

**MULTIPLE OPPOSITIONS APPROACH
USED IN SPEECH THERAPY OF CHILDREN
WITH SPEECH SOUND DISORDERS:
REVIEW AND SUGGESTIONS FOR
USING IN VIETNAMESE**

Pham Thi Ben^{1*}, Pham Thi Van², Pham Thi Hang³, Chu Thi Tuyen¹ and Pham Hoang Ha²

¹Faculty of Special Education, Hanoi National University of Education, Hanoi, Vietnam

²VietSpeech EDU Center, Ha Noi

³National Center for Sustainable Development of general Education quality, Vietnam National Institute of Educational Sciences, Hanoi, Vietnam

*Corresponding author: Pham Thi Ben, e-mail: ben.phamthi@hnue.edu.vn

Received November 11, 2024.

Revised December 2, 2024.

Accepted December 16, 2024.

**PHƯƠNG PHÁP ĐA ÂM TƯƠNG PHẢN
TRONG CHÍNH ÂM CHO TRẺ RỐI
LOẠN ÂM LỜI NÓI: TỔNG QUAN MÔ
TẢ VÀ GỢI Ý VẬN DỤNG TRONG
TIẾNG VIỆT**

Phạm Thị Bền^{1*}, Phạm Thị Vân², Phạm Thị Hằng³, Chu Thị Tuyền¹, và Phạm Hoàng Hà²

¹Khoa Giáo dục Đặc biệt, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm VietSpeech EDU, Việt Nam

³Trung tâm Phát triển Bền vững Chất lượng Giáo dục Phổ thông Quốc gia, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Phạm Thị Bền, email: ben.phamthi@hnue.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/11/2024.

Ngày sửa bài: 2/12/2024.

Ngày nhận đăng: 16/12/2024.

Abstract. Speech sound disorder presents difficulties in speech sound perception, representation (articulatory planning), and articulation affecting intelligibility of speech when communicating. Many intervention approaches have been used effectively in the intervention of children's speech sounds, including the Multiple Oppositions Intervention. By using narrative review on international publications, this article describes the Multiple Oppositions Intervention approach including definition, implementation steps and empirical evidence for the efficacy of this approach. This approach consists of four implementation phases: (1) Familiarization and production of the contrast sets, (2) Focused practice of production of the contrasts from imitation to spontaneous; (3) Production of the contrasts within communicative contexts; and (4) Conversational recasts. Based on the review results, this article also presents recommendations for the use of this approach in speech therapy for Vietnamese-speaking children. Further studies are essential to examine the use of this approach in the Vietnamese language.

Keywords: Multiple Oppositions, speech sound disorders, review, Vietnamese.

Tóm tắt. Rối loạn âm lời nói thể hiện khó khăn trong tri giác âm, lên kế hoạch phát âm và phát âm. Nhiều phương pháp đã được sử dụng có hiệu quả trong can thiệp cho trẻ rối loạn âm lời nói, trong đó có phương pháp đa âm tương phản (Multiple Oppositions). Bằng phương pháp nghiên cứu tổng quan mô tả các tài liệu đã công bố, bài viết tìm hiểu về đa âm tương phản từ việc mô tả định nghĩa, các bước thực hiện và các bằng chứng nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp này. Phương pháp này được thực hiện theo bốn bước bao gồm: (1) làm quen; (2) luyện tập tập trung về phát âm chòm tương phản từ bắt chước đến tự phát âm; (3) Phát âm các âm đích trong hội thoại tự nhiên. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu tổng quan các nghiên cứu trên thế giới, bài viết cũng rút ra những điểm cần lưu ý khi vận dụng phương pháp này trong can thiệp chỉnh âm cho trẻ em nói tiếng Việt có rối loạn âm lời nói. Trong tương lai, cần có những nghiên cứu thực nghiệm áp dụng phương pháp này ở trẻ em nói tiếng Việt có rối loạn âm lời nói.

Từ khóa: đa âm tương phản, rối loạn âm lời nói, chỉnh âm, tổng quan, tiếng Việt.

1. Mở đầu

Rối loạn âm lời nói (RLALN) là một dạng rối loạn giao tiếp thể hiện những khó khăn trong việc tri giác âm, lên kế hoạch phát âm và phát âm và những khó khăn này ảnh hưởng đến độ dễ hiểu của lời nói, mức độ chấp nhận và không phù hợp lứa tuổi [1]. Đây là một dạng rối loạn giao tiếp phổ biến ở trẻ em với tỉ lệ khoảng 3.4% [2]. Những khó khăn ảnh hưởng tới giao tiếp, tương tác xã hội và các hoạt động sống hàng ngày. Khi trẻ lớn hơn, những khó khăn này vẫn tiếp tục tồn tại và ảnh hưởng đến học tập của trẻ, đặc biệt là đọc, viết ở tuổi học đường, khả năng kết bạn và tìm kiếm việc làm khi trưởng thành [3].

Can thiệp được chứng minh là có hiệu quả cải thiện chất lượng lời nói của trẻ RLALN [3]. Can thiệp RLALN đã có lịch sử lâu đời với nhiều cách tiếp cận và phương pháp khác nhau ở nhiều ngôn ngữ khác nhau [1]. Can thiệp RLALN đã được thực hiện ở trẻ với các mức độ nghiêm trọng khác nhau từ nhẹ đến nặng. Trong số các phương pháp can thiệp RLALN, nhóm phương pháp can thiệp âm vị (phonological interventions) là nhóm phương pháp thể hiện có nhiều bằng chứng nghiên cứu so với các phương pháp can thiệp khác như can thiệp vận động lời nói hay can thiệp cấu âm. Tuy nhiên, bằng chứng nghiên cứu từ việc vận dụng các phương pháp can thiệp này ở trẻ em nói tiếng Việt còn chưa được áp dụng nhiều.

Phương pháp đa âm tương phản (Multiple Oppositions approach) (PP ĐATP) là một trong những chiến lược của nhóm phương pháp can thiệp âm vị trong can thiệp RLALN [4]. PP ĐATP là sự tương phản đồng thời giữa một vài âm đích với âm lỗi mặc định được khởi xướng bởi tác giả Williams [4, 5, 6] khi sử dụng với các trẻ em RLALN nói tiếng Anh ở Mỹ. Phương pháp này hướng đến trẻ em RLALN ở dạng rối loạn âm vị từ mức độ trung bình đến nặng, có biểu hiện ở việc phát âm nhiều âm vị thành một âm duy nhất. Do đó, chức năng tương phản của nhiều âm vị không có và khả năng hiểu lời nói của trẻ bị giảm sút nghiêm trọng [4, 5, 6, 7, 8]. Xuất phát từ việc can thiệp cho trẻ em RLALN nói tiếng Anh Mỹ, phương pháp này đã được sử dụng ở các ngôn ngữ khác trong can thiệp cho trẻ có các dạng lỗi phát âm khác nhau. Hiện nay, chưa có những bằng chứng nghiên cứu được công bố về việc sử dụng phương pháp này ở trẻ em nói tiếng Việt.

Tiếng Việt là ngôn ngữ đơn lập âm tiết tính, âm tiết và các đơn vị cấu tạo nên âm tiết (phụ âm đầu, âm đệm, âm chính, âm cuối và thanh điệu) là đơn vị đánh giá và can thiệp âm lời nói. Số lượng lỗi phát âm và dạng lỗi phát âm của trẻ để nhận diện cũng như xác định mức độ nghiêm trọng của RLALN ở trẻ em nói tiếng Việt [9, 10, 11]. Lỗi phát âm ở trẻ em nói tiếng Việt được xác định dựa vào các vị trí của âm tiết, bao gồm: lỗi phụ âm đầu, lỗi âm đệm, lỗi nguyên âm chính, lỗi âm cuối và lỗi thanh điệu. Do vậy, can thiệp để cải thiện lỗi phát âm ở tất cả những vị trí khác nhau của âm tiết dựa vào thực trạng lỗi phát âm sai của trẻ RLALN là rất cần thiết. Trong thực tiễn can thiệp lỗi phát âm cho trẻ em nói tiếng Việt, một số phương pháp can thiệp RLALN sử dụng ở trẻ em nói tiếng Anh đã được vận dụng và đã thể hiện những hiệu quả nhất định. Tuy nhiên, chưa có nhiều bằng chứng nghiên cứu chứng minh được tính hiệu quả cũng như sự phù hợp và khả thi của những phương pháp này trong can thiệp lỗi phát âm ở trẻ RLALN nói tiếng Việt.

Ở Việt Nam, nguồn nhân lực được đào tạo về can thiệp giáo dục và trị liệu chưa nhiều, chủ yếu là lực lượng chuyên viên ngôn ngữ trị liệu được đào tạo từ các chương trình đào tạo ở các trường y khoa. Nguồn nhân lực là các giáo viên, các chuyên viên tại các trung tâm chuyên biệt hoặc hòa nhập chưa được đào tạo nhiều để làm việc với trẻ RLALN. Cùng với đó, việc nhận thức về tầm quan trọng của phụ huynh trong việc can thiệp cho trẻ RLALN chưa cao nên nhiều trẻ còn chưa được phát hiện và can thiệp kịp thời. Nhiều phụ huynh, giáo viên mầm non chủ quan cho rằng trẻ có thể tự hoàn thiện phát âm khi con đi học tiểu học. Tuy nhiên, đến khi trẻ đi học tiểu học, vấn đề phát âm của trẻ chưa được cải thiện ảnh hưởng tiêu cực đến việc học đặc biệt là đọc, viết. Khi thấy con khó khăn trong đọc viết, phụ huynh mới nghĩ đến việc chỉnh âm, sửa lỗi phát âm cho con.

Theo chương trình mầm non hiện hành [12] nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, giáo dục,

chuẩn bị tâm thế cho trẻ em 5 tuổi vào lớp 1, trẻ phải đạt trên 70%, trong số 120 chỉ số chuẩn phát triển 5 tuổi. Trong đó, trẻ em phải đảm bảo thực hiện nội dung về sử dụng lời nói để giao tiếp như: nói phải rõ ràng, sử dụng lời nói để trao đổi và chỉ dẫn cho bạn bè trong hoạt động, sử dụng lời nói để bày tỏ nhu cầu, cảm xúc,... điều chỉnh giọng nói cho phù hợp. Do đó, phát âm rõ ràng các âm của tiếng Việt là một trong những yêu cầu cần đạt của chuẩn phát triển ở trẻ mẫu giáo 5 tuổi để trẻ sẵn sàng đi học.

Xuất phát từ những tiền đề này, mục tiêu của bài viết là tìm hiểu về phương pháp đa âm tương phản từ định nghĩa và cách sử dụng cho đến các bằng chứng nghiên cứu chứng tỏ hiệu quả của phương pháp trong can thiệp phát âm cho trẻ RLALN; từ đó, định hướng cũng như rút ra những gợi ý cho việc sử dụng phương pháp này trong chỉnh âm cho trẻ nói tiếng Việt có RLALN.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Để đạt mục tiêu nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu lí thuyết được sử dụng. Các nguồn tài liệu có liên quan đến PP ĐATP được tìm kiếm, thu thập, chọn lựa, đọc và xử lý thông tin thứ cấp theo các chủ đề. Các tài liệu bao gồm sách, bài báo khoa học hoặc các tài liệu về chính sách, điều luật cũng được sử dụng. Các tài liệu đã được nhóm tác giả đọc, ghi chép và phân tích nội dung theo các nội dung của bài báo. Kết quả nghiên cứu được thu được như sau.

2.2. Kết quả nghiên cứu

2.2.1. Giới thiệu chung về phương pháp đa âm tương phản

Can thiệp cho trẻ em có RLALN đã có lịch sử từ lâu. Giai đoạn đầu đến giữa thế kỉ XX, trẻ có RLALN được xác định là có vấn đề về cấu âm ở các bộ phận của vùng miệng do vậy, việc can thiệp tập trung vào việc giúp cho trẻ có những cử động ở vùng miệng để tạo ra một âm cụ thể nào đó [4]. Tuy nhiên, với cách tiếp cận dựa vào các lí thuyết âm vị học, các chuyên viên ngôn ngữ trị liệu từ 2 đến 3 thập kỷ qua đã kết hợp các phương pháp tiếp cận ngôn ngữ-nhận thức vào việc điều trị RLALN ở trẻ em.

Một phương pháp thường được sử dụng đó là cặp âm tối thiểu [1]. Phương pháp này dùng để can thiệp cho việc chọn các cặp từ được phân biệt bằng một phụ âm hay một nguyên âm duy nhất nhưng được trẻ tạo ra dưới dạng từ đồng âm. Can thiệp bao gồm chọn các cặp từ đối chiếu lỗi phát âm của trẻ với âm mục tiêu trong phép so sánh một-một. Tuy nhiên, trẻ RLALN từ trung bình đến nặng thường gộp nhiều âm phát âm thành một âm duy nhất. Do đó, chức năng tương phản của nhiều âm vị trong phát âm ở người lớn không còn nữa và tính dễ hiểu lời nói của trẻ bị suy giảm nghiêm trọng.

Vì thế, một phương pháp tiếp cận mở rộng từ phương pháp cặp âm tối thiểu đã được giới thiệu và có thể là một lựa chọn lâm sàng hiệu quả hơn trong can thiệp âm vị đó là PP ĐATP. PP ĐATP được phát triển lần đầu tiên vào những năm 1990 và sau đó được tiếp tục phát triển từ năm 2000 đến nay bởi Lynn Williams [4, 5, 6, 7, 8] dành cho những trẻ phát âm sai nhiều âm thành một âm vị nào đó. Do đó, PP ĐATP trực tiếp giải quyết tình trạng thay thế của nhiều âm vắng mặt dẫn tới việc đồng âm. Có hai hay nhiều từ được phát âm giống nhau nhưng khác nhau về nghĩa. Thay vì giải quyết cặp đơn lẻ như trong phương pháp cặp âm tối thiểu thì PP ĐATP có thể xử lý nhiều hơn các âm tương phản, có lợi thế hơn so với cặp âm tối thiểu trong can thiệp ngữ âm, từ đó rút ngắn được thời gian can thiệp, trị liệu, cải thiện khả năng phát âm của trẻ và can thiệp hiệu quả hơn. Nói cách khác, trọng tâm của đa âm tương phản là chọn sự suy giảm của nhiều âm vị làm mục tiêu can thiệp và hướng dẫn cách chọn mục tiêu can thiệp cụ thể trong sự suy giảm âm vị. Sự suy giảm này thể hiện ở việc phát âm một âm thay thế cho nhiều âm khác nhau, ví dụ, mất âm cuối và các âm cuối khác nhau trong chùm: “bee – beep, beak, bead, beef, bees, beam, beach, bean, beat” [4].

PP ĐATP là sử dụng chùm từ được xác định dựa vào “sự tương phản đồng thời giữa một vài âm đích với một âm lỗi thay thế” [4; 209], khi trẻ phát âm thay thế một âm cho nhiều âm khác và hiện tượng này gọi là mất tương phản âm vị (collapses of contrast). Bằng những mô tả về phương pháp này, có thể định nghĩa PP ĐATP là một phương pháp can thiệp thuộc nhóm can thiệp âm vị sử dụng với trẻ RLALN dạng vừa đến nặng khi trẻ phát âm nhiều âm vị thành một âm vị nào đó. Các âm vị mà trẻ phát âm sai về thành một âm vị được lựa chọn can thiệp đồng thời bằng cách sử dụng chùm từ có chứa tất cả các âm đích và âm lỗi để luyện tập trong can thiệp.

Phương pháp này được chứng minh có hiệu quả đối với trẻ RLALN từ mức độ vừa đến mức độ nặng đối với nhóm trẻ từ 36-72 tháng tuổi. Trẻ mắc ít nhất 6 lỗi trở lên xảy ra ở các phương thức phát âm và ở dạng mất tương phản âm vị (phát âm nhiều âm thành một âm). Việc can thiệp thông qua việc sử dụng chùm từ có chứa các âm mà trẻ đang phát âm lỗi. Các lỗi phát âm này thường xảy ra ở các vị trí của từ, trong đó phổ biến là ở vị trí phụ âm đầu [4].

Điều kiện để PP ĐATP có hiệu quả là: (1) can thiệp cá nhân theo ca học; cường độ: 50 cơ hội phát âm trở lên; kéo dài 30-45 phút với tần suất ít nhất 2-3 ca/tuần; (2) người can thiệp đã được đào tạo về PP ĐATP, tuân thủ đúng 4 giai đoạn của PP; (3) hoạt động có cấu trúc: chơi xoay sâu, chơi có cấu trúc và hội thoại; và (4) học liệu được chuẩn bị trước, gồm: các chùm từ (chủ yếu là từ đơn âm có nghĩa, 1 vài trường hợp chấp nhận từ không có nghĩa, hoặc 1 âm tiết trong 1 từ ghép); có tranh ảnh minh họa đi kèm; và phiếu theo dõi ca.

Việc lựa chọn mục tiêu can thiệp theo chùm từ cũng cần đảm bảo yếu tố 1) khác biệt tối đa về đặc điểm âm học giữa các âm đích đồng thời cùng can thiệp và 2) khác biệt tối đa về đặc điểm âm học giữa âm đích và âm lỗi thay thế. Số lượng âm đích nhắm tới từ hai đến bốn âm đích, như vậy, cùng với một âm lỗi, mỗi chùm từ được sử dụng trong PP ĐATP có tối đa là 5 từ (bao gồm một âm lỗi thay thế và tối đa 4 âm đích cùng được nhắm tới).

2.2.2. Các bước sử dụng phương pháp đa âm tương phản

Để sử dụng PP ĐATP, cần xem xét các thành phần cốt lõi như sau.

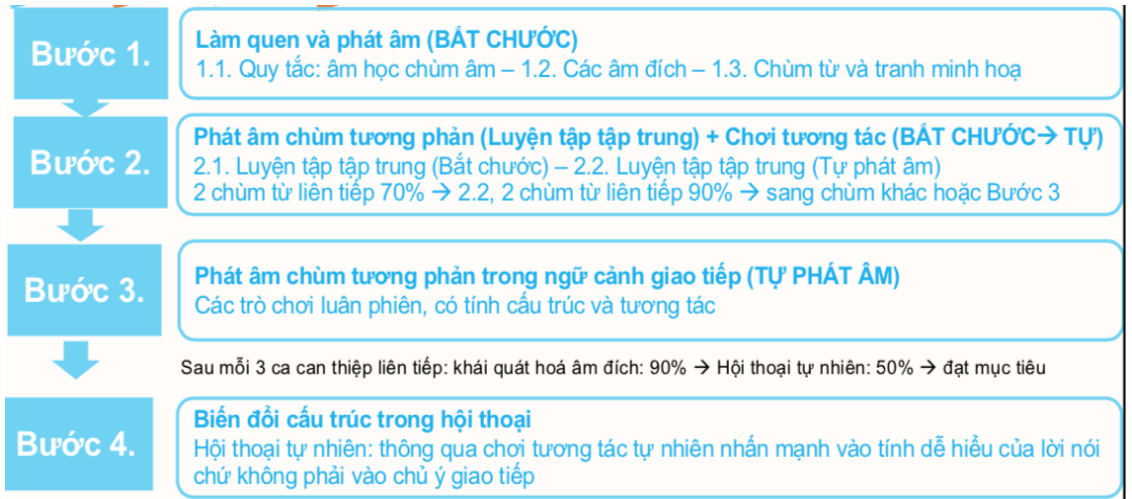
Trước hết là việc lựa chọn mục tiêu can thiệp dựa vào chính kết quả đánh giá phát âm của trẻ. Dưới góc độ của ngữ âm hệ thống, Williams [13, 14] lựa chọn mục tiêu can thiệp theo hai tiêu chí (1) phân loại tối đa và (2) khác biệt tối đa. Phân loại tối đa là việc chọn những âm đích khác nhau về vị trí cấu âm, phương thức phát âm, tính thanh và đơn vị ngôn ngữ dựa vào dạng lỗi mà trẻ đang bị đánh đồng giữa các phân loại này. Khác biệt tối đa là việc lựa chọn những âm đích khác tối đa với âm thay thế. Hai nguyên tắc này là cơ sở lựa chọn âm mục tiêu khi can thiệp chứ không phải là việc chọn âm đơn lẻ.

Mục tiêu can thiệp của ĐATP là đồng thời cùng lúc các âm đang phát âm sai với một âm thay thế theo từng chùm âm, chùm từ. Dựa vào nguyên tắc phân loại tối đa và khác biệt tối đa, việc lựa chọn số lượng âm đích trong mỗi kế hoạch can thiệp giao động từ hai đến bốn âm, mặc dù tỉ lệ mất tương phản có thể khác nhau trong dải phân bố từ tỉ lệ 1:4 đến tỉ lệ 1:17. Khi một chùm âm đích đã được lựa chọn, ít nhất có 5 cặp từ được thiết lập. Việc học cùng một lúc nhiều âm đã thiết lập tính hệ thống và quy luật học âm, thay vì chỉ tiếp cận từng âm riêng rẽ [4].

Nguyên tắc khi sử dụng bằng ĐATP là:

- Các cơ hội luyện tập cung cấp để trẻ nhận ra quy luật phát âm
- Cường độ âm đích xuất hiện với tần suất lớn trong những ngữ cảnh có ý nghĩa, được nhấn mạnh âm và những gợi ý thể chất để trẻ học được quy luật tương phản
- Cơ hội luyện tập để học cách phát âm theo một quy luật tương phản mới thông qua can thiệp tập trung và chơi có ý nghĩa nghĩa và tự nhiên
- Các phản hồi của người can thiệp nhấn mạnh đến ngữ nghĩa và tương tác

Để thực hiện đa âm tương phản, tác giả Williams [4] đã đưa ra 4 bước được sơ đồ hoá trong Sơ đồ 1 và mô tả dưới đây.



Sơ đồ 1. Các bước thực hiện phương pháp đa âm tương phản

Bước 1: Làm quen và phát âm mẫu chùm từ

Ở bước này, người can thiệp sẽ tập trung vào giới thiệu ba nội dung. Một là, quy tắc ngữ âm học của chùm âm được thể hiện qua chùm từ, đó là âm mặc định với 2, 3 và 4 âm đích. Hai là, giới thiệu nhấn mạnh tới các âm đích. Ba là, giới thiệu chùm âm, chùm từ minh hoạ cho chùm âm và các tranh ảnh minh hoạ cho chùm từ này. Ví dụ, chùm âm “táo-cáo-sáo-tháo” trong đó âm mặc định là “t” trong từ “táo”, 3 âm đích là “c, s, th” trong các từ “cáo-sáo-tháo”. Giới thiệu quy tắc ngữ âm: “t” với “c” với “th” đều là âm ngắn (tắc), còn “s” là âm dài (xát), “t” và “s” đều đưa đầu lưỡi lên chân răng hàm trên, “th” bật hơi thật mạnh, “c” há miệng to và lưỡi hạ thấp xuống.

Bước 2: Phát âm tương phản và chơi tương tác với chùm từ

Bước này được chia thành hai bước nhỏ đều tập trung vào cường độ luyện tập các chùm từ có chứa các âm đích. Thứ nhất, từng cặp từ chứa âm mặc định và các âm đích lần lượt được giới thiệu và phát âm mẫu để trẻ bắt chước phát âm theo. Ở giai đoạn bắt chước phát âm từ có chứa âm đích, người can thiệp có thể sử dụng các kỹ thuật gợi ý cấu âm, ngữ dụng, thị giác, các phản hồi ngữ âm,... Sau mỗi hai chùm từ liên tiếp, nếu trẻ bắt chước được chính xác từ 70% tổng số cơ hội phát âm các từ chứa âm đích thì chuyển sang bước nhỏ thứ hai là lược bỏ làm mẫu để trẻ tự phát âm các từ có chứa các âm đích trong từng cặp từ của chùm từ. Nếu sau hai chùm từ liên tiếp mà trẻ tự phát âm các âm đích trong từ đạt 90% trở lên thì chuyển sang bước 3 hoặc chuyển sang luyện tập ở các chùm từ khác. Nghiên cứu của Williams [5], [6] và Sugden [25] chỉ ra rằng bước 2 là bước trọng tâm của phương pháp này và hầu hết thời gian can thiệp bằng ĐATP là ở bước 2 thông qua nhiều ca can thiệp.

Khi thực hiện can thiệp ở bước 2, tác giả khuyến cáo cứ sau mỗi ba ca can thiệp liên tiếp, người can thiệp sử dụng khái quát hoá bằng cách sử dụng những từ khoá kiểm tra của từng âm đích để xem xét khả năng phát âm âm đích của trẻ khi phát âm ở những từ mới không sử dụng trong lúc can thiệp. Nếu trẻ phát âm đạt được 90% trong số 10 từ khoá kiểm tra thì có thể chuyển sang giai đoạn luyện tập phát âm bằng hội thoại tự nhiên. Trong hội thoại tự nhiên, nếu âm đích được phát âm ít nhất 50% thì âm đích đó được coi như đã đạt mục tiêu.

Bước 3. Phát âm tương phản trong ngữ cảnh tương tác

Chuyển sang bước 3 khi trẻ đã phát âm được âm đích trong chùm từ luyện tập. Ở bước 3, người can thiệp tập trung vào việc luyện tập các từ chứa âm đích trong ngữ cảnh giao tiếp thông qua các trò chơi xoáy sâu (drill-play) hay chơi cấu trúc (structured play) để tăng cường các cơ hội luyện tập tự nhiên cho trẻ. Ví dụ, trẻ có thể chơi trò chơi cá ngựa trong đó các ô của bàn cá ngựa có đặt các từ khoá luyện tập, trẻ gieo xúc sắc vào ô nào thì sẽ đọc tên tranh/từ khoá luyện tập đó.

Bước 4. Biến đổi cấu trúc hội thoại.

Tương tự ở mức độ của bước 3, người can thiệp tập trung vào việc luyện tập phát âm các âm đích trong hội thoại tự nhiên. Người can thiệp có thể tạo cơ hội cho trẻ phát âm âm đích trong những đơn vị ngôn ngữ được mở rộng hoặc biến đổi cấu trúc. Ví dụ, trẻ đã phát âm được âm đích “c” trong chùm từ luyện tập là: “áo-cáo-sáo-tháo”, ở bước 3 đã luyện tập phát âm “c” trong từ khoá luyện tập “áo” trong trò chơi tìm những thẻ tranh “áo”. Sang bước 4, trẻ được yêu cầu từ từ “áo” tạo ra những từ khác có từ “áo” như “con áo, áo già, áo gian ác,...” hoặc đặt câu có chứa từ luyện tập.

2.2.3. Bằng chứng khoa học của phương pháp đa âm tương phản

Trong số các phương pháp can thiệp RLALN, PP ĐATP được cho là có bằng chứng khoa học. Tính hiệu quả của phương pháp này đã được thực hiện trong các nghiên cứu từ những năm 1990 trở lại đây. Cho đến nay đã có nhiều công bố quốc tế về việc sử dụng phương pháp này có hiệu quả với trẻ em có RLALN và các bằng chứng nghiên cứu được mô tả như sau.

Thứ nhất, ĐATP được công bố trong một loạt các nghiên cứu của Williams, người khởi xướng phương pháp này vào những năm 1990 và 2000 để chứng minh về tính hiệu quả của phương pháp khi thực hiện với trẻ có RLALN ở dạng lỗi mất tương phản âm vị, mắc nhiều lỗi phát âm cùng lúc và ở mức độ từ nhẹ đến nặng. Đầu tiên, bà thực hiện một nghiên cứu trường hợp. Williams [5] đã chứng minh PP ĐATP hiệu quả khi thực hiện can thiệp cho một bé gái 3;5 tuổi mắc lỗi /w, s, ʃ/ thành [l]. PP ĐATP được thiết kế sử dụng trong 5 tuần với 10 ca can thiệp bằng cặp âm tối thiểu, trẻ thực hiện được âm /w/, tác giả đã chuyển sang dùng PP ĐATP với chùm từ có chứa 4 âm: /w, s, ʃ, l/. Sau 4 tuần can thiệp, cùng một lúc cả 3 âm trẻ đang mắc lỗi đã được cải thiện.

Tiếp theo, Williams [6] đã ghi chép hồi cứu lại lịch sử can thiệp trong một thời gian dài của 10 trẻ từ 4;0 đến 6;5 tuổi có RLALN mức trung bình đến nặng bằng sử dụng ĐATP với liều lượng 2 ca/tuần, mỗi ca học dùng ĐATP 30 phút do chuyên viên ngôn ngữ trị liệu thực hiện. Các cứ liệu can thiệp đã chứng minh phát âm của 10 trẻ đều cải thiện và chứng tỏ sự phù hợp và hiệu quả của phương pháp ĐATP với những trẻ RLALN ở các mức độ khác nhau và mắc cùng lúc nhiều dạng lỗi phát âm. Trong một nghiên cứu sử dụng thiết kế đơn mẫu, Williams (2005) thực hiện thử nghiệm trên 1 bé gái 6;5 tuổi qua 21 ca can thiệp, mỗi ca dùng ĐATP 30 phút để sửa các lỗi ở phụ âm đầu, sau đó sử dụng 21 ca can thiệp với liều lượng tương đương 30 phút để sửa các lỗi phụ âm cuối bằng cặp âm tối thiểu. So sánh kết quả đánh giá lời nói, tác giả đã khẳng định ĐATP hỗ trợ cải thiện sự thay đổi về dải phân bố của vốn âm vị của trẻ so với sử dụng phương pháp cặp âm tối thiểu.

Thứ hai, PPĐATP đã được sử dụng thử nghiệm trong nhiều nghiên cứu ở dạng thiết kế trường hợp hoặc đơn mẫu (single case subject) của các tác giả khác. Cathell và Ruscello [18] đã báo cáo hiệu quả của PPĐATP khi thử nghiệm với một trẻ 4 tuổi sau khi trẻ sử dụng các can thiệp dựa vào học vận động (miệng) mà không thành công trong thời gian 3 tháng. ĐATP đã thể hiện hiệu quả trong việc mở rộng vốn âm vị của trẻ và giảm dải lỗi trong mẫu lời nói từ 1:34 xuống 1:7. Riddle và Stockman [19] đã chứng minh kết quả của ĐATP khi thực nghiệm với một bé trai 5 tuổi trong thời gian là 14 tháng, mỗi tuần 2 ca, mỗi ca có 30 phút dùng ĐATP để chỉnh chùm âm /g, s, ʒ/ phát âm lỗi thành [d] ở vị trí phụ âm đầu. Cùng với kết quả của các nghiên cứu trước, nghiên cứu này cho thấy ĐATP cải thiện vốn âm vị và làm giảm dải lỗi trong phát âm của trẻ.

Thứ ba, ĐATP được sử dụng trong nghiên cứu của Williams và Kalbfleisch (2001) để kiểm thử tính hiệu quả của phương pháp này với những âm vị mà trẻ phát âm lỗi ở những từ không phải là từ khoá luyện tập ở giai đoạn khái quát hoá và tính ổn định của âm đã được can thiệp. Kết quả thử nghiệm trên 14 trẻ có tuổi trung bình là 4;9 trong 21 ca can thiệp hướng tới giai đoạn khái quát hoá 90% ở những âm đích cho thấy trẻ phát âm đúng âm đích ở trong những từ sử dụng trong can thiệp và cả những từ không sử dụng trong can thiệp.

Williams [17] thực hiện một nghiên cứu so sánh giữa việc sử dụng phương pháp ĐATP với cặp âm tối thiểu trên 6 trẻ RLALN 5-6 tuổi từ vừa đến nặng. Tất cả 6 trẻ đều được sử dụng cả hai

phương pháp cùng một lúc ở những âm đích khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy ĐATP giúp trẻ hình thành âm đích mới làm tăng số lượng âm vị trong vốn âm vị của trẻ, trong khi đó cặp âm tối thiểu giúp cho việc phát âm đúng ổn định, đặc biệt là ở những âm mà trẻ phát âm lỗi ở dạng bất ổn định. Tương tự với hướng nghiên cứu này, hai nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên và hai nghiên cứu không thử nghiệm lâm sàng được thực hiện tại Brazil cũng khẳng định hiệu quả can thiệp của ĐATP khi hình thành âm vị mới trong vốn âm vị của trẻ em nói tiếng Bồ Đào Nha ở Brazil bởi nhóm nghiên cứu của Pagliarin [21].

Thứ tư, ĐATP được sử dụng trong các nghiên cứu để kiểm thử về liều lượng can thiệp phù hợp của phương pháp này. Williams trong một loạt các nghiên cứu công bố [4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 16] đã kết luận từ mẫu khảo sát của 22 trẻ từ 3;7 tuổi đến 6;5 tuổi cho thấy ĐATP phù hợp với ca học cá nhân, được cung cấp ít nhất là 2 ca trong tuần với thời lượng tối thiểu là 30 phút và số lượng kích thích luyện tập tối thiểu là 50 lượt đến 70 lượt trong khoảng 40 ca học. Ngoài ra, PP ĐATP còn được nghiên cứu ở trẻ em từ 3-6 tuổi có RLALN từ trung bình đến nặng bằng tiếng Bồ Đào Nha ở Bra-xin [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Williams ban đầu đã thực hiện và ghi lại tính hiệu quả của phương pháp này bằng tiếng Anh Mỹ. Các nghiên cứu sau đó xem tiếp đến các vấn đề về cường độ can thiệp [4, 22], các hình thức can thiệp [23, 24] và người thực hiện can thiệp [25]. Nhìn chung các biện pháp can thiệp mạnh mẽ hơn sẽ đạt được kết quả lớn hơn, nhưng bằng nhiều hình thức khác nhau, ví dụ: can thiệp trực tuyến, can thiệp do phụ huynh thực hiện đều có hiệu quả [23, 24, 25].

Liên quan đến liều lượng can thiệp, Williams [15] đã báo cáo rằng liều lượng tối thiểu trong một ca học là 50 lần luyện tập cho trẻ có khiếm khuyết âm vị ở mức trung bình trong khoảng trung bình 30 ca và 70 lần luyện tập cho những trẻ có khiếm khuyết ở mức nặng hơn trong khoảng 60 ca. Mỗi ca học hay buổi can thiệp tối thiểu là 30 – 45 phút, trung bình từ 2 đến 3 ca/tuần để việc can thiệp được hiệu quả. Williams [4] cũng đã cung cấp một nghiên cứu trường hợp về hành trình trị liệu của 10 trẻ từ buổi đầu tiên đến khi kết thúc chương trình trung bình là 60 ca học, tối thiểu là 26 và tối đa là 105 ca, trong vòng 14 tháng.

Trong một nghiên cứu của Allen [22] trên 54 trẻ, đã báo cáo về hiệu quả của tần suất các buổi học (3 lần/ 1 tuần trong 8 tuần; 1 lần/ tuần trong 24 tuần) sử dụng chiến lược ĐATP. Một nhóm trẻ đã nhận được can thiệp bằng sách truyện hàng tuần trong 8 tuần. Các trẻ mà nhận được các buổi can thiệp thường xuyên hơn có kết quả vượt trội hơn đáng kể so với những trẻ nhận được can thiệp theo chiến lược ĐATP theo tuần [22]. Những phát hiện của Allen đã nhấn mạnh đến cường độ can thiệp. Vì vậy, chúng ta cần phải giám sát việc can thiệp, trong trường hợp này là ĐATP ở cường độ được khuyến nghị để đạt được kết quả tối ưu.

Như vậy, với các nghiên cứu sử dụng ĐATP cho trẻ RLALN nói tiếng Anh ở Mỹ và ở Úc cũng như trẻ nói ngôn ngữ khác như Bồ Đào Nha ở Bra-xin, tiếng Ả rập, Ai-len, Đan Mạch,... đã chứng minh rằng ĐATP hiệu quả trong việc hình thành âm vị mới trong vốn âm vị của trẻ, khái quát hoá phát âm đúng ở những từ khoá không lựa chọn trong ca can thiệp, độ ổn định của phát âm sau can thiệp, điểm phần trăm phụ âm của trẻ tăng sau can thiệp và tăng độ dễ hiểu của lời nói từ đánh giá của cha mẹ và giáo viên cũng như liều lượng về số ca can thiệp, tần suất can thiệp, liều lượng can thiệp và số lượng kích thích cung cấp trong mỗi ca can thiệp. Các kết quả nghiên cứu này là cơ sở chứng minh ĐATP là phương pháp can thiệp có bằng chứng khoa học cải thiện khả năng phát âm của trẻ có RLALN.

2.3. Vận dụng phương pháp đa âm tương phản trong chỉnh âm cho trẻ em nói tiếng Việt có rối loạn âm lời nói

Căn cứ vào định nghĩa và các bước tiến hành của phương pháp đa âm tương phản và bằng chứng nghiên cứu về việc vận dụng phương pháp này trong chỉnh âm cho trẻ em có rối loạn âm lời nói ở những ngôn ngữ ngoài tiếng Anh như tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc,...

Khi vận dụng PP ĐATP trong chỉnh âm cho trẻ nói tiếng Việt, do đặc điểm loại hình, một số dạng lỗi phát âm ở tiếng Việt có thể sử dụng phương pháp này bao gồm:

- Lỗi mất tương phản âm vị xảy ra ở các phụ âm đầu. Ví dụ, trẻ sử dụng lỗi mặc định là âm [k] để thay thế cho nhiều âm đích như /t, t^h, đ, c, s, x/.

- Lỗi mất tương phản âm vị xảy ra ở các nguyên âm chính, mặc dù dạng lỗi phát âm này rất ít xảy ra hơn so với phụ âm. Ví dụ, trẻ dùng âm “a” để thay thế cho một số nguyên âm khác như: “e, ê, o, ô, â, ã”, cụ thể “cây” là “ca”, “ăn” là “a”, “xe” là “xa”, “ghế” là “á”,...

- Lỗi mất tương phản âm vị xảy ra ở các âm cuối. Ví dụ, trẻ sử dụng lỗi mặc định là [t] để thay thế cho các âm cuối là /p, c, k/ khi phát âm: “úp” là “út”, “sách” là “săt”, “mác” là “măt”,... Trường hợp trẻ phát âm mất bán nguyên âm cuối /-j, -w/, cũng có thể tạo thành chùm 3 âm tương phản để can thiệp đồng thời cùng một lúc hai bán nguyên âm cuối bằng đa âm tương phản thông qua các chùm từ luyện tập, ví dụ: ba-bai-bao, bà-bài-bào, cá-cái-cáo,...

- Lỗi mất tương phản âm vị xảy ra ở các thanh điệu, với trường hợp các thanh điệu đều phát âm về một thanh, ví dụ như trẻ phát âm thanh ngang để thay thế cho năm thanh điệu là huyền, sắc, nặng, ngã và hỏi. Đối với lỗi phát âm thanh điệu tiếng Việt ở dạng 1 đối 1 là thanh ngã phát âm thành thanh sắc và thanh hỏi phát âm thành thanh nặng, phương pháp phù hợp để sử dụng là cặp âm tối thiểu chứ không phải là ĐATP.

Do trong âm tiết tiếng Việt chỉ có một âm đệm nên đa âm tương phản không thể vận dụng cho dạng lỗi phát âm này.

Hiện nay, vẫn chưa có những nghiên cứu công bố về hiệu quả sử dụng, vận dụng ĐATP trong can thiệp chỉnh âm cho trẻ nói tiếng Việt có RLALN. Vì thế, các nghiên cứu trong tương lai cần thực hiện thực nghiệm để kiểm thử việc vận dụng phương pháp này với trẻ em nói tiếng Việt có RLALN.

3. Kết luận

RLALN là một dạng rối loạn phổ biến ở trẻ em. Việc can thiệp RLALN đã được nghiên cứu và vận dụng sử dụng từ lâu, ở các ngôn ngữ khác nhau trên thế giới và đều chứng minh được hiệu quả cải thiện khả năng phát âm của trẻ. ĐATP là một cách tiếp cận (approach) cùng lúc can thiệp tác động vào nhiều âm vị ở cùng vị trí của âm tiết, ví dụ, cùng là phụ âm đầu. ĐATP sử dụng với những trẻ RLALN ở dạng trung bình đến nặng, với ít nhất 6 âm lỗi trong đó có dạng lỗi mất tương phản âm vị khi dùng một âm để thay thế cách phát âm của nhiều âm đích. ĐATP được thực hiện theo 4 bước, trong đó hai bước đầu nhấn mạnh đến việc bắt chước phát âm, hai bước sau là việc phát âm chùm từ trong tương tác và biến đổi cấu trúc của hội thoại. Đây là phương pháp can thiệp chỉnh lỗi phát âm được chứng minh là có hiệu quả với trẻ em nói tiếng Anh ở Mĩ, ở Úc và cả những trẻ nói các ngôn ngữ khác. Phương pháp này có thể áp dụng với trẻ em nói tiếng Việt có RLALN nhưng hiện nay chưa có những bằng chứng nghiên cứu công bố về việc vận dụng phương pháp này ở trẻ em nói tiếng Việt. Do đó, cần có các nghiên cứu trong tương lai để thử nghiệm sự phù hợp cũng như hiệu quả của phương pháp này trong can thiệp chỉnh âm cho trẻ nói tiếng Việt có RLALN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Williams AL, McLeod S & McCauley R J, (2021). *Interventions for speech sound disorders in children (2nd edition)*. Paul H. Brookes Publishing.
- [2] Eadie P, Morgan A, Ukoumunne OC, Ttofari Eecen K, Wake M & Reilly S, (2015). Speech sound disorder at 4 years: Prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(6), 578-584.
- [3] McLeod S & Baker E, (2017). *Children’s speech evidence-based practice assessment and intervention*. Pearson
- [4] Williams AL, (2004). A multiple oppositions intervention approach. In K. M. Bleile (Ed.) *Manual of Articulation and Phonological Disorders* (pp.331-335). Thomson Delmar Learning.

- [5] Williams AL, (2000). Multiple oppositions: Case studies of variables in phonological intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9(4), 289-299.
- [6] Williams AL, (2000). Multiple oppositions: Theoretical foundations for an alternative contrastive intervention approach. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9(4), 282-288.
- [7] Williams AL, (1991). Generalization patterns associated with training least phonological knowledge. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(4), 722-733.
- [8] Williams AL, (1993). Phonological reorganization: A qualitative measure of phonological improvement. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(2), 44-51.
- [9] HV Quyên, TT Tâm, NTT Hương, TTM Diễm, CP Anh (2019). Đặc điểm âm lời nói của trẻ bị rối loạn âm lời nói đến khám tại Bệnh viện nhi đồng 1 và Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2018. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 23(4), 199-202.
- [10] PT Vần (2021). Đặc điểm âm lời nói của trẻ có rối loạn âm lời nói ở một số tỉnh miền bắc Việt Nam. Luận văn thạc sĩ y học kỹ thuật phục hồi chức năng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [11] Tang G & Barlow J, (2006). Characteristics of the sound systems of monolingual Vietnamese-speaking children with phonological impairment. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 20(6), 423-445.
- [12] Bộ Giáo dục và Đào tạo (2010). *Chuẩn phát triển của trẻ em 5 tuổi*.
- [13] Williams AL, (2003). *Speech disorders: Resource guide for preschool children*. Thomson Delmar Learning.
- [14] Williams AL, (2012). Intensity in phonological intervention: Is there a prescribed amount?. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 456-461.
- [15] Williams AL, & Kalbfleisch, J, (2001). Phonological intervention using a multiple opposition approach. Poster presented at the ASHA Convention.
- [16] Williams AL, (2005). Assessment, target selection, and intervention: dynamic interactions within a systemic perspective. *Topics in Language Disorders*, 25(3), 231-242.
- [17] Cathell V & Ruscello DM, (2004, November). Sound system disorders: teaching broad versus deep. Presentation at ASHA Convention.
- [18] Ceron MI & Keske-Soares M, (2013). Mudanças fonológicas obtidas no tratamento pelo modelo de oposições múltiplas [Phonological changes obtained in the treatment based on the multiple oppositions approach]. *Revista CEFAC*, 15, 314-323.
- [19] Riddle LS & Stockman S, (2009). A case for contrasts: Using evidence-based practice in phonological treatment. Presentation at the ASHA convention.
- [20] Pagliarin KC, Mota HB & Keske-Soares M, (2009). Therapeutic efficacy analysis of three contrastive approach phonological models. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21, 297-302.
- [21] Allen MM, (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56(3), 865-877.
- [22] Lee SAS, (2018). The treatment efficacy of multiple opposition phonological approach via telepractice for two children with severe phonological disorders in rural areas of West Texas in the USA. *Child Language Teaching and Therapy*, 34(1), 63-78.
- [23] Sugden E, Baker E, Williams AL, Munro N & Trivette CM, (2020). Evaluation of parent- and speech-language pathologist-delivered multiple oppositions intervention for children with phonological impairment: A multiple-baseline design study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(1), 111-126.