



Ankstyvoji intervencija vaikystėje Situacijos Europoje analizė – pagrindiniai aspektai ir rekomendacijos

Ankstyvoji intervencija vaikystėje

Europos situacijos analizė

Esminiai aspektai ir rekomendacijos

Ataskaita

Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūra



Ši ataskaita – tai ankstyvosios intervencijos tyrimų, kuriuos atliko Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūra, santrauka. Naudoti šio dokumento ištraukas leidžiama tik konkrečiai nurodžius šaltinį.

Ataskaitą Agentūra parengė kartu su nacionaliniais ankstyvosios intervencijos vaikystėje ekspertais. Nuoširdi padėka už jų indėlį reiškiamo: *Stefanijai Ališauskienei; Lena Almqvist; Josiane Bechet; Alain Bony; Graça Breia; Lesley Campbell; Isabel Felgueiras; Bergþóra Gísladóttir; Liisa Heinämäki; Monica Ingemarsson; Zuzana Kaprova; Maria Karlsson; Jytte Lau; Johanna Lindqvist; Ene Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineke Oenema-Mostert; Franz Peterander; Jaime Ponte; Manfred Pretis; Bieuwe Van Der Meulen; Panagiota Vlachou, Axelle Cheney.*

Išsami internetinė informacija, susijusi su ankstyvosios intervencijos vaikystėje situacija įvairiose šalyse, taip pat informacija apie ekspertus ir Agentūros nacionalinius atstovus, dalyvavusius projekte, pateikta Ankstyvosios intervencijos tinklapyje:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Redaktorė Victoria Soriano

Viršelyje Suomijos menininkės Marjaanos Koskivuori (g. 1988) piešinys „*Palveluviidakko*“ („Paslaugų džinglės“). Dėl cerebrinio paralyžiaus Marjaana, kurdama kompiuterinę grafiką, naudoja infraraudonųjų spindulių kompiuterinę „pelę“. Marjaana taip apibūdino savo kūrinį: „Raudonas taškas dešinėje esu aš – už paslaugų džinglių ribų“. Marjaanos padovanotas piešinys Agentūrai – tai padėka už galimybę dalyvauti Jaunų žmonių, turinčių specialiųjų poreikių, susitikime, kurį Europos parlamente 2003 m. lapkričio 3 d. suorganizavo Agentūra.

Šio dokumento publikavimą remia Europos Komisijos bendrojo ugdymo, profesinio rengimo, kultūros ir multilingvizmo departamentas:
http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm

ISBN: 8791500-73-7 (Electroninė)
978-8791500-73-2

8791500-55-9 (Spausdinta)
978-8791500-55-8

Išvertė Stefanija Ališauskienė
Vertimo redaktorė Nijolė Bražienė

2005

Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūra

Secretoriatas:	Briuselio tarnyba:
Østre Stationsvej 33	3 Avenue Palmerston
DK – 5000 Odense C Denmark	BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +45 64 41 00	Tel: +32 2 280 33 59
secretariat@european-agency.org	brussels.office@european-agency.org
www.european-agency.org	



TURINYS

SANTRAUKA.....	4
ĮVADAS.....	7
1. ANKSTYVOJI INTERVENCIJA VAIKYSTĖJE: SAMPRATOS STRUKTŪRA	11
2. ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS VAIKYSTĖJE PROJEKTO ANALIZĖ.....	18
2.1 Paslaugos, teikiamos įvariose šalyse	18
2.2 Esminiai aspektai.....	22
2.2.1 Tikslinės grupės	22
2.2.2 Komandinis darbas	23
2.2.3 Specialistų rengimas.....	24
2.2.4 Veikla	26
2.3 Trys specifiniai ankstyvosios intervencijos vaikystėje pavyzdžiai.....	29
2.3.1 Pagrindinės charakteristikos	29
2.3.2 Panašumai ir skirtumai.....	36
3. REKOMENDACIJOS	39
3.1 Paslaugų prieinamumas.....	39
3.2 Paslaugų artumas.....	40
3.3 Finansinis prieinamumas.....	41
3.4 Interdisciplininis darbas	42
3.5 Paslaugų įvairovė	43
LITERATŪRA.....	45



SANTRAUKA

Ankstyvoji intervencija vaikystėje (AIV) yra svarbi sritis tiek politiniu, tiek ir profesiniu požiūriu. Ji siejama su ankstyvojo amžiaus vaikų bei jų šeimų teise sulaukti jiems reikalingos pagalbos. AIV tikslas – paremti ir įgalinti vaiką, jo šeimą bei susijusias tarnybas, o kartu kurti inkluzinę ir darnią visuomenę, suprantančią vaikų ir jų šeimų teises.

Svarbūs dokumentai, priimti per paskutiniuosius 20–30 metų rodo idėjų bei teorijų evoliuciją, iškelia naują AIV koncepciją, kai tiesiogiai siejami sveikatos apsaugos, švietimo ir socialiniai mokslai (ypač psichologija). Naujoji AIV koncepcija orientuota į vaiko raidą ir į socialinės sąveikos įtaką žmogaus raidai apskritai, o ypač – įtaką vaikui. Tai rodo perėjimą nuo į vaiką orientuotos intervencijos prie visapusiškesnio požiūrio, atsižvelgiant į vaiką, šeimą ir aplinką, ir atitinka platesnę idėjų negalės srityje raidą, t. y. perėjimą nuo „medicininio“ link „socialinio“ modelio.

Vykdamas Agentūros projektą, buvo išskirti tokie elementai, svarbūs naujai AIV koncepcijai: paslaugų prieinamumas, jų artumas, finansinis prieinamumas ir paslaugų įvairovė.

Paslaugų prieinamumas, artumas, finansinis prieinamumas ir paslaugų įvairovė yra bendri Europos AIV paslaugų požymiai:

- Įvairios galimos ir lengvai prieinamos paslaugos yra teikiamos šeimos prašymu.

- Paslaugos šeimoms turi būti teikiamos kiek įmanoma anksčiau ir nemokamai arba kainuoti minimaliai, taip pat jų turima sulaukti visada, kai tik reikia ir kuo arčiau gyvenamosios vietos. Paslaugos privalo tenkinti šeimos poreikius, ir intervencija turi būti orientuota į šeimą.

- Kadangi įvairiose šalyse paslaugų pobūdis skiriasi, iškyla bendradarbiavimo, taip pat tarnybų ir resursų koordinavimo svarba teikiant šias paslaugas ir užtikrinant jų kokybę.

- Teikiant AIV, turi būti derinamos sveikatos apsaugos, socialinės ir švietimo paslaugos. Tai atitinka teorinį AIV pagrindą, pagrįstą skirtingomis disciplinomis bei socialiniais mokslais. Vaiko raidos požiūriu, sveikatos apsaugos, socialiniai



ir kiti mokslai apie žmogų yra tarpusavyje susiję. Nėra vienintelio modelio, kuriuo būtų galima remtis: skirtingos teorijos leidžia plačiai suvokti AIV, sutelkiant dėmesį į vaiką, šeimą ir bendruomenę, pereinant nuo „medicininio“ link „socialinio“ modelio.

Tikslinės grupės, komandinis darbas, specialistų rengimas ir veikla buvo pagrindiniai Agentūros vykdyto projekto susitikimuose aptarti aspektai:

- Projekto ekspertams ypač rūpėjo socialinių pokyčių poveikis AIV tikslinei grupei bei didėjantis skaičius vaikų, turinčių psichologinių ir socialinių-emocinių problemų.

- Skirtingų sričių specialistai yra atsakingi už pagalbos teikimą vaikams ir jų šeimoms. Specialistai negali dirbti atskirai – čia svarbi veikla interdisciplininėje komandoje. Tam, kad specialistai galėtų dirbti kooperatyviai, jie turi visi kartu papildomai mokytis ir patobulinti žinias, įgytas per pagrindines studijas. Toks bendras profesinis rengimas galimas per specializuotas arba kvalifikacijos kėlimo studijas. Bendras specializuotas profesinis rengimas sudarytų sąlygas įgyti būtinų žinių apie vaiko raidą, darbo metodus, tarnybų bendradarbiavimą, komandinį darbą, atvejo vadybą, asmeninių gebėjimų tobulinimą ir darbą su šeimomis. Specialistai turi išmanyti, kaip įtraukti tėvus ir dirbti kartu su jais ir/ar visa šeima, gerbti jų poreikius ir prioritetus, kurie gali skirtis nuo specialistų požiūrio.

- Specialistai, siekdami užtikrinti aukštą ankstyvosios pagalbos kokybę ir pradėti teikti ją tuoj pat, kai tik problema išaiškinama, taiko skirtingus veiklos būdus, įtraukdami į šį procesą šeimas ir skatindami jas dalyvauti. Tais atvejais, kai reikia intervencijos, šeimos ir specialistų komandos bendradarbiavimo pagrindu rengiamas Individualus planas (skirtingose šalyse jis dar gali būti vadinamas Šeimos planu arba Šeimos paramos planu), kuris orientuojamas į šeimos poreikius, stipriausias jos narių savybes, prioritetus, tikslus bei taikymui ir vertinimui tinkamas veiklas. Toks dokumentas padeda dalytis informacija ir lengvina būtinos pagalbos tęstinumą tais atvejais, kai vaikas pereina iš vienos tarnybos/institucijos į kitą arba kai šeima persikelia gyventi kitur.



Visi minėti elementai sudaro rekomendacijų, skirtų tobulinti ir konsoliduoti esamas AIV paslaugas, pagrindą bei jų teikimą. Rekomendacijos pateiktos paskutiniajame šio dokumento skyriuje.



IVADAS

Šio dokumento tikslas – apibendrinti Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros projekto, vykdyto 2003 – 2004 m., veiklos analizę apie pagrindinius AIV aspektus įvairiose Europos šalyse. Dokumente specialistams pateikiamos rekomendacijos ir praktiniai patarimai, skatinantys praktinės veiklos ir jos tobulinimo refleksijas.

Tokia analizė būtų neįmanoma be ekspertų ir šeimų, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvavusių projekte, patirties ir kompetencijų. Projekto dalyviai pateikė aktualios medžiagos, idėjų ir pastabų, susijusių su AIV situacija jų šalyse, taip pat svarbios buvo jų refleksijos ir kritinės pastabos.

Loginis šio dokumento **pagrindas** – itin svarbios temos tyrimo, kurį Agentūra atliko 1998 m., tęstinumas. Dokumentas grindžiamas principais, išryškintais pagrindinių tarptautinių organizacijų – Jungtinių Tautų (JT) ir UNESCO, aiškiai apibrėžusių savo poziciją kovojant už vaikų ir šeimų teises:

Motinystė ir vaikystė yra ypač saugomos ir remiamos (U.N. 1948, straipsnis 25 §2).

Vaikas turi teisę augti ir vystytis sveikas; speciali rūpyba ir apsauga turi būti teikiama ir vaikui, ir jo motinai; būtina iki ir po vaiko gimimo tinkama priežiūra (U.N. 1959, 4 Principas).

Susitariančios šalys pripažįsta neįgalaus vaiko teisę į specialią pagalbą ir, atsižvelgdamos į išteklius, taip pat į vaiko būklę ir tėvų ar kitų besirūpinančių vaiku gyvenimo sąlygas, skatina ir užtikrina tinkamą pagalbą ir paramą (U.N. 1989, straipsnis 23 §2).

Šalys turėtų dirbti kartu, siekdamos užtikrinti multidisciplininės specialistų komandos programas, skirtas ankstyvam sutrikimo išaiškinimui, įvertinimui ir įveikimui. Tai galėtų užkirsti kelią antriam sutrikimui, sumažinti ar eliminuoti negalės apraiškas (U.N. 1993, Taisyklė 2 §1).



Ankstyvos vaikų priežiūros ir ugdymo programos vaikams iki šešerių metų turi būti tobulinamos ir perorientuojamos į fizinės, protinės ir socialinės raidos skatinimą bei pasirengimą mokyklai. Šios programos turi didžiulę ekonominę reikšmę asmeniui, šeimai ir visuomenei, siekiant užkirsti kelią negalės situacijoms (UNESCO, 1994, §53).

Metodologija, taikyta projekto veikloje analizuojant AIV situaciją Europoje, atitiko esminius AIV principus: dirbti atvirai ir gerbiant interdisciplininę aplinką bei bendradarbiaujant ir gerbiant skirtingas dalyvių aplinkas.

Atlikto darbo pagrindą sudarė informacijos rinkimas nacionaliniu lygmeniu ir nacionalinių situacijų analizė.

Pagrindiniai 19 šalių ekspertai, paskirti Agentūros atstovų, reprezentavo AIV politikos, praktikos ir tyrimo sritis visuose profesiniuose sektoriuose: švietimo, socialinių paslaugų ir sveikatos apsaugos (švietimo sistemos reprezentantų buvo santykinai daugiau nei kitų). Viename iš darbinių susitikimų, bei projekto validavimo etape dalyvavo ir šeimos.

Penkių projekto susitikimų – keturių darbinių ir baigiamojo seminario – pagrindinis tikslas buvo aptarti ir pateikti konkrečių pasiūlymų, susijusių su pirmojo susitikimo metu apsibrėžtomis temomis, t. y.:

- Specialistų ir tarnybų vaidmuo ankstyvosios intervencijos sistemoje.
- Komandos sudėtis ir specialistų rengimas.
- Pokyčiai, susiję su AIV tiksline grupe.
- Darbo su vaikais ir šeimomis priemonės ir metodai.

Kad visapusiškiau atsispindėtų teoriniai ir praktiniai ekologinio-sisteminio AIV modelio įgyvendinimo pavyzdžiai (plačiau apie šį modelį skaitykite kituose skyriuose), susitikimams ir įstaigoms lankyti pasirinktos trijų šalių vietovės, t. y. Miunchenas (Vokietija), Coimbra (Portugalija) ir Västerås (Švedija). Tai leido atskleisti tiesioginį ryšį su tiriamuoju darbu, kurį atlieka vietiniai universitetai, ir padėjo projekte dalyvavusiems ekspertams aptarti ir nustatyti pagrindinius AIV požymius, stipriąsias puses



ir veiklos sritis, kurios turėtų būti tobulinamos, atsižvelgiant į dalyvaujančių šalių situaciją.

Projekto veiklos analizė vykdyta keturiais etapais, kurių kiekvienas buvo svarbus, rengiant šią ataskaitą.

Informacinis etapas: iš dalyvaujančių šalių surinkta ir susisteminta informacija pagal pirmojo susitikimo metu sudarytą modelį ir pateikta taip, kad galima būtų palyginti toje šalyje esamas paslaugas su jų teikimu kitose šalyse. Ekspertai turėjo:

- supažindinti su AIV paslaugų ir jų teikimo atskirose šalyse esminėmis charakteristikomis;
- parengti ir pristatyti konkrečioje šalyje siūlomos būtinos ankstyvosios pagalbos šeimai ir vaikui nuo gimimo iki penkerių–šešerių metų sistemos modelį – *gyvenimo liniją*. Ši *gyvenimo linija* rodo, kokia pagalba teikiama atsižvelgiant į vaiko amžių, kokia tarnyba yra atsakinga už vienų ar kitų paslaugų teikimą, taip pat svarbus dėmesys skirtas kitai su tuo susijusiai informacijai ir pareikštoms ir pastaboms.

Mainų etapas: pasidalijimas informacija ir diskusijos apie iš anksto numatytas svarbias AIV sritis. Diskusijų pagrindą sudarė trijų praktikos pavyzdžių – Miuncheno (Vokietija), Coimbra (Portugalija) ir Västerås (Švedija) – analizė. Pažintis su skirtingose šalyse taikomais ankstyvosios pagalbos modeliais suteikė galimybę išanalizuoti, kaip AIV gali būti įgyvendinama įvairiais būdais, taip pat nustatyti panašumus ir skirtumus tarp paslaugų ir jų teikimo atskirose šalyse. Specialistų ir tėvų dalyvavimas pasirinktose tarnybose neabejotinai praturtino diskusijas.

Diskusijų etapas: išsami diskusija apie AIV situaciją ir susitikimų medžiagos turinio tikslinimas. Detaliau aptartas pradinis dokumentas, kuriame išdėstyti pagrindiniai trijų susitikimų diskusijų rezultatai. Šis svarbus ekspertų ir Agentūros nacionalinių atstovų numatytais aspektais diskusijų etapas padėjo parengti galutinę ataskaitą.

Validavimo etapas: pagrindinių rezultatų, kuriuos pasiekė ekspertų grupė ir kiti dalyvavę asmenys, patvirtinimas atviroje



baigiamojo seminario diskusijoje. Baigiamajame etape dalyvavo tėvai, AIV specialistai, politikai ir tyrėjai.

Sąvoka **ankstyvoji intervencija vaikystėje** šiame dokumente yra vartojama specialiai tam, kad būtų išvengta bet kokių nesusipratimų ar painiojimo su ankstyvosios intervencijos samprata. Ankstyvoji intervencija reiškia reikalingą pagalbą ir intervenciją, kuri teikiama siekiant kuo anksčiau padėti vaikui ir jo šeimai bet kuriuo vaiko raidos ir mokymosi laikotarpiu.

Būtina akcentuoti, kad ankstyvoji intervencija vaikystėje yra orientuota į vaikus, turinčius specialiųjų poreikių, nuo gimimo ir ne ilgiau kaip iki šešerių metų.

Ataskaitos struktūra

Pirmajame dokumento **skyriuje** pateikiama trumpa AIV sistemos esminių konceptų apžvalga, grindžiama atitinkama literatūra, taip pat apibrėžiamos pagrindinės sąvokos, apibūdinami svarbiausi AIV tikslai.

Antrajame skyriuje pateikiama projekto rezultatų analizė, kuri leido atskleisti dalyvaujančių šalių AIV paslaugų teikimo ir organizavimo situaciją. Taip pat pateikiamas diskusijų apibendrinimas apie AIV modelius, grindžiamus trijų šalių pavyzdžiais. Šiame skyriuje aptariami per išsamias diskusijas išryškėję AIV esminiai aspektai, kuriems specialistai ir šeimos teikia ypatingą reikšmę ir dėmesį.

Trečiajame skyriuje pateikiamos rekomendacijos, pirmiausia skirtos specialistams.

Šis dokumentas – tai glausta diskusijų, informacijos ir pasidalytos ekspertų patirties santrauka. Skaitytojai, kurie norėtų daugiau sužinoti apie projekte dalyvavusių šalių AIV situacijas, kontaktinių asmenų duomenis ir nuorodas apie reikšmingas šios srities publikacijas, informacijos gali ieškoti Agentūros tinklapyje:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>.



1. ANKSTYVOJI INTERVENCIJA VAIKYSTĖJE: SAMPRATOS STRUKTŪRA

Ankstyvoji intervencija vaikystėje yra viena iš pagrindinių Europos lygmens diskusinių sričių. Bendrijos veiksmų programoje Helios II (1993–1996), kurioje pateiktos refleksijos apie švietimo ir reabilitacijos sistemas, ankstyvoji intervencija vaikystėje užėmė itin svarbią vietą. Švietimo ir reabilitacijos sistemų analizė sudarė Europos specialiojo ugdymo plėtros agentūros dokumento (1998) pagrindą ir atspindėjo šių sistemų situacijas įvairiose šalyse. Paminėti dokumentai kartu su Europos ankstyvosios intervencijos asociacijos (Eurlayid) Manifestu (1991) ir kitomis svarbiomis publikacijomis leido tinkamai įvertinti analizuojamos temos raidą teoriniu, strateginiu ir praktiniu lygmeniu.

Europos ir tarptautiniai dokumentai, išleisti per paskutinius 20–30 metų ir savo principais bei metodais susiję su AIV koncepcija, rodo šios srities idėjų bei teorijų evoliuciją. Skirtingų autorių indėlis ir įvairios teorinės nuostatos paskatino AIV sampratos ir praktikos plėtotę. Šis indėlis yra dvejopas:

1. Sukurta nauja AIV koncepcija, į kurią tiesiogiai įtraukti sveikatos, švietimo ir socialiniai mokslai, ypač psichologija. Tai atitinka šiuolaikinę socialinę situaciją, nes praeityje minėtos sritys turėjo santykinai skirtingą įtaką AIV ir buvo menkai tarpusavyje susijusios.
2. Įvyko pažangūs pokyčiai: ankstesnė intervencija, orientuota tik į vaiką dabar suvokiama plačiau – dėmesys kreipiamas ne tik į vaiką atskirai, bet ir į jo šeimą, taip pat į bendruomenę, kurioje vaikas gyvena (Peterander et al, 1999; Blackman, 2003).

Dabartinei AIV koncepcijai ir metodams tiesioginės įtakos turėjo visuomenės sveikatos, švietimo ir kitų socialinių mokslų raida, taip pat ir bendri socialiniai pokyčiai.

Naujos žinios smegenų vystymosi srityje atskleidė ankstyvos patirties svarbą, siekiant paveikti nervų sistemos brandą ir vystymąsi (Kotulak, 1996). Anot Park ir Peterson (2003), nauji smegenų veiklos tyrimai parodė, kad teigiama ir turtinga patirtis



ankstyvojoje vaikystėje palankiai veikia smegenų vystymąsi, padeda vaikui mokantis kalbėti, įgyjant problemų sprendimo įgūdžių, bendraujant su bendraamžiais ir suaugusiais, taip pat įgyjant reikalingų gyvenimiškų įgūdžių. Vaiko raida nuo gimimo ar net nuo vaisiaus užuomazgos iki pirmųjų gyvenimo metų savo svarba negali prilygti jokiai vėlesnei gyvenimo stadijai (Shonkoff, 2000). Kita vertus, autorius pažymi, kad vystymąsi gali sutrikdyti socialiniai ir emociniai „pakenkimai“.

Skirtingi tyrimai ir debatai leido nustatyti tiesioginę ir negrįžtamą ankstyvąją įtaką tolesniai vaiko raidai, tačiau nėra pagrįstų įrodymų, kad egzistuoja nekintamas priežasties-pasekmės poveikis. Vis dėlto pripažįstama, kad tai, kas nutinka per pirmuosius gyvenimo mėnesius ir metus, veikia tolesnį vaiko vystymąsi:

Manoma, kad ankstyvojoje vaikystėje patirti pažeidimai atsinaujina, praleistos galimybės negali būti išnaudotos vėliau ir pirmieji metai palieka neištrinamą antspaudą tolesniam gyvenimui. Visgi, mokslininkų teigimu, išgyventi sunkumai gali būti įveikiami, kai kurios praleistos galimybės gali būti kompensuotos ir tolesnį žmogaus elgesį lemia ne vien tik ankstyva patirtis. Tačiau neatmetama galimybė, kad neretai ankstyvi pažeidimai gali smarkiai sutrikdyti vaiko gyvenimo perspektyvas, o praleistų galimybių kompensavimui dažnai prireikia intervencijos. Taigi, ankstyvasis gyvenimo laikotarpis sukuria arba tvirtą, arba trapų pagrindą, kuriuo remiasi tolesnis žmogaus vystymasis (Shonkoff & Phillips, 2000, p. 384).

Kai kurios psichologijos ir ugdymo teorijos padėjo sukurti išsamų ir vieningą požiūrį į AIV: vienos jų sutelktos į dichotomiją – prigimtis versus auklėjimas, suvokia vaiko vystymąsi kaip atvirą procesą (*tabula rasa* arba, kai viską įmanoma sukurti ir kai suaugusiųjų teigiama ir neigiama įtaka yra lemiamą vaiko raidai); kitos šį procesą grindžia determinizmo samprata.

Pagrindinės teorijos, susijusios su vaiko vystymosi ir ugdymosi procesais – Gesell raidos teorija (1943), Skinner operantinio sąlygojimo (1968) ir Piaget genetinė epistemologija (1969), – turėjo didžiulės įtakos AIV raidai. Bendras esminis šių teorinių krypčių pagrindas, susijęs su ankstyvojo amžiaus vaikų, turinčių



specialiųjų poreikių, ugdymo galimybėmis ir strategijomis, yra orientacija į vaiką ir jo ribotumus, nepaisant aplinkos, kurioje vaikas gyvena.

Vėliau kiti autoriai akcentavo:

a) tėvų ir globėjų vaidmenį vaiko raidai – *prieraišumo teorija* (Ainsworth et al, 1978; Bowlby, 1980;);

b) socialinės interakcijos svarbą – *socialinio išmokymo teorija* (Bandura, 1977), *socialinės raidos teorija* (Vygotsky, 1978), *transakcinis komunikacijos modelis* (Sameroff and Chandler, 1975; Sameroff and Fiese, 2000);

c) tarpusavio sąveikos su kitais ir aplinka įtaką vaiko raidai – *žmogaus ekologija* (Bronfenbrenner, 1979).

Nauja AIV teorinė kryptis, nors ir glaudžiai susijusi su anksčiau paminėtomis teorijomis, grindžiama ekologiniu-sisteminiu požiūriu, kurį Porter (2002) apibūdina kaip vaiko vystymosi vertinimą keliais aspektais:

holistiniu, reiškiančiu, kad visos vystymosi sritys – kognityvinė, kalbinė, fizinė, socialinė ir emocinė – yra susijusios tarpusavyje; *dinaminiu*, pažyminčiu aplinkos keitimo ir pritaikymo svarbą, atsižvelgiant į besikeičiančius individo poreikius (Horowitz, 1987, cited by Porter, 2002, p. 9);

transakciniu, grindžiamu Sameroff ir Chandler modeliu (1975), pasak kurio, vystymąsi palengvina dvikryptė, abipusė sąveika tarp vaiko ir jo aplinkos. Vystymosi pasekmės – tai nuolatinės dinaminės sąveikos tarp vaiko elgesio, globėjo atsako į vaiko elgesį ir aplinkos veiksnių, kurie veikia ir vaiko, ir globėjo elgesį, rezultatas;

singulariniu, žinios ar raida yra ypatingi – individai kuria savo unikalias perspektyvas.

Ekologinis-sisteminis požiūris leidžia vaiko ir jo šeimos raidą bei pokyčius analizuoti sistemiskai, atsižvelgiant į platesnį kontekstą (Horwath, 2000). Tai turėtų būti svarbu, kuriant ankstyvojo vaikų ugdymo programų modelius:

Ugdymo tikslas perkeliamas nuo to, ką vaikas turėtų žinoti, link jo išklausymo ir atsižvelgimo į jo gyvenimo patirtį (Porter, 2002, p. 9).



Ekologinis-sisteminiis požiūris tapo vyraujančiu ir yra vertinamas kaip pagrindinis AIV modelis. Tokius pokyčius iš dalies lėmė pasikeitę tikslai AIV, kaip kompleksinio proceso, kuris turėtų būti orientuotas ne tik į vaiką, bet ir į jo artimiausią aplinką.

Ekologinio-sisteminio modelio įtaka yra ryški JAV ankstyvosios intervencijos programoje „Head Start Programme“, kuri orientuota į nepasiturinčias šeimas ir jų vaikus nuo gimimo iki penkerių metų. Šios programos tikslas – kuo anksčiau parengti tokių šeimų vaikus mokyklai. Programą, kurioje svarbią vietą užima bendrasis ir specialusis ugdymas, sveikatos apsauga, socialinės paslaugos, ir kurioje dalyvauja tėvai, finansuoja Federalinis sveikatos ir humanitarinių paslaugų departamentas.

Aptarti **AIV apibrėžimai** atskleidžia skirtingus ekologinio-sisteminio požiūrio aspektus.

Guralnick (2001) AIV apibūdina kaip sistemą, remiančią šeimos interakcijų būdus, kurie labiausiai skatina vaiko vystymąsi. Čia pagrindinis dėmesys turėtų būti kreipiamas į tėvų ir vaiko transakcijas, šeimos skatinamą vaiko patirtį ir pagalbą tėvams, siekiant užtikrinti vaiko sveikatą ir saugumą.

Anot Shonkoff ir Meisels (2000), AIV sudaro įvairių sričių paslaugos, kurios teikiamos vaikui nuo gimimo iki penkerių metų. Pagrindiniai tikslai yra: užtikrinti vaiko sveikatą ir gerovę; puoselėti besiplėtojančius gebėjimus; skatinti vaiko raidą, kai ji vėluoja; padėti įveikti esamą ar atsirandančią negalės situaciją; užkirsti kelią funkciniais sutrikimams; skatinti tėvų ir visos šeimos adaptaciją ir tinkamą funkcionavimą.

Blackman (2003) nuomone, *vaikui, kuriam poveikį daro biologiniai ar aplinkos rizikos veiksniai, „ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) tikslas yra iki minimumo sumažinti arba užkirsti kelią fiziniams, kognityviniams, emociniams ribotumams“* (p. 2). Autorius akcentuoja šeimos esminį vaidmenį, kaip intervencijos ir pagalbos sėkmės pagrindą.



Pasak Dunst (1985), AIV – tai „neformalių ir formalių socialinės paramos tinklų pagalba (ir ištekliai), tiesiogiai ir netiesiogiai veikianti tėvų, šeimos ir vaiko funkcionavimą“ (p. 179).

Trivette, Dunst ir Deal (1997) sukūrė ištekliais pagrįstą AIV požiūrį:

Šiuolaikinė ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) praktika yra suprantama kaip paslaugomis grįstas vaiko ir šeimos poreikių tenkinimas. Ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) programos numato santykius su vaikais ir jų šeimomis, atsižvelgiant į teikiamas paslaugas, kurias siūlo programa, arba į tai, ką siūlo kitos socialinės programos (čia svarbi įvairių tarnybų veiklos koordinacija). Toks ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) suvokimas grindžiamas tik formalia specialistų pagalba, todėl yra ribotas ir ribojantis, nes nevertina ir nenumato kitų, neformalių paramos išteklių. Ištekliais pagrįstas vaiko ir šeimos poreikių tenkinimo požiūris yra išplėstinis ir plečiantis, nes jis sutelktas į bendruomenės įvairios paramos sutelkimą (p. 73).

Atlikusi AIV situacijų analizę, Agentūros projekto ekspertų grupė pasiūlė tokį darbinį AIV apibrėžimą:

AIV yra tarnybų/paslaugų ankstyvojo amžiaus vaikams ir jų šeimoms struktūra; paslaugos teikiamos šeimų prašymu tam tikru vaiko gyvenimo laikotarpiu ir apima veiksmus, kurių imamasi, kai vaikui reikia specialios pagalbos, siekiant:

- užtikrinti ir skatinti vaiko raidą;
- stiprinti šeimos kompetencijas,
- skatinti socialinę šeimos ir vaiko inkluziją.

Tokio pobūdžio parama turi būti teikiama natūralioje vaiko aplinkoje, pageidautina vietiniu lygmeniu, remiantis į šeimą orientuotu ir multidimensiniu komandos požiūriu.

Svarbus elementas, pateikiamas skirtinguose apibrėžimuose, yra **prevencija**, kaip intervencijos dalis. Simeonsson (1994), atsižvelgdamas į tai, kada turėtų būti imamasi prevencinių priemonių, pateikė tris prevencijos ir intervencijos lygius:

Pirminės prevencijos tikslas – sumažinti naujų identifikuotų būklių (sutrikimų) ar problemų atvejų skaičių (paplitimą). Pavyzdžiui, jos tikslas yra kuo anksčiau nustatyti vaiko raidos rizikos veiksnius ir taip sumažinti naujus sutrikimų atvejus.



Pirminė prevencija apima priemones, padedančias užkirsti kelią sutrikimams ar aplinkybėms, kurios galėtų lemti negalę (WHO / PSO, 1980). Anot Mrazek ir Haggerty (1994), pirminė prevencija yra „intervencija, kuri taikoma iki sutrikimo pasireiškimą pradžios“ (p. 23). Tai gali būti: a) *universalios priemonės* – sveikatos paslaugos, teikiamos vaikams ir šeimoms, pvz., imunizacijos programos, skirtos visiems gyventojams; b) *atrankinės priemonės*, skirtos tam tikrai gyventojų grupei, pvz., žymios rizikos grupėms; c) *specialiai numatytos priemonės* tam tikrai žmonių grupei, pvz., asmenims su nustatyta rizika.

Antrinės prevencijos tikslas yra sumažinti esamų nustatytos problemos atvejų skaičių, teikiant pagalbą problemai išaiškėjus, tačiau dar neišgalėjus.

Tretinė prevencija siekia sumažinti komplikacijas, susijusias su nustatyta problema ar būkle, apriboti ar sumažinti sutrikimo/negalės poveikį tada, kai sutrikimas yra akivaizdus ir nustatytas.

Šie trys lygiai gali būti aiškinami plačiau, atkreipiant dėmesį į „biologinį-psichologinį-socialinį“ funkcionavimo ir negalės modelį, pateiktą Pasaulinės sveikatos organizacijos (WHO / World health Organisation, ICF, 2001). Remiantis šiuo požiūriu, prevencija AIV srityje turi būti orientuota ne tik į asmens sveikatos būklę, bet ir į jo socialinę aplinką:

...asmens funkcionavimas tam tikroje aplinkoje yra sveikatos būklės ir konteksto (aplinkos ir asmeninių) veiksnių sąveika arba sudėtingas santykis. Tai – dinaminė minėtų veiksnių sąveika: veikiant vieną veiksnį yra tikimybė pakeisti vieną ar daugiau kitų veiksnių (p. 19).

Atsižvelgiant į visas charakteristikas ir principus, kurie sudaro AIV sampratą pagrindą, du esminiai požymiai yra specifiški – tai *ankstyvas amžius* ir *pagalbos kompleksiskumas*.

Šių požymių/veiksnių derinimas reikalauja:

- bendrų skirtingų profesinių sričių pastangų;
- dalyvaujančiųjų intervencijoje tarpusavio sąveikos;
- visų susijusių tarnybų bendradarbiavimo;
- tėvų (ir/ar kitų šeimos narių) tiesioginio įtraukimo ir dalyvavimo.



Tik efektyvus pagalbos veikslių derinimas gali užtikrinti gerus ankstyvosios intervencijos vaikystėje rezultatus.

Šis požiūris akcentuoja dėmesį į AIV reikšmingumą ir **poveikį**. Kai kurie autoriai AIV aiškina kaip vieną iš efektyvių priemonių, padedančių užkirsti kelią tolesnei socialinei ir/ar edukacinei ekskluzijai (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) pažymi, kad tyrimai, atlikti 1970 metais „*parodė bendrą ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) programų efektyvumą ir tinkamumą rizikos grupės vaikams, taip pat vaikams, turintiems negalę*“ (p. xv). Tolesni tyrimai, pasak autoriaus, turi nustatyti, „*kokia intervencija yra tinkamiausia, kam, kokiomis sąlygomis ir kada turi būti užbaigta*“ (Guralnick, 1997, p. xvi).

AIV projekto darbo susitikimuose vykusios diskusijos atskleidė, kad, siekiant įvertinti poveikį – AIV efektyvumo poveikį, reikia atsižvelgti į visus intervencijos dalyvius:

- *vaiką*: jo pasiektą pažangą, taip pat vaiko savęs suvokimą;
- *šeimą*: jos šeimos pasitenkinimo lygį;
- *specialistus*: jų pasitenkinimo lygį ir kompetenciją;
- *bendruomenę*: jos pasitenkinimo lygį, gautą naudą, išlaidas, investicijas ir t. t.

Siekiant nustatyti kokybinius sėkmės rodiklius, turi būti vertinami visi lygmenys. Išorinis įvertinimas dažnai būna per daug standartizuotas, užima nemažai laiko, yra brangus ir pernelyg orientuotas į kiekybinius rodiklius.

Ankstyvosios intervencijos vaikystėje sampratos struktūra sudarė pagrindą refleksijoms ir diskusijoms analizės stadijos metu. Kitame skyriuje supažindinama, kaip organizuojamos AIV tarnybos ir paslaugos skirtingose Europos šalyse, taip pat išryškinti svarbūs aspektai, susiję su skirtingų AIV sistemų pagrindiniais charakteristikomis bei sunkumais, kuriuos šalims tenka patirti.



2. ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS VAIKYSTĖJE PROJEKTO ANALIZĖ

2.1 Paslaugos, teikiamos įvairiose šalyse

Šiame skyriuje apžvelgiamos įvairiose šalyse teikiamos paslaugos, analizuojami jų organizavimo ypatumai, išryškunami pagrindiniai bruožai ir patiriami sunkumai.

AIV **organizaciniu** požiūriu projekte dalyvavusiose Europos šalyse nevienoda, tačiau paslaugos bei parama vaikams (nuo gimimo) ir jų šeimoms visose šalyse teikiama. Pavyzdžiui, kai kuriose Šiaurės šalyse, sveikatos priežiūros sistemos slaugytoja reguliariai lanko vaikus namuose iki vienerių metų, padeda tėvams ir pataria, kaip įveikti naujai iškilusias problemas. Tokio pobūdžio pagalba gali tęstis iki dvejų su puse metų tais atvejais, kai nustatomos ankstyvosios raidos problemos. Kitose šalyse antrinio lygmens medicinos slaugytojos taip pat lankosi šeimose, tačiau tik tada, kai naujagimiui nustatomi rizikos veiksniai.

Jei raidos problemos nustatomos ankstyvajame amžiuje, siūloma daug įvairių paslaugų. Kai kuriais atvejais AIV teikia specializuotos komandos ligoninėje, tačiau itin svarbu, kad į šį procesą būtų įtraukiamos ir socialinės, ir ugdymo tarnybos.

Labai sunku (jei apskritai įmanoma) apibendrinti paslaugų organizavimą ir jų teikimo įvairovę skirtingose šalyse nepraleidžiant svarbios informacijos. Tie, kurie nori plačiau susipažinti su AIV kitose šalyse, informacijos gali rasti Agentūros AIV tinklapio puslapyje:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

AIV paslaugų įvairovėje išryškėja tokie **bendri aspektai**:

Paslaugų prieinamumas: bendras AIV tikslas – kuo anksčiau pasiekti visus vaikus ir šeimas, kurioms reikia paramos. Tai itin svarbu tose šalyse, kur kaimai yra izoliuoti arba žmonės gyvena toli vienas nuo kito. Visose projekte dalyvavusiose šalyse AIV



paslaugų prieinamumas yra prioritetas: siekiama, kad visiems, kam būtina pagalba, ir nesvarbu, kur jie gyventų – miesto ar kaimo vietovėje – būtų suteiktos kokybiškos paslaugos bei reikalinga parama, o ištekliai būtų prieinami.

*Paslaugų artumas*¹: tai pirmiausia susiję su tuo, kad visi, kam reikia pagalbos, būtų lengvai pasiekiami ir kad paslaugos būtų teikiamos decentralizuotai. Parama turėtų būti teikiama kiek įmanoma arčiau šeimų ir vietinių, ir bendruomeninių lygmeniu. Paskutiniaisiais 10–20 metų labai stengiamasi, kad paslaugos būtų teikiamos namuose ar bendruomenėje, ir šeimoms nereikėtų vykti į toli nuo namų esančią tarnybą. Paslaugų artumas taip pat siejamas su idėja teikti paslaugas, orientuotas į šeimos poreikius. Šeimos poreikių išmanymas ir tolerancija jiems turėtų būti AIV pagalbos pagrindas.

Finansinis prieinamumas: paslaugos visose dalyvavusiose šalyse² teikiamos nemokamai arba už minimalų užmokestį per viešuosius fondus iš sveikatos, socialinių ar ugdymo įstaigų, draudimo kompanijų ar nepelno organizacijų. Keliose projekte dalyvavusiose šalyse šeimoms suteikiama galimybė rinktis nemokamas arba privačiai teikiamas paslaugas, už kurias reikia mokėti, kadangi jos nefinansuojamos iš jokių viešųjų fondų.

Interdisciplininis darbas: tiesioginę paramą vaikams ir jų šeimoms teikia kvalifikuoti įvairių sričių specialistai, turintys skirtingas profesines kvalifikacijas. Interdisciplininis darbas lengvina keitimąsi informacija specialistų komandoje.

Paslaugų įvairovė: šis bruožas glaudžiai susijęs su disciplinų, įtrauktų į AIV, įvairove. Nors projekte dalyvavusioms šalims bendra tai, kad AIV paslaugų teikimo procese dalyvauja trijų žinybų (sveikatos, socialinės apsaugos ir švietimo) tarnybos, tačiau kartu pastebima ir esminių skirtumų.

¹ *Artumas* šiame kontekste suprantamas dvejopai: *arti gyvenamosios vietos ir arti žmogaus*.

² Tai apima viešąsias ir privačias paslaugas, finansuojamas iš viešųjų fondų.



Išsamų tarnybų vaidmens apibūdinimą apibrėžia visuomenės sveikatos prevencijos lygmenų analizė (apie tai kalbėta pirmajame skyriuje, remiantis Mrazek & Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994; ir kt.). Pirminės prevencijos tikslas – siekti, kad kuo mažiau gyventojų patirtų sutrikimų apraiškas, išgyventų sveikatos problemas. Antrine prevencija stengiamasi sumažinti nustatytos raidos problemos atvejų skaičių. Tretine prevencija siekiama užkirsti kelią antrinio pobūdžio negalei ir komplikacijoms, kylančioms dėl nustatytos problemos ar sutrikimo. Pirminę prevenciją visose šalyse dažniausiai užtikrina sveikatos priežiūros, taip pat socialinės ir ugdymo tarnybos. Pirmine prevencija laikomas reguliarus medicininis ir socialinis nėščių moterų tikrinimas, taip pat pirminis vaikų raidos vertinimas (*angl.* screening) ligoninėse ar vietiniuose sveikatos ir ugdymo centruose. Minėtos tarnybos atlieka visų vaikų pirminį bendrą raidos įvertinimą, o vaikams, turintiems biologinių ar socialinių rizikos veiksnių, papildomai – poreikių įvertinimą. Toks pradinis raidos vertinimo etapas padeda kuo anksčiau nustatyti pagalbos poreikį ir kreiptis į kitas tarnybas ar specialistus.

Skirtumai ir iššūkiai, su kuriais susiduria skirtingos šalys, yra susiję su AIV paslaugų teikimu. AIV paslaugų teikimas įvairiose šalyse turi savų skirtumų, patiria tam tikrų sunkumų:

1. Kada AIV taikoma?

Šis klausimas tiesiogiai susijęs su ankstyvu sutrikimo išaiškinimu, nustatymu ir tolesnės pagalbos paieška. Už šiuos procesus, t. y. pirminę prevenciją, visose projekte dalyvavusiose šalyse atsako sveikatos paslaugas teikiančios tarnybos, kurioms talkina socialinės apsaugos bei ugdymo tarnybos. Visos šalys sutinka, kad pradėti „veikti“ reikia kuo anksčiau, taip pat svarbu garantuoti pagalbos proceso tęstinumą. Sunkumų kyla tada, kai pernelyg užsitęsia laikas tarp ankstyvo raidos sutrikimo išaiškinimo, nustatymo ir pagalbos paieškos. Tai lemia daugelis priežasčių: pavėluotas socialinių ir psichologinių problemų išaiškinimas; problemos sunkiau nustatomos vien tik medicininio tyrimu; nesuderinta tarnybų ir/ar komandų veikla (veiklos koordinavimo problemos). Nors šioje srityje pasiekta pažanga yra didžiulė, tačiau tais



atvejais, kai problemos nėra akivaizdžios (dažniausiai socialinės ir psichologinės problemos), vis dar ryški tendencija „palauksim ir pamatysim“. Tokia politika vėliau gali turėti itin nepalankių pasekmių.

2. Kada AIV pradedama ir kiek ji gali tęstis?

Priešingai nei Šiaurės Amerikoje, kur AIV tęsiasi nuo vaiko gimimo iki trejų metų amžiaus, Europoje intervencijos trukmė yra skirtinga. Paprastai parama vaikui ir jo šeimai teikiama tol, kol vaikas pradeda lankyti mokyklą ir patenka visiškam ugdymo įstaigų atsakomybėn. Kai kuriose šalyse tai sutampa su privalomo mokslo pradžia. Tačiau aiškios strategijos dėl šio pereinamojo laikotarpio nėra, ir, AIV komandų specialistų manymu, jie turėtų peržengti savo įprastų pareigų ribas bei kompensuoti išteklių koordinavimo ar prieinamumo stoką.

3. Kas yra atsakingas?

Skirtingose Europos šalyse yra įvairių paslaugų teikimo tipų ir tarnybų. Įvairovė, vertinant iš rinkodaros perspektyvų, gali būti suprantama kaip privalumas: kuo daugiau šeimoms siūloma pasirinkimo variantų, tuo lengviau jos gali apsispręsti ir pasirinkti. Tačiau realiai daugeliu atvejų šeimoms sunku rasti tinkamą pagalbą savo vaikui, ne visada įmanoma gauti aiškią multiperspektyvinę informaciją. Paslaugų tipų įvairovę galima traktuoti kaip reagavimo į susidariusią situaciją įrodymą, kadangi daugeliu atvejų tarnybos ir paslaugos buvo kuriamos ne kaip apgalvotos politikos rezultatas, bet tam, kad patenkintų neatidėliotinus vaiko ir šeimos poreikius ar reikalavimus.

Visose projekte dalyvavusiose šalyse yra AIV centrų, nors jų veikla ir skirtinga. Išimtį sudaro Šiaurės šalys, kur sveikatos, socialinės ir ugdymo paslaugos AIV procese teikiamos kartu vietiniu lygmeniu.

Bendra tendencija, kurią išreiškė šalys yra ta, kad, teikiant paslaugas tarnybose, specialistų tikslai ir darbo planavimas turėtų būti derinamas, atsižvelgiant į šeimų poreikius ir pageidavimus. Specialistai dirba „su šeimomis ir šeimose“ tiek, kiek tai būtina, ir tiek, kiek šeimos sutinka. Kai kuriose iš projekte dalyvavusių šalių ankstyvoji pagalba taip pat gali būti



teikiama specialiojo ugdymo centruose, AIV centruose ar tarnybose bei ugdymo įstaigose, kad vaikas galėtų lankyti dienos centrą, ikimokyklinę ugdymo įstaigą ir pan.

4. Kas turi būti padaryta?

Šis aspektas plačiau aptariamas kitame skyriuje. Čia norėtusi pažymėti, kad, kalbant apie ankstyvąją intervenciją vaikystėje, įvairiose Europos šalyse vis dar egzistuoja medicininio ir socialinio požiūrio dichotomija.

2.2 Esminiai aspektai

Projekto darbiniai susitikimai leido aptarti kai kuriuos svarbius AIV srities aspektus:

Tikslinės grupės: tipas vaikų, kurie siunčiami į AIV komandas ir/ar tarnybas; vaikų, kurie naudojami AIV paslaugomis, amžiaus ir kitų charakteristikų (pvz., sutrikimų), taip pat pagalbos teikimo ir gavimo sąlygų pokyčiai per pastaruosius metus.

Komandinis darbas: specialistai, dalyvaujantys AIV, jų vaidmenys, pareigos ir atsakomybė; taip pat ypatingas ugdymo tarnybų vaidmuo.

Specialistų rengimas: bazinis ir tolesnis AIV specialistų rengimas.

Veiklos: individualaus šeimos paramos plano ar tapataus dokumento kūrimas ir tolesnė veikla.

Pastaba: tėvų įtraukimas nėra išskirtas kaip atskiras aspektas, kadangi jau įrodyta, jog aktyvus tėvų dalyvavimas yra pagrindinė kiekvieno AIV proceso aspekto sąlyga. Tėvai ir specialistai turėtų veikti kartu kaip partneriai, siekiantys sustiprinti savo kompetencijas ir autonomiją, ir kartu tenkinti vaiko poreikius. Net ir tada, kai orientuojamasi į tėvus, būtina įvertinti svarbų visos šeimos vaidmenį ir paramą, kurią teikia kiti šeimos nariai. Atsižvelgiant į tai, toliau pateikiame pagrindinių diskusijų, vykusių projekto metu, išvadas.

2.2.1 Tikslinės grupės

Diskutuojant apie tai, kokie vaikai siunčiami į AIV tarnybas ar komandas – vaikai, turintys biolginų ir/ar socialinių rizikos



veiksnių, ir jų šeimos, – ekspertai išryškino kai kuriuos apsektus:

Daugėja vaikų, turinčių psichologinių ir socialinių-emocinių problemų. Šią tendenciją sunku paaiškinti: ar tai lemia didesnis šių problemų santykis, ar kintantis tėvų supratimas ir jautrumas tokio pobūdžio problemoms. Kai kurie tėvai labiau domisi vaiko raida nei anksčiau ir yra atidesni, todėl daugiau nerimauja ir dažniau kreipiasi pagalbos ir paramos.

Didėja susidomėjimas „rizikos grupės“ vaikais, kurie tampa AIV dėmesio centru. Daugelyje projekte dalyvavusių šalių būtina AIV pagalbos teikimo sąlyga – įvertinta ir nustatyta problema. Norint gauti AIV, vien priklausyti „rizikos grupei“ tokiu atveju nepakanka. Prevencinių veiksnių, skirtų „rizikos grupės“ vaikams, imasi kitos tarnybos, kurios atlieka pirminį ir sistemingą vaiko raidos vertinimą, taip pat vaiko stebėjimą (dažniausiai biologinės rizikos atveju) arba aktyviai padeda šeimai (dažniausiai socialinės rizikos atveju). Neretai intervencijos nereikia – pakanka rekomendacijų ir patarimų tėvams. Rizikos veiksniai patys savaime nėra intervencijos sąlyga. Svarbu imtis apsaugos priemonių vaiko ir šeimos naudai. Prevencinės tarnybos turi atlikti svarbų ir sudėtingą vaidmenį: jos privalo sėkmingai užkirsti kelią tolesniems sunkumams (aišku, tai nėra paprasta) ir gerai suprasti nuostatos „palauksim ir pamatysim“ riziką.

Kai kuriose šalyse pastebimas susirūpinimas dėl to, kad tėvų prašymas ir sutikimas yra būtina bet kokios intervencijos sąlyga. Pagarba tėvų sprendimams kartais gali būti ir rizikinga: kai kuriems vaikams laiku nesuteikus būtinos pagalbos, intervencija gali būti pavėluota, ypač tais atvejais, kai prevencijos, informacijos ir siuntimo procesai prastai koordinuojami.

2.2.2 Komandinis darbas

Projekto diskusijų pradžioje akcentuota, kad į AIV sritį turėtų būti vis labiau įtraukiamas ugdymas, diskutuota apie specialistų komandų sudėtį ir organizaciją.



Paslaugų/tarnybų organizavimo situacija dalyvavusiose šalyse, kaip jau buvo minėta pirmojoje šio skyriaus dalyje, yra nevienoda, tačiau interdisciplininis požiūris būdingas tiek mediciniam, tiek socialiniam AIV modeliui. AIV tarnybos ir paslaugos gali būti teikiamos nuo paprasčiausio būdo, kai specialistai dirba greta iki tikro komandinio darbo, kuris būdingas ekologiniam-sisteminiam veiklos modeliui.

Sukurti tikrą komandinį darbą nelengva. Tai reikalauja dviejų pagrindinių sąlygų: interdisciplininio darbo ir bendradarbiavimo. Anot Golin & Ducanis (1981), interdisciplininė komanda dalijasi informacija ir ją koordinuoja. Komandos nariai dirba atskirai, kiekvienas pagal savo kompetencijas. Informacija yra dalijamasi; pasidalyta informacija kiekvienam komandos nariui padeda įgyvendinti jų tikslus (Golin & Ducanis, op cit). Sprendimus priima visa komanda, atsižvelgdama į individualias nuomones. Specialistų skaičius komandoje nėra pagrindinis dalykas; tai turėtų priklausyti nuo vaiko ir šeimos poreikių.

Kooperacija pirmiausia reiškia darbą kartu su šeima, kaip su pagrindine partnere, kuri turi būti įtraukta į visą pagalbos procesą. Taip pat svarbi komandos specialistų kooperacija ir bendradarbiavimas su kitomis tarnybomis bei tarpžinybiniais (sveikatos, ugdymo, socialinių paslaugų) tinklais. Bendradarbiavimo pagrindą sudaro dalijimasis idėjomis ir teorinėmis žiniomis bei atviro ir pagarbaus požiūrio į šeimas ir kolegas laikymasis.

Reikia laiko tam, kad šie du komponentai būtų įgyvendinti. Komandos nariai turi dalytis savo principais ir tikslais, siekdami užtikrinti komandos vidinę ir išorinę (su kitomis tarnybomis) koordinaciją. Komandos kūrimo ir funkcionavimo procesui naudingi tokie elementai: vieno asmens paskyrimas „atvejo koordinatoriumi“ ir kvalifikacijos kėlimas.

2.2.3 Specialistų rengimas

Atsižvelgiant į tai, kad AIV specialistai atstovauja skirtingoms profesinėms sritims ir niekada iki tol nedirbo kartu, būtina išsiaiškinti, kokio papildomo pasirengimo jiems reikia, kad



galėtų bendradarbiauti. Projekto diskusijose ypatingas dėmesys buvo skirtas įvairioms profesinio rengimo galimybėms aptarti.

Bazinis (bakaluro studijos) specialistų rengimas: įvairių specialistų, turinčių skirtingus profesinius pagrindus, rengimas turėtų būti grindžiamas AIV esminių konceptų bendru suvokimu, siekiant papildyti vienas kito žinias. Tokie profesinio rengimo aspektai, kaip: darbas su šeima, komandinis darbas, vaiko raida ir t. t., turėtų būti įtraukti į sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinių darbuotojų bazinio rengimo programą. Būtina sąlyga specialistams – įgyti tinkamą pagrindinį savo profesinės srities pasirengimą. Nors specializuotos AIV žinios visada yra privalumas, tačiau bet kurioje iš projekte dalyvavusių šalių specializuotą pasirengimą turi labai mažai specialistų. Išimtį sudaro Nyderlandai, Vokietija ir Liuksemburgas, kur specializuoti AIV dalykai yra įtraukti į pagrindinį socialinių pedagogų, pedagogų ir psichologų rengimą.

Tolesnis (magistrantūros studijos) specialistų rengimas: nors darbas AIV srityje yra sudėtingas, nebūtina kurti naują specializaciją, kuri atitiktų darbo šioje srityje profilį. Tai prieštarautų pagrindiniam AIV principui, t. y. tarpdisciplininiam požiūriui į komandinį darbą. Specialistams, dirbantiems AIV srityje, tolesnėse specialistų rengimo studijose svarbu įgyti visiems bendrus profesinius pagrindus. Tai galima pasiekti per antrąją studijų pakopą – magistrantūrą arba specializuotą profesinį rengimą (įvairių programų forma), universitetuose ar kitose aukštojo mokslo įstaigose. Taip pat tobulintis galima specialiuose kursuose, kuriuos AIV komandų pageidavimu organizuoja universitetai.

Atsižvelgiant į tai, kokį darbą specialistai dirbs, tolesnis profesinis rengimas turi apimti šias sritis:

- pagrindinės žinios apie ankstyvojo amžiaus vaikų, turinčių ir neturinčių specialiųjų poreikių, raidą, taip pat teoriniai šeimos intervencijos pagrindai;
- specializuotos žinios apie naujausius AIV srities tyrimus, vaiko raidos vertinimą, darbo metodus ir t. t.;
- asmeninės kompetencijos, susijusios su visais darbo su šeimomis ir šeimose aspektais; darbas komandoje;

tarnybų bendradarbiavimas; asmeninių gebėjimų (savirefleksijos, bendravimo įgūdžių, problemų sprendimo strategijų) ugdymas.

Kvalifikacijos kėlimas (KK): KK yra itin svarbus šioje srityje, nes padeda užpildyti bazinio rengimo spragas ir tenkina specialistų poreikius. KK gali būti organizuojamas dirbančių specialistų komandoms, taip pat komandose savaitinių susitikimų forma, kurie leidžia:

- organizuoti diskusijas apie atvejus (atvejų analizė);
- pasidalyti žiniomis ir darbo strategijomis;
- įgyti specialių žinių, kurias teikia kiti (ne komandos) specialistai;
- aptarti vadybos reikalus tarpusavyje ar su išorės ekspertais;
- užtikrinti išorines supervizijas;
- ugdytis asmenines kompetencijas.

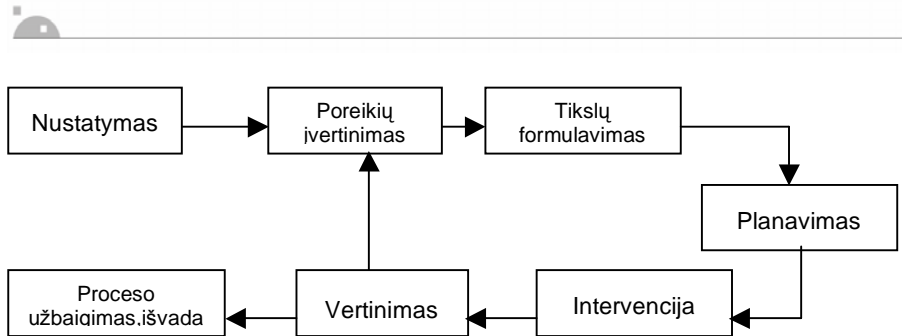
Kvalifikacijos kėlimas pagerina komandinį darbą ir paslaugų kokybę. Nors šis „neformalus“ KK tenkina specialistų poreikius ir yra labai vertingas, tačiau jis taip pat turi ir trūkumų. Dažnai atitinkamos įstaigos kvalifikacijos kėlimo nepripažįsta dėl darbo laiko ir naudos, kadangi jis labiau orientuotas į praktinių, kasdienių problemų sprendimą ir mažiau dėmesio skiriama refleksijoms apie AIV strategijas, tikslus, metodus ir t. t. Toks požiūris gali lemti, kad atsakomybė už KK iniciatyvas priklausys tik atskiroms komandoms.

Daugiau informacijos apie profesinį rengimą ir antrinės pakopos studijas skirtingose šalyse galima rasti AIV tinklapyje:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

2.2.4 Veikla

Kalbant apie veiklas, svarbūs du dalykai: vaiko situacijos įvertinimas ir individualaus plano rengimas.

Įvertinimas (vaiko ir šeimos situacijos – raidos ypatingumų, poreikių ir pan.) turi būti orientuotas į procesą. Procesas prasideda tada, kai tik problema nustatoma ir drauge su šeima numatoma dinamiška intervencija pagal schemą:



Diagnozė yra vaiko situacijos/raidos/poreikių įvertinimo proceso dalis, dažniausiai nustatoma AIV proceso pradžioje. Įvertinimas turi būti orientuotas į vaiko ir šeimos situaciją *tu pat metu, nes* taip galima geriau pastebėti jų stipriąsias ir silpnąsias savybes. Situacija gali keistis, todėl vertinimas turi būti atliekamas nuolat. Įvertinimo rezultatus reikia suprasti kaip kintančius, nepastovius, kitaip specialistų ir šeimų lūkesčiai gali būti sutrikdyti. Tinkamas įvertinimo rezultatų interpretavimas padeda suformuluoti tikslus, planuoti ir numatyti intervencijos, kuri vėliau taip pat bus vertinama, tipą. Vertinimo rezultatai arba užbaigia procesą, arba reikalauja pradėti naują poreikių nustatymo ir įvertinimo fazę. Svarbu pažymėti, kad šeimų įtraukimas yra esminis – jos turėtų aktyviai dalyvauti visame procese.

Taip pat svarbu garantuoti, kad procesas būtų sklandus ir nebūtų praleistas nė vienas jo etapas. Anot Guralnick (2001), įvertinimas (išsamus, visapusiškas, tarpdisciplininis) yra pagrindinis kuriamos sistemos modelio komponentas, suteikiantis specialistams svarbios informacijos apie vaikus (kuriems raidos problemos jau nustatytos arba yra įtariamoms) ir lengvinantis tolesnį veiklos planavimą bei rekomendacijų formulavimą. Guralnick nuomone, esant reikalui, specialistai gali pradėti taikyti preliminarią AIV dar iki bus gauta tiksli įvertinimo informacija.

Įvertinimas (vaiko ir šeimos situacijos/raidos/poreikių) skatina tėvų ir specialistų bendradarbiavimą, kuris toliau įgyvendinamas kuriant Individualų veiklos planą arba **Individualų šeimos paslaugų planą (ISPP)**.



Projekte dalyvavusiose šalyse rengiami skirtingi planai ir įvardijami jie taip pat nevienodai. Kai kuriais atvejais Šeimos planas yra kuriamas kartu su šeima kaip tam tikras „susitarimas“, apibrėžiantis, kas turi būti padaryta ir vėliau įvertinta. Kitais atvejais kartu su šeima kuriami skirtingi planai, atsižvelgiant į tai, kokios paslaugos yra numatytos. Kartais formalaus plano gali ir nebūti, tačiau specialistų komanda nuolat bendrauja su šeima, dalijasi nauja informacija. Kai kuriose tarnybose planas rengiamas labiau vaikui nei šeimai.

Planas, skirtas šeimoms ir sukurtas kartu su jomis, yra pagrindinis šeimos dalyvavimo, įgalinimo, pagarbos jos poreikiams, prioritetams ir lūkesčiams, garantas.

Tai, kad įvairiose Europos šalyse AIV sistemos yra skirtingos ir trukmė nevienoda, turi teigiamos reikšmės rengiant individualų planą kaip esminį pagalbos dokumentą. Jis teisiškai nesuvaržytas ir gali būti pritaikomas, atsižvelgiant į konkrečią situaciją, tarnybų, teikiančių paramą vaikui ir šeimai pobūdį, tačiau visada tik šeima turi išlikti vienintele plano savininke. Tai garantuoja informacijos konfidencialumą, padeda išvengti nereikalingo panašių dokumentų skirtingose tarnybose kartojimosi, ir, be jokios abejonės, taupo šeimos laiką.

Šeimos planas taip pat palengvina vaiko perėjimą iš vienos tarnybos į kitą, dažniausiai į ugdymo įstaigą (ikimokyklinio ugdymo įstaigą ar mokyklą). Vaikui pradėjus lankyti mokyklą, Šeimos planas papildomas Individualiu mokymosi planu, kuris yra orientuotas į vaiką ir jo ugdymosi poreikius.

Visus šiame skyriuje aptartus elementus iliustruos toliau patekiamos trys AIV situacijos iš Miuncheno (Vokietija), Coimbra (Portugalija) ir Västerås (Švedija).

2.3 Trys specifiniai ankstyvosios intervencijos vaikystėje pavyzdžiai

Vizitai į **Miuncheną** (Vokietija), **Coimbra** (Portugalija) ir **Västerås** (Švedija), keitimasis informacija ir atviros diskusijos



su vietiniais specialistais ir tėvų atstovais (motina) iš Västerås, suteikė galimybę praturtinti bendras diskusijas ir pamatyti, kaip teoriniai principai yra įgyvendinami praktiškai.

Pateiktos trumpos AIV trijų pavyzdžių santraukos gali būti įdomios ir kitiems specialistams, jos skatina refleksijas. Kartu norėtusi atkreipti dėmesį, kad ši analizė nėra tarnybų veiklos vertinimas ar lyginimas, kuri praktika yra geriausia – tai prieštarautų šio dokumento tikslui.

Vokietijos, Portugalijos ir Švedijos AIV sistemų trumpos santraukos papildytos pagrindinių intervencijos charakteristikų aprašymais. Skyriaus pabaigoje išryškinti šių šalių AIV sistemų panašumai ir skirtumai.

2.3.1 Pagrindinės charakteristikos

Pateikiant informaciją apie kiekvienos šalies praktinę AIV patirtį, remtasi pagrindinėmis konkrečios šalies tyrėjų darbais: Franz Peterander, 2003 (Miunchenas, Vokietija); Bairrão, Felgueiras ir Chaves de Almeida, 1999; Felgueiras ir Breia, 2004 (Coimbra, Portugalija), Björck-Akesson ir Granlund, 2003 (Västerås, Švedija). Tekstai pasvirusiu šriftu rodo tiesiogines ištraukas iš publikuotų darbų, o kitas tekstas turi būti skaitomas kaip tyrėjų darbo santrauka.

Miunchenas (Vokietija)

Vokietijoje AIV vaikams, turintiems negalę, teikia per 1000 institucijų. Šie AIV centrai dažniausiai yra remiami stambesnių nacionalinių labdaros organizacijų, pvz., Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Lebenshilfe. Kiekvienoje federacijos dalyje vadovaujamosi skirtingomis ankstyvosios intervencijos vaikystėje sistemomis. Skiriasi ir jų struktūra, finansavimo sistema ir infrastruktūra. Sistemą sudaro interdisciplininiai AIV centrai, socialiniai-pediatriniai centrai, specialieji vaikų darželiai, specialio ugdymo centrai, ugdymo ir pagalbos šeimoms centrai. Otto Speck 1973 m. Vokietijos švietimo tarybos prašymu parengė Ankstyvojo identifikavimo ir Ankstyvosios intervencijos ataskaitas, kuriose buvo pateikti interdisciplininės ankstyvosios intervencijos sistemos sukūrimo



Bavarijoje pagrindai. Rekomenduota kurti regioninius, į šeimą orientuotus ir interdisciplininius AIV centrus.

Bavarijoje 4% vaikų iki trejų metų reikalinga intervencija. 2002 m. 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. Pagalba teikiama 25,000 kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų, iš kurių 50% pagalba yra teikiama centruose, o kitiems 50% – namuose. Vaikai, gaunantys AIV paslaugas, turi įvairių negalių (vienas trečdalis su rimtomis kognityvinėmis ar fizinėmis negalėmis). Vaikų amžiaus vidurkis – 3–4 metai. Maždaug 14% yra imigrantų vaikai (daugiau nei 25% jų gyvena miesto vietovėse).

Pagalba, atsižvelgiant į individualius poreikius, teikiama vienu kartus per savaitę dvejus metus. Maždaug 11 įvairių sričių specialistų nuolat dirba AIV komandoje. Kadangi vidutinis specialisto darbo stažas viename centre yra 5–7 metai, vadinasi, per tokį laiką susiburia kompetentingos komandos. Komandinis darbas yra būtinas sėkmingai ankstyvajai vaikų intervencijai. Visi specialistai papildoma kitų veiklą. Ekspertų bendradarbiavimas reikalauja keitimosi požiūriais ir idėjomis, analizuojant kiekvieną individualų atvejį, taip pat sutarimo dėl pagrindinių sąvokų, vertybių, tikslų, specializuotų sričių bei organizacinių klausimų.

Ankstyvoji intervencija (vaikystėje) teikiama nemokamai ir yra atvira kiekvienam. Centrai finansuojami ir kiekvieną savaitę gali organizuoti 1–2 intervencijos pratybas. Taip pat vyksta tėvų bendradarbiavimas, interdisciplininis komandinis darbas ir bendradarbiavimas su partneriais iš kitų tarnybų bei institucijų. Ankstyvąją intervenciją (vaikystėje) finansuoja įvairūs fondai: vietinės valdžios, Bavarijos Švietimo ministerijos ir Bavarijos Socialinių reikalų ministerijos...

...Diagnozė nustatoma ir intervencija skiriama, atsižvelgiant į individualius vaiko poreikius ir jo aplinką. Ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) paradigmu kaita nuo į trūkumus, taip pat nuo į vaiką orientuoto požiūrio prie holistinio – į šeimą



orientuoto požiūrio – lėmė, kad iki šiol nėra bendrai priimtinos programos. Teorinių idėjų kaita atsispindi principuose, kuriais grindžiama ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) praktika Vokietijoje. Specialistai teikia pagalbą derindami šiuos principus su ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) rodikliais bei teorinėmis ir konceptualiomis idėjomis (holistiniu požiūriu, orientacija į šeimą, regionine ir mobilią ankstyvąją intervenciją, interdisciplininiu komandiniu darbu, tarnybų ir įstaigų tinklais, socialine inkluzija)...

...Bavarijoje ir kai kuriose kitose Vokietijos žemėse ankstyvosios intervencijos (vaikystėje) specialistai gali kreiptis pagalbos ir konsultacijų specifiniais klausimais į organizaciją „Arbeitsstelle Frühförderung“. Bavarija – pirmoji žemė 1975 m. įkūrusi tokią organizaciją, kurioje yra pedagogikos ir medicinos skyriai, kiekviename jų glaudžiai bendradarbiaudami dirba skirtingų profesijų specialistai. Bendri tikslai yra – plėsti AIV žinias, tobulinti praktinį darbą, skatinti mainus ir diskusijas tarp skirtingų ankstyvosios intervencijos centrų; gerinti darbo kokybę ir interdiscipliniškumą. Vadovaudamasi paminėtais tikslais, organizacija „Arbeitsstelle“ Bavarijos ankstyvosios intervencijos centrams siūlo platų ir įvairų kvalifikacijos kėlimo pasirinkimą, taip pat individualių konsultacijų paslaugas (Peterander, 2003b, p. 302).

Coimbra (Portugalija)

Portugalijoje iki 1980 m. pabaigos jaunesniojo ikimokyklinio amžiaus vaikais, turinčiais specialiųjų poreikių, daugiausiai rūpinosi sveikatos ir socialinės apsaugos tarnybos, mažiau – Švietimo ministerija.

Nepaisant ryškėjančios nuostatos, kad būtina kurti tarnybas ankstyvojo amžiaus vaikams, turintiems specialiųjų ugdymosi poreikių, teikiamos pagalbos lygis buvo labai žemas. Kelios iniciatyvos buvo daugiausiai sutelktos į vaikų raidos problemos nustatymą (diagnozę) ir terapiją. Tai atitiko tuomet vyravusį medicininį modelį, taikytą mokyklinio amžiaus vaikams. Šeimoms apsiribota finansine parama ar psichinės sveikatos paslaugomis.



1980 m. pabaigoje–1990 m. pradžioje Portugalijoje prasidėjo naujas AIV etapas. Pradėta taikyti nauja patirtis, teikiant pagalbą vaikams, turintiems negalę ar rizikos grupės vaikams pirmaisiais jų gyvenimo metais. *Coimbra Ankstyvosios intervencijos projektas (PIIP)*, pagrįstas socialinės, sveikatos apsaugos bei ugdymo sektorių ir tarnybų bendradarbiavimu, taip pat Lisabonos *Ankstyvosios intervencijos Portage projektas* buvo laikomi teigiamai veikiančiais ankstyvosios intervencijos vaikystėje raidą visoje šalyje. Šie projektai suvaidino svarbų vaidmenį keliant AIV specialistų kvalifikaciją.

Šiame etape „Portage modelis tėvams“ buvo svarbi gairė ir turėjo teigiamos įtakos: pateikė naujų dalykų, skatino bendradarbiaujant su tėvais taikyti į namų aplinką orientuotą modelį; pasiūlė tikslias veiklos planavimo ir individualios intervencijos strategijas; sukūrė turimų išteklių telkimo sistemą (išteklių piramidė); taikė interdisciplininį bendradarbiavimą tarp tarnybų ir kvalifikacijos kėlimo modelį, vykdė namų lankytojų priežiūrą.

AIV raida Portugalijoje vyko „iš apačios aukštyn“ ir paskatino pažangų politikų požiūrį į šią naują sritį. Vietinio lygmens specialistų veikla suvaidino esminį vaidmenį AIV raidoje. Siekiant kuo efektyviau panaudoti menkus išteklius, t. y. tarnybų bendradarbiavimą ir finansinę paramą jau veikiančioms bendruomenės programoms, visoje šalyje buvo kuriami integruoti AIV projektai.

Įgyvendinat paramos priemones, skirtas vaikams nuo gimimo iki šešerių metų, suaktyvėjo Švietimo ministerijos dalyvavimas. 1997 m. Švietimo ministerija sukūrė mechanizmus, padėjusius sutelkti išteklius ir užtikrinti finansinę paramą vietiniams AIV projektams, kurie rėmėsi švietimo paramos tarnybų ir privačių specialiųjų ugdymo institucijų bendradarbiavimu.

Portugalijoje kvalifikacijos kėlimo kursai, kuriuos organizuoja įvairios neakademinės organizacijos, vaidino ir tebevaidina pagrindinį vaidmenį keliant AIV specialistų kvalifikaciją. Specialistų profesinis rengimas grindžiamas teorine ir praktine Šiaurės Amerikos modelio perspektyva ir atitinkamu, su AIV



susijusiu, teisiniu pagrindu. Siekiant padėti specialistams keisti tradicinę praktiką į efektyvesnę ir pagrįstą įrodymais, svarstomos esminės AIV veiklos kryptys:

- Nuo į vaiką ir į jo trūkumus orientuoto modelio link integruotos intervencijos, teikiamos *natūralioje vaiko aplinkoje*.
- Nuo paralelinės, fragmentuotos ir monodisciplininės intervencijos (izoliuotos terapijos) link *interdisciplininio komandinio darbo ir integruoto tarptarnybinio bendradarbiavimo* ir dalyvavimo.
- Nuo „pagalbos“ modelių prie *įgalinimo modelio ir į šeimą sutelktos praktikos*, kuri vertina šeimą kaip intervencijos dalį.

Ekologinio (Bronfenbrenner, 1979, 1998) ir transakcinio (Sameroff & Chandler 1975; Sameroff & Fiese, 1990) raidos modelių įtaka paskatino kurti AIV tarnybų bendradarbiavimo sistemą, kurios tikslas – priimti išsamias bendrąsias programas ir akcentuoti efektyvų šeimos ir bendruomenės dalyvavimą AIV procese.

1999 m. sukurtos teisinės nuostatos, specialiai skirtos AIV (Joint Executive Regulation / Jungtinis vykdomasis reglamentas Nr. 891/99), suformuluotos „*Gairės, reglamentuojančios ankstyvąją intervenciją vaikams, turintiems negalę arba raidos vėlavimo riziką, ir rekomendacijos jų šeimoms*“. Tai buvo svarbus žingsnis link AIV pripažinimo.

Minėtas teisinis aktas AIV apibrėžia kaip integruotą paramos sistemą, orientuotą į vaiką ir šeimą, teikiant prevencinę ir reabilitacinę pagalbą ugdymo, sveikatos apsaugos ir socialinės gerovės kūrimo sferose. Siekiama:

- a) garantuoti sąlygas, skatinančias vaiko, turinčio negalę ar raidos vėlavimo riziką, vystymosi pažangą;
- b) gerinti įmanomas interakcijas šeimoje;
- c) stiprinti šeimos kompetencijas ir skatinti šeimos gebėjimą savarankiškai susidoroti su dėl vaiko negalės kylančiomis socialinėmis ir kitomis problemomis.



1999 m. pirmą kartą buvo priimti AIV paslaugų teikimo politiniai ir valstybiniai įsipareigojimai. Sukurta išteklių ir finansavimo sistema, tarpsektorinis koordinavimas, taip pat valstybės ir privataus sektoriaus bendradarbiavimas. Švietimo, sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriai pasidalijo atsakomybę už *tiesioginės intervencijos komandų* sukūrimą apygardose, *regionų koordinacijos komandų* ir *nacionalinės tarpdepartamentinės grupės* sukūrimą.

Nors pastaraisiais metais AIV Portugalijoje toli pažengta, tačiau yra veiklos sričių, kur būtina tobulinti darbą:

- pagalbą teikti didesniai 0–2 m. vaikų skaičiui;
- gerinti ankstyvą problemos nustatymą ir pagalbos numatymą;
- skatinti nuoseklią interdisciplininę ir į šeimą orientuotą praktiką;
- gerinti profesinio rengimo kokybę ir galimybes;
- plėsti supratimą apie AIV naudą, siekti, kad šiai sistemai pritarėtų politikai, specialistai ir visuomenė.

Profesinė kvalifikacija, AIV procesų, skirtų vaikams ir jų šeimoms, tyrimai ir įvertinimas, yra pagrindiniai klausimai, susiję su AIV Portugalijoje kokybe ir raida.

Västerås (Švedija)

Švediškoji vaikystės filosofija ankstyvąjį raidos laikotarpį laiko unikaliu žmogaus gyvenime. Vaikystė pati savaime yra vertybė ir neturėtų būti vertinama tik kaip pasiruošimo suaugusiojo gyvenimui laikas. Taigi ankstyvajam vaikų ugdytojui tenka svarbus vaidmuo sukurti galimybes vaikams žaisti ir veikti.

Savivaldybės (iš viso 289) yra atsakingos už visiems šalies gyventojams teikiamas pagrindines paslaugas, įskaitant vaikų globą, ugdymo ir socialines paslaugas. Švedija yra padalyta į regionus ir turi 20 apygardų, kurias valdo tarybos; jos atsakingos už nemokamas visiems vaikams ir jaunuoliams sveikatos bei stomatologijos paslaugas.

Ankstyvoji intervencija vaikystėje gali būti apibūdinama kaip intervencijos praktika su vaikais, kuriems reikia specialios



pagalbos nuo gimimo iki jie pradeda lankyti mokyklą (nuo 6 ar 7 m.). Ankstyvosios intervencijos paslaugos skirtos vaikui šeimoje arba artimiausios aplinkos kontekste. Ir bendruomenė, ir apygardos taryba, tenkindamos įvairių vaikų grupių reikmes ir įgyvendindamos iškeltus veiklos tikslus, atsako už ankstyvąją intervenciją vaikystėje.

Pirminiame prevencijos lygmenyje būtent bendruomenė garantuoja vaikų ir šeimų gerovę, rūpinasi tinkamomis gyvenimo sąlygomis. Antriniame lygmenyje bendruomenė yra atsakinga už ikimokyklinę intervenciją ir vaikų globos programas. Tretiniame lygmenyje bendruomenė rūpinasi sveikos aplinkos sukūrimu vaikams ir šeimoms. Apygardos taryba pirminiame prevencijos lygmenyje per Vaiko sveikatos tarnybas (VST) turi garantuoti vaikams ir šeimoms sveikatos apsaugos ir kitas medicininės paslaugas. Keičiantis gyvenimo sąlygoms, VST dėmesys nuo stebėjimo ir imunizacijos programų perkeliamas į psichosomatinių ir socialinių-emocinių problemų išaiškinimą bei jų sprendimą; keičiasi tėvų vaidmuo, remiamos imigrantų šeimos. Tėvų grupių veikla ir tėvų švietimas – viena iš AIV paslaugos dalių.

Į šeimą orientuota perspektyva reiškia, kad intervencija turi vykti natūraliomis sąlygomis kasdieniame gyvenime. AIV Švedijoje pirmiausiai organizuojama vienoje iš įprastinių vaikui aplinkų – šeimoje ir/ar bendruomenės ikimokyklinėje vaikų ugdymo įstaigoje/dienos priežiūros centre. Ir bendruomenės, ir apygardų tarybos yra įtrauktos į šių paslaugų teikimą. Bendruomenės atsako už specifinę intervenciją ikimokyklinėse ar vaikų priežiūros įstaigose, individualią pagalbą ir rūpinimąsi vaikais, kuriems reikia specialios pagalbos, taip pat pagalbą šių vaikų šeimoms. Apygardų taryboms priklausantys Vaikų abilitacijos centrai (VAC) teikia paslaugas vaikams, kuriems negalė jau nustatyta.

Švedijos oficiali filosofija remti vaikus, turinčius negalę, grindžiama Tarptautinės funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacijos (WHO, 2001) idėja. Šiame dokumente asmens sveikata ir su sveikata susiję veiksniai klasifikuojami,



atsižvelgiant į asmens kūno funkcijas ir struktūrą, veiklą, dalyvavimą ir veiksnius, susijusius su aplinka.

Šia klasifikacija galima remtis organizacinei teikiamų paslaugų struktūrai, naudojamai Švedijoje ankstyvojo amžiaus vaikams, kuriems reikia pagalbos, apibūdinti. Paslaugos, teikiamos apygardų tarybų, pirmiausiai yra orientuotos į kūno funkcijas ir veiklą. Jeigu vaikui nustatomos problemos, susijusios su kūno funkcijomis, jis per VST siunčiamas į medicinos tarnybas. Čia vaikui padeda pagal medicininį modelį dirbančių ir besiorientuojančių į kūno funkcijų atstatymą tarnybų (pvz., akių klinikos, vidaus ligų ar ortopedijos klinikos ir pan.) specialistai. Jei nustatomi vaiko raidos sunkumai ir pastebimos vaiko veiklos problemos, jis siunčiamas į VAC. Abilitacijos paslaugos yra skirtos vaikams, turintiems negalę, taip pat jų šeimoms ir grindžiamos paslaugos gavėjų ir specialistų „gyvu dialogu“.

VAC interdisciplininė komanda, kurią sudaro medicinos, švietimo, psichologijos ir socialinių sričių specialistai, dirba bendradarbiaudami su vaiku ir šeima. Bendruomenės ekspertai priklauso tam tikrai sistemai ir teikia pagalbą, susijusią su jų vaidmeniu, pvz., pagalba šeimai, ikimokyklinis konsultavimas ir pan. Nustačius problemą į pagalbą įtraukiami įvairių organizacijų ekspertai, kurie vaikams teikia paramą. Šioje veikloje esminis klausimas yra tai, kaip bendradarbiauti ir koordinuoti ekspertų, dirbančių skirtingose sistemose ir turinčių skirtingus požiūrius bei nuostatas į ankstyvąją intervenciją, rekomendacijas ir paslaugas.

2.3.2 Panašumai ir skirtumai

Projekte dalyvavusių šalių ekspertų pateikta informacija, taip pat diskusijos su trijų jau minėtų tarnybų specialistais padėjo atskleisti analizuotų AIV modelių panašumus ir skirtumus.

Vienodas teorinis modelis: visi trys analizuoti AIV pavyzdžiai savo praktiką grindžia ekologinio-sisteminio modelio principais ir turi kai kurių bendrų bruožų:

- Taikomi tie patys principai, susiję su į šeimą orientuotu požiūriu, socialinės krypties idėjomis, paslaugomis,



- kurios grindžiamos komandiniu darbu ir teikiamos kuo arčiau namų.
- Paslaugos šeimoms teikiamos nemokamai.
 - Prioritetas skiriamas specialistų profesiniam rengimui, todėl komandos nariai dalyvauja įvairiuose kvalifikacijos kėlimo kursuose.
 - Specialistai labai pareigingi ir kompetentingi, teigiamai vertinantys komandinį darbą.
 - Vyrauja teigiama veiklos atmosfera ir bendrų tikslų siekimas.

Skirtingas įgyvendinimas: kiekvienoje šalyje ekologinis modelis įgyvendinamas skirtingai. Toliau išryškinti skirtumai visais analizuotais atvejais yra akivaizdūs.

Gera organizuotas ir turintis patirties AIV centras Miunchene (Vokietija) atstovauja AIV centrų Bavarijoje tinklą. Tokia specializuotų centrų AIV sistema netoli šeimų gyvenamųjų vietų suburia stabilias kvalifikuotų specialistų grupes. Veikia daug įvairių centrų, kuriuos finansuoja skirtingos tarnybos ir departamentai.

Skirtingi finansavimo šaltiniai gali būti suvokiami kaip kliūtis; svarbu garantuoti, kad specialistai turėtų informacijos apie visus įmanomus išteklius. Siekiant paremti šeimas ir sutelkti būtinus išteklius atsižvelgiant į ekologinio modelio principus, būtinas produktyvus fondų bendradarbiavimas.

Coimbros (Portugalija) kvalifikuota projekto grupė taiko AIV „tarpagentūrinę“ sistemą. Ši sistema remiasi vietinių ir regioninių departamentų (sveikatos, socialinių paslaugų ir švietimo), atsakingų už tarnybų specialistus ir jų finansavimą, susitarimu ir bendradarbiavimu.

Sistema užtikrina veiksmingą turimų išteklių racionalizaciją ir panaudojimą, prioritetą teikiant socialiai remtinoms šeimoms.

Gera visų dalyvaujančių AIV lygmenų (vietinio, regioninio ir nacionalinio) skirtingų agentūrų koordinacija yra ir tam tikra kliūtis – jei nors vienos agentūros trūksta, dėl finansinių



problemų sutrinka paslaugų teikimas. Toks paslaugų tipas Portugalijoje patiria sunkumų ir dėl komandų stabilumo.

Įvairūs specialistai iš Bendruomenės išteklių centro Västerås (Švedija) teikia pagalbą ikimokyklinio amžiaus vaikams (nuo vienerių metų) ir jų šeimoms. Ši „vietinė ir decentralizuota“ tvarka remiasi socialine sistema, teikiančia šeimoms socialinę paramą.

Ši sistema, pagrįsta specialistų kompetencija ir gera šalies ekonomika, veikia tinkamai.

Sunkumai daugiausia susiję su tarnybų koordinacija ir specialistų bendradarbiavimu vietiniu ir šalies lygmeniu, taip pat su bendru ankstyvojo amžiaus vaikų raidos specialistų rengimu.

Išanalizavus visus tris AIV pavyzdžius, paaiškėjo, kad kyla klausimų dėl didėjančio imigracijos poveikio AIV sistemai. Teigiama yra tai, kad specialistai supranta ir išmano socialinius Europos visuomenės pokyčius, kurie turi įtakos ir jų tiesioginiam darbui.



3. REKOMENDACIJOS

Pateiktos rekomendacijos formuluotos principu, kad visi vaikai ir šeimos, kurioms reikia pagalbos, turi teisę į ankstyvąją intervenciją vaikystėje. Atsižvelgiant į analizės, aptartos ankstesniuose skyriuose, rezultatus, iškyla daug svarbių aspektų, kurie turi būti tinkamai įgyvendinti. Šios rekomendacijos turėtų padėti specialistams susipažinti su tinkamomis strategijomis, kaip įgyvendinti svarbius AIV aspektus, padėti išvengti kliūčių ir sunkumų, siekiant kuo efektyvesnio poveikio vaikams ir šeimoms. Rekomendacijos, pagrįstos projekto susitikimų diskusijomis, gali būti vertingos ne tik specialistams, dirbantiems AIV srityje, bet ir politikams bei strategijų kūrėjams.

Rekomendacijos, kurios nėra galutinės, paremtos antrajame skyriuje aptartais penkiais pagrindiniais naujosios AIV koncepcijos elementais.

3.1 Paslaugų prieinamumas

Rekomendacijos orientuotos, kad AIV pasiektų visus vaikus ir jų šeimas, kuriems reikia pagalbos, kiek įmanoma greičiau.

AIV politinės priemonės: Politinės priemonės turi garantuoti AIV kaip teisę vaikams ir šeimoms, kurioms jos reikia, vietiniu, regioniniu ir nacionaliniu lygmenimis. AIV strategijos turi skatinti bendrą specialistų ir šeimų darbą, numatant AIV kokybės ir vertinimo kriterijus. Atsižvelgiant į situaciją skirtingose šalyse, išskiriami trys aspektai, reikalaujantys ypatingo dėmesio:

1. Šeimoms ir specialistams reikia tokių politinių priemonių, kurios padėtų koordinuoti AIV įgyvendinimo, tikslų, priemonių ir rezultatų strategijas;
2. Politinės priemonės turėtų paremti ir užtikrinti švietimo, socialinių ir sveikatos paslaugų koordinavimą. Tarnybose ar tarp tarnybų reikėtų vengti sutampančių ir prieštaraujančių viena kitai priemonių;



3. Politinės priemonės galėtų padėti steigti regioninius ir nacionalinius AIV paramos centrus, siejančius politinį, profesinį ir naudos gavėjų (šeimų) lygmenis.

Informacijos prieinamumas: Aiški ir išsami informacija apie AIV tarnybas bei paslaugas šeimoms ir visų tarnybų specialistams kiek įmanoma anksčiau turi būti pateikiama vietiniu, regioniniu ir nacionaliniu lygmeniu tikslia ir suprantama kalba. Tada, kai šeimos yra iš skirtingų kultūrinių aplinkų, būtina, kad joms svarbi informacija būtų išdėstyta tokia kalba, kokios šeima pageidauja.

Aiškus tikslinių grupių apibrėžimas: AIV kriterijus nustato politikai, tačiau šiuo požiūriu labai svarbus politikų ir specialistų bendradarbiavimas – specialistai atlieka patariamąjį vaidmenį. AIV centrai, paslaugos, komandos ir specialistai turėtų orientotis į nustatytas tikslines grupes, atsižvelgiant į vietinio, regioninio ir nacionalinio lygmens prioritetus. Dėl šių lygmenų prieštaravimų gali kilti nesusipratimų, ir vaikams bei šeimoms nebus suteikta pagalba arba jie negalės pasinaudoti reikiamais ištekliais.

3.2 Paslaugų artumas³

Kad AIV tarnybos ir teikiamos paslaugos būtų nesunkiai pasiekiamos (kuo arčiau šeimų gyvenamosios vietos) ir būtų orientuotos į šeimas, svarbu atsižvelgti į kai kuriuos aspektus.

Tarnybų ir paslaugų decentralizacija: AIV paslaugos/ tarnybos turėtų būti kuo arčiau šeimų tam, kad:

- būtų patogiau susipažinti su šeimų socialinės aplinkos sąlygomis;
- būtų galima garantuoti tokią pat paslaugų kokybę skirtingose teritorinėse vietovėse (pvz., išsibarsčiusios gyvenvietės ar kaimai);

³ Šiame dokumente žodis *artumas* turi dvejopą reikšmę: arti gyvenamosios vietos ir arti žmogaus.



- būtų išvengta paslaugų dubliavimosi, nesvarbių ir netinkamų pagalbos būdų.

Vaikų ir šeimų poreikių tenkinimas: Tarnybos turėtų sutelkti visas reikalingas pastangas tam, kad pasiektų šeimas ir vaikus ir patenkintų jų poreikius. Tai reiškia, kad:

- šeimos turi teisę gauti visą informaciją nuo tada, kai pagalbos poreikis yra nustatomas;
- šeimos kartu su specialistais turi teisę numatyti tolesnę proceso eigą;
- AIV negali būti primesta šeimai – ji turi ginti vaiko teises, bet kartu tai derinti su šeimos teisėmis;
- šeimoms ir specialistams svarbus bendras supratimas apie rekomenduojamos (šeimai ir vaikui) intervencijos svarbą ir naudą;
- rašytinį dokumentą (Individualų planą, Individualų šeimos paslaugų planą ir pan.) specialistai rengia kartu su šeimomis. Toks bendradarbiavimas lengvina tarpusavio supratimą, aiškesnis darosi AIV procesas: intervencijos planavimas, tikslų ir atsakomybės formulavimas, rezultatų įvertinimas;
- šeimos turėtų būti mokomos (tik kai to prašo) – tai padėtų joms įgyti reikiamų įgūdžių ir žinių, palengvintų bendravimo santykius su specialistais ir savo vaiku.

3.3 Finansinis prieinamumas

Siektina, kad AIV paramos ir pagalbos sulauktų visos jos norinčios šeimos ir vaikai, ir, nepaisant skirtingos socialinės-ekonominės padėties, **šeimoms būtų teikiamos nemokamos paslaugos**. Tai reiškia, kad viešieji fondai per tarnybas, draudimo kompanijas, nepelno organizacijas ir t. t. turėtų padengti visas išlaidas, susijusias su AIV, įgyvendinant reikalaujamus kokybės standartus, nustatytus atitinkamais nacionaliniais teisės aktais. Tais atvejais, kai šalia nemokamų AIV paslaugų teikiamos ir privačios, už kurias šeimos turi mokėti, privalu nurodyti aiškius kokybės standartus, nustatytus nacionaliniais teisės aktais.



3.4 Interdisciplininis darbas

Ankstyvosios intervencijos tarnybose dirba įvairių sričių ir pasirengimo specialistai. Siekiant užtikrinti kokybišką komandinį darbą, siūlomos šios rekomendacijos.

Bendradarbiavimas su šeimomis⁴, kaip pagrindinėmis specialistų partnerėmis, turi būti organizuojamas, atsižvelgiant į tai, kad:

- specialistai turi inicijuoti bendradarbiavimą – jų nuostatos šeimų atžvilgiu turi būti atviros ir pagarbios. Tai padėtų geriau suprasti šeimos poreikius ir lūkesčius, neprimesti savo nuomonės, išvengti konfliktų, kylančių dėl skirtingo požiūrio į poreikius ir prioritetus;
- specialistai turi organizuoti susitikimus, kuriuose išsiaiškintų nesutampantį savo ir tėvų požiūrius ir kartu aptartų rašytinio dokumento – Individualaus plano – rengimą ar panašiai;
- Individualus planas (Individualus šeimos paslaugų planas ar pan.) turi atspindėti sutartą intervencijos veiklą, tikslus, strategijas, atsakomybę ir įvertinimo procedūras.

Komandos kūrimas: Nepaisant skirtingo profesinio pasirengimo, AIV komandos ir specialistai turėtų dirbti interdisciplininio būdu, t. y. jie turi taikyti vienodus veiklos principus, tikslus ir darbo strategijas. Nevienodos nuomonės turi būti integruotos ir koordinuotos, stiprinant visapusišką holistinį, o ne dalinį požiūrį. Ypatingas dėmesys skirtinas šiems dalykams:

- pasidalijimas informacija komandos nariams leistų papildyti vienas kitą, tobulinti įgūdžius ir kompetencijas;
- sprendimai komandoje turi būti priimami remiantis diskusija ir sutarimu;
- paskirtas atsakingas komandos specialistas turėtų koordinuoti visą pagalbą šeimai ir vaikui bei garantuoti tvirtus ryšius su šeima. Tai padėtų išvengti bereikalingų

⁴ *Bendradarbiavimas* tekste vartojamas šeimų ir specialistų darbo drauge prasme, kai dalijamasi kompetencijomis, derinamos pastangos bei atsakomybė.



vienpusių tarnybos ir šeimos kontaktų. Į atsakingąjį specialistą galėtų kreiptis ir šeima, ir specialistų komanda. Skiriant specialistą atvejo koordinavimui, reikėtų atsižvelgti į jo gebėjimus, kurie svarbūs kiekvienai specifinei situacijai;

- skirtingų sričių specialistai turi išmanyti, kaip dirbti kartu. Kad jie įgytų bendrų žinių apie vaiko raidą, specialių žinių apie darbo metodus, problemos nustatymą ir pan., išmanyti, kaip dirbti su šeimomis, komandoje, su kitomis tarnybomis ir kaip ugdyti savo asmenines kompetencijas, turi būti organizuojamas bendras tolesnis profesinis rengimas ar kvalifikacijos kėlimas.

Komandos narių stabilumas: Komandos turi būti kuo stabilesnės tam, kad būtų lengviau jas kurti ir būtų pasiekti geriausi bendros veiklos rezultatai. Dažnas ir nepagrįstas specialistų keitimas gali paveikti teikiamos pagalbos kokybę, komandinį darbą ir specialistų profesinį tobulėjimą.

3.5 Paslaugų įvairovė

Kad sveikatos, švietimo ir socialiniai sektoriai, dalyvaujantys AIV, dalytųsi atsakomybe, rekomenduotinas tinkamas sektorių ir paslaugų teikimo koordinavimas.

Tinkamas sektorių koordinavimas: AIV dalyvaujantys sektoriai, taikydami tinkamus ir koordinuotus veiksmus, turėtų juos tiksliai įgyvendinti visuose prevencijos lygmenyse. Tai reiškia, kad:

- Sveikatos, švietimo ir socialinės paslaugos turi būti įtrauktos į ankstyvąjį problemos nustatymą ir pagalbos numatymą, siekiant išvengti spragų, pagalbos vėlavimo, ir neigiamos įtakos tolesnei intervencijai; minėtų sektorių koordinuota veikla leidžia tinkamai paskirstyti laukiančiųjų pagalbos sąrašus, kad tarnybos nebūtų perpildytos;
- Pirminis vertinimas turi būti atliekamas visiems vaikams; Pirminis vertinimas turi būti gerai žinomas ir sistemingai įgyvendinamas;



- Visos nėščios moterys turi būti nuolat tikrinamos, konsultuojamos ir stebimos.

Tinkamas paslaugų teikimo koordinavimas: geras koordinavimas būtinas, norint sudaryti sąlygas optimaliam bendruomenės išteklių panaudojimui. Geras koordinavimas reiškia, kad:

- pagalba turi būti tęstinė – ji nenutrūksta, kai vaikas pereina iš vienos įstaigos ar pagalbos proceso etapo į kitą. Šeimos ir vaikai toliau turi gauti reikiamą pagalbą ir paramą;
- ikimokyklinės įstaigos turi pasirūpinti laisvomis vietomis vaikams, ateinantiems iš AIV tarnybų ir centrų.

Kaip jau buvo minėta, šios rekomendacijos labiau skirtos specialistams, dirbantiems ar planuojantiems dirbti AIV srityje. Tačiau jos taip pat gali būti naudingos politinio lygmens strategijų kūrėjams. Todėl AIV politikos poveikis turi būti nuolat vertinamas, o rezultatai aptariami, siekiant skatinti diskusijas ir tyrimus šioje srityje. Šeimos, specialistai ir politikai visais (vietiniu, regioniniu ir nacionaliniu) lygmenimis turėtų dalytis atsakomybe už ankstyvosios intervencijos vaikystėje politiką.



LITERATŪRA

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters E., Wall S. (1978) *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Arnkil, T.E. (2003) *Early Intervention – Anticipation Dialogues in the Grey Zone of Worry*. Reykjavik (Iceland): Nordiska barnavårdskongressen Reykjavik.

Bairrão, J., Felgueiras, I., Chaves De Almeida, I. (1999) Early Intervention in Portugal. In *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*, Västerås (Sweden): Mälardalens Högskola.

Bairrão, J., Chaves De Almeida, I. (2002) Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. In *Collecção Apoios Educativos*, Nr. 6, Ministerio da Educação, Departamento da Educação Básica.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Björck-Akesson, E., Carlhed, C., Granlund, M. (1999) *The Impact of Early Intervention on the Family System. Perspectives on Process and Outcome*. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención).

Björck-Akesson, E., Granlund, M. (2003) Creating a Team Around The Child Through Professional's Continuing Education. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Blackman, J.A. (2003) Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., Borges, L. (1999) Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project (Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.



Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books / Tavistock Institute of Human Relations.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (1998) The Ecology of Developmental Process. In Damon W. (ed). *Handbook of Child Psychology*, 5th ed. New York: John Wiley & Sons.

Bruder, M.B. (2000) The Individual Family Service Plan. In *ERIC-Digest*, Nr. E605, Educational Resource Editors Information Centre: Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

Cameron, S., White, M. (1996) *The Portage Early Intervention Model: Making the Difference for Families across the World*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.

Detraux, J.J. (1998) *Synthèse du 4ème Symposium Européen sur « Egalité des chances et qualité de vie pour familles avec un jeune enfant handicapé »*. European Association on Early Intervention (Eurllyaid).

Dunst, C.J. (1985) Rethinking Early Intervention. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 5.

Dunst, C.J. (2000) Revisiting "Rethinking Early Intervention". In *Topics in Early Childhood Special Education*, Nr. 20 (2).

Eurllyaid(1991) *Manifesto of the Eurllyaid working party with a view to future EC policy: Early Intervention for Children with Developmental Disabilities*, Elsenborn: Eurllyaid.

European Agency for Development in Special Needs Education (1998) *Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003) *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE.



Felgueiras, I., Breia, G. (2004) *Early Childhood Intervention in Portugal* (Un-Published).

GALLAGHER, J., CLIFFORD, R. (2000) The Missing Support Infrastructure in Early Childhood. In *Early Childhood Research and Practice*, Vol.2: 1.

GAT, Grupo de Atención Temprana (2000) *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención (1999) *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid; Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.

Gesell, A., Ilg F. L., Ames, L.B. (1943) *Infant and Child in the Culture of Today: the Guidance of Development in Home and Nursery School*. New York: Harper.

Golin, A.K, Ducanis, A.J. (1981) *The Interdisciplinary Team, a Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rockville, MD: Aspen.

Guralnick, M.J. (1997) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

Guralnick, M.J. (2001) A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In *Infant and Young Children*, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

Hains, A. (1999) *A Comparison of Select Provisions of Individuals with Disabilities Education Act (IDEA Part B, Part C) and Head Start*. Milwaukee: University of Wisconsin Milwaukee.

Helios II (1996a) *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*. Brussels: European Commission.

Helios II (1996b) *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*. Brussels: European Commission.

Horowitz, F.D. (1987) A Developmental View of Giftedness. In *Gifted Child Quarterly*, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.



Horwath, J. (2000) *The Child's World. Assessing Children in Need*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)/ Jessica Kingsley Publishing.

Houston, S. (2002) Re-Thinking a Systemic Approach to Child Welfare: a Critical Response to the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. In *European Journal of Social Work*, Vol. 5: 3. Oxford University Press.

Kotulak, R. (1996) *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

Ministry of Education of New Zealand (1996) *Te Whāriki; Early Childhood Curriculum*. Wellington: Ministry of Education of New Zealand and Learning Media Wellington.

Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

Nicaise, I. (2000) *The Right to Learn; Educational Strategies for Socially Excluded Youth in Europe*. Bristol: The Policy Press.

Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. (2003) *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Park, N., Peterson, C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, Vol. 6, article 35, American Psychological Association.

Peterander, F., Speck, O., Pithon, G., Terrisse, B. (1999) *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. Sprimont: Mardaga Publishing House.

Peterander, F. (2003a) La formation du personnel à l'intervention précoce en milieu familial en Allemagne: de nouvelles compétences pour une nouvelle profession. In *La revue internationale de l'intervention familiale*, vol.7: 1.

Peterander, F. (2003b) Supporting The Early Intervention Team. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S.



Early Intervention Practices around the World. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Piaget, J. (1970) *The Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Grossman.

Piaget, J., Inhelder, B. (1969) *The Psychology of the Child*. New York: Grossman.

Pretis, M. (2001) *Planning, Practising and Evaluating Early Intervention*. Munich: Reinhardt.

Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J.L., Belda, J.C., Gonzalez, T., Vived, E. (2004) *Early Intervention Standards Guide*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temprá / IMSERNO.

Porter, L. (2002) *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing.

Ramey, C. T., Landesman-Ramey, S. (1998) Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*, Vol. 53:2.

Sameroff, A.J., Chandler, M.J. (1975) Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A.J., Fiese B.H. (2000) Transactional Regulation: the Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Meisels, S.J. (2000) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Phillips, D.A. (2000) *From Neurons to Neighbourhood. The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.

Simeonsson, R. J. (1994) *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.



Skinner, B. F. (1968) *The Technology of Teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Trivette, C.M., Dunst C.J., Deal, A.G. (1997) Resource-Based Approach To Early Intervention. In Thurman, S.K., Cornwekk, J.R., Gottwald, S.R. *Contexts of early intervention: systems and settings*, Baltimore : Brookes Publishing.

UNESCO (1994) *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO (1997) *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs*. Paris: UNESCO.

United Nations Organisation (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. New York: UN.

United Nations Organisation (1959) *Declaration of the Rights of the Child*, New York: UN.

United Nations Organisation (1989) *Convention on the Rights of the Child*. New York: UN.

United Nations Organisation (1993) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York: UN.

Vygotsky, L.S. (1978) *Mind in Society*. Cambridge MA: Harvard University Press.

World Health Organisation (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

Ankstyvoji intervencija vaikystėje (AIV) yra svarbi sritis ir politiniu, ir profesiniu požiūriu. Ji siejama su ankstyvojo amžiaus vaikų ir jų šeimų teise sulaukti reikiamos ir būtinos pagalbos. AIV tikslas – paremti ir įgalinti vaiką, šeimą ir tarnybas. Tokia pagalba padeda kurti inkluzinę ir darnią visuomenę, suprantančią šeimų ir jų vaikų poreikius ir teises.

Šios ataskaitos tikslas – apibendrinti 19-kos Europos šalių, dalyvavusių Europos Specialiojo ugdymo plėtros agentūros 2003–2004 m. vykdyto Ankstyvosios intervencijos vaikystėje (AVI) projekto pagrindinius analizės aspektus. Dokumente pateikiamos rekomendacijos, kurios pirmiausiai skirtos specialistams, dirbantiems AIV srityje, ir teikiančios praktinių žinių, skatinančių refleksijas apie jų darbą ir tobulėjimą.

