

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS  
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA**

Specialiojo ugdymo koordinavimo magistrantūros studijų programa

*Renata Jogėlaitė*

**ANKSTYVOSIOS PAGALBOS PRIEINAMUMAS VAIKAMS,  
TURINTIEMS SPECIALIŲJŲ POREIKIŲ, IR JŲ ŠEIMOMS**

*Magistro darbas*

*Magistro darbo vadovė –  
doc. dr. Stefanija Ališauskienė*

## Turinys

<b>Magistro darbo santrauka</b> .....	3
<b>Įvadas</b> .....	4
<b>1. ANKSTYVOJO AMŽIAUS VAIKŲ SPECIALIŲJŲ POREIKIŲ TENKINIMAS</b> .....	10
1.1. Ankstyvosios intervencijos situacija Lietuvoje.....	10
1.2. Ankstyvosios pagalbos vaikui ir šeimai raida.....	12
1.3. Vaikų specialiųjų poreikių tenkinimo sistema Lietuvoje.....	14
1.4. Ankstyvosios pagalbos prieinamumas.....	16
1.5. Vaikų specialiųjų poreikių vertinimo ir tenkinimo pokyčiai.....	21
1.6. Vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas bendradarbiaujant su tėvais.....	23
<b>2. ANKSTYVOSIOS PAGALBOS PRIEINAMUMAS. TYRIMO REZULTATAI</b> .....	27
2.1. Tyrimo metodika.....	27
2.2. Lyginamoji Europos šalių ankstyvosios intervencijos vaikystėje analizė.....	29
2.3. Ankstyvosios pagalbos prieinamumas specialistų požiūriu.....	34
2.3.1. Specialistų nuomonių analizė. Anketinės apklausos rezultatai.....	34
2.3.2. Specialistų nuomonių analizė, remiantis interviu .....	46
2.3.3. Kitų Europos šalių specialistų nuomonių analizė .....	55
2.4. Lyginamoji ankstyvosios pagalbos prieinamumo analizė.....	60
<b>Išvados</b> .....	62
<b>Literatūra</b> .....	63
<b>Summary</b> .....	67
<b>Priedai</b> .....	68

## Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta *teorinė* ankstyvosios intervencijos sampratos, raidos, probleminių klausimų analizė Lietuvoje bei lyginimas su kitomis Europos šalimis.

Iškelta *hipotezė*, kad ankstyvosios pagalbos prieinamumas miesto ir kaimo vaikams bei jų šeimoms yra nevienodas. Rajonuose, kur nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų, ankstyvojo amžiaus vaikų ir jų šeimų specialieji poreikiai yra tenkinami tik iš dalies arba visai netenkinami. *Tyrimo tikslas* – įvertinti ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą pagalbos prieinamumo aspektu miesto ir kaimo vietovėse.

*Empirinėje dalyje* taikyti šie metodai: dokumentų, antrinių duomenų (Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita) bei kitų šaltinių turinio analizė, anketinė apklausa, specialistų anketinės apklausos analizė, interviu, deskriptyvinė pusiau standartizuotu bei standartizuotu klausimynu gautų duomenų analizė. Duomenys apdoroti MS Office Excel 2007, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 11.0) programine įranga. Statistinėms tendencijoms ir ryšiams nustatyti taikyti deskriptyvinės analizės metodai (dažniai, vidurkiai, procentai). Anketinės apklausos metu dalyvavo 100 Lietuvos specialistų, teikiančių ankstyvąją pagalbą specialiųjų poreikių turintiems vaikams ir jų šeimoms. Interviu žodžiu bei raštu dalyvavo 12 respondentų (N=6 iš Lietuvos, N=4 iš Airijos, N=2 iš Anglijos).

*Svarbiausios empirinio tyrimo išvados:*

1. Lietuvoje ankstyvosios pagalbos sistema vaikui ir šeimai sparčiai tobulėja, tačiau dar yra tobulintinų sričių. Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų dokumentų, reglamentuojančių vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą Lietuvoje, analizė rodo, jog šalyje nėra pakankamai išplėtotas ankstyvasis ugdymas ir pagalba šeimai, auginančiai sutrikusios raidos vaiką; oficialiuose dokumentuose ankstyvosios intervencijos vaikystėje klausimai nepakankamai analizuojami ir akcentuojami; vienintelis veikiantis LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas neužtikrina ankstyvosios pagalbos kiekvienam vaikui ir šeimai, kuriems jos reikia, prieinamumo.

2. Tyrimo rezultatai parodė, kad ankstyvosios pagalbos sistema funkcionuoja ir specialistų yra vertinama pozityviai. Tačiau neigiamai vertinama kai kurių specialistų (pvz., psichologo) pagalba, taip pat tėvų savitarpio pagalbos grupių stoka tarnybose (ypač ten, kur tarnybų visai nėra), specialistų menkas pasirengimas dirbti su ankstyvojo amžiaus vaikais ir jų šeimomis, paslaugų netolygumas ir kt. byloja, jog ankstyvosios pagalbos prieinamumas garantuojamas ne visiems Lietuvos vaikams.

3. Dokumentų analizė parodė, kad Lietuvos bei kitų Europos šalių ankstyvosios intervencijos vaikystėje sistemos pagalbos prieinamumo požiūriu yra skirtingos, tačiau visos gali būti tobulinamos. Lietuvoje pagalbos galimybės ankstyvojo amžiaus vaikams, turintiems specialiųjų poreikių, ir gyvenantiems nutolusiose nuo miesto vietovėse, yra ribotos, nes nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų. Analizuotose Europos šalyse, skirtingai nei Lietuvoje, ankstyvoji pagalba vaikui ir šeimai yra teikiama jų namuose, todėl ji lengviau prieinama vaikui.

4. Lietuvoje ankstyvosios pagalbos procese dalyvauja trijų žinybų - sveikatos, socialinės apsaugos ir švietimo institucijos, tačiau, kaip rodo tyrimo rezultatai, tarp jų trūksta bendradarbiavimo, veiklos derinimo bei koordinavimo tam, kad būtų užtikrintas pagalbos prieinamumas kiekvienam vaikui.

5. Iškelta hipotezė, jog ankstyvosios pagalbos prieinamumas miesto ir kaimo vaikams bei jų šeimoms Lietuvoje yra nevienodas, pasitvirtino. Rajonuose, kur nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų, ankstyvojo amžiaus vaikų bei jų šeimų specialieji poreikiai yra tenkinami tik iš dalies arba visai netenkinami.

*Esminiai žodžiai:* ankstyvojo amžiaus specialiųjų poreikių turintys vaikai, ankstyvoji pagalba, ankstyvoji intervencija vaikystėje, bendradarbiavimas, interdisciplininis darbas, pagalbos prieinamumas.

## Įvadas

**Mokslinis ir socialinis tyrimo aktualumas.** Ankstyvuojų vaikų ugdymu ir pagalba šeimai Lietuvoje, lyginant su kitomis šalimis, pradėta domėtis neseniai - apie 1990 metus. Ankstyvosios pagalbos sistema sparčiai tobulėja. Jos funkcionavimą Lietuvoje liudija parengta Europos specialiojo ugdymo plėtros tyrimų ataskaita<sup>1</sup> ir kiti dokumentai, reglamentuojantys ankstyvosios pagalbos teikimą Lietuvoje.<sup>2, 3, 4.</sup> Niekas neabejoja, kad anksti nustatytas raidos sutrikimą ir pradėjus taikyti ankstyvąją pagalbą, ji bus veiksminga (Mikulėnaitė, Grigelionienė, Petrulytė, 2007, p. 116). Ankstyvojo amžiaus vaikai, kuriems nustatytas ankstyvas raidos sutrikimas ar yra rizikos veiksnių jiems atsirasti, kuo anksčiau turėtų gauti nuolatinę kompleksinę pagalbą pagal poreikį. Kuo ši pagalba ankščiau, t.y. sensitivityvuojų jo raidos etapu, suteikiama ir kuo geriau tenkinami vaiko specialieji poreikiai, tuo labiau tikimasi išvengti negatyvaus poveikio vaiko raidai, ir sustiprinti tėvystės kompetencijas, užtikrinti socialinę tėvų ir vaiko inkluziją į visuomenę.

Ankstyvąją intervenciją vaikystėje domisi ne tik tėvai, įvairių sričių specialistai (sveikatos apsaugos, ugdytojams, psichologams ir kt.), susiję su ankstyvąja intervencija vaikystėje, bet ir mokslininkai. Ši sritis tampa ne tik medicininių, bet labiau socialinių (edukologijos, psichologijos ir kt.) mokslų tyrimų objektu. Kyla klausimai, kaip kuo geriau organizuoti ankstyvąją rizikos grupės ar sutrikusios raidos vaikų ugdymą, kaip teikti pagalbą šeimai, auginančiai sutrikusios raidos vaiką, kaip priartinti pagalbą prie vaiko ir šeimos ir pan. Visi šie klausimai dažniausiai yra susiję su atskirų žinybų (sveikatos priežiūros, ugdymo, socialinės apsaugos) atsakomybe bei tarpžinybinio bendradarbiavimo stoka. Ankstyvosios intervencijos situacijos Lietuvoje tyrimai rodo, kad pagalba ne visiems vaikams, turintiems specialiųjų poreikių, ir jų šeimoms yra prieinama, todėl būtina koordinuoti švietimo, socialines ir sveikatos paslaugas, gerinti paslaugų kokybę gyvenvietėse ir kaimuose, kurti mobilias specialistų komandas, aiškiau apibrėžti tikslines vaikų ir šeimų grupes, kurioms reikia vienokios ar kitokios pagalbos, gerinti ankstyvą sutrikimų atpažinimą bei raidos vertinimo sistemą, rūpintis specialistų, dirbančių ankstyvosios intervencijos multiprofesinėse specialistų komandose profesiniu tobulėjimu ir pan. (Ališauskienė, 2006; Mikulėnaitė, Grigelionienė ir kt., 2007).

---

<sup>1</sup> *Ankstyvoji intervencija vaikystėje.* (2005). Europos situacijos analizė. Ataskaita. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūra.

<sup>2</sup> LR Sveikatos apsaugos ministro 2000-12-14 įsakymas Nr.728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“.

<sup>3</sup> LR švietimo ir mokslo ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2000 – 07 – 05 įsakymas Nr. 916/385 „Specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo specialiųjų poreikių ikimokyklinio amžiaus vaikams namuose tvarka“.

<sup>4</sup> LR švietimo ir mokslo ministro, LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2002 – 07 – 12 įsakymas NR. 1329/368/98 „Specialiųjų poreikių asmenų sutrikimų ir jų laipsnių nustatymo ir specialiųjų poreikių asmenų priskyrimo specialiųjų ugdymosi poreikių grupei tvarka“.

Ankstyvoji pagalba vaikams, turintiems specialiųjų poreikių, ir jų šeimoms Lietuvoje teikiama keturiasdešimtyje Ankstyvosios reabilitacijos tarnybų (ART). Pasak Ališauskienės (2005), ART yra viena iš pirmųjų tarnybų, teikiančių pagalbą rizikos grupės, sutrikusios raidos vaikams bei jų šeimoms. ART multidisciplininės specialistų komandos atlieka ne tik intervencinę, bet ir prevencinę funkciją, kuri padeda užkirsti kelią antriniams raidos sutrikimams, skatina vaikų ir jų šeimų socialinę integraciją. Per laikotarpį, kai daugiau nei prieš 10 metų buvo įsteigtos pirmosios ankstyvosios reabilitacijos tarnybos, ankstyvoji pagalba labai išsiplėtė, tačiau pagalbos prieinamumas vaikams ir šeimoms, kuriems jos reikia, dar daugeliu atveju yra nepakankamas. Ankstyvosios pagalbos sistema yra nesubalansuota ir menkai koordinuojama: ne visiems vaikams ir šeimoms pagalba yra prieinama, nes ne visuose miestuose veikia ART, o kaimo vietovėse jų visai nėra. Netolygus (tik miestuose) ART pasiskirstymas Lietuvoje rodo, kad dalis vaikų ir jų šeimų visai negauna ankstyvosios pagalbos, ar ji teikiama tik iš dalies. Situacija, kai sistema jau veikia, tačiau ši veikla yra tobulintina leidžia pastebėti ir **praktinę, ir mokslinę ankstyvosios pagalbos prieinamumo problemą**. Pagalbos *prieinamumo* problema yra glaudžiai susijusi su *pagalbos artumu, finansiniu prieinamumu, interdisciplinine pagalba ir paslaugų įvairove*.<sup>5</sup>

**Mokslinis ir praktinis tyrimo reikšmingumas.** Tyrimas padeda atskleisti ankstyvosios pagalbos sistemos Lietuvoje situaciją – ir pasiekimus, ir ribotumus, taip pat leidžia pagrįsti tobulintinus aspektus tiek mokslinė lyginamąja duomenų analize, tiek ankstyvosios pagalbos proceso dalyvių požiūriais. Atskleidžiami specialistų lūkesčiai, pasiūlymai, kaip turėtų būti tobulinama ši sistema. Tyrimas padeda atskleisti realią ankstyvosios intervencijos situaciją Lietuvoje, suteikia informacijos apie ankstyvosios pagalbos galimybes kaimo vietovėse, kur ankstyvosios reabilitacijos tarnybų nėra, taip pat atskleidžia, kokie tobulintini aspektai išryškėja vietovėse, kur pagalba vaikui yra teikiama. Pateikiami pasiūlymai, kaip tobulinti ankstyvosios pagalbos teikimą vaikams ir jų tėvams vietovėse, kur nėra nei ankstyvosios pagalbos tarnybų, nei specialistų, teikiančių ankstyvąją intervencinę pagalbą.

**Tyrimo objektas** - ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas pagalbos prieinamumo požiūriu.

**Tyrimo probleminiai klausimai:** *Ar Lietuvoje ankstyvoji pagalba kiekvienam vaikui, turinčiam specialiųjų poreikių, ir jo šeimai yra prieinama? Kaip miesto ir kaimo vietovėse yra tenkinami ankstyvojo amžiaus vaikų ir jų šeimų, specialieji poreikiai, susiję su vaiko negale? Kokios yra ankstyvosios pagalbos sistemos vaikui ir jo šeimai tobulintinos sritys?*

---

<sup>5</sup> *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. (2005). Europos situacijos analizė. Ataskaita. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūra.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą pagalbos prieinamumo aspektu miesto ir kaimo vietovėse.

**Uždaviniai:**

- 1) išanalizuoti Lietuvos Respublikos įstatymus ir kitus dokumentus, reglamentuojančius vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą Lietuvoje, ankstyvosios pagalbos prieinamumo aspektu;
- 2) palyginti Lietuvos bei kitų Europos šalių (Portugalijos, Vokietijos, Danijos, Švedijos) ankstyvosios intervencijos vaikystėje sistemas pagalbos prieinamumo požiūriu;
- 3) atskleisti, specialistų nuomone, tobulintinas ankstyvosios pagalbos vaikui ir šeimai sritis.

**Hipotezė:** ankstyvosios pagalbos prieinamumas miesto ir kaimo vaikams bei jų šeimoms Lietuvoje yra nevienodas. Rajonuose, kur nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų, ankstyvojo amžiaus vaikų bei jų šeimų specialieji poreikiai yra tenkinami tik iš dalies arba visai netenkinami.

**Tyrimo dalyviai.** Tyrime dalyvavo *ankstyvosios reabilitacijos tarnybų specialistai*, teikiantys ankstyvąją pagalbą vaikams bei jų tėvams: pediatrai, logopedai, psichologai, socialiniai darbuotojai ir kt., bei *specialistai, dirbantys su vaikais ne ankstyvosios reabilitacijos tarnybose*, tačiau yra susiję su pagalbos teikimu vaikams ir jų šeimoms: apylinkių ir poliklinikų pediatrai, logopedai, kineziterapeutai, lopšelių – darželių logopedai, auklėtojos, auklėtojų padėjėjos. Anketinės apklausos metodu apklausta 100 specialistų. Specialistų apklausa vykdyta 2008 m. balandžio mėn. – 2009 m. sausio mėn. ambulatorijose, pirminės sveikatos priežiūros centruose, ankstyvosios reabilitacijos tarnybose, poliklinikose, kūdikių namuose, lopšeliuose – darželiuose ir kt.

Taip pat 2009 m. sausio mėn. – 2009 m. kovo mėn. atlikta ART specialistų, bei specialistų, dirbančių kitose įstaigose (Lietuvoje, Anglijoje, Airijoje) ir teikiančių ankstyvąją pagalbą vaikams ir jų šeimoms, išsamūs interviu žodžiu (N=6 iš Lietuvos) ir raštu (N=6 iš Anglijos ir Airijos).

**Tyrimo metodologija ir metodai.** Siekiant atsakyti į esminius tyrimo probleminius klausimus, buvo pasirinktas kokybinis dokumentų turinio analizės metodas, kuris padėjo atskleisti Lietuvos ankstyvosios intervencijos situaciją - pozityvius bei tobulintinus aspektus. Remiantis teorine problemos analize ir pasitelkus duomenis, gautus pusiau uždaro tipo anketine apklausa bei interviu žodžiu ir raštu, atlikta deskriptyvinė situacijos analizė. Taip pat buvo panaudotas Airijos ir Anglijos specialistų, teikiančių specialiąją pagalbą, interviu raštu metodas, kuriuo gauti duomenys leidžia susipažinti su kitų šalių ankstyvosios intervencijos sistemomis ir su jomis palyginti Lietuvos ankstyvosios pagalbos sistemą. Interviu bei anketinės apklausos duomenys buvo analizuojami ir interpretuojami, remiantis iškeltais tyrimo probleminiais klausimais.

Siekiant atskleisti Lietuvos ankstyvosios pagalbos prieinamumą Lietuvoje kitų Europos šalių kontekste, atlikta lyginamoji dokumentų turinio analizė. Išanalizuoti ir palyginti Lietuvos, Portugalijos, Vokietijos, Danijos ir Švedijos ankstyvosios intervencijos modeliai, remiantis Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita<sup>6</sup>.

Teorinį metodologinį šio tyrimo pagrindą sudaro tokios esminės teorinės kryptys: socialinis konstruktyvizmas<sup>7</sup>, socialinis dalyvavimas<sup>8</sup> bei įgalinimo teorija. Įgalinimas, pasak Ruškaus, Mažeikio (2007), - tai procesas, kai neįgalųjų patirtys, interpretacijos ir vertybės pripažįstamos kaip sudėtinė socialinio diskurso dalis. Teikiant ankstyvąją pagalbą, įgalinimas yra labiau orientuotas į tėvus, kaip lygiateisius ankstyvosios intervencijos proceso dalyvius, suteikiant jiems galimybę patiems kuo labiau prisidėti prie vaiko gerovės, kartu su specialistais spręsti iškilusias problemas.

Atliekant tyrimą taikyti šie **metodai**: dokumentų, antrinių duomenų (Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita) bei kitų šaltinių turinio analizė, anketinė apklausa, specialistų anketinės apklausos analizė, interviu, deskriptyvinė pusiau standartizuotu bei standartizuotu klausimynu gautų duomenų analizė. Duomenys apdoroti MS Office Excel 2007, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 11.0) programinė įranga. Statistinėms tendencijoms ir ryšiams nustatyti taikyti deskriptyvinės analizės metodai (dažniai, vidurkiai, procentai). Anketinės apklausos metu dalyvavo 100 Lietuvos specialistų, teikiančių ankstyvąją pagalbą specialiujų poreikių turintiems vaikams ir jų šeimoms. Interviu žodžiu bei raštu dalyvavo 12 respondentų (N=6 iš Lietuvos, N=4 iš Airijos, N=2 iš Anglijos).

---

<sup>6</sup> *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. (2005). Europos situacijos analizė. Ataskaita. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūra.

<sup>7</sup> *Socialinio konstruktyvizmo teorijos* nagrinėja žinojimo formavimąsi tarp socialinių santykių dalyvių. Subjektyviai interpretuojami socialinio gyvenimo reiškiniai, nuolat atnaujinami, konstruojami, keičiami socialiniai vaizdiniai ir realybė (Saraga, 1998).

<sup>8</sup> **Socialinis dalyvavimas** grindžiamas dalyvių tarpusavio supratimu ir lygiaverčiu įsitraukimu į socialinių individų tapatumų ir vaidmenų stiprinimą plėtojant individualizaciją, aktualizuojant privalumus ir maksimizuojant potencialą. Socialinis dalyvavimas apima teigiamą, pagarbų santykių palaikymą ir vystymą, abipusį problemų sprendimą bei bendrų sprendimų priėmimą (Ruškus J., Mažeikis G., 2007. Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija. Monografija. Šiaulių universiteto leidykla).

## Pagrindinės sąvokos

**Ankstyvasis amžius** – keli vaiko vystymosi tarpsniai (kūdikystė – nuo gimimo iki 1 metų, ankstyvoji vaikystė – nuo 1 iki 3 metų), kurie bendrai įvardijami kaip ankstyvasis amžius.<sup>9</sup>

**Ankstyvoji intervencija vaikystėje** – ankstyvoji kompleksinė pagalba (gydymas, ugdymas, psichologinė bei socialinė) rizikos grupės arba sutrikusios raidos vaikams ir jų šeimoms iki kol vaikas pradeda lankyti ikimokyklinio ugdymo įstaigą.<sup>10</sup>

**Ankstyvasis ugdymas** – vaikų ugdymas nuo gimimo iki 3 metų.<sup>11</sup>

**Ankstyvosios reabilitacijos tarnyba (ART)** – specializuota asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti kompleksinę pagalbą vaikams, turintiems raidos sutrikimų arba didelę jų tikimybę, bei šių vaikų šeimoms, taip pat siekianti sumažinti neįgalumą ir padėti vaikui integruotis į visuomenę.<sup>12</sup>

**Ankstyvoji reabilitacija** – kompleksinė pagalba šeimai, auginančiai vaiką su psichologinės ir socialinės raidos sutrikimais bei jų rizika, teikiama siekiant sumažinti neįgalumą ir padėti vaikui integruotis į visuomenę.<sup>13</sup>

**Integracija** – apgalvotas ir tikslingas specialiųjų poreikių vaikų įtraukimas į bendruomenę, į bendrojo ugdymo sistemą ar kitokią veiklą su sveikaisiais.<sup>14</sup>

**Raida** – sudėtingas psichomotorinių funkcijų formavimosi procesas, prasidedantis nuo vaisiaus užuomazgos ir besitęsiantis visą žmogaus gyvenimą.<sup>15</sup>

**Raidos sutrikimas** – žymus nukrypimas nuo normalios raidos sekos.<sup>16</sup> „Šis terminas tinka vaikams, turintiems funkcinių, glaudžiai susijusių su centrinės nervų sistemos biologine branda, sutrikimą arba sulėtėjimą. Raidos sutrikimui būdinga tai, kad jis prasideda kūdikystėje arba vaikystėje, pasižymi stabilia eiga, be remisijų ir paūmėjimų“ (Kajokienė, Pūras ir kt. 2001, p.7).

**Reabilitacijos įstaiga** – įstaiga, atliekanti medicininę, profesinę ar socialinę specialiųjų poreikių asmenų reabilitaciją.<sup>17</sup>

**Reabilitacinis ugdymas** – specialiųjų poreikių asmenų ugdymas, padedantis atkurti sutrikusias funkcijas, arba sutrikimą kompensuojančių įgūdžių lavinimas pedagoginėmis priemonėmis.<sup>18</sup>

---

<sup>9</sup> Radzevičienė, L. (2006). Globos institucijose augančių kūdikių emocijų raida. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.

<sup>10</sup> S. Ališauskienė, S. (2005). Ankstyvoji intervencija vaikystėje. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.

<sup>11</sup> Mockevičienė, D., Vaitkevičius, J. V. ir kt. (2005). Neįgalaus vaiko reabilitacija Šiauliuose. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.

<sup>12</sup> Ten pat

<sup>13</sup> LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“. 2000 m. gruodžio 14 d. Nr.728. Vilnius.

<sup>14</sup> Mockevičienė, D., Vaitkevičius, J. V. ir kt. (2005). Neįgalaus vaiko reabilitacija Šiauliuose. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.

<sup>15</sup>, <sup>16</sup>, <sup>17</sup>, <sup>18</sup>, Ten pat



**Specialieji ugdymo(si) poreikiai** – ugdymo(si) pagalbos ir paslaugų reikmė, kurią lemia vaiko patiriami nuolatiniai ugdymo(si) sunkumai<sup>19</sup>.

**Magistro darbe vartojamų sutrumpinimų reikšmės:**

AIV – ankstyvoji intervencija vaikystėje

ART – Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos

BPG – Bendrosios praktikos gydytojas

PPT- Pedagoginė psichologinė tarnyba

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras

SPV – specialiųjų poreikių vaikai

VLD – vaikų lopšelis/darželis

VRSAR - Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija

**Magistro darbo struktūra.** Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (56 šaltiniai), santrauka (reziumė) anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 5 lentelės, 18 paveikslų. Prieduose pateikiami AIV vyraujančios sistemos penkiose Europos šalyse (1 priedas), pozityvūs ir tobulintini aspektai AIV šalių sistemose (2 priedas), anketinės apklausos pavyzdys (3 priedas), standartizuoto (4 priedas) ir pusiau standartizuoto interviu klausimynai (5 priedas), specialistų rekomendacijos bei pasiūlymai tobulinant AIV Lietuvoje (6 priedas). Darbo apimtis- 67 lapai.

---

<sup>19</sup> Ališauskienė, S., Ališauskas, A., Melienė, R., Šapelytė, O., Miltenienė, L., Gerulaitis, D. (2007). *Psichologinės, specialiosios pedagoginės ir specialiosios pagalbos bendrojo lavinimo mokyklų mokiniams lygis*. Tyrimo ataskaita. Šiaulių universitetas, Švietimo ir mokslo ministerija [http://www.smm.lt/svietimo\\_bukle/docs/tyrimai](http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai). (žiūrėta 2009-01-10).

## I. ANKSTYVOJO AMŽIAUS VAIKŲ SPECIALIŲJŲ POREIKIŲ TENKINIMAS

### 1.1. Ankstyvosios intervencijos situacija Lietuvoje

Vaikų, turinčių specialiųjų poreikių bei specialiųjų ugdymosi poreikių, tiek ikimokyklinį, tiek ugdymą mokykloje, socialinio pedagogo, psichologo ir kitą pagalbą reglamentuoja daugybė dokumentų: įstatymai, juos lydintys teisės aktai, kiti dokumentai.<sup>20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,30 ,31.</sup>

Lietuvoje kol kas dar nėra pakankamai išplėtotas ankstyvasis ugdymas ir pagalba vaikui, turinčiam raidos sutrikimų, bei jo šeimai. Specialiojo ugdymo srityje vaikų ankstyvasis amžius (0 – 3m.) nepakankamai nagrinėtas, aptartas tam, kad, vykdant Lietuvos Respublikos Specialiojo ugdymo įstatymo (1998) nuostatas, būtų užtikrintas ankstyvosios pagalbos veiksmingumas, jos tęstinumas, vaiko ugdymas sensitivityviuoju jo raidos periodu, maksimaliai išnaudojant jo galimybes. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų (2000 m. gruodžio 14 d., Nr. 728) yra kol kas vienintelis dokumentas, reglamentuojantis ankstyvąją pagalbą Lietuvoje. Bet šis dokumentas reglamentuoja pagalbą tik antrinio ir tretinio lygio medicinos įstaigose. Antrinio lygio medicinos įstaigose vaikams, turintiems nustatytą raidos sutrikimą ar įtariamus raidos sutrikimus, įstatymų numatyta tvarka pagalbą teikia: gydytojas (pediatras, vaikų neurologas ar fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas), turintis socialinio pediatro sertifikatą, medicinos psichologas, logopedas, kineziterapeutas arba kineziterapeuto padėjėjas, socialinis darbuotojas, slaugytoja.

<sup>20</sup> Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2004 m. gegužės 11 d. Nr. IX-2228, Vilnius

<sup>21</sup> Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas, 1996 m. kovo 14 d. Nr. I-1234, Vilnius

<sup>22</sup> Lietuvos Respublikos Specialiojo ugdymo įstatymas, 1998 m. gruodžio 15 d. Nr. VIII-969, Vilnius

<sup>23</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl specialiųjų poreikių asmenų priėmimo į specialiojo ugdymo įstaigą tvarkos“, 2000 m. vasario 22 d. Nr. 158, Vilnius

<sup>24</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl moksleivių mokymo namuose organizavimo tvarkos“, 2000 m. Kovo 16 d. Nr. 259/153, Vilnius

<sup>25</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo specialiųjų poreikių ikimokyklinio amžiaus vaikams namuose tvarkos“, 2000 liepos 5 d. Nr. 916/385, Vilnius

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl specialiojo ugdymo skyrimo tvarkos“, 2000 m. rugpjūčio 17 d. Nr. 1056, Vilnius

<sup>27</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl švietimo įstaigos specialiojo ugdymo komisijos sudarymo ir darbo organizavimo tvarkos“, 2000 m. rugpjūčio 17 d. Nr. 1057, Vilnius

<sup>28</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“ 2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius

<sup>29</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2004 m. birželio 3 d. Nr. ISAK-838, Vilnius.

<sup>30</sup> Lietuvos Respublikos Švietimo įsakymas, 2003 m. birželio 28 d, Nr. IX- 1630.

<sup>31</sup> LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų. 2000 m. gruodžio 14 d. Nr.728. Vilnius

Tretinio lygio konsultacinių ir stacionariųjų paslaugų medicinos įstaigose ankstyvąją pagalbą teikia: gydytojas (pediatras, vaikų neurologas ar fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas), turintis socialinio pediatro sertifikatą, medicinos psichologas, logopedas, kineziterapeutas, specialusis pedagogas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, slaugytoja. Dokumento 6 priede pažymima, kad „VRSAR išplėstinė įvairių specialistų konsultacija skiriama sutrikusios psichologinės, motorinės ir socialinės raidos vaikams, kuriems reikalingas kompleksinis raidos įvertinimas, diagnozė ir funkcinės būklės įvertinimo tikslinimas, individualios reabilitacijos programos koregavimas, kai antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose nepasiekta laukiamo gydymo efekto“.

Taigi, tokiuose rajonuose, kuriuose yra tik pirminės sveikatos priežiūros centrai, *pvz.*: Tytuvėnų PSPC, Kelmės PSPC, Šeduvos PSPC ir kt. (remiantis situacijos analize, kai situacija buvo išaiškinta nuvykus į minimą įstaigą arba paskambinus į ją telefonu)<sup>32</sup> vaikai gauna tik būtinają medicininę pagalbą, kurią, Sveikatos informacijos centro duomenimis, teikia: apylinkės terapeutas, pediatras, akušeris-ginekologas, bendrosios praktikos gydytojas, chirurgas ir bendrosios praktikos gydytojas, stomatologas. Remiantis situacijos analize, pastebėta, kad didesniuose PSPC kartais dar yra steigiami papildomi etatai ir kitų specialistų, kurie teikia ankstyvąją pagalbą, *pvz.* Kelmės PSPC dirba kineziterapeutas, bet visapusiškos multidisciplininės pagalbos mažesniuose rajonuose nėra. Sveikatos informacijos centro duomenimis, pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia šios įstaigos:

- Medicinos punktai (1998 m. Lietuvoje tokių punktų buvo 1028.). Jie teikia kasdieninę medicininę priežiūrą, pirmąją medicinos pagalbą, slaugą namie. Dauguma šių punktų pavaldūs ambulatorijai, yra kaimo vietovėse.
- Ambulatorija - tai grupinė praktika, būdingiausia mažiems miesteliams ir atsakinga už nespecializuotą pirminę priežiūrą. Ją sudaro bendrosios praktikos gydytojas ir/arba vidaus ligų gydytojas, akušerė, stomatologas ir pediatras. (1998 m. Lietuvoje buvo 226 ambulatorijos). Šiuo metu dalis ambulatorijose dirbančių gydytojų dalyvauja bendrosios praktikos mokomosiose programose. Dauguma ambulatorijų pavaldžios PSP centrums.
- Poliklinikose dirba nuo 10 iki 20 įvairių specializacijų gydytojų. Jos aprūpintos rentgeno aparatūra, ultragarso ir kita diagnostikos technologija (1998 m. šalyje buvo 164 poliklinikos ir pirminės sveikatos priežiūros centrai). Jos atsako beveik už visą pirminę ir antrinę nestacionarią priežiūrą miestuose bei antrinės ambulatorinės priežiūros teikimą kaimo gyventojams.
- Bendrosios praktikos gydytojų kabinetai. Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) - gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją

---

<sup>32</sup> Paaiškėjo, kad minimose įstaigose nėra specialistų, kurie būtų atsakingi ir pasirengę teikti ankstyvąją pagalbą.

rezidentūrą (iki 1995 metų perkvalifikavimo kursus) ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją, galintis savarankiškai vykdyti asmenų pirminę sveikatos priežiūrą nuo gimimo iki mirties, neatsižvelgiant į jų amžių ir lytį.

- Psichikos sveikatos centras yra savivaldybės įstaiga, steigama prie pirminės sveikatos priežiūros centro (PSPC), arba kaip savarankiška viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga, licencijuota (akredituota) vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą ir teikti socialinę pagalbą psichikos ligoniams bei kitiems asmenims.
- Moterų konsultacijos.
- Pirminės sveikatos priežiūros centrai, kuriuose yra terapijos ir/arba pediatrijos, ir/arba akušerijos - ginekologijos gydytojų apylinkės, gydytojai stomatologai.

Taigi, ankstyvosios intervencinės pagalbos, užtikrinančios ir skatinančios vaiko raidą, daugelyje pirminės priežiūros įstaigose nėra ir to nereglamentuoja nė vienas Lietuvos įstatymas ar kitas oficialus dokumentas. Mažesniuose miesteliuose vaikai gauna tik būtinąją medicininę pagalbą.

## **1.2. Ankstyvosios pagalbos vaikui ir šeimai raida**

Ankstyvoji reabilitacija, ankstyvasis vaiko ugdymas, pagalba šeimai, auginančiai vaiką, turintį raidos sutrikimų, yra palyginti naujas reiškinys Lietuvoje (Ališauskienė, 1998, 2005). Pirmieji mokslininkai, kurie domėjosi ankstyvąja vaiko raida, jos reikšme asmenybės ugdymui buvo Ž. Pjažė, J. Bruneris, L. Vygotskis ir kt. Jie buvo pirmieji asmenybės raidos teorijų autoriai. Specialusis ugdymas, kuris apima ir ankstyvąjį specialiųjų poreikių tenkinimą vaikui ir šeimai, šiuo metu itin pažengęs daugelyje Vakarų Europos šalių bei JAV. Kartu su teorinių ankstyvosios intervencijos pagrindų kūrimu rengiamos ir ankstyvojo ugdymo programos bei ugdymo sistemos. Literatūros analizė rodo (Ališauskienė, 1998), kad jau iki 1968 metų sutrikusio vystymosi vaikams JAV buvo parengta apie 500 ankstyvojo ugdymo programų ir modelių. Šiuo požiūriu JAV patirtis itin reikšminga ir svarbi organizuojant ir vykdant specialųjį ugdymą. Po beveik 50 metų tyrinėjimų, kuriuos atliko JAV Mokymo Departamentas, ankstyvosios pagalbos sistema grindžiama įrodymais - ir kiekybiniais (duomenys) ir kokybiniais (tėvų ir mokytojų pranešimai), kurie liudija, kad ankstyvoji intervencija itin reikšminga vaiko raidai ir mokymuisi, gerina šeimos funkcionavimą, yra ekonomiškai, nes vėliau reikia mažesnių finansinių išteklių, remiant neįgalius vaikus ir jų šeimas.<sup>33</sup>

Lietuvoje kol kas dar trūksta nuodugnių ankstyvosios intervencijos mokslinių tyrimų, ypatingai - metodinių nurodymų specialistams, dirbantiems su ankstyvojo amžiaus vaikais bei jų

---

<sup>33</sup> What Is Early Intervention? Kids course on Line.  
[http://www.kidsource.com/kidsource/content/early\\_intervention.htm](http://www.kidsource.com/kidsource/content/early_intervention.htm). (žiūrėta 2008-09-10).

artimaisiais. Pirmosios autorės, besidominčios šia sritimi buvo Daulenskienė (1983), Ivoškuvienė (1986). Pasak Ališauskienės (1998), pavieniais bandymais ankstyvoji kompleksinė pagalba šalyje intensyviau pradėta teikti nuo 1992-1993 m., tačiau tai buvo dar nesisteninga, atsitiktinė korekcija. 1994 m. įkurtas Vilniaus universitetinis vaiko raidos centras, kuriame pradėjo veikti *Ankstyvosios programos* skyrius. Ankstyvoji kompleksinė pagalba, grindžiama terapijomis, dažniausiai masažu ir fizioterapija, biologinės rizikos vaikams buvo pradėta teikti ir Kauno akademiniuose klinikose, vaikų sanatorijose taip pat tuo metu veikusiuose kūdikių namuose (Ališauskienė, 2005).

Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos (ART) Lietuvoje pradėtos steigti 1996m., patvirtinus valstybinę sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programą (Ališauskienė, 2005, p.11). Pradžioje jos vadinosi ankstyvosios korekcijos tarnybos, dabar ankstyvosios reabilitacijos tarnybos (ART). Pradėjus steigti ankstyvasias reabilitacijos tarnybas nebuvo apseita be tam tikrų sunkumų. Pasak Ališauskienės (1998), Lietuvoje nebuvo ankstyvojo vaikų ugdymo specialistų rengimo sistemos. Nebuvo rizikos grupei priklausančių ar sutrikusio vystymosi vaikų apskaitos ir parengtos vaikų raidos tikrinimo ir įvertinimo metodikos, trūko metodinių nurodymų darbui su šiais vaikais. Autorė teigia (1998), kad ilgą laiką menkai buvo paisoma tėvų nuomonės, ugdant jų vaikus. Mikulėnaitės, Petrulytės (2007) teigimu, didelis pasiekimas – 1990 m. Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinta ir į specialistų sąrašą įtraukta socialinio pediatro kvalifikacija bei 2000 m. Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo reikalavimai.

Nuolat tobulėjanti ART sistema patiria naujus iššūkius, keičiant ne tik tarnybų pavadinimus, bet ir pertvarkant darbo principus, veiklą, į komandinę veiklą įtraukiant naujų profesijų specialistus (pvz. psichologus, ergoterapeutus, socialinius pedagogus), ART veiklą orientuojant į šeimos, auginančios sutrikusios raidos vaiką, poreikių tenkinimą, keičiant požiūrį į vaiką ir šeimą ir pan. „Ilgai nebuvo vaikystės, kaip atskiros žmogaus raidos stadijos, sampratos. Į vaiką buvo žiūrima kaip į mažą suaugusįjį. Dabar labai pabrėžiama vaikystės svarba ir ankstyvo patyrimo įtaka tolesniam gyvenimui“ (Žukauskienė, 2007, p. 33).

Ankstyvosios intervencijos vaikystėje sistemos tyrinėjimus Lietuvoje šiuo metu atlieka S. Ališauskienė, D. Pūras, L. Mikulėnaitė, J. Petrulytė ir kiti. Lietuvos ankstyvosios intervencijos sistema analizuojama ir derinama su Europos šalių kontekstu (Ališauskienė, 2003; 2004; 2005; 2008), yra tyrinėjami ankstyvosios vaikų reabilitacijos įvairūs aspektai (Mikulėnaitė, Petrulytė, 2007; Pūras, 2002; 2003).

### 1.3. Vaikų specialiųjų poreikių tenkinimo sistema Lietuvoje

Lietuvoje, palyginus su kitomis šalimis, pagalbos galimybės ankstyvojo amžiaus vaikams, turintiems specialiųjų poreikių, su nėra itin didelės. Ankstyvosios reabilitacijos tarnyba (ART) yra pirmoji įstaiga Lietuvoje, į kurią patenka vaikai, turintys raidos sutrikimų, nuo gimimo iki trejų-ketverių metų amžiaus (arba kol pradeda lankyti ikimokyklinę ugdymo įstaigą) ir gauna kompleksinę pagalbą. ART - „specializuotos medicinos tarnybos, teikiančios kompleksinę pagalbą vaikams, turintiems raidos sutrikimų arba didelę jų tikimybę, bei šių vaikų šeimoms“.<sup>34</sup> Mūsų šalyje ankstyvosios intervencijos procesų kontekste ART užima ypatingą vietą. Lietuvoje nėra sutarta, kaip vadinti gydomųjų priemonių, ugdymo ir socialinės pagalbos kompleksą, skirtą raidos sutrikimų turinčiam vaikui. Negausioje literatūroje lietuvių kalba vartojamos „ankstyvosios intervencijos“, „ankstyvosios reabilitacijos“ ar tiesiog „reabilitacijos“ sąvokos.<sup>35</sup> *Reabilitacija* – tai sritis, apimanti ne tik medicinos, sveikatinimo priemones, bet ir profesinę veiklą, laisvalaikį, bendruomeninius santykius, socializaciją (pvz., socialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija, medicininė reabilitacija ir t.t.). PSO duomenimis<sup>36</sup>, reabilitacija - tai koordinuotas kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių priemonių taikymas siekiant maksimalaus reabilituojamojo funkcinio aktyvumo“. *Ankstyvoji reabilitacija* yra viena bendrosios reabilitacijos sistemos dalis. Jos veikla grindžiama Sveikatos apsaugos ministro patvirtintais vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų reikalavimais bei šių paslaugų teikimą reglamentuojančiais teisės aktais<sup>37</sup>. Daugelyje pasaulio šalių ankstyvoji reabilitacija (ankstyvoji abilitacija, intervencija ir pan.) skiriama biosocialinės rizikos arba sutrikusios raidos vaikams, nuo gimimo iki vaikas pradeda lankyti ugdymo įstaigą“ (Mikulėnaitė, Petruolytė, 2007, p. 71).

Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos yra pirmosios įstaigos, padedančios vaikui bei jo šeimai, tačiau į ankstyvosios pagalbos sistemą įsijungia ir kitos įstaigos, pavyzdžiui: psichikos sveikatos centrai bei įstaigos, kurios yra pavaldžios Švietimo ir mokslo ministerijai (kartu priimami teisės aktai, reglamentuojantys vaikų ugdymą ir pan.). Tačiau skirtingų žinybų (sveikatos, priežiūros, ugdymo, socialinės globos ir rūpybos) veikla Lietuvoje yra menkai koordinuojama. Informacijos

<sup>34</sup> Lesinskienė, S., Kajokienė, A., Pūras, D. (2002). Kompleksinė pagalba raidos sutrikimų turintiems vaikams ankstyvosios reabilitacijos tarnybų kūrimosi laikotarpiu. *Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika*. MEDICINA (2002) 38 tomas, Nr. 4. <http://medicina.kmu.lt/0204/0204-161.pdf>. (žiūrėta 2007-11-15).

<sup>35</sup> Bartkuvienė, D., Bikuličienė, R. ir kt. (2003). Vaikų raidos sutrikimai. Kaunas, p. 12-13.

<sup>36</sup> Dapkevičienė, E., Valentiniene, A., Purtokienė, S. Mūsų žodis (2000). Regėjimo invalidų reabilitacija. <http://www.lass.lt/mz/200009/str06.htm>. (žiūrėta 2009-03-16).

<sup>37</sup> LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas – Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000m. gruodžio 14d. įsakymo Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo, 2005m. spalio 26d. Nr. V-798, Vilnius.

stoka ir nevieninga įvairių sistemų veikla neleidžia laiku t.y. kuo anksčiau, suteikti visą įmanomą pagalbą neigiamam vaikui ir jo šeimai“ (Mockevičienė ir kt., 2005; Ališauskienė, 2007).

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro, Sveikatos apsaugos ministro ir Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme „Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“ (2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius) apibrėžiamos bendrosios nuostatos, kurios nurodo įstaigas ir specialistus, galinčius įvertinti asmens nuo jo gimimo iki 21 metų specialiuosius ugdymosi poreikius pedagoginiu, psichologiniu, medicininu ir socialiniu aspektais, taip pat įvertinimo eigą ir dokumentaciją. Gydytojas neonatologas, teisės aktų nustatyta tvarka<sup>38</sup> registruoja naujagimius, pildo apskaitos formą, kurios dalis, naujagimiui išvykstant į namus, įteikiama tėvams (ar vaiko globėjams), apie atvykstantį naujagimį informuoja pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, į kurios teritoriją jis atvyksta. Bendrosios praktikos gydytojas, pediatras arba gydytojas specialistas, naujagimiui ar kūdikiui nustatęs raidos sutrikimus arba rizikos veiksnius jiems atsirasti, siunčia jį ART konsultacijai ar (ir) specialiesiems ugdymosi poreikiams įvertinti.

Gydytojas neonatologas, bendrosios praktikos gydytojas, pediatras yra pirmieji specialistai, turintys kontaktą su naujagimiui, pirmieji gali išvelgti, nustatyti raidos sutrikimus, ar rizikos veiksnius jiems atsirasti. Jie yra pirmoji grandis identifikuojant ir tenkinant vaiko specialiuosius poreikius. Labai svarbus glaudus minėtų gydytojų bendradarbiavimas su kitais specialistais, kitomis įstaigomis, teikiančiomis ankstyvąją intervenciją nuo tada, kai vaikui ji yra būtina.

Specialistai negali apsiriboti tik savo siauros profesinės srities kompetencijomis – jie turėtų gebėti dalytis kompetencijomis su kitais komandos specialistais ir tėvais, taip pat būti pasirengę dirbti ne tik tam tikros srities specialistu (logopedu, kineziterapeutu ir t.t.), bet ir centro vadovu, konsultantu, padedančiu šeimoms tenkinti specialiuosius vaiko poreikius, būti komandos nariu, koordinuoti pagalbą, turėti platesnių socialinių kompetencijų, teikiant informaciją tėvams apie šeimos įgalinimo galimybes ir pan. (Ališauskienė, Čegyte, 2008). Kiekvieno specialisto kompetencija gali turėti lemiamos reikšmės tolimesnei vaiko raidai, tolesnio ugdymosi kokybei. Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros duomenimis (2005), prevencijos tarnybos turi atlikti svarbų ir sudėtingą vaidmenį - jos privalo sėkmingai užkirsti kelią tolesniems sunkumams ir gerai suprasti nuostatos „palauksim ir pamatysim“ riziką.

Vaikų nuo gimimo iki 3 metų specialiuosius ugdymosi poreikius, vadovaudamasi LR Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintais vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų reikalavimais<sup>39</sup>, įvertina ankstyvosios reabilitacijos tarnybos specialistų komanda.

---

<sup>38</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“, 2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius).

<sup>39</sup> Ten pat

Vaikų nuo gimimo iki 3 metų, nelankančių ankstyvosios rehabilitacijos tarnybos, asmenų nuo 3 iki 21 metų specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimą LR Švietimo ir mokslo ministro, Sveikatos apsaugos ministro ir Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu (2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius) „Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“ atlieka: švietimo įstaigos specialiojo ugdymo komisija (SUK); savivaldybės pedagoginė psichologinė tarnyba (PPT); apskrities pedagoginė psichologinė tarnyba ir Švietimo ir mokslo ministerijos Pedagoginio psichologinio centro skyrius; Švietimo ir mokslo ministerijos Pedagoginis psichologinis centras.

Taip pat ankstyvoji pagalba yra teikiama ir vaikų globos namuose. Vaikų globos namai – „tai socialinės globos įstaiga, kurioje ilgesniam ar trumpesniam laikui apgyvendinami ir globojami likę be tėvų globos vaikai“<sup>40</sup>. Čia yra sudaromos vaikui tinkamos sąlygos augti, vystytis ir tobulėti bei pasiruošti savarankiškam gyvenimui visuomenėje. Pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys vaiko globos organizavimą, yra Civilinis kodeksas<sup>41</sup>, Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas<sup>42</sup>, Socialinių paslaugų įstatymas<sup>43</sup>. Vaikams, augantiems vaikų globos namuose, trūksta socialinių, sveikos gyvensenos įgūdžių, šeimos praradimas, emocinė deprivacija lemia vaiko asmenybės raidą. Daugumai globos namų auklėtinių reikalinga speciali pedagoginė pagalba. Moksleiviai specialiąją pagalbą gauna mokyklose, o ikimokyklinio amžiaus vaikams ji teikiama globos namuose. Ten dirbančių pedagogų organizuota specialiojo ugdymo komisija pastebi vaikų raidos sutrikimus, įvertina specialiuosius ugdymosi poreikius bei juos tenkina, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos įstatymais, reglamentuojančiais specialiųjų poreikių tenkinimą.<sup>44, 45, 46, 47</sup>

#### **1.4. Ankstyvosios pagalbos prieinamumas**

Ankstyvosios intervencijos sistema dar stokoja tradicijų ir ilgalaikės patirties (Ališauskienė, 2005), kuri leistų kurti ir / ar pasirinkti veiksmingą ART veiklos modelį, todėl svarbu kritiškai

---

<sup>40</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos higienos normos HN 124:2004 „Vaikų globos įstaigos. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo. Valstybės žinios, 2004, Nr. 45-1492;

<sup>41</sup> LR Civilinis kodeksas (2000-07-18, Nr. VIII-1864). Valstybės žinios (2000-09-06), Nr. 74-2262;

<sup>42</sup> LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas (1996-03-14, Nr. I-1234.). Valstybės žinios (1996-04-12), Nr. 33-807;

<sup>43</sup> LR socialinių paslaugų įstatymas (2006-01-19, Nr. X-493). Valstybės žinios (2006-02-11), Nr. 17-589.

<sup>44</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl specialiojo ugdymo skyrimo tvarkos“, 2000 m. rugpjūčio 17 d. Nr. 1056, Vilnius;

<sup>45</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“ 2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius;

<sup>46</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl specialiosios pedagoginės pagalvos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2004 m. birželio 3 d. Nr. ISAK-838, Vilnius.

<sup>47</sup> Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl specialiųjų poreikių asmenų sutrikimų ir jų laipsnių nustatymo ir specialiųjų poreikių asmenų priskyrimo specialiųjų ugdymosi poreikių grupei tvarkos“, 2002 m. liepos 12 d. Nr. 1329/368/98, Vilnius.



pažvelgti į dabartinę ankstyvosios pagalbos sistemą, atskleisti teigiamus aspektus ir problemas. Dažnai sunkumus lemia tai, kad dokumentuose reglamentuojamos nuostatos nevisiškai įgyvendinamos praktikoje. Kol kas vieninteliame dokumente, reglamentuojančiame ankstyvąją pagalbą<sup>48</sup> - apibrėžiamose VRSAR specialistų komandos vykdomosiose funkcijose teigiama, kad ji analizuoja vaikų raidos sutrikimų paplitimą aptarnaujamame regione ir teikia pasiūlymus steigėjams, kaip didinti sutrikusios raidos vaikų teikiamos kompleksinės pagalbos efektyvumą. Įstatymo abstraktumas, neatskleidžia realios praktinės pagalvos veiksmingumo ir vykdymo kokybės užtikrinimo, pokyčių specialiųjų poreikių tenkinimo srityje. Situacijos analizė parodė, (Šiaulių ART, Šiaulių gimdymo namų, Radviliškio ligoninės darbuotojų duomenimis), jog kol kas nėra statistinių duomenų sistemos apie naujagimius, kūdikius, turinčius raidos sutrikimų ar rizikos veiksnių jiems išryškėti. Įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, duomenys yra gana riboti ir jais remtis, atliekant statistinę analizę, negalima. Sunku nustatyti statistinius duomenis apie naujagimius, ankstyvojo amžiaus vaikus, jų negales, specialiuosius poreikius, vaikams ir šeimoms teikiamą pagalbą. Individuliai pavienių tyrėjų surinkti rodikliai, neatspindėtų tikrojo sutrikimų paplitimo, nes dalis vaikų nesilanko ART tarnybose, kiti lanko ikimokyklinės bei priešmokyklinės ugdymo įstaigas, o nuo rajono centrų nutolusiose vietovėse gyvenantys vaikai atvykti į ART galimybių turi žymiai mažiau, daliai jų specialieji poreikiai nustatomi vėlesniame amžiuje. Apie nesubalansuotą sistemą savo darbuose mini ir Simonsen, Pūras (2003), Ališauskienė (2007). Ankstyvosios intervencijos sistemos funkcionavimas Lietuvoje yra pozityvus reiškinys, tačiau netolygus (tik miestuose) ART komandų tinklas byloja, kad **ankstyvosios pagalbos prieinamumas** šiuo metu garantuojamas mieste gyvenantiems, o ne visiems Lietuvos vaikams. Lesinskienės ir kt. tyrimo (Lesinskienė, Kajokienė, Pūras, 2002) duomenys rodo, kad tiriamuoju laikotarpiu Lietuvoje veikė 32 ART (žr. 1 pav.).



*1 pav.* Ankstyvosios rehabilitacijos tarnybos Lietuvoje 2000–2001 m. (N=32)  
(Lesinskienė, Kajokienė, Pūras, 2002, p. 459)

<sup>48</sup> LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas – Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000m. gruodžio 14d. įsakymo Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo, 2005m. spalio 26d. Nr. V-798, Vilnius.

Per pastaruosius metus, nors ART įkurta daugiau (veikia beveik keturiasdešimt tokių tarnybų), tačiau situacija nelabai pasikeitė. Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos specialistai įvertina vaiko raidą, tačiau tik dalis jų gauna reikiamą pagalbą, nes ne visi tėvai turi galimybę atvykti į ART. Todėl tikslinga apžvelgti ankstyvosios pagalbos raidos sutrikimų turintiems vaikams situaciją Lietuvoje pagalbos prieinamumo požiūriu.

Įsigaliojus Specialiojo ugdymo įstatymui (1998 m. gruodžio 15 d. Nr. VIII-969, Vilnius), patvirtinta daug jį lydinčių svarbių teisės aktų.<sup>49</sup> Specialiojo ugdymo įstatymo nuostatose atsispindi specialiojo ugdymo sistemos struktūros, valdymo bei specialiųjų poreikių asmenų ankstyvojo ir ikimokyklinio ugdymo, bendrojo lavinimo, papildomo ugdymo, profesinio ir aukštesniojo mokymo, aukštojo mokslo ir suaugusiųjų švietimo organizavimo pagrindai. 1 skirsnio 4 straipsnyje teigiama, kad specialusis ugdymas įgyvendinamas vadovaujantis bendraisiais švietimo ir šiais atskirais specialiojo ugdymo principais: lygių galimybių, decentralizacijos, integracijos, visuotinumą, tęstinumą, perimamumą ir lankstumą, funkcionalumą. Viename iš jų tvirtinama, jog *ankstyvąją pagalbą turi gauti visi vaikai bei jų šeimos nuo tada, kai atsiranda poreikis ją gauti*. Situacijos analizė rodo (pokalbis telefonu su įstaigų darbuotojais, siekiant išsiaiškinti, kokie specialistai dirba galintys dalyvauti tyrime), kad kol kas ankstyvoji pagalba neteikiama rajonuose, kuriuose nėra ankstyvosios reabilitacijos tarnybų (pvz., Radviliškio raj.: Alksniupių, Šiaulėnų, Tyrulių, Sidabravo, Baisiogalos, Šeduvos, Kelmės gyvenvietėse ir kt.). Vietovėse, kuriose žmonės gyvena toli vienas nuo kito, nėra ne tik įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, bet trūksta ir specialistų. Šeimos pagalbą turėtų gauti artimiausioje jų gyvenamojo vietoje, kad jiems nereikėtų vykti į toli nuo namų esančią tarnybą. Taip pat turėtų būti garantuojamas šiems vaikams pagalbos tęstinumas. Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros (2006) ataskaitoje teigiama, kad įgyvendinant *prieinamumo, artumo, finansinio prieinamumo ir pagalbos įvairovės veiksnius*, paslaugos turėtų būti teikiamos šeimoms kiek įmanoma arčiau namų, už jas neturėtų būti mokama arba jos turėtų būti labai pigios. Šios paslaugos turėtų atitikti vaiko ir šeimos poreikius, būti teikiamos šeimoms jų gyvenamosiose vietose.

Įvairių programų, įstatymų, švietimo ir sveikatos politikos reformomis įmanoma bent minimaliai sumažinti ankstyvojo amžiaus vaikų raidos sutrikimus ar jų riziką. Kadangi yra vietovių, kuriose nėra ankstyvosios reabilitacijos tarnybų, tėvai nepajėgūs atvykti į jas, *dalį vaikų negauna specialistų pagalbos iki kol pradeda lankyti ugdymo įstaigą*. Mažesniuose rajonuose nėra

---

<sup>49</sup> „Asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarka“; „Specialiojo ugdymo skyrimo tvarka“; „Specialiųjų poreikių asmenų priėmimo į specialiojo ugdymo įstaigą tvarka“; „Moksleivių mokymo namuose organizavimo tvarka“; „Švietimo įstaigos specialiojo ugdymo komisijos sudarymo ir darbo organizavimo tvarka“; „Specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo specialiųjų poreikiu ikimokyklinio amžiaus vaikams namuose tvarka“ ir kt.

specialistų, teikiančių šią pagalbą. (pvz., Radviliškio raj.: Tyrulių ambulatorija, Grinkiškio ambulatorija ir kt.).

LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme (1996) 4 straipsnio bendrosiose vaiko teisių apsaugos nuostatose tvirtinama, kad kiekvienam vaikui - tiek iki gimimo, tiek ir po jo - turi būti garantuota galimybė būti sveikam ir normaliai vystytis fiziškai bei protišcai, o gimusiam vaikui - taip pat doroviškai ir dalyvauti visuomenės gyvenime; 8 straipsnyje aptariama vaiko teisė būti sveikam, kuri garantuojama:

- priemonėmis, leidžiančiomis sudaryti vaikui sveiką ir saugią aplinką;
- vaikų ir jų motinų (tėvų) sveikatos priežiūra;
- vaikų ligų profilaktika, kvalifikuota medicinos pagalba;
- tinkamos kokybės maisto produktų vaikams gaminiu;
- vaiko sveiko gyvenimo būdo ugdymu ( informacija, švietimu ir kt.);
- kitomis įstatymų nustatytais vaiko sveikatos apsaugos garantijomis bei lengvatomis.

*Atsižvelgiant į šias vaiko teises bei ankstyvosios pagalbos situaciją šalyje, galima manyti, kad jos yra nepakankamai tenkinamos tų vaikų, kurie gyvena vietovėse be ART ir specialistų, galinčių teikti šias paslaugas, kitų įstaigų (pvz., vaikų lopšelių darželių ir pan.), teikiančių ankstyvąją pagalbą, tėvai neišgali vežioti vaiko į miesto ART.*

LR Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo“ (2004) bendrųjų nuostatų 12 straipsnyje tvirtinama, kad visi neįgalieji turi teisę būti ugdomi, nesvarbu, koks jų neįgalumo ar darbingumo lygis. Neįgalieji ugdomi mokyklose ir kitose įstaigose, kuriose teikiamos ugdymo paslaugos, atsižvelgiant į jų specialiuosius ugdymosi poreikius, sugebėjimus ir fizinę bei psichinę būklę. Formaliai visi asmenys turi teisę būti ugdomi, bet realiai nevisi gali pasinaudoti šia teise.

1996 m. kovo 14 d priimtas Lietuvos Respublikos Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas įpareigoja *kiekvieną ugdymo įstaigą būti pasirengusiai priimti jos apylinkėje gyvenančius neįgalumo situacijoje esančius vaikus, o savivaldos institucijas užtikrinti galimybę tokiems vaikams specialiu transportu iš namų pasiekti ugdymo įstaigą. Įstatymas palankus tik ugdymo įstaigas pradėjusiems lankyti vaikams, jis ir jokie kiti įstatymai Lietuvoje nereglamentuoja ankstyvojo amžiaus vaikų patekimo į ART kelionių organizavimo.* Europos šalyse viena iš pagalbos rūšių ankstyvojo amžiaus vaikams bei jų tėvams yra pagalba namuose (*angl.* home supporting, home based programmes), kai specialistai atvyksta į namus ir skatina vaiko socialinius, emocinius, pažintinius gebėjimus artimiausioje vaiko aplinkoje. Literatūros duomenimis,<sup>50</sup> pagalba namuose padeda šeimoms įgyti vaikų auklėjimo kompetenciją ir taip skatinti vaiko raidą bei gerovę.

---

<sup>50</sup>The Department of Education and Early Childhood Development (DEECD). <http://www.education.vic.gov.au/default.htm>. (žiūrėta 2009- 02-04).

Ankstyvosios intervencijos vaikystėje tarnybos lavina, taiko terapijas, pataria, planuoja paslaugas ir jas koordinuoja, teikia paramą ir palaikymą, kad vaikas, turintis raidos sunkumų, ir jo šeima gautų paslaugas, kaip ir vaikai lankantys vaikų darželius. Ankstyvojo ugdymo programoje „Portage“ (1994)<sup>51</sup> pažymima, kad specialiai paruošti žmonės – namų konsultantai, lankydami tėvus namuose, moko juos lavinti savo vaikus, turinčius vystymosi sutrikimų. Ši programa yra plačiai naudojama Europos šalyse, pritaikoma prie kiekvienos šalies kultūrinio, ekonominio konteksto, tradicijų, vertybių ir pan. Programą plačiai taiko specialistai, teikiantys pagalbą namuose. Ji taikoma ir Lietuvoje, taip pat ir ART specialistų. Pagal šią programą tėvai gali lavinti vaikus ankstyvuojų, svarbiausiu jų raidos laikotarpiu. Naudodamiesi programa, specialistai gali subtiliai bendrauti su šeima, konsultuoti bei padėti namų konsultantams ir tėvams. „Portage“ programa padeda:

- įtraukti tėvus į vaiko ugdymą;
- grąžinti tėvams pasitikėjimą savo jėgomis;
- tapti jiems pagrindiniais asmenimis auklėjant ir lavinant savo vaikus;
- įtraukti tėvus į aktyvų bendradarbiavimą su švietimo institucijomis.

Pedagogas ar kitas specialistas-konsultantas, lankydamasis šeimoje, kurioje auga vaikas iki trejų metų, turėtų padėti tėvams bei globėjams įgyti būtinas ankstyvojo ugdymo kompetencijas, sudaryti sąlygas ugdytis tėvystės įgūdžius, įgyti pasitikėjimo savimi (Monkevičienė, 2001).

LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymo (2000) 3 priedas „Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) antrinio lygio ambulatorinių paslaugų indikacijos ir teikimo tvarkos“ apibrėžiama pagalbos tvarka namuose. Šio dokumento 14 straipsnyje konstatuojama, *kad specialistų apsilankymo namuose tikslas – namų aplinkos įvertinimas ir pritaikymas, šeimos emocinės būklės įvertinimas*. Į namus turėtų vykti ne mažiau kaip dviejų specialistų komanda. Teikiamos pagalbos namuose struktūra turi būti sudaryta ne tik iš vaiko specialiųjų poreikių identifikavimo, įvertinimo, t.y. turi būti ne tik vertinamoji informacija, o ir skatinančioji vaiko raidą. Vaiko raidos identifikavimas, šeimos emocinės būklės įvertinimas yra tik pagalbinės priemonės tolimesniam darbui, tolimesnės pagalbos teikimui. Mikulėnaitės ir Petruilytės (2007) duomenimis, *Lietuvoje vyraujantis pagalbos modelis specialiųjų poreikių turintiems vaikams ir jų tėvams – pagalbos teikimas centruose*. Autorių teigimu, *kiekviena tarnyba turi galimybes vykti į namus, bet dėl palyginti nedidelio paslaugos įkainio ir transporto problemų pagalba į namus yra ribota*. Valstybė, tobulindama sveikatos, švietimo politikos sistemą Lietuvoje, turi sudaryti palankias galimybes tėvams (globėjams) tinkamai pasirūpinti vaiku, teikti paramą, kad jie būtų

---

<sup>51</sup> Portage ankstyvojo ugdymo programa. (1994). Veiklos kortelės. Vilnius.

pajėgūs patys prisidėti prie ankstyvojo amžiaus vaikų poreikių tenkinimo visose jo raidos pakopose.

Mikulėnaitės ir Petrulytės atliktame tyrime (2003) Vaiko raidos centro ankstyvosios reabilitacijos skyriuje, teigiama, kad ankstyvojo amžiaus vaikų emocinei raidai skiriama per mažai dėmesio. Medicininės (etiologinės) diagnozės nustatymas pirmaisiais vaiko gyvenimo metais yra labai svarbus ir tėvams, ir specialistams. Tačiau ji, pasak tyrimo rezultatų, nustatoma tik daliai vaikų, todėl reabilitacija taikoma atsižvelgiant į vaiko funkcinę būklę. Autorių teigimu, didesnei daliai vaikų, kuriems naujagimystėje buvo adaptacinio laikotarpio sutrikimų, neurosensorinio dirglumo požymių, atsiranda ir emociniai raidos sutrikimai, kurie išryškėja antraisiais gyvenimo metais ir veikia vaiko bei šeimos socialinę adaptaciją. Pasak autorių, siekiant geresnės vaiko raidos ir elgesio sutrikimų prevencijos, būtina daugiau dėmesio skirti vaiko fiziologinio stabilumo problemoms spręsti, pediatrams bendradarbiauti su ankstyvosios reabilitacijos specialistų komanda, teikiant ankstyvąją pagalbą. Vietovėse, kuriose nėra ART, šios problemos gali būti neidentifikuojamos ankstyvajame amžiuje ir laiku nepradėta jų intervencija, o juo labiau prevencija.

Literatūros, tyrimų, dokumentų apžvalga bei preliminari situacijos analizė rodo, kad *kol kas ankstyvosios reabilitacijos paslaugų prieinamumas ne visiems vaikams ir jų šeimoms yra garantuojamas.*

### **1.5. Vaikų specialiųjų poreikių vertinimo ir tenkinimo pokyčiai**

Daugelyje šalių ankstyvoji kompleksinė pagalba, kurią teikia Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos, vadinama ankstyvąja intervencija vaikystėje (*angl. early childhood intervention*). Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros duomenimis (2006), *ankstyvosios intervencijos vaikystėje tikslas* – teikti pagalbą mažam vaikui, jį ugdančiai šeimai ir tarnyboms, susijusioms su vaiku ir šeima šiuo nepaprastai svarbiu vaiko gyvenimo laikotarpiu. Agentūros duomenimis, pagalba turi būti teikiama įprastoje vaikui aplinkoje, pageidautina, kad paslaugos būtų teikiamos tarnybų, veikiančių šeimos gyvenamojoje vietoje ir būtų nukreiptos į šeimos poreikius bei remtųsi multiprofesinės komandos darbo principu.

Kadangi ankstyvoji pagalba vaikui ir šeimai yra neatskiriama nuo ankstyvojo amžiaus specialiųjų poreikių vertinimo, tobulinant ankstyvąją intervenciją Lietuvoje, tikslinga aptarti ir šią sritį. Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaitoje (2005) atskleidžiama, kad įvairios šalys pradžioje akcentavo vaiko raidos sutrikimo diagnostavimą, sutrikusios raidos vaikų „normalizavimą“, buvo remiamasi griežtu medicininio požiūriu vertinant sutrikimą. Šiuo metu, kaip rodo Agentūros ataskaita, situacija Europos šalyse keičiasi. Vaiko pažinimas, vertinimas bei specialiųjų poreikių tenkinimas grindžiamas sistemine ekologine teorija. Ankstyvoji pagalba

orientuojama ne tik į vaiko specialiųjų poreikių tenkinimą, bet ir į jo šeimą, jos konsultavimą, paramą jiems, specialistų ir tėvų bendradarbiavimo kūrimą, įtraukiant šeimą, atsižvelgiant į vaiką supančią aplinką (Ališauskienė, 2007).

Ankstyvoji reabilitacija LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme (2000) apibrėžiama kaip kompleksinė pagalba šeimai, auginančiai vaiką su psichologinės ir socialinės raidos sutrikimais bei jų rizika, teikiama siekiant sumažinti neįgalumą ir padėti vaikui integruotis į visuomenę. Šiame dokumente akcentuojami tokie aspektai, kaip: ankstyvoji kompleksinė pagalba vaikui ir jo šeimai/globėjams, integracija į visuomenę ir švietimo sistemą, bendravimas su tėvais ir jų mokymas, atsižvelgimas į jų poreikius. Taigi, pamažu pereinama nuo klinikinio požiūrio, akcentuojančio, jog svarbiausia sutrikimo pažinimas, diagnozavimas, normalizavimas ir lavinimas bei pagalba tik vaikui, prie ekologinio, į šeimą ir aplinką orientuoto vaiko pažinimo požiūrio, vertinančio vaiką, kaip šeimos sistemos dalį, o aplinką, kaip sąveikaujančių individų, šeimų, institucijų sistemą (Ališauskienė, 2005).

Pastaruoju metu ir Lietuvoje, ir kitose šalyse diskutuojama apie skirtingus raidos ypatumų vertinimo ir vaikų, turinčių negalę, ugdymo modelius: *klinikinį korekcinį ir socialinį interakcinį* (Ruškus, 2001; Ališauskas, 2002). Ališauskas (2002) teigia, kad šiuose modeliuose operuojama skirtingais teoriniais konceptais, deklaruojamos skirtingos negalės koncepcijos, skirtingas individo vertinimo bei ugdymo(si) pobūdis. Atsižvelgiant į vaiko vertinamosios informacijos pozityvizmo ir negatyvizmo santykių vertinamuosiuose dokumentuose, galima pastebėti, kad kol kas labiau dominuoja negatyvi vertinamoji informacija. Ilgą laiką prioritetinga ankstyvosios reabilitacijos kryptis buvo sutrikimų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Atlikti tyrimai, pasak Ališausko (2007), leido identifikuoti psichopedagoginio vertinimo kokybiškos veiklos kriterijus, orientuotus ne į klinikinį, deficitinį, o į socialinį modelį, kurio taikymas, esant tokiems pat materialiniams ištekliams, leistų pagerinti vaikų ugdymo(si) aplinkos vertinimą bei ugdymo(si) poreikių vertinimą ir tenkinimą. Specialiojo ugdymo dalyviai pamažu bus priversti keisti ir gerinti psichopedagoginio vertinimo ir ugdymo(si) poreikių tenkinimo praktiką ugdymo įstaigose, pereiti prie demokratinio ugdymo principų, ugdymo proceso organizavimo sistemos, bendradarbiavimo su šeima metodų keitimo. Pasak Songailienės (2007), taikančios „Geros pradžios metodą“, tik įvertinę vaiko raidos pakopą, jo dabartinius pasiekimus, gebėjimus, žinodami jo poreikius, galime planuoti veiklą, kurti aplinką, pasirinkti tinkamiausias priemones, būdus ir metodus, siekti pažangos. Vertinimo esmė šiame kontekste - tikslingas ugdymo metodų ir būdų atrinkimas. Autorės teigimu (2007), svarbiausiomis vaiko pažangos ir pasiekimų vertinimo nuostatomis ir principais laikoma:

- vertinimas grindžiamas šiuolaikine ugdymo ir ugdymosi samprata, amžiaus tarpsnių psichologiniais ypatumais, vaiko poreikiais, individualiomis galiomis, gebėjimais;

- vertinant remiamasi gerai susiformavusiais gebėjimais ir siekiama ugdyti prasčiau susiformavusius gebėjimus;
- vertinama individuali kiekvieno vaiko pažanga, jo dabartiniai pasiekimai lyginami su ankstesniaisiais;
- remiamasi įvairiais vertinimo šaltiniais;
- atsižvelgiama į augimo, ugdymo bei ugdymosi sąlygas šeimoje.

LR Švietimo ir mokslo ministro, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme „Dėl Asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos“ (2000) nurodoma, kad *asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tikslas - nustatyti pagalbos ir paslaugų reikmes, siekiant sudaryti specialiųjų poreikių asmenims optimalias ugdymo ir ugdymosi sąlygas*. Vaiko raidos, gebėjimų įvertinimas yra instrumentas, padedantis organizuoti tolimesnį vaiko ugdymą, atsižvelgiant į jo galimybes, bet tai nėra pagrindinis tikslas.

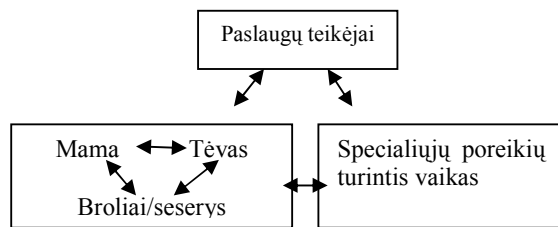
Lietuvos dokumentuose, reglamentuojančiuose vaiko specialųjį ugdymą, turėtų vyrauti sisteminis ekologinis vaiko pažinimo modelis, akcentuojantis ne tiek vaiko negalę, kiek specialiosios pedagoginės, psichologinės ir socialinės pagalbos vaikams ir jų tėvams teikimą, tiksliau apibrėžiant tėvų teises (kartu ir pareigas), labiau įgalinančias tėvus prisidėti prie vaiko specialiųjų poreikių tenkinimo.

### **1.6. Vaiko specialiųjų poreikių tenkinimas bendradarbiaujant su tėvais**

Naujausios Europos šalių ankstyvosios intervencijos idėjos, grindžiamos integracijos, įtraukimo, dalyvavimo ir orientacijos į vaiką šeimoje principais, daro įtaką šeimoms ir specialistams, dirbantiems su ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus specialiųjų poreikių vaikais. Specialiojo ugdymo sistemos pokyčiai bei juos reglamentuojantys teisiniai aktai ir dokumentai reikalauja naujų darbo būdų ne tik su vaikais, bet ir su šeimomis. Kaip viena iš prioritetinių darbo principų, metodų yra darbas komandoje, partnerystė. „Komanda – tai specialistų darbas kartu, noras dirbti ir siekti tikslų būnant grupės nariu, o ne individualiai“ (Kajokienė, Pūras, Lesinskienė ir kt., 2001, p.15). Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros duomenimis (2006), specialistai neturėtų veikti nesuderinę savo veiksmų, nežinoti apie teikiamų paslaugų įvairovę; jie turi dirbti drauge kaip daugiadisciplininės komandos nariai. Taip pat didele dalimi sutrikusio vystymosi vaikų ugdymo sėkmė priklauso nuo specialistų ir tėvų bendradarbiavimo (Ališauskienė, 2005; Mikulėnaitė, Grigelionienė ir kt., 2007).

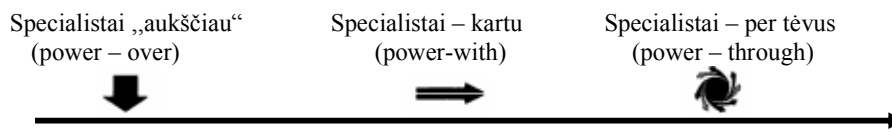
Kaip vienas iš specialistų ir tėvų partnerystės santykių palaikymo pavyzdžių, yra Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros (2006) nurodytas *Norvegijos „Tinklo kūrimo modelis“*,

kuriuo naudojamosi Skandinavijos šalyse. Šis modelis atskleidžia sisteminio ekologinio vaiko pažinimo bei ugdymo teoriją, ir grindžiamas įgalinimo principu: aplinka padeda tėvams įgyti daugiau kompetencijų, kad jie galėtų nuspręsti, koks būdas arba ugdymosi stilius jų vaikui yra veiksmingiausias. Vaiko raida nagrinėjama stebint ne tik vaiką, bet ir jo sąveiką su jį supančia platesne aplinka. Į tinklą susibūrusios grupės, specialistai, šeimos nariai ir kiti asmenys dirba drauge, intervencija vyksta kasdien skirtingose aplinkose. Kiekvienas suteikia galimybę vaikui kasdieniniame gyvenime įgyti žinių ir įgūdžių kas kart kitokiu būdu ir vis kitoje aplinkoje. Tinklo dalyviai reguliariai susitikinėja, aptaria, ką svarbaus yra pastebėję, ką jų nuomone, vaikas turėtų išmokti. Šioje sistemoje tėvai ir kiti artimieji tampa lygiateisiais ekspertais, patys aktyviai dalyvauja ugdymo procese, tampa vertintojais. Šis modelis unikalus tuo, kad tėvai kartu su specialistais dalinasi pareigomis, atsakomybe, visi ankstyvosios pagalbos teikimo procese dalyvaujantys asmenys turi vieną bendrą tikslą, kurio visi siekia, kartu pasidalina atsakomybe. Pagrindiniai veikėjų, svarbių ankstyvosios intervencijos procese, ryšiai atsispindi 2 paveiksle (pagal Brambring).<sup>52</sup>



2 pav. Pagrindiniai asmenys, dalyvaujantys AIV sistemoje. (M. Brambring, p.1)

Visi ankstyvosios intervencijos proceso dalyviai glaudžiai bendradarbiauja, tarp jų vyrauja lygiaverčiai santykiai. Bendradarbiavimo srityje idealus variantas turėtų būti pusiausvyra tarp profesionalų, turinčių žinių, patirtį ir informaciją ir šeimos norų nustatant pagalbos tikslus, turinį ir organizavimą (Bartkuvienė, Bikuličienė, ir kt. 2003). Turnbull, Turbiville (cit. Shonkoff, Meisels, 2000)<sup>53</sup> taip pat pabrėžia partnerystės svarbą AIV sistemoje. Partnerystė apibrėžiama kaip besitęsiantis procesas (žr. 3 pav.):



3 pav. Bendradarbiavimo raidos procesas (pagal Turnbull, Turbiville)

<sup>52</sup> Brambring, M., Rauh, H., Bellmann, A. Early Childhood Intervention. [http://books.google.lt/books?id=-ROwE6nHHF4C&dq=early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bl&ots=FpuelnOr-O&sig=EROzJx4BC8VwzTzo70afj6Nrkc&hl=lt&ei=Xam8SefLCYyLsAaNmfjoDg&sa=X&oi=book\\_result&resnum=4&ct=result#PPP1\\_M1](http://books.google.lt/books?id=-ROwE6nHHF4C&dq=early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bl&ots=FpuelnOr-O&sig=EROzJx4BC8VwzTzo70afj6Nrkc&hl=lt&ei=Xam8SefLCYyLsAaNmfjoDg&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPP1_M1) (žiūrėta 2009-03-18)

<sup>53</sup> Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. (2000). Handbook of Early Childhood Intervention. [http://books.google.lt/books?id=09xIdNrfKS0C&dq=handbook+of+early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bn&hl=lt&ei=rEK9SaqBKdeJsAbt7ojpDg&sa=X&oi=book\\_result&resnum=4&ct=result#PPP1\\_M1](http://books.google.lt/books?id=09xIdNrfKS0C&dq=handbook+of+early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bn&hl=lt&ei=rEK9SaqBKdeJsAbt7ojpDg&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPP1_M1). (žiūrėta 2009-03-18)



Šiame paveikslėlyje autoriai Turnbull, Turbiville (2000) bendradarbiavimą tarp specialistų ir tėvų atskleidė besireiškiantį skirtingomis formomis:

- Specialistai „aukščiau“ bendravimo tipui būdinga tai, kad tėvų ir specialistų partnerystė tradiciškai suprantama kaip dominuojančių, priklausomų pusių sąveika, kur specialistai ir užima šią dominuojančią rolę; jie kontroliuoja, teikia informaciją ir išmano, kokios pagalbos reikia šeimoms. Vyksta tėvų konsultavimas/psichoterapija ir tėvų mokymas.
- Į šeimą orientuota partnerystė vadinama „specialistai kartu“ tipu. Ši partnerystė vyksta, kai sprendimai priimami atsižvelgiant į lygią specialistų ir tėvų kompetenciją, specialistai gerbia tėvus, išklauso juos.
- „Specialistai per tėvus“ tipui būdinga tai, kad į pagalbos procesą įtraukiami ne tik tėvai, bet ir kiti šeimos nariai, draugai, bendruomenės gyventojai, taip pat ir specialistai. Šis tipas charakterizuojamas tokiomis sąvokomis: atvirumas, jautrumas, orumas, abipusė įtaka ir bendravimas.

Kadangi ankstyvojoje intervencijoje partnerystės ryšys suvokiamas kaip besitęsiantis procesas, kiekvienoje įstaigoje jis gali būti skirtingas. Vis labiau akcentuojamą partnerystės ryšį tarp specialistų ir tėvų atskleidžia ir Lietuvoje reglamentuojami įstatymai. Specialiojo ugdymo (1998) 33 straipsnyje pateikiamos tėvų teisės gauti ankstyvą (tik gimus vaikui) nuolatinę specialiąją pedagoginę, psichologinę, medicinos ir socialinę pagalbą gyvenamojoje vietoje; dalyvauti tėvų rengimo ugdyti specialiųjų poreikių vaiką kursuose; esant sunkumų dėl vaiko ugdymo, kreiptis į švietimo įstaigos specialiojo ugdymo komisiją ar pedagoginę psichologinę tarnybą; dalyvauti įvertinant vaiko specialiuosius ugdymosi poreikius ir gauti išsamią informaciją apie įvertinimo rezultatus; dalyvauti vaiko ugdymo procese; gauti informaciją apie savo vaiko ugdymą ir jo problemas iš švietimo įstaigų ir pedagoginių psichologinių tarnybų; teikti siūlymus pedagogams, ugdantiems vaiką, švietimo įstaigos vadovams koreguoti pedagoginį procesą.

Akcentuojant šeimų ir tarnybų bendradarbiavimą, svarbu suprasti, kad tai ilgas ir sudėtingas procesas: „šeimos ir specialistų susitikimas dažniausiai prasideda nuo *konsultacijos*, kuri gali peraugti į *bendravimą, šeimos įtraukimą, bendradarbiavimą komandoje ir partnerystę*“ (Ališauskienė, 2005, p.39). Tik partnerystėje, kaip aukščiausiam sąveikos lygmenyje, tarp specialistų ir tėvų galima tikėtis sulaukti geresnių rezultatų, veiksmingo specialiųjų vaiko poreikių tenkinimo kokybės efektyvumo. Tai taip pat susiję ir su specialistų bendravimu įstaigos viduje. Autorė pažymi, kad specialistų, užtikrinančių kokybišką paslaugų teikimą, pareiga – padėti tėvams pasijusti kompetentingiems ugdyti, padėti savo vaikui, įgalinti tėvus prisidėti prie vaikų ugdymo, taip užtikrinant pagalbos efektyvumą, partnerystės ryšį, pasitikėjimą vienas kitu.

Efektyvus specialistų ir šeimų bendradarbiavimas, visų pirma, priklauso nuo specialistų nuostatų, įsitikinimų apie šeimos vaidmenį ir veiksmingumą, bendravimo gebėjimus ir t.t. Specialistai, priimdami vaiką, tėvus, turi suprasti, kad jis yra pagalbos teikėjas, o vaikai, tėvai yra gavėjai, t.y. vartotojai. Ankstyvoji intervencija skiriama vaikui ir šeimai. Specialistai, bendraujantys su tėvais, turėtų suprasti, kad vaiko ankstyvajame amžiuje tėvai yra ypatingai jautrūs ir pažeidžiami dėl savo vaiko gerovės (Ališauskienė, 2005). Ne visada iškart įmanoma rasti su tėvais abipusį sutarimą, įgyti abipusį pasitikėjimą ir kompetencijų pripažinimą. Kajokienės, Pūro ir kt. duomenimis (2001), tėvai sužinoję, kad vaikas neatitinka jų susikurto paveikslo ir gal net turi specialiųjų poreikių, neišvengia psichologinės krizės ir turi ją išgyventi, pereiti visus jos etapus, patirti pačius įvairiausius jausmus: atmetimą, neigimą, pyktį, dar vėliau – kaltės jausmą ir t.t.

Nors kad ir kaip būtų diegiamos novatoriškos partnerystės idėjos, tėvai vis dar jaučiasi ribojami ir atitolę nuo ugdymo sistemos, teikiančios pagalbą jų vaikui: dažnai specialistai nelinkę išklausti šeimoms aktualių problemų, poreikių, tėvai eidami į susitikimus iš anksto priima pasyvaus stebėtojo ir klausytojo vaidmenį (Ališauskas, 2007).

Pagalba vaikui ir šeimai turėtų būti grindžiama *sisteminiu holistiniu požiūriu*, t.y. ugdymas ir pagalba pripažįstami vaiko aplinkoje ir atsižvelgiant į aplinką, pripažįstant tėvų kompetencijas (Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita, 2005; Ališauskienė, 2005). Ypač akcentuojamas šeimos įtraukimas į vaiko ugdymo procesą, kadangi mažas vaikas labiausiai susijęs su savo tėvais. Autoriai mini, kad tėvai turi būti vertinami kaip svarbūs ankstyvosios intervencijos partneriai, kad jie patys galėtų įsitikinti ir pasinaudoti savo galimybėmis ugdyti vaiką. Specialistų, kaip žinių ekspertų, ir tėvų, kaip kasdienio vaiko gyvenimo ekspertų, kooperacija laikoma esminiu veiklos principu. Ankstyvosios intervencijos tarnybų veikla turi būti planuojama, atliekama ir tobulinama kartu su šeimomis (Ališauskienė, 2005). „Svarbu išmanyti, kokios įvairių dalyvių pozicijos (lūkesčiai ir poreikiai) tuo pačiu klausimu, mokytis pažinti vieniems kitus analogiškų situacijų pagrindu“ (Ališauskas, 2007, p. 26).

## 2. ANKSTYVOSIOS PAGALBOS PRIEINAMUMAS. TYRIMO REZULTATAI

### 2.1. Tyrimo metodika

Siekiant kuo išsamiau atskleisti ankstyvosios intervencijos vaikystėje (AIV) sistemą Lietuvoje *pagalbos prieinamumo* aspektu, buvo remtasi įvairių specialistų požiūriu, atskleistos tobulintinos šios sistemos sritys, Lietuvos AIV situacija palyginta su kitų Europos šalių situacijomis. Tyrimas vykdytas trimis kryptimis:

- Siekiant kuo detaliau atskleisti AIV paslaugų teikimo procesą bei šio proceso sunkumus Lietuvoje, buvo pasirinktas *kokybinis tyrimas*, nes „kokybinis tyrimas yra suvokimo procesas, kuris grindžiamas individualiomis metodologinėmis žmonių socialinių problemų tyrimo tradicijomis. Tyrėjas sukonstruoja kompleksinį, holistinį paveikslą, analizuoja žodžius, išsamiai perduoda informantų požiūrius bei atlieka tyrimą natūralioje aplinkoje“ (Luobikienė, 2000, p. 98-144, 147-150). Tuo tikslu atlikta lyginamoji dokumentų turinio analizė. Išanalizuoti ir palyginti Lietuvos, Portugalijos, Vokietijos, Danijos ir Švedijos ankstyvosios intervencijos modeliai, remiantis Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita<sup>54</sup> ir šios agentūros ir projekto (2006) duomenimis.
- Taip pat informaciją papildė ir kiekybinis tyrimas. Buvo parengtas bei taikytas apklausos raštu metodas - *pusiau uždaro tipo anketa* Lietuvoje dirbantiems specialistams (N=100), teikiantiems ankstyvąją pagalbą sutrikusios raidos ar turintiems rizikos veiksnių vaikams ir jų tėvams. Anketą sudarė 23 klausimai (žr. 3 priedą). Atliekant anketinę apklausą ir rengiant anketas, pagrindinis dėmesys buvo centruotas į tai, kad gauti duomenys leistų įvertinti išsikeltus probleminius tyrimo klausimus. Anketinę apklausą sudaro tokie blokai: 1) demografiniai duomenys, t.y. bendra informacija (specialistų amžius, miestas, darbovietės pavadinimas, profesija, darbo stažas); 2) klausimų blokas, skirtas išsiaiškinti specialistų požiūrį į vaiko specialiųjų poreikių tenkinimą jų gyvenamojoje vietoje, t.y. į pagalbos prieinamumą, bei 3) klausimų blokas, skirtas išsiaiškinti specialistų lūkesčius apie ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą. Respondentai buvo prašomi pažymėti atsakymus, atitinkančius, jų manymu, realią situaciją; į kai kuriuos klausimus prašyta atsakyti išsamiau, t. y. pateikti komentarus. Tyrimas anketine apklausa vyko 2008 m. balandžio – spalio mėn. Iš viso respondentams išdalyta 200 anketų, grįžo 143 anketos, iš kurių 100 buvo užpildytos (anketų grįžtamumas 71,5%). Sudėtingiausia buvo surinkti anketas iš kaimo rajonuose dirbančių specialistų, pediatrų, dirbančių gydymo įstaigose, nes jų nėra daug, o ir pateikus anketas, į daugelį klausimų nebuvo atsakyta. Magistro darbo autorė specialiai vyko į rajonus, kuriuose nėra ankstyvosios reabilitacijos tarnybų ir apklausė įvairiose

<sup>54</sup> *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. (2005). Europos situacijos analizė. Ataskaita. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūra.

įstaigose dirbančius specialistus. Taip pat didelė dalis iš šių anketų (70 anketų, sugrįžo 29, iš jų 19 užpildyta) buvo išdalyta specialistams, atvykusiems į tarptautinę mokslinę konferenciją „Autizmas: kaip padėti vaikui ir šeimai“, kuri vyko 2008-09-10-11. Remiantis specialistų lūkesčiais, pasiūlymais, kaip tobulinti Lietuvos AIV, buvo parengtos rekomendacijos. (žr. 6 priedą).

- Galimybę pažinti tiriamą situaciją padėjo naudotas *pusiau struktūruotas interviu* žodžiu, kuris leido patikslinti anketinių apklausų metu gautus duomenis. Prieš tyrimą, respondentams buvo paaiškinta, kokių tikslų atliekamas tyrimas, kam ir kaip bus panaudota gauta informacija. Atsižvelgiant į interviu metodui keliamus reikalavimus, pokalbiai buvo įrašinėjami diktofonu. Tyrimas buvo vykdomas 2009m. sausio mėn. – 2009m. kovo mėn. Interviu dalyvavo: ART specialistai - socialinė pediatrė, kineziterapeutė; ligoninės specialistai/ pirminės sveikatos priežiūros įstaigų specialistai - kineziterapeutė, pediatrė; PSC specialistė – psichologė, priklausanti tai pačiai PSC institucijai; PPT specialistė - socialinė pedagogė.<sup>55</sup> *Interviu klausimai* buvo formuluojami, atsižvelgiant į išsikeltus tyrimo uždavinius bei probleminius klausimus. Taipogi buvo atsižvelgta ir į anketinių apklausų metu gautus duomenis. Išsamus interviu klausimynas pateiktas 5 priede.

Standartizuotu, 23 klausimų *atviro tipo interviu* raštu (4 priedas) apklausti 4 Airijos, Korko miesto, S. Juozapo įstaigos (Cork, St. Joseph's foundation) specialistai bei 2 specialistai iš Anglijos, Londono miesto (įstaigos pavadinimo specialistai nenurodė). Interviu buvo skirtas specialistams, teikiantiems ankstyvąją pagalbą specialiųjų poreikių turintiems vaikams bei jų tėvams (0-3 metų), tačiau tyrime dalyvavo specialistai, teikiantys paslaugas ir šiek tiek vyresniems (virš 4 metų) vaikams. Tyrimas atliktas 2009m. sausio mėn. – 2009m. kovo mėn. Specialistams buvo išsiųsti klausimai, į kuriuos jie turėjo atsakyti (žr.4 priedą).

**Duomenų analizės metodai.** Remiantis teorine problemos analize, taip pat pasitelkus duomenis, gautus pusiau uždaro tipo anketine apklausa bei interviu žodžiu ir raštu, atlikta *deskriptyvinė situacijos analizė*, padėjusi išanalizuoti ir nustatyti įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, veiklos ypatumus, problemas, su kuriomis susiduriama tenkinant vaikų specialiuosius poreikius ankstyvajame amžiuje. Tyrimo rezultatai išanalizuoti ir apibendrintai pateikti, išryškinus esmines ankstyvosios pagalbos charakteristikas prieinamumo požiūriu. Tyrimo duomenų grafinė analizė atlikta naudojantis – MS Office Excel 2007 kompiuterine programa. Duomenų analizei taikyta deskriptyvinė statistika, kurios pagalba apskaičiuoti dažniai (N), procentai (%), vidurkiai (M).

**Tyrimo imtis.** Tyrime dalyvavo 100 specialistų, dirbančių ankstyvosios intervencijos srityje Lietuvoje (dalyvavo anketinėje apklausoje); taip pat 12 specialistų, dirbančių ART bei kitose

---

<sup>55</sup> Interviu dalyvių pavardės, vardai ir kiti duomenys yra žinomi magistro darbo vadovei. Interviu dalyviai buvo pasirinkti kartu su magistro darbo vadove.

įstaigose (Lietuvoje, Anglijoje, Airijoje) ir teikiančių ankstyvąją pagalbą vaikams ir jų šeimoms, teikusių interviu žodžiu (N=6 iš Lietuvos) ir raštu (N=6 iš Airijos ir Anglijos). Interviu dalyviai tyrime laikomi savo srities ekspertais, nes visi dirba nuo tarnybų veiklos pradžios, yra baigę kvalifikacijos kėlimo kursų, dalyvavę moksliniuose tyrimuose, projektinėse veiklose.

## **2.2. Lyginamoji Europos šalių ankstyvosios intervencijos vaikystėje analizė**

Siekiant išsiaiškinti įvairių šalių ankstyvosios intervencijos vaikystėje panašumus ir skirtumus, buvo pasinaudota Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros ataskaita (2005) ir šio projekto (2006) duomenimis, analizei pasirinktos šios šalys: Lietuva, Portugalija, Vokietija, Danija ir Švedija (žr. 1 priedą). Analizuojant kiekvienos šalies AIV sistemą prieinamumo aspektu buvo kreiptas dėmesys į: vaikų amžių, nuo kada pradama teikti ankstyvąją pagalbą šeimai ir vaikui; specialių centrų, tarnybų, teikiančių ankstyvosios intervencijos paslaugas, įvairovę; finansinį prieinamumą; specialistų interdisciplininį darbą ir jų bendradarbiavimą; pagalbos/intervencijos specifiškumą. Išanalizavus duomenis pagal minėtus kriterijus, atsiskleidė tam tikros AIV sistemų tendencijos, skirtumai bei panašumai.

**Ankstyvoji pagalba, atsižvelgiant į vaiko amžių.** Visose pasirinktose šalyse ankstyvoji intervencija dar vadinama „*gyvenimo keliu/linija*“ ir teikiama vaikams nuo gimimo iki 6/7 metų. Pažintis su skirtingomis AIV sistemomis leido išskirti bendrą tendenciją, kad *kiekvienoje šalyje pagalba pradama teikti vaikams jau nuo gimimo.*

**AIV paslaugų įvairovė.** Kiekvienoje šalyje yra skirtinga, jų trukmė nevienoda, vyrauja skirtingas amžiaus tarpsnis, kai vaikas pereina iš vienos tarnybos į kitą. Visose analizuotose šalyse pirmosios įstaigos, besirūpinančios vaiko gerove, yra sveikatos apsaugos sistemai pavaldžios įstaigos (ligoninės, sveikatos centrai ir pan.). Pažymėtina, kad Lietuvoje, Danijoje ir Švedijoje pirmomis vaiko gyvenimo dienomis (0-1 metų) pagalba yra teikiama namuose, pirmieji specialistai besirūpinantys vaiko gerove yra: šeimos gydytojas/pediatras, medicinos seselė, kurie vaiką lanko namuose, gydymo įstaigoje. Švietimo sistemai pavaldžios įstaigos į pagalbą vaikui procesą kiekvienoje šalyje įsitraukia skirtingu vaiko amžiaus tarpsniu. Portugalijoje ir Danijoje jos jau minimos vaikui neturint net 1 metų, Švedijoje ji teikiama vaikui sulaukus 1 metų. Taip pat į AIV sistemą visais amžiaus tarpsniais įsitraukia ir socialinės apsaugos sistemos institucijos.

*Visoms analizuotoms šalims bendra tai, kad AIV paslaugų teikimo procese dalyvauja trijų žinybų (sveikatos, socialinės apsaugos ir švietimo) tarnybos, tačiau pastebėta ir esminių skirtumų. Skirtingose Europos šalyse yra įvairių paslaugų teikimo tipų ir tarnybų, visose yra AIV centrai, bet jų veikla ir sudėtis yra skirtinga. Visose tyrime analizuotose šalyse pirminę prevenciją užtikrina sveikatos priežiūros įstaigos, kurios dažniausiai veikia ligoninėse: tai reguliarus*

nėščiujų tikrinimas, pirminis vaiko raidos vertinimas, stebėjimas, specialiųjų poreikių tenkinimas. Kiekvienoje šalyje veikia įvairios tarnybos/paramos centrai, taip pat dalyvauja socialinės ir ugdymo tarnybos.

Atsižvelgiant į specialiųjų centrų ir tarnybų, teikiančių ankstyvosios intervencijos paslaugas, įvairovę, pastebėta, kad *Lietuvoje pagalbos ankstyvojo amžiaus vaikui įstaigų įvairovė nėra tokia didelė, kaip kitose šalyse*. Lietuvoje pagrindinė tarnyba, teikianti specialiąją pagalbą ankstyvajame vaiko amžiuje yra ankstyvosios reabilitacijos tarnyba (ART), *kitose šalyse vaikams ir tėvams yra suteikiama pasirinkimo galimybė*, nes yra net keletas tipų organizacijų, kurios teikia ankstyvąją pagalbą. Lietuvoje netolygus (tik miestuose veikiantis) 40 ART tinklas negali pakankamai užtikrinti visiems vaikams pagalbos artumo ir prieinamumo, tuo tarpu Vokietijoje AIV vaikams, turintiems negalę, pagalbą teikia per 1000 institucijų.<sup>56</sup> 2002m. 123 regioniniai AIV centrai sudarė gerai organizuotą ankstyvosios pagalbos tinklą, kurį lengvai galėjo pasiekti visi: nė vienas centras nebuvo toliau nei 10 km nuo bet kurios šeimos. Vokietijoje kiekvienoje federacijos dalyje vadovaujamosi skirtingomis AIV sistemomis, skiriasi jų struktūra, finansavimo sistema, infrastruktūra. Sistemą sudaro interdisciplininiai AIV centrai, socialiniai – pediatriiniai centrai, specialiojo ugdymo centrai, ugdymo ir pagalbos šeimai centrai. Pagalbos artumas ir prieinamumas Vokietijoje yra pakankamai garantuojamas, kad sėkmingai būtų tenkinami ankstyvieji vaiko bei jo šeimos specialieji poreikiai, bet *skirtingos sistemos gali būti suvokiamos kaip kliūtys, būtinas jų bendradarbiavimas, apmokėjimas, paslaugų teikimo kokybė visur turi būti vienoda*. Europos specialiojo ugdymo agentūros duomenimis (2006), apytikriai 80% visų 1-2 metų amžiaus Danijos vaikų lanko dienos centrus ar darželius, apie 95% visų 3 ir 6 metų vaikų lanko vaikų darželius. Taigi, beveik visi 1 ir 6 metų amžiaus vaikai lanko kokias nors ikimokyklinio ugdymo įstaigas, nors ikimokyklinis ugdymas nėra privalomas.

Kitose šalyse taip pat yra pakankamai gausus AIV tarnybų, centrų skaičius. Lietuvoje vaikams, gyvenantiems atokesniuose miesteliuose, kaimo vietovėse, nėra suteikta galimybė paslaugų artumui, o juo labiau ir įvairovei, pasirinkimo galimybei gauti paslaugas. Institucijų įvairovė, jų skaičius užtikrina pagalbos prieinamumo ir artumo principus, t.y. suteikia teisę paslaugas gauti kuo arčiau namų, be to kai kuriose šalyse paslaugos teikiamos ir namuose, *pvz.*: Bavarijoje AIV centrai 50% dirba ambulatoriškai, t.y. pagalba teikiama ir centruose, ir namuose.

*Taigi, ir paslaugų įvairovė, ir jų prieinamumas yra palankesnis kitose analizuotose šalyse nei Lietuvoje.*

---

<sup>56</sup> *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. (2005). Europos situacijos analizė. Ataskaita. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūra.

**AIV paslaugų finansinis prieinamumas.** Visose nagrinėtose šalyse AIV paslaugos šeimoms yra teikiama nemokamai arba už minimalų užmokestį per visuotinius fondus iš sveikatos, socialinių ar ugdymo sistemų, draudimo kompanijų ar kitų organizacijų. *Pvz.:* Lietuvoje šeimoms AIV yra nemokama (finansuojama iš ligonių kasų), Vokietijoje (Bavarijoje) AIV finansuoja vietinės valdžios, Bavarijos švietimo ministerijos ir Bavarijos reikalų ministerijos fondai. Kiekvienoje šalyje finansavimo sistemos skiriasi: Švedija yra padalyta į regionus ir turi 20 apygardų, kurias valdo tarybos. Jos atsakingos už nemokamas visiems vaikams ir jaunuoliams sveikatos bei stomatologijos paslaugas<sup>57</sup>. Šalyse šalia nemokamų paslaugų teikiamos ir privačios paslaugos, *pvz.*, Portugalijoje yra minimos privačios medicinos/psichosocialinės/specialiosios ar terapijos įstaigos, už kurių pagalbą apmoka šeima, kartais finansinė parama skiriama ir iš sveikatos ar socialinės apsaugos fondų.

**Specialistų interdisciplininis darbas ir bendradarbiavimas.** Penkių Europos šalių AIV situacijos analizė rodo, kad visose šalyse dirba kvalifikuotų, skirtingų profesijų specialistų komandos, kurios ugdo vaiką, tenkina vaiko specialiuosius poreikius, padeda įveikti raidos sunkumus. Pirmieji specialistai, kurie teikia pagalbą vaikui yra slaugės, gydytojai, akušerės (nuo gimimo ar dar prieš gimimą), psichoterapeutai, vėliau į AIV procesą įsitraukia ir logopedai, psichologai, specialieji pedagogai, socialiniai pedagogai ir kiti terapeutai. *Bavarijoje AIV centruose vidutiniškai dirba 12 specialistų komandos. Lietuvoje ART vidutiniškai dirba 7 skirtingų profesijų specialistai. Švedijoje AIV sistemoje dirba darbo terapeutai, Vokietijoje - ergoterapeutai. Lietuvos AIV dažniausiai tokie specialistai dirba tretinio lygio medicinos įstaigose. Visose šalyse pagalba orientuojama ne tik į vaiką, bet kartu ir į šeimą, jos poreikius, teikiant psichologinę, konsultacinę pagalbą. Kai kur steigiamos net specialios įstaigos (pvz.: Švedijoje – Mamos sveikatos priežiūros centrai, Vokietijoje - „Heilpeadagogic“ dienos priežiūros centrai, kuriuose teikiama parama ir tėvams). Kitos institucijos, kurios teikia specialiąją pagalbą, yra visose šalyse panašios - tai namai, ikimokyklinės įstaigos (darželiai ir juose veikiančios specialiosios grupės, kuriose ugdomi vaikai, turintys regos, klausos ar kitus sutrikimus). Visose tyrime analizuotose šalyse laikomasi *sisteminių ekologinių* nuostatų: akcentuojamas tėvų įtraukimas, dalyvavimas, parama, konsultacijos, vaiko, turinčio rizikos veiksnių ugdymas, atsižvelgiant ne tik į jo, bet ir į šeimos ypatumus, taip pat teikiama socialinė psichologinė pagalba šeimai (Ališauskienė, Mikalajūnienė ir kt., 2007). *Dokumento analizė rodo, kad Vokietijoje (ir kitose šalyse analogiškai) apibrėžiami į šeimą orientuoti tokie AIV kriterijai:**

- dialogas tarp tėvų ir ekspertų apie AIV pagalbos teikimą;

---

<sup>57</sup> Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros projekto ataskaita: „Ankstyvoji intervencija vaikystėje. Situacijos Europoje analizė“(2006). (žiūrėta 2009-01-10).

- tėvų konsultavimas apie vaiko raidą;
- plėtojamas vaiko ir tėvų ryšys;
- šeimos aplinkos kūrimas, skatinantis vaiko raidą;
- stiprinamos tėvų kompetencijos.

Bendradarbiavimas vyksta ne tik tarp specialistų ir tėvų, bet ir tarp skirtingų įstaigų specialistų. Švedijoje yra minimi Bendruomeninės valstybinės švietimo įstaigos, kurios teikia konsultacijas ir tėvams, ir įstaigų pedagogams. Švedijos specialiųjų poreikių ugdymo institute konsultuojami ne tik tėvai, bet ir pedagogai, esant poreikiui, yra teikiama pagalba priešmokyklinių įstaigų pedagogams. Danijoje, veikia pedagoginės psichologinės konsultacinės įstaigos (panašiai kaip Lietuvos pedagoginės psichologinės tarnybos).

**AIV sistemų savitumas šalyse.** Visose tyrime analizuotose šalyse pripažįstama, kad AIV – svarbi pagalbos sistema, leidžianti paremti ir įgalinti vaiką bei jo šeimą, kurti darnią ir inkluzinę visuomenę. Nors visose šalyse ugdymo praktika grindžiama *ekologiniu – sisteminiu modeliu*, bet įgyvendinama skirtingai. *Vokietijoje veikiančios interdisciplininiai centrai ypatingą dėmesį skiria: neišnešiotiems kūdikiams, vaikams su raidos sutrikimais; turintiems kompleksinę negalę; elgesio problemų; mokymosi sunkumų; augantiems asocialiose šeimose ir pan. Tokie centrai nustato problemą, lavina, ugdo ir siekia, kad vaikas turėtų galimybę vystytis, remiantis stipriosiomis pusėmis; vaikas galėtų atskleisti savo gebėjimus; būtų stabdomos tolimesnės problemos, užtikrinamos integracijos sąlygos.*

*Lietuvoje* veikiančios ART bei ugdymo įstaigos tenkina specialiuosius vaiko poreikius, ir laikosi panašių darbo principų kaip ir kitose šalyse. Švedijoje seniai sukurta aiški AIV įstatyminė bazė: Mokyklinis įstatymas (1995), Sveikatos ir medicinos įstatyminis aktas (1982), Socialinės gerovės aktas (2001). *Švedijos Nacionalinės sveikatos ir gerovės valdybos (1981) nustatyti tikslai yra: a) sumažinti vaikų mirtingumą, ligas ir negales; b) sumažinti vaikams ir tėvams žalingą įtaką; c) remti ir skatinti tėvus kurti pozityvią aplinką savo vaikams.*

*Portugalijoje pagrindinėmis AIV kryptimis laikoma: tėvų įtraukimas (aktyvus tėvų dalyvavimas ir sprendimų priėmimas); visapusiškas ir interdisciplininis požiūris; aiškus finansavimo ir žmogiškųjų išteklių paskirstymas; komandinis darbas ir jo koordinavimas; individualus pagalbos planas; natūralus kontekstas; bendradarbiavimas tarp vietinių tarnybų ir turimų išteklių optimizavimas (formali ir neformali parama).*

*Vokietijoje AIV laikomasi tokių veiklos principų: holistinio požiūrio; į šeimą orientuotos pagalbos; interdisciplininio grupinio darbo; regioninės ir mobilios pagalbos; socialinės inkluzijos.*

Kiekvienoje šalyje vyrauja skirtingos, savitos sistemos, todėl kiekvienoje jų yra ir tobulintinų sričių (žr. 2 priedas, 2 lentelė).



*Analizuojant ir lyginant AIV sistemas šalyse, buvo išskirti šie svarbiausi šalių akcentai:*

- visose 5 – iose šalyse AIV paslaugų prieinamumas yra laikomas prioritetu;
- užtikrinamas finansinis paslaugų prieinamumas: paslaugos teikiamos nemokamai arba už minimalų mokestį;
- paramą vaikams ir jų šeimoms teikia kvalifikuoti įvairių sričių specialistai;
- įvairi specialistų pagalba teikiama komandose (pediatrai, psychologai, psichoterapeutai, logopedai, specialieji pedagogai, socialiniai pedagogai, kineziterapeutai, darbo terapeutai ir kt.);
- atsižvelgiama į šeimos poreikius;
- visose šalyse vyksta dalinė (vaikai ugdomi specialiose grupėse, klasėse integruotose į bendrojo lavinimo ugdymo įstaigas), arba visiška ankstyvojo amžiaus vaikų integracija į ugdymo įstaigas (specialiųjų poreikių turintys vaikai ugdomi kartu su sveikaisiais).

Šis pavyzdžių pateikimas leido trumpai atskleisti pagrindinius AIV požymius, šalių AIV paslaugų teikimo ir organizavimo sistemą, pagrindines charakteristikas, stipriąsias puses ir veiklos sritis, kurios turėtų būti tobulinamos, atsižvelgiant į kiekvienos šalies situaciją. *Galima daryti išvadą, kad Lietuvos, Prancūzijos, Vokietijos, Danijos ir Švedijos ankstyvosios intervencijos vaikystėje pagalbos skirtumai nežymūs, daugiau galima kalbėti apie panašumus. Pagalba pagrįsta ir atitinka humanistinę požiūrį į ugdymą ir neįgalų vaiką. Visoje sveikatos - socialinėje - ugdymo sistemoje atsispindi pagalbos vaikui ir šeimai tęstinumas, tenkinantis vaiko specifinius ugdymosi poreikius.*

*Viena iš Lietuvoje tobulintinų sričių yra tai, kad žymiai labiau AIV turėtų orientuotis ne tik į vaiką, bet ir šeimą, kaip yra kitose Europos šalyse. Kol kas Lietuvoje pagalba labiau orientuota į vaiką. Taip pat kitose šalyse akcentuojama, kad teikti paramą reikia natūralioje vaiko aplinkoje, vietiniu lygmeniu, remiantis į šeimą orientuotu požiūriu, pagalbą teikiant ir namuose. Lietuvoje pagalba namuose yra plėtojama vaikui pradėjus lankyti mokyklą.*

Vokietijoje egzistuojančios AIV įstaigos yra išsikūrusios ne toliau nei 10 km nuo kiekvienos šeimos. Lietuvoje beveik 40 veikiančių ART tarnybų negali užtikrinti paslaugų artumo ir prieinamumo kiekvienam vaikui. Taigi, *Lietuvoje, lyginant su kitomis šalimis, paslaugų artumas bei prieinamumas vaikui nėra pakankamas. Pagalba sunkiai prieinama šeimoms, kurios gyvena nuo rajono centrų nutolusiose gyvenvietėse.*

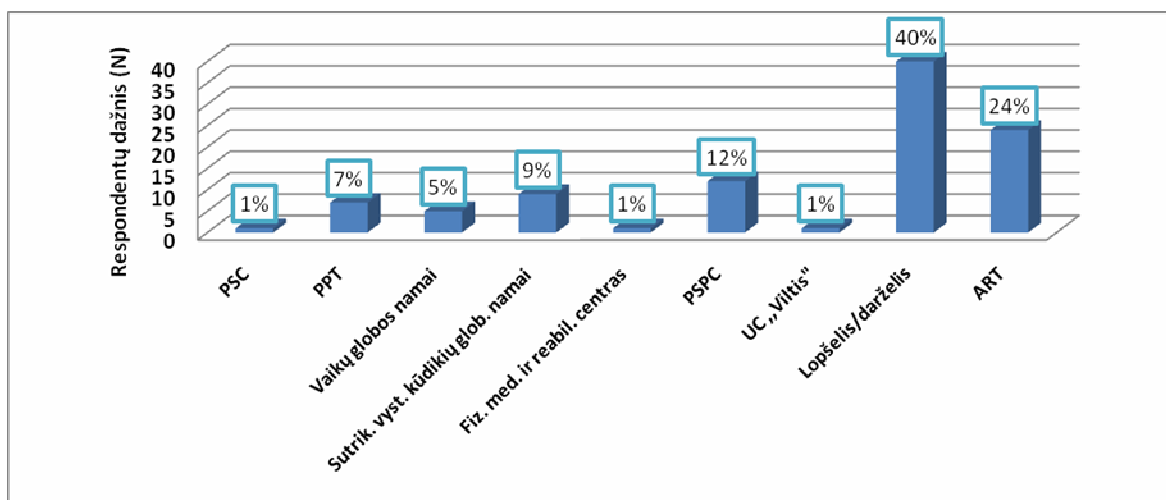
Kiekviena šalis, taip pat ir Lietuva susiduria su tam tikromis problemomis ankstyvosios intervencijos organizacinėje sistemoje. Problemos skiriasi priklausomai nuo tos šalies ekonominių, demografinių ir kitų sąlygų.

## 2.3. Ankstyvosios pagalbos prieinamumas specialistų požiūriu

### 2.3.1. Specialistų nuomonių analizė. Anketinės apklausos rezultatai

Siekiant išsiaiškinti, kaip specialistai, dirbantys su ankstyvojo amžiaus vaikais, vertina pagalbos vaikui ir šeimai prieinamumą, taikytas anketavimo raštu metodas, apklausta 100 specialistų.

**Demografiniai duomenys.** Kadangi buvo taikyta pusiau atsitiktinė klasterinė tyrimo dalyvių atranka, respondentų pasiskirstymas pagal geografinę Lietuvos padėtį yra platus. Penkių didžiųjų Lietuvos miestų (iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio) specialistai sudarė daugiau nei pusę (51%) visų apklaustųjų; iš jų 30% sudarė specialistai iš Šiaulių m. Respondentų pasiskirstymas pagal institucijas, pateikiamas 4 paveikslėlyje.



4 pav. Specialistų pasiskirstymas pagal institucijas, %

Kadangi, ankstyvosios reabilitacijos tarnybose, vaikų lopšeliuose – darželiuose, pedagoginėse psichologinėse tarnybose specialistai daugiausia dirba komandos principu, todėl atsakymų gauta net iš kelių specialistų, dirbančių toje pačioje įstaigoje. Iš rajonų, kuriuose ankstyvosios reabilitacijos tarnybų nėra arba pagalba teikiama minimaliai, nes nėra specialistų (PSPC), trūksta komandinio darbo, užpildytų anketų mažiau. Didesnis sugrąžintų užpildytų anketų skaičius atspindi realią ankstyvosios intervencijos situaciją: *kaimo vietovėse nėra tiek daug įstaigų bei specialistų, teikiančių ankstyvąją pagalbą.*

Respondentais pasirinkti specialistai: apylinkės pediatrai, bendrosios praktikos gydytojai, vaikų neurologai, specialieji pedagogai, logopedai, kineziterapeutai, psichologai, auklėtojai, socialiniai darbuotojai/ socialiniai pedagogai, teikiantys ankstyvąją pagalbą sutrikusios raidos ar turintiems rizikos veiksnių vaikams bei jų tėvams.

Tyrimo dalyvavo daugiausiai logopedų (35%), kineziterapeutų (19%) ir auklėtojų (17%). Įprastai įstaigose šių specialistų būna daugiau nei kitų.

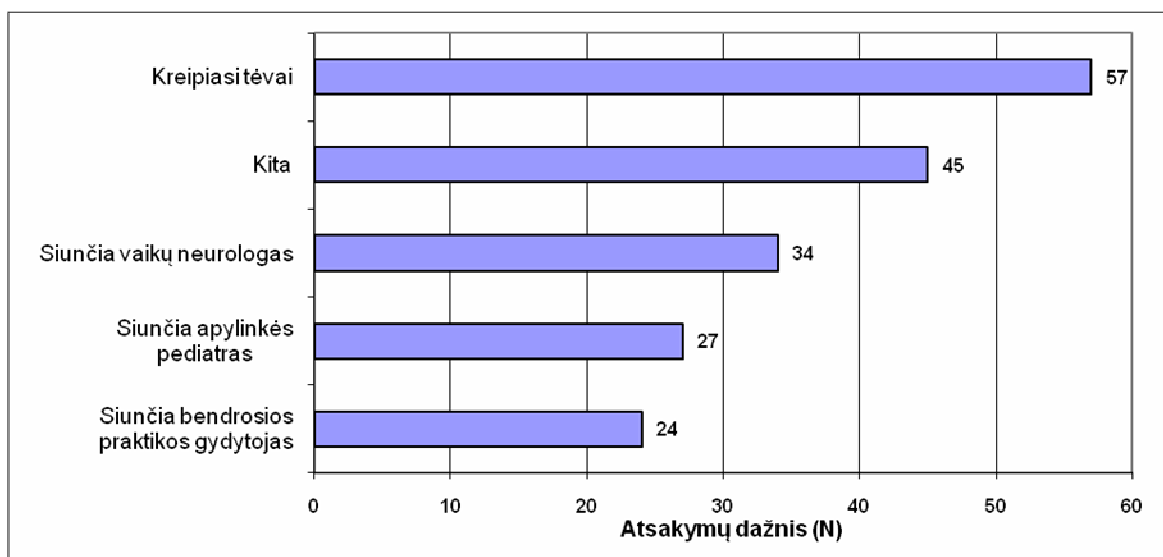
Taip pat vyrauja toks specialistų pasiskirstymas pagal amžių: daugiausia 23-30 metų ir 31-40 metų respondentų; mažiausia - 61 bei vyresnių. Kadangi vyresnio amžiaus specialistų buvo

mažiausiai, atitinkamai didžiausią darbo stažą turinčių specialistų buvo vos keletas (8%). Dominavo respondentai, turintys nuo 5 iki 10 metų darbo stažą (24%).

Iš gautų rezultatų matyti, kad respondentų pasiskirstymas pagal geografinę padėtį, amžių, specialybę bei darbo praktiką yra įvairus.

**Specialistų požiūris į vaiko specialiųjų poreikių tenkinimą jų gyvenamoje vietoje.** Šiuo klausimų bloku siekta išsiaiškinti, kokia ankstyvosios intervencijos situacija vyrauja Lietuvoje, ką apie tai mano Lietuvos specialistai.

• Į klausimą, koku būdu vaikai patenka pas specialistus, buvo galima atsakyti keliais variantais. Gauti specialistų atsakymai pateikti 5 paveikslėlyje:



5 pav. Ankstyvojo amžiaus vaikų patekimo pas specialistus būdai

Išanalizavus bei įvertinus specialistų nuomonę, išryškėjo keletas tendencijų, atskleidžiančių ne tik vaikų patekimo pas specialistą kelią, bet ir specialistų bendradarbiavimą su kolegomis įstaigoje, taip pat kitomis įstaigomis. Respondentų nuomonė liudija, kad į ART vaikus dažniausiai atveda tėvai, susirūpinę vaiko raida, taip pat nukreipia pediatras, neurologas ar bendrosios praktikos gydytojas. Į tarnybą gali siųsti ir kineziterapeutai, chirurgai bei ortopedai. Visi nurodyti specialistai yra informuoti apie kitų veiklą ir gali bendradarbiauti tarpusavyje. Fizinės reabilitacijos darbuotojai suteikia pagalbą vaikams, kuriuos dažniausiai atveda patys tėvai, pastebėję vaiko raidos problemas. Taip pat pas šį specialistą vaikus siunčia pediatrai, bendrosios praktikos gydytojai bei neurologai.

• Rezultatai parodė, kad į PPT vaikus dažniausiai atveda tėvai arba nukreipia įstaigos specialiojo ugdymo komisija (SUK), gali nukreipti bendrosios praktikos gydytojai, pediatrai, ART ir net socialiniai pedagogai/ darbuotojai. Čia atsiskleidžia tarpinstitucinis formalusis bendravimas, kuris vyksta ir tarp kitų įstaigų. Lopšelių/darželių specialistų teigimu, pas juos vaikus dažniausiai

atveda tėvai, nors taip pat dažnai nukreipia PPT, neurologai ar bendrosios praktikos gydytojai bei pediatrai. Į kūdikių namus, respondentų duomenimis, vaikus dažniausiai atveža policija bei socialiniai, vaikų teisių apsaugos darbuotojai. Taip pat dažnai juos ten atveža patys tėvai ar kiti giminaičiai. Į ugdymo centrą „Viltis“ savo atžalas atveda tėvai. Rajonuose, kuriuose nėra ART, į PSPC ir rajonų ambulatorijas dažniausiai nukreipia šeimos gydytojai, pediatrai, neurologai.

Didelę dalį respondentų pasirinkimų sudaro ir kiti vaikų patekimo pas specialistą būdai: parašo rekomendacijas PPT arba prieš tai lankyta įstaiga; siunčia vaikų teisių apsaugos specialistai; siunčia reabilitologas; darželyje logopedai patys įvertina, kam reikalinga pagalba ir, gavę tėvų sutikimą, teikia ją; atimamos/ribojamos teisės tėvams globoti vaiką; atsisako tėvai; siunčia ART specialistai arba ugdymo įstaigos SUK; siunčia ortopedas; chirurgas; atveda kiti giminaičiai; nukreipia socialiniai pedagogai ar mokytojai. Kiekvienoje įstaigoje vaiko patekimo kelias pas atitinkamą specialistą vis kitoks. Specialistas, dirbantis PSPC, pažymėjo, kad jam vaikus nukreipia PPT specialistai. Įstatymuose nėra reglamentuojama, kad PPT specialistai vaikus nukreiptų į medicininę įstaigą. Suprantama, tai įmanoma, jei nedidelėje vietovėje, kurioje įsisteigė PPT, nėra tam tikro specialisto ir abi šios įstaigos bendradarbiauja.

Logopedai, dirbantys lopšeliuose/darželiuose, nurodė, kad tėvai kreipiasi patys arba vaikus nukreipia PPT; kitų galimų variantų nenurodė. Tik keleto logopedų teigimu, kiti kolegos, pastebėję vaiko sutrikimus, kreipiasi į juos; logopedai patys įvertina, ar vaikui reikia pagalbos.

*Iš gautų atsakymų matyti, kad be sveikatos ir ugdymo institucijų, AIV dar dalyvauja ir socialinei apsaugai pavaldžios institucijos (pvz., kai vaiko atsisako tėvai, jiems ribojama teisė auginti vaikus ir pan.). Apibendrinus respondentų atsakymus šiuo klausimu, matyti, kad dažniausiai savo vaikais rūpinasi tėvai, kreipiasi į reikiamus specialistus. Taip pat dažnai vaikus į ART siunčia pediatrai, šeimos gydytojai, neurologai.*

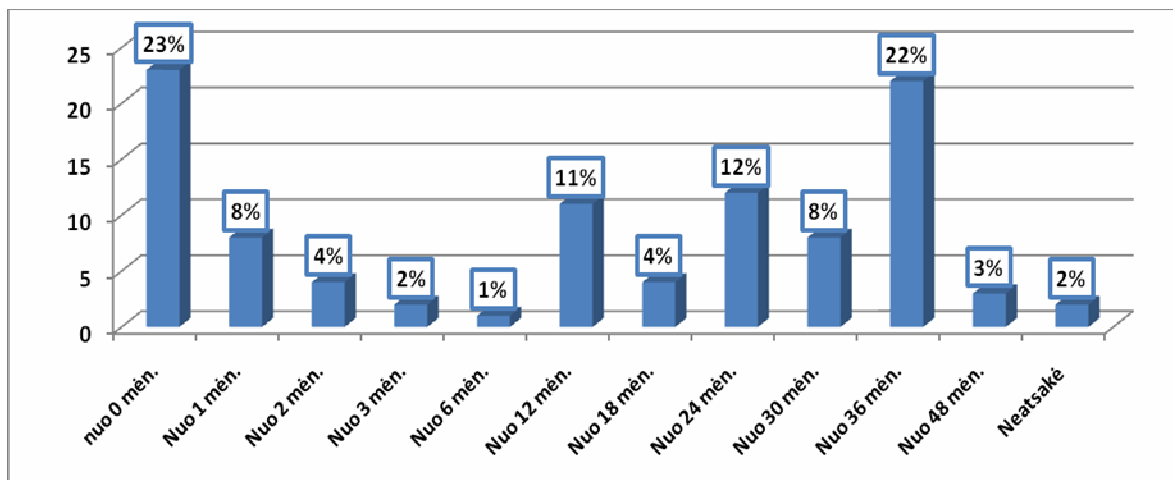
• Nors įstatymuose, reglamentuojančiuose vaikų specialųjį ugdymą, yra pažymėta, kokia įstaiga teikia specialųjį ugdymą skirtingu vaiko amžiaus tarpsniu, apklausa leido patikslinti turimą informaciją. Atsakymai, nuo kokio amžiaus vaikai patenka į atitinkamas įstaigas ir gauna pagalbą, atsispindi 1 lentelėje.

**1 lentelė**

**AIV įstaigose vaikų pasiskirstymas pagal amžių**

<b>Įstaigos</b>	<b>Vaiko amžius</b>	<b>Vaiko amžius</b>	<b>Vaiko amžius</b>
Lopšeliai/darželiai	nuo 1,5 metų	nuo 2-3 metų	nuo 3-4 metų
PPT	nuo 3 metų		
PSPC, rajonų ambulatorijos	nuo gimimo		
ART	nuo gimimo	nuo 4 metų	
Fizinės medicinos ir reabilitacijos centras	nuo 2 mėnesių		
Vilniaus ugdymo centras „Viltis“	nuo 3 metų		
Sutrikusio vystymosi kūdikių namai	nuo gimimo		
Vaikų globos namai	nuo gimimo		

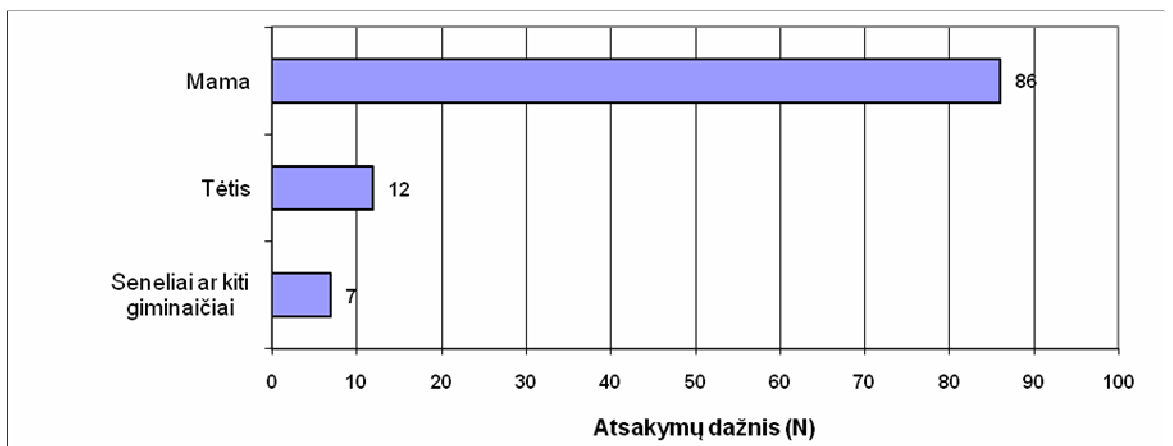
Pateikti duomenys rodo, kur ir kada pradedama teikti ankstyvoji pagalba vaikams. Kai kuriuose darželiuose ankstyvoji specialioji pagalba yra teikiama vaikams nuo 1,5 - 2 metų. Kitiems vaikams, nors ir reikalinga specialioji pagalba, VLD ji teikiama vaikui sulaukus 3-4 metų. ART specialistai dirba komandos principu, todėl vieni dirba su vaikais nuo gimimo, kiti tęsia darbą su 4-7 metų vaikais. Išsamesnė informacija pateikta 6 paveiksle.



6 pav. Ankstyvosios pagalbos prieinamumas institucijose pagal vaiko amžių, %

Dažniausiai vaikams pagalba pradedama teikti jau nuo pat gimimo; ją dažniausiai teikia ART, PSPC ir kitos medicinos institucijoms pavaldžios įstaigos (1 lentelė). Ketvirtadalis specialistų nurodė, kad pagalba vaikams teikiama nuo gimimo; kita panaši dalis – nuo 3 metų, kai į specialiosios pagalbos procesą įsitraukia ir švietimo įstaigos.

• Į ART, ikimokyklinės ugdymo, PPT ir kitas įstaigas vaikus daugiausiai atveda mamos. Kartais vaikus atveda ir tėvas ar kiti šeimos giminaičiai. Tai parodo 7 paveikslėlis:



7 pav. Šeimos narių dalyvavimas AIV

Tyrimo rezultatai liudija, jog *mamos labiausiai dalyvauja tenkinant vaiko specialiuosius poreikius. Tikėtina, jog kitų šeimos narių aktyvesnis dalyvavimas, siekiant užsibrėžtų tikslų, padėtų dar geriau tenkinti vaiko poreikius.*

Kaip rodo specialistų nuomonių analizė, tėvų noras eiti pas specialistus bei požiūris į bendradarbiavimą yra skirtingas; jį lemia šeimos narių asmeninės charakteristikos ir patirtis, kitos aplinkybės, taip pat ir veiksniai, susiję su specialistais, teikiama pagalba ir pan. Specialistai, kalbėdami apie tėvų norą dalyvauti (*pvz., augančio vaiko kūdikių namuose*) ugdymo procese, teigia, kad *tėvai ateina todėl, kad, nelankant vaiko, jis gali būti įvaikintas kitos šeimos. Kiti iš vis neina, nes pamiršta lankyti savo vaikus, jis jiems nerūpi.* Kitose įstaigose tėvų požiūris, anot specialistų atsakymų, įvairus. Specialistų atsakymus iliustruoja 2 lentelė:

**2 lentelė**

**Tėvų (ne)norą lankytis pas specialistus motyvai**

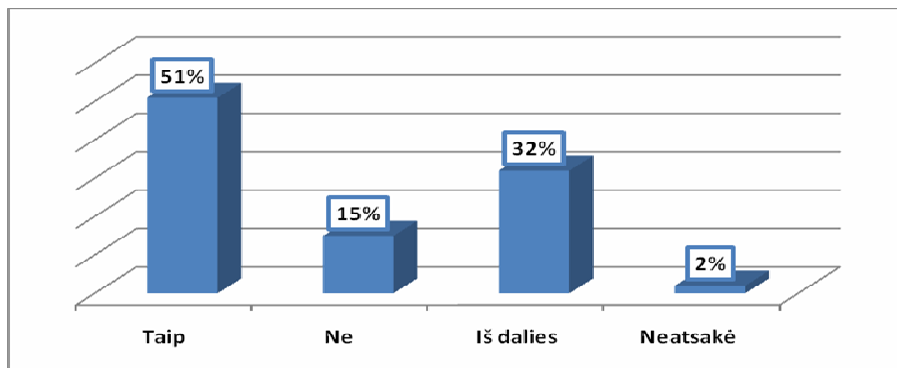
<b>Tėvų noro eiti pas specialistus motyvai</b>	<b>Tėvų nenoro eiti pas specialistus priežastys</b>	<b>Tėvų noro eiti pas specialistą sąlyginiai motyvai</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaikų turinčių raidos sutrikimus yra daugiau, nei būtų galima suteikti pagalbą iš karto, tėvai patys kreipiasi, tikėdamiesi kuo ankstesnės pagalbos;</li> <li>• Tėvai suinteresuoti sklandžia vaiko raida ir sutrikimų išsiaiškinimu bei specialiaja pagalba.</li> <li>• Tėvai nori pamatyti vykstantį darbą, pasikonsultuoti su specialistais, pasimokyti iš jų;</li> <li>• Pratybos, kurias skiria specialistai, patinka vaikui.</li> <li>• Tėvai mato lankymosi tikslą, prasmę;</li> <li>• Suteikiama informacija ir darbas atitinka tėvų lūkesčius;</li> <li>• Vaikas gauna įvairiapusę kvalifikuotą specialistų pagalbą;</li> <li>• Tėvai ir jų vaikai yra gerbiami;</li> <li>• Tėvai pastebi pokyčius vaiko raidoje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne visi tėvai išvelgia vaiko raidos nesklaidumus, laukia kol vaikas „išaugs“</li> <li>• Tėvams sunku pripažinti, jog jų vaikas turi specialiųjų ugdymosi poreikių;</li> <li>• Sunku suderinti vaikų ugdymą, bendradarbiavimą su specialistais su tėvų užimtumu;</li> <li>• Tėvams nėra įdomus darbo procesas, jiems rūpi tik rezultatai;</li> <li>• Kartais nėra sąlygų atvežti vaiko pas specialistą dėl prasto susisiekimo;</li> <li>• Tėvai nesupranta specialistų darbo specifikos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tėvams reikalingi vaiko raidos įvertinimo dokumentai;</li> <li>• Specialistai liepia lankyti;</li> <li>• Tėvai priversti eiti pas specialistą (jaučia sąžinės graužatį, jaučia pareigą, gavę gydytojo siuntimą);</li> <li>• Tėvai veda vaiką, nes „vaikai patys negali ateiti“.</li> </ul>

Tėvų noras kreiptis į specialistus dėl pagalbos vaikui skirtingas. Vyraujanti specialistų nuomonė apie tėvų norą bendradarbiauti yra teigiama. Specialistų pasisakymai apie tėvų nenoro lankytis pas juos priežastis, atskleidžia problemas, kurias išsprendus, tobulėtų specialiųjų vaiko ugdymosi poreikių tenkinimo veiksmingumas, jo kokybė partnerystėje su tėvais. Vis dėlto, specialistų požiūriai yra subjektyvūs. Specialistai atsakingi už savo darbo kokybę, veiksmingumą, išvelgdami tėvų nenoro lankytis pas juos priežastis, turi patys ieškoti būdų, kurie užtikrintų tinkamą pagalbą.

• Tyrimas parodė, kad beveik visi respondentai ankstyvąją pagalbą vertina teigiamai (90%). Kai kurie jų argumentuotai nurodė AIV svarbą: *Kuo anksčiau pagalba suteikiama, tuo didesnė*

tikimybė, kad jos nebereiks ateityje, ar reikės tik iš dalies; Tai labai svarbus procesas vaiko raidoje. Kol kas tėvai nelinkę to suprasti, laikosi nuomonės, kad broliams, seserims buvo viskas gerai, išaugs ir šis vaikas. Ne visada taip būna; Ankstyvajame amžiuje galima pastebėti vaikų silpnąsias puses ir užkirsti kelią ligai. Svarbu, kad specialistai, teikiantys ankstyvąją pagalbą, suvoktų jos svarbą tolimesnei vaiko raidai, tikėtų savo darbo veiksmingumu.

- Į klausimą, kaip specialistai vertina, ar jų rajone, pakankamai yra tenkinami vaiko ir jo šeimos specialieji poreikiai, specialistai atsakė įvairiai (8 pav.).



8 pav. Vaiko specialiųjų poreikių tenkinimas gyvenamojoje vietovėje,%

Pusė respondentų nurodė, jog vaikų specialieji poreikiai rajone yra tenkinami gerai (51 %); trečdalis nuomone, specialieji poreikiai tenkinami tik iš dalies, likusieji neigiamai įvertino pagalbos teikimą rajone. Kai kurie specialistai argumentavo savo nuomonę (3 lentelė).

3 lentelė

### Vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas rajonuose

Vaiko ankstyvieji specialieji poreikiai tenkinami nepakankamai	Vaiko ankstyvieji specialieji poreikiai tenkinami
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nėra komandinio darbo įstaigoje;</li> <li>• Nėra bendradarbiavimo tarp įstaigų; *</li> <li>• Transporto stygius: tolimesniuose rajonuose gyvenantys vaikai negali atvykti į ART, ikimokyklinės ugdymo įstaigas, tėvai neišgali patys vežioti;</li> <li>• Trūksta informacijos, kur galima gauti reikiamą pagalbą;</li> <li>• PSPC nėra kūdikiams skirto kineziterapeuto, logopedo.</li> <li>• Lopšeliai/darželiai negauna duomenų apie vaiko specialiuosius poreikius iš ART;</li> <li>• Tėvų mažas informuotumas, abejingumas, nepakankamas įsitraukimas į darbo procesą;</li> <li>• Trūksta AIV įstaigų, specialistų; *</li> <li>• Vaikai, gyvenantys atokesnėse vietovėse, ne visada gali gauti reikiamos pagalbos; *</li> <li>• Ikimokyklinėse įstaigose nėra psichologų, socialinių pedagogų, kineziterapeutų, specialiųjų pedagogų; *</li> <li>• Tėvai sunkiai priima vaiko diagnozę, nėra iš anksto supažindinami su pagalbos gavimo būdais;</li> <li>• Užsiėmimų skaičius ART yra ribotas, kai kuriems vaikams neužtenka; *</li> <li>• Paslaugos mokamos; *</li> <li>• Trūksta patalpų;</li> <li>• Trūksta valdžios supratimo;</li> <li>• Susidaro laukiančiųjų eilės;</li> <li>• Rajone nėra ART. *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yra pagalbos tęstinumas: pagalba teikiama ART, po to lopšeliuose/darželiuose; *</li> <li>• Specialistai turi ilgalaikę patirtį, yra kvalifikuoti; *</li> <li>• ART aplinka pritaikyta vaikų poreikiams;</li> <li>• Į ART patenka visi norintys;</li> <li>• Kompleksinė pagalba teikiama ART, ikimokyklinėse ugdymo įstaigose. *</li> </ul>

\* pažymėtos frazės yra dažniausiai pasitaikančios specialistų pateiktuose duomenyse

Specialistų pasisakymai liudija, kad ankstyvoji pagalba užtikrinama didesniuose miestuose:

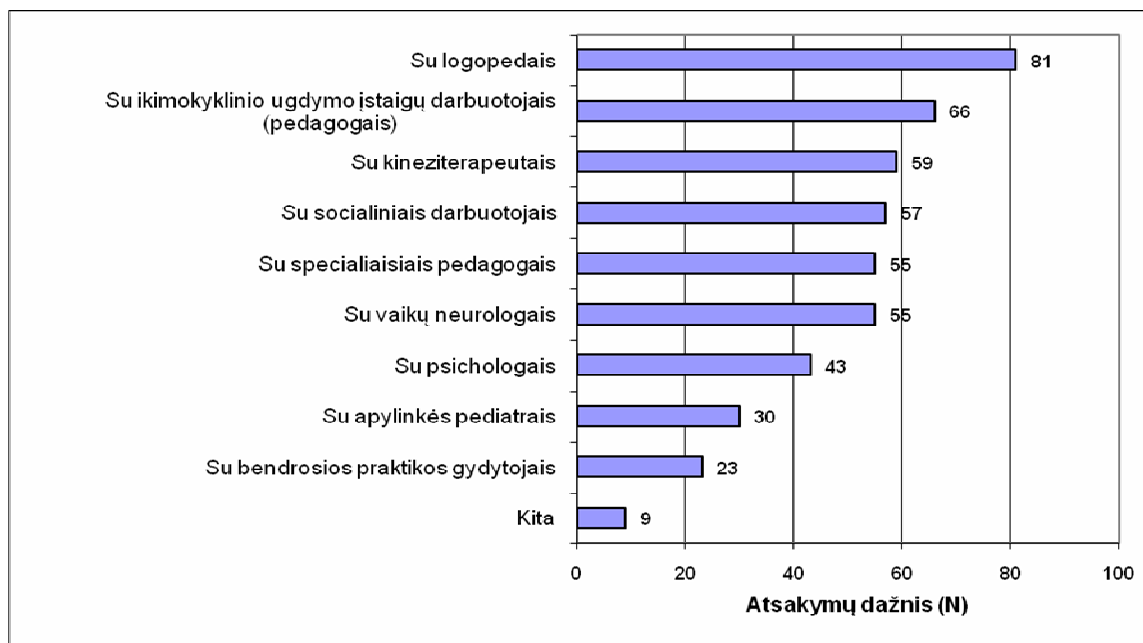
*„specialiųjų poreikių turintys vaikai ugdomi ART, specialiose įstaigose, specialiose grupėse, integruotose į bendrojo ugdymo įstaigas, juos konsultuoja arba ugdo logopedai, judesio korekcijos specialistai ir kt.“; „vis daugiau tėvų kreipiasi į specialistus, pasitiki jais“; „darbo turime užtektinai“; „vyresniame amžiuje vaiko raida vystosi tolygiai arba problemos dalinai pašalinamos“.*

Mažesniuose miestuose bei gyvenvietėse susiduriama su sunkumais, teikiant ankstyvąją pagalbą:

*„Rajono įstaigose daugėja specialiųjų poreikių turinčių vaikų, o specialistų kiekis ribotas“; „Labai mažai yra darželių vaikams, kuriuose būtų visa komanda specialistų, reikalingų visapusiškai lavinti vaiką. Mano darželyje yra specialusis pedagogas. Logopedas, kineziterapeutas, neurologas, masažuotojas, socialinis darbuotojas, slaugytoja. Šių specialistų komandos neturi kiti darželiai“; „Trūksta kvalifikuotų specialistų ir įstaigų, kur būtų galima gauti reikiamą pagalbą“; „Vaikai iš tolimesnių kaimo vietovių ne visada gauna tinkamą ir kvalifikuotą pagalbą“; „Tėvai tingi vežiot vaikus“; „Ne visi vaikai, kurie kreipiasi, gauna pagalbą“.*

*Specialistų komentarai rodo, kad kol kas reikiamos pagalbos sulaukia ne visi vaikai ir daugelis aplinkybių nepriklauso nuo specialisto.*

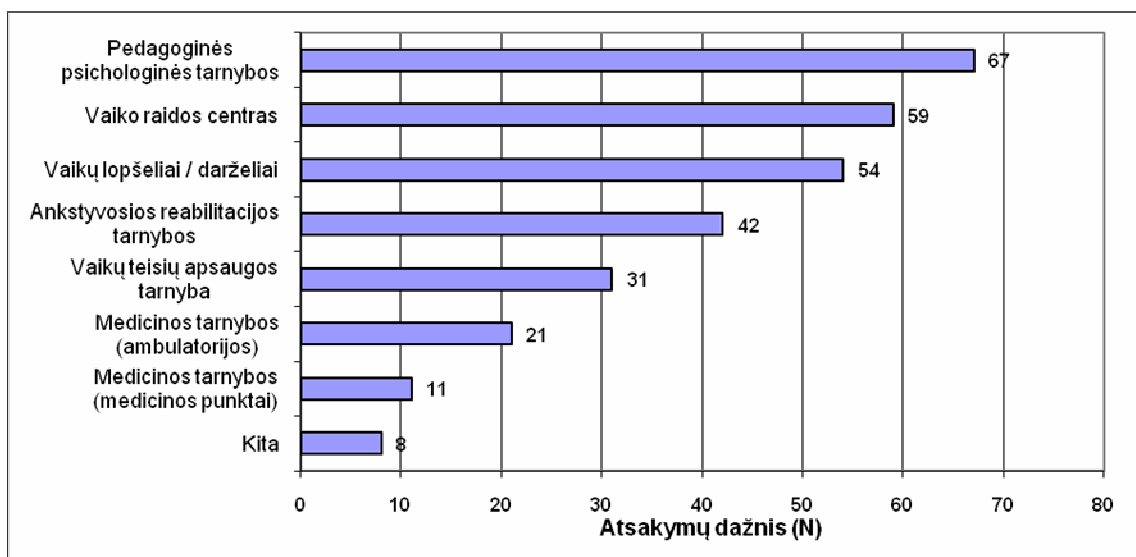
• Taip pat siekta išsiaiškinti specialistų bendradarbiavimą vieno su kitu. Paveiksle (9 pav.) matyti, kad specialistai labiausiai linkę bendradarbiauti su logopedais, su ikimokyklinio ugdymo įstaigų darbuotojais, su vaikų neurologais, su specialiaisiais pedagogais, kineziterapeutais bei su socialiniais darbuotojais. Mažiausiai bendradarbiaujama su bendrosios praktikos gydytojais ir apylinkės pediatrais. Taip pat respondentai nurodė, jog bendradarbiauja su kitais, nenurodytais anketoje specialistais: su muzikos mokytojais, su gydytojais rehabilitologais, su socialine pediatre, su vyresniosiomis slaugytojom. Specialistų bendradarbiavimas užtikrina ne tik multiprofesinį, bet ir interdisciplininį vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą komandoje.



9 pav. Specialistų tarpusavio bendradarbiavimas



Panašiai bendradarbiaujama ir tarp įstaigų (10 pav.). Daugiausia specialistai bendradarbiauja su pedagogine psichologine tarnyba, vaiko raidos centru. Taip pat glaudus bendradarbiavimas yra ir su lopšelių – darželių darbuotojais. Mažiausiai bendradarbiaujama su medicinos punktais. Respondentų atsakymų analizė rodo, kad didžiausias tarpinstitucinis bendradarbiavimas vyksta tarp PPT ir ikimokyklinių ugdymo įstaigų. Dalis specialistų nurodė ir kitas įstaigas: psichikos sveikatos centrus, specialiosiomis įstaigomis, vaikų priežiūros centrus, paramos šeimai centrus, konsultacinius kabinetus. Maža dalis respondentų nurodė, jog nebendradarbiauja nei su viena įstaiga. Sprendžiant iš respondentų atsakymų, galima manyti, kad sveikatos sistemai pavaldžios įstaigos nepakankamai bendradarbiauja su kitomis institucijomis.



10 pav. Įstaigų bendradarbiavimas

Nors ankstyvosios pagalbos prieinamumas vaikams nevienodas, atsižvelgiant į pagalbos artumo, prieinamumo ir kitus aspektus, respondentų buvo klausama, ar jie suteikia pagalbą vaikams ir jų tėvams, kai šie atvyksta iš tolimesnių gyvenviečių. 4 lentelėje pateikiami specialistų komentarai šiuo klausimu.

4 lentelė

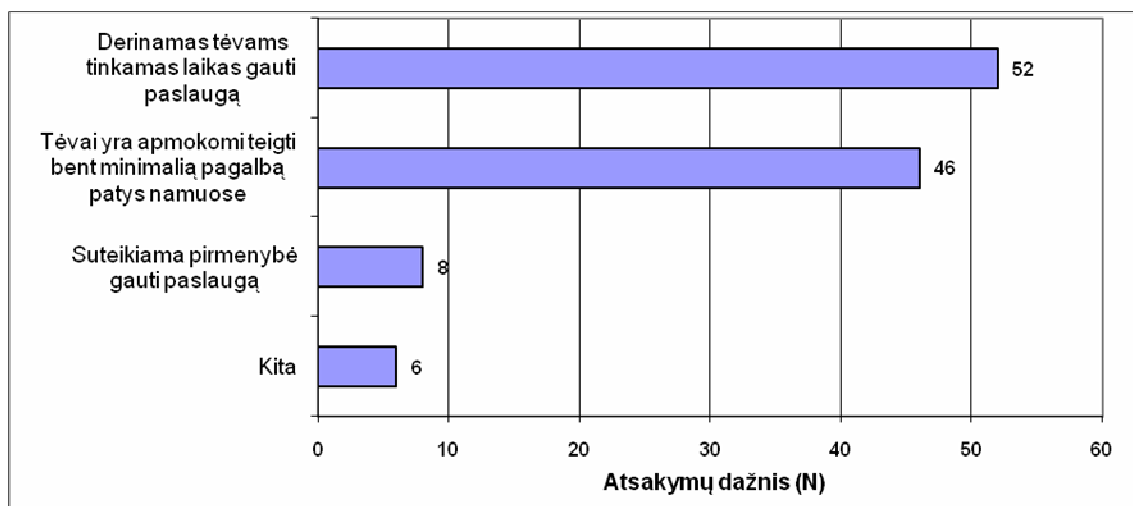
**Specialistų komentarai apie ankstyvąją pagalbą gyvenviečių vaikams**

Situacija	Specialistų siūloma pagalba
a) Tėvai atsisako priimti specialisto teikiamą pagalbą.	Siūloma konsultuotis Vaiko raidos centre. Suteikiama informacija apie kitas institucijas, kuriose vaikas gali gauti reikiamą pagalbą. Tėvams įrodoma, kad pagalba vaikui yra reikalinga, bandoma tėvus motyvuoti. Vaiko teisių apsaugos tarnybai pranešama apie vaiko nepriežiūrą. Pirmiausiai aiškinamasi priežastis, kodėl atsisako priimti pagalbą. Kviečiami tėvai į seminarus ir paskaitas apie specialiųjų poreikių turinčių vaikų ugdymą.
b) Tėvai nori, bet nėra galimybės pas specialistą atvykti.	Konsultuojami tėvai, apmokomi dirbti patys namuose. Taikomos konsultacijos tėvams patogiu metu, prieš tai apmokant pačius teikti pagalbą savo vaikui namuose. Siūloma kreiptis į arčiau esančią įstaigą.

	Tėvai vis kviečiami pasikonsultuoti su specialistu. Seniūnijų yra prašoma organizuoti vaiko vežiojimą į įstaigą. PPT darbuotojai švietimo centro paskirtu transportu vyksta į gyvenamąją vietą. Vykstama į namus. (PSPC)
c) Rajone nėra galimybės šią pagalbą suteikti.	Suteikiama informacija, kur gali gauti pagalbą.
d) Vaikas nepriklauso specialisto aptarnaujamai apskrīčiai	Siūloma kreiptis į vaiką aptarnaujančios apskrities įstaigas. Jei yra gydytojo siuntimas, tėvai gali pasirinkti patys, kokioje įstaigoje gali konsultuotis, sulaukti pagalbos. Neatsisakoma padėti, priimti vaiką. Vaikas negali lankyti dviejų įstaigų, siūloma pabaigti lankyti vieną, po to priimama į kitą.
e) Įstaiga nepajėgi tenkinti specialiųjų vaiko poreikių.	Siūlomos specializuotos įstaigos, duodamas nukreipimas ar siuntimas į jas.
f) Tėvai neturi materialinių išteklių atvykti/lankyti įstaigą.	Teikiamos vienkartinės konsultacijos ir apmokymai. Padedama prašyti pagalbos soc. rūpybos skyriuje, organizuojama socialinė pašalpa. Pratybos ir užsiėmimai paskirstomai kas mėnesį ar dar rečiau. Patys specialistai (PPT) vyksta į ugdymo įstaigą, kurioje yra vaikas. Teikiama pagalba namuose (PSPC)

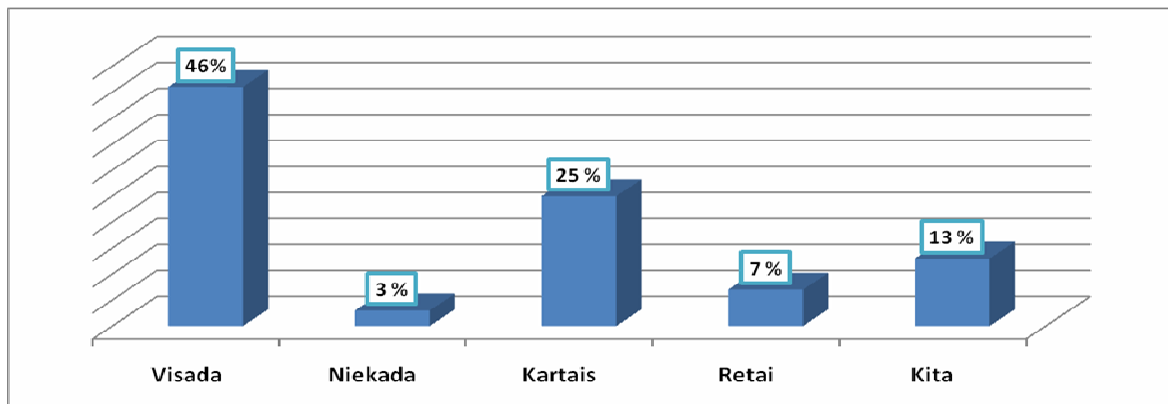
Respondentų komentarai rodo, kad specialistai domisi ne tik savo darbo sritimi, jie taip pat žino, kur galima nukreipti tėvus, išmano apie kitus pagalbos būdus, ieško alternatyvų, jei pagalbos negali suteikti patys. Dalis specialistų nurodo, kad vyksta teikti pagalbos į namus, nors AIV dokumentuose ši pagalba nėra reglamentuota. Specialistai ieško būdų, kaip spręsti problemas, rūpinasi finansine tėvų situacija, pavėžėjimo reikalais.

- Buvo aiškinamasi, kokias papildomas paslaugas suteikia specialistai vaikams ir jų tėvams, kurie atvyksta iš tolimesnių gyvenviečių (11 pav.). Dauguma specialistų atsakė, jog *su toli gyvenančiais vaikų tėvais, jie derina susitikimo laiką*. Kai kurie *moko dirbti tėvus, kad šie patys galėtų suteikti pagalbą savo vaikui*. Dalis nurodė įvairius galimus pagalbos variantus: *duodamos užduotys, kurias vaikai privalo atlikti namuose, vaikai į ugdymo įstaigą vežami specialiu transportu, teikiamos rekomendacijos grupės personalui ir pan.*



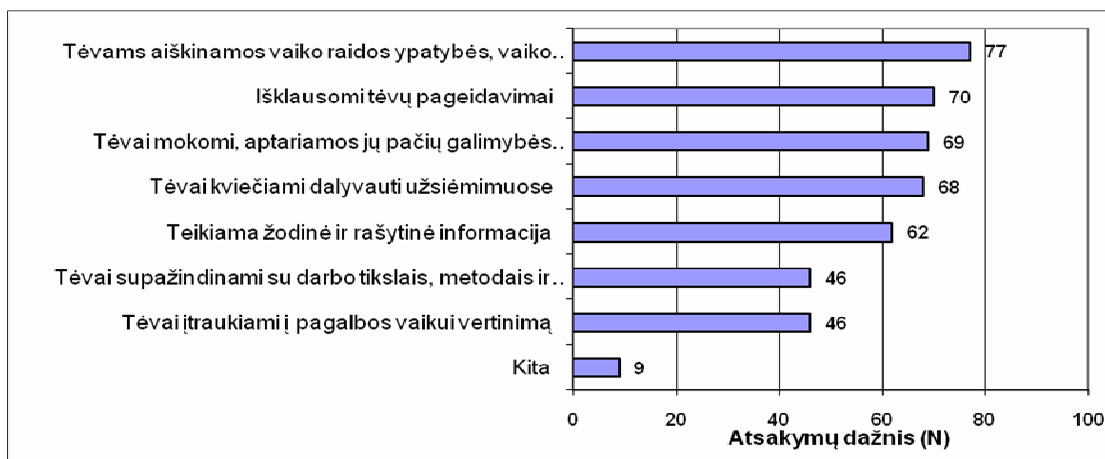
11 pav. Suteikiamos papildomos sąlygos toli gyvenančių vaikų tėvams

AIV procese bendradarbiavimas vyksta ne tik tarp specialistų / įstaigų - tėvai taip pat yra svarbūs ankstyvosios pagalbos dalyviai. Specialistų nuomonė apie tai, ar tėvai yra kompetentingi teikti ankstyvąją pagalbą savo vaikui, ar jie įtraukia tėvus į pagalbos vaikui procesą atsispindi 12 pav.



12 pav. Tėvų įtraukimas į bendrą veiklą, %

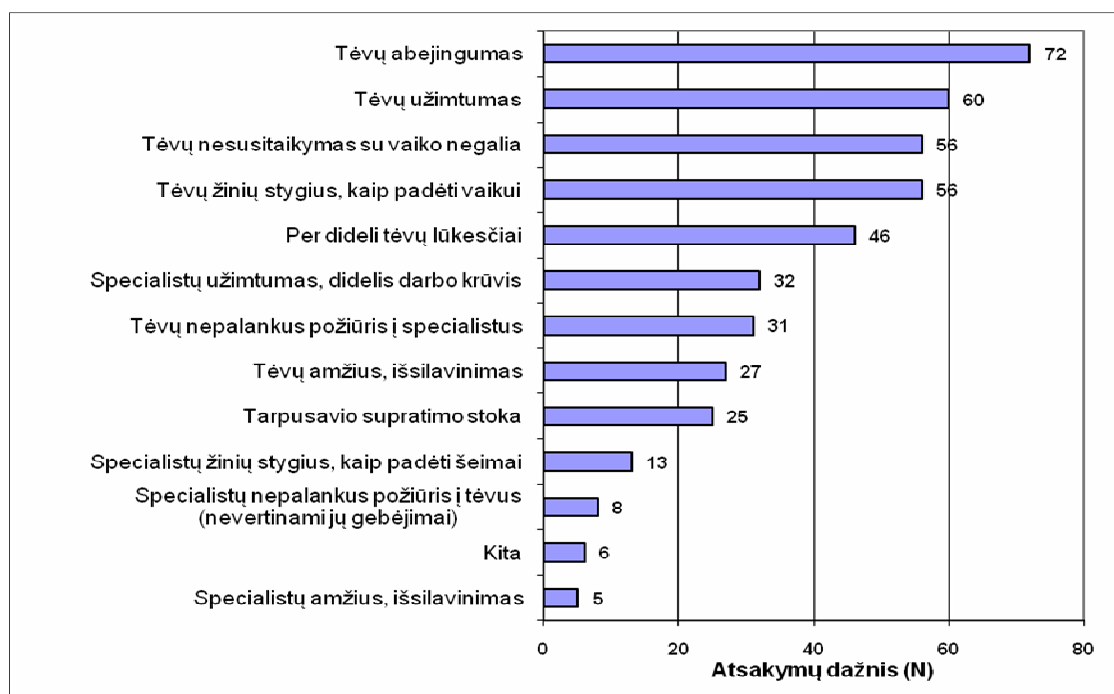
Beveik pusė apklaustųjų (46%) mano, jog tėvai yra kompetentingi patys suteikti vaikams ankstyvąją pagalbą, todėl visada įtraukia juos į savo darbą. Tik 1 respondentas nurodė, jog neįtraukia tėvų į savo darbą, nors ir pripažįsta, kad jie geriausiai žino, ko reikia jų vaikui. Taip pat dar 2 specialistai neįtraukia tėvų į pagalbos procesą, nes dirba globos namų įstaigoje, kur nesilanko vaikų tėvai. Ketvirtadalis respondentų nurodė, jog tik kartais įtraukia tėvus į savo darbą, nes tėvai yra užsiėmę ir negali daug laiko skirti vaikui. Dalis (13%) respondentų nurodė kitas sąlygas: jei tėvai nori, tik tuomet įtraukia į bendradarbiavimą; globos namuose tėvai vaikų nelanko; tėvai visada kompetentingi, tačiau ar įtraukia juos į darbą ar ne, nenurodė; tėvai negeba suteikti vaikams tinkamos pagalbos; tėvai iš pradžių sutinka bendradarbiauti, o po to nevykdo susitarimo. Yra nuomonių, kad *iki šiol nebuvo palaikomas glaudus ryšys tarp specialistų ir tėvų, tačiau dabar įsteigtas naujas socialinio pedagogo etatas, kuris, kaip manoma, pagerins bendradarbiavimo santykius tarp tėvų ir specialistų*. Taip pat buvo aktualu sužinoti, kaip specialistai įtraukia tėvus į pagalbos procesą (13 pav.):



13 pav. Konkrečios tėvų įtraukimo formos

Dažniausiai specialistai, norėdami įtraukti tėvus į bendrą veiklą, aiškina jiems vaiko raidos ypatybes, siūlo tėvams dalyvauti jų rengiamuose užsiėmimuose bei išklauso tėvų pageidavimus. Nurodomos ir kitos įtraukimo formos: tėvai įtraukiami į grupines užduotis bei programų sudarymą; lankomi vaikai namuose; įkurtos mini mokyklėlės tėvams, kur jie yra apmokomi dirbti su vaikais bei gauna daug naudingos informacijos; tėvams demonstruojama praktiškai, kaip reikia dirbti su jų vaiku; tėvams teikiama tokia pagalba, kokios jie paprašo; aptariamas vaidmenų pasiskirstymas su tėvais. Yra nuomonių, kad tėvai nesidomi jų vaikams teikiama pagalba.

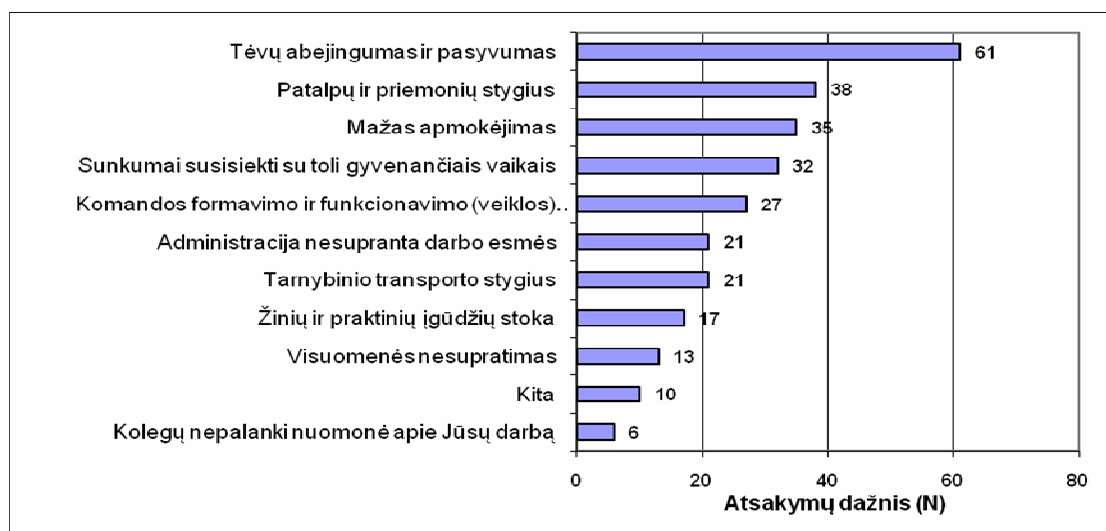
- Specialistų manymu, nevisada pavyksta su tėvais rasti bendrą problemų sprendimo kelią, tapusavio supratimą, tarp tėvų ir specialistų kyla problemų. Specialistų manymu, viena iš dažniausiai pasitaikančių bendradarbiavimo kliūčių yra *tėvų abejingumas, užimtumas*; nurodomos ir kitos bendradarbiavimo kliūtys: *tėvų iniciatyvumo stoka; šeimos socialinė padėtis; tėvų noras, kad viską padarytų specialistai; tėvai į teikiamą pagalbą nesikiša.* (žr. 14 pav.).



14 pav. Specialistų ir tėvų bendradarbiavimo kliūtys

Vis dėlto specialistai labiau linkę manyti, jog bendradarbiavimo kliūtys kyla dėl tėvų kaltės: abejingumo, užimtumo, žinių stygiaus ir t.t.

**Specialistų lūkesčiai apie ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą.** Šiuo klausimų bloku buvo siekta išsiaiškinti specialistų lūkesčius apie ankstyvojo amžiaus vaikų poreikių tenkinimą. Respondentų atsakymuose vyrauja nuomonė, jog vieną iš pagrindinių sunkumų, kylančių dirbant su ankstyvojo amžiaus vaikais, *sudaro tėvų abejingumas ir pasyvumas* (15 pav.).

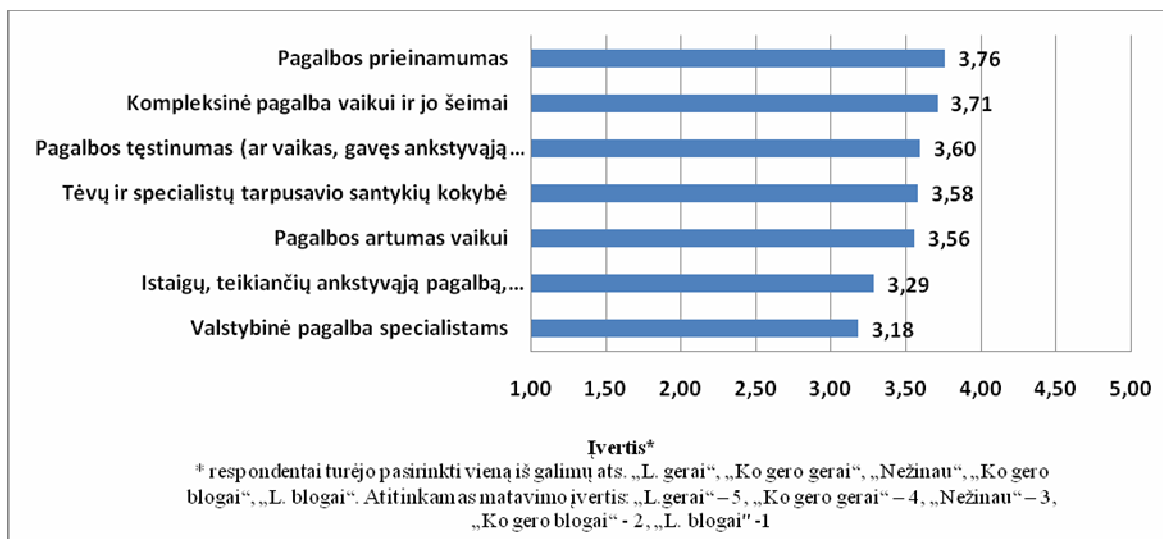


15 pav. Sunkumai, kylantys tenkinant specialiuosius vaikų poreikius

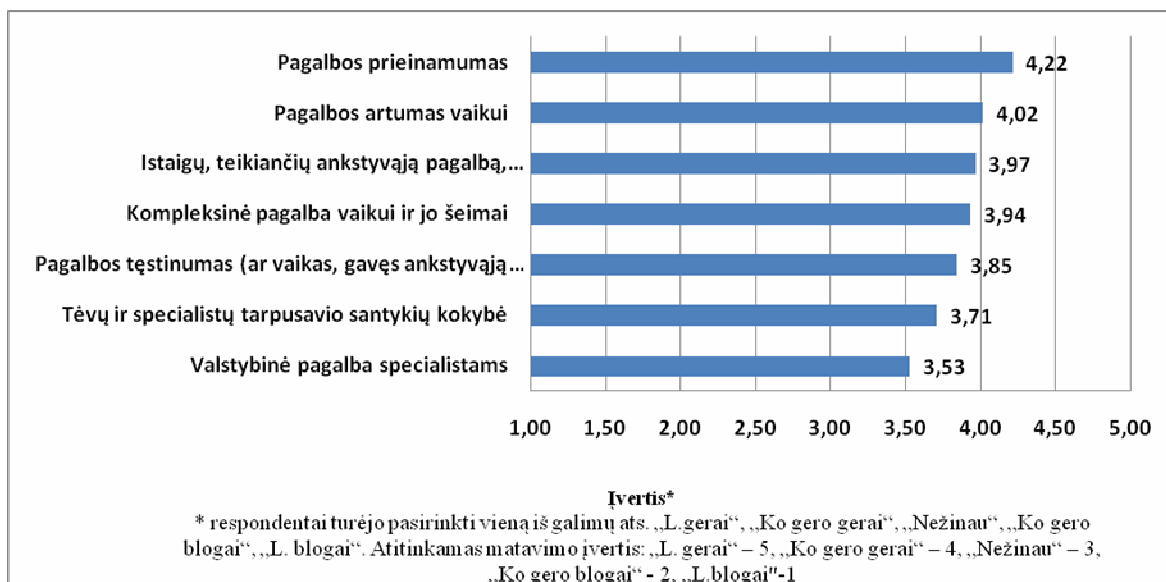
Minimas patalpų ir priemonių stygius, sunkumai komandoje, taip pat susisiekimo su toli gyvenančia šeima sunkumai. Nurodomos ir kitos priežastys:

*„Kitų specialistų, kurie siunčia vaikus nesupratimas apie ankstyvosios pagalbos poreikį“; „Reikia daugiau specialistų“; „Kartais skiriasi specialistų ir tėvų požiūriai į problemas“; „Medicinos įstaigos nesusikalbėjimas, neradimas bendros kalbos su savivaldybe dėl vaiko ankstyvosios korekcijos centro steigimo“; „Specialistų stoka (etatų taip pat) ir nepakankamas finansavimas, tai sunkus darbas, jaunimas renkasi patrauklesnes profesijas“; „Per didelis vaikų skaičius grupėje, norėusi kokybiško darbo“; „Vienoje grupėje yra skirtingo amžiaus ir skirtingų poreikių vaikai“; „Grupėje vaikai nuo 1 iki 7 metų“.*

Taip pat specialistų buvo klausama, kaip jie vertina situaciją gyvenamojoje vietovėje, kurioje dirba ir kaip vertina įstaigoje, kurioje dirba ankstyvosios pagalbos prienamumo požiūriu. Buvo siekiama atskleisti, kaip pasiskirstė ankstyvosios pagalbos vertinimas vietovėse ir įstaigose. Specialistų vertinimai atsispindi 16 ir 17 paveiksluose.



16 pav. Specialistų vertinimai apie specialiųjų poreikių tenkinimą vietovėje



17 pav. Specialistų vertinimai apie specialiųjų poreikių tenkinimą įstaigose

Apibendrinant specialistų nuomones, pastebėta keletas tendencijų:

- nei vietovėse, kuriuose specialistai dirba, nei įstaigose specialiųjų poreikių tenkinimas nėra vertinamas labai gerai;
- tiek vietovėse, tiek įstaigose ankstyvoji pagalba vertinama panašiai;
- geriausiai buvo vertinamas pagalbos prieinamumas tiek vietovėje, tiek įstaigoje;
- žemiausi įverčiai vietovėse rodo įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, bendradarbiavimo stoką, valstybinės paramos specialistams nepakankamumą;
- žemiausi įverčiai įstaigose rodo, kad specialistams trūksta finansinės paramos, taip pat pripažįstama nepakankama specialistų ir tėvų tarpusavio santykių kokybė įstaigoje.

### 2.3.2. Specialistų nuomonių analizė, remiantis interviu

Lietuvoje egzistuojanti AIV sistema dar nėra pakankamai išplėta ir efektyviai veikianti. Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kokias problemas bei galimybes išvelgia patys specialistai, teikiantys ankstyvąją pagalbą vaikams ir jų tėvams. Atlikta interviu analizė leido apibendrinti AIV paslaugų teikimo specifiškumą, teigiamus bei tobulintinus aspektus. Gauti duomenys buvo susisteminti ir pateikti atskirais blokais.

**Specialistų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, komandos sudėtis ir bendradarbiavimas.** ART teikiama interdisciplininė specialistų pagalba<sup>58</sup>. ART dirbantys specialistai, patikslino duomenis, nurodydami savo komandos sudėtį: *socialinis pediatras, logopedas, socialinė darbuotoja,*

58. LR Sveikatos apsaugos ministro 2000-12-14 įsakymas Nr.728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“

psichologė, registruotoja, bendrosios praktikos slaugytoja, kineziterapeutas bei kineziterapeuto padėjėjas. Taip pat dalyvauja gydytojas neurologas, socialinis pedagogas, socialinė darbuotoja. Vaikus, atvykusius į ART, registruoja registruotoja. Respondentai, patvirtino tarpusavio bendradarbiavimą įstaigos viduje. Socialinė pediatriė teigia:

*Jeigu vaikas baigė lankyti logopedo pratimus, bet neišnaudojo visų kartų, jam paskirta, pavyzdžiui, eiti po mėnesio pas logopedą, o jis šį paskirtą laiką lanko kineziterapeuto paslaugas, sesutė jau rūpinasi, kad vaikas pasirodytų ir pas logopedą, užsiklijavusi ant kortelės turi lapelį, tada logopedė bėga pas kineziterapeutą į kabinetą, kartu apžiūri vaikelį dar kartą, kviečiasi mane.*

*Kineziterapeuto teigimu:*

*Bendradarbiavimas vyksta vieną kartą per savaitę per susirinkimus, pirminius prašymus, per programos sudarymą, šeimai rekomendacijų sudarymą.*

Dažnai bendradarbiavimas komandoje priklauso nuo vadovo iniciatyvumo, požiūrio į kitus specialistus, jų kompetencijas. Suteikta informacija atskleidė, kad tyrime dalyvavusi ART socialinė pediatriė, koordinuojanti ART komandos veiklą, rūpinasi bendradarbiavimu tarp specialistų, formuoja glaudžius partnerystės ryšius, palaikomi kontaktai su kiekvienu specialistu dienos darbo metu. Kadangi ART priklauso didelės grupės organizacijai, vyrauja ne tik glaudus bendradarbiavimas tarp specialistų, bet ir formalūs ryšiai, kontrolės sistema, kuri apibrėžiama tam tikromis taisyklėmis, kaip vaikai patenka pas ART specialistus, kurie turi išmanyti vienas kito darbo specifiką. Socialinė pediatriė teigia:

*Naujagimius, turinčius raišos sutrikimo rizikos faktorių arba nustatytą raišos sutrikimą, pas ART specialistus siunčia: pediatras, bendrosios praktikos gydytojas, neurologas, psichologas. Jie ateina konsultacijai, bet kartais patenka jau su esamu raišos sutrikimu. Gali siųsti ir ortopedas, okulistas“.*

Vietovėje, kurioje nėra ART, bet pagalba yra teikiama PSC, tyrimo metu pastebėta, kad dirba gausi multidisciplininė komanda, kuri teikia ankstyvąją pagalbą vaikui bei jo šeimai. Bet, remiantis respondentų teigimu, bendradarbiavimas vyksta nepakankamai sklandžiai, jis priklauso nuo pačių specialistų požiūrio, subjektyvių įsitikinimų. Kineziterapeutė teigia:

*Bendrauju su traumatologu, chirurgu, vyrauja žodinis bendradarbiavimas konkrečiu atveju apie kiekvieną vaiką.*

*Su visais, kokie yra: vaikų, suaugusių psichologais, socialiniais darbuotojais. Su pediatrais čia netenka bendradarbiauti, tik jei atsineša pediatro siuntimą (teigia psichologė).*

*Logopedu, kineziterapeutu, neurologu, psichoterapeutais. Psichologas yra, tik nežinau ar dirba su vaikais iki metų. Ar dirba su vaikais ir su tėvais aš nežinau, čia jo reikia klausti, negaliu pasakyti (teigia pediatriė).*

Šiuo atveju vyrauja formalus bendravimas, specialistai palaiko ryšius bent iš dalies.

*Pas kineziterapeutą vaikai patenka gavę siuntimą iš fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kuris gauna siuntimą iš pediatro (kineziterapeutė).*

*Įvairiai, kartais tėvai patys kreipiasi, kartais atsiunčia pediatras, neurologas, kartais mokykloje mokytojai rekomenduoja, bet čia retesniais atvejais, dažniausiai patys tėvai kreipiasi (psichologė).*

Iš gautų rezultatų bei ilgalaikio stebėjimo matyti, kad bendradarbiavimas šioje PSPC įstaigoje nėra pakankamai sklandus, užtikrinant interdisciplininę kompleksinę pagalbą, vengiant paslaugų dubliavimosi, bendros visų specialistų bei tėvų pagalbos problemų sprendimų ieškojimų bei tenkinimo. Pediatras turėtų būti pirmasis specialistas, kuris išvelgia raidos sutrikimus ar rizikos veiksnius jiems atsirasti, gali laiku nukreipti pas kitą specialistą, todėl labai svarbu, kad jis glaudžiai bendradarbiautų su kitais komandos nariais, išmanytų jų darbo specifiką.

PPT socialinės pedagogės teigimu, komandoje dirba šie specialistai: *psichologai, specialusis pedagogas, logopedai, neurologas, socialiniai pedagogai*. Darbas, pasak respondentės, yra grindžiamas komandiniu principu, vertinant vaiką, aptariant pagalbos būdus ir pan. Specialistė yra linkusi pati dirbti komandinio darbo principu tiek įstaigos viduje, tiek su kitais specialistais, tenkinančiais vaiko specialiuosius poreikius.

*Galima teigti, kad tiek didesniuose, tiek mažesniuose rajonuose, skirtingo tipo organizacijose tarp specialistų vyksta bendradarbiavimas, bet jo kokybė priklauso nuo ten dirbančiųjų požiūrio, įsitikinimų, komandą koordinuojančio asmens. Įstaigos dydis bei komandos specialistų profesijos įtakos bendradarbiavimui, pasak respondentų neturi.*

**Pagalbos prieinamumas ankstyvojo amžiaus vaikui ir šeimai.** Į ART vaikai atvyksta sulaukę vos kelių mėnesių, kai tik nustatomas pagalbos poreikis. Į ART, ten dirbančių specialistų teigimu, atvyksta vaikai ne tik iš miesto, bet ir iš aplinkinių rajonų, pvz., į Šiaulių miesto ART atvyksta iš Telšių, Radviliškio, Pakruojo, Akmenės, Joniškio rajonų bei kaimo vietovių. Atvykstantiesiems iš tolimesnių rajonų, pagalba teikiama tada, jei jie patys atvyksta į tarnybą.

PSPC, dirbančios specialistės (mieste, kurioje nėra ART) nurodė, kad į šią įstaigą vaikai taip pat atvyksta iš aplinkinių rajonų, kuriems suteikiama ankstyvoji pagalba, jei jie patys atvyksta į ją. Tolimesniuose rajonuose gyvenančių vaikų padėtis nėra žinoma, nes ten pagalbą turėtų teikti šeimos gydytojai.

*Ambulatorijos dirba atskirai, mums priklauso tik miestas ir keli aplinkiniai kaimai, reikia klausti ten dirbančių gydytojų, kur jie siunčia vaikus. Gal jie atsiunčia, čia reikia klausti jų. Tas darbas daugiausia vyksta tarp miesto vaikų, pagrinde miestas, iš kaimo mažai važiuoja, kiek aš esu dirbusi kaime, jie apsieina be pagalbos.*

Į Šiaulių miesto PPT, respondentės teigimu, atvyksta tik Šiaulių miesto teritorijoje gyvenantys vaikai bei jų tėvai, o vaikai, gyvenantys tolimesniuose rajonuose, gali kreiptis į Šiaulių rajono PPT.

*Iš pateiktų duomenų matyti, kad Lietuvoje yra sukurtas AIV tinklas, veikia ankstyvosios pagalbos centrai, į kuriuos atvyksta ten gyvenantys vaikai, taip pat ir iš tolimesnių rajonų, pagalbos prieinamumas ne visiems gali būti garantuojamas, nes ne visi tėvai išgali vežioti vaikus į ART, kitas įstaigas, teikiančias ankstyvąją pagalbą. Dalis vaikų bei tėvų lieka be pagalbos.*



ART, kitų įstaigų specialistai, stengdamiesi sumažinti prieinamumo problemą, sukuria papildomas sąlygas toliau gyvenantiems vaikams:

*Tėvams yra suteikiamos elementarios žinios, ką gali daryti patys namuose. Paklausiamo, ką turi namuose, su tom priemonėm stengiamės, kad ir dirbtų; Skambindavomės į ambulatorijas, kam reikia konsultacijos, ir važiuojame; suteikiame sąlygas derindami atvykimo laiką, išdėstydami paslaugų teikimą jiems tinkamu laiku.*

Anot ART kineziterapeutės:

*Jei įstaiga skirdavo lėšų transporto išlaidoms, ART komandos nariai patys savo iniciatyva organizuodavo išvykas į aplinkinių rajonų ambulatorijas pirminiam vaiko profilaktiniam patikrinimui. Nustačius vaiko raidos sutrikimą ar rizikos faktorių jiems atsirasti, esant galimybei, tėvai gali patys tolimesnei pagalbai vežti vaikus į ART. Tėvams, kurie neturi galimybių vežti vaikus į šią tarnybą, specialistai suteikia pirmines žinias apie jų vaiko raidos ypatumus, ką gali tėvai padaryti, kuo padėti savo vaikui su elementariom priemonėm, kurios yra namuose.*

Tai rodo, kad įstaiga yra įpareigojama racionaliai skirstyti lėšas ir pagal galimybes planuoti pagalbą rajonuose, nors dokumentai to ir nereglamentuoja. Tačiau įstaigoms trūksta lėšų, nepaisoma pagalbos tęstinumo ir pan. Pagalba neturi būti epizodinė, ji turi būti teikiama tol, kol vaikui jos reikia. *Įstatymuose ART komandos paslaugų teikimas vietovėse, kuriose nėra ART, nereglamentuotas.*

Nors pagalbos teikimas rajonuose, kuriuose nėra specialistų bei įstaigų užtikrinančių ankstyvąją intervenciją, vyksta tik iš dalies, tačiau miesto ART pagalbos veiksmingumas vaikams bei jų tėvams nekelia abejonių. Mažesniuose rajonuose, vaikai nors ir gavę epizodinę specialistų ankstyvąją pagalbą, dėl specialistų trūkumo, neveikiančių lopšelių/darželių, sunkių materialinių sąlygų, pagalbos tęstinumo nesulaukia; esant sunkesniai raidos sutrikimui, tėvai turi ieškoti patys galimybių šiai problemai „apeiti“:

*tėvai turi vienintelę galimybę - vesti vaikus į savaitines miesto specialiąsias įstaigas, patys vežioti vaikus į tolimesnes miesto įstaigas. Jei šeimos netenkina, kitų galimybių nėra.*

*Galima daryti išvadą, kad visiems, besikreipiantiems į ART specialistus yra suteikiama pagalba, nėra vienas vaikas nepaliekamas be pagalbos, bet tik tada, kai vaikas ir tėvai patys atvyksta į jas. Nė viena įstaiga pagalbos namuose neorganizuoja. Tėvai, negalintys nuolat lankyti įstaigų, yra mokomi padėti savo vaikams, bet tai priklauso nuo kiekvieno specialisto geranoriškumo, tėvų atsakomybės, nes nėra įstatymų numatytoje tvarkose šias paslaugas teikti tėvams.*

Didesniuose miestuose yra pakankamai įstaigų, teikiančių pagalbą. Vaikai, nelankantys ikimokyklinių ugdymo įstaigų, pagalbą gali gauti įstatymų numatyta tvarka ART. Pasak ART darbuotojų, šiose tarnybose vaikai turi teisę gauti ne daugiau kaip 18 pratybų kompleksų iš kiekvieno specialisto per metus, teikiamos ne mažiau kaip dvi konsultacijos. Pagalba, pasak ART socialinės pediatrės, yra skiriama, kai: *yra lengvas/sunkus raidos sutrikimas; nenustatytas / nustatytas raidos sutrikimas; rizika sutrikimui atsirasti.*

Jei skiriamų metinių paslaugų vaikui neužtenka, pasak ART kineziterapeutės ir socialinės pediatrės, yra suteikiamos papildoma galimybė: *pediatrė rašo prašymą į teritorines ligonių kasas dėl pakartotinio pagalbos kurso. Prašyme pateikiama detalai aprašyta informacija apie vaiko raidos sutrikimą, teikiamą pagalbą. Pasak specialistų, vaikams užtenka tiek pagalbos, kiek ji yra suteikiama; Vaikams mokamų paslaugų neprireikia, užtenka; visiems yra suteikiama pagalba, bet kad tik jie atvyktų.*

Aptariant pagalbos prieinamumo klausimą, kiekvienas iš respondentų, dirbančių ART, nurodė:

*didelių eilių nėra, 2, 3 savaitės, daugiausiai mėnesį; dideli darbo krūviai kartais sukelia nepatogumų suteikti pagalbą iš karto, tada tėvam tenka laukti net po kelias savaites, tai vienas iš didžiausių ART trūkumų.*

Mažesniuose rajonuose, kuriuose teikiama ankstyvoji pagalba, specialistai atskleidė:

*vaikas pagalbą gali gauti tiek, kiek poreikis yra ją gauti, nėra nustatyto skaičiaus pratybų metams, vaikas lankosi tiek, kiek siunčia fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas; pagalba gaunama iš karto, nebent kolegos atostogauja, tada reikia palaukti daugiausiai savaitę.*

Psichologinė pagalba ligoninėje bei socialinio pedagogo pagalba miesto PPT nėra ribojama, asmuo ją gauna tiek, kiek reikia.

*Taigi, mieste vaikams bei jų tėvams pagalbos prieinamumas yra pakankamas, vaikai gauna interdisciplininę pagalbą, dideli ART darbo krūviai ir eilės patekti pas specialistus rodo tėvų poreikį gauti paslaugas. Mažesniuose rajonuose dėl, spėjama, nepakankamo informatyvumo, poreikio gauti paslaugas ar sunkesnio susisiekimo, eilės gauti paslaugą nėra, atvykstantys ją gauna iš karto.*

**Įstaigų, tenkinančių ankstyvojo mažiaus vaiko bei jo šeimos specialiųjų poreikius, tarpinstitucinis bendradarbiavimas.** Anketinių apklausų duomenimis, ART yra gan uždaro tipo organizacijos, specialistai bendradarbiauja tarpusavyje, tačiau nepakankamai tarpinstituciniu lygmeniu. ART socialinė pediatrė, komandos koordinatore teigia, kad ART bendradarbiauja su:

*ikimokyklinėmis specialiojo ugdymo įstaigomis, nakvynės namais, sutrikusio vystymosi kūdikių namais, „Vaivorykštės“ vaikų globos namais, Avižonio regos centru, specialiojo ugdymo centru, sutrikusios klausos vaikų darželiu, vaiko raidos centru; kad vaikai laiku patektų į ikimokyklinės specialiosios įstaigas, siunčiame į PPT, kurie lankė mūsų įstaigą; jei namuose smurtaujama, patalpiname mamą su vaiku į nakvynės namus; bendradarbiaujame su kūdikių namais, vaikų globos namais, jei mama neturi kur palikti vaiko.*

Specialistai rūpinasi ne tik vaiko ugdymo, specialiųjų poreikių tenkinimu, bet ir pagalba šeima. ART kineziterapeutės teigimu:

*specialistai taip pat bendradarbiauja ir su specialiojo ugdymo centru, apskrities ambulatorijomis, organizuodami vaikų pirminį sveikatos patikrinimą kaimuose, kuriuose nėra ART.*

PPT socialinė pedagogė taip pat patikslino anketinės apklausos gautus duomenis, teigdama, kad:

*PPT glaudžiai bendradarbiauja su ugdymo institucijomis. Specialistė yra lyg mediatorė tarp tėvų ir vaiko, tarp ugdytojų ir vaiko. Formalus bendradarbiavimas vyksta su ART, labiau jis yra plėtojamas su ikimokyklinėmis ugdymo įstaigomis.*

**Anot psichologės, dirbančios PSC:**

*pagalba vaikui ir jo tėvams teikiama individualiai, tada, kai jie kreipiasi patys ar juos nusiunčia kiti specialistai, į pagalbos procesą nėra įtraukiamos kitos įstaigos, vyksta bendradarbiavimas su poliklinika, vaikų teisių apsaugos tarnyba, bet bendravimas yra tik formalus. PSC pediatrė nurodė, kad tenka bendradarbiauti su miesto ART.*

*Formalų bendradarbiavimą tarp įstaigų reglamentuoja įstatymai, bet jo kokybė bei glaudesni neformalūs partnerystės ryšiai priklauso nuo pačių specialistų. Daugiausia bendradarbiauja gydymo ir švietimo institucijos; bei socialinės apsaugos įstaigos ankstyvojoje intervencijoje dalyvauja tik išimtiniais atvejais.*

**Specialistų bei tėvų bendradarbiavimo ypatumai tenkinant specialiuosius vaiko ir tėvų poreikius.** Specialistai, teikiantys ankstyvąją pagalbą įstaigoje, dirba komandose, kuriose narius sieja bendrų tikslų siekimas, institucionalizuota santykių sistema (Kaminskas, 2006). Kokybiškos paslaugos galimos tik tada, kai bendradarbiauja specialistai tarpusavyje ir su tėvais. Yra daug būdų palaikyti ryšius, kurti partneriškus santykius su tėvais. ART specialistai turėtų būti suinteresuoti šių santykių kūrimu:

*Tėvai visada dalyvauja užsiėmimuose, jiems yra aiškinama, koku tikslu teikiama specialisto pagalba, ko siekiama, rodomi pratimai, tėvai patys mokomi teikti pagalbą. Vienas iš pavyzdžių: vaikui yra stuburo smegenų išvarža, koju paralyžius. Vaikas artimuosius prisileidžia, o svetimų ne, yra jautrus. Daviau vaikštynę, kad namuose patys bandytų, prisipratintų (kineziterapeutė).*

*Su tėvais yra visada bendradarbiaujama pasitarimuose dėl vaiko specialiujų poreikių tenkinimo: išklausomi tėvų poreikiai, su specialistais yra apsitariama, kokio pobūdžio pratybų reikės: kineziterapijos mankštų, logopedo paslaugų, socialinės reabilitacijos ar pan. (socialinė pediatrė). Tėvai kiek gali tiek atvažiuoja, apmokome, dirba namuose, jei gali išsigyja inventoriu, jei yra noro dirbti. Jei turi noro yra kompetentingi, išmoksta. Aš sakau žiūrėkit ką aš darau, duodu patiems pabandyti, kad pajautų kaip namuose dirbti, jei nori daro namuose (PSPC kineziterapeutė).*

*Kaip jie gali būti pajėgūs, žinoma kad ne; jau vien pediatras negali įvertinti būklės. Visų specialistų reikia konsultacijos, kad išvadą padaryti (PSPC pediatrė).*

**Analizuojant bendradarbiavimą, iškyla naujas tobulintinas aspektas AIV įstaigose:**

**ART trūksta psichologo pagalbos, tėvų pagalbos grupių.** *ART psichologas yra orientuotas į vaiko raidos psichologinės būklės vertinimą, pagalba orientuojama į vaiką, jam yra skiriami užsiėmimai“ (ART kineziterapeutė).*

*Aš konsultuoju vaikus ir suaugusius, o kita psichologė konsultuoja suaugusius. Jei ankstyvojo amžiaus vaikas turi problemų, tėvams yra rekomenduojama kreiptis į ART, nes iki trejų metų reikia koreguoti ne patį vaiką, bet konsultuoti tėvus. Dažniausiai tokių vaikų nėra. Konsultuojami vaikai nuo trejų metų. Kreipiasi dėl elgesio problemų, dėl nerimo, depresijų. Ankstyvajame amžiuje yra daugiau vaikų su padidėjusiu nerimu (psichologė).*

Šiai nuomonei pritaria ir PPT socialinė pedagogė, ART kineziterapeutė, akcentuodamos, kad *psichologo pagalbos ypatingai trūksta tėvams tik gimus vaikui, kuris turi jau nustatytą raidos sutrikimą ar genetinį sindromą, kuris pasireiškė ankstyvajame amžiuje ar net prenataliniame periode:*

*Tėvai, ateidami pas specialistus, yra jautrūs, nors specialistai ir akcentuoja vaiko pozityvius gebėjimus; tėvai užima gynybinę poziciją, neigiamai reaguoja į specialistus, turi „puolimo į specialistą poziciją“ (kineziterapeutė).*

*Tyrimo dalyvių nuomonės liudija, kad tėvams reikia psichologo pagalbos, kai vaikas yra mažas; taip pat svarbu, kad tėvai turėtų informacijos apie ART specialistus bei jų darbą tarnyboje.*

Anot PPT socialinės pedagogės, problema yra ta kad *įstaigoje lankosi tik mamos, tėvai lankosi mažai, nors mamos ir perduoda informaciją namuose, bet, norint pasiekti rezultatą, turėtų būti įtraukti abu tėvai, reikėtų susitarti su abiem tėvais dėl pagalbos vaikui metodų derinimo.* Specialistė nurodo, kad, *norint spręsti problemas, turi dalyvauti visos pusės (vaikas, ugdymo institucija, tėvai).* Psichologė taip pat laikėsi šios nuomonės, teigdama, kad *būtų gerai, jei dalyvautų tėvai, vaikai ar kiti artimi žmonės, jei aišku tėvai sutiktų.* Vienakryptė pagalba, kai dalyvauja vien ugdymo įstaigos specialistai ar vien tėvai, riboja tikrosios problemos supratimą ir jos sprendimą.

Socialinės pedagogės darbas vyksta ne tik su vaiku; taip pat konsultuojami tėvai. Tyrime dalyvavusios socialinės pedagogės teigimu, *dalis psichologų ir socialinių pedagogų vengia dirbti su ankstyvojo amžiaus vaikais.* Mažai psichologų, socialinių pedagogų specializuojasi dirbti su ankstyvojo amžiaus vaikais. Taip pat respondentė teigia:

*Problema yra ta, kad tėvai bijo eiti pas socialinius pedagogus, psichologus, nes nežino, kokios pagalbos gali tikėtis. Vyresniame vaiko amžiuje mokyklose dirba šie specialistai, tėvai yra daugiau informuojami apie jų veiklą. Ugdymo įstaigose trūksta ankstyvojo amžiaus srities specialistų, kurie turėtų padėti vaikui formuoti socialinius, dėmesio koncentracijos, tinkamo elgesio įgūdžius, taip pat paremti ir tėvus. Mokykloje jau dirba šie specialistai, Šiaulių mieste yra keturi vaikų darželiai, kuriuose įsteigti specialiojo pedagogo etatai. Kaimo vietovėse esančiose mokyklose ir darželiuose trūksta šių specialistų, o kai kur nėra ir ugdymo įstaigų. Šiaulių miesto pradinėse mokyklose dar trūksta šių specialistų, įstaigų vadovai ne visada supranta šių specialistų misiją, ką šis specialistas turi daryti ART, ikimokyklinėse ugdymo įstaigose. Anot respondentės, problema yra ir ta, kad tėvams nepakankamai suteikiama žinių apie psichologo, specialiojo pedagogo veiklą ankstyvajame vaiko amžiuje, tėvai neturi poreikio kreiptis į šiuos specialistus, yra neigiamos nuomonės.*

Tyrimė dalyvavusi psichologė atskleidžia ir kitą aspektą; jos teigimu, dažniausiai į ją kreipiasi tėvai, jie patys yra suinteresuoti priimti pagalbą:

*Jei tėvai ar vaikai jau ryžtasi ateiti pas psichologą, tai rodo, kad jie yra atviri, pasirengę priimti pagalbą, patys išvelgia, kad turi problemų. Daugiau problemų su tėvais, kurie turi žalingų įpročių, intelekto problemų, arba nesupranta, ką reiškia tenkinti vaiko elementarius poreikius (maitinimosi, higienos, poilsio), sunkiau yra susitarti dėl tolimesnės pagalbos. Ankstyvajame vaiko amžiuje yra*

*dirbama daugiau su tėvais, koreguojamas jų elgesys su vaiku, aptariami pagalbos vaikui metodai, sudaromi elementarūs tėvų įgūdžiai bendraujant su vaiku.*

Psichologė išvelgia ir darbo metu vyraujančias problemas su tėvais:

*Su tėvais kartais sunku susitarti, susikalbėti, kad padėtų vaikams paruošti namų darbus, kad pasisodintų vaikus ant kelių, pasikalbėtų, sunku jiems atskleisti, kad jie suvoktų, ko reikia vaikui (PSC psichologė).*

*Yra tokių atvejų, kai siunčia, o tėvai nesupranta kodėl siunčia kineziterapeutui, bet vis tiek išlanko visas procedūras, nes čia jų vaiku rūpinasi; jie ne specialistai, nežino, ar raumenų tonusas mažesnis ar ne. Bet šiaip problemų mažai kyla, nebent tėvai turi psichikos negalę (PSPC kineziterapeutė).*

PSPC pediatrė taip pat linkusi manyti, kad bendradarbiavimas tarp specialistų ir tėvų vyksta gerai, tėvai noriai bendradarbiauja:

*suprantama, ne visi tėvai nori sutikti, kad jų vaikui yra problemų, bet dauguma tėvų linkę priimti siūlomą pagalbą. Kur nusiunčiame, pas kokį specialistą, pas tą nueina.*

Tačiau interviu dalyvės komentaras liudija, kad tėvai yra pasyvūs, vykdo specialistų nurodymus, o specialistai užima dominuojančią poziciją.

*Galima daryti išvadą, kad įstaigų specialistai yra motyvuoti bendradarbiauti su tėvais tenkinant vaiko ir jų pačių specialiuosius poreikius. Tačiau, bendradarbiavimo pobūdžiui turi įtakos specialistų funkcijos, atliekamas darbas, taip pat jų asmeninės savybės bei nuostatos. Akivaizdesnis bendradarbiavimas yra tarp terapeutų (kineziterapeutų, psichologų, socialinių pedagogų) ir tėvų; pas šiuos specialistus tėvai lankosi daugiau kartu, yra tariamasi su tėvais, jie mokomi, išklausoma jų nuomonė, kartu sprendžiamos problemos. Tarp pediatrų ir tėvų santykiai yra labiau formalūs, jie svarbesni vaiko raidos vertinimo bei poreikių identifikavimo procese. Taip pat akivaizdu, kad tėvai gauna nepakankamai informacijos apie tarnybų specialistų veiklą, todėl bijo jose lankytis, užima gynybinę poziciją lankantis pas juos.*

**Ankstyvosios pagalbos sistema ir tobulintinos sritys.** Nė vienos įstaigos specialistai, analizuodami pagalbos kokybę savo tarnyboje, išvelgė joje ir tobulintinų sričių.

ART, PPT ir kitų įstaigose pas specialistą su savo vaikais dažniausiai lankosi mamos; tėčiai nenoriai eina į šias įstaigas. Tačiau sprendžiant su vaiko raida ar netinkamu elgesiu susijusias problemas, pasak psichologės, reikia abiejų tėvų dalyvavimo, bendrų sprendimų priėmimo, susitarimo, kaip elgtis su vaiku ir pan.

PPT specialistė, kalbėdama apie AIV sistemą mieste, išvelgė tobulintinus aspektus ir teigė:

*Norint padėti vaikui, reikia ieškoti teigiamų vaiko galių, stipriųjų pusių, remtis jomis ugdymo procese. Kol kas ugdymo įstaigų specialistai akcentuoja vaiko neigiamas puses kreipdamiesi į PPT specialistus. Ne tik tėvai, bet ir ugdymo įstaigų specialistai nori greito rezultato, kiekvienas mato skirtingus problemos sprendimo kelius, skirtingai suvokia situaciją. Tėvai, nepratę dirbti kartu su specialistu, linkę laikytis hierarchinių santykių einant pas specialistą. Tėvai visą atsakomybę skiria specialistams laikydami jį profesionalu, kuris žino atsakymus į iškilusias problemas. Kai specialistas bando laikytis demokratiško, lygiaverčio bendravimo su tėvais, bando su jais diskutuoti,*

*klausti jų nuomonės, ieškoti kartu problemos sprendimo kelių, specialistas kartais nuvertinamas, tėvai ima nebetikėti juo, laiko jį nekompetentingu.*

ART kineziterapeutės teigimu, *vaikai, gyvenantys kaimo vietovėse, neturi galimybių pastoviai lankytis artimiausioje ART, į ją atvyksta tik nebent vaiko profilaktiniam raidos įvertinimui, nesulaukdami greito rezultato, nebesilanko tarnybose.* Tyrimo dalyviai dar kartą patvirtino, kad ART daugiausiai lankosi tik miestuose gyvenantys vaikai. PSPC pediatrė mano, kad reikalingas socialinių sąlygų gerinimas kaimo gyventojams:

*Specialistai turi lankytis tose vietovėse, o ne tėvai ir vaikai vykti į šias tarnybas, taip pat reikalingas didesnis bendradarbiavimas su kaimo seniūnais, ambulatorijomis.*

Kol kas situacija tokia, pediatrės teigimu, kad *tėvai neturėdami poreikio, būdami neigiamos nuomonės dėl specialistų vaiko raidos vertinimo išvados ar nepalankiai žiūrėdami į teikiamą pagalbą, turi teisę nevesti vaiko į ART, specialistai teikia pagalbą tik tiems vaikams, kurie lankosi tarnyboje:*

*O kas juos privers, tėvai ir turi imtis atsakomybės už savo vaiką, jokia socialinė institucija neprivalo kontroliuoti tėvų pareigų vykdymo.*

Pasikliaujama tėvų atsakomybės jausmu, pareigos jausmu. Tačiau kineziterapeutė mano:

*pirmiausia reikia dirbti ne su vaiku, o su tėvais, atskleidžiant vaiko raidos tendencijas, išugdant supratimą, kodėl reikalinga pagalba. Reikėtų labiau įtraukti vaiko teisių apsaugos tarnybas, koordinuojančias kai kurių tėvų pareigų vykdymą.*

Kalbant apie kaimo vietovių ankstyvosios pagalbos tobulinimą, psichologė atskleidė alternatyvą, jos manymu, mažinančią vaikų psichologines problemas:

*Reikalingas didesnis vaikų užimtumas. Užimtumas ir bendravimas yra apsauginiai veiksniai nuo psichologinių sutrikimų, problemų. Tai itin aktualu kaimo vietovėse.*

Dideli ART specialistų darbo krūviai rodo, kad tėvams pagalbos reikia. Kaimo vietovėse dažnai tėvai šio poreikio neturi. ART kineziterapeutės teigimu:

*Kaimo vietovėse gyvenantys asocialios šeimos neturi poreikio eiti į tarnybas. Mes, kai važiuodavome į kaimus, ten daug būdavo asocialių šeimų, jie vos ne vos ateidavo iki ambulatorijos, felčerė ar kas kitas atveža juos, atitempiami tėvai beveik ko ne per prievartą. Jiems būtų suteikiama pagalba, jei jie tik ateitų. Ateina tada, kai reikia finansinės pagalbos – išmokos už neįgalumą. Tada prižada lankyti užsiėmimus, kad vaikui pagerėtų, po to dingsta vėl metams ar dviems iki tol, kol baigiasi neįgalumo pažymėjimas.*

Specialistė pagalbai kaimo vietovėse gerinti siūlo sukurti *sistemą ir užtikrinti finansavimą nuvažiuoti specialistams į vietoves, kuriose pagalbos nėra.*

**Mobilios komandos pagalbos prieinamumui gerinti.** Respondentų nuomonių analizė leidžia manyti, kad specialistai visoms šeimoms, kurios atvyksta į įstaigas, teikiančias ankstyvąją pagalbą, sudaro vienodas sąlygas, nei viena šeima nėra laikoma prioritetine. Nors ne visi specialiųjų poreikių turintys ankstyvojo amžiaus vaikai bei jų tėvai turi galimybę gauti ankstyvąją pagalbą, kol kas Lietuvoje pagalba namuose, respondenčių pateiktais duomenimis, neteikiama. *Apibendrinus specialistų pasisakymus, atsiskleidė, kad socialinis darbuotojas,*

*pediatrai, šeimos gydytojai yra vieninteliai specialistai Lietuvoje, kurie vyksta į namus teikti pagalbą.*

Respondentės pritarė „Pagalba namuose“ novatoriškai ankstyvosios intervencijos visiems vaikams idėjai:

*Manau, kad šią pagalbą turėtų teikti PPT, o ne ART, nes čia poliklinika, nebent suidicidiniai atvejai ekstra iškvietimai (psichologė).*

*Manau, kad tai būtų sveikintina, nes kaimai yra apleisti dirvonai. Turėtų vykti okulistas, neurologas, psichologas (PSPC pediatrė).*

Pasak, respondenčių, tėvai pajėgūs ir patys padėti savo vaikams bent iš dalies. Šeima yra viena iš pagrindinių vaiko socialinių įgūdžių formavimo institucijų. Dalis tėvų į įstaigas neatvyksta dėl sunkių materialinių sąlygų, bet dalis tėvų neturi poreikio vykti į jas. Respondentų manymu:

*specialistai turėtų atlikti vaiko pirminį raišos įvertinimą, pagalba namuose turėtų būti daugiau konsultacinio pobūdžio, apmokant, padedant tėvams pritaikyti aplinką, parinkti priemones, kompensacinę įrangą, konsultuojant tėvus įvairiais klausimais; Tam turėtų būti suburta atskira specialistų komanda, teikiamos transporto paslaugos; ši pagalba būtų veiksmingesnė, nes ji būtų teikiama artimiausioje vaiko aplinkoje, vaikui nereiktų adaptuotis prie naujos aplinkos, ypatingai gąsdinančių medicinos darbuotojų uniformų; tėvams turi būti suteikiama konsultacinė pagalba atsižvelgiant į vaiko gebėjimų lygį, šeimos situaciją, pirmos raišos sutrikimų priežastis.*

*Remiantis, interviu dalyvių nuomonių analize, galima daryti išvadą, kad mobilios specialistų komandos yra itin svarbios, siekiant užtikrinti vienodas ankstyvosios pagalbos sąlygas bei pagalbos prieinamumą, nepaisant šeimos gyvenamosios vietos.*

### **2.3.3. Kitų Europos šalių specialistų nuomonių analizė**

Tyrimo rezultatai buvo analizuojami ir apibendrintai pateikiami išryškinant esminius Airijos ir kai kuriuos Anglijos AIV duomenis, esminiais tyrimo klausimais jie buvo grupuojami į 6 kategorijas:

**Tiriamųjų demografiniai duomenys.** Visi 6 respondentai dirba įstaigose, skirtose specialiųjų poreikių vaikams. Respondentai suskirstyti į dvi grupes, pagal tai, kokioje įstaigoje dirba: 1) pirmąją grupę sudarė specialistai, dirbantys Airijos Korko miesto S. Juozapo įstaigoje. Tyrime dalyvavę respondentai yra skirtingų sričių specialistai ir turi skirtingą darbo patirtį: Atvejo koordinatorius komandoje (6 mėnesiai), vyriausioji slaugytoja (10 metų), priežiūros asistentas (3 metai), slaugytoja (3 metai); 2) Antrąją grupę sudarė specialistai, dirbantys Londone, Anglijoje: vaikų lopšelio auklėtoja (3 metai), vaikų lopšelio slaugytoja (3 metai).

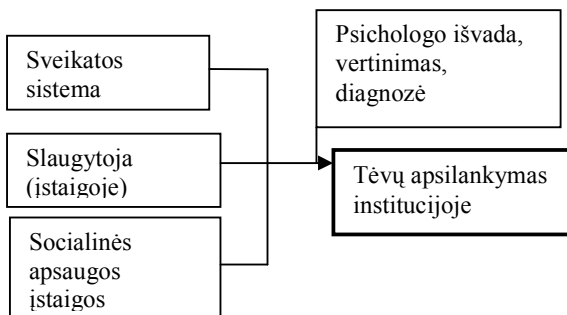
**AIV būdingi požymiai šalyse.** Nors tyrimo tikslas buvo apklausti specialistus, teikiančius ankstyvąją pagalbą ankstyvajame vaiko amžiuje (0-3 metų), bet Airijos specialistų nurodymu, įstaigoje specialioji pagalba yra teikiama 4-18 metų vaikams. Priežiūros asistentas teigia, kad

šioje įstaigoje pagalbos gavėjų tikslinė grupė yra vaikai, turintys mokymosi ir kitus sutrikimus, tokius kaip Dauno sindromas, Autizmas ir pan.

Išanalizavus respondentų atsakymus, paaiškėjo, kaip vaikai patenka į S. Juozapo įstaigą:

*Ankstyvojo amžiaus ir vyresni vaikai, turintys specialiųjų poreikių, priimami ugdytis tada, kai yra ištiriami psichologo bei gaunamas tėvų sutikimas; psichologo diagnozė suteikia galimybę gauti paslaugas AIV įstaigose.*

Apibendrinus Airijos specialistų pateiktus duomenis, matyti nuoseklumas, kaip vaikas ir šeima įtraukiami į pagalbos sistemą (18 pav.):



**18 pav.** Tarpžinybinių institucijų dalyvavimas vaikui pradedant lankyti S. Juozapo įstaigą.

Iš pateiktų duomenų matyti, kad vaiko specialiųjų poreikių tenkinimo S. Juozapo įstaigoje, dalyvauja ir kitos tarpžinybinės institucijos: sveikatos bei socialinės apsaugos, dar iki tol, kol tėvai pirmą kartą apsilanko įstaigoje. Lietuvoje vaiko raidos vertinimas atliekamas ART, Vaiko raidos centre, PPT ar ikimokyklinėse ugdymo įstaigose, o Airijoje už vaiko raidos įvertinimą atsakingas psichologas. Taip pat, Lietuvoje ne visada prireikia socialinės apsaugos įstaigų dalyvavimo, vaikui pradedant lankyti ikimokyklinės ugdymo įstaigas.

Anglijos respondentai savo įstaigoje pagalbą vaikams teikia nuo 3 mėnesių iki 5 metų. Specialistai, atsakydami į klausimą, koku būdu vaikai patenka į įstaigą, nurodė tiesioginio vaiko susisieki su įstaiga galimybes, t.y. atvykimo būdus į įstaigą (pvz.: atveža tėvai, autobusas, traukinys, mašina, ateina pėstute).

Tai pat siekta išsiaiškinti, kokią tarpžinybinę pagalbą vaikai bei jų tėvai ankstyvajame vaiko amžiuje gauna Airijoje. Airijos specialistų atsakymai pateikti 5 lentelėje:

**5 lentelė**

**Tarpžinybinių institucijų dalyvavimas AIV Airijoje**

Institucijos:	Specialistų atsakymai
Sveikatos	Medicinos darbuotojų priežiūra: psichologo, psichiatro, psichoterapeuto, bendrosios praktikos gydytojo.
Ugdymo	Institucijos, teikiančios specialiąją pagalbą. Logopedas, psichologas, mokytojai, specialiųjų poreikių tenkinimo asistentas.
Socialinės apsaugos	Specialieji darbuotojai/gydytojai; Bendruomenės programos (valstybinės/privačios) integruotos priešmokyklinėse ugdymo įstaigose.
Kitos	Šeimos rūpinimasis, draugai, asmenys, bendraujantys su vaiku.



Respondentų nuomone, Airijoje ankstyvojo amžiaus vaikai turi galimybę gauti įvairiapusę tarpžinybinę institucijų pagalbą. Sveikatos apsaugos sistemoje vaikai gauna medicininės krypties paslaugas, kurias teikia: psichologas, psichiatras, psichoterapeutas, bendrosios praktikos gydytojas. Lietuvoje ART vaikai gauna ne tik medicininę pagalbą, bet ir terapinę (kineziterapeuto, logopedo, socialinio pedagogo, ir kt.). Socialinės apsaugos institucijose yra minimos bendruomenės programos, kurios yra nemokamos/valstybinės bei mokamos. Šios programos plačiai taikomos ir Portugalijos AIV.

**Multidisciplininis specialiųjų poreikių tenkinimas ir bendradarbiavimas.** Kokybiškam specialiųjų poreikių tenkinimui turi įtakos multidisciplininė pagalba bei specialistų bendradarbiavimas. Airijos specialistų duomenimis, S. Juozapo įstaigoje ankstyvojo amžiaus vaikų bei jų tėvų specialiuosius poreikius tenkina: užimtumo terapeutai, bendruomenės slaugytojos; gydytojai ir slaugytojos; dietologai; psichologai; psichiatrai; socialiniai darbuotojai; logopedai; psichoterapeutai. Akivaizdu, kad Airijoje vaikai gauna multidisciplininę pagalbą, kuri teikiama kiekvienam vaikui pagal poreikį. Nors ankstyvosios pagalbos tarnyba Airijoje yra pavaldi švietimo ministerijai, joje dirba ir medicinos darbuotojai (dietologai, gydytojai, slaugytojos, psichiatrai ir kt.). Priežiūros asistento nuomone, specialistų įvairovė, tenkinant vaiko bei jo šeimos specialiuosius poreikius, galėtų būti dar didesnė. Lietuvoje multidisciplininės komandos įstaigose nėra tokios gausios, tačiau specialistų įvairovė yra pakankama.

Vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas, vadovaujantis sisteminė ekologine nuostata, nebus kokybiškas be specialistų, tėvų bei vaiko lygiaverčio bendravimo, partnerystės palaikymo. Airijos respondentai atskleidė įvairius bendravimo ir partnerystės kūrimo būdus: *atidus klausymasis/išklausymas; reguliarūs susitikimai; naujausios informacijos siuntimas tėvams; reguliarus kontaktavimas ir glaudus bendravimas; naudojamos bendravimo knygelės perduoti informaciją į namus bei į mokyklą ir pan.; socialiniai darbuotojai lanko vaikus namuose.* Priežiūros asistentas teigia, *kad tėvams būtų naudingiau, jei asmuo, paskirtas palaikyti ryšius su tėvais, būtų jiems lengvai pasiekiamas, kai specialistai neturi laiko ir/ar galimybių bendrauti su tėvais.* Iš specialisto pateiktų duomenų matyti tai, kad S. Juozapo įstaigoje vienas iš komandos specialistų palaiko glaudžius ryšius su tėvais. Lietuvos ART nėra tokios praktikos, kad vienas specialistas būtų atsakingas už glaudesnę bendravimą su tėvais.

Airijos specialistai taip pat atskleidė dar keletą tobulintinų, su specialistų ir tėvų bei tarpusavio bendravimu, susijusių aspektų, kurie priimtini ir Lietuvos specialistams:

*kalbant apie tėvų poreikius, šeimoje besilankantys darbuotojai turi pritaikyti savo profesines rekomendacijas namų aplinkai ir taip užtikrinti ugdymo namuose ir ugdymo įstaigoje vienodumą; bendradarbiavimas gali nevykti dėl abipusio nesutarimo; nėra išklausomi tėvai bei kalbama apie*

*tėvų lūkesčius; specialistai gali būti nepakankamai empatiški tėvams, o tėvai gali būti priešiška nusiteikę.*

Specialistai sutinka, kad tėvai yra kompetentingi prisidėti prie vaiko specialiųjų poreikių tenkinimo:

*Įstaiga yra atvira tėvams; jie pasitiki specialistais bei teikiamos pagalbos nauda vaikui; tėvai iš anksto informuoja įstaigą apie vaiko specialiuosius poreikius, dvasinę, protinę ir psichinę būklę. Tėvai dažnai lankosi įstaigoje, bei vieną kartą per metus vyksta visų tėvų bendras susitikimas. Tėvų draškinimas lankyti susitikimus leidžia įtraukti tėvus į sprendimų priėmimą dėl pagalbos jų vaikui.*

Anglijoje dirbantys specialistai taip pat nurodė bendradarbiavimo tarp tėvų ir specialistų būdus:

*vyksta dažni susitikimai vakarais; slaugytojos susitinka su tėvais; padrašiname tėvus vaikus ugdyti ir patiems namuose; tėvų vakarai (susitikimai); užduodami namų darbai tėvams; pagalba teikiama ir namuose.*

Taip pat yra nurodomos bendradarbiavimo su tėvais kliūtys:

*Nevisi tėvai suinteresuoti dirbti kartu su specialistais. Dažnai daugelio tėvų kalba, kuria bendraujama, nėra anglų kalba, tai stabdo bendradarbiavimą tarp tėvų ir specialistų.*

Siekiant išsiaiškinti tarpinstitucinį įstaigų bendradarbiavimą, abiejų šalių specialistai buvo nepakankamai kompetentingi atsakyti. Airijos slaugytojos ir atvejo koordinatoriaus komandoje teigimu, jiems tenka bendradarbiauti su ikimokyklinėmis ugdymo įstaigomis, Anglijos vaikų lopšelio slaugytojos teigimu, bendradarbiaujama su socialinėmis institucijomis.

**Pagalbos prieinamumas.** Palyginus specialistų dirbančių Lietuvos ir kitų tyrime dalyvavusių šalių AIV, nuomones, galima manyti, kad pagalbos prieinamumas yra panašus kaip ir Lietuvoje. Specialistai teigia:

*tėvai gauna paslaugą ten, kur jie gyvena; kartais neįmanoma teikti pagalbą artimiausioje vaiko aplinkoje, bet dažniausiai įstaigos susikuria, suformuoja ten, kur poreikis gauti paslaugas atsiranda daugeliui vaikų.“.*

Lietuvoje ART, ikimokyklinės ugdymo įstaigos veikia taip pat ten, kur poreikis gauti paslaugas yra didžiausias, o atokesnėse vietovėse gyvenantys vaikai neturi galimybės lankyti šias įstaigas artimiausioje savo aplinkoje. Respondentai įvardijo keletą tobulintinų aspektų Airijoje. Priežiūros asistentas, kalbėdamas apie tai, kiek kartų per savaitę teikiama specialisto pagalba vaikui, teigia:

*tai priklauso nuo vaikų skaičiaus, kiek jiems reikia skirti dėmesio. Jei pagalbos neužtenka, tėvai turi susimokėti. Vaikams tenka laukti ilgai, kol suteikiama pagalba, o mokamų priežiūros asistentų tenka laukti 3-6 mėnesius.*

Respondentų nuomone, kad pagalbos prieinamumas nėra garantuojamas, trūksta galimybių vaikams suteikti pagalbą tada, kai jos reikia, taip pat finansine prasme šios paslaugos ne visiems vaikams gali būti prieinamos. Specialistų duomenimis, pagalba skiriama atsižvelgiant į turimus resursus/finansavimą, vaiko pajėgumą priimti terapiją, vaiko gebėjimus, tėvų susitaikymą su

vaiko negale. Specialistai nurodo, kad visiems vaikams sąlygos gauti paslaugas yra vienodos, tačiau socialinės rizikos šeimos neturi pirmenybės gauti paslaugas.

Kadangi ne visi tėvai gali vedžioti vaikus į įstaigą, daugelis Europos AIV tarnybų pagalbą teikia namuose. Airijos ir Anglijos specialistų teigimu, jų įstaigose ši paslauga taip pat teikiama. Airijos specialistų duomenimis, *į namus vyksta socialiniai darbuotojai, bendruomenės slaugytoja, specialistai, padedantys namuose, priežiūros specialistai, logopedas, psichologas, užimtumo terapeutai, medicinos personalas.*

Ši pagalba (*angl.* home support) pasak Airijos ir Anglijos specialistų, yra skirta visiems vaikams, bet Airijos specialistų teigimu, didesnis dėmesys yra skiriamas sunkią negalę turintiems vaikams. Pasak slaugytojos, dažniausiai pagalba namuose yra skiriama dvi valandas per savaitę ir tai priklauso nuo resursų.

Anglijos specialistai teigia, kad jie vyksta į namus padėti vaikui ir jo šeimai lengviau susitvarkyti su problemomis. Ten kas tris mėnesius vyksta *sveikatos prižiūrėtojai, tikrina vaiko sveikatą, vertina raidą, planuoja veiklą.* Airijos slaugytojos teigimu, ne visiems vaikams yra garantuojamas pagalbos prieinamumas šalyje. Norint užtikrinti pagalbos prieinamumą visiems vaikams, atvejo koordinatorius komandoje teigia, kad reikia *didesnio finansavimo; lengvesnių paslaugų prieinamumo; kuo anksčiau pradėti stebėti vaiko raidą.*

Priežiūros asistentas teigia, kad *šeimoms reikia geresnės prieigos bendrauti su specialistais ir labiau suplanuoto rūpinimosi jų vaiku. Būtų naudinga, jei būtų įsteigtas paslaugų skyrius priklausomai nuo vaiko poreikio. Pavyzdžiui, vieniems vaikams reikia labiau fizinio lavinimo, kitiems sensorinio ir t.t. Darbas turi būti paskirstytas specialistams, pagalba skiriama priklausomai nuo vaiko poreikio, nes visi vaikai yra skirtingi.*

**Specialistų požiūris apie ankstyvosios pagalbos teikimą įstaigoje.** Neabejotina, kad ankstyvosios pagalbos teikimas savaime yra teigiamas, tačiau nuolat kintantis, tobulėjantis procesas. Specialistai objektyviai atskleidė savo nuomonę apie institucijas bei jų išgales tenkinti vaiko specialiuosius poreikius. Vyrauja įvairios nuomonės apie įstaigų ir savo šalių AIV sistemas. Airijos specialistų manymu:

*Kai vaikai turi didelę specialistų komandą, kuri gali padėti jam, jo specialieji poreikiai gali būti tenkinami geriau; mūsų organizacija yra nevisiškai sukomplektuota ir suinteresuota apmokyti specialistus; galėtų būti geresnis finansavimas paslaugų gavėjams; specialieji poreikiai yra tenkinami pakankamai gerai, plati paslaugų įvairovė; bukletų gaminimas suteiktų daugiau informacijos tėvams ir darytų įstaigą prieinamesnę.*

Specialistai išvelgia ir tobulintinų sričių Airijos AIV sistemoje:

*Reikalingas didesnis socialinių darbuotojų įdarbinimas ar ilgesnės darbo valandos; įsteigti daugiau priešmokyklinių ugdymo įstaigų; kuo ankstyvesnio vaikų raidos vertinimo, didesnio pasidalijimo informacija, susijusia su AIV; vaikų įvertinimas ir paslaugų teikimas turi būti prieinamesnis laiko*

*atžvilgiu, kad vaikams nereiktų laukti tiek ilgai. Taip pat šeimos darbuotojai yra būtini, kad padėtų susitaikyti su jų vaiko diagnoze.*

Anglijos bendruomenės slaugytojos teigimu, *šalyje dar vyrauja vaikų apleistumas AIV atžvilgiu, bei netinkamas tėvų rūpinimasis vaikais.* Taip pat ji teigia, kad ne kiekvienas vaikas, turintis specialiųjų poreikių, gauna tinkamą pagalbą.

Specialistų nuomonių analizė, leidžia manyti, kad ankstyvoji pagalba visose analizuotose šalyse teikiama, tačiau visose šalyse pagalbos prieinamumas yra tobulintinas.

#### **2.4. Lyginamoji ankstyvosios pagalbos prieinamumo analizė**

Atsižvelgiant į Lietuvos, Anglijos bei Airijos specialistų išsakytas nuomones, pastebėti AIV panašumai ir skirtumai:

- Visose dalyvavusiose tyrime šalyse tenkinant ankstyvojo amžiaus vaikų specialiuosius poreikius dalyvauja skirtingų sričių tarpžinybinės institucijos: sveikatos, socialinės apsaugos ir švietimo, tačiau kiekvienoje šalyje jų vaidmuo, sudėtis bei įsitraukimas į AIV yra skirtingas.
- Airijoje vyrauja interdisciplininis ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas. Švietimo institucijoms pavaldžiose įstaigose dalyvauja ir medicinos bei socialinės apsaugos specialistai. Lietuvos ART taip pat dirba interdisciplininės komandos, kurios priklauso sveikatos apsaugos sistemai, tačiau jose dirba ir kitų sričių specialistai (ir ugdytojai, ir socialiniai darbuotojai, ir psichologai). Airijoje AIV procese dalyvauja ir kitos tarpžinybinės institucijos: sveikatos bei socialinės apsaugos, dar iki kol tėvai pirmą kartą apsilanko įstaigoje. Lietuvoje vaiko raidos vertinimas atliekamas ART, Vaiko raidos centre, PPT ar ikimokyklinėse ugdymo įstaigose, o Airijoje pagrindinis vaiko raidos vertintojas yra psichologas. Lietuvoje ne visada prireikia socialinės apsaugos įstaigų dalyvavimo vaikui pradėdant lankyti ikimokyklines ugdymo įstaigas.
- Specialistai pozityviai žvelgia į tėvų ir specialistų bendradarbiavimą, vertina tėvų kompetencijas AIV, kartu nurodo bendravimo būdus bei bendravimo kliūtis.
- Airijos pagalbos prieinamumas panašus kaip ir Lietuvoje. Specialistai teigia, kad *tėvai gauna paslaugą ten, kur jie gyvena; kartais neįmanoma teikti pagalbą artimiausioje vaiko aplinkoje, bet dažniausiai įstaigos veikia ten, kur poreikis gauti paslaugas yra didesnis.* Lietuvoje ART, ikimokyklinės ugdymo įstaigos veikia taip pat ten, kur poreikis arba vaikų skaičius gauti paslaugas yra didžiausias, o atokesnėse vietovėse gyvenantys vaikai neturi galimybės lankyti šias įstaigas artimiausioje savo aplinkoje.
- Visose trijose šalyse socialinės rizikos šeimos neturi pirmenybės paslaugoms. Nėra atsižvelgiama, kad tėvų materialiniai sunkumai riboja vaiko patekimą į AIV įstaigas.

Lietuvos įstatymuose nėra reglamentuotų papildomų sąlygų šioms šeimoms gauti paslaugas.

- Anglijoje ir Airijoje ankstyvoji pagalba teikiama ne tik įstaigose, bet ir namuose. Lietuvoje nėra viena AIV įstaiga pagalbos namuose neorganizuojanti. Tėvai, negalintys nuolat lankyti įstaigų, yra mokomi patys padėti savo vaikams, bet tai priklauso nuo kiekvieno specialisto geranoriškumo, tėvų atsakomybės, nes dokumentuose teikti pagalbą tėvams nenumatyta. Lietuvoje socialinis darbuotojas, pediatras, šeimos gydytojas yra vieninteliai specialistai, kurie vyksta į namus.
- Anglijos ir Airijos AIV įstaigose yra teikiama ir psichologo pagalba, Lietuvoje jei ir yra steigiami psichologų etatai tarnybose, specialistai nenoriai dirba su mažais vaikais. Mažai psichologų ir socialinių pedagogų specializuojasi teikti pagalbą ankstyvojo amžiaus vaikams ir jų šeimoms.
- Specialistai, pasakodami apie AIV šalyse, atskleidžia ir tobulintinų sričių, iš kurių pagrindinė yra išskiriama finansavimas ir pagalbos prieinamumas kiekvienam vaikui.

## Išvados

1. Lietuvoje ankstyvosios pagalbos sistema vaikui ir šeimai sparčiai tobulėja, tačiau dar yra tobulintinų sričių. Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų dokumentų, reglamentuojančių vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą Lietuvoje, analizė rodo, jog šalyje nėra pakankamai išplėtotas ankstyvasis ugdymas ir pagalba šeimai, auginančiai sutrikusios raidos vaiką; oficialiuose dokumentuose ankstyvosios intervencijos vaikystėje klausimai nepakankamai analizuojami ir akcentuojami; vienintelis veikiantis LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas neužtikrina ankstyvosios pagalbos kiekvienam vaikui ir šeimai, kuriems jos reikia, prieinamumo.

2. Tyrimo rezultatai parodė, kad ankstyvosios pagalbos sistema funkcionuoja ir specialistų yra vertinama pozityviai. Tačiau neigiamai vertinama kai kurių specialistų (pvz., psichologo) pagalba, taip pat tėvų savitarpio pagalbos grupių stoka tarnybose (ypač ten, kur tarnybų visai nėra), specialistų menkas pasirengimas dirbti su ankstyvojo amžiaus vaikais ir jų šeimomis, paslaugų netolygumas ir kt. byloja, jog ankstyvosios pagalbos prieinamumas garantuojamas ne visiems Lietuvos vaikams.

3. Dokumentų analizė parodė, kad Lietuvos bei kitų Europos šalių ankstyvosios intervencijos vaikystėje sistemos pagalbos prieinamumo požiūriu yra skirtingos, tačiau visos gali būti tobulinamos. Lietuvoje pagalbos galimybės ankstyvojo amžiaus vaikams, turintiems specialiųjų poreikių, ir gyvenantiems nutolusiose nuo miesto vietovėse, yra ribotos, nes nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų. Analizuotose Europos šalyse, skirtingai nei Lietuvoje, ankstyvoji pagalba vaikui ir šeimai yra teikiama jų namuose, todėl ji lengviau prieinama vaikui.

4. Lietuvoje ankstyvosios pagalbos procese dalyvauja trijų žinybų - sveikatos, socialinės apsaugos ir švietimo institucijos, tačiau, kaip rodo tyrimo rezultatai, tarp jų trūksta bendradarbiavimo, veiklos derinimo bei koordinavimo tam, kad būtų užtikrintas pagalbos prieinamumas kiekvienam vaikui.

5. Iškelta hipotezė, jog ankstyvosios pagalbos prieinamumas miesto ir kaimo vaikams bei jų šeimoms Lietuvoje yra nevienodas, pasitvirtino. Rajonuose, kur nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų, ankstyvojo amžiaus vaikų bei jų šeimų specialieji poreikiai yra tenkinami tik iš dalies arba visai netenkinami.

## Literatūra

1. Ališauskienė, S., Ališauskas, A., Melienė, R., Šapelytė, O., Miltenienė, L., Gerulaitis, D. (2007). *Psichologinės, specialiosios pedagoginės ir specialiosios pagalbos bendrojo lavinimo mokyklų mokiniams lygis*. Tyrimo ataskaita. Šiaulių universitetas, Švietimo ir mokslo ministerija [http://www.smm.lt/svietimo\\_bukle/docs/tyrimai](http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai). (Žiūrėta 2009-01-10).
2. Ališauskienė, S. (1998). *Ankstyvojo amžiaus vaikų korekcinis ugdymas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
3. Ališauskienė, S. (2006). *Ankstyvoji intervencija vaikystėje: Lietuvos situacijos analizė Europos šalių kontekste*. Šiaulių universitetas.
4. Ališauskienė, S. (2005). *Ankstyvoji intervencija vaikystėje*. Monografija. Šiauliai. Šiaulių universiteto leidykla.
5. Ališauskienė, S. (2007). *Early Childhood Intervention in Lithuania in European Context*. *Specialusis ugdymas* 1(16), 2007. P. 17-26.
6. Ališauskienė, S., Gudonis V., Mikulėnaitė, L., Petrulytė, J., Radzevičienė, L. (2003). *Ankstyvasis ugdymas: dabartis ir perspektyvos*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
7. Ališauskienė, S., Čegyte, D. (2008). *Ankstyvosios intervencijos vaikystėje specialistų profesinio pasirengimo turinio analizė*. *Specialusis ugdymas*. Nr. 2 (19), Šiaulių universitetas.
8. Ališauskienė, S., Mikalajūnienė, J., Čegyte, D. (2007). *Ekologinio požiūrio taikymas, tenkinant ankstyvojo ir ikimokyklinio amžiaus vaikų specialiuosius poreikius*. *Specialusis ugdymas*. Nr. 2 (17), Šiaulių universitetas.
9. Ališauskienė, S., Selvenytė, E. (2004). *Tėvų pasitenkinimas ankstyvąja intervencija: lyginamoji situacijos analizė Europos šalių kontekste*. *Specialusis ugdymas*. Nr. 1 (10).
10. Ališauskas, A. (2007). *Vaiko psichopedagoginis vertinimas: pokyčių perspektyva*. *Mokomoji knyga*. Šiauliai. Šiaulių universiteto leidykla.
11. Ališauskas, A. (2002). *Vaikų raidos ypatingumų ir specialiųjų ugdymo(si) poreikių įvertinimas: mokomoji knyga*. Šiauliai. Šiaulių universiteto leidykla.
12. *Ankstyvoji intervencija vaikystėje. Europos situacijos analizė. Esminiai aspektai ir rekomendacijos*. Ataskaita (2005). European Agency for Development in Special Needs Education. [www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci\\_lt.doc](http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_lt.doc) (žiūrėta 2009-01-10).
13. Bartkuvienė, D., Bikuličienė, R. ir kt. (2003). *Vaikų raidos sutrikimai*. Kaunas, p. 12-13.
14. Brambring, M., Rauh, H., Bellmann, A. *Early Childhood Intervention*. <http://books.google.lt/books?id=ROwE6nHHF4C&dq=early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bl&ots=Fpu>

elnOr-

O&sig=EROzJx4BC8VwzTzo70afj6Nrkw&hl=lt&ei=Xam8SefLCYyLsAaNmfjoDg&sa=X&oi=book\_result&resnum=4&ct=result#PPP1\_M1 (žiūrėta 2009-03-18).

15. Dapkevičienė, E., Valentiniienė, A., Purtokienė, S. Mūsų žodis (2000). Regėjimo invalidų reabilitacija. <http://www.lass.lt/mz/200009/str06.htm>. (žiūrėta 2009-03-16).
16. Daulenskiene, J. (1983). Šeima ir ankstyva anomalumo diagnostika. Anomalus vaikas – šeima – mokykla – gamykla. Konferencijos medžiaga. Vilnius.
17. Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros projekto ataskaita: „*Ankstyvoji intervencija vaikystėje. Situacijos Europoje analizė*“ (2006). Euronews of special needs education. European Agency for Development in Special Needs Education. [http://www.european-agency.org/news/euronews/euronews-15/euronews15\\_lt.pdf](http://www.european-agency.org/news/euronews/euronews-15/euronews15_lt.pdf) (Žiūrėta 2009-01-10).
18. Ivoškuvienė, R. (1986). Ankstyvoji kalbėjimo korekcija. Paskaitų konspektas. Vilnius.
19. Kajokienė, A., Pūras, D., Lesinskienė, S. ir kt. (2001). Slaugytojo vaidmuo ir veikla vaikų raidos sutrikimų ankstyvojoje reabilitacijoje. Vilnius.
20. Kaminskas, R. (2006). Bendroji ir medicinos sociologija: mokomoji knyga. Kaunas :Kauno medicinos universiteto leidykla.
21. Lesinskienė, S., Kajokienė, A., Pūras, D. (2002). Kompleksinė pagalba raidos sutrikimų turintiems vaikams ankstyvosios reabilitacijos tarnybų kūrimosi laikotarpiu. *Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika*. Medicina (2002) 38 tomas, Nr. 4. <http://medicina.kmu.lt/0204/0204-161.pdf>. (žiūrėta 2007-11- 15).
22. LR *Civilinis kodeksas* (2000-07-18, Nr. VIII-1864). Valstybės žinios (2000-09-06), Nr. 74-2262.
23. LR *Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas*, 2004 m. gegužės 11 d. Nr. IX-2228, Vilnius.
24. LR Socialinių paslaugų įstatymas (2006-01-19, Nr. X-493). Valstybės žinios (2006-02-11), Nr. 17-589.
25. LR *Specialiojo ugdymo įstatymas*, 1998 m. gruodžio 15 d. Nr. VIII-969, Vilnius.
26. LR Sveikatos apsaugos ministro 2000-12-14 įsakymas Nr.728 „*Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų*“ Vilnius.
27. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas – Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000m. gruodžio 14d. įsakymo Nr. 728 „*Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų*“ pakeitimo, 2005m. spalio 26d. Nr. V-798, Vilnius.
28. LR *Švietimo įstatymas*, 2003 m. birželio 28 d, Nr. IX- 1630, Vilnius.



29. LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas „*Dėl specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo*“ 2004 m. birželio 3 d. Nr. ISAK-838, Vilnius.
30. LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas „*Dėl specialiųjų poreikių asmenų priėmimo į specialiojo ugdymo įstaigą tvarkos*“, 2000 m. vasario 22 d. Nr. 158, Vilnius.
31. LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas „*Dėl specialiojo ugdymo skyrimo tvarkos*“, 2000 m. rugpjūčio 17 d. Nr. 1056, Vilnius.
32. LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas „*Dėl švietimo įstaigos specialiojo ugdymo komisijos sudarymo ir darbo organizavimo tvarkos*“, 2000 m. rugpjūčio 17 d. Nr. 1057, Vilnius.
33. LR Švietimo ir mokslo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „*Dėl moksleivių mokymo namuose organizavimo tvarkos*“, 2000 m. Kovo 16 d. Nr. 259/153, Vilnius.
34. LR Švietimo ir mokslo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „*Dėl specialiosios pedagoginės pagalbos teikimo specialiųjų poreikių ikimokyklinio amžiaus vaikams namuose tvarkos*“, 2000 liepos 5 d. Nr. 916/385, Vilnius.
35. LR Švietimo ir mokslo ministro, LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „*Dėl asmens specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimo tvarkos*“ 2000 m. spalio 4 d. 1221/527/83, Vilnius.
36. LR Švietimo ir mokslo ministro, LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2002 – 07 – 12 įsakymas NR. 1329/368/98 „*Specialiųjų poreikių asmenų sutrikimų ir jų laipsnių nustatymo ir specialiųjų poreikių asmenų priskyrimo specialiųjų ugdymosi poreikių grupei tvarka*“ Vilnius.
37. LR *Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas* (1996-03-14, Nr. I-1234.). Valstybės žinios (1996-04-12), Nr. 33-807.
38. Luobikienė, I. (2000). Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika. Kaunas, p. 98-144, 147-150.
39. Mikulėnaitė, L., Grigelionienė, R., Petrulytė, J. (2007). Ankstyva kūdikių raidos sutrikimų diagnostika. *Pediatrija*. Nr 3 (28). p. 116.
40. Mikulėnaitė, L., Petrulytė, J. (2003). Ankstyvojo amžiaus vaiko raidos prioritetai. *Pediatrija*. Nr. 5 (4).
41. Mikulėnaitė, L., Petrulytė, J. (2007). Ankstyvoji reabilitacija – pagalba šeimai, auginančiai sutrikusios raidos vaiką. *Pediatrija*. Nr 1 (26). p. 71.
42. Mockevičienė, D., Vaitkevičius, J. V., Bakanovienė, T. (2005). Neįgalaus vaiko reabilitacija Šiauliuose. Šiauliai: Šiaurės Lietuva. p. 5.

43. Monkevičienė, O. (2001). Ankstyvojo ugdymo vadovas: vaikas iki trejų metų: tėvams, globėjams, pedagogams. Vilnius.
44. Portage ankstyvojo ugdymo programa. (1994). Veiklos kortelės. Vilnius.
45. Radzevičienė, L. (2006). Globos institucijose augančių kūdikių emocijų raida. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla
46. Ruškus, J. (2001). Negalės psichosociologija: mokomoji knyga. Šiauliai : Šiaulių universiteto leidykla.
47. Ruškus, J., Mažeikis, G. (2007). Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas . kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija: Monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
48. Saraga, E. (1998). Embodying the social: constructions of deference. London: Routledge.
49. Shonkoff, J.P., Meisels, S. J. (2000). Handbook of Early Childhood Intervention. [http://books.google.lt/books?id=09xIdNrfKS0C&dq=handbook+of+early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bn&hl=lt&ei=rEK9SaqBKdeJsAbt7ojpDg&sa=X&oi=book\\_result&resnum=4&ct=result#PPP1,M1](http://books.google.lt/books?id=09xIdNrfKS0C&dq=handbook+of+early+childhood+intervention&printsec=frontcover&source=bn&hl=lt&ei=rEK9SaqBKdeJsAbt7ojpDg&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPP1,M1). (žiūrėta 2009-03-18)
50. Simonsen, L., Pūras, D., Lesinskienė, S. (2003). Psichikos sveikatos centruose vaikams teikiamų paslaugų analizė. *Visuomenės sveikata*. Nr. 4(23).
51. Songailienė V. (2007). Ikimokyklinio amžiaus vaikų pažangos ir pasiekimų vertinimo sistema. [http://www.gimtasizodis.lt/songailiene\\_07\\_2.htm](http://www.gimtasizodis.lt/songailiene_07_2.htm) (žiūrėta 2008 -12-11).
52. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos higienos normos HN 124:2004 „Vaikų globos įstaigos. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo. Valstybės žinios, 2004, Nr. 45-1492.
53. Sveikatos informacijos centras. Pirminė sveikatos priežiūra. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/Pirmin/pirmin.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Pirmin/pirmin.html) (žiūrėta: 2009-01-13).
54. The Department of Education and Early Childhood Development (DEECD). <http://www.education.vic.gov.au/default.htm>. (žiūrėta 2009- 02-04).
55. Žukauskienė, R. (2007). Raidos psichologija. Vilnius, p.33.
56. What Is Early Intervention? Kids course on Line. [http://www.kidsource.com/kidsource/content/early\\_intervention.html](http://www.kidsource.com/kidsource/content/early_intervention.html) (žiūrėta 2008-09-10).

Renata Jogėlaitė

## **THE ACCESSIBILITY OF EARLY SUPPORT FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS AND THEIR FAMILIES**

The Master's Degree thesis

Summary

There has been performed in this work the theoretical analysis of the conception, development and the problematical questions of the early intervention in Lithuania as well as the comparison with other European countries. A hypothesis is raised, stating that the accessibility of early support for children and their families in towns and villages is unequal. The special needs of the early age children and their families in the regions, where there are no Early intervention services, are being met only partly or not at all. The aim of the research is to estimate from the aspect of support accessibility, how the special needs of the early age children in towns and villages are being met. There have been used in the empirical part the following methods: the analysis of the documents, secondary material (the report of the European Agency for Development in Special Needs Education) and other sources, questionnaire survey, the analysis of the survey of specialists, interview, descriptive analysis of the material acquired using semi-standardized and standardized questionnaire. The statistical data has been analysed using MS Office Excel 2007 and SPSS software. In order to estimate the statistical tendencies and connections there have been used the methods of descriptive analysis (rates, averages, percents). One hundred specialists, providing early support for the children with special needs and for their families, participated in the questionnaire survey. 12 respondents (6 from Lithuania, 4 from Ireland, 2 from England) participated in the oral and written interview.

*The basic conclusions of the empirical research*

1. Though the system of early support for the child and the family is rapidly improving, but there are still fields which needs improvement. The analysis of the laws and other documents of the Republic of Lithuania, which regulate meeting of special needs of children in Lithuania, shows that the early education and support for the family, bringing up a child with developmental disorders are not been sufficiently developed; that the questions of early childhood intervention are insufficiently being analyzed and emphasized in the official documents; that the only decree in force of the Ministry of Health of the Republic of Lithuania does not ensure the accessibility of the early support for every child and family in need.
2. The results of the research have shown that the system of early intervention is functioning and is judged positively by the specialists. But there is a negative evaluation of psychological support, lack of parents self-support groups in services, especially if services do not exist at all; low qualification of professionals working in the field of early intervention etc. enable us to conclude, that early intervention services are uneven and the accessibility of early support for every child and family in need is not guaranteed.
3. The analysis of the documents showed, that early childhood intervention systems in Lithuania and other European countries are different, but all of them should be improved. The opportunity to receive support for early age children and their families in rural regions, where there are no Early intervention services, is limited. Conversely the situation in Lithuania, in other European countries, taking part in the survey, early support is home-based and accessible for every child in need.
4. In the process of early childhood intervention in Lithuania three main sectors (health, education, social) take part, but, according to the data of research, there is lack of cooperation and coordination among them in order to ensure the accessibility for every child in need.
5. A hypothesis, that the accessibility of early support for children and their families in towns and villages is unequal had been proved. The special needs of the early age children and their families in the regions, where there are no Early intervention services, are being met only partly or not at all.

*Key words:* early age children with special needs; early childhood intervention; cooperation; interdisciplinary work, accessibility of support.

## AIV sistemos penkiose Europos šalyse

	0	1	2	3	4	5	6	7	
Atsakingos įstaigos: sveikatos	<b>Lietuva</b>	Ligoninė Namai ART							
	<b>Portugalija</b>	Vietiniai sveikatos centrai Tarybos/rajono ligoninės; Psichinės sveikatos komandos; AIV projektai (Sveikatos centrai); AIV tiesioginės komandos.							
				Sveikatos sistema mokyklose. (Sveikatos priežiūros centrai).					
	<b>Vokietija/Bavarija</b>	Pediatrai, užsiimantys privačia veikla (9 sveikatos ir vaiko vystymosi patikrinimo užsiėmimai).							
	<b>Danija</b>	Ligoninė Namai 0-1 metų.							
		Sveikatos įstaigos. (Šeimos daktaras).							
	<b>Švedija</b>	Namai/Vaiko sveikatos įstaigos. 0-6/18 metų. Mamos ir vaiko sveikatos centrai (MHS, CHS).							
Atsakingos įstaigos: švietimo	<b>Lietuva</b>			Vaikų darželiai, specialiosios grupės vaikų darželyje; Priešmokyklinės ugdymo įstaigos; Specialiojo ugdymo centrai; Sutrikusios regos centras; Sutrikusios klausos centras. PPT.					
	<b>Portugalija</b>	AIV projektai (Privačios specialiojo ugdymo institucijos); AIV tiesioginės komandos.		Ikimokyklinio ugdymo įstaigos; Ugdymo įstaigos (vyraujančios); Vaikų lopšeliai; Priešmokyklinės įstaigos; Psichologiniai ir konsultaciniai centrai.					
	<b>Vokietija / Bavarija</b>			Vaikų darželiai integruoti į specialiąsias mokyklas; Ikimokyklinės įstaigos; Ikimokyklinis ugdymas specialiose mokyklose; Ugdymas, paruošimas mokyklai dažniausiai vyksta vietiniuose darželiuose. Mišrūs vaikų darželiai.					
	<b>Danija</b>	Pedagoginės psichologinės konsultacinės įstaigos.		Vaikų darželiai.					
				Priešmokyklinės ugdymo įstaigos.		Mokykla. Sveikatos sistema mokyklose.			
	<b>Švedija</b>			Priešmokyklinės ugdymo įstaigos. Specialiųjų poreikių vaikas turi teisę gauti specialųjį ugdymą priešmokyklinėje ugdymo įstaigoje ir mokykloje.					

Atsakingos įstaigos: Socialinė apsauga	<b>Lietuva</b>	Minimalus socialinės apsaugos įstaigų dalyvavimas, nebent vaikas turi kompleksinę negalę ar šeimoje vyrauja problemos.	Didesnis dėmesys skiriamas šeimomis, kurių vaikai turi sunkias negales, kompleksines, nei vaikams, kurie turi vieną sutrikimą ar kurio vienas iš tėvų yra neįgalus. Sudaromos sąlygos išmokoms gauti (reikalingas vaiko raidos įvertinimas).	
	<b>Portugalija</b>	Socialinės rūpybos vietinės įstaigos; Privačios specialiojo ugdymo institucijos; Valstybinės specialiojo ugdymo institucijos; Vaiko apsaugos centrai; Vaiko įvaikinimo centrai; Finansinė pašalpa vaikams su negale; AIV projektai; AIV tiesioginės komandos.		
	<b>Vokietija/Bavarija</b>	Neminima		
	<b>Danija</b>	Multidisciplininės socialinės įstaigos	Neminima	
	<b>Švedija</b>	0 – x metų Socialinės apsaugos įstaigos.		
Atsakingos įstaigos: kitos	<b>Lietuva</b>	Neminima		
	<b>Portugalija</b>	Vaiko apsaugos tarybos komisija (tarp įstaigų + šalies taryba + privačios institucijos ir t.t.); Privačios medicinos/ psichosocialinės/ specialiosios ar terapijos įstaigos.		
	<b>Vokietija/Bavarija</b>	„Krabbelstuben“ .	„Heilpädagogic“ dienos priežiūros centrai. Jie skirti vaikams, turintiems raidos sutrikimų ar rizikos veiksmų jiems atsirasti.	
		Dienos priežiūros centrai; Pedagoginės tarnybos.		
		Dienos priežiūros centrai. Skirti vaikams, turintiems raidos rizikos faktorių, ar vaikams iš socialinės rizikos šeimų, šeimų, ar šeimų, kuriose tėvai turi protinę negalę.		
	<b>Danija</b>	Pedagoginės psichologinės konsultacinės įstaigos. Specialiosios grupės vaikų darželiuose; Dienos priežiūros centrai.		
<b>Švedija</b>	0-16 metų Pagalbos centrai 1-x metų Specialiojo poreikių ugdymo Švedijos institutas. Valstybinio/ federalinio lygmens (5 regionai), edukacinė sistema. Pagalbos centrai. 1-18 metų Vaikų ir jaunuolių psichikos sveikatos centrai (BUP).			
Centrai/rūpyba/ kiekiai/ vaikų amžius	<b>Lietuva</b>	Apie 35 ART (-4-6 metų vaikams); 2 universitetiniai vaikų sutrikimų centrai (0-18 metų); **specialiojo ugdymo centrai vaikams su fiziniais/kompleksiniais sutrikimais; ** sutrikusios regos centrai; ** sutrikusios regos centrai (2-6 metų); *specialiosios grupės bendro tipo darželiuose (2-6 metų); 1 pedagoginis psichologinis centras; 28 PPT (2-18 metų); 6 kūdikių namai (0-3 metų) (socialinės rizikos); *visose vietos valdžiose **keletose vietos valdžiose		
	<b>Portugalija</b>	0-6 metų: Specialiojo ugdymo centrai skirti vaikams, turintiems nespecifinių sutrikimų; Specialiojo ugdymo centrai - vaikams, turintiems raidos sutrikimus; (Multidisciplininės komandos; į vaiką orientuotas modelis; geografinė asimetrija: miesto centrai, jūros pakrantės; tinkamas įrengimas). Rajoninės ligoninės (specializuotos medikų konsultacijos, reabilitacija; monodisciplininės/ į diagnozę orientuotos, centralizuotos). Edukacinės paramos grupės/įstaigos. AIV projektai, kurie yra finansuojami socialinės apsaugos ar ugdymo. Kiti projektai, finansuojami socialinės apsaugos; Tiesioginės AIV komandos;		

	Privatūs ofisai; Privatūs AIV centrai (medicinos ar psichologijos ar specializuoto ugdymo ar terapijos įstaigos).
<b>Vokietija/Bavarija</b>	<u>0-6/7 metų:</u> 110 interdisciplininiai AIV centrai (valstybiniai); 8 interdisciplininiai AIV centrai vaikams su regėjimo negale; 7 interdisciplininiai AIV centrai vaikams su klausos negale; (vaikai su įvairiais sutrikimais/rizika); <b>Nepriklausomi regionai ir į šeimą orientuoti centrai;</b> interdisciplininės komandos (pedagogai, psichologai ir medikai) vadovaujamos pedagogo-psichologo; Ambulatoriniai centrai ir <b>mobilus darbas šeimose/darželiuose;</b> ankstyvosios intervencijos centrai turi specialų organizavimą, finansavimą ir darbo principus). <u>0-18 metų:</u> 12 sociopediatriniai centrai (interdisciplininės komandos vadovaujami medikų; ambulatorinis/stacionarinis darbas; daugiausiai esantis ligoninėje).
<b>Danija</b>	Multidisciplininės sveikatos, socialinės įstaigos yra kiekviename mieste (0-1 metų, jei reikia iki 2½ metų). <b>275 multidisciplininės ugdymo įstaigos (0-18 metų)</b> <b>275 (kiekviename mieste) multidisciplininės socialinės įstaigos (0-18 metų)</b>
<b>Švedija</b>	<u>0-6/18 metų</u> <b>290 mamos ir vaiko sveikatos priežiūros centrai (MHS, 195 CHS).</b> <b>290 socialinės apsaugos įstaigos.</b> <u>1-x metų</u> Specialiųjų poreikių ugdymo Švedijos institutas (28 vietinės įstaigos). 5 nacionaliniai pagalbos centrai, specialios sritys: vizualiniai sutrikimai (su kitu vyraujančiu sutrikimu ar be jo), kurtumas, klausos sutrikimai (kartu su mokymosi sutrikimais), įgimtas kurtumas, aklumas ir žymūs kalbos ir kalbėjimo sutrikimai. Vaikų ir jaunuolių psichikos sveikatos centrai. 21 miesto tarybos/ regionai

\* panaudoti ir interpretuoti Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros projekto ataskaitos (2006), Europos situacijos analizės ataskaitos (2005) duomenys.

## Pozityvūs ir tobulintini aspektai AIV šalių sistemose

Pozityvūs aspektai:				
Lietuva	Portugalija	Vokietija/Bavarija	Danija	Švedija
<p>Funkcionuojanti AIV sistema užtikrina, kad nė vienas vaikas, kuriam reikalinga specialioji pagalba, nėra paliktas be jos (pediatrai, šeimos gydytojai vaidina pagrindinę rolę)</p> <p>Yra aiški sistema, su koordinuota struktūruota (PPT); Vyksta tęstinis ugdymas; AIV paslaugos yra nemokamos;...</p>	<p>Apibrėžta ankstyvosios intervencijos struktūra; Filosofinis modelis; svarstomos svarbios praktinės problemos; Nustatyta organizacinė sistema, pagrįstos bendradarbiavimu ir turimų išteklių racionalizacija; Remiami nauji projektai ir kai kurių kitų naujų projektų adaptacija skirtingose šalies vietose; Didelis vaikų ir šeimų skaičius; Ankstyvosios intervencijos teikimo procesas yra besitęsiantis mokymasis (akademiniis laipsnis ir paslaugų mokymas).</p>	<p>Vyrauja galimybė anksti nustatyti raidos sutrikimus. Ankstyvosios intervencijos centrai turi ypatingą organizaciją, finansavimą, darbo principus. Ankstyvosios intervencijos centrai yra slankūs ir mobilūs, juose dirba <b>apie 12 specialistų</b>. Ankstyvosios intervencijos paslaugos yra nemokamos šeimoms, finansuoja vietinė valdžia, federacija, sveikatos draudimas. Žemi barjerai šeimoms gauti paslaugas; Geri kvalifikuoti specialistai AIV tarnybose; Terapeutai yra komandos nariai daugelį metų. Keitimasis informacija garantuotas, ankstyvosios intervencijos centrai yra „kompetencijos“ centrai, konsultuoja, jungia į savo darbą šeimas, kitas įstaigas...</p>	<p>Visi vaikai yra pasiekiami; 3 sričių įstaigos (sveikatos, švietimo, socialinės) dirba kokybiškai.</p>	<p>0-6 metų vaikams yra teikiama nemokama sveikatos priežiūra.</p>
Tobulinti aspektai:				
Lietuva	Portugalija	Vokietija/Bavarija	Danija	Švedija
<p>Užtikrinti švietimo, socialinių ir sveikatos paslaugų koordinavimą; Garantuoti paslaugų kokybę tolimesnėse gyvenvietėse ir kaimuose; Aiškiau apibrėžti tikslines grupes ir joms reikalingą pagalbą;</p>	<p>Nepakankamas žiniasklaidos švietimas apie AIV; atskleidimo ir perdavimo vilkinimas. Nepakankamos interdisciplininės praktikos; Nepakankamos į šeimą orientuotos praktikos;</p>	<p>Ankstyvas susisiekimas turi būti sustiprintas; Perėjimas iš ankstyvosios intervencijos tarnybų į mokyklą turi būti labiau sistemškai organizuotas; Palaikant tarpdiscipliną, reikia daugiau medicinos</p>	<p>Turi būti didesnis interdisciplininis bendradarbiavimas (visos trijų sričių įstaigos dirbtų kartu). Interdisciplininis ugdymas turi būti planuotas, priklausomai kam jis yra skirtas. Turi būti labiau apibrėžti vaiko</p>	<p>Nenurodoma</p>

<p>Kurti visų vaikų pirminio patikrinimo sistemą;  Skatinti ART orientaciją į vaiką šeimoje ir pagalbą šeimai;  Rengti rašytinius dokumentus – individualius planus, kurie atsispindėtų su šeimomis aptartą intervencinę veiklą, tikslus, strategijas, atsakomybę ir įvertinimo procedūras;  Didelis bendradarbiavimas tarp sveikatos – socialinės -mokymo sistemos, teikiančios individualius vaiko ir šeimos poreikius;  Mokymas turi būti labiau sutelktas į šeimos poreikius, o ne į negalės akcentavimą;  Skatinti komandų vidinį profesinį tobulėjimą per veiklos analizavimą; refleksijas...</p>	<p>Nepakankamai profesiniai įgūdžiai;  Nereguliarus ir nepakankamas supratimas apie ankstyvosios intervencijos vertę; tikslus ir praktikas.  <i>Kad pasikeistų padėtis reikia:</i>  nuoseklus koordinavimo ir vertinimo; organizavimo ir finansinių problemų svarstymo; intervencijos praktikos ir poveikio vaikui bei šeimai; tyrinėjimų; teisėtų sprendimų, labiau būtų susieta politika; sisteminės ir meistriškos komandos priežiūros; tinkamo mokymo su kokybės standartais; vadovaujančios agentūros užtikrintos vietinės koordinacijos...</p>	<p>profesionalų: logofizio-ergoterapeutai yra būtini komandoje.  <i>Reikalingas</i> didesnis bendradarbiavimas tarp AIV centrų – pirmasis žingsnis šia kryptimi yra žengtas.  AIV tobulintinos sritys ateityje:  <i>vaiko motyvacija; tiksliai išanalizuoti šeimos problemas; didesnio grupinio darbo; komandų koordinavimo; didesnio personalo įstaigose; labiau plėtoti tėvų konsultavimą; sustiprinti darbuotojų profesinį parengimą; daugiau laiko skirti komandų refleksijoms; periodinio personalo apmokymo; skirti daugiau laiko individualiems atvejams.</i></p>	<p>sutrikimo akcentai.</p>	<p>Nenurodoma</p>
---	--	--	----------------------------	-------------------

\* panaudoti ir interpretuoti Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros projekto ataskaitos (2006), Europos situacijos analizės ataskaitos (2005) duomenys.



**ANKETA SPECIALISTAMS, DIRBANTIEMS SU  
ANKSTYVOJO AMŽIAUS VAIKAIS**

Gerbiami kolegos,

Lietuvoje jau senai pradėta rūpintis ankstyvojo amžiaus vaikais, turinčiais raidos sutrikimų ar rizikos veiksnių jiems įgyti, bei jų artimaisiais. Deja, dar yra tobulintinų sričių. Viena iš aktualiausių: ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimas rajonuose, kur nėra ankstyvosios pagalbos tarnybų, taip pat – Ankstyvosios reabilitacijos tarnybų veiklos tobulinimas. Siekiant gerinti įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą šiems vaikams ir jų tėvams, veiklą, atliekama ši apklausa.

Kviečiame jus dalyvauti apklausoje. Jūsų atsakymai yra labai svarbūs.

Apklausa yra **ANONIMINĖ**

Nei vardo, nei pavardės žymėti nereikia. Tyrimų rezultatai bus panaudoti tik apibendrintoms mokslinėms išvadoms. Tyrimo rezultatų konfidencialumas ir anonimiškumas garantuojamas.



Apklausą atlieka Šiaulių universiteto  
Socialinės gerovės ir negalės studijų  
fakulteto magistrantė Renata Jogėlaitė.

Iškilius klausimams, galite skambinti ar rašyti.  
Tel.: 8-671-56375.  
El. paštas: renatuxxa@yahoo.com

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus klausimus. Pasirinktą atsakymą pažymėkite taip: ⊗ (galimi ir keli žymėjimai), arba įrašykite savo nuomonę į paliktas tuščias eilutes.

### ***A. Bendra informacija/ demografiniai duomenys***

1. **Kiek Jums metų?** (Įrašykite)
2. **Kokiame mieste ir kokioje įstaigoje dirbate?** (galimi ir keli variantai)
- a) *Miestas:*
- b). *Įstaigos pavadinimas:*
3. **Kokia jūsų profesija?**
- Apylinkės pediatras
  - Bendrosios praktikos gydytojas
  - Vaikų neurologas
  - Specialusis pedagogas
  - Logopedas
  - Kineziterapeutas
  - Psichologas
  - Auklėtojas
  - Socialinis darbuotojas/ socialinis pedagogas
  - Kita (įrašykite)
4. **Kiek metų dirbate šioje srityje?** (įrašykite)



Štai ir susipažinome.

***B. Specialistų požiūris į vaiko specialiųjų poreikių tenkinimą jų gyvenamoje vietoje***

**5. Koku būdu ankstyvojo amžiaus vaikai patenka pas Jus?**

- Kreipiasi tėvai
- Siunčia bendrosios praktikos gydytojas
- Siunčia vaikų neurologas
- Siunčia apylinkės pediatras
- Kita (įrašykite)

**6. Nuo kokio amžiaus yra teikiama Jūsų pagalba vaikams? (įrašykite)**

**7. Kas dažniausiai atveda vaikus?**

- Mama
- Tėtis
- Seneliai ar kiti giminaičiai

**8. Ar tėvai noriai eina pas jus? Savo nuomonę pagrįskite bent vienu pavyzdžiu.**

- Taip, nes .....
- Ne, nes .....
- Noriai tik iš dalies, nes .....

**9. Kaip vertinate ankstyvąją pagalbą kaip pagalbos teikimo procesą apskritai? Įrašykite savo nuomonę.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Kaip manote, ar jūsų rajone pakankamai yra tenkinami ankstyvojo amžiaus vaiko specialieji poreikiai? Pagrįskite savo nuomonę.**

- Taip, nes .....
  - Ne, nes .....
  - Tik iš dalies, nes .....
- .....
- .....

**11. Su kokiais dar specialistais jums tenka bendrauti teikiant pagalbą vaikams?**

- Su apylinkės pediatrais
- Su bendrosios praktikos gydytojais
- Su vaikų neurologais

- Su specialiaisiais pedagogais
- Su logopedais
- Su kineziterapeutais
- Su psichologais
- Su ikimokyklinio ugdymo įstaigų darbuotojais (pedagogais)
- Su socialiniais darbuotojais
- Kita (įrašykite)

**12. Su kokiais kitomis įstaigomis jums tenka bendradarbiauti teikiant ankstyvąją pagalbą vaikams?**

- Vaikų lopšeliai/darželiai
- Pedagoginės psichologinės tarnybos
- Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos
- Vaiko raidos centras
- Vaikų teisių apsaugos tarnyba
- Medicinos tarnybos (Ambulatorijos)
- Medicinos tarnybos (Medicinos punktai)
- Kita (įrašykite)

**13. Yra atvejų, kai suteikti vaikams pagalbą neįmanoma. Pažymėkite Jūsų atveju dažniausiai pasitaikančias situacijas (galimi keli variantai).**

Situacija	Jūsų siūloma alternatyvi pagalba
a) Tėvai atsisako priimti Jūsų teikiamą pagalbą.	
b) Tėvai nori, bet nėra galimybės pas Jus atvykti.	
c) Jūsų rajone nėra galimybės šią pagalbą suteikti.	
d) Vaikas nepriklauso Jūsų aptarnaujančiai apskričiai	
e) Jūsų įstaiga nepajėgi tenkinti specialiųjų vaiko poreikių.	
f) Tėvai neturi materialinių išteklių pas Jus atvykti/lankyti Jūsų įstaigą.	

**14. Ar suteikiate kokias papildomas sąlygas vaikams ir jų tėvams, kurie atvyksta iš tolimesnių gyvenviečių? Jei taip, tai kokios tai sąlygos?**

- Suteikiama pirmenybė gauti paslaugą
- Derinamas tėvams tinkamas laikas gauti paslaugą
- Tėvai yra apmokomi teikti bent minimalią pagalbą namuose patys
- Kita (įrašykite) .....

**15. Daugelis specialistų mano, kad tėvai nėra kompetentingi teikti ankstyvąją pagalbą savo vaikui. Kaip jūs vertinate šią nuomonę, ar įtraukiate tėvus į savo darbą? Pagrįskite.**

- Taip visada, nes. ....
- Niekada, nes .....
- Kartais, nes .....
- Retai, nes .....
- Kita (įrašykite) .....

**16. Kaip įtraukiate tėvus į pagalbos vaikui procesą? (Jei įtraukiate)**

- Tėvai įtraukiami į pagalbos vaikui vertinimą (klausiama tėvų, ar juos tenkina teikiama pagalba)
- Išklausomi tėvų pageidavimai
- Tėvams aiškinamos vaiko raidos ypatybės, vaiko būklė
- Tėvai kviečiami dalyvauti užsiėmimuose
- Tėvai mokomi, aptariamos jų pačių galimybės padėti vaikui
- Tėvai supažindinami su darbo tikslais, metodais ir bendrai nusprendžiami pagalbos prioritetai
- Teikiama žodinė ir rašytinė informacija
- Kita (įrašykite) .....

**17. Kaip manote, kas lemia specialistų ir tėvų bendradarbiavimo stoka?**

- Tėvų užimtumas
- Specialistų užimtumas, didelis darbo krūvis
- Tėvų abejingumas.
- Specialistų žinių stygius, kaip padėti šeimai
- Tėvų nepalankus požiūris į specialistus
- Specialistų nepalankus požiūris į tėvus (nevertinami jų gebėjimai)
- Tėvų žinių stygius, kaip padėti vaikui
- Tėvų nesusitaikymas su vaiko negalia
- Tarpusavio supratimo stoka
- Per dideli tėvų lūkesčiai
- Tėvų amžius, išsilavinimas
- Specialistų amžius, išsilavinimas
- Kita (įrašykite) .....

**C. Specialistų lūkesčiai apie ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimą**

**18. Kokie darbo sunkumai kyla su ankstyvojo amžiaus vaikais?**

- Patalpų ir priemonių stygius
- Mažas apmokėjimas
- Žinių ir praktinių įgūdžių stoka
- Sunkumai susisiekti su toli gyvenančiais vaikais
- Tarnybinio transporto stygius
- Visuomenės nesupratimas
- Kolegų nepalanki nuomonė apie jūsų darbą
- Tėvų abejingumas ir pasyvumas
- Komandos formavimo ir funkcionavimo (veiklos) sunkumai
- Administracija nesupranta darbo esmės
- Kita (įrašykite) .....

**19. Kaip vertinate?**

Situacija Jūsų gyvenamoje (dirbamoje) vietovėje						Situacija Jūsų įstaigoje					
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Kompleksinė pagalba vaikui ir jo šeimai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kompleksinė pagalba vaikui ir jo šeimai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tėvų ir specialistų tarpusavio santykių kokybė	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tėvų ir specialistų tarpusavio santykių kokybė	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Įstaigų, teikiančių ankstyvąją pagalbą, bendradarbiavimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Specialistų tarpusavio bendradarbiavimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagalbos prieinamumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jūsų teikiamos pagalbos prieinamumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valstybinė pagalba specialistams	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administracijos pagalba Jums, kaip specialistui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagalbos artumas vaikui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jūsų teikiamos pagalbos artumas vaikui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagalbos tęstinumas (ar vaikas, gavęs ankstyvąją pagalbą, ją gauna ir toliau, kai to reikia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pagalbos tęstinumas (ar vaikas, gavęs ankstyvąją pagalbą, ją gauna ir toliau, kai to reikia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 – labai blogai, 2 – ko gero blogai, 3 – nežinau, 4 – ko gero gerai, 5 – labai gerai.

**20. Kaip manote, kokių sąlygų reikia, kad specialiųjų poreikių tenkinimo kokybė Jūsų rajone tobulėtų? Įvardinkite bent 5 pavyzdžius.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**21. Ar jums užtenka žinių, pasirengimo dirbti su ankstyvojo amžiaus vaikais, jų šeimomis?**

- Taip
- Ne
- Tik iš dalies

**22. Kokių žinių ar įgūdžių norėtumėte siekti ateityje? (įrašykite) .....**

.....

.....

.....

**23. Gal kas buvo nepaminėta, gal kas neapžvelgta. Pateikite nusiskundimus, pasiūlymus ar pageidavimus ankstyvojo amžiaus vaikų specialiųjų poreikių tenkinimui gerinti.**

.....

.....

.....

.....

.....

**Nuoširdžiai dėkoju už atsakymus!**



**Klausimai Anglijos specialistams, teikiantiems ankstyvąją specialiąją pagalbą**

1. In what city and institution do you work?
2. What is your profession in that institution?
3. How many years do you work in that scope?
4. What education /training is required for that job? What education/training do you have?
5. From what age can children attend your institution? What is the target group for the support in your institution?
6. In what way do the children of early age (0-3 years old) get to the institution?
7. What institutions are responsible for support/intervention for children of early age (0-3 years old) in England:
  - Health
  - Education
  - Social
  - Other/combined
8. What professionals (from what fields) are working in your institution offering of early support to a child and a family?
9. Whether do parents have wide range of options to choose institution, if support is held in early age?
10. How cooperation between parents and professionals is implemented?
11. How do you think, what can influence the lack of collaboration between specialists and parents?
12. How, by what means do you involve parents into the process of support to a child?
13. With what institution are you collaborating/networking process of early childhood intervention (support for young children (0-3 years of age and their families))?
14. How do you think, whether the special needs of a child are met sufficiently in your institution ECI system?
15. What according to you, can be improved in the system of early childhood intervention in England?
16. How many times per week a child can attend lessons/intervention/therapy? Does the number of intended hours for therapy is sufficient? Where there are any means if the support to a child are not sufficient?
17. Whether families at social risk have a priority to get support in your institution? Do any exceptions privileges are applicable to them? Of what kind?
18. Whether your institution provides a support to a child and his/her family at home?
19. For what families it is offered? In what cases?
20. What specialists do provide home-based support?
21. How often do they go to children's home?
22. What kind of support can be provided at home? (Evaluation of child's development, consultation...)
23. How do you think, whether proximity, availability of help is warranted sufficiently for each child in England? Do every child in need can get a relevant support?



**Pusiau struktūruoto interviu klausimai specialistams**

1. Kokie specialistai dirba Jūsų komandoje?
2. Kaip manote, ar pakankamai vaiko specialieji poveikiai yra tenkinami Jūsų įstaigoje, AIV sistemoje? Gal išvelgiate tobulintinų sričių?
3. Su kokiais specialistais bendradarbiaujate? Koku būdu?
4. Su kokiais įstaigomis bendradarbiaujate?
5. Koku būdu vaikai patenka pas Jus?
6. Nuo kokio amžiaus yra teikiama Jūsų pagalba?
7. Kiek kartų vaikas gali apsilankyti pas Jus?
8. Ar užtenka? Ar yra kas daroma, jei teikiamos pagalbos/pratybų vaikui neužtenka?
9. Ar pagalbą teikiate tik vaikui?
10. Iš kur atvyksta vaikai pas Jus?
11. Ar gali vaikai atvykti iš tolimesnių rajonų, kaimų?
12. Ar jiems suteikiamos papildomos sąlygos, jei jie neišgali atvežti vaiko į įstaigą? Kokios? Ar Jums tai nesukelia nepatogumų, sunkumų? Kokių?
13. Kaip manote, ar tėvai yra kompetentingi padėti savo vaikui? Ar tik patyrę specialistai, turintys žinių gali tai padaryti?
14. Kaip įtraukiate tėvus į pagalbos vaikui procesą?
15. Kaip manote, kas lemia tėvų ir specialistų bendradarbiavimo stoką?
16. Ar teikiate pagalbą namuose?
17. Miesto vaikai gavę pagalbą ankstyvajame amžiuje, ją gauna ir toliau lopšeliuose darželiuose, jei reikia ir ART, o kokia padėtis yra kaimo vietovėse, kur darželių nėra, nėra ir specialistų, kurie tęstų pagalbos teikimą vaikui?
18. Užsienio šalyse asocialios šeimos yra prioritetinės šeimos gauti pagalbą. Ar Jūsų įstaigoje tokioms šeimoms daromos išimtys, ar jos laikomos prioritetinėmis šeimomis gauti pagalbą?
19. Kaip manote, kas turėtų pasikeisti AIV sistemoje, kad pagalbą gautų visi vaikai?
20. Ar esate girdėję apie pagalbos vaikui ir šeimai teikimą namuose? Kaip manote, kas turėtų šią pagalbą teikti? Koku būdu turėtų vykti ši pagalba?

## Specialistų rekomendacijos bei pasiūlymai tobulinant AIV Lietuvoje

Eil. Nr.	Tobulintinos sritys	Specialistų siūlytinios rekomendacijos
1.	Kompleksinė pagalba vaikui ir šeimai	Įstaigose steigti daugiau specialistų etatų, užtikrinant vaikams ir jų šeimoms kompleksinę pagalbą kiekvienam pagal poreikį: psichologų, logopedų, tiflopedagogo, sudopedagogo, neurologo. Ikimokyklinėse įstaigose turi būti psichologo pagalba. Organizuoti AIV įstaigose prevencinį darbą, padedantį šeimoms įveikti psichologines problemas, gimus neįgaliam vaikui; Būtinai kvalifikuoti pedagogų padėjėjai lopšelio/darželio grupėje. Turi būti užtikrinama Vaikų teisių apsaugos tarnybos tikslinga veikla vaiko ankstyvajame amžiuje.
2.	Pagalbos prieinamumas ir artumas	Plėsti ART sferą, skaičių kiekviename rajone; Skirti mažesnę kiekį vaikų vienam specialistui arba steigti papildomus etatus; Didesnis procedūrų skaičius ART; Diferencijuoti procedūrų skaičių atsižvelgiant į raidos sutrikimą. Išplėsti vaikų vežimo į ART paslaugas, kad vaikai iš atokesnių vietovių galėtų lankyti įstaigą; Užtikrinti transporto paslaugas specialistų važiavimui į šeimas, teikti pagalbą namuose, apmokyti tėvus dirbti patiems namų sąlygomis; Sudaryti sąlygas, kad į kaimo mokyklas ir atokesnių rajonų ikimokyklinės įstaigas galėtų atvykti PPT darbuotojai; Mobilijų komandų steigimas.
3.	Bendradarbiavimas	Kokybiškas komandinis darbas įstaigoje, suformuoti tvirtus komandinio darbo įgūdžius. Kokybiškas bendradarbiavimas tarp institucijų, dalinantis informacija apie vaikus; PPT turėtų teikti daugiau rekomendacinės medžiagos ikimokyklinėms ugdymo įstaigoms; Pediatrų požiūrio keitimo į terapeutų darbą.
4.	Finansinė parama specialistams, tėvams	<u>Finansinė parama specialistams:</u> didesnio finansinio atlyginimo specialistams; finansinė parama specialistams įsigyti darbo priemonių; mokomųjų kursų, seminarų finansavimas. <u>Finansinė parama tėvams:</u> Nemokamos specialistų konsultacijos; Daugiau skiriama nemokamų paslaugų; Finansuojamos kelionės į ART. Valstybės didesnė parama šeimai, auginančiai neįgalų vaiką.
5.	Pagalbos tęstinumas	Užtikrinti pagalbos tęstinumą tolimesniame ugdyme, ar bent jau stebėti vaiko raidą.
6.	Lietuvos įstatymai ir kiti dokumentai	Papildyti ir pakoreguoti Lietuvos įstatyminę bazę, reglamentuojančią specialųjį ugdymą; Mažinti dokumentų pildymą specialistams.
7.	Informatyvumas	Turi būti visuomenė labiau informuojama apie ART, nes kai kurie šeimoms gydytojais apie tai nieko nežino. Daugiau išleidžiama informacinių leidinių, kur tėvai gali gauti pagalbą. Švietėjiška veikla formuojant teigiamą požiūrį į specialiųjų poreikių turintį vaiką
8.	Žmogiškieji ištekliai	Reikalingas visų didesnis optimizmas; Specialistų nenoras pripažinti savo klaidų, paklausti kitų patarimų neveda į tobulėjimą; Reikalingas didesnis pasitikėjimas vienas kitu; Reikalinga didesnė atsakomybė už savo darbą; Reikalingas specialistų lankstus požiūris derinant atvykimo sąlygas iš toliau gyvenančių rajonų vaikus; Visų didesnio iniciatyvumo, o ne tik formalumo, suaugusiųjų didesnės motyvacijos.
9.	Tėvų įtraukimo į komandinį darbą būdai:	Užtikrinti tėvų atsakomybę už ugdymo kokybę namuose; Tėvų informavimas apie vaikų raidos sutrikimus, jų prevenciją; Daugiau teikti tėvams žodinės ir raštinės informacijos; Suteikti tėvams aiškią informaciją apie vaiko diagnozę, specialistų darbą.
10.	Vaikų specialiųjų poreikių, raidos	Kurti teikiamų paslaugų kokybės vertinimo sistemą; Vertinimo prioritetai turi būti orientuoti ne į sutrikimą, o į individualius gebėjimus;

		Per pakartotinį vertinimą atsižvelgti ne į amžiaus normas, o į individualią vaiko pažangą.
11.	Mokomieji kursai, seminarai specialistams (Specialistų rekomenduojamos temos, sritys)	<p>Komandinio darbo organizavimo procesas;  Komandinis darbas įtraukiant tėvus;  Vaiko vertinimas ir jo pokyčiai, standartizuoti vertinimo metodai;  Darbo būdai ir pokyčiai dirbant su ankstyvojo amžiaus vaikais;  Seminarai psichologinėmis temomis;  Darbas su vaikais iki vienerių metų; Seminarai įvairiomis temomis apie AIV, pagalbos teikimo būdus, metodus;  Kompiuterinės naudojimas technikos;  Susipažinti su visomis ankstyvojo ugdymo įstaigomis bei jų darbo būdais;  Praktinės DISC vertinimo galimybės;  Darbas su Autizmo, Dauno sindromą turinčiais vaikais, taip pat vaikais, turinčiais regos sutrikimus, klausos sutrikimus ankstyvajame vaiko amžiuje.  Autizmo ankstyvoji diagnozė  Seminarai apie ikimokyklinio amžiaus vaikų individualių programų sudarymą.  Ankstyvojo amžiaus vaikų raida.  Susipažinti su darbo specifika užsienio šalyse.  Vaiko motorinė raida. Kursai kineziterapeutams, ergoterapeutams. Kompensacinė įranga.  Darbo būdai su vaikais, turinčiais protinę negalę.  Pedagogų mokymas dirbti su specialiųjų poreikių turinčiais vaikais.  * Daugelis specialistų į organizuojamus kursus ir seminarus eina už savo pinigus, todėl jų galimybės ribotos. Specialistai siūlo nemokamų ar bent iš dalies mokamų, bei praktiškai pritaikomų darbe seminarų.</p>
12.	Kiti:	Tėvų psichologinės savitarpio grupių steigimas.