

Erivajadustega laste arendamis –ja rehabilitatsioonivõimalused

Lapse ja vanematevahelist põhjapanevat suhet võib segada lapse puue. Lapsel võib olla kahjustus, mis ajab ta pingesse, ta karjub ja teda on raske rahustada. Lapse ja vanema vahelise suhte kujunemisele avaldab mõju ka lapsevanema seisund (Selikowitz 2003). Olenemata sellest, kui hästi õpivad vanemad järgnevatel aastatel oma lapse seisundiga toime tulema, on algus väga raske.

Rehabilitatsiooniteemat puudutades räägime erinevate rehabilitatsiooniteenuste osutamisest.

Rehabilitatsiooniteenus – isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames koostatakse isikule PISTS-is sätestatud nõuetele vastav isiklik rehabilitatsiooniplaan alla 18 aastastele isikutele kehtivusega 1-3 aastat ja täisealistele puudega isikutele kehtivusega kuni 3 aastat (RT I 89, 603).

Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse isiku toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekud (kodu)- keskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks (Medar 2007).

Lapse erivajadustele tähelepanu pööramata võib olukord soodustada sekundaarsete puuetetekkimist. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine ongi riigi tervishoiukorralduse lahutamatu osa. Rehabilitatsioon on toimetuleku huvides meditsiiniliste, psüühiliste ja sotsiaalsete ning hariduslike abinõude rakendamine kaotatud funktsioonide kompenseerimiseks või taastamiseks ja tegevusvõime parandamiseks. Lastel puhul käsitletakse rehabilitatsioonina komplekset arendusravi. Igal lapsel Eestis on õigus saada parimat, tema erivajaduse või puude kohast abi (Talvik, Stelmach 2000). Iga lapsega on vaja tegelda nii tema eluliste vajaduste rahuldamise kui psühhosotsiaalse arengu seisukohalt peale tema sünni. Puude olemasolu korral tähendab rehabilitatsioonitegevus sobivate abinõude rakendamist peale sünni või kahjustuse avastamist, s. o. esimestel elupäevadel või otsekohe pärast puuet põhjustava haiguse, trauma või muude tegurite ilmumist (Soriano 2003, Kallavus 2007).

Rehabilitatsiooniplaanis on näidatud lapse senised saavutused ja määratletud need valdkonnad, milles on olulisemaid puudujäike. Plaani tähtis osa on tegevuskava, kus fikseeritakse toimetulemiseks vajalikud rehabilitatsiooni- ja toetavad teenused ning abivahendid.

Rehabilitatsioonitöö on meeskonnatöö, millesse on kaasatud mitmed erialaspetsialistid: füsioterapeut, arst, perearst, eripedagoog, logopeed, tegevusterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, lasteasutus, abivahendite spetsialist ning kahtlemata ka lapsevanemad. Spetsialistide osaluse lapse elus ning edaspidises arengus määrab paljuski lapse põhipuue ning kaasuvad lisapuuded. Töö käigus koostatakse täpne rehabilitatsiooniplaan, tegevuskava ning seatakse lühi- ja pikaajalised eesmärgid.

Rehabilitatsioonitegevuse edukus sõltub veel sellestki, kuidas ema-isa ja/või vanavanemad oma uue rolliga toime tulevad ja kui asjatundlik on neile pakutav abi. Esmatähtis on, et peret ei jäetaks murega üksi. Seejärel on oluline pere kaasamine, nii tunneb pere juba varakult, et on oma lapse arengus aktiivne osaleja. See annab enesekindluse ja aitab paremini kohaneda võimalike hilisemate probleemidega (Vassenin 2003, Talvik, Stelmach 2000).

Lapsevanema seisukohalt on oluline just teadmine oma lapse arendamise võimalustest nii kodus kui lasteasutuses, oskused ning nõuanded tegelemiseks lapsega, mitmed lisateadmised, et aidata maksimaalselt kaasa lapse arengule ning spetsialistide poolt tehtavat arendustöö jätkamiseks kodus.

Koostöö kodu, lasteasutuse ja raviasutuse vahel aidates puudega last, on vältimatu ning vanemaid tuleb kaasata kui väärilisi partnereid vajalike sekkumisprogrammide väljatöötamisel (Šestakova 2009).

Eestis on üldine koolikohustus ja haridus peab olema tagatud kõigile, haarates isegi kõige raskemate puuetega lapsi. Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglite (reegel kuus) kohaselt, tuleb erilist tähelepanu pöörata koolieelsele kasvatusel ja puuetega laste ettevalmistusele kooliks. Kõigil puuetega lastel ja noortel on õigus saada võimetekohast õpetust võimalikult kodukoha lähedal (Eesti Vabariigi Invapoliitika Üldkontseptsioon 1995).

Mida raskem on puue, seda olulisem on, et olemasolevaid võimeid arendatakse ja säilitatakse. Lähtuma peab sellest, mida laps oskab ja on väga oluline, et abi osutatakse piisavalt vara. Vaja on sedagi, et spetsialistid töötades ühtse meeskonnana üksteist pidevalt informeeriks ning kogu abistamise koos vanematega läbi arutaksid. Eesmärgiks peaks olema kujundada lapsest inimene, kes kõiki omi võimeid rakendada suudab (Bakk, Grunewald 1999).

Liitpuudega laste toimetulekuvõimalused on nõ tavalaste võimalustest väiksemad. Ühiskonna üheks ülesandeks on nende laste abistamine. Tallinnas on loodud asutusi, mis peavad kindlustama kõnealuste laste arendus-ja rehabilitatsioonitegevuse ja hariduse saamise.

Vaimu- ja liitpuudega laste arendamine võib toimuda eriprogrammi alusel, aga kui puue või arenguaste seda ei võimalda, leidub ka muid arendamise vorme. Igal juhul tuleb silmas pidada inimõiguste deklaratsioonis mainitud printsiipi, mille alusel kõikidel lastel, olenemata arengutasemest või ükskõik millisest eripärast, on õigus arendusele oma võimete kohaselt (Neare 1998, 2007).

Vaimu ja/ või liitpuudega lapsed võetakse vastu:

- arendusrühmadesse, kus sihtgrupiks on erinevas astmes vaimse alaarenguga lapsed. Rühma täituvus on kuni seitse last;
- liitpuudega laste rühmadesse, kus sihtgrupiks on pimekurdid lapsed; kuulmispuudega lapsed, kellel kaasneb ka vaimne alaareng ning kehapuudega lapsed, kellel kaasneb vaimne alaareng. Rühma täituvuseks võib olla kuni neli last;

- sobitusrühma, mis on tavaline rühm, kuhu on integreeritud üks kuni kolm keha-, kõne-, meele-, vaimupuude-, psüühikahäiretega või autistlikku last. Sobitusrühmas on laste suurim lubatud arv, vastavalt erivajadustega laste arvule ja puude raskusele, kolme võrra väiksem kui teistes lasteasutuste rühmades iga erivajadusega lapse kohta;
- tasandusrühma, kus sihtgrupiks on lapsed, kel esineb hääldamis- ja fonatsioonipuuded, süsteemseid kõnepuudeid, teiseid kõnepuudeid ning segatüüpi spetsiifilisi arenguhäireid. Tavapäraselt ei ole tasandusrühmades liikumispuudega lapsi. Tasandusrühma täituvus on kuni kaksteist last (EV Haridusministri määrus nr.33; 1999).

Loetelust selgub, et liitpuudega lastel on võimalusi alushariduseks nii erilasteasutuses kui ka sobitus- ja/ või erirühma integreerituna tavalasteaias juures. Kuid lisaks pedagoogilisele sekkumisele vajavad puudega lapsed tihti ka füsioteraapiat, meditsiinilist ravi ja muud.

Nõnda ongi oluline, et rehabilitatsioonitegevuse teenused tulevad lastele lähemale, s.t. et laps saab arendustegevus- ja rehabilitatsiooniteenuse kätte just selles asutuses ja/või lasteaias, kus ta suurema osa oma päevast ka veedab. Hetkel on valitsevaks veel seisukoht ja töökorraldus, mille alusel lapsevanem või hooldaja peab teenuse saamiseks lisaaja varuma. Transpordikuludid, ajakuludid ja muud takistusi arvesse võttes aga jääbki sageli teenus osutamata, sest vanem lihtsalt ei leia võimalust kohapeale ehk rehabilitatsiooniasutusse tulla.

Üheks kenaks kohaks on Tallinna Lasteaed Õunake. Õunakese tegevuse põhialuseks on rehabilitatsioonitöö kui meeskonnatöö lastevanemate, õpetajate ja erispetsialistide osalusel. Eripetsialistide meeskonna moodustavad taastusraviarst, logopeed, eripedagoog, psühholoog, muusikaõpetaja, füsioterapeut, liikumisõpetaja, sotsiaaltöötaja. Meeskonnatöö tulemusena koostatakse igale lapsele individuaalne arengukava kui kompleksne programm, mis sisaldab kommunikatsiooni arendamist, tunnetusprotsesside arendamist, motoorika arendamist, eneseteeninduslike oskuste arendamist, sotsiaalsete oskuste arendamist, tunnetustuba (Töö põhialused 2008).

Arengukava rakendub lapse igapäevastes tegevustes. Kaks korda aastas analüüsitakse lapse arengu dünaamikat ja sellele vastavalt korrigeeritakse ka lapse arengukava (Šestakova 2009).

On olemas lapsi, kellel on suuremaid või väiksemaid probleeme sensoorse integratsiooni protsessis, mistõttu saab nende laste puhul rääkida sensoorsest integratsioonihäirest (Niestedt, Hänninen, Arstila jt. 2001).

Sensoorse integratsioonihäire tunnused on:

- nõrk reaktsioon puudutusele, liikumisele, valgusele, helile;
- ülitundlikkus puudutusele, liikumisele, valgusele, helile;
- kerge ärrituvus;
- sotsiaalsed ja/ või emotsionaalsed probleemid;

- lapse aktiivsustase on tavapärasest kõrgem/ madalam;
- füüsiline kohmakus või silmatorkav lohakus;
- impulsiiivne, nõrk enesekontroll;
- raskused üleminekul ühest situatsioonist teise;
- raskused rahunemisel või enese rahustamisel;
- nõrk enesekontroll;
- mahajäämus kõnes, keeles, mootorikas;
- mahajäämus akadeemilistes oskustes (Sensory Integration International 2008).

Erivajadusega lapsel tuleb aidata paremini aistinguid vastu võtta ja saadud infot reflekteerida, peab teadma, millisel sensoorse integratsiooni etapis on lapsel probleem tekkinud (Šestakova 2009).

Multisensoorne stimulatsioon on erinevate meelte arendamine, mille tulemusel paraneb interaktsioon keskkonnaga, enesetaju, enesehinnang ja sotsiaalsed oskused. Multisensoorse stimulatsiooni ülesandeks on aistingute aktiveerimine, stimuleerimine ja arendamine terviklikuma tajumise suunas (Practical experiences of educational innovation in Europe 2006).

Seega võib väita, et multisensoorne stimulatsioon võimaldab suurel hulgal meelelisi kogemusi ja aktiivseid kogemusi. Meelte stimulatsiooni eesmärgiks on arendada lapse aistinguid: esialgu reageerima nendele, seejärel ise aktiivsemalt aistimisprotsessis tegutsema, et ümbritseva keskkonna reaalsust paremini tajuda. Kõige selle tulemusel paraneb suhe ümbritseva keskkonnaga, areneb enesetunnetus ning antakse rohkem ja paremaid võimalusi oma soove ja vajadusi väljendada. Meelte stimuleerimise üheks heaks võimaluseks on sensoorne ruum ehk tunnetustuba (McCarthy 1998, Šestakova 2009).

Sensoorne ruum ehk **tunnetustuba** (ingl. *sensory room*) koosneb naudingulisest sensoorsest kogemusest, mis luuakse lõõgastavas ja usalduslikus keskkonnas. Sensoorsed kogemused on loodud stimuleerimaks primaarseid aistinguid ilma intellektuaalse tegevuseta. Tunnetustoa kontseptsioon võib koosneda nii väikestest kui suurtest ruumidest kuni väga suurte keskusteni. Tunnetustuba on teraapia, kuigi see lähenemine ei ole ettekirjutatud, on siiski tunnustatud, et tunnetusosal võib olla suurepärase teraapiline väärtus pakkumaks võimalusi uurimiseks ja arendamiseks. Tunnetusliku lähenemise põhiväärtus on võimaldada isikutele aega, ruumi ja võimalust nautida keskkonda oma rahu, mis on vaba teiste ootustest .

Keskkonnal on suur tähtsus. Tunnetustuba peab olema kutsuv ja mugav. Samal ajal peab see pakkuma stimulatsiooni kohandataval ja rahuldaval viisil. Inimesed eelistavad erinevaid efekte, seepärast on vajalik vastu tulla nende soovidele ja mitmekesistada kohandatavaid tingimusi. Tunnetustoa kontseptsioonis kasutatakse valgeid ja tumedaid ruume. Valgeid ruume kasutatakse

leebema stimulatsiooni ja lõõgastumise pakkumiseks. Valged seinad ja laed neelavad pastelseid värve, mis neile on projekteeritud, luues erinevaid kogemusi. Valge ruum on kõige populaarsem keskkond, mis lisab ja rikastab olulisemaid tunnetustoa komponente. Laiemate võimalustega ruumide loomiseks saab kasutada erinevaid lüliteid ja stimuleerivaid efekte. Seinu ja lagesid saab teha värve muutvaks või vibreerivaks, mis reageerivad helile või survele. Eesmärk on võimaldada osalejatel kontrollida oma keskkonda ja avastada oma ümbrust (Huchinson, Kewin 1994).

Tähtsad komponendid tunnetustoa on:

Valgustus, heli, mööbel, lõhn, maitsed, vesi, mullitoru, projektor, peeglipall, peegel, muusikakeskus, vibrotoru, mikrokiud, lõhnakarbike.

Tunnetustoa keskkonda võib kasutada mitmel viisil - alates terve grupiga seal viibimisest/ lõõgastumisest kuni tunnetustoa üks-ühele sessioonidega.

Oluline on planeerida ruum vastavalt kasutaja vajadustele ja soovitud efektidele. Tuleb hoolitseda selle eest, et üks efekt ei segaks teist.

Tunnetustuba pakub puudega lastele töödeldud ja stimuleerivat keskkonda, mille kaudu saavad mõjutatud erinevad meeled. Antud ruumis kasutatakse erinevaid meeli stimuleerivaid ja äratavaid viise ning vahendeid: valgusefekte, värvust, helisid, lõhnu, et anda üheaegselt mitut erinevat meelte stiimulit. Sensoorse ruumi kasutamise eesmärk on pakkuda võimalust saavutada maksimaalne soovitud tulemus läbi tegevuse, milles laps on või suudab olla.

Tallinna Lasteaed Õunake tunnetustuba saab kasutada nii heleda- kui ka tumeda ruumina, vastavalt vajadusele (Šestakova 2009).

Näide tööst lapsega.

Maie, sügava puudega laps. Laps on lasteaias käinud vähe aega kuna ta on tihti haige. Tunnetustoa viibis Maie üksteist korda. Tunnetustoa olemise eesmärgiks oli erinevate aistingute stimuleerimine (n. puutetundlikkus, nägemine, haistmine ja kuulmine). Last vaadeldi kuul objektidel:

- mullitoru- laps fikseerib pilgu valgusele, jälgib värvide vaheldumist;
- fiiberkiud- laps tajub fiiberkiudusid kätel, jalgadel;
- peeglipall- laps märkab valguse liikumist;
- projektor- laps märkab värvide segunemist seinal;
- peegel- laps märkab ennast;
- vibrotoru- laps tajub vibratsiooni.

Taustaks olid erinevad muusikapalad ja erinevad lõhnad. Muusikaks valiti merekohin, linnulaul, sümfoonia ja beebimuusika. Lõhnadest kasutati piparmünti, sidrunit ja lavendlit. Muusikapaladest reageeris Maie ainult linnulaulule (laps hakkas lalisema). Lõhnade suhtes ei ilmutanud laps mingit reaktsiooni, Maie tajus lõhnasid passiivselt.

Esimesel korral vaadeldi last tunnetustoas viis minutit, laps väsis. Laps asetati kott- tooli ja lasti tegutseda fiiberkiududega. Fiiberkiud laotati lapse kätele ja jalgadele. Laps liigutas oma käsi ja jalgu ning fikseeris hetkeks pilgu fiiberkiududele. Järgnevatel vaatluspäevadel tegutses Maie fiiberkiududega pikemalt- viis kuni kümme minutit. Edaspidi oli laps suuteline tunnetustoas viibima pikemalt- viisteist minutit. Järgnevatel kordadel kasutati vaadeldava lapse puhul kahte objekti vaheldumisi.

Mullitoru – laps asetati põlvistesse objekti najale. Lapse jaoks oli see uus asend ja last tuli toetada, et ta ümber ei kukuks. Maie fikseeris pilgu mullitorule hetkeks ja väsis. Teisel korral laps püsis toetuseta põlvistes ja suutis mullitoru jälgida kolm minutit. Seitsmendal vaatluspäeval fikseeris Maie pilgu objektile ja jälgis värvide vaheldumist kuus minutit. Aegajalt lasi laps pilgul langeda ja suunas siis uuesti pilgu mullitorule. Ka järgnevatel kordadel huvitus laps mullitorust ja püsis tegevuses kuni kümme minutit. Viimasel vaatlus korral laps puudutas mullitoru.

Peeglipall, projektor ja peegel Maiele ei sobinud. Peeglipalli puhul kattis laps kätega silmad. Laps lamas matil ja valguslaigud libisesid üle lapse näo. Arvatavasti ei sobi kõnes olevale lapsele keerlev valgus.

Laps lamas matil seina ääres kus asus projektorist tulev pilt. Laps ei vaadanud kordagi seina poole. Maie kattis näo kätega ja keeras pea ära.

Peegel- laps võeti sülle ja istuti peegli ette. Lapse pea suunati peegli suunas ja koputati peeglikele, kuid laps ei vaadanud peegli suunas kordagi. Antud tegevusi korraldi kõigil tunnetustoas oldud päevadel. Peegel ei sobi lapsele kuna tal on nägemislangus ja laps ei suuda märgata oma peegelpilti.

Vibrotoru- esimesel korral objekt lapsele ei meeldinud, laps tõmbas kohkunult käe eemale ja hakkas nutma. Vaatleja asetab vibrotoru matil lamava Maie käeulatusse ja laps puudutas juhuslike liigutustega aegajalt eset. Mõningase aja pärast, viiendal vaatluspäeval, laps harjus vibratsiooniga ja isegi nautis seda, mida väljendas laps naeruga. Katse läbiviija asetab vibrotoru ka lapse kõhule ja seljale. Kui vibrotoru oli kõhul hakkas laps ülakeha tõstma ja kui seljal (laps oli kõhul), tõstis laps pead. Järeldub, et sobivamad objektid Maie jaoks olid mullitoru, vibrotoru, fiiberkiud ja muusika. Antud objektid arendasid lapse visuaalset taju, taktilist tunnetust ja kuulmismeelt.

Tunnetustoas on lapsed valdavalt rahulikud. Kui laps oli rühmas rahutu, siis tunnetustoas ta rahunes.

Tunnetustuba sobib erinevate emotsioonide võimendamiseks või maha surumiseks (nt protestihood) ning õpetaja saab seda oma töö tulemuslikumaks läbiviimiseks positiivselt ära

kasutada. Kui lapse reaktsioonid on aeglased, võib tunnetustuba neid ergutada, kui laps on halvasti tujus võib tunnetustuba meeleolu muuta. Tunnetustuba aitab kaasa seoste tekkimisele ning põhjus- tagajärg arusaama kujunemisele (Šestakova 2009).

Teine laste tarvis tähtis rehabilitatsioonitöö meetod, mida siinkohal kirjeldada, on vibroakustiline teraapia.

Vibroakustiline teraapia on ravimeetod, mille puhul kasutatakse madalasageduslikke siinushelid vahemikus 30Hz-120 Hz kombineerituna muusikaga (Rüütel 1998, 2004).

Lihtsustatult tähendab see rehabilitatsioonimeetod voodit, millele on kinnitatud kõlarid ning lapse ainus kohustus on pikali heita ning voodil lamada ning (võimalusel) end hästi tunda.

Vibroakustiline teraapia on üldnimetus, mis viitab vibratsiooni ja akustilise heli kasutamisele teraapilistel eesmärkidel (Rüütel 1998, 2004, Wigram 2007). Ta on määratletud muusikaterapia meetodina, kus sekkuv praktiseerija on muusikaterapeut ja kus sekkumine toob kaasa muusika kasutuse, kui muusika/heli stimuleeriva ravi spetsiaalsetel kliinilistel põhjustel ja läbi raskuste saavutatakse terapeutilisi tulemusi laste füüsiliselt tervisele.

Kuna paljud lastest, kes on raskete füüsiliste ja vaimsete puuete tõttu võimetud ise aktiivselt musitseerima, tuleb keskenduda eeskätt muusika vastuvõtu arendamisele (Rüütel 2004).

Vibroakustiline teraapia on:

- **vibratsioon**- kehale tuntavad madalasageduslikud helid mõjuvad massaažina,
- **akustiline pool**- taustmuusika,
- **teraapia**- ravi (Paju, Raudsik 2007).

Enne vibroakustilist teraapiat on vanemate poolt laste õpiprobleemidest välja toodud:

- tüdinud koolis käimisest, see põhjustab ärrituvust, närvilisust;
- unehäired- ärritatud olek seoses sellega, tujutu, pahur;
- rahutu, ei suuda peale koolipäeva maha rahustada, ei saa teistega läbi, kiusab
- laps ei räägi, ma ei saa aru, mis tal viga on. Ta ise on ka hädas, tahaks mulle midagi selgitada, kuid ei oska ennast väljendada
- skolioos, tasakaal häiritud. Ei saa mõni päev kõndida ilma käe-alt toetamata
- raskused eneseväljendusoskustes. Etteöeldud sõna kirjutab ja loeb, kuid ei saa alati aru mida see sõna tähendab. Tähelepanuhäired.
- Ei taha midagi teha-suur kehakaal. Kehaasend ettepoole ja õlgadel on suur küür
- liikumispuudest tingitud raskused tekitavad probleeme igapäevastes toimingutes.

Suurimaks probleemiks õppeprotsessis on keskendumisraskused, tähelepanu hajumine, pidurdamatus ja ärrituvus, rahutus, ärevus, madal tööjõudlus ja kiire väsimine, omavahelised

suhted keerulised, vajavad pidevalt lahtirääkimist, motivatsiooni puudus, õpitud abitus, kinnistamisprobleemid, erinev õpitase.

Enne vibroakustilist teraapiat tunnevad õpetajad ennast ebakindlalt järgmiste probleemide lahendamisel:

- Agressiivsushood, afektiseisund, ootamatud vihahood, lapse äge ärrituvus, kui tema vigu parandatakse;
- Laste omavaheliste suhete lahendamisel, kui peab sekkuma füüsiliselt;
- hooldusklassi õpilastele abivahendite hankimisel;
- autistlike laste töölainele saamisel;
- vaimupuudega noorte seksuaalkasvatuse küsimustes.

Vibroakustilise teraapia perioodil tekkinud muutused lastega õpetajate arvamustes:

Lapse enesetundes märkasid õpetajad:

- Meeldis, et temaga tegeleti ja viidi teise keskkonda, protseduur meeldis ja laps ootas seda elevusega, peale teraapiat laps rõõmus, heas toonuses;
- muidu aeglane laps liigutab ennast nüüd veidi kiiremini;
- esinesid meelolulootused;
- laps muutus rõõmsameelsemaks;
- laps oli väga rahutu.

Õpetajad märkasid emotsionaalses arengus järgmist:

- Sõnavara täienes uute mõistete võrra, mida laps kasutas suheldes eakaaslastega klassis, ootas päeva, millal sai teraapiasse;
- Oli märgata positiivsete emotsioonide tõusu;
- positiivne häälestus, nautis protsessi ja ootas;
- laps on rahulikum, suudab ennast paremini vaos hoida, emotsionaalselt tasakaalukam;

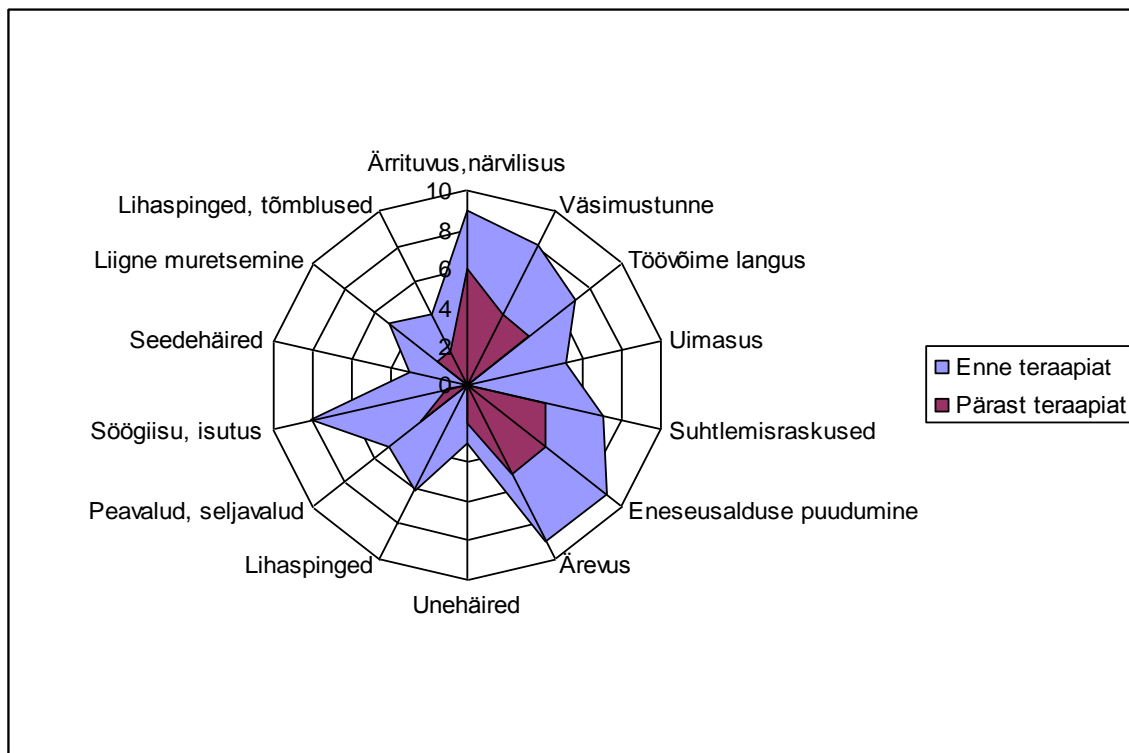
Sotsiaalsetest oskustest olid suuremad muudatused suhetes teistega:

- Üritab olla teiste ligi, enne seda polnud;
- soov suhelda erinevate inimestega on suurenenud;
- laps muutus avatumaks;
- ei ärritu suhetes nii ruttu, kui varem;
- üritas kaaslastega rohkem suhelda.

Veel märkasid õpetajad muutust enesevalitsemise oskuses. Teraapiasse minek oli preemia, see innustas pingutama, oli märgata enesevalitsemise oskuse paranemist, enesevalitsemine oli piiripealne. Tunnetest arusaamisel ja suhtlemisostkustes muutusi ei märgatud (Remmelgas 2007).

Lapsevanemad peavad laste suurimateks edusammudeks vibroakustilise teraapia perioodi jooksul:

- teraapia perioodil ei ole laps vihastanud (varem oli see üsna tavaline);
- laps on muutunud rahulikumaks ja lõbusamaks;
- närvilisus on vähenenud, teravaid konflikte teraapia perioodil ei ole esinenud;
- päevasel ajal ei ole esinenud jonnihooosid (eelnevalt esines tihti);
- on suurenenud tahe midagi teha. Varem lebas suurema osa ajast oma voodis, nüüd jalutab rohkem ringi ja tuleb teistega koos ka tööd tegema;
- julgeb vajalikke küsimusi küsida, enesekindlam. On tekkinud tahtmine iseseisvalt tegutseda;
- suudab olla oma toas mõned minutid ka üksi. Ravimi kogus $\frac{3}{4}$ tabletilt vähenenud kuni $\frac{1}{2}$ tabletil (diagnoositud une ärevushäire);
- kehahoiak paranenud;
- mureks see, et lapsel saab kool läbi ja lapsevanem muretseb, mis saab lapsest edasi (ibid).



Skeem 1. Võrdlusandmed enne ja pärast teraapiat lapsevanemate arvamustes (Remmelgas 2007). Loe tabelit nii: mida lähemale tabeli keskosale, seda paremaks lähevad tulemused.

Näide.

Sügava vaimse alaarenguga 12-aastane poiss **Juku**. Temaga on väga raske kontakti saada ja kontakti hoida. Ebaselge etioloogia kõrval on probleemid veel ka ainevahetusega ning epilepsiaga. Kõne praktiliselt puudub, olemas on vaid 5-6 sõna, kuigi ümbritseva mõistmine on laiem. Lihastoonus kohati spastiline, kohati pareetiline. Kehatüvelihased väga nõrgad.

Liikumismuster kaootiline, liigub laia toetuspinna. Tasakaaluga on suuri probleeme, silma – käe koordineerimine halb. Stereotüüpseid tegevusi ning liigutusi ei esine.

Püsimatult, esineb autistlikke käitumisjooni. Pidurdusprotsessid nõrgad, ääretult impulsiivne. Valmisolek püsivaks tegevuseks on siiski olemas kui tegevus on talle arusaadav. On tunda, et sisemine maailm on rikas ning vastuvõtlik. Ema meeleolude suhtes on noormees tundlik, sest nende suhe on sümbiootiline.

Teraapilise protsessi eesmärk :

Kehatunnetuse arendamine, relaksatsioon, uute kogemuste hankimine, keskendumisvõime parandamine, tähelepanuvõime arendamine.

Vibroakustiline teraapiline tegelus on olnud poisi jaoks üks mitmest teraapialiigist. Seetõttu on tema raviseanss kaheosaline, kus peamiseks on lõdvestus ehk relaksatsioon muusikavoodil ja sellele järgnev puhkus sealsamas ilma muusikaliste helideta.

Raviseansside arv 7 a` 20 minutit, kestus 3 nädalat.

Esimene seanss on tema jaoks erutav ja huvitav; teine meeldib, kuid andis epileptilise hoo. Kolmandal korral tuleb ja otsib ise kontakti(tõsi küll koos abistajaga). Viimendal korral on tõsine, aga samas ka asise olemisega, kuues kord möödub suletud silmadega rahulikult lamades, sama ka seitsmes ja kaheksas kord.

Mida õpetas töö poisiga:

- ❖ Tohtu huvi ja motivatsioon muusikavoodi vastu võib tekkida ka sügava vaimse alaarenguga lapsel.
- ❖ Epileptiline hoog võib tekkida ka suurest positiivsest elamusest.

Kokkuvõte

- ❖ Poiss soovib selle protseduuri kordamist.
- ❖ Tirib voodi poole kättpidi, suhtleb mitteverbaalselt, aga omal kombel väga adekvaatselt. Tahab saada muusikavoodisse, mis tema lihasjäikust silmnähtavalt parandas.
- ❖ positiivse kogemus, teraapiline tugi lapsele ning baaskommunikatsiooni toetamine, lisaks, elamused, lõõgastav mõju jne.

Lõpetuseks võib öelda, et esimesed suured puudujäägid ilmnevad lastel juba sündides või arenguhäirena puude avaldumisel. Paljud lapsevanemad on jäetud oma murega üksinda, tihti räägivad lapsevanemad, et neil ei ole isegi informatsiooni, kus ja kuidas rehabilitatsiooniteenuseid pakutakse. Maakondades sellised teenused sageli üldse puuduvad, kuna rehabilitatsioonimeeskonna spetsialiste ei ole piisavalt.

Rehabilitatsiooniteenuste poole pealt on kõige tähtsam tegevus koostöö lapsevanemate ja lastega, õpetajatega, rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistidega, erinevate erialaarstidega. Praegustes rehabilitatsiooniplaanides domineerib meditsiiniline lähenemine. Paljud teenusepakkujad tegutsevad haiglates. See ei aita kaasa sotsiaalsele ja hariduslikule rehabilitatsioonile, millest tunnevad puudust puudega laste vanemad (Kallavus 2007, Rimmelgas 2007).

Mitte keegi vaimupuudega tegelevatest spetsialistidest ja õpetajatest ei oska ette arvata, missugune väljakutse või võimatus võib olla vaimupuudega lapsele arenguks soodne ning milline mitte. Tuleb leida huvitavaid võimalusi, et tuua nende argipäeva uusi kogemusi. Läbi nende õnnestunud kogemuste rikastavad ka nemad vastutasuks meid nii koduse õhkkonnas kui õppeprotsessis, mis pole kerge igapäevatöö ei õpetajatele ega ka vaimupuudega lastele endile.

Erivajadustega inimesed vajavad elu eri perioodidel erisugust abi. Isegi need inimesed, kelle puhul on väga raske mõista, millest nad mõtleavad või mida nad tunnevad, võivad õige toetuse korral kvaliteetsemat elu elada.

Kasutatud kirjandus:

- Bakk, A., Grunewald, K. (1999). *Vaimupuudega inimeste hoolekandest*. Tallinn: Koolibri.
- Eesti vabariigi Invapoliitika Üldkontseptsioon (1995). Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. <http://www.hot.ee/evpit/reeglid.htm/haridus> (2008 mai 01).
- Hutchinson, R., Kewin, J. (1994). *Sensations & Disability. Sensori Environments for Leisure, Snoezelen, Education and Therapy*. ROMPA.
- Isikliku rehabilitatsiooniplaani koostamine. Riigi Teataja RTL 2005,38,547
- Medar, M, Medar, E. (2007). *Riigi ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatavad sotsiaalteenused ja –toetused*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Kallavus, T. (2007). Hariduslike erivajadustega laste aitamisvõimalused hariduse, sotsiaaltöö ja meditsiini koostöona. [dokoritöö]

- McCarthy, H. (1998). Sensory Integration Disorder in Children Adopted from Institutions. http://www.comeunity.com/disability/sensory_integration/sensory-integration.html (2008 märts 12).
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S.-E. (2001). Inimese anatoomia ja füsioloogia. Toim. G. Loogna. Tallinn: Medicina.
- Neare, V. (1998). *Integreerimisega on vaja alustada võimalikult vara*. Hariduslikud erivajadused. (koost) Karlep, K., Kõrgesaar, J. Tartu: TÜ Kirjastus.
- Neare, V. (2007). Varane märkamine. Tea ja Toimeta nr.32
- Practical Experiences of Educational Innovation in Europe: Basal and Multisensory Stimulation With Intellectual Disable People. (2006). Euroopa liidu haridusprogramm Comenius.(projekti kogumik)
- Paju, A., Raudsik, R. (2007). Stress kui asümmeetriline seisund. Kirjastus Maalehe Raamat.
- Remmelgas, K. (2007). Vibroakustiline teraapia kui õppetöö toetamise viis. Bakalaureusetöö.
- Rüütel, E. (1998). Vibroakustiline teraapia. Teoreetilised lähtekohad ja rakendusvõimalused. Tallinn.
- Rüütel, E. (2004). Sociocultural context of body dissatisfaction and possibilities of vibroacoustic therapy in diminishing body dissatisfaction. Tallinn :Tallinna Pedagoogikaülikool.
- Selikowitz, M. (2003). Downi sündroom müüdid ja tegelikkus. Piret Purru ja Vaimupuudega Laste Vanemate Ühing (2003) Hansaprint.
- Sensory Integration International. <http://www.sensoryint.com/index.htm> (2008 märts 26).
- Šestakova, M.(2009). Liitpuudega laste sensoorse arendamise võimalused. Diplomitöö.
- Soriano, V. Varajane sekkumine Euroopas: trendid 17. Euroopa riigis. <http://www.psych.ut.ee/spedu/ee/neare1.htm> (2003 veebruar 27).
- Sotsiaalhoolekande seadus. „Riigi Teataja“. (1999).
- Talvik, T &Stelmach, T. (2000). Lasterehabilitatsioon- võimalused ja probleemid. *Sotsiaaltöö nr 2*.
- Töö põhialused. Õunakese koduleht. <http://www.ounake.tln.edu.ee/> (2008 märts 20).
- Vassenin, A. (2003). *Nägemispuudega inimesed*. Tallinn.
- Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia