

# VẤN ĐỀ GIÁO DỤC CỦA TRẺ KHUYẾT TẬT TRONG GIÁO DỤC CẢM HOÁ (GIÁO DƯỠNG) THỜI KÌ LUẬT GIÁO DƯỠNG LẦN 3 (1923-1933)

YUKARI YAMAZAKI Prof.\*

Ngày nhận bài: 16/05/2016; ngày sửa chữa: 16/05/2016; ngày duyệt đăng: 17/05/2016

**Abstract:** This paper is intended to clarify the development of problems with disabled children in reformatory education in prewar Japan from the viewpoint of consistency between legal provisions and actual practice. This paper also examines the minutes of reformatory director meetings where treatment methods and problems with hard-to-treat children at local reformatories were discussed and surveys of children at reformatories conducted by psychiatrists. It is clear that problems with disabled children surfaced and developed in reformatory education in prewar Japan due to the lack of a comprehensive child welfare law and against the backdrop of inadequate public assistance.

**Keywords:** Reformatory, reformatory act, diagnostic child welfare center, surveys of children at reformatories, child protection facility.

## 1. Bối cảnh nghiên cứu và ý nghĩa của vấn đề

Trước chiến tranh thế giới thứ hai, Nhật Bản chưa có đủ các thể chế về giáo dục, phúc lợi trẻ em (TE) và quyền học tập. Về giáo dục, trong Luật giáo dục phổ cập đã đưa ra điều luật “Chế độ ưu tiên, miễn giảm học hành” thích hợp với người chăm sóc. Điều này có nghĩa là cha mẹ phải đảm bảo mọi trẻ được hưởng quyền được học hành, không vì bất kể lí do như kinh tế gia đình, do vấn đề y tế - sức khỏe yếu, không có khả năng nhận thức (khuyết tật mức độ nặng) hay khuyết tật vận động. Mặt khác, nhìn từ tổng quan lịch sử phúc lợi TE, trước chiến tranh thế giới thứ hai, đối tượng của Luật Giáo dục (LGD) (cảm hóa) (được đưa ra từ năm 1900, chỉnh sửa thành LGD thiếu niên vào năm 1933, và sửa lại tên thành Luật phúc lợi TE năm 1948) là những TE không tốt đã được thiết lập, tuy nhiên chưa ban hành thể chế của luật toàn diện phúc lợi TE. Trong phần trình bày tiếp sau đây, do chưa hoàn chỉnh về thể chế như vậy nên đã có rất nhiều đối tượng trẻ được nhận vào các viện giáo dưỡng. Hay nói cách khác, nhìn thấy rõ khoảng cách không phù hợp về phương pháp giáo dưỡng giữa đối tượng được quy định theo luật và những trẻ thực tế vào học.

Sau chiến tranh thế giới thứ hai, Luật giáo dục trường học ban hành năm 1947 đã quy định các trường thực hiện giáo dục phổ cập tiểu học và trung học cơ sở (THCS) cho các đối tượng trẻ của các trường khiếm thị, khiếm thính, trường khuyết tật trí tuệ với các đối tượng trẻ khuyết tật (TKT) trí tuệ, TKT vận động và trẻ có sức khỏe yếu. Tuy nhiên, phải khoảng 30 năm sau đó, đến năm 1979, phổ cập giáo dục của các trường khuyết tật trí tuệ, trường khiếm thính và khiếm thị ở cấp tiểu học và THCS mới được thực hiện. Trong thời gian này, đối tượng Luật phúc lợi TE là các TKT trí tuệ nặng, TKT vận động và

khuyết tật nặng được hưởng ưu tiên, miễn giảm trong học tập.

Về phúc lợi TE sau chiến tranh thế giới thứ hai, cùng với Luật giáo dục trường học năm 1947, quy định trong Luật phúc lợi TE về việc tôn trọng TE trong xã hội, thành lập cơ sở phúc lợi TE có phân chia các đối tượng (trẻ nhỏ, TKT, trẻ khó nuôi, trẻ không tốt), với các đối tượng như trẻ nhỏ, TKT, trẻ trong gia đình khó khăn khi nuôi dưỡng, trẻ có hành vi bất thường.

Hiện tại, Nhật Bản đã phê chuẩn Công ước quốc tế về quyền của người khuyết tật, không kể bất kể loại hình trường nào, đều thực hiện giáo dục hòa nhập. Trong những năm gần đây, mục tiêu đặt ra là phối hợp giữa các cơ sở y tế, phúc lợi và các ban ngành ngoài trường học, bảo đảm phúc lợi, y tế (chăm sóc), giáo dục phù hợp với nhu cầu của trẻ [1]. Tuy nhiên, không thể nói rằng đảm bảo đủ giáo dục chuyên biệt cho nhu cầu giáo dục đặc biệt của trẻ học các lớp bình thường (TKT phát triển). Ngoài ra, theo Luật phúc lợi TE, cơ sở chăm sóc trẻ, cơ sở hỗ trợ tự lập TE, các viện giáo dưỡng, viện thiếu niên của Bộ tư pháp đã nhận chăm sóc nhiều trẻ bị lạm dụng, TKT trí tuệ, TKT phát triển và cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc quan trọng cho trẻ [2].

Nhìn lại lịch sử giáo dục và phúc lợi, trước chiến tranh thế giới thứ 2, do thể chế luật pháp chưa đầy đủ nên giáo dục và phúc lợi còn nhiều hạn chế, bởi vậy có nhiều trẻ chưa nhận được những điều trị thích hợp. Sau chiến tranh thế giới thứ 2, thể chế giáo dục và phúc lợi được thiết lập, cơ sở và trường học khác nhau dành cho trẻ được xây dựng, từ đó đề ra thể chế phù hợp với nhu cầu của trẻ nhỏ cũng như đáp ứng với

\* Wakayama University, Japan

nhiều dạng khuyết tật của TKT và trẻ nhỏ, đồng thời các trường học và cơ sở được cải cách trở nên quan trọng hơn. Trong lịch sử, chiếu theo đối tượng được quy định theo thể chế, về khoảng cách không thích hợp khi đáp ứng thực tế nhu cầu đa dạng của TKT, thì trước chiến tranh, duy nhất tồn tại các viện giáo dưỡng có cơ sở bảo hộ TE. Dần theo đó, trường viện giáo dưỡng đã đưa ra lí luận trong hội nghị và đã được tiếp nối ở hội giáo dưỡng năm 1923. Trước chiến tranh, theo điều tra học sinh nhập học vào các viện giáo dưỡng là các cơ sở bảo hộ trẻ nhỏ, đã thấy được sự không phù hợp giữa đối tượng trẻ được quy định theo luật và đối tượng trẻ thực tế nhập học tại các cơ sở. Thời kì này được gọi là thời kì LGD thứ ba.

## 2. Mục đích và phương pháp nghiên cứu

Tiếp theo phần trên, trong lí luận của nghiên cứu này, điều tra thực tế học sinh nhập học vào viện giáo dưỡng trên phạm vi toàn quốc đã thấy được những giới hạn của thời kì LGD lần 3, cũng như về các vấn đề phát triển tiếp theo của TKT, nhìn thấy rõ tính phù hợp và không phù hợp khi thực hiện trên đối tượng trẻ được quy định theo LGD của Nhật Bản trước chiến tranh về phát triển các vấn đề của TKT. Cụ thể: (1) Mỗi viện giáo dưỡng ở địa phương lấy cảm hứng từ hội nghị của trường viện giáo dưỡng để cùng nỗ lực giải quyết các vấn đề của trẻ nhỏ như phương pháp trị liệu và khó khăn trong trị liệu, (2) Các nhà y học thần kinh phân tích đối tượng của điều tra học sinh nhập học vào viện giáo dưỡng trong phạm vi toàn quốc.

## 3. Sự không phù hợp giữa đối tượng được quy định theo luật và thực tế trẻ nhập học

### 3.1. Phân bố thời kì LGD và quy định đối tượng theo luật

Trước chiến tranh chưa có luật bảo hộ TE toàn diện (Luật phúc lợi TE), viện giáo dưỡng (LGD năm 1900, năm 1934 viện giáo dưỡng thiếu niên thực hiện LGD thiếu niên), thực hiện nghĩa vụ bắt buộc với mỗi địa phương và đã cho ra kết quả là thành lập được cơ sở bảo hộ TE. Các viện giáo dưỡng tiếp tục thực hiện giáo dưỡng sau khi ra khỏi viện để thực hiện "Độc lập tự chủ" là: (1) Giáo dục tiểu học, (2) Giáo dục thực tế như làm nghề nông, (3) Rèn luyện thân thể (Giáo dục đạo đức). Đồng thời, nhập học vào viện giáo dưỡng thực hiện: (1) Mệnh lệnh (chỉ thị) của người đứng đầu các địa phương, (2) Nguyên vọng từ người chăm sóc, (3) Dựa trên các vấn đề sư phạm từ tòa án đưa ra. Ngoài ra, vì bảo hộ hướng nghiệp trẻ nhỏ chưa phân hóa đầy đủ, nên đã nhìn thấy rõ tính không phù hợp giữa đối tượng trẻ nhỏ được quy định theo luật và thực tế trẻ nhập học thực tế. Ví dụ, điều tra thực trạng trên trẻ nhập học thực tế vào

viện giáo dưỡng những năm 1920, xu hướng khuyết tật trí tuệ và bệnh lí thần kinh trong số trẻ nhập học vào viện ngày càng phức tạp. Chính vì điều này, sau đây sẽ trình bày kết quả các ý kiến được đưa ra về yêu cầu thành lập các cơ sở và trường chuyên biệt bên ngoài viện giáo dưỡng vì TKT trí tuệ khó khăn trị liệu ở viện giáo dưỡng các địa phương trong hội nghị viện trưởng viện giáo dưỡng toàn quốc và hội nghị viện trưởng giáo dưỡng ở các địa phương.

Bảng dưới đây trình bày sự phân chia thời kì được quy định trong Bộ luật tư pháp, từ LGD hạn chế (1900), LGD cải cách sự của cách luật đến LGD thiếu niên.

Bảng 1. Phân chia thời kì các luật: LGD (1900-1933) đến LGD thiếu niên (1934-1948)

Thời kì thực hiện luật	LGD lần 1 (1900-1907)	LGD lần 2 (1908-1922)	LGD lần 3 (1923-1933)	LGD thiếu niên (1934-1948)
Đối tượng	9 đến dưới 16 tuổi Người có quyền cha mẹ, người không giám hộ, người có các hành vi như phóng đàng, ăn xin hay làm việc xấu [1]	8 đến dưới 18 tuổi Người có nỗi sợ hãi mà tạo thành hành vi xấu	8 đến dưới 14 tuổi Người có nỗi sợ hãi mà tạo thành hành vi xấu	Dưới 14 tuổi Người có nỗi sợ hãi mà tạo thành hành vi xấu

### 3.2. Luận điểm của hội nghị viện trưởng viện giáo dưỡng địa phương và hội nghị viện trưởng viện giáo dưỡng toàn quốc

Từ thế kỉ XIX đã tồn tại các viện giáo dưỡng tư nhân ở Tokyo và Osaka. Năm 1900, ngoài LGD được thông qua, đã thành lập viện giáo dưỡng quốc lập ở các địa phương trên toàn quốc. Sau đó, năm 1908, chỉnh sửa LGD và thành lập các viện giáo dưỡng tăng lên, đến năm 1910, mở ra hội nghị của các viện trưởng viện giáo dưỡng toàn quốc và hội nghị viện trưởng viện giáo dưỡng ở các địa phương. Từ các hội nghị này, lí luận về các vấn đề trị liệu cho trẻ có bệnh thần kinh và TKT trí tuệ có vấn đề khó khăn về giáo dục của mỗi viện giáo dưỡng. Các luận điểm chính là: (1) Ban hành "Lệnh đặc biệt", xử lí các vấn đề xảy ra ở viện giáo dưỡng như là đối với trường tiểu học, (2) Nhận những người khó khăn về giáo dục vào viện giáo dưỡng quốc lập và các viện giáo dưỡng được thành lập nhanh chóng ở các địa phương, (3) Thành lập các cơ quan khu biệt trẻ nhỏ.

Năm 1918, viện Musashino - viện giáo dưỡng quốc lập đã được mở. Viện giáo dưỡng Musashino đầu tiên chỉ tiếp nhận những trẻ khó khăn về giáo dục ở chính địa phương, tuy nhiên sau khi mở ra, viện này đã giải quyết tất cả các vấn đề của trẻ nhỏ có khó khăn về giáo dục ở các địa phương. Một trong những vấn đề giải

quyết là, các viện có quy mô lớn như viện giáo dục quốc gia Musashino, viện giáo dục đạo đức tỉnh Osaka, trung tâm chăm sóc giáo dục Aichi tỉnh Aichi, đã thành lập “các lớp hỗ trợ đặc biệt” cho TKT phát triển trí tuệ và trẻ bỏ học. Ngoài ra, lấy cảm hứng từ viện trưởng viện giáo dục, nhằm phân biệt giữa đối tượng trẻ của giáo dục cảm hóa và không phải các đối tượng trẻ, viện thành lập các cơ sở khu biệt trẻ nhỏ, đồng thời kiến nghị với chính quyền về việc thành lập các trường chuyên biệt dành cho các đối tượng trẻ và người mà không phải là đối tượng của giáo dục cảm hóa. Thêm vào đó, từ 13-16/5/1925, tại hội nghị lớn thứ 7 về hướng nghiệp xã hội toàn quốc, những nhà liên quan đến viện giáo dục đã đề xuất 39 mục của dự thảo. Trong đó, có một số điều quan trọng kiến nghị tới chính quyền như: “Thực hiện sớm việc phân biệt trẻ nhỏ”, “Thành lập các cơ sở quốc lập dành cho trẻ có vấn đề về cảm xúc”, “Cung cấp quốc phí cho các trường dành cho TKT trí tuệ”, “Thành lập các trường khuyết tật trí tuệ ở địa phương”. Tiếp đó, vào những năm 1920, viện trưởng viện giáo dục và các nhân viên cũng đưa ra các yêu cầu thành lập các trường và cơ sở quốc lập dành cho TKT trí tuệ và trẻ có vấn đề về cảm xúc mà chưa được đối xử phù hợp trong giáo dục cảm hóa ở các cơ sở khu biệt trẻ nhỏ.

Tại Hội nghị viện trưởng viện giáo dục toàn quốc sau khi Hội nghị hướng nghiệp toàn quốc lần thứ 7 (18-19/5/1925), theo chỉ dẫn của Nagaoka (Giám đốc xã hội), ba bác sĩ thần kinh là Miyake Koichi - Naoki Sugita Naosaburo Kumagai đã đưa ra kết quả điều tra trẻ nhập học vào các viện giáo dục trên toàn quốc: (1) Nhìn thấy số lượng lớn trẻ nhập học vào viện là TKT trí tuệ, trong đó chiếm số lượng nhiều nhất là TKT trí tuệ mức độ trung bình, (2) Giới thiệu nhiều trẻ đi kèm với khuyết tật trí tuệ hoặc rối loạn cảm xúc mức độ nhẹ. Thêm vào đó, nhiều trẻ nhập học trong các viện giáo dục mà là TKT trí tuệ gặp nhiều khó khăn, phải nhận hướng dẫn và giáo dục, do đó mà các nhân viên của viện giáo dục phải nỗ lực rất nhiều. Tuy nhiên, các yêu cầu của viện trưởng viện giáo dục và các nhân viên đề xuất lại không nói cụ thể về việc thành lập các trường dành cho TKT trí tuệ và các cơ sở khu biệt trẻ nhỏ.

Tiếp đó, các điều kiện được đưa ra của Hội nghị viện trưởng viện giáo dục toàn quốc lần thứ 8 được tổ chức vào tháng 10/1929 bao gồm: (1) Các điều kiện liên quan đến bảo hộ tạm thời trước khi nhập học vào viện giáo dục, (2) Các điều kiện về kì hạn thành lập các cơ sở tương tự hỗ trợ cho việc nhập học vào viện giáo dục, (3) Các điều kiện liên quan đến việc

chăm sóc trẻ nhỏ sau khi rời viện giáo dục. Tiếp theo đó, tại Hội nghị viện trưởng viện giáo dục toàn quốc lần thứ chín vào năm 1932, tiếp tục lí luận của hội nghị viện trưởng viện giáo dục trước đó, đưa ra các kiến nghị về việc cải cách LGD dựa trên thực tế trẻ nhỏ thực nhập học vào viện giáo dục. Chính vì lẽ đó, các nhân viên quốc gia đã hành động để thực hiện thực tiễn cải cách LGD.

### 3.3. Điều tra trẻ nhỏ nhập học vào viện của các bác sĩ thần kinh

Tại hội nghị viện trưởng viện giáo dục toàn quốc, giới thiệu điều tra về trẻ thực tế nhập học vào viện giáo dục của ba bác sĩ thần kinh của Nagaoka là Miyake Koichi - Naoki Sugita Naosaburo Kumagai, đã được thực hiện trên 722 trẻ đang học ở 17 viện giáo dục, trong tổng số 56 viện giáo dục trên toàn quốc vào năm 1923 (không bao gồm viện quốc gia Musashino). Các mục chính và kết quả của điều tra được thể hiện ở bảng 2 dưới đây. Kết quả điều tra dựa trên chẩn đoán y học thần kinh và kiểm tra trí tuệ, đồng thời thu được bằng cách dựa vào tiêu chuẩn của tâm lí học và y học, nhưng từ góc nhìn hiện tại thì kết quả này cũng chưa đầy đủ và chưa chính xác.

Bảng 2. Kết quả các mục điều tra học sinh nhập học vào các viện của các bác sĩ thần kinh

Mục	Kết quả
Độ tuổi	Độ tuổi điều tra là 8 - 19 tuổi. 14 tuổi chiếm 21,5%, 13 tuổi chiếm 16,1%, 12 tuổi 15% và 15 tuổi chiếm 14,5%.
Thời điểm nhập học	Dưới 1 tuổi chiếm 27,6%. Từ 1 đến dưới 2 tuổi chiếm 23,9%. Từ 2 đến dưới 3 tuổi chiếm 19%. Từ 3 đến dưới 4 tuổi chiếm 18,5%.
Bệnh tật của cha mẹ	Sử dụng chất cồn chiếm 21%, khuyết tật trí tuệ chiếm 10,1%, tội phạm chiếm 6,1% và bệnh thần kinh chiếm 5,6%.
Hoàn cảnh gia đình	Cha hoặc mẹ chết chiếm 23,4%, gia cảnh nghèo chiếm 20,4%, bị giám sát bởi cảnh sát chiếm 11,7%, phóng thích chiếm 11%, không hợp pháp chiếm 7,6%.
Tiền sử học tập	Đến lớp 3 tiểu học chiếm 22%, đến lớp 5 chiếm 15,2%, đến lớp 1 chiếm 10,3%, đến lớp 2 chiếm 9,9%, đến lớp 6 chiếm 9,5%, không đi học chiếm 8,4% (thời điểm năm 1924, luật phổ cập giáo dục quy định là học đến lớp 6).
Hành vi không thích hợp trước khi nhập học	Trộm cắp: 398 người (59%); lang bạt: 116 người (17,2%); nghiện, trộm cắp: 76 người (10,1%); đánh người: 36 người (5,3%); lừa đảo 27 người (4%); giết người: 12 người (1,8%); đốt phá 7 người (1%).
Chỉ số trí tuệ [3]	Trình bày lần lượt theo thứ tự tăng dần. IQ71-8087 người; IQ91-100: 69 người; IQ81-90: 66 người; IQ61-70: 33 người; IQ51-60: 9 người; IQ111-120: 5 người; IQ trên 120: 3 người; IQ 41-50: 2 người.
Thực trạng hiện tại	Khuyết tật trí tuệ: 97 người; cường cảm xúc: 96 người; lo âu: 95 người; nói dối: 78 người; lưỡi biếng: 78 người; hay lo lắng: 77 người; bạo lực: 69 người; phóng đảng: 69 người; vụng về: 55 người; ích kỉ: 53 người; thiếu kiên nhẫn: 52 người; dễ xúc cảm, dễ khóc: 2 người; phản tâm chú ý: 49 người; sợ học: 48 người.

(Theo Cục nội vụ xã hội: “Báo cáo điều tra” năm 1925)

Kết quả thu nhận được từ điều tra của Miyake và cộng sự đã cho thấy, “chẩn đoán”: (1) Năng lực trí tuệ và mặt cảm xúc của các trẻ nhập học so với mức trung bình của trẻ bình thường chiếm 23,7%, (2) Người chậm trí tuệ chiếm khoảng 42,7%, (3) Người có vấn đề về cảm xúc và tích cách chiếm 29,9% và “triển vọng” cho thấy có khoảng một nửa trong số đó có kết quả tốt. Điều tra cũng công bố 6 điểm sau đây: Một là, nhiều trẻ nhỏ có xu hướng là khuyết tật trí tuệ, rối loạn cảm xúc, bệnh lý thần kinh, do vậy quan trọng là cần phải có các cơ sở chuyên biệt dành cho các trẻ này. Phân biệt kĩ lưỡng trẻ trước khi nhập học cung cấp các cơ sở thích hợp với từng dạng trẻ; Hai là, giới hạn những người có biểu hiện hành vi không phù hợp như trộm cắp, cần xây dựng các cơ sở và thể chế khác biệt của viện giáo dưỡng cho những trẻ có xu hướng có tính phản xã hội; Ba là, hướng tới việc có thể điều trị của các nhân viên viện giáo dưỡng, bổ sung những người có chuyên môn về y như bác sĩ thần kinh; Bốn là, xây dựng nội dung hướng nghiệp bảo hộ trẻ nhỏ cho các cơ quan bảo hộ những trẻ có khả năng thực hiện hành vi không phù hợp. Tăng cường việc học tập cho trẻ nhỏ của gia đình, truyền cảm hứng triệt để trị liệu cho các trẻ bị bỏ rơi, TKT trí tuệ và trẻ ở gia đình khó khăn; Năm là, thống nhất cách thức điều tra phân biệt cùng thời điểm trẻ nhập học vào các viện giáo dưỡng, xây dựng các cơ sở trung ương cho việc điều tra khác biệt này; Sáu là, trong số trẻ nhập học vào viện giáo dưỡng, với những trường hợp tiếp tục các phát bệnh thần kinh, nảy sinh các khó khăn về cảm xúc thì phải nhờ tới sự hỗ trợ của các cơ quan khác.

Trên cơ sở đó, Miyake và cộng sự thông qua điều tra, cũng làm sáng tỏ cụ thể các vấn đề ảnh hưởng tới tình trạng y học thần kinh và hành vi của trẻ nhỏ, đó là các vấn đề liên quan đến môi trường như môi trường gia đình và thực trạng học tập. Theo kết quả này, tại hội nghị hướng nghiệp xã hội toàn quốc trước đó và hội nghị viện trưởng các viện giáo dưỡng, các viện trưởng và nhân viên đã gửi các yêu cầu tới cho chính quyền, cũng như từ các bản báo cáo của các viện giáo dưỡng tại các địa phương về tầm quan trọng phải xây dựng các cơ sở chuyên biệt ngoài viện giáo dưỡng dành cho các trẻ có khó khăn trong học tập, các điều tra tiếp theo đó mới được thực hiện.

Ngoài ra, trong điều tra này có tiến hành các kiểm tra trí tuệ về nội dung học tập ở trường tiểu học. Với thực trạng của những trẻ nhập học vào các viện, thì sẽ bao gồm nhiều trẻ không học trường tiểu học (không đi học) và trẻ không tốt nghiệp, và một trong những nguyên

nhân của những trẻ này là chỉ số IQ thấp hoặc gia đình khó khăn.

Thêm vào đó, trong số trẻ rối loạn cảm xúc và khuyết tật trí tuệ, có khả năng bao gồm có cả những trẻ bị bạo lực, ngược đãi hay bỏ rơi không được chăm sóc. Hiện tại, điều này cũng chỉ ra đây cũng là một trong những khó khăn tương tự đối với TKT trí tuệ và trẻ bị lạm dụng. Vì những lí do này mà có những phần nào trong não của trẻ bị lạm dụng bị tổn thương, do đó mà trẻ cũng sẽ nảy sinh các khó khăn tương tự về chức năng não giống như ở TKT phát triển. Về điều này, giám đốc sáng lập ra viện Kikuchi, thời kì đầu của viện giáo dưỡng quốc gia Musashino đã chỉ ra: 1) Tích lũy kinh nghiệm từ những nỗi sợ hãi mạn tính ở thời kì trẻ nhỏ, 2) Vì những lời nhiech mắng nặng nề hoặc áp lực tâm lí của cha mẹ và giáo viên, có cái nhìn nhất quán về sự tồn tại của TKT trí tuệ. Điều này cũng chỉ ra rằng, khi trẻ nhỏ có thể cảm thấy an tâm, thì các hành vi và lời nói có tính chậm phát triển sẽ biến mất. Với suy nghĩ đã chỉ ra của Kikuchi và qua điều tra của Miyake và cộng sự, trong bối cảnh phân chia giữa trẻ có vấn đề về cảm xúc và TKT trí tuệ, cần tham khảo thêm các trường hợp “Khuyết tật giả” bị tổn thương bên ngoài tâm lí ở môi trường trường học và môi trường gia đình trước khi nhập học vào viện.

#### 4. Tóm lược

Học sinh là đối tượng của LGD lần 3 được quy định là từ 8 đến dưới 14 tuổi, có nỗi sợ hãi mà tạo thành hành vi xấu. Tuy nhiên, đối tượng hoạt động nhìn thấy được (hiện tượng) “Hành vi không phù hợp” xuất phát từ một số nguyên nhân như: (1) Thực trạng thể chất và tinh thần của trẻ nhỏ (khả năng phán đoán đúng và sai, có hoặc không tương tác xã hội), (2) Các yếu tố ảnh hưởng từ môi trường như môi trường gia đình (chăm sóc) và thực trạng học hành. Do vậy, trong sự liên kết phức tạp này, cần phối kết hợp cả hai cách trên. Mỗi viện trưởng viện giáo dưỡng ở các địa phương cần đấu tranh trị liệu cho trẻ nhỏ có khó khăn giáo dục, cũng như thiết lập các trường hỗ trợ đặc biệt, các cơ sở TKT ngoài viện giáo dưỡng và cơ sở khu biệt TE. Điều này có liên quan đến việc cải cách LGD.

Dù dựa trên hoạt động (hiện tượng) của đối tượng giới hạn trong LGD, dựa trên thực tế hướng dẫn sinh hoạt hàng ngày và giáo dục cho đối tượng học sinh thực tế nhập học tại viện, vẫn có những giới hạn khi tiến hành thực tế cho những dạng trẻ khác nhau. Sự không phù hợp giữa đối tượng trẻ giới hạn quy định trong luật và trẻ thực tế nhập học cho thấy cần hợp lí hóa tầm

*(Xem tiếp trang 137)*

Thêm nữa, môn học tự chọn về PTNN-GT cho trẻ em có nhu cầu GDĐB hiện đã được đưa vào chương trình ĐT cử nhân GDĐB của Trường Đại học Sư phạm Hà Nội. Đây cũng là một chuyên đề trong chương trình ĐT thạc sĩ GDĐB của Trường.

Trong khoảng 10 năm trở lại đây, tại Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (TP. Hồ Chí Minh) đã có hợp tác với Trường Đại học Sydney (Úc) ĐT và cấp chứng chỉ một số khóa học 2 năm về Trị liệu ngôn ngữ. Cùng khoảng thời gian này, Bộ môn Phục hồi chức năng tại Trường Đại học Y Hà Nội và tại Trường Đại học Y tế Công cộng đã có những học phần và khóa bồi dưỡng ngắn hạn về Trị liệu ngôn ngữ.

Những nỗ lực về phát triển chương trình và ĐT, bồi dưỡng nhân lực về Trị liệu lời nói và ngôn ngữ/ Giáo dục PTNN-GT của ngành Y và của GDĐB như vừa kể trên đã diễn ra một cách khá biệt lập. Chưa có một chương trình ĐT trình độ cử nhân chuyên ngành. Hiện cũng chưa có mã nghề và chưa có hội nghề nghiệp trong lĩnh vực này ở Việt Nam. Trong khi đó, nhu cầu thực tiễn là khá lớn. Có nhu cầu ĐT trình độ cử nhân và sau đại học đến từ cán bộ các Trung tâm hỗ trợ phát triển giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật, các Trung tâm can thiệp sớm, các Phòng hỗ trợ giáo dục hòa nhập tại trường phổ thông,... Mặt khác, nhu cầu bồi dưỡng chuyên môn ngắn hạn cho giáo viên dạy hòa nhập và chuyên biệt, cho cha mẹ trẻ khuyết tật và những người khác có liên quan là rất rõ. Sự kiện rất đông phụ huynh và trẻ khuyết tật tìm đến các trung tâm tư nhân ở các thành phố để nhận tư vấn và can thiệp PTNN-GT là một minh chứng rõ nét.

### 3. Kinh nghiệm và định hướng giải pháp

Hiện tại, chuyên ngành Education of Logopedics (tạm dịch là Sư phạm học về tật ngôn ngữ) vẫn còn ở một số trường đại học tại Nga, Hi Lạp, Ba Lan, Bun-ga-ri và Mac-xê-đô-ni-a. Trong khi đó, Trị liệu ngôn ngữ và lời nói (Speech-Language Therapy) ở Mỹ và phương Tây là lĩnh vực liên môn của nhiều chuyên ngành, độc lập với GDĐB cũng như Y học, đã hình thành từ lâu, có truyền thống về ĐT, hành nghề và ngày càng phát triển. Việc tham khảo chương trình và hợp tác ĐT với các trường đại học quốc tế và các tổ chức/hội nghề nghiệp trong phát triển chương trình ĐT cử nhân chuyên ngành về PTNN-GT trong GDĐB là một hướng khả thi. Trong hơn 10 năm trước, chúng ta đã có kinh nghiệm tương tự trong phát triển chương trình và ĐT cử nhân các chuyên ngành Sư phạm đặc biệt về Giáo dục trẻ khiếm thính, khiếm thị, khuyết tật trí tuệ. Do sự gần gũi với chuyên ngành Giáo dục trẻ

khiếm thính, cũng có thể tận dụng nhân lực hiện có và hợp tác để xây dựng chương trình ĐT cử nhân song ngành về Giáo dục trẻ khiếm thính và Trị liệu ngôn ngữ. Mặt khác, việc tổ chức các hội thảo chuyên đề và các khóa bồi dưỡng ngắn hạn có liên quan cũng giúp đáp ứng trước mắt và cập nhật các kiến thức, phương pháp và kỹ năng chuyên môn về Giáo dục PTNN-GT.

\*\*\*

Bên cạnh tình trạng khó khăn về đầu ra của sinh viên tốt nghiệp đại học hiện nay, vẫn còn có hi vọng về trào lưu khởi nghiệp đang dấy lên trong giới trẻ và toàn xã hội. Rõ ràng, trẻ em và gia đình các em có nhu cầu GDĐB về PTNN-GT cần được đáp ứng không chỉ qua hệ thống trường lớp, cơ sở giáo dục công lập, mà cả dịch vụ ngoài công lập. Trong bối cảnh đó, việc xây dựng chương trình và tổ chức ĐT, bồi dưỡng chuyên môn trong lĩnh vực này thực sự đầy tiềm năng và triển vọng. □

### Tài liệu tham khảo

- [1] [www.asha.org/public/speech/disorders](http://www.asha.org/public/speech/disorders)
- [2] Georgiev, D. (2010). *Education of Logopedists or Speech-Language Pathologists in Bulgaria, Greece, Macedonia, Poland and Russia*. Folia Phoniatria Logop, 217-222.
- [3] Duchan, J. F (2011). *A history of Speech-Language Pathology: Overview*. <http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/history.html>

## Vấn đề giáo dục của trẻ khuyết tật...

(Tiếp theo trang 152)

quan trọng của việc thiết lập các cơ sở ngoài viện giáo dục và các cơ sở đáp ứng phù hợp với nhu cầu đa dạng của trẻ (tính quan trọng). Hay nói cách khác, thực tế hóa các vấn đề của TKT trong giáo dục giáo dục như: (1) Giảm những hạn chế của luật phúc lợi TE toàn diện trước chiến tranh, (2) Từ việc xem xét bối cảnh những hạn chế về học tập của TKT, trẻ khó khăn chưa được điều chỉnh và hỗ trợ công lập, hợp lý hóa các vấn đề TKT trong giáo dục cảm hóa. □

### Tài liệu tham khảo

- [1] Báo cáo ngày 23/7/2012 của Ủy ban đặc biệt liên quan đến giáo dục hỗ trợ đặc biệt, Tiểu ban Giáo dục tiểu học và Trung học cơ sở của Hội đồng giáo dục Nhật Bản.
- [2] Báo cáo của Đại hội hướng nghiệp xã hội toàn quốc (Nhật Bản) lần thứ 7 về “Giáo dục cảm hóa”.