

ĐẠI HỌC HUẾ
TRUNG TÂM ĐÀO TẠO TỪ XA

TRẦN THỊ THIỆP – BÙI THỊ LÂM
HOÀNG THỊ NHO – TRẦN THỊ MINH THÀNH

GIÁO TRÌNH
CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP
TRẺ KHUYẾT TẬT

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC – 2006

MỤC LỤC

Chương 1	NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT	4
	1. Khái niệm chung về trẻ khuyết tật và can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật	4
	2. sự hình thành và phát triển công tác can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật	6
	3. Các nguyên tắc cơ bản của can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật.....	16
	4. ý nghĩa của can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật.....	18
	5. Tổ chức thực hiện can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật	19
	Câu hỏi ôn tập.....	37
Chương 2	TỔ CHỨC CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP CHO TRẺ KHIẾM THÍNH TỪ 0 – 6 TUỔI	38
	1. Một số vấn đề chung về trẻ khiếm thính	38
	2. Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính từ 0 – 3 tuổi.....	43
	3. Tổ chức giáo dục trẻ khiếm thính trong lớp mẫu giáo hòa nhập	74
	Câu hỏi ôn tập.....	89
Chương 3	TỔ CHỨC CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP CHO TRẺ KHIẾM THỊ TỪ 0 – 6 TUỔI	90
	1. Một số vấn đề chung về trẻ khiếm thị	90
	2. Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thị từ 0–3 tuổi.....	101
	3. Tổ chức giáo dục trẻ khiếm thị trong lớp mẫu giáo hòa nhập	111
	Câu hỏi ôn tập.....	132
Chương 4	TỔ CHỨC CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ TỪ 0 – 6 TUỔI	133
	1. Một số vấn đề về tật chậm phát triển trí tuệ	133
	2. Can thiệp sớm cho trẻ Chậm phát triển trí tuệ từ 0 – 3 tuổi.....	150
	3. Tổ chức giáo dục trẻ CPTTT trong lớp mẫu giáo hòa nhập	164
	Câu hỏi ÔN TẬP.....	182
Chương 5	MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ CAN THIỆP SỚM VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP CHO TRẺ KHÓ KHĂN VỀ NGÔN NGỮ VÀ VẬN ĐỘNG	183
	1. Một số vấn đề về can thiệp sớm cho trẻ khó khăn về ngôn ngữ.....	183
	2. Một số vấn đề về can thiệp sớm cho trẻ có khó khăn về vận động	192

Câu hỏi ôn tập.....	203
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	204

TaiLieu.vn

Chương 1

NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

Mục tiêu

- Học viên nắm được sự hình thành và phát triển can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật trên thế giới. Học viên hiểu được thế nào là trẻ khuyết tật và can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật, các nguyên tắc cơ bản, ý nghĩa và quy trình can thiệp sớm.
- Học viên có quan điểm nhìn nhận đúng về khả năng của người khuyết tật.
- Học viên bước đầu có kỹ năng xây dựng kế hoạch triển khai công tác can thiệp sớm địa phương trên cơ sở nắm được các nguyên tắc cơ bản, cách tổ chức và những yếu tố cần có trong chương trình can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật có hiệu quả.

1. KHÁI NIỆM CHUNG VỀ TRẺ KHUYẾT TẬT VÀ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

1.1. Trẻ khuyết tật

Người khuyết tật nói chung, trẻ em khuyết tật nói riêng là một bộ phận dân số tồn tại khách quan trong xã hội loài người. Trong thời đại ngày nay, tất cả các quốc gia trên thế giới đều quan tâm đến vấn đề người khuyết tật. Có thể nói, việc đảm bảo cho người khuyết tật và trẻ em khuyết tật hòa nhập với đời sống xã hội được xem là thước đo cho sự phát triển, sự tiến bộ xã hội của mỗi quốc gia. Việt Nam là nước có số lượng người khuyết tật nói chung và trẻ em khuyết tật nói riêng khá lớn và đa dạng. Theo số liệu điều tra sơ bộ, Việt Nam có khoảng gần 5,1 triệu người khuyết tật, chiếm 5,2% dân số, trong đó trẻ em dưới 15 tuổi bị khuyết tật chiếm khoảng 27% so với tổng số người khuyết tật, tức là khoảng 1,2 – 1,5% so với tổng dân số. Vậy những trẻ em như thế nào thì gọi là trẻ khuyết tật?

Trẻ khuyết tật là trẻ bị khiếm khuyết một hay nhiều bộ phận cơ thể, giác quan (thể chất) hoặc chức năng tinh thần, biểu hiện dưới những dạng tật khác nhau, làm suy giảm khả năng hoạt động khiến cho trẻ gặp nhiều khó khăn trong lao động, sinh hoạt, học tập, vui chơi...

Có nhiều cách phân loại dạng tật tùy theo các tiêu chí khác nhau. Năm 1989, Tổ chức Y tế thế giới WHO đã đưa ra bảng phân loại các dạng tật khác nhau bao gồm 8 dạng tật:

1. Khó khăn về vận động (kheo, cụt, liệt tứ chi, vận động khó khăn...).
2. Khó khăn về nhìn (khiếm thị – mù, nhìn kém, khuyết tật thị giác...).
3. Khó khăn về nghe – nói (điếc, nghễnh ngãng, nói ngọng, mất ngôn ngữ, nói lắp, không nói được).

4. Khó khăn về học (chậm phát triển trí tuệ và tinh thần).
5. Hành vi xa lạ, khác thường (do rối loạn tâm thần, trầm cảm).
6. Động kinh.
7. Mất cảm giác (bệnh phong...).
8. Đa tật.

Hội đồng giáo dục Hoa Kỳ cũng đưa ra cách phân các loại tật trong Luật IDEA (1997) theo 13 loại như sau:

1. Tự kỷ.
2. Điếc mù.
3. Điếc.
4. Rối loạn cảm xúc.
5. Khiếm thính.
6. Chậm phát triển trí tuệ.
7. Đa tật.
8. Khuyết tật thể chất.
9. Khuyết tật sức khỏe.
10. Khó khăn về học.
11. Khuyết tật ngôn ngữ.
12. Tổn thương não.
13. Khiếm thị.

Tại Việt Nam, dựa trên những khó khăn mà trẻ mắc phải, chúng ta chia thành 6 dạng tật sau:

1. Khiếm thị.
2. Khiếm thính.
3. Khó khăn về vận động.
4. Chậm phát triển trí tuệ.
5. Rối loạn hành vi và cảm xúc.
6. Đa tật

Hiện nay, ở nước ta đang nghiên cứu sâu về 3 dạng tật: khiếm thính, khiếm thị và chậm phát triển trí tuệ.

1.2. Can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật

Can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật là những chỉ dẫn ban đầu, các dịch vụ dành cho trẻ và gia đình trẻ khuyết tật trước tuổi tiểu học nhằm kích thích và huy động sự phát triển tối đa ở trẻ, tạo điều kiện và chuẩn bị tốt cho trẻ tham gia vào hệ thống giáo dục bình thường và cuộc sống sau này.

Can thiệp sớm là việc trợ giúp nhằm vào tất cả các trẻ em có nguy cơ hoặc đã bị khuyết tật. Việc trợ giúp này bao gồm toàn bộ giai đoạn từ chẩn đoán trước khi sinh, phát hiện và chẩn đoán sớm cho đến lúc trẻ đến tuổi đi học. Can thiệp sớm có liên quan đến cả đứa trẻ và cha mẹ, gia đình và xã hội. Tuy nhiên, cho tới nay chúng ta vẫn chưa coi trọng việc chẩn đoán trước khi sinh là một bộ phận không thể tách rời của can thiệp sớm, hậu quả tâm lý đối với cha mẹ cũng không thuộc lĩnh vực này.

2. SỰ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CÔNG TÁC CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

Lĩnh vực can thiệp sớm ngày nay được hình thành từ rất nhiều quan điểm khác nhau trên cơ sở những đóng góp lịch sử của 4 ngành: Giáo dục trẻ mầm non (giáo dục ấu thơ), các dịch vụ y tế cho bà mẹ và trẻ em, giáo dục đặc biệt, và những thành tựu nghiên cứu về sự phát triển của trẻ nhỏ.

2.1. Giáo dục mầm non

Lĩnh vực giáo dục mầm non được bắt đầu từ khi có sự công nhận rằng thời kỳ thơ ấu là thời kỳ đặc biệt quan trọng trong cuộc đời mỗi người. Vào thế kỷ 17, 18, các nhà triết học châu Âu như Aries (1962), Comenius (1592 – 1670) đã cho rằng trong vòng 6 năm đầu tiên của cuộc đời người mẹ có vai trò giáo dục thích hợp nhất cho trẻ và khẳng định rằng đứa trẻ tự giác học hỏi tất cả những gì mà trẻ có thể học được tại nhà (Eller, 1956); và John Locke (1632 – 1704) đã công bố quan điểm cho rằng "nhận thức của đứa trẻ như một tấm bảng trắng, trên đó những trải nghiệm của cuộc sống sẽ được viết lên". Đây là một quan điểm trái ngược với quan điểm đã tồn tại từ trước đó rất lâu về sự định đoạt trước hành vi và trí tuệ của đứa trẻ. J. Rousseau (1712–1778), người đã ủng hộ mạnh mẽ quan điểm "nhận thức như một tấm bảng trắng" của trẻ sơ sinh – cũng khuyến khích một hướng tiếp cận trẻ thật tự nhiên trong những năm đầu đời để không làm thui chột những khả năng cá nhân của trẻ. Quan điểm này được nhắc lại khá nhiều trong những thử nghiệm giáo dục của Tolstoy (1967) vào thế kỷ 19 và của A.S. Neill (1960) vào những năm gần đây. Trái với những quan điểm nhân văn về sự phát triển của trẻ nhỏ tại châu Âu, quá trình nuôi dưỡng trẻ ở nước Mỹ trong thế kỷ 17, 18 chịu sự thống trị của các tư tưởng thanh giáo trong đó tập trung vào mục đích cao cả là cứu rỗi linh hồn. Các tư tưởng này đưa đến những nguyên tắc khắt khe trong giáo dục trẻ thời kỳ ấu thơ nhằm chống lại xu hướng tội lỗi trong những trẻ mới sinh ra.

2.1.1. Lớp mẫu giáo

Những lớp mẫu giáo chính thức đầu tiên ở Đức do ông Friedrich Froebel thành lập vào đầu những năm 1800 dựa trên những tư tưởng triết học có nền tảng là những giá trị tôn giáo truyền thống và niềm tin vào tầm quan trọng của học tập thông qua vui chơi có kiểm soát. Trong nửa cuối của thế kỷ 19, những tư tưởng này được truyền bá qua Đại Tây Dương và làm dấy lên một loạt các chương trình thử nghiệm trên khắp nước Mỹ. Ngay sau khi trường mẫu giáo công lập

đầu tiên được thành lập ở St.Louis vào năm 1872, Hiệp hội giáo dục quốc gia đã đưa ra kiến nghị rằng trường mẫu giáo phải trở thành một phần trong hệ thống trường công lập.

Bối cảnh xã hội đưa đến phong trào thành lập các trường mẫu giáo ở Mỹ đã bị làm tan vỡ do nhiều tác động của quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa và phi tôn giáo hóa các nhà trường ở nước này. Với sự hỗ trợ ban đầu từ các tổ chức tư nhân và các nhóm từ thiện, những người ủng hộ cho các chương trình mẫu giáo chú trọng vào nhiều tiềm năng của trẻ nghèo, đặc biệt là những trẻ mới di cư sang Mỹ và sống trong những khu nhà ổ chuột tại các đô thị (Braun & Edwards, 1972).

Sau vài thập kỷ được phổ biến rộng rãi ở Mỹ, phong trào xây dựng trường mẫu giáo đã bị đình lại bởi hàng loạt những tranh luận về mục đích và chương trình của trường. Những người theo quan điểm truyền thống vẫn trung thành với tư tưởng của Froebel và bảo vệ các phương pháp sư phạm hướng theo các giá trị. Trái lại, những người đổi mới thì đấu tranh để giải phóng các trường lớp mẫu giáo. Họ muốn vượt qua nền tảng mang tính đạo đức của các trường mẫu giáo để hướng tới những nguyên tắc về tâm lý trẻ nhỏ nhằm xây dựng lên những nguyên tắc phát sinh từ kinh nghiệm dựa trên những quan sát hệ thống, thu thập dữ liệu và các phân tích của những nhà nghiên cứu về sự phát triển của trẻ nhỏ. Trong những năm 1900, phương pháp phát triển một chương trình cho trẻ nhỏ do G. Stanley Hall đưa ra và việc nhấn mạnh chức năng chuyên môn của giáo dục do John Dewey đề xướng đã có ảnh hưởng sâu rộng.

Trong thế kỷ 20, những bước tiến trong nghiên cứu về quá trình phát triển, những thay đổi trong lực cản về xã hội và chính trị đã kéo theo những bất đồng sâu sắc về mục đích của các trường mẫu giáo. Mục đích cơ bản của trường mẫu giáo vẫn dao động trong hai thái cực: chú trọng đến những thành tựu trí tuệ ban đầu và nuôi dưỡng sự phát triển xã hội, tình cảm không mang tính cạnh tranh. Mặc dù những chương trình được Nhà nước hỗ trợ vẫn chưa được triển khai trên khắp quốc gia nhưng trường mẫu giáo đã được coi là một thành tố chuẩn trong hệ thống giáo dục Mỹ và nó đã trở thành một động lực quan trọng để đưa những tư tưởng về phát triển thời kỳ thơ ấu vào hệ thống giáo dục phổ thông.

2.1.2. Nhà trẻ

Những nhà trẻ đầu tiên được bắt đầu ở châu Âu. Ngôi trường đầu tiên ở Luân Đôn do Rachel và Margaret MacMillan thành lập. Năm 1910, hai người thành lập một trung tâm y tế và sau đó mở rộng thành một kiểu trường học ngoài trời. Nhiệm vụ của chương trình thử nghiệm này là cung cấp những dịch vụ hoàn chỉnh và chú trọng công tác ngăn ngừa nhằm đáp ứng những nhu cầu về thể chất, tình cảm, nhận thức và xã hội của trẻ nhỏ. Không giống như mục đích tôn giáo của các trường mẫu giáo theo mô hình Froebel, chương trình của MacMillan được dựa trên những giá trị xã hội và tập trung vào việc phát triển sự tự chăm sóc, trách nhiệm cá nhân và các kỹ năng sẵn sàng cho giáo dục.

Trong khi MacMillan đang phát triển mô hình can thiệp sớm kết hợp giữa y tế với giáo dục tại Anh thì Maria Montessori cũng mở nhà trẻ đầu tiên trong những khu ổ chuột tại Roma, Italia. Là một bác sĩ và nguyên là giám đốc một trung tâm cho trẻ chậm phát triển trí tuệ,

Montessori đã áp dụng các phương pháp giáo dục trẻ chậm phát triển trí tuệ mà bà đã xây dựng vào việc giáo dục mầm non đối với trẻ bình thường, trẻ nghèo sống ở thành phố. Phương pháp Montessori khác rất nhiều so với phương pháp truyền thống ở chỗ nó chú trọng tới việc tự đào tạo của chính trẻ nhỏ trong một môi trường lớp học được chuẩn bị cẩn thận.

Khi mới được giới thiệu tại Mỹ, mô hình Montessori chỉ gây ra ảnh hưởng rất nhỏ và bị chìm trong trận chiến giữa những người bảo thủ ủng hộ mô hình Froebel, những tín đồ của mô hình giải phóng theo tư tưởng Dewey và những người ủng hộ tư tưởng "lạc quan nước Mỹ" mới nổi lên lúc đó do nhà tâm lý học như Thorndike và Kilpatrick khởi xướng (Braun & Edwards, 1972). Dần dần người ta ngày càng quan tâm tới mô hình này và ảnh hưởng của nó kéo dài tới tận những năm 1960. Tuy nhiên, gần đây mô hình này lại phổ biến trong tầng lớp trung lưu hơn là tầng lớp những người nghèo khổ và tàn tật – tầng lớp người mà mô hình này đã lấy làm đối tượng xuất phát.

Phong trào vườn trẻ bắt đầu trở nên phổ biến ở Mỹ vào những năm 1920 dựa trên sự áp dụng mô hình MacMillan – đưa vai trò của cha mẹ vào chương trình giáo dục của nhà trường.

Trái với mô hình những trường mẫu giáo tập trung vào việc chuẩn bị cho trẻ sẵn sàng đến trường, những chương trình mẫu giáo ban đầu này được thiết kế nhằm duy trì sự khám phá và thúc đẩy sự phát triển các mặt xã hội, tình cảm ở trẻ. Đến những năm 1930, nước Mỹ có khoảng 200 trường mẫu giáo trong đó một nửa trực thuộc các trường dạy nghề và đại học, bao gồm cả những phòng nghiên cứu về sự phát triển của trẻ nhỏ có vai trò lớn nhất nước Mỹ. Các trường còn lại do tư nhân quản lý hoặc do các tổ chức phúc lợi cho trẻ nhỏ đứng ra bảo trợ.

Trong giai đoạn suy thoái (những năm 1930), số lượng nhà trẻ tăng lên đáng kể do các chương trình cứu trợ của Liên bang được tăng lên nhằm trợ cấp cho các giáo viên thất nghiệp. Với sự bùng nổ của Thế chiến II, nhu cầu đối với lao động nữ đặt ra nhu cầu mở rộng các trường học và thành lập các trung tâm chăm sóc trẻ ban ngày do chính quyền Liên bang tài trợ theo Luật Lanham năm 1940 (Morgan, 1972). Trước giai đoạn này, dịch vụ trông trẻ ban ngày chủ yếu dành cho những người dân lao động nghèo. Việc tuyển dụng các lao động nữ thuộc tầng lớp trung lưu trong thời kỳ chiến tranh đã xóa nhòa ranh giới giữa dịch vụ trông trẻ ban ngày với các trường mẫu giáo. Tuy nhiên, sau khi chiến tranh kết thúc, sự trợ giúp của các Liên bang đối với việc trông trẻ chấm dứt, phần lớn phụ nữ rời công việc để chăm sóc gia đình và rất nhiều chương trình cũng kết thúc. Không còn các nguồn lực công cộng, các trường mẫu giáo chuyển từ chỗ là những trung tâm phục vụ trẻ nghèo sang thành những trung tâm phục vụ cho ai có đủ khả năng tự trả học phí cho nhà trường.

Trong những năm gần đây, khi phụ nữ lựa chọn hoặc bị buộc phải kết hợp giữa chăm sóc con cái với làm việc, sự tách biệt giữa các chương trình chăm sóc trẻ và các trường mẫu giáo lại một lần nữa bị xóa nhòa. Trong bối cảnh xã hội này, cuộc tranh luận về sự cân bằng giữa "chăm sóc" và "giáo dục" cho trẻ trong thời kỳ trước khi đến tuổi đi học lại nổi lên.

Tóm tắt: Các dịch vụ can thiệp cho trẻ ở tuổi ấu thơ đã chịu ảnh hưởng lớn của lịch sử giáo dục trẻ nhỏ trước khi có sự xuất hiện của các trường truyền thống. Những đặc điểm cơ bản của các chương trình sớm này đã xuất hiện trong những quan điểm can thiệp hiện nay; bao gồm cả việc lấy trẻ làm trọng tâm chương trình, chú trọng tới việc sớm xã hội hóa cuộc sống của trẻ,

tìm hiểu sâu hơn về sự phát triển của trẻ và những ứng dụng thực tiễn của các lý thuyết về sự phát triển của trẻ và nhận thức được tầm quan trọng của những năm thơ ấu như là nền tảng cho khả năng xã hội, tình cảm và trí tuệ sau này của trẻ. Những vốn kiến thức này với điều kiện cơ sở vật chất kỹ thuật đã được nâng cấp trong nhiều năm qua đang ngày ngày kiến tạo nên các hoạt động cho các chương trình can thiệp sớm hiện tại.

2.2. Các dịch vụ y tế cho bà mẹ và trẻ em

Cũng giống như quá trình công nghiệp hóa và quá trình tách tôn giáo khỏi trường học vào thế kỷ 19 đã tạo tiền đề phát triển các khái niệm mới trong lĩnh vực giáo dục tuổi ấu thơ, tỷ lệ tử vong cao trong trẻ nhỏ đã làm tăng sự lo ngại của xã hội đối với sức khỏe thể chất của trẻ. Trên thực tế, vào cuối những năm 1980, rất nhiều tổ chức nhi khoa đã yêu cầu giảm những kích thích giáo dục cho trẻ trước tuổi lên 5 nhằm ngăn chặn sự phân tán của những năng lực vốn dùng để giúp trẻ có được thể chất tốt. Trong một cuốn sách giáo khoa kinh điển, một nhà nhi khoa hàng đầu lúc đó đã viết:

"Tổn thương lớn sẽ xảy ra cho hệ thần kinh của trẻ bởi những tác động mà chúng phải chịu trong thời kỳ ấu thơ, đặc biệt là trong năm đầu tiên... Chơi với trẻ, kích thích chúng cười và làm chúng hưng phấn bằng hình ảnh, âm thanh hoặc cử động cho đến khi chúng biểu hiện sự vui sướng rõ ràng có thể là một nguồn vui cho những ông bố bà mẹ yêu con cũng như những người chăm sóc trẻ nhưng nó có thể gây ra những chấn thương cho trẻ... Các bác sĩ phải có nhiệm vụ giảng giải điều này cho các bậc cha mẹ; nhấn mạnh rằng trẻ nhỏ nên được chăm sóc một cách nhẹ nhàng và việc chơi đùa như trên cần phải tránh hoàn toàn, ít nhất là trong năm đầu tiên của trẻ" (Holt, 1897).

2.2.1. Tổ chức nhi đồng

Vào năm 1912, trong một nỗ lực nhằm cảnh báo về tỷ lệ tử vong trẻ em quá cao, về tình trạng thể chất thấp và việc bóc lột lao động với trẻ em, Quốc hội Mỹ đã thành lập Tổ chức Nhi đồng trong Bộ Lao động nhằm "điều tra và báo cáo những vấn đề liên quan tới quyền lợi của trẻ em và cuộc sống của trẻ thuộc mọi tầng lớp xã hội" (Lesser trích dẫn, 1985, trang 591). Trong bản báo cáo thường niên đầu tiên, tổ chức này đã xác nhận trách nhiệm phục vụ tất cả trẻ em và nhấn mạnh rằng sẽ đặc biệt quan tâm tới "những trẻ bất thường hoặc gần như bất thường hoặc phải chịu những đau đớn về thể chất hay tinh thần". Dựa trên những quyết tâm tập trung vào công tác ngăn ngừa và lấy vấn đề tử vong trẻ nhỏ làm đối tượng điều tra đầu tiên, tổ chức này đã tiến hành những nghiên cứu sớm trên các chủ đề như chăm sóc trẻ ban ngày, chăm sóc trẻ tại các trung tâm, chậm phát triển trí tuệ, sức khỏe của trẻ trước tuổi đến trường và chăm sóc trẻ tàn tật.

Là sự công nhận chính thức đầu tiên về trách nhiệm của Liên bang đối với trẻ nhỏ, việc thành lập Tổ chức Nhi đồng mang lại một đầu mối thu thập thông tin và trợ cấp của Liên bang nhằm tăng cường sức khỏe và sự phát triển cho những trẻ dễ tổn thương nhất trên đất nước. Trong những nghiên cứu ban đầu, Tổ chức đã chú trọng đến mối liên hệ qua lại giữa các nhân tố kinh tế-xã hội với tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ em. Những số liệu này đã làm nền tảng cho việc

xây dựng một chương trình điều chỉnh theo Luật Sheppard–Towner trong những năm 1920 nhằm tăng các dịch vụ y tế công cộng và thúc đẩy việc thành lập các ban phụ trách về vệ sinh trẻ em tại các bang cũng như những trung tâm y tế cho bà mẹ và trẻ em trên khắp nước (Steiner, 1976).

Mặc dù việc phát triển các chương trình cho trẻ khuyết tật tiến chậm hơn các dịch vụ cho người nghèo nhưng những dữ liệu mà Tổ chức Nhi đồng thu thập được trong các cuộc điều tra tại các bang đã góp phần làm nổi rõ những nhu cầu chưa được đáp ứng trong lĩnh vực này. Kết quả là năm 1930, Hội nghị Nhà Trắng về sức khỏe và bảo vệ trẻ em đã kiến nghị rằng cần có các quỹ của liên bang tại mỗi bang nhằm thiết lập các chương trình cho trẻ khuyết tật, trong đó có sự phối hợp của các tổ chức y tế, giáo dục, phúc lợi xã hội và phục hồi chức năng nhằm cung cấp các dịch vụ chẩn đoán và điều trị hoàn chỉnh cho trẻ.

2.2.2. Chương trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm theo định kỳ EPSDT (Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment Program)

"Chương trình sàng lọc chẩn đoán và điều trị sớm theo định kỳ" được bắt đầu vào những năm 1960 như một phần trong nỗ lực quốc gia nhằm cải thiện sức khỏe và phúc lợi cho trẻ nghèo. Chương trình này ủy thác các công tác sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm theo định kỳ về y tế, nha khoa và thị lực cho tất cả trẻ em và thanh thiếu niên dưới 21 tuổi, những người có gia đình đạt được tiêu chuẩn chăm sóc theo chế độ Hỗ trợ y tế Medicaid. Một trong những động lực để hình thành và thực hiện chương trình mới này là nhận thức của xã hội về mức độ phổ biến của một loạt những bệnh có thể ngăn chặn được trong thanh thiếu niên trên toàn liên bang. Vì vậy, "Chương trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm, theo định kỳ" đã được thiết kế để đảm bảo phát hiện sớm những bệnh này và cung cấp kinh phí cho việc ngăn ngừa hậu quả. Thực tế là chương trình này đã được coi như một động tác nhằm tấn công vào vòng luẩn quẩn gây ra do đói nghèo, cứu chữa những hậu quả về sức khỏe do nguyên nhân kinh tế và nhằm cải thiện sức khỏe của trẻ nghèo bằng cách cung cấp những dịch vụ có khả năng mang lại những khoản bồi hoàn về sức khỏe và phúc lợi về sau này. Thật không may là những thành tựu mà "Chương trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị sớm và theo định kỳ" mang lại tỏ ra không đều và những phân tích gần đây về hiệu quả của chương trình này cho thấy cần có những thay đổi cơ bản trong công tác tổ chức và vận hành chương trình.

2.3. Giáo dục đặc biệt

Lịch sử các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ khuyết tật mang lại một tấm kính thứ ba mà qua đó chúng ta có thể tìm hiểu sự phát triển của các dịch vụ can thiệp lúc ấu thơ. Trong thời kỳ cổ đại, trẻ nhỏ có các dị tật hoặc khuyết tật thể chất thường được làm cho chết nhẹ nhàng một cách chủ động hoặc bị động. Trong thời kỳ Trung cổ và những thế kỷ tiếp theo, những trẻ chậm phát triển thường được dùng làm hề trong các cung đình, đi ăn xin trên đường phố, bị bỏ tù hoặc được đưa vào các trung tâm.

Hầu hết những tổng kết lịch sử về lĩnh vực giáo dục đặc biệt đều bắt đầu với những nỗ lực của Itard vào cuối thế kỷ 18 nhằm dạy dỗ cho "cậu bé hoang vùng Aveyron" bằng một loạt các kỹ thuật huấn luyện giác quan và những kỹ thuật mà hiện nay được gọi là sự điều chỉnh hành vi. Tuy nhiên, học trò của Itard – Edouard Seguin – lại được coi là người đi tiên phong quan trọng nhất trong lĩnh vực này. Là giám đốc bệnh viện Hospice des Incurables tại Pari, Seguin đã phát triển một phương pháp giáo dục mang tính sinh lý học cho trẻ khuyết tật. Phương pháp này dựa trên việc đánh giá kỹ lưỡng những điểm mạnh và điểm yếu của cá nhân và từ đó xây dựng một kế hoạch cụ thể cho các hoạt động điều khiển giác quan nhằm khắc phục các khó khăn do khuyết tật. Qua quan sát, Seguin đã mô tả những dấu hiệu sớm của tình trạng chậm phát triển và chú trọng đến tầm quan trọng của giáo dục sớm (Crissey, 1975). Như đã đề cập ở phần trên, những phương pháp của ông sau này được Maria Montessori áp dụng giáo dục cho trẻ nghèo học mẫu giáo ở Roma.

Seguin đã đặt lòng tin lớn lao vào công tác can thiệp sớm, ông luôn lo ngại về những trường hợp không được tác động can thiệp kịp thời. Ông khẳng định "Nếu một đứa trẻ hoang dã không có cơ hội tiếp xúc với những bài học đầu tiên của thời thơ ấu thì sau này không thể có một quá trình thần kỳ nào có khả năng mở cánh cửa vàng tới trí tuệ cho trẻ". Trên thực tế, Seguin chính là một trong những chuyên gia can thiệp sớm đầu tiên.

2.3.1. Những trung tâm nội trú

Được khuyến khích từ những công việc của Seguin tại Pari, các chương trình giáo dục cho người chậm phát triển trí tuệ đã được mở rộng trên toàn thế giới trong những năm đầu thế kỷ 19. Vào nửa cuối thế kỷ 19, các trung tâm tập trung được xây dựng tại Mỹ, những kỹ thuật huấn luyện của Seguin đã được đưa vào áp dụng tại các trung tâm này. Năm 1876, Hiệp hội các nhà lãnh đạo của các trung tâm cho người điên và trí tuệ kém của Mỹ được thành lập (Seguin là vị chủ tịch đầu tiên) nhằm cung cấp một cơ chế liên kết giữa những người quan tâm tới việc giáo dục cho người chậm phát triển trí tuệ. (Năm 1906, Hiệp hội này đổi tên thành Hiệp hội nghiên cứu về người trí tuệ thấp; năm 1933 thành Hiệp hội về suy giảm trí tuệ Mỹ và năm 1987 thành Hiệp hội về chậm phát triển trí tuệ Mỹ). Đến cuối thế kỷ 19, những trung tâm nội trú được thành lập ở Mỹ và trung thành với mục tiêu đưa những người khuyết tật trở lại cuộc sống cộng đồng (Crissey, 1975).

Vào những thập kỷ đầu của thế kỷ 20, các trung tâm nội trú đã thay đổi nhiệm vụ từ huấn luyện và hướng về hội nhập cộng đồng thành quản thúc và cô lập bệnh nhân trong trung tâm. Trong những nhân tố ảnh hưởng tới sự thay đổi này nổi lên hoạt động của những nhà tâm lý học như Henry Goddard và Louis Terman, những người đề cao thành kiến và thuyết ưu sinh, đồng thời áp dụng những phương pháp mới hình thành để kiểm tra trí thông minh nhằm xác định những nhóm người cần được phân biệt đối xử trong xã hội Mỹ. Dựa trên những số liệu về sự liên hệ giữa tình trạng chậm phát triển trí tuệ với hành vi phạm tội và điểm kiểm tra trí thông minh, người ta điều chỉnh luật pháp để hạn chế nhập cư đối với một số chủng tộc và đưa ra những thủ tục triệt sản bắt buộc với những người có khuyết tật trí tuệ (Kamin, 1974). Những

luận bảo thủ từ phía các nhà tâm lý đã dập tắt lạc quan ban đầu về giáo dục đặc biệt và các trung tâm cư trú bị chuyển thành những căn nhà tồi tàn dành cho người bị xã hội bỏ rơi.

2.3.2. Các chương trình tại trường học công lập

Trong các trường học công lập, việc hình thành các chương trình giáo dục đặc biệt được bắt đầu rất chậm và chỉ dành cho một số rất ít trẻ. Những trẻ có mức độ chậm phát triển trung bình được đưa tới các trung tâm hoặc giữ tại nhà trong khi hầu hết những trẻ có khuyết tật nhẹ được đưa tới các lớp thông thường, nơi mà chúng bị bạn bè bỏ xa. Trong thời kỳ suy thoái và chiến tranh thế giới tiếp sau đó, các chương trình giáo dục đặc biệt trong các trường công lập bị co lại và người ta chỉ dựa vào những trung tâm cư trú vốn đã quá chật và rất hạn chế về mặt giáo dục.

Trong thời kỳ hậu chiến, trẻ khuyết tật bắt đầu được quan tâm hơn. Một phần nguyên nhân đưa đến mối quan tâm mới tới nhu cầu của những trẻ đang phát triển và dễ bị tổn thương này là do kết quả của các điều tra về quân nhân trong Thế chiến thứ II cho thấy rất nhiều thanh niên có các dạng khuyết tật thể chất, tâm thần hoặc hành vi. Một phần khác là do những thay đổi trong thái độ của xã hội đối với những người khuyết tật nói chung do rất nhiều cựu chiến binh trở về nhà dưới hình hài những người khuyết tật thể chất. Năm 1946, một ban dành cho trẻ đặc biệt đã được thành lập trong Bộ giáo dục Mỹ và sau này trở thành Vụ giáo dục cho người tàn tật, rồi thành Cơ quan giáo dục đặc biệt và phục hồi chức năng. Đến cuối những năm 1950, luật pháp liên bang và tiểu bang bắt đầu thúc đẩy sự tiếp cận lớn hơn của công chúng với vấn đề giáo dục đặc biệt.

Tóm tắt: Những thay đổi trong thái độ và thực hành liên quan tới giáo dục trẻ khuyết tật đã được Caldwell – người đã xác định 3 giai đoạn lịch sử chính của lĩnh vực – mô tả bằng những thuật ngữ mang ý nghĩa tiến bộ. Giai đoạn đầu được gọi là giai đoạn "Bỏ quên và che giấu" với ngụ ý trong nửa đầu thế kỷ này, người ta thực hành những biện pháp mà theo đó trẻ khuyết tật bị tách khỏi tầm quan tâm của xã hội nhằm tránh sự hổ thẹn cho gia đình chúng. Giai đoạn 2 tương ứng với thái độ của những năm 1950 và 1960, do đó được gọi là giai đoạn "Sàng lọc và cách ly". Trong giai đoạn này, trẻ có khuyết tật được kiểm tra, dán nhãn và cách ly tại những trung tâm đặc biệt trên cơ sở nhận định rằng những trẻ này cần sự bảo vệ và không có khả năng hoạt động độc lập tại các trường thường. Caldwell gọi giai đoạn 3 là "Nhận dạng và giúp đỡ", được tính từ giữa những năm 1970, với việc thông qua các đạo luật mang tính lịch sử về giáo dục đặc biệt và kéo dài cho tới nay, giai đoạn này được đánh dấu bởi những nỗ lực nhằm tìm ra những nhu cầu đặc biệt trong giai đoạn ấu thơ của trẻ nhằm cung cấp các dịch vụ can thiệp thích hợp càng sớm càng tốt. Mục tiêu của giai đoạn này là ngăn chặn những hậu quả của tình trạng khuyết tật, ngăn sự xuất hiện của các rối loạn trầm trọng hơn, trợ giúp các gia đình có trẻ khuyết tật và tăng cơ hội cho mọi trẻ em được phát triển với tất cả khả năng tiềm tàng của mình.

2.4. Nghiên cứu về sự phát triển của trẻ

Mặc dù những quyết định quan trọng liên quan tới việc thiết kế chương trình và phân bổ nguồn lực thường chịu ảnh hưởng của những nhân tố xã hội–chính trị nhưng quá trình phát triển lý thuyết về các dịch vụ lúc thơ ấu lại chịu ảnh hưởng lớn của những nghiên cứu về quá trình

phát triển của trẻ nhỏ. Vì vậy, một ống kính thứ 4 để tìm hiểu về lịch sử can thiệp lúc ấu thơ chính là những đóng góp về học thuật của việc nghiên cứu quá trình phát triển của trẻ. Mặc dù việc xem xét thấu đáo về những nghiên cứu này là công việc vượt quá phạm vi của chương này nhưng chúng tôi cũng đề cập đến những đóng góp có ảnh hưởng lớn về lý thuyết và thực hành. Từ góc độ này, có thể xem xét 2 lý thuyết: tranh luận về vai trò của tự nhiên–nuôi dưỡng; và tầm quan trọng của quan hệ người nuôi trẻ–trẻ em.

2.4.1. Tranh luận về vai trò của tự nhiên và nuôi dưỡng

Việc quan tâm đến những nhân tố quyết định tới khả năng của trẻ nhỏ là một hiện tượng khá mới mẻ. Mặc dù những đánh giá hệ thống về những khả năng nổi bật của trẻ sơ sinh đã được bác sĩ New Orleans thực hiện vào cuối thế kỷ 19 nhưng việc liệt kê những thành tựu sớm và những phương pháp phân tích về thời kỳ ấu thơ đã không được phát triển cho tới những thập kỷ đầu tiên của thế kỷ 20.

Người nổi bật trong lĩnh vực đánh giá sự phát triển của trẻ là Arnold Gesell, một bác sĩ nhi khoa và là một nhà tâm lý học. Là giám đốc Trung tâm nghiên cứu về trẻ nhỏ do Quỹ tưởng niệm Laura Spelman Rackerfeller tài trợ, Gesell đã tiến hành nhiều nghiên cứu liên tục về các kỹ năng của trẻ phát triển thông thường, khả năng của thanh thiếu niên bị Đao (Down) và những thành tựu phát triển của trẻ bị sinh thiếu tháng hoặc trẻ có chấn thương lúc còn là bào thai. Phương pháp quan sát của ông đã mang lại rất nhiều dữ liệu còn ảnh hưởng tới việc xây dựng các công cụ đánh giá sự phát triển của trẻ ngày nay.

Định hướng lý thuyết của Gesell khá rõ ràng và ảnh hưởng rất lớn đối với các nghiên cứu về trẻ em. Ông tin tưởng rằng sự trưởng thành của trẻ là do các yếu tố sinh học quyết định. Ông phản đối quan niệm về sự ảnh hưởng tương đối của kinh nghiệm sống lên quá trình phát triển và cho rằng khả năng thay đổi quá trình này bằng can thiệp sớm là vô ích. Thành tựu trong nghiên cứu của Gesell đã được áp dụng trong lĩnh vực y học, trong đó người ta dựa vào những mốc phát triển thời kỳ ấu thơ của một người để dự tính những khả năng mà người đó có thể đạt được trong tương lai. Mối liên hệ giữa những sự kiện bất lợi lúc mang thai với những rối loạn thần kinh của trẻ ngày càng được công nhận đã đưa đến sự phổ biến của một lý luận trong đó coi yếu tố sinh học có vai trò quyết định tới sự phát triển; lý luận này được gọi là "sự tiếm tiến của những tổn thất trong quá trình tái sinh" (Lilienfeld & Parkhurt, 1951; Lilienfeld & Pasamanick, 1954).

Mặc dù được ủng hộ nhiều vào nửa đầu thế kỷ 20 nhưng quan điểm trên đã bị những người theo lý thuyết về hành vi phản đối kịch liệt. Những nhà hành vi học tin rằng khi có sự tổn thương não trầm trọng, sự phát triển ở trẻ sẽ được điều chỉnh bởi các nhân tố môi trường. Một trong những người phát ngôn đầu tiên và hùng hồn nhất của trường phái này là John B. Watson, một nhà tâm lý học lỗi lạc. Ông đã viết "Bởi vì những người theo lý thuyết về hành vi tìm thấy rất ít bằng chứng về sự liên hệ với bản năng của trẻ nên trách nhiệm nuôi dạy trẻ thành một đứa trẻ vui vẻ, có đạo đức – giả sử rằng trẻ đã khoẻ mạnh về thể chất – là trách nhiệm của cha mẹ. Việc chấp nhận quan điểm này làm cho quá trình nuôi dạy trẻ trở nên hết sức quan trọng đối với xã hội" (Watson, 1982)

Cuộc tranh luận về ảnh hưởng tương đối của tự nhiên và nuôi dưỡng lên quá trình phát triển của trẻ lúc thơ ấu đã diễn ra trong một thời gian rất dài. Trong khi những người ủng hộ thuyết về ảnh hưởng của tự nhiên khẳng định vai trò quyết định của các nhân tố sinh học thì những người theo thuyết hành vi lại đề cao vai trò của môi trường. Cả hai đều nhận được rất nhiều sự ủng hộ; tuy nhiên khi xem xét tách biệt, cả hai chủ thuyết này đều có nhiều hạn chế.

Với sự kiện về "thuyết nhận thức" của Piaget vào những năm 1950 và 1960, diễn đàn tranh luận về ảnh hưởng tương đối giữa tự nhiên và nuôi dưỡng đã được thay đổi. Điều này được sự kích thích bởi nhận thức rằng các nhân tố sinh học và xã hội có tác động lẫn nhau. Trên thực tế, những khám phá từ các nghiên cứu thậm chí đã khiến một vài học giả đi đến quan điểm rằng tất cả các hành vi vừa mang yếu tố di truyền vừa bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm như Goldberg đã nhận định "Trừ khi những năng lực hành vi mang đặc tính di truyền, chúng không bao giờ có khả năng xảy ra, ví dụ như những con khỉ Gorilla không bao giờ có thể nói cho dù người ta có mang lại cho nó kinh nghiệm gì đi nữa. Tuy nhiên, việc thể hiện hành vi lại dựa trên những kinh nghiệm hợp lý, ví dụ như một đứa trẻ sẽ không học nói nếu không được nghe tiếng nói của người khác". Nói cách khác, rất nhiều nhà nghiên cứu bắt đầu nhận thấy rằng không nên tách biệt ảnh hưởng của các nhân tố sinh học và các nhân tố xã hội khi xem xét những thành tựu phát triển của con người.

Một trong những khái niệm về quan hệ qua lại giữa các nhân tố di truyền và môi trường có ảnh hưởng mạnh mẽ nhất đã được Sameroff và Chandler phát biểu. Trái ngược với lý luận "sự tiệm tiến của những tổn thất trong quá trình tái sinh", hai ông đã hình thành nên luận thuyết "sự tiệm tiến của những tổn thất do quá trình nuôi dưỡng", trong đó mô tả những ảnh hưởng qua lại của các nhân tố gia đình, xã hội và môi trường lên sự phát triển của con người. Sameroff đã từng viết "Mặc dù những tổn thất trong quá trình tái sinh có thể đóng vai trò ban đầu trong việc đưa đến những vấn đề sau này nhưng chính môi trường nuôi dưỡng trẻ sẽ quyết định kết quả cuối cùng". Trong lĩnh vực can thiệp lúc ấu thơ, việc chấp nhận mô hình liên kết, có nghĩa là những tổn thương về sinh học có thể điều chỉnh được nhờ nhân tố môi trường và những tổn thương về phát triển có thể do nguyên nhân xã hội và môi trường. Sự tập trung đồng thời vào ảnh hưởng qua lại giữa nhân tố xã hội và sinh học đã có rất ít tác động lên công tác nghiên cứu và cung cấp dịch vụ.

2.4.2. Tâm quan trọng của các quan hệ gắn bó ban đầu

Khi cộng đồng nơi trẻ phát triển bắt đầu tìm hiểu về quá trình tác động của môi trường chăm sóc tới những thành tựu phát triển của trẻ thì một loạt điều tra về những hậu quả bất lợi do bị tước đoạt những quan hệ lúc ban đầu đã được tiến hành. Dựa trên mô hình phân tích tâm lý, những thử nghiệm tự nhiên ban đầu này đã tập trung vào tác động của quá trình trung tâm hóa lên sự phát triển nhận thức và tình cảm-xã hội của trẻ nhỏ (Provéne & Lipton, 1962; Spitz, 1945). Những nghiên cứu này đã ghi nhận ảnh hưởng bất lợi cho sự phát triển do bị cô lập kéo dài và một cuộc sống không được kích thích đúng mức ở nhiều trại trẻ mồ côi, các bệnh viện ít nhân viên chăm sóc và các trung tâm khác. Những đặc điểm của hội chứng này (Spitz gọi là

"hội chứng bệnh viện") bao gồm chậm phát triển, không thích nghi được với các quan hệ xã hội và các vấn đề liên quan tới sức khoẻ ở trẻ nhỏ mà lẽ ra có thể phát triển bình thường.

Một loạt các nghiên cứu bổ sung trong lĩnh vực này đã tập trung vào mức độ tương thích giữa thực trạng bị tước đoạt lúc ấu thơ với những hậu quả về phát triển. Bắt đầu với một thí nghiệm kinh điển trên trẻ đã sống ở trung tâm cư trú cho trẻ chậm phát triển trí tuệ, những nhà điều tra đã thay đổi môi trường sống và các kích thích đối với một số trẻ sống ở trung tâm và đi đến kết luận rằng một môi trường có nhiều kích thích có thể thay đổi những tác động gây ra bởi những kinh nghiệm tiêu cực trong giai đoạn ấu thơ của trẻ (Dennis, 1960, 1973; Skeels, 1966). Những bằng chứng mang tính kinh nghiệm mà các nghiên cứu này mang lại đã nhấn mạnh tính dễ uốn nắn của sự phát triển của con người trong giai đoạn ấu thơ, từ đó đặt cơ sở cho công tác can thiệp lúc ấu thơ (Kirk, 1958).

Về lý thuyết, công trình của John Bowlby đã mang lại lý thuyết cho các phát hiện về ảnh hưởng của việc tước đoạt lúc ấu thơ. Với sự trợ giúp từ Tổ chức Y tế thế giới trong những năm 1950, Bowlby đã điều tra các vấn đề như: vô gia cư, mồ côi mẹ và hậu quả của các vấn đề này lên trí tuệ của trẻ. Trong luận án chuyên khảo kinh điển của mình về sức khoẻ bà mẹ và trẻ em, Bowlby đã nhấn mạnh tầm quan trọng của quan hệ mẹ – con đối với sự phát triển của trẻ. Công trình bổ sung của ông về việc xây dựng mối quan hệ gắn bó đã mang lại một nền tảng lý thuyết cho sự phát triển những nghiên cứu quan trọng trong lĩnh vực thích nghi về tình cảm và xã hội của trẻ suốt những thế kỷ tiếp theo.

Phần lớn các nghiên cứu thực tế trong đó mô tả ảnh hưởng đáng chú ý của môi trường chăm sóc (và do đó ủng hộ mô hình phát triển tương hỗ) xuất hiện là do một loạt các nghiên cứu theo chiều dọc được bắt đầu từ những năm 1950 và 1960.

Những dữ liệu nghiên cứu theo chiều dọc về ảnh hưởng nhất của các nhân tố sinh học và xã hội đến sự phát triển trong một nhóm trẻ sinh ra được thu thập bởi Dự án Thai sản của Học viện quốc gia về các bệnh thần kinh và mù. Trong dự án này có 53.000 phụ nữ mang thai đã được lấy làm mẫu và những đứa trẻ sinh ra đã được theo dõi trong suốt những năm đầu đến trường (Broman, Nichols & Kennedy, 1975). Dự án thứ hai (được gọi là nghiên cứu Kauai) đã thu thập dữ liệu chiều dọc từ thời kỳ bào thai cho đến lúc trở thành người lớn của hơn 1000 trẻ sinh tại đảo Hawaiian của Kauai. Những phát hiện chính của cả hai nghiên cứu này đã khẳng định ảnh hưởng to lớn của việc giáo dục bà mẹ và chất lượng của môi trường chăm sóc lên sự phát triển của trẻ (trừ các trường hợp bị tổn thương não trầm trọng).

Một số nghiên cứu tiên phong về sự phát triển của trẻ nhỏ trong môi trường có nguy cơ cao hoặc đã có những khuyết tật được chẩn đoán cho kết quả tương tự nhau. Những điều tra về trẻ nhỏ có tiền sử bị ngạt khi sinh đã cho thấy những hậu quả xấu về thần kinh cơ thể dao động trong nhiều mức độ khác nhau và nhiều trẻ thuộc nhóm có nguy cơ cao đã thể hiện trạng thái phát triển bình thường trong những năm đến trường (Graham, Ernhart, Thurston & Craft, 1962; Graham, Pennoyer, Caldwell, Greenman & Hartmann, 1957). Tương tự, những đánh giá chi tiết

về thanh thiếu niên có những rối loạn phát triển được chẩn đoán như hội chứng Đào và PKU đã mang lại những cơ sở dữ liệu đáng tin cậy để kết luận về triển vọng cá nhân, nhấn mạnh phạm vi mà khuyết tật có thể dao động trong những loại được chẩn đoán và thể hiện những giới hạn trong phỏng đoán về phát triển sớm (Fishler, Graliker & Koch, 1964; Share, Webb & Koch, 1961).

Dữ liệu mà các nghiên cứu khác nhau này thu thập được đã mang lại những động lực quan trọng cho mối quan tâm ngày càng tăng với các dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ dễ tổn thương. Quá trình phát triển được coi là một quá trình phức tạp và luôn thay đổi, người ta ngày càng thấy rõ ràng kết quả của sự phát triển chịu tác động của cả nhân tố tự nhiên và nuôi dưỡng.

Ở những thập kỷ đầu thế kỷ 20, những câu hỏi liên quan đến sự phát triển của trẻ nhỏ đã được kết luận trong một luận thuyết tương đối đơn giản, trong đó phản ánh những ảnh hưởng đối kháng của nhân tố di truyền với kinh nghiệm cá nhân. Những nghiên cứu hỗ trợ về sự phát triển của trẻ nhỏ đã mở rộng tầm hiểu biết của chúng ta cũng như mở rộng những lợi ích tiềm tàng của các dịch vụ can thiệp sớm. Mức độ tác động của chất lượng môi trường chăm sóc trẻ lên ảnh hưởng của các nhân tố sinh học đã hỗ trợ lớn cho việc phát triển những chiến lược can thiệp nhằm điều chỉnh môi trường đó. Việc thiết kế những chiến lược can thiệp như vậy phản ánh các quan điểm lý luận đã dựa trên nhiều kinh nghiệm và lý thuyết.

3. CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CỦA CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

3.1. Mọi trẻ đều có khả năng học tập

Trẻ khiếm thính hay khiếm thị vẫn có trí tuệ bình thường. Mục tiêu chúng ta đặt ra cho trẻ khuyết tật cũng giống như cho trẻ bình thường. Công việc của trẻ khuyết tật cũng giống như công việc của trẻ bình thường, trừ khi công việc đó đòi hỏi trẻ phải có khả năng nghe bình thường hoặc khả năng nhìn tốt. Ví dụ, một người mù không thể lái xe ô tô được. Trẻ chậm phát triển trí tuệ học chậm hơn (và có những hạn chế do khuyết tật gây ra), nhưng vẫn có thể học được. Ngày nay, học tập đã trở thành quyền lợi của mọi trẻ em bình thường cũng như khuyết tật.

3.2. Trẻ khuyết tật cũng phải được học các kỹ năng mà trẻ bình thường học và sử dụng

Nguyên tắc giáo dục trẻ khuyết tật, trước hết phải nhìn nhận đó là một đứa trẻ, những nhu cầu đặc biệt hoặc khuyết tật mới là thứ hai. Sự phát triển của trẻ khuyết tật cũng tuân theo tiến trình, quy luật như trẻ bình thường, tuy nhiên có chậm hơn ở những khía cạnh nhất định. Trẻ khuyết tật càng học được nhiều kỹ năng như ở trẻ bình thường thì chúng càng có khả năng tham gia vào nhiều hoạt động hơn trong gia đình cũng như trong xã hội. Trẻ khuyết tật càng dễ dàng được chấp nhận hơn trong cộng đồng nếu như những hành vi của chúng càng giống trẻ bình thường. Vì vậy, trẻ khuyết tật cần phải học các kỹ năng như trẻ bình thường.

3.3. Những năm đầu tiên rất cần thiết để học tập

Năm năm đầu tiên trong cuộc đời là những năm tháng rất quan trọng, đây là thời gian mà nền tảng cho cuộc sống được hình thành. Trong giai đoạn này trẻ bắt đầu hình thành và phát triển ngôn ngữ, thể chất, nhận thức, tình cảm và những kỹ năng xã hội cần thiết. Một nền tảng tốt tạo cho đứa trẻ cơ hội có một cuộc sống hạnh phúc và có ý nghĩa, đồng thời để chúng trở thành một thành viên có ích cho xã hội. Những năm này là rất quan trọng cho trẻ, và tất nhiên cũng rất quan trọng đối với trẻ khuyết tật.

Trong năm năm đầu các tật mà trẻ mắc phải cũng chưa chuyển sang giai đoạn cố tật (tật cố định). Nếu phát hiện sớm có thể ngăn ngừa hoặc can thiệp có kết quả cao. Thực tế đã chứng minh được điều này. Nhiều trẻ được phát hiện sớm đã khắc phục được các tật như liệt, khèo cơ quan vận động. Nhiều trẻ khiếm thính, khiếm thị, do được phát hiện sớm cũng đã được can thiệp có hiệu quả. Rất nhiều trẻ có thể sống hòa nhập tốt với xã hội hoặc nếu có ảnh hưởng thì cũng không đáng kể.

Việc bắt đầu can thiệp càng sớm càng tốt là rất cần thiết. Bắt đầu diễn ra từ khi cha mẹ trẻ cho rằng trẻ có vấn đề, điều này có thể hạn chế những vấn đề về giáo dục và cư xử sau này trong cuộc sống của trẻ.

3.4. Cha mẹ là người quan trọng nhất đối với sự phát triển của trẻ

Trong những năm đầu, phần lớn thời gian của trẻ là sống với cha mẹ. Xét trên phương diện thời gian, cha mẹ có nhiều cơ hội nhất để chăm sóc và giúp trẻ phát triển. Mặt khác, không ai có thể có được tình yêu thương trẻ như là cha mẹ. Cha mẹ là người nhạy bén nhất, đáp ứng tự nhiên và chính xác những nhu cầu của trẻ, họ có đầy đủ năng lực và kỹ năng để giúp trẻ phát triển trong những năm đầu. Chính vì vậy, với việc can thiệp sớm giáo viên phải luôn tin tưởng rằng cha mẹ là người quan trọng nhất đối với sự phát triển của trẻ. Giáo viên không phải là người thay thế được cha mẹ để trực tiếp dạy trẻ mà vai trò của giáo viên là hướng dẫn, cung cấp những kiến thức và kỹ năng về chăm sóc và giáo dục trẻ khuyết tật cho cha mẹ. Giáo viên đồng thời là người động viên, khuyến khích để cha mẹ có đủ tự tin giúp trẻ phát triển. Ở Việt Nam, chúng ta cần xem xét vai trò của ông bà, cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình, hiện tại họ đang đóng một vai trò quan trọng trong việc giáo dục trẻ.

3.5. Mỗi trẻ và mỗi gia đình đều khác nhau

Một đặc trưng cơ bản trong giáo dục đặc biệt là tính cá thể hóa cao. Ngay với trẻ bình thường thì mỗi đứa trẻ là một con người riêng biệt. Mỗi trẻ có tiền đề phát triển khác nhau, có tốc độ phát triển, có khả năng lĩnh hội, có đặc điểm khí chất... khác nhau. Do vậy, không thể có một cách chăm sóc, giáo dục giống nhau cho mọi đứa trẻ, ngay cả đối với trẻ ở cùng một nhóm khuyết tật... Mặt khác, trình độ hiểu biết của mỗi gia đình khác nhau, mức độ quan tâm đến con cái khác nhau, và mỗi gia đình có một hoàn cảnh và điều kiện khác nhau, do đó chúng ta không thể xây dựng một chương trình can thiệp sớm cho mọi đối tượng. Can thiệp sớm tập trung vào nhu cầu của trẻ và gia đình trẻ, mỗi trẻ cần có một chương trình cá nhân riêng, chương trình này

phải được xây dựng trên cơ sở khả năng, nhu cầu của trẻ và phải phù hợp với quan điểm giáo dục của phụ huynh, nhu cầu và khả năng của gia đình.

Các chương trình can thiệp sớm không chỉ chú ý tới những năm đầu từ 0 đến 3 tuổi, mà còn chú ý tới những hoạt động thuộc lĩnh vực giáo dục mầm non. Hỗ trợ trẻ trong suốt thời gian trẻ đến trường mầm non và cả khi trẻ học phổ thông cũng là một phần của chương trình và dịch vụ này. Can thiệp sớm được nhìn nhận như một sự chuẩn bị tốt cho trẻ bước vào hệ thống giáo dục. Điều này đòi hỏi phải có sự hợp tác chặt chẽ giữa các dịch vụ can thiệp sớm, trường mầm non cũng như các trường tiểu học. Chỉ có sự hợp tác chặt chẽ và tiếp tục can thiệp, chúng ta mới có thể giúp trẻ phát triển tốt đến mức có thể.

4. Ý NGHĨA CỦA CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

Can thiệp sớm có ý nghĩa trực tiếp đến trẻ, cha mẹ, gia đình và hoàn cảnh xã hội. Dưới đây chúng ta sẽ bàn về các khía cạnh này.

4.1. Ý nghĩa đối với trẻ

Can thiệp sớm có thể ngăn ngừa những nhân tố nguy hiểm nguyên nhân dẫn đến sự chậm phát triển hoặc rối loạn chức năng của trẻ. Điều này có thể đạt được bằng cách giúp cho trẻ có được sự kích thích và tác động qua lại một cách đúng đắn với môi trường xung quanh ở ngay giai đoạn đầu của sự phát triển của trẻ.

Can thiệp sớm đồng thời để thực hiện chức năng hạn chế tiến triển của tật đối với trẻ. Đó là khi những đứa trẻ đã bị trì trệ ở mức độ nào đó, có thể làm cho chúng theo kịp mức phát triển thông thường hoặc có thể ngăn cản để mức độ trì trệ không tăng lên.

Can thiệp sớm sẽ giảm các ảnh hưởng của những bệnh mãn tính và khuyết tật chức năng lâu dài. Có thể ngăn cản việc chậm phát triển cũng như những khuyết tật khác gia tăng. Điều đó cũng có thể phòng ngừa được hành vi không cần thiết gây ra bởi chính khuyết tật, mà hành vi đó làm cho đứa trẻ khuyết tật trở thành nguyên nhân của những rắc rối nghiêm trọng trong gia đình.

4.2. Ý nghĩa đối với cha mẹ

Can thiệp sớm là phương thức hiệu quả để giúp cha mẹ biết cư xử với đứa trẻ khuyết tật của họ. Chương trình can thiệp sớm chủ động lôi cuốn cha mẹ vào quá trình can thiệp cho trẻ nên họ có thể tự phát hiện ra khả năng và năng lực của chính mình cả về khả năng xử lý, hướng dẫn và điều trị khi chăm sóc trẻ. Can thiệp sớm sẽ giúp cha mẹ bớt căng thẳng, góp phần quan trọng vào quá trình chấp nhận. Can thiệp làm giảm bớt hay loại trừ sự bất lực của nhiều cha mẹ trong việc xử lý các vấn đề của trẻ, cải thiện mối quan hệ cha mẹ và đứa con, mối quan hệ về mặt tình cảm được cân bằng hơn và tránh được một số công việc chăm sóc trẻ không cần thiết.

Can thiệp sớm giúp cha mẹ được cung cấp thông tin. Những thông tin này liên quan đến (a) việc chẩn đoán, nguyên nhân khuyết tật và dự đoán tiến triển của bệnh; (b) kiến thức về sự phát

triển bình thường và cần phải thúc đẩy sự chậm phát triển và/hoặc điều chỉnh sự phát triển không bình thường như thế nào và (c) hệ thống hỗ trợ của xã hội mà họ được hưởng.

4.3. Ý nghĩa đối với gia đình

Can thiệp sớm có thể tránh cho anh chị em trong gia đình khỏi rơi vào tình thế không thuận lợi hoặc bất lợi dẫn đến kết quả là chính sự phát triển của chúng lại bị cản trở và một số vấn đề về hành vi có thể nảy sinh.

Can thiệp sớm có thể đảm bảo rằng hệ thống gia đình hay mạng lưới gia đình (ông bà, chú bác, cô dì) biết cách tự điều chỉnh cho phù hợp với hoàn cảnh xử sự khi có một đứa trẻ khuyết tật trong nhà.

Làm nhẹ gánh nặng cho gia đình. Một trong những cách đó là tạo ra sự giúp đỡ cho gia đình, quan tâm hàng ngày và các phương tiện khác (ví dụ như giúp đỡ về vật chất, các thiết bị thích ứng...)

4.4. Ý nghĩa đối với xã hội

Can thiệp sớm làm cho xã hội nhận biết được thực tế là còn có những đứa trẻ bị khuyết tật, chúng cũng là một bộ phận của cộng đồng và có quyền được giúp đỡ.

Can thiệp sớm giúp mở rộng cơ hội cho trẻ em, chúng học được qua trường phổ thông một cách có kết quả hơn. Chúng có thể không phải nhờ cậy quá nhiều vào quỹ công cho khuyết tật hay dựa vào phúc lợi. Khi đứa trẻ lớn dần lên, cha mẹ không cần hướng dẫn nhiều như trước bởi vì ngay từ đầu họ đã được hướng dẫn cách thức để xử lý những vấn đề của trẻ.

5. TỔ CHỨC THỰC HIỆN CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

5.1. Đối tượng can thiệp sớm

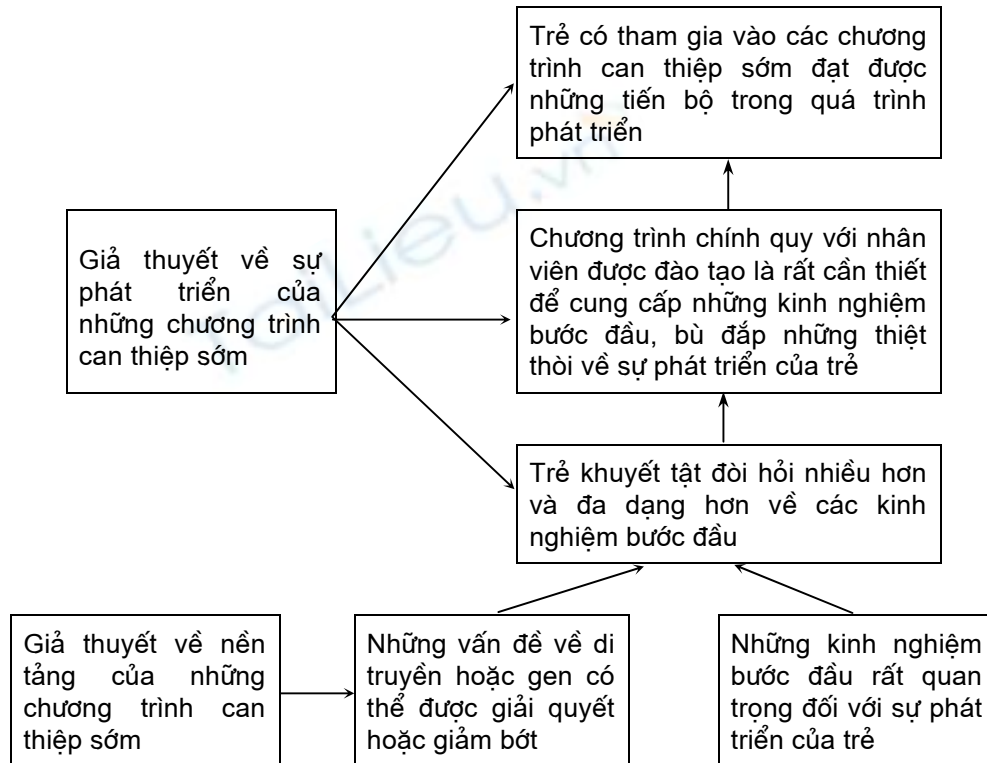
Trong chương trình can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật thì đối tượng của chương trình nhằm vào trẻ khuyết tật, người thường xuyên chăm sóc trẻ, và các thành viên trong gia đình.

5.1.1. Cách tiếp cận lấy trẻ làm trung tâm

Các nghiên cứu về sự can thiệp sớm, theo dõi các chương trình và những cuộc đối thoại với những người can thiệp cũng như các nhà nghiên cứu đã cho thấy các chương trình tập trung vào trẻ em khuyết tật được phát triển từ một số quan điểm xã hội học trên diện rộng và các giả thuyết. Có hai giả thuyết đã tạo ra nền tảng cơ bản cho sự phát triển của chương trình can thiệp sớm tập trung vào trẻ: (1) Những vấn đề về gen và sinh học có thể được giải quyết hoặc đơn giản hoá; (2) Những kinh nghiệm đầu đời là rất quan trọng đối với quá trình phát triển của trẻ. Nếu không tin rằng có thể giải quyết hoặc ít nhất làm giảm bớt tình trạng khuyết tật thì không nên nói về chương trình can thiệp. Hơn nữa, cần phải hiểu rõ tầm quan trọng của sự phát triển

trong những năm đầu của lứa trẻ nếu như tiến hành khuyến khích và hỗ trợ việc can thiệp vào quá trình phát triển của lứa trẻ.

Hai giả thuyết tạo nền tảng cơ bản cho các chương trình can thiệp sớm, là cơ sở lý thuyết có liên quan tới việc xây dựng chiến lược chương trình can thiệp sớm là: Trẻ gặp vấn đề về phát triển đòi hỏi những kinh nghiệm khác biệt so với các bạn đồng lứa bình thường khác; những chương trình nghiêm túc với những nhân viên được đào tạo là rất cần thiết để cung cấp các kinh nghiệm đầu đời để bù đắp cho những trục trặc trong quá trình phát triển; trẻ em khuyết tật tham gia các chương trình can thiệp sớm đạt được những tiến bộ nhất định trong quá trình phát triển.



Sơ đồ 1. Giả thuyết về cơ sở và sự phát triển của các chương trình can thiệp sớm

Sơ đồ 1 là sự kết hợp của hai giả thuyết nhằm tạo nền tảng cơ bản cho những chương trình can thiệp sớm và 3 giả thuyết hệ quả để xây dựng chiến lược chương trình. Sự kết hợp này biểu hiện ý kiến về các nhu cầu và lợi ích mà trẻ thu được từ quá trình tiến triển theo tiên đề chung cho rằng: các kinh nghiệm đầu đời là rất quan trọng và những sắp đặt của môi trường sống có thể bù đắp hoặc làm giảm bớt những trục trặc về sinh học. Nhu cầu cần có một cấu trúc đúng đắn sẽ tạo nền tảng cho bước phát triển cao hơn của chương trình. Một cấu trúc đúng đắn chỉ ra rằng những chiến lược được bắt nguồn từ những học thuyết về phát triển được những người can thiệp đã qua đào tạo áp dụng một cách hệ thống để có thể thay đổi hành động. Các chương trình tập trung vào trẻ không bỏ qua nhu cầu của gia đình.