

TARTU ÜLIKOOL
Kehakultuuriteaduskond
Spordibioloogia ja füsioteraapia instituut

Kadri Kõverik

**EESTI LASTEAIÄÕPETAJATE VALMIDUS ÕPETADA
ERIVAJADUSEGA LAPSI TAVALASTEAIAS**

Magistritöö
liikumis- ja sporditeaduste erialal

Uurimisvaldkond: taastusravi ja rehabilitatsioon

Juhendaja: lektor, MSc, Priit Eelmäe

Tartu 2008

PUBLIKATSIOONID

- 1) **Kõverik K.**, Kutsar D., Eelmäe P. Eesti lasteaiaõpetajate valmidus õpetada kehalise puudega lapsi tavalasteaias. Kehakultuuriteaduskonna teadus- ja õppemetoodiliste tööde kogumik XIV, lk 28-36, Tartu 2007.
- 2) **Kõverik K.**, Eelmäe P. Estonian kindergarten teachers preparedness to teach disabled children. Teesid konverentsi „First Baltic Conference in Exercise and Sport Sciences“ kogumikus, Tartu 2008 (trükkis).

TÖÖS KASUTATUD LÜHENDID

AEV	arengulise erivajadusega
EE	Eesti Entsüklopeedia
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
PCI	<i>paralysis cerebri infantilis</i>
RHK	Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon
RT	Riigi Teataja
ÜRO	Ühinenud Rahvaste Organisatsioon
WHO	<i>World Health Organisation</i>

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
1.1. Erivajadusega lapsed	6
1.1.1. Puute esinemise mitmekesisus	7
1.1.2. PCI ehk <i>Paralyzes cerebraalis infantilitis</i>	9
1.2. Kooliks ettevalmistus	10
1.2.1. Alusharidus	10
1.2.2. Koolieelne korrektsioon	11
1.2.3. Koolieelikute uurimise võimalusi	13
1.3. Puudega laste integreerimise olemus ja vajalikkus	14
1.3.1. Varajane sekkumine	16
1.3.2. Ettevalmistused integreerimiseks	18
1.3.3. Integreerimise variandid	19
1.3.3.1. Erilasteaed	20
1.3.3.2. Eirühmad tavalasteaias	20
1.3.3.3. Sobitus- ja integreeritud rühmad	21
1.4. Integreerimist soodustav seadusandlus	21
1.4.1. Rehabilitatsiooni olemus	23
1.4.2. Sotsiaaltoetuste seaduse seosed rehabilitatsiooniga	23
1.4.3. Kolm varajase sekkumise näidet	25
1.4.4. Uurimistöö põhjendus	29
2. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	30
3. TÖÖ METOODIKA	31
4. UURIMISTÖÖ TULEMUSED	32
5. ARUTELU	42
6. JÄRELDUSED	49
7. KASUTATUD KIRJANDUS	50
SUMMARY	53
LISAD	55

Sissejuhatus

Puudega inimese elu seisneb püüdluses olla iseseisev ja sõltumatu. Tihti on see raskendatud paljudest praktilise elu probleemidest ja tõrjuvast suhtumisest või hoopiski teiste ühiskonnaliikmete huvipuudusest. Puudega isikul on õigus võrdväärsele elule – tal on õigus haridusele, tööle, iseseisvusele, inimsuhetele ja meeldiva vaba aja veetmisele. Samuti on tal kõike seda õigus saada juba sünnihetkest alates.

Et viimastel aastakümnetel on erivajadustega inimeste sotsiaalne ja tööadaptatsioon kogu arenenud maailmas tõusnud avalikkuse tähelepanu keskpunkti, siis käesolev aeg on loonud reaalsed väljavaated puuetega inimeste varajaseks integratsiooniks ühiskonda ka Eestis. Esimene samm selleks on erivajadusega lapsele anda võimalus käia tavalasteaias, sest vastavalt Eesti Vabariigi Koolieelse Lasteasutuse Seadusele on kohaliku omavalitsuse ülesanne luua alushariduse omandamise võimalused kõigile oma haldusterritooriumil elavatele lastele ning toetada lapsevanemaid eelkoolieas laste arengu suunamisel (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 10, RT I 2006). Loomulikult tuleb siinjuures jääda realistiks, sest erivajadusega laps on ikkagi teistsugune kui tavalaps ning selle tõttu vajab ta ka teistsugust lähenemist (Correia, 1990) – kohandatud õppematerjale, abivahendeid ning eelkõige spetsiaalselt selleks koolitatud inimese juhendamist, suunamist ning valmidust. Kuid, kas Eesti tavalasteaiad suudavad kõike seda hetkel pakkuda? Seoses sellega on käesoleva töö eesmärgiks selgitada tavalasteaia õpetajate professionaalset valmidust õpetada erivajadusega lapsi Eesti tavalasteaedades.

1. Kirjanduse ülevaade

1.1. Erivajadusega lapsed

Vastavalt lähenemisnurgale võib eristada meditsiinilisest ja sotsiaalsest mudelist lähtuvaid puudekäsitlusi. Meditsiinilisest aspektist lähtub puude määratlemisel rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (ICD), mille järgi on puue inimese mõne anatoomilise, füsioloogilise või psühholoogilise struktuuri või funktsiooni kahjustus või kõrvalekalle (Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10, 1999).

Sotsiaalse Hoolekande Seaduse mõistes on puudel kolm raskusastet:

- 1) sügav puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäevaringselt;
- 2) raske puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval;
- 3) keskmine puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik regulaarset kõrvalabi või juhendamist väljaspool oma elamiskohta vähemalt korra nädalas (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 2, RT I 2004) .

Kõrvalabi või juhendamine on abi osutamine inimesele, kes ei tule iseseisvalt toime söömise, hügieenitoimingute, riietumise, liikumise või suhtlemisega. Järelevalve on ohutuse tagamine inimese suhtes, kes oma tegevuse või tegevusetusega võib tekitada kahju iseenda või teiste inimeste elule, tervisele või varale (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 2, RT I 2007).

Puude raskusastme määrab ja lisakulud tuvastab arstliku ekspertiisi komisjon või ekspertarst. Puude raskusastme määramise ja lisakulude tuvastamise korra kehtestab sotsiaalminister määrusega (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 2, lg 2, p 1, RT I 2004). Puude raskusastme määramisel võetakse arvesse:

- tervises seisund;
- tegevusvõime;
- kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadus, mis on suurem inimese eakohasest abivajadusest;
- kõrvalabi, juhendamise vajadus, mis esineb inimesel tehniliste abivahendite kasutamisele vaatamata;

- elukeskkond;
- puudest tingitud lisakulud;
- rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral selles ettenähtud tegevused (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 2, lg 2, p 2, RT I 2007).

ICD vaatleb puuet kui silti sümptomite kogumile, määratledes diagnoosi. Selline diagnostiline käsitlusviis on indiviidikeskne ega võta arvesse ümbritseva keskkonna vigu ja puudujääke. Samuti ei võimalda üksnes diagnoos määrata puudega inimese rehabilitatsiooni ja sotsiaalteenuste vajadusi (Kiis, 1999).

Puudega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglite kohaselt ilmneb puue eelkõige üksikisiku ja keskkonna vastastikuses suhtlemises, kus puudega inimesel ja tema perel on raskusi selles osalemises ning kohanemisel. Puudega inimene ei ole haige, vaid isik, kes oma puude tõttu vajab abivahendeid või erihoolust. Sellest lähtub sotsiaalne käsitlus, hõlmates puude defineerimisel ka keskkonna mõiste ning puuet vaadeldakse eelkõige kui sotsiaalset probleemi puudega isiku ühiskonda integreerumisel, puue ei ole siin niivõrd inimese omandus kui kompleksne tingimuste kogum, mis suures osas on mõjutatud sotsiaalsest keskkonnast (Puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid, 1994).

1.1.1. Puuete esinemise mitmekesisus

Eristatakse mitmesuguseid puudeid, näiteks meelepuuded (kuulmis- ja nägemispuuded), kõne-, vaimu-, liit- ja kehapuuded.

Kuulmispuue ehk vaegkuulmine on kas kaasasündinud või haiguse või trauma tagajärjel tekkinud puue. Vaegkuulmist, mille puhul ei kuulda 80-85 db-st kõrgemat heli, nimetatakse kurtuseks, vähem puudulikku kuulmist nimetatakse nürmuseks. Haiguse või trauma poolt põhjustatud kuulmispuude korral tavaliselt kõnevõime säilib. Vahetult kõrva jõudva heli võimendamiseks on kuuldeseadmed. Nürmikute, kurtide ja kurttummade õpetamise ja arendamisega tegeleb surdopedagoogika (EE V, 1990).

Nägemispuue on kaasasündinud või haiguse või trauma tagajärjel tekkinud puue. Eristatakse otsese ehk tsentraalse ja kaudse ehk perifeerse nägemise, valguse- ja värvitaju, binokulaarse nägemise ja onomadatsioonihäireid; nendega võib kaasneda näiteks nägemisteravuse või nägemisnurga vähenemine, pimesusadaptatsioonihäire, värvinõrkus või pimesus, ruumitajuhäire, kahelinägemine või lugemise vaevalisus. Mõnel juhul saab nägemishäire

põhjuse kõrvaldada, nägemist kompenseerida. Raskete nägemishäiretega laste õpetamise ja kasvatuses tegeleb tüflopädagogika (EE VII, 1994).

Kõnepuue ehk vaegkõne on suulise või kirjaliku kõne hälve, mida põhjustavad kõneelundite, neeluelundite või närvisüsteemi anatoomilised või talituslikud vead. Võib kaasneda arengupuudulikkusega või tuleneda hilisemast kahjustusest, johtuda perifeersete kõneelundite ja närviteede puudeist, piirduda ühe kõnekomponendiga (valikuline kõne, häälepuue) või hõlmata kogu keelesüsteemi (süsteemne kõne, hääldus- ja häälepuue koos), avalduda kõneloomes (väljendus- ehk ekspressiivkõne), kõnetajus (mõistmis- ehk impressiivkõnes), lugemises (aleksia, düsleksia) või kirjutamises (agraafia, düsgraafia). Vaimuhaigustest johtuvalt võib esineda ka kajakõne ja logorröa ehk lakkamatu sisutu lobisemine. Kõnehälvikute ehk logopaatidel on ka iseärasusi nagu kõnepelgus ehk logofobia ja kõnelemisest keeldumist ehk kõnenegativism (EE V, 1990).

Vaimupuude all mõeldakse enne 18. eluaastat kindlaks tehtud mõistusliku tegevusvõime nõrkust, täpsemalt väljendatuna intelligentsustesti tulemustes, mis jääb alla 70 punkti. Vaimupuue ei ole eraldi haigus, sellega kõrvuti esineb sageli erinevaid haigusi - kaasneb ajukahjustus, mis mõjutavad inimese toimetulemist elus. Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi jaotatakse vaimupuue raskusastmete järgi kergeks, mõõdukaks, raskeks ja sügavaks vaimupuudeks (Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10, 1999).

Kehapuue on 1) ortopeedilise (haigus- või traumajärgse) või närvikahjustuse (osa- või täishalvatus) põhjustatud liigutustalitluse puue; 2) anatoomiline puue (Kõrgesaar, 1990).

Liigutustalitluse puudeid võib omakorda rühmitada:

- sünnipärase, looteas või paari esimese eluaasta jooksul toimunud ajukahjustuse põhjustatud liikumispuue (laste tserebraalparalüüsi vormid);
- hilisemast ajukahjustusest tingitud liikumispuue;
- progresseeruvate ajuhaigustega kaasnev liikumispuue;
- neuromuskulaarsed haigused;
- üldhaigustega kaasnev liikumispuue (näiteks reuma või hemofiilia korral);
- kehaehituse kõrvalekalletega liituv liikumispuue (näiteks seljaajusonga või sünnipärase jäsemepuute korral);
- muud (näiteks seljaaju kasvaja ja põletike korral, samuti pea- ja seljaajutraumade järelseisundid) (Autio *et al.* 1987).

Liitpuude all mõistetakse puute koosinemist. Näiteks vaegnägemine koos vaegkuulmisega, vaimne alaareng koos nürmise ja/või kehapuuetega jne (Kõrgesaar, 1990).

1.1.2. PCI ehk *Paralysis cereбрalis infantilitis*

Suure osa liigutustalitluse puuetest moodustab PCI ehk laste tserebraalne halvatus. Andmed PCI levimuse kohta rahvusvahelises epidemioloogia-alases kirjanduses varieerub vahemikus 1,34 – 3,0 juhtu 1000 elussünni või lastepopulatsiooni kohta (Stelmach, 2006). Stelmachi 2006. aasta uuringust selgus, et laste tserebraalparalüüsi levimuseks Tartu linnas ja maakonnas on 5,9 juhtu 1000 lapse kohta. Teatav erinevus uurimustöös leitud levimusmäära ja mujal publitseeritud andmete vahel on seletatav tõsiasjaga, et enamik autoreid võtab arvesse üksnes keskmise raskusega ja raskeid PCI-vorme (Stelmach, 2006). Samas Stelmachi läbiviidud uuringus oli PCI kergete vormide osakaal 61%. Kui vaadelda keskmise raskusega ja raskete vormide lõikes levimust, mis oli 2,3 : 1000, siis see on võrreldav teiste arenenud maadega. Enamlevinud motoorikahäire vorm oli spastiline dipleegia, mis esines 72,2% juhtudest (Stelmach, 2006). PCI on mitteprogresseeruv motoorikahäire, mis on põhjustatud aju hüpoksilis-isheemilisest ja/või hemorraagilisest kahjustusest looteas, sünnituse ajal või kohe sünnitusjärgselt. Tänapäeval on kõige enam kasutusel B. Hagbergi ja teiste 1975. aastast pärit klassifikatsioon (Talvik, 1998). Eestis on kasutusel sarnane klassifikatsioon, kuid modifitseeritud kujul:

- spastilised sündroomid:
 - hemipareetiline vorm (*hemiparesis spastica sinistra/dextra*);
 - spastiline dipleegia (*diplegia spastica*);
 - spastiline tetraparees (*tetraparesis spastica/hemiplegia bilateralis*);
- hüperkineetilis-düstooniline sündroom (*syndroma hyperkinetica*);
- atoonilis-astatiline sündroom (*syndroma atonica-astatica*) (Talvik, 1998).

Juhtivaks on kliinilises pildis liikumishälbed, mida iseloomustab lihaste tserebraalne halvatus, koordinatsiooni häired ja hüperkineesid. Tihti kaasnevad liikumishälbega kõne- ja psüühikahälbed (Badaljan, 1982). Psüühiline areng kahjustub vähem, kuid rasked liikumis- ja kõnehälbed raskendavad lapse arengut, tema õppimist.

Malofejeva (1985) kõneuurimisest selgus, et tserebraalparalüüsiga laste kõneaktiivsus on võrreldes eakaaslastega väiksem. Tihti esineb PCI-ga lastel emotsionaalseid hälbeid. Siin täheldatakse kõrgeenenud erutuvust, kalduvust meeleolu kõikumisele ning esineb hirme. Nendel lastel on tihti nõrk tahe, nad ei oska ületada raskusi ning neil puudub raskuste ületamiseks motivatsioon.

Mamaitšuki ja Pjatakova (1990) poolt selgitati, et PCI-ga lapse isiksuse areng ei sõltu ainult emotsionaaltahtelise sfääri arengust, vaid ka psühhosotsiaalsetest faktoritest. Sotsiaalsed

faktorid on isiksuse düsharmonilises arengus juhtivad. Oluliseks peetakse isiksuse arengus adekvaatset enesehinnangut. PCI-ga laste isiksuses toodi välja reaktiivsuse tase ning frustratsiooni kindlusetus. Kõik need faktorid mõjutavad lapse ravi ja tema edasist elu.

Seoses sellega uurisid Mamaitšuk ja teised PCI-ga laste psüühilist adaptatsiooni. Siit tehti järeldused:

- PCI-ga laste psüühiline seisund halveneb väsimuse tõusuga,
- psühhofüsioloogiline hinnang psüühilisele adaptatsioonile võimaldab diferentseeritult läheneda professionaalse orientatsiooni probleemile (Mamaitšuk *et al.* 1991).

Vanemate laste puhul on takistavaks teguriks alaväärsuskompleks, mis võib areneda puuete tõttu, mida laps omab. Oluline on, et kujuneks õige suhtumine oma puudesse ja võimalustesse. See aitab lapsel end kindlamini ümbritsevas keskkonnas tunda. Juhtiv roll on siin vanematel, sest nendelt saab laps esimese ettekujutuse oma invaliidsusest (Ippolitova *et al.* 1980). Samuti on väga oluline, et laps saaks varakult võimaluse õppida ja areneda oma eakaaslastega tavalasteaias ning sealt edasi tavakoolis.

1.2. Kooliks ettevalmistus

1.2.1. Alusharidus

Alusharidus on teadmiste, oskuste, vilumuste ja käitumisnormide kogum, mis loob eeldused edukaks edasijõudmiseks igapäevaelus ja koolis (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 2, RT I 2002). Koolieelne lasteasutus on koolieast noorematele lastele hoidu ja alushariduse omandamist võimaldav õppeasutus. Lasteasutus toetab lapse perekonda, soodustades lapse kasvamist ja arenemist ning tema individuaalsuse arvestamist (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 1, RT I 2002). Laste arvu kahanemine koolieelsetes lasteasutustes on kooskõlas laste arvu muutumisega, kuid mitte tegelike vajadustega. Lasteasutuste arv vähenes, eriti maapiirkondades, oluliselt 1990. aastate alguses, mil tööpuudus kasvas ja paljud lapsed jäeti koju. Praegu on tendents, et soovitakse lapsed võimalikult ruttu peale sünni lasteaeda panna, sest vanemahüvitis määratakse hüvitisele õiguse tekkimise päevast kuni ajani, mil täitub 575 päeva sünnitushüvitise määramisest (Vanemahüvitise Seaduse § 4 lg 4, RT I 2007). See tähendab, et paljud vanemad on sunnitud naasma oma ametikohale juba siis, kui määratud vanemahüvitist enam ei maksta. Seetõttu jääb koolieelsete asutuste kohti puudu.

Eesti Vabariigi Koolieelse Lasteasutuse Seaduse järgi on kohaliku omavalitsuse ülesanne luua alushariduse omandamise võimalused kõigile oma haldusterritooriumil elavatele koolieelsetele lastele ning toetada lapsevanemaid eelkoolieas laste arengu suunamisel

(Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 10, RT I 2006). Keha-, kõne-, meele- ja vaimupuuetega ning eriabi vajavatele inimestele tagab kohalik omavalitsus võimaluse õppida elukohajärgses koolis/lasteaias. Vastavate tingimuste puudumisel tagavad riik ja kohalik omavalitsus õigusaktides ettenähtud korras ja tingimustel neile õppimisvõimalused selleks loodud õppeasutustes. Kasvatuse eritingimusi vajavatele lastele tagavad riik ja kohalik omavalitsus võimaluse õppida selleks loodud õppeasutustes, kindlustades nende täieliku ülalpidamise õigusaktides ettenähtud korras ja tingimustel. Õppe- ja kasvatusasutuse tüüp või õppevorm määratakse või soovitatakse erivajadustega inimestele meditsiiniliste, psühholoogiliste ja pedagoogiliste uuringute põhjal (Haridusseaduse § 10, RT I 2004).

Eelkooliealiste laste arenguvajadustest lähtuvalt on oluline, et vallas/linnas jõutaks sobilike koostöövormideni, milles osalevad lapsevanemad, haridus- ja/või sotsiaalnõunik, eripedagoog/logopeed, füsioterapeut, psühholoog, perearst/pediaater, lasteaiakasvataja ja õpetaja ning väga tähtis on, et suudetaks õigel ajal leida lapsed, kes vajavad lisatähelepanu või konkreetset abi, arvestades nende arengulisi erivajadusi.

Viimastel aastatel on juurde tulnud uusi kasvatus- ja hooldusvorme: eralasteaiad, lastekeskused, erivajadustega laste sobitusrühmad, lastevanemate nõustamiskeskused. Koolide juures on avatud kooliks valmistumise rühmad neile 6-aastastele, kes ei käi koolieelses lasteasutuses.

Koolivalmiduse seisukohalt oleks hea, et kõik poisid ja tüdrukud kogeksid enne kooli kollektiivis tegutsemist, saaksid kogemuse õppimisest, motiivide eristamisest, enda võrdlemisest teistega ning oma teadmiste iseseisva kasutamise võimalustest ja vajadustest (Tervis 21, 2000).

Eesti riik ei ole kehtestanud lastele kohustuslikku koolieelses lasteasutuses käimise seadust. Alusharidus omandatakse lasteasutuses või kodus (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 2 p 2, RT I 2002). Seega vastutavad lapse alushariduse eest tema vanemad. Vanemaid toetab kohalik omavalitsus, pidades ülal koolieelseid lasteasutusi ning luues alushariduse omandamiseks erinevaid töövorme vastavalt nõudlusele (Kulderknup, 1999).

1.2.2. Koolieelne korrektsioon

Puudega lapsel on samad vajadused nagu teistel lastelgi, pürgimine iseseisvusele on temalegi tähtis. Ta vajab tähelepanu, hellust, kontakte, harrastusi ja tegevusi. On väga tähtis, et puudega laps omandaks teatud oskused, mis aitaksid tal võimalikult vähese abiga ise elus toime tulla.

Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 14 ütleb, et kohalik omavalitsus tagab kehapuuetega (kaasa arvatud ka teiste puuetega) ning eriabi vajavatele lastele võimaluse arenemiseks, kasvamiseks ja õppimiseks elukohajärgses lasteasutuses (samuti hiljem koolis). Erivajadustega lastele luuakse tingimused kasvamiseks sobitusrühmades koos teiste lastega. Vastavate tingimuste puudumisel moodustab valla- või linnavalitsus erirühmad või asutab erilasteaiad (RT I 2004).

Puudega lapsele sobiv õppe-kasvatustöö vorm määratakse pedagoogilis-psühholoogiliste ja meditsiiniliste uuringute põhjal selleks moodustatud konsultatiivse komisjoni konsultatsioonil või nõustamisel, kus osalevad ka lapse vanem(ad) või tema hooldaja. Esmane uurimine, jälgimine ja diagnoosimine toimub lapse tavaelu- või õpikeskkonnas. Lapse vastuvõtmine eriõppe- või kasvatusasutusse ilma konsultatiivse komisjoni vastava otsuseta on keelatud.

Puude iseloomust sõltuvalt tagatakse erilasteaedades või –rühmades lastele eriõpe, arstiabi, taastusravi, puude korrigeerimine ja kompenseerimine. Kodus viibivate puudega laste korrektsiooni ja eriabi eest vastutavad lapse vanemad aga ka piirkonna sotsiaaltöötaja (Ainjärv & Kelder, 1995).

Sõltuvalt puudest eristatakse järgmisi erilasteaedasid või –rühmasid:

- sobitusrühm (1-2 puudega last tervetega koos)
- kehapuudega laste rühm
- tasandusrühm (alakõne ja –häälusega ning tunnetustegevuse puudega lastele)
- nägemispuudega laste rühm
- kuulmispuuetega laste rühm
- arendusrühm (vaimse puudega lastele)

Puudega lapsi on mitmesuguseid ja iga puue võib esineda erinevates vormides ning raskusastmes. Siinjuures peab arvestama, et iga puudega laps kujutab endast kompleksset probleemi, mistõttu oma puude põhjuste ja sümptomaatika tõttu vajab laps arstiabi, õpetamise, kasvatamise, suhtlemise ja korrektsiooni poolelt eripedagoogide, füsioterapeutide ja psühholoogide abi ning teenuseid; hoolduse ja elementaarõppe osas sotsiaaltöötajate abi; hiljem töö ja eluga kohanemiseks kohalike võimude abi (Suislepp, 1996).

Mida varem ja tulemuslikumalt laps erinevaid korrektsioonivõimalusi ja eriabi saab kasutada, seda parem on ka hilisem tulemus.

1.2.3. Koolieelikute uurimise võimalusi

- Koolieelikute üld- ja peenmootorika taseme uurimiseks ja hindamiseks kasutatakse mitmesuguseid standardiseeritud teste. Järgnevalt on esitatud testid, mis on välja töötatud koolieelikute üld- ja peenmootorika uurimiseks ning, mida kasutatakse Inglismaal, Ameerika Ühendriikides, Taanis, Norras ja Rootsis (The Psychological Corporation Limited 1989-90 Catalogue, 1990):
- Milleri test koolieelikute hindamiseks (*Miller Assessment For Preschoolers*). Katseisikute vanuseks on 2-6 aastat ning uuritavaks valdkonnaks on mitteverbaalsed, verbaalsed ja kompleksoskused, närvitegevus ja koordineerimine. Testi eesmärgiks on avastada lapsi, kellel pertseptiivse, motoorse vm arengupeatuse tõttu võib tekkida õpiraskusi;
- Denveri sõelumistest laste arengutaseme hindamiseks (*Denver Developmental Screening Test*). Katseisikute vanuseks on 2 nädalat – 6 aastat. Uuritavaks valdkonnaks on üldmootorika, peenmootorika, kõne ning suhtlemine. Denveri sõelumistest on lihtne ja kiire meetod imikute ja koolieelikute arengu hindamiseks. Kõrvalekallete avastamise korral on vaja edasist põhjalikumalt uurimist;
- McCarthy skaala laste võimete hindamiseks (*McCarthy Scales Of Children`s Abilities*). Katseisikute vanus on 3 aastat ja 6 kuud – 8 aastat ja 6 kuud. Uuritakse mootorikat ja taju, verbaalseid oskusi, mõtlemist ja mälu, käitumist. Ülesanded on koostatud põhimõttel, et need sobiksid nii poistele kui tüdrukutele, samuti lastele erinevatest etnilistest ja sotsiaalmajanduslikest gruppidest. Kasutatakse lelusarnaseid esemeid ja mängulisi ülesanded, mis köidavad lapsi;
- Põhitoimingute hindamise süsteem (*Uniform Performance Assessment System*). Test on mõeldud lastele vanuses 0 - 6 aastat. Uuritakse üldmootorikat, peenmootorikat, eneseteenindamist, kõnet ja suhtlemist ning eelakadeemilisi oskusi. Test aitab määrata põhioskuste arengutaset ja püstitada koolieelse hariduse õpetuseesmärgid;
- Koolieelne HICOMP-programm (*HICOMP Preschool Curriculum*). Test on mõeldud lastele kuni 5. eluaastani. Hinnatakse kommunikatsiooni, eneseteenindamist, sotsiaalseid oskusi, mootorikat ja mõtlemist. Test võimaldab individuaalõppeprogrammide planeerimist nii erivajadusega kui tavalastele;
- Koolieelse arengu test (*Early School Inventory-Developmental*). Test on suunatud 4 - 5 aastastele lastele ning uurimise valdkonnaks on füüsilise, kõnelise, emotsionaalse, kognitiivse ja suhtlemise areng. Test on levinud küsimustiku vormis, soodustab

lapsevanema ja kasvataja omavahelist arutlust ja koostööd, abistab sobiva õppeprogrammi planeerimisel. Jälgitakse arengunäitajaid, mis on olulised koolieelsel perioodil ja kooliastumisel;

- Koolieelse hariduse test (*Assesment in Nursery Education*). Katseisikute vanuseks on 3 - 5 aastat ning hinnatakse mõtlemist, üldmootorikat, käelisi oskusi, töövahendite kasutamist, suhtlemist, ekspressiivset ja impressiivset kõnet. Selle abil selgitatakse välja lapse eakohaste oskuste tase;
- Bury test (*Bury Infant Check*). Testitavateks on 5-aastased lapsed, kellel hinnatakse kõnet, mõtlemist, mälu, hulgamõistete tundmist ning sensomotoorikat. Testi abil selgitatakse välja lapsed, kes võivad vajada eriabi;
- Oskuste kujundamise programm (*Portage Classroom Curriculum*). Programmis osalevad lapsed vanuses 2 - 6 aastat. Uuritakse eneseteenindamisoskust, mootorikat, vaimseid võimeid, kõnet, suhtlemist, sotsiaalset ja emotsionaalset käitumist. Portage-programm võimaldab hinnata laste taset, kavandada individuaalprogrammi, jälgida ja mõtestada arengut, moodustada õpirühmi, kaasata töösse lapsevanemaid

1.3. Puudega laste integreerimise olemus ja vajalikkus

Eriõpetuse erinevatel maailmakonverentsidel on võetud juhtmõtteks, et nii lasteasutused kui tavakoolid peavad olema avatud igale lapsele, vaatamata nende füüsilisele, vaimsele, emotsionaalsele, keele, või mõnele muule puudele. Selleks on loodud ja soovitatakse luua integreerimisrühmi või sobitusrühmi koolieelikutele (Neare, 1998).

Erivajadusse peaks suhtuma nii, et kõigepealt on inimene ja seejärel erivajadus või puue. Oluline on selgeks teha, et puue ei ole haigus vaid seisund. Laps vajab õpetamist puudega kohanemiseks ning teda tuleks individuaalsetele võimetele vastavalt maksimaalselt arendada. Kõige paremini areneb laps koos teistega keskkonnas, kus tal on võimalik enda olemasolevaid võimeid kasutada ja selle kaudu positiivseid emotsioone saada (Neare, 1998).

Arengulise erivajadusega (AEV) lapseks peetakse last, kes erineb teistest:

- vaimsete omaduste,
- sensorsete võimete,
- kehaliste omaduste,
- käitumise ja/või suhtlemise poolest niivõrd, et tekib vajadus tema eriliseks arendamiseks või eripedagoogilise abi järele (Plado, 1997).

D. Thomase järgi võib puudega inimesed tinglikult jaotada viide psühho-sotsiaalsesse kategooriasse:

- silmnähtava puudega inimesed - pimedad, ratastooliga liikuvad jt;
- kõik need, kellel puude tõttu on suuri raskusi interpersonaalses kommunikatsioonis - kurdid ja raskete kõnehälvetega inimesed;
- sotsiaalse "häbimärgiga", kelle hulka kuuluvad vaimupuudega ja õppimisraskustega isikud;
- episoodiliste või faasiliste puuetega on tegemist astma, epilepsia, hemofiilia ja kohanematuse puhul;
- nii kehalise kui sotsiaalse märgiga isikud (Tulva, 1994).

Viimastel aastatel räägitakse üha enam integreerimisest ja normaliseerimisest. Süvenenud on diskussioon koos- ja/või lahusõpetamise poolt ja vastu.

Integreerimine koolieelses eas tähendab kõigepealt arenguliste erivajadustega laste väljaselgitamist, info saamist kohaliku omavalitsuse tasandil. Võrgustiku esimeseks lüliks oleks sünnitusmaja, lapsevanemad, perearst, kohaliku omavalitsuse sotsiaalnõunik (Neare, 1998).

Puudega laste integreerimisega saame luua neile inimväärsema elukeskkonna, võimaldame suhelda eakaaslastega ja anname neile võimaluse integreeruda ühiskonda. Me anname tavalastele võimaluse jagada puuetega lastele oma armastust ja saada kogemusi endast erinevate lastega suhtlemisel. Integreeritud süsteemi loomise kaudu saame muuta ka üldsuse mõtteviise (Neare, 1998).

Normaliseerimisprintsip sai alguse 1960. aastatel Skandinaaviamaades. Selle printsiibi all mõistetakse ühiskonna kohustust luua puuetega ja tavainimestele võimalikult sarnased elamis- ja koolitustingimused. Kuid üheks kitsaskohaks selle süsteemi puhul oli see, et eriasutuses olevad puudega inimesed ei saanud piisavalt ettevalmistust eelseisvaks eluks (Kõrgesaar & Veski, 1987).

Kuna antud süsteem ei võimalda puuetega inimestele piisavat suhtlemist eakaaslastega ning ühiskonnaga siis leiti, et puuetega inimesed tuleb integreerida ühiskonda. Neid tuleb õpetada ja koolitada maksimaalselt koos normaalsete eakaaslastega. Esimene samm puudega ja terved lapsed kokku viia on ühend- ehk integratiivlasteaiad. Sellises kaitstud atmosfääris areneb valmisolek koostööks ning arvestatakse iga lapse arenguastmega. Saksamaal on integratiivlasteaiad küllalt tavalised. Võrreldes hariliku lasteaiaga suuri erinevusi ei olegi. Lapsed õpivad, mängivad ja teevad samu asju, mis teisedki. Vahe on vaid selles, et puudega

lapsed arenevad erinevalt ja nende arengutasemega arvestatakse. Integratsiooni vaadeldakse kui üht osa puuetega inimeste hoolduses järgitavast normaliseerimisprintsipist, mille kohaselt puudega lapsele luuakse võimalikult samad tingimused mis teistele.

Samade ideede edasiarendaja Wolfensberger rõhutab keskkonna kohandamise tähtsust puudega inimese vajadustele ning märgib, et puudega inimest ei tohiks pidada ühiskonnas erinevaks (Rääk, 1994).

On olemas neli erinevat integratsiooni tasandit:

- füüsiline integratsioon - puuetega inimesed tegutsevad ühiskonna teiste liikmetega üheskoos (samas rühmas, klassis jne);
- tegevuslik integratsioon - puudega ja puudeta inimeste ühistöö, näiteks koos õppimine;
- sotsiaalne integratsioon - normaalsete sotsiaalsete suhete (nii seaduslike kui spontaansete) arenemist. See võib tähendada üksteise mõjutamist ja ühtekuuluvustunnet;
- ühiskondlik integratsioon tähendab võimaluste, kohustuste ja õiguste ühtlustamist, see tähendab õigust otsustada iseenda üle, õigust ühistele ressurssidele, õigust kaasa rääkida poliitilistes ja majanduslikes küsimustes, inimväärse elu loomist kõigile (Veisson, 1993).

Normalisatsiooni printsiibi rakendamiseks peab ühiskond arvestama järgmiste aspektidega:

- puudega isikute võimalikult lähedal paiknemine tervetele inimestele;
- kodanikuõiguste esikohale seadmine;
- tehnoloogia arendamine puudega inimese võimalikult sõltumatu elu elamiseks;
- meedia püüet kujutada teatud puude iseärasusi stereotüüpsena lubamatuks pidamine;
- inimeste vaimne ja füüsiline assimileerimine (Mägi, 1997).

Integreerumine ei tähenda siiski, et puuetega inimestel lastakse lihtsalt teiste hulgas olla. See on planeeritud ja läbimõeldud moodus võimaldada neil areneda koos eakaaslastega, arvestades nende individuaalseid eripärasid. Eristatakse individuaalintegreerimist ja grüpiintegreerimist. Püüelda tuleks individuaalse suunas, kus puudega isik tegutseb koos kaaslastega, kellel ei ole puudeid (Lindov, 2001).

1.3.1. Varajane sekkumine

Varajane sekkumine tähendab tegevust ja sekkumist, mida kasutatakse erivajadustega lapse ja/või tema pere toetamisel lapse haridustee võimalikult varajases etapis (Soriano, 2005). Eripedagoogid ja psühholoogid tegelevad oma igapäevatöös pidevalt lapse arengu hindamisega. Mida noorem on laps, seda raskem on otsustada näiteks tema vaimse arengu üle.

Samas tuleb tunnistada, et vaimse arengu hindamine varajases lapseas on äärmiselt vajalik. Juba 20. sajandi esimesel poolel rõhutas Vögodski, et lapsed, kelle areng ei kulge normaalselt, saavad suurt abi varajases elus alustatud korrigeerimisest, mis võimaldab mitte ainult kõrvaldada olemasolevaid, vaid ennetada ka sekundaarseid arengupuudeid (Viks, 1999).

Varajane märkamine ja sekkumine on tähtis valdkond nii hariduspoliitiliselt kui hariduslike erivajadustega lastega tehtavas töös. Valdkond on seotud imikute ja väikelaste ning nende vanemate õigusega saada vajaminevat tuge. Varajase sekkumise eesmärk on toetada last, perekonda ja valdkonnaga seotud asutusi ning anda neile vajalikke oskusi. See aitab rajada kaasavat ja sidusat ühiskonda, mis arvestab laste ja nende perede õigustega (Soriano, 2005).

Viimase 20-30 aasta jooksul Euroopas ja mujal maailmas varajase märkamise ja sekkumise mõistete, põhimõtete ja meetodite alal välja antud kirjandus annab tunnistust ideede ja teooriate evolutsioonist. Eri autorid on eri teoreetilistest raamistikest lähtuvalt aidanud kaasa mõistete ja selle kaudu ka praktika arengule kahes põhisuunas:

- uus varajase märkamise ja sekkumise käsitlus, mis seob otseselt tervishoiu, hariduse ja sotsiaalteadused, eelkõige psühholoogia. Varem on nende valdkondade mõju olnud erinev ja mitte omavahel seotud;
- muutus peamiselt lapsele keskendunud sekkumisest üha laiemale lähenemise suunas, kus tähelepanu keskmes ei ole enam üksnes laps, vaid ka pere ja kogukond (Blackman, 2003).

Erinevad uuringud ja debatil on käsitlenud varajase arengu otsest ja pöördumatut mõju elukestvale arengule, esitamata ometi selgeid tõendeid kindlast ja ühesest põhjuslikust seosest. Sellele vaatamata ollakse ühel meelel, et esimestel elukuudel ja aastatel toimuv mõjutab lapse edasist arengut (Soriano, 2005).

Pole tähtsust, kas varajased kahjustused on pöördumatud, kas käestlastud võimalusi saab hiljem tasa teha või kas varajases eas pannakse jääv alus täisea väljunditele; varajasi kahjustusi saab kõrvaldada, mõned kasutamata jäetud võimalused saab hiljem tasa teha ja täisea väljundid ei tulene halastamatult varajastest kogemustest, kuid varajased kahjustused võivad tõsiselt halvendada lapse väljavaateid elus. Kasutamata jäetud võimaluste tasategemine nõuab hilisemas elus sageli ulatuslikku sekkumist. Varajastest kogemustest kujuneb kas tugev või habras alus, millele rajaneb järgnev areng (Soriano, 2005).

Viimastel aastatel on varajase märkamise ja sekkumise käsitlust hakatud nimetama ökoloogilis-süsteemseks (Soriano, 2005). Porter (2002) määratleb seda lähenemist lapse arengu vaatlemisega järgmistest aspektidest:

- holistiline (kõik arenguvaldkonnad) – kognitiivne, keeleline, füüsiline, sotsiaalne ja emotsionaalne – on omavahel seotud

- dünaamiline – keskkond peab muutuma vastusena indiviidi muutuvatele vajadustele;
- transaktsiooniline – Sameroffi ja Chandleri (1975) mudeli järgi hõlbustab arengut kahesuunaline vastastikune suhtlus lapse ja tema keskkonna vahel. Arengut käsitletakse lapse käitumise, hooldaja reaktsioonide ja keskkonnaga seotud muutujate pideva dünaamilise koosmõju tulemusena, mis võib mõjutada last ja tema hooldajat;
- ainulaadne – teadmine või areng on ainulaadne – indiviidi perspektiiv on ainulaadne.

Ökoloogilis-süsteemne lähenemine pakub süstemaatilise võimaluse analüüsida, mõista ja registreerida, mis juhtub laste ja noortega peredes ja laiemas kontekstis, milles nad elavad (Soriano, 2005).

Varajase kasvatuse põhimõtted võiks lühidalt esitada järgnevalt:

- Varajane arendamine on tähtis selleks, et puudega lapse võimeid kõige paremini aktiveerida ja arendada.
- Olemasolev situatsioon on nõustava vestluse lähtekohaks.
- Tähtis on vanemate otsus integreerida puudega laps.
- Vanemate nõustamise eesmärgiks on vanema realistlik suhtumine puudega lapsesse, kasutades vestlusi, praktilisi hooldusjuhiseid ja jagades arenguspetsiifilisi tegevussoovitusi.
- Luua integratiivseid seoseid last ümbritseva keskkonnaga.
- Teavitada vanemaid maksusoodustustest, abivahenditest, hooldusabist, ema-lapse erikursustest jne.
- Selgitada erinevate valdkondade arendamise tähtsusi.
- Teatud vanuses tuleb hakata last ette valmistama lasteaias käimiseks (Walburg, 1998).

1.3.2. Ettevalmistused integreerimiseks

Puudega lastest ja nende peredest on Eestis hakatud rääkima 1990. aastatel. Varem oli nende inimeste eluoluga seonduv vaid kitsast spetsialistide ringi puudutav valdkond. Praegu kehtiv haridusseadus võimaldab puudega laste integreerimist normaalsesse ühiskonda - ka tavakooli ning lasteaeda (Veisson, 1997).

On mitmeid põhjusi, miks integreerimist tuleb alustada juba koolieelsest east. Koolieelik on paindlik, abistada sooviv, koostgevuses jõudsalt arenev. Koolieelne integreerimine nõuab mitmetasandilist koostööd (Neare, 1998).

Selleks, et koolieelne integreerimine õnnestuks, on vaja:

- avastada puudega lapsed õigeaegselt ja koguda nende kohta infot ühe kohaliku omavalitsuse võtmeisiku kätte. Siin peaksid koostööd tegema sünnitusmaja, perearst, sotsiaaltöötaja, perekond;
- luua varane peresid ja lasteasutusi haarav koostöövõrgustik etapiviisiliste laste arengu eripedagoogilis/logopeedilise jälgimisega. Koostöö: perearstide, sotsiaaltöötajate, haridusnõuniku, eripedagoogide vahel, vajadusel kaasata ka psühholoogid ja eriarstid;
- planeerida ja teostada puudega laste eriõpe sobitus- või erirühmas, mis kindlustab ka õigeaegse ja jõukohase integreeritud õppe koolis ning lülitumise ümbruskonna igapäevaellu. Koostöö: sotsiaal- ja/või haridusnõunik, kasvatajad, eripedagoog/ logopeed ja teised spetsialistid (Neare, 1998).

Kogu protsessi juures on oluline ladusalt kulgev koostöö. Aktiivselt tuleb kaasata lapsevanemaid ning aidata neil saada vajalikku infot laste integreerimise kohta. Tulemaks toime ülesannetega lapse kasvatamisel, vajavad puudelaste vanemad teadmisi. Puudelapse pere peaks saama infot ja nõu oma lapse kasvatamisel ja eluga toimetulekut toetavate teenuste asjus kodukoha sotsiaalabitalitusest (Viiralt, 1996). Vanemaid tuleb õigeaegselt teavitada piirkonnas olevate lasteaedade erirühmadest või integreeritud rühmadest. Neile tuleb anda võimalus koos lastega külastada lasteaeda, et ise tutvuda olemasolevate võimalustega. Ka lapsele on vajalik uue keskkonnaga harjumine ja esmatutvus teiste lastega.

Erinevad võimalused puudega laste kaasamiseks igapäevaellu tuleb leida vastavalt olemasolevale seadustikule, arvestades antud piirkonna võimalusi ja vanematega koostööd tehes. Suuresti sõltub integreerimine eri sektorite asjatundlikkusest ja koostöövalmidusest (Neare, 1998).

1.3.3. Integreerimise variandid

Integreerimise teostamiseks on võimalik kasutada erinevaid variante. Seda soosib ka seadusandlus, mis pakub järgnevaid võimalusi:

- erilasteaed;
- erirühmad – kehapuudega-, tasandus-, arendus-, meelepuudega laste rühmad, liitpuudega laste rühmad;
- sobitus- ja integreeritud rühmad.

Vastava integreerimise variandi valimine sõltub antava abi ulatusest ja sõltuvalt probleemi tõsidusest. (Saliste, 1996).

Tuleb rõhutada, et kaasaegses lasteasutuses on teretulnud kõik erandlikud lapsed. Vastavalt vanemate soovile võivad nad käia integreeritud- või erirühmades. Lasteasutuse juhtkond koos spetsialistidega peavad tagama lapsele tema eripärale vastava kasvatuse ja individuaalse vaid sellele lapsele kohase õpetuse (Veisson, 1996).

Puudega lapse viibimisel lasteaias on kolm eesmärki:

- kergendab perekonna järelevalvet lapse üle, mis võib osutada otsustavaks teguriks, et last ei saadeta hoolekandenasutusse;
- laps kohtub teiste lastega - see stimuleerib tema arengut, kui saab suhelda ka tavalastega;
- laps saab eriõpetust, treeningut ja ravi, lapsevanemal on võimalus kohtuda teiste samas olukorras olevate vanematega (Bakk & Grunewald, 1999).

Viimastel aastatel on Eestis intensiivselt tegelema hakatud puudega laste arendamise ja integreerimisega. Kahjuks peab tunnistama, et parimad spetsialistid on koondunud erilasteaedadesse ja see ei võimalda tihti tavalasteaial piisavalt tegeleda puudega lastega (Taperson, 1998).

1.3.3.1. Erilasteaed

Erilasteaedade avamisega anti puudelastele esimesed võimalused päevaseks arendamiseks ja see lõi eeldused võimalikule arengule nende individuaalsust arvestades. Nende lasteaedade puhul rõhutatakse erinevate spetsialistide poolt pakutavate teenuste tähtsust. Tõsiste puuetega laste – pimedate, kurtide, ajukahjustuse, raske vaimse alaarengu või vaimsete häirete all kannatavate laste kasvatamine toimub erilasteaias. Erilasteasutust peetakse kõige rohkem sekkuvaks arendamise võimaluseks (Põldemaa, 1995).

1.3.3.2. Erirühmad tavalasteaias

Erirühm on mõeldud nendele lastele, kes vajavad toimetulemiseks eraldatud ümbruskonda, väikest stabiilset rühma inimesi ja kindlaskujunenud režiimi. Samas vajavad puudega lapsed ka suhtlemist teiste puuetega lastega (Bakk & Grunewald, 1999).

Erirühmade süsteem võimaldab integreerida tavalasteaia lapsi, kes varem said kasutada ainult erilasteaia teenuseid. Nende rühmade olemasolu võimaldab seadusega ka vastavaid erispetsialiste (Põldemaa, 1995).

1.3.3.3. Sobitus- ja integreeritud rühmad

Sobitusrühmad on mõeldud puudega ja tervete laste koosarendamiseks, kusjuures eesmärgiks ei ole ainult puudega lapse arendamine tervete najal. Mõju on ka vastupidine – mida varasemas eas tekivad tervetel lastel kontaktid puuetega lastega, seda lihtsam on neil tunnustada puuetega inimesi ja võtta haigusi ning erisusi elu paratamatu osana.

Praeguseks eksisteerib meil paralleelselt nii erirühmade kui sobitusrühmade süsteem. Raskete puuetega laste kasvatamine on mõeldav siis, kui lasteasutus koos omavalitsusega võimaldab lapse individuaalse abistaja (Veisson, 1993). Kuna sobitus-, integreeritud rühmade süsteem on Eestis kasutusel olnud lühikest aega, siis ei ole veel kindlat ettekujutust ka riiklikul tasandil, milline peaks olema kaadri ettevalmistus nendes rühmades. Eesti Vabariigi Lastekaitseseaduse VI peatükis § 42 lõige 1 ütleb, et puudega laste (keha-, meele-, kõne- ja liitpuuded; vaimu-, närvi-, psüühika- ja käitumispuuded) õpetajad ja kasvatajad peavad olema eriharidusega ning selleks tööks sobivad (RT I 2004). Nii ütleb seadus, kuid selle täitmine on praegu mõningal määral raskendatud kuna napib eriharidusega töötajaid. Rühma töötajate ja integreeritud lapse vanemate vahel peab olema usalduslik õhkkond. Koostöös vanematega tuleb leida lapsele arendamiseks kõige soodsamad võimalused. Integreeritud rühma kaader peab olema koostöövalmis. Kõrvalekaldumatult tuleb jälgida lapsele koostatud individuaalset õppekava ja vastavalt sellel tegutsema. Töötajad lepivad omavahel kokku töö jaotuse ja soovi korral muudavad seda. Tähtis on vaba tahe puudelapsega tegelemisel, kohustuslik töö ei anna tulemusi (Põldemaa, 1995).

1.4. Integreerimist soodustav seadusandlus

1993. aasta 20. detsembril võttis ÜRO Peaassamblee vastu resolutsiooni “Standardreeglid võrdsete võimaluste loomisel puuetega inimestele”. Selle dokumendi järgi ei ole puue üksnes inimese enda, vaid samavõrd teda ümbritseva keskkonna ja ühiskonna probleem. Olles ÜRO liige on Eestil oma õigused ja kohustused sotsiaalpoliitika kujundamisel.

Eesti Vabariigi Haridusseadus teeb kohustuseks omavalitsustele pidada puuetega inimeste kohta arvestust ning korraldada nende õpetust.

Haridusseadus kohustab kohalikku omavalitsust tagama keha-, kõne-, meele- ja vaimupuuetega ning eriabi vajavate laste võimaluse õppida elukohajärgses koolis. Vastavate tingimuste puudumisel peavad riik ja kohalik omavalitsus tagama neile õppimisvõimalused selleks loodud õppeasutustes (st erikoolides) (Haridusseaduse § 14, RT I 2004). Puudlastele

mõeldud erikoolid ja erilasteaiad või –rühmad on haridussüsteemi alluvuses (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 6, p 7, RT I 2004).

Erivajadustega laste edukaks tavakooli integreerimiseks peab riik pöörama tõsist tähelepanu puuetega laste ja nende eakaaslastega suhtlemise kujundamisele. Olulise tähtsusega on varajane integratsioon ka rehabilitatsiooni ja koolivalmiduse saavutamisel. Tähtsaim ongi lapse maksimaalne võimalik arendamine ja ettevalmistamine edasiseks eluks ühiskonnas (Taperson, 1998).

Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 6 punktis 5 on öeldud, et valla- või linnavalitsus võib lasteasutuse juhataja ettepanekul moodustada vastavalt vajadusele sobitusrühmi, kuhu kuuluvad erivajadusega lapsed. Sama paragrahvi punktid 6 ja 7 sätestavad korra, kuidas toimub puudega laste vastuvõtmine sobitus- või erirühmas. Laste erilasteaeda või –rühma vastuvõtmise korral kehtestab haridusminister oma määrusega (RT I 2004).

Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 10 järgi on koolieelikute puhul kohalikul omavalitsuse täitevorganil kohustus luua oma haldusalal elavatele lastele võimalused alushariduse omandamiseks ning samas kehtestab ka vastavate rühmade suuruse lasteasutuses (RT I 2006). Ei ole võimalik töötada võrdse arvu lastega tavarühmas ja erivajadustega laste rühmas. Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 7 p 2 kehtestab erirühmadesse järgneva laste arvu:

- kehapuudega laste rühmas kuni 12 last;
- tasandusrühmas, kus käivad kõnehälvetega ja spetsiifiliste arenguhäiretega lapsed, kuni 12 last;
- arendusrühmas, kus käivad vaimse alaarenguga lapsed, kuni 7 last;
- meelepuudega laste rühmas kuni 10 last;
- liitpuudega laste rühmas kuni 4 last;
- pervasiivsete arenguhäiretega laste rühmas kuni 4 last.

Sobitusrühmas on laste suurim lubatud arv väiksem kui teistes lasteasutuse rühmades, arvestades, et üks erivajadusega laps täidab kolm kohta (Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 7, RT I 2006).

1.4.1. Rehabilitatsiooni olemus

Ajalooliselt on rehabilitatsiooni filosoofia rõhutanud pere kaasamist kompleksesse rehabilitatsiooni. Praktikud, kes töötavad keha- või vaimupuuetega inimestega kasutavad perekonda väärtusliku rehabilitatsiooni ressursina.

Rehabiliteerimine on organismi (psüühika) funktsioonide haigus- või traumajärgne taastamine sotsiaalselt rahuldava tasemini. Kaasasündinud puute korral on õigem rehabiliteerimine (Kõrgesaar, 1990).

Termin „rehabilitatsioon“ tähistab protsessi, mille eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, intellektuaalse, psüühilise ja/või sotsiaalse funktsioneerimise taset, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust. Rehabilitatsioon sisaldab arendamise ja/või taastamise, funktsiooni puudumise või funktsionaalse piiratuse kompenseerimise meetmeid. Rehabilitatsiooni üldmõiste sisaldab taastusravi, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast rehabilitatsiooni (Puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid, 1994).

Rehabilitatsiooni eesmärk peaks olema kujundada lapsest harmooniline inimene, kes kõiki oma võimeid rakendada suudab. Lapse emotsionaalne areng ning vajadused peaksid olema tähelepanu keskmes. Mida raskem on puue, seda olulisem on, et olemasolevaid võimeid arendatakse ja säilitatakse. Väga oluline on, et häire või puude diagnoosimisest alates saaksid vanemad täieliku ja tõese, kuid positiivse hoiakuga informatsiooni ja, et sellele õigel ajal järgneks spetsialistide abi (Kõrgesaar, 1990).

1.4.2. Sotsiaalhoolekande seaduse seosed rehabilitatsiooniga

27. jaanuaril 1999. aastal võttis Riigikogu vastu Puuetega Inimeste Sotsiaaltoetuste Seaduse (Puuetega Inimeste Sotsiaaltoetuste Seadus, 1999).

Vastava seaduse muudatuse 2002 § 11 järgi määratakse puuetega inimese sotsiaaltoetus ja seda makstakse isikliku sotsiaalse rehabilitatsiooniplaani kohaselt Eesti Vabariigi alalisele elanikule või tähtajalise elamisloa alusel Eestis elavale isikule abivajadust või lisakulutusi põhjustava keskmise, raske või sügava puude korral (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 11, RT I 2004).

Sotsiaalhoolekande Seaduse § 11 punkti 7 järgi on isiklik sotsiaalne rehabilitatsiooniplaan defineeritud kui sotsiaalministri määratud sotsiaalse rehabilitatsiooni asutuses isiku enda või tema seadusliku esindaja aktiivsel osalemisel koostatud kirjalik dokument, milles antakse

hinnang isiku tegevusvõimele ja esitatakse tema integreerumiseks vajaliku tegevuse eesmärgid, meetodid, maht ja sagedus ning eesmärkide saavutamise ajagraafik. Keskmise, raske või sügava puudega lapsele on toetused ette nähtud sotsiaalseks rehabilitatsiooniks ja hoolduseks (RT I 2004).

Kui varasematel aastatel käsitleti toimetulekutoetust arvestades laps-invaliidi perekonna sissetulekuna, siis praegu on puudega inimese sotsiaaltoetus mõeldud ainult sihipäraseks kasutamiseks. Paragrahv 11 punkt 1 defineerib rehabilitatsiooniteenust kui isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames:

- koostatakse isiklik rehabilitatsiooniplaan;
- osutatakse Vabariigi Valitsuse kehtestatud loetelus nimetatud ning rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid;
- juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia (RT I 2004).

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja moodustab rehabilitatsioonimeeskonna. Rehabilitatsioonimeeskond koosneb vähemalt viiest eri eriala spetsialistist, kellel on:

- riiklikult tunnustatud kõrgharidus psühholoogias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus arstiteaduses või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus tegevusteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon või muu riiklikult tunnustatud kõrgharidus tingimusel, et on läbitud Sotsiaalministeeriumi osalusel korraldatud tegevusterapeudi assistendi täienduskoolituskursus;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus õenduses või keskeriharidus õenduses või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus füsioteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon või füsioterapeudi kutsetunnistus või
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus eripedagoogikas, logopeedias või pedagoogikas või sellele vastav kvalifikatsioon (Sotsiaalhoolekande Seaduse § 11, lg 11, RT I 2005).

Uus toetuste kord ja isiklike sotsiaalse rehabilitatsiooni plaanide koostamise mõte on algatatud parimate kavatsustega – määrati vastutajad, nähti ette korrapärane rehabilitatsioon igale seda vajavale lapsele ka seal, kus see veel ei toiminud. Kuid viimasel ajal on ilmnunud, et rehabilitatsiooniplaanis soovitud läheb vastuollu elukohajärgsete tegelike võimalustega.

Rehabilitatsiooni vältimatu eeldus on arenguhäire või puude või selle tekkimise võimaluse varane äratundmine ja kui võimalik, siis ka puude põhjuse ja olemuse selgitamine. See tähendab saada teada, kas häire või puue on pärilik või kas see on muutumatu, arenev või taanduv.

Rehabilitatsiooni süsteemi loomisel ka rehabilitatsiooniteenuste pakkumisel tuleks arvestada järgmisi põhiprintsiipe:

- tegemist on pideva protsessiga;
- pikaajaline puue ei ole haigus – ei piisa ainult meditsiinilisest rehabilitatsioonist;
- autonoomia – lapse eest vastutaval täiskasvanul on endal õigus otsustada millist teenust ja kelle käest osta;
- puudega laps, tema vanemad või hooldajad on rehabilitatsiooniprotsessi aktiivsed partnerid;
- kogu rehabilitatsiooniga seonduv informatsioon peab olema kättesaadav, kergesti arusaadav ning ammendav (Kõrgesaar, 1990).

Edu aluseks on arstide, sotsiaaltöötajate, pedagoogide, psühholoogide, tegevusterapeutide ja füsioterapeutide kutsemeisterlikkus ning omavaheline koostöö ja tihedad sidemed puudega lapse perekonnaga (Taperson, 1998).

1.4.3. Kolm varajase sekkumise näidet

Järgnevalt on esitatud lühiülevaated varajase sekkumise korraldusest kolmes Euroopa riigis: Saksamaal, Portugalis ja Rootsis. Näiteid ei tuleks käsitada ettekujutusena parimast töökorraldusest vaid võimalikest variantidest, kuidas varajast sekkumist korraldada ja rakendada.

Saksamaal tegeleb puuetega lastele suunatud varajase sekkumisega üle 1000 asutuse. Asutusi käitavad peamiselt suured riiklikud fondid, näiteks Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband ja Lebenshilfe. Varajase sekkumise süsteem varieerub liidumaast sõltuvalt. Erinevused puudutavad struktuuri, rahastamissüsteemi ja vahendeid. Süsteemi kuuluvad interdistsiplinaarsed varajase sekkumise keskused, sotsio-pediaatrilised keskused, erilasteaiad, tervisepedagoogika keskused, haridus- ja perenõustamiskeskused. 1973. aastal Saksamaa Haridusameti tellimusel Otto Specki poolt koostatud puuetega laste varajase diagnoosimise ja varajase sekkumise raport pani aluse ulatusliku interdistsiplinaarse varajase sekkumise

süsteemi loomisele Baierimaal. Raport soovitas piirkondlike perekesksete ja interdistsiplinaarsete varajase sekkumise keskuste rajamist.

Baierimaal vajab varajast sekkumist 4% kuni 3-aastastest lastest. 2002. aastal pakkus 123 piirkondlikust varajase sekkumise keskusest koosnev hästitoimiv võrgustik kõigile kättesaadavat tuge; ükski keskus ei asu perest kaugemal kui 10 km. Tegeletakse 25 000 imiku ja väikelapsega, kellest pooled külastavad keskusi ja pooltega tegelevad mobiilsed meeskonnad kodus. Lastel, kelle puhul varajast sekkumist rakendatakse, on erinevaid probleeme. Kolmandik on raskete kognitiivsete või füüsiliste puuetega. Ligikaudu 14% lastest (linnades üle 25%) on immigrandid.

Varajane sekkumine, vastavalt individuaalsetele vajadustele, tähendab üht või kaht sessiooni nädalas kahe aasta jooksul. Varajase sekkumise meeskonnas töötab pidevalt keskmiselt 11 eri valdkondade terapeuti. Keskmiselt jäävad töötajad ühe keskuse juurde 5-7 aastaks; seetõttu jõuavad välja kujuneda pädevad meeskonnad. Meeskonnatöö on varajases sekkumises hädavajalik. Kõik spetsialistid täiendavad üksteist. Ekspertide vaheline koostöö nõuab igal konkreetsel juhul arvamuste ja ideede vahetust, kokkuleppeid mõistekasutuses, väärtustes, eesmärkides, erivaldkondades ja korralduslikes küsimustes.

Varajast sekkumist pakutakse tasuta ja see on kõigile kättesaadav. Keskused saavad rahalisi vahendeid iganädalaste ühe- või kahekordsete sekkumissessioonide, vanematega tehtava koostöö, interdistsiplinaarse meeskonnatöö ja keskuseväliste partneritega tehtava koostöö jaoks. Varajast sekkumist rahastavad erinevad ametkonnad: kohalikud omavalitsused, tervisekindlustussüsteem, Baierimaa Haridusministeerium ja Baierimaa Sotsiaalministeerium (Soriano, 2005).

Kuni 1980. aastate lõpuni hoolitsesid eelkooliealiste erivajadustega laste eest Portugalis peamiselt tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem. Haridusministeeriumi osa oli piiratud.

Hoolimata kasvanud vajadusest arendada teenuseid väiksematele hariduslike erivajadustega lastele oli pakutavate võimaluste hulk väga väike. Tegevus keskendus peamiselt lapse diagnoosile ja ravile sarnaselt tollal valitsenud meditsiinilisele mudelile kooliealiste laste puhul. Perele pakuti peamiselt rahalist tuge või vaimse tervisega seotud abi.

1980. aastate lõpus ja 1990. alguses algas Portugalis uus etapp varajase märkamise ja sekkumise arengus. Saadi esimesed uudsed kogemused puuetega või riskiolukorras laste eest hoolitsemisel nende esimestel eluaastatel. „Coimbra varajase sekkumise projekt“, mis põhines sotsiaal-, tervishoiu- ja haridussektori ametkondadevahelisel koostööl ning „Lissaboni varajase sekkumise projekt“ avaldasid soodsat mõju varajase sekkumise arengule kogu riigis. Projektidel oli oluline roll varajase sekkumise alase täienduskoolituse pakkujana eri

valdkondade spetsialistidele. Võib öelda, et varajase sekkumise areng Portugalis on olnud rohujuure tasandilt alanud protsess, mis on lõpptulemusena tõstnud poliitikute teadlikkust. Varajase sekkumise arengus oli juhtiv roll kohaliku tasandi spetsialistide tõhusal tegevusel. Kogu riigis hakati tegema jõupingutusi, et saadaolevaid nappe ja ebapiisavaid vahendeid integreeritud varajase sekkumise projektide nime all ametkondade koostöös ära kasutada. Rahastamist taotleti ka olemasolevatest kohaliku tasandi programmidest. Samal ajal hakkas ka haridusministeerium rakendama 0-6 aastastele puuetega lastele suunatud toetusmeetmeid. 1997. aastal käivitas ministeerium süsteemi, mille kaudu eraldati vahendeid kohalikele varajase sekkumise projektidele. Seda koostöös hariduse tugiteenuste ja eraomanduses erikoolide süsteemiga.

1999. aastal võeti vastu varajasele sekkumisele pühendatud õigusakt (ühendmäärus nr 891/99). Sellega kehtestati „Juhised varajaseks sekkumiseks puudega või tõsise arengupeetuse ohus laste puhul ja nende perede nõustamiseks“. Määrusega võttis valitsus esimest korda poliitilise seisukoha varajase sekkumise võimaluste suhtes. Alus pandi vahendite ja rahastamissüsteemi korraldusele, valdkondade vahelisele koordineerimisele ning riigi- ja erasektori asutuste koostööle. Haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem hakkasid kandma jagatud vastutust kohaliku tasandi sekkumismeeskondade, piirkondlike koordineerimisrühmade ja riiklike valdkondade vahelise rühma loomise eest.

Kuigi viimastel aastatel on tehtud suuri edusamme, seisab varajase sekkumise süsteem Portugalis silmitsi oluliste väljakutsetega ja küsimuste lahendamistega. Tähtsaimad teemad varajase sekkumise arendamisel ja selle kvaliteedi tõstmisel on Portugalis erialane kvalifikatsioon, uuringutulemused ning protsesside hindamine laste ja nende perede seisukohast (Soriano, 2005).

Rootsis valitsev lapsepõlvkäsitus peab seda arenguperioodi inimese elus ainulaadseks. Lapsepõlvel on iseseisev väärtus ja seda ei peeta üksnes täisea ettevalmistuseks. Seepärast on lasteaiaõpetajal oluline ülesanne luua lastele mänguvõimalusi.

Kohalikud omavalitsused (kokku 289) vastutavad lastehoiu, hariduse ja sotsiaalse eest kõigile inimestele. Rootsi on jagatud 20 lääniks, mida juhtivad läänivalitsused vastutavad tervishoiu eest. Varajast sekkumist võib defineerida kui sekkumispraktikat laste puhul, kes vajavad erituge alates sünnist kuni koolimine kuni 6 või 7 aastaks. Varajase sekkumise teenused on suunatud lapsele pere/lähiümbruse kontekstis. Nii kohalikud kui läänivalitsused vastutavad varajase sekkumise eest eri valdkondades ja moodustatud rühmade kaudu.

Esimesel ennetustasandil on kohalikul omavalitsusel põhivastutus kõigi laste ja perede heaolu eest ning kõigile vastuvõetavate elutingimuste tagamise eest. Teisesel tasandil on kohalikul

omavalitsusel vastutus sekkumise eest koolieelsete ja lastehoiuprogrammide raames. Kolmandal tasandil vastutab kohalik omavalitsus lastele ja nende peredele tervisliku keskkonna loomise eest. Läänivalitsus on kohustatud pakkuma tervishoiu- ja meditsiiniteenuseid esmasel ennetustasandil kõigile lastele ja peredele. Teenuse osana korraldatakse vanemate rühmatööd ja koolitust. Perekeskne lähenemine eeldab, et sekkumine toimub loomulikes igapäevaelu olukordades. Seepärast rakendatakse varajast sekkumist Rootsis peamiselt ühes kahest väikese lapse loomulikust kontekstist – perekonnas ja/või lasteasutuses/eelkoolis. Kohaliku omavalitsuse vastutusala on sekkumine eelkoolis või lasteasutuses, personaalne abistaja ja koduhooldus erituge vajavate laste ja nende perede jaoks. Läänivalitsus vastutab puuetega laste toetamise eest rehabilitatsioonikeskuste kaudu.

Rootsi ametlik puuetega laste toetamise poliitika põhineb lähenemisel, mis vastab rahvusvahelisele funktsioonipuuete ja tervise klassifikatsioonile (*International Classification of Functioning Disability and Health*, WHO, 2001). Klassifikatsioonis on inimese tervis ja terviseiga seotud tegurid liigitatud keha funktsioonide ning struktuuride, tegevuse, osaluse ja keskkonnateguritega seotud mõõdete alusel. Klassifikatsiooni põhjal saab kirjeldada Rootsis tuge vajavatele väikelastele pakutavate teenuste korraldust. Läänivalitsuste pakutavad teenused on peamiselt seotud kehafunktsioonide ja tegevustega toimetulekuga. Kui on kindlaks tehtud, et lapsel on probleemid kehafunktsioonidega, suunatakse ta meditsiiniuasutusse. Seal puutuvad laps ja tema pere kokku spetsialistidega organisatsioonis, mis töötab meditsiinilise mudeli järgi ja keskendub kehafunktsioonidele, näiteks silmakliinik, sisehaiguste kliinik või ortopeed. Kui on kindlaks tehtud, et lapse areng ei ole optimaalne ja ta ei tule tegevustega ootuspäraselt toime, suunatakse ta tegevuskeskusse. Rehabilitatsiooniteenused on suunatud puuetega lastele ja nende peredele ning toimivad „elavas dialoogis“ teenuse kasutajate ja spetsialistide vahel. Ekspertide töö on sageli korraldatud vastavalt rollile või süsteemile, mida nad peavad toetama, näiteks pere tugiisik, koolieelne konsultant. Koostöös on kõige olulisem, kuidas kooskõlastada eri süsteemides töötavate ja varajase sekkumise eri lähenemisi esindavate ekspertide soovitusi ja tegevust (Soriano, 2005).

1.4.4. Uurimistöö põhjendus

Eelnevad näited kolme Euroopa riigi põhjal andsid põgusa ülevaate varajase märkamise ja integratsiooni võimalikkusest. Eestis ei ole veel kahjuks selliseid tugevaid süsteeme suudetud leida ja rakendada. Samuti peab mainima, et hetkel ei ole need teemad Eesti uurijate tähelepanu köitnud. Samas ei saa öelda, et ei oleks uuritud erivajadustega laste õppimise võimalusi tavalasteaias ja tavakoolis.

2004. aastal viidi Tartus läbi uuring, milles osales 151 tavalasteaia õpetajat. Uuringust selgus, et tavalasteaiad ei ole valmis vastu võtma erivajadusega lapsi. Uuring näitas väga selgelt, et õpetajate ettevalmistus ei ole piisav, reaalsed tingimused puuduvad, puudulikuks jääb ka koostöö spetsialistidega, õpetajad ei ole nõus õpetama kõiki erivajadusega lapsi vaid soovivad teha valikuid sõltuvalt puudest ja selle raskusastmest. Samuti ei omata ülevaadet sellest, kui palju erivajadusega lapsi käib reaalset tavalasteaias (Kõverik, 2005). Ka 1999. aastal viidi Tartus ja Tartu maakonnas läbi sarnane uuring, kus osalesid nii kooliõpetajad kui koolijuhid. Küsitlusele vastas 100 inimest. Antud töös leiti samuti, et õpetajad tahavad teha valikuid erivajadustega lapsi õpetades. Kõige vähem taheti õpetada raske vaimupuudega (77%) lapsi, pimedaid (73%) ja kurte (69%). Kõige meelsamini õpetati õpiraskustega, üliandekaid ja kehapuudega lapsi. Samuti leidsid õpetajad, et suurimad probleemid õpetajate jaoks on: 1) erivajadusega laps jääb ilma jõukohasest õpetusest; 2) õpetajatel puudub vastav ettevalmistus (Märjamaa, 1999). Samas leiti 2003. aastal Tallinnas, et õpetajad on piisavalt saanud koolitusi (62,5%), et õpetada erivajadusega lapsi (Margus, 2003).

2003. aastal Suurbritannias läbi viidud uuring (küsitleti 43 kooli õpetajaid) näitas, et valdav enamus ankeedile vastanud õpetajatest olid kindlal seisukohal, et kui on olemas ressursid ja teadlikkus puudega lapse vajadustest, siis on võimalik ükskõik millist last integreerida tavalaste hulka. Samuti leiti, et õpetajate suhtumine erivajadusega lastesse on seotud koolituskogemusega (Morley *et al.* 2003). Mahon ja Cusack küsitlesid 2002. aastal 32 õpetajat, kes leidsid, et ka nemad on saanud vähe koolitusi (97%). Uuringus rõhutati ka füsioterapeutide ja õpetajate omavahelist koostööd, et integratsioon õnnestuks (Mahon & Cusack, 2002).

Eelpool käsitletud vastandlikud uurimistööde tulemused annavad põhjust jätkuvalt uurida seda valdkonda sügavuti ning laiendada seda üle Eesti, et tõestada või ümber lükata järgmist hüpoteesi: tavalasteaiaõpetajad ei ole professionaalselt valmis õpetama erivajadusega last tavalasteaias.

2. Uurimistöö eesmärk ja ülesanded

Eesmärk:

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on selgitada tavalasteaia õpetajate professionaalset valmidust õpetada erivajadusega lapsi Eesti tavalasteaedades.

Uurimistöö ülesanded:

1. Milline on õpetajate suhtumine erivajadusega lapse õpetamisse oma rühmas?
2. Selgitada, millised tingimused on õpetajate arvates loodud kehalise puudega lapse õpetamiseks tavalasteaias.
3. Kui palju mõjutab õpetajate pedagoogiline staaž ja koolituskogemus valmisolekut õpetada erivajadusega lapsi?
4. Milline on õpetajate nägemus füsioterapeudi rollist tavalasteaias?
5. Kui oluliseks peavad õpetajad kehalise puudega lapse integratsiooni tavalasteaeda?

3. Metoodika

Käesolev uurimistöö viidi läbi Eesti Vabariigi haldusterritooriumil asuvates tavalasteaedades. Küsitluses osalesid õpetajad 15-st erinevast Eesti maakonnast, kes õpetasid lapsi vanuses 3 kuni 7 aastat. Vastanud õpetajate keskmine vanus oli $43,60 \pm 9,44$ ($\bar{X} \pm SD$) aastat, keskmine pedagoogiline staaž $21,12 \pm 10,86$ ($\bar{X} \pm SD$) aastat. Valim oli juhuslik.

Käesoleva uurimistöö meetodiks oli ankeetküsitlus (LISA 1), mille koostas uurimistöö läbiviija. Lisas on esitatud ankeet, milles on ära näidatud, kuidas kodeeriti vastused. Ankeetküsitlust kasutati lasteaedade õpetajate hulgas andmete kogumiseks. Ankeet koosnes 19-st küsimusest, millest viiteteist kasutatakse käesolevas uurimistöös. Üheksas küsimuses oli ette antud vastusevariandid valikuvõimalustega. Kuus küsimust olid avatud, mis eeldas vastaja enda initsiatiivi küsimusele vastamiseks. Avatud küsimuste vastused jaotas uuringu läbiviija nelja kategooriasse, mis peegeldaks vastuse sisulist külge: positiivne; negatiivne; ei tea; ei vastanud. Andmete kogumiseks saadeti 2515 ankeeti 503 lasteaeda, neist saadi tagasi 854. Küsimustikud saadeti koos vastamiseks mõeldud ümbrikuga. Samuti oli lisatud metoodiline juhend, milles oli esitatud ankeetide täitmise eesmärk, kellele on ankeet suunatud ning kontaktandmed, kuhu saab pöörduda tekkinud küsimustega. Andmed koguti 2006. aasta sügisel. Ankeedid saadeti laiali ja koguti kokku Eesti Posti vahendusel.

Lisaks eeltoodule saadeti spetsiaalselt ettevalmistatud ankeet Eesti Vabariigi 15-sse Maavalitsusse. Küsitluses osales 5 Sotsiaal- ja tervishoiuosakonna juhatajat. Ankeete kasutati üldise informatsiooni saamiseks maakondade kohta (LISA 2). Saadud tulemuste põhjal tehti vastavasisuline kokkuvõtlik analüüs.

Samuti küsitleti 11 Eesti Lasteaednike Liidu koordinaatorit, kes pidid andma oma hinnangu erivajadustega laste hetkeolukorrast Eesti Vabariigis. Selleks kasutati nelja uurimistöö põhiankeedi küsimust ja kahte lisaküsimust (LISA 3). Küsimustele vastas ainult üks koordinaator. Saadud tulemuste põhjal tehti vastav analüüs.

Andmete töötlus ja analüüs teostati andmetöötlusprogrammi *STATISTICA 7.1 for Windows* abil. Tulemuste väljaselgitamiseks kasutati protsentanalüüsi, korrelatiivsete seoste selgitamiseks kasutati Spearmani korrelatsiooni.

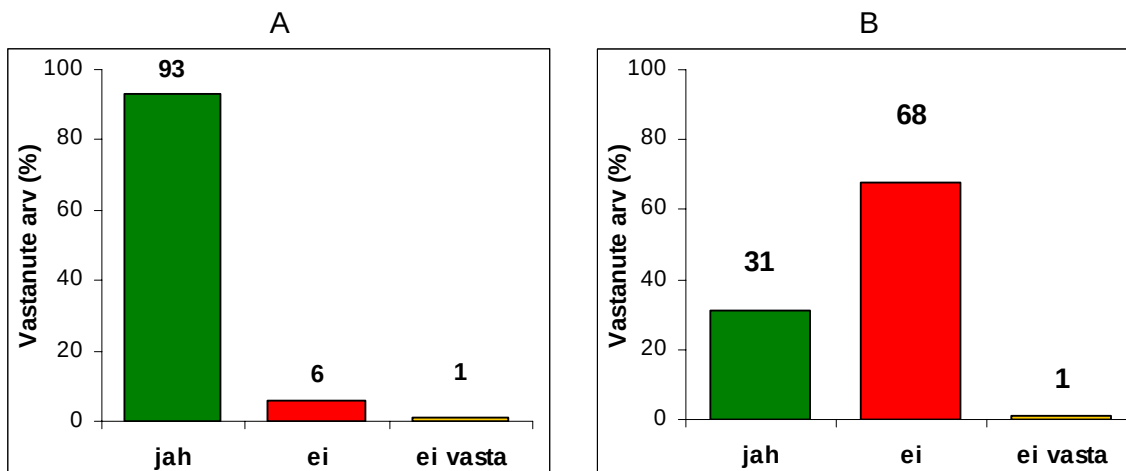
4. Tulemused

Uuringus osales 854 lasteaiaõpetajat, mis moodustab 34% oodatud vastajate arvust. Õpetajad õpetasid lapsi vanuses 3 kuni 7 aastat 503 lasteaia 15. erinevas Eesti maakonnas. Valimi keskmine vanus oli $43,70 \pm 9,93$ ($\bar{X} \pm SD$) aastat ning pedagoogiline staaž $21,06 \pm 12,20$ ($\bar{X} \pm SD$) aastat. Järgnevas tabelis on kajastatud tagastatud ankeetide hulk maakondade kaupa (tabel 1).

Tabel 1. Tagastatud ankeedid maakondade kaupa.

Maakond	Tagastatud ankeetide arv (n)
Harjumaa	98
Hiiumaa	19
Ida-Virumaa	86
Järvamaa	45
Jõgevamaa	46
Läänemaa	32
Lääne-Virumaa	62
Pärnumaa	113
Põlvamaa	31
Raplamaa	54
Saaremaa	49
Tartumaa	59
Valgamaa	41
Viljandimaa	75
Võrumaa	44

Viimase viie aasta jooksul oli 854 lasteaiaõpetajast 93% osalenud erialastel koolitustel. Samas spetsiaalselt erivajadustega lastele suunatud koolitustest olid osa võtnud ainult 31%, küsimusele jättis vastamata 1% õpetajatest (joonis 1).



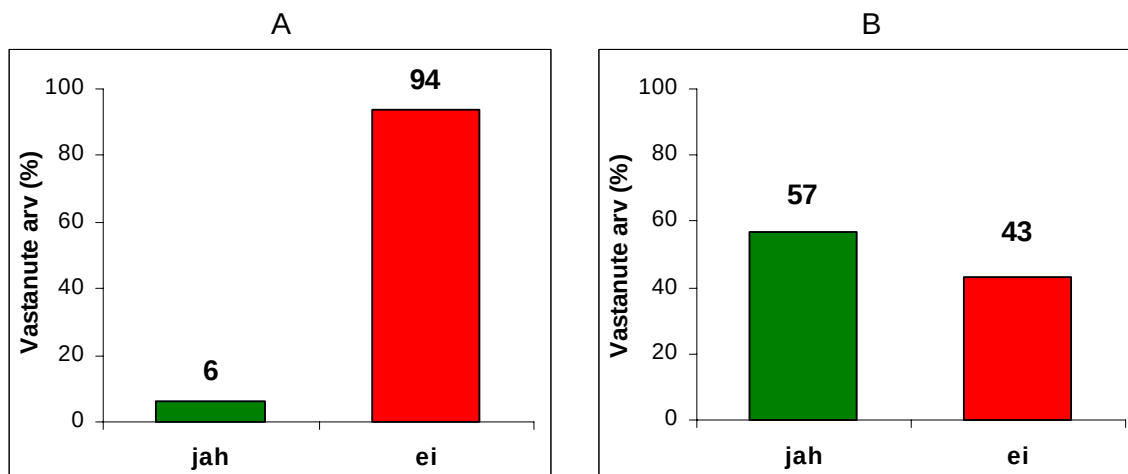
Joonis 1. A – erialastel koolitustel osalenud lasteaiaõpetajad; B – spetsiaalselt erivajadustega lastele suunatud koolitustest osa võtnud lasteaiaõpetajad.

32,2% õpetajatest on nõus õpetama kehapuudega lapsi, pisut rohkem 35,1% on seda nõus tegema erandjuhul. Erandjuhul tähendab, et õpetaja on ainult teatud tingimuste täitmisel nõus õpetama erivajadusega last. 17,1% ei ole nõus kehapuudega lapsi õpetama, küsimusele jättis vastamata 15,6%. Kõige vähem ollakse nõus õpetama sügava vaimupuudega ja kerge või keskmise vaimupuudega lapsi, keda olid nõus õpetama vastavalt 2,2% ja 14,0% vastanutest. Kõige meelsamini õpetatakse üliandekaid (59,7%) ja õpiraskustega (50,0%) lapsi. Samuti ollakse 43,4% juhtudest valmis õpetama ka kõnepuudega lapsi. Muu erivajaduse all pidasid õpetajad silmas: allergikuid; astmaatikuid; diabeetikuid; autiste; epileptikuid; rühihäiretega; muukeelseid; liitpuudega lapsi (tabel 2).

Tabel 2. Õpetajate nõusolek õpetada erivajadusega lapsi oma rühmas (n = 854).

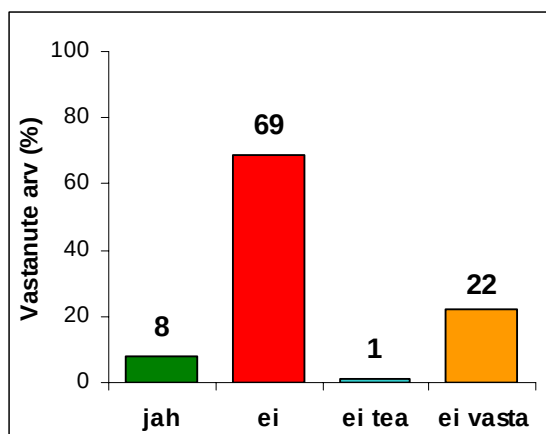
Erivajaduse liik	Jah (%)	Ei (%)	Erandjuhul (%)	Ei vastanud (%)
Raske (sügav) vaimupuudega	2,2	67,8	11,5	18,5
Kerge ja keskmise vaimupuudega	14,0	34,7	34,4	16,9
Õpiraskused	50,0	9,7	27,6	12,7
Närvi- ja psüühikahäiretega	10,3	34,7	34,6	20,4
Üliandekad	59,7	8,4	15,3	16,0
Kehapuudega	32,2	17,1	35,1	15,6
Vaegkuuljad	21,9	28,0	31,6	18,5
Vaegnägijad	19,9	29,7	32,1	18,3
Käitumishäiretega	28,6	19,3	35,7	16,4
Kõnepuudega	43,4	12,3	29,5	14,8
Muu erivajadus...	2,9	7,1	6,0	84,0

94% õpetajate hinnangul ei käi nende rühmas ühtegi kehapuudega last. Sarnane küsimus esitati arengulise erivajadusega (AEV) laste kohta. Viimasele küsimusele vastas 43% eitavalt, 57% märkis, et vähemalt üks teatud erivajadusega laps käib nende rühmas (joonis 2).

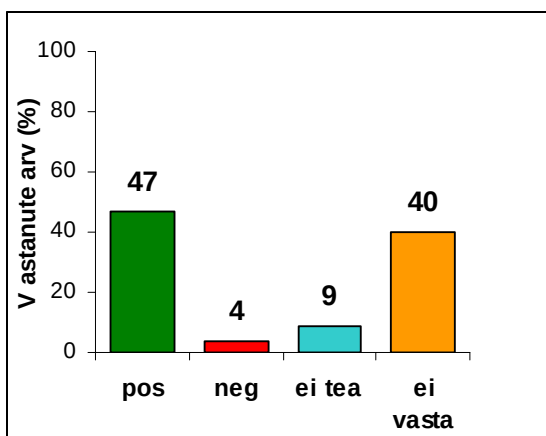


Joonis 2. A – kehapuudega lapsi rühmas; B – AEV lapsi rühmas.

69% vastanud õpetajatest peavad lasteaias valitsevaid tingimusi kehapuudega lapse õpetamiseks ebapiisavaks või puudulikuks. Ainult 8% märkisid olevat head tingimused kehapuudega lapse tulekuks tavalasteaeda. Siinkohal märgiti olevat järgmised tingimused: kaldtee; bassein; füsioterapeut; eripedagoog; õppetöö on korraldatud esimesele korrusele; loodud on liitrühm; madalad lävepakud; lift; lapsel on tugiisik (joonis 3). Samas 9% ei teadnud ja 40% ei vastanud küsimusele, mis andis õpetajatele võimaluse teha ettepanekuid olukorra parandamiseks – milliseid tingimusi oleks vaja luua, et hetkeolukorda parandada? Vastused on järgmiselt kategoriseeritud: pos – positiivne ettepanek; neg – olukorra parandamiseks ei ole vaja midagi muuta; ei tea – ei tea, mida peaks muutma; ei vasta – küsimusele jäetakse vastamata. 4% vastanutest olid seisukohal, et tingimusi ei olegi vaja parandada (joonis 4).

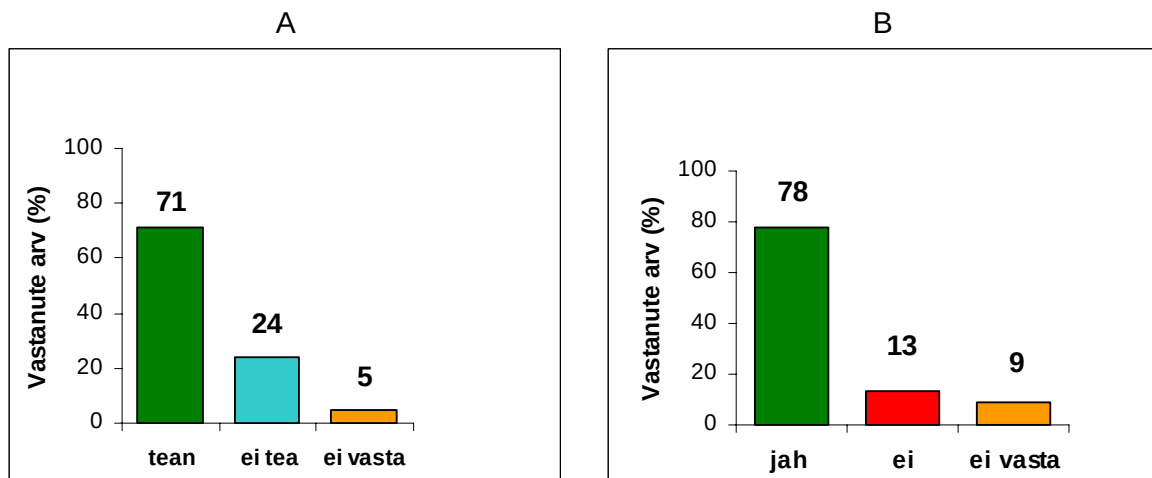


Joonis 3. Vastavate tingimuste olemasolu tavalasteaias (n =854).



Joonis 4. Õpetajate ettepanekud olukorra parandamiseks (n = 854).

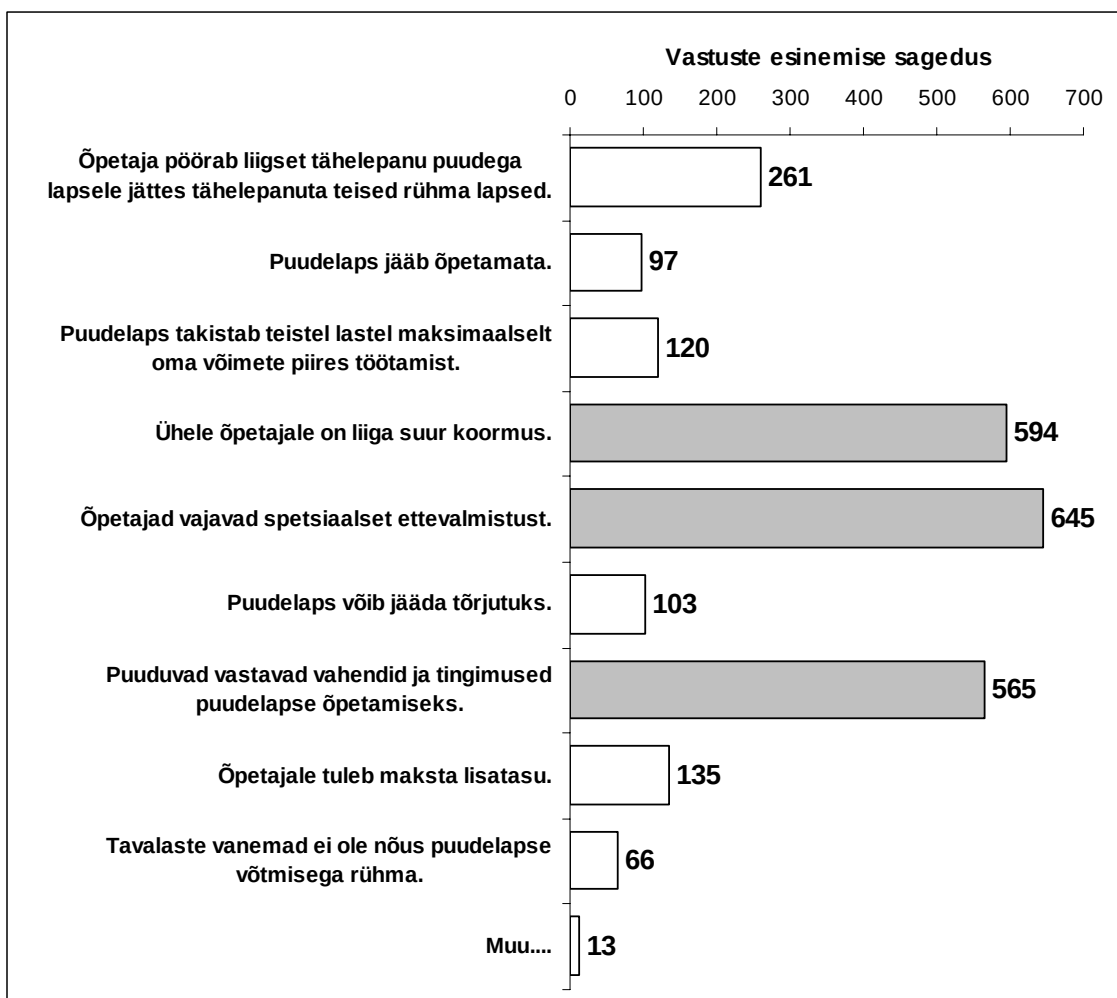
71% õpetajatest olid teadlikud, kes on füsioterapeut. 24% ei teadnud sellele küsimusele vastust. Antud küsimuse vastused olid kodeeritud järgmiselt: 0 – ei vastanud; 1 – tean vastust; 2 – ei tea vastust. Samas 78% õpetajatest on veendunud, et füsioterapeuti on vaja lasteaeda kaasata. 13% oli vastupidisel seisukohal (joonis 5).



Joonis 5. A – õpetajate teadlikkus füsioterapeudi mõistest; B – õpetajate seisukoht füsioterapeudi vajalikkusest lasteaias.

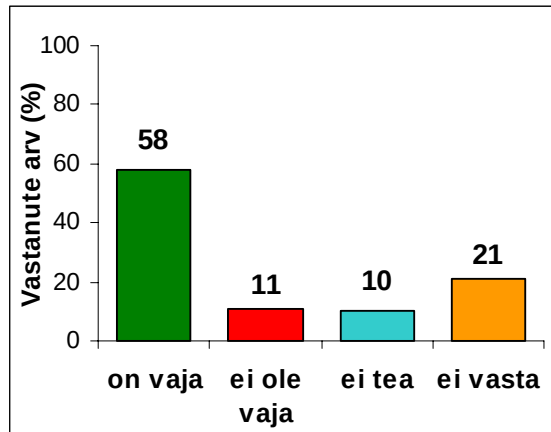
Järgnevalt on ära toodud kolm kõige suuremat probleemi, mis võivad ilmned a õpetajate hinnangul kehapuudega lapse tulekul rühma:

- 1) õpetajad vajavad spetsiaalset ettevalmistust; 2) ühele õpetajale liiga suur koormus;
- 3) puuduvad vastavad vahendid ja tingimused. Muu probleemi all pidasid õpetajad silmas: ruumipuudus; vähene kogemus; ei ole spetsialiste (joonis 6).

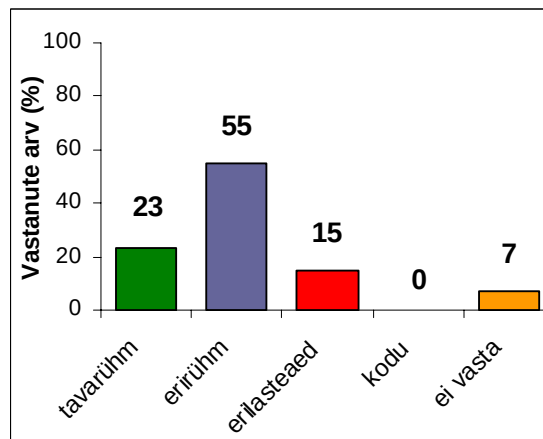


Joonis 6. Probleemid, mis võivad ilmneda õpetajate hinnangul kehapuudega lapse tulekul rühma.

58% õpetajatest peavad oluliseks kehapuudega lapse integratsiooni tavalasteaeda ning hiljem tavakooli (joonis 7), kuid meelsamini nähakse sellist last omasuguste seas ehk erirühmas (55%). Tavarühma eelistasid 23% ning erilasteaeda 15% lasteaija õpetajatest (joonis 8).



Jooni 7. Õpetajate seisukoht kehapuudega lapse integratsioonist (n=854)



Joonis 8. Lasteiaõpetajate arvamus kehapuudega laste õppimise koha kohta (n=854)

Korrelatsioonianalüüsi tulemused

Valimi suurus iga üksiku korrelatsioonikordaja leidmisel võib erineda, sest kasutatud on vaid neid vaatlusi, kus väärtused on olemas mõlema muutuja kohta. Analüüsiks kodeeriti küsimuse, kas olete nõus õpetama erivajadusega lapsi, vastused järgmiselt: 3 – jah; 2 – erandjuhul; 1 – ei.

Vaadeldes lasteaiaõpetajate vanuse seost valmisolekuga õpetada AEV lapsi selgus, et mida kõrgem on vanus seda vähem ollakse nõus õpetama erivajadusega lapsi. Väga ilmekalt on see väljendunud käitumisprobleemidega ($p<0,001$), psüühikahäiretega laste ja muude erivajaduste seas ($p<0,01$). Viimase puhul märgiti allergiat, diabeeti, epilepsiat ja muukeelsust. Samuti vähenes vanuse suurenedes raske vaimupuudega laste õpetamise valmidus ($p<0,05$) (tabel 2). Samas pedagoogilisel staažil ei ole nii tugevat statistilist seost AEV laste õpetamise valmisolekuga. Staaži kasvades väheneb teatud tüüpi AEV laste õpetamise valmisolek: raske vaimupuudega, psüühikahäiretega, kehapuudega, vaegkuuljate ja –nägijate, käitumisprobleemidega laste puhul, kuid need näitajad ei ole statistiliselt olulised (tabel 2). Analüüsi tarbeks kodeeriti küsimuse, kas olete saanud viimase 5 aasta jooksul spetsiaalkoolitusi, vastused järgmiselt: 1 – olen saanud koolitust; 0 – ei ole saanud koolitust. Uuringust selgus, et spetsiaalselt erivajadustega lastele suunatud koolitused on väga tugevas seoses raske ja kerge vaimupuudega, õpiraskustega, psüühikahäiretega, vaegkuuljate ja kõnepuudega laste õpetamisvalmidusega ($p<0,001$). Pisut väiksem seos leiti üliandekate, kehapuuetega, vaegnägijate ja käitumisprobleemidega laste õpetamise valmisolekuga ($p<0,01$). See tähendab, et kui õpetaja on saanud spetsiaalkoolitust, siis on ta ka nõus õpetama erivajadusega lapsi teatud mõõndustega (tabel 2). Uuringust ilmnes ka spetsiaalkoolituse väga tugev seos ettepanekute tegemisega tingimuste parandamiseks ($r=0,14$; $p<0,001$). Sellest tulenevalt võib väita, et need õpetajad, kes on osalenud spetsiaalkoolitustel, on ka selge nägemus, kuidas võiks lasteaia tingimusi parandada/muuta. Uuringust leiti, et kui õpetajal käib rühmas vähemalt üks AEV laps, siis suureneb valmidus õpetada psüühikahäiretega, üliandekaid ja kõnepuudega lapsi ($p<0,001$). Tugev on ka seos õpiraskustega ($p<0,05$) laste õpetamise valmisolekuga (tabel 2). Korrelatsioonikordajate abil uuriti ka erinevate puude tüüpide õpetamise valmiduse omavahelisi seoseid (tabel 3). Vastavast analüüsist ilmnes, et kui õpetaja on nõus õpetama ühte tüüpi AEV last, siis on ta ka valmis õpetama ülejäänud erivajadustega lapsi. Järgnevalt toome konkreetse näite: lasteaiaõpetaja nõusolek õpetada kehapuudega last on väga tugevas seoses vaimupuudega ($p<0,001$), käitumisprobleemidega ($p<0,001$), vaegkuuljate ja –nägijate ($p<0,001$), üliandekate ($p<0,001$) jne laste õpetamisega (tabel 3).

Tabel 2. Vanuse, pedagoogilise staaži, spetsiaalkoolituse ja AEV lapse olemasolu seos valmidusega õpetada erineva puudega lapsi, Spearmani korrelatsioonikordajad

	Raske vaimupuue	Kerge vaimupuue	Õpiraskused	Psüühika- häired	Üliandekad	Kehapuudega	Vaegkuuljad	Vaegnägijad	Käitumis- probleemid	Kõnepuue	Muu
Vanus	-0,08*	-0,01	-0,05	-0,11**	-0,05	-0,06	-0,06	-0,09*	-0,13***	-0,01	-0,26**
Vastajate arv (n)	694	708	744	678	711	719	694	695	712	725	137
Pedagoogiline staaž	-0,07	0,03	0,01	-0,05	0,04	-0,03	-0,01	-0,04	-0,07	0,03	-0,21**
Vastajate arv (n)	691	706	741	676	708	716	692	694	710	724	136
Spetsiaalkoolitus	0,16***	0,22***	0,16***	0,15***	0,10**	0,12**	0,13***	0,10**	0,10**	0,16***	0,21*
Vastajate arv (n)	692	706	741	676	708	716	692	694	711	724	137
AEV laps rühmas	0,08*	0,08*	0,12**	0,13***	0,13***	0,08*	0,06	0,09*	0,08*	0,16***	0,10
Vastajate arv (n)	696	710	746	680	713	721	696	698	714	728	137

Märkus:***, ** või * tähistavad korrelatsioonikordaja olulisust vastavalt olulisuse nivool $p < 0,001$; $p < 0,01$ või $p < 0,05$.

Tabel 3. Erinevate puude tüüpide õpetamise valmiduse omavahelised seosed, Spearmani korrelatsioonikordajad

	Raske vaimupuue	Kerge vaimupuue	Õpiraskused	Psüühika- häired	Üliandekad	Kehapuudega	Vaegkuuljad	Vaegnägijad	Käitumis- probleemid	Kõnepuue	Muu
Raske vaimupuue	1										
Kerge vaimupuue	0,51***	1									
Õpiraskused	0,27***	0,53***	1								
Psüühika- häired	0,42***	0,53***	0,53***	1							
Üliandekad	0,10**	0,33***	0,60***	0,38***	1						
Kehapuudega	0,24***	0,39***	0,42***	0,40***	0,41***	1					
Vaegkuuljad	0,22***	0,34***	0,40***	0,40***	0,38***	0,52***	1				
Vaegnägijad	0,25***	0,35***	0,39***	0,40***	0,36***	0,51***	0,84***	1			
Käitumis- probleemid	0,27***	0,39***	0,52***	0,51***	0,43***	0,42***	0,34***	0,38***	1		
Kõnepuue	0,24***	0,42***	0,48***	0,43***	0,46***	0,49***	0,54***	0,54***	0,51***	1	
Muu	0,48***	0,59***	0,60***	0,52***	0,62***	0,62***	0,54***	0,59***	0,64***	0,61***	1

Märkus:***, ** või * tähistavad korrelatsioonikordaja olulisust vastavalt olulisuse nivool $p < 0,001$; $p < 0,01$ või $p < 0,05$.

5. Arutelu

Käesolevas uuringus on kasutatud ankeetküsitluse viiteteist küsimust, sest uuringu läbiviijad pidasid seda antud töö raames kõige otstarbekamaks.

Tagastatud ankeete oli 854 ehk 34% välja saadetud ankeetidest. Sellise väikese tagastamise protsendi võisid tingida mitmed asjaolud. Üheks põhjuseks peavad uurijad võimalust, et lasteaedade juhtkond ei edastanud saadetud ankeete lasteaia õpetajatele. Teiseks võimaluseks on õpetajate endi vähene huvi antud teema suhtes kaasa rääkida ja oma arvamust väljendada. Võib arvata, et enamuses juhtudest oli ankeetide mittetäitmise põhjuseks vähene tolerantsus ja huvipuudus erivajadustega laste suhtes. Samuti peab mainima, et tagastatud ankeetide suhteliselt madal protsent ei kahanda tulemuste üldistatavuse astet oluliselt.

Viimasel ajal on hakatud palju rääkima puudega inimeste integratsioonist ja selle tähtsusest. Euroopa riikide eeskujul liigutakse ka Eesti haridus- ja sotsiaalsüsteemis põhjuskeskselt käsitluselt üha enam sekkumiskeskse käsitluse poole. Edukaks sekkumiseks ei piisa korrektsest meditsiinilisest diagnoosist, lapse vajadusi ja võimeid hindavad ka psühholoogid ja õpetajad (Häidkind, 2005). Samuti ei tohi alahinnata teiste erialade spetsialistide panust.

Varajane sekkumine tähendab tegevust ja sekkumist, mida kasutatakse erivajadustega lapse ja/või tema pere toetamisel lapse haridustee võimalikult varajases etapis (Soriano, 2005). Esimene samm selleks ongi luua võimalus käia tavalasteaias, sest puudega lapsel peavad olema terve lapsega samaväärsed võimalused hariduseks, arenemiseks ja eneseteostuseks (Lastekaitseseaduse § 52 p 2, RT I 2004). Parki ja Petersoni (2003) uuring aju arengu alal osutab, et positiivsed ja rikkad kogemused varajasest lapsepõlvest võivad positiivselt mõjutada aju arengut ning aidata lapsel õppida keelt, arendada probleemilahenduskust, luua häid suhteid eakaaslaste ja täiskasvanutega ning omandada erinevaid elus vajaminevaid oskusi. Arengut sünnist või isegi viljastumisest esimeste eluaastateni ei saa võrrelda ühegi hilisema eluetapi arenguga (Soriano, 2005). Shonkoff (2000) leiab, et sotsiaalsed ja emotsionaalsed puudujäägid võivad arengut tõsiselt kahjustada (Soriano, 2005). Puudega lapsel on samasugused vajadused nagu teistelgi lastel, pürgimine iseseisvusele on temalegi tähtis.

Koolieelse Lasteasutuse Seaduse § 14 ütleb, et kohalik omavalitsus tagab kehapuuetega (kaasa arvatud ka teiste puuetega) ning eriabi vajavatele lastele võimaluse arenemiseks, kasvamiseks ja õppimiseks elukohajärgses lasteasutuses (RT I 2004). Eesti Statistikaameti 2005. aasta andmetel on Eestis 5357 kuni 16-aastast puudega last, kes võiksid käia tavalasteaias ja tavakoolis. 2005. aasta seisuga on Eesti Vabariigi haldusterritooriumil 609

koolieelset lasteasutust. Siia alla kuuluvad lastesõimed (9), lasteaiad (516), erilasteaiad (4), lasteaed-algkoolid (63), lasteaed-põhikoolid (17) (Eesti Statistika Aastaraamat, 2006). Siinjuures tuleb jääda siiski reaalseks, sest arengulise erivajadusega (AEV) laps on ikkagi teistsugune kui tavalaps ning selle tõttu vajab ta ka teistsugust lähenemist (Correia, 1990).

2004. aastal Tartus korraldatud uuring näitas väga selgelt, et tavalasteaiad ja sealsed õpetajad ei ole valmis vastu võtma AEV lapsi (Kõverik, 2005). Käesolevast uuringust selgus samuti, et väga paljud Eesti lasteaiaõpetajad ei ole valmis õpetama AEV lapsi, sealhulgas ka kehapuudega lapsi. Oma töös leidsime, et üllatavalt vähesed lasteaiaõpetajad on osalenud koolitustel, mis on suunatud AEV laste õpetamisele. Mõnevõrra teistsugused tulemused saadi 2003. aastal Tallinnas läbiviidud uuringust, kus leiti, et 62,5% lasteaiaõpetajatest on saanud koolitusi, mis sisaldasid teemasid erivajadustega laste kohta (Margus, 2003). Samas võiks esile tuua, et uuringust osavõtjate arv oli tagasihoidlik – küsitluses osales 32 õpetajat. Seetõttu ei ole uuringu tulemused käesoleva tööga võrreldavad. Erinevalt eeltoodust leidsid Mahon ja Cusack (2002), et 97% (n = 48) õpetajatest ei ole saanud ettevalmistust õpetada AEV lapsi. Koolitus ja ettevalmistus on aga oluline eeltingimus integratsioonile – see aitab kaasa positiivse suhtumise kujundamisele ning suurendab AEV laste kaasamise arusaama (Mahon & Cusack, 2002). Kahjuks aga ei kajastu eelnevad mõtted ka Tartu Ülikooli haridusteaduskonna koolieelse lasteasutuse õpetaja põhiõppe õppekavas. Bakalaureuseõppe suunamoodulite all pakutakse erivajadustega laste õpetamisele suunatud kursusi kõigest 6 ainepunkti ja valikmoodulite all samuti 6 ainepunkti mahus („Koolieelse lasteasutuse õpetaja“ bakalaureuseõppe õppekava 2007/2008). Ka magistriõppes on võimalik saada antud kursusi valikmooduli all ainult 8 ainepunkti mahus („Koolieelse lasteasutuse õpetaja“ magistriõppe õppekava 2007/2008). Käesoleva uuringu tulemused osutavad selgelt, et pakutavate ainekursuste maht on ebapiisav tulevastele lasteaiaõpetajatele, kellel tuleb paratamatult oma igapäevatöös tegeleda ja õpetada erivajadusega lapsi. See tähendab, et juba põhiõppest alates tuleb suurendada õpetajate teadlikkust ja tolerantsust selliste laste suhtes, et vähendada hirmu ja teadmatust integratsiooni ees. Siit järeldub, et erivajadusega lastega töötamisel on olulisel kohal lasteaiaõpetajate haridus, sest pedagoog peab valdama hästi lapse- ja/või arengupsühholoogiat, mängu- ning tegevusõpetuste metoodikat, oskama leida sobivaid ja maksimaalseid arendamise võimalusi sõltuvalt lapse erivajadusest. Siinkohal tuleb rõhutada, et koolituste roll ja eesmärk on tõsta pedagoogide teadlikkust teistsugustest lastest – kuidas neile läheneda, märgata, kuidas suunata ja arendada. 2003. aastal Suurbritannias korraldatud sarnasest uuringust osavõtjad olid üheselt nõus, et õpetajate suhtumine puudega lapsedesse sõltub paljuski koolituskogemusest. Samuti pidasid sealsed õpetajad oluliseks

juhtkonna toetust ja ressursse (Morley *et al.* 2003). Sarnasel seisukohal on ka Mahon ja Cusack (2002), et vähene koolituskogemus või selle puudumine suurendab õpetajate hulgas hirmu, ärevust ja teadmatust ja see omakorda tekitab pingeid rühmas/klassis. 2003. aasta Suurbritannia uuringust ilmnas veel ka eelneva probleemi uus aspekt – õpetajal võivad olla ideed ja koolituskogemus, kuid rakendada neid ideid, teadmisi ei suudeta (Morley *et al.* 2003). Tekib küsimus, kuidas seda kõike praktikasse viia.

Siit nähtub tõsiasi, et kaasamise propageerimisega ei jõua sammu pidada tingimuste loomine AEV laste efektiivseks õpetamiseks tavalasteaia ja hiljem tavakooli tingimustes. Levinud on ekslik arusaam, et erivajadustega lapsi on vaja vähem ja aeglasemalt õpetada, mis on tegelikult nõ läbitud etapp. Vögotski 80 aastat tagasi väljendatud mõte oli: neid lapsi tuleb tavaõppega võrreldes mitte ainult vähemas mahus ja aeglasemas tempos, vaid ka teisiti õpetada (Karlep & Plado, 2005). Teisiti õpetamise tingimused on Eestis seni realiseerimata: kohandatud õppekirjandus on äärmiselt napp, lapse arengu hindamistestid on tõlkimata ja kohandamata, et üheselt ja põhjendatult analüüsida (hinnata) nii füüsilist kui vaimset arengut, võimalused rakendada abiõpetajat ja erialaspetsialiste (eripedagooge, logopeede, füsioterapeute) pole rahaliselt reaalsed, puudulikud on ka abivahendid.

Käesoleva uuringuga tuleb tõdeda, et Eesti lasteaedades ei ole vastavaid ressursse (tingimusi) ning väga paljudel õpetajatel puudub ettekujutus, kuidas olukorda võiks parandada. Tundub, et õpetajate hulgas valitseb teadmatust, milliseid tingimusi vajab kehapuudega laps, et ta saaks koos teiste lastega lasteaia viibida. Mõned näited saadud vastustest: ei oska öelda, mida ja kuidas peaks muutma; pole vajadust; liiga palju oleks vaja muuta; see on juhataja rida. Siinkohal peab jällegi juhtima tähelepanu, et vastavasisulist informatsiooni peaksid pakkuma spetsiaalsed koolitused. Selle tõestuseks on väga tugev positiivne statistiline seos spetsiaalkoolituste ja tehtud ettepanekutega. Vaatamata sellele mõõnsid mõned õpetajad, et kuna nad töötavad tavarühmas, siis ei olegi neile spetsiaalset koolitust vaja. Vastupidiselt viimasele argumendile olid paljud õpetajad nõus ja võimelised oma ideid jagama: vaja oleks tegevusterapeuti; füsioterapeuti; logopeedi; abipersonali; tugiisikut; täiendkoolitusi; erirühma avamist; liikumise abivahendeid; basseini; turvalist õueala; rühmas laste arvu vähendamist; õppetöö korraldada esimesele korrusele. Praeguse probleemse olukorra Eesti lasteaedades võib olla tekitanud tõsiasi, et spetsialistid (ja koos nendega ka tingimused) on koondunud neisse lasteaedadesse, kus on erirühmad erivajadustega lastele (Neare, 2003).

Eriõpetuse erinevatel maailmakonverentsidel on võetud juhtmõtteks, et nii lasteasutused kui ka tavakoolid peavad olema avatud igale lapsele, vaatamata nende füüsilisele, vaimsele, emotsionaalsele või muule puudele (Neare, 1998). Seda juhtmõtet toetab ka

Lastekaitseaduse § 52 p 1, mis ütleb, et kehalise või vaimse puudega lapsel on õigus elutingimustele, mis soodustavad väärkuse kujunemist, enesekindluse teket ja arengut (RT I 2004). Käesoleva uuringu andmetel peab tõdema, et ainult kolmandik õpetajaid on nõus õpetama kehapuudega lapsi oma rühmas. Kõige vähem ollakse valmis õpetama vaimupuudega ja kõige meelsamini üliandekaid või õpiraskustega lapsi. Morley *et al.* (2003) järgi on õpetajad vastupidisel seisukohal. Nende arvates pööratakse liiga palju tähelepanu õpiraskustega lastele ja füüsilise puudega lapsed jäävad tahaplaanile. Nii 2004. aastal läbiviidud uuring (Kõverik, 2005) kui ka käesolev uuring peegeldab selgesti, et õpetajad ei ole nõus õpetama kõiki AEV lapsi, vaid soovivad teha valikuid sõltuvalt puudest ja selle raskusastmest. Võttes aluseks kõne all oleva uuringu korrelatsioonanalüüsi, võime väita, et nooremapoolne (< 45 aastat), vähese pedagoogilise töö kogemusega (< 15 aastat), kuid, kes on saanud spetsiaalkoolitusi, on üldiselt nõus õpetama AEV lapsi oma rühmas. Siinkohal jõuame jälle koolituste vajalikkuseni – koolitused on baastingimused, et tõsta õpetajate teadlikkust ja tolerantsust.

Samas peab mainima, et suur osa kirjeldatavast uuringust osavõtjad pidasid kehapuudega lapse integratsiooni oluliseks ja mõistsid selle positiivset mõju kehapuudega lapse edasises arengus. Siinkohal tekib vastuolu – enamik õpetajaid peab integratsiooni küll oluliseks, kuid väga vähesed on tingimusteta nõus õpetama kehapuudega last. Samuti tekitab vastakaid mõtteid fakt, et uuringus osalejad näevad sellist last siiski erirühmas – omasuguste seas. Siinjuures tuleks nimetada probleeme, mida õpetajad näevad kehapuudega lapse tulekul tavarühma. Kõige suuremateks kitsaskohtadeks peavad õpetajad, et nad vajavad selleks spetsiaalset ettevalmistust (koolitust), ühele õpetajale on kehapuudega laps(ed) liiga suur koormus ning puuduvad vastavad vahendid ja tingimused. Ääremärkusena võib öelda, et nii õpetajate mured kui ka käesoleva töö järeldused ühtivad täielikult. Mahon ja Cusack (2002) leidsid samuti, et suureks probleemiks on õpetajate vähene koolituskogemus. Lisaks leiti, et puudega lapse õppetööd on raske siduda lapse füüsilise ravi programmi ning, et teiste laste õppetöö on häiritud.

Õpetajate mainitud kitsaskohtadest võib leida märke, et professionaalne abi on hädavajalik, et integratsioon õnnestuks. Tserebraalparalüüsiga laste integratsioonil on füsioterapeutidel väga tähtis roll (Mahon & Cusack, 2002). Vaieldamatult on füsioterapeudi osalus tähtis kõikide AEV laste arengus. Samuti on märkimist väärt asjaolu, et füsioterapeudi abi on vaja ka tervetele lastele profülaktilises mõttes, et ennetada kõrvalekaldeid lapse füüsilises arengus. Siinses töös torkab silma, et enamus lasteaiasõpetajaid teab, kes on füsioterapeut ning, et tema teenused on vajalikud. Vastakaid mõtteid tekitab aga fakt, et osad õpetajad siiski ei tea, kes on

füsioterapeut, kuid märgivad vastustes, et viimast on siiski lasteaeda vaja. Samuti peab tõdema, et suurem osa õpetajaid näevad füsioterapeudi vajalikkust alles siis, kui kehapuudega laps viibib lasteasutuses. 78% õpetajatest, kes osalesid Mahoni ja Cusacki (2002) uuringus, on teistsugusel seisukohal. Füsioterapeudid saavad aidata õpetajatel identifitseerida kõikide laste funktsionaalseid raskusi ning õpetada oskusi, kuidas õppekeskkonnas nendega toime tulla. Füsioterapeudid saavad neid kitsaskohti siduda oma raviplaaniga ja samal ajal ka konsulteerida õpetajaid. Kirjandusest võib kahjuks leida viiteid, et õpetajatel ei ole igapäevaselt aega juhendada füsioterapeutide soovitustest (Sandler, 1997). Ka siinses uuringus ilmnes, et õpetajad ei ole teadlikud, millist teavet ja abi nad võivad füsioterapeutidelt loota ja saada. Üksteise mittemõistmine ja rollide ebaadekvaatne paikapanemine on viinud tõsiasjani, et õpetajad ja füsioterapeudid omavad erinevaid tõekspidamisi (Mahon & Cusack, 2002). Mahon ja Cusack (2002) väidavad veel, et füsioterapeutide ja õpetajate omavaheline koostöö tõstab teadlikkust ning abistamise/õpetamise võimet. Samuti võiks viimastel olla ühiseid koolitusi.

Wolfenberger rõhutab keskkonna kohandamise tähtsust puudega inimese vajadustele ning märgib, et puudega inimest ei tohiks pidada ühiskonnas erinevaks – teda ei tohi isoleerida (Rääk, 1994). Integratsioon ei tähenda, et puuetega inimestel lastakse lihtsalt teiste seas olla. See on planeeritud ja läbimõeldud moodus võimaldada neil areneda koos eakaaslastega, arvestades nende individuaalseid eripärasid. Kõigepealt on vaja märgata, et lapse areng kulgeb mõnevõrra erinevalt eakaaslaste omast. Seda paneb tavaliselt tähele lapsevanem, perearst või lasteaiaõpetaja. Lasteaedades on kohustuslik hinnata (kirjeldada) kõikide laste arengut kolmes valdkonnas: füüsiline; sotsiaalne; vaimne, 1-2 korda aastas (Häidkind, 2005). Kas seda tehakse, millises mahus ning, millise kvaliteediga seda tehakse, jääb edaspidiseks uurimiseks. Samuti võiks tõstatada küsimuse, kas seda kõike ei võiks teha vastava eriala spetsialistid koostöös õpetajaga?

Püüelda tuleks individuaalsuse suunas, kus puudega isik tegutseb koos eakaaslastega, kellel ei ole puuet (Lindov, 2001). Suurbritannias on selleks välja töötatud kolm tegevuste astet: 1) individuaalne tegevus (mäng); 2) kõik mängivad sama mängu, kuid igaüks eraldi; 3) kõik lapsed mängivad koos (Morley *et al.* 2003). Sellises süsteemis on võimalik ükskõik millist AEV last integreerida tegevustesse koos tavalastega (Morley *et al.* 2003). Integratsioon koolieelses eas tähendab AEV laste leidumise väljaselgitamist, info saamist kohaliku omavalitsuse tasandil. Siinse töö läbiviijad pöördusid samuti 15 erineva maakonna Sotsiaal- ja tervishoiuosakonna juhatajate poole, et saada uuringu tarbeks taustinformatsiooni. Ankeete saadeti kaks korda, sest esimesel saatmisel vastasid ankeetidele üllatavalt vähesed

maavalitsused. Teistkordsel saatmisel saadi vastuseid kokku ainult viielt maakonnalt. Ülejäänud ei omanud vastavasisulist teavet ning uuringu läbiviijad suunati edasi Tööturuametisse, Statistikaametisse, Puuetega Inimeste Kodadesse, lastekaitse spetsialistide poole. Ühelt poolt oli küsitluse eesmärk saada informatsiooni ning teiselt poolt hinnata kohalike omavalitsuste teadlikkust oma haldusterritooriumil toimuvast. Saadud tulemuste põhjal võib väita, et väga paljud kohalikud omavalitsused ei oma täpset ülevaadet puuetega inimeste hetkeolukorrast või ei suudeta/taheta süveneda andmetesse, mida võiks jagada laiemale üldsusega. Samuti püüdsime informatsiooni saada Eesti Lasteaednike Liidu 11-lt koordinaatorilt, mille eesmärk oli sarnane eelpool mainitule. Küsitlusele vastas ainult üks koordinaator, kes oli seisukohal, et ainult üks erivajadusega laps võiks käia tavarühmas (eeldusel, et on olemas tugiisik), kehapuudega lapsed peaksid käima erilasteaias, sest ressursse ei jätku, et paigutada neid erinevatesse tavalasteaedadesse, tavalasteaeda ei ole füsioterapeuti vaja. Eeltoodust nähtub, et mitte ainult lasteaiaõpetajate vaid ka nende töö koordineerijate hulgas valitseb teadmatus ja vähene tolerantsus puuetega lastesse. Siinkohal tekib küsimus, millisest „lülis“ peab Eesti Vabariigis tolerantsuse tõstmist alustama? Tundub, et siinse töö valim on ainult jäämäe tipp.

Integratsiooni võrgustiku esimeseks lüliks oleks sünnitusmaja, lapsevanemad, perearst, kohaliku omavalitsuse sotsiaalnõunik (Neare, 1998). Käesolevas uuringus arvas enamik õpetajaid, et nende rühmas ei käi ühtegi kehapuudega last, pisut alla poolte vastanutest arvas, et nende rühmas ei käi ka mitte ühtegi AEV last. Siin on oluline mõista, et saadud tulemused ei pruugi olla päris objektiivsed. Põhjusi võib olla mitmeid – õpetajad ei oma ülevaadet, kas ja millised AEV lapsed võivad nende rühmas käia, sest koostöö lapsevanematega pole piisav. Samuti ei pruugi olla last uuritud ega talle tema kolmandaks eluaastaks diagnoosi pandud. 2004. aasta uuring tõestas, et õpetajatel ei ole täielikku informatsiooni AEV laste arvu kohta rühmas. Huvitav on tõdeda, et kõigi arvutuste kohaselt käis õpetajate hinnangul 2004. aastal Tartu linna tavalasteaedades kokku 569 AEV last, neist 50 märgiti olevat kehapuudega. Samas, Tartu linnavalitsuse andmetel käis 1. septembri 2004 aasta seisuga Tartu linna koolieelsetes lasteasutustes kokku 683 AEV last, neist 48 märgiti olevat kehapuudega (Kõverik, 2005). Saadud tulemused kirjeldavad ilmekalt, kui ebaküps on lastevanemate ja õpetajate koostöö. Selline puudulik info ja teadmatus lähtub tõsiasjast, et suuresti sõltub integratsioon eri sektorite asjatundlikkusest, huvist ja koostöövalmidusest.

Eesti Vabariigi seadusandlus on piisav erivajadustega laste arendamiseks ja vastavate võimaluste loomiseks. Lisaks sellele on vaja luua seadusandlust toetav majanduslik baas. Edukas integreerimine nõuab eri valdkondade head koostööd - vajalik on

Haridusministeeriumi, Sotsiaalministeeriumi, kohalike omavalitsuste ja erialaspetsialistide edukat koostööd. Iga ametkond peaks kõrvalekaldumatult täitma temale seadusega pandud ülesandeid, tehes koostööd kõigi osapooltega. Oluline on aru saada, et integratsioon hakkab tõeliselt toimima alles siis, kui kõik AEV lastesse puutuvad instantsid ja erialaspetsialistid võtavad võrdse vastutuse nende laste eest.

Käesoleva uurimistöö põhjal võime anda järgmised praktilised soovitused:

Anda lasteaia õpetajatele suuremad võimalused osaleda spetsiaalkoolitustel, mida korraldavad eripedagoogika ja pedagoogika teaduskond, Puuetega Inimeste Koda (nende alaliidud), Füsioterapeutide Liit, Tegevusterapeutide Liit jne. See tähendab, et lasteaia õpetaja kui spetsialist võiks koos teiste erivajadusega lastega seotud spetsialistidega saada ühiseid koolitusi, et kujundada ühist arusaama mõistetest, saada põhiteadmisi erivajadusega ja erivajaduseta imikute ja väikelaste arengust ning teadmisi peresekkmisest koos vajaliku teooriataustaga. Samuti peaksid koolitused pakkuma värskemate uurimuste kohta varajase märkamise, integratsiooni, olukorra hindamise, töömetoodika vms alal.

Suurendada koostööd õpetajate ja lastevanemate vahel, et õpetajad saaksid parema ülevaate erivajadusega laste olemasolust oma rühmas või lasteaias. Samuti saaksid õpetajad kasutada lapsevanemaid kui konsultante ja kui kõige paremaid „spetsialiste“ oma igapäevase õppetöö planeerimisel ja töömetoodika valimisel.

Koolieelsetes lasteasutustes võiks korraldada perepäevi või teabepäevi, et suurendada lastevanemate teadlikkust erivajadusega laste olemasolust tavalasteaias ning selle läbi suurendada nii lastevanemate kui laste tolerantsust.

Suurendada koostööd kohalike omavalitsuste ja koolieelsete lasteasutuste vahel, et leida võimalusi, kuidas erivajadusega lapsi paremini integreerida tavalasteaeda.

6. Järeldused

1. Õpetajate suhtumine erivajadustega laste õpetamisse sõltub lapse erivajadusest ja selle raskusastmest.
2. Õpetajate hinnangul on lasteaedades puudulikud tingimused kehapuudega lapse õpetamiseks.
3. Koolituskogemus on väga tugevas positiivses seoses valmidusega õpetada erivajadusega lapsi.
4. Enamus õpetajaid näevad füsioterapeudi vajalikkust tavalasteaias alles siis, kui kehapuudega laps viibib lasteaias.
5. Õpetajad peavad kehalise puudega lapse integratsiooni tavalasteaeda väga oluliseks, kuid näevad sellist last pigem erirühmas.

7. Kasutatud kirjandus

1. Ainjärv, K., Kelder, H. (1995), Koolikorralduslike õigusaktide kogumik, Kultuuri- ja haridusministeerium, Tallinn.
2. Autio, S., Palo, J., Aittokallio, M., Turunen, S. (1987), Kehitysvammaisuus, Porvoo.
3. Badaljan, L. C. (1982), Nevropatologija.
4. Bakk, A. Grunewald, C. (1999), Vaimupuudega inimeste hoolekandest, Tallinn.
5. 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.
6. Correia, S. (1990), Occupational Therapists` Reference Book 1990, London.
7. Eesti Entsüklopeedia V (1990), Tallinn.
8. Eesti Entsüklopeedia VII (1994), Tallinn.
9. Eesti Statistika Aastaraamat (2006), Statistikaamet, Tallinn.
10. Haridusseadus, RT I 2004.
11. Häidkind, P. (2005), Varajane sekkumine, Haridus 8.
12. Ippolitova, M. V., Babenkova, R. R., Mastjukova, S. M. (1980), Vospitaniye detei s tserebralnõm paraligom v semje.
13. Karlep, K., Plado, K. (2005), Erivajadustega laps eile, täna, homme, Haridus 8.
14. Kiis, K. (1999), Puudelaste perede sotsiaalne toimetulek Tartu linnas, diplomitöö, Tartu Ülikooli Avaliku halduse ja sotsiaalpoliitika osakond, Tartu.
15. Koolieelse lasteasutuse õpetaja bakalaureuseõppe õppekava 2007/2008, kinnitatud ülikooli nõukogus 28.02.2003.
16. Koolieelse lasteasutuse õpetaja magistriõppe õppekava 2007/2008, kinnitatud ülikooli nõukogus 25.11.2005.
17. Koolieelse Lasteasutuse Seadus, RT I 2002.
18. Koolieelse Lasteasutuse Seadus, RT I 2004.
19. Koolieelse Lasteasutuse Seadus, RT I 2006.
20. Kulderknap, E. (1999), Laps on peagi koolilaps, Tallinn.
21. Kõrgesaar, J. Veskiäli, T. (1987), Eripedagoogika Eestis, Tartu.
22. Kõrgesaar, J. (1990), Eripedagoogika terminoloogia, Tartu Ülikool, Eripedagoogika osakond, Tartu.
23. Kõverik, K. (2005), Tartu linna lasteaedade valmisolek kehalise puudega laste õpetamiseks tavalasteaias, bakalaureusetöö, Tartu.
24. Lastekaitseadus, RT I 2004.

25. Lindov, E. (2001), Puudega laste integreerimine tavalasteaeda, diplomitöö, Tallinn.
26. Mahon, J., Cusack, T. (2002), Physiotherapists` Role in Integration of Children with Cerebral Palsy into Mainstream Schools, Physiotherapy, vol 88, no 10, 595-604.
27. Malofejeva, N. N. (1985), Harakteristika leksitšeskovo zapasa u ugašijsja s tserebralnõm paraligom, defektologija.
28. Mamaitšuk, I. I., Pjatakova, G. V. (1990), Issledovaniya litšnostnõh osobennostnei detei s detskim CP – om, defektologija.
29. Mamaitšuk, I. I., Pjatakova, G. V., Jakovlev, N. M. (1991), Psihofisiologitšeskaja otsenka s CP – om, defektologija.
30. Margus, K. (2003), Vaimupuudega laste integreerimine lasteaiata tavarühma, diplomitöö, Tallinna Pedagoogiline Seminar.
31. Morley, D., Bailey, R., Cook, J. T., Cook, B. (2003), Inclusive Physical Education: teachers` views of including pupils with Special Educational Needs and/or disabilities in Physical Education, European Physical Education Review, vol 11, no 1, 84-107.
32. Mägi, E. (1997), Õpetuslikud erivajadused. Integratsiooni tasand ja vormid puuetega laste õpetamisel. Eesti Õpetajate Liidu konverentsi „Võrdsed võimalused hariduses“, seminar „Isiksuse toimetulek demokraatlikus ühiskonnas“, Tallinn, 20-22 aug.1997.
33. Märjamaa, P (1999), Võimalusi hariduslike erivajadustega laste õppe korraldamiseks: õpetajate ja koolijuhtide arvamus, lõputöö, Tartu.
34. Neare, V. (1998), Integreerimisega on vaja alustada võimalikult vara. Hariduslikud erivajadused, Tartu Ülikool.
35. Neare, V. (2003), Erivajadustega koolieelikute integreeritud arendamisest, Haridus kõigile, konverentsimaterjalid.
36. Plado, K. (1997), Erivajadustega laps tavakooli, Haridus 6.
37. Porter, L. (2002), Educating Young Children with Special Needs, London.
38. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhendid (1999), Tartu Ülikool.
39. Puuetega Inimeste Sotsiaaltoetuste Seadus, RT I 1999.
40. Puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid (1994), Eesti Puuetega Inimeste Koda, Tallinn.
41. Põldemaa, K. (1995), Vaimupuudetöö sotsiaaltöö kontekstis, magistritöö, Tallinn.
42. Rääk, R. (1994), Õpilaste ja õpetajate hoiakutest puuetega lastesse ja nende tavakooli integreerimisse, lõputöö, TPÜ.
43. Saliste, V. (1996), Mõnda EEL-i kujunemisest, Eripedagoogika 3.

44. Sandler, A. G. (1997), Physical and Occupational Therapy Services: Use of a Consultative Therapy Model in the Schools, Preventing School Failure, vol 41, no 4, 164-167.
45. Soriano, V. (2005), Varajase märkamise ja sekkumise olukorra analüüs. Võtmetegurid ja soovitused. Projektiraport, Euroopa Eripedagoogika Arendamise Agentuur.
46. Sotsiaalhoolekande Seadus, RT I 2004.
47. Sotsiaalhoolekande Seadus, RT I 2005.
48. Sotsiaalhoolekande Seadus, RT I 2007.
49. Stelmach, T. (2006), Epidemiology of Cerebral Palsy and Unfavourable Neurodevelopmental Outcome in Child Population of Tartu City and County, Estonia: Prevalence, Clinical Features and Risk Factors, doktoritöö, Tartu Ülikool.
50. Suislepp, K. (1996), Lastekaitse muutuvus ühiskonnas, Teadusartiklite kogumik, Tallinn.
51. Talvik, T. (1998), Tserebraalparalüüs – müüt ja tegelikkus, Tartu.
52. Taperson, K. (1998), Teisele emale, Tallinn.
53. Tervis 21 WHO Euroopa „Tervis kõigile“ raampoliitika (2000).
54. The Psychological Corporation Limited 1989-1990 Catalogue (1990), Kent.
55. Tulva, T. (1994), Eesti sotsiaaltöö küsimusi, Tallinn.
56. Vanemahüvitise Seadus, RT I 2007.
57. Veisson, M. (1997), Puudelaps ja ta perekond, Haridus 6.
58. Viiralt, I (1996), Puudelaps pereuuringute keskmes, Tallinn.
59. Viks, M. (1999), Töid eripedagoogikast XV, Tartu Ülikool.
60. Walburg, W. R. (1998), Vaimupuude pedagoogika alused, Tartu.

SUMMARY

THE PREPAREDNESS OF THE ESTONIAN KINDERGARTEN TEACHERS TO TEACH DISABLED CHILDREN IN ORDINARY KINDERGARTENS

Kadri Kõverik

Some time ago there were no disabled people in society – the problems were made inexistent by just ignoring them. Nowadays the existence of such people is more and more acknowledged and during the last decade there has been a lot of discussion on including disabled people into the society as soon as possible. Yet this field has not received much attention from the researchers in Estonia.

The aim of the present study was to analyse whether the Estonian kindergarten teachers are prepared to teach physically disabled children in ordinary kindergartens.

The target group for the survey included 854 kindergarten teachers from 15 different counties in Estonia who taught children age 3 to 7. The study method was a questionnaire, which consisted of 19 questions. The questionnaire were used among the kindergarten teachers in order to collect data.

The result of the study showed that the last five years 1/3 of the kindergarten teachers in Estonia had not recieved special training for teaching special needs children. Most of the teachers are convinced that there are not any physically disabled children in their kindergartens. Furthermore, half of the teachers are also convinced that there are not any children with developmental special needs. But the study of the 2004 in Tartu certified that these allegations can not be very objective (Kõverik, 2005). Training and preparation are important prerequisites on integration, promoting positive attitudes and increasing understanding of inclusion (Mahon & Cusack, 2002). This study refered that only third of the respondents were most willing to teach physically disabled children. Correlation analyse showed also very positive connection between special training and alacrity to teach special needs children ($p < 0.001$). Karlep and Plado (2005) reported, it is very important to understand that these children must teach differently. Unfortunately in Estonia these teaching terms are inadequate. According to the teachers participated in the study there are dissatisfactory conditions in their kindergartens to teach physically disabled children. And only 47% of them suggested what should be do to solve existing situation. This study revealed teachers' concerns when physically disabled children comes in the ordinary kindergarten. The biggest problems were: they need special preparation; there are inadequate teaching conditions; it is

too big stress for one teacher. These problems indicate the need of professionals like physiotherapists. Physiotherapists are essential figures in aiding integration of children with disabilities. Their role includes teachers' education and the facilitation of the children's physical participation in classes (Mahon & Cusack, 2002). In this study most of the teachers are aware of necessity of physiotherapists in kindergarten.

A considerable number of teachers are also aware of integration and they know how important it is for further development of disabled children. But almost half of the respondent were willing to have a physically disabled children only in a special group.

Derived from the study it is possible to affirm that the Estonian kindergarten teachers have insufficient preparation for teaching disabled children. There are many unsolved problems and cooperation between different specialists are deficient. There are needs for further researches to explain importance of integration more severely and to announce the situation of the special needs childrens' fundamental education in Estonia.

ANKEET EESTI LASTEAEDADE ÕPETAJATELE

Ankeedi number.....(märgib ankeedi koostaja)

- 1) Sugu 0 M 1 N
- 2) Vanus
- 3) Pedagoogiline staaž
- 4) Maakond, kus Te töötate1 - 15.....
- 5) Kas olete viimase viie aasta jooksul osalenud erialastel täiendkoolituskursustel?
- 1 Jah 0 Ei
- 6) Kas olete osalenud täienduskoolituskursustel, mis on suunatud spetsiaalselt erivajadustega lastega õpetamisele/tegelemisele?
- 1 Jah 0 Ei
- 7) Kas hetkel käib AEV (arengulise erivajadusega) lapsi Teie rühmas? Palun märkige rist sobivasse tulp.

AEV	1 JAH	0 EI
7.1. Raske vaimupuudega		
7.2. Kerge ja keskmise vaimupuudega		
7.3. Õpiraskustega		
7.4. Närvi- ja psüühikahäiretega		
7.5. Käitumishäiretega		
7.6. Kehapuudega		
7.7. Vaegkuuljad		
7.8. Vaegnägijad		
7.9. Kõnepuudega		
7.10. Üliandekad		
7.11. Muu erivajadus...		

8) Kus peaks Teie arvates kehalise puudega laps õppima? Märkige rist sobiva vastuse juurde.

1 tavalasteaia tavarühmas
3 erilasteaia

2 tavalasteaia erirühmas
4 kodus

9) Kas Te olete nõus õpetama AEV lapsi oma rühmas? Palun tehke rist vastavasse lahtrisse.

AEV	3 JAH	2 ERANDJUHUL	1 EI
9.1. Raske vaimupuudega			
9.2. Kerge ja keskmise vaimupuudega			
9.3. Õpiraskustega			
9.4. Närvi- ja psüühikahäiretega			
9.5. Käitumishäiretega			
9.6. Kehapuudega			
9.7. Vaegkuuljad			
9.8. Vaegnägijad			
9.9. Kõnepuudega			
9.10. Üliandekad			
9.11. Muu erivajadus...			

10) Millised tingimused on Teie lasteaia loodud õpetamaks kehalise puudega lapsi? Palun kirjeldage.

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

11) Milliseid tingimusi oleks vaja muuta või luua, et olukorda parandada? Palun kirjeldage.

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

12) Kas Teie lasteaia õpivad kehalise puudega lapsed tavarühmas, sobitusrühmas või erirühmas? Märkige rist vastavasse kasti.

1 tavarühmas

2 sobitusrühmas

3 erirühmas

13) Kuidas arendatakse Teie lasteaia kehalise puudega laste kehalisi võimeid? Palun kirjeldage.

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

14) Kas Te oskate öelda, kes on füsioterapeut?

0 ei tea

2 inimene, kes teostab füüsilist ravi

2 inimene, kes tegeleb kehaliste harjutustega

2 inimene, kes teostab füsioterapeutilist hindamist

1 inimene, kes teostab füsioterapeutilist hindamist, füüsilist ravi ning tegeleb kehaliste harjutustega

15) Kas Teie arvates on vaja lasteaeda kaasata füsioterapeuti?

1 Jah

0 Ei

16) Millised võiksid olla füsioterapeudi ülesanded?

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

17) Kas Teie arvates oleks vaja lasteaeda kaasata mõnda muud spetsialisti – keda ja miks?

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

18) Millised probleemid võivad tekkida, kui kehalise puudega laps tuleb Teie rühma? Palun märkige rist JAH lahtrisse, kui see on Teie jaoks probleem ja EI lahtrisse, kui olete vastupidisel seisukohal.

PROBLEEM	1 JAH	2 EI
18.1. Õpetaja pöörab liigset tähelepanu puudega lapsele jättes tähelepanuta teised rühma lapsed.		
18.2. Puudelaps jääb õpetamata.		
18.3. Puudelaps takistab teistel lastel maksimaalselt oma võimete piires töötamist.		
18.4. Ühele õpetajale on liiga suur koormus.		
18.5. Õpetajad vajavad spetsiaalset ettevalmistust.		
18.6. Puudelaps võib jääda tõrjutuks.		
18.7. Puuduvad vastavad vahendid ja tingimused puudelpse õpetamiseks.		
18.8. Õpetajale tuleb maksta lisatasu.		
18.9. Tavalaste vanemad ei ole nõus puudelpse võtmisega rühma.		
18.10. Muu....		

19) Kas Teie arvates on kehalise puudega lapse integratsioon tavalasteaeda oluline? Kui jah, siis miks?

POSITIIVNE VASTUS – 1

NEGATIIVNE VASTUS – 2

EI TEA – 3

EI VASTANUD - 0

LISA 2.**ANKEET EESTI MAAVALITSUSTE SOTSIAAL- JA
TERVISHOIUOSAKONNA JUHATAJATELE**

MAAKONNA ANDMED 2004 – 2005 AASTA SEISUGA	
Elanike arv	
Puuetega inimeste arv	
Puuetega laste arv	
Elanike keskmine sissetulek	
Registreeritud töötute arv	
Registreeritud töötajate arv	

VALDADE ANDMED 2004 – 2005 AASTA SEISUGA	
Valdade arv	
Elanike arv valdades	
Puuetega inimeste arv	
Puuetega laste arv	
Elanike keskmine sissetulek	
Registreeritud töötute arv	
Registreeritud töötajate arv	

LINNA/LINNADE ANDMED 2004 – 2005 AASTA SEISUGA	
Linnade arv	
Elanike arv linnades	
Puuetega inimeste arv	
Puuetega laste arv	
Elanike keskmine sissetulek	
Registreeritud töötute arv	
Registreeritud töötajate arv	

LISA 3.

KÜSIMUSTIK EESTI LASTEAEDNIKE LIIDU KOORDINAATORITELE

- 1) Kui palju lasteaedasid on Teie andmetel hetkel Eesti Vabariigi haldusterritooriumil?
- 2) Kas erivajadusega laps võiks käia tavalasteaias? Kui jah, siis miks?
- 3) Milliseid tingimusi oleks vaja luua lasteaedadesse, et vastu võtta kehapuudega lapsi?
- 4) Milline instants peaks sellega tegelema?
- 5) Milliseid erinevaid spetsialiste oleks vaja kaasata lasteaedade töösse?
- 6) Kas füsioterapeudil on olemas roll tavalasteaias? Kui jah, siis milline?