất một lĩnh vực phát triển (ngôn ngữ, xã hội, nhận thức, cảm giác, hành vi); (5) Được công bố trên tạp chí khoa học có phản biện. Các nghiên cứu bị loại nếu: Là bài tổng quan hoặc bình luận; Không phân tích đặc điểm phát triển; Không có dữ liệu riêng cho ASD.

Đánh giá chất lượng nghiên cứu. Để tăng độ tin cậy, các nghiên cứu được đánh giá độc lập bởi hai nghiên cứu viên dựa trên bộ công cụ JBI (Joanna Briggs Institute) cho nghiên cứu quan sát. Các tiêu chí đánh giá bao gồm: - Tính rõ ràng trong định nghĩa khách thể; - Độ tin cậy của công cụ đo lường đặc điểm phát triển; - Phương pháp xử lí số liệu phù hợp; - Kiểm soát các biến nhiễu. Các nghiên cứu được phân loại chất lượng theo thang điểm: Thấp - Trung bình - Cao. Chỉ những nghiên cứu đạt mức Trung bình trở lên mới được đưa vào phân tích cuối cùng.

Quy trình trích xuất và mã hóa dữ liệu. Dữ liệu từ các bài báo được trích xuất vào bảng biểu mẫu thống nhất bao gồm: (1) Thông tin chung: Tác giả, năm công bố, địa điểm nghiên cứu; (2) Đặc điểm mẫu: Cỡ mẫu, độ tuổi; (3) Công cụ đo lường: Các thang đo sử dụng (ví dụ: Vineland, Kyoto, PEP-3, ASQ-3, M-CHAT, CARS...); (4) Các biến số phát triển (mã hóa): Ngôn ngữ, Giao tiếp xã hội, Nhận thức, Vận động, Cảm giác và Các yếu tố ảnh hưởng.

Phương pháp tổng hợp và phân tích dữ liệu. Do sự khác biệt lớn về công cụ đo lường và cách báo cáo giữa các nghiên cứu, nghiên cứu này sử dụng phương pháp tổng hợp định tính kết hợp với thống kê mô tả. Phân tích theo chủ đề: nhóm các kết quả nghiên cứu theo từng lĩnh vực phát triển để tìm ra các mô thức chung và sự khác biệt. Đánh giá mức độ bằng chứng: Tổng hợp các phát hiện dựa trên tần suất xuất hiện và cỡ mẫu của các nghiên cứu thành phần để đưa ra kết luận về đặc điểm phát triển điển hình của trẻ ASD tại Việt Nam.

Quy trình sàng lọc. Quy trình sàng lọc được thực hiện theo PRISMA: Bài báo xác định ban đầu: 312; Sau khi loại trùng lặp: 266; Loại sau sàng lọc tiêu đề và tóm tắt: 178; Đánh giá toàn văn: 88; Loại toàn văn: 70. Cuối cùng, 18 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí được đưa vào tổng hợp.



3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm các nghiên cứu ở Việt Nam

Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu tại Việt Nam được đưa vào tổng quan

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Độ tuổi	Lĩnh vực nghiên cứu	Kết quả chính
Đinh Văn Uy và cộng sự (2019)	35	3-6 tuổi	Hồ sơ lâm sàng	Thiếu hụt nghiêm trọng về giao tiếp và hành vi rập khuôn
Trần Thiện Thắng và cộng sự (2022)	60	24-72 tháng	Đặc điểm lâm sàng	Dấu hiệu sớm: chậm nói và giảm giao tiếp mắt
Tran và cộng sự (2024)	9.397	24-72 tháng	Đặc điểm lâm sàng, dịch tễ	Tỉ lệ ASD là 1,2% và tỉ lệ nam cao hơn nữ (≈2,4:1); các yếu tố môi trường trước, trong và sau khi sinh
Nguyễn Thị Thúy Quỳnh và cộng sự (2023)	60	24-72 tháng	Ngôn ngữ	80% trẻ có khó khăn giao tiếp
Trần Thiện Thắng và cộng sự (2023)	50	24-72 tháng	Giao tiếp chức năng	86% trẻ ở mức giao tiếp cấp độ 3-4
Nguyễn Thế Tài và Nguyễn Doãn Phương (2022)	75	Tuổi mầm non	Xử lí cảm giác	90,7% trẻ có rối loạn xử lí cảm giác
Thành Ngọc Minh và cộng sự (2018)	94	3-6 tuổi	Điều hòa cảm giác	77,7% trẻ có ít nhất một khó khăn cảm giác

Đỗ Thị Nga và cộng sự (2025)	112	2-6 tuổi	Xử lí cảm giác	90,18% trẻ có khó khăn đa giác quan
Phạm Thị Ngân và cộng sự (2023)	60	24-60 tháng	Lâm sàng	98% trẻ chậm phát triển ngôn ngữ
Nguyễn Nguyên Xuân và cộng sự (2023)	149	Trung bình 3,5 tuổi	Lâm sàng	Điểm CARS trung bình = 42 (mức nặng)
Lê Thị Kim Dung và cộng sự (2021)	161	24-72 tháng	Phát triển	Lĩnh vực ngôn ngữ và xã hội chậm phát triển nhiều nhất
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2025)	105	2-12 tuổi	Rối loạn đồng mắc	ADHD 52,4%; rối loạn giấc ngủ 45,7%
Nguyễn Thị Thanh Mai và cộng sự (2022)	117	24-60 tháng	Giấc ngủ	81,2% trẻ có rối loạn giấc ngủ
Nguyễn Thành Nam và cộng sự (2025)	71	4-16 tuổi	Hành vi - cảm xúc	Khó khăn quan hệ bạn bè 77,5%
Trần Huỳnh Tuyết Như và cộng sự (2024)	2.902	18-36 tháng	Tỉ lệ hiện mắc	Tỉ lệ ASD là 2,3%
Trần Thị Minh Thành và Đỗ Thị Thúy (2020)	42	3-6 tuổi	Từ vựng	Vốn từ biểu đạt nhiều hơn vốn từ tiếp nhận
Minh và cộng sự (2024)	151	3-6 tuổi	Ngôn ngữ xã hội	85% trẻ có mức ngôn ngữ dưới trung bình
Lê Thị Kim Dung và cộng sự (2023)	60	24-60 tháng	Yếu tố nguy cơ	Tuổi mẹ ≥35 và vàng da sơ sinh liên quan đến ASD

Các nghiên cứu được thực hiện tại nhiều địa phương như Hà Nội, Thái Bình, Cần Thơ, Thái Nguyên, Tuyên Quang và Đà Nẵng. Phần lớn là nghiên cứu cắt ngang tại các cơ sở y tế, phục hồi chức năng hoặc các cơ sở can thiệp. Cỡ mẫu dao động từ vài chục đến hàng nghìn trẻ, với tỉ lệ nam cao hơn nữ (khoảng 3-4:1). Đáng chú ý, một nghiên cứu quy mô lớn gần đây tại khu vực miền Nam Việt Nam với 9.397 trẻ mầm non cho thấy tỉ lệ ASD là 1,2% và tỉ lệ nam cao hơn nữ (≈2,4:1), tiếp tục củng cố xu hướng chênh lệch giới tính trong ASD nhưng đồng thời gợi ý khả năng phát hiện tốt hơn ở trẻ nữ khi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 và đánh giá bởi chuyên gia (Tran và cộng sự, 2024). Các nghiên cứu tại Việt Nam có thể được chia thành năm nhóm chủ đề chính: tỉ lệ mắc và yếu tố nguy cơ (n=3), đặc điểm lâm sàng và hồ sơ phát triển (n=5), ngôn ngữ - giao tiếp (n=4), xử lí cảm giác (n=3) và rối loạn đồng mắc (n=3). Trong đó, số lượng nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và ngôn ngữ nhiều nhất, phản ánh mối quan tâm nghiên cứu tập trung vào trục giao tiếp - phát triển của trẻ ASD trong giai đoạn mầm non. Các nghiên cứu dịch tễ gần đây cũng cho thấy xu hướng mở rộng theo hướng tiếp cận đa yếu tố, kết hợp giữa đặc điểm cá nhân và yếu tố môi trường trước - trong - sau sinh (Tran và cộng sự, 2024).

3.2. Đặc điểm phát triển của trẻ rối loạn phổ tự kỉ 3-6 tuổi

Các nghiên cứu gần đây ở Việt Nam cho thấy tỉ lệ mắc ASD dao động từ 0,75% đến 2,3% (Lê Thị Vui và Dương Minh Đức, 2021; Trần Huỳnh Như và cộng sự, 2024; Tran và cộng sự, 2024). Đặc biệt, nghiên cứu của Tran và cộng sự (2024) ghi nhận tỉ lệ 1,2% ở trẻ 24-72 tháng, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây, góp phần củng cố nhận định về xu hướng gia tăng ASD tại Việt Nam. Các yếu tố nguy cơ được báo cáo trong nhiều nghiên cứu bao gồm: sinh non, vàng da sơ sinh, ngạt khi sinh, tuổi mẹ cao, stress trong thai kì (Lê Thị Kim Dung và cộng sự, 2023), đồng thời nghiên cứu gần đây cũng nhấn mạnh vai trò của các yếu tố môi trường như phơi nhiễm thuốc trừ sâu và stress tâm lí của mẹ trong thai kì (Tran và cộng sự, 2024).

Phân tích các nghiên cứu về đặc điểm phát triển của trẻ cho thấy những nghiên cứu này tập trung vào các đặc điểm cốt lõi của ASD như giao tiếp, ngôn ngữ, hành vi, rối loạn cảm giác, rối loạn đồng mắc.

Đặc điểm giao tiếp và ngôn ngữ. Phần lớn các nghiên cứu ghi nhận chậm phát triển ngôn ngữ và giao tiếp là dấu hiệu phổ biến nhất. Tỉ lệ trẻ chậm nói có thể lên tới gần 90%. Các biểu hiện thường gặp gồm: giảm giao tiếp bằng mắt, không sử dụng cử chỉ giao tiếp, không chơi tưởng tượng, hạn chế khởi xướng tương tác. Ngoài ra, nhiều trẻ có ngôn ngữ bất thường như lặp lại lời nói hoặc sử dụng lời nói không phù hợp với ngữ cảnh. Đinh Văn Uy và cộng sự (2019) ghi nhận 85,7% trường hợp chậm nói và hoàn toàn không có trò chơi tượng trưng. Trần Thiện Thắng và cộng sự (2022) báo cáo các khiếm khuyết sớm về giao tiếp bằng mắt và ngôn ngữ biểu đạt. Quan trọng hơn, các khiếm khuyết về giao tiếp chức năng không chỉ giới hạn ở vốn từ vựng. Nguyễn Thị Thúy Quỳnh và cộng sự (2023) đã xác định các khiếm khuyết về ngữ điệu và giao tiếp phi ngôn ngữ. Nghiên cứu của Trần Thiện Thắng và cộng sự (2023) đã sử dụng Ma trận Giao tiếp, nhận thấy 86% trẻ em mắc ASD cấp độ 3 hoạt động ở mức tiền biểu tượng hoặc biểu tượng ban đầu, đặc biệt hạn chế về ý định giao tiếp (yêu cầu).

Rối loạn xử lí cảm giác. Các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy rối loạn xử lí cảm giác xuất hiện với tần suất rất cao, dao động từ khoảng 77% đến hơn 90% ở trẻ ASD. Các dạng rối loạn thường gặp gồm: nhạy cảm với âm thanh, khó khăn trong xử lí xúc giác, rối loạn cảm giác tiền đình, phản ứng bất thường với kích thích thị giác. Các nghiên cứu này báo cáo khó khăn trong xử lí cảm giác ở 77-90% trẻ mẫu giáo mắc ASD (Thành Ngọc Minh và cộng sự, 2018; Nguyễn Thế Tài và Nguyễn Doãn Phương, 2022; Đỗ Thị Nga và cộng sự, 2025). Sự tham gia đa giác quan (≥3 lĩnh vực cảm giác) được quan sát thấy ở 66% trường hợp. So với quốc tế, tỉ lệ ở Việt Nam nằm trong phạm vi toàn cầu nhưng có xu hướng cao hơn. Sự nhất quán này cho thấy rối loạn điều chỉnh cảm giác là một đặc điểm cấu trúc hơn là một triệu chứng ngoại vi.

Mô hình phát triển không đồng đều. Một số nghiên cứu sử dụng các công cụ đánh giá phát triển như Denver II (Lê Thị Kim Dung và cộng sự, 2021), Kyoto-scale (Minh và cộng sự, 2024) cho thấy trẻ ASD thường có mô hình phát triển không đồng đều. Trong đó: ngôn ngữ và lĩnh vực cá nhân - xã hội bị ảnh hưởng nặng nhất, vận động thô ít bị ảnh hưởng hơn.

Các rối loạn đồng mắc. Các nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ cao các rối loạn đồng mắc, bao gồm: tăng động giảm chú ý, rối loạn giấc ngủ, khó khăn hành vi và cảm xúc, lo âu và khó khăn quan hệ bạn bè (Nguyễn Văn Dũng và cộng sự, 2025, Nguyễn Thị Thanh Mai và cộng sự 2022, Nguyễn Thành Nam và cộng sự, 2025).

3.3. Thảo luận về kết quả nghiên cứu

Tổng quan này cho thấy bằng chứng nghiên cứu tại Việt Nam về trẻ ASD trong giai đoạn mầm non đã bắt đầu hình thành một hồ sơ phát triển tương đối nhất quán, dù còn phân tán theo bối cảnh bệnh viện, phục hồi chức năng và cộng đồng. Khi đặt cạnh nhau, các nghiên cứu cho thấy ba trục nổi bật lặp đi lặp lại qua nhiều địa phương và mẫu nghiên cứu: (1) chậm ngôn ngữ và giao tiếp xã hội là khó khăn trung tâm; (2) rối loạn xử lí/điều hòa cảm giác xuất hiện với tần suất rất cao; và (3) trẻ thường đi kèm các khó khăn hành vi, cảm xúc hoặc rối loạn đồng mắc, thay vì chỉ biểu hiện một hội chứng giao tiếp đơn thuần. Nhìn tổng thể, hồ sơ phát triển của trẻ ASD 3-6 tuổi tại Việt Nam không phải là mô hình chậm phát triển đồng đều trên mọi lĩnh vực, mà là một cấu trúc phát triển *không đồng đều, đa lĩnh vực và phụ thuộc mạnh vào bối cảnh hỗ trợ.*

Trước hết, giao tiếp - ngôn ngữ nổi lên như trục khó khăn lõi và nhất quán nhất. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Thái Bình cho thấy đa số trẻ chậm nói, có ngôn ngữ bất thường, giảm giao tiếp không lời, không quay lại khi gọi tên và không chơi tưởng tượng. Các nghiên cứu tại Cần Thơ, Tuyên Quang và Đà Nẵng cũng lặp lại mô hình này, với các biểu hiện như chậm phát triển ngôn ngữ nói, giảm tiếp xúc mắt, không chủ động trò chuyện, không chơi đóng vai và khó tham gia tương tác xã hội phù hợp với lứa tuổi. Điểm đáng chú ý là các nghiên cứu ngôn ngữ chuyên biệt cho thấy khó khăn không chỉ nằm ở số lượng từ hay khả năng phát âm, mà còn nằm ở *khả năng ngôn ngữ xã hội: trẻ khó sử dụng lời nói và cử chỉ để khởi xướng, duy trì và điều chỉnh tương tác.*

Phát hiện này có ý nghĩa lí luận quan trọng. Nếu chỉ nhìn ASD như một tình trạng "chậm nói", can thiệp sẽ dễ lệch sang hướng tăng số lượng từ hoặc luyện phát âm cơ học. Tuy nhiên, các dữ liệu trong nước cho thấy cốt lõi của khó khăn là *giao tiếp xã hội chức năng*. Nghiên cứu dùng Communication Matrix ở nhóm trẻ mức độ 3 đặc biệt có giá trị vì chỉ ra rằng phần lớn trẻ chỉ đạt các cấp độ giao tiếp sớm, chủ yếu dùng hành vi giao tiếp không quy ước hoặc quy ước sơ khởi; đồng thời, "yêu cầu" là lí do giao tiếp khó nhất. Điều đó gợi ý rằng ở trẻ tự kỉ nặng, sự thiếu hụt không đơn thuần là vắng lời nói, mà là hạn chế trong việc hiểu rằng giao tiếp là công cụ để tác động tới người khác và tham gia vào trao đổi xã hội có mục đích. Nói cách khác, vấn đề nằm ở *chức năng giao tiếp*, không chỉ ở hình thức ngôn ngữ.

Kết quả từ nghiên cứu từ vựng và ngôn ngữ xã hội cũng củng cố kết luận này. Trẻ ASD 3-6 tuổi tại Việt Nam có tốc độ tích lũy từ và phát triển ngôn ngữ xã hội chậm hơn đáng kể so với trẻ phát triển điển hình; đáng chú ý, số từ trẻ "nói ra" có thể cao hơn đáng kể số từ thực sự "hiểu" hoặc sử dụng phù hợp trong bối cảnh giao tiếp. Điều này đặc biệt quan trọng đối với giáo dục mầm non và can thiệp sớm, vì nó nhắc rằng đánh giá ngôn ngữ không nên dừng ở việc đếm số từ hay câu trẻ nói được. Cần phân biệt giữa *ngôn ngữ biểu hiện bề mặt và năng lực dùng ngôn ngữ để chia sẻ chú ý, yêu cầu, đáp lời, tương tác và tham gia hoạt động.*

Trục thứ hai, và cũng là một phát hiện rất nổi bật trong các nghiên cứu Việt Nam, là tần suất cao của rối loạn xử lí và điều hòa cảm giác. Ba nghiên cứu ở các thời điểm khác nhau cho thấy tỉ lệ trẻ có ít nhất một rối loạn cảm giác dao động từ khoảng 77% đến trên 90%. Không chỉ vậy, nhiều trẻ có rối loạn ở từ ba giác quan trở lên. Các nghiên cứu không hoàn toàn đồng nhất về giác quan bị ảnh hưởng nhiều nhất, nhưng nhìn chung, các khó khăn thường tập trung ở các lĩnh vực thính giác, tiền đình, xúc giác và trong một số nghiên cứu gần đây là thị giác. Mức độ nặng, vấn đề hành vi và chậm phát triển nhận thức cũng thường đi kèm tỉ lệ rối loạn cảm giác cao hơn.

Điều này có hàm ý rất lớn đối với cách hiểu về hồ sơ phát triển của trẻ ASD tại Việt Nam. Nếu xem rối loạn cảm giác chỉ là một "triệu chứng phụ", người làm chuyên môn sẽ dễ bỏ sót một cơ chế quan trọng làm gia tăng khó khăn trong giao tiếp, hành vi và tham gia. Trên thực tế, một trẻ quá nhạy cảm với âm thanh, chuyển động, ánh sáng hoặc tiếp xúc cơ thể có thể né tránh lớp học, chống đối chuyển tiếp, khó ngủ, khó điều chỉnh cảm xúc hoặc bùng nổ hành vi. Khi đó, hành vi "khó bảo" hay "không hợp tác" có thể là biểu hiện bề mặt của một hệ thống điều hòa cảm giác đang quá tải. Từ góc độ này, dữ liệu Việt Nam cho phép diễn giải rằng *trục điều hòa cảm giác* có thể là một nền tảng quan trọng chi phối cả giao tiếp lẫn hành vi.

Trục thứ ba là mô hình phát triển không đồng đều. Nghiên cứu phát triển tâm - vận động tại Thái Nguyên cho thấy ngôn ngữ và lĩnh vực cá nhân - xã hội bị ảnh hưởng nặng nhất, trong khi vận động thô ít bị ảnh hưởng hơn nhiều. Đây là một phát hiện đặc biệt quan trọng, bởi nó giúp phân biệt ASD với kiểu chậm phát triển toàn diện đồng đều. Trẻ có thể chạy nhảy, thao tác một số đồ vật hoặc thực hiện vài kĩ năng tự phục vụ, nhưng vẫn có thiếu hụt sâu sắc về tương tác xã hội, chơi tưởng tượng, giao tiếp chức năng và thích ứng xã hội. Mô hình "lệch trục" này giải thích vì sao nhiều gia đình phát hiện trẻ muộn: trẻ có thể trông "không quá chậm" trong vài hoạt động quen thuộc, khiến khó khăn cốt lõi ở giao tiếp xã hội bị che lấp trong giai đoạn đầu.

Các nghiên cứu về dịch tễ và yếu tố nguy cơ cũng góp thêm một lớp hiểu biết quan trọng. Tỉ lệ hiện mắc/ghi nhận ASD trong các nghiên cứu Việt Nam dao động từ 0,75% đến 2,3%, phụ thuộc vào lứa tuổi, công cụ sàng lọc, tiêu chuẩn chẩn đoán và bối cảnh khảo sát. Các yếu tố liên quan được lặp lại ở nhiều nghiên cứu gồm sinh non hoặc sinh thiếu/già tháng, ngạt khi sinh, vàng da sơ sinh, chuyển dạ kéo dài, tuổi mẹ cao, stress thai kì, can thiệp sản khoa và tiền sử gia đình có bệnh lí/dị tật. Các kết quả này chưa cho phép suy luận nhân quả mạnh, nhưng đủ để gợi ý rằng trong bối cảnh Việt Nam, *theo dõi phát triển chủ động ở nhóm nguy cơ tiền-chu sinh* là một hướng thực hành hợp lí và cần thiết hơn nhiều so với chờ đến khi trẻ bộc lộ khó khăn nặng.

Một bằng chứng mới hơn cũng cho thấy hồ sơ phát triển của trẻ ASD ở Việt Nam mang tính đa chiều vì thường đi kèm rối loạn đồng mắc. Nghiên cứu tại Đà Nẵng ghi nhận ADHD và rối loạn giấc ngủ là hai nhóm đồng mắc phổ biến nhất; giấc ngủ và lo âu còn liên quan có ý nghĩa với mức độ ASD nặng. Nghiên cứu về SDQ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy khó khăn trong quan hệ bạn bè và hành vi hướng xã hội là hai lĩnh vực nổi bật nhất. Nghiên cứu chuyên biệt về giấc ngủ cũng chỉ ra tỉ lệ rối loạn giấc ngủ rất cao, liên quan tới mức độ nặng, ADHD, táo bón chức năng và một số thói quen trước khi ngủ. Những kết quả này cho thấy nếu chỉ đánh giá ASD qua tiêu chuẩn chẩn đoán cốt lõi thì sẽ không nắm được toàn bộ gánh nặng chức năng của trẻ. Trong thực hành, rất nhiều trẻ không chỉ "khó giao tiếp" mà còn "khó ngủ, khó điều chỉnh, khó chơi với bạn, khó duy trì cảm xúc ổn định".

Một điểm đáng giá khác của bộ dữ liệu Việt Nam là vai trò của môi trường gia đình và giáo dục. Nghiên cứu ở Thái Bình và nghiên cứu can thiệp ở Cần Thơ đều cho thấy trẻ nhỏ tuổi hơn, được can thiệp sớm hơn và có gia đình tham gia tích cực hơn thì cải thiện tốt hơn. Nghiên cứu về GV mầm non tại Cần Thơ cho thấy nhận diện dấu hiệu báo động vẫn chỉ ở mức trung bình, dù thái độ chung tương đối tích cực. Phát hiện này rất quan trọng nếu bài báo muốn đi theo hướng lí thuyết ICF-CY, vì nó cho thấy kết quả phát triển của trẻ không thể được giải thích chỉ bằng "mức độ nặng" ở bản thân trẻ. Chất lượng đáp ứng của hệ sinh thái xung quanh trẻ - gia đình, GV, cơ sở mầm non, dịch vụ can thiệp là những yếu tố môi trường có thể làm giảm hoặc khuếch đại hạn chế chức năng.

Chính tại điểm này, khung ICF-CY giúp diễn giải các bằng chứng Việt Nam một cách sâu hơn. Trong khung này, các rối loạn cảm giác, ngôn ngữ, chú ý, điều hòa cảm xúc có thể được xem là khó khăn ở mức *chức năng cơ thể*; các hạn chế trong dùng giao tiếp để yêu cầu, đáp lời, chơi và tuân theo quy luật hoạt động là *hạn chế hoạt động*; còn khó khăn trong kết bạn, tham gia lớp học, chơi nhóm hoặc hòa nhập mầm non là *hạn chế tham gia*. Những yếu tố như hiểu biết của cha mẹ, kĩ năng của GV, cường độ can thiệp, điều kiện lớp học và cơ hội tương tác tự nhiên là *yếu tố môi trường*. Khi nhìn như vậy, hồ sơ ASD mầm non tại Việt Nam hiện lên không phải là tập hợp các triệu chứng rời rạc, mà là một chuỗi đường dẫn chức năng từ khiếm khuyết nền tảng đến hạn chế tham gia trong đời sống hằng ngày.

Từ đây, bài tổng quan có thể đóng góp một luận điểm học thuật rõ hơn: bằng chứng Việt Nam ủng hộ một mô hình *communication-sensory developmental profile*, trong đó rối loạn cảm giác và khó khăn điều hòa đóng vai trò nền, làm gia tăng hạn chế giao tiếp xã hội; sự kết hợp này tiếp tục kéo theo khó khăn hành vi, cảm xúc, giấc ngủ và cuối cùng dẫn đến giảm tham gia trong lớp học, gia đình và quan hệ bạn bè. Đây là điểm có giá trị vì nó giúp kết nối y văn trong nước với các khung phát triển hiện đại, đồng thời đưa ra định hướng thực hành cụ thể hơn cho đánh giá và can thiệp. Tuy vậy, tổng quan này cũng cho thấy một số hạn chế rõ rệt của bằng chứng hiện có: (1) đa số nghiên cứu là cắt ngang, đơn trung tâm, dựa trên mẫu thuận tiện lâm sàng; (2) có sự không đồng nhất về độ tuổi, công cụ chẩn đoán và cách mô tả kết quả, gây khó khăn cho so sánh giữa các nghiên cứu; (3) phần lớn nghiên cứu tập trung

vào mô tả lâm sàng và triệu chứng, trong khi còn ít nghiên cứu về chức năng thích ứng, tham gia, quỹ đạo phát triển dọc và kết quả giáo dục hòa nhập. Thứ tư, một số nghiên cứu bao gồm dải tuổi rộng hơn 3-6 tuổi; điều này làm giảm độ tập trung của tổng hợp với mục tiêu là đặc điểm phát triển của trẻ tự kỉ 3-6 tuổi. Vì vậy, bước tiếp theo của nghiên cứu ASD tại Việt Nam nên hướng tới các nghiên cứu theo chiều dọc, đa trung tâm, có bộ công cụ đánh giá chuẩn hóa và đặc biệt là có chỉ báo về hoạt động - tham gia chứ không chỉ triệu chứng.

Tóm lại, những bằng chứng hiện có tại Việt Nam cho phép kết luận rằng trẻ ASD trong giai đoạn mầm non có hồ sơ phát triển đa lĩnh vực nhưng không đồng đều, với trục khó khăn trung tâm là giao tiếp xã hội - ngôn ngữ, đi kèm tần suất rất cao của rối loạn cảm giác và tỉ lệ đáng kể của các khó khăn hành vi - cảm xúc đồng mắc. Sự phát triển của trẻ không chỉ bị chi phối bởi mức độ rối loạn ở bản thân trẻ mà còn phụ thuộc mạnh vào chất lượng môi trường hỗ trợ. Cách hiểu này không những làm giàu cơ sở lí luận cho nghiên cứu ASD tại Việt Nam, mà còn cung cấp nền tảng vững chắc cho các mô hình đánh giá và can thiệp dựa trên chức năng, tham gia và bối cảnh sống thực của trẻ.

4. Kết luận và bình luận

Các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy trẻ ASD trong giai đoạn mầm non có hồ sơ phát triển đa lĩnh vực nhưng không đồng đều, với hai trục khó khăn chính là giao tiếp xã hội - ngôn ngữ và rối loạn xử lí cảm giác. Các khó khăn này thường đi kèm với nhiều rối loạn đồng mắc và có thể dẫn đến hạn chế đáng kể trong hoạt động và sự tham gia của trẻ trong các bối cảnh giáo dục và xã hội. Việc áp dụng khung ICF-CY giúp diễn giải các phát hiện này theo một cách tiếp cận chức năng, nhấn mạnh mối liên hệ giữa khiếm khuyết phát triển, hạn chế hoạt động và ảnh hưởng của môi trường. Cách tiếp cận này có thể cung cấp nền tảng lí luận quan trọng cho việc phát triển các mô hình đánh giá và can thiệp sớm cho trẻ ASD trong bối cảnh Việt Nam.

Tuy nhiên, bằng chứng nghiên cứu hiện nay tại Việt Nam vẫn còn một số hạn chế đáng kể: phần lớn các nghiên cứu có thiết kế cắt ngang, được thực hiện tại các cơ sở đơn lẻ và dựa trên mẫu lâm sàng thuận tiện; các nghiên cứu theo dõi dọc, dữ liệu đa trung tâm và các nghiên cứu tập trung vào chức năng thích ứng, sự tham gia xã hội và giáo dục hòa nhập vẫn còn tương đối hạn chế. Vì vậy, các nghiên cứu trong tương lai cần hướng tới các *thiết kế nghiên cứu dọc, đa trung tâm và dựa trên chức năng*, đồng thời mở rộng phân tích sang các kết quả liên quan đến sự tham gia và hòa nhập giáo dục của trẻ. Trẻ ASD lứa tuổi mầm non ở Việt Nam nên được tiếp cận như một tình trạng phát triển đa lĩnh vực, được hình thành bởi sự tương tác giữa đặc điểm phát triển của trẻ và các yếu tố hỗ trợ từ môi trường. Cách tiếp cận này không chỉ cung cấp cơ sở lí luận quan trọng cho nghiên cứu rối loạn tự kỉ tại Việt Nam mà còn góp phần định hướng các mô hình đánh giá, can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập hiệu quả hơn cho trẻ ASD.

Tuyên bố về vai trò của các tác giả: *Trần Thị Minh Thành: Xây dựng đề cương nghiên cứu, xác định phương pháp, công cụ nghiên cứu, viết bản thảo; Nguyễn Minh Phượng, Nguyễn Thị Thắm, Lê Vũ Tường Vy, Phạm Thị Hải Yến: Thu thập tài liệu, phân tích dữ liệu và viết bản thảo; Phạm Thị Bền, Trần Thị Lệ Thu, Đinh Nguyễn Trang Thu: Sửa chữa bản thảo.*

Tuyên bố về GenAI và Quyền tác giả: *Trong quá trình chuẩn bị bản thảo này, các tác giả đã sử dụng ChatGPT Plus để chỉnh sửa văn bản. Các tác giả chịu hoàn toàn trách nhiệm về nội dung học thuật của bài báo.*

Tuyên bố về xung đột lợi ích: *Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích.*

Lời cảm ơn: *Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn sự tài trợ của Quỹ phát triển khoa học và công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) qua đề tài nghiên cứu với mã số: 503.02-2025.33.*

Tài liệu tham khảo

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Đinh Văn Uy, Nguyễn Ngọc Sáng, Phạm Thị Tỉnh (2019). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ tự kỉ từ 3 đến 6 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 1,* 64-71.

Đỗ Thị Nga, Vũ Thương Huyền, Nguyễn Thị Thanh Mai (2025). Rối loạn xử lí cảm giác giác quan ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỉ tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. *Tạp chí Nghiên cứu Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 193*(8), 46-53.

Lê Thị Kim Dung, Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huế, Nguyễn Thị Phượng, Bế Hà Thành, Trần Tuấn Anh (2021). Đặc điểm phát triển tâm - vận động ở trẻ tự kỉ từ 24 đến 72 tháng tuổi tại Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam, 503*(1), 293-297. https://doi.org/10.51298/vmj.v503i1.747

Lê Thị Kim Dung, Trần Tuấn Anh, Cao Bá Khương, Phạm Thị Ngân, Âu Thị Tuyên (2023). Một số yếu tố nguy cơ của rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Tuyên Quang. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 228*(09), 430-437. https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8020

Lê Thị Vui, Dương Minh Đức (2021). Thực trạng rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ em 18-30 tháng tuổi và một số yếu tố nguy cơ trước và trong khi sinh tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam. *Tạp chí Y học Dự phòng, 31*(7), 82-89.

Lord, C., Luyster, R., Guthrie, W., & Pickles, A. (2012). Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 477-489.

Minh, T. T. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, Q. N., & Do Thi, T. (2024). Social language development and vocabulary characteristics of three-to six-year-old children with autism spectrum disorder. *British Journal of Special Education*, *51*(3), 317-331. https://doi.org/10.1111/1467-8578.12536

Nguyễn Nguyên Xuân, Nguyễn Văn Dũng, Lưu Minh Châu, Trần Danh Tiến Thịnh (2023). Đặc điểm lâm sàng rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Đà Nẵng năm 2022. *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam, 03*(50), 1-7. https://doi.org/10.60117/vjmap.v50i3.211

Nguyễn Thành Nam, Hoàng Văn Quyên, Nguyễn An Nghĩa (2025). Đặc điểm rối loạn hành vi và cảm xúc ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa trên bảng câu hỏi SDQ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 28*(9), 181-187

Nguyễn Thế Tài, Nguyễn Doãn Phương (2022). Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lí cảm giác ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Y học Việt Nam, 519*(2), 372-377. https://doi.org/10.51298/vmj.v519i2.3689

Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Phương Mai, Đoàn Thị Ngọc Hoa (2022). Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Y học Việt Nam, 516*(1), 177-180.

Nguyễn Thị Thúy Quỳnh, Nguyễn Thái Đông Vy, Lê Duy Long, Võ Ngọc Xuân Đài, Trần Thị Thu Thủy, Trần Thiện Thắng (2023). Nghiên cứu đặc điểm ngôn ngữ của trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 61,* 219-225. https://doi.org/10.58490/ctump.2023i61.567

Nguyễn Văn Dũng, Trần Danh Tiến Thịnh, Cao Bích Thủy, Nguyễn Tiến Dũng, Trần Văn Hà, Trần Đình Trung, Nguyễn Đắc Quỳnh Anh, Võ Văn Chiến, Phan Thị Tùng Lâm, Cao Thị Thanh Thương, Cao Thị Kim Vy, Nguyễn Minh Hiếu (2025). Thực trạng rối loạn đồng mắc và mối liên quan với mức độ nặng ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, *66*(CĐ16-HNKH Bệnh viện Nhi Đồng 2), 351-357.

Phạm Thị Ngân, Giang Thị Hồng Nhung, Lê Thị Kim Dung, Bế Hà Thành, Lê Kim Việt (2023). Đặc điểm lâm sàng của rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ em từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Tuyên Quang. *Tạp chí Y học Việt Nam, 530*(1), 56-61.

Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Bennett, T. A., Bryson, S., Fombonne, E., Mirenda, P., Roberts, W., Smith, I., Vaillancourt, T., Waddell, C., Zwaigenbaum, L., & Thompson, A. (2015). Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in ASD. *JAMA Psychiatry, 72*(3), 276-283.

Thành Ngọc Minh, Mai Thị Xuân Thu, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Hồng Thúy (2018). Đặc điểm những rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 4,* 62-69.

Trần Huỳnh Như, Hồ Thị Thu Hằng, Nguyễn Tấn Đạt (2024). Tình hình rối loạn phổ tự kỉ và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 18 đến 36 tháng tuổi tại tỉnh Vĩnh Long năm 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 79*, 184-191. https://doi.org/10.58490/ctump.2024i79.2771

Trần Thị Minh Thành, Đỗ Thị Thúy (2020). Đặc điểm từ vựng của trẻ rối loạn phổ tự kỉ 3-6 tuổi. *Tạp chí Giáo dục, 489*, 14-20.

Trần Thiện Thắng, Nguyễn Minh Phương, Huỳnh Nguyễn Phương Quang, Phan Việt Hưng, Võ Văn Thi, Nguyễn Văn Tuấn (2022). Đặc điểm lâm sàng rối loạn phổ tự kỉ từ 24-72 tháng tại thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học, 150*(2), 124-135. https://doi.org/10.52852/tcncyh.v150i2.729

Trần Thiện Thắng, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Văn Thống, Nguyễn Hoàng Oanh, Cao Bích Thuỷ, Huỳnh Nguyễn Phương Quang, Đoàn Hữu Nhân, Nguyễn Thái Thông, Võ Văn Thi, Nguyễn Văn Tuấn (2023). Đặc điểm giao tiếp chức năng ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ mức độ 3 theo tiêu chuẩn DSM-5. *Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162*(1), 206-213. https://doi.org/10.52852/tcncyh.v162i1.1360

Tran, T. T., Nguyen, V. T., Nguyen, M. P., Huynh Nguyen, P. Q., Le, T. T. H., Nguyen, H. Y., Nguyen, T. H., Nguyen, T. L., & Le, C. T. (2024). Prevalence of autism spectrum disorder diagnosed according to DSM-5 criteria and associated factors in preschoolers in southern Vietnam. *Clinica Terapeutica, 175*(6), 405-411. https://doi.org/10.7417/CT.2024.5147

World Health Organization (WHO) (2007). *International classification of functioning, disability and health: Children and youth version (ICF-CY).* WHO Press.