

Wojciech Otrębski, Katarzyna Mariańczyk,
Agnieszka Amilkiewicz-Marek, Katarzyna Ita Bieńkowska,
Ewa Domagała-Zyśk, Beata Kostrubiec-Wojtachnio,
Beata Papuda-Dolińska, Ewa Pisula,

PODRĘCZNIK METODYCZNY STANDARDY PRZEBIEGU OCENY FUNKCJONALNEJ ORAZ PLANOWANIA WSPARCIA EDUKACYJNO-SPECJALISTYCZNEGO W PRZYPADKU WYSTĘPOWANIA NASTĘPUJĄCYCH TRUDNOŚCI:

- uszkodzenie słuchu;
- dysfunkcja wzroku;
- specyficzne zaburzenia uczenia się;
- zaburzenia rozwoju mowy i języka;
- zaburzenia rozwoju intelektualnego;
- zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD);
- zaburzenia zachowania i emocji



Ministerstwo
Edukacji i Nauki



Wojciech Otrębski, Katarzyna Mariańczyk, Agnieszka Amilkiewicz-Marek, Katarzyna Ita Bieńkowska,
Ewa Domagała-Zyśk, Beata Kostrubiec-Wojtachnio, Beata Papuda-Dolińska, Ewa Pisula,

PODRĘCZNIK METODYCZNY
STANDARDY PRZEBIEGU
OCENY FUNKCJONALNEJ
ORAZ PLANOWANIA WSPARCIA
EDUKACYJNO-SPECJALISTYCZNEGO
W PRZYPADKU WYSTĘPOWANIA
NASTĘPUJĄCYCH TRUDNOŚCI:

uszkodzenie słuchu;
dysfunkcja wzroku;
specyficzne zaburzenia uczenia się;
zaburzenia rozwoju mowy i języka;
zaburzenia rozwoju intelektualnego;
zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD);
zaburzenia zachowania i emocji

Wydawnictwo KUL
Lublin 2022

Recenzenci

dr hab. Stanisława Byra, prof. UMCS

prof. dr hab. Zenon Gajdzica, UŚ

Podręcznik został przygotowany w ramach projektu koncepcyjnego realizowanego w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II na zlecenie Ministerstwa Edukacji i Nauki (umowa nr MEiN/2021/DWEW/518),
pt. *Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w przypadku występowania następujących trudności:*
uszkodzenie słuchu; dysfunkcja wzroku; specyficzne zaburzenia uczenia się; zaburzenia rozwoju mowy i języka;
zaburzenia rozwoju intelektualnego; zaburzenia ze spektrum autyzmu; zaburzenia zachowania i emocji

ZESPÓŁ EKSPERTÓW REALIZUJĄCYCH PROJEKT:

Wojciech Otrębski dr hab. prof. KUL (koordynator merytoryczny projektu),

Katarzyna Mariańczyk dr (KUL) (sekretarz merytoryczna projektu),

Agnieszka Amilkiewicz-Marek (KUL),

Katarzyna Ita Bieńkowska dr (APS),

Ewa Domagała-Zyśk dr hab. prof. KUL

Beata Kostrubiec-Wojtachnio dr (PPP-P Chełm),

Beata Papuda-Dolińska dr (UMCS, IBE),

Ewa Pisula prof. (UW),

Elżbieta Neroj (koordynator merytoryczna w MEiN)

© Copyright by Ministerstwo Edukacji i Nauki

ISBN 978-83-8288-055-7



Ministerstwo
Edukacji i Nauki

Wydawnictwo KUL, ul. Konstantynów 1H, 20-708 Lublin, tel. 81 740 93 40,
e-mail: wydawnictwo@kul.lublin.pl, <http://wydawnictwo.kul.lublin.pl>

Spis treści

Wstęp	7
ROZDZIAŁ I. Standardy oceny funkcjonowania psychospołecznego dzieci i uczniów oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w przypadku występowania wybranych trudności rozwojowych lub trudności w uczeniu się	11
1. Uszkodzenie słuchu (<i>Ewa Domagała-Zysk, Katarzyna Ita Bieńkowska</i>)	13
1.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	13
1.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	15
1.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	26
2. Dysfunkcja wzroku (<i>Beata Papuda-Dolińska</i>)	31
2.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	31
2.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	41
3. Specyficzne zaburzenia uczenia się (<i>Ewa Domagała-Zysk</i>)	47
3.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	47
3.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	52
4. Zaburzenia mowy i języka (<i>Katarzyna Ita Bieńkowska, Agnieszka Amilkiewicz-Marek</i>)	59
4.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	59
4.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	70
5. Zaburzenia rozwoju intelektualnego (<i>Wojciech Otrębski, Katarzyna Mariańczyk</i>)	75
5.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	75
5.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	86
6. Zaburzenia ze spektrum autyzmu (<i>Ewa Pisula</i>)	89
6.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	89
6.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	99
7. Zaburzenia zachowania i emocji (<i>Beata Kostrubiec-Wojtachnio</i>)	105
7.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów	105
7.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego	116
ROZDZIAŁ II. Szczegółowe informacje/wskazania do stosowania standardówSzczegółowe informacje/wskazania do stosowania standardów	121
1. Uszkodzenie słuchu (<i>Ewa Domagała-Zysk, Katarzyna Ita Bieńkowska</i>)	125
2. Dysfunkcja wzroku (<i>Beata Papuda-Dolińska</i>)	133
3. Specyficzne zaburzenia uczenia się (<i>Ewa Domagała-Zysk</i>)	145
4. Zaburzenia mowy i języka (<i>Katarzyna Ita Bieńkowska, Agnieszka Amilkiewicz-Marek</i>)	153
5. Zaburzenia rozwoju intelektualnego (<i>Wojciech Otrębski, Katarzyna Mariańczyk</i>)	163
6. Zaburzenia ze spektrum autyzmu (<i>Ewa Pisula</i>)	169
7. Zaburzenia zachowania i emocji (<i>Beata Kostrubiec-Wojtachnio</i>)	181
ROZDZIAŁ III. Propozycja działań związanych z monitorowaniem realizacji standardów postępowania diagnostycznego i planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz ich dalszą aktualizacją w zakresie: uszkodzenia słuchu, dysfunkcji wzroku, specyficznych zaburzeń uczenia się, zaburzeń rozwoju mowy i języka, zaburzeń rozwoju intelektualnego, zaburzeń ze spektrum autyzmu, zaburzeń zachowania i emocjiPropozycja działań związanych z monitorowaniem realizacji standardów postępowania diagnostycznego i planowania wsparcia	205
ANEKS	209

Wstęp

Podstawą wszelkich działań pomocowych, wspierających, terapeutycznych czy rehabilitacyjnych, realizowanych przez różnych specjalistów, zawsze była, jest i będzie prawidłowo przeprowadzona ocena potrzeb, czyli „diagnoza stanu funkcjonowania osoby”. Według podejścia bio-psycho-społecznego, promującego interakcyjny model realizacji pomocy i wsparcia, w ocenie potrzeb/diagnozie stanu należy analizować zarówno potrzeby dotyczące samej osoby, jak i te zauważane w środowiskach jej funkcjonowania (rodzina, placówka edukacyjna, instytucja lecznicza, miejsce pracy itp.). To czynniki osobowe i środowiskowe, pozostając w interakcji, warunkują konieczne zmiany w jednostce i jej otoczeniu, a zaspokojenie ujawnianych potrzeb umożliwia prawidłową realizację aktywności i uczestnictwo (Otrębski, Wiącek, Mariańczyk, 2017; Knopik, 2018; Otrębski, 2018).

Edukacja i wychowanie często postrzegane są jako najważniejsze działania w życiu człowieka. Ich dalekosiężne skutki/efekty zauważa się w kolejnych latach życia. Zdecydowana większość populacji realizuje obowiązek szkolny i uczestniczy w powszechnie dostępnych działaniach edukacyjnych. Jednak w ostatnich latach zauważa się szybko rosnący odsetek dzieci, młodzieży i dorosłych, którzy ujawniają różne potrzeby edukacyjne i w związku z tym wymagają specjalistycznego wsparcia w ich zaspokojeniu (Mroczek Maciej, 2021; Podgórska-Jachnik, 2021).

Właściwa organizacja procesu edukacji osób ujawniających potrzeby edukacyjne wymaga stałego analizowania dynamicznie zmieniającego się stanu ich potrzeb osobowych i środowiskowych. Wnikliwe opisanie specyfiki psychospołecznego funkcjonowania dziecka/ucznia i zidentyfikowanie jego osobowych i środowiskowych uwarunkowań umożliwia zaplanowanie odpowiedniego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i monitorowanie efektów jego realizacji (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2018).

Obserwując europejskie rozwiązania i analizując wyniki dotychczasowych badań, wyraźnie widać, że najbardziej powszechnym i oczekiwanym

miejszem edukacji i wychowania dzieci/młodzieży oraz dorosłych z potrzebami edukacyjnymi są placówki ogólnodostępne, czyli „edukacja włączająca/edukacja wysokiej jakości dla wszystkich” (Chrzanowska, Szumski, 2019).

Aktualnie w Ministerstwie Edukacji i Nauki trwają prace przygotowujące projekty zmian legislacyjnych dotyczących możliwości zapewnienia edukacji wysokiej jakości dla wszystkich dzieci/uczniów, bez względu na zakres ich potrzeb edukacyjnych. Bazą dla tych działań jest opracowanie przygotowane przez powołany decyzją ministra i działający w latach 2017–2019 zespół specjalistów (badaczy i praktyków), pt. *Edukacja dla wszystkich – ramy rozwiązań legislacyjno-organizacyjnych na rzecz wysokiej jakości kształcenia włączającego dla wszystkich osób uczących się*. Można odnaleźć w nim wskazanie, że najbardziej pożądanym sposobem organizacji procesu pozyskiwania informacji o zakresie potrzeb edukacyjnych dziecka/ucznia jest ocena/diagnoza funkcjonalna (OF).

Ocena funkcjonowania/diagnozowanie potrzeb jako baza dla organizacji wsparcia procesu edukacji, terapii, pomocy psychologiczno-pedagogicznej (wsparcia edukacyjno-specjalistycznego), kompensacji, likwidacji barier od wielu lat jest przedmiotem troski i budzi duże zainteresowanie badaczy oraz praktyków z różnych dyscyplin. Zainteresowanie dotyczy głównie prawidłowości przebiegu tego procesu, respektowania przedstawionych powyżej zasad, gwarantujących wysoką jakość jego efektów. Pojawiają się różne propozycje standaryzacji w zakresie zarówno konstrukcji/adaptacji narzędzi i procedur diagnostycznych, np.: *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* (Hornowska, 2007); *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. TOM I – narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach* (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2015), jak też zakresu wymaganych kompetencji osób oceniających oraz przebiegu samego procesu oceny/diagnozy, np.: *Standardy diagnozy psychologicznej – PTP* (2018); *Standardy diagnozy*

psychologicznej w edukacji – PTP/RzPDz (2018); Wytyczne realizacji standardów ogólnych w obszarze diagnostyki osób z niepełnosprawnościami (2018).

Szczególnym wyzwaniem dla realizujących ten proces jest ocena funkcjonowania dzieci/uczniów z potrzebami edukacyjnymi, związanymi z różnego typu niepełnosprawnościami. Od wielu dziesiątków lat pojawiają się opracowania wskazujące, aktualne wówczas, standardy postępowania diagnostycznego w szczegółowych rodzajach niepełnosprawności oraz w różnych aspektach rehabilitacji kompleksowej, w tym w edukacji (Kostrzewski, Wald, 1981; Kowalik, 1992; Zaremba, 2014; Krakowiak, 2017b; Otrębski i in., 2017; Czarnocka, 2019b; Oszwa i in., 2019; Domagała-Zyśk, Knopik, 2020; Kutra, Sokołowska, 2021).

Coraz bardziej szczegółowa standaryzacja realizacji procesu oceny funkcjonowania dziecka/ucznia z jednej strony wymusza prawidłowe postępowanie specjalistów, daje możliwość ewaluacji stosowania/realizacji standardu postępowania diagnostycznego, z drugiej zaś strony, co wydaje się być najistotniejsze, zmniejsza ryzyko pojawienia się błędnych diagnoz i związanych z tym negatywnych następstw dla dziecka/ucznia oraz dla środowisk jego funkcjonowania.

Równolegle do wspomnianych wyżej aktywności MEiN w zakresie przygotowania projektów legislacyjnych dotyczących możliwości zapewnienia edukacji wysokiej jakości dla wszystkich dzieci/uczniów, bez względu na zakres ich potrzeb edukacyjnych, realizowane są różne projekty koncepcyjne i działania testujące wypracowane w nich rozwiązania. Jednym z takich projektów koncepcyjnych był ten realizowany przez nasz zespół. Jego celem głównym było wypracowanie standardów przebiegu procesu oceny funkcjonalnej dzieci i uczniów oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w przypadku występowania wybranych trudności rozwojowych lub trudności w uczeniu się. Wzięto pod uwagę następujące trudności: uszkodzenie słuchu; dysfunkcja wzroku; specyficzne zaburzenia uczenia się; zaburzenia rozwoju mowy i języka; zaburzenia rozwoju intelektualnego; spektrum autyzmu; zaburzenia zachowania i emocji. Według *Systemu informacji*

oświatowej (SIO) należą one do najczęstszych przyczyn występowania potrzeb rozwojowych i edukacyjnych (<https://dane.gov.pl/pl/dataset/182,dane-statystyczne-uczniow-z-orzeczeniem-o-potrzebie-ksztacenia-specjalnego>). Można zadać pytanie, po co opracowywać kolejne standardy, skoro już wiele jest dostępnych? Wnikliwa analiza treści aktualnie dostępnych już standardów wskazuje jednoznacznie, że ważne obszary w realizacji procesu oceny funkcjonalnej wymagają dalszego uporządkowania i doprecyzowania. Szczególnie jest to obszar, w którym informacje z diagnozy kryterialnej danego zaburzenia stanowią istotną podstawę dla identyfikacji potrzeb edukacyjnych i co za tym idzie organizacji przebiegu wsparcia procesu edukacji dziecka/ucznia. Istniejące standardy dotyczą diagnozy w innych kontekstach, np. ściśle psychologicznej, szczegółowo opisują wytyczne co do samej procedury wykorzystywania testów, ale nadal istnieje luka – brakuje jednolitych standardów dla zespołowych i kompleksowych działań w zakresie diagnozy dzieci/uczniów z potrzebami edukacyjnymi. Ważnym argumentem za potrzebą kolejnego opracowania jest też stale obserwowana niewystarczająca troska specjalistów o konsekwentne respektowanie i stosowanie znanych już standardów.

W prezentowanym opracowaniu postanowiliśmy nie powtarzać zasad już zapisanych we wspomnianych wyżej dokumentach i znanych wielu specjalistom. Odwołując się do dostępnego nam, najbardziej aktualnego stanu wiedzy, skupiliśmy się na wskazaniach z niego płynących co do rozumienia wspomnianych zaburzeń oraz przebiegu i zakresu działań w procesie ich diagnozy kryterialnej. Biorąc dodatkowo pod uwagę praktykę obecną czy oczekiwaną w palcówkach edukacyjnych, wskazujemy także, jak informacja o jednostkowym przebiegu/stanie zaburzenia funkcji może odzwierciedlać się w ograniczeniach psychospołecznego funkcjonowania (czyli aktywnościach i uczestnictwie) dziecka/ucznia w sytuacji edukacyjnej. Inaczej mówiąc, jakie potrzeby edukacyjne może generować. Przedstawiamy też propozycje działań wspierających, które można i/lub należałoby podjąć w zakresie realizacji procesu wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i pomocy

psychologiczno-pedagogicznej, aby te potrzeby zabezpieczyć i umożliwić uczniowi optymalny dla niego zakres realizacji i przebiegu procesu edukacji, oraz wskazówki do ich prawidłowej realizacji. Ostatnim elementem jest propozycja wskaźników oceny zakresu i stopnia realizacji opracowanych przez nas standardów postępowania diagnostycznego i planowania wsparcia oraz jego realizacji.

Struktura treści podręcznika pozwala użytkownikom na stopniowe przygotowywanie się do stosowania standardów. Rozdział pierwszy to przede wszystkim baza teoretyczna. Opracowania aktualnego stanu wiedzy, przygotowane przez ekspertów w każdym z siedmiu wyróżnionych zaburzeń, przygotowują specjalistów do dogłębnego rozumienia prezentowanych zaraz po nim po nim wykazu standardów. Każde z opracowań zawiera też wykaz literatury cytowanej, a niektóre także wykaz literatury zalecanej. W rozdziale drugim natomiast przy każdym z obecnych w wykazie standardów specjaliści

znajdą precyzyjne wskazówki i instrukcje jego stosowania w praktyce oceny funkcjonalnej oraz planowania i realizacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego. Rozdział trzeci z kolei przeznaczony jest przede wszystkim dla osób monitorujących realizację/stosowanie standardów przez specjalistów, treści tam zawarte wskazane są szczególnie dla organów nadzorujących przebieg procesu oceny funkcjonalnej w edukacji.

Przedstawiona struktura treści jest dodatkowo wzbogacona Aneksiem, który zawiera tabele z wykazem aktualnie dostępnych w Polsce narzędzi diagnostycznych, przydatnych w realizacji procesu oceny funkcjonalnej dzieci/uczniów z określonymi zaburzeniami. Polecamy aby szukając odpowiednich dla konkretnego dziecka/ucznia i jego środowiska funkcjonowania narzędzi diagnostycznych, uważnie przeglądać wykazy we wszystkich tabelach, aby znaleźć najbardziej odpowiednie metody.

Autorzy

Bibliografia

- Chrzanowska, I., Szumski, G. (red.). (2019). *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole* (Seria Naukowa, t. 7). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
- Czarnocka, M. (2019a). Diagnostyka – obszary, sposoby, narzędzia. W: I. Chrzanowska, G. Szumski (red.), *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole* (s. 162–173, Seria Naukowa, t. 7). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
- Czarnocka, M. (2019b). *Standardy prowadzenia diagnozy funkcjonalnej w przedszkolach, szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Czarnocka, M. (2018). *Działania poradni psychologiczno-pedagogicznych w zakresie edukacji włączającej*. Organizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach i placówkach ogólnodostępnych. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T. (2020). Functional diagnosis as a strategy for implementing inclusive education in Poland. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 26(2), 203–330.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Oszwa, U. (2018). Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Roczniki Pedagogiczne*, 10(46)(3), 75–88.
- Edukacja dla wszystkich – ramy rozwiązań legislacyjno-organizacyjnych na rzecz wysokiej jakości kształcenia włączającego dla wszystkich osób uczących się* (2021). MEiN (maszynopis).
- Katra, G., Sokołowska, E. (red) (2021). *The Role and Tasks of the Psychologist in a Contemporary School*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Knopik, T. (2018). Diagnostyka funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne. Ośrodek Rozwoju Edukacji. <https://kulpl.sharepoint.com/sites/21-22-MEiNProjekt/Shared%20Documents/Literatura/Literatura%20-%20katalog%20og%20C3%B3l%20Diagnoza%20funkcjonalna.%20Planowanie%20pomocy%20psychologiczno-pedagogicznej.pdf?CT=1641149049676&OR=ItemsView>
- Knopik, T., Oszwa, U., Domagała-Zyśk, E. (2019). Diagnostyka funkcjonalna jako standard pomocy psychologiczno-pedagogicznej – od założeń teoretycznych do praktyki diagnostyczno-terapeutycznej. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2(252), 163–175.
- Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). Klasyfikacja upośledzenia umysłowego. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe*. Pedagogika (s. 73–80). PWN.

- Kowalik, S. (1992). Teoretyczne podstawy diagnostyki osób upośledzonych umysłowo. W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii Klinicznej* (s. 5–32). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Krakowiak, K. (red.). (2017a). *Diagnoza specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Krakowiak, K. (2017b). Założenia koncepcji diagnozy specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. W: K. Krakowiak (red.), *Diagnoza specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi* (s.11–19). Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Gruszczyńska, K. (2015). *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej* (t. 1: Narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach). Instytut Badań Edukacyjnych.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF. (2012). Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.
- Mroczeck, M. (2021). *Raport statystyczny. Edukacja włączająca w Polsce*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Otrębski, W., Wiącek, G., Mariańczyk, K. (2017). Diagnostyka psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. W: W. J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie – wyzwania i konteksty* (s. 301–321). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Otrębski, W. (2018). Niepełnosprawność – wybrane problem definicyjne. W: E. Rutkowska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych* (wyd. 2, s. 1–17). PZWL.
- Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Podgórska-Jachnik, D. (2021). *Raport merytoryczny. Edukacja włączająca – bilans otwarcia 2020*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Standardy diagnozy psychologicznej – PTP. (2018). <https://sekcjadiagnozy.files.wordpress.com/2018/02/nowellizacja-standardc3b3w-ogc3b3lnych-17-02-20181.pdf>
- Standardy diagnozy psychologicznej w edukacji – PTP/RzPDz. (2018). https://ptp.krakow.pl/wp-content/uploads/2021/01/3_diagnoza-w-edukacji.pdf
- Wytyczne realizacji standardów ogólnych w obszarze diagnostyki osób z niepełnosprawnościami. (2018). <https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/standardy-diagnostyczne/zespól-roboczy-ds-diagnostyki-osob-z-niepełnosprawnościami/>
- Zaremba, L. (2014). *Specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci i młodzieży. Identyfikowanie SPR i SPE oraz sposoby ich zaspokajania*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.

ROZDZIAŁ I.

**Standardy oceny funkcjonowania psychospołecznego dzieci i uczniów
oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego
w przypadku występowania wybranych trudności rozwojowych
lub trudności w uczeniu się**

1. USZKODZENIE SŁUCHU

EWA DOMAGAŁA-ZYŚK

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA

1.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

W psychologicznych i pedagogicznych badaniach uczniów z uszkodzeniem słuchu (US), określanych dotychczas w przepisach prawa oświatowego jako grupa osób niesłyszących i słabosłyszących, podkreśla się przede wszystkim ich trudności w zakresie znajomości języka ojczystego, słuchania, rozumienia, czytania ze zrozumieniem i pisania. Jest to podstawową przeciwnością w nabywaniu wiedzy spowodowaną ograniczonym (w różnym stopniu) dostępem do pola słuchowego mowy.

Zaburzenia mowy uczniów z uszkodzeniem słuchu mogą występować w czterech obszarach:

- a) mówienia (produkcja mowy) – rozumianego jako proces indywidualny i konkretny,
- b) rozumienia mowy – rozumianego jako proces społeczny, który wymaga udziału przynajmniej dwóch osób rozmawiających – nadawcy i odbiorcy,
- c) tworzenia tekstu – utrwalonego w pamięci lub na piśmie wypowiedzenia bądź ich szeregu,
- d) języka – rozumianego jako abstrakcyjny, społeczny system znaków (dźwiękowych, względnie wtórnie pisanych lub miganych) oraz reguł określających ich użycie (Grzegorzczkowska, 2010; Milewski, 2018).

Ponadto zaburzenia mogą dotyczyć rozumienia i realizacji języka na różnych płaszczyznach:

- a) suprasegmentalnej – dotyczą rytmu, melodii, tempa, akcentu,

- b) segmentalnej, w tym: fonologicznej (słyszanie i realizacja głosek), morfologicznej (fleksja, słowotwórstwo), składniowej (budowanie zdań) oraz pragmatyczno-semantycznej (znajomość słów – rozumienie i umiejętność posługiwania się nimi w wypowiedzeniach adekwatnie do kontekstu).

W trakcie edukacji szkolnej uczniowie z US muszą pokonać szereg trudności wynikających z braku pełnej dostępności do języka narodowego. Zazwyczaj rozpoczynają oni naukę w szkole z zasobem słownictwa niższym niż ich rówieśnicy (por. przegląd badań za: Lederberg, Beal-Alvarez, 2011), mają też trudności w zakresie rozumienia pojęć wieloznacznych i abstrakcyjnych (Spencer, Marschark, 2010), używają słabiej rozwiniętego słownictwa, np. często stosują proste czasowniki czy rzeczowniki do określenia złożonych pojęć (Singleton, Morgan, DiGello, Wiles, Rivers, 2004; Burman, Evans, Nunes, Bell, 2008) i nie posiadają płynności posługiwania się słownictwem (Easterbrooks i in., 2008; Easterbrooks i in., 2015; Kyle, Harris, 2006). Wyniki niektórych badań pokazują, że po zakończeniu edukacji w wieku 16–17 lat absolwenci z US niejednokrotnie czytają na poziomie 4 klasy szkoły podstawowej (Karchmer, Mitchell, 2003; Schirmer, McGough, 2005; Monreal, Hernandez, 2005).

Wyniki polskich badań nad językiem uczniów z US są niejednoznaczne. Białas (2007), badając poziom rozumienia metafor przez uczniów posługujących się fonogestami, stwierdził, że osiągnięte przez nich wyniki są zbliżone

do wyników uczniów słyszących, natomiast Korendo (2009), sprawdzając poziom rozumienia tekstów podręcznikowych wśród gimnazjalistów, stwierdziła, że analizowane teksty były dla większości uczniów niezrozumiałe, zbyt trudne i nie stwarzały możliwości nabycia wiedzy. Badania Dłużniewskiej (2019, 2021) nad czytaniem i pisanem uczniów z dysfunkcją słuchu uczących się w szkołach specjalnych także wskazują osiągnięcie przez nich wyników znacząco niższych niż wyniki ich słyszących rówieśników, szczególnie w zakresie rozpoznawania znaczenia nieznanymi słów, odkrywania intencji autora tekstu – wnioskowania o danej informacji na podstawie sugestii autora. Dłużniewska (2019) stwierdziła w badaniach jednocześnie dobre kompetencje uczniów w zakresie analizy zdań złożonych oraz rozumienia punktu widzenia autora, co uzasadnia dobrymi kompetencjami badanych uczniów w zakresie poznawania świata w sposób pozajęzykowy.

Braki w zakresie kompetencji językowej i znacznie uboższe doświadczenia czytelnicze są przyczyną narastających trudności w nabywaniu wiedzy szkolnej. Ma to związek z ograniczonym stosowaniem strategii radzenia sobie w zadaniach sprawdzających rozumienie czytanego tekstu, np. uczniowie często przepisują fragmenty, które są wizualnie lub semantycznie podobne do postawionego pytania (Dłużniewska 2019). Starają się za wszelką cenę zrozumieć słowa, a nie główny przekaz tekstu, nie umieją dokonać streszczenia tekstu lub też wykazać w nim niespójności, co uniemożliwia im zrozumienie głównej myśli tekstu (Kelly, Albertini, Shannon, 2001).

Tego rodzaju trudności są częste, nie dotyczą jednak wszystkich uczniów z uszkodzeniem słuchu. Współczesne rozwiązania technologiczne (urządzenia do badań słuchu i wspomagające słyszenie) oraz metody terapii (Cieszyńska, 2001; Krakowiak, 2013; Leybaert i in., 2016; Percy-Smith, 2016; Percy-Smith i in., 2018) skutecznie wspierają dzieci i młodzież w nabywaniu mowy, co z kolei ułatwia im w okresie edukacji szkolnej osiągnięcie poziomu czytania i pisanie właściwego dla wieku.

W najnowszej klasyfikacji ICD-11 (2019) uszkodzenie słuchu zostało opisane w rozdziale 10, pt.: *Choroby ucha lub wyrostka sutkowatego (Diseases of the ear or mastoid process)*. W rozdziale scharakteryzowano jednostki

chorobowe oraz określono przyczyny uszkodzenia słuchu wyrażone kodami w poszczególnych sekcjach:

AB50	Uszkodzenie słuchu
AB50.1	Wrodzone przewodzeniowe uszkodzenie słuchu
AB50.2	Wrodzone zmysłowo-nerwowe uszkodzenie słuchu
AB50.Y	Inne, określone wrodzone uszkodzenie słuchu
AB50.Z	Nieokreślone, wrodzone uszkodzenie słuchu
AB51	Nabyte uszkodzenie słuchu
AB51.0	Nabyte przewodzeniowe uszkodzenie słuchu
AB51.1	Nabyte zmysłowo-nerwowe uszkodzenie słuchu
AB51.2	Nabyte mieszane uszkodzenie słuchu przewodzeniowe i odbiorcze
AB51.Y	Inne, określone nabyte uszkodzenie słuchu
AB50.Z	Nieokreślone, nabyte uszkodzenie słuchu
AB52	Uszkodzenie słuchu nieokreślone gdzie indziej (w tym centralne zaburzenie słuchu)
AB53	Ototoksyczne uszkodzenie słuchu
AB54	Presbycusis
AB55	Nagłe idiopatyczne uszkodzenie słuchu
AB56	Dziedziczne uszkodzenie słuchu
AB57	Synaptopatia lub neuropatia słuchowa
AB5Y	Inne, określone zaburzenia z ubytkiem słuchu
AB5Z	Nieokreślone uszkodzenia słuchu

Ponadto przyczyny uszkodzenia słuchu ujęte są także w rozdziałach *Strukturalne anomalie rozwojowe ucha* (LA20-LA2Z) oraz *Objawy, oznaki lub objawy kliniczne ucha lub wyrostka sutkowatego* (MC40-MC6Y).

Ocena słuchu przeprowadzana jest w zależności od wieku ucznia w oparciu o subiektywne lub obiektywne badanie słuchu (najczęściej przy użyciu audiometrii tonalnej, ABR) i dotyczy częstotliwości istotnych dla rozumienia mowy (500, 1000, 2000 i 4000 Hz). Wyróżnia się cztery podstawowe stopnie US określane w decybelach (dB HL): lekki (21–40 dB HL), umiarkowany (41–70 dB HL), znaczny (71–90 dB HL) lub głęboki (powyżej 91 dB HL).

Samo jednak medyczne – audiologiczne – potwierdzenie rodzaju i stopnia uszkodzenia słuchu na podstawie klasyfikacji ICD-11 oraz badań audiologicznych nie powinno stanowić podstawy dla projektowania działań wspierających i terapeutycznych. Funkcjonowanie ucznia z US powinno być rozpatrywane nie tylko w kontekście zaburzonych funkcji, lecz także szeregu innych uwarunkowań, dotyczących zakresu możliwości i ograniczeń jego uczestnictwa oraz aktywności w różnych środowiskach (domu, szkoły, środowiska lokalnego), a także zakresu wsparcia i pomocy doznawanego ze strony innych osób i instytucji. Ramy dla standardów postępowania diagnostycznego w tym zakresie tworzy komplementarna do ICD-11 International Classification of Functioning, Disability and Health (*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*) (ICF, 2001).

Grupa uczniów z US jest zróżnicowana nie tylko pod względem stopnia i zakresu uszkodzenia słuchu, lecz także ze względu na stopień opanowania mowy i słyszenia funkcjonalnego z użyciem dostępnych, indywidualnie dobranych urządzeń wspomagających słyszenie. Poziom opanowania mowy i słyszenia funkcjonalnego wynika zarówno z uwarunkowań biologicznych (rodzaj i zakres uszkodzenia), jak i czynników społecznych, np. zakresu oraz efektywności prowadzonej terapii słuchu i mowy, aktywnego udziału rodziny w procesie terapii, dostępności do opieki społecznej (Krakowiak, 2012; Bieńkowska, 2017).

Biorąc pod uwagę te czynniki i stan mowy, można wyróżnić następujące grupy uczniów z uszkodzeniem słuchu:

Grupa pierwsza: uczniowie funkcjonalnie słyszący

- W tej grupie uczniów zarówno rozumienie, jak i mówienie nie odbiega od normatywnego rozwoju, charakterystycznego dla wieku badanego ucznia; słyszenie jest możliwe dzięki indywidualnie, optymalnie dobranym urządzeniom wspomagającym słyszenie (UWS) w sprzyjających warunkach akustycznych (bez hałasu). Słyszenie jednak jest utrudnione lub niemożliwe w sytuacji braku UWS, np. na basenie, w czasie snu, w chwilach braku baterii.

Grupa druga: uczniowie słabosłyszący

- U tych uczniów można zdiagnozować **niedokształcenie mowy z powodu uszkodzenia słuchu**, które przejawia się zaburzeniem rozwoju mowy oraz występowaniem nieprawidłowości w nabywaniu reguł poszczególnych podsystemów *językowych*. U uczniów można zaobserwować także nierozwojowe zjawiska językowe, możliwe jest zanikanie już nabytych umiejętności, zakłócenia w realizacji fonemów i wyrazów, zmienność w ich realizacji, brak oznak samoistnego rozwoju mowy.
- Kolejnym zaburzeniem może być **opóźniony rozwój mowy** spowodowany US. Zaburzenie to może być diagnozowane do około 9. r.ż. i oznacza, że stan mowy ucznia, określany w danym momencie w trakcie oceny logopedycznej dziecka, jest charakterystyczny dla dziecka młodszego. System językowy u tych uczniów jest nabywany zgodnie z prawidłowościami charakterystycznymi dla dziecka młodszego, a trudności w mowie uwidaczniają wcześniejsze chronologicznie zjawiska językowe.
- U niektórych uczniów diagnozowana jest **dyslalia słuchowa** – zaburzenie artykulacyjne z powodu US, przy jednoczesnym przyswojeniu systemu językowego, charakteryzująca się deformacjami głosek z często występującą dysfonią (wielopostaciowym zaburzeniem głosu), które oznacza zmianę barwy, częstotliwości, poziomu głośności i czasu trwania mowy, oraz dysprozodię – zaburzenie prozodii mowy, takich jak: intonacja, akcent, rytm i tempo mowy.

Grupa trzecia: uczniowie niesłyszący

- W tej grupie uczniów występuje brak języka w formie dźwiękowej – kompetencja językowa, komunikacyjna i kulturowa może być realizowana w języku migowym (Emiluta-Roza, 2008, 2013, 2016, 2017, Wojda 1999). W tej grupie uczniów obserwuje się różny poziom znajomości języka narodowego.

Każda z tych grup wymaga zróżnicowanego rodzaju i zakresu pomocy w systemie edukacji szkolnej.

Uczniowie z US mogą uczyć się zarówno w szkołach ogólnodostępnych, jak i integracyjnych oraz specjalnych. W ostatnich latach obserwowana jest

wyraźna tendencja edukacji uczniów słabosłyszących w szkołach ogólnodostępnych.

1.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Uszkodzenie słuchu jest zaburzeniem audiologicznym, które może zostać zdiagnozowane na każdym etapie życia, jednak u dzieci i młodzieży ma ono najczęściej charakter wrodzony. Od 1992 roku w Polsce funkcjonuje efektywnie narodowy program przesiewowych badań słuchu, który obejmuje 98% noworodków. Każdego roku uszkodzenie słuchu diagnozowane jest u około 500 nowo narodzonych dzieci, którym następnie oferowane jest wsparcie:

- medyczne, polegające na opiece audiologicznej,
- protetyczne, w postaci aparatów słuchowych lub implantów,
- psychologiczno-pedagogiczne, obejmujące zajęcia ogólnorozwojowe wspierające dziecko i jego rodzinę w ramach programu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka lub/i nauki Polskiego Języka Migowego (PJM),
- logopedyczne, w zakresie wychowania słuchowego i nabywania mowy,
- edukacyjne, w czasie regularnych zajęć w przedszkolu/szkole.

Celem wsparcia udzielanego dziecku w wieku 0–7 lat jest zapewnienie mu możliwości integralnego rozwoju w każdej ze sfer: fizycznej, poznawczej, społecznej, emocjonalnej i językowej. Celem równoległym jest przygotowanie dziecka do rozpoczęcia edukacji szkolnej tak, aby mogło ono w najbardziej odpowiednim dla siebie typie placówki (włączającej lub specjalnej) realizować zadania edukacyjne właściwe dla uczniów w jego wieku.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka może dokonywać się w różnych placówkach i jest zazwyczaj prowadzone przez kilku specjalistów. Rekomendujemy, aby proces wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWR)

z uszkodzeniem słuchu został zakończony przygotowaniem przez specjalistę wiodącego z instytucji koordynującej WWR (IK WWR) dokumentu zawierającego opis działań podejmowanych w różnych placówkach oraz rekomendacje do dalszych działań edukacyjnych, terapeutycznych i wspierających dziecko i jego rodzinę. Dokumentacja przebiegu WWR wraz z rekomendacjami dla edukacji dziecka z uszkodzeniem słuchu w szkole przekazywana jest z IK WWR do właściwej dla miejsca zamieszkania dziecka publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Ta dokumentacja jest uzupełniana o dane ze szkolnej oceny funkcjonalnej dokonywanej systematycznie przez cały okres nauki dziecka w placówce.

Uszkodzenie słuchu, jak wspomniano powyżej, może pojawić się na każdym etapie życia dziecka i wynikać z przyczyn medycznych: genetycznych lub jako efekt choroby (np. częste stany zapalne ucha) czy efekt leczenia preparatami ototoksycznymi, których skutkiem ubocznym może być uszkodzenie komórek słuchowych lub nerwu słuchowego. Problemy ze słuchem mają także źródło w zachowaniach dzieci i młodzieży i braku higieny słuchowej, np. mogą być efektem słuchania zbyt głośnej muzyki w słuchawkach dousznych czy częstego przebywania w hałasie. Szacuje się, że problemy ze słuchem mogą dotyczyć około 15–20% dzieci i młodzieży (WHO, 2018).

Ponadto należy podkreślić, że trudności w nauce, pisaniu i czytaniu oraz często współistniejące z nimi zaburzenia emocjonalne mogą wynikać z zaburzenia słyszenia funkcjonalnego – zaburzenia analizy dźwięków mowy na poziomie centralnym (*Auditory Processing Disorder* – APD). Zgodnie

z zaleceniami Amerykańskiego Stowarzyszenia Słuchu i Mowy (American Speech-Language-Hearing Association – ASHA) ten typ zaburzeń (APD lub CAPD – *Central Auditory Processing Disorder*, centralne zaburzenie słuchu) rozpoznaje się w przypadkach, w których co najmniej jedna z wyższych funkcji słuchowych jest zaburzona: lokalizacja źródła dźwięku, różnicowanie dźwięków, w tym dźwięków mowy, rozpoznawanie wzorców dźwiękowych, analiza czasowych aspektów sygnału dźwiękowego, umiejętność rozumienia mowy zniekształconej, umiejętność rozumienia mowy w obecności sygnału zagłuszającego (rozumienie mowy w hałasie). Wyższe funkcje słyszenia mają podstawowe znaczenie dla skutecznej nauki i przyswajania wiedzy na drodze słuchowej (kodowania i dekodowania sygnałów akustycznych). Diagnoza uszkodzenia słuchu na poziomie centralnym jest objawowa, długotrwała i wymaga uważnej interpretacji trudności funkcjonalnych ucznia w obszarze słyszenia w różnych warunkach akustycznych, słuchania, koncentracji uwagi, komunikowania się, emocji (Bieńkowska i in., 2016; Zaborniak-Sobczak i in., 2018; Bieńkowska i in., 2019; Senderski, 2022).

Badanie słuchu jest nieinwazyjne, może być powtarzane wielokrotnie. U dzieci w wieku szkolnym najczęściej stosuje się subiektywne próby przy użyciu audiometrii tonalnej. Do ucha pacjenta podawane są sygnały tonalne o poszczególnych częstotliwościach i natężeniu, a pacjent sam sygnalizuje, kiedy zaczyna słyszeć dźwięk o najniższym natężeniu. Ponadto obserwowane przez ucznia, rodziców lub nauczycieli trudności w słuchaniu są wytycznymi do przeprowadzenia testów przetwarzania słuchowego (Estabrooks i in., 2016; Senderski i in., 2022). W efekcie badań audiometrycznych można stwierdzić:

- a) stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu,
- b) zaburzenie przetwarzania słuchowego.

Badanie słuchu powinno być zalecane:

- kontrolnie u uczniów, u których stwierdzono wcześniej US w zależności od wskazań lekarza prowadzącego, jednak nie rzadziej niż raz w roku;

- po infekcjach układu oddechowego połączonych z zapaleniem ucha;
- w sytuacjach diagnozy przerośniętego trzeciego migdała;
- po podaniu leków ototoksycznych (np. w czasie choroby nowotworowej),
- kiedy rodzice/nauczyciele zgłaszają niepokojące sygnały wskazujące na możliwość wystąpienia trudności ze słyszeniem u dziecka, np. brak reakcji na kierowane do dziecka polecenia wynikające z tego, że dziecko ich nie usłyszało, podgląśnianie telewizora czy komputera, prośby dziecka o to, by osoby z najbliższego otoczenia powtarzały to, co powiedziały, lub mówiły głośniej.

Medyczna diagnoza uszkodzenia słuchu powinna być sygnałem do podjęcia działań wspierających rozwój ucznia:

- a) skierowaniem do protetyka słuchu w celu zaopatrzenia w indywidualnie dobrane urządzenie wspomagające słyszenie;
- b) oceny słyszenia funkcjonalnego;
- c) kontynuacji lub wdrożenia wychowania słuchowego i/lub aktywnego treningu słuchowego;
- d) opieki pedagoga specjalnego – surdopedagoga, surdologopedę w celu dokonania/uaktualnienia szkolnej oceny funkcjonalnej oraz zaproponowania działań postdiagnostycznych. Działania takie są inicjowane w szkole przez zespół prowadzący ocenę funkcjonalną, a następnie kontynuowane we właściwej dla miejsca zamieszkania dziecka poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodka specjalistycznym.

Istotne jest, aby działania diagnostyczne i wspierające ucznia były koordynowane przez jedną osobę, dlatego w poradni psychologiczno-pedagogicznej wyznacza się **specjalistę wiodącego – surdopedagoga/surdologopedę**, który prowadzi proces pełnej, specjalistycznej oceny funkcjonalnej i koordynuje wsparcie edukacyjno-specjalistyczne udzielane uczniowi we współpracy ze szkołą. Specjalista wiodący:

- 1) jest mentorem rodziny – osobą pierwszego kontaktu w sytuacjach związanych z rehabilitacją słuchową oraz edukacją ucznia;

- 2) koordynuje proces pogłębionej, specjalistycznej oceny funkcjonalnej;
- 3) zna lokalne możliwości wsparcia terapeutycznego uczniów z US – adresy i zakres działalności poradni prowadzonych na danym terenie przez placówki medyczne, instytucje oświatowe, organizacje pozarządowe – i udostępnia te informacje rodzicom, którzy podejmują decyzje o wyborze placówki, jeśli jest taka potrzeba;
- 4) pozostaje w bieżącym kontakcie z instytucjami udzielającymi wsparcia uczniom z niepełnosprawnościami i ich rodzinom, w tym ze SCWEW (Specjalistyczne Centrum Wspierania Edukacji Włączającej), właściwym dla szkoły, do której uczęszcza dziecko w celu realizacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego udzielanego przez te placówki;
- 5) pozostaje w bieżącym kontakcie ze szkołą, do której uczęszcza dziecko z US, i monitoruje organizację wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego (prowadzonego przez logopedę/surdopedagoga) w tych placówkach, koordynuje pracę specjalistów wspierających ucznia.

Specjalista wiodący zapewnia i koordynuje możliwość spotkań konsultacyjnych zarówno dla rodziców ucznia, jak i jego nauczycieli – także w formie online. Doświadczenia zagraniczne, a także te lokalne z okresu pandemii wskazują na dużą efektywność tego rodzaju teleporad i wideokonferencji. Rodzice i nauczyciele dziecka mogą także korzystać z webinarów i szkoleń w formule online, co może stanowić szczególną szansę dla osób mieszkających w mniejszych ośrodkach, gdzie dostęp do specjalistów w środowisku lokalnym jest utrudniony.

Rodzice ucznia i uczeń pełnią istotną rolę na każdym etapie oceny funkcjonalnej. Nie są postrzegani jedynie jako osoby dostarczające informacji, ale aktywnie negocjują rodzaj i zakres proponowanego wsparcia. Rodzice czynnie wspierają ucznia w środowisku domowym, zwłaszcza w zakresie usprawniania komunikacji. Są także odbiorcami wsparcia, zwłaszcza w zakresie podnoszenia ogólnych kompetencji rodzicielskich oraz doskonalenia metod komunikowania się z niesłyszącym/słabosłyszącym dzieckiem, w adekwatny dla ucznia sposób, którym może być mowa (w tym mowa wspomagana fonogestami) lub język migowy.

Ocena funkcjonalna ucznia z uszkodzeniem słuchu jest procesem złożonym. Jak już wspomniano wyżej, ocena audiologiczna nie jest jedynym wyznacznikiem oceny funkcjonowania dziecka i wskazania zakresu potrzebnego mu wsparcia. Wynik OF jest zależny od szeregu czynników (Kurkowski, 2000; Marschark, Lang, Albertini, 2002; Prożych, 2004; Zielińska, 2007; Dryżałowska, 2007, 2017; Krakowiak, 2012; Domagała-Zyśk, 2013a, 2013b; Skibska, 2014; Kupisiewicz, 2015, 2020; Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Tomińska, 2016; Bieńkowska, 2017). Do najważniejszych z nich należą:

- czas pojawienia się i wykrycia uszkodzenia słuchu;
- rodzaj i głębokość uszkodzenia słuchu;
- rodzaj, zakres i skuteczność podjętej rehabilitacji słuchu, mowy i języka;
- rodzaj, zakres i skuteczność stosowanych technologii wspierających słyszenie (np. cyfrowe aparaty słuchowe, implanty ślimakowe, dostępność pętli indukcyjnych w miejscach, gdzie przebywa uczeń);
- warunki akustyczne miejsc, gdzie uczy się i przebywa uczeń;
- umiejętności ucznia w zakresie wizualnego odbioru mowy (tzw. odczytywania mowy z ust i innych związanych z tym kompetencji);
- ogólne kompetencje poznawcze i społeczno-emocjonalne ucznia.
- zakres znajomości i używania języka migowego przez ucznia, członków jego rodziny oraz nauczycieli i rówieśników

Ocena funkcjonalna z założenia ma charakter wielodyscyplinarny. W procesie oceny biorą udział różni specjaliści, w zależności od potrzeb ucznia. Badacze (Meadow-Orlans, 2001; Krakowiak, 2012; Domagała-Zyśk, 2013a; Bieńkowska, 2016ab; Bieńkowska, 2017; Domagała-Zyśk, 2017a, 2017b, 2017c;) zwracają uwagę, że we współczesnej refleksji i badaniach surdopedagogicznych w niewielkim stopniu reprezentowane są różne podgrupy w ramach populacji osób z uszkodzeniem słuchu, a zwłaszcza:

- a) osoby z lekkim uszkodzeniem słuchu (funkcjonalnie słyszące);
- b) uczniowie z US uczęszczający do oddziałów ogólnodostępnych;
- c) dzieci z US z rodzin ubogich i środowisk wiejskich;
- d) uczniowie z niepełnosprawnościami sprzężonymi, trudnościami w nauce, specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się oraz zaburzeniami zachowania.

Proces oceny funkcjonalnej tych grup uczniów ma charakter złożony – poza klasycznymi elementami oceny funkcjonalnej podejmowanej w sytuacji uszkodzenia słuchu należy uwzględnić w nim dodatkowe elementy wynikające z niepełnosprawności sprzężonej oraz modyfikujących czynników środowiskowych, a w zespole specjalistów powinien dodatkowo uczestniczyć np. tyflopedał, fizjoterapeuta, terapeuta pedagogiczny czy pracownik socjalny. W ocenie poziomu funkcjonowania ucznia, który posługuje się językiem migowym lub/i jego rodzice posługują się językiem migowym specjaliści powinni także biegle posługiwać się językiem migowym, a jeśli nie jest to możliwe, zapewniane jest wsparcie tłumacza języka migowego.

W pedagogicznej ocenie funkcjonowania ucznia z uszkodzeniem słuchu wykorzystuje się narzędzia do oceny surdologopedycznej, surdopedagogicznej oraz narzędzia do oceny funkcjonowania psychomotorycznego, poznawczego i społeczno-emocjonalnego uczniów w danym wieku. Należą do nich:

a) Bezsłowna Skala Inteligencji dla Dzieci WISC

Skala przeznaczona jest dla dzieci w wieku 6,0–16,11 lat. WISC-V składa się z 21 testów, pozwala na obliczanie ilorazu inteligencji w skali pełnej oraz 13 innych złożonych wskaźników. Test umożliwia określenie ogólnego poziomu inteligencji dziecka, ale także jego mocnych i słabych stron w zakresie procesów poznawczych. Jest wykorzystywany do diagnozy zaburzeń procesu uczenia się - trudności poznawczych i wybitnych zdolności. W amerykańskich badaniach normalizacyjnych uczestniczyła grupa 106 dzieci o różnym stopniu US, z różnego typu środowisk rodzinnych i szkolnych, których US miało różną etiologię. Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między wynikami dzieci ze względu na powyższe czynniki różnicujące grupę (Sullivan, Montoya, 1997).

b) Międzynarodowa Skala Wykonawcza Leitera 3

Przeznaczona do badania ogólnej sprawności umysłowej dzieci w wieku 3–15 lat. Skala umożliwia ocenę kompetencji poznawczych dziecka bez konieczności posługiwania się mową. W teście występuje kilka typów

zadań: klasyfikacja, relacje, identyczności, analogie, postępu arytmetycznego, pojęcie liczby, uogólniania, abstrahowania i zapamiętywania. Badane dziecko ma odtworzyć za pomocą klocków układ określony we wzorze narysowanym na pasku kartonu. Skala ma opracowane normy dla populacji ogólnej oraz dla dzieci głuchych (Polska standaryzacja 1993 (P-93) i podręcznik, wyd. 2 (2009): Jaworowska, Matczak, Szustrowa).

c) TROS-KA i TROS-KA-1 – bateria testów do diagnozy funkcjonalnej kompetencji społeczno-emocjonalnych uczniów w wieku 9–13 lat

Skale pozwalają na ocenę kompetencji w zakresie radzenia sobie z trudnościami, zakresu i jakości relacji społecznych, identyfikacji obrazu siebie badanego ucznia oraz ocenę poczucia sprawczości. Wypełniane są przez ucznia, rodzica i nauczyciela, co pozwala na ocenę kompleksową (270 stopni). Skale mają normy dla uczniów w wieku 9–13 lat (Domagała-Zysk i in., 2017), a procedura baterii TROS-KA-1 jest przystosowana do badania uczniów z potrzebami edukacyjnymi (Domagała-Zysk i in., 2022a, 2022b).

d) Karta Samooceny Komunikacji SAC (*Self Assessment of Communication*) – przeznaczona jest dla uczniów i ich opiekunów, pozwala na określenie trudności w słuchaniu, rozumieniu oraz komunikowaniu się (Wright, English, Elkayam, 2010a, 2010b, w polskiej adaptacji Zaborniak-Sobczak, 2022).

e) Narzędzia do oceny w rozwoju języka i mowy

W Polsce brak jest standaryzowanych aktualnie narzędzi do oceny rozwoju języka i mowy uczniów z uszkodzeniem słuchu. Niekiedy stosuje się znormalizowane narzędzia przeznaczone dla uczniów słyszących w danym wieku, jednak procedura badań nie jest dostosowana dla potrzeb i możliwości uczniów z US. Brak jest norm opracowanych dla populacji uczniów niesłyszących i słabosłyszących. Zastosowanie tych narzędzi do badania uczniów z US pozwala jednak na pewne odniesienie stanu mowy badanych uczniów do stanu mowy ich słyszących rówieśników. Wyniki badań powinny być jednak

interpretowane przez doświadczonego surdologopedę, z zachowaniem reguły racjonalnego interpretowania w odniesieniu do szerszego kontekstu (w szczególności do możliwości słyszenia). Przykładowe narzędzia diagnostyczne, np. KOLD, TRJ, 100-wyrazowy test artykulacyjny (por. *Aneks Tabela A1*).

W praktyce pedagogicznej do badania dzieci z US powszechnie stosowane są także arkusze badań/kwestionariusze, które nie są narzędziami w pełni wystandaryzowanymi, ale pozwalają na ocenę percepcji słuchowej oraz stanu mowy, np.:

- a) Skala Integracji Słuchowej (*Maningful Auditory Integration Scale – MAIS*);
- b) Skala Sensownego Użycia Mowy (*Meaningful Use of Speech Scale – MUSS*);
- c) Całościowe badanie logopedyczne – metoda badania (zestaw prób), które w sposób kompleksowy umożliwiają całościową ocenę posługiwania się językiem przez dziecko. Metoda umożliwia logopedzie sformułowanie podstawowej diagnozy dotyczącej stanu mowy w taki sposób, że ułatwia ona określenie priorytetowych założeń programu terapii (Emiluta-Roza, 2013);
- d) Karta Oceny Zachowań Komunikacyjnych Dziecka z Uszkodzonym Słuchem (KOZK) – narzędzie do skategoryzowanej oceny i opisu sposobu porozumiewania się dziecka z uszkodzonym słuchem (Krakowiak, Panasiuk, 1992);
- e) Karta oceny programu 60 kroków – strukturyzowany kwestionariusz oceny stanu rozwoju percepcji słuchowej i mowy dziecka z uszkodzonym słuchem. Narzędzie stworzone na potrzeby diagnozy podczas terapii słuchu i mowy dzieci z US, skonstruowane na podstawie identyfikowalnych (opisanych w literaturze) etapów rozwoju mowy (Bieńkowska, 2012).

Planowanie wsparcia edukacyjno-specjalistycznego funkcjonowania psychospołecznego uczniów w przypadku występowania trudności rozwojowych w zakresie uszkodzenia słuchu jest procesem złożonym. Każdy

uczeń potrzebuje przede wszystkim wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w czasie lekcji tak, aby mógł mieć pełny dostęp do treści przekazywanych w szkole i możliwość aktywnego w udziału w lekcjach i innych zajęciach szkolnych i pozaszkolnych. Niektórzy z tych uczniów potrzebują także szerszego wsparcia, zarówno w wymiarze edukacyjnym, jak i terapeutycznym (Domagała-Zyśk, 2015, 2018; Buryn, 2005; Buryn i in., 2011; Jastrzębowska, 2003). Rodzaj i zakres takiego wsparcia powinien być zależny od wyników oceny funkcjonalnej, w efekcie której aktualne funkcjonowanie ucznia może wyznaczać jeden z trzech poziomów wsparcia:

- 1) wsparcie dla ucznia funkcjonalnie słyszącego,
- 2) wsparcie dla ucznia słabosłyszącego, komunikującego się głównie w języku polskim,
- 3) wsparcie dla ucznia niesłyszącego, komunikującego się głównie w Polskim Języku Migowym (PJM).

W tabeli poniżej ujęte zostały trzy obszary wsparcia ucznia z US w aspekcie inkluzji w szkole: a) edukacyjne – udzielane w czasie każdej lekcji, przez każdego nauczyciela, b) specjalistyczne: edukacyjne i terapeutyczne – prowadzone w szkole przez przeszkolonego nauczyciela lub/i nauczyciela specjalistę, c) włączające – budowanie optymalnego środowiska sprzyjającego rozwojowi ucznia (tabela 1).

Tabela 1. Wsparcie edukacyjne i specjalistyczne dla uczniów z uszkodzeniem słuchu

Charakterystyka ucznia	Wsparcie edukacyjne w czasie lekcji	Wsparcie specjalistyczne edukacyjne i terapeutyczne dla ucznia	Budowanie włączającego środowiska uczenia się
Uczeń funkcjonalnie słyszący	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo)	Jeśli wynika to z oceny funkcjonalnej: – zajęcia korekcyjno-kompensacyjne obejmujące np. strategie uczenia się, tworzenie notatek wizualnych itp. – zajęcia logopedyczne	Dostępność szkoły – stworzenie dobrych warunków akustycznych ułatwiających odbiór mowy – odpowiednio wyciszone sale, pętle indukcyjne Szkolenia dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie zasad i metod pracy z uczniem z uszkodzeniem słuchu oraz projektowania uniwersalnego w edukacji Wsparcie informacyjne i społeczne dla rodziców Szkolenia świadomościowe, wsparcie informacyjne i społeczne dla rówieśników, aby stworzyć przyjazne środowisko uczenia się w klasie Jeśli uczeń korzysta z metody fonogestów – szkolenie dla nauczycieli i uczniów z zakresu stosowania tej metody komunikacji
Uczeń słabosłyszący (komunikujący się w języku polskim)	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego Dostosowania i modyfikacje w zakresie każdego z realizowanych przedmiotów szkolnych Specjalistyczne wsparcie w edukacji: – usługa zapisywania symultanicznego – usługa przygotowywania notatek z lekcji (<i>notetaking</i>)	– Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z tych przedmiotów, gdzie realizacja pełnej podstawy programowej wspólnie z grupą nie jest możliwa, np. indywidualne dodatkowe zajęcia z języka ojczystego/języka obcego – Zajęcia logopedyczne w zakresie wychowania słuchowego – Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne obejmujące np. strategie uczenia się, tworzenie notatek wizualnych itp.	Dostępność szkoły – stworzenie dobrych warunków akustycznych ułatwiających odbiór mowy – odpowiednio wyciszone sale, pętle indukcyjne Szkolenia podstawowe/szkolenia przypominające dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie zasad i metod pracy z uczniem słabosłyszącym, dostosowań i modyfikacji treści nauczania potrzebnych uczniowi oraz projektowania uniwersalnego w edukacji Wsparcie informacyjne i społeczne dla rodziców Szkolenia świadomościowe, wsparcie informacyjne i społeczne dla rówieśników, aby stworzyć przyjazne środowisko uczenia się w klasie Jeśli uczeń korzysta z metody fonogestów – szkolenie dla nauczycieli i uczniów z zakresu stosowania tej metody komunikacji
Uczeń niesłyszący (komunikujący się głównie w Polskim Języku Migowym)	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego Dostosowania i modyfikacje w zakresie każdego z przedmiotów szkolnych Specjalistyczne wsparcie w edukacji: – Tłumacz języka migowego (PJM) – Usługa zapisywania symultanicznego – Usługa przygotowywania notatek z lekcji (<i>notetaking</i>)	– Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z tych przedmiotów, gdzie realizacja pełnej podstawy programowej wspólnie z grupą nie jest możliwa, np. indywidualne dodatkowe zajęcia z języka ojczystego/języka obcego – Zajęcia logopedyczne w zakresie wychowania słuchowego, jeśli uczeń komunikuje się ustnie; – Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, np. strategie uczenia się, tworzenie notatek wizualnych itp.	Dostępność szkoły – stworzenie dobrych warunków akustycznych ułatwiających odbiór mowy – np. odpowiednio wyciszone sale, pętle indukcyjne Szkolenia podstawowe lub przypominające dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie zasad i metod pracy z uczniem niesłyszącym oraz dostosowań i modyfikacji potrzebnych uczniowi Szkolenia dla nauczycieli podstawowe lub przypominające z zakresu PJM Wsparcie informacyjne i społeczne dla rodziców Szkolenia świadomościowe i wsparcie informacyjne oraz społeczne dla rówieśników, aby stworzyć przyjazne środowisko uczenia się w klasie

Bibliografia

- Białas, M. (2007). *Głusi, język, metafora. Rozumienie metaforycznego znaczenia wyrażen językowych przez uczniów niesłyszących*. Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Bieńkowska, K. I., Zaborniak-Sobczak, M., Senderski, A., Jurczak, P. (2019). Terapia centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego – przegląd metod i narzędzi w kontekście wsparcia edukacyjnego uczniów. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 36, 103–124.
- Zaborniak-Sobczak, M., Bieńkowska, K. I., Grot-Mrozicka M., Mazurewicz-Rzepka, M. (2019). Udział lekarza specjalisty w procedurze orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niesłyszanie/słabosłyszanie. *Polski Przegląd Otorinolaryngologiczny*, 8(1), 7–15. <http://doi.org/10.5604/01.3001.0012.8606>
- Bieńkowska, K. I. (2012). *Słucham, mówię, jestem... Program 60 kroków do oceny i terapii dzieci z wadą słuchu* (wyd. 3). Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu.
- Bieńkowska, K. I. (2016a). Obustronna implantacja ślimakowa – korzyści i trudności. *Pediatrica Polska*, 91(6), 595–601.
- Bieńkowska, K. I. (2016b). Postępowanie terapeutyczne w przypadku bilateralnej implantacji u dzieci. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 5(2), 57–62.
- Bieńkowska, K. I. (2017). Synergia oddziaływań a efekty terapii dzieci po implantacji ślimakowej. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 3, 18–30. <https://doi.org/10.24917/24505072.3.2>
- Burman, D., Evans, D., Nunes, T., Bell, D. (2008). Assessing Deaf children's writing in primary school: Grammar and story development. *Deafness and Education International*, 10(2), 93–110.
- Buryn, U. (2005). *Uczeń z wadą słuchu chce zrozumieć świat: poradnik dla nauczycieli ogólnodostępnych szkół ponadpodstawowych*. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.
- Buryn, U., Hulboj, T., Kowalska, M., Podziemska, T. (2011). Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.
- Cawthon, S. (2006). Pebbles in the Mainstream: How Do We Find Them? *American Annals of the Deaf*, 151(2), 105–113.
- Cieszyńska, J. (2001). *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Dłużniewska, A. (2019). Metakognitywne strategie czytania i ich rola w kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności rozumienia tekstów literackich przez niesłyszącą i słabosłyszącą młodzież. *Logopedia*, 48(2), 93–110.
- Dłużniewska, A. (2021). Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu. *Impuls*.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Papuda-Dolińska, B., Bieńkowska, K. I. (2022). Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi z wykorzystaniem baterii TROS-KA-1. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk, E. (2013a). *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się nauczania języków obcych*. Wydawnictwo KUL.
- Domagała-Zyśk, E. (2013b). Poznawcze możliwości uczniów z wadą słuchu a ich integracja w szkołach ogólnodostępnych. *Roczniki Pedagogiczne*, 5(41), 109–122.
- Domagała-Zyśk, E. (2015). Projektowanie uniwersalne w edukacji osób z wadą słuchu. W: M. Nowak, E. Stoch, B. Borowska (red.), *Z problematyki teatrologii i pedagogiki* (s. 553–568). Wydawnictwo KUL.
- Domagała-Zyśk, E. (2017a). Możliwości i doświadczenia nauczania języka angielskiego jako obcego studentki z zespołem Ushera. W: E. Domagała-Zyśk, G. Wiącek, M. Książek, *Świat osób głuchoniewidomych. Wyzwania współczesności* (s. 127–139). Wydawnictwo Episteme.
- Domagała-Zyśk, E. (2017b). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – diagnoza i terapia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 429–460). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E. (2017c). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – uwarunkowania i symptomatologia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 416–428). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E. (2018). Racjonalne dostosowania i modyfikacje w edukacji uczniów mających specjalne potrzeby edukacyjne. W: S. M. Kwiatkowski (red.), *Kompetencje przyszłości* (s. 270–287). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Osza, U. (2017). *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Papuda-Dolińska, B., Bieńkowska, K. I. (2022a). Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi z wykorzystaniem skal TROS-KA-1. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I. (2022b). BATERIA TROS-KA-1 – skale do badania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów w środkowym wieku szkolnym. W: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K. Bieńkowska (2022). *Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA-1*. Warszawa: ORE
- Dryżałowska, G. (2007). *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Wydawnictwo UW.
- Dryżałowska, G. (2017). Integracja edukacyjna z inne perspektywy. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 16, 33–61.

- Easterbrooks, S. R., Lederberg, A. L., Antia, S., Schick, B., Kushalnagar, P., Webb, M. Y., Branum-Martin, L., McDonald Connor, C. (2015). Reading among diverse DHH learners: What, how, and for whom? *American Annals of the Deaf*, 159(5), 419–432.
- Easterbrooks, S. R., Lederberg, A. R., Miller, E. M., Bergeron, J. P., McDonald Connor, C. (2008). Emergent literacy skills during early childhood in children with hearing loss: Strengths and weaknesses. *Volta Review*, 108, 91–114.
- Elkayam, J., English, K. (2003). Counseling adolescents with hearing loss with the use of self-assessment/significant other questionnaires. *Journal of the American Academy of Audiology*, 14(9), 485–499.
- Emiluta-Roza, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roza. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, (Z prac Towarzystwa Kultury Języka, t. 7, s. 25–36). Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Emiluta-Roza, D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Emiluta-Roza, D. (2016). „Kąpiel słowna” jako metoda profilaktyki logopedycznej. W: E. Lewandowska-Tarasiuk, J. Z. Lichański, B. Mossakowska (red.), *Terapia słowem*. Wydawnictwo Pani Twardowska.
- Emiluta-Roza, D. (2017). Surdologopedia dawniej i dziś. W: M. Kurowska, J. Zawadka (red.), *Język i komunikacja – perspektywa lingwistyczna i logopedyczna* (s. 138–153). Dom Wydawniczy Elipsa.
- Estabrooks, W., MacIver-Lux, K., Rhoades, E. (red.). (2016). *Auditory-verbal therapy for young children with hearing loss and their families, and the practitioners who guide them*. Plural Publishing Inc.
- Grzegorzczukowa, R. (2010). Wstęp do językoznawstwa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jastrzębowska, G. (2003). Diagnoza i terapia zaburzeń mowy dzieci niedosłyszących i głuchych. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – Pytania i Odpowiedzi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (2009). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93. Podręcznik (Polska standaryzacja)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Karchmer, M., Mitchel, R. E. (2003). Demographic and achievement characteristics of deaf and hard of hearing students. W: M. Marschark, P. E. Spencer (red.), *Oxford handbook of deaf studies, language and education* (s. 21–37). Oxford University Press.
- Kelly, R., Albertini, J., Shannon, N. (2001). Deaf college students’ reading comprehension and strategy use. *American Annals of the Deaf*, 146, 385–400.
- Korendo, M. (2009). *Jak dzieci niesłyszące czytają teksty podręczników szkolnych?* Wydawnictwo Naukowe UP.
- Krakowiak, K. (2012). *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Wydawnictwo KUL.
- Krakowiak K., Panasiuk M. (1992). Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia. T. 3. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kupisiewicz, M. (2015). Bariery w komunikowaniu się bezpośrednim dzieci i młodzieży z wadą słuchu ze słyszającymi rówieśnikami w świetle modelu komunikacji międzyosobowej Friedemanna Schulza von Thuna. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 4(30), 33–53.
- Kupisiewicz, M. (2020). Sprostac wyzwaniom – uczeń z wadą słuchu w edukacji inkluzyjnej. *Studia z Teorii Wychowania*, 11(4(33)), 87–112.
- Kurkowski, Z. M. (2000). Głuchota jednostronna – słyszenie jednouszne. *Audiofonologia*, 17, 143–151.
- Kyle, F. E., Harris, M. (2010). Predictors of Reading Development in Deaf Children: A 3 Year Longitudinal Study. *Journal of Experimental Psychology*, 107(3), 229–243.
- Lederberg, A. R., Beal-Alvarez, J. (2011). Expressing meaning: From communicative intent to building vocabulary. W: M. Marschark, P. E. Spencer (red.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (wyd. 2, t. 1, s. 258–275). Oxford University Press.
- Leybaert, J., Bayard, C., Colin, C., LaSasso, C. (2016). Cued speech and cochlear implants: A powerful combination for natural spoken language acquisition and the development of reading. W: M. Marschark, P. Spencer (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies: Language and Language Development* (s. 359–376). Oxford University Press.
- Marschark, M., Lang, H. G., Albertini J. A. (2002). *Educating deaf students: From research to practice*. Oxford University Press.
- Meadow-Orlans, K. P. (2001). Research and deaf education: Moving ahead while glancing back. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(2), 143–148.
- Milewski, T. (2018). Językoznawstwo. PWN.
- Monreal, S. T., Hernandez, R. S. (2005). Reading levels of Spanish deaf students. *American Annals of the Deaf*, 150(4), 379–387.
- Percy-Smith, L. (2016). Born deaf – growing up hearing – outcomes of pediatric cochlear uimplntation in Denmark. Praca doktorska. Kopenhaga: University of Copenhagen. <https://decibel.dk/sites/decibel.dk/files/media/document/Health-PhD-Lone-P-S.pdf>, pobrano 13.09.2022.
- Percy-Smith, L., Hallström, M., Josvassen J.L., Mikkelson, J.H., Nissen, .L, Dieleman, E., Cayé-Thomasen, P. (2018). Differences and similarities in early vocabulary development between children with hearing aids and children with cochlear implant enrolled in 3-year auditory verbal intervention. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 108, 67–72. doi: 10.1016/j.ijporl.2018.02.030.
- Prożych, A. (2004). Rozwój funkcji słuchowych a wychowanie słuchowe. *Rewalidacja*, 2(16), 9–11.

- Robbins, A. M. (2022). *Maningful Auditory Integration Scale (MAIS)*. Indiana University School of Medicine Indianapolis, IN 46202. <https://successforkidswithhearingloss.com/wp-content/uploads/2014/09/MAIS-Instructions.pdf>
- Schrimmer, B. R., McGough, S. M. (2005). Teaching reading to children who are deaf: Do the conclusions of the National Reading panel apply?. *Review of Educational Research*, 75(1), 83–117.
- Senderski, A. (2022). Standardy diagnozy i terapii przetwarzania słuchowego u dzieci. *Otolaryngologia Polska* (w druku).
- Singleton, J. L., Morgan, D., DiGello, E., Wiles, J., Rivers, R. (2004). Vocabulary use by low, moderate, and high ASL-proficient writers compared to hearing ESL and monolingual speakers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(1), 86–103.
- Skibska, J. (2014). Uczeń z wadą słuchu w młodszym wieku szkolnym w szkole ogólnodostępnej – problemy i ich rozwiązania, W: J. Skibska (red.), *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD)*. Libron.
- Spencer, P. E., Marschark, M. (2010). *Evidence based practices in the education of deaf and hard of hearing students*. Oxford University Press.
- Sullivan, P. M., Montoya, L. A. (1997). Factor analysis of the WISC–III with deaf and hard-of-hearing children. *Psychological Assessment*, 9(3), 317–321. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.317>
- World Health Organisation. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (2001)*. Tłumaczenie polskie: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- World Health Organisation. (2018). *Addressing the rising prevalence of hearing loss*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260336/9789241550260-eng.pdf>
- Wright, K., English, K., Elkayam, J. (2010a). Reliability of the Self-Assessment of Communication-Adolescent (SAC-A). *Journal of Educational Audiology*, 16, 4–10.
- Wright, K., English, K., Elkayam, J. (2010b). Reliability of the Self-Assessment of Communication-Adolescent (SAC-A). *Journal of Educational Audiology*, 16, 4–10.
- Zaborniak-Sobczak, M., Bieńkowska, K. I., Senderski, A. (2016). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego: od teorii do praktyki edukacyjnej. Wybrane problemy. *Niepełnosprawność. Półrocznik Naukowy*, 23, 116–132.
- Zaborniak-Sobczak, M., Bieńkowska, K. I., Senderski, A., Drozd, M. (2018). Wsparcie edukacyjne uczniów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego. *Niepełnosprawność. Półrocznik Naukowy*, 29, 115–132.
- Zaborniak-Sobczak, M., Bieńkowska, K. I., Tomińska, E. (red.). (2016). *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Zaborniak-Sobczak M., Szuber D. (2022). Możliwości zastosowania kwestionariusza samooceny komunikacji – nastolatek (SAC-A) w profilaktyce zaburzeń słuchu i wsparciu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Niepełnosprawność i rehabilitacja*, 1, 82–97.
- Zielińska, J. (2007). *Edukacja dzieci z uszkodzeniem słuchu w społeczeństwie informacyjnym*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Literatura uzupełniająca**
- Bieńkowska, K. I. (2016c). System wczesnej diagnozy i interwencji terapeutycznej w Polsce. W: M. Zaborniak-Sobczak, K. I. Bieńkowska, E. Tomińska (red.), *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*. Wydawnictwo UR.
- Domagała-Zyśk, E. (2014). *Surdogłottodydaktyka. Lekcje i zajęcia językowe dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących*. Wydawnictwo KUL.
- Easterbrooks, S. R., Trussell, W. (2016). Encouraging emergent reading in deaf and hard-of-hearing children. W: M. Marschark, P. Spencer (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies: Language and Language Development* (s. 377–392). Oxford University Press.
- Easterbrooks, S.R. (2015, lipiec 6–9). Many languages, many challenges, one goal: the future of research and practice in language mastery by deaf learners [referat]. 22nd International Congress on the Education of the Deaf. University of Patras, Ateny.
- Emiluta-Rozya, D. (2014). Formy zaburzeń mowy. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 73–90). Wydawnictwo UMCS.
- Grzegorzczakowa, R. (2010). *Wstęp do językoznawstwa*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Herman, R., Roy, P., Kyle, F. (2014). *Reading and dyslexia in oral deaf children*. City University & Nuttfield Foundation.
- Herman, R., Roy, P. (2016) Dyslexia and Deafness. W: M. Marschark, P. Spencer (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies: Language and Language Development* (s. 344–356). Oxford University Press.
- Hermans, D., Knoors, H., Ormel, E., Verhoeven, L. (2008). Modeling reading vocabulary learning in deaf children in bilingual educational programs. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(2), 155–174.
- Hermans, D., Ormel, E., Knoors, H. (2010). On the relation between the signing and reading skills of deaf bilinguals. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 13(2), 187–199.
- Krakowiak, K. (1995). *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia* (t. 9). Wydawnictwo UMCS.
- Milewski, T. (2018). *Językoznawstwo*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Percy-Smith, L. (2016). *Born deaf – growing up hearing. Outcomes of Pediatric Cochlear Implantation in Denmark*.

- University of Copenhagen, Faculty of Health and Medicine Science.
- Percy-Smith, L., Tønning, T. L., Josvassen, J. L., Mikkelsen, J. H., Nissen, L., Dieleman, E., Hallstrøm, M., Cayé-Thomasen, P. (2018). Auditory verbal habilitation is associated with improved outcome for children with cochlear implant. *Cochlear Implants International*, 19(1), 38–45. <https://doi.org/10.1080/14670100.2017.1389020>
- Scarborough, H. S., Brady, S. A. (2002). Toward a Common Terminology for Talking About Speech and Reading: A Glossary of the “Phon” Words and Some Related Terms. *Journal of Literacy Research*, 34(3), 299–336.
- Snijders, J. T., Tellegen, P. J., Laros, J. A. (1989). Snijders-Oomen non-verbal intelligence test: SON-R 5.5–17. Manual and research report. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Tellegen, P. J., Laros, J. A. (1993b). The Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Tests: General Intelligence Tests or Tests for Learning Potential? W: J. H. Hamers, K. Sijtsma, A. J. Ruijsenaars (red.), *Learning Potential Assessment, Theoretical, Methodological and Practical Issues*. Swets & Zeitlinger.
- Wo j d a P. (1999): Język migowy — „spojrzenie od wewnątrz”. W: J. Kobosko (red.), *Moje dziecko źle słyszy: Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek–Człowiekowi”, 166–171.

1.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

OBSZAR I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) ucznia z US jest przeprowadzana **w celu wsparcia jego integralnego rozwoju: poznawczego, komunikacyjnego, emocjonalno-społecznego**, w tym wsparcia w realizacji zadań edukacyjnych, związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego indywidualnymi potrzebami i możliwościami.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna ucznia z US obejmuje szeroki zakres **informacji** pochodzących od dziecka, jego rodziców/opiekunów, specjalistów pracujących z dzieckiem oraz nauczycieli i zawiera charakterystykę trudności oraz zasobów rozwojowych i edukacyjnych ucznia z US, w tym:

- a) ocenę indywidualnych możliwości słyszenia funkcjonalnego i korzyści płynących z zastosowanych urządzeń wspomagających słyszenie,
- b) ocenę stanu mowy w zakresie: mówienia (produkcja mowy), rozumienia słów i dłuższych wypowiedzi osoby mówiącej, tworzenia tekstu oraz znajomości języka rozumianego jako społeczny system znaków i reguł określających ich użycie (za: Grzegorzyczkowa, 2010; Milewski, 2018):
- c) analizę funkcji poznawczych, komunikacyjnych, socjalizacyjnych, motorycznych (rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna),
- d) określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu ucznia,
- e) określenie konsekwencji uszkodzenia słuchu i funkcjonalnego ograniczenia słyszenia oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się (zewnętrzna organizacja nauczania, dostosowania procesu edukacyjnego, metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności),

- f) ocenę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole; potrzeb i możliwości rodziny oraz jakości warunków akustycznych, w których odbywa się komunikacja,
- g) ocenę poziomu posługiwania się środkami komunikacji wspomagającej i alternatywnej - jeśli uczeń ich używa, w tym posługiwania się językiem migowym
- h) sformułowanie wskazań do opracowania planów wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną jest objęty **na każdym etapie edukacji każdy uczeń**, który ma medyczną diagnozę US oraz taki, u którego on sam, jego rodzice lub nauczyciele obserwują trudności w słyszeniu.

STANDARD 4: O US jako problemie inicjującym udzielanie wsparcia można mówić w sytuacji zaistnienia **medycznej diagnozy audiologicznej** (uwzględniającej kryteria ICD-11), zestawionej z oceną słyszenia funkcjonalnego.

STANDARD 5: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka z US w zależności od złożoności trudności dziecka powinny zostać uwzględnione następujące **obszary**:

- a) charakterystyka kliniczna (kod ICD-11 jednostki chorobowej, stopień uszkodzenia słuchu, słyszenie funkcjonalne, korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie, w tym ich stan techniczny).
- b) komunikacja – stan mowy, sposoby komunikowania się (w tym zakres korzystania z języka migowego lub fonogestów).

- c) funkcje poznawcze – określenie poziomu inteligencji, funkcji poznawczych oraz percepcyjno-motorycznych (m.in. spostrzegawczości, pamięci, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo/słuchowo-ruchowej), możliwości uczenia się, rozwoju pojęciowego, dysharmonii rozwojowych.
- d) funkcjonowanie społeczno-emocjonalne – na podstawie danych pochodzących z czterech perspektyw (ocena 360 stopni): obserwacje rodzica, obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy. Ocenie podlegają także ewentualne zaburzenia zachowania związane z komunikowaniem się z dorosłymi, z rówieśnikami, ewentualne zaburzenia psychosomatyczne, problemy nerwicowe, zaburzenia osobowości, zachowania stereotypowe.
- e) stopień i zakres opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwie do wieku dziecka). Opis trudności szkolnych (np. w zakresie czytania, pisania, rozumienia pojęć itp.) oraz mocnych stron funkcjonowania szkolnego.
- f) zasoby i bariery środowiska szkolnego – akustyka pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia szkolne, cechy akustyczne budynku szkoły, poszczególnych klas, w tym sali gimnastycznej, i jego bezpośredniego otoczenia, np. charakterystyka akustyczna boiska szkolnego, wyposażenie w sprzęt wspomagający słyszenie i odbiór audiowizualny, dostęp do usług (przygotowywanie notatek, zapisywanie symultaniczne, transliteracja, tłumaczenie na język migowy itp.).
- g) zasoby i bariery środowiska rodzinnego, np. zakres wsparcia emocjonalno-społecznego ze strony rodziców, rodzeństwa i innych osób, postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny, zakresu używania przez rodzinę adekwatnego dla dziecka sposobu komunikowania się (w tym fonogestów i/lub języka migowego)

- h) wnioski z innych diagnoz – w zależności od złożoności trudności rozwojowych dziecka/ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych diagnoz. W przypadku dzieci z uszkodzeniem słuchu mogą występować np. nieprawidłowości w zakresie przetwarzania sensorycznego (diagnoza SI), rozwoju ruchowego (diagnoza fizjoterapeutyczna), niepełnosprawności sprzężone, w tym dodatkowo skutkujące problemami w zakresie komunikowania się i przyswajania wiedzy (w tym niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia ze spektrum autyzmu).

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 6: Ocena funkcjonalna US powinna być przeprowadzona w najbliższym środowisku ucznia, w instytucjach bliskich jego miejsca zamieszkania.

STANDARD 7: Oceny funkcjonalnej ucznia z US dokonuje zespół koordynowany przez specjalistę wiodącego, którym jest surdologopeda/surdopedagog, pedagog specjalny.

STANDARD 8: Rodzice/opiekunowie oraz dziecko/uczeń pełnią podmiotową rolę w procesie OF i planowanego wsparcia oraz aktywnie uczestniczą w każdym etapie tego procesu.

STANDARD 9: W przypadku uczniów z US wszyscy członkowie zespołu powinni mieć odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także umiejętności związane z prowadzeniem oceny funkcjonalnej ucznia z US, w tym przede wszystkim kompetencje komunikowania się z uczniem adekwatne do jego

potrzeb (znajomość zasad komunikowania się z uczniem słabosłyszącym, używania urządzeń wspomagających, języka migowego lub /i fonogestów).

STANDARD 10: Osoby przeprowadzające OF, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego oraz realizujące ten plan i monitorujące poziom realizacji są zobowiązane do systematycznego podnoszenia własnych kwalifikacji w obszarze pracy z uczniem z US.

STANDARD 11: W przypadku uczniów z US, u których współwystępują inne problemy niż niepełnosprawność słuchowa (np. zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół realizujący proces oceny funkcjonalnej powinien mieć kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też mieć możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów, specjalistów w obszarze danego zaburzenia.

STANDARD 12: Zespół przeprowadzający OF korzysta z wielu metod, technik i narzędzi. Wykorzystywane są w niej zarówno metody pośrednie, jak i bezpośrednie, w tym te oparte na bezpośredniej obserwacji i samoopisie. W specjalistycznej OF stosowane są odpowiednio dobrane, wystandaryzowane i zwalidowane w polskiej populacji narzędzia. W razie ich braku możliwe jest zastosowanie przyjętych w praktyce rozwiązań zgodnie z zasadą racjonalnego użycia.

W OF ucznia z US uwzględnia się następujące źródła informacji:

- a) analizę dokumentacji medycznej (audiologicznej, audioprotetycznej obejmującej opis korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie),
- b) analizę dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją (bieżącą, jak również tą odbytą w poprzednich latach na etapie WWR i poprzednich lat edukacji),

- c) obserwację zachowań komunikacyjnych ucznia (w środowisku szkolnym i domowym, np. analiza nagrań audio i wideo), w tym komunikacji w języku migowym – jeśli uczeń go używa
- d) rozmowę z uczniem,
- e) wywiad z rodzicami/opiekunami,
- f) analizę dokumentacji szkolnej (w tym wieloaspektowych opinii nauczycieli i zapisów ich obserwacji zebranych w skalach obserwacyjnych),
- g) badania specjalistyczne psychologiczno-pedagogiczne, logopedyczne i inne.

STANDARD 13: Ocena funkcjonalna ma charakter dynamiczny, procesualny.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać **profilu funkcjonowania ucznia, przygotowanego zgodnie z założeniami ICF**, obejmującego:

- szczegółowy opis zdolności i umiejętności dziecka;
- opis rodzaju i stopnia nasilenia trudności związanych ze słyszeniem wraz z opisem ich możliwych konsekwencji dla funkcjonowania szkolnego: wykonywania zadań edukacyjnych, nabywania wiedzy i umiejętności, funkcjonowania w rozmaitych sytuacjach poznawczych, społecznych i osobistych;
- opis kompetencji ucznia w zakresie funkcjonowania społeczno-emocjonalnego;
- wyniki analizy czynników środowiskowych;
- wskazania edukacyjne i terapeutyczne, pozwalające sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu;

- prognozy/cele dotyczące zasobów i możliwości ucznia, które mogą być rozwijane w środowisku rodzinnym i szkolnym, z wykorzystaniem załoconych form wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 15: Wsparcie edukacyjne i specjalistyczne jest procesem systematycznym i responsywnym, indywidualnie dostosowanym do aktualnych potrzeb ucznia. Jest na bieżąco monitorowane i ewaluowane. W odniesieniu do uczniów z uszkodzeniem słuchu realizowane jest na trzech poziomach:

Poziom I

- a. Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo). Obejmuje ono: bieżącą pomoc nauczyciela/nauczyciela wspomagającego w czasie lekcji, stosowanie fonogestów (jeśli uczeń ich używa), dostosowanie warunków akustycznych pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia (w tym możliwość korzystania z funkcjonującej pętli indukcyjnej), dodatkowe zajęcia korekcyjno-kompensacyjne (obejmujące także np. strategie uczenia się) i zajęcia logopedyczne – w zależności od potrzeb ucznia.
- b. Dostosowania i modyfikacje w zakresie zajęć szkolnych wymagających większego wsparcia, np. edukacji polonistycznej, języka polskiego i języka obcego.

Poziom II

- a. Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego: bieżąca pomoc nauczyciela/nauczyciela wspomagającego w czasie lekcji, stosowanie fonogestów, dostosowanie warunków akustycznych pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia (w tym funkcjonująca pętla indukcyjna).

- b. Dostosowania i modyfikacje w zakresie każdego z przedmiotów szkolnych.
- c. Specjalistyczne wsparcie w edukacji: usługa zapisywania symultanicznego, usługa przygotowywania notatek z lekcji (*notetaking*).

Poziom III

- a. Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego: bieżąca pomoc nauczyciela/nauczyciela wspomagającego w czasie lekcji, stosowanie fonogestów, dostosowanie warunków akustycznych pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia (w tym funkcjonująca pętla indukcyjna).
- b. Dostosowania i modyfikacje w zakresie każdego z przedmiotów szkolnych.
- c. Specjalistyczne wsparcie w edukacji: usługa zapisywania symultanicznego, usługa przygotowywania notatek z lekcji (*notetaking*).
- d. Usługa tłumaczenia na język migowy, jeśli jest to główny sposób komunikowania się ucznia.

2. DYSFUNKCJA WZROKU

BEATA PAPUDA-DOLIŃSKA

2.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

Aktualnie w prawie oświatowym nie ma określonych standardów oceny funkcjonowania psychospołecznego dzieci i uczniów z dysfunkcją wzroku mimo tego, że rozpoznanie uszkodzeń wzroku definiujących dziecko jako osobę słabowidzącą lub niewidzącą stanowi jedną z przesłanek do wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR) i później orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i przydzielania określonego rodzaju wsparcia. Proces ten, w zależności od momentu wykrycia niepełnosprawności wzroku, można opisać w dwóch wariantach prezentujących spotykane w praktyce ścieżki diagnostyczne. Pierwszą i najczęstszą jest ścieżka „od diagnozy niepełnosprawności do diagnozy w edukacji”. Ocena funkcjonowania psychospołecznego, w tym możliwości wykorzystywania wzroku w uczeniu się, inicjowana jest poprzez klasyfikację zaburzeń widzenia dziecka jako niepełnosprawności wzroku, która ma charakter medyczny. Na podstawie kryteriów okulistycznych ocenia się przede wszystkim stopień obniżenia ostrości wzroku i zawężenia pola widzenia, których wartości definiują głębokość słabego widzenia w formie kontinuum aż do całkowitej utraty wzroku. Dotychczas podstawę stanowił opis kategorii deficytów wzroku znajdujący się w dziesiątej rewizji *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10). Według ICD-10 (2008) słabe widzenie definiuje ostrość widzenia o wartości w zakresie 0.3–0.05. Ostrość równa lub niższa 0.05 określa niewidzenie. Ślepotą i upośledzenie widzenia w klasyfikacji opisywane są w kategorii H54.

Diagnoza niepełnosprawności wzroku może pojawić się już we wczesnym dzieciństwie. Od momentu jej wykrycia dziecko i jego rodzina mogą zostać objęci WWR aż do czasu podjęcia nauki szkolnej. Wykrycie nieprawidłowości w rozwoju widzenia, które kwalifikowane są do niepełnosprawności wzroku w aspekcie medycznym, stanowi fundament do dalszej wielospecjalistycznej oceny przeprowadzanej przez zespół specjalistów w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Oprócz informacji wynikających z klinicznej oceny widzenia niezbędne są dane o praktycznym wykorzystywaniu wzroku zebrane w toku jego funkcjonalnej diagnozy, która pozwala opisać zarówno możliwości, jak i ograniczenia w zakresie wykorzystywania funkcji wzrokowych w codziennych sytuacjach. Taka ocena, jeśli w ogóle się odbywa, jest przeprowadzana przez rehabilitanta wzroku/terapeutę widzenia (choć nie zawsze jest członkiem zespołu w poradni). Jeżeli stan funkcji wzrokowych (głównie ostrość wzroku) w ocenie medycznej nadal wskazuje na słabe widzenie w momencie rozpoczęcia etapu wczesnoszkolnego, dziecko na pisemny wniosek rodzica podlega diagnozie w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (najczęściej o profilu specjalistycznym) w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Ocena funkcjonowania psychospołecznego dziecka z dysfunkcją wzroku może odbywać się według przeciwnie biegnącej ścieżki: „od diagnozy w edukacji do diagnozy niepełnosprawności”, kiedy to wystąpienie określonego problemu szkolnego może być czynnikiem alarmującym

dla nauczycieli (niepokojące objawy może zauważyć też rodzic) i powodem zgłoszenia się rodzica do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Dopiero tam przeprowadzana jest specjalistyczna ocena określająca lub stanowiąca podstawę do diagnozy nozologicznej – rozpoznania zaburzenia wzroku (skierowanie dziecka na badania okulistyczne, ortoptyczne i dalsza diagnoza psychologiczno-pedagogiczna w poradni). Symptomy trudności, o ile są dostrzeżone przez nauczyciela, opisywane są w ramach standardowo wykonywanej diagnozy przedszkolnej, diagnozy gotowości szkolnej. W kolejnym etapie edukacyjnym problemy szkolne wynikające z zaburzeń widzenia to głównie trudności w czytaniu (wolne tempo, męczliwość, opuszczanie sylab, wersów, słabe rozumienie treści) i pisaniu (mylenie liter o podobnych kształtach, błędy ortograficzne, niski poziom graficznej strony pisma, utrzymywanie pisma w liniaturze) (Skrzetuska, 2005; Rosa, 2017; Majewska, Stolarczyk, 2019). Na tej podstawie dziecko często diagnozowane jest pod kątem dysleksji ze względu na podobieństwo objawów. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu analizatora wzrokowego mogą uzewnętrzniać się jako trudności w koncentracji uwagi, nadaktywność – te symptomy z kolei ukierunkowują diagnozę w stronę ADHD¹. Warto dodać, że tego typu trudności szkolne mogą stanowić konsekwencję nie tyle samej „niepełnosprawności wzroku” definiowanej przez konkretne parametry obniżenia ostrości wzroku (równej lub niższej niż 0,3), ile wad wzroku, problemów w zakresie funkcji wzrokowych, m.in. nieprawidłowej konwergencji i akomodacji, zaburzeń widzenia obuocznego (nieprawidłowej fuzji i stereopsji), fiksacji, ruchów sakkadowych (Walkiewicz-Krutak, 2020). Występowanie trudności szkolnych może być powodem udania się do specjalisty: okulisty, ortoptysty, optometrysty i stwierdzenia określonej wady lub zaburzenia wzroku. W przypadku

schorzenia wzroku klasyfikowanego jako słabowidzenie, ale nie wady wzroku będącej formą niedowidzenia², rodzic może złożyć wniosek o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego do poradni, gdzie odbywa się diagnoza psychologiczno-pedagogiczna. Tam, według standardowej procedury, niezbędne jest zaświadczenie lekarskie, opinia ze szkoły/przedszkola, wynik diagnozy psychologicznej, pedagogicznej lub innej specjalistycznej, jeśli jest to konieczne ze względu na złożoność problemu.

W tej ścieżce umieścić można jeszcze jeden rodzaj wykrywania trudności wzrokowych na gruncie edukacji: badania przesiewowe realizowane w szkołach. Choć jest to działanie pozaedukacyjne (medyczne), to jednak część szkół korzysta lub odgórnie (miejskie, powiatowe, gminne inicjatywy) jest obejmowana programami profilaktyki i to właśnie na gruncie przedszkolnym lub szkolnym odbywa się wykrywanie nieprawidłowości w zakresie widzenia. Działanie te nie mają charakteru systemowego, nie obejmują wszystkich szkół i placówek w Polsce. W przypadku wystąpienia wady wzroku dziecko zostaje skierowane na dalsze leczenie, które może odbywać się w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ. Badania przesiewowe wzroku prowadzone są również podczas tzw. bilansów rozwoju dziecka. Kompetencje pediatryczne w zakresie badań okulistycznych również nie pozwalają na wykrycie specyficznych problemów wzrokowych (Żółtaniecka, 2013).

Jakość diagnozy, jak i sama struktura wniosków z niej opisanych w orzeczeniu jest niezwykle istotna ze względu na to, że na tej podstawie projektowane jest wsparcie. Najważniejsze problemy w aktualnie prowadzonych działaniach diagnostycznych w sytuacji zaburzeń widzenia są następujące:

- 1) Podstawową słabością systemu oceniania funkcjonowania dzieci z uszkodzeniami wzroku są **niejasności w definiowaniu dysfunkcji**

1 Badania DeCarlo z zespołem (2016) na dużej próbie dzieci z dysfunkcjami wzroku pokazują, że liczba diagnoz ADHD wśród dzieci słabowidzących jest większa (18,6%) w porównaniu z dziećmi widzącymi (10,4%) w wieku 4–17 lat (n=75 171). Według autorów nie można wykluczyć mylnego diagnozowania zachowań wynikających z dysfunkcji wzroku i przypisywania ich do ADHD.

2 Wada wzroku, która nie powoduje obniżenia ostrości widzenia obuocznego równej bądź niższej niż 0,3, wykryta na tym etapie może być skorygowana szklami korekcyjnymi, a zaburzenia funkcji wzrokowych (akomodacja, fuzja, stereoskopia, konwergencja) zredukowane w toku terapii wzroku oraz odpowiednich ćwiczeń ortoptycznych (Rosa, Loba, 2018).

wzroku w zakresie takim, jaki pozwalałby na uzyskanie opinii/orzeczenia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (WWR) lub orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Już na etapie wczesnego wspomaganie rozwoju wymaga się stwierdzenia niepełnosprawności ze względu na zapis w rozporządzeniu określający to, od kiedy przyznawana jest pomoc: „od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole”. Zdarza się, że poradnie wymagają orzeczenia o niepełnosprawności niezwiązanego z systemem oświaty wydawanego przez Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, co znacząco wydłuża cały proces i oczekiwanie na terapię. Innym wystarcza zaświadczenie lekarskie, ale i tu brak zapisu „niepełnosprawność wzroku” budzi niepokój i staje się powodem odsyłania rodzica na dalsze diagnozy. Interpretacja danych z zaświadczenia lekarskiego różni się więc w zależności od poradni. Na przeciwnym krańcu znajdują się takie, w których specjaliści uznają za niepełnosprawność wzroku wady refrakcji dające się korygować soczewkami lub zaburzenia funkcji wzrokowych, które mogą być wyeliminowane w toku ćwiczeń ortoptycznych. Zawilości diagnozy medycznej oraz jej „zerojedynkową” interpretację (ostrość równa lub niższa 0.3 = niepełnosprawność, ostrość powyżej 0.3 = brak niepełnosprawności) najlepiej rozwiązywałaby diagnoza funkcjonalna wzroku, której wyniki uwzględniają diagnozę medyczną, opisują funkcjonowanie dziecka całościowo i w kontekście wykrytych potrzeb rozwojowych (nie tylko tych wzrokowych), ale takie podejście praktykowane jest jeszcze rzadko.

- 2) Traktowanie wczesnego wspomaganie rozwoju jako wyłącznie oddziaływań leczniczo-rehabilitacyjnych w odpowiedzi na niepełnosprawność definiowaną medycznie i **pomijanie profilaktycznego aspektu wczesnej interwencji** (Piotrowicz, 2017) jako zapobieganie tejże w sy-

tuacji, kiedy programem WWR obejmowane są tylko dzieci ze stwierdzoną niepełnosprawnością wzroku.

- 3) **Nakładanie się na siebie ofert pomocowych**, co powoduje zagubienie rodzica w systemie „wniosków” i „programów”, jak również stwarza ryzyko wystąpienia sytuacji, w której dziecko podlega pod dwa równoległe, nieskoordynowane i niezależne procesy terapeutyczne. Na etapie WWR dzieci z niepełnosprawnością wzroku mogą być objęte specjalistyczną opieką w ramach programu „Za życiem”³, programem WWR, a od etapu przedszkola również działaniami wynikającymi z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Nieskoordynowane terapie w efekcie mogą prowadzić do przestymulowania dziecka lub poddawania go działaniom zwyczajnie zbędnym. Nie może być tak, że specjaliści odpowiedzialni za jeden proces diagnostyczno-terapeutyczny nie mają wiedzy o drugim.
- 4) Część poradni za podstawę klasyfikacji dziecka jako słabowidzące, niewidzące, a więc posiadające „niepełnosprawność” w rozumieniu przepisów oświatowych, uznaje **kryteria medyczne** WHO opierające się na parametrach ostrości wzroku i pola widzenia⁴. Prowadzi to często do absurdalnych sytuacji, w których dziecko z dużą wadą wzroku, obniżoną ostrością widzenia (niewiele wyższą niż 0.3), dodatkowymi problemami wpływającymi na jakość funkcjonowania szkolnego nie otrzymuje potrzebnej mu pomocy i odpowiednich warunków uczenia się w szkole, bo nie posiada orzeczonej „niepełnosprawności”. Ponadto zdarza się, że pracownicy poradni mają problem, żeby odczytać specjalistyczną diagnozę okulistyczną i odnieść ją do określonego poziomu funkcjonowania wzrokowego.
- 5) Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna stanowiąca podstawę zaleceń w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego wykonywana jest **raz na okres jednego etapu edukacyjnego**. W przypadku dzieci słabowi-

³ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329).

⁴ Ostrość wzroku 0.3 w oku lepszym z najlepszą możliwą korekcją.

dających zarówno stan wzroku, jak i rozwój psychospołeczny zmieniają się dynamicznie na skutek specyfiki schorzenia, oddziaływań edukacyjno-terapeutycznych, czynników środowiskowych. Brak aktualizacji tych danych może skutkować realizacją zaleceń nieprzystających do stanu rzeczywistego (zbędnych, niedostatecznych, niewłaściwych).

6) Sama **struktura i zawartość treściowa orzeczenia nie jest doskonała**. Na podstawie opinii, analiz i badań specjalistów z tej dziedziny można wymienić następujące jej wady:

- Informacje w orzeczeniu dziecka słabowidzącego lub niewidzącego nie są wystarczające do stworzenia optymalnego programu edukacyjno-terapeutycznego. W orzeczeniach brakuje informacji o wynikach diagnozy funkcjonalnej wzroku (Paplińska, 2015). Nie wiadomo więc, na ile dziecko potrafi korzystać z zachowanego potencjału wzrokowego, w jakich warunkach zewnętrznych widzi najkorzystniej, jakich modyfikacji otoczenia należy dokonać, jak wykorzystuje możliwości wzrokowe w codziennym funkcjonowaniu.

- Wnioski na temat funkcjonowania ucznia w szkole wyprowadzane są na podstawie opinii z placówki. Brakuje takiego źródła informacji jak bezpośrednia obserwacja zachowania ucznia podczas zajęć szkolnych. Opis potrzeb w zakresie modyfikacji otoczenia fizycznego i organizacji miejsca pracy, jeśli znajduje się w orzeczeniu, jest wówczas czysto teoretyczny i nieprzystający do rzeczywistych sytuacji edukacyjnych, w których ów konkretny uczeń uczestniczy. Diagnosta nie posiada wiedzy o ewentualnych barierach istniejących w klasie lub szkole dla funkcjonowania ucznia.

- Tyflopedagodzy, psychologowie, pedagodzy odczuwają braki w warsztacie diagnostycznym przeznaczonym do oceny funkcjonowania dzieci i młodzieży słabowidzących i niewidzących. Duża część testów używanych do oceny funkcjonalnego posługiwania się wzrokiem pochodzi

z lat dziewięćdziesiątych, a ich katalog jest ograniczony. Narzędzia te nie zawsze dają się wykorzystać w pracy z osobami z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub zaburzeniami towarzyszącymi.

- Diagnoza funkcji poznawczych u osób z głębszymi stopniami niepełnosprawności wzroku za pomocą testów psychometrycznych często nie spełnia kryteriów formalnych w zakresie standaryzacji (odstępowania od standardowej procedury, np. wydruk arkusza testowego w powiększeniu albo słowne przedstawienie treści zadania) obiektywności, rzetelności, trafności i normalizacji (nieaktualne normy, nieodnoszące się do populacji osób z dysfunkcjami wzroku, małowalidne próby normalizacyjne, brak odrębności norm dla osób niewidzących i słabowidzących). Testy składające się ze skal słownych i bezsłownych nie są wykorzystywane jako całość, zwykle osoby słabowidzące lub niewidzące wykonują tylko części werbalne, co pozwala jedynie na orientacyjne poznanie diagnozowanego obszaru.

- W treści opinii i orzeczeń dzieci z niepełnosprawnością wzroku rzadko umieszczane są informacje na temat zachowań przystosowawczych i funkcjonowania dziecka w grupie. Uczniowie ci mogą doświadczać stresu i różnego rodzaju trudności emocjonalnych. Brak identyfikacji i wsparcia w problemach emocjonalnych może prowadzić do nieadaptacyjnych reakcji i trudnych zachowań odbieranych przez nauczycieli jako trudności wychowawcze⁵. Dane o funkcjonowaniu społecznym pochodzą z krótkich badań testowych oraz ogólnej opinii ze szkoły, ale interakcje społeczne, jak i radzenie sobie z trudnościami w realnym środowisku szkoły nie podlegają systematycznej i planowej analizie. Ich ocena jest szczególnie istotna w przypadku uczniów niewidzących, u których brak wzroku powoduje utrudnienia w zakresie funkcjonowania społecznego: występowanie zachowań niezgodnych z normami społecznymi ze względu na brak dostępu do wzorców wizualnych lub

⁵ W badaniach B. Papudy-Dolińskiej (2017) odpowiedzi 59 badanych nauczycieli pokazują, że dzieci z niepełnosprawnością wzroku sprawiają odczuwalne dla nich trudności wychowawcze.

na skutek utrwalonych nawyków autostymulacyjnych, tzw. blindy-zmów (kołysanie się, machanie dłońmi, podskakiwanie) (Czerwińska, Kucharczyk, 2019).

- W przypadku dzieci niewidzących w orzeczeniach identyfikuje się liczne braki informacyjne: o umiejętnościach posługiwania się pismem brajla, poziomie opanowania technik poruszania się z przewodnikiem i białą laską, umiejętnościach z zakresu orientacji przestrzennej i sa-

modzielnego poruszania się, jakości kompensacji percepcyjnej i możliwościach wykorzystywania informacji pochodzących z innych analizatorów.

Opisane wyżej niedoskonałości postępowania diagnostycznego z uczniem z dysfunkcją wzroku stanowią o konieczności weryfikacji dotychczasowych praktyk i postępowań w procesie diagnozy dla potrzeb edukacji.

Dysfunkcja wzroku w definicji funkcjonalnej

Aktualnie w systemie edukacji uczeń z dysfunkcją wzroku istnieje wyłącznie jako niepełnosprawny: słabowidzący, niewidzący. Te kategorie przyznawane są na podstawie wyników diagnozy dokonywanej przez Zespół Orzekający w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w której jednak kluczowym dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, okulistyczne określające rodzaj schorzenia wzroku oraz ostrość widzenia. Definicje, jak również kryteria klasyfikacji dzieci do tej grupy oparte na parametrach medycznych nie pokrywają w pełni potrzeb wszystkich uczniów, u których funkcjonalne manifestacje zaburzeń widzenia nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w sztywno określonych granicach wyznaczanych wartościami ostrości wzroku. Jednocześnie problem w zakresie widzenia u tych dzieci istnieje i jest na tyle istotny, że objawia się trudnościami szkolnymi, których nie da się skorygować standardowymi działaniami pedagogicznymi na poziomie szkoły.

Schorzenia i choroby narządu wzroku w klasyfikacji ICD-11 ujęto w rozdziale 09 *Choroby układu wzrokowego (Diseases of visual system)*. Rozdział ten opisuje zaburzenia, jednostki chorobowe narządu wzroku, jak np. jaskra, zez,

wady refrakcji, które mogą, ale nie muszą, powodować uszkodzenia wzroku (*visual impairment*) – to określane jest przez parametry ostrości wzroku.

Według klasyfikacji ICD-11, która jest oficjalnie obowiązującą od 2022 roku, uszkodzenie wzroku⁶ wyrażone jest kodami w sekcji **(9D90–9D9Z)**. Stopień uszkodzenia w zakresie widzenia obuocznego określany jest przez parametry ostrości wzroku mierzonej dla obu oczu jednocześnie z uwzględnieniem aktualnej korekcji. Do oceny uszkodzenia wzroku odrębnie dla oka lewego i prawego ostrość wzroku powinna być mierzona osobno dla każdego oka z uwzględnieniem aktualnej korekcji. W określaniu niepełnosprawności wzroku bierze się pod uwagę również pole widzenia. Pacjenci z polem widzenia nie większym niż 10 stopni wokół centralnego punktu fiksacji w lepszym oku klasyfikowani są do niewidzenia obuocznego (*binocular blindness*)⁷. Stopnie uszkodzenia wzroku według ICD-11 opisano w poniższej tabeli.

⁶ Uszkodzenie wzroku (*impairment*) określane parametrami ostrości wzroku definiowane w polskim orzecznictwie resortu polityki społecznej jako „niepełnosprawność wzroku”.

⁷ ICD-11 w aktualnej wersji (9.11.2021) nie określa się stopnia niepełnosprawności w zakresie widzenia na podstawie ograniczenia pola widzenia innego niż koncentryczne.

Tabela 2. Stopnie uszkodzenia wzroku według ICD-11

Kategoria	Aktualna ostrość wzroku do dali	
	Gorsza niż:	Równa bądź lepsza niż:
0 Brak uszkodzenia wzroku (No vision impairment)	–	6/12 5/10 (0.5) 20/40
1 Lekkie uszkodzenie wzroku (Mild vision impairment)	6/12 5/10 (0.5) 20/40	6/18 3/10 (0.3) 20/70
2 Umiarkowane uszkodzenie wzroku (Moderate vision impairment)	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
3 Głębokie uszkodzenie wzroku (Severe vision impairment)	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
4 Niewidzenie (Blindness)	3/60 1/20 (0.05) 20/400 Poczucie światła	1/60 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200) Lub liczy palce z odległości 1 m
5 Niewidzenie (Blindness)	1/60 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Poczucie światła
6 Niewidzenie (Blindness)	Brak poczucia światła	–
9	Nieustalona lub nieokreślona	–
Kategoria	Aktualna ostrość wzroku do bliży	–
	Gorsza niż N6 lub M.08 ⁸ z aktualną korekcją	

Źródło: <https://icd.who.int/en>

⁸ Wielkość symbolu M.08 oznacza, że badany za pomocą tablicy logarytmicznej (a nie tablicy Snellena) z odległości 40 cm uzyskuje ostrość wzroku do bliży 0.5 (czyli 50% pełnej ostrości wzroku).

Nowością w powyższym zestawieniu w stosunku do klasyfikacji ICD-10 jest ujęcie w schemacie odrębnych kategorii: 0 (widzenie normalne, brak uszkodzenia wzroku) oraz 1 (lekkie uszkodzenie wzroku 0.5–0.3). Generalnie dopiero obniżenie ostrości do 0.3 inicjuje definiowanie uszkodzenia wzroku i określanie osoby jako słabowidzącej. Ponadto ICD-11 uwzględnia ostrość wzroku do bliży. Coraz więcej zadań życia codziennego opartych jest na percepcji z bliska. Ponadto ostrość badana jest nie „z najlepszą możliwą korekcją” (*“best corrected visual acuity”* – BCVA), ale z aktualną korekcją (lub bez, jeśli osoba nie nosi okularów, soczewek) i mierzona dla obu oczu jednocześnie, co najbardziej odzwierciedla to, jaka jest jakość widzenia podczas jej codziennego funkcjonowania⁹. Aktualna wersja ICD prezentuje systematyzację powiązaną z elementami funkcjonalnymi (*functioning properties*), które mają ułatwiać łączne korzystanie z ICD-11 i ICF (Leissner i in., 2014). Pomiar ostrości widzenia dla obu oczu oddzielnie jest również rekomendowany ze względu na wpływ jednoocznego uszkodzenia wzroku na funkcjonowanie wzrokowe osoby (Burton i in., 2020). Rozpoznanie dysfunkcji wzroku w wyniku diagnozy kryterialnej opartej na definicjach ICD (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*) pozostawione bez odwołania się do kontekstu funkcjonowania osoby, samo w sobie nie implikuje konkretnych oddziaływań edukacyjno-specjalistycznych. Ramy dla standardów postępowania w tym zakresie tworzy komplementarna do ICD-11 *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF). Przyjmując perspektywę ICF w rozpatrywaniu niepełnosprawności wzroku i jej skutków, nie powinno się jednak pomijać analizy przyczyn niepełnosprawności oraz ich efektów w optyce etiologicznej, dlatego ICD-11 oraz ICF ujmowane są **komplementarnie**.

Częste nieścisłości w zakresie nazewnictwa dysfunkcji wzroku (np. zamienne używanie określeń „niedowidzący” i „słabowidzący”), jak również niejasne kryteria definiujące podczas orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego to

kolejne argumenty za tym, by usystematyzować pojęcia związane z dysfunkcją wzroku i jej konsekwencjami na gruncie edukacji. Ponadto w płaszczyźnie szkolnego uczenia się dużo mniej istotne jest skupianie się na strukturach i sprawnościach wzroku (uszkodzeniach, upośledzeniach i niepełnosprawnościach), co raczej funkcjonowaniu i aktywności – widzeniu (i jego zaburzeniach różnego stopnia aż do całkowitego zniesienia). Dlatego używane do tej pory wąskie określenia „uszkodzenie wzroku”, „niepełnosprawność wzroku” w tym kontekście proponujemy zastąpić rozumieniem funkcjonalnym terminu „dysfunkcja wzroku”. Dopiero w tym szerokim kontinuum problemów wzrokowych zagnieżdża się definicja „uszkodzeń wzroku” ukonstytuowana na diagnozie nozologicznej.

Perspektywa funkcjonalna, a nie jak dotychczas głównie medyczna, pozwala szerzej ująć złożoność zaburzeń widzenia i wynikających z nich konsekwencji dla uczenia się. Ramy definiujące dysfunkcje wzroku to w tym przypadku nie tylko parametry ostrości widzenia, lecz także analiza konsekwencji funkcjonalnych rzutujących na radzenie sobie z zadaniami edukacyjnymi.

Dysfunkcje wzroku można więc przedstawić jako pewne kontinuum, mając na uwadze trzy aspekty analizowane łącznie (współwystępujące):

- 1) Diagnoza nozologiczna oparta na kryterium pola widzenia i ostrości wzroku;
- 2) Charakterystyka widzenia funkcjonalnego wskazująca na zaburzenia funkcji wzrokowych i percepcji wzrokowej;
- 3) Występowanie trudności edukacyjnych i konsekwencji funkcjonalnych dotyczących korzystania ze wzroku w aktywnościach szkolnych.

Podział dysfunkcji wzroku wyróżnionych z uwzględnieniem powyższych kryteriów przedstawiono w tabeli 3.

⁹ WHO w raporcie World Report on Vision sygnalizuje potrzebę nie tylko podawania parametrów ostrości wzroku (VA) z aktualną korekcją, lecz także informacji o ostrości bez korekcji. Pomiar nieskorygowanej ostrości pozwala oszacować bieżące potrzeby w tym zakresie oraz efektywność korygowania wady refrakcji (WHO, 2000).

Tabela 3. Dysfunkcja wzroku – propozycja definicji funkcjonalnej dla edukacji

	Rodzaj dysfunkcji wzroku			
	1. Niedowidzenie	2. Słabowidzenie funkcjonalne	3. Słabowidzenie	4. Niewidzenie
Definicja	Obniżenie ostrości wzroku bez żadnej organicznej przyczyny, które może towarzyszyć zezowi, niewykrytym lub źle skorygowanym wadom refrakcji, niewykrytym problemom w zakresie funkcji wzrokowych, powodujące nieznaczne trudności w zakresie korzystania ze wzroku w trakcie aktywności szkolnych.	Obniżenie ostrości wzroku w oku lepszym po korekcji od 0.5 do około 0.3 oraz nieprawidłowości w zakresie funkcji i parametrów wzrokowych (jak np. fiksacja, konwergencja, akomodacja, widzenie obuocne i przestrzenne, percepcja wzrokowa), powodujące umiarkowane trudności w zakresie korzystania ze wzroku w trakcie aktywności szkolnych.	Obniżenie ostrości wzroku w oku lepszym po korekcji od około 0.3 do około 0.05 oraz występowanie nieprawidłowości w zakresie funkcji i parametrów wzrokowych, powodujące duże lub bardzo duże trudności w zakresie korzystania ze wzroku w trakcie aktywności szkolnych.	Ostrość wzroku w oku lepszym po korekcji poniżej 0,05 aż do braku poczucia światła lub pole widzenia ograniczone do 10 stopni wokół centralnego punktu fiksacji. Wzrok jest wyłączone lub pełni rolę pomocniczą w czynnościach poznawczych związanych z funkcjonowaniem szkolnym.
Konsekwencje dla funkcjonowania szkolnego	Trudności w czytaniu, trudności w pisaniu, wolne tempo pracy, trudności ze skupieniem uwagi, zmęczenie.	Trudności w czytaniu standardowego druku, trudności w pisaniu, wolne tempo pracy, trudności ze skupieniem uwagi, problemy z wychwytywaniem i dostrzeganiem istotnych bodźców wzrokowych, zaburzona orientacja i wyobraźnia przestrzenna, brak trwałej pamięci wzrokowej, problemy z postrzeganiem figur geometrycznych i symboli itp.	Trudności w czytaniu standardowego druku/powiększonego druku również z pomocami optycznymi, trudności w pisaniu, problemy z dostrzeganiem i interpretowaniem istotnych elementów grafik/ilustracji, figur, symboli oraz innych bodźców wzrokowych, możliwe problemy z poruszaniem się i orientacją przestrzenną, szybka męczliwość.	Czytanie i pisanie brajlem, poznawanie bezwzrokowe lub dotykowo-słuchowo-wzrokowe, trudności w orientacji przestrzennej i samodzielnym poruszaniu się, trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych.

*Definicje oznaczone kolorem szarym (3 i 4) dotychczas w edukacji formalnie łączono ze statusem „niepełnosprawności wzroku” w ramach POZ, a zarówno w literaturze naukowej, jak i praktyce poradniczej określa się je pojęciami: „słabowidzący”, „niewidzący”. Dysfunkcja wzroku, która może być przyczyną przeprowadzenia oceny funkcjonalnej, jest pojęciem szerszym, obejmującym wymienione w tabeli grupy. Należy mieć na uwadze, że wsparcia edukacyjno-specjalistyczne będą najczęściej wymagać uczniowie z grup 2–4. W przypadku grupy 1 właściwa diagnoza okulistyczna, korekcja okularowa, ćwiczenia ortoptyczne pozwolą rozwiązać problem i zniwelować trudności funkcjonalne.

Pojęcie dysfunkcji wzroku jest więc traktowane szerzej niż w dotychczasowej praktyce orzekania o potrzebach kształcenia specjalnego, w której najczęściej tylko kategorie 3 (słabowidzenie) i 4 (niewidzenie) stanowiły o przyznaniu pomocy uczniowi. Te dwie kategorie pokrywają się z kryteriami medycznymi uszkodzenia wzroku ICD-10. Prowadziło to do sytuacji wykluczania uczniów z istotnymi problemami wzrokowymi oraz znacznymi trudnościami edukacyjnymi z działań pomocowych.

Rozszerzenie definicji dysfunkcji wzroku o kategorię 2 (słabowidzenie funkcjonalne) pozwala objąć odpowiednio dostosowanymi do potrzeb

i stopnia zaburzenia działaniami wszystkie dzieci z problemami wzrokowymi, również te, które znajdują się „na granicy” medycznie rozumianej niepełnosprawności wzroku, a które niejednokrotnie wypadały z systemu działań pomocowych, nie otrzymując orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Taki sposób definiowania dysfunkcji wzroku wydaje się być bardziej „szczelny”, jeśli chodzi o identyfikację potrzeb edukacyjnych wynikających z konsekwencji problemów wzrokowych. Pojawiają się w nim dwie „nowe”, choć od zawsze istniejące w rzeczywistości szkolnej, grupy.

Pierwszą są uczniowie ze słabowidzeniem funkcjonalnym wyodrębnionym na podstawie trudności związanych z funkcjonowaniem wzrokowym w sytuacji ostrości widzenia wyższej niż ta, która do tej pory stanowiła granicę definicyjną (0.3 według ICD-10). Według klasyfikacji ICD-11 jest ona określona jako „lekkie uszkodzenie wzroku” (0.5–0.3). Kluczowe w określeniu wsparcia są informacje o funkcjonalnych konsekwencjach zaburzeń widzenia, które mogą albo w niewielkim stopniu wpływać na szkolne funkcjonowanie, albo znacząco utrudniać naukę i adaptację szkolną (np. na etapie wczesnoszkolnym, gdy dziecko uczy się czytać i pisać). Przydzielenie rodzaju i zakresu wsparcia ma tutaj charakter wysoce indywidualny.

Kolejną, być może zaskakującą, nowością w zestawieniu definicji dysfunkcji wzroku jest kategoria 1: „niedowidzenie”, która obejmuje dzieci wykazujące pewne trudności w uczeniu się z powodu niewykrytych problemów w zakresie funkcji wzrokowych, nieprawidłowo skorygowanych wad refrakcji. Takie

dzieci, choć bywają diagnozowane w poradni psychologiczno-pedagogicznej i są badane przez okulistów, nie zawsze uzyskują trafny opis swoich problemów (zdarza się, że badane są w kierunku dysleksji lub ADHD). Bardzo często pomijana jest diagnoza ortoptyczna, w której można wykryć zaburzenia funkcji wzrokowych wpływające na występowanie trudności szkolnych: mechanizmu akomodacji (Shin, Park, Park, 2009), konwergencji (Menjivar i in., 2018), nierozpoznane wady refrakcji (Olatunji i in., 2019). Odpowiednio dobrana korekcja i terapia widzenia zwykle są w stanie rozwiązać problem. Dzieci te nie wykazują więc w sposób trwały dodatkowych potrzeb edukacyjnych, nie ma również potrzeby adaptowania środków dydaktycznych i materiałów graficznych i tekstowych. W tym przypadku właściwa i odpowiednio wcześniej zrealizowana diagnoza zaburzenia jest najlepszym działaniem pomocowym. Najlepiej, jeśli odbywałaby się w ramach obowiązkowych badań przesiewowych, obejmujących swym zasięgiem wszystkie dzieci szkolne.

Bibliografia

- Burton, M. J., Ramke J., Marques A. P. i in. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *The Lancet Global Health*, 9(4), e489–e551. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5).
- Czerwińska, K., Kucharczyk, I. (2019). *Tyflopsychologia. Realizacja zadań rozwojowych w biegu życia przez osoby z niepełnosprawnością wzroku*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DeCarlo, D. K., Swanson, M., McGwin, G., Visscher, K., Owsley, C. (2016). ADHD and Vision Problems in the National Survey of Children's Health. *Optometry and Vision Science*, 93(5), 459–465.
- ICD-10 (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja. Chorób i Problemów. Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. Tom I. World Health Organization.
- Leissner, J., Coenen, M., Fröhlich, S., Loyola, D., Cieza, A. (2014). What explains health in persons with visual impairment? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 65.
- Majewska, A., Stolarczyk, S. (2019). Przygotowanie do badania pacjenta z dysleksją. *Optyka*, 5(60), 56–57.
- Menjivar, A. M., Kulp, M. T., Mitchell, G. L., Toole, A. J., Reuter, K. (2018). Screening for convergence insufficiency in school-age children. *Clinical & Experimental Optometry*, 101(4), 578–584. <https://doi.org/10.1111/cxo.12661>
- Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki Psychologicznej (OSDP). (2018). *Standardy diagnostyki psychologicznej*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Oddział Krakowski.
- Olatunji, L. K., Abdulsalam, L. B., Lukman, A., Abduljaleel, A., Yusuf, I. (2019). Academic Implications of Uncorrected Refractive Error: A Study of Sokoto Metropolitan Schoolchildren. *Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association*, 60(6), 295–299. https://doi.org/10.4103/nmj.NMJ_89_19
- Papuda-Dolińska, B. (2017). Trudności wychowawcze w przypadku uczniów z niepełnosprawnością wzroku w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 36(2), 75–85.
- Piotrowicz, R. (2017). Wczesna interwencja/wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – kompleksowość oddziaływań terapeutycznych w opinii rodziców. W: J. Głodkowska, I. Konieczna, R. Piotrowicz, G. Walczak, *Interdyscyplinarne konteksty wczesnej interwencji, wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka* (s. 351–378). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Rosa A. (2017). Zaburzenia wybranych parametrów układu wzrokowego, w tym wady refrakcji jako przyczyna trudności szkolnych u dzieci. W: K. Czerwińska,

- K. Miler-Zdanowska (red.), *Tyflopedagogika wobec różnorodności współczesnych wyzwań edukacyjno-rehabilitacyjnych*. Wydawnictwo APS.
- Rosa, A., Loba, P. (2018). Ocena zaburzeń akomodacji u dzieci i młodzieży. *Okulistyka po Dyplomie*, 4, 4–10.
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Üstün, B., Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(1), 105–117.
- Shin, H. S., Park, S. C., Park, C. M. (2009). Relationship between accommodative and vergence dysfunctions and academic achievement for primary school children. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 29(6), 615–624.
- Skrzetuska, E. (2005). *Przyswajanie pisma przez uczniów ze słabym widzeniem w klasach 1–3*. Wydawnictwo UMCS.
- Walkiewicz-Krutak, M. (2020). Zaburzenia funkcji wzrokowych u dzieci w wieku szkolnym oraz ich wpływ na naukę czytania i pisanie. *Forum Pedagogiczne*, 10(2), 61–74.
- World Health Organization. (2000). *Global initiative for the elimination of avoidable blindness* (WHO/PBL/97.61 Rev 2).
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (2001).
- Tłumaczenie polskie: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Żółtaniecka M. (2013). Prewencyjne badania wzroku u dzieci. *Pediatryczna ocean widzenia*. W: L. Sochocka, A. Wojtyłko (red.), *Problemy pediatrii w ujęciu interdyscyplinarnym. Widzę, słyszę, czuję... ale nie zawsze – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów zmysłów u dzieci* (s. 31–43). Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa.

2.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Cele oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna ucznia z dysfunkcją wzroku jest przeprowadzana w celu:

- wyjaśnienia mechanizmów warunkujących funkcjonowanie ucznia z uwzględnieniem wpływu stanu zdrowia (w szczególności dysfunkcji wzroku), w tym określenie przyczyn występowania trudności rozwojowych i edukacyjnych, czynników środowiskowych (barier, zasobów) oraz mocnych stron;
- zaprojektowania odpowiadającego indywidualnym potrzebom dziecka wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz dostosowań elementów procesu kształcenia.

STANDARD 2: Zakres oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna obejmuje:

- analizę danych medycznych (informacje z diagnozy okulistycznej, neurologicznej itp.), opisujących stopień, etiologię i rokowania dysfunkcji narządu wzroku (rozpoznanie ICD);
- identyfikację trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka/ucznia (przede wszystkim sfera poznawcza, komunikacja i socjalizacja, rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna);
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka/ucznia;
- określenie konsekwencji dysfunkcji wzroku w toku diagnozy funkcjonalnej widzenia oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się, jak i warunków, w jakich on przebiega (np. środowisko fizyczne uczenia się, dostosowania procesu edukacyjnego, metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności);

- ocenę potrzeb w zakresie sprzętu specjalistycznego;
- analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów; w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole/rodzinie; potrzeb i możliwości rodziny oraz przestrzeni do realizacji nauczania, w których odbywa się praca wzrokowa;
- sformułowanie wskazań do planowanych działań wspierających.

STANDARD 3: Obszary oceny funkcjonalnej.

W kompleksowej ocenie funkcjonalnej uczniów z dysfunkcją wzroku w zależności od złożoności zaburzenia oraz trudności funkcjonalnych powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Charakterystyka kliniczna (kod ICD jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją, etiologia, rokowania);
- B. Diagnoza funkcjonalna widzenia (ocena funkcji wzrokowych okołoruchowych, ocena parametrów funkcjonowania wzrokowego, ocena umiejętności z zakresu percepcji wzrokowej, ocena możliwości wykorzystywania funkcji wzrokowych podczas wykonywania zadań szkolnych);
- C. Funkcje poznawcze;
- D. Ocena funkcjonowania społeczno-emocjonalnego;
- E. Ocena stopnia opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, aktywności i uczestniczenia w szkole (obszarów problemowych i mocnych stron).
- F. Ocena potrzeb edukacyjnych (słabowidzący) w zakresie pomocy optycznych i nieoptycznych wspomagających widzenie w sytuacjach poznawczych;

- G. Ocena potrzeb edukacyjnych (niewidzący) – ocena umiejętności posługiwania się pismem brajla, poziomu opanowania technik poruszania się z przewodnikiem i białą laską, orientacji przestrzennej, oceny poziomu opanowania poszczególnych czynności życia codziennego, okoliczności występowania reakcji autostymulacyjnych (jeśli występują);
- H. Ocena środowiska rodzinnego i szkolnego, w tym barier i zasobów środowiskowych;
- I. Charakterystyka zaburzeń w innych obszarach funkcjonowania.

STANDARD 4: Diagnoza funkcjonalna widzenia jako działanie dopełniające diagnozę okulistyczną.

Jeżeli uszkodzenie wzroku zostało już wcześniej zdiagnozowane medycznie, niezbędne jest przeprowadzenie diagnozy funkcjonalnej widzenia. Obejmuje ona ocenę funkcji wzrokowych okołoruchowych (fiksacja, śledzenie, przenoszenie spojrzenia, przeszukiwanie, zbieżność, akomodacja), ocenę parametrów funkcjonowania wzrokowego (zasięg widzenia, pole widzenia, ostrość wzroku, wrażliwość na kontrast, widzenie stereoskopowe, widzenie barw), ocenę umiejętności z zakresu percepcji wzrokowej, ocenę możliwości wykorzystywania funkcji wzrokowych podczas wykonywania zadań szkolnych wynikających z roli ucznia, (koordynacja wzrokowo-ruchowa, manipulacja, czynności poznawcze, interakcje społeczne, orientacja w przestrzeni i poruszanie się, czynności samoobsługowe). Diagnozę funkcjonalną widzenia przeprowadza specjalista posiadający uprawnienia – rehabilitant wzroku, terapeuta widzenia (słabowidzących), oraz po przeszkoleniu: ortoptysta, tyflopedagog.

STANDARD 5: Grupy uczniów z dysfunkcją wzroku, wobec których istnieje potrzeba przeprowadzenia oceny funkcjonalnej.

Grupy te wyróżnia się na podstawie trzech kryteriów analizowanych łącznie (współwystępujących):

- 1) Diagnoza nozologiczna oparta na kryterium pola widzenia i ostrości wzroku (aktualnie wartość ostrości równej bądź niższej niż 0.3, w ICD-11 poniżej 0.5);
- 2) Charakterystyka widzenia funkcjonalnego wskazuje na zaburzenia funkcji wzrokowych i/lub percepcji wzrokowej;
- 3) Dysfunkcje wzroku stanowią przyczynę występowania trudności edukacyjnych, trudności w aktywnościach szkolnych, których nie da się wyeliminować za pomocą standardowych metod i środków pedagogicznych.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 6: Miejsce przeprowadzania oceny funkcjonalnej.

Ze względu na wielospecjalistyczny charakter oceny funkcjonalnej dziecka z dysfunkcją wzroku miejsce jej przeprowadzenia będzie zależać od:

- złożoności i natężenia trudności funkcjonalnych w aktywnościach szkolnych stanowiących m.in. następstwo dysfunkcji wzroku;
- zaplecza kadrowego i bazy dydaktycznej placówki – specjaliści oraz niezbędne, profesjonalne narzędzia do wykonania oceny funkcjonalnej.

W związku z tym uwzględnia się 3 poziomy, w których może być prowadzona ocena funkcjonalna: I. przedszkole/szkoła, II. publiczna poradnia psychologiczno-pedagogiczna, III. ośrodki i poradnie specjalistyczne w sieci lokalnej, np. punkty konsultacyjne przy SOSW, publiczne poradnie specjalistyczne.

STANDARD 7: Skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną.

W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka lub ucznia z dysfunkcją wzroku w poradni psychologiczno-pedagogicznej wchodzi standardowo: lekarz, psycholog, pedagog, logopeda, tyflopedagog/rehabilitant wzroku oraz rodzice. Jeżeli uczeń przejawia trudności w innych sferach

funkcjonowania, oceny dokonują specjaliści z danej dziedziny, np. logopeda, fizjoterapeuta. Ponadto informacji dostarczają nauczyciele i specjaliści szkolni pracujący z dzieckiem, których opinie są uwzględnione w dokumentacji powstałej w procesie szkolnej oceny funkcjonalnej.

W przypadku dzieci z dysfunkcją wzroku, u których współwystępują inne problemy lub niepełnosprawność (np. zaburzenia słuchu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną posiada kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też ma możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

STANDARD 8: Specjaliści biorący udział w diagnozie dysfunkcji wzroku oraz jej następstw funkcjonalnych.

W kompleksowo ujmowanym postępowaniu diagnostycznym dzieci z dysfunkcją wzroku biorą udział specjaliści w dziedzinie diagnozy, terapii, edukacji zaburzeń widzenia: okulista, ortoptysta, optometrysta, tyflopedaagog rehabilitant wzroku/terapeuta widzenia (słabowidzących), trener/ instruktor orientacji przestrzennej. Dokumentacja z tych badań jest uwzględniana w ocenie funkcjonalnej.

STANDARD 9: W placówce przeprowadzającej ocenę funkcjonalną, w przypadku każdego dziecka poddawanego tej ocenie wyznaczona zostaje osoba koordynująca.

STANDARD 10: Kwalifikacje i kompetencje specjalistów dokonujących oceny funkcjonalnej uczniów niewidzących.

W przypadku uczniów niewidzących, słabowidzących w stopniu znacznym wszyscy członkowie zespołu mają odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także przeszkolenie w przeprowadzaniu diagnozy osób z tak głęboką dysfunkcją wzroku. Ze względu na odmienne metody oceny, jak i konieczne

modyfikacje procedury diagnostycznej niezbędne jest doświadczenie i kompetencje w zakresie oceny zachowań i umiejętności manifestowanych przy wyłączonym/znacznie ograniczonym działaniu wzroku, stosowania wystandaryzowanych narzędzi przydatnych w ocenie dziecka niewidzącego.

STANDARD 11: Podnoszenie kwalifikacji jako obowiązek osób przeprowadzających ocenę funkcjonalną.

Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany edukacyjne oraz realizujące plan i monitorujące jego przebieg powinny być zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w certyfikowanych szkoleniach, kursach, studiach podyplomowych oraz superwizjach prowadzonych przez psychologów, tyflopedaagogów z doświadczeniem w diagnozie uczniów z uszkodzeniem wzroku.

STANDARD 12: Udział rodziców w ocenie funkcjonalnej.

Szkolna ocena funkcjonalna podejmowana jest na wniosek nauczyciela, specjalisty lub rodzica, a ocena funkcjonalna w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej na wniosek placówki edukacyjnej lub rodzica. Rodzic zawsze musi wyrazić zgodę na ten proces. Rodzice występują w podwójnej roli: jako źródło informacji o rozwoju dziecka oraz jako pełnoprawni członkowie zespołu. Uczestniczą w tworzeniu i współrealizacji ustaleń i działań realizujących wsparcie edukacyjno-specjalistyczne.

STANDARD 13: Metody zbierania informacji w ocenie funkcjonalnej.

W rozpoznaniu i ocenie potrzeb uczniów z dysfunkcją wzroku wykorzystywane są różne metody gromadzenia informacji, różnorodne strategie oceny i narzędzia (wywiady, testy, analiza wytworów, samoocena uczniów, arkusze obserwacji itp.) w myśl koncepcji diagnozy 270 stopni.

STANDARD 14: Narzędzia stosowane w ocenie funkcjonalnej uczniów z dysfunkcją wzroku.

W ocenie funkcjonalnej specjaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi. Umożliwi to zobiektywizowany pomiar zakresu trudności dziecka oraz jego mocnych stron, a także odniesienie rozwoju i zachowania dziecka do norm (tj. do wyników rówieśników, rówieśników słabowidzących/niewidzących), a w przypadku niektórych narzędzi także pomiar zmian w zachowaniu i postępów w rozwoju.

STANDARD 15: Ograniczenia interpretacyjne w stosowaniu narzędzi bez norm dla osób słabowidzących/niewidzących.

Jeśli narzędzie nie zostało poddane procesowi walidacji, nie posiada norm dla osób słabowidzących lub niewidzących, ale w warunkach polskich nie istnieje obecnie narzędzie pod tym względem sprawdzone, to stosujący je przy formułowaniu oceny uwzględnia wszelkie wynikające z tego ograniczenia.

STANDARD 16: Inicjowanie oceny funkcjonalnej.

Przeprowadzenie oceny funkcjonalnej jest zasadne zawsze wtedy, kiedy występują trudności edukacyjne oraz funkcjonalne w aktywnościach szkolnych. Ocena funkcjonalna może być zainicjowana przez następujące sytuacje:

- diagnoza nozologiczna uszkodzenia wzroku;
- wskazania lekarskie (bez diagnozy), wyniki badań przesiewowych;
- dokumentacja z przebiegu WWR;
- orzeczenie o niepełnosprawności wzroku;
- niepokojące symptomy zaobserwowane przez rodziców, trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu/szkole;
- ograniczenia aktywności i uczestnictwa ucznia w procesie edukacji szkolnej dostrzeżone przez nauczycieli i specjalistów szkolnych.

STANDARD 17: Kompleksowa ocena funkcjonalna jako proces ciągły.

Ocena funkcjonalna powinna być przeprowadzana dwa razy w roku szkolnym, np. w pierwszym miesiącu każdego semestru oraz aktualizowana **na bieżąco**, jeśli w sytuacji dziecka następuje istotna zmiana w funkcjonowaniu, dotycząca stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych. Istotna zmiana stanu funkcjonowania wzrokowego (np. polepszenie/ pogorszenie ostrości wzroku) powinna być powodem do ponowienia procesu oceny funkcjonalnej.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 18: Efekty oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna ucznia słabowidzącego/niewidzącego powinna dostarczać:

- szczegółowego profilu funkcjonowania opisującego trudności i mocne strony w sferze poznawczej, społecznej, motorycznej;
- opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności wzrokowych wraz z ich przełożeniem na funkcjonowanie szkolne: zadania i sytuacje poznawcze, społeczne, osobiste;
- wyników analizy czynników środowiskowych, w tym potrzebnych dostosowań, technologii asystujących, specjalnych materiałów dydaktycznych (np. drukarka brajlowska);
- konkretnych wskazań terapeutycznych i edukacyjnych, pozwalających sformułować precyzyjnie określone cele oddziaływań, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 19: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne jest na bieżąco oceniane pod kątem skuteczności. Jest procesem systematycznym i responsywnym – przystającym do aktualnych potrzeb ucznia.

STANDARD 20: Decyzja o zakresie realizacji wsparcia między placówką edukacyjną, PP-P i/lub specjalistycznymi ośrodkami jest podejmowana przez specjalistę wiodącego wspólnie z nauczycielem koordynującym pomoc psychologiczno-pedagogiczną w placówce edukacyjnej i rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (lub też z udziałem ucznia).

STANDARD 21: IPE (Indywidualny Plan Edukacyjny) jest przygotowywany dla każdego ucznia z dysfunkcją wzroku, u którego ocena funkcjonalna wskazuje na występowanie potrzeb edukacyjnych oraz potrzebę wprowadzenia racjonalnych dostosowań.

STANDARD 22: IPE jest opracowywany na początku każdego roku szkolnego i modyfikowany w zależności od potrzeb po dokonaniu oceny rozwoju, zaistnieniu zmian w zakresie diagnozy kryterialnej/funkcjonalnej widzenia, funkcjonowania poznawczego i społecznego ucznia (np. nasilenie się trudności edukacyjnych).

STANDARD 23: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne w odniesieniu do uczniów z dysfunkcjami wzroku może być realizowane na trzech poziomach: poziom I. przedszkole/szkoła, poziom II. współpraca z poradnią psychologiczno-pedagogiczną oraz SCWEW, poziom III. ośrodek specjalistyczny (SOSW) ośrodek ochrony zdrowia.

STANDARD 24: Sposoby realizowania wsparcia edukacyjno-terapeutycznego ucznia z dysfunkcją wzroku:

- 1) zapewnienie zajęć specjalistycznych, np. nauka orientacji przestrzennej, nauka systemu Braille'a, terapia widzenia;
- 2) zapewnienie dodatkowych zajęć edukacyjnych, np. zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze;
- 3) wsparcie ucznia w bieżącej pracy szkolnej;
- 4) pomoc koleżeńska, w tym tutoring i tworzenie sieci wsparcia rówieśniczego;
- 5) usuwanie barier: doposażenie miejsca nauki w sprzęt specjalistyczny, oprogramowanie i pomoce dydaktyczne, np. powiększalnik, lupa elektroniczna;
- 6) zapewnienie nauczyciela współpracującego (tyflop pedagoga) podczas określonych lub wszystkich zajęć edukacyjnych;
- 7) realizację przez ucznia zajęć edukacyjnych odpowiednio w oddziale ogólnodostępnym, integracyjnym lub specjalnym, albo w szkole lub placówce specjalnej (SOSW dla dzieci słabowidzących i niewidomych);
- 8) wsparcie rodziny: konsultacje i porady, warsztaty, działania informacyjno-szkoleniowe.

STANDARD 25: Elementem wsparcia jest zapewnienie dziecku/uczniowi z dysfunkcją wzroku dostępności procesu kształcenia. W tym celu szkoła stosuje:

- projektowanie uniwersalne;
- racjonalne dostosowania, w tym: dostosowanie otoczenia, metod i form realizacji treści nauczania, stosowanych środków dydaktycznych (w tym z uwzględnieniem wsparcia zapewnianego przez specjalistyczne centrum), sposobu sprawdzania i oceniania wiadomości i umiejętności ucznia, wymagań edukacyjnych, warunków i form przeprowadzania egzaminów.

3. SPECYFICZNE ZABURZENIA UCZENIA SIĘ

EWA DOMAGAŁA-ZYŚK

3.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

Przyjmuje się, że od 5 do 15% uczniów ma zaburzenia uczenia się; z tej grupy około 80% ma problemy przede wszystkim z czytaniem i pisanem, powszechnie określane jako dysleksja (Démonet, Taylor, Chaix, 2004, Shaywitz i in., 2021). Do tej grupy zaburzeń należą także trudności w uczeniu się matematyki (Gruszczyk-Kolczyńska, 1997, 2015, 2021; Oszwa 2005, 2008, 2009; Landerl, Kaufmann, 2015; Walerzak-Więckowska, Lipowska, Jurek, 2018). Specyficzne zaburzenia uczenia się utrudniają nie tylko proces opanowania kompetencji kluczowych w zakresie języka ojczystego i matematyki, lecz także wpływają na uczenie się innych przedmiotów, takich jak języki obce, historia, nauki ścisłe czy muzyka. Specyficzne zaburzenia uczenia się mogą także wpływać na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach, tj. sprawność w zakresie gier zespołowych, umiejętności taneczne czy prowadzenie samochodu. Współwystępują także z trudnościami w nabywaniu kompetencji społecznych (Novita, 2016) oraz innymi zaburzeniami neurorozwojowymi, m.in. z autystycznym spektrum zaburzeń (Frith, 2001) czy zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i deficytem uwagi (ADHD, Germanò, Gagliano, Curatolo, 2010).

Specyficzne zaburzenia uczenia się mogą mieć różne nasilenie o charakterze continuum, ale ogólnie można skategoryzować je jako łagodne, umiarkowane i ciężkie (DSM-5, 2013). Szczególnego wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego, trwającego zazwyczaj kilka lat, wymagają osoby z najcięższymi objawami, jednak pomoc psychologiczno-pedagogiczna powinna być oferowana każdemu uczniowi, także w sytuacjach doświadczania trudności

o niewielkim nasileniu. Zaburzenia uczenia się czytania, pisania i liczenia, jeśli nie są rozpoznane i poddane terapii, mogą powodować problemy nie tylko w nauce, lecz także w ogólnym funkcjonowaniu psychospołecznym osoby, również w okresie dorosłości. Problemy te obejmują zwiększony poziom ogólnego stresu, gorsze ogólne zdrowie psychiczne, niższe osiągnięcia edukacyjne, niższe kompetencje zawodowe oraz trudności w relacjach społecznych (Bogdanowicz 2008, 2012; Bogdanowicz i in., 2015; Wejner-Jaworska, 2019).

Zarówno w klasyfikacji DSM-5 (2013), jak i ICD-11 (2019) specyficzne zaburzenia uczenia się (*Specific Learning Disability* – SLD) zaliczone są do kategorii zaburzeń neurorozwojowych i mogą występować w trzech obszarach jako: zaburzenia w uczeniu się czytania, zaburzenia w uczeniu się pisania oraz zaburzenia w uczeniu się matematyki. W polskich badaniach i tradycji diagnostyczno-terapeutycznej, w związku ze specyfiką uczenia się czytania i pisania w naszym języku narodowym, wyróżnia się dodatkowo (Bogdanowicz, 1995ab; Bogdanowicz i in., 2008; Bogdanowicz i in., 2014; Bogdanowicz i in., 2011; Krasowicz-Kupis 2008, Pelc-Pękala, 2010):

- dysleksję – trudności w nabywaniu umiejętności czytania, którym mogą (ale nie muszą) towarzyszyć trudności w pisaniu;
- dysortografię - trudności w nabywaniu umiejętności poprawnego pisania o charakterze izolowanym, tzn. bez współwystępujących (także w przeszłości) trudności w czytaniu;
- dysgrafię - zaburzenia pisania poprawnego kaligraficznie.

Paradoksalnie nie dysponujemy powszechnie akceptowaną definicją pojęcia dysleksji (Krasowicz-Kupis, 2008). Marta Bogdanowicz (1995ab) za źródła dysleksji uznawała deficyt sensoryczno-motoryczny oraz trudności w koordynacji funkcji przetwarzania wzrokowego, słuchowego i motorycznego. Aktualne badania nad patomechanizmami dysleksji pokazują bardziej złożony obraz tych zaburzeń uczenia się. Określono, że dysleksja to trudności w uczeniu się czytania i pisanie, a także trudności w przetwarzaniu pisemnym i w mowie (Krasowicz-Kupis, 2011), których podłożem jest deficyt fonologiczny, a szczególnie trudności w zakresie dekodowania pojedynczych wyrazów (Fletcher i in., 2002; Fisher i in., 2002). Deficyt przetwarzania fonologicznego (Snowling, 2000) sprawia, że osobom z dysleksją jest trudniej niż innym utworzyć umysłowe reprezentacje dźwięków mowy (fonemów) i aktywnie posługiwać się nimi (zapamiętywać, przechowywać, przypominać je sobie w odpowiednim momencie). Osoby te mają trudności w zakresie analizy i syntezy fonemowej, zdolności do tworzenia rymów lub rozwiązywania zadań, w których manipuluje się fonemami w obrębie danego słowa (np. odrzuca pierwszą czy ostatnią głoskę, przedstawia, dodaje czy porównuje części fonologiczne), trudności w dekodowaniu sztucznych słów, zaburzenia pamięci werbalnej. Towarzyszy im deficyt tempa nazywania (Wolf, Bowers, 1999; Krasowicz-Kupis, 2008), co sprawia, że uczniowie mają trudności w zakresie szybkiego nazywania znanych bodźców wzrokowych oraz koordynacji bodźców płynących z różnych źródeł (np. analizatora wzrokowego i słuchowego jednocześnie). Brak precyzyjnej synchronizacji w zakresie odbioru bodźców powoduje z kolei trudności w szybkim nazywaniu bodźców wzrokowych. Powyższa koncepcja nazwana jest hipotezą podwójnego deficytu (Wolf, Bowers, 1999) i wskazuje się w niej na dwa ważne elementy wymagające jednak dalszych badań: 1) wolne tempo nazywania może być przejawem deficytu przetwarzania fonologicznego; 2) wolne tempo nazywania może być wskaźnikiem bardziej uogólnionych problemów z przetwarzaniem fonologicznym, powiązanych z innymi procesami percepcyjnymi, leksykalnymi, motorycznymi i poznawczymi.

Zdiagnozowanie dysleksji jest możliwe po 2–3 latach obserwowania procesu uczenia się czytania i pisanie, jednak znacznie wcześniej – już w okresie ponimowlęcym i przedszkolnym – możliwe jest stwierdzenie występowania ryzyka dysleksji (Bogdanowicz, Kalka, 2011). Daje to także możliwość wczesnego podjęcia działań wspierających dziecko, zarówno w domu (Bogdanowicz, Adryjanek, 2007), jak i w szkole (Bogdanowicz, Adryjanek, 2004).

Zaburzenia uczenia się matematyki diagnozowane są u około 5% uczniów (Kaufmann, von Aster, 2012) i określane jako dyskalkulia. Do dzisiaj badacze tego zjawiska posługują się definicją słowackiego psychologa Ladislava Košča (1974, s. 147), który określił, że dyskalkulia jest to strukturalne zaburzenie zdolności matematycznych mające swe podłoże w zaburzeniach genetycznych i wrodzonych tych części mózgu, które są bezpośrednim podłożem anatomiczno-fizjologicznym dojrzewania zdolności matematycznych odpowiednio do wieku, bez jednoczesnego zaburzenia ogólnych funkcji umysłowych. Košč (1974) wyróżnił także kilka rodzajów dyskalkulii, wynikające one z rodzaju zaburzonych funkcji. Dyskalkulia może zatem być werbalna, praktognostyczna, leksykalna, graficzna, wykonawcza, pojęciowa i operacyjna. Współczesne badania dotyczące przyczyn dyskalkulii odnoszą się do osiągnięć neuronauki oraz coraz bardziej licznych badań międzykulturowych. Stwierdzono w nich, że niezależnie od kultury, miejsca zamieszkania i systemów edukacyjnych, już małe dzieci posiadają pewne podstawowe zdolności numeryczne, które przejawiają się postrzeganiem ilości oraz możliwością wykonywania prostych operacji szacowania czy różnicowania zbiorów o niewielkich liczebnościach, dodawania i odejmowania oraz rozróżniania wzrastających i malejących sekwencji obiektów (Buttenworth, 1999). Na tych podstawowych kompetencjach nabudowane są natomiast inne, związane z edukacją i wpływami kulturowymi, które obejmują umiejętności arytmetyczne oraz wiedzę matematyczną (Walerzak-Więckowska, Lipowska, Jurek, 2018). W tym kontekście dyskalkulię rozumie się jako trudności w zakresie zdolności numerycznych oraz arytmetycznych (przyporządkowywania liczbom symboli, operowania liczbami, posługiwania się pojęciami

matematycznymi, rozwiązywania zadań z treścią). Na nieco inne źródła trudności w uczeniu się matematyki zwraca uwagę Edyta Gruszczyk-Kolczyńska (1997, 2015, 2021) i współpracownicy (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2013). W jej koncepcji za źródło trudności w uczeniu się matematyki uznaje się ogólne trudności lub opóźnienia u dziecka w rozwoju myślenia operacyjnego na poziomie konkretnym, niedostateczną dojrzałość emocjonalną oraz brak doświadczeń „codziennego matematyzowania” (koncepcja tzw. dziecięcej matematyki jako przygotowania dziecka do uczenia się liczenia w warunkach klasowo-lekcyjnych). Trudności matematyczne mogą być zdiagnozowane po 2–3 latach obserwowania procesu uczenia się matematyki przez danego ucznia, ale widoczne są u dzieci znacznie wcześniej – już w okresie przedszkolnym. Umożliwia to wczesną diagnozę ryzyka tych trudności i podjęcie działań wspierających (Oszwa, Krasowicz-Kupis, 2008; Oszwa 2008; Gruszczyk-Kolczyńska, 1997, 2021).

Zaburzenia uczenia się obecne są w klasyfikacjach DSM-5 (2013) oraz ICD-11 (2019).

W klasyfikacji DSM-5 (2013) specyficzne zaburzenia uczenia (*Specific Learning Disorder*) znajdują się w grupie zaburzeń neurorozwojowych i obejmują:

- specyficzne zaburzenie uczenia się z zaburzeniami czytania (*specific learning disorder with impairment in reading*, kod: 315.00; F81.0);
- specyficzne zaburzenie uczenia się z zaburzeniami ekspresji pisemnej (*specific learning disorder with impairment in written expression*, kod 315.2; F81.81);
- specyficzne zaburzenie uczenia się z zaburzeniami matematycznymi (*specific learning disorder with impairment in mathematics* kod 315.1; F81.2).

W DSM-5 do stwierdzenia zaburzeń uczenia się nie stawia się wymagania posiadania przez ucznia określonego ilorazu inteligencji i różnicy między tym ilorazem a osiągnięciami szkolnymi (*IQ-achievement discrepancy*), jak to było we wcześniejszych wersjach klasyfikacji, np. DSM-IV. Wyznaczono natomiast cztery kryteria diagnostyczne: A, B, C i D.

Kryterium diagnostyczne A odnosi się do kluczowych charakterystyk zaburzenia: u ucznia musi zostać potwierdzone co najmniej jedno spośród następujących zaburzeń, trwające co najmniej 6 miesięcy, pomimo podjęcia działań dydaktycznych, interwencyjnych lub terapeutycznych w celu usunięcia tych zaburzeń:

- 1) nieprawidłowe lub powolne czytanie wyrazów;
- 2) trudności z rozumieniem znaczenia tego, co się czyta;
- 3) trudności z poprawnym pisanie;
- 4) trudności z ekspresją pisemną (np. w zakresie interpunkcji, poprawności gramatycznej czy organizacji tekstu);
- 5) trudności z kształtowaniem pojęcia liczby i/lub liczenia;
- 6) trudności z wnioskowaniem/rozumowaniem matematycznym (np. zastosowaniem matematyki do rozwiązywania praktycznych problemów).

Kryterium diagnostyczne B dotyczy pomiaru i analizy zjawiska. Należy określić, czy doświadczane przez ucznia trudności (mierzone wystandaryzowanymi testami):

- prowadzą do osiągnięć edukacyjnych znacząco niższych niż oczekiwane dla danego wieku;
- wywołują znaczące trudności w szkole, miejscu pracy czy życiu codziennym.

Dla uczniów w wieku 17 lat i starszych do oceny występowania trudności wystarczająca jest dotychczasowa dokumentacja opisująca historię specyficznych zaburzeń uczenia się tego ucznia.

Kryterium diagnostyczne C odnosi się do czasu rozpoznania trudności. Specyficzne zaburzenia w uczeniu się zaczynają się we wczesnym wieku szkolnym, ale mogą one w pełni przejawiać się dopiero w późniejszych latach edukacji, kiedy wymagania edukacyjne przerosną możliwości ucznia.

Kryterium diagnostyczne D ma charakter wykluczający, tzn. w podręczniku DSM-5 wskazano, że przed postawieniem ostatecznej diagnozy należy przede wszystkim uwzględnić inne źródła trudności w uczeniu się, takie jak niepełnosprawność intelektualna, problemy ze słuchem lub wzrokiem, inne zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, niekorzystne warunki życia,

tj. trudna sytuacja psychospołeczna, brak pełnej znajomości języka, w którym odbywa się nauczanie czy też błędy dydaktyczne nauczycieli i terapeutów. Ważną nowością w kryterium D jest wskazanie, że powyższe sytuacje mogą wyjaśniać doświadczane przez dziecko trudności ale mogą też im towarzyszyć, co potwierdzają np. badania dotyczące występowania specyficznych trudności w uczeniu się u uczniów z dysfunkcją słuchu (por. przegląd za: Domagała-Zyśk 2017ab).

W klasyfikacji ICD-11 (2019) wyróżnia się cztery rodzaje specyficznych zaburzeń uczenia się. Są to:

- rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w czytaniu (*developmental learning disorder with impairment in reading*; kod: 6A03.0);
- rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w pisaniu (*developmental learning disorder with impairment in written expression*; kod: 6A03.1);
- rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w uczeniu się matematyki (*developmental learning disorder with impairment in mathematics*; kod: 6A03.2);
- rozwojowe zaburzenie uczenia się z innymi określonymi trudnościami w uczeniu się (*developmental learning disorder with other specified impairment of learning*; kod: 6A03.3).

Rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w czytaniu charakteryzuje się znacznymi i trwałymi trudnościami w opanowaniu umiejętności szkolnych związanych z czytaniem, takich jak precyzyjne czytanie słów, płynność czytania i rozumienie czytanego tekstu. Osiągnięcia danej osoby w zakresie czytania są znacznie poniżej oczekiwań związanych z wiekiem i poziomem funkcjonowania intelektualnego i powodują istotne pogorszenie jej funkcjonowania w środowisku uczenia się lub pracy. Ważne jest także ustalenie ewentualnych innych przyczyn trudności i wykluczenie ich. Rozwojowe zaburzenia uczenia się z trudnościami w czytaniu nie są bowiem spowodowane zaburzeniem rozwoju intelektualnego, upośledzeniem zmysłów (wzroku lub słuchu), zaburzeniem neurologicznym, brakiem dostępu do edukacji,

brakiem biegłości w posługiwaniu się językiem nauczania lub niekorzystną sytuacją psychospołeczną.

Rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w pisaniu charakteryzuje się znacznymi i trwałymi trudnościami w opanowaniu umiejętności szkolnych związanych z pisaniem, takich jak poprawność ortograficzna, gramatyczna i interpunkcyjna oraz organizacja i spójność tekstu. Osiągnięcia danej osoby w zakresie wypowiedzi pisemnych są znacznie poniżej poziomu oczekiwanego dla wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz powodują istotne pogorszenie jej funkcjonowania w środowisku szkolnym lub zawodowym. Podobnie jak w sytuacji trudności w czytaniu, ważne jest ustalenie, czy przyczyną zaburzeń nie są inne powody. Rozwojowe zaburzenia uczenia się z trudnościami w pisaniu nie są bowiem spowodowane zaburzeniem rozwoju intelektualnego, upośledzeniem zmysłów (wzroku lub słuchu), zaburzeniem neurologicznym lub motorycznym, brakiem dostępu do edukacji, brakiem biegłości w posługiwaniu się językiem nauczania lub niekorzystną sytuacją psychospołeczną.

Rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w uczeniu się matematyki charakteryzuje się znacznymi i trwałymi trudnościami w nabywaniu umiejętności szkolnych związanych z matematyką, takich jak zrozumienie pojęcia liczby, zapamiętywanie liczb, dokładne obliczanie, płynne obliczanie i precyzyjne rozumowanie matematyczne. Osiągnięcia osoby w zakresie matematyki są znacznie poniżej poziomu oczekiwanego dla wieku chronologicznego lub rozwojowego oraz poziomu funkcjonowania intelektualnego i powodują istotne zaburzenie szkolnego lub zawodowego funkcjonowania tej osoby. Tutaj także stosowane jest kryterium wykluczania innych przyczyn: rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w uczeniu się matematyki nie jest bowiem spowodowane zaburzeniem rozwoju intelektualnego, upośledzeniem zmysłów (wzroku lub słuchu), zaburzeniem neurologicznym, brakiem dostępu do edukacji, brakiem biegłości w posługiwaniu się językiem nauczania lub niekorzystną sytuacją psychospołeczną.

Rozwojowe zaburzenie uczenia się z innymi określonymi trudnościami w uczeniu się charakteryzuje się znacznymi i trwałymi trudnościami w nabywaniu umiejętności szkolnych innych niż czytanie, pisanie i liczenie. Osiągnięcia danej osoby w zakresie danej umiejętności szkolnej są znacznie poniżej poziomu oczekiwanego dla wieku chronologicznego i poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz powodują znaczące pogorszenie jej

funkcjonowania w środowisku szkolnym lub zawodowym. Rozwojowe zaburzenie uczenia się z innymi określonymi trudnościami w uczeniu się nie jest spowodowane zaburzeniem rozwoju intelektualnego, upośledzeniem zmysłów (wzroku lub słuchu), zaburzeniem neurologicznym, brakiem dostępności edukacji, brakiem biegłości w języku nauczania lub niekorzystną sytuacją psychospołeczną.

Tabela 4. Porównanie kryteriów DSM 5 i ICD-11 dla specyficznych trudności w uczeniu się

Kryterium	ICD-11	DSM 5
Czas trwania trudności	Trudności mają charakter trwały	Trudności trwają co najmniej 6 miesięcy
Utrzymywanie się trudności pomimo podjętych działań	–	Trudności utrzymują się pomimo podjęcia działań dydaktycznych, interwencyjnych lub terapeutycznych w celu ich usunięcia
Rodzaje specyficznych trudności	Rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w czytaniu Rozwojowe zaburzenia uczenia się z trudnościami w pisaniu Rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w uczeniu się matematyki Rozwojowe zaburzenie uczenia się z innymi określonymi trudnościami w uczeniu się	Rodzaje trudności: – nieprawidłowe lub powolne czytanie – trudności z rozumieniem znaczenia tego, co się czyta – trudności z poprawnym pisaniem – trudności z ekspresją pisemną (np. w zakresie interpunkcji, poprawności gramatycznej czy organizacji tekstu) – trudności z kształtowaniem pojęcia liczby i/lub liczenia – trudności z wnioskowaniem/rozumowaniem matematycznym (np. zastosowaniem matematyki do rozwiązywania praktycznych problemów)
Trudności a wiek osoby	Osiągnięcia osoby są znacznie poniżej poziomu oczekiwanego dla wieku chronologicznego lub rozwojowego osoby	Trudności prowadzą do osiągnięć edukacyjnych znacząco niższych niż oczekiwane dla danego wieku
Trudności a funkcjonowanie szkolne i zawodowe	Powodują znaczące zaburzenie szkolnego lub zawodowego funkcjonowania tej osoby	Wywołują znaczące trudności w szkole, miejscu pracy czy życiu codziennym
Ocena trudności	–	Powinny być mierzone wystandaryzowanymi testami
Czas pojawienia się trudności	–	Specyficzne trudności w uczeniu się zaczynają się we wczesnym wieku szkolnym, ale mogą one w pełni przejawiać się dopiero w późniejszych latach edukacji, kiedy wymagania edukacyjne przerosną możliwości ucznia
Specyficzne trudności a różne uwarunkowania	Trudności nie są spowodowane zaburzeniem rozwoju intelektualnego, upośledzeniem zmysłów (wzroku lub słuchu), zaburzeniem neurologicznym, brakiem dostępności edukacji, brakiem biegłości w języku nauczania lub niekorzystną sytuacją psychospołeczną	Przed postawieniem ostatecznej diagnozy należy przede wszystkim uwzględnić inne źródła trudności w uczeniu się, takie jak: niepełnosprawność intelektualna, problemy ze słuchem lub wzrokiem, inne zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, niekorzystne warunki życia, tj.: trudna sytuacja psychospołeczna, brak pełnej znajomości języka, w którym odbywa się nauczanie, czy też błędy dydaktyczne nauczycieli i terapeutów

Źródło: opracowanie własne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bogdanowicz, M. (1995a). *Ryzyko dysleksji*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (1995b). *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria, diagnoza, terapia*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Bogdanowicz, M. (2008). *Portrety nie tylko sławnych osób z dysleksją*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (red.). (2012). *Dysleksja w wieku dorosłym*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Bogdanowicz, M., Adryjanek, A. (2004). *Uczeń z dysleksją w szkole. Poradnik nie tylko dla polonistów*. Wydawnictwo Pedagogiczne Operon.
- Bogdanowicz, M., Adryjanek, A. (2007). *Uczeń z dysleksją w domu*. Wydawnictwo Pedagogiczne Operon.
- Bogdanowicz, M., Jaworowska, A., Krasowicz Kupis, G., Pelc-Pękala, O., Pietras, I., Stańczak, J., Szczerbiński, M. (2008). *Diagnoza dysleksji u uczniów klas trzecich szkoły podstawowej*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Bogdanowicz, M., Jaworowska, A., Krasowicz-Kupis, G., Matczak, A., Pelc-Pękala, O., Pietras, I., Stańczak, J., Szczerbiński, M. (2014). *Dysleksja 3 – Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Bogdanowicz, M., Jaworowska, A., Krasowicz-Kupis, G., Matczak, A., Pelc-Pękala, O., Pietras, I., Stańczak, J., Szczerbiński, M. (2011). *Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej. Przewodnik diagnostyczny*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Bogdanowicz, K. M., Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G., Gawron, N. (2015). Ocena przydatności kwestionariusza Adult Reading History Questionnaire do diagnozy rodzinnego ryzyka dysleksji w Polsce. *Edukacja*, 1(130), 117–138.
- Bogdanowicz, M., Kalka, D. (2011). *Skala Ryzyka Dysleksji dla dzieci wstępujących do szkoły*. SRD-6. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Butterworth, B. (1999). *The Mathematical Brain*. Macmillan.
- Czarnocka, M. (2019). Diagnoza – obszary, sposoby, narzędzia. W: I. Chrzanowska, G. Szumski (red.), *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole* (s. 174–206). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
- Démonet, J. F., Taylor, M. J., Chaix, Y. (2004). Developmental dyslexia. *The Lancet*, 363(9419), 1451–1460.
- Domagała, A., Mirecka, U. (2014). Postępowanie logopedyczne w przypadku dysleksji rozwojowej. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo UMCS.
- Domagała-Zyśk, E. (2017). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – diagnoza i terapia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 429–460). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E. (2017a). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – uwarunkowania i symptomatologia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 416–428). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E. (2017b). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – diagnoza i terapia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 429–460). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E. (2017c). Trudności w czytaniu i pisaniu i osób niedosłyszących i słabosłyszących – uwarunkowania i symptomatologia. W: A. Domagała, U. Mirecka, *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 416–428). Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Osza, U. (2017). *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Osza, U. (2018). Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Roczniki Pedagogiczne*, 10(46), 3, 75–88.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I. (2022). BATERIA TROS-KA-1 – skale do badania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów w środkowym wieku szkolnym. W: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K. Bieńkowska (2022). Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA-1. Warszawa: ORE
- Fisher, S. E., Francks C., Marlow, A. J., MacPhie, I. L., Newbury, D. F., Cardon, L. R., Ishikawa-Brush, Y., Richardson, A. J., Talcott, J. B., Gayán, J., Olson, R. K., Pennington, B. F., Smith, S. D., DeFries, J. C., Stein, J. F., Monaco, A. P. (2002). Independent genomewide scans identify a chromosome 18 quantitative-trait locus influencing dyslexia. *Nature Genetics*, 30(1), 86–91.
- Fletcher, J. M., Foorman, B. R., Boudousquie, A., Barnes, M. A., Schatschneider, C., Francis, D. J. (2002). Assessment of reading and learning disabilities: a research-based intervention-oriented approach. *Journal of School Psychology*, 40(1), 27–63.
- Frith, U. (2001). Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*, 32(6), 969–979.
- Germanò, E., Gagliano, A., Curatolo, P. (2010). Comorbidity of ADHD and dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 35(5), 475–493. <https://doi.org/10.1080/87565641.2010.494748>
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1997). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Ziełńska E. (2015). *Dziecięca matematyka: dwadzieścia lat później: książka dla rodziców i nauczycieli starszych przedszkolaków*. Centrum Edukacyjne Bliżej przedszkola.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2021). *Jak pomóc dziecku pokonać niepowodzenia w nauce matematyki?: podręcznik dla rodziców, terapeutów i nauczycieli z serii Dziecięca matematyka*. Centrum Edukacyjne Bliżej przedszkola.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (2013). *Nauczycielska diagnoza edukacji matematycznej dzieci. Metody, interpretacje i wnioski*. Nowa Era.
- Kaufmann, L., von Aster, M. (2012). The diagnosis and management of dyscalculia. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(45), 767–777. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0767>
- Košć, L. (1974). Developmental Dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 7(3), 164–177. <https://doi.org/10.1177/002221947400700309>
- Knopik, T., Oszwa, U., Domagała-Zyśk, E. (2017). Diagnoza kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów zdolnych w środkowym wieku szkolnym z wykorzystaniem baterii TROS-KA – doniesienie z badań. *Ruch Pedagogiczny*, 2, 15–30.
- Krasowicz-Kupis, G. (2008). *Psychologia dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krasowicz-Kupis, G. (2011). Diagnoza dysleksji rozwojowej. W: M. B. Pecyna (red.), *Dysleksja rozwojowa. Fakt i tajemnica* (s. 111–141). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.
- Landerln, K., Kaufman, L. (2015). *Dyskalkulia*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Novita, S. (2016). Secondary symptoms of dyslexia: a comparison of self-esteem and anxiety profiles of children with and without dyslexia. *European Journal of Special Needs Education*, 31(2), 279–288. <https://doi.org/10.1080/08856257.2015.1125694>
- Oszwa, U. (2005). *Zaburzenia rozwoju umiejętności arytmetycznych. Problem diagnozy i terapii*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Oszwa, U. (2009). *Psychologiczna analiza procesów operowania liczbami u dzieci z trudnościami w matematyce*. Wydawnictwo UMCS.
- Oszwa, U., Krasowicz-Kupis, G. (2008). Struktura intelektu dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. *Przegląd Psychologiczny*, 51(4), 489–511.
- Oszwa, U. (red.). (2008). *Wczesna diagnoza rozwojowych trudności w liczeniu. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pelc-Pękala, O. (2010). *Dojrzałość do nauki czytania. Wczesne uwarunkowania poznawcze*. [niepublikowana praca doktorska]. Uniwersytet Gdański.
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, J. E., Shaywitz, B. A. (2021). Dyslexia in the 21st century. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(2), 80–86.
- Snowling, M. (2000). *Dyslexia* (wyd. 2.). Blackwell Publishers Inc.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Walerzak-Więckowska, A., Lipowska, M., Jurek, P. (2018). Dyskalkulia rozwojowa – deficyt wiadomości matematycznych czy umiejętności arytmetycznych – od rozważań terminologicznych do praktyki diagnostycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(4), 759–782. <https://doi.org/10.14656/PFP20180407>
- Wejner-Jaworska, T. (2019). *Dysleksja z perspektywy dorosłości*. Diffin.
- Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G., Bogdanowicz, K. (2015). *Skala Prognoz Edukacyjnych SPE IBE. Podręcznik*. Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wolf, M., Bowers, P. G. (1999). The double deficit hypothesis for the developmental dyslexics. *Journal of Educational Psychology*, 91, 415–438.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>

3.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) uczniów ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się jest przeprowadzana w celu **scharakteryzowania indywidualnych potrzeb i możliwości** ucznia oraz podjęcia **działań wspierających** i – w razie potrzeby – **interwencyjnych**, aby wspomóc jego **integralny rozwój**.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna (OF) w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się **obejmuje:**

- zidentyfikowanie rodzaju i zakresu zaburzeń w uczeniu się doświadczanych przez ucznia, zarówno w zakresie edukacji, jak i funkcjonowania w życiu codziennym (w aspekcie praktycznego zastosowania umiejętności czytania, pisania i liczenia);
- analizę dostępnej dokumentacji medycznej (np. wskazującej na dysfunkcje wzroku/słuchu, zaburzenia neurologiczne, ADHD i inne);
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu ucznia;
- określenie kompetencji społeczno-emocjonalnych ucznia, w tym strategii radzenia sobie z trudnościami, relacji interpersonalnych, obrazu siebie, poczucia sprawczości;
- analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów, potrzeb i możliwości rodziny oraz zasobów szkoły i innych lokalnych instytucji wspierających (poradni psychologiczno-pedagogicznej, SCWEW i innych);
- sformułowanie zaleceń postdiagnostycznych, określenie celu i metod wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego.

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną w szkole w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się powinni być objęci **wszyscy uczniowie** zdiagnozowani w okresie przedszkolnym jako dzieci z **ryzykiem specyficznych trudności w uczeniu się** oraz wszyscy inni uczniowie, u których nauczyciele lub rodzice/opiekunowie zauważą **trudności lub opóźnienia** w nabywaniu sprawności czytania, pisania i liczenia właściwych dla wieku ucznia. Potrzebę przeprowadzenia oceny potrzeb i możliwości w kontekście specyficznych zaburzeń uczenia się może także zgłosić sam uczeń.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 4: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się należy uwzględnić następujące **obszary, zgodne z modelem diagnozy ICF:**

- 1) Charakterystykę funkcjonowania ucznia w aspekcie funkcji i struktur ciała.
- 2) Zakres możliwości i trudności w uczestniczeniu i aktywności (zgodnie z założeniami modelu ICF) w następujących obszarach: uczenie się i stosowanie wiedzy, umiejętności elementarne czytania, pisanie i liczenia, komunikacja, motoryka, samoobsługa, relacje z innymi, ogólne funkcjonowanie w zakresie nauki i wypoczynku w sytuacjach domowych, szkolnych i w szerszej społeczności, radzenie sobie z trudnościami.

- 3) Czynniki środowiskowe wspomagające funkcjonowanie ucznia lub je ograniczające, np. dostęp do pomocy o charakterze terapeutycznym, wsparcie rówieśnicze, wsparcie ze strony rodziny.
- 4) Czynniki osobowe związane z cechami ucznia, np. jego temperament, sposoby radzenia sobie z trudnościami, nawyki, strategie uczenia się (Domagała-Zyśk i in. 2022).

STANDARD 5: Ocena funkcjonalna ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się przebiega dwustopniowo jako:

- 1) Szkolna ocena funkcjonalna – są to badania przesiewowe, prowadzone przez nauczycieli i specjalistów w szkole, we współpracy z rodzicami ucznia.
- 2) Specjalistyczna ocena funkcjonalna – prowadzona przez specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej, we współpracy z nauczycielami i innymi specjalistami.

STANDARD 6: Interdyscyplinarną ocenę funkcjonalną ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się **koordynuje na poziomie szkoły szkolny specjalista wiodący, którym może być nauczyciel-specjalista, pedagog/psycholog szkolny lub pedagog specjalny**. Jeśli potrzebna jest diagnoza pogłębiona, koordynuje ją specjalista wiodący – pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, współpracujący ze szkolnym specjalistą wiodącym.

STANDARD 7: Ocena funkcjonalna jest oceną 360 stopni (Domagała-Zyśk, Knopik, Osza, 2017), w której analizowana jest perspektywa ucznia, specjalisty, rodzica oraz ucznia w środowisku rówieśniczym. **Rodzice** są pełnoprawnymi uczestnikami procesu oceny funkcjonalnej na każdym jej etapie: projektowania zakresu oceny, zbierania danych, analizy danych i formułowania zaleceń postdiagnostycznych.

STANDARD 8: Pogłębiona ocena funkcjonalna ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się jest prowadzona przez pedagoga/psychologa szkolnego lub specjalistę z poradni psychologiczno-pedagogicznej. W szkole OF wykonywać i koordynować może także nauczyciel specjalista (np. polonista), posiadający przygotowanie do pracy z uczniem ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się (studia podyplomowe w zakresie terapii pedagogicznej/diagnozy i terapii specyficznych trudności w uczeniu się).

STANDARD 9: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się są zobowiązane do systematycznego **podnoszenia kwalifikacji**, w tym uczestniczenia w certyfikowanych szkoleniach.

STANDARD 10: W szkolnej ocenie funkcjonalnej przewiduje się następujące etapy:

- A. Analizę dokumentacji medycznej:
 - aktualne wyniki badań słuchu i badań okulistycznych nie starsze niż sprzed 6 miesięcy;
 - wyniki konsultacji neurologicznych (jeśli uczeń posiada, ew. koordynator OF może zasugerować potrzebę takich konsultacji);
 - wyniki innych konsultacji medycznych, istotnych dla uczenia się (np. informacje o dysfunkcji ruchu, chorobach somatycznych /psychiatrycznych dziecka itp.).
- B. Analizę dokumentacji diagnostycznej i terapeutycznej z wcześniejszych etapów edukacyjnych (wyniki diagnoz oraz przebieg wsparcia w ramach WWR i innych zajęć edukacyjnych i terapeutycznych).
- C. Analizę trudności w czytaniu i pisaniu oraz możliwych uwarunkowań tych trudności:
 - analizę dokumentacji: dziennika szkolnego, zeszytów ucznia, prac pisemnych;

- rozmowę z uczniem na temat doświadczanych przez niego trudności i strategii radzenia sobie z nimi;
 - wywiady z nauczycielami różnych przedmiotów dotyczące zaobserwowanych przez nich trudności ucznia w zakresie czytania i pisania;
 - pedagogiczne i logopedyczne badanie słuchu fonematycznego (Domagała, Mirecka, 2014), ogólnych kompetencji fonologicznych i tempa nazywania.
- D. Szkolna ocena funkcjonalna obejmuje także zakres aktywności i uczestnictwa ucznia w różnych sytuacjach codziennych (zgodnie z ICF). Oceny takiej można dokonać przy pomocy standaryzowanych narzędzi obserwacyjnych, np. Skali Prognoz Edukacyjnych (Wiejak, Krasowicz-Kupis, Bogdanowicz, 2015), Skali Ryzyka Dysleksji (Bogdanowicz, Kalka, 2011); Systemu Oceny Zachowań Adaptacyjnych (ABAS-3; adaptacja polska: Otrębski, Domagała-Zyśk, Rutkowska, Sudoł, Wiącek, 2019). Ocena taka obejmuje:
- analizę zachowania dziecka w sytuacjach szkolnych, w których uczniowie przygotowują się do uczenia się czytania, pisania i liczenia lub czytają, piszą i liczą na poziomie danej klasy; analiza powinna dotyczyć także rozmów z uczniem i poznania jego perspektywy doświadczanych trudności;
 - analizę obserwacji rodziców dotyczących funkcjonowania ich dziecka w środowisku domowym.

Specjalistyczna ocena funkcjonalna w poradni psychologiczno-pedagogicznej obejmuje:

- ocenę funkcjonowania poznawczego – poziom rozwoju intelektualnego;
- pedagogiczną analizę procesów czytania, pisania i liczenia – na podstawie dokumentacji oceny funkcjonalnej wykonanej w szkole;
- specjalistyczne badania w kierunku dysleksji, dysgrafii, dysortografii lub dyskalkulii z wykorzystaniem testów standaryzowanych [np. Dysleksja 3/Dysleksja 5 (Bogdanowicz, Jaworowska, Krasowicz-Kupis, Matczak, Pelc-Pekala, Pietras, Stańczak, Szczerbiński);

- eksperymenty pedagogiczne oceniające gotowość dziecka do uczenia się matematyki Gruszczyk-Kolczyńskiej (2015), jeśli uczeń wykazuje trudności w uczeniu się matematyki;
- ocenę prawidłowości uchwytu narzędzia pisarskiego i napięcia centralnego oraz w ręce piszącej (zaburzenia te warunkują dysgrafię);
- ocenę kompetencji społeczno-emocjonalnych, zwłaszcza w kontekście motywacji do uczenia się, strategii radzenia sobie z trudnościami, samooceny oraz relacji rówieśniczych – na podstawie dokumentacji przekazanej przez szkołę, ew. uzupełnionej o dodatkowe testy specjalistyczne.

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna ma charakter procesualny.

Ocena funkcjonalna ma charakter stały, procesualny. Po zakończeniu zbierania danych przygotowany jest plan działań postdiagnostycznych, który następnie jest wdrażany oraz poddawany bieżącemu monitorowaniu i ewaluacji. Wnioski z bieżącej oceny funkcjonowania ucznia są natychmiast włączane do dokumentacji OF i mogą stanowić podstawę do zmian w zakresie i rodzaju działań postdiagnostycznych i interwencyjnych.

STANDARD 12: W ocenie funkcjonalnej profesjonaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, **wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi**.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 13: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać **profilu funkcjonowania ucznia, przygotowanego zgodnie z założeniami ICF**, obejmującego:

- szczegółowy opis zdolności i umiejętności dziecka;
- opis rodzaju i stopnia nasilenia trudności w czytaniu, pisaniu/liczeniu;

- opis kompetencji ucznia w zakresie funkcjonowania społeczno-emo-cjonalnego;
- wyniki analizy czynników środowiskowych wspierających lub utrud-niających funkcjonowanie ucznia;
- wskazania edukacyjne i terapeutyczne, pozwalające sformułować pre-cyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

STANDARD 14: Wsparcie edukacyjne i specjalistyczne jest procesem sys-tematycznym i responsywnym – przystającym do aktualnych potrzeb ucznia. W odniesieniu do uczniów ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się re-alizowane jest na trzech poziomach:

Poziom I: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo); bieżącą pomoc w czasie lekcji.

Poziom II: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo), bieżącą pomoc w czasie lekcji oraz wsparcie terapeutyczne w szkole (zaję-cia dydaktyczno-wyrównawcze oraz korekcyjno-kompensacyjne).

Poziom III: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo), bieżącą pomoc w czasie lekcji, wsparcie specjalistyczne w edukacji – dostoso-wania i modyfikacje, wsparcie terapeutyczne w szkole (zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze oraz korekcyjno-kompensacyjne) i w razie potrzeby – wspar-cie psychopedagogiczne, socjoterapeutyczne i psychoterapeutyczne.

Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne jest na bieżąco monitorowanie i ewaluowane, a wnioski włączane są do dokumentacji ucznia i stanowią podstawę do modyfikowania programów wsparcia.

4. ZABURZENIA MOWY I JĘZYKA

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA
AGNIESZKA AMILKIEWICZ-MAREK

4.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

W aktualnych wersjach dwóch głównych systemów klasyfikacyjnych zaburzeń funkcjonowania: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5), opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 2013) oraz *International Classification of Diseases* (ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2019), zaburzenia mowy i języka są definiowane w odrębny, choć nie wykluczający się sposób.

Warto ponadto zaznaczyć, że stosowane dotychczas w Polsce klasyfikacje zaburzeń mowy używane w diagnozie logopedycznej (etiologiczne, przyczynowo-objawowe oraz objawowe) nie są w pełni tożsame z klasyfikacjami międzynarodowymi ze względu na różnice terminologiczne (Emiluta-Roza, 2017, 2018; Jastrzębowska, 2019). Częściowo zawierają odrębne nazewnictwo na określenie szczegółowych zaburzeń mowy i języka (Jastrzębowska, 2019). W związku z tym przyjęcie w niniejszym opracowaniu kategorii za DSM-5 oraz ICD-11 może budzić dyskusje terminologiczne. Jednak w perspektywie oceny funkcjonalnej ucznia w edukacji uznajemy kategorie zawarte w DSM-5 oraz ICD-11 jako uniwersalne i pozwalające na globalną ocenę komunikowania się przez dziecko w interdyscyplinarnym zespole, w którego skład mogą wchodzić specjaliści, którzy pracują zarówno w systemie oświaty, jak i niezatrudnieni w systemie oświaty (np. lekarze różnych specjalności, logopedzi, psychologowie, psychoterapeuci). Ujednolicenie nomenklatury stosowanej przez specjalistów w wydawanych przez nich ocenach, opiniach,

orzeczeniach, zaświadczeniach oraz innych dokumentach pozwoli na zminimalizowanie nieporozumień podczas procedowania i organizowania wsparcia ucznia.

Proponowane podejście funkcjonalne w obszarze zaburzeń związanych z nabywaniem mowy i języka „daje możliwość wieloaspektowego rozpoznania przyczyn zakłóceń w harmonijnym przebiegu rozwoju dziecka/ucznia, pozwalając na jednoczesne uwzględnienie czynników biologicznych i uwarunkowań społecznych, a zwłaszcza na dostrzeganie zjawisk wynikających z ich wzajemnych oddziaływań, których konsekwencją są – trudne do uchwycenia – powikłania przyczynowo-skutkowe prowadzące do zaburzeń w uczeniu się i rozwoju osobowości” (Krakowiak, 2017, s. 12). Podejście takie pozwala na uporządkowanie postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i rediagnostycznego oraz opracowanie układu czynności w czasie oceny funkcjonalnej, który uwzględniać będzie:

- a) aktualną wiedzę naukową na temat sprawności dziecka w określonej sferze;
- b) wiedzę utrwaloną w praktyce dydaktycznej, terapeutycznej i klinicznej, będącą wynikiem pokoleniowych doświadczeń pedagogów, psychologów, logopedów, rehabilitantów, klinicystów i innych specjalistów w postępowaniu z dzieckiem z potrzebami edukacyjnymi (Panasiuk, 2017, s. 46).

W DSM-5 mowa jest rozumiana jako wytwarzanie dźwięków służących ekspresji. Obejmuje artykulację, płynność, dźwięczność i jakość rezonansu. Język natomiast zawiera formę, funkcję i zastosowanie umownego systemu symboli (tj. słowa wypowiedane, język migowy, słowa pisane, język obrazkowy), które są stosowane zgodnie z językowymi regułami w celu komunikowania się. Komunikowanie oznacza każdy rodzaj zachowania werbalnego i niewerbalnego (zamierzony lub mimowolny), oddziałujący na zachowanie, myślenie oraz postawy innej osoby (DSM-5, s. 48).

Klasyfikacja DSM-5 ujmuje izolowane zaburzenia mowy i języka w szerokim kontekście zaburzeń komunikacji. Charakteryzują się one deficytami rozwoju i posługiwania się językiem, mową i komunikacją społeczną. W pierwszej grupie kategorii mieszczą się:

- a) zaburzenia językowe [315.32], które charakteryzują się poważnymi trudnościami w zakresie przyswajania i używania języka w różnych formach – mówionej, pisanej i czytanej; wyróżnia się ograniczony zasób słownika czynnego i biernego, trudności w zakresie rozumienia i posługiwania się regułami gramatycznymi, ograniczenie zdolności porozumiewania się i uczestniczenia w interakcjach słownych z innymi (rozmowie);
- b) zaburzenia tworzenia dźwięków mowy [315.33], utrzymujące się trudności w wytwarzaniu dźwięków mowy;
- c) zaburzenia komunikacji społecznej (pragmatyczne), problemy w komunikacji werbalnej i niewerbalnej [315.39];
- d) inne nieokreślone zaburzenia komunikacji [307.9].

Druga grupa kategorii zaburzeń komunikacji charakteryzuje się zaburzeniem płynności, produkcji słownej – zaburzenia płynności o początku w dzieciństwie (jąkanie się) [315.35]. Przypadki jąkania o późniejszym początku są kodowane odrębnie jako [307.0] (DSM-5, s. 48).

Zaburzenia komunikacji pojawiające się we wczesnym dzieciństwie mogą generować zaburzenia w funkcjonowaniu podczas całego życia. Według DSM-5 podczas oceny sprawności mowy, języka i komunikacji trzeba wziąć pod uwagę indywidualny kontekst kulturowy i językowy, głównie gdy oceniana jest komunikacja osoby wychowywanej w wielojęzycznym środowisku.

Ponadto DSM-5 szczegółowo definiuje zaburzenia mowy i języka współtowarzyszące innym zaburzeniom:

- a) całościowym zaburzeniom neurorozwojowym (315.8), w tym zaburzeniom należącym do spektrum autyzmu (299.00) oraz specyficznym zaburzeniom uczenia się (315.00/2/1);
- b) rozwojowym zaburzeniom koordynacji (315.4);
- c) innym określonym zaburzeniom neurorozwojowym (315.8);
- d) zaburzeniom lękowym (mutyzm wybiórczy 312.23);
- e) nieokreślonym zaburzeniom komunikacji (307.9).;

W klasyfikacji International Classification of Diseases (ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2019) zaburzenia mowy opisane są w rozdziale 06 – zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe. Pod numerem 6A01 opisane są rozwojowe zaburzenia mowy lub języka. Pojawiają się one w okresie rozwojowym i charakteryzują się trudnościami w rozumieniu lub wytwarzaniu mowy i języka lub w używaniu języka w kontekście do celów komunikacyjnych, które wykraczają poza granice normalnej zmienności oczekiwanej dla wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego. Zaobserwowane problemy z mową i językiem nie są związane z regionalnymi, społecznymi lub kulturowymi/etnicznymi różnicami językowymi i nie są w pełni wyjaśnione przez anomalie anatomiczne lub neurologiczne. Przypuszczalna etiologia rozwojowych zaburzeń mowy lub języka jest złożona i w wielu indywidualnych przypadkach nieznana. W skład tej kategorii wchodzi:

- a) 6A01.0 rozwojowe zaburzenia brzmienia dźwięków mowy, w tym zaburzenia artykulacji (*developmental speech sound disorder*)¹⁰;

¹⁰ Tłumaczenie własne – ze względu na dotychczasowy brak pełnej, oficjalnej polskiej wersji ICD-11 (20.12.2021), dla porównania w tłumaczeniu własnym Jastrzębowski (2019) terminologia pod odpowiednimi numerami ICD znajduje się w tabeli 5.

- b) 6A01.1 rozwojowe zaburzenia płynności mówienia (*developmental speech fluency disorder*);
- c) 6A01.2 rozwojowe zaburzenia języka (*developmental language disorder*), w tym:
 - 6A01.20 rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniem języka recepcyjnego i ekspresyjnego;
 - 6A01.21 rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniem głównie języka ekspresyjnego;
 - 6A01.22 rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniem głównie języka pragmatycznego;
 - 6A01.23 rozwojowe zaburzenia języka z innymi określonymi zaburzeniami językowymi.

Ponadto zaburzenia mowy i języka mogą towarzyszyć zaburzeniom związanym z lękiem i strachem pod postacią opisaną w rozdziałach:

- a) 6A01.Y inne, określone zaburzenia rozwoju mowy lub języka (*the specified developmental speech or language disorders*);
- b) 6A01.Z nieokreślone, rozwojowe zaburzenia mowy i języka (*developmental speech or language disorders, unspecified*);
- c) 6B06 mutyzm wybiórczy.

Ponadto w rozdziale MA80 (ICD-11) zdefiniowane są zaburzenia mowy, których objawy lub oznaki związane są z mówieniem lub głosem. W tej kategorii znajduje się:

- a) afazja (MA80.0);
- b) dysfazja (MA80.1);

- c) dyzartria (MA80.2);
- d) anartria (MA80.20);
- e) inne, specyficzne objawy dyzartrii (MA80.2Y);
- f) dyzartria niespecyficzna (MA80.2Z);
- g) inne, określone zaburzenia mowy (MA80.Y);
- h) nieokreślone zaburzenia mowy (MA80.Z).

Zaburzenia mowy mogą także manifestować się objawami:

- w rozwojowych zaburzeniach koordynacji motorycznej (6A04);
- w zaburzeniach ze spektrum autyzmu (6A02);
- rozwojowych zaburzeń uczenia się (6A03);
- zaburzeniach słuchu (AB 50).

Warunkiem postawienia diagnozy zaburzeń mowy z kategorii MA80 są wykluczenie rozwojowych zaburzeń mowy i/lub języka (6A01), spektrum zaburzeń autystycznych (6A02) oraz niepłynności mówienia (MA81).

Zbiorczego zestawienia zmian w zakresie nazewnictwa zaburzeń rozwoju psychicznego (zaburzeń neurorozwojowych) zawartych w dwóch ostatnich wydaniach DSM-IV, DSM-5 oraz ICD-10 i ICD-11 dokonała Grażyna Jastrzębowska (2019). Zdaniem autorki zmiany w podejściu diagnostycznym w ICD-11, odchodzenie od diagnozy wykluczającej dane zaburzenie w kierunku poszukiwania kryteriów włączających je do określonej kategorii może się sprawdzać w praktyce poradnianego orzecznictwa i planowania terapii. W związku z tym przytoczenie opracowanej przez Jastrzębowską (2019, s. 41–43) tabeli wydaje się zasadne.

Tabela 5. Zaburzenia neurorozwojowe – zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym w dwóch ostatnich rewizjach DSM i ICD

Terminologia polska	DSM IV/TR	DSM 5	ICD-10	ICD-11
Zaburzenia rozwoju psychicznego/zaburzenia rozwojowe/zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia psychiczne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym	Zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	Zaburzenia neurorozwojowe (6A0)
I. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (syn.: zaburzenia rozwoju języka; pierwotne zaburzenia rozwoju językowego)	I. Zaburzenia komunikacji	I. Zaburzenia komunikacji	I. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80)	I. Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01)
Specyficzne zaburzenia artykulacji (syn.: dyslalia centralna, ośrodkowa; zaburzenia fonologiczne)	Zaburzenia fonologiczne (315.39)	Zaburzenia tworzenia dźwięków mowy (315.33)	Specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0)	Rozwojowe zaburzenia brzmienia mowy (6A01.0) Obejmuje: – zaburzenia artykulacji
Rozwojowe zaburzenia języka	-----	Zaburzenia językowe (315.32)	-----	Rozwojowe zaburzenie języka (6A01.2)
– Rozwojowe zaburzenie języka, postać recepcyjno-ekspresyjna	Połączone recepcyjno-ekspresyjne zaburzenia mowy i języka (315.32) – (DSM-IV2TR) Mieszane zaburzenie ekspresji i rozumienia języka (315.32)	-----	– Zaburzenia rozumienia mowy (F80.2)	– Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem języka recepcyjnego i ekspresyjnego (6A01.20)
– Rozwojowe zaburzenie języka – postać ekspresyjna	Zaburzenia ekspresji językowej (315.31)	-----	– Zaburzenie ekspresji mowy (F80.1)	– Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka ekspresyjnego (6A01.21)
– Rozwojowe zaburzenie języka typ: zaburzenia wyższego rzędu; zaburzenia semantyczne i pragmatyczne	-----	Zaburzenia komunikacji społecznej (315.39)	-----	Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka pragmatycznego (6A01.22)
Inne, nieokreślone zaburzenia rozwoju językowego	-----	-----	-----	Rozwojowe zaburzenie językowe z innymi określonymi zaburzeniami językowymi (6A01.23)
Jąkanie wczesnodziecięce	Jąkanie się (307.0)	Zaburzenia płynności o początku w dzieciństwie (jąkanie się) (315.35)	Jąkanie (zacinanie się) (F98.5)	Rozwojowe zaburzenie płynności mowy (6A01.1)
II. Rozległe (globalne, całościowe) zaburzenia rozwojowe	II. Całościowe zaburzenia rozwojowe	II. Całościowe opóźnienie neurorozwojowe (315.8)	II. Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	II. Zaburzenia neurorozwojowe (6A0)
Autyzm	Zaburzenie autystyczne (299.0)	Zaburzenia należące do spektrum autyzmu (299.00)	Autyzm dziecięcy (F84.0) Autyzm atypowy (F84.1)	Zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02)
Specyficzne zaburzenia w nauce czytania i pisania (dysleksja rozwojowa)	Zaburzenia uczenia się (315.2/4/9)	Specyficzne zaburzenia uczenia się (315.00/2/1)	Zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (F81)	Rozwojowe zaburzenie uczenia się (6A03)

Terminologia polska	DSM IV/TR	DSM 5	ICD-10	ICD-11
III. Zaburzenia rozwoju motorycznego	III. Zaburzenia sprawności ruchowej Rozwojowe zaburzenia koordynacji (315.4)	III. Rozwojowe zaburzenie koordynacji (315.4)	III. Specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych (F82)	III. Rozwojowe zaburzenie koordynacji motorycznej (6A04)
IV. Złożone, sprzężone zaburzenia rozwojowe	-----	IV. Inne określone zaburzenia rozwojowe (315.8)	IV. Mieszane, specyficzne zaburzenia rozwojowe (F83)	-----
V. Zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym	V. Inne zaburzenia niemowlęstwa, wieku dziecięcego i adolescencji	V. Zaburzenia lękowe	V. Zaburzenia zachowania i emocji	V. Zaburzenia związane z lękiem lub strachem
Mutyzm	Mutyzm wybiórczy (313.23)	Mutyzm wybiórczy (312.23)	Mutyzm wybiórczy (F94.0)	Mutyzm wybiórczy (6B06)
-----	-----	-----	Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.8)	Inne określone rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01.Y)
VI. Nieokreślone zaburzenia komunikacji	VI. Zaburzenia komunikacji NOI (307.9)	VI. Nieokreślone zaburzenia komunikacji (307.9)	VI. Zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone (F80.9)	VI. Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka, nieokreślone (6A01.Z)

Źródło: Grażyna Jastrzębowska (2019), Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym, s. 41–43.

Różnice terminologiczne nie stanowią jedynej trudności diagnostycznej w omawianym obszarze. Populacja dzieci z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka jest bardzo zróżnicowana pod względem etiologii (przyczyny egzo- i endogenne), czasu powstania i rozpoznania zaburzenia, stopnia nasilenia zaburzeń, czasu trwania i efektywności podejmowanej terapii. Zaburzenia mogą występować w czterech obszarach:

- a) mówienia (produkcja mowy) – rozumianego jako proces indywidualny i konkretny;
- b) rozumienia słów osoby mówiącej – jako proces społeczny, który wymaga udziału przynajmniej dwóch osób rozmawiających – nadawcy i odbiorcy;
- c) tworzenia tekstu – utrwalonego w pamięci lub na piśmie wypowiedzenia bądź ich szeregu;

- d) języka rozumianego jako abstrakcyjny, społeczny system znaków (dźwiękowych, względnie wtórnie pisanych lub miganych) oraz reguł określających ich użycie (Grzegorzczkova, 2010; Milewski, 2018).

Ponadto zaburzenia mogą dotyczyć rozumienia i realizacji języka na różnych płaszczyznach:

- 1) suprasegmentalnej – dotyczą rytmu, melodii, tempa, akcentu;
- 2) segmentalnej, w tym: fonologicznej (słyszenie i realizacja głosek), morfologicznej (fleksja, słowotwórstwo), składniowej (budowanie zdań) oraz pragmatyczno-semantycznej (znajomość słów – rozumienie i umiejętność posługiwania się nimi w wypowiedzeniach adekwatnie do kontekstu).

Znaczenie dla oceny funkcjonalnej dziecka ma także stopień nasilenia zaburzeń mowy i języka (od umożliwiających funkcjonalne porozumiewanie się do zaburzeń głębokich, w tym braku możliwości mówienia lub przyswojenia języka).

Zaburzenia mowy i języka mogą być synergicznie powiązane z innymi obszarami rozwojowymi (w tym rozwojem poznawczym, emocjonalnym i motorycznym). Zależność ta może mieć charakter pierwotny lub wtórny.

Z jednej strony chęć poznawania świata, dojrzałość emocjonalna i motoryczna wpływają na rozwój mowy i języka. Z drugiej strony u dzieci, u których nie został ukończony z powodzeniem rozwój mowy i języka, mogą wtórnie wystąpić trudności:

- a) w komunikowaniu się oraz nawiązywaniu kontaktów społecznych (z niechęcią do podejmowania kontaktu, ze szczególnym naciskiem na grupę rówieśniczą);
- b) uczeniu się (spontanicznym i w kontekście edukacyjnym);
- c) związane z zachowaniem się i/lub emocjami (w tym np. izolowaniem się, stanami depresyjnymi, podwyższonym poziomem stresu, zaburzeniami lękowymi, agresją);
- d) manifestujące się jako objawy psychosomatyczne.

Zaburzenia mowy i/lub języka występują nie tylko w postaci izolowanej, lecz także mogą być jednym z objawów innych zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności, w tym: uszkodzenia słuchu, niepełnosprawności intelektualnej, spektrum autyzmu. Kluczowe znaczenie dla oceny funkcjonalnej i podejmowanych działań pomocowych będzie miało określenie typu zaburzenia wiodącego. Na przykład u uczniów z niezdiagnozowanymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (*auditory processing disorder* – APD) ograniczona dostępność do bodźców słuchowych wpływa na jakość i ilość doświadczeń komunikacyjnych we wczesnym dzieciństwie, a tym samym na rozwój mowy i języka. W efekcie może stać się przyczyną trudności szkolnych, w tym związanych z koncentracją uwagi, rozumieniem mowy w szumie lub zachowaniami trudnymi (Zaborniak-Sobczak i in., 2016, 2018).

Ten aspekt warto rozważyć przy dokonywaniu oceny funkcjonalnej uczniów, którzy mieli ograniczone kontakty społeczne w okresie dzieciństwa (np. ze względów zdrowotnych lub uwarunkowań środowiskowych). Obecnie coraz częściej w literaturze spotka się określenie „tabletowe” lub

„smartfonowe” pokolenie, opisujące dzieci dla których sprzęt elektroniczny stał się, za przyzwoleniem rodziców, bardziej dostępnym „towarzyszem” niż inicjujący komunikację opiekun (Spitzer, 2015; Gruszczyk-Kolczyńska, 2017).

Skala zaburzeń rozwojowych mowy i/lub języka u dzieci jest trudna do określenia – brakuje bowiem szczegółowych danych epidemiologicznych. Pewien pogląd może dać przegląd danych udostępnionych w Systemie Informacji Oświatowej (SIO) z dnia 21 marca 2021 r. Dotyczą one liczby wydanych przez zespoły orzekające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego w roku szkolnym 2019/20. W tym czasie wydano 11 803 orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dzieci z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, przy czym najwięcej takich orzeczeń wydano uczniom szkoły podstawowej (4334), dzieciom w wieku uprawniającym do objęcia wychowaniem przedszkolnym (3758) oraz dzieciom objętym rocznym obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym (1628). Ze względu na szeroki zakres kategorii na podstawie tych danych trudno określić, ile dzieci miało zaburzenia rozwoju mowy i języka. Na brak rzeczywistego obrazu w tym zakresie wskazuje choćby fakt, że dane te nie obejmują wszystkich zaburzeń, a dzieci z afazją są włączone w szeroką grupę dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z niepełnosprawnością ruchową. Natomiast o tym, że skala zjawiska może być większa, świadczy liczba diagnoz logopedycznych wykonanych w tym samym czasie w PP-P, która wyniosła 120 641, w tym: dla dzieci do 3. r.ż. – 11 416, w wieku uprawniającym do objęcia wychowaniem przedszkolnym – 46 344, objętych rocznym obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym – 15 504, w wychowaniu przedszkolnym – 7137, uczniów szkoły podstawowej – 38 655. Na tej podstawie wydaje się zasadne stwierdzenie, że potrzeba wsparcia grupy dzieci z zaburzeniami mowy i języka może być znacznie szersza niż wynika to z dotychczasowych orzeczeń i opinii.

Rozwojowe zaburzenia mowy i języka są diagnozowane najczęściej w dzieciństwie, w trakcie naturalnego procesu rozwoju mowy. Mogą także występować lub pojawiać się przez cały okres edukacji szkolnej (i później

do końca życia). Spowodowane mogą być czynnikami neurobiologicznymi, psychicznymi, a także społecznymi. Jak już wspomniano, występują w formie izolowanej lub są objawem w innych zaburzeniach rozwojowych. Najczęściej wątpliwości dotyczące stanu mowy dziecka sygnalizowane są przez:

- rodziców lub innych opiekunów dziecka (w tym np. w żłobku, przedszkolu) oraz nauczycieli (podczas edukacji szkolnej);
- lekarza w czasie wizyt profilaktycznych;
- logopedę w czasie badań przesiewowych.

Celem szczegółowej oceny przeprowadzonej przez logopedę jest określenie umiejętności komunikowania się:

- a) pozawerbalnego (m.in. nawiązanie kontaktu wzrokowego, inicjowanie kontaktu);
- b) werbalnego – stanu mowy na wszystkich płaszczyznach rozwoju języka – suprasegmentalnej i segmentalnej (w tym fonologicznej, morfologicznej składniowej i pragmatyczno-semantycznej).

Stwierdzenie trudności w zakresie nawiązywania kontaktu pozawerbalnego, braku mowy, opóźnienia mowy, zaburzeń w odniesieniu do normatywnego rozwoju mowy oraz stwierdzenie przyczyn takiego stanu i zaproponowanie postępowania terapeutycznego jest zadaniem zespołu pod kierunkiem logopedy. W określonych przypadkach OF powinna być dokonana we współpracy z psychologiem, lekarzem lub fizjoterapeutą oraz uwzględniać obserwacje nauczyciela i wyniki obserwacji rodziców. Dzieci po całościowej ocenie stanu mowy, w trakcie której potwierdzono nieprawidłowości, poddawane są terapii logopedycznej.

Mowa stanowi podstawę do synchronicznego rozwoju sfery: fizycznej, poznawczej, społecznej i emocjonalnej. Celem wsparcia funkcjonalnego udzielanego dziecku/uczniowi jest zapewnienie mu możliwości rozwoju mowy, która pozwala przy użyciu języka poznawać rzeczywistość i przekazywać informacje innym uczestnikom życia społecznego (Krakowiak 2012, s. 26). Mowa zatem to używanie języka w procesie porozumiewania się (w konkretnym akcie użycia systemu językowego złożonego ze znaków i reguł) ze

wszystkimi jego fazami – mówieniem (realizowanym werbalnie i fonicznie), rozumieniem, tworzeniem i odtwarzaniem tekstu oraz znajomością języka rozumianego jako system znaków i reguł określających jego użycie (Grzegorzyczkowa, 2010; Milewski, 2018). Jeśli osiągnięcie tego celu jest niemożliwe lub znacznie utrudnione (z różnych przyczyn), konieczne jest zapewnienie skutecznego sposobu komunikowania się przy użyciu alternatywnych metod komunikowania się (AAC, Augmentative and alternative communication).

Celem związanym z edukacją jest stworzenie warunków do nabywania wiedzy, umiejętności i sprawności oraz taka pomoc uczniowi, by mógł on realizować zadania edukacyjne z grupą rówieśniczą (właściwe dla jego wieku i indywidualnych możliwości). Realizacja równoległych celów wymaga wsparcia ucznia z zaburzeniami mowy i/lub języka w zakresie:

- a) edukacji włączającej (działania w zakresie wsparcia ogólnego w trakcie procesu dydaktycznego podejmowane przez wszystkich nauczycieli w szkole);
- b) specjalistycznego wsparcia terapeutycznego (działania podejmowane najczęściej przez logopedę, zazwyczaj indywidualne).

Grupy uczniów z zaburzeniami mowy i/lub języka ważne w kontekście OF:

- a) dzieci/uczniowie, u których zaburzenia rozwoju mowy i/lub języka zostały rozpoznane wcześniej, stan ich mowy jest na bieżąco monitorowany, były/są w trakcie terapii logopedycznej (np. w ramach WWR). Jest to zróżnicowana grupa ze względu na możliwości komunikowania się (mówiący i niemówiący) oraz stopień nasilenia nieprawidłowości w rozwoju mowy i/lub języka;
- b) dzieci/uczniowie w trakcie oceny logopedycznej, w tym będące w okresie monitorowania rozwoju mowy pod kątem potencjalnego opóźnienia lub zaburzeń rozwoju mowy i/lub języka (dotyczy to przede wszystkim dzieci młodszych, które dopiero zostały objęte opieką systemową i poddane ocenie logopedycznej w badaniach przesiewowych w placówce opiekuńczej lub oświatowej). W tej grupie znajdują się także dzieci, które zostały (w jakimś okresie życia) poddane incydentalnej

lub krótkotrwałej, niekiedy niezakończonej (z różnych powodów), terapii logopedycznej;

- c) dzieci/uczniowie, u których opóźnienia lub zaburzenia rozwoju mowy i języka nie zostały wcześniej rozpoznane ani proces diagnostyczny nie został rozpoczęty. Ich zachowanie wskazuje na istnienie trudności w komunikowaniu się, które powinny być zdiagnozowane przez logopedę (lub zespół specjalistów);
- d) dzieci/uczniowie z innymi zaburzeniami rozwoju, niepełnosprawnościami lub problemami medycznymi, w tym zespołami genetycznymi, u których występują zaburzenia mowy i języka charakterystyczne w obrazie tych zaburzeń (np. spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna);
- e) dzieci/uczniowie, u których występują trudności w komunikowaniu się z innymi niż wymienione przyczyn (w tym np. zaburzenia mowy i języka pojawiające się nagle lub czasowo).

Uczniowie z tych grup powinni być objęci OF i działaniami pomocowymi. Zaleca się, aby:

- 1) Proces wczesnego wspomagania dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i języka, potwierdzonymi i poddawany terapii w wieku przedszkolnym, został zakończony przygotowaniem przez specjalistę wiodącego z IK dokumentu zawierającego opis obecnego stanu mowy, działań podejmowanych w różnych placówkach oraz rekomendacje do dalszych działań edukacyjnych, terapeutycznych i wspierających rozwój mowy dziecka. Dokument taki powinien zostać przekazany do zespołu OF.
- 2) Przeprowadzać badania przesiewowe mowy wszystkich dzieci w ramach diagnozy gotowości szkolnej. W przypadku wykrycia nieprawidłowości wskazane jest szybkie podejmowanie terapii logopedycznej w klasach I–III. Celem jest przede wszystkim kompensowanie i prewencja w zakresie trudności w nauce szkolnej oraz zapobieganie zaburzeniom emocjonalnym czy nawiązywaniu relacji związanych z niedostatecznym opanowaniem reguł systemu językowego.

Rekomendacje dotyczące oceny i pomocy w trakcie edukacji podczas nauki szkolnej:

1. Kontynuowanie pomocy edukacyjnej i postępowania terapeutycznego wobec uczniów, którzy byli objęci pomocą w wieku przedszkolnym, w tym: systematyczne monitorowanie postępów uczniów, ewaluacja i modyfikacja postępowania w zależności od zmieniających się potrzeb indywidualnych.
2. Planowanie i realizacja wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i terapeutycznego w zakresie rozwoju mowy i/lub języka ucznia, u którego wykryto nieprawidłowości zarówno w trakcie badań przesiewowych na progu edukacji szkolnej, jak i w późniejszym czasie. Udzielane wsparcie powinno przejawiać się stworzeniem warunków – lub ich udoskonaleniem – do polisensorycznej stymulacji rozwoju mowy i języka.
3. Stałe monitorowanie stanu mowy uczniów w szkole (w tym współpraca wychowawcy z rodzicami) w celu udzielenia pomocy edukacyjnej i podjęcia postępowania terapeutycznego uczniom, u których zaburzenia mowy są zauważone później lub nabyte z przyczyn endo- lub egzogennych, np. wskutek wypadku, leczenia farmakologicznego, chirurgicznego lub przeżyć emocjonalnych.

Procedura OF ucznia z zaburzeniami mowy i języka w edukacji szkolnej (od rozpoczęcia obowiązku szkolnego do zakończenia edukacji na poziomie szkoły średniej)

Zaburzenia mowy i języka mogą być rozwojowe lub pojawić się na każdym etapie życia, co może wynikać z różnych przyczyn (Grabias, Panasiuk, Woźniak, 2015; Emiluta-Roza, 2018). Najczęściej objawy są obserwowane przez: rodziców, nauczycieli (wychowawców), lekarza w czasie wizyt profilaktycznych, logopedę w czasie badań przesiewowych. Dziecko powinno być

kierowane do logopedy zawsze wtedy, kiedy rodzice czy nauczyciele zaobserwują niepokojące objawy związane z mówieniem, rozumieniem, słuchaniem, komunikowaniem się z innymi. Logopeda w szkole w porozumieniu z rodzicami przeprowadza badanie przesiewowe mowy i decyduje, czy dziecko wymaga pomocy w zakresie doskonalenia artykulacji. Jeśli zaburzenia będą dotyczyć realizacji dźwięków, zostaną podjęte ćwiczenia logopedyczne (i w razie potrzeby działania w zespole OF).

Koordynator w porozumieniu z zespołem OF w szkole decyduje, czy możliwe jest zapewnienie pomocy dziecku w szkole, czy konieczna jest pogłębiona OF dokonywana w PP-P.

W opisie szczegółowym OF ucznia z zaburzeniami mowy i języka konieczna jest diagnoza:

- a) przyczynowo-objawowo-nozologiczna, kwalifikująca do przyjęcia określonego standardu postępowania terapeutycznego (terapii logopedycznej);
- b) funkcjonalna, kwalifikująca ucznia do jednej z grup wsparcia (poziomu wsparcia) w zależności od stopnia istniejących funkcjonalnych zaburzeń mowy i/lub języka.

Proponowane poziomy zaburzeń funkcjonalnych w obszarze mowy i języka:

Uczeń z niedokończonym lub zaburzonym rozwojem mowy w zakresie mówienia (fonologiczna płaszczyzna języka).

- I. Uczeń funkcjonalnie posługujący się mową – mający trudności w komunikowaniu się w stopniu lekkim utrudniające naukę szkolną (zaburzenia dotyczą płaszczyzny suprasegmentalnej, fonologicznej lub/i pragmatyczno-semantycznej).
- II. Uczeń, który ma trudności w komunikowaniu się w stopniu umiarkowanym utrudniające naukę szkolną – zaburzenia obejmują co najmniej dwa z trzech obszarów mowy (mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka.
- III. Uczeń, który ma trudności w komunikowaniu się w stopniu znacznym utrudniające naukę szkolną (zaburzenia obejmują wszystkie

obszary mowy: mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka.

- IV. Uczeń, który ma trudności w komunikowaniu się w stopniu głębokim – brak mowy z różnych przyczyn, znajomość języka może być w różnym stopniu (od braku do pełnej znajomości), występuje konieczność posługiwania się pismem lub AAC.

Celem oceny funkcjonalnej jest wyodrębnienie grupy uczniów, którzy w systemie edukacji szkolnej będą potrzebowali wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i/lub terapeutycznego, w tym:

- uniwersalnego projektowania – traktowanego jako wsparcie prewencyjne zawierające m.in. racjonalne projektowanie treści, dostosowanie obudowy dydaktycznej (np. materiały wizualne powinny być czytelne i spełniać reguły dostępności cyfrowej), używanie TIK w nauczaniu, tutoring rówieśniczy itp. W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli w szkole ze szkolnym specjalistą prowadzącym terapię dziecka lub w razie potrzeb ze specjalistą koordynującym z PP-P lub SCWEW.
- wsparcia edukacyjno-specjalistycznego – dostosowanie w odpowiedzi na indywidualne potrzeby ucznia, np. pomoc nauczyciela wspomagającego, asystenta nauczyciela lub ucznia, tłumacza, racjonalne dostosowanie w kontekście ACC itp. W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli i szkolnych specjalistów prowadzących terapię w szkole ze specjalistą z PP-P lub SCWEW.
- wsparcia terapeutycznego – w zakresie dopasowanym do indywidualnych potrzeb związanych z postawioną diagnozą, w tym logopedyczną i/lub psychologiczną zgodnie ze standardami postępowania logopedycznego przyjętymi dla poszczególnych zaburzeń mowy (np. Grabias, Panasiuk, Woźniak, 2015). W tym zakresie konieczna jest współpraca szkolnego specjalisty prowadzącego terapię dziecka ze specjalistą koordynującym z PP-P lub z SCWEW.

Zaburzenia mowy mają charakter dynamiczny, co związane jest m.in. ze zmieniającym się wiekiem ucznia, jego możliwościami neurobiologicznymi, oddziaływaniem środowiska, systematycznym nabywaniem kompetencji i umiejętności językowych w związku z interakcjami komunikacyjnymi z innymi ludźmi lub istnieniem czynników oddziałujących czasowo. W związku z tym różny jest także zakres i efekty podejmowanych działań, a ich koordynacja wymaga współpracy zespołu nauczycieli i specjalistów pracujących w szkole z koordynatorem z PPP lub z SCWEW. Niejednokrotnie konieczna jest także współpraca z zespołem prowadzącym leczenie i/lub terapię dziecka w obszarze medycznym.

Narzędzia do oceny stanu mowy i/lub języka można podzielić na takie, które pozwalają:

- a) dokonać badań przesiewowych – służyć wyodrębnieniu grupy uczniów z trudnościami z zakresie mowy i języka (w tym artykulacji);
- b) dokonać szczegółowej diagnozy logopedycznej – poszerzonej oceny stanu mowy.

Wykaz dostępnych narzędzi znajduje się w tabeli A1 w Aneksie.

W Polsce nadal obserwuje się niedostatek standaryzowanych narzędzi do oceny rozwoju języka i mowy uczniów. Dostępne narzędzia standaryzowane (np. bateria IBE) badają wybrane funkcje, a istniejące w nich normy wymagają aktualizacji. W praktyce logopedycznej powszechnie stosowane są arkusze badań/kwestionariusze, jednak nie są one narzędziami w pełni wystandaryzowanymi. Nie przekreśla to ich wartości praktycznej, jednak z uważnością i krytycyzmem należy interpretować uzyskiwane przy ich pomocy dane.

Koordinatorka Oceny Funkcjonalnej (logopeda w szkole, w której uczy się dziecko lub logopeda z PP-P) otrzymuje od IK WWR dokumentację z aktualnym opisem stanu mowy, ewentualnie dokumentację z przebiegu WWR wraz rekomendacjami dla edukacji dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i języka. Na podstawie tej dokumentacji, poszerzonej o wyniki OF dokonywanej przez cały okres pobytu dziecka w placówce, zespół przygotowuje plan wsparcia dziecka w wymiarze edukacyjnym. W tym zakresie, jeśli jest taka potrzeba, współpracuje z koordynatorem z PP-P lub/i z SCWEW.

Bibliografia

- Czaplewska, E., Milewski, S. (red.). (2012). *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition)*. DSM-5. (2013). American Psychiatric Association, Washington.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. (1994). American Psychiatric Association, Washington.
- Emiluta-Roza, D. (2017). Klasyfikacje zaburzeń mowy i ich przydatność praktyczna – nieustający problem dyskusji logopedycznej. W: S. Śniatkowski, D. Emiluta-Roza, K. I. Bieńkowska (red.), *Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym* (s. 106–123). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Emiluta-Roza, D. (2018). Klasyfikacje zaburzeń mowy i ich przydatność praktyczna - nieustający problem dyskusji logopedycznej. W: S. Śniatkowski, D. Emiluta-Roza, K.I. Bieńkowska (red.), *Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym*, (s.106–124). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
- Grabias, S., Panasiuk, J., Woźniak, T. (red.). (2015). *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gruszczyk-Kolczyńska E. (2017). Tabletowe dzieci. Ile zła wyrządza małym dzieciom tablet reklamowany jako najlepsza zabawka dla twojego dziecka. Ku rozwazie dorosłym, którzy temu ulegają. *Szkoła Specjalna*, 5(291), 325–334.
- Grzegorzczak, R. (2010). *Wstęp do językoznawstwa*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Jastrzębowska, G. (2019). Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym. *Logopedia*, 48(1), 27–45.
- Krakiwak, K. (red.). (2017). *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kryteria Diagnostyczne w DSM-5. (2015). Desk Reference.
- Milewski, T. (2018). *Językoznawstwo*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Panasiuk, J. (2017). Etapy diagnozy dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. W: K. Krakowiak (red.), *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi* (s. 45–57). Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- PTL. (2017). *Standardy postępowania logopedycznego*. Polskie Towarzystwo Logopedyczne. *Logopedia* t. 37.
- Stasiak, M. (oprac.). (b.d.). *Standardy diagnozy logopedycznej. Diagnoza funkcjonalna w praktyce*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/attachments/standardy-diagnozy_logopedycznej-funkcjonalnej-M.Stasiak-4.pdf
- SIO. (2021). System Informacji Oświatowej. <https://sio.gov.pl/>
- Spitzer, M. (2015). Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci. Wydawnictwo Dobra Literatura.
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (2001)*. Tłumaczenie polskie: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska K. I., Drozd M., Senderski A. (2018). Wsparcie edukacyjne uczniów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 29, 115–131.
- Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska K. I., Senderski A. (2016). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego: od teorii do praktyki edukacyjnej. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 23, 116–132.

4.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna ucznia z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka jest przeprowadzana w celu wsparcia jego rozwoju, w tym wsparcia w realizacji zadań szkolnych związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego indywidualnymi potrzebami.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje szeroki zakres informacji pochodzących od dziecka, jego rodziców/opiekunów, nauczycieli oraz specjalistów i zawiera charakterystykę trudności rozwojowych oraz edukacyjnych ucznia (przede wszystkim jego aktualny stan mowy, sposób komunikowania się), a także:

- ocenę funkcji poznawczych, percepcyjnych, komunikacyjnych, socjalizacyjnych, motorycznych (rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna), społeczno-emocjonalnych;
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu ucznia (ze szczególnym uwzględnieniem aspektów związanych z komunikowaniem się);
- określenie wpływu zaburzeń mowy i języka na funkcjonowanie edukacyjne ucznia;
- określenie potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania, uczenia się i warunków, w jakich one przebiegają (np. zewnętrzna organizacja nauczania, dostosowanie procesu edukacyjnego, odpowiednie dobranie metod i form sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności ucznia);
- analizę sytuacji środowiskowej;

- a) istniejących barier i zasobów;
- b) sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole;
- c) potrzeb i możliwości rodziny;
- d) określenia innych sytuacji (miejsce), w jakich dziecko komunikuje się z innymi;
- sformułowanie wskazań do opracowania planów wsparcia w procesie edukacji i terapii.

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną powinien być objęty każdy uczeń, z diagnozą zaburzeń mowy oraz taki, u którego tylko on sam albo jego rodzice lub nauczyciele obserwują trudności w zakresie mowy i języka, na każdym etapie edukacji.

STANDARD 4: W kompleksowej OF dziecka z zaburzeniami mowy i języka – w zależności od trudności dziecka – powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Komunikacja – w tym charakterystyka logopedyczna – ocena stanu mowy i sposobu komunikowania się (z uwzględnieniem kodu ICD-11);
- B. Funkcje poznawcze – określenie poziomu funkcji poznawczych oraz percepcyjno-motorycznych (m.in. spostrzegawczości, pamięci, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo/słuchowo-ruchowej), możliwości uczenia się, rozwoju pojęciowego, dysharmonii rozwojowych, przetwarzania słuchowego);
- C. Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne – w tym przede wszystkim chęć do komunikowania się z innymi, ocena na podstawie danych pochodzących z czterech perspektyw (ocena 360 stopni): obserwacje

rodzica, obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy. Ocenie podlegają także ewentualne zaburzenia zachowania związane z komunikowaniem się z dorosłymi, z rówieśnikami, ew. zaburzenia psychosomatyczne, problemy nerwicowe, zaburzenia osobowości, zachowania stereotypowe.

- D. Stopień i zakres opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwej do wieku dziecka). Opis trudności szkolnych (np. w zakresie czytania, pisania, rozumienia pojęć itp.) oraz mocnych stron funkcjonowania szkolnego.
- E. Zasoby i bariery środowiska szkolnego – liczebność grupy szkolnej, istnienie dystraktorów (słuchowych, wizualnych w klasie, na korytarzu, boisku szkolnym, w świetlicy itp.), brak czytelnich zasad komunikowania lub trudności nauczyciela z egzekwowaniem ustalonych reguł, wyposażenie w sprzęt audiowizualny (np. tablica interaktywna) lub foniczny, dostęp do celowanej w potrzeby ucznia pomocy bezpośredniej (przygotowywanie notatek, czytelna w odbiorze ucznia obudowa dydaktyczna).
- F. Zasoby i bariery środowiska rodzinnego – zakres wsparcia emocjonalno-społecznego ze strony rodziców, rodzeństwa i innych osób (np. motywacja do wykonania ćwiczeń logopedycznych w domu, akceptacja trudności dziecka, podawanie dobrych wzorców), postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny;
- G. Wnioski z innych diagnoz – w zależności od złożoności trudności rozwojowych ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych konsultacji czy diagnoz specjalistycznych. W przypadku uczniów z zaburzeniami mowy i języka mogą wystąpić m.in. trudności ze słyszeniem, wady anatomiczne, opóźnienia lub nieprawidłowości rozwoju motorycznego. Niezbędna jest wtedy ocena audiologiczna, ortodontyczna, neurologiczna, fizjoterapeutyczna i inne. Podjęcie jednak

wsparcia **nie** powinno być odraczane do czasu skompletowania potrzebnych wyników badań.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 5: Ocena funkcjonalna zaburzeń mowy i języka powinna być przeprowadzona **w środowisku ucznia**.

STANDARD 6: Oceny funkcjonalnej ucznia z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka dokonuje **zespół koordynowany przez logopedę**.

STANDARD 7: Rodzice/opiekunowie oraz dziecko/uczeń pełnią podmiotową rolę w procesie OF i planowanego wsparcia oraz aktywnie uczestniczą w każdym etapie tego procesu.

STANDARD 8: W przypadku uczniów z zaburzeniami rozwoju mowy i języka **specjaliści zespołu dokonującego oceny funkcjonalnej powinni mieć wiedzę na temat normatywnego rozwoju mowy oraz zaburzeń mowy** (zgodnie z ICD-11, DSM-5), a także odpowiednie przygotowanie związane z ich zawodową specjalnością (np. logopeda, psycholog, pedagog). Niezbędne są ponadto doświadczenie i kompetencje w zakresie oceny zachowań komunikacyjnych i umiejętności, stosowania wystandaryzowanych narzędzi przydatnych w ocenie dziecka z zaburzeniami mowy.

STANDARD 9: Osoby przeprowadzające OF, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany wsparcia/edukacji oraz realizujące plan i monitorujące poziom realizacji powinny być zobowiązane do **systematycznego podnoszenia kwalifikacji**, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach.

STANDARD 10: W przypadku uczniów z zaburzeniami mowy i języka, które towarzyszą innym trudnościom rozwojowym lub niepełnosprawności, **zespół przeprowadzający OF powinien mieć odpowiednie kwalifikacje, umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny różnicowej,** lub też mieć możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów.

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna ma charakter stały, procesualny. Jest przeprowadzana dwa razy w roku, ale ma miejsce również wtedy, gdy pojawią się sytuacje sprzyjające nawrotowi zaburzeń, które wcześniej zostały zniwelowane, lub istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnego czynnika, mogącego zaburzyć funkcjonowanie w obszarze mowy i/lub języka.

STANDARD 12: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną korzysta z wielu metod. W OF ucznia z zaburzeniami mowy i języka uwzględnia się następujące metody umożliwiające ocenę i przyczyny aktualnego stanu mowy:

- analizę dokumentacji medycznej (np. książeczka zdrowia dziecka, wyniki badań audiologicznych, neurologicznych, okulistycznych itp.);
- analizę dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją (bieżącą, jak również wcześniejszą, odbytą na etapie wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR));
- obserwację zachowań komunikacyjnych ucznia (w warunkach szkolnych i domowych, np. analiza nagrań „próbki mowy”, pozyskanych w procesie obserwacji bezpośredniej lub pośredniej);
- rozmowę z uczniem;
- wywiad z rodzicami/opiekunami;
- analizę dokumentacji szkolnej (w tym opinii nauczycieli),
- badania specjalistyczne – logopedyczne, psychologiczno-pedagogiczne i ew. inne, których wyniki mogą mieć wpływ na ocenę i projektowanie pomocy (np. ocena fizjoterapeuty, terapeuty SI itp.)

W ocenie funkcjonalnej wykorzystywane są zarówno metody pośrednie, jak i bezpośrednie, w tym metody oparte na obserwacji i samoopisie.

STANDARD 13: W szczegółowej OF wskazane jest wykorzystywanie odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi. W razie ich braku możliwe jest zastosowanie przyjętych w praktyce rozwiązań zgodnie z zasadą racjonalnego użycia.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna powinna dostarczyć *Profilu Funkcjonowania Ucznia*, obejmującego m.in.:

- opis stanu mowy i komunikowania się (z uwzględnieniem kategorii ICF);
- wskazanie mocnych stron ucznia w ocenianym zakresie jego funkcjonowania;
- wpływ opisanych zaburzeń mowy i języka na funkcjonowanie w środowisku edukacyjnym (wykonywanie zadań edukacyjnych, nabywanie wiedzy, sytuacje poznawcze, społeczne, osobiste);
- opis kompetencji ucznia w zakresie funkcjonowania społeczno-emojonalnego;
- analizę czynników środowiskowych i wnioski z niej płynące (np. potrzeba uproszczonych pod względem językowym materiałów dydaktycznych);
- konkretne wskazania do pracy dydaktycznej i terapeutycznej, pozwalające sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji (dla terapeuty i środowiska wspierającego jego pracę, czyli innych nauczycieli oraz rodzinę/opiekunów);
- wskaźniki efektywności realizacji planu, które zostaną zweryfikowane w czasie kolejnej oceny funkcjonalnej ucznia.

STANDARD 15: W czasie oceny funkcjonalnej uczniowie są kwalifikowani do udzielenia wsparcia w zależności od stopnia nasilenia trudności w nauce szkolnej. Ocena funkcjonalna, której efektem jest zaplanowanie wsparcia w zakresie zaburzeń mowy i języka, dotyczy:

- uczniów, którzy mają trudności w niewielkim lub żadnym stopniu utrudniające naukę szkolną jedynie w zakresie artykulacji (mówienia – tylko fonologiczna płaszczyzna języka);
- uczniów, którzy mają problemy w komunikowaniu się w stopniu lekkim utrudniające naukę szkolną, funkcjonalnie posługujących się mową (zaburzenia dotyczą płaszczyzny suprasegmentalnej, fonologicznej lub/i pragmatyczno-semantycznej);
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu umiarkowanym utrudniające naukę szkolną – zaburzenia obejmują co najmniej dwa z trzech obszarów mowy (mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka;
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu znacznym utrudniające naukę szkolną (zaburzenia obejmują wszystkie obszary mowy (mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka);
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu głębokim utrudniające naukę szkolną – brak mowy z różnych przyczyn, znajomość języka może być na różnym poziomie (od braku do pełnej znajomości). Konieczność posługiwania się pismem lub AAC.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 16: Wsparcie jest procesem systematycznym i responsywnym, przystającym do aktualnych potrzeb i możliwości ucznia.

W odniesieniu do uczniów z zaburzeniami mowy i języka wsparcie realizowane jest na trzech poziomach:

Poziom I: uniwersalne projektowanie – traktowane jako wsparcie prewencyjne zawierające m.in. dostosowanie treści i obudowy dydaktycznej (np. materiały wizualne, czytelne, dostępne cyfrowo, używanie TIK w nauczaniu, tutoring rówieśniczy itp.). W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli w szkole ze szkolnym specjalistą prowadzącym terapię dziecka lub w razie potrzeb ze specjalistą koordynującym z PP-P lub z SCWEW.

Poziom II: wsparcie edukacyjno-specjalistyczne – pomoc na poziomie szkoły (np. konsultacje szkolne, IPET, pomoc nauczyciela wspomagającego, asystenta, tłumacza, racjonalne dostosowanie w kontekście ACC itp.). W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli i szkolnych specjalistów prowadzących terapię w szkole ze specjalistą z PP-P lub z SCWEW.

Poziom III: specjalistyczne wsparcie terapeutyczne (terapia logopedyczna/neurologopedyczna/surdologopedyczna i inne kompensacyjne) – intensywne wsparcie uruchamiane w sytuacji, gdy zasoby szkoły są niewystarczające. W zakresie dopasowanym do indywidualnych potrzeb związanych z postawioną diagnozą nozologiczną, w tym logopedyczną i/lub psychologiczną. Konieczna jest współpraca szkolnego specjalisty prowadzącego terapię dziecka ze specjalistą koordynującym z PP-P lub SCWEW.

STANDARD 17: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne jest na bieżąco oceniane pod kątem skuteczności.

5. ZABURZENIA ROZWOJU INTELEKTUALNEGO

WOJCIECH OTRĘBSKI
KATARZYNA MARIAŃCZYK

5.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

Pionierskie prace opisujące zjawisko zaburzeń rozwoju intelektualnego/niepełnosprawności intelektualnej pojawiły się pod koniec dziewiętnastego stulecia (Bobińska, Gałęcki, 2012). Niewątpliwie najdłuższe i chyba największe zaangażowanie na tym polu wykazywało od 1876 roku, i wykazuje do dnia dzisiejszego, Amerykańskie Stowarzyszenie Niepełnosprawności Intelektualnej i Rozwojowej (American Association on Intellectual & Developmental Disability – AAIDD) (wcześniejsze nazwy to chronologicznie: American Association on Mental Deficiency, American Association on Mental Retardation – AAMR). Stowarzyszenie to stale zaprasza do współpracy i wspiera wysiłki najwybitniejszych teoretyków i badaczy niepełnosprawności intelektualnej, promując jednocześnie, w formie kolejnych edycji podręczników, aktualne konceptualizacje, definicje tego zaburzenia oraz przedstawiając i ich wyjaśnienia (Luckasson, 2002). Stowarzyszenie w ostatnich dwóch dekadach współpracuje też blisko ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym (American Psychiatric Association – APA), co skutkuje coraz większym stopniem ujednolicenia podawanej definicji niepełnosprawności intelektualnej z obecnymi w klasyfikacjach ICD-11 i DSM 5.

Ewolucję definicji niepełnosprawności intelektualnej (wcześniej: niedorozwój umysłowy; upośledzenie umysłowe) opracowywanych przez AAIDD i APA znajdujemy w 11. edycji podręcznika (Schalock i in., 2010), jak też w dostępnych książkach Wojciecha Otrębskiego (2007), Iwony Chrzanowskiej

(2015) i Ewy Zasępy (2016). Po raz pierwszy definicja ukazała się w 1921 roku, natomiast znaczące zmiany w rozumieniu zjawiska niepełnosprawności umysłowej pojawiły się już w 1959 (Heber), a następnie 1961 (Heber), wtedy też formalnie wprowadzono zachowanie adaptacyjne jako kryterium diagnostyczne tego zaburzenia. W kolejnej edycji podręcznika wprowadza się możliwość rozszerzenia górnego pułapu I.I. w analizie klinicznej do 75 (za: Schalock i in., 2010, s. 7–10).

Z punktu widzenia przebiegu oceny funkcjonalnej dziecka/ucznia największe, obowiązujące do dziś, zmiany przyniosły definicje niepełnosprawności umysłowej opublikowane w wersjach podręcznika z 1992 i 2002 roku. W 9. i 10. edycji podręcznika (Luckasson i in., 1992, 2002) przedstawiono definicję konstytutywną (*constitutive definition*) niepełnosprawności intelektualnej, dla której bazę stanowi perspektywa ekologiczna i wielowymiarowa jego rozumienia. Jak wyjaśniają autorzy, zasadnicza zmiana dotyczyła tego, gdzie lokalizuje się „niepełnosprawność”, określenie upośledzenie umysłowe wskazywało, że „niepełnosprawność” to konsekwencja defektu zlokalizowanego wewnątrz osoby (np. powolność umysłu). Termin niepełnosprawność intelektualna wskazuje natomiast, że „niepełnosprawność” to konsekwencja niedopasowania, jakie występuje między osobą a środowiskiem jej życia i odnosi się do funkcjonowania, a nie do psychofizycznej kondycji osoby. Funkcjonowanie osoby znacząco się poprawia i jej jakość życia polepsza się, kiedy otrzymuje ona zindywidualizowane do jej potrzeb wsparcie (Schalock i in. 2010, s. 13).

Zdolności intelektualne

Zachowanie adaptacyjne

Zdrowie

Uczestnictwo

Kontekst



Rys. 1. Wielowymiarowy model ekologiczny niepełnosprawności intelektualnej

Źródło: (Schalock i in., 2010). Intellectual Disability. Definition, Classification and Systems of Supports. Washington DC: AAIDD, s. 14.

W aktualnym modelu teoretycznym wielowymiarowość konstruktu niepełnosprawności intelektualnej wyjaśniana jest przy pomocy pięciu wymiarów, które dotyczą specyficznych cech posiadanych przez osobę i charakterystyk środowiska jej życia. Należą do nich:

I – Zdolności intelektualne; II – Zachowania adaptacyjne (poznawcze, społeczne, praktyczne); III – Uczestnictwo, Bycie w interakcjach i Role społeczne; IV – Zdrowie (fizyczne, psychiczne) i Etiologia; V – Kontekst (środowiska życia, kultura) (Schalock i in., 2010, s. 14–18).

Wymiar I: zdając sobie sprawę z niedoskonałości takiego podejścia, przyjęto, iż najlepszym odzwierciedleniem funkcjonowania intelektualnego jest na dzisiaj mimo wszystko I.I. pod warunkiem, że jest on uzyskany w prawidłowy sposób, tzn. w oparciu o zastosowane adekwatnie do potrzeb osoby badanej narzędzie. Jednocześnie wyjaśniają, iż inteligencję rozumieją jako zdolność umysłową pozwalającą na widzenie przyczyn, planowanie, rozwiązywanie problemów, myślenie abstrakcyjne, rozumienie pojęć, szybkie uczenie się i uczenie się z doświadczenia. Wszelkie działania podejmowane w tym wymiarze zmierzają do opisanego osiągnięć, ograniczeń i trudności, jakie osoba posiada w powyższych funkcjach.

Wymiar II: opisując zachowania adaptacyjne, skupiają się na trzech sferach: a) poznawczej – grupującej umiejętności poznawcze, komunikacyjne (ekspresja i recepcja), akademickie (pisanie, czytanie), posługiwanie się pieniędzmi, kierowanie sobą; b) społecznej – grupującej umiejętności interpersonalne, odpowiedzialność, ocenę siebie, łatwowierność, naiwność, przestrzeganie zasad i norm, unikanie przestępczości; c) praktycznej (niezależnego życia) – opisującej poziom samoobsługi, samodzielność w życiu codziennym, uczestniczenia w zajęciach, zdolność zachowania bezpieczeństwa.

Wymiar III: analizujemy stan zdrowia fizycznego i psychicznego osoby, szczególnie wyjaśniając jego ewentualny związek z aktualnym poziomem funkcjonowania i wynikającym stąd zapotrzebowaniem na wsparcie. Ciekawi nas tu też, na ile aktualne środowiska życia (dom, szkoła/praca, społeczność lokalna) wspierają adekwatne funkcjonowanie, a na ile je utrudniają lub uniemożliwiają. Czy są one bezpieczne dla danej osoby. Istotne jest też opisanie zdolności osoby do właściwej identyfikacji własnego stanu zdrowia i adekwatnego do rozpoznania zachowania (komunikowanie objawów i opis samopoczucia, korzystanie z pomocy lekarskiej, przyjmowanie leków).

Wymiar IV: przeznaczony jest do precyzyjnego zanalizowania, na ile jednostka ma możliwość realizacji różnych aktywności i rzeczywiście uczestniczy w życiu społeczności, do której przynależy. Jak funkcjonuje w różnorodnych relacjach z jej członkami, charakteryzujących się odmiennym stopniem bliskości emocjonalnej i bliskości fizycznej. Na ile role społeczne, które może pełnić, są adekwatne do jej wieku i stanu oraz jak bardzo są one wartościowane przez daną społeczność.

Wymiar V: analizujemy kontekst społeczny i kulturowy, w jakim osoba z niepełnosprawnością intelektualną funkcjonuje. Przyjęta w prezentowanym modelu perspektywa ekologiczna pozwala na analizę kontekstu na trzech poziomach: I – mikrosystemu (osoba, rodzina, przyjaciele); II – mezzosystemu (sąsiedztwo, społeczność, osoby prowadzące edukację lub rehabilitację); III – makrosystemu (społeczno-kulturowe wzory zachowań, sytuacja socjo-polityczno-prawna). Opiswane przez kontekst środowiska życia osób z niepełnosprawnością intelektualną są istotne, gdyż zazwyczaj wpływają one na to, jakie aktywności podejmują, gdzie to robią, kiedy to robią i z kim. Środowiska te według autorów modelu stwarzają możliwości rozwoju i zabezpieczają dobre samopoczucie jednostkom.

Środowisko życia stwarzające możliwości rozwoju to takie, które gwarantuje osobie z niepełnosprawnością intelektualną: uczestnictwo w głównym nurcie życia społeczności, autonomię, możliwość dokonywania wyboru, podejmowania decyzji, posiadania kontroli nad własnym życiem, to okoliczności sprzyjające podnoszeniu własnych kompetencji, uzyskaniu szacunku, możliwość nawiązywania i podtrzymywania interakcji społecznych.

W wielowymiarowym modelu ekologicznym rozumienia istoty niepełnosprawności intelektualnej bardzo mocno akcentuje się rolę adekwatnego wsparcia skierowanego do osoby i jej środowiska życia. Jest to zasadniczy element, który ma wzmocnić funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Spersonalizowane wsparcie sprawia, że może ona wieść aktywne, dobre i ciekawe życie, uczestniczyć w głównym nurcie życia społeczności,

której jest członkiem, pozostawać w przyjaznych i ważnych dla siebie relacjach z innymi.

Opisany model wyjaśniania zjawiska niepełnosprawności intelektualnej jest też zbieżny/respektuje wskazania zawarte w opracowanej 2001 roku przez WHO Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF (2012). Wskazuje się w niej, że niepełnosprawność osoby jest efektem nieprawidłowej relacji między doświadczającą/mającą zaburzenia funkcji organizmu jednostką a nieprzystosowanym do jej potrzeb środowiskiem życia. Efektem tej nieprawidłowej relacji jest niepełnosprawność funkcjonalna, która utrudnia lub wręcz uniemożliwia aktywność i uczestnictwo osoby. Zmiany w środowisku życia osoby niepełnosprawnej (fizycznym – właściwe dostosowanie przestrzeni; społecznym – asystent osoby niepełnosprawnej) i dostarczenie spersonalizowanego wsparcia, przywracają osobie pełnię aktywności i uczestnictwa. Staje się też ona przez to „mniej” niepełnosprawna funkcjonalnie (Otrębski, 2018).

Janusz Kostrzewski (2006) przybliżając model niepełnosprawności intelektualnej zaproponowany przez AAIDD, nazwał go wprost modelem funkcjonalnym niepełnosprawności umysłowej, szczególnie doceniając uwzględnienie w nim wpływu środowiska życia i otrzymywanego wsparcia na funkcjonowanie osoby.

Naturalną niejako konsekwencją przyjęcia proponowanego przez AAIDD wielowymiarowego modelu ekologicznego niepełnosprawności umysłowej jest także propozycja wielowymiarowego systemu klasyfikacji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Poszerza on dotychczas znane i stosowane przez specjalistów systemy przedstawione w klasyfikacjach ICD-11 i DSM 5 i w dużym stopniu odzwierciedla perspektywę ekologiczną, podkreśla istotną rolę wsparcia oraz wskazuje cel całego procesu, jakim jest jak najpełniejsze włączenie (aktywność i uczestnictwo) osób niepełnosprawnych intelektualnie w główny nurt życia.

Zaprezentowany powyżej na rysunku 1 ekologiczny model przedstawia pięć wymiarów mających wpływ na funkcjonowanie człowieka (zdolności

intelektualne; zachowania adaptacyjne; zdrowie; uczestnictwo; kontekst). Szczegółowe przeanalizowanie przez specjalistę mocnych i słabych stron osoby w zakresie wskaźników ważnych/istotnych dla każdego z wymiarów (opisanych wyżej), daje możliwość precyzyjnego wskazania zasobów, jakie posiada osoba niepełnosprawna umysłowo, i ujawnianych przez nią potrzeb wsparcia. Zasoby i potrzeby, mając charakter dynamiczny, stanowią bazę odniesienia do wskazania aktualnego poziomu/zakresu indywidualnego zapotrzebowania na wsparcie. Opisanie poziomu/zakresu zapotrzebowania na wsparcie jest z kolei pomocne w planowaniu, organizacji i realizacji działań edukacyjno-specjalistycznych, socjalnych, rehabilitacji społecznej i zawodowej osoby niepełnosprawnej intelektualnie. W modelu ekologicznym wyróżnione zostały cztery poziomy wsparcia (Schalock i in., 2010, s. 73–83; Schalock, Luckasson, Tasse, 2021):

- **sporadyczne** – udzielane od czasu do czasu, krótkoterminowe, np. pomoc w trudnej sytuacji życiowej (zły stan zdrowia, utrata pracy, choroba opiekuna). Zależnie od potrzeb wsparcie to może mieć mały lub duży stopień nasilenia;
- **ograniczone** – to wsparcie trwające przez dłuższy, chociaż ograniczony czas. Nie jest to wsparcie sporadyczne. Może wymagać zaangażowania jednej lub kilku osób;
- **znaczną, rozległą pomoc** – jest to szeroki zakres pomocy. Wymaga ona systematycznego angażowania się przez dłuższy czas (np. w trakcie bycia w placówce edukacyjnej, pomoc asystenta ucznia);
- **całkowita, pełna pomoc** – to stała pomoc o dużej intensywności, która warunkuje utrzymanie się osoby przy życiu. Jest ona potrzebna stale wszędzie tam, gdzie osoba aktualnie przebywa. Wymaga zaangażowania większej liczby osób.

Stanisław Kowalik (2005) analizując nurty dotychczasowych badań nad niepełnosprawnością intelektualną, zakwalifikował ten model do *psycho-społecznego ujęcia niepełnosprawności intelektualnej*, które w jego opinii zdecydowanie zrywa z obecnymi wcześniej: psychobiologicznym ujęciem

niepełnosprawności i psychorozwojowym ujęciem niepełnosprawności. Zauważa też, że istotą tego ujęcia jest inna hierarchia celów samej diagnozy zaburzenia. Celem głównym działań diagnostycznych jest szczegółowy opis mocnych i słabych stron funkcjonowania osoby i określenie poziomu zapotrzebowania na wsparcie, co pozwala na właściwe zorganizowania rehabilitacji i wsparcia. Mniej ważnym celem jest teraz samo rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej i klasyfikacja osoby do któregoś z jej stopni, wyróżnionych w oparciu o uzyskany iloraz inteligencji ogólnej.

Aktualna definicja, kryteria diagnostyczne zaburzenia rozwoju intelektualnego/niepełnosprawności intelektualnej, klasyfikacje, etiologia i epidemiologia

W związku z tym, że Światowe Zgromadzenie Zdrowia – jako organ WHO – uznało, iż od 1 stycznia 2022 roku kraje członkowskie obowiązują najnowszą wersją *International Classification of Diseases 11th Revision*, mimo braku jej oficjalnego polskiego tłumaczenia, prezentowane w opracowaniu wyjaśnienia odnoszą się właśnie do tej wersji. Zatem, zgodnie z najnowszą klasyfikacją IDC-11, zaburzenia rozwoju intelektualnego przynależą do grupy zaburzeń neurorozwojowych (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Redaktorzy polskiego wydania *Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Psychiczych – DSM 5* (Gałęcki i in., 2018), podobnie jak autorzy 12. edycji podręcznika AAIDD (Schalock i in., 2021), proponują, aby obecne w IDC-11 określenie zaburzenia rozwoju intelektualnego uważać za tożsame z używanym w tych dwóch klasyfikacjach określeniem niepełnosprawność intelektualna. Określenie to będzie używane w niniejszym opracowaniu (tabela 6).

Tabela 6. Zestawienie nazewnictwa (nomenklatury) stosowanego w ICD-10/ICD-11, DSM 5, AAIDD, w obszarze zaburzeń rozwoju intelektualnego (niepełnosprawności intelektualnej)

ICD		DSM 5	AAIDD
ICD-10	ICD-11		
Zaburzenie rozwoju intelektualnego		37 Niepełnosprawność intelektualna/Zaburzenie rozwoju intelektualnego	Niepełnosprawność intelektualna
F70 Upośledzenie umysłowe lekkie (Mild mental retardation)	6A00.0 Lekkie zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorder of intellectual development, mild)	317 Lekka niepełnosprawność intelektualna	Lekka niepełnosprawność intelektualna; Niski poziom przystosowania
F71 Upośledzenie umysłowe umiarkowane (Moderate mental retardation)	6A00.1 Umiarkowane zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorder of intellectual development, moderate)	318.0 Umiarkowana niepełnosprawność intelektualna	Umiarkowana niepełnosprawność intelektualna; Bardzo niski poziom przystosowania
F72 Upośledzenie umysłowe znaczne (Severe mental retardation)	6A00.2 Znaczące zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorder of intellectual development, severe)	318.1 Znaczna niepełnosprawność intelektualna	Znaczna niepełnosprawność intelektualna; Bardzo niski poziom przystosowania
F73 Upośledzenie umysłowe głębokie (Profound mental retardation)	6A00.3 Głębokie zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorder of intellectual development, profound)	318.2 Głęboka niepełnosprawność intelektualna	Głęboka niepełnosprawność intelektualna; Skrajnie niski poziom przystosowania
F78 Inne upośledzenie umysłowe	6A00.4 Czasowe zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorder of intellectual development, provisional)		
F79 Upośledzenie umysłowe, nie określone	6A00.Z Nieokreślone zaburzenie rozwoju intelektualnego (Disorders of intellectual development, unspecified)	319 Nieokreślona niepełnosprawność intelektualna	

Źródło: za: ICD-10/11 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>; DSM 5 (Gałecki i in., 2018); AAID (Schalock, Luckasson, Tasse, 2021); *System oceny zachowań adaptacyjnych ABAS 3. Podręcznik polski*. (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudół, 2019).

Zaburzenie neurorozwojowe to stan zaczynający się w okresie rozwoju, zwykle na wczesnym jego etapie, często w wieku przedszkolnym. Charakterystyczne dla tej grupy deficyty prowadzą do upośledzenia funkcjonowania w życiu osobistym, społecznym, szkolnym oraz zawodowym. Może to być w bardzo wybiórczym zakresie – ograniczenie uczenia się lub kontroli czynności wykonawczych lub całościowe upośledzenie umiejętności społecznych czy inteligencji.

Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się deficytami ogólnych sprawności umysłowych, takich jak: wnioskowanie, rozwiązywanie

problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, myślenie krytyczne, uczenie się szkolne oraz uczenie się przez doświadczenie. Deficyty te powodują upośledzenie funkcji przystosowawczych, co skutkuje nieosiąganiem przez osobę odpowiedniego poziomu samodzielności w życiu osobistym oraz zdolności do ponoszenia odpowiedzialności w życiu społecznym (Gałecki i in., 2018).

Definicja: *niepełnosprawność intelektualna to stan charakteryzujący się istotnymi ograniczeniami w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych (poznawczych, społecznych, praktycznych), powstałymi*

w okresie rozwojowym (Schalock i in., 2010, s. 6; Bobińska, Gałecki, 2012, s. 26–27; Schalock, Luckasson, Tasse, 2021).

Bardzo ważne jest w tej definicji podkreślenie, że niepełnosprawność intelektualna to stan, w którym funkcjonowanie osoby jest ograniczone, a nie cechą. Dlatego też badanie osoby, u której podejrzewamy wystąpienie tego stanu, nie powinno koncentrować się na cechach, ale zmierzać do rozeznania jej aktualnego poziomu funkcjonowania w codziennym życiu (Kostrzewski, 2006, s. 20).

Kryteria diagnostyczne

- A. Obecność deficytów w funkcjonowaniu intelektualnym, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, ocenianie, uczenie się oraz uczenie się na podstawie doświadczenia, musi zostać potwierdzona zarówno przez ocenę kliniczną, jak i dostosowany do osoby, standaryzowany test inteligencji.
- B. Występowanie deficytów w przystosowaniu się, powodujących niepowodzenia w realizacji standardów rozwojowych i społeczno-kulturowych, co uniemożliwia zachowywanie niezależności i odpowiedzialności. Bez odpowiedniego wsparcia deficyty przystosowawcze ograniczają funkcjonowanie w jednej lub wielu spośród codziennych czynności, takich jak porozumiewanie się, uczestniczenie w życiu społecznym, samodzielne życie, w różnych środowiskach, m.in. domu, szkole, pracy lub grupie społecznej.
- C. Początek deficytów intelektualnych i przystosowawczych w okresie rozwojowym (do 18./22. r.ż.) (Gałecki i in., 2018, s. 37–38; Schalock, Luckasson, Tasse, 2021).

Klasyfikacje:

Najbardziej znana i rozpowszechniona klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej oparta jest na efektach pomiaru funkcjonowania intelektualnego

i przyjętej zasadzie, że istotnie niższy poziom to ten poniżej dwóch lub więcej odchyłeń standardowych poniżej przeciętnej (przyjętych w zastosowanym teście inteligencji) (ICD-11; DSM 5). Od dwóch lat w Polsce dostępne jest także wystandaryzowane narzędzie do oceny kryterium „B” – poziomu przystosowania (zachowań adaptacyjnych). W efekcie jego zastosowania także możliwa jest klasyfikacja, bazująca na istotnie niższym (o dwa lub więcej odchylenia standardowe poniżej przeciętnej) poziomie przystosowania (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). Z kolej wspomniany wyżej wielowymiarowy, ekologiczny model niepełnosprawności intelektualnej, opracowany przez AAIDD (Schalock, Luckasson, Tasse, 2021), daje również możliwość klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej w oparciu o określone zapotrzebowanie na wsparcie. Zastosowanie tej ostatniej klasyfikacji w tym momencie może być w naszym kraju utrudnione z powodu braku wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru zapotrzebowania na wsparcie w proponowanych w modelu wymiarach. Możliwość realizacji także i tej klasyfikacji pojawi się, kiedy zostaną opracowane zestawy kodów ICF możliwe do wykorzystania w opisie zakresu ograniczenia aktywności i uczestnictwa osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich kwalifikatory. Klasyfikacje te zostały zebrane w tabeli 7.

Tabela 7. Klasyfikacje niepełnosprawności intelektualnej

	Stopnie	Zakres odchyień
Iloraz inteligencji	Lekki	- od - 2 do - 3
	Umiarkowany	- od - 3 do - 4
	Znaczny	- od - 4 do - 5
	Głęboki	Poniżej - 5
Poziom przystosowania	Poniżej przeciętnej	- od -1 do - 2
	Niski	- od -2 do -3
	Bardzo niski	Poniżej - 3
Zapotrzebowanie na wsparcie	Sporadyczne	
	Ograniczone	
	Znaczne	
	Całkowite	

Źródło: za: DSM V (Gałecki i in., 2018); AAID (Schalock, Luckasson, Tasse, 2021); *System oceny zachowań adaptacyjnych ABAS 3. Podręcznik polski.* (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019).

Jednym z celów klasyfikacji osób z niepełnosprawnością intelektualną jest wyakcentowanie różnic w ich funkcjonowaniu. Wielu specjalistów odrzuca opisywanie specyfiki funkcjonowania osób z określonym stopniem niepełnosprawności intelektualnej jako mało przydatne w zindywidualizowanym planowaniu działań terapeutycznych i pomocowych. Niektórzy z tych specjalistów wypowiadają obawę o to, czy dostępność takich „uśrednionych” opisów funkcjonowania dla każdego ze stopni nie będzie skutkowałą schematycznym powielaniem wskazań i zaleceń terapeutycznych w indywidualnych

diagnozach. Nie dzieląc do końca tych obaw, przytaczamy dostępne w DSM 5 opisy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnym stopniu, w różnych obszarach (tabela 8). Robimy to głównie w celu zwrócenia uwagi na zakres i ogromną złożoność dodatkowych potrzeb, jakie osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą posiadać, z nadzieją, że w każdym indywidulowanym przypadku wiedza ta spowoduje u specjalisty prowadzącego ocenę funkcjonalną potrzebę bardzo wnikliwej oceny mocnych i słabych stron ich funkcjonowania.

Tabela 8. Funkcjonowanie w sferze poznawczej, społecznej i praktycznej osób niepełnosprawnych intelektualnie z różnym poziomem ciężkości

Poziom ciężkości	Sfera poznawczej	Sfera społeczna	Sfera praktyczna
Łagodny	W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym żadne różnice w sferze pojęciowej mogą nie być dostrzegalne. U dzieci w wieku szkolnym i u dorosłych widoczne są różnice w zakresie rozwoju umiejętności szkolnych, w tym w czytaniu, pisaniu, arytmetyce, znajomości wskazań zegara lub rozpoznawaniu nominałów banknotów – niezbędne jest wsparcie w jednym lub wielu obszarach w celu spełnienia oczekiwań dla danego wieku. U dorosłych upośledzone są myślenie abstrakcyjne, funkcje wykonawcze (np. planowanie, tworzenie strategii, ustalanie priorytetów oraz elastyczność poznawcza) oraz pamięć krótkotrwała, a także skuteczne używanie umiejętności szkolnych (np. czytania, posługiwania się pieniędzmi). W porównaniu z rówieśnikami podejście do problemów i rozwiązań jest w pewnym stopniu usztywnione	W porównaniu z przeciętnie rozwijającymi się rówieśnikami osoba jest niedojrzała w zakresie interakcji społecznych. Przykładowo, może istnieć trudność we właściwym interpretowaniu sygnałów, wysyłanych przez rówieśników. Komunikacja, sposób prowadzenia rozmowy oraz język są bardziej sztywne lub niedojrzałe. Obserwuje się występowanie trudności w kontrolowaniu emocji i zachowań w sposób typowy dla wieku. Trudności te są dostrzegane przez rówieśników. Dodatkowo ograniczone jest także rozumienie ryzyka występującego w relacjach społecznych. Niedojrzałe pozostają umiejętności oceny społecznej, co może zwiększać ryzyko bycia błędnie pokierowanym przez innych (łatwo-wierność)	W zakresie obsługi osobistej dana osoba może funkcjonować na poziomie właściwym dla wieku. Jednocześnie może częściej niż rówieśnicy potrzebować pomocy w wykonywaniu złożonych czynności codziennych. W przypadku osób dorosłych pomoc ta zwykle dotyczy zakupów spożywczych, transportowania rzeczy, organizacji opieki nad dziećmi i domem, przygotowania zdrowych posiłków oraz operacji bankowych i pieniężnych. Umiejętności dotyczące spędzania czasu wolnego pozostają na poziomie właściwym dla wieku, choć ocena związana z samopoczuciem oraz organizacja czynności towarzyszących rekreacji mogą wymagać wsparcia. Dorośli mogą znaleźć zatrudnienie w zawodach, które nie wymagają szczególnych umiejętności ze sfery pojęciowej. Zazwyczaj osoby dorosłe wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej oraz działań prawnych, a także w zakresie pełnej nauki zawodu. Zwykle wsparcie jest także niezbędne w zakładaniu rodziny
Umiarkowany	W ciągu całego okresu rozwojowego umiejętności dotyczące stery pojęciowej są wyraźnie gorsze w porównaniu z rówieśnikami. W wieku przedszkolnym umiejętności językowe oraz inne, typowe dla dzieci w tym wieku, rozwijają się powoli. W wieku szkolnym rozwój umiejętności czytania, pisania, liczenia i rozumienia pojęcia czasu oraz pieniądza jest powolny i rozciągnięty na cały okres edukacji szkolnej oraz jest wyraźnie ograniczony w porównaniu z rówieśnikami. U osób dorosłych umiejętności szkolne zwykle pozostają na podstawowym poziomie i z tego powodu osoby te wymagają pomocy we wszystkich czynnościach codziennych i zawodowych, wymagających wysokiego poziomu umiejętności szkolnych. Aby realizować codzienne czynności związane ze sferą pojęciową, może być niezbędne stałe wsparcie, a w niektórych przypadkach przejęcie przez inne osoby odpowiedzialności za te czynności	W okresie rozwojowym widoczne są znaczące odstępstwa w zakresie zachowań społecznych i komunikacyjnych w porównaniu z rówieśnikami, język mówiony pozostaje zwykle jedyną formą komunikacji, jednak jest on dużo mniej złożony niż ten, którym posługują się rówieśnicy. Równowaga w związkach jest wyraźnie przesunięta w stronę rodziny i przyjaciół – w ciągu życia zdarzają się udane przyjaźnie, a w przypadku osób dorosłych czasem głębsze relacje uczuciowe. Mimo to niektórzy mogą nie dostrzegać lub błędnie interpretować sygnały towarzyskie. Zdolności oceny społecznej i podejmowania decyzji są ograniczone, co zmusza opiekunów do wspomagania osób niepełnosprawnych intelektualnie w podejmowaniu decyzji życiowych. Nawiązywanie przyjaźni z prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami jest naznaczone ograniczeniami komunikacyjnymi i społecznymi	Osoby dorosłe potrafią dbać o realizację swoich osobistych potrzeb, takich jak jedzenie, ubieranie się, wydalanie czy higiena osobista, choć opanowanie tych czynności na poziomie zapewniającym samodzielność zajmuje więcej czasu i wymaga przypominania. Podobnie, osoby dorosłe mogą uczestniczyć we wszelkich zajęciach związanych z prowadzeniem domu, jednak ich opanowanie wymaga zwiększonej ilości czasu i opieki, jeśli oczekiwany jest efekt, uzyskiwany zwykle przez zdrową osobę. Możliwe jest niezależne zatrudnienie na stanowisku wymagającym jedynie ograniczonych umiejętności ze sfery pojęciowej, jednak konieczne jest wsparcie ze strony współpracowników, osób nadzorujących i innych, jeśli zakłada się realizację oczekiwań społecznych, opanowanie zawitości danej posady oraz wypełnianie pobocznych obowiązków, takich jak plan pracy, przemieszczanie się, korzyści zdrowotne oraz obsługę finansów

Poziom ciężkości	Sfera poznawczej	Sfera społeczna	Sfera praktyczna
Ciężki/Znaczny	Zdobywanie umiejętności ze sfery jest ograniczone. Osoby zwykle posiadają niewielką zdolność rozumienia języka pisanego oraz pojęć dotyczących liczb, ilości, czasu i pieniędzy. Opiekunowie zapewniają znaczące wsparcie w rozwiązywaniu wszelkich problemów	W zakresie zasobu słownictwa i poprawności gramatycznej język mówiony jest ograniczony. Mowa może się opierać na pojedynczych słowach lub sformułowaniach i może być wspomagana (komunikacją niewerbalną) środkami wzmacniającymi. Mowa i komunikacja są skupione wokół „tu i teraz”. Język jest używany bardziej w celach komunikacji niż wyrażania myśli. Zrozumiałe są proste komunikaty werbalne i niewerbalne. Związki z członkami rodziny i innymi bliskimi osobami są źródłem przyjemności i wsparcia	Wymagane jest wsparcie w wykonywaniu wszystkich czynności codziennych, w tym w jedzeniu, ubieraniu się, myciu oraz wydalaniu. Konieczny jest ciągły nadzór. Niemożliwe jest podejmowanie odpowiedzialnych decyzji, dotyczących samopoczucia swojego lub innych osób. W przypadku osób dorosłych ich udział w zadaniach domowych, rekreacji i pracy wymaga stałego wsparcia i nadzoru. Nabywanie nowych umiejętności w każdym zakresie wymaga długotrwałego uczenia się i stałego wsparcia. Zachowania związane z nieumiejętnym dostosowaniem się, w tym samouszkodzenia, zdarzają się w przypadku istotnej mniejszości
Głęboki	Umiejętności dotyczące sfery pojęciowej dotyczą raczej świata fizycznego niż przetwarzania symbolicznego. W opiece nad sobą, pracy lub w czynnościach rekreacyjnych osoba może wykorzystywać przedmioty w sposób ukierunkowany na cel. Opanowane mogą zostać pewne zdolności wzrokowo-przestrzenne, takie jak dopasowywanie i porządkowanie, jednak współwystępujące upośledzenie funkcji ruchowych i czuciowych uniemożliwia używanie przedmiotów zgodnie z ich przeznaczeniem	Istnieje niezwykle ograniczone rozumienie symboli komunikacyjnych w zakresie mowy i gestów. Zrozumiałe mogą być jedynie proste polecenia i gesty. W większości przypadków wyrażanie potrzeb i emocji następuje poprzez przekaz niewerbalny, z wykorzystaniem niesymbolicznych przekazów. Relacje z dobrze znanymi członkami rodziny, opiekunami i innymi znanymi osobami są odbierane jako przyjemne, co jest wyrażane poprzez gesty i sygnały emocjonalne. Wiele czynności związanych z kontaktami międzyludzkimi może być ograniczone z powodu współwystępujących dysfunkcji czuciowych i fizycznych	Zależność od innych we wszystkich aspektach codziennej opieki fizycznej, zdrowia i bezpieczeństwa, choć niektórzy mogą brać aktywny udział w części z wymienionych czynności. W przypadku braku ciężkich dysfunkcji fizycznych niektórzy mogą towarzyszyć w wykonywaniu poszczególnych zadań w domu, takich jak podawanie do stołu. Proste czynności z wykorzystaniem przedmiotów mogą być podstawą uczestnictwa w niektórych czynnościach związanych z pracą zawodową, przy dużym wsparciu. Czynnościami związanymi z wypoczynkiem, przy pomocy innych osób, mogą być słuchanie muzyki, oglądanie filmów, chodzenie na spacerach lub uczestniczenie w aktywnościach w wodzie. Często ograniczającymi czynnościami domowymi, czynnościami związanymi z wypoczynkiem lub pracą są współwystępujące dysfunkcje fizyczne i czuciowe. Zachowania związane z nieumiejętnym dostosowaniem się zdarzają się w przypadku istotnej mniejszości

Źródło: za: DSM 5 (Gałęcki i in., 2018, s. 39–42).

Przyczyny niepełnosprawności intelektualnej

Szczegółowe opisy etiologii (przyczyn) niepełnosprawności można znaleźć w wielu publikacjach (np. Schalock i in., 2010, s. 57–72; Pietras i in., 2012, s. 93–258; Zasępa, 2016, s. 109–126; Gałęcki i in., 2018, s. 45). Z punktu widzenia poprawności przebiegu procesu diagnozy tego zaburzenia, a następnie organizacji wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną należy

pamiętać, że: „całościową teorią patogenezy niepełnosprawności umysłowej jest paradygmat neurorozwojowy. Uwzględnia on zarówno rolę czynników genetycznych w patogenezie, jak i czynników środowiska wewnątrzmacicznego oraz znaczenie urazów okołoporodowych. Zakłada on, że niepełnosprawność intelektualna rozwija się wskutek interakcji wyżej wymienionych czynników. Założenie to dotyczy zarówno aspektu populacyjnego opisu zaburzenia, jak i indywidualnej historii choroby poszczególnych pacjentów.

(...) Słowo *neurorozwojowy* oznacza, że zaburzenie powstało w wyniku nieprawidłowego rozwoju mózgowia w okresie formowania ośrodkowego układu nerwowego w życiu płodowym i w okresie wczesnego dzieciństwa. (...) Niepełnosprawność intelektualna zgodnie z paradygmatem neurorozwojowym jest *końcową wspólną drogą* wielu często odmiennych zaburzeń i zespołów klinicznych. (...) Ich wspólną cechą jest taki wpływ czynników genetycznych i środowiskowych na rozwój mózgu, że zaburzone są w istotny sposób funkcje poznawcze. (...) Małe zasoby poznawcze skutkują gorszym przystosowaniem społecznym jednostki, ubóstwem ekonomicznym oraz zaburzonymi relacjami z otoczeniem. Odmienność zachowania i trudności w adaptacji społecznej stygmatyzują osoby niepełnosprawne intelektualnie, co skutkuje społecznym nasileniem się zaburzenia i indukowanie różnorodnych zespołów adaptacyjnych” (Pietras i in., 2012a, s. 93–95).

Skala zjawiska

Tadeusz Pietras i współpracownicy (2012b, s. 41) zauważają, iż „(...) zwraca uwagę niewielka liczba dobrze przeprowadzonych prac epidemiologicznych na reprezentatywnej próbie. Ocena rozpowszechnienia opiera się na nielicznych publikacjach cytowanych przez każdego prawie autora zajmującego się niepełnosprawnością intelektualną”. Gałęcki i współpracownicy

(2018, s. 44) podają, że rozpowszechnienie niepełnosprawności intelektualnej w populacji ogólnej wynosi około 1%, ale wskaźniki są zróżnicowane dla grup wiekowych.

Według danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) tylko w roku szkolnym 2019/2020 zespoły orzekające publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych wydały 84 692 opinie i orzeczenia, w tym:

- **24 879** opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju;
- **17 312** orzeczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych – lekka niepełnosprawność intelektualna;
- **4142** orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych – umiarkowana niepełnosprawność intelektualna;
- **459** orzeczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych – znaczna niepełnosprawność intelektualna;
- **2093** orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych – głęboka niepełnosprawność intelektualna;
- **13 644** orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych – niepełnosprawność sprzężona.

Powyższe dane jednoznacznie wskazują, jak bardzo dzieci i uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną są aktualnie obecne w systemie edukacji. Prawidłowe rozpoznanie ich indywidualnych potrzeb edukacyjnych oraz efektywna realizacja spersonalizowanego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego staje się niewątpliwie dla placówek szkolnych dużym wyzwaniem.

Bibliografia

- Bobińska, K., Gałęcki, P. (2012). Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność Intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia* (s. 21–40). Continuo.
- Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red. wyd. pol.). (2012). Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Continuo.
- Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red. wyd. pol.). (2018). Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych DSM 5. Edra Urban & Partner.
- ICD-10/11. (b.d.). *International Classification of Diseases 10/11th Revision*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

- Kostrzewski, J. (2006). Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia. W: A. Czapiga (red.), *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka* (s. 13–36). Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kowalik, S. (2005). Psychologia niepełnosprawności umysłowej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 135–156). Wydawnictwo Naukowe PWN
- Luckasson, R., Schalock, R. L., Spitalnik, D. M., Spreat, S., Tasse, M. (1992). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. AAMR.
- Luckasson, R., Schalock, R. L., Spitalnik, D. M., Spreat, S., Tasse, M. (2002). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. AAMR.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF. (2012). Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.
- Otrębski, W. (2007). *Interakcyjny model rehabilitacji zawodowej osób z upośledzeniem umysłowym*. Wydawnictwo KUL.
- Otrębski, W. (2018). Niepełnosprawność – wybrane problem definicyjne. W: E. Rutkowska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych* (wyd. 2, s. 1–17). PZWL.
- Otrębski, W., Domagała-Zyśk, E., Sudoł, A. (2019). *System oceny zachowań adaptacyjnych ABAS 3. Podręcznik polski*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Rodak, J., Szemraj, J. (2012a). Etiologia, patogeneza, wybrane jednostki kliniczne i chorobowe przebiegające z niepełnosprawnością intelektualną. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia* (s. 93–258). Continuo.
- Pietras, T., Witusik, A., Bobińska, K., Florkowski, A., Talarowska, M., Banasiak, M. (2012b). Epidemiologia niepełnosprawności intelektualnej. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia* (s. 41–44). Continuo.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Tassé, M. J. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition*. AAIDD.
- Schalock, R. L. i in. (2010). *Intellectual disability. Definition, classification and systems of support. Eleventh Edition*. AAIDD.
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (2001)*. Tłumaczenie polskie: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Zasępa, E. (2016). *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Akty prawne:
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 356, z 2018 r. poz. 1679 oraz z 2021 r. poz. 1533).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz. U. z 2018 r. poz. 467, z 2020 r. poz. 1248 oraz z 2021 r. poz. 1537).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. z 2017 r. poz. 860, z 2018 r. poz. 744 oraz z 2019 r. poz. 1539)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 991 z późn. zm.).

5.2 Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

Standard 1: Cel diagnozy niepełnosprawności intelektualnej.

Celem diagnozy niepełnosprawności intelektualnej jest: szczegółowy opis mocnych i słabych stron funkcjonowania osoby; klasyfikacja osoby do jednego ze stopni niepełnosprawności intelektualnej (u dzieci powyżej 5. r.ż.); określenie poziomu zapotrzebowania na wsparcie (zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, terapii, wsparcia środowiskowego);

Standard 2: Zakres (obszary) diagnozy niepełnosprawności intelektualnej.

Zgodnie z klasyfikacjami ICD-11, DSM 5 i AAIDD wyodrębnia się pięć głównych obszarów diagnozy:

1. Funkcjonowanie intelektualne osoby.
2. Poziom przystosowania/zachowań adaptacyjnych w aktualnych środowiskach życia osoby.
3. Wskazana jest również diagnoza w zakresie: funkcjonowanie emocjonalnego, motywacji do nauki, realizacji zadania, umiejętności szkolnych w stosunku do właściwej podstawy programowej.
4. Jeżeli to możliwe, ustalenie przyczyn diagnozowanych ograniczeń w funkcjonowaniu.
5. Ustalenie, czy diagnozowane ograniczenia funkcjonowania pojawiły się przed 18. r.ż..

Standard 3: Wskazania (u kogo?) do realizacji diagnozy niepełnosprawności intelektualnej.

Analiza etiologii niepełnosprawności umysłowej podaje szereg okoliczności, których pojawienie się u dziecka w różnym okresie jego rozwoju może

być wskazaniem do realizacji diagnozy niepełnosprawności intelektualnej. Na przykład:

- dziecko z zespołem genetycznym, w obrazie klinicznym którego opisyje się występowanie niepełnosprawności intelektualnej;
- dziecko z ryzyka ciążowego;
- dziecko z ryzyka okołoporodowego;
- choroby prowadzące do uszkodzenia mózgu;
- urazy głowy;
- istotne zaburzenia funkcjonowania;
- obserwowane w pierwszych latach życia globalne opóźnienie rozwoju psycho-motorycznego;
- wskazanie potrzeby takiej diagnozy w *Protokole konsultacji zespołowych*.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

Standard 4: Zespół realizujący diagnozę niepełnosprawności intelektualnej i jego kwalifikacje.

Respektując wskazanie Kostrzewskiego (1976) dotyczące rozpoznania niepełnosprawności intelektualnej w oparciu o całokształt badań psychologiczno-pedagogiczno-lekarskich, diagnozę powinien realizować zespół specjalistów indywidulanie dobrany do każdej osoby której funkcjonowanie podlega ocenie, pracujący **pod kierunkiem specjalisty wiodącego** wskazanego przez dyrektora **publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej**.

W skład zespołu zazwyczaj wchodzi psycholog, pedagog/pedagog specjalny, logopeda/neurologopeda/surdologopeda, tyflopedagog, ewentualnie lekarz – specjalista właściwy dla występującej u dziecka jednostki chorobowej. Członkiem zespołu powinien też być rodzic/opiekun prawny dziecka.

Standard 5: Przebieg procesu diagnostycznego niepełnosprawności intelektualnej.

Proces diagnostyczny obejmuje 3 etapy: wstępny, realizacji koniecznych badań oraz końcowy.

Etap wstępny:

- zapoznanie się członków zespołu z dokumentacją przebiegu dotychczasowego działania diagnostyczno-terapeutycznego (np. przebieg WWR; protokół szkolnej oceny funkcjonalnej z placówki edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko; dokumentacja medyczna zgromadzona przez rodzica/opiekuna dziecka, inne);
- wywiad z rodzicem/opiekunem – poznanie środowiska domowego osoby;
- obserwacja osoby w placówce edukacyjnej;
- postawienie hipotez, wybór odpowiednich do możliwości i potrzeb osoby narzędzi oraz
- procedur diagnostycznych;

Etap badań:

- realizacja badań z wykorzystaniem narzędzi i procedur; opracowanie wyników i ich
- jakościowa interpretacja;
- opis mocnych i słabych stron funkcjonowania psychospołecznej osoby;
- określenie stopnia niepełnosprawności intelektualnej (powyżej 5 r.ż.);

Etap końcowy:

- wskazanie zakresu terapii, wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i środowiskowego aktualnie potrzebnego osobie.

Standard 6: Narzędzia stosowane w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej.

Do opisu funkcjonowania intelektualnego, funkcjonowania adaptacyjnego oraz wszystkich innych aspektów psychospołecznego funkcjonowania dziecka/ucznia stosujemy tylko i wyłącznie wystandaryzowane w Polsce narzędzia. Szczegółowy wykaz rekomendowanych i aktualnie dostępnych narzędzi diagnostycznych przydatnych w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej znajduje się w tabeli 3 Aneksu.

Standard 7: Słownictwo stosowane w opisie mocnych oraz słabych stron funkcjonowania osoby niepełnosprawnej intelektualnie i formułowanych zaleceniach, planowaniu wsparcia edukacyjno-specjalistycznego.

Specjaliści przygotowujący diagnozę psychospołecznego funkcjonowania osoby w kierunku stwierdzenia niepełnosprawności intelektualnej dbają o czytelność i zrozumiałość swoich opisów dla przyszłych ich użytkowników (rodziców, nauczycieli, pracowników pomocy społecznej, fizjoterapeutów, asystentów ucznia i in.).

Obszar III: Efekty procesu oceny funkcjonalnej

Standard 8: Efektem procesu oceny funkcjonalnej jest profil funkcjonalny dziecka/ucznia.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego**Standard 9: Decyzja o zakresie i przebiegu realizacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego między placówką edukacyjną, poradnią psychologiczno-pedagogiczną i/lub specjalistycznymi ośrodkami.**

Specjalista wiodący koordynujący proces oceny funkcjonalnej dziecka/ucznia realizowanej w PP-P wspólnie z koordynatorem wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w placówce edukacyjnej oraz rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (lub też z udziałem samego pełnoletniego ucznia), ustalają przebieg realizacji tego wsparcia, w tym formy terapii dziecka/ucznia z wykorzystaniem zasobów w środowisku nauczania i wychowania ucznia.

Standard 10: Warunki lokalowe, wyposażenie.

Placówka edukacyjna realizująca kształcenie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (NI), szczególnie gdy występuje u nich sprzężenie niepełnosprawności (np. ASD+NI; MPD+NI; niesłyszenie+NI; niewidzenie+NI), posiada warunki lokalowe (dostępność przestrzeni) i wyposażenie (specjalistyczny sprzęt/pomoce edukacyjne) umożliwiające właściwą aktywność edukacyjną ucznia i jego pełne uczestnictwo w procesie uczenia się i życiu społecznym przedszkola/szkoły/placówki.

Standard 11: Specjaliści i organizacja pracy placówki edukacyjnej.

Nauczyciele i specjaliści zatrudnieni w placówce posiadają kompetencje i kwalifikacje potrzebne do realizacji zadań edukacyjnych i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego realizowanych wobec uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z sprzężeniami.

Standard 12: IPE dla każdego ucznia z niepełnosprawnością intelektualną.

Każdy uczeń, którego ocena funkcjonalna wskazuje na występowanie potrzeb edukacyjnych, ma opracowany Indywidualny Profil Edukacyjny (IPE).

Standard 13: Poziom wsparcia i pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Planując wsparcie edukacyjno-specjalistyczne dziecka/ucznia z niepełnosprawnością intelektualną, określając poziom tego wsparcia można korzystać z następującej klasyfikacji: sporadyczne; ograniczone; znaczna/rozległa pomoc; całkowita pełna pomoc.

6. ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

EWA PISULA

6.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

Autyzm – definicja, ujęcie w systemach klasyfikacyjnych

W najnowszych wersjach dwóch głównych systemów klasyfikacyjnych zaburzeń funkcjonowania: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 5 (DSM-5; APA, 2013), oraz *International Classification of Diseases*, wyd. 11 (ICD-11; WHO, 2019)¹¹ w odniesieniu do autyzmu stosowany jest termin „zaburzenie ze spektrum autyzmu” (*autism spectrum disorder* – ASD). Spektrum autyzmu zostało zdefiniowane jako grupa nieprzemijających zaburzeń neurorozwojowych, charakteryzujących się następującymi grupami objawów:

- 1) trudnościami w budowaniu relacji społecznych i społecznej komunikacji,
- 2) występowaniem ograniczonych, powtarzanych i stereotypowych wzorców zachowań, aktywności i zainteresowań.

Problemy te muszą znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie osoby i jej przystosowanie społeczne. Nietypowość przebiegu rozwoju i funkcjonowania zazwyczaj jest widoczna już we wczesnym okresie życia i utrzymuje się w dorosłości oraz występuje w różnych okolicznościach i warunkach

środowiskowych, choć nie zawsze musi ujawniać się w takim samym stopniu i w ten sam sposób.

Aktualne wydania systemów klasyfikacyjnych wprowadziły zasadnicze zmiany w ujmowaniu autyzmu w stosunku do systemów wcześniejszych (w tym ICD-10, obowiązującym w Polsce w czasie przygotowywania niniejszych standardów). Przede wszystkim przyjęto szeroką kategorię diagnostyczną „całościowych zaburzeń rozwojowych”, na którą wcześniej składało się kilka odrębnych jednostek nozologicznych (np. autyzm dziecięcy czy zespół Aspergera w ICD-10; WHO, 1992), zastąpiono jedną etykietą diagnostyczną „zaburzenie ze spektrum autyzmu”. Zrezygnowano z wyróżniania takich jednostek diagnostycznych jak zespół Aspergera czy autyzm dziecięcy, co wynikało z braku rzetelnych naukowych podstaw do różnicowania między jednostkami w obrębie całościowych zaburzeń rozwojowych. Zmiany w kryteriach diagnostycznych spowodowały przesunięcie uwagi na osoby w spektrum autyzmu w normie intelektualnej. Według badań epidemiologicznych stanowią one obecnie większość osób w tej populacji (np. CDC, 2020, 2021). Jak jednak zauważa The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism (Lord i in., 2021), skupiająca wybitnych ekspertów w obszarze spektrum autyzmu, dzieci, młodzież i dorośli w spektrum ze znacznym

¹¹ Klasyfikacja ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) weszła w życie 1 stycznia 2022 roku. Data oficjalnego wprowadzenia ICD-11 w Polsce w życie nie została jeszcze podana. Jak wynika z komunikatu Ministerstwa Zdrowia, aktualnie (luty 2022 roku) trwają prace związane z opracowaniem przekładu klasyfikacji na język polski. Do czasu wprowadzenia klasyfikacji stosowane będą kryteria diagnostyczne sformułowane w ICD-10 (WHO, 2002).

lub głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, niemówiący lub z niewielkimi umiejętnościami w zakresie mowy, mają diametralnie inne potrzeby w zakresie edukacji, codziennego wsparcia oraz opieki na przestrzeni życia. Niektóre z tych dzieci otrzymują jedynie diagnozę niepełnosprawności intelektualnej. Utrzymanie jednej jednostki diagnostycznej „spektrum autyzmu” może powodować brak uwzględnienia ich potrzeb i marginalizowanie tych osób oraz ich rodzin. W związku z powyższym Komisja zarekomendowała wprowadzenie terminu „głęboki autyzm” (*profound autism*). Wątek ten będzie rozwinięty w dalszej części opracowania. Etiologia spektrum autyzmu nie została dotąd wyjaśniona; istnieje wiele danych wskazujących na to, że jest ona wieloczynnikowa. Istotną rolę odgrywa w niej interakcja czynników genetycznych, biologicznych i środowiskowych, przy czym ścieżki patogenezy prowadzące do symptomów spektrum autyzmu są zróżnicowane. Ze względu na to, że dotychczas nie zostały ustalone trafne biomarkery (np. wskaźniki genetyczne, neurologiczne czy biochemiczne), rozpoznanie opiera się na analizie zachowania i przebiegu rozwoju dziecka.

Częstość spektrum autyzmu – skala potrzeb w systemie edukacji

Możliwie precyzyjne oszacowanie liczby osób ze spektrum autyzmu w poszczególnych grupach wiekowych jest niezbędne, aby móc określić skalę potrzeb w obrębie systemu edukacyjnego (również innych sektorów funkcjonowania państwa, w tym ochrony zdrowia, pracy czy pomocy społecznej). W Polsce w odniesieniu do spektrum autyzmu nie przeprowadzono dotychczas badań epidemiologicznych spełniających przyjęte w tym obszarze standardy metodologiczne. Nie istnieje także, ani na szczeblu krajowym, ani lokalnie, system umożliwiający gromadzenie informacji dotyczących liczby diagnoz ze spektrum autyzmu oraz monitorowanie związanych z nią potrzeb w zakresie wsparcia. Jest to jeden z kluczowych problemów utrudniających

odpowiednie planowanie wsparcia i szacowanie niezbędnych nakładów finansowych.

Zgodnie z danymi światowymi spektrum autyzmu stanowi aktualnie najczęstszą przyczynę niepełnosprawności u dzieci poniżej 5. r.ż. Według zapowiedzi raportu *Centers of Disease Control and Prevention* z grudnia 2021 roku (<https://www.cdc.gov/media/releases/2021/p1202-autism.html>) rozpowszechnienie zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci w wieku szkolnym wynosi 1:44 (tj. około 2,3% populacji), u 4-latków zaś (w przypadku których zaburzenia rzadziej są już rozpoznane) 1:59. W poprzednim raporcie wskaźnik wynosił w przypadku 8-latków 1:54 (Maenner i in., 2020). Analizy danych epidemiologicznych z wielu lat wskazują na ciągły trend wzrostowy odsetka osób z diagnozą spektrum autyzmu. Ma on związek m.in. z rozszerzeniem definicji zaburzeń, lepszą wykrywalnością, rozwojem wiedzy profesjonalistów i rodziców na temat trudności rozwojowych dzieci, a także stopniową poprawą dostępu do usług diagnostycznych.

Przyjęcie szacunkowego wskaźnika 1% osób ze spektrum autyzmu w populacji (przyjmowanego przez większość krajów w Europie, a także przez międzynarodową organizację Autism Europe) pozwala na przybliżone określenie częstości w różnych grupach wiekowych dzieci i młodzieży w Polsce (tabela 9).

Analiza informacji dostępnych w Systemie Informacji Oświatowej (SIO) na temat orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych według danych z 30 września 2020 roku wskazuje na to, że jedynie w przypadku placówek wychowania przedszkolnego wśród ogółu dzieci w Polsce dzieci z orzeczeniami ze względu na autyzm i zespół Aspergera stanowią nieco ponad 1%. W szkołach podstawowych to blisko 1%, zaś w szkołach ponadpodstawowych i policealnych odsetek ten był znacznie mniejszy (tabela 10).

Tabela. 9 Liczba dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu w Polsce – dane szacunkowe

Wiek (w latach)	Wielkość populacji	Szacunkowa liczba dzieci ze spektrum autyzmu*
0–2	1 167 800	11 678
3–6	1 509 400	15 094
7–12	2 462 600	24 626
13–15	1 075 800	10 758
16–18	1 095 800	10 958
łącznie	7 311 100	73 111

*Liczba obliczona na podstawie wskaźnika 1:100

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych demograficznych z 2018 roku podanych w „Małym Roczniku Statystycznym GUS” z 2019 roku (Pisula, 2021).

Tabela 10. Informacje z SIO z dnia 30 września 2020 roku na temat liczby orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na autyzm (w tym zespół Aspergera)

Typ podmiotu	Liczba dzieci ogółem	Liczba dzieci/ucniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego	Liczba dzieci/ucniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera (ZA)	Procent dzieci z autyzmem/ZA w ogólnej liczbie dzieci w placówkach edukacyjnych	W tym liczba dzieci/ucniów z autyzmem/ZA w placówkach	
					ogólnodostępnych	specjalnych
Placówki wychowania przedszkolnego	1 420 353	42 345	17 112	1,21%	14 373	2739
Szkoła podstawowa	3 080 281	127 816	30 472	0,99%	28 221	2251
Szkoły średnie ogółem	1 515 822	32 499	8014	0,53%	7195	819
Szkoła policealna	17 238	235	37	0,22%	12	25

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SIO

Biorąc pod uwagę, że dane polskie są – mimo wzrostu liczby orzeczeń w ostatnich latach – nadal niższe niż wskaźniki częstości spektrum autyzmu ustalone w badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w krajach o zbliżonych do polskich warunkach społecznych i kulturowych,

można oczekiwać, że w kolejnych latach nastąpi dalszy procentowy wzrost liczby dzieci ze spektrum autyzmu wśród uczniów z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego i potrzebach edukacyjnych uczęszczających do przedszkoli i szkół. Opinie o zbyt dużej liczbie wydawanych orzeczeń w tej

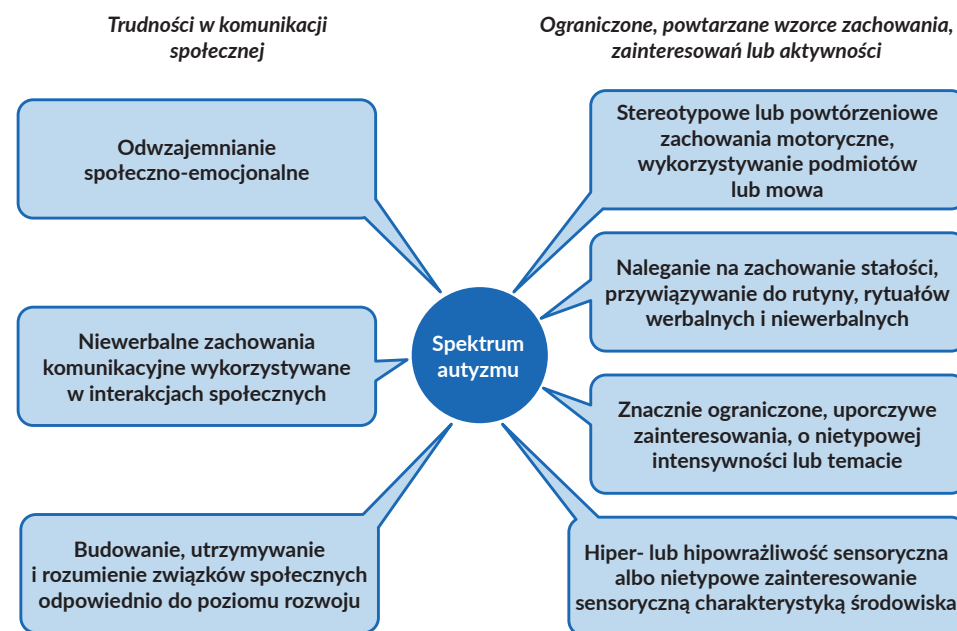
grupie dzieci są w świetle przytoczonych danych nieuzasadnione. W przypadku konkretnego dziecka orzeczenie może nie być trafne, ale w skali całej populacji wskaźniki raportowane w polskim systemie edukacyjnym są wciąż niższe niż ogólnoswiatowe wskaźniki epidemiologiczne.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że liczba dzieci ze spektrum autyzmu wśród wszystkich dzieci, które dotychczas otrzymały orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, jest według danych SIO bardzo duża (w placówkach wychowania przedszkolnego dzieci ze spektrum autyzmu stanowiły 40,4% całej grupy dzieci z orzeczeniem, w szkole podstawowej 23,8%, w szkołach średnich 24,7%). Wskazuje to na konieczność zapewnienia dużej liczbie placówek edukacyjnych na różnych etapach edukacyjnych odpowiednio wykwalifikowanej kadry, przygotowanej do pracy z dziećmi z tego typu trudnościami. Dotyczy to zarówno kadry pracującej w przedszkolach czy szkołach, jak i odpowiednio dużej liczby specjalistów w ośrodkach wspomagających te placówki (np. specjalistycznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, SCWEW na danym obszarze i innych, w zależności od przyjętych rozwiązań). Jest to szczególnie istotne w kontekście upowszechniania edukacji włączającej o wysokiej jakości; w dużej liczbie placówek ogólnodostępnych uczniowie ze spektrum autyzmu będą potrzebowali wsparcia.

Diagnoza nozologiczna a ocena funkcjonalna

Zgodnie z powszechnie stosowanymi kryteriami diagnostycznymi według ICD-10 (niebawem ICD-11) czy DSM 5 diagnoza nozologiczna wymaga stwierdzenia obecności określonej liczby symptomów w obu kluczowych dla spektrum autyzmu obszarach funkcjonowania (rysunek 2).

Aby uszczegółowić zakres informacji wynikających z diagnozy, w obu systemach klasyfikacyjnych wprowadzono elementy odnoszące się do rodzaju i nasilenia trudności. W DSM-5 zastosowano trzystopniową klasyfikację nasilenia trudności odrębnie w każdym z obszarów (komunikacji społecznej



Rys. 2. Podstawowe grupy symptomów zaburzenia ze spektrum autyzmu według DSM-5

Źródło: (APA, 2013; według Pisula, 2021).

oraz ograniczonych wzorców zachowania i zainteresowań). Każdemu poziomowi odpowiada stopień wsparcia, jakiego potrzebuje osoba ze spektrum autyzmu (bardzo duże, duże, relatywnie niewielkie, lecz niezbędne). Informacje wynikające z diagnozy mogą więc mieć bezpośrednie znaczenie dla planowania wsparcia, co świadczy o docenieniu w klasyfikacji DSM-5 tej roli diagnozy. W ICD-11 wprowadzono natomiast kody diagnostyczne odnoszące się do podgrup wyodrębnionych ze względu na stopień trudności w rozwoju intelektualnym i mowie funkcjonalnej (tabela 11). Umożliwia to uwzględnienie, poza symptomami w obszarach kluczowych dla spektrum autyzmu, dwóch wymiarów istotnych w planowaniu wsparcia.

Tabela 11. Jednostki nozologiczne w obrębie zaburzenia ze spektrum autyzmu (według ICD-11, WHO, 2018; <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>).

Kod	Nazwa
6A02	Autism Spectrum Disorder
6A02.0	Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language
6A02.1	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language
6A02.2	Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with impaired functional language
6A02.3	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with impaired functional language
6A02.5	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with absence of functional language
6A02.Y	Other specified autism spectrum disorder
6A02.Z	Autism spectrum disorder, unspecified

Trafność diagnozy bazującej na analizie rozwoju i zachowania znacznie wzrasta, gdy w procesie diagnostycznym stosowane są zwalidowane narzędzia o dobrych właściwościach psychometrycznych i diagnoza jest przeprowadzana przez interdyscyplinarny odpowiednio wykwalifikowany zespół. Diagnoza kliniczna pod kątem spektrum autyzmu opiera się przede wszystkim na obserwacji zachowania dziecka oraz informacjach uzyskanych w wywiadzie z rodzicem/opiekunem. W przypadku obu tych metod dostępne są w Polsce wystandaryzowane protokoły, których zastosowanie zwiększa trafność rozpoznania klinicznego. Są to ADOS-2 Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (*Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*; Lord i in., 2012) i ADI-R Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana (*Autism Diagnostic Interview-Revised*, Rutter, Le Couteur i Lord, 2003), zwalidowane w warunkach polskich. Obydwa narzędzia mogą być pomocne również w ocenie funkcjonalnej, umożliwiają bowiem uzyskanie wielu szczegółowych informacji dotyczących zakresu trudności rozwojowych i mocnych stron dziecka. Zostaną w związku

z tym krótko scharakteryzowane w zestawieniu narzędzi pomocnych w ocenie funkcjonalnej (zob. Aneks, Tabela A4).

W procesie diagnostycznym, poza dwoma kluczowymi dla spektrum autyzmu obszarami (por. rysunek 2), ocenie podlegają także inne elementy rozwoju i zachowania, mogące zasadniczo wpływać na zakres trudności doświadczanych przez dziecko lub posiadanych zasobów. Są to m.in. funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne, rozwój motoryczny, przetwarzanie bodźców sensorycznych, a także współwystępujące problemy w zachowaniu lub zdrowiu psychicznym i fizycznym. Uprawnieni do sformułowania diagnozy nozologicznej są w Polsce lekarze, przy czym najlepiej do tego przygotowani specjaliści są psychiatrzy (w przypadku dzieci i młodzieży psychiatrzy dziecięcy). W procesie diagnostycznym uczestniczy zespół specjalistów, w tym psycholog (kliniczny), a także pedagog (specjalny) i logopeda. W zależności od potrzeb wynikających ze stanu zdrowia dziecka i jego funkcjonowania przeprowadzanych bywa wiele badań i konsultacji specjalistycznych (m.in. genetycznych, neurologicznych, metabolicznych, audiologicznych).

W skład zespołu diagnostycznego często wchodzi również specjaliści z zakresu terapii zajęciowej (w Polsce terapeuci integracji sensorycznej).

Zgodnie z danymi światowymi spektrum autyzmu jest najczęściej rozpoznawane między 3. a 4. r.ż. (Mandell, Novak i Zubritsky, 2005), choć zwłaszcza w przypadku mówiących dzieci w normie intelektualnej może to nastąpić później. Trudności rozwojowe są u wielu tych dzieci kompensowane (dzięki mechanizmom radzenia sobie posiadanym przez dziecko oraz wspierającemu otoczeniu społecznemu) i nie ujawniają się w pełni, zanim określony poziom wymagań ze strony środowiska nie przekroczy ich możliwości adaptacyjnych (np. konfrontacja możliwości dziecka z wymaganiami związanymi z nauką w szkole).

Rozpoczęcie monitorowania nietypowego przebiegu rozwoju i zapewnienie dziecku wsparcia jest możliwe w bardzo wczesnym okresie życia. Wyniki niektórych badań wskazują, że w przypadku większości dzieci ze spektrum autyzmu trafna i rzetelna diagnoza może zostać sformułowana już w 2. r.ż. (np. Lord i in., 2006). Jednakże biorąc pod uwagę dynamikę rozwoju, możliwe nietypowe ścieżki rozwojowe, zasadne jest, żeby diagnoza nozologiczna nie stanowiła warunku rozpoczęcia wczesnej interwencji wspierającej rozwój dziecka. Uzyskanie wsparcia, zarówno w najwcześniejszym okresie rozwoju, jak i później powinno być możliwe na podstawie oceny funkcjonalnej, przeprowadzonej w związku z obawami rodzica lub specjalisty (np. lekarza pediatrii podczas wizyty kontrolnej czy bilansu zdrowia, nauczyciela w przedszkolu). W tym okresie systematyczne monitorowanie przebiegu rozwoju dziecka oraz jego zachowania dostarczy informacji niezbędnych do trafnej diagnozy klinicznej.

Zróżnicowanie populacji dzieci ze spektrum autyzmu

Populacja osób ze spektrum autyzmu jest niejednorodna pod względem ekspresji symptomów autyzmu, a także przebiegu i poziomu rozwoju

intelektualnego, językowego, kompetencji komunikacyjnych, trudności emocjonalnych, poznawczych (m.in. uwagowych), motorycznych, szeroko pojętych zdolności adaptacyjnych oraz współwystępujących problemów zdrowotnych i rozwojowych. U wielu dzieci występują problemy behawioralne (w tym zachowania agresywne, stereotypowe lub samouszkodzające) (Parikh, Kolevzon i Hollander, 2008), znacznie podwyższony poziom lęku i zaburzenia lękowe (van Steensel i Heeman, 2017), częste zmiany nastroju, a także nietypowa wrażliwość i przetwarzanie sensoryczne (Ausderau i in., 2014).

Zróżnicowanie nasilenia symptomów autyzmu, poziomu funkcjonowania intelektualnego i umiejętności w zakresie komunikacji werbalnej to kluczowe wymiary istotnie różnicujące tę populację. Zgodnie z rekomendacjami cytowanej już powyżej Lancet Commission (2021, 8) termin *profound autism* odnosi się do osób, których potrzeby wsparcia w zakresie funkcjonowania są szczególnie duże: a) osoby te wymagają całodobowej obecności opiekuna; b) nie mogą być pozostawione same bez opieki; c) nie potrafią zadbać o swoje podstawowe codzienne potrzeby. Dotyczy to przede wszystkim osób o głębszym stopniu niepełnosprawności intelektualnej (o ilorazie inteligencji poniżej 50 pkt), osób z bardzo ograniczonymi umiejętnościami językowymi (niepotrafiących budować zrozumiałych zdań podczas komunikowania się z obcymi) lub osób z obiema tymi charakterystykami. Komisja zwraca uwagę, że wymienione problemy często współwystępują z innymi trudnościami, w tym zachowaniami samouszkodzającymi, agresywnymi czy epilepsją, choć z nich bezpośrednio nie wynikają. Grupa z głębokim autyzmem potrzebuje szczególnie dużego wsparcia w wielu obszarach codziennego życia.

Spektrum autyzmu współwystępuje również z innymi zaburzeniami rozwojowymi (np. ADHD, dysleksją, zaburzeniami rozwoju językowego) i problemami medycznymi, w tym genetycznymi (np. zespołem Tourette'a, zespołem Retta, zespołem łamliwego chromosomu X, zespołem Pradera-Williego i in.). Według danych Saito i in. (2020) zaledwie 11,5% dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu ma tylko tę jedną diagnozę; u pozostałych współwystępuje przynajmniej jedno inne zaburzenie. Przyczynia się to do

zróżnicowanego obrazu funkcjonowania i potrzeb poszczególnych dzieci oraz wskazuje na wykraczające poza samo spektrum autyzmu trudności większości dzieci w tej populacji. W sposób oczywisty wpływa to na szeroki zakres zagadnień, które powinny być uwzględnione w diagnozie klinicznej, ocenie funkcjonalnej oraz planowaniu wsparcia. Niektóre charakterystyczne dla autyzmu trudności społeczne i komunikacyjne oraz ograniczone, powtarzane wzorce zachowań i zainteresowań mogą w lżejszym nasileniu występować u osób z populacji ogólnej, niespełniających klinicznych kryteriów diagnozy spektrum autyzmu (przegląd: Rubenstein i Chawla, 2018). Takie subkliniczne charakterystyki określa się jako szeroki fenotyp autyzmu (*broaden autism phenotype* – BAP), a dzieci, u których występują one w dużym nasileniu, również należy zaliczyć do grupy ryzyka w kontekście przystosowania psychospołecznego. Dzieci te mogą potrzebować wsparcia w rozwoju kompetencji społecznych, regulacji emocji lub innych obszarach funkcjonowania; jeśli mają takie trudności, powinny być objęte oceną funkcjonalną i adekwatnym wsparciem.

Dostęp do diagnozy klinicznej i oceny funkcjonalnej oraz ich jakość

Obecnie dostęp do diagnozy klinicznej, a także profesjonalnej oceny funkcjonalnej jest w Polsce ograniczony i nierównomierny w odniesieniu zarówno do różnych rejonów kraju, jak i grup społecznych. Diagnoza finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest trudno dostępna i zazwyczaj związana z długim okresem oczekiwania (w niektórych rejonach kraju nawet około roku). Lukę tę częściowo wypełniają ośrodki prowadzone przez organizacje pozarządowe, nierzadko powstające z inicjatywy rodziców.

Koszt diagnozy częściowo lub w pełni odpłatnej jest bardzo wysoki (w czasie przygotowywania tego dokumentu wynosił w styczniu 2022 roku około 1500–2000 zł, przy średniej krajowej na poziomie 4260,38 zł według danych GUS z 19 listopada 2021 roku oraz zapowiedziach znacznego wzrostu

kosztów diagnozy od stycznia 2022 roku). „Koszt diagnozy dziecka do ukończenia 4 lat wynosi 1660 zł (wywiad rozwojowy 350 zł, obserwacja psychologiczna 350 zł, obserwacja psychiatryczna 600 zł, przekazanie diagnozy 360 zł). Czasem, w wieku granicznym (np. 3 lata 10 miesięcy), lekarz może zdecydować o konieczności przeprowadzenia wywiadu medycznego, co podwyższa koszt diagnozy o 290 zł.

Diagnoza dziecka powyżej ukończonych 4 lat kosztuje 1950 zł (wywiad rozwojowy 350 zł, obserwacja psychologiczna 350 zł, obserwacja psychiatryczna 600 zł, wywiad medyczny 290 zł, przekazanie diagnozy 360 zł)” (scolar.pl/diagnoza-autyzm-asperger, dostęp: 1.12.2021).

Obecnie (sierpień 2022 rok) koszt diagnozy jest znacznie wyższy. Ze względu na jego wysokość, trudności w dostępie do specjalistycznej diagnozy, a także związek między dostrzeganiem trudności w rozwoju dziecka a poziomem wykształcenia rodziców zaburzenia ze spektrum autyzmu są znacznie częściej diagnozowane u dzieci z rodzin o wyższym statusie socjoekonomicznym (Durkin i in., 2010). Rodziny te mają także większy dostęp do profesjonalnego wsparcia.

Dostęp do diagnozy jest zazwyczaj znacznie ograniczony w przypadku dzieci mieszkających na wsiach lub w małych miastach, znajdujących się w większej odległości od średnich i dużych ośrodków miejskich, w których istnieje baza diagnostyczno-terapeutyczna.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu są także rozpoznawane znacznie rzadziej i później u dziewczynek niż u chłopców, zwłaszcza wśród osób w normie intelektualnej (Rutherford i in., 2016). Wynika to z wielu przyczyn, w tym czynników biologicznych i społeczno-kulturowych, wpływających na poziom oczekiwań wobec dzieci różnej płci w zakresie zachowań społecznych (Carter i in., 2007; Holtman i in., 2007). Oznacza to potrzebę edukowania profesjonalistów w zakresie różnic międzypłciowych w ekspresji spektrum autyzmu oraz zjawisk maskowania symptomów, zwłaszcza u dziewcząt w normie intelektualnej. Inną grupą, której dostęp do diagnozy pod kątem spektrum autyzmu jest istotnie utrudniony, są osoby z niepełnosprawnością

intelektualną. W Polsce nie ma wystandaryzowanych narzędzi umożliwiających trafną diagnozę spektrum autyzmu w tej grupie osób, szczególnie wśród osób dorosłych i osób z głębszym stopniem niepełnosprawności. Z drugiej strony, zaburzenie ze spektrum autyzmu bywa niezdiagnozowane lub jest diagnozowane z dużym opóźnieniem u osób w normie intelektualnej, płynnie mówiących. W tych sytuacjach nierzadko mamy do czynienia z efektywnym kompensowaniem lub maskowaniem trudności i niejasnym obrazem klinicznym, co skutkuje otrzymaniem najpierw przez dziecko wielu innych diagnoz, nieodzwierciedlających w pełni problemów związanych ze spektrum autyzmu.

Obecnie ocena funkcjonalna bywa ograniczona do badania psychologicznego lub pedagogicznego mimo wykraczających poza ten zakres potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu. Przygotowanie specjalistów często jest niewystarczające, a podejmowane decyzje, odzwierciedlone w Indywidualnych Planach Edukacyjno-Terapeutycznych nietrafne (np. brak wskazań do logopedycznego wsparcia dziecka w związku z brakiem trudności artykulacyjnych mimo dużych trudności w komunikacji językowej na poziomie budowania wypowiedzi; inną trudnością jest zbyt mała liczba profesjonalistów logopedów mogących udzielić wsparcia dziecku z takimi trudnościami). Wiele placówek edukacyjnych nie dysponuje wystandaryzowanymi narzędziami ani nie ma dostępu do wykwalifikowanej kadry, która mogłaby tę ocenę przeprowadzić. Niski jest też poziom świadomości specjalistów (zwłaszcza pedagogów, logopedów, terapeutów pedagogicznych) w zakresie standardów posługiwania się narzędziami diagnostycznymi. W niektórych obszarach brakuje wystandaryzowanych narzędzi pozwalających na obiektywny pomiar trudności (np. logopedia). Proces kształcenia specjalistów jest utrudniony, na większości uczelni brakuje bowiem kierunków specjalizacji w dziedzinie spektrum autyzmu (analogicznie do surdo- czy tyflopedagogiki). Ponadto niewystarczająca jest oferta spełniających niezbędne standardy szkoleń w obszarze spektrum autyzmu dla absolwentów psychologii, pedagogiki czy logopedii.

Poziom wiedzy na temat spektrum autyzmu, stereotypy i uprzedzenia

Z badań prowadzonych w różnych krajach, w tym w Polsce, wynika, że poziom wiedzy na temat spektrum autyzmu jest wciąż relatywnie niski (Harrison i in., 2017). Istnieje wiele mitów dotyczących etiologii i funkcjonowania osób ze spektrum, sprzyjających stygmatyzacji tej grupy oraz rodzin. Zjawisko braku wystarczającej wiedzy i kompetencji oraz tendencji do stygmatyzowania dotyczy także pracowników placówek edukacyjnych, choć poziom ich wiedzy wyraźnie rośnie (Barned i in., 2011). Niemniej upowszechnienie edukacji włączającej wymaga szybkiego i systematycznego podnoszenia wiedzy na temat spektrum autyzmu u pracowników placówek edukacyjnych na znacznie większą skalę, niż to ma miejsce obecnie; w tym nie tylko kadry pedagogicznej, lecz także innych osób, mających kontakt z uczniem ze spektrum autyzmu.

Główne wnioski płynące z zestawienia informacji na temat diagnozy i oceny funkcjonalnej w przypadku dzieci ze spektrum autyzmu

1. Potrzeba stworzenia systemu umożliwiającego gromadzenie informacji statystycznych na poziomie lokalnym i ogólnokrajowym na temat liczby osób otrzymujących diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu. Monitorowanie stanu rzeczy jest niezbędne dla planowania działań w polityce edukacyjnej, zdrowotnej i społecznej, a także przewidywania zakresu potrzeb w systemie edukacji.
2. Konieczność zapewnienia równego, rzeczywistego dostępu do profesjonalnej, trafnej, rzetelnej i w odpowiednim czasie przeprowadzanej diagnozy klinicznej i oceny funkcjonalnej, niezbędnej w procesie wspierania rozwoju. Oznacza to równy dostęp do diagnozy dla osób z różnych rejonów Polski, miejscowości różnej wielkości, rodzin o różnym statusie socjoekonomicznym, a także grup mających szczególne

trudności w dostępie do diagnozy, jak dziewczęta czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Zagwarantowany powinien być dostęp do bezpłatnej diagnozy.

3. Potrzeba zapewnienia rzetelnej i trafnej oceny funkcjonalnej oraz zaplanowanego na jej podstawie wsparcia dzieciom mającym charakterystyczne dla spektrum autyzmu trudności w rozwoju, niezależnie od tego, czy otrzymały diagnozę nozologiczną, czy są w okresie oczekiwania na nią (przeprowadzania procesu diagnostycznego), czy też mają węższy zakres trudności, niżby to wynikało z kryteriów diagnostycznych spektrum autyzmu według ICD-11, wpływający jednak znacząco na ich adaptację psychospołeczną i możliwości w zakresie edukacji. Niezbędne jest oddzielenie posiadania formalnej diagnozy klinicznej stwierdzającej zaburzenie ze spektrum autyzmu (na którą rodzina może długo czekać w związku z ograniczonym dostępem do specjalistów lub podjęcia której rodzice mogą odmawiać) od oceny funkcjonalnej i zapewnienia dziecku wsparcia na terenie placówki edukacyjnej.
4. Systematyczna edukacja pracowników placówek edukacyjnych w zakresie wiedzy o spektrum autyzmu – dotyczy osób bezpośrednio zaangażowanych w ocenę funkcjonalną dziecka i udzielanie wsparcia, ale także innych grup pracowników. Jeżeli do placówki edukacyjnej uczęszcza dziecko ze spektrum autyzmu, to wszyscy pracownicy po-

winni mieć odpowiednią wiedzę na temat spektrum oraz szczególnych potrzeb dziecka, a także kompetencje w zakresie komunikacji z dzieckiem i rozwiązywania ewentualnych trudności związanych ze spektrum autyzmu.

5. Profesjoniści specjalizujący się w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu powinni być zobowiązani do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji. Wokół spektrum autyzmu intensywnie prowadzone są badania naukowe, rozwijane nowe metody diagnozy i interwencji, a także wspierania rodzin. Ciągłe aktualizowanie wiedzy i rozwijanie kompetencji jest więc niezbędne. W niektórych obszarach poziom wiedzy powinien zostać znacząco podwyższony, np. w odniesieniu do specyfiki spektrum autyzmu u dziewcząt, aby podnieść trafność diagnoz i ocen funkcjonowania w przypadku tej grupy osób.
6. Potrzeba wypracowania wystandaryzowanych narzędzi (lub adaptacji narzędzi opracowanych w innych warunkach językowych i środowiskowych), pomocnych w diagnozie spektrum autyzmu oraz ocenie funkcjonalnej u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza z głębszym stopniem niepełnosprawności, czy też niepełnosprawnością sprzężoną (np. spektrum autyzmu u dziecka z głuchotą lub niewidomego).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). American Psychiatric Publishing.
- Ausderau, K., Sideris, J., Furlong, M., Little, L. M., Bulluck, J., Baranek, G. T. (2014). National survey of sensory features in children with ASD: factor structure of the sensory experience questionnaire (3.0). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 915–925.
- Barned, N. E., Knapp, N. F., Neuharth-Pritchett, S. (2011). Knowledge and attitudes of early childhood preservice teachers regarding the inclusion of children with autism spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 32(4), 302–321.
- Carter, A. S., Black, D. O., Tewani, S., Connolly, C. E., Kaddlec, M. B., Tager-Flusberg, H. (2007). Sex Differences in Toddlers with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 86–97.
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Meaney, F. J., Levy, S. E., DiGuseppi, C., Nicholas, J. S., Kirby, R. S., Pinto-Martin, J. A., Schieve, L. A. (2010). Socioeconomic Inequality in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder: Evidence from a U.S. Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 5(7), e11551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011551>

- Goldstein, S., Naglieri, J. A. (2013). *Autism spectrum rating scales: ASRS*. MHS.
- Harrison, A. J., Slane, M. M., Hoang, L., Campbell, J. M. (2017). An international review of autism knowledge assessment measures. *Autism*, 21(3), 262–275.
- Holtmann, M., Bölte, S., Poustka, F. (2007). Autism spectrum disorders: Sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(5), 361–366. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00361.x>
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M. M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., McCauley, J. B. (2021). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K., Guthrie, W. (2012). *Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (Part II): Toddler module*. Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S. L. (2012). *Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (Part II): Modules 1–4*. Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M., LeCouteur, A. (1994). Autism diagnostic interview revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659–685.
- Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., Pickles, A. (2006). Autism From 2 to 9 Years of Age. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 694–701.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., EdS1, Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69(4), 1–12.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., Zubritsky, C. D. (2005). Factors Associated With Age of Diagnosis Among Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 116(6), 1480–1486.
- Parikh, M. S., Kolevzon, A., Hollander, E. (2008). Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with autism: A critical review of efficacy and tolerability. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 18, 157–178.
- Pisula, E. (2019). *Profil psychoedukacyjny, wydanie 3, wersja polska. Podręcznik diagnosty*. EduProf.
- Pisula, E. (2021). *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Rubenstein, E., Chawla, D. (2018). Broader Autism Phenotype in Parents of Children with Autism: A Systematic Review of Percentage Estimates. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 1705–1720.
- Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O'Hare, A., McClure, I., Forsyth, K., McCartney, D., Murray, A. (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(5), 628–634.
- Saito, M., Hirota, T., Sakamoto, Y. i in. (2020). Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular Autism*, 11, 35.
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., Marcus, L. M. (2005). *PEP-3. Psychoeducational Profile, Third Edition. Examiner's Manual*. TX: Pro-Ed.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., Love, S. R. (2010). *CARS 2. Childhood Autism Rating Scale, Second Edition [Manual]*. Western Psychological Services.
- van Steensel, F. J. A., Heeman, E. J. (2017). Anxiety Levels in Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1753–1767.
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int>
- World Health Organization. (2002). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO.
- Wiśniewska, M. (2015). *Profil sensoryczny dziecka*. Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Wolańczyk, T. (2003). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne dzieci i młodzieży w Polsce*. Akademia Medyczna w Warszawie.
- Wrocławska-Warchał, E., Wujcik, R. (2016). Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu ASRS. Podręcznik: Sam Goldstein i Jack A. Naglieri [Polska adaptacja. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego].
- Strony internetowe:
- Autism Research Institute. (b.d.). Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). <https://www.autism.org/autism-treatment-evaluation-checklist/>
- CDC. (b.d.). Autism Prevalence Higher in CDC's ADDM Network. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/p1202-autism.html>
- GUS. (2020). Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2019/2020. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/oswiata-i-wychowanie-w-roku-szkolnym-20192020,1,15.html>
- Ministerstwo Zdrowia. (b.d.). Rozpoczęcie działalności ośrodków I stopnia referencyjnego. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczecie-dzialalnosci-osrodkow-i-stopnia-referencyjnego>

6.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARDY OGÓLNE – cel i zakres oceny funkcjonalnej

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna dziecka ze spektrum autyzmu przeprowadzana jest w celu zaplanowania wsparcia, aby umożliwić mu wykorzystanie potencjału rozwojowego, podnieść poziom jego dobrostanu i uczestnictwa w życiu społecznym.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje: 1) zidentyfikowanie trudności i potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu w zakresie wsparcia rozwoju; 2) określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka; 3) analizę sytuacji środowiskowej – istniejących czynników ryzyka i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole, potrzeb i możliwości rodziny; 4) określenie zakresu ograniczeń w uczestniczeniu przez dziecko w życiu społecznym wynikających ze spektrum autyzmu oraz barier środowiskowych; 5) sformułowanie wskazań do opracowania programów/planów wsparcia rozwoju i edukacji.

Grupy osób, które powinny być objęte oceną funkcjonalną w kontekście spektrum autyzmu

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną w placówkach edukacyjnych w kontekście spektrum autyzmu powinny zostać objęte następujące grupy uczniów, mające trudności wynikające z autystycznych charakterystyk:

- dzieci, które otrzymały diagnozę kliniczną spektrum autyzmu;
- dzieci w trakcie diagnozy, w tym w okresie monitorowania rozwoju pod kątem spektrum autyzmu;
- dzieci, u których spektrum autyzmu nie zostało wcześniej rozpoznane ani proces diagnostyczny nie został rozpoczęty, ale których zachowanie w placówce lub trudności zgłaszane przez rodziców mogą wskazywać na spektrum autyzmu i potrzebę diagnozy klinicznej;
- dzieci z innymi zaburzeniami rozwoju, niepełnosprawnością lub problemami medycznymi, w tym zespołami genetycznymi, u których występują trudności typowe dla spektrum autyzmu;
- dzieci z grup ryzyka (w tym dzieci z rodzinnym obciążeniem spektrum autyzmu; dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, trudnościami w interakcjach społecznych, problemami sensorycznymi, dzieci przedwcześnie urodzone; dzieci z niektórymi zaburzeniami genetycznymi), jeżeli przejawiają trudności charakterystyczne dla spektrum autyzmu;
- dzieci z cechami szerszego fenotypu autyzmu, niespełniające kryteriów diagnozy spektrum autyzmu, ale doświadczające trudności w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym, komunikowaniu się, trudności poznawczych i innych charakterystycznych dla spektrum autyzmu.

Kompleksowość oceny, obszary uwzględnione w ocenie funkcjonalnej

STANDARD 4: Ocena funkcjonalna ucznia w spektrum autyzmu jest zindywidualizowana i kompleksowa. W zależności od indywidualnych potrzeb

dziecka ocena obejmuje różnorodne obszary wpływające na codzienne funkcjonowanie w szkole, dobrostan, uczestniczenie w sytuacjach społecznych oraz rozwój umiejętności społecznych, w zakresie których uczniowi niezbędne jest wsparcie edukacyjno-specjalistyczne.

STANDARD 5: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka w spektrum autyzmu w zależności od indywidualnych potrzeb powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Funkcjonowanie społeczne i komunikacja społeczna.
- B. Nasilenie i zakres ograniczonych wzorców zachowania i zainteresowań.
- C. Funkcjonowanie emocjonalne.
- D. Motywacja dziecka do uczenia się, nawiązywania relacji społecznych, podejmowania wysiłku różnego typu.
- E. Funkcjonowanie poznawcze i intelektualne.
- E. Mowa, język i komunikacja werbalna.
- F. Percepcja, wrażliwość sensoryczna.
- G. Motoryka duża i mała, sprawność i koordynacja ruchowa.
- H. Umiejętności adaptacyjne adekwatne do danego wieku i okresu rozwoju; samodzielność, samoobsługa.
- I. Umiejętności szkolne, poziom kompetencji i wiedzy w stosunku do podstawy programowej (adekwatnie do wieku dziecka i klasy).
- J. Cechy osobowości i temperamentu, istotne w kontekście funkcjonowania dziecka w szkole.
- K. Problemy w zakresie zdrowia psychicznego.
- L. Współwystępujące problemy w zdrowiu fizycznym, odżywianiu i inne.
- Ł. Współwystępowanie ewentualnych innych problemów rozwojowych.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną – skład, kwalifikacje

STANDARD 6: Ocenę funkcjonalną dziecka ze spektrum autyzmu przeprowadza interdyscyplinarny zespół specjalistów przygotowanych do pracy z uczniami ze spektrum autyzmu. W skład zespołu wchodzi następujący specjaliści: psycholog, pedagog specjalny, logopeda, terapeuta pedagogiczny, a także inni specjaliści w zależności od indywidualnych trudności dziecka (np. lekarz, fizjoterapeuta). W ocenie funkcjonalnej uwzględniane są informacje i opinie pochodzące od nauczycieli pracujących z dzieckiem.

STANDARD 7: Wszyscy członkowie zespołu mają odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także przeprowadzaniem oceny funkcjonalnej dziecka ze spektrum autyzmu. Obejmuje to kompetencje w zakresie obserwacji zachowania dziecka, komunikacji z dzieckiem (w tym adekwatnej komunikacji z dzieckiem niemówiącym), przeprowadzania wywiadu z rodzicem/opiekunem oraz stosowania wystandaryzowanych narzędzi przydatnych w ocenie.

STANDARD 8: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne programy/plany wsparcia/edukacji oraz je realizujące lub monitorujące poziom realizacji są zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach.

STANDARD 9: W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu, u których współwystępują inne problemy lub niepełnosprawność (np. zaburzenia słyszenia, widzenia, niepełnosprawność ruchowa, intelektualna, a także u dzieci niemówiących), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną ma kwalifikacje

umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub może skorzystać z udziału odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

STANDARD 10: Rodzice są ekspertami w sprawach dziecka. Perspektywa rodziców, pochodzące od nich informacje i opinie dotyczące rozwoju oraz zachowania dziecka są uwzględniane w procesie oceny funkcjonalnej.

Przebieg procesu oceny funkcjonalnej

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna przeprowadzana jest w placówce edukacyjnej i/lub poradni psychologiczno-pedagogicznej albo ośrodka specjalistycznym.

STANDARD 12: W placówce przeprowadzającej ocenę funkcjonalną, w przypadku każdego dziecka poddawanego tej ocenie, wyznaczona zostaje osoba koordynująca (specjalista wiodący). Osoba ta jest odpowiedzialna za skoordynowanie działań zespołu przeprowadzającego ocenę, a także zebranie wszystkich informacji na temat dziecka, w tym wyników obserwacji, badań testowych, pomiarów osiągnięć szkolnych itd. w jednym raporcie dokumentującym wyniki oceny.

STANDARD 13: Kompleksowa ocena funkcjonalna jest przeprowadzana dwa razy w roku szkolnym, np. w pierwszym miesiącu każdego semestru oraz aktualizowana na bieżąco, jeśli w sytuacji dziecka następuje istotna zmiana, dotycząca np. stanu zdrowia, poziomu funkcjonowania i rozwoju, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych.

STANDARD 14: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną korzysta z wielu źródeł informacji oraz metod, w tym: 1) obserwacji dziecka (w warunkach przedszkolnych/szkolnych, przeprowadzanej przez specjalistę – psychologa,

pedagoga); 2) rozmowy z dzieckiem (w każdym przypadku, gdy jest to możliwe, także gdy wymaga zastosowania komunikacji alternatywnej, którą dziecko się posługuje); 3) wywiadu z rodzicami/opiekunami; 4) opinii nauczycieli; 5) wyników badań testowych i innych badań wykonanych przez specjalistów przeprowadzających kompleksową ocenę.

STANDARD 15: W ocenie funkcjonalnej specjaliści wykorzystują odpowiednio dobrane, wystandaryzowane i zwalidowane w polskiej populacji narzędzia.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 16: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać: 1) szczegółowego profilu zdolności i umiejętności ucznia; 2) opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności; 3) wyników analizy czynników środowiskowych, w tym sytuacji rodzinnej, zasobów rodziny, sytuacji dziecka w grupie rówieśniczej i placówce edukacyjnej; 4) konkretnych wskazań terapeutycznych i edukacyjnych, pozwalających sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARDY OGÓLNE

STANDARD 17: Osoby ze spektrum autyzmu otrzymują kompleksowe wsparcie na przestrzeni całego życia. Wsparcie w okresie edukacji szkolnej jest zintegrowane ze wsparciem w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju oraz wsparciem po ukończeniu edukacji szkolnej.

STANDARD 18: Wsparcie uwzględnia zarówno rozwijanie kompetencji osoby ze spektrum autyzmu, jak i dostosowanie środowiska, które stwarza bariery, marginalizuje i wyklucza te osoby oraz ich rodziny.

STANDARD 19: Nadrzędnym celem dostarczanego wsparcia jest poprawa jakości życia osób ze spektrum autyzmu i ich rodzin.

STANDARD 20: Udzielane wsparcie edukacyjne i specjalistyczne bazuje na naukowo ugruntowanych podstawach teoretycznych. Wykorzystywane są w nim przede wszystkim metody o naukowo sprawdzonej skuteczności (*evidence-based approach*).

STANDARD 21: Jakość i efektywność wsparcia są systematycznie monitorowane przez zespół specjalistów w placówce edukacyjnej lub poradni psychologiczno-pedagogicznej. W wypadku braku założonych efektów nanoszone są odpowiednie korekty. W procesie monitorowania uwzględniane są opinie rodziców.

Indywidualizacja i zakres wsparcia

STANDARD 22: Wsparcie udzielane uczniowi ze spektrum autyzmu jest indywidualizowane. Wielkość wsparcia, intensywność i czas trwania powinny być dostosowane do potrzeb i charakterystyki konkretnego ucznia.

STANDARD 23: Uczeń ze spektrum autyzmu otrzymuje zarówno wsparcie w zakresie edukacji ze strony odpowiednio wykwalifikowanych nauczycieli, jak i specjalistyczne wsparcie edukacyjne oraz terapeutyczne, dostarczane przez odpowiednich specjalistów.

STANDARD 24: Zakres i formy wsparcia wynikają z kompleksowej, profesjonalnej oceny funkcjonalnej, stanowiącej podstawę opracowania indywidualnego, wszechstronnego i skoordynowanego programu/planu wspierania dziecka.

STANDARD 25: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego jest opracowywany na początku każdego roku szkolnego (lub nie dłużej niż w ciągu dwóch miesięcy po przybyciu dziecka do placówki edukacyjnej, jeśli ma to miejsce w ciągu roku szkolnego) i modyfikowany w zależności od potrzeb, po dokonaniu oceny rozwoju, zachowania i dobrostanu dziecka oraz jego sytuacji społecznej.

STANDARD 26: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego powinien określać szczegółowe, konkretne cele edukacyjne i terapeutyczne w różnych obszarach rozwoju i funkcjonowania, a także strategie użyteczne dla ich osiągnięcia.

Zespół udzielający wsparcia

STANDARD 27: Program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego jest opracowany i realizowany przez interdyscyplinarny zespół przygotowany do pracy z uczniami ze spektrum autyzmu. W skład tego zespołu wchodzi: psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta pedagogiczny oraz – w zależności od potrzeb – fizjoterapeuta, a także pracujący z dzieckiem nauczyciele.

STANDARD 28: Wsparcie ucznia na terenie placówki edukacyjnej jest koordynowane przez profesjonalistę wyspecjalizowanego w zakresie spektrum autyzmu (tzw. specjalistę wiodącego). Specjalistą tym powinien być psycholog lub pedagog/pedagog specjalny. Jeżeli wsparcie planowane i realizowane jest w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodku terapeutycznym,

w jednostce tej wyznaczony jest odpowiednio przygotowany specjalista odpowiedzialny za zaplanowanie oraz organizację wsparcia dla danego ucznia. Specjalista ten utrzymuje regularny kontakt z placówką edukacyjną, koordynuje działania i wspiera merytorycznie placówkę w rozwiązywaniu ewentualnych problemów.

STANDARD 29: Nauczyciele pracujący z uczniem ze spektrum autyzmu, a także inni pracownicy szkoły mają odpowiednie przygotowanie w zakresie spektrum autyzmu i są zobowiązani do aktualizacji swojej wiedzy oraz podnoszenia kwalifikacji.

STANDARD 30: W placówce edukacyjnej uczniowi i nauczycielom zapewniony jest dostęp do wsparcia psychologa i pedagoga przygotowanych do pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Jeżeli szkoła nie ma takiego specjalisty, jest to zapewnione w SCWEW lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodka specjalistycznym, przy czym wsparcie jest dostępne szybko, aby zapobiec nasilaniu się trudności dziecka i powstawaniu nowych.

STANDARD 31: Jeżeli potrzeby ucznia wykraczają poza spektrum autyzmu (np. w związku ze współwystępującymi problemami zdrowotnymi lub rozwojowymi), możliwe są skoordynowane działania placówki edukacyjnej i odpowiednich ośrodków specjalistycznych.

Rola rodziców w procesie planowania i realizowania wsparcia

STANDARD 32: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego dla ucznia ze spektrum autyzmu jest przedstawiany rodzicom oraz dyskutowany z nimi. W planie należy uwzględnić potrzeby i możliwości rodziny w zakresie wspierania dziecka w procesie rozwoju i edukacji.

STANDARD 33: Rodzice mają prawo do odwołania do właściwego terytorialnie kuratora oświaty sprawującego nadzór pedagogiczny w danym województwie, jeżeli oceniają sformułowane w indywidualnym programie cele lub sposoby ich realizacji jako nieadekwatne w stosunku do ich dziecka.

Dostosowanie środowiska edukacyjnego do potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu

STANDARD 34: Zajęcia dziecka w szkole są zintegrowane wokół celów określonych w indywidualnym programie/planie wsparcia edukacyjno-specjalistycznego. W ramach poszczególnych zajęć stwarzane są warunki zwiększające zaangażowanie dziecka w proces uczenia się oraz dostosowaną do jego charakterystyki możliwość uczestniczenia w aktywnościach społecznych.

STANDARD 35: Środowisko edukacyjne jest dostosowane do potrzeb ucznia ze spektrum autyzmu. Wdrożone są zasady projektowania uniwersalnego oraz indywidualne dostosowania wynikające z potrzeb ucznia.

STANDARD 36: W placówce edukacyjnej rozwijane są różne formy wsparcia rówieśniczego, a także podnoszony jest poziom wiedzy uczniów i rodziców na temat spektrum autyzmu, aby eliminować stereotypy i przeciwdziałać przemocy rówieśniczej wobec dzieci ze spektrum autyzmu.

STANDARD 37: Placówka edukacyjna oferuje wsparcie rodzicom w zakresie edukacji i wspierania rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu.

7. ZABURZENIA ZACHOWANIA I EMOCJI

BEATA KOSTRUBIEC-WOJTACHNIO

7.1. Informacje wprowadzające i uzasadnienie teoretyczne konstrukcji standardów

Międzynarodowa klasyfikacja ICD-11 proponuje nowy podział zaburzeń o ogólnej nazwie *Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe* i nadaje im kod 06 (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017; Krawczyk, Święcicki, 2020). Są to zespoły charakteryzujące się klinicznie istotnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, regulacji emocjonalnej lub zachowania danej osoby, mające swoje źródło i czas trwania w dzieciństwie lub adolescencji. W swojej istocie odzwierciedlają dysfunkcję procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych, które leżą u podstaw funkcjonowania psychicznego i behawioralnego. Etiologicznie zaburzenia te są zwykle związane z przeżywaniem stresu, sytuacji dyskomfortu, utraty sił witalnych i psychicznych oraz z zauważanymi trudnościami w życiu rodzinnym, osobistym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania (Bomba, 2005). W ICD -11 zaburzenia te wykluczają takie rozpoznania jak ostra reakcja na stres (QE84), nieskomplikowana żałoba (QE62), których kody znajdują się w innym miejscu klasyfikacji.

Zaburzenia zachowania oraz emocji u dzieci i młodzieży są częstym czynnikiem utrudniającym edukację, rozwój osobowościowy i społeczny (WHO, 2021a). Dokładna epidemiologia nie jest znana. Aby poznać skalę zjawiska, można sięgnąć do kilku źródeł, przybliżających dane rzeczywistych zachowań. Są to dane pochodzące z:

- liczby rozpoznania (diagnoz) zaburzeń zachowania i emocji (rozumianych jako duża grupa zróżnicowanych zaburzeń mających postać rozpoznania zaburzeń zachowania i zaburzeń emocji), które pokazują statystyki

szpitalne; szacuje się, że zachorowania neuropsychiatryczne wśród dzieci i młodzieży stanowią 10–20% populacji (Komosińska, 2012).

- liczby osób (uczniów) wprowadzonych do Systemu Informacji Oświatowej (SIO). Raport ORE (2021) wskazuje, że na dzień 30 września 2019 roku odnotowano 8994 chorych uczniów oraz uczniów z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego wydane z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym lub niedostosowanie społeczne, z czego zdecydowana większość to uczniowie szkół podstawowych (59,9%).
- uczniowie korzystający z nauczania indywidualnego ze względu na stan zdrowia również doświadczają zaburzeń zachowania i emocji. Liczne hospitalizacje, interwencje chirurgiczne oraz wyłączenie się ze środowiska szkolnego i rówieśniczego powodują dotkliwe objawy z zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego (Zabłocka-Żytka, 2015; NIK, 2016), nie można także wykluczyć, że część trudności emocjonalnych powodują same szkoły czy system edukacyjny (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).
- najbardziej uwagę zwracają stany depresyjne i kryzysowe doprowadzające do zachowań suicydalnych. Według oficjalnych danych policji wśród dzieci i młodzieży w 2017 roku doszło do 116 zamachów samobójczych zakończonych zgonem, w 2018 roku było takich osób 97, w 2019 roku – 98, w 2020 roku – 107. Zachowania samobójcze i próby samobójcze wśród uczniów wymagają szczególnych działań profilaktycznych (Nowicka, Wzorek, 2016; Jabłoński, 2021a, 2021b).

Dotychczasowe badania wskazują, że bezpośrednio diagnozą zaburzeń zachowania objętych jest 6–10% chłopców i 2–9% dziewcząt. Liczby te mają jednak charakter rosnący (Kołąkowski, 2016). DSM-5 (2019) podaje, że u dzieci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania proporcja płci męskiej do żeńskiej wynosi 2:1, zaś u dorosłych 1,6:1.

Badania i analizy danych WHO (2005) pokazały, że trudności i zaburzenia przejawiane i diagnozowane przez specjalistów u dzieci i młodzieży mają swoją specyfikę epidemiologiczną. Są pewne zjawiska w przebiegu zdrowia i choroby, które przybierają na sile w określonym wieku uczniów, a zanikają w innym. W tabeli 12 zaprezentowano skalę zależności. Określony wiek rozwojowy oznacza prawdopodobieństwo pojawienia się pewnego typu zaburzeń i konieczność zaistnienia interwencji w postaci dostosowania sposobu i metod nauczania do stanu zdrowia ucznia.

Według SIO (2021) dane dotyczące polskich uczniów mają podobny rozkład. Zaznacza się jedynie większa liczba uczniów w szkole podstawowej zgłaszanych do nauki indywidualnej z uwagi na stan zdrowia (SIO nie rozróżnia przyczyn zachorowania – choroby somatyczne, psychiczne,

stan zdrowia po wypadku, stan zdrowia po operacji korygującej wady rozwojowe itp.). Systematycznie wzrasta też liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (Oszwa, 2003; WHO, 2005, 2022; Hinze, 2015; Fabiszewska, 2015).

Zaburzenia zachowania i emocji a zdrowie psychiczne

Opisując zaburzenia zachowania i emocji, nie sposób nie odnieść się krótko do pojęcia zdrowia psychicznego. We współczesnej literaturze przedmiotu obecne są liczne definicje zdrowia psychicznego, które można pogrupować na następujące kategorie:

- podejście negatywne (tzw. „wąskie”), akcentujące **brak choroby psychicznej**, zaburzeń czy dysfunkcji, ponieważ zdrowie jest rozumiane jako brak choroby, definicje tego typu są już właściwie historyczne (Gromulska, 2010);

Tabela 12. Przedziały wiekowe a występowanie wybranych zaburzeń psychicznych

Wiek (w latach) Zaburzenie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Zaburzenia więzi																		
Zaburzenia rozwojowe																		
Zachowania niszczące (buntownicze)																		
Zaburzenia nastroju/Zaburzenia lękowe																		
Uzależnienia od substancji psychoaktywnych																		
Początek zachorowań na psychozy, charakterystyczne dla osób dorosłych																		

Źródło: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans (2005), Geneva: World Health Organization, s. 10 (tłum. własne).

- podejście indukcyjne, podkreślające zdrowie jako **wynik wieloczynnikowego, poprawnego i efektywnego funkcjonowania** osoby ludzkiej w społeczeństwie (Jahoda, 1958; Dąbrowski, 1979; Vaillant, 2012);
- podejście salutogenetyczne, akcentujące **proces tworzenia zdrowia psychicznego**, wskazujące na zdrowie jako złożony proces bio-psycho-społeczny, w którym osoba osiąga i utrzymuje zdrowie w dynamicznym procesie rozwoju (Antonowsky, 1979, 1987).

Jedną z pierwszych definicji zdrowia psychicznego to teoria Marii Jahody (1958). Wykonała ona raport na rzecz Komisji Wspólnej ds. Chorób Psychiczych i Zdrowia Psychicznego WHO (za: Valiant, 2012, s.230) czym przyczyniła się do nowatorskiego rozumienia zdrowia psychicznego. Mimo pięćdziesięciu lat pozostaje podstawą wielu badań empirycznych i rozważań teoretycznych. Autorka przedstawia **zdrowie psychiczne jako obecność wielu czynników**. Dla zdiagnozowania oceny zdrowia psychicznego zauważa jednoczesną konieczność istnienia takich warunków jak: **pozytywna i wysoka samoocena, silne poczucie tożsamości, zdolność osoby do osobistego rozwoju i samorealizacji, syntetyzująca funkcja doświadczeń (nowe doświadczenia są integrowane z uprzednimi), autonomia – zdolność osoby do bycia niezależnym od wpływów społecznych i do samoregulacji, realistyczne spostrzeganie rzeczywistości, zdolność do adaptacji w zmieniającym się świecie, rozumiana jako twórcze radzenie sobie z wymaganiami otoczenia** (Jarvis, 2020).

Kolejna definicja WHO (2004) określa zdrowie psychiczne jako „**dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować**”. Niektórzy autorzy (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, Sartorius, 2017) polemizują z definicją zdrowia psychicznego podawaną przez WHO jako opisującą stan zbyt hedonistyczny i eudajmonistyczny. Taka definicja wykluczałaby z pojęcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzież, które są przed okresem pracy produkcyjnej lub doświadczają kryzysów rozwojowych.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest trudne do jednoznacznego zdefiniowania, ponieważ ich osobowość i kompetencje społeczne są w trakcie procesów rozwojowych, a te z kolei zakładają budowę i burzenie struktur i funkcji. Osobowość dzieci i młodzieży jest z definicji *in statu nascendi*. Zaistnienie pojedynczych zjawisk psychopatologicznych nie uprawnia do stwierdzenia o ich trwałości czy nieodwracalności zaburzenia. Taki status mają np. koszmary senne, które okresowo mogą się pojawiać u dzieci przedszkolnych, lub labilność emocjonalna u nastolatków, będąca nieadaptacyjnym przejawem rozwoju emocjonalnego. Cechą dobrej diagnozy zaburzenia zachowania i emocji jest dokonanie rozróżnienia czy zjawiska psychopatologiczne mają charakter rozwojowy, przejściowy, czy mogą się utrwalić i być przyczyną trudności w dalszym etapie rozwoju (First, 2018). Wiedza z zakresu psychologii rozwojowej jest niezbędnym elementem oceny stanu zdrowia dzieci i adolescentów (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020).

Według nowej definicji WHO (2022) zdrowie psychiczne to **stan pełnego fizycznego, umysłowego, i społecznego dobrostanu**. Zaplanowany przez WHO (2013) i będący w trakcie realizacji „Kompleksowy plan działania na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030” zakłada transformacje i działania podejmowane przez wszystkie kraje. Są w tym planie **ważne działania na rzecz dzieci i młodzieży**, które powinny obejmować: promocję dobrostanu (*well-being*), tworzenie warunków ochrony zdrowia psychicznego, zapewnienie opieki osobom już chorującym, usprawnianie dochodzenia do zdrowia i rehabilitacji, zmniejszenie zachorowań, śmierci i niepełnosprawności spowodowanych zachorowaniami na choroby psychiczne (WHO, 2022, s. 3).

Taką rolę spełnia także **edukacja włączająca** (Ainscow, Miles, 2012; Chrzanowska, 2019, 2021). Daje bowiem szansę każdemu dziecku i adolescentowi na edukację zgodnie z jego potrzebami i możliwościami w wybranej placówce edukacyjnej. Wolność wyboru i możliwość realizacji rozwoju według zainteresowań jest także tworzeniem szeroko rozumianego zdrowia psychicznego (WHO 2022).

Przyczyny powstawania zaburzeń zachowania i emocji

Przyczyny powstawania zaburzeń zachowania i emocji są bardzo różnorodne i złożone, stanowią efekt zaburzeń dynamizmów rozwoju zdrowia psychicznego, zmian neurorozwojowych, jak również niekorzystnych warunków środowiskowych wychowania i nauczania. W każdym szczegółowym przypadku można znaleźć wiele badań i założeń teoretycznych związanych z powstawaniem każdego z nich (Pawliczuk, 2015; Sokołowska, 2015; Kołakowski, 2016;

Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020). Przyczyny powstawania zaburzeń zachowania i emocji można uporządkować w oparciu o czynniki biologiczne, organiczne, społeczne i kulturowe.

Z uwagi na specyfikę zaburzeń zachowania i emocji warto zwrócić uwagę na czynniki społeczne, jakimi są rodzina, szkoła i grupy rówieśnicze. WHO (2005, s. 12) przedstawia listę czynników ryzyka, które przyczyniają się do powstawania zaburzeń zachowania (tabela 13).

Tabela 13. Czynniki ryzyka i ochrony zdrowia psychicznego

Dziedzina/kategoria	Czynnik ryzyka	Czynnik ochraniający
Biologiczne	Ekspozycja na toksyny (np. nikotyna, alkohol) Genetyczna podatność do zachorowań na choroby psychiatryczne Uraz głowy Niedotlenienie w czasie porodu lub inne komplikacje okołoporodowe Infekcja HIV Niedożywienie Inne zaburzenia	Opieka stosowna do etapu rozwojowego Dobre zdrowie fizyczne Poprawne funkcjonowanie intelektualne
Psychologiczne	Zaburzenia procesu uczenia się Niska adaptacyjność osobista Cechy osobowości Seksualne, fizyczne i emocjonalne wykorzystanie/zaniedbanie Trudności temperamentalne	Gotowość do uczenia się z doświadczenia Pozytywna samoocena Wysoki poziom umiejętności rozwiązywania problemów Umiejętności społeczne
Społeczne A) rodzina	Niekonsekwentny system wychowawczy Konflikt w rodzinie Mała dyscyplina w rodzinie Słabe zarządzanie w rodzinie Śmierć członka rodziny	Silne więzi w rodzinie Możliwość pozytywnego uczenia się w rodzinie System nagród w rodzinie
B) szkoła	Niepowodzenia szkolne Nieutworzenie przez szkołę odpowiedniego środowiska wspierającego frekwencję i naukę Nieadekwatne zasoby edukacyjne szkoły (metodyczne, kadrowe)	Możliwość rozwijania się w szkole Pozytywne doświadczenie ze szkoły Identyfikacja ze szkołą i zaspokajanie potrzeb edukacyjnych
c) społeczeństwo	Niepełny system społeczny (braki w systemie) Dezorganizacja wspólnoty Dyskryminacja i marginalizacja Ekspozycja na przemoc Przemiany społeczne (np. urbanizacja)	Poczucie więzi społecznej Możliwość konstruktywnego używania umiejętności społecznych Pozytywne doświadczenia kulturowe Pozytywne modele ról społecznych Nagrody Posiadanie więzi ze wspólnotą osób wierzących (w ramach organizacji religijnych)

Źródło: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans (2005), Geneva: World Health Organization, s. 12 (tłumaczenie własne).

Podobne wskaźniki prezentują polskie prace nad przyczynami zaburzeń zachowania (Kołakowski, 2016ab). Niniejsze opracowanie nie obejmuje treściowego szczegółowego wyjaśnienia przyczyn zaburzeń zachowania i emocji, ponieważ lista trudności objętych tym pojęciem jest długa. Przy opracowaniu oceny funkcjonalnej należy sięgać do literatury fachowej i odnajdować najnowsze badania na temat etiologii powstawania określonych zaburzeń. Należy jednak pamiętać, że powstanie, ujawnienie się wielu zaburzeń ma tło wieloprzyczynowe, a wiedza na ich temat stale się rozwija. Należy zatem sięgać po najnowszą literaturę. Wiele analiz dotyczących etiologii i epidemiologii zawiera podręcznik *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5* (2019), przetłumaczony na język polski.

Zaburzenia zachowania i emocji wyróżniają się niezwykle dużą różnorodnością zjawisk, które podlegają klasyfikacji (Fabiszewska, 2015; Hinze, 2015; Pawliczuk, 2015ab; Sokołowska, 2015; Wolańczyk, Komender, 2005). Pierwszą dużą grupą są zaburzenia zachowania, drugą – zaburzenia emocji. Szczegółowa charakterystyka zostanie przedstawiona poniżej, ale warto zauważyć, że jest także wiele połączeń między tymi dwiema grupami. Nauka wciąż odkrywa nowe współlistniejące zachowania lub na nowo definiuje i klasyfikuje obecnie już znane. Okazuje się, że wiele uzależnień behawioralnych ma swoje tło w nastroju depresyjnym ucznia, osamotnieniu i zachowaniach konfliktowych środowiska pochodzenia ucznia. Pierwszym mechanizmem spustowym jest przyzwolenie rodziców lub opiekunów dla nadmierowej formy korzystania z danego typu aktywności (gra komputerowa, smartfon, hazard). Nominalnie osobno zapisalibyśmy uzależnienie behawioralne, osobno depresyjność ucznia, osobno introwersję jako cechę osobowości, w rzeczywistości te trudności łączą się ze sobą u danej jednostki.

Kolejną trudnością jest problem z odróżnieniem niektórych zaburzeń rozwojowych od zaburzonych zachowań (Cierpiałkowska, Sęk, 2016; Pinto i in., 2014; Dray i in., 2017). Ma to miejsce zwłaszcza w przypadku uczniów w młodszym wieku szkolnym, ale także wśród nastolatków. Literatura podaje również **pojęcie funkcjonalnego następstwa** zaburzeń zachowania i emocji

(DSM-5, s. 565). Wtórnie pojawiają się utrudnienia w funkcjonowaniu społecznym, edukacyjnym czy zawodowym (Karasowska, 2016).

Zaburzenia zachowania i emocji mogą być rozumiane jako wąska lub szeroka kategoria rozpoznania.

W rozumieniu wąskim obejmują zaburzenia zachowania (*conduct disorders* – CD); w ICD-11 dokładne brzmienie zaburzenia „Zachowanie destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne” (*Disruptive behaviour or dissocial disorders*), kod 6C90–6C9Z, opisane nieco poniżej), zaś w rozumieniu szerokim traktowane są jako dwie duże kategorie: 1) zaburzenia zachowania i 2) zaburzenia emocji. Podejście to uporządkowano w poniższej tabeli. Zawiera ona kody ICD-11 bez porównywania z DSM-5. Przyczyny tego stanu rzeczy są dwie: po pierwsze lekarze diagnozujący zaburzenia wpisują zgodnie ze sztuką diagnozy psychiatrycznej kody ICD, a proponowany system ICD-11 jest obecnie bardzo zbliżony do DSM-5. Z uwagi na obszerność liczby zaburzeń porównanie wszystkich typów zaburzeń zachowania i emocji oraz kodów ICD-11 oraz DSM-5 powinno stanowić przedmiot osobnego rozpoznania i opracowania (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017).

W poniższej tabeli przedstawiono szerokie rozumienie zaburzeń zachowania. Jest to zbiór tzw. *behavioral disorders*. Cechą wspólną przedstawionych diagnoz jest częstość ich diagnozowania i charakter neurorozwojowy (część pierwsza tabeli) lub charakter ograniczający funkcjonowanie w różnych systemach społecznych (rodzina, szkoła, społeczeństwo, praca).

W tabeli 14 zaprezentowano zaburzenia zachowania o zróżnicowanych przyczynach, przejawach i wpływie na wychowanie i edukację.

Tabela 14. Najczęściej diagnozowane u dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania (*behavioral disorders*)

ZABURZENIA ZACHOWANIA (behavioral disorders)	
Nazwa szczegółowa zaburzenia	Kody ICD-11
Zaburzenia rozwojowe koordynacji ruchowej (<i>Developmental motor coordination disorder</i>)	6A04
Zaburzenie ADHD – zaburzenie związane z deficytem uwagi i nadaktywnością (<i>Attention deficit hyperactivity disorder</i>)	6A05
Stereotypowe zaburzenia ruchowe (<i>Stereotyped movement disorder</i>)	6A06
Zachowania niszczycielskie i zaburzenia dysocjalne (<i>Disruptive behaviour or dissocial disorders</i>)	6C90–6C9Z
Zaburzenia jedzenia lub odżywiania się (<i>Feeding or eating disorders</i>)	6B80–6B8Z
Zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym lub cielesnym doświadczeniem (<i>Disorders of bodily distress or bodily experience</i>)	6C20–6C2Z
Zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami (<i>Disorders due to substance use or addictive behaviours</i>)	6C40–6C5Z
Zaburzenia kontroli impulsów (<i>Impulse control disorders</i>)	6C70–6C73
Skoncentrowane na ciele powtarzalne zaburzenia zachowania (<i>Body-focused repetitive behaviour disorders</i>)	6B25
Zaburzenia wydalania (<i>Elimination disorders</i>)	6C00–6C0Z
Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne (<i>Schizophrenia or other primary psychotic disorders</i>)	6A20–6A2Z
Katatonía (<i>Catatonia</i>)	6A40–6A4Z
Jednostki zaburzonego zachowania z poza grupy zaburzenia neurorozwojowe (kod z poza 6XXX)	
Objawy lub oznaki dotyczące wyglądu lub zachowania (<i>Symptoms or signs involving appearance or behavior</i>)	MB230-MB239 MB23A-MB23Z (przykłady poniżej)
Mutyzm (<i>Mutism</i>)	MB23D
Próba samobójcza (<i>Suicide attempt</i>)	MB23R
Zamach, czyn samobójczy (<i>Suicide behaviour</i>)	MB23S
Wycofanie społeczne (<i>Social withdrawal</i>)	MB23 Q
Tiki pierwotne i zaburzenia tikowe (<i>Primary tics or tic disorders</i>)	8A05.0
Zaburzenia snu i czuwania rytmu dobowego (<i>Circadian rhythm sleep-wake disorders</i>)	7A60–7A6Z

Źródło: www.icd.who.int

Jako przykład zaprezentowane zostanie zaburzenie ADHD związane z deficytem uwagi i nadaktywnością; w kodyfikacji ICD-11 przyjmuje nazwę *Attention deficit hyperactivity disorder* (kod 6A05), zaś w DSM-5 – *Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością* (kod 314.0). Według badań powoduje ono częste pogorszenie funkcjonowania poznawczego, szkolnego, społecznego. Zaburzenie to zwiększa prawdopodobieństwo zachowań uzależnieniowych, naruszeń przepisów prawa, złego przystosowania się. ADHD uwidacznia się w funkcjonowaniu szkolnym. Uczniowie z tym zaburzeniem często wchodzą w relacje konfliktowe z rówieśnikami, mają także trudności komunikacyjne i negują regulacje życia społecznego. Absorbują uwagę nauczyciela i sprawiają kłopoty wychowawcze. ADHD może przyczyniać się do bardzo zróżnicowanego sposobu funkcjonowania – od uporządkowanej aktywności sportowej u jednego ucznia, przyczyniającej się do podniesienia obrazu siebie, do skrajnego nieprzystosowania u innego. Rzetelny opis oceny funkcjonalnej (szkolnej oceny funkcjonalnej) jest zatem niezbędny dla wyznaczenia właściwych form wsparcia i pomocy dla uczniów z ADHD. Dostosowania w procesie

nauczania powinny obejmować konieczność rozładowania emocjonalnego, możliwości spożytkowania energii w sposób akceptowany społecznie, odpowiednie formy nauczania dla dzieci z deficytem uwagi i uczestniczenie w terapii behawioralnej w celu nabywania nowych form zachowania.

Tabela 15 przedstawia najczęściej diagnozowane zaburzenia emocjonalne (*emotional disorders*) o charakterze neurorozwojowym (kody 6A) lub innym (np. nabytym wskutek nieprawidłowej struktury życia rodzinnego, niekorzystnych wydarzeń).

Szczegółowy opis zaburzeń zachowania i emocji oraz sposób ich różnicowania można znaleźć w wyszukiwarce internetowej WHO (<https://icd.who.int/browse11>). ICD-11 zostało zsynchronizowane z DSM 5, należy więc przytoczyć jeszcze inne zaburzenia, które mogą dotyczyć zaburzeń zachowania i zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży z uwagi na specyfikę ich etapu rozwojowego. DSM 5 (First, 2018; Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM 5, 2019) jest typologią psychiatryczną i bardziej detalicznie wnika w stany subiektywne młodych pacjentów.

Tabela 15. Najczęściej diagnozowane u dzieci i młodzieży zaburzenia emocji

ZABURZENIA EMOCJI (<i>emotional disorders</i>)	
Nazwa szczegółowa zaburzenia	Kody ICD-11
Zaburzenia nastroju (<i>Mood disorders</i>)	6A60–6A8Z
Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem (<i>Anxiety or fear-related disorders</i>)	6B00–6B0Z
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (<i>Obsessive-compulsive or related disorders</i>)	6B20–6B2Z
Zaburzenia swoiście związane ze stresem (<i>Disorders specifically associated with stress</i>)	6B40–6B4Z
Zaburzenia dysocjacyjne (<i>Dissociative disorders</i>)	6B60–6B6Z

Źródło: www.icd.who.int

Proponuje zatem zauważenie takich trudności jak problemy wychowawcze w rodzinie, które mogą powodować zaburzenia zachowania i emocji, w tym:

- Problem związku rodzice dziecko (V61.20);
- Problem związku między rodzeństwem (V61.8);
- Wychowanie z dala od rodziców (V61.8);
- Dziecko dotknięte kryzysem związku rodziców (V61.29).

Pozostałe czynniki stanowiące przedmiot rozważań, odnoszące się do utrudnień w dziedzinie zachowania i emocji wymieniane przez DSM 5 to:

- inne problemy dotyczące podstawowej grupy wsparcia (V61, V62);
- potwierdzone fizyczne znęcanie się nad dzieckiem (995.54);
- podejrzenie fizycznego znęcania się nad dzieckiem (995.54);
- inne okoliczności związane ze znęcaniem się fizycznym nad dzieckiem (V61.21, V15.41, V61.22, V62.83);
- wykorzystanie seksualne dziecka (995.53);
- zaniedbywanie dziecka (995.52);
- psychiczne znęcanie się nad dzieckiem (995.51);
- problem związany ze szkołą lub nauką (V62.3);
- złe warunki mieszkaniowe (V60.1);
- skrajna bieda (V60.2);
- problem etapu życia (V62.89);
- problem związany z samotnym zamieszkiwaniem (V60.3);
- trudności akulturacji (V62.4);
- wykluczenie społeczne lub odrzucenie (V62.4);
- bycie obiektem dyskryminacji i prześladowania (V62.4);
- nieokreślony problem związany ze środowiskiem społecznym ((V62.9);
- ofiara przestępstwa (V62.89);
- skazanie w procesie cywilnym lub karnym bez uwięzienia (V62.5);
- uwięzienie lub inne ograniczenie wolności (V62.5);
- problemy po wyjściu z więzienia (V62.5);
- problemy związane z innymi okolicznościami prawnymi (V62.5);
- problem religijny lub duchowy (V62.89);

- problemy związane z niechcianą ciążą (V61.7);
- konflikt z przedstawicielem służby socjalnej w tym pracownikiem socjalnymi i pracownikiem opieki społecznej (V62.89);
- ofiara terroryzmu lub tortur (V62.89);
- narażenie na klęskę żywiołową, wojnę i inne niebezpieczeństwa (V62.22);
- uraz psychiczny w wywiadzie (V15.49);
- samouszkodzenia w wywiadzie (V15.59);
- problem związany ze stylem życia (V69.9);
- zachowanie antyspołeczne dziecka lub nastolatka (V71.02);
- niedostępność lub trudności dostępu do placówek opieki zdrowotnej (V63.9);
- niedostępność lub trudności dostępu do innych form pomocy (V63.8);
- niepodporządkowanie się leczeniu (V15.81);
- nadwaga lub otyłość (278.00);
- symulacja (V65.2);
- włóczęgostwo związane z zaburzeniem psychicznym (V40.31).

W rozpoznawaniu trudności emocjonalnych i zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży pomagają oba indeksy ICD-11 oraz DSM-5. W obecnym wydaniu są one zbliżone i uwidacznia się trend detalizacji opisów, ale także ich upodobnienia w porównaniu z wersjami ICD-10 i DSM-IV.

W pierwotnym rozpoznaniu przez szkołę i praktyce diagnostycznej łatwiej zauważyć zachowania eksternalizacyjne, jak zaburzenia nadaktywności i braku koncentracji uwagi (ADHD), zaburzenia zachowania (CD), zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD), niż zachowania internalizacyjne (objawy depresji, wycofania, nieśmiałości). Obie formy mogą powodować trudności edukacyjne i wymagają uruchomienia procesu oceny funkcjonalnej.

Epidemiologia występowania zaburzeń zachowania i emocji jest różnie szacowana w zależności od kryteriów (od 1,1% populacji dzieci i nastolatków do 14% w zależności od typu diagnozy i wieku. (WHO, 2021). Specjaliści są zgodni, że liczby te mają tendencje wzrostowe i wymagają pilnej

pracy społecznej nad redukcją zachorowań. Sytuacja nasiliła się jeszcze pod wpływem pandemii. Powody takiej sytuacji można odnaleźć w dużej liczbie nowych rozpoznań, słabej popularyzacji tematyki promocji zachowań prozdrowotnych, małej wiedzy uczniów i rodziców na temat zdrowia psychicznego (Dąbrowski, 1975, 1979; Kiling i in., 2011; Komosińska, 2012; Heszen-Celińska, Sęk 2022; WHO, 2022) od wielu lat popularyzowanej za granicą, a słabiej rozpowszechnionej w Polsce. Kolejną przyczyną są trudności w dostępie do służby zdrowia. W wielu ośrodkach brakuje lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży. Sytuacja nieco poprawiła się w związku z rozwojem ogólnopolskiej sieci poradni pierwszego stopnia referencyjności (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia

19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) refundowane w ramach NFZ. Szkoły mają do odegrania ważną rolę w procesie oddziaływań psychoprophylaktycznych, nauki zdrowego stylu życia, upowszechnienia wiedzy o zdrowiu psychicznym. Od edukacji szkolnej zależy promowanie właściwych postaw wobec osób doświadczających zaburzeń psychicznych i chorujących na schorzenia psychiczne.

W dokonywaniu opisu zaburzeń zachowania i emocji warto także pamiętać, że uczeń jest podmiotem, nie zaś statystyką w spisach jednostek chorobowych. Jedna osoba może otrzymać kilka rozpoznań (kodów) z uwagi na przejawiane złożone trudności.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Ambroziak, K. (2016). Psychoterapia poznawczo-behawioralna chłopca skierowanego ze współwystępowaniem zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 260–308). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ambroziak, K., Kołakowski, A. (2016). *Modele poznawczo-behawioralne zaburzeń zachowania i agresji. Programy terapeutyczne*. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 206–259). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieciuch, J. (2022). *Bateria testów: Kompetencje-Cechy-Objawy*. UKSW.
- Dąbkowska, M. I. (2016). Schematy poznawcze osób z ADHD a kształtowane się zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 78–100). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dąbrowski, K. (1979). Co to jest zdrowie psychiczne? W: K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie psychiczne* (s. 7–35). PWN.
- Dąbrowski, K. (1975). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Dray, J. i in. (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813–824.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2013). *Report Occupational Safety and Health and Education: A Whole School Approach*. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/occupational-safety-and-health-and-education-a-whole-school-approach>
- Society of Clinical Child & Adolescent Psychology (2022, czerwiec 8). Evidence based therapy. <https://effective-childtherapy.org/therapies/>
- Gaebel, W., Zielasek, J., Reed, G. M. (2017). Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska*, 51(2), 169–195.
- Gromulska, L. (2010). Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 64, 127–132.
- Grudzińska, E. (red.). (2017). *Diagnoza w socjoterapii*. Difin.

- Grudzińska, E. (red.). (2021). *Kompetencje pracowników socjalnych*. Warsztaty. Difin.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., Borkowska, A. (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fabiszewska, G. (2015). Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo Psychologiczne* (s. 258–290). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- First, M. B. (2018). *DSM-5. Podręcznik diagnostyki różnicowej*. P. Gałęcki (red. wyd. pol.). Edra Urban & Partner.
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2022). *Zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hinze, B. (2015). Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 250–279). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jabłoński, R. (2021a). Profilaktyka zachowań samobójczych. Czy wszyscy powinniśmy brać w niej udział?, *Telefon Zaufania*, 1–2.
- Jabłoński, R. (2021b). Wpływ traum przeżywanych w dzieciństwie (w tym w rodzinie alkoholowej) na przyszłe zachowania autodestrukcyjne. Samookaleczenia, samobójstwa, *Telefon Zaufania*, 5–10.
- Jagielska, G. (2016). Terapia rodzinna w leczeniu zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 309–353). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jagiela, J. (2007). *Socjoterapia. Krótki poradnik psychologiczny*. Rubikon.
- Jankowiak, B. Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. Basic Books.
- Kaniowska, T. (2018). *Poradnik prawny dyrektora MOW i MOS*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Karasowska, A. (2016). Zaburzenia zachowania jako skutek urazów psychicznych doznanych przez dziecko. W: A. Kołakowski (red.). *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 483–557). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60827-1)
- Knopik, T., Wiejak, K., Humenny, G., Płatkowski, B. (2021). *Raport z badania: Monitorowanie uwzględniania zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych uczniów w procesie kształcenia*. Instytut Badań Edukacyjnych.
- Komosińska, K. (2012). Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży. W: J. M. Żmichowska (red.), *Prace naukowe WW-SZiP. Zeszyty pedagogiczno-medyczne*, 18, 105–112.
- Kołakowski, A. (2016a). Kliniczny obraz zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 15–63). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołakowski, A. (2016b). Zaburzenia zachowania a zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD). W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 64–77). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Filipiak, M., Gruszczyńska, K. (2019). *Diagnoza psychologiczna dla potrzeb edukacji. Standardy dla psychologów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Gruszczyńska, K. (2015). *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*. Instytut Badań Edukacyjnych.
- Krawczyk P., Świącicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria Polska*, 54(1), 7–20.
- Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red. wyd. pol.). (2019). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Edra Urban & Partner.
- Kuty-Pachecka, M., Stefańska, K. (2015). Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży. *Wychowanie w Rodzinie*, 11, 291–304.
- Mitchell, D. (2014). *What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies* (wyd. 2). Routledge.
- MEiN. (2021). Model Edukacji dla wszystkich.: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/model-edukacji-dla-wszystkich>
- NIK (2017). Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży. Raport. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,15392,vp,17874.pdf>
- Nowicka, M., Wzorek, A. (2016). Pozytywna zmiana dzieje się już dziś. Koncepcja profilaktyki zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży. Wydawnictwo MEN, NPZ.
- Oszwa, U. (2003). Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży. *Remedium*, 125–126.
- Paszkiewicz, A. (2017). Skuteczna praca z wychowankiem niedostosowanym społecznie w grupie socjoterapeutycznej. Difin.
- Pawliczuk, W. (2015a). Poradnictwo dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 81–108). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pawliczuk, W. (2015b). Poradnictwo psychologiczne w okresie adolescencji. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 109–130). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Souza Pinto, A. C., Tavares Luna I., de Araújo Sivla, A., Neyva da Costa Pinheiro, P., Batista Braga V. A., Alves e Souza, A. M. (2014). Risk factors associated with mental

- health issues in adolescents: a integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 555–564. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- Sikorski, W. (2014). Socjoterapia w praktyce psychopedagogicznej. Oficyna Wydawnicza PWSZ.
- System Informacji Oświatowej /dane na dzień 31.03.2021/ <https://dane.gov.pl/pl/dataset/182,dane-statystyczne-uczniow-z-orzeczeniem-o-potrzenie-ksztacenia-specjalnego>
- Sokołowska, E. (2015). Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 45–81). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strzemieczny, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Vaillant, G. E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne. Czy istnieje definicja międzykulturowa? *Postępy Psychiatrii i Neurologii. Forum*, 21(4), 229–250.
- Walecki, M. (2016). Sądowo-psychiatryczne aspekty zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 354–369). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Weisz, J. R., Kazdin, A. E. (red.). (2020). *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*. Wydawnictwo UJ.
- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (2001). Tłumaczenie polskie: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- WHO. (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva.
- Child & Ado Mental Health_c.qxd (who.int)
- WHO. (2013). Mental Health Action plan flyer: what member state can do 2013–2030.
- Mental Health Action Plan 2013–2030 flyer: what Member States can do (who.int)
- WHO. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). – <https://icd.who.int/>
- WHO. (2021a). Adolescent Mental Health. Adolescent mental health (who.int)
- WHO. (2021b) Supported living services for mental health Promoting person-centred and rights-based approaches.
- WHO. (2022). World Mental Health Report. Transforming mental health for all. www.who.int/publications/i/item/9789240049338
- Wolańczyk, T., Komender, J. (red.). (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. PZWL.
- Zabłocka-Żytka, L. (2015). Poradnictwo psychologiczne dla osób chorych somatycznie. W: C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 223–249). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Akty prawne:
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym (Dz. U. z 2011r. Nr 296, poz.1755).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkuowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017 r. poz. 1616).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz.1640).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U z 2019 r. poz. 1285).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1651).
- Strony internetowe
- ICF Polska. <https://icf.org.plhttps://icf.org.pl>
- Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Society of Clinical Child & Adolescent Psychology. Evidence-based Therapies - Effective Child TherapyEvidence-based Therapies -- Effective Child Therapy. <https://effectivechildtherapy.org/therapies/#::~:~:text=Evidence-based%20Therapies.%20Applied%20Behavior%20Analysis.%20Behavior%20therapy.%20Cognitive,therapy.%20Dialectical%20behavior%20therapy.%20Interpersonal%20psychotherapy.%20Motivational%20Interviewing>
- WHO. www.icd.who.intwww.icd.who.int
- www.ore.edu.plwww.ore.edu.pl

7.2. Standardy realizowania oceny funkcjonalnej i wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) dziecka/ucznia z zaburzeniami zachowania i emocji powinna ogniskować się na opracowaniu metod i form wsparcia rozwoju, w tym wsparcia w realizacji zadań szkolnych/związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego aktualnym sposobem funkcjonowania i stanem zdrowia.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje:

- zidentyfikowanie trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka/ucznia (przede wszystkim sfera emocjonalno-społeczna, komunikacja i socjalizacja, rozwój poznawczy, motoryczny, językowy);
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka/ucznia;
- określenie konsekwencji funkcjonalnych zaburzeń zachowania i emocji w toku oceny funkcjonalnej oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się oraz modyfikacji warunków, w jakich przebiega proces edukacyjny (metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności);
- analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole, potrzeb i możliwości rodziny oraz jakości warunków fizycznych, w których odbywa się praca edukacyjna;
- sformułowanie wskazań do opracowania planów wsparcia/edukacji.

STANDARD 3: Diagnoza kliniczna zaburzeń zachowania i emocji (kody ICD-11 rozpoczynające się od 6A04) nie jest warunkiem przeprowadzenia OF w szkole lub poradni uwzględniającej trudności ucznia charakterystyczne dla zaburzeń zachowania i emocji.

STANDARD 4: O zaburzeniach zachowania i emocji można mówić zawsze w przypadku zaistnienia **medycznej diagnozy psychiatrycznej** (uwzględniającej kryteria ICD-11) zestawionej z funkcjonalną oceną zachowania. Ocena funkcjonalna, której efektem jest zaplanowanie wsparcia, dotyczy:

- dzieci i uczniów z trudnościami w realizacji obowiązku szkolnego;
- dzieci i uczniów realizujących obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, ale nieosiągających zadowalających efektów uczenia (absencje, liczne oceny niedostateczne, nieuzyskujące efektów kształcenia specjalistycznego lub zawodowego);
- dzieci i uczniów z trudnościami w zachowaniu, utrudniającymi prawidłowe funkcjonowanie społeczne;
- dzieci i uczniów znajdujących się w sytuacji naruszenia prawa – pozostających w kolizji z prawem, pozostających pod opieką kuratora sądowego.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 5: W OF profesjonaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi (zob. Aneks, Tabela A5). Rekomendowane metody powinny być na bieżąco nowelizowane przez MEiN i ogłaszane na stronach internetowych ministerstwa lub ORE.

STANDARD 6: W kompleksowej OF dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji, w zależności od złożoności trudności dziecka, powinny zostać uwzględnione następujące zakresy oceny funkcjonalnej:

- A. Charakterystyka kliniczna (kod ICD-11 jednostki chorobowej lub zaburzenia);
- B. Ocena funkcjonowania społecznego i emocjonalnego – wynikające ze specyfiki zaburzenia zachowania;
- C. Ocena funkcji poznawczych – o ile są istotne z uwagi na kod jednostki chorobowej/zaburzenia;
- D. Ocena stopnia opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwie do wieku dziecka) oraz opis trudności szkolnych (np. w funkcjonowaniu emocjonalnego i społecznego itp.) i mocnych stron funkcjonowania szkolnego;
- E. Ocena funkcjonowania społecznego na podstawie danych pochodzących z trzech perspektyw: obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy;
- F. Ocena psychologiczna:
 - dobór i zasadność stosowania metod wychowawczych w środowisku rodzinnym, domowym i szkolnym;
 - ocena dojrzałości zachowań społecznych (rozumienie norm, poziom ich przestrzegania);
- G. Ocena środowiska rodzinnego i szkolnego, w tym barier i zasobów środowiskowych, np. wsparcie emocjonalne rodziców, postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny, cechy systemu rodzinnego (rodzina pełna, niepełna, zrekonstruowana, liczba rodzeństwa, jakość wsparcia, jakie rodzina otrzymywała/ otrzymuje);
- I. Wnioski z innych diagnoz: w zależności od złożoności trudności rozwojowych dziecka/ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych diagnoz. W przypadku dzieci z innymi trudnościami lub

niepełnosprawnościami może być potrzebna np. diagnoza logopedyczna lub diagnoza SI, diagnoza neurologiczna, diagnoza chorób rzadkich;

- J. Możliwe jest włączenie danych pochodzących od innych specjalistów z innych ośrodków (MOPR, Policja, np. Procedura „Niebieskiej Karty”, pracowników fundacji i stowarzyszeń); w zależności od trudności specjalności, jak: pedagodzy specjaliści, inni pracownicy szkoły, opiekunowie świetlic, terapeuci zajęciowi, pracownicy służb socjalnych, pracownicy służb sądowych (np. biegli sądowi), pracownicy służby zdrowia i służb medycznych – psychologowie kliniczni, lekarze specjaliści, ratownicy medyczni i inni.

STANDARD 7: W skład zespołu przeprowadzającego OF dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji wchodzi: specjalista wiodący z PP-P, lekarz, psycholog, pedagog oraz rodzice. Możliwy jest (na wniosek rodzica lub specjalisty wiodącego) udział innych specjalistów, jak: logopeda, pracownik społeczny, asystent rodziny bądź asystent społeczności romskiej.

STANDARD 8: Interdyscyplinarną ocenę funkcjonalną dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji realizowaną przez PP-P **koordynuje specjalista wiodący** (pedagog specjalny lub psycholog, terapeuta specjalizujący się w pracy z dziećmi/uczniami z zaburzeniami zachowania i emocji) merytorycznie dobrany do problemów dziecka/ucznia.

STANDARD 9: W przypadku dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji, u których współwystępują inne problemy lub niepełnosprawność (np. zaburzenia słuchu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną powinien mieć kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też mieć możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

STANDARD 10: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany edukacji oraz realizujące IPE i monitorujące poziom realizacji pomocy, powinny być zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach – rekomendowanych przez MEiN, bezpłatnych dla pracowników.

STANDARD 11: W OF uwzględnia się następujące źródła informacji:

- analizę dokumentacji medycznej (neurologicznej, psychiatrycznej, od lekarza rodzinnego, dokumentację leczenia i udzielanej pomocy, inną, np. dotychczasowe diagnozy i przebieg leczenia);
- analizę dotychczasowej dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją i działaniami pomocowymi świadczonymi na rzecz ucznia (bieżącej, jak również tych z wcześniejszych etapów dzieciństwa i edukacji (np. WWR, program za życiem);
- obserwację uczestniczącą dziecka/ucznia (w warunkach przedszkolnych/ szkolnych);
- wywiad z rodzicami/opiekunami;
- rozmowę z dzieckiem;
- opinie nauczycieli (wychowawca, nauczyciele przedmiotowi);
- opinie szkolnych specjalistów (psycholog, pedagog, wychowawca (SzOF), opinie biegłych sądowych, biegłych w zakresie danego zaburzenia lub choroby rzadkiej), raporty służb socjalnych, kuratorów sądowych, terapeutów uzależnień, wyniki/opisy badań sądowych i inne);
- wyniki badań testowych i innych badań przeprowadzonych przez specjalistów dokonujących kompleksowej oceny w PP-P (wyniki badań psychologicznych, w tym ocena poziomu intelektualnego, wyniki badań pedagogicznych, logopedycznych);
- inne dane, jak analiza wytworów, pamiętniki, listy, prace plastyczne, wypowiedzi, zapisy elektroniczne, wytwory na stronach internetowych.

STANDARD 12: Miejsce przeprowadzania oceny funkcjonalnej.

Ze względu na wielospecjalistyczny charakter OF dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji miejsce jej przeprowadzenia będzie zależeć od tego, czy w placówce edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko, pracują specjaliści mogący przeprowadzić ocenę oraz czy jest ona wyposażona w niezbędne, profesjonalne narzędzia. W związku z tym pod uwagę należy wziąć następujące warianty:

- 1) ocena funkcjonalna przeprowadzana w placówce (szkole, przedszkolu), zwana szkolną oceną funkcjonalną (SzOF);
- 2) ocena funkcjonalna przeprowadzana częściowo w placówce (jako SzOF), częściowo przez specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej);
- 3) ocena funkcjonalna przeprowadzona w całości przez jednostki systemu ochrony zdrowia (I, II, III poziom referencyjny) przy współpracy z placówką edukacyjną i/lub poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

STANDARD 13: Częstość przeprowadzania oceny funkcjonalnej

Kompleksowa ocena funkcjonalna dzieci/uczniów z zaburzeniami zachowania i emocji jest przeprowadzana po zgłoszeniu i aktualizowana na bieżąco, gdy następuje istotna zmiana w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, dotycząca stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych. Ocena dokonywana jest nie rzadziej niż raz na semestr (przedszkole, nauczanie początkowe, starsze klasy szkoły podstawowej, szkoła średnia).

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna prowadzi do opracowania profilu funkcjonalnego, czyli dostarcza:

- wiedzy o szczegółowym profilu zdolności i umiejętności ujmowanych w sposób pozytywny (uczeń, umie, rozumie, używa, potrafi...);

- opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności (uczeń nie umie, nie rozumie, nie używa, nie potrafi...);
- wyników analizy czynników środowiskowych, w tym potrzebnych dostosowań;
- konkretnych wskazań terapeutycznych i edukacyjnych, pozwalających sformułować precyzyjnie określone cele opisane w postaci indywidualnego planu edukacyjnego (formy dostosowania, pomoce, zaangażowani specjaliści), wskazania realistycznych sposobów ich realizacji oraz wskaźników oceny efektywności realizacji planu.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 15: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne jest procesem aktualizowanym do dynamicznie zmieniającej się sytuacji ucznia, uczeń ma prawo do wsparcia w różnych sektorach, wsparcie udzielane jest w zależności od rodzaju zaburzenia i jego poziomu. Uczeń ma prawo do korzystania z pomocy z uwzględnieniem posiadanej diagnozy bądź wielu diagnoz. Zakres zalecanego wsparcia zawiera indywidualny plan wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny, indywidualny plan wsparcia ucznia i rodziny lub indywidualny plan edukacyjny.

Poziom I. Uniwersalne projektowanie – projektowanie lekcji i zadań domowych dostępnych pod względem fizycznym i psychicznym (np. uwaga na przebodźcowanie, nadmiar zajęć, aktywności, zapobieganie trudnościom szkolnym, ale i zaniedbywaniu obowiązków szkolnych);

Poziom II. Edukacyjne wsparcie kompensacyjne – działania, które szkoła/placówka oświatowa może podjąć, aby pomoc na poziomie edukacji była realnie korzystna (konsultacje szkolne, indywidualny plan edukacyjny, realizacja wsparcia, monitorowanie wsparcia):

1) wsparcie w zakresie indywidualnych potrzeb edukacyjnych;

2) racjonalne dostosowania i modyfikacje z uwagi na posiadane rozpoznane zaburzeń zachowania i emocji, np. udział w lekcjach nauczyciela współpracującego lub pedagoga specjalnego.

Poziom III. Specjalistyczne wsparcie – specjalistyczna terapia indywidualna lub rodzinna w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub podmiocie leczniczym (poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddział dzienny psychiatryczny, oddział rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży, szpitalny oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży), dostosowana organizacja kształcenia (decyzja rodzica) - w szkole ogólnodostępnej, szkole specjalnej, młodzieżowym ośrodku socjoterapii w przypadku naruszenia prawa (decyzja sądu) - opieka kuratora sądowego, umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym.

STANDARD 16: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne na terenie szkoły (np. socjoterapia) lub w PPP-P jest udzielane na możliwym najwyższym poziomie przez wprowadzenie kryteriów sprawdzających jakość udzielanej pomocy. Są to:

- zapewnienie odpowiednio wykształconych osób do prowadzenia działań edukacyjnych, pomocowych i korektywnych (edukacja kadr, doszkalszanie się bieżące zgodne z zapotrzebowaniem na zatrudnienie w danej jednostce, szkolenia certyfikowane, specjalistyczne, ale niekoniecznie na poziomie studiów podyplomowych), stosujących uznane metody, których skuteczność oparta jest na dowodach (*evidence based therapy*);
- szybkość organizowania udzielanej pomocy (pomoc powinna być zorganizowana do tygodnia od daty przedłożenia w szkole indywidualnego planu edukacyjnego);
- pomoc zogniskowana na powstawaniu pozytywnych zmian jakościowych w zakresie rozpoznanych zaburzeń zachowania i emocji poddawanych oddziaływaniom pomocowym (np. zmniejszenie lęku,

zaprzestanie działań agresywnych przez ucznia, zmniejszenie absencji szkolnych);

- systemowość oddziaływań pomocowych (nauka w szkole ogólnodostępnej z odpowiednim - jeśli potrzeba - wsparciem placówek specjalistycznych tj. PP-P, SCWEW);
- jakość przepływu informacji między osobami i instytucjami zajmującymi się uczniem (o bieżących stanach i potrzebach ucznia), warunek istotny, zwłaszcza gdy pomoc udzielana jest międzyresortowo (edukacja, ochrona zdrowia, pomoc społeczna);
- zapewnienie wymaganych pomocy, określonych przez IPE, na terenie szkoły lub PP-P (np. materace, sprzęt muzyczny do socjoterapii, materiały plastyczne do arteterapii) poprzez współpracę z SCWEW odpowiednim dla miejsca działania placówki;
- superwizja, której powinni podlegać wszyscy udzielający pomocy (nauczyciel, terapeuci);
- zdolność systemu edukacyjnego do uczenia się i modyfikacji udzielanej pomocy.

STANDARD 17: Dziecko/uczeń ma prawo do korzystania ze wsparcia w różnych sektorach. Jednocześnie liczba i jakość form tego wsparcia **nie powinna przekraczać ustaleń** indywidualnego planu edukacyjnego lub indywidualnego planu wsparcia ucznia i rodziny, opracowanego na podstawie wyników oceny funkcjonalnej. **Jednostka wydająca ocenę funkcjonalną pilotuje** za razem miejsce i ilość godzin udzielanej pomocy, która ma charakter systemowy i bezpłatny.

STANDARD 18: Dziecko/uczeń ma prawo do korzystania z pomocy adekwatnej do nasilenia przejawianych trudności.

STANDARD 19: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne jest na bieżąco monitorowane pod kątem skuteczności. Ocena skuteczności udzielanej pomocy odbywa się zawsze, kiedy nastąpi znacząca zmiana w funkcjonowaniu dziecka, nie rzadziej niż na koniec danego etapu edukacyjnego (przedszkole, nauczanie początkowe (klasy 1–3), klasy starsze szkoły podstawowej – klasa VIII, szkoła ponadpodstawowa).

STANDARD 20: Indywidualne nauczanie **nie jest formą wsparcia**, ale sposobem uczenia dzieci/uczniów chorych, mających znaczne utrudnienia w nauce w systemie szkolno-klasowym lub taką sytuację zdrowotną, która uniemożliwia naukę w szkole. Jeśli uczeń przebywa w podmiocie leczniczym jest objęty kształceniem w szkole specjalnej zorganizowanej w tym podmiocie, a jeśli przebywa w domu i jego stan zdrowia nadal wymaga leczenia – indywidualnym nauczaniem w domu.

STANDARD 21: Nauczanie indywidualne nie powinno być nadużywane, jest **formą realizacji obowiązku szkolnego oraz nauczania dzieci i młodzieży ciężko chorych**, wskazaną formą nauczania w problemach zdrowotnych **o średnim nasileniu jest zindywidualizowana ścieżka kształcenia lub pomoc nauczyciela współpracującego na wybranych godzinach lekcyjnych**, umożliwiająca uczniowi naukę w systemie szkolno-klasowym oraz indywidualizację wymagań przez kilka godzin nauki indywidualnej w szkole, a z czasem powrót do systemu klasowego w szkole ogólnodostępnej.

ROZDZIAŁ II.

Szczegółowe informacje/wskazania do stosowania standardów

Cele, zakres i specyfikę przebiegu procesu oceny/diagnozy funkcjonalnej opisuje się od wielu lat. Najszerzej jej rozumienie pojawiło się w przedstawionej na początku aktualnego stulecia przez WHO *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* – ICF (2012). Jacek Paluchowski (2007) opisując różne typy diagnozowania, zauważa, że patrząc na ten proces w ujęciu systemowym, to właśnie w diagnozie funkcjonalnej podejmowane działania mają także na celu ustalenie zakresu szkodliwości objawów patologicznych w obrębie danej funkcji – w odniesieniu do ogólnego funkcjonowania jednostki. Muszą być one rozpatrywane w szerszym kontekście, np. radzenia sobie w grupie rówieśniczej, realizacji programu nauczania itp. Jak wyjaśnia Kazimiera Krakowiak (2017b, s. 12), to właśnie w ocenie potrzeb edukacyjnych dzieci/uczniów „diagnoza funkcjonalna daje możliwość wieloaspektowego rozpoznania przyczyn zakłóceń w harmonijnym przebiegu rozwoju dziecka/ucznia, pozwalając na jednoczesne uwzględnianie czynników biologicznych i uwarunkowań społecznych, a zwłaszcza na dostrzeganie zjawisk wynikających z ich wzajemnych oddziaływań, których konsekwencją są – trudne do uchwycenia – powikłania przyczynowo-skutkowe prowadzące do zaburzeń w uczeniu się i rozwoju osobowości. Trafne rozpoznawanie tych powikłań stanowi główne zadanie diagnozy mierzącej do określenia potrzeb rozwojowych i/lub edukacyjnych dziecka/ucznia w sposób umożliwiający poszukiwanie właściwych rozwiązań zaradczych”. A „celem diagnozy funkcjonalnej jest jak najpełniejsze poznanie barier i utrudnień, które zaburzają harmonię (...) relacji dziecka/ucznia z środowiskiem i przyczyniają się do zahamowania integralnego – biologicznego, poznawczego, społeczno-emocjonalnego i moralno-duchowego – rozwoju dziecka/ucznia” (Krakowiak 2017b, s. 13).

Marzenna Czarnocka (2019a, s. 164–165) dodatkowo wyjaśnia, że „diagnoza funkcjonalna to wieloaspektowy proces rozpoznawania zasobów dziecka, trudności, z jakimi się zmagają oraz czynników środowiskowych oddziałujących na nie, uwzględniający analizę funkcjonowania (opartą na klasyfikacji ICF, wiedzy o kamieniach milowych w rozwoju), diagnozę kryterialną

(opartą na klasyfikacji ICD-11, APA-5) oraz adekwatny i podlegający stałej ewaluacji program wsparcia”. Uwzględnia ona:

- **holistyczne ujęcie człowieka**, w tym charakterystykę jego funkcji psychicznych oraz funkcjonowanie w obszarach: fizyczno-motorycznym, emocjonalnym (w tym przywiązania), społecznym, moralnym, osobowościowym, poznawczym, rozwoju mowy, języka i komunikacji;
 - **wykorzystanie informacji pochodzących z różnych źródeł** (nauczyciele, rodzice, opiekunowie prawni, specjaliści przedszkolni i szkolni, terapeuci, pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, a także samo dziecko w zakresie odpowiednim do wieku i poziomu rozwoju) do uzyskania obiektywnego obrazu funkcjonowania ucznia i jego sytuacji życiowej;
 - **skorelowanie (integrację) działań poszczególnych osób i instytucji udzielających wsparcia**;
 - **połączenie wiedzy z zakresu klinicznego obrazu problemu oraz działania/funkcjonowania osoby w codziennych sytuacjach** (ICF);
 - określenie wpływu czynników kontekstowych na dziecko, w tym zasobów i barier w środowisku (rodzina, przedszkole, szkoła, środowisko lokalne itp.).
- Prowadząc działania diagnostyczne w toku terapii i edukacji, należy przestrzegać następujących zasad (Krakowiak, 2017b, s. 15):
- **Zasada działania zespołowego** – diagnozę stawia zespół specjalistów bezpośrednio pracujących z dzieckiem/ucniem i współpracujących ze sobą, którzy wymieniają swoje spostrzeżenia i dyskutują nad indywidualnym programem edukacyjno-terapeutycznym i/lub programem wsparcia;
 - **Zasada działania interdyscyplinarnego** – zespół specjalistów stosuje wiedzę i procedury działania wypracowane przez poszczególne dyscypliny naukowe, posługując się uzgodnionymi konstruktami poznawczymi oraz terminami;

- **Zasada dbałości o skuteczne komunikowanie się osób badających z badanym dzieckiem/ucniem**, a zwłaszcza o dobór lub wypracowanie wspólnego systemu komunikacyjnego, zapewniającego wzajemne rozumienie się oparte na spostrzeganiu i właściwej interpretacji sygnałów, znaków oraz komunikatów językowych i niejęzykowych;
- **Zasada dbałości o właściwą kolejność i łączenie diagnozowania poszczególnych sfer rozwoju dziecka/ucnia** (w zgodzie z naturalnymi uwarunkowaniami i przebiegiem rozwoju): biologicznej bazy czynności psychicznych, czynności zmysłowych, poznawczych, społeczno-komunikacyjnych i językowych (mowy), sfery emocjonalno-wolitionalnej i rozwoju osobowości, a także sfery wiedzy, umiejętności i osiągnięć edukacyjnych;
- **Zasada diagnozy pozytywnej**, czyli skoncentrowanej na mocnych stronach i potencjale rozwojowym osoby badanej;
- **Zasada powtarzalności diagnozowania i modyfikacji jego wyników**, z uwzględnieniem naturalnego rozwoju, zmian następujących w wyniku terapii, usprawniania i korekcji oraz osiągnięć szkolnych”.

Osadzone w teoretycznym stanie wiedzy i praktyce obserwowanej przez autorów oraz postulowanej przez specjalistów konsultujących niniejsze

opracowanie, standardy zaprezentowane w rozdziale pierwszym traktujemy jako „drogowskazy” dla każdego specjalisty, nauczyciela zaangażowanego w realizację procesu oceny funkcjonalnej. Proponowany wykaz standardów stanowi uzupełnienie do tych obecnych już w stanie wiedzy i nadal ma charakter otwartego zbioru, który powinien podlegać modyfikacji uwzględniającej wyniki monitorowania stosowania tych standardów oraz rozwój wiedzy naukowej.

Pojawiają się one ponownie w rozdziale drugim, ale tym razem ubogacone o liczne wskazówki (komentarze, uwagi, przykłady) do ich stosowania/wdrażania w praktyce. Wskazówki te, nierzadko mające charakter metodyki stosowania standardów, uwzględniają aktualnie dostępne ekspertom informacje przekazane przez MEiN o planowanych rozwiązaniach prawnych w przygotowywanej ustawie (<https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-wsparciu-dzieci-uczniow-i-rodzin2>) i planowanych do wydania na jej podstawie rozporządzeniach dotyczących przebiegu procesu oceny funkcjonalnej. Jeżeli stan prawny ulegnie zmianie, konieczne mogą być korekty w zakresie treści standardów lub wskazówek do ich stosowania.

1. USZKODZENIE SŁUCHU

EWA DOMAGAŁA-ZYŚK

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA

Obszar I: Cel i zakres oceny funkcjonalnej

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) dziecka/ucznia z uszkodzeniem słuchu jest przeprowadzana **w celu wsparcia jego integralnego rozwoju – poznawczego, komunikacyjnego, emocjonalno-społecznego**, w tym wsparcia w realizacji zadań edukacyjnych związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego indywidualnymi potrzebami i możliwościami.

Komentarz: Wnioski otrzymane w toku oceny funkcjonalnej (OF) służą planowaniu działań edukacyjnych i terapeutycznych w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości ucznia. Jest to istotne, ponieważ uczniowie z diagnozą nozologiczną uszkodzenia słuchu o takim samym stopniu i typie mogą mieć na różnym poziomie rozwiniętą mowę i różne możliwości słyszenia funkcjonalnego (w zależności od korzyści z indywidualnie dobranych urządzeń wspomagających słyszenie, doświadczeń terapeutycznych i innych czynników biologicznych, rodzinnych i środowiskowych). Oznacza to, że każde dziecko może potrzebować innych, indywidualnie dobranych zajęć terapeutycznych, dydaktyczno-wyrównawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, jak również dostosowań procesu edukacyjnego w trakcie lekcji, np. wyciszenia sali lekcyjnej, dopasowania odpowiednich strategii uczenia się, tworzenia notatek

wizualnych, użycia języka migowego do przekazu informacji. Uczniowie posiadający podobne diagnozy lekarskie mogą potrzebować albo wyłącznie zajęć z zakresu rozumienia tekstu słuchanego, albo wprost przeciwnie, całościowego wsparcia wizualnego i/lub przekazu słownego w formie dostosowanej, z wykorzystaniem tzw. prostego języka polskiego, a jeszcze inni uczniowie – używania Polskiego Języka Migowego (PJM) w całości przekazu.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje szeroki zakres informacji pochodzących od dziecka, jego rodziców/opiekunów, specjalistów pracujących z dzieckiem oraz nauczycieli i zawiera charakterystykę trudności i możliwości rozwojowych i edukacyjnych ucznia, w tym:

- a) ocenę indywidualnych możliwości słyszenia funkcjonalnego¹² i korzyści płynących z zastosowanych urządzeń wspomagających słyszenie;
- b) ocenę stanu mowy w zakresie: mówienia (produkcja mowy), rozumienia słów osoby mówiącej, tworzenia tekstu oraz znajomości języka – rozumianego jako społeczny system znaków i reguł określających ich użycie (za: Grzegorzczkova, 2010; Milewski, 2018);

¹² Ocena słyszenia funkcjonalnego obejmuje wyniki obiektywnych i subiektywnych (w tym behawioralnych i obserwacyjnych) badań audiologicznych. Oznacza ocenę stanu w danym czasie - indywidualne możliwości słuchowe (wolne pole mowy – badane tonowo, oraz przy użyciu testów słownych), w indywidualnie dobranych urządzeniach wspomagających słyszenie, w zróżnicowanych warunkach akustycznych. Ocena może być zmienna w czasie. Obejmuje ponadto ocenę możliwości poprawy istniejącego stanu (np. poprzez zmianę ustawień aparatów słuchowych).

- c) ocenę funkcji poznawczych, komunikacyjnych, socjalizacyjnych, motorycznych (rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna);
- d) określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka/ucznia;
- e) określenie konsekwencji uszkodzenia słuchu i funkcjonalnego ograniczenia słyszenia oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się (zewnętrzna organizacja nauczania, dostosowania procesu edukacyjnego, metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności);
- f) analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole, potrzeb i możliwości rodziny oraz jakości warunków akustycznych, w których odbywa się komunikacja;
- g) ocenę poziomu posługiwania się środkami komunikacji wspomagającej i alternatywnej - jeśli uczeń ich używa, w tym posługiwania się językiem migowym
- h) sformułowanie wskazań do opracowania planów wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Komentarz: Ocena funkcjonalna, oprócz opisu wniosków ze standardowo wykonywanych badań psychologicznych i pedagogicznych oraz opisu uszkodzenia słuchu pochodzącego z dokumentacji medycznej (np. uszkodzenie słuchu w stopniu głębokim, centralne zaburzenie słuchu), zawiera opis trudności funkcjonalnych z niego wynikających, np. na ile uczeń odnosi korzyść z urządzeń wspomagających słyszenie, w jakich warunkach akustycznych słyszy lepiej, jak kształtuje się lateralizacja słyszenia). Ocena funkcjonalna powinna obejmować także informacje na temat zachowań przystosowawczych i funkcjonowania dziecka w grupie, opis barier i zasobów tkwiących w środowisku – barier fizycznych, społecznych, np. dostosowanie warunków akustycznych w sali szkolnej, liczebność grupy rówieśniczej, poziom akustyczny hałasu w szkole itp. Podobne elementy zawierają wnioski z diagnozy dziecka głuchego – poza informacją, że dziecko posługuje się SJM lub PJM uwzględnić należy również opis tego, jak się nim posługuje, i kto jeszcze w jego najbliższym otoczeniu zna język migowy i w jakim zakresie.

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną jest objęty **na każdym etapie edukacji każdy uczeń**, który ma medyczną diagnozę uszkodzenia słuchu oraz taki, u którego on sam, jego rodzice lub nauczyciele obserwują trudności w słyszeniu.

Komentarz: W związku z istnieniem od 1992 roku programu przesiewowych badań słuchu u noworodków w przypadku większości uczniów diagnoza kliniczna (wrodzone uszkodzenie słuchu w różnym stopniu) jest podstawą przeprowadzenia oceny funkcjonalnej uwzględniającej trudności i możliwości ucznia charakterystyczne dla osoby z uszkodzeniem słuchu.

Możliwość uzyskania diagnozy w przypadku nabytego uszkodzenia słuchu w różnym stopniu i odpowiedniego wsparcia może być ponadto zainicjowana przez lekarza, nauczycieli i/lub rodziców, którzy obserwują trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu/szkole. Ocenę funkcjonalną ułatwiają dostępne urządzenia audiologiczne do subiektywnych badań słuchu (np. audiometr).

Ze względu na grupę uczniów z centralnym zaburzeniem przetwarzania słuchowego oraz uczniów, u których występują przejściowe trudności ze słyszeniem (np. w przypadku przewlekłego, wysiękowego zapalenia ucha), ocena funkcjonalna powinna być dostępna ponadto dla każdego dziecka, u którego w jakimkolwiek momencie edukacji obserwowany jest problem ze słyszeniem.

Oprócz wyniku audiologicznego badania słuchu czynnikiem alarmującym, skłaniającym do podjęcia oceny funkcjonalnej mogą być pewne trudności szkolne, na przykład w zachowaniu, koncentracji uwagi, zapamiętywaniu wiadomości czy pisaniu, niedające się korygować standardowymi zabiegami pedagogicznymi. Nie zawsze symptomy te są typowymi wskaźnikami dla występowania dysfunkcji słuchu. Takie sytuacje stanowią podstawę do zainicjowania procesu szkolnej oceny funkcjonalnej. Równolegle w trakcie oceny funkcjonalnej prowadzonej przez pedagoga/psychologa poszukiwane są przyczyny tego stanu, na przykład dziecko zostaje skierowane na badania audiologiczne. W niektórych przypadkach szybka i trafna diagnoza oraz dobrze dobrane urządzenia wspomagające słyszenie, korekta i/lub ćwiczenia z zakresu wychowania słuchowego przynoszą szybką i stałą poprawę funkcjonowania ucznia.

STANDARD 4: O uszkodzeniu słuchu jako problemie inicjującym udzielanie wsparcia można mówić w sytuacji zaistnienia **medycznej diagnozy audiologicznej** (uwzględniającej kryteria ICD-11) zestawionej z oceną słyszenia funkcjonalnego.

Komentarz: Aktualnie w kształceniu specjalnym uczeń z uszkodzeniem słuchu jest traktowany jako niepełnosprawny: słabosłyszący lub niesłyszący ze względu na jego stopień uszkodzenia słuchu. W nowym modelu wsparcia pomoc udzielana jest uczniowi na podstawie diagnozy medycznej oraz oceny słyszenia funkcjonalnego i stanu mowy.

Ocena funkcjonalna, której efektem jest zaplanowanie wsparcia, dotyczy każdego ucznia, u którego stwierdzono uszkodzenie słuchu:

- a) uczniów funkcjonalnie słyszących – u których korzyść z urządzeń wspomagających słyszenie jest na poziomie co najmniej 30 dB w wolnym polu słuchowym, jednak słyszenie i rozumienie jest utrudnione w niesprzyjających warunkach akustycznych (w hałasie, szumie, przy pogłosie w pomieszczeniu itp.). Uszkodzenie słuchu powoduje niewielkie/umiarkowane trudności w zakresie nabywania wiedzy i kompetencji w trakcie nauki szkolnej.
- b) uczniów słabosłyszących (komunikujących się w języku polskim) – w ich sytuacji korzyść z urządzeń wspomagających słyszenie jest na poziomie wyższym niż 30 dB w wolnym polu słuchowym. W tej grupie znajdują się także uczniowie z centralnym uszkodzeniem słuchu. U tych dzieci nawet w dobrych warunkach akustycznych dostęp do strumienia mowy jest ograniczony, co powoduje trudności w słyszeniu, rozumieniu, mówieniu. Efektem uszkodzenia słuchu jest pozanormalny stan mowy, co dodatkowo powoduje w różnym zakresie trudności w komunikowaniu się i/oraz nabywania wiedzy i umiejętności w trakcie nauki szkolnej.
- c) uczniów niesłyszących – w tej grupie korzyść z urządzeń wspomagających słyszenie jest na poziomie niemieszczącym się w polu mowy (powyżej 55 dB). Nawet w dobrych warunkach akustycznych dostęp do strumienia mowy jest szczątkowy lub niemożliwy, co uniemożliwia percepcję słuchową mowy. Efektem uszkodzenia słuchu jest pozanormalny stan mowy, co dodatkowo powoduje w różnym zakresie trudności w komunikowaniu się i/oraz nabywania wiedzy w trakcie nauki szkolnej. W grupie tych uczniów są osoby posługujące się PJM lub SJM, uczniowie posługujący się mową z fonogestami, uczniowie

posługujący się językiem polskim pisanym (ze wsparciem odczytywania mowy z ust), oraz uczniowie bez nabytego języka (w tym niemówiący).

STANDARD 5: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka z uszkodzeniem słuchu w zależności od złożoności trudności dziecka powinny zostać uwzględnione następujące **obszary**:

- a) charakterystyka kliniczna (kod ICD-11 jednostki chorobowej, stopień uszkodzenia słuchu, słyszenie funkcjonalne, korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie, w tym ich stan techniczny);
- b) komunikacja – stan mowy, sposoby komunikowania się (w tym zakres korzystania z języka migowego lub fonogestów);
- c) funkcje poznawcze – określenie poziomu inteligencji, funkcji poznawczych oraz percepcyjno-motorycznych (m.in. spostrzegawczości, pamięci, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo/słuchowo-ruchowej), możliwości uczenia się, rozwoju pojęciowego, dysharmonii rozwojowych;
- d) funkcjonowanie społeczno-emocjonalne – na podstawie danych pochodzących z czterech perspektyw (ocena 360 stopni): obserwacje rodzica, obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy. Ocenie podlegają także ewentualne zaburzenia zachowania związane z komunikowaniem się z dorosłymi, z rówieśnikami, ewentualne zaburzenia psychosomatyczne, problemy nerwicowe, zaburzenia osobowości, zachowania stereotypowe;
- e) stopień i zakres opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwie do wieku dziecka). Opis trudności szkolnych (np. w zakresie czytania, pisanie, rozumienia pojęć itp.) oraz mocnych stron funkcjonowania szkolnego;
- f) zasoby i bariery środowiska szkolnego; akustyka pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia szkolne: cechy akustyczne budynku szkoły,

poszczególnych klas, w tym sali gimnastycznej) i jego bezpośredniego otoczenia, np. charakterystyka akustyczna boiska szkolnego, wyposażenie w sprzęt wspomagający słyszenie i odbiór audiowizualny, dostęp do usług (przygotowywanie notatek, zapisywanie symultaniczne, transliteracja, tłumaczenie na język migowy itp.).

- g) zasoby i bariery środowiska rodzinnego, np. zakres wsparcia emocjonalno-społecznego ze strony rodziców, rodzeństwa i innych osób, postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny, zakresu używania przez rodzinę adekwatnego dla dziecka sposobu komunikowania się (w tym fonogestów i/lub języka migowego)
- h) Wnioski z innych diagnoz – w zależności od złożoności trudności rozwojowych dziecka/ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych diagnoz. W przypadku dzieci z uszkodzeniem słuchu mogą występować np. nieprawidłowości w zakresie przetwarzania sensorycznego (diagnoza SI), rozwoju ruchowego (diagnoza fizjoterapeutyczna), niepełnosprawności sprzężone, w tym dodatkowo skutkujące problemami w zakresie komunikowania się i przyswajania wiedzy (w tym niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia ze spektrum autyzmu).

Komentarz: Rekomenduje się, żeby elementem standardu było każdorazowe uwzględnienie oceny surdopedagogicznej/surdologopedycznej, w tym **oceny słyszenia funkcjonalnego** dokonywanej przez surdopedagoga/surdologopeda. Ocena ta może pokazać pewne nieprawidłowości w zakresie słyszenia (rzutujące na edukację), nawet gdy w badaniu audiologicznym nie wykryto uszkodzenia słuchu. Konieczne jest wtedy przeprowadzenie badań w celu określenia ryzyka występowania u dziecka centralnego zaburzenia przetwarzania słuchowego (CADP).

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 6: Ocena funkcjonalna US powinna być przeprowadzona w najbliższym środowisku ucznia, w instytucjach bliskich jego miejsca zamieszkania.

Komentarz: Przeprowadzenie trafnej i rzetelnej oceny funkcjonalnej ucznia z US wymaga zaangażowania różnych specjalistów, zarówno z zakresu medycyny (lekarz audiolog), jak i surdopedagogiki czy surdopsychologii. Dostęp do tej grupy profesjonalistów jest ograniczony, zarówno ze względu na braki kadrowe, jak i stosunkowo rzadkie występowanie uszkodzeń słuchu w ogólnej populacji. Dotyczy to szczególnie uczniów mieszkających w niewielkich miejscowościach, z dala od dużych ośrodków miejskich, w których usytuowane są poradnie specjalistyczne. Konsekwencją tego jest brak możliwości przeprowadzenia dokładnej diagnozy potrzeb i możliwości ucznia z uszkodzeniem słuchu oraz brak dostępu do profesjonalnej prowadzonej terapii słuchu i mowy. Zgodnie z zasadą ekosystemowego podejścia w zakresie diagnozy i terapii rekomendujemy, aby unikać sytuacji, w których uczeń i jego rodzice muszą zgłaszać się na diagnozę i terapię do instytucji położonych daleko od miejsca zamieszkania. Zalecamy, aby w każdej poradni psychologiczno-pedagogicznej był zatrudniony specjalista – surdopedagog/surdologopeda, w razie potrzeby dojeżdżający do szkoły, w której uczy się uczeń, i tam odbywa się proces oceny potrzeb oraz niezbędna terapia.

STANDARD 7: Oceny funkcjonalnej ucznia z uszkodzeniem słuchu dokonuje **zespół** koordynowany przez specjalistę wiodącego, którym jest surdologopeda/surdopedagog.

Komentarz: W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka z dysfunkcją słuchu wchodzi: lekarz, psycholog, pedagog, logopeda lub/i surdopedagog/surdologopeda oraz rodzice. Jeżeli uczeń w komunikacji posługuje się językiem migowym, specjaliści powinni być biegłymi użytkownikami tego języka, a jeśli nie jest to możliwe, konieczne jest zatrudnienie

tłumacza języka migowego. Jeżeli uczeń ma trudności w rozwoju motorycznym, np. związane z regulacją napięcia mięśniowego, koordynacją ruchową, ocena powinna zostać przeprowadzona także przez fizjoterapeutę. Ponadto informacji dostarczają nauczyciele pracujący z dzieckiem, których opinie powinny być uwzględnione w ocenie, są bowiem bardzo ważne dla tworzenia indywidualnego planu wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego.

Rekomendowane jest, aby w każdej poradni psychologiczno-pedagogicznej zatrudniony był surdologopeda – specjalista, którego zadaniem jest konsultowanie potrzeb i możliwości każdego ucznia z uszkodzeniem słuchu oraz wspieranie pedagogów, logopedów, surdopedagogów, którzy prowadzą terapię dziecka w szkole.

Ocenę funkcjonalną zazwyczaj przeprowadza zespół specjalistów (aktualnie – zespół orzekający), w skład którego standardowo wchodzi: psycholog, pedagog, logopeda, lekarz. Specjalista wiodący surdologopeda/surdopedagog koordynuje proces oceny funkcjonalnej dziecka, ale również odpowiednio interpretuje i scala wnioski z ocen/diagnoz innych specjalistów. Jest także osobą uczestniczącą w opracowywaniu, a następnie monitorowaniu i ewaluacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i terapeutycznego. Specjalista, pod opieką którego jest dziecko (lub jego rodzice) posługujące się językiem migowym, powinien biegle posługiwać się tym językiem.

STANDARD 8: Rodzice/opiekunowie oraz dziecko/uczeń pełnią podmiotową rolę w procesie OF i planowanego wsparcia oraz aktywnie uczestniczą w każdym etapie tego procesu.

Komentarz: Wszelkie działania, których efektem jest kompleksowa ocena funkcjonalna, podejmowane są przez zespół, w skład którego wchodzi także rodzice ucznia. Rodzice pełnią podmiotową rolę w procesie diagnozy i wsparcia, aktywnie uczestniczą w nim, dostarczając istotnych informacji o funkcjonowaniu dziecka w naturalnym kontekście życia domowego, rodzinnego, społecznego. Rodzice występują w podwójnej roli: jako źródło informacji o rozwoju dziecka oraz jako pełnoprawni członkowie zespołu, ponieważ mają największy wpływ na rozwój dziecka, dostrzegają progres lub regres na skutek wprowadzonych działań, bezpośrednio oceniają skuteczność działań. Rodzic może zgłosić potrzebę przeprowadzenia szkolnej oceny funkcjonalnej w każdej sytuacji, kiedy

dziecko przejawia trudności rozwojowe i edukacyjne. Podstawą zgłoszenia nie musi być diagnoza medyczna, ale również indywidualna obserwacja rodzica lub dziecka czy zalecenie od nauczycieli i specjalistów szkolnych.

STANDARD 9: W przypadku uczniów z uszkodzeniem słuchu wszyscy członkowie zespołu powinni mieć odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także umiejętności związane z prowadzeniem oceny funkcjonalnej ucznia z uszkodzeniem słuchu, w tym przede wszystkim kompetencje komunikowania się z uczniem adekwatne do jego potrzeb (znajomość zasad komunikowania się z uczniem słabosłyszącym, używania urządzeń wspomagających, języka migowego lub /i fonogestów).

Komentarz: Elementami koniecznymi oceny funkcjonalnej dziecka z uszkodzeniem słuchu są: ocena słyszenia funkcjonalnego, umiejętności komunikowania się, w tym stanu mowy lub/i znajomości języka migowego. Są to obszary, które mogą być ocenione jedynie przez specjalistów – surdopedagogów, surdologopedów. Ze względu na różny stopień znajomości języka (zarówno polskiego, jak/i migowego lub/i obcego), konieczne jest zrozumienie specyficznych trudności w komunikowaniu się poszczególnych uczniów. Rozróżnić należy zaburzenia, które wynikają z uszkodzenia słuchu, a dla których etiologia jest inna (np. dyslalia u dziecka w uszkodzeniu słuchu może mieć pochodzenie audiogenne lub/i funkcjonalne). Rozróżnienie takie ma bowiem wpływ na podejmowane działania postdiagnostyczne.

STANDARD 10: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego oraz realizujące plan i monitorujące poziom realizacji są zobowiązane do **systematycznego podnoszenia kwalifikacji w obszarze pracy z uczniem z uszkodzeniem słuchu**.

Komentarz: Zadaniem resortu edukacji jest stworzenie warunków do rozwoju profesjonalnej, opartej na dowodach – wynikach badań naukowych

(*evidence-based*), oferty szkoleniowej i możliwości systematycznego podnoszenia kwalifikacji przez specjalistów. Profesjonaliści powinni mieć zapewniony dostęp do bezpłatnych certyfikowanych szkoleń/kursów. Wymóg systematycznego podnoszenia kwalifikacji powinien być obowiązkowy (np. powiązany z przyznawaniem punktów niezbędnych do awansu zawodowego lub pozytywnej oceny pracownika). Placówki edukacyjne i poradnie powinny mieć zagwarantowane środki na doszkąlanie personelu, a także w przyszłości dostęp do list rekomendowanych przez MEiN szkoleń/kursów. Ważne jest stworzenie mapy zasobów i bieżące aktualizowanie sieci współpracy na danym terenie. Dobrą praktyką są wspólne seminaria specjalistów z różnych instytucji, które służą wymianie informacji i planowaniu wsparcia dla uczniów na danym terenie. Mogą być one organizowane w ośrodkach doskonalenia nauczycieli i/lub ośrodkach akademickich.

STANDARD 11: W przypadku uczniów z uszkodzeniem słuchu, u których współwystępują inne problemy niż niepełnosprawność słuchowa (np. zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół realizujący proces oceny funkcjonalnej powinien mieć kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też mieć możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów, specjalistów w obszarze danego zaburzenia.

Komentarz: W ocenie funkcjonalnej ucznia z uszkodzeniem słuchu posiadającego niepełnosprawność intelektualną dodatkowo uczestniczy pedagog – specjalista w zakresie edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Sfera poznawcza funkcjonowania wymaga wówczas dokładnego pomiaru i opisu. Trudności i możliwości ucznia są również opisane w aspekcie funkcjonalnym w sposób integrujący nakładanie się na siebie konsekwencji zaburzeń, a nie odrębnie, np. uczeń taki może mieć problemy z czytaniem ze zrozumieniem dłuższego tekstu ze względu na trudności poznawcze, a nie uszkodzenie słuchu.

STANDARD 12: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną korzysta z wielu metod, technik i narzędzi. W OF wykorzystywane są zarówno metody pośrednie, jak i bezpośrednie, w tym metody oparte na bezpośredniej obserwacji i samoopisie. W specjalistycznej ocenie funkcjonalnej stosowane są odpowiednio dobrane, wystandaryzowane i zwalidowane w polskiej populacji narzędzia. Umożliwia to zobiektywizowany pomiar zakresu trudności ucznia oraz ocenę jego mocnych stron, a także odniesienie rozwoju i zachowania dziecka do norm dla populacji polskiej.

W ocenie funkcjonalnej ucznia z uszkodzeniem słuchu uwzględnia się następujące źródła informacji:

- a) analizę dokumentacji medycznej (audiologicznej, audioprotetycznej obejmującej opis korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie);
- b) analizę dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją (bieżącą jak również tą odbytą na etapie wczesnego wspomagania rozwoju (WWR) i w poprzednich latach edukacji);
- c) obserwację zachowań komunikacyjnych ucznia (w środowisku szkolnym i domowym, np. analiza nagrań audio i wideo), w tym komunikacji w języku migowym – jeśli uczeń go używa;
- d) rozmowę z uczniem;
- e) wywiad z rodzicami/opiekunami;
- f) analizę dokumentacji szkolnej (w tym wieloaspektowych opinii nauczycieli i zapisów ich obserwacji zebranych w skalach obserwacyjnych);
- g) badania specjalistyczne psychologiczno-pedagogiczne, logopedyczne i inne.

Komentarz: Najbardziej trafnych i rzetelnych danych o funkcjonowaniu ucznia z uszkodzeniem słuchu dostarczają wyniki badań audiologicznych (w szczególności odnoszące się do korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie – słyszenia tonów oraz zrozumiałości mowy).

Ocena wielu umiejętności ucznia z uszkodzeniem słuchu odbywa się w sposób pośredni, np. wyłącznie na podstawie opinii rodzica lub nauczyciela („rozumie

wszystko co się do niego mówi”, „radzi sobie z nauką”, „jest samodzielny”). Zdarza się, że zalecenia formułowane są schematycznie, bez analizy i bezpośredniego zbadania potrzeb dziecka, choćby w zakresie dostosowań materiału edukacyjnego, np. „więcej materiałów wizualnych” jako zapis dla wszystkich uczniów z uszkodzeniem słuchu. Obserwacja dziecka w rzeczywistych zadaniach edukacyjnych i konkretnych sytuacjach szkolnych, jak również obserwacja warunków, w jakich one przebiegają, pozwala uzyskać najbardziej trafne informacje o potrzebach, zasobach i barierach oraz sformułować zindywidualizowane zalecenia.

W ocenie obszarów, dla których jakość słyszenia nie stanowi o ich zmienności, można korzystać z narzędzi znormalizowanych na populacji ogólnej, ale informacja o tym zawsze powinna być podana we wnioskach z diagnozy. Diagnoza funkcji poznawczych u osób z głębszymi stopniami niepełnosprawności słuchu za pomocą testów psychometrycznych często nie spełnia kryteriów formalnych w zakresie standaryzacji. Rolą psychologa jest oszacowanie zakłócającej roli ograniczeń uszkodzenia słuchu i na tej podstawie określenie, jakie dostosowanie przebiegu badania diagnostycznego jest właściwe w konkretnej sytuacji i jakie skutki ze sobą niesie. Rekomenduje się wykorzystywanie w procedurze badania sposobu komunikowania się właściwego dla ucznia i stosowanie np. PJM lub fonogestów – w zależności od potrzeb ucznia.

Istnieje niewiele znormalizowanych narzędzi diagnostycznych przeznaczonych do wykorzystywania w grupie uczniów z uszkodzeniem słuchu (por. Aneks do tego opracowania). Możliwe jest zastosowanie przyjętych w praktyce rozwiązań zgodnie z zasadą racjonalnego użycia.

Rekomendujemy ponadto uczelniom i innym właściwym organom podjęcie działań w celu tworzenia lub adaptacji istniejących narzędzi diagnostycznych do potrzeb uczniów z uszkodzeniem słuchu.

STANDARD 13: Ocena funkcjonalna ma charakter dynamiczny, procesualny.

Komentarz: Poziom funkcjonowania dziecka i zakres jego kompetencji zmieniają się dynamicznie (na skutek rehabilitacji słuchu), zmiany ulegają także środowiskowe wymagania wobec dziecka. Ponadto trudności doświadczane przez dziecko związane są z charakterem uszkodzenia słuchu. Na przykład

postępujące uszkodzenie słuchu – przy uszkodzeniach pochodzenia genetycznego – może nastąpić pogorszenie słyszenia w wieku nastoletnim, lub dziecko z głębokim uszkodzeniem słuchu może otrzymać implant ślimakowy i jego słyszenie funkcjonalne polepszy się.

Aby OF zachowywała swoją aktualność i spełniała cele, musi być rozumiana jako proces ciągły. Po zakończeniu zbierania danych przygotowywany jest plan działań postdiagnostycznych, który następnie jest wdrażany oraz poddawany bieżącemu monitorowaniu i ewaluacji. Wnioski z bieżącej OF ucznia oraz dodatkowe informacje, pozyskiwane na bieżąco, dotyczące zmian w sytuacji zdrowotnej, rodzinnej czy społecznej dziecka, są natychmiast włączane do dokumentacji OF i stanowią podstawę do zmian w zakresie i rodzaju działań postdiagnostycznych i interwencyjnych. Kompleksowa OF jest przeprowadzana co najmniej dwa razy w roku (na zakończenie każdego semestru nauki).

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać **profilu funkcjonowania ucznia z uszkodzeniem słuchu, przygotowanego zgodnie z założeniami ICF**, obejmującego:

- szczegółowy opis zdolności i umiejętności dziecka;
- opis rodzaju i stopnia nasilenia trudności związanych ze słyszeniem wraz z ich przełożeniem na funkcjonowanie szkolne: wykonanie zadań edukacyjnych, nabywanie wiedzy, sytuacje poznawcze, społeczne, osobiste;
- opis funkcjonowania ucznia w zakresie jego aktywności i uczestnictwa (zgodnie z koncepcją ICF) w obszarach: uczenia się i stosowania wiedzy, porozumiewania się, motoryki, samoobsługi i samodzielności, relacji z innymi, spędzania czasu wolnego;
- wyniki analizy czynników środowiskowych;

- wskazania edukacyjne i terapeutyczne pozwalające sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu;
- prognozy/cele dotyczące zasobów i możliwości ucznia, które mogą być rozwijane w środowisku rodzinnym i szkolnym, z wykorzystaniem załoconych form wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego.

Komentarz: Profil funkcjonalny ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) oparty jest na kodach klasyfikacji. Opisuje funkcjonowanie w 4 komponentach: funkcje i struktury ciała, aktywność i uczestniczenie, czynniki środowiskowe, czynniki osobowe. Stopień nasilenia upośledzenia funkcji, trudności w aktywnym funkcjonowaniu, bariery środowiskowe określone są za pomocą skali kwalifikatorów 0 (brak problemu) – 4 (bardzo duży problem) wskazujących na stopień ich nasilenia. Obszar aktywności i uczestniczenia analizowany jest dla uczniów w 9 obszarach: 1. Uczenie się i stosowanie wiedzy; 2. Ogólne zadania i obowiązki; 3. Porozumiewanie się; 4. Poruszanie się – w tym mobilność i aktywność manualna; 5. Dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność; 6. Życie domowe; 7. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie; 8. Kompetencje szkolne; 9. Życie w społeczności lokalnej.

terapeutycznym proponowane są tylko wtedy, kiedy ich potrzeba wynika z analizy indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia.

Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne i terapeutyczne ma przede wszystkim charakter bieżącego wspierania ucznia na lekcjach i jest to zadaniem każdego nauczyciela, zgodnie z ideą edukacji włączającej. Wsparcie na poziomie II i III udzielane jest w zależności od potrzeb ucznia i modyfikowane wraz ze wzrostem jego kompetencji lub pojawianiem się dodatkowych czynników utrudniających funkcjonowanie. Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne i terapeutyczne podlega ewaluacji, w której biorą udział wszyscy uczestnicy tego procesu – uczniowie, ich rodzice, dyrektorzy szkół, nauczyciele i specjaliści szkolni oraz specjaliści z poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Obszar IV. Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 15: Wsparcie edukacyjne i specjalistyczne jest procesem systematycznym i responsywnym – indywidualnie dostosowanym do aktualnych potrzeb ucznia. Jest na bieżąco monitorowane i ewaluowane.

Komentarz: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne i terapeutyczne jest dopasowywane indywidualnie do potrzeb ucznia. Jego potrzeby zabezpieczane są przede wszystkim na poziomie lekcji i zajęć szkolnych tak, aby uczeń mógł w nich aktywnie i w pełni uczestniczyć razem z rówieśnikami. Dodatkowe zajęcia o charakterze rewalidacyjnym, korekcyjno-kompensacyjnym czy

2. DYSFUNKCJA WZROKU

BEATA PAPUDA-DOLIŃSKA

W odniesieniu do uczniów z trudnościami wynikającymi z dysfunkcji wzroku standardy treściowo ułożone są w przestrzeni nowej perspektywy, w której interakcja czynników medycznych (uszkodzeń), funkcjonalnych związanych z uczestnictwem w określonych zadaniach, typowych dla wieku i roli oraz modyfikatorów środowiska, tworzy pole opisu dla wytycznych procesu przebiegu oceny funkcjonalnej.

Główny cel zaproponowanych standardów to zapewnienie prawidłowego przebiegu oceny funkcjonalnej uczniów z dysfunkcją wzroku. Stosowanie standardów zapewnia ujednolicenie procesu i podniesienie jakości oceny – identyfikacji problemów, potrzeb i mocnych stron uczniów z dysfunkcją wzroku, które z kolei wyznaczają odpowiednio zaprojektowane i tym samym skuteczne wsparcie. Standardy mają pomóc w dokładnym określeniu potrzeb ucznia i skracać drogę między zaistnieniem trudności a zainicjowaniem potrzebnej pomocy.

Nieuniknione, że standardy będą w odczuciu odbiorców opisywać stan postulowany, realny do realizacji dopiero po rozwiązaniu pewnych problemów w skali „makro” (np. braki kadrowe w zakresie specjalistów), jak i dostarczeniu odpowiednich zasobów (np. braki w instrumentarium diagnostycznym). Niemniej traktowane w takich sytuacjach jako stan pożądany, do którego dążyć ma proces diagnostyczny, realizowany w ocenie uczniów z zaburzeniami widzenia, pozwoli kolejno na przestrzeni czasu eliminować istniejące mankamenty.

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Cele oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna ucznia z dysfunkcją wzroku jest przeprowadzana w celu:

- wyjaśnienia mechanizmów warunkujących funkcjonowanie ucznia z uwzględnieniem wpływu stanu zdrowia (w szczególności dysfunkcji wzroku), w tym określenie przyczyn występowania trudności rozwojowych i edukacyjnych, czynników środowiskowych (barier, zasobów) oraz mocnych stron;
- zaprojektowania odpowiadającego indywidualnym potrzebom dziecka wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz dostosowań elementów procesu kształcenia.

Komentarz: Zadaniem oceny funkcjonalnej jest uzyskanie opisu funkcjonowania ucznia, który wyjaśni podłoże występowania określonych trudności, kontekst, w którym one występują, prawidłowości, które nimi rządzą. Opis ten umożliwi zaplanowanie odpowiednich działań wspierających. Sama kwalifikacja do określonej jednostki nozologicznej nie daje podstawy do właściwego doboru oddziaływań wspierających, np. dwoje dzieci z takim samym stopniem uszkodzenia widzenia może przejawiać różne trudności funkcjonalne i tym samym wymagać innych rozwiązań z zakresu wsparcia (terapia, bieżąca praca na lekcji, dostosowania itp.).

STANDARD 2: Zakres oceny funkcjonalnej.

Ocena funkcjonalna w przypadku ucznia z dysfunkcją wzroku obejmuje:

- analizę danych medycznych (informacje z diagnozy okulistycznej, neurologicznej itp.), opisujących etiologię, stopień i rokowania dysfunkcji narządu wzroku (rozpoznanie ICD);
- identyfikację trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka/ucznia (przede wszystkim sfera poznawcza, komunikacja i socjalizacja, rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna);
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka/ucznia;
- określenie konsekwencji zaburzeń widzenia w toku diagnozy funkcjonalnej widzenia oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się, jak i warunków, w jakich on przebiega (np. środowisko fizyczne uczenia się, dostosowania procesu edukacyjnego, metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności);
- ocenę potrzeb w zakresie sprzętu specjalistycznego;
- analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole/rodzinie, potrzeb i możliwości rodziny oraz przestrzeni do realizacji nauczania, w których odbywa się praca wzrokowa;
- sformułowanie wskazań do planowanych działań wspierających.

Komentarz: Ocena funkcjonalna obejmuje opis funkcjonowania ucznia w szkole (trudności i mocne strony w zakresie aktywności i uczestnictwa), jak również dostarcza wniosków z analiz źródeł występowania problemów (zaburzenia w zakresie funkcji i struktur organizmu). W tym kontekście bardzo ogólny, medyczny opis dysfunkcji wzroku, jak np. „słabowidzenie”, „oczopląs”, „zaburzenie ruchomości gałek ocznych spowodowane czynnikami neurologicznymi” itd., jest uzupełniony opisem wzrokowych trudności funkcjonalnych, np. na ile dziecko potrafi korzystać z zachowanego potencjału wzrokowego, w jakich warunkach zewnętrznych widzi najkorzystniej, jak wykorzystuje możliwości wzrokowe podczas czytania (lepiej odczytuje z ekranu monitora, przesuwa tekst w trakcie czytania, potrzebuje częstych przerw itd.). Dodatkowo holistyczna analiza funkcjonowania ucznia obejmująca czynniki pozaszkolne,

np. uwarunkowania rodzinne, relacje społeczne pozwoli szerzej spojrzeć na zależności pomiędzy trudnościami i ich przyczynami.

STANDARD 3: Obszary oceny funkcjonalnej.

W kompleksowej ocenie funkcjonalnej ucznia z dysfunkcją wzroku w zależności od złożoności zaburzenia oraz trudności funkcjonalnych powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Charakterystyka kliniczna (kod ICD jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją, rokowania).
- B. Diagnoza funkcjonalna widzenia (ocena funkcji wzrokowych okołoruchowych, ocena parametrów funkcjonowania wzrokowego, ocena umiejętności z zakresu percepcji wzrokowej, ocena możliwości wykorzystywania funkcji wzrokowych podczas wykonywania zadań szkolnych).
- C. Funkcje poznawcze – stopień sprawności funkcji poznawczych oraz percepcyjno-motorycznych (m.in. spostrzegawczości, pamięci, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo/słuchowo-ruchowej, zdolności myślenia), określenie poziomu inteligencji, rozwoju pojęciowego, ewentualnych dysharmonii rozwojowych. W przypadku uczniów słabowidzących i niewidzących również: stopień sprawności percepcyjnej pozostałych zmysłów i ich współdziałanie w poznawaniu, mechanizmy kompensacyjne, rozumowanie przez analogie, kontrola uwagi, pamięć robocza, zdolności wyobrazeniowe itp.
- D. Ocena funkcjonowania społeczno-emocjonalnego – jakość funkcjonowania społecznego na podstawie danych pochodzących z trzech perspektyw: obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umieszczenia ucznia w strukturze społecznej grupy. Opis (jeśli występują) zaburzeń zachowania, zaburzeń psychosomatycznych, problemów nerwicznych, zaburzeń osobowości, zachowań stereotypowych.
- E. Ocena stopnia opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, aktywności i uczestniczenia w szkole (obszarów problemowych i mocnych stron).

- F. Ocena potrzeb edukacyjnych (słabowidzący) w zakresie pomocy optycznych i nieoptycznych wspomagających widzenie w sytuacjach poznawczych, opis potrzeb w zakresie zewnętrznej organizacji nauczania (oświetlenie, sposób prezentacji materiału w czasie lekcji, umiejscowienie w sali lekcyjnej, wielkość czcionki, potrzeby w zakresie adaptacji grafik, tekstów itp.), opis potrzeb w zakresie warunków sprawdzania wiedzy i umiejętności, specyfika pracy wzrokowej.
- G. Ocena potrzeb edukacyjnych (niewidzący) – ocena umiejętności posługiwania się pismem brajla, poziomu opanowania technik poruszania się z przewodnikiem i białą laską, orientacji przestrzennej, oceny poziomu opanowania poszczególnych czynności życia codziennego, okoliczności występowania reakcji autostymulacyjnych (jeśli występują).
- H. Ocena środowiska rodzinnego i szkolnego, w tym barier i zasobów środowiskowych, np. wsparcie emocjonalne rodziców, postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny, cechy architektoniczne samego budynku szkoły i jego bezpośredniego otoczenia (np. boisko szkolne), dostępność środowiska fizycznego do potrzeb osób słabowidzących lub niewidzących (racjonalne usprawnienia i modyfikacje – szlaki komunikacyjne, oznaczenia, adaptacje materiałów dydaktycznych, stanowiska pracy).
- I. Charakterystyka zaburzeń w innych obszarach funkcjonowania – w zależności od złożoności trudności rozwojowych dziecka/ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych diagnoz. W przypadku dzieci słabowidzących i niewidzących często występują nieprawidłowości w zakresie przetwarzania sensorycznego (diagnoza SI), rozwoju ruchowego (diagnoza fizjoterapeutyczna), niepełnosprawności sprzężone skutkujące problemami w zakresie języka i komunikacji (diagnoza logopedyczna).

STANDARD 4: Diagnoza funkcjonalna widzenia jako działanie dopełniające diagnozę okulistyczną.

Jeżeli uszkodzenie wzroku zostało już wcześniej zdiagnozowane medycznie, niezbędne jest przeprowadzenie diagnozy funkcjonalnej widzenia. Obejmuje ona ocenę funkcji wzrokowych okołoruchowych (fiksacja, śledzenie, przenoszenie spojrzenia, przeszukiwanie, zbieżność, akomodacja), ocenę parametrów funkcjonowania wzrokowego (zasięg widzenia, pole widzenia, ostrość wzroku, wrażliwość na kontrast, widzenie stereoskopowe, widzenie barw), ocenę umiejętności z zakresu percepcji wzrokowej, ocenę możliwości wykorzystywania funkcji wzrokowych podczas wykonywania zadań szkolnych wynikających z roli ucznia (koordynacja wzrokowo-ruchowa, manipulacja, czynności poznawcze, interakcje społeczne, orientacja w przestrzeni i poruszanie się, czynności samoobsługowe). Diagnozę funkcjonalną widzenia przeprowadza specjalista posiadający uprawnienia – rehabilitant wzroku oraz po przeszkoleniu: ortoptysta, tyflopédagog.

Komentarz: Diagnoza funkcjonalna widzenia, aby była możliwa do przeprowadzenia w sposób standardowy, wymaga odpowiednio zaprojektowanych do tego celu narzędzi oraz procedury. W polskiej praktyce diagnostycznej często pomija się ten element diagnozy lub poszczególne placówki/specjaliści wypracowują swoje własne praktyki diagnozy funkcjonalnej widzenia, wykorzystując istniejące narzędzia. Proces ten wymaga usystematyzowania, a instrumentarium diagnostyczne – aktualizacji i wzbogacenia o nowe narzędzia.

STANDARD 5: Grupy uczniów z dysfunkcjami wzroku, wobec których istnieje potrzeba przeprowadzenia oceny funkcjonalnej.

Grupy te wyróżnia się na podstawie trzech kryteriów analizowanych łącznie (współwystępujących):

1. Diagnoza nozologiczna oparta na kryterium pola widzenia i ostrości wzroku (aktualnie 0.3, ICD-11 – 0.5).
2. Charakterystyka widzenia funkcjonalnego wskazuje na zaburzenia funkcji wzrokowych i percepcji wzrokowej.

3. Dysfunkcje wzroku stanowią przyczynę występowania trudności edukacyjnych, trudności w aktywnościach szkolnych, których nie da się wyeliminować za pomocą standardowych metod i środków pedagogicznych.

Komentarz: Aktualnie w kształceniu specjalnym uczeń z zaburzeniami widzenia istnieje wyłącznie jako niepełnosprawny: słabowidzący lub niewidzący (posiadający ostrość wzroku równą lub niższą niż 0.3). Według proponowanej wyżej w opracowaniu definicji funkcjonalnej dysfunkcji wzroku (tabela 3) wsparcie udzielane jest dziecku, które w diagnozie medycznej ma opisane parametry ostrości wykraczające poza zakres uszkodzenia widzenia (czyli powyżej 0.3), a więc nie posiada „niepełnosprawności” według ICD-10, ale manifestuje nieprawidłowości w zakresie funkcji i parametrów wzrokowych (np. percepcja wzrokowa, uwaga wzrokowa, zaburzenia akomodacji), powodujące trudności w zakresie korzystania ze wzroku w trakcie nauki szkolnej.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 6: Miejsce przeprowadzania oceny funkcjonalnej.

Ze względu na wielospecjalistyczny charakter oceny funkcjonalnej dziecka z dysfunkcją wzroku, miejsce jej przeprowadzenia będzie zależeć od:

- złożoności i natężenia trudności funkcjonalnych w aktywnościach szkolnych stanowiących m.in. następstwo dysfunkcji wzroku;
- zaplecza kadrowego i bazy dydaktycznej placówki – specjaliści oraz niezbędne, profesjonalne narzędzia do wykonania oceny funkcjonalnej.

W związku z tym uwzględnia się 3 poziomy, w których prowadzona może być OF: I. przedszkole/szkoła, II. publiczna poradnia psychologiczno-pedagogiczna, III. ośrodki i poradnie specjalistyczne w sieci lokalnej, np. punkty konsultacyjne przy SOSW, specjalistyczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne,

ośrodki ochrony zdrowia, np. ośrodki/poradnie rehabilitacji niewidomych i słabowidzących (tabela 16).

Komentarz: Standardowo placówka szkolna nie zatrudnia specjalisty – tyflop pedagoga, w rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej taki specjalista również może, ale nie musi być zatrudniony. W takich przypadkach, kiedy istnieje potrzeba diagnozy ucznia z dysfunkcją wzroku, jak również każdorazowo w sytuacji głębokiej słabowzroczności, niewidzenia oraz występowania dodatkowych niepełnosprawności sprzężonych, ocena funkcjonalna powinna być dokonywana w ośrodku, w którym znajdują się specjaliści w zakresie tyflogologii (nauczyciel pisma braille, instruktor orientacji przestrzennej, tyflop pedagoga), a pozostali specjaliści posiadają doświadczenie w pracy z uczniami słabowidzącymi i niewidzącymi, (psycholog, logopeda).

STANDARD 7: Skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną.

W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka lub ucznia z dysfunkcją wzroku w poradni psychologiczno-pedagogicznej wchodzi standardowo: lekarz, psycholog, pedagog, logopeda, tyflop pedagoga/rehabilitant wzroku oraz rodzice. Jeżeli uczeń przejawia trudności w innych sferach funkcjonowania, oceny dokonują specjaliści z danej dziedziny, np. logopeda, fizjoterapeuta. Ponadto informacji dostarczają nauczyciele i specjaliści szkolni pracujący z dzieckiem, których opinie są uwzględnione w dokumentacji powstałej w procesie szkolnej oceny funkcjonalnej.

Komentarz: Rekomendowane jest, aby przynajmniej w jednej jednostce II stopnia (aktualnie PP-P) na poziomie powiatu zatrudniony był specjalista tyflop pedagoga i/lub rehabilitant wzroku. Oprócz tego na poziomie wojewódzkim specjaliści w tej dziedzinie (tyflop pedagoga, terapeuta widzenia, instruktor orientacji przestrzennej) powinni być dostępni w specjalistycznych centrach wspierających edukację włączającą (SCWEW).

Tabela 16. Poziomy instytucji prowadzących ocenę funkcjonalną

Poziom	Zadania	Rekomendowany ośrodek
I	Gdy nie było wcześniej diagnozy kryterialnej (dysfunkcja wzroku) Wstępne rozpoznanie trudności i zasobów dziecka/ucznia w zakresie funkcjonowania szkolnego, gdy nauczyciel lub inny specjalista szkolny dostrzega ograniczenia aktywności i uczestnictwa ucznia w procesie edukacji szkolnej oraz kiedy potrzebę konsultacji zgłaszają rodzice/opiekunowie ucznia lub sam uczeń. Celem konsultacji zespołowych jest wówczas określenie problemu i podjęcie decyzji dotyczących zarówno zakresu, rodzaju, sposobu realizacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w szkole, jak i ewentualnie potrzeby dalszych działań diagnostycznych	Szkola, przedszkole, placówka oświatowa (konsultacje szkolne/przedszkolne w ramach szkolnej oceny funkcjonalnej)
	Gdy jest diagnoza kryterialna (np. słabowidzący) Dokumenty z diagnozami medycznymi/ocenami psychologiczno-pedagogicznymi podlegają analizie w procesie szkolnej analizy funkcjonalnej. Konsultacje dotyczą kontynuacji dotychczasowego wsparcia, ewentualnie wprowadzenia nowych strategii wynikających z kolejnych/nowych zadań edukacyjnych ucznia dysfunkcją wzroku. Efekty oceny funkcjonalnej stanowią również materiał wykorzystywany podczas pogłębionej oceny w PP-P	
II	Wyjaśnienie, w kontekście zgłaszanego problemu (trudności w zakresie widzenia i spostrzegania), mechanizmów funkcjonowania dziecka lub ucznia, z uwzględnieniem wpływu na to funkcjonowanie dysfunkcji wzroku oraz czynników środowiskowych Ustalenie działań wspierających (edukacyjnych i specjalistycznych)	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne
III	Ocena funkcjonalna o charakterze specjalistycznym – tyflogicznym Ocena potrzeb w zakresie rehabilitacji, np. rehabilitacji wzroku, orientacji przestrzennej, dobór pomocy optycznych, białych lasek i innych środków pomocniczych	Ośrodki i poradnie specjalistyczne w sieci lokalnej, np. specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze dla dzieci słabowidzących i niewidomych (SOSW) i działające przy nich punkty konsultacyjne, poradnie/ośrodki rehabilitacji słabowidzących i niewidzących (jednostki systemu ochrony zdrowia)

STANDARD 8: Specjaliści biorący udział w diagnozie dysfunkcji wzroku oraz jej konsekwencji funkcjonalnych.

W kompleksowo ujmowanym postępowaniu diagnostycznym dzieci z dysfunkcją wzroku biorą udział specjaliści w dziedzinie diagnozy, terapii, edukacji zaburzeń widzenia: okulista, ortoptysta, optometrysta, tyflopädagog, rehabilitant wzroku/terapeuta widzenia (słabowidzących), trener/instruktor orientacji przestrzennej. Dokumentacja z tych badań jest uwzględniana w ocenie funkcjonalnej.

Komentarz: Role poszczególnych specjalistów są następujące:

- okulista – specjalista w zakresie diagnostyki i leczenia chorób oczu;

- ortoptysta – zajmuje się diagnozą i rehabilitacją wybranych funkcji wzrokowych, zwłaszcza zaburzeń widzenia obuocznego i zaburzeń ruchomości gałek ocznych;
- optometrysta – specjalizuje się w dobieraniu korekcji optycznej – okularów czy soczewek kontaktowych, prowadzeniu optometrycznej terapii widzenia;
- tyflopädagog – specjalista pedagog zajmujący się edukacją, terapią i rehabilitacją osób niewidomych i słabowidzących w placówkach oświatowych oraz poradniach specjalistycznych;
- rehabilitant wzroku/terapeuta widzenia (słabowidzących) – jego zadaniem jest ćwiczenie i doskonalenie umiejętności posługiwania się wzrokiem oraz dobór i nauka korzystania z pomocy optycznych i nieoptycznych celem zwiększenia skuteczności wykorzystywania widzenia w codziennym funkcjonowaniu.

W procesie diagnozy rehabilitant wzroku dokona oceny funkcjonalnej widzenia oraz zaprojektuje odpowiednią terapię złożoną z aktywności i ćwiczeń poszczególnych funkcji wzrokowych.

Uwaga! Tyflopedaagog może być jednocześnie rehabilitantem wzroku/terapeutą widzenia, o ile ukończył odpowiedni moduł/studia podyplomowe z zakresu rehabilitacji wzroku/terapii widzenia słabowidzących.

- trener (instruktor) orientacji przestrzennej to specjalista, który wspiera osobę niewidzącą w zakresie samodzielnego poruszania się.

STANDARD 9: W placówce przeprowadzającej ocenę funkcjonalną, w przypadku każdego dziecka poddawanego tej ocenie, wyznaczona zostaje osoba koordynująca.

Komentarz: Na poziomie szkoły osoba ta jest odpowiedzialna za organizację konsultacji zespołowych, skoordynowanie działań zespołu przeprowadzającego ocenę, a także zebranie wszystkich informacji na temat dziecka, w tym wyników obserwacji, badań testowych, pomiarów osiągnięć szkolnych itd. w dokumentacji zawierającej wyniki oceny. Na poziomie poradni psychologiczno-pedagogicznej do zadań specjalisty wiodącego należy organizacja procesu oceny funkcjonalnej, m.in. wywiad z rodzicami ucznia, analiza dokumentacji, ustalenie składu zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną złożonego z pracowników poradni, sporządzenie wyników oceny funkcjonalnej.

STANDARD 10: Kwalifikacje i kompetencje specjalistów dokonujących oceny funkcjonalnej uczniów niewidzących.

W przypadku uczniów niewidzących, słabowidzących w stopniu głębokim wszyscy członkowie zespołu mają odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także przeszkolenie w przeprowadzaniu diagnozy osób z tak głęboką dysfunkcją wzroku. Ze względu na odmienne metody oceny, jak i konieczne modyfikacje procedury diagnostycznej niezbędne jest doświadczenie

i kompetencje w zakresie oceny zachowań i umiejętności manifestowanych przy wyłączonym/znacznie ograniczonym działaniu wzroku, stosowania wystandardyzowanych narzędzi przydatnych w ocenie dziecka niewidzącego.

W przypadku dzieci z dysfunkcją wzroku, u których współwystępują inne problemy lub niepełnosprawność (np. zaburzenia słuchu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną posiada kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też ma możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

Komentarz: Ocena funkcjonalna dziecka niewidzącego wymaga określenia poziomu opanowania pisma brajla, oszacowania trudności z orientacją przestrzenną oraz samodzielnym poruszaniem się. Są to obszary znane głównie specjalistom tyflopedaagogom, trenerom orientacji przestrzennej. Ponadto inaczej przebiega w tej grupie procedura diagnozy funkcji poznawczych (np. zmiany procedury wynikające z pominięcia skal wykonaniowych i odpowiednia interpretacja wyników). Oceniane obszary mogą różnić się strukturalnie, etiologicznie, np. w ocenie umiejętności komunikacyjnych dziecka niewidzącego inne źródło występowania echolalii.

STANDARD 11: Podnoszenie kwalifikacji jako obowiązek osób przeprowadzających ocenę funkcjonalną.

Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany edukacyjne oraz realizujące plan i monitorujące jego przebieg powinny być zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w certyfikowanych szkoleniach, kursach, studiach podyplomowych oraz superwizjach prowadzonych przez psychologów, tyflopedaagogów z doświadczeniem w diagnozie uczniów z dysfunkcją wzroku.

Komentarz: Zadaniem resortu edukacji jest stworzenie warunków do rozwoju profesjonalnej, *evidence-based* oferty szkoleniowej i możliwości systematycznego podnoszenia kwalifikacji. Profesjonaliści powinni mieć zapewniony dostęp

do bezpłatnych szkoleń/kursów. Wymóg systematycznego podnoszenia kwalifikacji powinien być obowiązkowy. Warto również wprowadzić w przyszłości listę rekomendowanych szkoleń, gwarantujących odpowiedni poziom profesjonalnej wiedzy, opartej na naukowych podstawach. Placówki edukacyjne i poradnie powinny mieć zagwarantowane środki na kształcenie personelu, a także dostęp do list rekomendowanych szkoleń/kursów.

STANDARD 12: Udział rodziców w ocenie funkcjonalnej.

Szkolna ocena funkcjonalna podejmowana jest na wniosek nauczyciela, specjalisty lub rodzica, a ocena funkcjonalna w PP-P na wniosek placówki edukacyjnej lub rodzica. Zawsze rodzic musi wyrazić zgodę na ten proces. Rodzice występują w podwójnej roli: jako źródło informacji o rozwoju dziecka oraz jako pełnoprawni członkowie zespołu. Uczestniczą w tworzeniu i współrealizacji ustaleń i działań dotyczących wsparcia edukacyjno-specjalistycznego.

Komentarz: Rodzic może zgłosić się do poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu przeprowadzenia oceny funkcjonalnej w sytuacji, kiedy dziecko przejawia trudności rozwojowe i edukacyjne. Podstawą zgłoszenia nie musi być diagnoza medyczna, ale wystarczy indywidualna obserwacja czy zalecenie od nauczycieli i specjalistów szkolnych. Rodzic aktywnie uczestniczy w procesie oceny.

STANDARD 13: Metody zbierania informacji w ocenie funkcjonalnej.

W rozpoznaniu i ocenie potrzeb uczniów z dysfunkcją wzroku wykorzystywane są różne metody gromadzenia informacji, różnorodne strategie oceny i narzędzia (wywiady, testy, analiza wytworów, samoocena uczniów, arkusze obserwacji itp.) w myśl koncepcji diagnozy 270 stopni.

Komentarz: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej obszarów funkcjonowania dziecka słabowidzącego i niewidzącego (punkty A do I) wykorzystuje się następujące źródła informacji:

- analizę dokumentacji medycznej (okulistyczna, ortoptyczna, neurologiczna, inna);
- analizę dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją [bieżącą, jak również tą odbytą na etapie wczesnego wspomagania rozwoju (WWR)];
- obserwację dziecka w warunkach przedszkolnych/szkolnych, domowych (np. videotrening komunikacji VIT), aranżowanych zadaniach standaryzowanych;
- analizę środowiska (analiza barier architektonicznych, społecznych, fizycznych warunków, w których odbywa się nauka szkolna, materiałów dydaktycznych);
- rozmowę z dzieckiem;
- wywiad z rodzicami/opiekunami oraz innymi specjalistami;
- analizę dokumentacji powstałej w wyniku szkolnej oceny funkcjonalnej (formularze, arkusze obserwacyjne);
- wyniki badań testowych i innych badań przeprowadzonych przez specjalistów dokonujących kompleksowej oceny (wyniki badań psychologicznych, w tym ocena poziomu intelektualnego, pedagogicznych, wyniki diagnozy funkcjonalnej widzenia);
- samoopis – perspektywa ucznia.

STANDARD 14: Narzędzia stosowane w ocenie funkcjonalnej uczniów z dysfunkcją wzroku.

W ocenie funkcjonalnej specjaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi. Umożliwi to zobiektywizowany pomiar zakresu trudności dziecka oraz jego mocnych stron, a także odniesienie rozwoju i zachowania dziecka do norm (tj. do wyników rówieśników, rówieśników słabowidzących/niewidzących), a w przypadku niektórych narzędzi także pomiar zmian w zachowaniu i postępów w rozwoju.

Komentarz: Populacja dzieci i młodzieży z dysfunkcjami wzroku jest bardzo zróżnicowana wewnętrznie, co jest jedną z przyczyn braku możliwości wytworzenia znormalizowanych narzędzi diagnostycznych. W tej sytuacji należy

korzystać z dostępnych skal i testów skonstruowanych na potrzeby osób z tą niepełnosprawnością, zaadaptowanych do warunków polskich, opartych na naukowych podstawach (*evidence-based*). Analiza narzędzi do oceny funkcjonowania ucznia z zaburzeniami widzenia, zarówno słabowidzącego, jak i niewidzącego pokazuje ogromny niedobór przede wszystkim testów wystandaryzowanych, znormalizowanych w populacji osób z niepełnosprawnością wzroku, dostosowanych do warunków polskich. Istnieje jednak pilna potrzeba i zarazem rekomendacja – konieczność opracowania i wdrożenia aktualnego, dostępnego i możliwie kompleksowego narzędzia do diagnozy funkcjonalnej widzenia, której wyniki przekładałyby się na realne wytyczne do adaptowania środowiska, materiałów dydaktycznych czy doboru metod nauczania. Lista narzędzi adresowanych do dzieci i uczniów z dysfunkcją wzroku znajduje się w Aneksie w tabeli A2.

STANDARD 15: Ograniczenia interpretacyjne w stosowaniu narzędzi bez norm dla osób słabowidzących/niewidzących.

Jeśli narzędzie nie zostało poddane procesowi walidacji, nie posiada norm dla osób słabowidzących lub niewidzących, ale w warunkach polskich nie istnieje dotychczas narzędzie pod tym względem sprawdzone, to stosujący je przy formułowaniu oceny uwzględnia wszelkie wynikające z tego ograniczenia.

Komentarz: Brak rzetelnych i trafnych narzędzi diagnostycznych do oceny określonych funkcji (głównie poznawczych) w tej grupie pozwala uzyskać wyniki jedynie orientacyjne (najbardziej popularna jest Skala Inteligencji Weschlera stosowana tylko w części werbalnej). Diagnoza funkcji poznawczych u osób z głębszymi stopniami niepełnosprawności wzroku za pomocą testów psychometrycznych często nie spełnia kryteriów formalnych w zakresie standaryzacji. Rolą psychologa jest oszacowanie zakłócającej roli ograniczeń sprawności i na tej podstawie określenie, czy dostosowanie przebiegu badania jest właściwe w konkretnej sytuacji i jakie skutki ze sobą niesie. W ocenie obszarów, dla których jakość widzenia nie stanowi o zmienności, można korzystać z narzędzi znormalizowanych na populacji w normie, ale informacja o tym zawsze powinna być podana we wnioskach z diagnozy (np. umiejętności fonologiczne). Zawsze jako nierównoważne należy traktować testy wykonywane w innej

modalności niż zakłada instrukcja do standaryzowanego zadania (np. innych wyników pomiaru można się spodziewać, gdy badany widzi informację graficzną, niż gdy słyszy jej opis).

STANDARD 16: Inicjowanie oceny funkcjonalnej.

Przeprowadzenie oceny funkcjonalnej jest zasadne zawsze wtedy, kiedy występują trudności edukacyjne oraz funkcjonalne w aktywnościach szkolnych. Ocena funkcjonalna może być zainicjowana przez:

- diagnozę nozologiczną uszkodzenia wzroku;
- wskazania lekarskie (bez diagnozy), wyniki badań przesiewowych;
- dokumentację z przebiegu WWR;
- orzeczenie o niepełnosprawności;
- niepokojące symptomy zaobserwowane przez rodziców, trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu/szkole;
- ograniczenia aktywności i uczestnictwa ucznia w procesie edukacji szkolnej dostrzeżone przez nauczycieli i specjalistów szkolnych.

Komentarz: Ocena funkcjonalna jest przeprowadzana zawsze wtedy, kiedy dziecko posiada diagnozę kryterialną (np. słabowzroczność znaczna). W sytuacji braku rozpoznania medycznego (okulistycznego) na wcześniejszych etapach edukacji czynnikiem alarmującym, skłaniającym do podjęcia oceny funkcjonalnej mogą być pewne trudności szkolne, np. w czytaniu, pisaniu, niedające się korygować standardowymi zabiegami pedagogicznymi. Nie zawsze symptomy te są typowymi wskaźnikami dla występowania dysfunkcji wzroku i mogą być powodowane innymi zaburzeniami. Rodzic wówczas zgłasza problem/potrzebę udzielenia dziecku wsparcia nauczycielom i specjalistom szkolnym, co inicjuje proces szkolnej oceny funkcjonalnej. Jeżeli zasoby szkoły nie są wystarczające, by zapewnić kompleksową diagnozę lub udzielić odpowiedniego wsparcia, może zaistnieć konieczność skierowania ucznia w celu wykonania pogłębionej oceny funkcjonalnej w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Równolegle w trakcie powstawania oceny funkcjonalnej poszukiwane są przyczyny tego stanu, np. dziecko zostaje skierowane na badania okulistyczne, ortoptyczne itp. W niektórych przypadkach trafna diagnoza i dobrze dobrana korekcja i/lub ćwiczenia wzrokowe rozwiązują problem i wsparcie edukacyjno-terapeutyczne

nie jest potrzebne (np. niedowidzenie). W innych może się okazać, że dziecko jest słabowidzące/słabowidzące funkcjonalnie i wymaga odpowiedniego, ciągłego wsparcia edukacyjno-terapeutycznego.

STANDARD 17: Kompleksowa ocena funkcjonalna jako proces ciągły.

Powinna być przeprowadzana dwa razy w roku szkolnym, np. w pierwszym miesiącu każdego semestru oraz aktualizowana **na bieżąco**, jeśli w sytuacji dziecka następuje istotna zmiana w funkcjonowaniu, dotycząca stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych. Istotna zmiana stanu funkcjonowania wzrokowego (np. polepszenie/ pogorszenie ostrości wzroku) powinna być powodem do ponowienia procesu oceny funkcjonalnej.

Komentarz: Poziom funkcjonowania dziecka z dysfunkcją wzroku i zakres jego kompetencji zmieniają się dynamicznie (na skutek rehabilitacji wzroku, kompensacji ćwiczeń, dostosowań itp.), zmianie ulegają także środowiskowe wymagania wobec ucznia. Ponadto trudności doświadczane przez dziecko związane są z charakterem schorzenia (postępujący, regresywny, trwałe), np. przy hipoplazji nerwu wzrokowego wraz z wiekiem, postępami w rehabilitacji jakość widzenia poprawia się i zwiększają się lub w ogóle dopiero pojawiają się możliwości nauki czytania i pisania wzrokowego. Zdarzają się sytuacje odwrotne, dziecko posługujące się czarnodrukiem na jakimś etapie musi rozpocząć naukę brajla. Aby ocena zachowywała swoją aktualność i spełniała cele, musi być rozumiana jako proces ciągły.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 18: Ocena funkcjonalna ucznia z dysfunkcją wzroku powinna dostarczać:

- opisu trudności i mocnych stron obserwowanych w aktywnościach szkolnych (zidentyfikowanych w efekcie procesu szkolnej oceny funkcjonalnej);

- szczegółowego profilu funkcjonowania (z uwzględnieniem kategorii ICF adekwatnych w stosunku do trudności dziecka z dysfunkcją wzroku);
- opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności wzrokowych wraz z ich przełożeniem na funkcjonowanie szkolne: zadania i sytuacje poznawcze, społeczne, osobiste;
- wyników analizy czynników środowiskowych, w tym potrzebnych dostosowań, technologii asystujących, specjalnych materiałów dydaktycznych (np. drukarka brajlowska) oraz czynników osobowych i społecznych (np. sytuacja rodzinna, funkcjonowanie psychospołeczne w grupie itp.);
- konkretnych wskazań (ustaleń) terapeutycznych i edukacyjnych, pozwalających sformułować precyzyjnie określone cele oddziaływań, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

Komentarz: Profil funkcjonalny ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) oparty jest na kodach klasyfikacji. Opisuje funkcjonowanie w 3 komponentach: funkcje i struktury ciała, aktywność i uczestniczenie, czynniki środowiskowe. Stopień nasilenia upośledzenia funkcji, trudności w aktywnym funkcjonowaniu, bariery/ułatwienia środowiskowe określone są za pomocą skali kwalifikatorów: 0 (brak problemu) – 4 (bardzo duży problem). Profil opisuje funkcjonowanie dziecka/ucznia komplementarnie do danych uzyskanych w diagnozie kryterialnej. Aktualnie kategorie ICF nie zostały jeszcze opracowane w sposób umożliwiający ich pełne włączenie do oceny funkcjonalnej. Obecnie trwają prace, które mają dostarczyć takiego materiału.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 19: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne jest na bieżąco oceniane pod kątem skuteczności. Jest procesem systematycznym i responsywnym – przystającym do aktualnych potrzeb ucznia.

Komentarz: Formy pomocy, metody terapii systematycznie oceniane są pod względem efektywności. Dopuszczalne jest zwiększenie wymiaru czasowego określonego rodzaju wsparcia edukacyjno-terapeutycznego w trakcie semestru/roku szkolnego. Progres w zakresie danych umiejętności jest dokumentowany. Wzrost natężenia w skali problemu w zakresie danej funkcji/aktywności może stanowić uzasadnienie dla zwiększenia wsparcia. Zespół analizuje zmiany w funkcjonowaniu ucznia, który posiada indywidualny plan edukacyjny, na koniec semestru i koniec roku szkolnego.

STANDARD 20: Decyzja o zakresie realizacji wsparcia między placówką edukacyjną, poradnią psychologiczno-pedagogiczną i/lub specjalistycznymi ośrodkami jest podejmowana przez specjalistę wiodącego wspólnie z nauczycielem koordynującym pomoc psychologiczno-pedagogiczną w placówce edukacyjnej i rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (lub też z udziałem ucznia).

Komentarz: Specjalista wiodący w procesie oceny funkcjonalnej dziecka/ucznia realizowanej w PP-P wspólnie z nauczycielem koordynującym pomoc psychologiczno-pedagogiczną w placówce edukacyjnej i rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (lub też z udziałem ucznia) ustalają, które elementy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i jakie formy terapii mogą być zabezpieczone na poziomie placówki (obecność w zespole odpowiednich specjalistów plus wsparcie SCWEW), które będą realizowane przez PP-P (obecność w zespole odpowiednich specjalistów), a które muszą/powinny być zlecone specjalistycznemu ośrodkowi. Koordynacja tego procesu odbywa się na poziomie placówki edukacyjnej lub na poziomie PP-P. Nie dopuszcza się sytuacji, w której dziecko podlega pod dwa równoległe, nieskoordynowane i niezależne procesy terapeutyczne.

STANDARD 21: IPE (Indywidualny Plan Edukacyjny) jest przygotowywany dla każdego ucznia z dysfunkcją wzroku, u którego ocena funkcjonalna wskazuje na konieczność wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz potrzebę wprowadzenia racjonalnych dostosowań.

Komentarz: IPE jest przygotowany zespołowo – nauczyciele i specjaliści pracujący dzieckiem/ucznikiem z udziałem rodziców/opiekunów prawnych dziecka/ucznia (nie tylko akceptowany przez nich). Za jego opracowanie odpowiada koordynator edukacji włączającej (wyznaczony przez dyrektora szkoły spośród specjalistów zatrudnionych w szkole). Jest ewaluowany semestralnie i korygowany lub uzupełniany.

STANDARD 22: IPE jest opracowywany na początku każdego roku szkolnego (lub możliwie najszybciej po przybyciu dziecka do placówki edukacyjnej, jeśli ma to miejsce w ciągu roku szkolnego) i modyfikowany w zależności od potrzeb po dokonaniu oceny rozwoju, zaistnieniu zmian w zakresie diagnozy kryterialnej/funkcjonalnej widzenia, funkcjonowania poznawczego i społecznego ucznia (np. nasilenie się trudności edukacyjnych).

Komentarz: Ocena funkcjonalna powinna umożliwiać udzielenie dziecku szybkiego wsparcia na terenie placówki edukacyjnej i dodatkowych niezbędnych form wsparcia, dostępnych poza placówką (np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej ośrodka terapeutycznego, przy zapewnieniu finansowania ze środków publicznych).

STANDARD 23: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne w odniesieniu do uczniów z dysfunkcjami wzroku może być realizowane na trzech poziomach: poziom I. przedszkole/szkoła, poziom II. współpraca z poradnią psychologiczno-pedagogiczną oraz SCWEW, poziom III ośrodek specjalistyczny SOSW, ośrodek ochrony zdrowia.

Tabela 17. Poziomy wsparcia edukacyjno – specjalistycznego dla uczniów z dysfunkcją wzroku

Poziom wsparcia	Rodzaj wsparcia	Opis
Poziom I Przedszkole/szkoła	1. Uniwersalne projektowanie 2. Racjonalne dostosowania 3. Pomoc w trakcie bieżącej pracy na lekcji	Projektowanie lekcji dostępnych pod względem fizycznym (<i>physical access</i>): dostarczanie tej samej informacji za pomocą różnych modalności w formie, który pozwoli na dostosowanie jej do indywidualnych potrzeb ucznia (np. czcionka, którą można powiększyć, kompatybilność z powszechnie stosowanymi technologiami wspomagającymi, opis alternatywny grafik, zdjęć, animacji) Dostosowanie otoczenia, metod, form realizacji treści, sposobu sprawdzania wiadomości i umiejętności, wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do potrzeb ucznia z dysfunkcją wzroku Indywidualizacja nauczania, reagowanie na dodatkowe potrzeby ucznia, np. wydruk notatki zapisanej na tablicy, umożliwienie odpowiedzi ustnej zamiast pisemnej itp.
		Jak wdrożyć?: edukacja dyrektorów i nauczycieli, współpraca ze SCWEW ¹³ , wdrożenie materiałów spełniających wytyczne UD
Poziom II Współpraca szkoły z poradnią psychologiczno-pedagogiczną oraz SCWEW	Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne: 1) wsparcie w zakresie indywidualnych potrzeb edukacyjnych (dodatkowe zajęcia edukacyjne, zajęcia specjalistyczne, zapewnienie nauczyciela współpracującego) 2) racjonalne dostosowania i modyfikacje	Wszyscy nauczyciele współpracują ze specjalistą tyflopedagogiem, który: pełni rolę doradcą, konsultacyjną, instruującą (w zakresie problemów w pracy bieżącej z uczniem na lekcji, w zakresie organizacji środowiska i jego dostosowań), wspiera koordynację procesu wsparcia realizowanego przez zespół nauczycieli (pomoc pośrednia), indywidualnie realizuje zajęcia terapeutyczne (pomoc bezpośrednia). W zależności od potrzeb uczestniczy we wszystkich zajęciach edukacyjnych jako nauczyciel współpracujący Doposażenie miejsca nauki w sprzęt specjalistyczny, oprogramowanie i pomoce dydaktyczne
		Jak wdrożyć: współpraca z SCWEW (wypożyczalnia sprzętu), systematyczna współpraca z tyflopedagogiem
Poziom III Ośrodek specjalistyczny	Kształcenie specjalne: 1) ciągłe wsparcie w trakcie pracy bieżącej oraz rewalidacyjnej 2) specjalne modyfikacje procesu dydaktycznego	– tyflopedagog do stałej, bezpośredniej pomocy (komunikacja pisemna za pomocą brajla, poruszanie się i orientacja przestrzenna) – zajęcia specjalistyczne (nauka pisma brajla, orientacja przestrzenna, grafika dotykowa itp.) – sprzęt specjalistyczny (maszyna brajlowska, oprogramowanie udźwiękowiające, pomoce tyfłodydaktyczne) i adaptacja przestrzeni (szlaki komunikacyjne, likwidacja barier) – rehabilitacja specjalistyczna – np. rehabilitacja wzroku
		Jak wdrożyć?: realizacja PPKO ¹⁴ w SOSW, doposażenie szkoły w środki tyfłodydaktyczne/tyfloinformatyczne i adaptacja przestrzeni (SCWEW), korzystanie z oferty ośrodków ochrony zdrowia (np. poradnie rehabilitacji słabowidzących i niewidzących)

Komentarz: Wsparcie nie stanowi działań na stałe „przypisanych do ucznia” oraz addytywnych wobec procesu nauczania – uczenia się (np. wsparcie ograniczone do dwóch godzin rewalidacji tygodniowo). Jest dobierane odpowiednio do potrzeb i może obejmować modyfikacje środowiska (racjonalne dostosowania), wsparcie ucznia w pracy bieżącej na lekcji i/lub stanowić program systematycznych zajęć specjalistycznych (w formie grupowej i/lub indywidualnej).

STANDARD 24: Sposoby realizowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego ucznia z dysfunkcją wzroku:

- 1) zapewnienie zajęć specjalistycznych, np. nauka orientacji przestrzennej, nauka systemu Braille’a, terapia widzenia;
- 2) zapewnienie dodatkowych zajęć edukacyjnych, np. zajęcia wyrównawcze;
- 3) wsparcie ucznia w bieżącej pracy szkolnej;

¹³ Specjalistyczne Centrum Wspierające Edukację Włączającą.

¹⁴ Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego.

- 4) pomoc koleżeńska, w tym tutoring i tworzenie sieci wsparcia rówieśniczego;
- 5) usuwanie barier: doposażenie miejsca nauki w sprzęt specjalistyczny, oprogramowanie i pomoce dydaktyczne, np. powiększalnik, lupa elektroniczna;
- 6) zapewnienie nauczyciela współpracującego (tyflopedagoga) podczas określonych lub wszystkich zajęć edukacyjnych;
- 7) realizacja przez ucznia zajęć edukacyjnych odpowiednio w oddziale ogólnodostępnym lub specjalnym (SOSW dla dzieci słabowidzących i niewidomych).
- 8) wsparcie rodziny: konsultacje i porady, warsztaty, działania informacyjno-szkoleniowe.

Komentarz: Rodzaje wsparcia dobierane są na podstawie dokładnie zidentyfikowanych potrzeb podczas oceny funkcjonalnej. Uczeń z tym samym stopniem uszkodzenia wzroku może wymagać innych oddziaływań. Rodzaj i cel wsparcia nie wynikają również tylko z trudności funkcjonalnych w aktywności i uczestniczeniu oraz barier środowiskowych (np. w szkole) – istotna jest również etiologia problemu (uszkodzenie widzenia o etiologii ocznej a uszkodzenie widzenia o etiologii mózgowej). Przykładowo, wsparcie w sytuacji występowania trudności w czytaniu będzie inne, jeśli są konsekwencją słabego widzenia spowodowanego uszkodzeniem struktur oka, inne, jeśli słabe widzenie wynika z dysfunkcji na poziomie kory mózgowej, jeszcze inne, gdy stanowią symptom ryzyka dysleksji lub zaniedbań środowiskowych. Ten aspekt (etiologia problemu) zawsze jest brany pod uwagę przez specjalistów biorących udział w ocenie funkcjonalnej oraz projektowaniu wsparcia edukacyjno-terapeutycznego.

STANDARD 25: Elementem wsparcia jest zapewnienie dziecku/uczniowi z dysfunkcją wzroku dostępności procesu kształcenia od samego początku jego trwania. W tym celu szkoła stosuje:

- projektowanie uniwersalne, w szczególności w zakresie sposobów przygotowania materiału dydaktycznego, strategii i metod nauczania, motywowania dzieci i uczniów do nauki, a także sposobów oceny posiadanej wiedzy i kompetencji nabytych w procesie kształcenia i wychowania przez dzieci i uczniów;
- racjonalne dostosowania, w tym: dostosowanie otoczenia, metod i form realizacji treści nauczania, stosowanych środków dydaktycznych (w tym z uwzględnieniem wsparcia zapewnianego przez specjalistyczne centrum), sposobu sprawdzania i oceniania wiadomości i umiejętności ucznia, wymagań edukacyjnych, warunków i form przeprowadzania egzaminów.

Komentarz: Szkoła jest zobligowana zapewnić uczniowi z dysfunkcją wzroku w pełni dostępny proces kształcenia. Po stronie szkoły leży odpowiedzialność za zorganizowanie odpowiednio dostosowanych materiałów i podręczników. Jeżeli szkoła nie zgłosiła zapotrzebowania na takie podręczniki w terminie albo znajdują się one poza wykazem zaadaptowanych podręczników, szkoła wykorzystuje jedną z innych możliwości uzyskania dostępu: uzyskuje wersję elektroniczną (pdf, flipbook) z wydawnictwa, zapewnia lupę elektroniczną/powiększalnik przenośny, zapewnia wydruk w powiększeniu – w zależności od możliwości percepcyjnych i potrzeb ucznia.

3. SPECYFICZNE ZABURZENIA UCZENIA SIĘ

EWA DOMAGAŁA-ZYŚK

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) uczniów ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się jest przeprowadzana w celu scharakteryzowania indywidualnych potrzeb i możliwości ucznia oraz podjęcia działań mających na celu dostosowanie procesu edukacyjnego oraz – w razie potrzeby – działań interwencyjnych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych, aby wesprzeć integralny rozwój ucznia.

Komentarz: Ocena funkcjonalna ma charakter interdyscyplinarny i wieloaspektowy – nie powinna koncentrować się tylko na trudności czy problemie, który jest głównym powodem jej podjęcia. Powinna mieć także charakter pozytywny, w toku jej przeprowadzania należy koncentrować się również na mocnych stronach i zasobach dziecka, jego rodziny i środowiska szkolnego. Wsparcie integralnego rozwoju ucznia obejmuje działania wspierające nie tylko jego rozwój poznawczy, lecz także fizyczny, emocjonalno-społeczny i duchowy.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się obejmuje:

- a) zidentyfikowanie rodzaju i zakresu zaburzeń w uczeniu się doświadczanych przez ucznia, zarówno w zakresie edukacji, jak i funkcjonowania w życiu codziennym (w aspekcie praktycznego zastosowania umiejętności czytania, pisanie i liczenia);
- b) analizę dostępnej dokumentacji medycznej (np. wskazującej na dysfunkcje wzroku/słuchu, zaburzenia neurologiczne. ADHD i inne);
- c) określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu ucznia;

- d) określenie kompetencji społeczno-emocjonalnych ucznia, w tym strategii radzenia sobie z trudnościami, relacji interpersonalnych, obrazu siebie, poczucia sprawczości;
- e) analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów; potrzeb i możliwości rodziny oraz zasobów szkoły i innych lokalnych instytucji wspierających (poradni psychologiczno-pedagogicznej, SCWEW i innych);
- f) sformułowanie zaleceń postdiagnostycznych, określenie celu i metod wsparcia edukacyjnego i specjalistycznego.

Komentarz: Ocena funkcjonalna jest procesem ilościowo-jakościowym, wieloprofilowym, interdyscyplinarnym, kontekstowym, wieloaspektowym i wielowymiarowym (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017; Czarnocka, 2019). Jej procesualny i kontekstowy charakter pozwala na zebranie danych dotyczących funkcjonowania ucznia, jego mocnych i słabych stron, w kontekście specyficznych cech środowiska rodzinnego (np. poziom wykształcenia rodziców, zakres ich współpracy ze szkołą), szkolnego i szerszego kontekstu społecznego (np. miejsce zamieszkania). Oznacza to, że uczniowie z podobnymi uwarunkowaniami biologicznymi mogą doświadczać różnych trudności oraz mieć różnorodne możliwości rozwojowe, a tym samym wymagać zróżnicowanych rozwiązań w zakresie wsparcia postdiagnostycznego.

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną w szkole w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się powinni być objęci **wszyscy uczniowie** zdiagnozowani w okresie przedszkolnym jako dzieci z **ryzykiem specyficznych trudności**

w **uczeniu się** oraz wszyscy inni uczniowie, u których nauczyciele lub rodzice/opiekunowie zauważą **trudności lub opóźnienia** w nabywaniu sprawności czytania, pisania i liczenia właściwych dla wieku ucznia.

Komentarz: Ocena funkcjonalna ryzyka specyficznych zaburzeń w uczeniu się możliwa jest już w okresie przedszkolnym podczas oceny gotowości szkolnej. Niektórzy uczniowie uczestniczą także w zajęciach WWR. Uczniowie 7-letni rozpoczynając edukację szkolną, mają zatem najczęściej już pewną „biografię diagnostyczną i terapeutyczną”, która powinna być znana koordynatorowi edukacji włączającej w szkole oraz innym specjalistom prowadzącym ocenę funkcjonalną. Wobec uczniów, u których w okresie przedszkolnym dostrzeżone zostało ryzyko zaburzeń w uczeniu się, powinno kontynuować się prowadzenie procesu oceny funkcjonalnej, korzystając z wcześniejszych ustaleń i wprowadzając nowe elementy.

Oceną funkcjonalną w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się powinni być także objęci wszyscy uczniowie, u których na jakimkolwiek etapie uczenia się nauczyciel (np. nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej, nauczyciel-polonista) lub rodzice/opiekunowie zauważą trudności w nabywaniu sprawności czytania, pisania lub liczenia właściwych dla wieku ucznia. Potrzebę podjęcia oceny potrzeb i możliwości w kontekście edukacyjnym może także zgłosić sam uczeń.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 4: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się należy uwzględnić następujące obszary, zgodne z modelem diagnozy ICF:

- 1) charakterystykę medyczną funkcjonowania ucznia w aspekcie funkcji i struktur ciała;
- 2) zakres możliwości i trudności w uczestniczeniu oraz aktywności w następujących obszarach: uczenie się i stosowanie wiedzy, umiejętności

elementarne czytania, pisanie i liczenia, komunikacja, motoryka, samoobsługa, relacje, ogólne funkcjonowanie w zakresie nauki i wypoczynku w sytuacjach domowych, szkolnych i w szerszej społeczności, radzenie sobie z trudnościami.

- 3) czynniki środowiskowe wspomagające funkcjonowanie ucznia lub je ograniczające, np. dostęp do pomocy o charakterze terapeutycznym, wsparcie rówieśnicze, wsparcie ze strony rodziny.
- 4) czynniki osobowe związane z cechami ucznia, np. jego temperament, sposoby radzenia sobie z trudnościami, nawyki, strategie uczenia się (Domagała-Zyśk 2022)

Komentarz: W ocenie funkcjonalnej w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się uwzględnia się **różnorodne źródła informacji**:

- a) dostępną dokumentację medyczną;
- b) dokumentację dotychczasowego przebiegu OF, diagnoz, terapii, rehabilitacji [bieżącej, jak również tej odbytej na etapie wczesnego wspomagania rozwoju (WWR)];
- c) karty/protokoły bezpośrednich obserwacji dziecka w warunkach szkolnych i domowych przygotowane przez różne osoby (rodziców, nauczycieli różnych przedmiotów, nauczycieli świetlicy itp.);
- d) protokół rozmowy z dzieckiem;
- e) wywiad z rodzicami/opiekunami;
- f) opinie nauczycieli;
- g) wyniki badań przeprowadzonych przy pomocy odpowiednich narzędzi OF przez specjalistów dokonujących oceny funkcjonalnej.

Niedopuszczalna jest sytuacja, gdy w OF korzysta się wyłącznie z testów i zadań w tzw. diagnozie gabinetowej. W kompleksowej OF korzystamy z różnorodnych źródeł informacji, także tych pochodzących z bezpośrednich obserwacji dziecka w naturalnych warunkach jego funkcjonowania, w domu, szkole czy na zajęciach rozwijających zainteresowania.

Obszar III: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną

STANDARD 5: Ocena funkcjonalna ucznia w kontekście specyficznych trudności w uczeniu się przebiega dwustopniowo jako: 1) szkolna ocena funkcjonalna – badania przesiewowe, prowadzone przez nauczycieli i specjalistów w szkole, we współpracy z rodzicami ucznia; 2) specjalistyczna ocena funkcjonalna, prowadzona przez specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej, we współpracy z nauczycielami i innymi specjalistami.

Komentarz: Szkolna ocena funkcjonalna prowadzona jest przede wszystkim w czasie bieżącej pracy z uczniem przez nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej/nauczyciela polonistę/nauczyciela matematyki. W edukacji włączającej każdy nauczyciel jest odpowiedzialny za edukację każdego ucznia, zatem należy założyć, że każdy nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej/nauczyciel polonista/nauczyciel matematyki dysponuje wiedzą i kompetencjami pozwalającymi mu ocenić, czy u ucznia występują trudności w czytaniu, pisaniu lub liczeniu, które wymagają dalszych działań diagnostycznych i terapeutycznych. W prowadzeniu szkolnej oceny funkcjonalnej uczestniczy także specjalista szkolny – pedagog/psycholog szkolny lub pedagog specjalny. Pełnoprawnymi uczestnikami procesu szkolnej oceny funkcjonalnej na każdym jej etapie są także rodzice ucznia.

Po dokonaniu szkolnej oceny funkcjonalnej wdrażane są działania postdiagnostyczne w szkole i domu, są one monitorowane i w razie potrzeby – modyfikowane. Po ewaluacji programu wsparcia zespół podejmuje decyzję o kontynuacji dotychczasowych form wsparcia – lub o konieczności badań pogłębionych tj. specjalistycznej oceny funkcjonalnej w poradni psychologiczno-pedagogicznej. W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka w kontekście specyficznych trudności w uczeniu się w poradni psychologiczno-pedagogicznej wchodzi: psycholog, pedagog oraz logopeda. Specjaliści z poradni uwzględniają informacje przekazane przez zespół szkolny (w razie potrzeby rekomendowane są dodatkowe konsultacje) oraz współpracują – w razie potrzeby – z lekarzem pediatrą, psychiatrą, neurologiem, okulistą, optometrystą, audiologiem, fizjoterapeutą i innymi specjalistami. Pełnoprawnymi uczestnikami procesu specjalistycznej oceny funkcjonalnej na każdym jej etapie są także rodzice ucznia. Zalecenia zespołu wdrażane są następnie w pracy z dzieckiem na

terenie szkoły przez zespół specjalistów szkolnych i/lub wspomaganych przez SCWEW lub inne ośrodki specjalistyczne.

STANDARD 6: Interdyscyplinarną ocenę funkcjonalną ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się koordynuje na poziomie szkoły koordynator szkolnej oceny funkcjonalnej: nauczyciel-specjalista, pedagog/psycholog szkolny lub pedagog specjalny. Jeśli potrzebna jest diagnoza pogłębiona, koordynuje ją specjalista wiodący – pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, współpracujący ze szkolnym specjalistą wiodącym.

Komentarz: Rekomenduje się, aby w każdej szkole był wyznaczony szkolny specjalista wiodący: nauczyciel specjalista – koordynator OF w kontekście uczniów ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się. Funkcję tę może pełnić np. pedagog/psycholog szkolny, pedagog specjalny lub doświadczony nauczyciel polonista. Osoba ta odpowiedzialna byłaby za zgromadzenie informacji o aktualnych modelach, metodach i narzędziach nauczycielskiej oceny funkcjonalnej oraz za pełnienie roli mentora dla młodszych lub mniej doświadczonych nauczycieli w czasie prowadzenia OF na poziomie szkoły, szczególnie w aspekcie analizy zebranych danych. OF na poziomie szkoły kończy się sformułowaniem protokołu szkolnej oceny funkcjonalnej oraz podjęciem decyzji co do rodzaju wsparcia edukacyjnego i – w razie potrzeby – specjalistycznego udzielanego dziecku. Szkoła może także wnioskować o podjęcie specjalistycznej oceny funkcjonalnej w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

STANDARD 7: Ocena funkcjonalna jest oceną 270 stopni (Domagała-Zyśk, Knopik, Osza, 2017), w której analizowana jest perspektywa ucznia, specjalisty i rodzica. Rodzice są pełnoprawnymi uczestnikami procesu oceny funkcjonalnej na każdym jej etapie: projektowania zakresu oceny, zbierania danych, analizy danych i formułowania zaleceń postdiagnostycznych.

Komentarz: Ocena funkcjonalna ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się podejmowana jest na wniosek nauczyciela lub rodziców i prowadzona zawsze z udziałem rodziców. Są oni pełnoprawnymi uczestnikami procesu

oceny potrzeb i możliwości ich dziecka, przekazują obserwacje dotyczące funkcjonowania zarówno edukacyjnego, jak i emocjonalno-społecznego ucznia. Rodzice są także współodpowiedzialni za wdrażanie procesu wsparcia, ponieważ część zaleceń dotyczy pracy własnej ucznia w domu. Pomagają także nauczycielom i pedagogom w monitorowaniu i ewaluacji zakresu i form wsparcia.

STANDARD 8: Ocena funkcjonalna ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się jest prowadzona przez pedagoga/psychologa szkolnego lub specjalistę z poradni psychologiczno-pedagogicznej. W szkole OF wykonywać i koordynować może także nauczyciel specjalista (np. polonista), posiadający przygotowanie do pracy z uczniem ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się (studia podyplomowe w zakresie terapii pedagogicznej/diagnozy i terapii specyficznych trudności w uczeniu się).

Komentarz: Zagadnienia dotyczące oceny funkcjonalnej ucznia w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się są objęte programem studiów na kierunku pedagogika i psychologia oraz studiach nauczycielskich przygotowujących do nauczania języka polskiego. Kwalifikacje w zakresie OF ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się posiadają także absolwenci studiów podyplomowych w zakresie terapii pedagogicznej, w tym np. nauczyciele poloniści. Dyrektor szkoły biorąc pod uwagę kwalifikacje zespołu nauczycielskiego, wyznacza szkolnego koordynatora OF w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się, który wspiera nauczycieli zaangażowanych w proces OF nauczanych przez nich uczniów i koordynuje przebieg OF każdego ucznia.

STANDARD 9: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną w kontekście specyficznych zaburzeń w uczeniu się są zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w certyfikowanych szkoleniach.

Komentarz: Ocena funkcjonalna, tak jak cała rzeczywistość edukacyjna i terapeutyczna, jest procesem dynamicznym. Wraz ze wzrostem wiedzy na temat specyficznych zaburzeń w uczeniu się oraz znaczenia profesjonalnych narzędzi oceny i diagnozy, systematycznie pojawiają się informacje o nowych

procedurach i metodach. Z tego powodu nauczyciele i inni profesjonaliści zaangażowani w proces OF powinni mieć możliwość stałego doskonalenia swoich kompetencji nabywania nowych kwalifikacji (np. w zakresie wykorzystywania nowych narzędzi OF). Studia podyplomowe i certyfikowane szkolenia w tym zakresie powinny być oferowane nauczycielom i specjalistom bezpłatnie.

STANDARD 10: W szkolnej ocenie funkcjonalnej przewiduje się następujące etapy:

- A. Analizę dokumentacji medycznej:
 - aktualne wyniki badań słuchu i badań okulistycznych nie starsze niż sprzed 6 miesięcy;
 - wyniki konsultacji neurologicznych (jeśli dziecko posiada, ew. koordynator OF może zasugerować potrzebę takich konsultacji);
 - wyniki innych konsultacji medycznych, istotnych dla uczenia się (np. informacje o dysfunkcji ruchu, chorobach somatycznych /psychiatrycznych dziecka itp.).
- B. Analizę dokumentacji diagnostycznej i terapeutycznej z wcześniejszych etapów edukacyjnych (wyniki diagnoz oraz przebieg wsparcia w ramach WWR i innych zajęć edukacyjnych i terapeutycznych).
- C. Analizę trudności w czytaniu i pisaniu oraz możliwych uwarunkowań tych trudności:
 - analizę dokumentacji: dziennika szkolnego, zeszytów ucznia, prac pisemnych;
 - rozmowę z uczniem na temat doświadczanych przez niego trudności i strategii radzenia sobie z nimi;
 - wywiady z nauczycielami różnych przedmiotów dotyczące zaobserwowanych przez nich trudności ucznia w zakresie czytania i pisania;
 - pedagogiczne i logopedyczne badanie słuchu fonematycznego, ogólnych kompetencji fonologicznych i tempa nazywania.
- D. Szkolna ocena funkcjonalna obejmuje także zakres aktywności i uczestnictwa ucznia w różnych sytuacjach codziennych (zgodnie z ICF).

Oceny takiej można dokonać przy pomocy standaryzowanych narzędzi obserwacyjnych, np. Skali Prognoz Edukacyjnych (Wiejak, Krasowicz-Kupis, Bogdanowicz, 2015), Skali Ryzyka Dysleksji (Bogdanowicz, Kalka, 2011); Systemu Oceny Zachowań Adaptacyjnych (ABAS-3; adaptacja polska: Otrębski, Domagała-Zyśk, Rutkowska, Sudoł, Wiącek, 2019). Ocena taka obejmuje:

- analizę zachowania dziecka w sytuacjach szkolnych, w których uczniowie przygotowują się do uczenia się czytania, pisania i liczenia lub czytają, piszą i liczą na poziomie danej klasy; analiza powinna dotyczyć także rozmów z uczniem i poznania jego perspektywy doświadczanych trudności;
- analizę obserwacji rodziców dotyczących funkcjonowania ich dziecka w środowisku domowym.

Specjalistyczna ocena funkcjonalna w poradni psychologiczno-pedagogicznej obejmuje:

- ocenę funkcjonowania poznawczego – poziom rozwoju intelektualnego;
- pedagogiczną analizę procesów czytania, pisania i liczenia – na podstawie dokumentacji oceny funkcjonalnej wykonanej w szkole;
- specjalistyczne badania w kierunku dysleksji, dysgrafii, dysortografii lub dyskalkulii z wykorzystaniem testów standaryzowanych (np. Dysleksja 3/Dysleksja 5 (Bogdanowicz, Jaworowska, Krasowicz-Kupis, Matczak, Pelc-Pekala, Pietras, Stańczak, Szczerbiński);
- eksperymenty pedagogiczne oceniające gotowość dziecka do uczenia się matematyki Gruszczyk-Kolczyńskiej (2015), jeśli uczeń wykazuje trudności w uczeniu się matematyki;
- ocenę prawidłowości uchwytu narzędzia pisarskiego i napięcia centralnego i w ręce piszącej (zaburzenia te warunkują dysgrafię);
- ocenę kompetencji społeczno-emocjonalnych, zwłaszcza w kontekście motywacji do uczenia się, strategii radzenia sobie z trudnościami, samooceny oraz relacji rówieśniczych – na podstawie dokumentacji przekazanej przez szkołę, ew. uzupełnionej o dodatkowe testy specjalistyczne.

Komentarz: Dla specyficznych trudności w uczeniu się w klasyfikacjach ICD-11 (2019) i DSM-5 (2013) przypisano kody zaburzeń.

W klasyfikacji ICD-11 wyróżnia się cztery rodzaje specyficznych trudności w uczeniu się. Są to:

- 6A03.0 – rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w czytaniu;
- 6A03.1 – rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w pisaniu;
- 6A03.2 – rozwojowe zaburzenie uczenia się z trudnościami w uczeniu się matematyki.

W praktyce nie zdarza się, aby specyficzne zaburzenia w uczeniu się były diagnozowane przez lekarza i określane kodem z ICD-11. W OF konieczna jest jednak znajomość dokumentacji medycznej dziecka.

W OF uczniów ze specyficznymi zaburzeniami uczenia się niezbędna jest regularna współpraca nauczycieli pracujących z uczniem z diagnozującymi go specjalistami, ponieważ dużą część doświadczanych przez ucznia trudności ujawnia się na lekcjach, zwłaszcza na lekcji języka polskiego. W OF tej grupy uczniów trudno jest postawić granicę między zadaniami specjalistów szkolnych i pozaszkolnych. Może bowiem zdarzyć się tak, że szkoła zatrudnia nauczyciela – specjalistę w zakresie oceny funkcjonalnej uczniów ze specyficznymi zaburzeniami uczenia się i wszystkie etapy OF mogą być przeprowadzone w szkole.

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna ma charakter procesualny.

Ocena funkcjonalna ma charakter stały, procesualny. Po zakończeniu zbierania danych przygotowany jest plan działań postdiagnostycznych, który następnie jest wdrażany oraz poddawany bieżącemu monitorowaniu i ewaluacji. Wnioski z bieżącej oceny funkcjonowania ucznia są natychmiast włączane do dokumentacji OF i mogą stanowić podstawę do zmian w zakresie i rodzaju działań postdiagnostycznych i interwencyjnych.

Komentarz: Dotychczasowy proces psychopedagogicznej oceny specyficznych zaburzeń w uczeniu się kończył się wydaniem opinii z zaleceniami i był powtarzany co 3–4 lata. Wiązało się to często z tym, że opinia po pewnym czasie (nawet kilku miesięcy) nie odzwierciedlała zakresu trudności ucznia, które mogły ulegać zwiększeniu – lub zmniejszeniu, np. na skutek działań terapeutycznych i stymulujących rozwój ucznia. Zalecenia zawarte w opinii także po

pewnym czasie stawały się bezprzedmiotowe, ponieważ dziecko w naturalny sposób nabywało nowe kompetencje lub miało nowe, nieopisane w dokumentacji trudności związane ze zmianami edukacyjnymi czy społecznymi.

Procesualny charakter OF oraz jej umiejscowienie przede wszystkim na terenie szkoły, stały monitoring oraz regularnie dokonywana ewaluacja procesu pozwalają na szybsze reagowanie wobec pojawiających się zmian w funkcjonowaniu ucznia, bieżące ich odnotowywanie w dokumentacji OF oraz modyfikację planu działań postdiagnostycznych bez konieczności ponawiania całego procesu diagnozy pogłębionej/specjalistycznej.

STANDARD 12: W ocenie funkcjonalnej profesjonaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi.

Komentarz: Diagnozowanie oparte na dowodach (*evidence-based assessment*, Stemplewska-Żakowicz, 2009) zakłada, że w procedurze oceny stosowane są wiarygodne techniki pomiaru oraz jasne, określone i powtarzalne reguły wnioskowania, a osoba prowadząca badania zna i stosuje najlepsze dostępne dowody empiryczne i cechuje ją biegłość praktyczna.

W świetle kodeksów etyki zawodu pedagoga, logopedy i psychologa odpowiedzialność za etyczne stosowanie testu spoczywa na osobie wykorzystującej test. Zasady te obejmują odpowiednie kwalifikacje badającego, wybór procedury badania i testu oraz formułowanie zaleceń na podstawie testu.

Stosowane narzędzie musi posiadać wskaźniki rzetelności i trafności. Normy powinny dotyczyć grupy odniesienia właściwej dla struktury populacji i charakterystyki badanego dziecka. Normy powinny być aktualne (nie starsze niż sprzed 10 lat), wyrażone na skali standaryzowanej, np. stenowej lub centylowej. Podręcznik do testu powinien zawierać opis procesu standaryzacji. Diagnosta powinien stosować testy które zostały wydane legalnie i są dostępne bezpłatnie dla badanego ucznia.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 13: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać profilu funkcjonowania ucznia, przygotowanego zgodnie z założeniami ICF, obejmującego:

- szczegółowy opis zdolności i umiejętności ucznia;
- opis rodzaju i stopnia nasilenia trudności w czytaniu, pisaniu/liczeniu;
- opis kompetencji ucznia w zakresie funkcjonowania społeczno-emojonalnego;
- wyniki analizy czynników środowiskowych;
- wskazania edukacyjne i terapeutyczne, pozwalające sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

Komentarz: Profil funkcjonalny ICF oparty jest na kodach klasyfikacji ICF. Opisuje funkcjonowanie w 4 komponentach: funkcje i struktury ciała, aktywność i uczestniczenie, czynniki środowiskowe, czynniki osobowe. Stopień nasilenia upośledzenia funkcji, trudności w aktywnym funkcjonowaniu, bariery środowiskowe określane są za pomocą skali kwalifikatorów od 0 (brak problemu) do 4 (bardzo duży problem) wskazujących na stopień ich nasilenia.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 14: Wsparcie edukacyjne i specjalistyczne jest procesem systematycznym i responsywnym – przystającym do aktualnych potrzeb ucznia. W odniesieniu do uczniów ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się realizowane jest na trzech poziomach (tab.18):

Poziom I: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo), bieżąca pomoc w czasie lekcji.

Poziom II: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo), bieżąca pomoc w czasie lekcji oraz wsparcie terapeutyczne w szkole (zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze i korekcyjno-kompensacyjne).

Poziom III: Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo), bieżąca pomoc w czasie lekcji, wsparcie specjalistyczne w edukacji – dostosowania i modyfikacje, wsparcie terapeutyczne w szkole (zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze i korekcyjno-kompensacyjne) oraz w razie potrzeby – wsparcie psychopedagogiczne, socjoterapeutyczne i psychoterapeutyczne.

Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne jest na bieżąco monitorowane i ewaluowane, a wnioski włączane są do dokumentacji ucznia i stanowią podstawę do modyfikowania programów wsparcia.

Komentarz: Wsparcie edukacyjne i terapeutyczne ma przede wszystkim charakter bieżącego wspierania ucznia na lekcjach i jest to zadaniem każdego nauczyciela, zgodnie z ideą edukacji włączającej.

Wsparcie na poziomie II i III udzielane jest w zależności od potrzeb ucznia i modyfikowane wraz ze wzrostem jego kompetencji lub pojawianiem się dodatkowych czynników utrudniających funkcjonowanie ucznia.

Ocena funkcjonalna występowania u dziecka specyficznych zaburzeń w uczeniu się czytania, pisania i/lub liczenia wymaga udzielenia mu natychmiastowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W zależności od nasilenia trudności proponowany jest różnorodny zakres wsparcia, który przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Zakres wsparcia dla dzieci ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się czytania, pisania i/lub liczenia

Poziom	Ocena funkcjonalna	Wsparcie edukacyjne w czasie lekcji	Wsparcie specjalistyczne edukacyjne i terapeutyczne	Uwagi
I	Niewielki poziom zaburzenia uczenia się	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo)	Wskazania do dodatkowej pracy własnej ucznia – udzielane przez nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej/nauczyciela języka ojczystego/matematyki itp.	Szkolenia dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie pracy z uczniem ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się oraz projektowania uniwersalnego w edukacji Wsparcie i szkolenia dla rodziców
II	Umiarkowany poziom zaburzenia uczenia się	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo)	Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze Specjalistyczne zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	Szkolenia dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie pracy z uczniem ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się oraz projektowania uniwersalnego w edukacji Wsparcie i szkolenia dla rodziców
III	Znaczny poziom zaburzenia uczenia się	Nauczanie zgodnie z modelem projektowania uniwersalnego, umożliwiające uczniowi pełny dostęp do edukacji (aktywne uczestnictwo) Dostosowania i modyfikacje w zakresie każdego z przedmiotów szkolnych Specjalistyczne wsparcie w edukacji: – pomoc w przygotowywaniu notatek z lekcji (notetaking, kopia z tablicy interaktywnej itp.) – usługa zapisywania symultanicznego	Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze Specjalistyczne zajęcia korekcyjno-kompensacyjne Psychoedukacja, socjoterapia – w zależności od potrzeb ucznia	Szkolenia dla nauczycieli wszystkich przedmiotów w zakresie pracy z uczniem ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się oraz projektowania uniwersalnego w edukacji Wsparcie i szkolenia dla rodziców

Źródło: opracowanie własne.

4. ZABURZENIA MOWY I JĘZYKA

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA
AGNIESZKA AMILKIEWICZ-MAREK

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

W opisie standardów postępowania diagnostycznego w ocenie funkcjonowania uczniów w przypadku występowania trudności związanych z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka odwołujemy się do wspomnianych we wprowadzeniu informacji dotyczących reguł przebiegu oceny funkcjonalnej. Ocena funkcjonalna jest kluczowym pojęciem proponowanego modelu zmian i traktowana jako punkt wyjścia i dojścia dla planowanych zmian (proces rozwoju – horyzont ukierunkowujący z metapoziomu wszystkie działania w obszarze włączenia).

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna (OF) ucznia z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka jest przeprowadzana w celu wsparcia jego rozwoju, w tym wsparcia w realizacji zadań szkolnych związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego indywidualnymi potrzebami.

Komentarz: Wnioski otrzymane w toku OF służą planowaniu działań edukacyjnych i terapeutycznych w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb ucznia. Celem oceny jest dokładne zidentyfikowanie istniejących zaburzeń mowy i języka oraz ustalenie ich wpływu na komunikowanie się i osiągnięcia szkolne. Na przykład może się zdarzyć, że dzieci posiadające taki sam stan mowy mają inne trudności w komunikowaniu się i funkcjonowaniu w środowisku rówieśniczym, a tym samym wymagają innych rozwiązań z zakresu wsparcia.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje szeroki zakres informacji pochodzących od dziecka, jego rodziców/opiekunów, nauczycieli oraz specjalistów i zawiera:

- charakterystykę trudności rozwojowych i edukacyjnych ucznia (przede wszystkim jego aktualny stan mowy, sposób komunikowania się);
- ocenę funkcji poznawczych, percepcyjnych, komunikacyjnych, socjalizacyjnych, motorycznych (rozwój motoryczny i orientacja przestrzenna), społeczno-emocjonalnych;
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu ucznia (ze szczególnym zwróceniem uwagi na obszary związane z komunikowaniem się);
- określenie wpływu zaburzeń mowy i języka na funkcjonowanie edukacyjne ucznia;
- określenie potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania, uczenia się i warunków, w jakich one przebiegają (np. zewnętrzna organizacja nauczania, dostosowanie procesu edukacyjnego, odpowiednie dobranie metod i form sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności ucznia);
- analizę sytuacji środowiskowej;
- istniejących barier i zasobów;
- sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole;

- potrzeb i możliwości rodziny;
- określenia innych sytuacji (miejsc), w jakich dziecko komunikuje się z innymi;
- sformułowanie wskazań do opracowania planów wsparcia w procesie edukacji i terapii.

Komentarz: Oprócz opisu wniosków ze standardowo wykonywanych badań logopedycznych i psychologiczno-pedagogicznych, opinii ze szkoły w dokumencie powinien znaleźć się opis trudności funkcjonalnych, np. czy i w jaki sposób dziecko komunikuje się w różnych sytuacjach z osobami dorosłymi, z rówieśnikami, podczas kontaktów indywidualnych lub w grupie. Na ile korzysta z potencjału, który ma w zakresie porozumiewania się? Jakie strategie wykorzystuje (mimikę, gesty, pismo, mówienie itp.)? Jak warunki zewnętrzne (np. obce otoczenie, osoba) lub stres wpływają na porozumiewanie się. W przypadku dzieci niemówiących konieczny jest opis, czy i jakimi strategiami/systemami AAC posługuje się dziecko? Jaki jest poziom porozumiewania się z innymi z użyciem AAC. Czy i jak? dziecko komunikuje się w różnych sytuacjach z osobami dorosłymi, z rówieśnikami, podczas kontaktów indywidualnych i w grupie.

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną powinien być objęty **każdy uczeń**, u którego zdiagnozowano zaburzenia mowy oraz taki, u którego tylko on sam albo jego rodzice lub nauczyciele obserwują trudności w zakresie mowy i języka, **na każdym etapie edukacji**.

Komentarz: Wcześniejsza diagnoza logopedyczna lub kliniczna nie jest koniecznym warunkiem przeprowadzenia oceny funkcjonalnej uwzględniającej trudności ucznia charakterystyczne dla zaburzeń mowy i języka. Możliwość uzyskania OF i odpowiedniego wsparcia może być związane z wcześniejszą oceną (i działaniami podejmowanymi np. w ramach WWR) lub zainicjowana przez zaobserwowane przez nauczyciela trudności w funkcjonowaniu dziecka w szkole, ocenę logopedy w czasie badań przesiewowych, niepokojące obserwacje rodziców i trudności sygnalizowane przez samego ucznia. Ocena funkcjonalna jest systematycznie dostępna dla każdego dziecka, u którego utrzymują się trudności szkolne warunkowane trudnościami z zakresu mowy zdiagnozowane

we wcześniejszych okresach życia. Czynnikiem alarmującym, skłaniającym do podjęcia oceny funkcjonalnej, mogą być trudności związane z mówieniem, rozumieniem, tworzeniem dłuższego tekstu (mówionego i/lub pisanego), znajomością języka. Zaburzenia mowy mogą objawiać się:

a) na płaszczyźnie suprasegmentalnej, tj. dotyczące rytmu, melodii, tempa, akcentu;

b) na płaszczyźnie segmentalnej, w tym: fonologicznej (słyszanie i realizacja głosek), morfologicznej (fleksja, słowotwórstwo), składniowej (budowanie zdań) oraz pragmatyczno-semantycznej (znajomość słów – rozumienie i umiejętność posługiwania się nimi w wypowiedzeniach adekwatnie do kontekstu).

Nie zawsze symptomy te są jedynymi wskaźnikami dla występowania zaburzeń mowy. Uczeń może być np. odbierany jako nieśmiały, mało zdolny lub niegrzeczny, nawet popełniający często błędy w mówieniu czy pisaniu pisowni, a objawy te nie będą zaburzeniami mowy czy języka. Mogą być to natomiast skutki centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego. Dlatego też diagnostyka pod kątem APD (CAPD), celem potwierdzenia lub wykluczenia, jest potrzebna do poznania faktycznego źródła manifestujących się objawów.

Przykład: Rodzic zgłasza trudności dziecka do nauczyciela w szkole i proces diagnostyczny zostaje zainicjowany. Jednocześnie są poszukiwane przyczyny tego stanu, np. dziecko zostaje skierowane na dodatkowe badania słuchu (badanie słuchu fizycznego oraz ocenę procesów przetwarzania słuchowego), badanie ortodontyczne itp. W niektórych przypadkach trafna diagnoza postawiona już w placówce szkolnej, szybkie podjęcie działań postdiagnostycznych wyrównują deficyt, a wsparcie edukacyjno-specjalistyczne i terapeutyczne nie jest potrzebne. W innych może się okazać, że uczeń ma trudności w komunikowaniu się, w stopniu znacznie utrudniającym naukę szkolną i wymaga odpowiedniego, ciągłego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i terapeutycznego, niewykluczającego komunikacji alternatywnej jako formy wspierającej komunikację.

STANDARD 4: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka z zaburzeniami mowy i języka – w zależności od trudności dziecka – powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Komunikacja – w tym charakterystyka logopedyczna – ocena stanu mowy i sposobu komunikowania się (z uwzględnieniem kodu ICD-11);
- B. Funkcje poznawcze – określenie poziomu funkcji poznawczych oraz percepcyjno-motorycznych (m.in. spostrzegawczości, pamięci, koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo/słuchowo-ruchowej), możliwości uczenia się, rozwoju pojęciowego, dysharmonii rozwojowych, przetwarzania słuchowego);
- C. Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne – w tym przede wszystkim chęć do komunikowania się z innymi, ocena na podstawie danych pochodzących z czterech perspektyw (ocena 360 stopni): obserwacje rodzica, obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy. Ocenie podlegają także ewentualne zaburzenia zachowania związane z komunikowaniem się z dorosłymi, z rówieśnikami, ew. zaburzenia psychosomatyczne, problemy nerwicowe, zaburzenia osobowości, zachowania stereotypowe.
- D. Stopień i zakres opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwej do wieku dziecka). Opis trudności szkolnych (np. w zakresie czytania, pisania, rozumienia pojęć itp.) oraz mocnych stron funkcjonowania szkolnego.
- E. Zasoby i bariery środowiska szkolnego – liczebność grupy szkolnej, istnienie dystraktorów (słuchowych, wizualnych w klasie, na korytarzu, boisku szkolnym, w świetlicy itp.), brak czytelnych zasad komunikowania lub trudności nauczyciela z egzekwowaniem ustalonych reguł, wyposażenie w sprzęt audiowizualny (np. tablica interaktywna) lub foniczny, dostęp do celowanej w potrzeby ucznia pomocy bezpośredniej (przygotowywanie notatek, nagrań oraz czytelna w odbiorze

ucznia obudowa dydaktyczna, dająca możliwość edycji czy wyeksponowania treści najbardziej istotnych).

- F. Zasoby i bariery środowiska rodzinnego – zakres wsparcia emocjonalno-społecznego ze strony rodziców, rodzeństwa i innych osób (np. motywacja do wykonania ćwiczeń logopedycznych w domu, akceptacja trudności dziecka, podawanie dobrych wzorców), postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny.
- G. Wnioski z innych diagnoz – w zależności od złożoności trudności rozwojowych ucznia konieczne może być przeprowadzenie dodatkowych konsultacji czy diagnoz specjalistycznych. W przypadku uczniów z zaburzeniami mowy i języka mogą wystąpić m.in. trudności ze słyszeniem, wady anatomiczne, zaburzenia funkcjonalne (np. dysfagia, ankyloglosja, zaburzenia miofunkcjonalne) opóźnienia lub nieprawidłowości rozwoju motorycznego. Konieczna jest wówczas – zależnie od obserwowanych trudności – ocena audiologiczna, ortodontyczna (czasami również chirurgiczna), neurologiczna, fizjoterapeutyczna i inne. Podjęcie wsparcia nie powinno być jednak odraczane do czasu skompletowania potrzebnych wyników badań.

Komentarz: Ocena funkcjonalna pokazuje nieprawidłowości w zakresie stanu mowy, zachodzące w czasie zmiany, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie ucznia w środowisku edukacyjnym. Ponadto pomoże ustalić przyczyny pojawiających się trudności szkolnych oraz związanych z nawiązywaniem i utrzymaniem relacji z rówieśnikami.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 5: Ocena funkcjonalna zaburzeń mowy i języka powinna być przeprowadzona w środowisku ucznia.

Komentarz: Ze względu na częstość występowania zaburzeń mowy i języka w populacji ocena funkcjonalna powinna być dokonywana w szkole. Powinien jej dokonać zespół konsultacji szkolnych pod przewodnictwem logopedy. Zespół identyfikuje istnienie zaburzeń mowy i języka lub je wyklucza. W sytuacji wyniku pozytywnego ocenia wpływ tych zaburzeń na obserwowane trudności edukacyjne ucznia, a także proponuje edukacyjno-specjalistyczne postępowanie wspierające. Warunkiem dokonania OF w szkole jest wyposażenie placówki w niezbędne narzędzia. Zespół konsultacji szkolnych decyduje, czy trudności ucznia wymagają postępowania terapeutycznego oraz ocenia, czy uczeń wymaga uzupełnienia oceny funkcjonalnej w innym miejscu (np. PP-P lub SCWEW). Pod uwagę należy wziąć następujące warianty:

- 1) ocenę funkcjonalną dokonaną przez zespół w placówce edukacyjnej (wraz z kwalifikacją do udzielenia pomocy);
- 2) ocenę funkcjonalną przeprowadzaną w placówce edukacyjnej i uzupełnioną w razie potrzeby przez specjalistów z placówek wspierających (PPP, SCWEW i inne);
- 3) w takiej sytuacji placówka edukacyjna, do której uczęszcza uczeń, przekazuje OF i udziela innych informacji zgodnie z zapotrzebowaniem ośrodka przeprowadzającego pełną ocenę funkcjonalną.

STANDARD 6: Oceny funkcjonalnej ucznia z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka dokonuje **zespół koordynowany przez logopedę**.

Komentarz: W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka z rozwojowymi zaburzeniami mowy i języka wchodzi: logopeda (i/lub neurologopeda, surdologopeda), psycholog, pedagog (i/lub pedagog specjalny), rodzice i nauczyciel wychowawca. Jeżeli dziecko ma trudności w rozwoju motorycznym, np. związane z regulacją napięcia mięśniowego, koordynacją ruchową, ocena powinna zostać przeprowadzona także przez fizjoterapeutę (w sytuacji utrudnionego dostępu do takiego specjalisty członkiem zespołu powinien być nauczyciel mający uprawnienia do takiej oceny, np.: WF czy gimnastyki korekcyjnej, nauczyciel posiadający uprawnienia do prowadzenia terapii SI). Jeżeli zaburzenia mogą być związane z zaburzeniami neurologicznymi czy neurorozwojowymi, wskazana może być ocena neurologa dziecięcego czy psychiatry dziecięcego. Ponadto informacji mogą dostarczyć inne osoby, których

opinia może być istotna dla planowanych oddziaływań wspierających dziecko (w tym również terapeuci spoza placówki, w której dokonywana jest OF, np. terapeuta SI, logopeda pracujący z dzieckiem w ramach NFZ i inni).

Rekomendujemy, by koordynatorem OF (specjalistą wiodącym) był logopeda/neurologopeda, który zna dziecko i ma wgląd w środowisko (domowe, szkolne) dziecka.

Ocenę funkcjonalną zazwyczaj przeprowadza zespół specjalistów (do tej pory zespół orzekający, w skład którego standardowo wchodzi: psycholog, pedagog, logopeda, lekarz). W standardzie OF dokonywana może być na poziomie szkoły, więc może się zdarzyć, że żadna z osób przeprowadzających OF nie posiada wystarczającego doświadczenia w ocenie wpływu stanu mowy na nabywanie umiejętności szkolnych. Rekomendujemy zatem, by w takich przypadkach w OF uczestniczył doświadczony konsultant (logopeda) z jednostki współpracującej ze szkołą w zakresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej (np. PP-P lub SCWEW). Specjalista wiodący wnosi istotny wkład do samej oceny (OF), ale również odpowiednio interpretuje i scala wnioski z diagnoz innych specjalistów. Dostępność do takiego specjalisty powinna być możliwa na obszarze gminy (jeden specjalista w województwie mógłby nie zaspokajać potrzeb środowiska z obszaru mu podlegającego). Niezależnie od tego na poziomie wojewódzkim powinny być dostępne konsultacje ze specjalistami neurologopedii, surdologopedii, AAC, terapeutami SI i innymi. Pomoc taka może być świadczona także w ramach działalności SCWEW (specjalistycznych centrach wspierających edukację włączającą) lub innych placówek nadrzędnych (specjalistycznych).

STANDARD 7: Rodzice/opiekunowie oraz dziecko/uczeń pełnią podmiotową rolę w procesie OF i planowanego wsparcia oraz aktywnie uczestniczą w każdym etapie tego procesu.

Komentarz: Wszelkie działania, których efektem jest kompleksowa OF, podejmowane są przez zespół, w skład którego wchodzi także rodzice ucznia. Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczą w procesie diagnozy i wsparcia, dostarczając przede wszystkim istotnych informacji o funkcjonowaniu dziecka w naturalnym kontekście życia domowego, rodzinnego, społecznego. Rodzice występują w podwójnej roli: jako źródło informacji o rozwoju dziecka oraz

jako pełnoprawni członkowie zespołu, ponieważ mają największy wpływ na rozwój dziecka.

STANDARD 8: W przypadku uczniów z zaburzeniami rozwoju mowy i języka **specjaliści zespołu dokonującego oceny funkcjonalnej powinni mieć wiedzę na temat normatywnego rozwoju mowy oraz zaburzeń mowy** (zgodnie z ICD-11, DSM 5), a także odpowiednie przygotowanie związane z ich zawodową specjalnością (np. logopeda, psycholog, pedagog).

Komentarz: Wskazane jest, by osoby biorące udział w pracach zespołu OF ucznia z zaburzeniami mowy i języka miały doświadczenie oraz kompetencje w zakresie oceny zachowań komunikacyjnych i umiejętności ucznia, a także stosowania narzędzi przydatnych w ocenie dziecka z zaburzeniami mowy. Ponadto w ramach zespołów samokształceniowych powinny odbywać się inicjatywy służące upowszechnianiu aktualnej wiedzy w zakresie rozpoznawania zaburzeń mowy i języka, możliwych form bieżącego i celowego wsparcia, które skierowane jest do ucznia (a w miarę potrzeby również jego rodziców i społeczności szkolnej – pracowników i uczniów) podczas wszystkich zajęć, w jakich on uczestniczy na terenie placówki (jeśli jest taka potrzeba również poza nią). Dobrą praktyką są warsztaty i zajęcia otwarte dla nauczycieli, na których inni nauczyciele mogliby poznać specyfikę pracy w zespole, którego członkiem jest dany uczeń, tak by wykluczenie czy stygmatyzacja nie była realnym zagrożeniem np. w sytuacji tzw. zastępstwa. Standardem powinno być również dzielenie się wiedzą z odbytych form doskazywania, szczególnie gdy dotyczą metod pracy czy wykorzystywanych w placówce narzędzi diagnostycznych. Działania tego typu nie tyle mają być kursami kwalifikującymi, ale spotkaniami służącymi poznaniu faktycznych zasobów, jakimi dysponuje placówka.

STANDARD 9: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany wsparcia/edukacji oraz realizujące plan i monitorujące poziom realizacji powinny być zobowiązane do **systematycznego podnoszenia kwalifikacji**, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach.

Komentarz: Zadaniem resortu edukacji jest stworzenie warunków do rozwoju profesjonalnej, opartej na dowodach – wynikach badań naukowych (*evidence-based*), oferty szkoleniowej i możliwości systematycznego podnoszenia kwalifikacji. Profesjonaliści powinni mieć zapewniony dostęp do bezpłatnych certyfikowanych szkoleń/kursów. Wymóg systematycznego podnoszenia kwalifikacji powinien być obowiązkowy (np. powiązany z przyznawaniem punktów niezbędnych do awansu zawodowego lub pozytywnej oceny pracownika). Placówki edukacyjne i poradnie powinny mieć zagwarantowane środki na doskazywanie personelu, a także dostęp do list rekomendowanych szkoleń/kursów. Poza tym osobom ponoszącym swoje kwalifikacje na czas szkolenia/kursu powinien przysługiwać płatny urlop.

STANDARD 10: W przypadku uczniów z zaburzeniami mowy i języka, które towarzyszą innym trudnościom rozwojowym lub niepełnosprawności, **zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną (OF) powinien mieć odpowiednie kwalifikacje, umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny różnicowej**, lub też mieć możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów.

Komentarz: W OF uczniów ważne jest określenie przez zespół przyczyny zaburzeń mowy i języka. Podobne objawy mogą bowiem wymagać podejmowania innych działań pomocowych zarówno w zakresie edukacji, jak i terapii. W tej grupie mogą znaleźć się uczniowie przejawiający wyłącznie zaburzenia mowy i/lub języka, które włączają tych ich do grupy uczniów z potrzebami edukacyjnymi, jako że są one bezpośrednią przyczyną trudności edukacyjnych tych uczniów albo też należą oni do grup, w których te zaburzenia mogą występować jako wtórne (np.: w autyzmie, niedosłuchu, zaburzeniach przetwarzania słuchowego, MPD, niektórych chorobach przewlekłych i innych.). W sytuacji, gdy istnieje ryzyko zaburzenia również sfery poznawczej, w zespole dodatkowo uczestniczy pedagog – specjalista w zakresie edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ocena funkcjonalna wymaga wówczas dokładnego pomiaru i opisu również sfery poznawczej. Proponowany integralny model OF zakłada opis zaobserwowanych trudności i ich przyczyn oraz wynikające z nich

prognozy w odniesieniu do sfer najbliższego rozwoju, a w konsekwencji też realnych możliwości pozwalających na odnalezieniu się w roli ucznia.

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna ma charakter stały, procesualny.

Kompleksowa ocena funkcjonalna jest przeprowadzana dwa razy w roku, ale ma miejsce również wtedy, gdy pojawią się sytuacje sprzyjające nawrotowi zaburzeń, które wcześniej zostały zniwelowane lub istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnego czynnika, który mógł zaburzyć funkcjonowanie w obszarze mowy i/lub języka.

Komentarz: Poziom funkcjonowania dziecka i zakres jego kompetencji językowych mogą zmieniać się dynamicznie (na skutek podejmowanych działań terapeutycznych), zmianie ulegają także edukacyjne i środowiskowe wymagania wobec dziecka. Ponadto trudności doświadczane przez dziecko związane są z typem i głębokością zaburzeń. Aby ocena funkcjonalna zachowywała swoją aktualność i spełniała cele, musi być rozumiana jako proces ciągły (i powinien on być uważany za taki przez cały okres rozwoju mowy i języka lub do czasu, gdy progres nie będzie możliwy). Po zakończeniu zbierania danych przygotowywany jest Profil Funkcjonalny oraz program terapeutyczny (do tej pory IPET), który następnie jest wdrażany oraz poddawany bieżącemu monitorowaniu i ewaluacji. Wnioski z bieżącej oceny funkcjonowania ucznia oraz dodatkowe informacje, pozyskiwane na bieżąco, dotyczące zmian w sytuacji zdrowotnej, rodzinnej czy społecznej dziecka, są natychmiast włączane do dokumentacji OF i mogą stanowić podstawę do zmian w zakresie i rodzaju działań postdiagnostycznych i interwencyjnych.

STANDARD 12: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną korzysta z wielu metod.

W ocenie funkcjonalnej ucznia z zaburzeniami mowy i języka uwzględnia się następujące metody umożliwiające ocenę i przyczyny aktualnego stanu mowy:

- analizę dokumentacji medycznej (np. książeczka zdrowia dziecka, wyniki badań audiologicznych, neurologicznych, okulistycznych itp.);

- analizę dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją [bieżącą, jak również wcześniejszą, odbytą na etapie wczesnego wspomagania rozwoju (np. WWR)];
- obserwację zachowań komunikacyjnych ucznia (w warunkach szkolnych i domowych, np. analiza nagrań „próbki mowy” – pozyskanych w procesie obserwacji bezpośredniej lub pośredniej);
- rozmowę z uczniem i inne metody oparte na samoopisie;
- wywiad z rodzicami/opiekunami;
- analizę dokumentacji szkolnej (w tym opinii nauczycieli);
- badania specjalistyczne psychologiczno-pedagogiczne i inne, których wyniki mogą mieć wpływ na ocenę i projektowanie pomocy (np. ocena fizjoterapeuty, terapeuty SI, itp.).

Komentarz: Na wstępnym etapie oceny logopedycznej konieczne jest zebranie wywiadu i przeanalizowanie udostępnionej wcześniejszej dokumentacji, a następnie dopasowanie wystandaryzowanych narzędzi do diagnozy pogłębionej wspartej też potrzebnymi wynikami konsultacji u innych specjalistów. W przypadku uczniów, u których podczas OF nie jest możliwe zastosowanie narzędzi standaryzowanych ze względu np. na obniżoną koncentrację uwagi, dopuszcza się stosowanie innych narzędzi, dających możliwość oceny w danym momencie określonej funkcji. Zaleca się, by diagnosta zadbał o adekwatność metod i form do wieku oraz indywidualnych możliwości dziecka, stworzył mu optymalne warunki w trakcie przeprowadzania oceny (priorytetem jest zminimalizowanie dystraktorów, które mogłyby zaburzyć wyniki OF).

W ocenie funkcjonalnej wykorzystywane są zarówno metody pośrednie, jak i bezpośrednie, w tym metody oparte na obserwacji i samoopisie. Aktualnie nierzadko ocena wielu umiejętności ucznia z zaburzeniami mowy i języka odbywa się w sposób pośredni, np. wyłącznie na podstawie opinii rodzica lub nauczyciela („rozumie wszystko, co się do niego mówi”, „radzi sobie z nauką”, „jest samodzielny”, „odpowiada na pytania”, „wykonuje czynności zgodnie z usłyszaną lub przeczytaną instrukcją”). Zdarza się, że zalecenia formułowane są schematycznie, bez analizy i uwzględnienia indywidualnych potrzeb ucznia np. w zakresie dostosowań materiału edukacyjnego: „więcej materiałów wizualnych” jako zapis dla wszystkich uczniów z zaburzeniami mowy i języka. Prowadzenie

obserwacji dziecka w rzeczywistych zadaniach edukacyjnych i konkretnych sytuacjach szkolnych, jak również obserwacja warunków, w jakich one przebiegają, pozwala uzyskać najbardziej trafne informacje o potrzebach, zasobach i barierach ucznia oraz sformułować zindywidualizowane zalecenia. Konieczne jest także wysłuchanie opinii ucznia na temat doświadczanych trudności i branie pod uwagę jego sugestii dotyczących pomocy.

STANDARD 13: W szczegółowej ocenie funkcjonalnej wskazane jest wykorzystywanie odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi. W razie ich braku możliwe jest zastosowanie przyjętych w praktyce rozwiązań zgodnie z zasadą racjonalnego użycia.

Komentarz: W ocenie funkcjonalnej specjaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych dla języka polskiego narzędzi. Celem OF w zakresie zaburzeń mowy i języka jest dokładna charakterystyka stanu mowy z uwzględnieniem przyczyn endo- i egzogennych. W przypadku kolejnej OF pomiar postępów ucznia na płaszczyznach językowych, które wcześniej zostały uznane za zaburzone (np. uczeń miał trudności pragmatyczno-semantyczne lub tylko w zakresie realizacji głosek) następuje wg standardów przyjętych dla poszczególnych zaburzeń mowy (por. np. PTL). Populacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju mowy i języka jest zróżnicowana wewnętrznie, co jest jedną z przyczyn trudności wytworzenia znormalizowanych narzędzi diagnostycznych. W tej sytuacji należy korzystać z dostępnych skal i testów skonstruowanych na potrzeby osób z tą niepełnosprawnością, zaadaptowanych do warunków polskich, opartych na naukowych podstawach. W przypadku testów diagnostycznych do oceny funkcjonalnego posługiwania się mową i językiem normy uwzględniają zazwyczaj kryterium wiekowe. Natomiast w praktyce przydatna staje się analiza zachowań językowych w odniesieniu do indywidualnego rozwoju ucznia (jego progres powinien być proporcjonalny do innych zauważonych postępów w rozwoju). Narzędzia logopedyczne do oceny stanu mowy i języka podzielić można na:

a) przesiewowe, które służą wyodrębnieniu uczniów z zaburzeniami mowy i języka (w tym artykulacji);

b) specjalistyczne, które służą poszerzonej ocenie stanu mowy i określeniu rodzaju zaburzenia (zob. Aneks, Tabela A1).

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać profilu funkcjonowania ucznia, przygotowanego zgodnie z założeniami ICF, obejmującego:

- opis stanu mowy i komunikowania się (z uwzględnieniem kategorii ICF);
- wskazanie mocnych stron ucznia w ocenianym zakresie jego funkcjonowania;
- wpływ opisanych zaburzeń mowy i języka na funkcjonowanie w środowisku edukacyjnym (wykonywanie zadań edukacyjnych, nabywanie wiedzy, sytuacje poznawcze, społeczne, osobiste);
- opis kompetencji ucznia w zakresie funkcjonowania społeczno-emojonalnego;
- analizę czynników środowiskowych i wnioski z niej płynące (np. potrzeba uproszczonych pod względem językowym materiałów dydaktycznych);
- konkretne wskazania do pracy dydaktycznej i terapeutycznej, pozwalające sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji (dla terapeuty i środowiska wspierającego jego pracę, czyli innych nauczycieli oraz rodzinę/opiekunów);
- wskaźniki efektywności realizacji planu, które zostaną zweryfikowane w czasie kolejnej oceny funkcjonalnej ucznia.

Komentarz: Profil funkcjonalny ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) oparty jest na kodach klasyfikacji. Opisuje funkcjonowanie w 4 komponentach: funkcje i struktury ciała, aktywność i uczestniczenie, czynniki środowiskowe. Stopień nasilenia upośledzenia funkcji, trudności w aktywnym funkcjonowaniu oraz bariery środowiskowe

określane są za pomocą skali kwalifikatorów: 0 (brak problemu) – 4 (bardzo duży problem), wskazujących na stopień ich nasilenia. Profil opisuje funkcjonowanie językowe dziecka/ucznia komplementarnie do danych uzyskanych w diagnozie kryterialnej.

STANDARD 15: W czasie oceny funkcjonalnej uczniowie są kwalifikowani do udzielenia wsparcia w zależności od stopnia nasilenia trudnień w nauce szkolnej.

Ocena funkcjonalna, której efektem jest zaplanowanie wsparcia w zakresie zaburzeń mowy i języka, dotyczy:

- uczniów, którzy mają trudności w niewielkim lub żadnym stopniu utrudniające naukę szkolną – jedynie w zakresie artykulacji (mówienia – tylko fonologiczna płaszczyzna języka);
- uczniów, którzy mają problemy w komunikowaniu się w stopniu lekkim utrudniające naukę szkolną, funkcjonalnie posługujących się mową (zaburzenia dotyczą płaszczyzny suprasegmentalnej, fonologicznej lub/i pragmatyczno-semantycznej);
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu umiarkowanym utrudniające naukę szkolną – zaburzenia obejmują co najmniej dwa z trzech obszarów mowy (mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka;
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu znacznym utrudniające naukę szkolną (zaburzenia obejmują wszystkie obszary mowy (mówienie, rozumienie, tworzenie tekstu) i wszystkie płaszczyzny języka);
- uczniów, którzy mają trudności w komunikowaniu się w stopniu głębokim utrudniające naukę szkolną – brak mowy z różnych przyczyn, znajomość języka może być na różnym poziomie (od braku do pełnej znajomości). Konieczność posługiwania się pismem lub AAC.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARD 16: Wsparcie jest procesem systematycznym i responsywnym – przystającym do aktualnych potrzeb i możliwości ucznia.

Komentarz: Wsparcie edukacyjno-specjalistyczne i terapeutyczne jest dopasowywane indywidualnie do potrzeb i możliwości ucznia. Jego potrzeby zabezpieczane są przede wszystkim w czasie zajęć szkolnych tak, aby uczeń mógł w nich aktywnie i w pełni uczestniczyć razem z rówieśnikami (w oparciu o mocne strony jego funkcjonowania). Dodatkowe zajęcia o charakterze rewalidacyjnym, korekcyjno-kompensacyjnym czy terapeutycznym proponowane są tylko wtedy, kiedy konieczność ich wprowadzenia wynika z analizy indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia. Wsparcie nie stanowi działań na stałe „przypisanych do ucznia” oraz addytywnych wobec procesu nauczania – uczenia się (np. wsparcie ograniczone do dwóch godzin rewalidacji tygodniowo). Jest dobierane odpowiednio do potrzeb i może ograniczać się do modyfikacji środowiska, wsparcia ucznia w pracy bieżącej na lekcji i /lub stanowić program systematycznych zajęć terapeutycznych.

W odniesieniu do uczniów z zaburzeniami mowy i języka wsparcie realizowane jest na trzech poziomach:

Poziom I: uniwersalne projektowanie – traktowane jako wsparcie prewencyjne zawierające m.in. dostosowanie treści i obudowy dydaktycznej (np. materiały wizualne, czytelne, dostępne cyfrowo, używanie TIK w nauczaniu, tutoring rówieśniczy itp.). W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli w szkole ze szkolnym specjalistą prowadzącym terapię dziecka lub w razie potrzeb ze specjalistą koordynującym z PP-P lub z SCWEW;

Poziom II: wsparcie edukacyjno-specjalistyczne – pomoc na poziomie szkoły: (np. konsultacje szkolne, IPET, pomoc nauczyciela wspomagającego, asystenta, tłumacza, racjonalne dostosowanie w kontekście ACC itp. W tym zakresie konieczna jest współpraca nauczycieli i szkolnych specjalistów prowadzących terapię w szkole ze specjalistą z PP-P lub z SCWEW;

Poziom III: specjalistyczne wsparcie terapeutyczne (terapia logopedyczna/neurologopedyczna/surdologopedyczna i inne kompensacyjne) – intensywne wsparcie uruchamiane w sytuacji, gdy zasoby szkoły są niewystarczające. W zakresie dopasowanym do indywidualnych potrzeb związanych z postawioną

diagnozą nozologiczną, w tym logopedyczną i/lub psychologiczną. Konieczna jest współpraca szkolnego specjalisty prowadzącego terapię dziecka ze specjalistą koordynującym z PP-P lub z SCWEW, ośrodkiem specjalistycznym ochrony zdrowia.

STANDARD 17: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne jest na bieżąco oceniane pod kątem skuteczności.

Komentarz: Formy pomocy, metody terapii systematycznie oceniane są pod względem skuteczności. Wskazane jest dostosowywanie na bieżąco przez zespół OF wymiaru czasowego oraz rodzaju i liczby zajęć specjalistycznych/terapeutycznych oraz wspierających, a także wskazanie osoby, która może prowadzić te zajęcia z uczniem (np. doskonalących czytanie ze zrozumieniem prowadzonych przez nauczyciela polonistę). Progres w zakresie mowy jest oznaczany na indywidualnym profilu funkcjonalnym ucznia.

5. ZABURZENIA ROZWOJU INTELEKTUALNEGO

WOJCIECH OTRĘBSKI
KATARZYNA MARIAŃCZYK

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

Standard 1: Cel diagnozy niepełnosprawności intelektualnej i oceny funkcjonalnej.

Celem diagnozy niepełnosprawności intelektualnej i oceny funkcjonalnej jest:

1. Szczegółowy opis mocnych i słabych stron funkcjonowania osoby.
2. Klasyfikacja osoby do jednego ze stopni niepełnosprawności intelektualnej (u dzieci powyżej 5. r.ż.).
3. Określenie poziomu zapotrzebowania na wsparcie (zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej; terapii; wsparcia środowiskowego).

Komentarz: Aktualnie nierzadko diagnozę niepełnosprawności intelektualnej ogranicza się do pomiaru poziomu inteligencji ogólnej, marginalizując pozostałe cele. Zachowanie prezentowanego powyżej porządku celów diagnozy jest bardzo wskazane z punktu widzenia oceny funkcjonalnej, której z kolei celem nadrzędnym jest zebranie informacji o dziecku/ucniu pozwalających na spersonalizowane planowanie wsparcia edukacyjno-specjalistycznego.

Standard 2: Obszary (zakres) diagnozy niepełnosprawności intelektualnej.

Zgodnie z wskazanymi kryteriami diagnostycznymi w klasyfikacji ICD-11, DSM 5 i AAIDD obszarami diagnozowanymi muszą być:

1. Funkcjonowanie intelektualne osoby.

2. Poziom przystosowania/zachowań adaptacyjnych w aktualnych środowiskach życia osoby.
3. Wskazana jest również diagnoza w zakresie: funkcjonowanie emocjonalnego, motywacji do nauki, realizacji zadania, umiejętności szkolnych w stosunku do właściwej podstawy programowej.
4. Jeżeli to możliwe, ustalenie przyczyn diagnozowanych ograniczeń w funkcjonowaniu.
5. Ustalenie, czy diagnozowane ograniczenia funkcjonowania pojawiły się przed 18. r.ż.

Komentarz: Absolutnie niedopuszczalne jest, aby diagnozować niepełnosprawność intelektualną, nie posiadając informacji dotyczących 1, 2 i 3 kryterium diagnostycznego, pozyskanych z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi diagnostycznych, obserwacji, precyzyjnej analizy dokumentacji medycznej i wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka/ucnia.

Standard 3: Wskazania (u kogo?) do realizacji diagnozy niepełnosprawności intelektualnej.

Analiza stanu wiedzy o etiologii (przyczynach) niepełnosprawności umysłowej wskazuje szereg okoliczności, których pojawienie się u dziecka, w różnym okresie jego rozwoju, może być wskazaniem do realizacji diagnozy niepełnosprawności intelektualnej. Na przykład:

- dziecko z zespołem genetycznym, w obrazie klinicznym którego opisyje się występowanie niepełnosprawności intelektualnej;

- dziecko z ryzyka ciążowego;
- dziecko z ryzyka okołoporodowego;
- choroby prowadzące do uszkodzenia mózgu;
- urazy głowy;
- istotne zaburzenia funkcjonowania;
- obserwowane w pierwszych latach życia globalne opóźnienie rozwoju psycho-motorycznego;
- wskazanie potrzeby takiej diagnozy w protokole szkolnej oceny funkcjonalnej.

Komentarz: Jednoznaczne ustalenie/wskazanie przyczyny niepełnosprawności intelektualnej dziecka/ucznia jest czasami łatwiejsze w sytuacji głębszych zaburzeń. W lekkiej niepełnosprawności umysłowej nierzadko brak możliwości jednoznacznego wskazania przyczyny takiego stanu funkcjonowania dziecka/ucznia.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

Standard 4: Zespół realizujący diagnozę niepełnosprawności intelektualnej i jego kwalifikacje.

Respektując wskazanie Kostrzewskiego (1976) dotyczące rozpoznania niepełnosprawności intelektualnej w oparciu o całokształt badań psychologiczno-pedagogiczno-lekarskich, diagnozę powinien realizować zespół specjalistów indywidulanie dopasowany do każdej osoby, której funkcjonowanie podlega ocenie, **pod kierunkiem specjalisty wiodącego** wskazanego przez dyrektora **publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej**.

W skład zespołu zazwyczaj wchodzi: psycholog, pedagog/pedagog specjalny, logopeda/neurologopeda/surdologopeda, tyflopada, ewentualnie

lekarz specjalista właściwy dla występującej u dziecka jednostki chorobowej. Członkiem zespołu powinien też być rodzic/opiekun prawny dziecka.

Komentarz: Specjaliści, tacy jak psycholog i pedagog, powinni posiadać uprawnienia do stosowania standaryzowanych narzędzi do pomiaru funkcjonowania intelektualnego, zachowania adaptacyjnego, testów pedagogicznych oraz innych koniecznych narzędzi diagnostycznych wskazanych do pomiaru cech i zachowań opisujących aktualne funkcjonowanie osoby.

Dodatkowo ważne jest, aby specjalista psycholog/pedagog dokonujący diagnozy miał możliwość bezpośredniego obserwowania funkcjonowania osoby w środowisku jej życia/edukacji w dłuższym okresie, przed jej ostatecznym sformułowaniem. W sytuacji braku możliwości bezpośredniej obserwacji dziecka/ucznia przez specjalistę zaleca się przeprowadzić wywiad z jego nauczycielem i/lub rodzicem.

Zespół specjalistów realizujących proces diagnozy niepełnosprawności intelektualnej stale uzupełnia swoje kwalifikacje i podnosi kompetencje diagnostyczne w zakresie nowych narzędzi diagnostycznych i stanu wiedzy teoretycznej w swojej specjalności. Jest to zespół uczący się.

Standard 5: Przebieg procesu diagnostycznego niepełnosprawności intelektualnej.

Proces diagnostyczny powinien być realizowany w następujących etapach:

Etap wstępny:

- zapoznanie się członków zespołu z dokumentacją przebiegu dotychczasowego działania diagnostyczno-terapeutycznego (ustalenia i przebieg WWR; protokół szkolnej oceny funkcjonalnej z placówki edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko; dokumentacja medyczna zgromadzona przez rodzica/opiekuna dziecka, inne);
- wywiad z rodzicem/opiekunem – poznanie środowiska domowego osoby;
- obserwacja osoby w placówce edukacyjnej;

- postawienie hipotez, wybór odpowiednich do możliwości osoby narzędzi i procedur diagnostycznych.

Etap badań:

- realizacja badań z wykorzystaniem narzędzi i procedur; opracowanie wyników i ich jakościowa interpretacja;
- opis mocnych i słabych stron funkcjonowania psychospołecznej osoby;
- określenie stopnia niepełnosprawności intelektualnej (powyżej 5. r.ż.);

Etap końcowy:

- wskazanie zakresu terapii, wsparcia edukacyjno-specjalistycznego i środowiskowego aktualnie potrzebnego osobie.

Standard 6: Narzędzia stosowane w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej.

Do opisu funkcjonowania intelektualnego, funkcjonowania adaptacyjnego oraz wszystkich innych aspektów psychospołecznego funkcjonowania stosujemy tylko i wyłącznie wystandaryzowane w Polsce narzędzia. Wskazania aktualnie dostępnych narzędzi znajdują się w Aneksie, w Tabeli A3.

Komentarz: W Aneksie do niniejszego opracowania wskazujemy rekomendowane przez nas narzędzia, które są aktualnie dostępne w naszym kraju i wystandaryzowane na populacji polskiej. Specjalista diagnosta nie powinien ograniczać swojego zapoznania się z tym wykazem tylko do tabeli wskazanej dla danego zaburzenia.

Standard 7: Słownictwo stosowane w opisie mocnych i słabych stron funkcjonowania osoby niepełnosprawnej intelektualnie.

Specjaliści przygotowujący diagnozę psychospołecznego funkcjonowania osoby w kierunku stwierdzenia niepełnosprawności intelektualnej powinni dbać o czytelność swoich opisów dla przyszłych ich użytkowników.

Niedopuszczalne jest stosowanie w opisie funkcjonowania osoby słownictwa żargonowego pochodzącego wprost z podręczników do stosowanych narzędzi pomiaru, np. nazw podtestów w teście inteligencji (poziom rozumowania ilościowego; zadania wzrokowo-przestrzenne; zakres pamięci roboczej). Zawsze należy dbać o to, aby opisywaną funkcję i jej poziom przedstawić z wykorzystaniem poprawnych sformułowań potocznych, powszechnie używanych w środowisku edukacyjnym przez niespecjalistów. Szczególnie należy uwzględnić tę zasadę w formułowaniu wskazań i zaleceń dla nauczycieli i rodziców.

Obszar III: Efekty procesu oceny funkcjonalnej

Standard 8: Efektem procesu oceny funkcjonalnej jest profil funkcjonalny dziecka/ucznia.

Efektem finalnym procesu oceny funkcjonalnej jest propozycja wsparcia edukacyjno-specjalistycznego dziecka/ucznia realizowanego w placówce edukacyjnej przy współpracy z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi i/lub specjalistycznymi ośrodkami z poziomu podstawowego lub wyższych. Kolejne standardy wskazują istotne zasady w organizacji tego procesu.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Standard 9: Decyzja o zakresie realizacji wsparcia między placówką edukacyjną, PP-P i/lub specjalistycznymi ośrodkami.

Specjalista wiodący koordynujący proces oceny funkcjonalnej dziecka/ucznia realizowanej w PP-P wspólnie z koordynatorem wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w placówce edukacyjnej oraz rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (lub też z udziałem samego pełnoletniego ucznia),

ustalają przebieg realizacji tego wsparcia, w tym formy terapii dziecka/ucznia z wykorzystaniem zasobów w środowisku nauczania i wychowania ucznia.

Komentarz: Specjaliści ustalają, które elementy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i jakie formy terapii mogą być zabezpieczone na poziomie placówki edukacyjnej (zależy to od obecności w zespole odpowiednich specjalistów plus możliwości uzyskania wsparcia z SCWEW), które natomiast będą realizowane przez PP-P (zależy to od obecności w zespole odpowiednich specjalistów), a które muszą/powinny być zlecone specjalistycznemu ośrodkowi. Koordynacja tego procesu odbywa się na poziomie placówki edukacyjnej lub na poziomie PP-P.

Należy zdecydowanie unikać takich sytuacji, w których to samo dziecko/uczeń otrzymuje terapię czy pomoc psychologiczno-pedagogiczną w tym samym zakresie, w tym samym okresie, w kilku różnych miejscach. Jednocześnie specjaliści realizujący wsparcie nie komunikują się między sobą i nie informują o stosowanych formach terapii. Jest to bardzo niekorzystne dla samego dziecka/ucznia.

Standard 10: Warunki lokalowe, wyposażenie.

Placówka edukacyjna realizująca kształcenie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (NI), szczególnie kiedy występuje u nich sprzężenie niepełnosprawności (np. ASD + NI; MPD + NI; niesłyszenie + NI; niewidzenie + NI), posiada: warunki lokalowe (dostępność przestrzeni) i wyposażenie (specjalistyczny sprzęt/pomoce edukacyjne) umożliwiające właściwą aktywność edukacyjną ucznia i jego pełne uczestnictwo w procesie uczenia się i życiu społecznym przedszkola/szkoły/placówki.

Komentarz: Odpowiednie warunki lokalowe i wyposażenie placówki edukacyjnej oraz wykwalifikowany zespół specjalistów muszą być w niej obecne od pierwszego dnia pojawienia się w niej ucznia z potrzebami edukacyjnymi. Złą praktyką jest kiedy brak odpowiednich warunków do realizacji zalecanego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w dniu przyjmowania ucznia do placówki. W późniejszym okresie podejmowane są dopiero, często wielomiesięczne

starania, aby odpowiednie dostosowania i wyposażenie się w placówce pojawiły. Traci na tym dziecko/uczeń.

Standard 11: Specjaliści i organizacja pracy placówki edukacyjnej.

Nauczyciele i specjaliści zatrudnieni w placówce posiadają kompetencje i kwalifikacje potrzebne do realizacji zadań edukacyjnych i pomocy psychologiczno-pedagogicznej wobec uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z sprzężeniami i poszerzają kompetencje specjalistyczne.

Organizacja pracy placówki edukacyjnej umożliwia specjalistom efektywną realizację wszystkich zaleconych godzin terapii i wsparcia psychologiczno-pedagogicznego. Zabezpieczony jest też czas na monitoring realizowanego wsparcia, spotkania konsultacyjne zespołu specjalistów i spotkania z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia.

Komentarz: Kwalifikacje nauczycieli i specjalistów potwierdzają certyfikaty wystawione przez akredytowane uczelnie wyższe i ośrodki szkoleniowe. Nauczyciele/specjaliści systematycznie uaktualniają swoją wiedzę.

Standard 12: IPE dla każdego ucznia z niepełnosprawnością intelektualną.

Każdy uczeń, którego ocena funkcjonalna wskazuje na występowanie potrzeb edukacyjnych, ma opracowany Indywidualny Plan/Profil Edukacyjny (IPE).

Komentarz: IPE jest przygotowany zespołowo – nauczyciele i specjaliści pracujący z dzieckiem/ucznem wspólnie z udziałem rodziców/opiekunów prawnych dziecka/ucznia (nie tylko akceptowany przez nich). W przygotowaniu IPE zespół korzysta z aktualnie obowiązujących podstaw programowych dla stopnia niepełnosprawności intelektualnej i wskazań z oceny funkcjonalnej (profilu funkcjonalnego). Jest on monitorowany semestralnie, a w razie potrzeby korygowany lub uzupełniany.

Standard 13: Poziom wsparcia i pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Planując wsparcie edukacyjno-specjalistyczne dziecka/ucznia z niepełno-sprawnością intelektualną, określając poziom tego wsparcia można korzystać z następującej klasyfikacji: sporadyczne; ograniczone; znaczna/rozległa pomoc; całkowita pełna pomoc.

Komentarz:

- **sporadyczne** – udzielane od czasu do czasu, krótkoterminowe, np. udzielone w trudnej sytuacji życiowej (zły stan zdrowia, utrata pracy). Zależnie od potrzeb wsparcie to może mieć mały lub duży stopień nasilenia;
- **ograniczone** – to wsparcie trwające przez dłuższy, chociaż ograniczony czas. Nie jest to wsparcie sporadyczne. Może wymagać zaangażowanie jednej lub kilku osób;
- **znaczna, rozległa pomoc** – jest to szeroki zakres pomocy. Wymaga on systematycznego angażowania się przez dłuższy czas (np. w trakcie bycia w placówce edukacyjnej, pomoc asystenta ucznia);
- **całkowita pełna pomoc** – to stała pomoc o dużej intensywności; warunkuje utrzymanie się osoby przy życiu. Jest ona potrzebna stale wszędzie tam, gdzie osoba przebywa. Wymaga zaangażowania większej liczby osób.

6. ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

EWA PISULA

Obszar I: Cel, zakres i osoby objęte oceną funkcjonalną

STANDARDY OGÓLNE – cel i zakres oceny funkcjonalnej

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna dziecka ze spektrum autyzmu przeprowadzana jest w celu zaplanowania wsparcia, aby umożliwić dziecku wykorzystanie potencjału rozwojowego, podnieść poziom jego dobrostanu i uczestnictwa w życiu społecznym.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna obejmuje: 1) zidentyfikowanie trudności i potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu w zakresie wsparcia rozwoju; 2) określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka; 3) analizę sytuacji środowiskowej – istniejących czynników ryzyka i zasobów, w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole, potrzeb i możliwości rodziny; 4) określenie zakresu ograniczeń w uczestniczeniu przez dziecko w życiu społecznym wynikających ze spektrum autyzmu oraz barier środowiskowych; 5) sformułowanie wskazań do opracowania programów/planów wsparcia rozwoju i edukacji.

Grupy osób, które powinny być objęte oceną funkcjonalną w kontekście spektrum autyzmu

STANDARD 3: Oceną funkcjonalną w placówkach edukacyjnych w kontekście spektrum autyzmu powinny zostać objęte następujące grupy dzieci, mające trudności wynikające z autystycznych charakterystyk:

- a) dzieci, które otrzymały diagnozę kliniczną spektrum autyzmu;
- b) dzieci w trakcie diagnozy, w tym w okresie monitorowania rozwoju pod kątem spektrum autyzmu;
- c) dzieci, u których spektrum autyzmu nie zostało wcześniej rozpoznane ani proces diagnostyczny nie został rozpoczęty, ale których zachowanie w placówce lub trudności zgłaszane przez rodziców mogą wskazywać na spektrum autyzmu i potrzebę diagnozy klinicznej;
- d) dzieci z innymi zaburzeniami rozwoju, niepełnosprawnością lub problemami medycznymi, w tym zespołami genetycznymi, u których występują trudności typowe dla spektrum autyzmu;
- e) dzieci z grup ryzyka (w tym dzieci z rodzinnym obciążeniem spektrum autyzmu; dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, trudnościami w interakcjach społecznych, problemami sensorycznymi, dzieci przedwcześnie urodzone; dzieci z niektórymi zaburzeniami genetycznymi), jeżeli przejawiają trudności charakterystyczne dla spektrum autyzmu;
- f) dzieci z cechami szerszego fenotypu autyzmu, niespełniające kryteriów diagnozy spektrum autyzmu, ale doświadczające trudności w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym, komunikowaniu się, trudności poznawczych i innych charakterystycznych dla spektrum autyzmu.

Komentarz: Ocenę funkcjonalną pod kątem trudności oraz mocnych stron charakterystycznych dla spektrum autyzmu można przeprowadzić także w przypadku dzieci nieposiadających diagnozy kryterialnej spektrum autyzmu. W przypadku wielu dzieci trudności wskazujące na spektrum autyzmu mogą zostać dostrzeżone po rozpoczęciu edukacji przedszkolnej lub szkolnej i proces

diagnostyczny zostaje zapoczątkowany w tym czasie. Proces ten może trwać długo, rozpocząć się z opóźnieniem np. z powodu trudności z dostępem do placówek diagnostycznych, może też nie doprowadzić do jednoznacznej konkluzji i wymagać powtórzenia po pewnym czasie. Ocena funkcjonalna powinna być w tym czasie przeprowadzana i zapewniać dziecku możliwość skorzystania z adekwatnego wsparcia.

Kompleksowość oceny, obszary uwzględnione w ocenie funkcjonalnej

STANDARD 4: Ocena funkcjonalna ucznia w spektrum autyzmu jest zindywidualizowana i kompleksowa. W zależności od indywidualnych potrzeb dziecka ocena obejmuje różnorodne obszary wpływające na codzienne funkcjonowanie w szkole, dobrostan, uczestniczenie w sytuacjach społecznych oraz rozwój umiejętności społecznych, w zakresie których uczniowi niezbędne jest wsparcie.

Komentarz: Aby móc adekwatnie zinterpretować trudności ucznia, dostrzec mocne strony, rozpoznać czynniki motywujące do działania i współpracy oraz zaplanować potrzebne wsparcie, charakterystyka ucznia musi wykraczać poza oznaki spektrum autyzmu. Konkretnie obszary określa Standard 5.

STANDARD 5: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka w spektrum autyzmu w zależności od indywidualnych potrzeb powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Funkcjonowanie społeczne i komunikacja społeczna, w tym m.in.:
 - szczegółowy profil zdolności i umiejętności niezbędnych w relacjach społecznych, rodzaj i nasilenie trudności w zakresie poszczególnych zdolności;
 - sytuacja dziecka/ucznia w szkole/klasie: relacje z rówieśnikami, z dorosłymi;

- sytuacja rodzinna – ocena trudności i zasobów; ocena powinna także uwzględniać, jak na manifestowanie się trudności wpływają określone okoliczności w życiu szkolnym.
- B. Nasilenie i zakres ograniczonych wzorców zachowania i zainteresowań (w tym potrzeba określonych rutyn i stałości w środowisku edukacyjnym; uporczywe zainteresowania dziecka).
- C. Funkcjonowanie emocjonalne (w tym rozumienie i rozpoznawanie emocji, regulacja emocji, trudności emocjonalne).
- D. Motywacja dziecka do uczenia się, nawiązywania relacji społecznych, podejmowania wysiłku różnego typu.
- E. Funkcjonowanie poznawcze i intelektualne, w tym m.in. profil zdolności intelektualnych, pamięć, uwaga, funkcje wykonawcze, teoria umysłu; styl uczenia się.
- F. Mowa, język i komunikacja werbalna (poziom rozwoju językowego, trudności dziecka w komunikacji z innymi, aspekty pragmatyczne).
- G. Percepcja, wrażliwość sensoryczna.
- H. Motoryka duża i mała, sprawność i koordynacja ruchowa.
- I. Umiejętności adaptacyjne adekwatne do danego wieku i okresu rozwoju; samodzielność, samoobsługa.
- J. Umiejętności szkolne, poziom kompetencji i wiedzy w stosunku do podstawy programowej (adekwatnie do wieku dziecka i klasy).
- K. Cechy osobowości i temperamentu, istotne w kontekście funkcjonowania dziecka w szkole.
- L. Problemy w zakresie zdrowia psychicznego (emocjonalne i behawioralne – np. lęk, depresja, agresja, samouszkodzanie, problemy somatyczne i inne).
- M. Współwystępujące problemy w zdrowiu fizycznym, odżywianiu itd.
- N. Współwystępowanie ewentualnych innych problemów rozwojowych.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną – skład, kwalifikacje

STANDARD 6: Ocenę funkcjonalną dziecka ze spektrum autyzmu przeprowadza interdyscyplinarny zespół specjalistów przygotowanych do pracy z uczniami ze spektrum autyzmu. W skład zespołu wchodzi następujący specjaliści: psycholog, pedagog specjalny, logopeda, terapeuta pedagogiczny, a także inni specjaliści w zależności od indywidualnych trudności dziecka (np. lekarz, fizjoterapeuta). W ocenie funkcjonalnej uwzględniane są informacje i opinie pochodzące od nauczycieli pracujących z dzieckiem.

Komentarz: Biorąc pod uwagę liczbę dzieci w spektrum autyzmu, a także zasadę udzielania dziecku pomocy w placówkach możliwie najbliższej jego miejsca zamieszkania, zasadne jest, żeby w każdej jednostce II stopnia (tj. poradni psychologiczno-pedagogicznej, ośrodka specjalistycznym, środowiskowym ośrodku pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub innej placówce spełniającej podobne funkcje) zatrudnieni byli specjaliści w zakresie spektrum autyzmu, mogący przeprowadzić profesjonalną, trafną ocenę funkcjonalną, w tym odpowiednio wykwalifikowany psycholog, pedagog, logopeda i terapeuta zajęciowy (w liczbie adekwatnej do zakresu potrzeb wynikających z liczby dzieci pozostających pod opieką jednostki).

STANDARD 7: Wszyscy członkowie zespołu mają odpowiednie przygotowanie związane nie tylko z ich zawodową specjalnością (np. psycholog, pedagog, logopeda), lecz także przeprowadzaniem oceny funkcjonalnej dziecka ze spektrum autyzmu. Obejmuje to kompetencje w zakresie obserwacji zachowania dziecka, komunikacji z dzieckiem (w tym adekwatnej komunikacji z dzieckiem niemówiącym), przeprowadzania wywiadu z rodzicem/opiekunem oraz stosowania wystandaryzowanych narzędzi przydatnych w ocenie.

Komentarz: Występujące u dzieci ze spektrum autyzmu trudności, wynikające m.in. z ograniczonych umiejętności współpracy, obniżonej motywacji do uczestniczenia w sytuacjach społecznych, problemów w regulacji emocji, a także trudności uwagowych, problemów z przetwarzaniem i zapamiętywaniem instrukcji słownych, wiążą się z koniecznością posiadania przez osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną wysokich specjalistycznych kwalifikacji.

STANDARD 8: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne programy/plany wsparcia/edukacji oraz je realizujące lub monitorujące poziom realizacji, są zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach.

Uwaga dodatkowa: Zadaniem resortu edukacji jest stworzenie warunków do rozwoju profesjonalnej oferty szkoleniowej i możliwości systematycznego podnoszenia kwalifikacji. Wymóg systematycznego podnoszenia kwalifikacji powinien być obowiązkowy (np. powiązany z przyznawaniem punktów niezbędnych do awansu zawodowego lub pozytywnej oceny pracownika). Wokół spektrum autyzmu istnieje wiele kontrowersyjnych, pozbawionych naukowych podstaw koncepcji i form terapii oraz metod wspierania rozwoju, dlatego placówki edukacyjne i poradnie powinny mieć zagwarantowane środki na kształcenie kadry, a także dostęp do list rekomendowanych szkoleń/kursów kompleksowo ujmujących problematykę spektrum autyzmu oraz gwarantujących odpowiedni poziom profesjonalnej wiedzy opartej na naukowych podstawach.

STANDARD 9: W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu, u których występują inne problemy lub niepełnosprawność (np. zaburzenia słyszenia, widzenia, niepełnosprawność ruchowa, intelektualna, a także u dzieci niemówiących), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną ma kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub może skorzystać z udziału odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

Komentarz: W procesie oceny niezbędny może być np. udział tyflo- lub surdopedagoga, specjalisty w zakresie komunikacji wspomagającej. Koordynacja będzie zadaniem placówki przeprowadzającej ocenę funkcjonalną oraz specjalisty wiodącego kierującego tym procesem.

STANDARD 10: Rodzice są ekspertami w sprawach dziecka. Perspektywa rodziców, pochodzące od nich informacje i opinie dotyczące rozwoju oraz zachowania dziecka są uwzględniane w procesie oceny funkcjonalnej.

Komentarz: Rodzice dysponują ogromną wiedzą na temat dziecka i powinni mieć wpływ na określenie rodzaju oraz zakresu potrzeb, a następnie kierunków i form działań wspierających rozwój dziecka. Ponadto ocena funkcjonalna powinna obejmować także informacje na temat zasobów środowiskowych, w ustaleniu których rodzice odgrywają istotną rolę.

Przebieg procesu oceny funkcjonalnej

STANDARD 11: Ocena funkcjonalna przeprowadzana jest w placówce edukacyjnej i/lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodku specjalistycznym.

Komentarz: Ze względu na wielospecjalistyczny charakter oceny funkcjonalnej dziecka ze spektrum autyzmu, miejsce jej przeprowadzenia będzie zależeć od tego, czy w placówce edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko, zatrudnieni są specjaliści mogący przeprowadzić ocenę, oraz czy placówka jest wyposażona w niezbędne, profesjonalne narzędzia diagnostyczne. W związku z tym pod uwagę należy wziąć następujące warianty: 1) ocena funkcjonalna przeprowadzana w placówce (szkole, przedszkolu); 2) ocena funkcjonalna przeprowadzana częściowo w placówce, częściowo przez specjalistów z jednostki na II poziomie (poradni psychologiczno-pedagogicznej, jeśli takie rozwiązanie zostanie przyjęte lub w ośrodkach specjalistycznych); 3) ocena funkcjonalna przeprowadzana w całości w jednostce na II poziomie lub specjalistycznym ośrodku; w takiej sytuacji placówka edukacyjna, do której uczęszcza dziecko, przekazuje

opinie nauczycieli pracujących z dzieckiem i udziela innych informacji zgodnie z zapotrzebowaniem jednostki/ośrodka przeprowadzającego ocenę.

Uwaga dodatkowa: Aktualnie diagnoza funkcjonalna przeprowadzana jest często w ośrodkach diagnostycznych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Oferują one profesjonalną ocenę funkcjonalną przeprowadzaną przez doświadczonych specjalistów, są przygotowane merytorycznie i wyposażone w niezbędne narzędzia diagnostyczne. Wykształcenie i zatrudnienie w systemie edukacji nowych specjalistów, którzy będą mieli sprostać zadaniu oceny funkcjonalnej tak dużej grupy dzieci, jaką stanowią dzieci w spektrum autyzmu, to istotny czynnik ryzyka w kontekście zapewnienia uczniom odpowiedniego wsparcia. Już obecnie brakuje specjalistów, a organizacje pozarządowe wypełniają przynajmniej część z istniejących w systemie publicznym luk. Jest mało prawdopodobne, że w skali kraju na terenie placówek edukacyjnych, poradni psychologiczno-pedagogicznych i ośrodków specjalistycznych uda się w przewidywalnym czasie utworzyć tak dużą liczbę wyspecjalizowanych zespołów. Pozbawi to pomocy wiele dzieci, wpływając na ich rozwój i życiowe szanse. Rekomendowane jest więc włączenie do procesu oceny i wspierania uczniów wyspecjalizowanych ośrodków.

STANDARD 12: W placówce przeprowadzającej ocenę funkcjonalną, w przypadku każdego dziecka poddanego tej ocenie, wyznaczona zostaje osoba koordynująca (specjalista wiodący). Jest ona odpowiedzialna za skoordynowanie działań zespołu przeprowadzającego ocenę, a także zebranie wszystkich informacji na temat dziecka, w tym wyników obserwacji, badań testowych, pomiarów osiągnięć szkolnych itd. w jednym raporcie dokumentującym wyniki oceny.

STANDARD 13: Kompleksowa ocena funkcjonalna jest przeprowadzana dwa razy w roku szkolnym, np. w pierwszym miesiącu każdego semestru, oraz aktualizowana na bieżąco, jeśli w sytuacji dziecka następuje

istotna zmiana dotycząca np. stanu zdrowia, poziomu funkcjonowania i rozwoju, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych.

Komentarz: Poziom funkcjonowania dziecka i zakres jego kompetencji zmieniają się dynamicznie, zmianie ulegają także środowiskowe wymagania wobec dziecka. Ponadto trudności doświadczane przez dziecko ze spektrum autyzmu różnią się w zależności od fazy rozwoju. Aby ocena była aktualna i spełniała cele, **musi być rozumiana jako proces ciągły**. Żaden jednorazowy pomiar nie jest wystarczający ani do zdiagnozowania spektrum autyzmu, ani przeprowadzenia oceny funkcjonalnej.

STANDARD 14: Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną korzysta z wielu źródeł informacji oraz metod, w tym: 1) obserwacji dziecka (w warunkach przedszkolnych/szkolnych, przeprowadzanej przez specjalistę – psychologa, pedagoga); 2) rozmowy z dzieckiem (w każdym przypadku, gdy jest to możliwe; także gdy wymaga zastosowania komunikacji alternatywnej, którą dziecko się posługuje); 3) wywiadu z rodzicami/opiekunami; 4) opinii nauczycieli; 5) wyników badań testowych i innych badań wykonanych przez specjalistów przeprowadzających kompleksową ocenę.

Komentarz: Żadne pojedyncze narzędzie diagnostyczne nie jest wystarczającą podstawą do opracowania kompletnej oceny funkcjonowania dziecka w spektrum autyzmu.

STANDARD 15: W ocenie funkcjonalnej profesjonaliści wykorzystują odpowiednio dobrane, wystandaryzowane i zwalidowane w polskiej populacji narzędzia.

Komentarz: Wymóg stosowania we wszelkich formach diagnozy indywidualnej wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych wynika z przesłanek etycznych i merytorycznych. Narzędzia takie umożliwiają zobiektywizowany pomiar zakresu trudności dziecka oraz jego mocnych stron, a także odniesienie rozwoju i zachowania dziecka do norm (tj. do wyników rówieśników), a w przypadku

niektórych narzędzi także pomiar zmian w zachowaniu i postępów w rozwoju. Stosowanie w celach oceny indywidualnej narzędzi o nieznanym lub niskim poziomie walidacji psychometrycznych (rzetelności i trafności) oraz narzędzi niezwalidowanych w warunkach polskich, w odniesieniu do określonej grupy wiekowej, jest niedopuszczalne. Dodatkowym ograniczeniem w korzystaniu ze standardowych narzędzi może być brak uwzględnienia osób ze spektrum autyzmu w próbie walidacyjnej. Jeśli narzędzie nie zostało poddane procesowi oceny właściwości psychometrycznych, ale w warunkach polskich nie istnieje dotychczas narzędzie pod tym względem sprawdzone, to przy formułowaniu oceny należy uwzględnić wszelkie wynikające z tego ograniczenia.

Informacje dodatkowe: W tabeli A4 w Aneksie zamieszczono spis aktualnie dostępnych wystandaryzowanych narzędzi, opracowanych z uwzględnieniem potrzeb dzieci/uczniów ze spektrum autyzmu. Zestawienie to nie wyczerpuje informacji na temat wszystkich narzędzi, które mogą być użyteczne w zależności od określonych potrzeb dziecka i rodziny (np. kwestionariusze temperamentu i osobowości, skale stresu rodzicielskiego).

Dostępne w Polsce jest także narzędzie „VB-MAPP – Program do oceny umiejętności językowych i społecznych u dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju” (Sundberg, 2015). Może ono stanowić dodatkową pomoc w ocenie, wskazując obszary, funkcje i zachowania, które warto poddać obserwacji i wziąć pod uwagę w tworzeniu planu wspierania rozwoju. Należy jednak uwzględnić, że dostępna w Polsce wersja to tłumaczenie narzędzia w wersji amerykańskiej; polska adaptacja nie została przeprowadzona. Podobny status ma inne, potencjalnie przydatne w ocenie funkcjonalnej, narzędzie: „Profil umiejętności zawodowych i społecznych TEACCH (TEACCH Transition Assessment Profile; https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ftp/opracowania_UE/Wsparcie_osob_z_autyzmem_pilotaz/TTAP_pl.pdf). Jest ono przeznaczone do sporządzenia profilu umiejętności społecznych i zawodowych nastolatków oraz dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnością intelektualną. Profil taki może być istotnym elementem opracowania indywidualnego planu wsparcia i rozwijania umiejętności.

W czasie przygotowywania niniejszych standardów trwają prace nad autorskimi, polskimi bateriami narzędzi do pomiaru funkcjonowania emocjonalno-społecznego, osobowościowego oraz procesów poznawczych. Narzędzia te będą zwalidowane także w grupach uczniów ze spektrum autyzmu (choć jedynie częściowo – głównie w przypadku uczniów w normie intelektualnej lub w odniesieniu do niektórych grup wiekowych). Będą one dostępne dla profesjonalistów dokonujących oceny funkcjonalnej na platformie wspomagającej proces oceny funkcjonalnej i wspierania rozwoju uczniów. W chwili przygotowywania treści tego rozdziału informacje na ich temat są niepełne.

Spis w tabeli A4 w Aneksie obejmuje narzędzia wystandaryzowane używane często zwłaszcza w diagnozie i ocenie psychologicznej. Logopedzi, terapeuci zajęciowi, pedagodzy, fizjoterapeuci stosują również inne metody oceny funkcjonowania dziecka. Także w tym przypadku istotne jest, aby w ocenie indywidualnej wykorzystywane były narzędzia wystandaryzowane, o dobrych właściwościach psychometrycznych, a jeśli nie istnieją, to uwzględnienie wynikających z tego ograniczeń w formułowanej ocenie.

Placówki przeprowadzające ocenę funkcjonalną powinny mieć dostęp do listy rekomendowanych narzędzi diagnostycznych, a także środki umożliwiające posługiwanie się tymi narzędziami (zakup narzędzi, zakupy protokołów, szkolenia kadry).

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 16: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać: 1) szczegółowego profilu zdolności i umiejętności ucznia (z uwzględnieniem kategorii ICF adekwatnych w stosunku do trudności dziecka ze spektrum autyzmu); 2) opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności; 3) wyników analizy czynników środowiskowych, w tym sytuacji rodzinnej, zasobów rodziny, sytuacji dziecka w grupie rówieśniczej i placówce edukacyjnej; 4) konkretnych wskazań

terapeutycznych i edukacyjnych, pozwalających sformułować precyzyjnie określone cele, wskazać sposoby ich realizacji oraz wskaźniki efektywności realizacji planu.

Komentarz: Aktualnie kategorie ICF nie zostały jeszcze opracowane w sposób umożliwiający ich włączenie do oceny funkcjonalnej. Obecnie trwają prace, które mają dostarczyć takiego materiału.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

STANDARDY OGÓLNE

STANDARD 17: Osoby ze spektrum autyzmu otrzymują kompleksowe wsparcie na przestrzeni całego życia. Wsparcie w okresie edukacji szkolnej jest zintegrowane ze wsparciem w ramach wczesnego wspomagania rozwoju oraz wsparciem po ukończeniu edukacji szkolnej.

Komentarz: Efektywne wspieranie osób ze spektrum autyzmu wymaga istnienia **systemu zapewniającego opiekę na przestrzeni życia** – od możliwie wczesnego zidentyfikowania spektrum autyzmu, poprzez wczesną interwencję, odpowiednią w stosunku do indywidualnych potrzeb terapię, edukację, aktywizację społeczną i zawodową, opiekę medyczną, wsparcie dorosłych w ich życiowych rolach, po wsparcie w okresie starzenia się i starości. Niezbędne jest także zapewnienie wsparcia rodzinom. Na poziomie rządowym konieczna jest **koordynacja zadań realizowanych przez różne resorty** (zdrowia, edukacji, opieki społecznej); oszacowanie zakresu potrzeb i odpowiednie planowanie środków na wsparcie, w tym wsparcie na etapie edukacji szkolnej. Rozłączne traktowanie wsparcia na różnych etapach życia (np. odrębnie w czasie edukacji przed-szkolnej/szkolnej), bez stworzenia kompleksowego systemu wsparcia, będzie nieefektywne i pozbawi osoby ze spektrum autyzmu ciągłej, niezbędnej opieki.

Przyjęcie perspektywy całego życia osoby ze spektrum autyzmu jest konieczne, aby zapewnić płynność i dostępność wsparcia w różnych fazach życia. Obecnie nie ma w tym obszarze ciągłości, a ciężar organizowania pomocy różnego typu spoczywa w ogromnej mierze na barkach rodziców/opiekunów oraz organizacji pozarządowych. Problemem jest m.in. brak powszechnego dostępu do informacji na temat usług diagnostycznych, edukacyjnych, terapeutycznych; brak dostępu do informacji na temat obowiązujących przepisów prawnych i procedur administracyjnych regulujących otrzymywanie wsparcia (informatory obejmujące te treści powinny być na bieżąco aktualizowane i łatwo dostępne); bardzo ograniczony dostęp do usług specjalistycznych; niewystarczająca liczba specjalistów; brak systemowych rozwiązań w zakresie przygotowywania specjalistów do pracy z osobami ze spektrum autyzmu. Niezbędne jest skoordynowanie działań związanych ze wsparciem, jakie powinien otrzymać uczeń.

STANDARD 18: Wsparcie uwzględnia zarówno rozwijanie kompetencji osoby ze spektrum autyzmu, jak i dostosowanie środowiska, które stwarza bariery, marginalizuje i wyklucza te osoby oraz ich rodziny.

Komentarz: Wsparcie powinno prowadzić do eliminowania barier ograniczających uczestnictwo ucznia w życiu społecznym. Bariery mogą być związane ze specyfiką rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu, ale wiele z nich ma charakter środowiskowy i można je usunąć lub ograniczyć ich skutki poprzez oddziaływanie na środowisko fizyczne (np. dostosowanie charakterystyki sensorycznej) oraz społeczne. Istotne znaczenie mają bariery organizacyjne w środowisku szkolnym, dotyczące zarówno organizacji indywidualnego, dostosowanego procesu edukacji, jak i sposobu sprawdzania wiedzy i umiejętności, w tym egzaminowania ucznia ze spektrum autyzmu. Wszystkie rodzaje barier powinny być uwzględnione w formułowaniu programów wsparcia. Szczegółowe rekomendacje zostały sformułowane w dalszej części opracowania.

STANDARD 19: Nadrzędnym celem dostarczanego wsparcia jest poprawa jakości życia osób ze spektrum autyzmu i ich rodzin.

Komentarz: Korzyści płynące z zapewnienia wsparcia mają wymiar ogólnospołeczny, zarówno ze względu na wartość, jaką ma neuroróżnorodność (w tym spektrum autyzmu) dla życia społecznego, jak i w kategoriach ekonomicznych, tj. w związku ze zwiększeniem możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, aktywizowaniem zawodowym, a w konsekwencji zmniejszeniem kosztów wieloletniej opieki nad osobą w spektrum autyzmu.

STANDARD 20: Udzielane wsparcie edukacyjne i specjalistyczne bazuje na naukowo ugruntowanych podstawach teoretycznych. Wykorzystywane są w nim przede wszystkim metody o naukowo sprawdzonej skuteczności (*evidence-based approach*).

STANDARD 21: Jakość i efektywność wsparcia są systematycznie monitorowane przez zespół specjalistów w placówce edukacyjnej lub poradni psychologiczno-pedagogicznej. W wypadku braku założonych efektów nanoszone są odpowiednie korekty. W procesie monitorowania uwzględniane są opinie rodziców.

Komentarz: Monitorowanie obejmuje trafność celów, dostosowanie metod pracy, wykorzystanie zasobów i osiągnięte rezultaty. Ocena efektywności wsparcia wymaga precyzyjnego zdefiniowania oczekiwanych rezultatów oraz dobrania trafnych i rzetelnych metod pomiaru. Powinna odbywać się w placówce edukacyjnej, w której dziecko korzysta ze wsparcia, a także w jednostce II stopnia lub ośrodku terapeutycznym, wyspecjalizowanym w pracy z osobami ze spektrum autyzmu (jeśli jest włączony w udzielanie wsparcia).

Uwaga dodatkowa: Agencje rządowe powinny monitorować dostępność i efektywność wsparcia w przypadku grup szczególnie narażonych na marginalizację i wykluczenie społeczne (do których należą m.in. osoby mieszkające

poza dużymi i średnimi ośrodkami miejskimi, osoby z rodzin o niskim SES, dziewczęta ze spektrum autyzmu, osoby z autyzmem i głębszą niepełnosprawnością intelektualną, osoby w normie intelektualnej swobodnie komunikujące się i często pomijane w procesie diagnozy, osoby niemówiące/słabo mówiące, osoby z ciężkimi współwystępującymi zaburzeniami lub chorobami).

Indywidualizacja i zakres wsparcia

STANDARD 22: Wsparcie udzielane uczniowi ze spektrum autyzmu jest zindywidualizowane. Wielkość wsparcia, intensywność i czas trwania powinny być dostosowane do potrzeb i charakterystyki konkretnego ucznia.

Komentarz: Spektrum autyzmu to zjawisko złożone, obejmujące różne sfery funkcjonowania i istotnie wpływające na możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, szanse rozwojowe i dobrostan osoby. Ze względu na złożoność autyzmu i potrzeb z nim związanych żadna pojedyncza metoda terapeutyczna, jeden sposób postępowania nie jest wystarczający ani odpowiedni dla wszystkich osób ze spektrum. Niezbędne jest zindywidualizowanie planów wspierania rozwoju, terapii, edukacji, aby uwzględnić mocne strony, zainteresowania, zdolności i trudności konkretnej osoby, a także zasoby obecne w środowisku i środowiskowe czynniki ryzyka. Zapewniony powinien więc być dostęp do spersonalizowanych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb form wsparcia, bezpłatnych w ramach systemu edukacji. Niezbędne jest zapewnienie na poziomie centralnym i lokalnym środków umożliwiających zabezpieczenie złożonych, wielorakich potrzeb uczniów ze spektrum autyzmu oraz wspieranie ich rodzin.

Zróznicowanie w obrębie spektrum autyzmu wiąże się z różnym zakresem potrzeb poszczególnych uczniów. Wątek ten został zasygnalizowany w części poświęconej standardom oceny funkcjonalnej. Szczególnego wsparcia wymagają osoby potrzebujące całodiennej opieki, z niepełnosprawnością intelektualną (zwłaszcza głębszą), niemówiące lub posługujące się mową werbalną w bardzo ograniczonym zakresie – wyodrębnione przez The Lancet Commission

on the future of care and clinical research in autism (Lord i in., 2021) jako grupa z głębokim autyzmem (*profound autism*). Osoby te zazwyczaj nie są zdolne do reprezentowania własnych spraw i są w pełni zależne od swoich opiekunów w różnych obszarach życia. Grupa ta oraz ich rodziny są narażone na szczególne ryzyko marginalizacji społecznej i brak odpowiedniego wsparcia. Należy jednak podkreślić, że również dzieci ze spektrum autyzmu płynnie mówiące, w normie intelektualnej potrzebują wsparcia dostosowanego do ich profilu funkcjonowania. W przypadku niektórych z nich wsparcie to musi być intensywne mimo ich wysokich kompetencji intelektualnych. Poza opisanymi skrajami, odnoszącymi się z jednej strony do osób z największymi trudnościami w zakresie komunikacji, umiejętności adaptacyjnych i zdolności intelektualnych, z drugiej strony zaś do osób o wysokim poziomie rozwoju zdolności językowych i intelektualnych, spektrum autyzmu obejmuje wiele innych wariantów, z których każdy należy rozpatrywać indywidualnie, planując wsparcie odpowiednie do potrzeb. W szczególnej sytuacji znajdują się np. uczniowie, u których wysokie zdolności intelektualne współwystępują z brakiem lub znacznym ograniczeniem mowy czynnej, a zazwyczaj także znacznym ograniczeniem sprawności w zakresie funkcji wykonawczych. Osoby te napotykają wiele zewnętrznych barier, utrudniających ich rozwój. W sprzyjających warunkach poziom ich adaptacji może być wysoki, osiągnięcia ponadprzeciętne, a nawet wybitne; w niesprzyjających mogą zostać pozbawione możliwości rozwoju i samorealizacji, z wymierną stratą dla społeczeństwa.

Uwaga dodatkowa: W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym powszechnie przyjętym standardem jest 15–20 godz. specjalistycznej terapii/zajęć w tygodniu (według Narodowego Planu na rzecz dzieci z autyzmem NAPC w Wielkiej Brytanii, a także wyników badań nad efektywnością interwencji). W odniesieniu do uczniów szkół różnego typu zakres czasowy wsparcia jest bardziej zróżnicowany. Zależy m.in. od stopnia dostosowania warunków nauki szkolnej do potrzeb dziecka. W warunkach sprzyjających uczeń w pełni korzysta z zajęć lekcyjnych, rozwijając przy tym swoje kompetencje różnego typu. Ogranicza to w pewnym stopniu zakres potrzebnych dodatkowych form wspierania rozwoju.

STANDARD 23: Uczeń ze spektrum autyzmu otrzymuje zarówno wsparcie w zakresie edukacji ze strony odpowiednio wykwalifikowanych nauczycieli, jak i specjalistyczne wsparcie edukacyjne oraz terapeutyczne, dostarczane przez odpowiednich specjalistów.

STANDARD 24: Zakres i formy wsparcia wynikają z kompleksowej, profesjonalnej oceny funkcjonalnej, stanowiącej podstawę opracowania indywidualnego, wszechstronnego i skoordynowanego programu/planu wspierania dziecka.

STANDARD 25: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego jest opracowywany na początku każdego roku szkolnego (lub nie dłużej niż w ciągu dwóch miesięcy po przybyciu dziecka do placówki edukacyjnej, jeśli ma to miejsce w ciągu roku szkolnego) i modyfikowany w zależności od potrzeb, po dokonaniu oceny rozwoju, zachowania i dobrostanu dziecka oraz jego sytuacji społecznej.

Komentarz: Ocena funkcjonalna powinna umożliwiać szybkie udzielenie dziecku wsparcia na terenie placówki edukacyjnej i dodatkowych niezbędnych form wsparcia, dostępnych poza placówką (np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub specjalistycznym ośrodku terapeutycznym, przy zapewnieniu finansowania ze środków publicznych). Szkodliwe i zagrożone wtórnymi negatywnymi konsekwencjami jest przesuwanie terminu udzielenia wsparcia ze względu na utrudniony dostęp do określonej formy terapii – w takich okolicznościach należy jak najszybciej podjąć działania mogące poprawić sytuację dziecka, w tym w razie potrzeby kontraktując usługi w placówkach niepublicznych czy angażując innych wykwalifikowanych specjalistów spoza placówki.

STANDARD 26: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego powinien określać szczegółowe, konkretne cele edukacyjne i terapeutyczne w różnych obszarach rozwoju i funkcjonowania, a także strategie użyteczne dla ich osiągnięcia.

Zespół udzielający wsparcia

STANDARD 27: Program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego jest opracowany i realizowany przez interdyscyplinarny zespół przygotowany do pracy z uczniami ze spektrum autyzmu. W skład tego zespołu wchodzi: psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta pedagogiczny oraz – w zależności od potrzeb – fizjoterapeuta, a także pracujący z dzieckiem nauczyciele.

Komentarz: Zespół specjalistów może istnieć w placówce edukacyjnej lub też częściowo w poradni psychologiczno-pedagogicznej albo ośrodku specjalistycznym, z którego wsparcia korzysta placówka edukacyjna.

STANDARD 28: Wsparcie ucznia na terenie placówki edukacyjnej jest koordynowane przez profesjonalistę wyspecjalizowanego w zakresie spektrum autyzmu (tzw. specjalistę wiodącego). Specjalistą tym powinien być psycholog lub pedagog/pedagog specjalny. Jeżeli wsparcie planowane i realizowane jest w poradni psychologiczno-pedagogicznej/ośrodku terapeutycznym, w jednostce tej wyznaczony jest odpowiednio przygotowany specjalista odpowiedzialny za zaplanowanie oraz organizację wsparcia dla danego ucznia. Specjalista ten utrzymuje regularny kontakt z placówką edukacyjną, koordynuje działania i wspiera merytorycznie placówkę w rozwiązywaniu ewentualnych problemów.

STANDARD 29: Nauczyciele pracujący z uczniem ze spektrum autyzmu, a także inni pracownicy szkoły, mają odpowiednie przygotowanie w zakresie spektrum autyzmu i są zobowiązani do aktualizacji swojej wiedzy oraz podnoszenia kwalifikacji.

Komentarz: Wymagane jest ustawiczne podnoszenie kwalifikacji kadry, np. poprzez udział w odpowiednich szkoleniach; szkolenia z zakresu spektrum autyzmu powinni odbywać wszyscy pracownicy placówki mający kontakt z dzieckiem. Przygotowanie do pracy z uczniem w spektrum autyzmu powinno być

wszechstronne, nie ograniczać się do wąskiego zagadnienia czy jednej metody. Niezbędne jest zapewnienie dostępu do szkoleń spełniających wysokie standardy.

STANDARD 30: W placówce edukacyjnej uczniowi i nauczycielom zapewniony jest dostęp do wsparcia psychologa i pedagoga przygotowanych do pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Jeżeli szkoła nie ma takiego specjalisty, jest to zapewnione w SCWEW lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodka specjalistycznym, przy czym wsparcie jest dostępne szybko, aby zapobiec nasilaniu się trudności dziecka i powstawaniu nowych.

Komentarz: Wiele placówek edukacyjnych nie będzie samowystarczalnych w zakresie planowania i realizowania potrzebnego dziecku wsparcia, dlatego niezbędne jest zapewnienie drożnej komunikacji i szybkiego działania, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych. Odnosi się to m.in. do możliwości udziału specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodka specjalistycznego w zajęciach szkolnych (lekcjach, przerwach, radach pedagogicznych i innych) w celu prowadzenia obserwacji zachowania dziecka i konsultacji dla nauczycieli.

STANDARD 31: Jeżeli potrzeby ucznia wykraczają poza spektrum autyzmu (np. w związku ze współwystępującymi problemami zdrowotnymi lub rozwojowymi), możliwe są skoordynowane działania placówki edukacyjnej i odpowiednich ośrodków specjalistycznych.

Rola rodziców w procesie planowania i realizowania wsparcia

STANDARD 32: Indywidualny program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego dla ucznia ze spektrum autyzmu jest przedstawiany rodzicom oraz dyskutowany z nimi. W planie należy uwzględnić potrzeby i możliwości rodziny w zakresie wspierania dziecka w procesie rozwoju i edukacji.

Komentarz: Rodzina jest partnerem specjalistów w procesie edukacji i wspierania rozwoju dziecka. Profesjonaliści dążą do umocnienia rodziców i zapewnienia rodzinie profesjonalnego wsparcia. Przy opracowywaniu programu/planu wspierania dziecka niezbędne jest korzystanie z wiedzy posiadanej przez rodzinę. Implementowanie niektórych rozwiązań, np. związanych z wprowadzaniem planów aktywności czy sposobów motywowania dziecka, wymaga ścisłego współdziałania profesjonalistów z rodzicami. Zintegrowanie działań w środowisku szkolnym i rodzinnym jest niezbędne. Uczniowie ze spektrum autyzmu mogą – zwłaszcza w nowym środowisku – np. nie wykorzystywać umiejętności, które nabyli gdzie indziej.

STANDARD 33: Rodzice mają prawo do odwołania do właściwego terytorialnie kuratora oświaty sprawującego nadzór pedagogiczny w danym województwie, jeżeli oceniają sformułowane w indywidualnym programie cele lub sposoby ich realizacji jako nieadekwatne w stosunku do ich dziecka.

Dostosowanie środowiska edukacyjnego do potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu

STANDARD 34: Zajęcia dziecka w szkole są zintegrowane wokół celów określonych w indywidualnym programie/planie wsparcia edukacyjno-specjalistycznego. W ramach poszczególnych zajęć stwarzane są warunki zwiększające zaangażowanie dziecka w proces uczenia się oraz dostosowaną do jego charakterystyki możliwość uczestniczenia w aktywnościach społecznych.

Komentarz: Dziecko przebywa w placówce edukacyjnej przez wiele godzin w ciągu dnia i uczestniczy w różnorodnych zajęciach. Będąc wśród rówieśników i mając kontakt z dorosłymi, doświadcza wielu okazji do rozwijania swoich kompetencji społecznych, komunikacyjnych i innych. W sposób oczywisty w szkole realizowane są nie tylko cele edukacyjne i wychowawcze, lecz także działania o znaczeniu terapeutycznym. Fundamentalne znaczenie ma w związku z tym zapewnienie takiej organizacji i realizacji procesu kształcenia, żeby

godziny zajęć przedszkolnych czy szkolnych były wykorzystane optymalnie w kontekście wspierania rozwoju dziecka. Dzięki odpowiedniemu wykorzystaniu godzin przeznaczonych na naukę szkolną, z dostosowaniem procesu kształcenia do indywidualnych potrzeb, można będzie zmniejszyć obciążenie dodatkowymi zajęciami poza placówką edukacyjną, finansowanymi obecnie zazwyczaj przez rodzinę. Niezbędne jest, żeby wszystkie osoby pracujące z dzieckiem znały program/plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego, były świadome wyznaczonych w nim celów i sposobów ich realizacji oraz zobowiązane do wcielania ich w życie. W ramach prowadzonych przez siebie zajęć powinny uwzględniać te informacje i dążyć do zapewnienia dziecku rzeczywistych, adekwatnych do jego potrzeb i możliwości form uczestnictwa w sytuacjach społecznych, zdobywania wiedzy i rozwijania kompetencji.

STANDARD 35: Środowisko edukacyjne jest dostosowane do potrzeb ucznia ze spektrum autyzmu. Wdrożone są zasady projektowania uniwersalnego oraz indywidualne dostosowania wynikające z potrzeb ucznia. Szczegółowe dostosowania w zakresie warunków edukacji w zależności od potrzeb dziecka ze spektrum autyzmu mogą obejmować m.in.: 1) naukę w małej klasie/grupie; 2) wsparcie asystenta/nauczyciela wspomagającego (szczegółowe zasady pracy asystenta lub nauczyciela w odniesieniu do dzieci ze spektrum autyzmu wymagają odpowiednich regulacji); 3) odpowiednią komunikację, dostosowaną do specyfiki rozwoju ucznia ze spektrum autyzmu, w tym wykorzystywanie komunikatów wizualnych, ewentualnie AAC, jeśli dziecko nie mówi lub posługuje się mową w bardzo ograniczonym zakresie; 4) dostosowanie wymagań programowych; 5) odpowiednią obudowę procesu dydaktycznego (warunków nauki, organizacji lekcji, sposobu przygotowywania materiałów, wykorzystywanych środków dydaktycznych itd.); 6) stosowanie pomocy wizualnych (informacje i instrukcje obrazkowe lub słowne, uwzględnienie trudności uwagowych i trudności w przetwarzaniu informacji słuchowych itd.); 7) dostosowanie warunków do indywidualnych potrzeb sensorycznych dziecka, w tym zapewnienia przestrzeni stwarzającej komfort sensoryczny, z której dziecko może skorzystać w sytuacji

przeciążenia, przestymulowania; 8) dostosowanie procesu oceniania (w tym np. czas i miejsce pisania sprawdzianów, forma zaliczania materiału, zwrotne informacje opisowe); 9) inne elementy funkcjonowania dziecka w placówce edukacyjnej (np. imprezy ogólnoszkolne, wycieczki, apele).

STANDARD 36: W placówce edukacyjnej rozwijane są różne formy wsparcia rówieśniczego, a także podnoszony jest poziom wiedzy uczniów i rodziców na temat spektrum autyzmu, aby eliminować stereotypy i przeciwdziałać przemocy rówieśniczej wobec dzieci ze spektrum autyzmu.

Komentarz: Działania takie mogą obejmować m.in. organizowanie warsztatów dla nauczycieli, uczniów lub klas, spotkań edukacyjnych dla rodziców.

STANDARD 37: Placówka edukacyjna oferuje wsparcie rodzicom w zakresie edukacji i wspierania rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu.

Komentarz: Wsparcie dla rodziców dziecka ze spektrum autyzmu może obejmować rozwijanie kompetencji ważnych w kontekście rozwiązywania problemów związanych z zachowaniem dziecka, komunikacją z nim, pomocą w uczeniu się, motywowaniem itd.

Uwaga końcowa: Warunki edukacji korzystne dla dzieci ze spektrum autyzmu mogą być pomocne także w przypadku wielu dzieci z innymi trudnościami neurorozwojowymi. Wskazane powyżej kierunki działań pomogą więc dostosować placówkę edukacyjną do potrzeb większej grupy uczniów.

7. ZABURZENIA ZACHOWANIA I EMOCJI

BEATA KOSTRUBIEC-WOJTACHNIO

Sformułowanie standardów dla obszernej grupy zaburzeń zachowania i emocji (o zróżnicowanym obrazie społecznym i klinicznym) to zadanie trudne. Opisowi temu towarzyszyło przekonanie, że aby je sprawnie stosować w praktyce, trzeba spełnić kilka niezbędnych warunków:

- mieć wiedzę oraz posiadać rozumienie realizacji założeń edukacji włączającej w praktyce;
- dobrze zapoznać się z przebiegiem diagnozy funkcjonalnej (materiały zawarte w materiałach dotyczących ICF, <https://icf.org.pl>);
- zaznajomić się z charakterystyką danego zaburzenia, stosowne do tego i za razem niezbędne są: strony internetowe zawierające ICD-11 oraz publikacja pt. „Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5” (2019), pod redakcją P. Gałęckiego, Pileckieigo, Rymaszewskiej, Szulca, Sidorowicza oraz J. Wciórki;
- zaplanować ścisłą współpracę ze wszystkimi środowiskami, w jakich funkcjonuje uczeń;
- być otwartym na nowe informacje i nie trzymać się utartych szlaków diagnozy;
- ocena funkcjonalna (OF) jak najbardziej odpowiada na potrzebę indywidualizacji edukacji, ale też pozostaje w ścisłej zależności z efektywnością udzielanego wsparcia.

Posiadanie tej wiedzy pomoże ustrukturyzować kroki postępowania w trakcie oceny funkcjonalnej, podjąć właściwe decyzje o przebiegu oceny, ale także o sposobach syntetyzowania zebranych w jej toku informacji w celu stworzenia odpowiedniego do potrzeb ucznia indywidualnego planu edukacyjnego

(IPE). Przedstawione standardy nie mają zastąpić poszczególnych źródeł informacji, ale być swoistą mapą drogową w poruszaniu się w tak zróżnicowanych obszarach zaburzeń zachowania i emocji, jak zaburzenia depresyjne, ADHD czy zachowania opozycyjno-buntownicze. Dlatego sformułowane są w sposób dość ogólny, niemożliwe było bowiem dostosować zaleceń w postaci standardów do zróżnicowanej grupy kilkudziesięciu rozpoznań kryterialnych.

Strukturę standardów należy traktować **całościowo**, są one zrozumiałe w kontekście pozostałych, nie należy ich interpretować ani stosować w sposób izolowany. Są one rodzajem heurystyki, a nie algorytmu, którego przestrzeganie zapewni dobry przebieg diagnozy i sprawne wytyczenie wsparcia edukacyjno-specjalistycznego. Jest to system otwarty, nastawiony na rozwój i modyfikację. Postęp nauk szczegółowych, nowe dowody w naukach społecznych oraz medycznych sprawiają, że wiedza wciąż przyrasta, pojawiają się nowe metody wspierania rozwoju, leczenia i oddziaływań społecznych. Dlatego ważne, by Czytelnik **stale śledził stan prawa oświatowego i wiedzę naukową**, pozyskiwaną z wiarygodnych źródeł w ramach nauk szczegółowych, aby jak najstaranniej dobierać źródła danych, metody diagnozy oraz formy udzielanej pomocy w oparciu o ocenę/diagnozę funkcjonalną.

Obszar I: Cel i zakres oceny funkcjonalnej

Najskuteczniejszą diagnozą jest **diagnoza trafna**, ale i dokonana możliwie jak najszybciej w kontekście pojawienia się zaburzenia. Jest to

sytuacja korzystna dla rozwijającej się osoby, ale także skuteczna z punktu widzenia zastosowanych oddziaływań terapeutycznych oraz najbardziej efektywna dla systemu oświaty. Pomaganie powinno zasadzać się na rzetelnej diagnozie, bo tylko taka gwarantuje trafność oddziaływań i zadowalający efekt pomocy (Sokołowska, 2015). Jest nim efektywna edukacja dobrana do potrzeb ucznia i korzystne efekty zastosowanej aktywności pomocowej i terapii. W poniższej tabeli (tabela 19) wykazano zależności pomiędzy czasem i trafnością rozpoznania potrzeb dziecka a przewidywanymi skutkami dla jego rozwoju.

Istnieje racjonalna przesłanka do kierowania uczniów na diagnozę jak **najszybciej po zaistnieniu objawów**. W praktyce zróżnicowanych sytuacji diagnostycznych oraz oddziaływań pomocowych w poradni psychologiczno-pedagogicznych można spotkać uczniów, którzy posiadają diagnozę

medyczną, zazwyczaj wykonaną w publicznych lub prywatnych placówkach służby zdrowia, która jest znana pacjentowi i jego rodzinie, ale informacja ta nie jest przekazana do szkoły/placówki do której uczęszcza dziecko. Przyczyną ukrywania mogą być różne stany rodziców i opiekunów – niedowierzanie, wstyd, wyparcie, obawa przed stygmatyzacją. Diagnoza ukryta wydaje się jednak przyczyną powstawania kolejnych trudności, ponieważ w rzeczywistości uczeń nie otrzymuje żadnej pomocy ze strony systemu oświaty, choć realnie jej potrzebuje. Ponieważ w polskim systemie prawnym osobą decydującą jest rodzic lub opiekun prawny, ważne jest, aby szkoła lub placówka, do której uczęszcza uczeń, pozostawała w ścisłej współpracy z rodzicami w celu zapewnienia ich o możliwości otrzymania pomocy. Z powyższego wynikają dwa standardy.

Tabela 19. Przewidywane skutki a czas i trafność rozpoznania potrzeb dziecka

PRZEWIDYWANE SKUTKI	CZAS I TRAFNOŚĆ ROZPOZNANIA POTRZEB DZIECKA			
	Diagnoza wczesna, trafna	Diagnoza wczesna, nietrafna	Diagnoza późna, trafna	Diagnoza późna, nietrafna
Skutki dla rozwoju dziecka	Szybki rozwój, na miarę utrudnień i zaburzeń	Zatrzymany rozwój, utrudniony rozwój	Rozwój częściowo możliwy	Dziecko doświadcza wielu niepowodzeń
Skutki dla procesu uczenia się	Wczesne wsparcie edukacyjne, dobre efekty dla edukacji, szybkie usprawnienie deficytów	Wczesne wsparcie jest nietrafne, dziecko napotyka na trudności (dziecko nie jest uczone tak, jak tego wymaga jego trudność) słabe efekty dla edukacji, powolne lub żadne usprawnienie deficytów	Skutki edukacji częściowo widoczne, część sił edukacyjnych ucznia i systemu zaprzepaszczone	Edukacja napotyka na liczne niepowodzenia
Skutki dla terapii	Możliwość szybkiego wyeliminowania ograniczeń w funkcjonowaniu	Terapia nieskuteczna, ponieważ odbywa się niezgodnie z rozpoznaniem	Terapia częściowo skuteczna, czasem zajmuje się wcześniej nierozpoznanymi trudnościami, na które należy poświęcić wiele sił i energii, a które zadziałałyby skuteczniej, gdyby zostały uruchomione na wcześniejszych etapach rozwoju	Terapia nieskuteczna, prawdopodobieństwo pojawienia się wielu błędów jatrogennych
Skutki dla systemu oświaty	Pomoc maksymalnie szybka i trafna	Pomoc nietrafna	Dodatkowe nakłady na naprawę wcześniej popełnionych błędów	Duże straty, działania pozbawione celowości i drogie dla systemu oświaty

Źródło: opracowanie własne.

STANDARD 1: Ocena funkcjonalna dziecka/ucznia z zaburzeniami zachowania i emocji powinna ogniskować się na opracowaniu metod i form wsparcia rozwoju, w tym wsparcia w realizacji zadań szkolnych/związanych z uczeniem się w sposób zgodny z jego aktualnym sposobem funkcjonowania i stanem zdrowia.

Komentarz: Wnioski otrzymane w toku OF służą planowaniu działań edukacyjnych i terapeutycznych w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb dziecka/ucznia. Celem oceny jest dokładne zidentyfikowanie, jakie potrzeby ma dziecko/uczeń z zaburzeniami zachowania i emocji i jakich wymaga rozwiązań z zakresu wsparcia. Uczniowie z takim samym rozpoznaniem (nazwa i kod ICD-11) mogą funkcjonować bardzo różnie i wymagać różnych form pomocy. Forma kształcenia i pomocy zależy od nasilenia ograniczeń w funkcjonowaniu ucznia.

STANDARD 2: Ocena funkcjonalna (OF) obejmuje:

- zidentyfikowanie trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka/ucznia (przede wszystkim sfera emocjonalno-społeczna, komunikacja i socjalizacja, rozwój poznawczy, motoryczny, językowy);
- określenie mocnych stron w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka/ucznia;

- określenie konsekwencji funkcjonalnych zaburzeń zachowania i emocji w toku oceny funkcjonalnej oraz potrzeb w zakresie modyfikacji procesu nauczania i uczenia się i modyfikacji warunków, w jakich przebiega proces edukacyjny (metody i formy sprawdzania poziomu wiedzy i umiejętności);
- analizę sytuacji środowiskowej – istniejących barier i zasobów; w tym sytuacji dziecka w grupie/klasie/szkole; potrzeb i możliwości rodziny oraz jakości warunków fizycznych, w których odbywa się praca edukacyjna;
- sformułowanie wskazań do opracowania indywidualnego planu edukacyjnego/programu wsparcia..

Komentarz: Konsekwencją funkcjonalnych zaburzeń zachowania i emocji w toku oceny funkcjonalnej może być np. odmowa współpracy, zachowania buntownicze i opozycyjne, które uniemożliwiają lub utrudniają ocenę, ale też trudności w postaci mutyzmu wybiórczego lub głębokiej depresji, wymagające modyfikacji procesu diagnozy i warunków badań, a w konsekwencji modyfikacji metod nauczania i wychowania.

Właściwe kroki dochodzenia do diagnozy kryterialnej przedstawione są w tabeli 20.

Tabela 20. Kroki diagnozy zaburzeń zachowania i emocji a sposób jej realizacji

Kroki diagnozy	Typ rozpoznania	Miejsce	Osoby zaangażowane	Typ diagnozy/język
I	Rozpoznanie pierwsze	Rodzina, szkoła, świetlica, klub sportowy	Rodzice, nauczyciele, szkolni specjaliści, lekarz rodzinny	Identyfikacja problemu Protokół konsultacji zespołowych – obszary trudności, pojawiające się problemy Język opisujący zachowania często potoczny lub fachowy Wskazania do ew. diagnozy pogłębionej uzasadnionej obserwacjami, wywiadem
II	Rozpoznanie pogłębione	Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	Specjaliści (psychologowie, pedagodzy, logopedzi)	Wstępna diagnoza psychologiczna, diagnoza różnicująca Według DSM 5 Język fachowy Wskazania do ew. diagnozy specjalistycznej
III	Rozpoznanie specjalistyczne	Jednostka służby zdrowia - według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. (Dz.U. poz. 1640 z późn. zm.)	Lekarze psychiatry, przy współpracy psychologów klinicznych	Diagnoza kryterialna Diagnoza według ICD-11

Źródło: opracowanie własne

Na szczególną uwagę zasługują kroki II i III, czyli rozpoznanie pogłębione i specjalistyczne. Tu dokonuje się zarówno diagnoza różnicowa, jak i diagnoza kryterialna (Kryteria Diagnostyczne DSM 5 z 2019 roku). Jeśli zaburzenia zachowania i emocji są nasilone, niezbędne jest udanie się na diagnozę do placówki specjalistycznej ochrony zdrowia (poradnia specjalistyczna, szpital specjalistyczny). Czas trwania diagnozy, jej przebieg ustalają lekarze specjaliści we współpracy z psychologami klinicznymi. Tak rozumiana diagnoza nie jest możliwa w poradniach pedagogiczno-psychologicznych będących jednostkami systemu oświaty. System ochrony zdrowia posiada odpowiednio przygotowane do realizacji tych zadań kadry, procedury i metody diagnostyczne

STANDARD 3: Diagnoza kliniczna zaburzeń zachowania i emocji (kody ICD-11 rozpoczynające się od 6A04) **nie jest warunkiem przeprowadzenia oceny funkcjonalnej** w szkole lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej uwzględniającej trudności ucznia charakterystyczne dla zaburzeń zachowania i emocji.

Komentarz: Zaburzenia zachowania i emocji to kategoria bardzo szeroka, dlatego pierwotne może być **zgłoszenie rodzicielskie do szkoły/placówki specjalistycznej lub wskazanie do takiego zgłoszenia przez placówkę oświatową**. Możliwość uzyskania oceny i odpowiedniego wsparcia może być zainicjowana przez wskazania lekarskie (bez diagnozy), przez zaobserwowane trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu/szkole, niepokojące obserwacje rodziców i nauczycieli. Ocena funkcjonalna jest dostępna dla każdego dziecka, o ile zostanie zgłoszona przez rodzica lub opiekuna prawnego. **Decyzyjną rolę w podjęciu zgłoszenia ma rodzic/opiekun prawny.** Wiodącą rolę mają rodzice, zaś szkoły i inne placówki oświatowe mają w stosunku do rodziców rolę doradczą. Większość rodziców jest bardzo przejęta trudnościami swojego dziecka, ale niektórzy zaniedbują obowiązek opieki nad dzieckiem (świadomie lub nie). W przypadku notorycznego uchylania się rodziców od zgłoszenia dziecka do diagnozy funkcjonalnej, zachowanie takie można traktować jako zaniedbanie i nadać temu odpowiedni tok prawny. Zgłoszenie zaniedbania musi być jednak poprzedzone rozmowami, mediacjami, ostrzeżeniami ze strony szkoły lub przedszkola bądź ewentualnym badaniem skринingowym (Cieciuch i in., 2022).

Przykład: Ośmioletni Łukasz jest uczniem drugiej klasy. Nauczyciel wychowawca zgłosił potrzebę zdiagnozowania ucznia pod kątem przyczyn nieadaptacyjnego zachowania się. Uczeń jest bardzo ruchliwy, aktywny fizycznie. Lubi WF, aktywność fizyczną. Jednak w trakcie innych lekcji często wychodzi z ławki, decyduje o wielu sprawach: samodzielnie wyciera tablicę, wychodzi zmoczyć gąbkę, idzie na drugi koniec sali, aby pożyczyć ołówek, którego zapomniał, wychodzi z ławki, aby wyrzucić papierek. W tym czasie nie uważa, rozprasza innych kolegów, nie nadąża za tokiem lekcji, ponieważ jest zaabsorbowany innymi aktywnościami, które zwykle nie trwają zbyt długo, ale uniemożliwiają mu aktywność zsynchronizowaną z klasą. Uczeń jest upominany przez nauczycielkę, ale nie powoduje to trwałej zmiany zachowania. Wydaje się, że ma dobrą wolę, ale usłyszane zasady nie są zintegrowane w system dający trwałe efekty w zachowaniu. Dawane instrukcje („nie biegaj na korytarzu”, „nie wychodź z ławki”, „nie krzycz w sali gimnastycznej”) nie wywołują efektu zatrzymania aktywności, lub przynoszą skutek na bardzo krótko, wygląda, jakby uczeń nie był w stanie powstrzymać swojej aktywności. Łukasz często kogoś potrąca, przewraca się o przedmioty, ma porysowane długopisem ręce, zeszyty jego są niedbałe, kartki w podręcznikach pozaginane. Chłopiec często gubi swoje rzeczy, lekkomyślnie przekazuje je kolegom, zapomina pracy domowej. Uczeń bywa impulsywny, czasami wpada w złość, rzuca przedmiotami lub bije kolegów. Kompulsywnie korzysta ze smartfona, na którym często gra, ogląda filmiki o innych graczach, przegląda strony internetowe. Mama uważa, że kontroluje zachowania syna, w rzeczywistości jednak chłopiec spędza liczne godziny ze smartfonem, laptopem i komputerem. Czyni to zwłaszcza w zimowe lub deszczowe dni. Łukasz jest wychowywany w rodzinie niepełnej, rodzice rozwiedli się, utrzymują ograniczony kontakt. Łukasz ma starszą o 5 lat siostrę, nie łączą ich zbyt silne więzy. Chłopiec lubi często przebywać z dziadkami, którzy mieszkają nieopodal jego domu, chętnie od czasu do czasu nocuje u nich w domu. Dokonano wywiadu, obserwacji, badania testami osobowościowymi i wskazano na potrzebę konsultacji u lekarza neurologa. W wyniku badań ujawniono ADHD. Uczeń rozpoczął farmakoterapię. Początkowo mama miała duże opory przed zaakceptowaniem

diagnozy i podawaniem leków, z czasem zauważyła pozytywne skutki w zachowaniu syna. W opinii wydanej przez poradnię wskazano na sposób pracy z uczniem w szkole, usprawniający jego zachowanie. Wskazano także na zalecenia sposobu organizacji pracy w domu. Otrzymana trafna diagnoza, dobrane leki, zmiana ustosunkowania matki do leczenia syna spowodowały znaczną poprawę zachowania i zatrzymanie niewłaściwych ocen o winie Łukasza w każdym przypadku, gdy naruszał on zasady zachowania i układał niewłaściwe relacje z innymi uczniami. Zaciekawienie zadaniami, dłuższa uwaga utrzymywana w trakcie wykonywania zadań spowodowały poprawę ocen i podniesienie samooceny u chłopca.

Szczegółowe dostosowania obejmowały:

- zalecenia kontynuowania farmakoterapii;
- konieczność rozładowania emocjonalnego;
- możliwości spożytkowania energii w sposób akceptowany społecznie (sport, harcerstwo);
- odpowiednie formy nauczania dla dzieci z deficytem uwagi;
- uczestniczenie w terapii behawioralnej w celu nabywania nowych form zachowania.

Komentarz: Czynniki alarmującymi, skłaniającymi do podjęcia oceny funkcjonalnej, mogą być trudności szkolne, np. w zachowaniu społecznym (agresja, nadpobudliwość lub wycofanie, pozostawanie na uboczu) bądź sposobie realizacji obowiązku szkolnego (wagary, unikanie obowiązku szkolnego, liczne absencje, unikanie aktywności na lekcjach). Nie zawsze symptomy te są typowymi wskaźnikami dla występowania zaburzeń w zachowaniu lub emocjach. Badania przesiewowe nie są powszechne, dlatego ważna jest reakcja na każde zgłoszenie.

STANDARD 4: O zaburzeniach zachowania i emocji można mówić zawsze w przypadku **zaistnienia medycznej diagnozy psychiatrycznej** (uwzględniającej kryteria ICD-11), zestawionej z funkcjonalną oceną zachowania. Ocena funkcjonalna, **której efektem jest zaplanowanie wsparcia**, dotyczy:

- dzieci i uczniów z trudnościami w realizacji obowiązku szkolnego;
- dzieci i uczniów realizujących obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, ale nieosiągających zadowalających efektów uczenia (liczne oceny niedostateczne, nieosiągające efektów kształcenia specjalistycznego lub zawodowego);
- dzieci i uczniów z trudnościami w zachowaniu, utrudniającymi prawidłowe funkcjonowanie społeczne;
- dzieci i uczniów znajdujących się w sytuacji naruszenia prawa, pozostających w kolizji z prawem, będących pod opieką kuratora sądowego.

Przykład: Katarzyna, lat 12. Uczennica została zgłoszona do poradni przez matkę za wyraźnym wskazaniem i radą pedagoga szkolnego. Problemem zgłoszonym przez matkę był niezadowolający poziom osiągnięć edukacyjnych oraz wybiórcze opuszczanie lekcji („źle się uczy, ma liczne nieusprawiedliwione godziny”). Z opinii szkoły wynika, że Katarzyna ma wiele problemów z zachowaniem. Jest wycofana, jakby nieobecna, a także kontakt z nią jest utrudniony. Zamyka się w sobie, milczy, unika rozmowy. Wychowawca klasy próbował wielokrotnie rozmawiać z uczennicą i jej mamą, zanim pojawiły się poważniejsze kłopoty. Katarzyna zawsze obiecywała poprawę, z której nic nie wynikało. Uczennica dokonała także kilku drobnych kradzieży, z których najpoważniejszą była kradzież smartfona i adidasów ze szkolnej szatni, będących własnością koleżanki z klasy. Z powodu tego zdarzenia odbyło się dochodzenie prowadzone przez policję oraz rozprawa w sądzie rodzinnym. Sytuacja rodzinna Katarzyny jest skomplikowana. Dziewczynka nie zna swojego biologicznego ojca. Jest najmłodszym dzieckiem, ma dwóch starszych braci, którzy są dorośli, pracują za granicą, praktycznie zerwali kontakty z rodziną. Mama jest po rozwodzie (jej mężem był mężczyzna, z którym przez kilka lat wspólnie wychowywali Katarzynę), obecnie mama dziewczynki mieszka z kolejnym partnerem, młodszym od niej o 17 lat, a zarazem tylko o 7 lat starszy od Katarzyny. Mieszkają we trójkę w wynajętym mieszkaniu, Katarzyna ma własny pokój, ale nie czuje się zaopiekowana odpowiednio przez mamę i odsunięta na bok, z powodu jej

burzliwego życia emocjonalnego. Mama Katarzyny nie pracuje, prawie zawsze była na utrzymaniu swoich mężczyzn lub opieki społecznej. Podobnie jest teraz. Dziewczynka czuła się bardzo osamotniona, nauczyła się samodzielnie kierować swoim życiem i zaspokajać potrzeby na swój własny sposób. W poradni przeprowadzono: wywiad, obserwację, badania testami osobowościowymi. Według DSM-5 Katarzyna napotkała następujące trudności emocjonalne związane ze strukturą życia rodzinnego:

- Problem związku rodzice dziecko (V61.20);
- Problem związku między rodzeństwem (V61.8);
- Wychowanie z dala od rodziców (V61.8) – od ojca;
- Zaniedbywanie dziecka (995.52);
- Problem związany ze szkołą lub nauką (V62.3);
- Złe warunki mieszkaniowe (V60.1);
- Wykluczenie społeczne lub odrzucenie (V62.4);
- Bycie obiektem dyskryminacji i prześladowania (V62.4);
- Problem związany ze stylem życia (V69.9);
- Niedostępność lub trudności dostępu do innych form pomocy (V63.8).

Wskazano na potrzebę terapii rodzinnej, podjętej i przerwanej po kilku spotkaniach z powodu decyzji mamy. Po tym wydarzeniu uczennica otrzymała orzeczenie o zagrożeniu niedostosowaniem społecznym z uwagi na incydentalny charakter kradzieży i przyznanie się dziewczynki do winy oraz zwrot mienia. Decyzją sądu Katarzyna została odsunięta także od patologizującego środowiska rodzinnego i została skierowana do MOS. Uczennica zgodziła się na wyjazd do ośrodka będącego 300 km od domu.

Komentarz: Aktualnie kształceniem specjalnym obejmowani są uczniowie zagrożeni niedostosowaniem społecznym lub niedostosowani społecznie, ale lista dzieci i uczniów przeżywających trudności i sprawiających problemy wychowawcze, mających zaburzenia zachowania czy emocji, utrudniające funkcjonowanie społeczne, jest o wiele dłuższa. Obecnie pojawia się wiele trudności związanych ze szkodliwym, nadmiarowym, kompulsywnym korzystaniem

ze smartfona lub komputera. Skutkuje to obniżeniem osiągnięć szkolnych, absencjami, zmęczeniem. Taki sposób korzystania z mediów może nie spełniać kryterium uzależnienia, ale znacząco wpływać na edukację szkolną i społeczne funkcjonowanie. Według proponowanego podziału wsparcie będzie udzielane także dziecku, które w diagnozie medycznej nie otrzymało rozpoznania, nie spełnia kryteriów niepełnosprawności lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym, ale już **wymaga pomocy z uwagi na manifestowane trudności** w nauce szkolnej, zachowaniach społecznych.

Istotną rolę w każdej diagnozie pełni rozpoznanie różnicowe. Pomocą może być podręcznik DSM-5 Diagnoza różnicowa (First, 2018). Poniżej przytoczono sposób rozpoznania w jednej z kategorii zaburzenia zachowania i emocji. Zaburzenie o nazwie „Zachowania niszczycielskie i zaburzenia dysocjalne” (*Disruptive behaviour or dissocial disorders*) oznaczone są kodem 6C90–6C9Z i łączą w sobie zarówno zaburzenia zachowania, jak i emocji. Kategoria przypomina pojęcie „mieszane zaburzenia zachowania emocji” z ICD-10. Nowa nazwa wyraźniej określa i rozgranicza zakres psychopatologii, jak wchodzi w obszar pojęcia. DSM-5 proponuje następującą charakterystykę tego typu trudności: „Zaburzenie zachowania charakteryzuje się utrwalonym wzorcem powtarzającego się zachowania, w którym naruszone są podstawowe prawa innych, lub łamane są obowiązujące dla wieku normy współżycia społecznego” (DSM-5, s. 284). Tak rozumiane zaburzenie zachowania **należy odróżnić:**

- od zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (ODD), które charakteryzują się mniejszym nasileniem i brakiem, w których nie stwierdza się agresji wobec ludzi i zwierząt, niszczenia mienia lub innych naruszeń prawa;
- od zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością, w których charakterystyczne są nadaktywność ruchowa i impulsywność (ADHD);
- od zaburzeń dwubiegunowych, w których zachowania destruktywne są związane z zaburzeniami nastroju;
- od okresowych zaburzeń eksplozywnych, w których wybuchy agresji są przejawem agresywnego zachowania;
- od zachowań antysocjalnych powodowanych przez zaburzenia psychiczne (jak schizofrenia), w których zaburzenia zachowania są reakcją na urojenia i omamy;
- od zaburzeń adaptacyjnych z zaburzonym zachowaniem, w których zachowania zaburzone są ograniczone w czasie, związane ze stresorem i o mniejszym nasileniu;

- od zachowań antyspołecznych u dziecka i nastolatka, u których pojedyncze zachowania mogą nie mieć charakteru utrwalonego;
- od antyspołecznych zaburzeń osobowości, które diagnozuje się po 18. r.ż., a nie we wcześniejszych etapach rozwojowych.

Zachowania niszczycielskie i zaburzenia dysocjalne przyjmują formę konkretnych czynów, jak: kłótnie, wybuchy złości, częste kłamstwa, używanie broni lub innych przedmiotów w celu dokonania agresji, przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób, niszczenie cudzej własności i kradzieże, włamania. Objawy powinny się utrzymywać przez dłuższy czas, np. powyżej 6 miesięcy, i mieć charakter nasilony (Kuty-Płachecka, Stefańska, 2015). Często zaburzenia te są przyczyną kierowania do MOS, a przy dużym nasileniu objawów do MOW.

Zaburzenia opozycyjno-buntownicze (*oppositional dewiant disorder* – ODD) z reguły cechują się wybuchami złości, nieuzasadnionym oporem, niedotrzymywaniem przyjętych norm i zasad w życiu społecznym, ale nie przyjmują charakteru naruszenia prawa. W rzadkich sytuacjach można rozpoznać obydwie zaburzenia (DSM-5, s. 284; Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5, s. 562–567).

Zaburzenia zachowania i emocji mogą pojawiać się na różnym etapie życia dziecka. Czas diagnozy nie zawsze jest tożsamy z momentem ujawnienia się trudności. Wiele spraw nawarstwia się, ponieważ rodzice, wychowawcy i nauczyciele często nie będąc fachowcami, nie wiedzą, jak powinni postępować w stosunku do ujawnianych przez ucznia trudności. Zdarza się, że początkiem diagnozy jest pojawianie się fenomenów i zdarzeń zaburzeń zachowania oraz emocji, które na tyle utrudniają uczniowi funkcjonowanie, że rejestruje to system edukacyjny. Są to m.in. absencje szkolne, spadek zainteresowania nauką, słabsze stopnie, incydentalne używanie substancji psychoaktywnych zmieniających reakcje emocjonalne, zamknięcie się w sobie i inne. Zaobserwowane trudności mogą stanowić podstawę do zgłoszenia dziecka/ucznia do oceny funkcjonalnej.

Obszar II: Przebieg procesu oceny funkcjonalnej (miejsce, zespół, narzędzia)

STANDARD 5: W ocenie funkcjonalnej profesjonaliści powinni korzystać z odpowiednio dobranych, wystandaryzowanych i zwalidowanych w polskiej populacji narzędzi (zob. Aneks, tabela A5). Rekomendowane metody powinny być na bieżąco nowelizowane przez MEiN i ogłaszane na stronach internetowych ministerstwa.

Komentarz: Standard sprawia, że diagnozy w placówkach oświatowych (o ile posiadają metody) oraz poradniach specjalistycznych stają się obiektywne i mają szansę być porównywane. Stosowanie tego standardu zakłada przestrzeganie wielu zaleceń jednocześnie:

- przestrzeganie używania metod badawczych rekomendowanych jako posiadające cechy standaryzacji, normalizacji, rzetelności i trafności (Aneks, tabela A5);
- jako szczególnie istotne zaleca się zwracanie uwagi na obecność aktualnych norm opracowanych na polskiej populacji lub na populacji docelowej (określonej zaburzeniem);
- wykonywanie badań zgodnie z daną grupą wiekową;
- rozpoznawanie specyfiki trudności – badania specjalistyczne nad określonym typem zaburzenia, doprowadzające do **wiedzy o charakterystyce indywidualnej zaburzenia**, tak aby na jej podstawie dobrać jak najbardziej trafnej metody pomocy;
- rozpoznanie **przyczyn powstania zaburzenia** (o ile to możliwe) przez potrzebę zaplanowania form pomocy w oddziaływaniu na przyczyny powstania trudności (zgodnie z zasadą, że usunięcie przyczyny usuwa trudność).

Spis zalecanych metod nie oznacza, że nie są dopuszczalne inne, ale że te umieszczone w wykazie z pewnością spełniają warunki sprawdzonych metod. Diagnosta jako specjalista jest osobą odpowiedzialną za dobór metod w badaniach i może korzystać z innych metod, niepodanych w spisie. Rozwój nauk szczegółowych, w tym psychometrii, odbywa się dynamicznie i z pewnością za jakiś czas ukażą się nowe, dobre i sprawdzone metody, jednak aby można je było użyć, powinny one spełniać kryteria metod psychometrycznych. W poznawaniu pacjenta (ucznia, dziecka) kierujemy się doбором merytorycznym

i możemy sięgać po rzadziej używane narzędzia, np. służące do badania osób dorosłych (normy od 18. r.ż.), których tutaj nie podawano, koncentrując się na wieku rozwojowym (0–18 lat). Uczniowie pełnoletni stanowią także sporą populację osób edukujących się, niniejsza publikacja nie wyróżnia tego zagadnienia. Tę grupę diagnosta powinien mieć także na uwadze. Ta grupa powinna być także w uwadze diagnosty. Za treściowy dobór metody do problemu pacjenta odpowiedzialny jest psycholog (diagnosta), jednak **zgodnie ze sztuką i etyką zawodu** powinien on używać metod rekomendowanych jako opartych na bazie naukowej.

Kolejną kwestią jest dokonywanie **prób projekcyjnych**, mających szeroką literaturę i badania. Często stosuje się je w badaniu dzieci przedszkolnych, niepiszących, dzieci z trudnościami o charakterze emocjonalnym, będących w stanie traumy lub po trudnych przeżyciach emocjonalnych. Wydaje się, że zastosowanie niektórych z nich jest możliwe, a nawet konieczne, gdy diagnosta nie ma innej możliwości poznania dziecka/ucznia, gdy nie jest możliwe zastosowanie kwestionariuszy i testów. Analiza wytworów projekcyjnych jest swoistą sytuacją społeczną, dającą diagnoście okazję do obserwacji i przeprowadzenia wywiadu. Należy ją zatem traktować jako rodzaj poznania jakościowego i próby eksperymentalnej, stosując całą wiedzę na temat rozwoju dziecka, jego stanu zdrowia i możliwości. W uzasadnionych przypadkach diagnosta może posługiwać się odpowiednio opracowanymi metodami projekcyjnymi (Czerederecka, 2015). Osobną kategorią metod poznania pacjenta i jego środowiska jest **wywiad i obserwacja**. Wymaga ona dużej wiedzy, umiejętności dokonywania sprawnego zapisu oraz praktyki, którą specjalista nabywa w czasie swojej pracy zawodowej. W literaturze istnieje liczna baza materiałów usprawniających aktywność badawczą (arkusze obserwacyjne do poszczególnych objawów, wywiady tematyczne, ustrukturyzowane w postać zgodną z kryteriami określonych rozpoznań). Dotychczasowe materiały często opierają się na kryteriach diagnostycznych DSM-4 oraz ICD-10, stąd nie zostały podane w spisie. Wydaje się, że trzeba poczekać, aż ukażą się na rynku wydawniczym arkusze obserwacyjne i kwestionariusze wywiadu w oparciu o nowe kryteria DSM-5 i ICD-11, z których także warto korzystać. Tymczasowo diagnosta może przygotować własne opracowania (np. wywiad dotyczący ADHD lub wywiad o zaburzeniach opozycyjno-buntowniczych według kryteriów ICD-11).

Podsumowując, standardy diagnozy w PP-P powinny dotyczyć trzech rzeczywistości, metod, osób badających, sposobu badania. Dobra i trafna diagnoza powinna opierać się na wszystkich trzech filarach standardów.

STANDARD 6: W kompleksowej ocenie funkcjonalnej dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji w zależności od złożoności trudności dziecka powinny zostać uwzględnione następujące obszary:

- A. Charakterystyka kliniczna (kod ICD-11 jednostki chorobowej lub zaburzenia).
- B. Ocena funkcjonowania społecznego i emocjonalnego, wynikająca ze specyfiki zaburzenia zachowania.
- C. Ocena funkcji poznawczych, o ile są istotne z uwagi na kod jednostki chorobowej/zaburzenia.
- D. Ocena stopnia opanowania programowych wiadomości i umiejętności szkolnych, wykonywania zadań edukacyjnych, motywacji, gotowości szkolnej (właściwie do wieku dziecka). Opis trudności szkolnych (np. w funkcjonowaniu emocjonalnego i społecznego itp.) oraz mocnych stron funkcjonowania szkolnego.
- E. Ocena funkcjonowania społecznego na podstawie danych pochodzących z trzech perspektyw: obserwacje nauczyciela, samoocena ucznia, analiza umiejscowienia ucznia w strukturze społecznej grupy.
- F. Ocena psychologiczna:
 - dobór i zasadność stosowania metod wychowawczych **w środowisku rodzinnym, domowym** i szkolnym;
 - ocena dojrzałości zachowań społecznych (rozumienie norm, poziom ich przestrzegania).
- G. Ocena środowiska rodzinnego i szkolnego, w tym barier i zasobów środowiskowych, np. wsparcie emocjonalne rodziców, postawy otoczenia wobec dziecka i rodziny, cechy systemu rodzinnego (rodzina pełna, niepełna, zrekonstruowana, liczba rodzeństwa, jakość wsparcia, jakie rodzina otrzymywała/otrzymuje).
- I. Wnioski z innych diagnoz: W zależności od złożoności trudności rozwojowych dziecka/ucznia może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych diagnoz. W przypadku dzieci z innymi trudnościami lub niepełnosprawnościami może być potrzebna np. diagnoza logopedyczna lub diagnoza SI, diagnoza neurologiczna, diagnoza chorób rzadkich.

K. Możliwe jest włączenie danych pochodzących od **innych specjalistów** z innych ośrodków (MOPR, policji, np. Procedura „Niebieskiej Karty”, przedstawicieli fundacji i stowarzyszeń), w zależności od trudności, takich jak: pedagodzy specjaliści, inni pracownicy szkoły, opiekunowie świetlic, terapeuci zajęciowi, pracownicy służb socjalnych, pracownicy służb sądowych (np. biegli sądowi), pracownicy służby zdrowia i służb medycznych – psychologowie kliniczni, lekarze specjaliści, ratownicy medyczni i inni.

Komentarz: Rekomenduje się, żeby elementem standardu było każdorazowe uwzględnienie **oceny sposobu funkcjonowania rodziny**, a zwłaszcza możliwość kontaktu z obojgiem rodziców, a nie tylko z jednym z nich (najczęstszą sytuacją badawczą jest kontakt tylko z matką). Oczywiście mogą się pojawić trudności w kontakcie z obojgiem rodziców, ale w większości przypadków jest to niezbędne i konieczne dla poznania funkcjonowania dziecka/ucznia. Z dotychczasowych obserwacji wiadomo, że sporą część rodzin stanowią rodziny monoparentalne, jednak obowiązkiem diagnosty jest zaprosić rodzica niemieszkającego z dzieckiem do kontaktu. Wyjątkiem jest zabranie praw rodzicielskich, ponieważ samo ograniczenie pozostawia rodzicowi przywilej decydowania o edukacji dziecka.

STANDARD 7: W skład zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji wchodzi: **specjalista wiodący**, lekarz, psycholog, pedagog oraz rodzice. Możliwy jest (na wniosek rodzica lub specjalisty wiodącego) udział innych specjalistów, jak: logopedy, pracownika społecznego, asystenta rodziny lub asystenta społeczności romskiej.

Komentarz: Dobra ocena funkcjonalna to zgrany zespół diagnostyczny, czyli taki, który umożliwia poznanie wielopoziomowe i adekwatne do problemu. Rekomendowane jest, by przynajmniej w jednej jednostce II stopnia na poziomie powiatu zatrudniony był specjalista psychiatry, specjalista w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, aby możliwy był dostęp do dobrej, profesjonalnej, ale za razem szybkiej diagnozy, gdy zaistnieje taka potrzeba. Potrzeba także

odpowiednio licznej kadry psychologów, pedagogów i logopedów, aby diagnoza była sprawna i adekwatna do trudności ucznia.

W praktyce istnieje konieczność scalania wielu danych z różnych metod, danych pochodzących od różnych specjalistów, dlatego wnioskuje się o następujący standard.

STANDARD 8: Interdyscyplinarną ocenę funkcjonalną dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji **koordynuje specjalista wiodący** z poziomu poradni psychologiczno-pedagogicznej (pedagog specjalny lub psycholog, terapeuta specjalizujący się w pracy z dziećmi/uczniami z zaburzeniami zachowania i emocji), merytorycznie adekwatny do trudności dziecka/ucznia.

Komentarz: Idea, rola specjalisty wiodącego jest nowa w organizacji i przebiegu koordynowania pomocy w ocenie funkcjonalnej. Ponieważ jest to praca zespołowa, musi być wyznaczona osoba do koordynowania pracy (terminy, osoby, spotkania, kolejność badań), ale także do scalania danych dotyczących wyników przeprowadzonych analiz. Oczywiście stawianie się specjalistą nie jest prawnie sformalizowane, ale oznacza zdolności organizacyjne i merytoryczne do tworzenia współpracy między różnymi osobami (uczeń i jego rodzice, nauczyciele, specjaliści, osoby udzielające wsparcia edukacyjno-specjalistycznego). Na ten moment zadania specjalisty wiodącego nie są prawnie dookreślone, ale oznaczają osobę koordynującą ocenę funkcjonalną danego ucznia z zaburzeniami zachowania i emocji.

STANDARD 9: W przypadku dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji, u których **współwystępują inne problemy lub niepełnosprawność** (np. zaburzenia słuchu, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawność intelektualna), zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną powinien mieć kwalifikacje umożliwiające w pełni profesjonalne przeprowadzenie oceny lub też mieć możliwość skorzystania z udziału w tym procesie odpowiednio wykwalifikowanych profesjonalistów.

Komentarz: W ocenie funkcjonalnej ucznia z zaburzeniami zachowania i emocji dodatkowo posiadającego niepełnosprawność intelektualną uczestniczy oligofrenopedagog. Jeśli dziecko doświadczyło rozstania rodziców i powróciło z zagranicy, nie zna dobrze języka polskiego, potrzebny jest tłumacz i/lub logopeda znający problemy dzieci dwujęzycznych. W badaniach dzieci uchodźców powinien uczestniczyć nauczyciel lub tłumacz języka kraju pochodzenia.

STANDARD 10: Osoby przeprowadzające ocenę funkcjonalną, a także opracowujące na jej podstawie indywidualne plany edukacyjne/programy wsparcia oraz realizujące plan i monitorujące poziom realizacji pomocy, powinny być **zobowiązane do systematycznego podnoszenia kwalifikacji**, w tym uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach, rekomendowanych przez MEiN, bezpłatnych dla pracowników.

Komentarz: Badania psychologiczne, pedagogiczne i logopedyczne przeprowadzane przez pracowników oświaty są o tyle diagnostyczne, o ile wykonywane przez osoby kompetentne i profesjonalne. Jakość przeprowadzanych przez specjalistów badań będzie duża, gdy:

- badania będą wykonywały osoby przeszkolone w zakresie używania danej metody;
- osoby będą posługiwały się aktualną licencją na używanie danej metody (testu), jeśli jest ona wymagana przez autora testu lub pracownię testów;
- osoba badająca powinna wykonywać badania rzetelnie, bez rutyny, dbając zawsze o prawidłowe nawiązanie kontaktu;
- badanie powinno się odbywać zawsze w ścisłym przestrzeganiu instrukcji i zasad etyki zawodowej, ochrony danych osobowych;
- istotne są szkolenia aktualizujące wiedzę specjalistów i ich umiejętności praktyczne.

Wskazane jest systematyczne podnoszenie kwalifikacji pracowników. Ten postulat powinien być obowiązkowy (np. powiązany z przyznawaniem punktów niezbędnych do awansu zawodowego lub pozytywnej oceny pracownika). Profesjonaliści poradni psychologiczno-pedagogicznych powinni mieć zapewniony dostęp do bezpłatnych szkoleń/kursów. Warto również w przyszłości wprowadzić listę rekomendowanych przez MEiN szkoleń, gwarantujących odpowiedni

poziom profesjonalnej wiedzy, opartej na naukowych podstawach. Placówki edukacyjne i poradnie powinny mieć zagwarantowane środki na dokształcanie personelu, a także dostęp do list rekomendowanych szkoleń/kursów. Sprawdzoną metodą na podnoszenie jakości pracy diagnostycznej w niektórych poradniach są zespoły superwizyjne o charakterze samopomocowym, zajmujące się analizą diagnozy (obserwacja diagnozy lub studium przypadku).

Przykład: Trzech/czterech diagnostów z tej samej placówki spotyka się co miesiąc na koleżeńskim wymianie doświadczeń. Co miesiąc inna osoba przygotowuje jeden przypadek i przedstawia kolegom. Uczenie się przez doświadczenie i pochylenie się praktyków nad jakimś nowym lub intrygującym przypadkiem pomaga w rozwoju zawodowym i usprawnia praktyczną wiedzę dotyczącą diagnostyki.

Komentarz: Podnoszenie kwalifikacji zawodowych oznacza także przestrzeganie szczegółowych warunków dotyczących organizacji badań. Gwarantuje to:

- ścisła współpraca z dzieckiem/ucniem, którego diagnoza dotyczy, zachęta do otwartości i współpracy, zwracanie uwagi na samopoczucie i stan emocjonalny w czasie badania;
- rozkładanie badań na kilka spotkań, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta;
- w przypadku małych dzieci możliwe jest badanie w obecności opiekuna przy zapewnieniu warunku neutralności badania (rodzic nie zabiera głosu w czasie przeznaczonym na odpowiedź dziecka);
- należy brać pod uwagę motywacyjne czynniki dla ostatecznej oceny wyników pomiaru testowego ucznia;
- w uzasadnionych przypadkach próby testowe można powtórzyć (zmieniając metodę badania, wersję testu, o ile jest to możliwe);
- standardem powinno być rzetelne opisywanie wyników badań w postaci informacji o badaniach lub w postaci dokumentu oświatowego (zob. poniżej);
- przekazywanie **wyników badań w ślad za uczniem, jeśli to możliwe – w sposób elektroniczny**, aby w kolejnych badaniach lub ośrodkach, jeśli proces diagnostyczny będzie trwał, następni diagności mogli korzystać z otrzymanych wyników badań i nie powielali ich, wydłużając proces diagnostyczny;
- w uzasadnionych spornych wypadkach wskazane jest powtórzenie badań, jeśli wymaga tego proces diagnozy.

STANDARD 11: W ocenie funkcjonalnej uwzględnia się następujące źródła informacji:

- analizę dokumentacji medycznej (neurologicznej, psychiatrycznej, od lekarza rodzinnego, dokumentację leczenia i udzielanej pomocy, inną, np. dotychczasowe diagnozy i przebieg leczenia);
- analizę dotychczasowej dokumentacji związanej z diagnozą, terapią, rehabilitacją i działaniami pomocowymi świadczonymi na rzecz ucznia [bieżących, jak również tych z wcześniejszych etapów dzieciństwa i edukacji (np. WWR, program za życiem)];
- obserwację uczestniczącą dziecka/ucznia (w warunkach przedszkolnych/szkolnych);
- wywiad z rodzicami/opiekunami;
- rozmowę z dzieckiem;
- opinie nauczycieli (wychowawcy, nauczycieli przedmiotowych);

- opinie szkolnych specjalistów (szkolna ocena funkcjonalna, opinie biegłych sądowych, biegłych w zakresie danego zaburzenia lub choroby rzadkiej); raporty służb socjalnych, kuratorów sądowych, terapeutów uzależnień, wyniki/ opisy badań sądowych i inne itp.;
- wyniki badań testowych i innych badań przeprowadzonych przez specjalistów dokonujących kompleksowej oceny w PP-P (wyniki badań psychologicznych, w tym ocenę poziomu intelektualnego, wyniki badań pedagogicznych, logopedycznych);
- inne dane, jak analizę wytworów, pamiętniki, listy, prace plastyczne, wypowiedzi, zapisy elektroniczne, wytwory na stronach internetowych.

Komentarz: W poniższej tabeli pokazano, jak jak zróżnicowane mogą być sytuacje, które pojawiają się przy różnym nasileniu i odmiennych formach pomocy, po jakie sięga uczeń i jego rodzina. Część diagnoz może być niewidoczna dla systemu edukacji.

Tabela 21. Sytuacje obecne w rozpoznawaniu zaburzeń zachowania i emocji u uczniów oraz wynikające z nich konsekwencje dla oświaty

Analizowane zależności	A	B	C	D	E
Nasilenie trudności	Małe utrudnienia w funkcjonowaniu	Średnie utrudnienia w funkcjonowaniu	Duże utrudnienia w funkcjonowaniu	Bardzo duże utrudnienia w funkcjonowaniu	Przypadki nagłe, duże utrudnienia zdrowotne i zaburzenia zachowania
Typ podejmowanej przez rodziców i opiekunów interwencji	Rozmowa z psychologiem szkolnym, z pedagogiem szkolnym, z wychowawcą	Wizyta w prywatnym lub publicznym (należącym do NFZ) gabinecie psychologicznym lub psychiatrycznym	Zgłoszenie się do PP-P, skierowanie przez PP-P do opieki specjalistycznej (wskazanie ośrodków) Wizyta w centrum specjalistycznym (opieka medyczna, psychologiczna)	Wizyta w centrum specjalistycznym (opieka medyczna, psychologiczna) Zgłoszenie się do PP-P, skierowanie przez PP-P do opieki specjalistycznej (wskazanie ośrodków)	Hospitalizacja
Wiedza o zachorowaniu w systemie oświaty i możliwość zaplanowania właściwej edukacji	Tak	Nie	Tak lub nie	Tak	Tak lub nie

Źródło: opracowanie własne.

dzieci. Diagnozy częste i powszechnie akceptowane mają niejako „szybszą” ścieżkę do pełnego ujawnienia się oraz możliwości wytyczenia drogi pomocy i właściwej edukacji. Diagnozy rzadkie są przyczyną lęku przed stygmatyzacją. Duże znaczenie dla dobrej, ale też często szybkiej diagnozy mają rzeczywiste możliwości dostępu do specjalistów. Nakłady na diagnozę są zdecydowanie niewystarczające, podobnie jak możliwość otrzymania pomocy postdiagnostycznej. Na podstawie raportu z badania dokonanego przez IBE z 2021 roku „Monitorowanie uwzględniania zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych uczniów w procesie kształcenia” (Knopik, Wiejak, Humenny, Płatkowski, 2021) wyróżniono szkoły o różnym typie, biorąc pod uwagę jakość i zakres wsparcia udzielanego uczniom. Kategoria obejmowała szkoły typu pozytywnego i negatywnego. W szkołach typu pozytywnego stwierdzano, że dostęp uczniów do szkolnych specjalistów był odpowiedni, uczniowie korzystali z większej liczby form pomocy, kadra podejmowała liczne aktywności doszkalające (kursy, szkolenia, studia podyplomowe), między nauczycielami a szkolnymi specjalistami była bardziej aktywna wymiana informacji. W wielu placówkach brakowało takiego dostępu i godzin przeznaczonych na pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Zgodnie z promowaną przez MEiN edukacją włączającą prawo do nauki rozumie się jako właściwy sposób kształcenia i wychowania, który uwzględnia naturalne różnicowanie potrzeb uczniów i czyni z tego różnicowania kapitał. Szkoła powinna być miejscem rozwoju, a nie zbiorem barier utrudniających wspólne uczenie się. W wymienionej publikacji przedstawiono liczne rekomendacje, dotyczące zmian w systemie kształcenia i udzielania pomocy. Głównymi akcentami były **zwiększenie dostępu uczniów do specjalistów szkolnych oraz wzmacnianie świadomości kompetencji nauczycieli dotyczących personalizacji nauczania**. Wydaje się, że placówki edukacyjne potrzebują istotnego wsparcia w zakresie informowania o podstawach prawnych, istocie i konsekwencjach wprowadzenia edukacji włączającej, ale także o praktycznych korzyściach istnienia wymienionych rekomendacji – dla ucznia, dla procesu nauczania, dla nauczyciela.

STANDARD 12: Miejsce przeprowadzania oceny funkcjonalnej.

Ze względu na wielospecjalistyczny charakter oceny funkcjonalnej dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji, miejsce jej przeprowadzenia będzie zależało od tego, czy w placówce edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko, pracują specjaliści mogący przeprowadzić ocenę, oraz czy placówka jest

wyposażona w niezbędne, profesjonalne narzędzia. W związku z tym pod uwagę należy wziąć następujące warianty:

- 1) ocena funkcjonalna przeprowadzana w placówce (szkole, przedszkolu), zwana szkolną oceną funkcjonalną (SzOF);
- 2) ocena funkcjonalna przeprowadzana częściowo **w placówce (jako SzOF)**, częściowo przez specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej;
- 3) ocena funkcjonalna przeprowadzona w całości przez jednostki systemu ochrony zdrowia (I, II, III poziom referencyjny) przy współpracy z placówką edukacyjną i/lub poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

Komentarz: Należy pamiętać, że rozpoznanie lekarskie nie jest jeszcze oceną funkcjonalną. Dzieci/uczniowie o takim samym rozpoznaniu kryterialnym mogą funkcjonować na bardzo różnym poziomie w różnych obszarach. Ich zróżnicowane funkcjonowanie ma przyczynę zarówno w czynnikach środowiskowych, jak i osobowościowych. Istotą oceny funkcjonalnej jest indywidualizacja opisu sposobu funkcjonowania, a także dopasowanie miejsca przeprowadzania diagnozy do stanu zdrowia dziecka i sytuacji środowiska lokalnego. W dużych ośrodkach miejskich może być ułatwiony dostęp do poradni specjalistycznych, w mniejszych ośrodkach badania może pozostać szkoła lub poradnia. Nie można wykluczyć, że zaistnieją przypadki przeprowadzenia OF w poradniach specjalistycznych i szpitalach.

STANDARD 13: Częstość przeprowadzania oceny funkcjonalnej.

Kompleksowa ocena funkcjonalna dzieci/uczniów z zaburzeniami zachowania i emocji jest przeprowadzana po zgłoszeniu problemu i **aktualizowana na bieżąco**, gdy następuje istotna zmiana w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, dotycząca stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej lub warunków środowiskowych. Ocena dokonywana jest **nie rzadziej niż raz na semestr**.

Komentarz: Poziom funkcjonowania dziecka/ucznia może podlegać zmianom uwarunkowanym rozwojowo lub psychopatologicznym, stąd potrzebne jest aktualizowanie badań. Ocena funkcjonalna jest procesem ciągłym. Wydaje się, że

semestralna ocena w rytmie nauki szkolnej jest odpowiednią częstotliwością dającą podstawy do wprowadzania zmian.

Obszar III: Efekty oceny funkcjonalnej

STANDARD 14: Ocena funkcjonalna powinna dostarczać wiedzy o aktualnych potrzebach edukacyjnych i rozwojowych dziecka, ich uwarunkowaniach oraz obszarach wymagających wsparcia, tzn.:

- wiedzy o szczegółowym **profilu zdolności i umiejętności** ujmowanych w sposób pozytywny (uczeń umie, rozumie, używa, potrafi...);
- **opisu rodzaju i stopnia nasilenia trudności** (uczeń nie umie, nie rozumie, nie używa, nie potrafi...);
- wyników analizy **czynników środowiskowych, w tym potrzebnych dostosowań**;
- **konkretnych wskazań do działań edukacyjnych i terapeutycznych, pozwalających** sformułować precyzyjnie określone cele do realizacji, działania wspierające (realne, możliwe do zastosowania w środowisku dziecka i z wykorzystaniem zasobów tego środowiska), realizatorów, harmonogram oraz wskaźniki oceny efektywności tych działań, ujęte w postaci **indywidualnego planu edukacyjnego** realizacji planu.

Komentarz: Przypomnienie – profil funkcjonalny ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) oparty jest na kodach klasyfikacji. Opisuje funkcjonowanie w czterech komponentach (1) funkcje i struktury ciała, (2) aktywność i uczestniczenie, (3) czynniki środowiskowe, (4) czynniki osobowe.. Stopień nasilenia upośledzenia funkcji, trudności w aktywnym funkcjonowaniu, bariery środowiskowe określone są za pomocą skali kwalifikatorów: 0 (brak problemu) – 4 (bardzo duży problem), wskazujących na stopień ich nasilenia. Profil opisuje funkcjonowanie dziecka/ucznia komplementarnie do danych uzyskanych w diagnozie kryterialnej. Rzetelne zapoznanie się z profilem usprawni syntetyzowanie wiedzy, na podstawie której uczeń otrzymuje pomoc w postaci wsparcia edukacyjno-specjalistycznego.

Podsumowując rekomendacje dotyczące kroków diagnozy funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci i młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji, warto zauważyć, że jest to zespół wielu czynników: osób, metod, sposobu dochodzenia do danych. Wszystkie te czynniki są istotne z uwagi na trafność procesu diagnozy. Pierwszym krokiem jest uświadomienie sobie możliwej ścieżki dojścia do diagnozy kryterialnej: od zauważenia problematycznego zachowania ucznia, od rozpoznania potocznego, intuicyjnego do diagnozy specjalistycznej i różnicowej, po zakończenie kryterialnej, a następnie dokonanie opisu funkcjonowania psychospołecznego ucznia, zakończonego wskazaniem do pracy edukacyjnej i terapeutycznej, mającej na celu usprawnianie zaistniałych zaburzeń. Planowanie pomocy przez skuteczny opis funkcjonowania psychospołecznego ucznia jest przedmiotem kolejnego punktu opracowania.

Obszar IV: Standardy planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

Do zadań rodziców i opiekunów, a także nauczycieli, w tym nauczycieli specjalistów w przedszkolu/szkole należy udzielenie możliwie szybkiej i trafnej pomocy dziecku. Uczeń z zaburzeniami zachowania i emocji może korzystać z wielu miejsc o charakterze ogólnodostępnych i placówek niepublicznych, udzielających pomocy. Obecny stan możliwości zaprezentowano w poniższej tabeli 22.

Wiedzę o możliwych miejscach i formach udzielanego wsparcia dzieciom i młodzieży ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania i emocji oraz o kompetencjach zatrudnianych tam osób, czyli o **lokalnej sieci wsparcia** gromadzi na terenie powiatu **poradnia psychologiczno-pedagogiczna**. Posiada ona wiedzę o podmiotach realizujących zadania w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci oraz wsparcia uczniów i rodzin na terenie powiatu. Formy pomocy udzielane na terenie powiatu powinny uwzględniać potrzeby dzieci i uczniów, zebrane w toku oceny funkcjonalnej i wskazania dotyczące wsparcia wynikające z oceny funkcjonalnej.

Tabela 22. Realizacja pomocy w przypadku stwierdzenia zaburzeń zachowania i emocji i jej dostępność

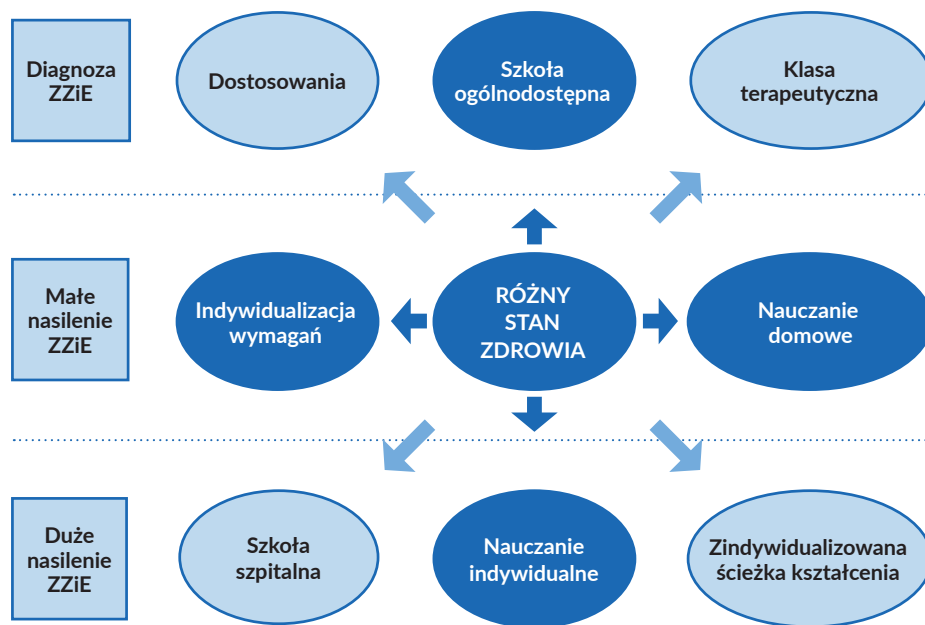
Typ służb	Służby socjalne	System oświaty	Ochrona zdrowia	Służby sądowe	Służba zdrowia – sektor prywatny
Instytucje realizujące pomoc	MOPR, GOPR, OIK	Szkoły, PP-P, ośrodki specjalne (MOW, MOS)	Przychodnie i poradnie rodzinne Publiczne fundacje i stowarzyszenia, ośrodki leczenia uzależnień	Policyjna izba dziecka Sąd rodzinny Schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy Fundacje i stowarzyszenia publiczne, np. pomagające ofiarom przestępstw, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy	Prywatne fundacje i stowarzyszenia Gabinety prywatne (psychologiczne, psychoterapeutyczne i psychiatryczne), prywatne szpitale, sanatoria i ośrodki odwykowe
Osoby realizujące pomoc	Asystent rodziny, pracownik socjalny Kurator społeczny Specjalistyczne poradnie rodzinne	Psycholog szkolny, pedagog szkolny, pedagog specjalny, terapeuta pedagogiczny	Psycholog kliniczny Terapeuta, lekarz specjalista	Psycholog kliniczny Terapeuta, kuratorzy sądowi Pracownicy sektora sądowego (adwokaci, radcy prawni)	Psycholog kliniczny, terapeuta, lekarz specjalista
Dostępność	Duża	Średnia	Mała	Duża	Duża

Źródło: opracowanie własne

Miejsca te stale należy rozwijać (infrastruktura, pomoce, programy) i kształcić kadry zgodnie z zapotrzebowaniem.

Miejsce dysponujące pomocami i urządzeniami technicznymi usprawniającymi udzielanie pomocy koordynuje SCWEW. Pomoce użyteczne dla dzieci i uczniów z zaburzeniami zachowania i emocji to m.in słuchawki wyciszające, materace do relaksacji, urządzenia do odtwarzania muzyki, relaksatory, sprzęt do biofeedbacku.

Kluczową sprawą jest zobaczenie trudności ucznia w sposób syntetyczny, całościowy i opisanie form pomocy, jakiej można mu udzielić w jednostce edukacyjnej, aby nauczanie było efektywne. Wobec tych samych diagnoz, tj. diagnoz z takim samym rozpoznaniem nozologicznym, ale na różnym etapie leczenia zaburzeń, można stosować różne, dostosowane do etapu procesu zdrowienia formy edukacji szkolnej (rysunek 3) i formy pomocy. Na poniższym rysunku zobrazowano wskazane zależności:



Rys. 3. Różne statusy stanu zdrowia w zakresie zaburzeń zachowania i emocji (ZZiE) a typy edukacji szkolnej

Źródło: opracowanie własne

Dobór określonych form pomocy i czasu jej trwania powinien uwzględniać zarówno wyniki oceny funkcjonalnej, jak i czynniki środowiskowe oraz osobowościowe ucznia. Edukacja włączająca zakłada możliwie jak najlepsze nauczanie dla każdego ucznia. Dla jednego ucznia może być korzystniejszy indywidualny tok nauczania, uwzględniający jego trudności i talenty, dla drugiego lepszy może okazać się zachowany zwykły tryb nauki z zaleceniem terapii w specjalistycznym ośrodku.

STANDARD 15: Wsparcie jest procesem aktualizowanym dynamicznie do sytuacji ucznia, uczeń **ma prawo do wsparcia w różnych sektorach**, jest ono udzielane w zależności od rodzaju zaburzenia i jego poziomu. Uczeń ma prawo do korzystania z pomocy z uwzględnieniem posiadanej diagnozy bądź wielu diagnoz. Opis wskazanego wsparcia zawiera indywidualny plan wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny, indywidualny plan wsparcia ucznia i rodziny lub indywidualny plan edukacyjny.

Poziom I: Uniwersalne projektowanie

- projektowanie i zadań domowych dostępnych **pod względem fizycznym i psychicznym** dostosowane do możliwości ucznia (p. uwaga na przebodźcowanie, nadmiar zajęć, aktywności, zapobieganie trudnościom szkolnym, ale i zaniedbywaniu obowiązków szkolnych).

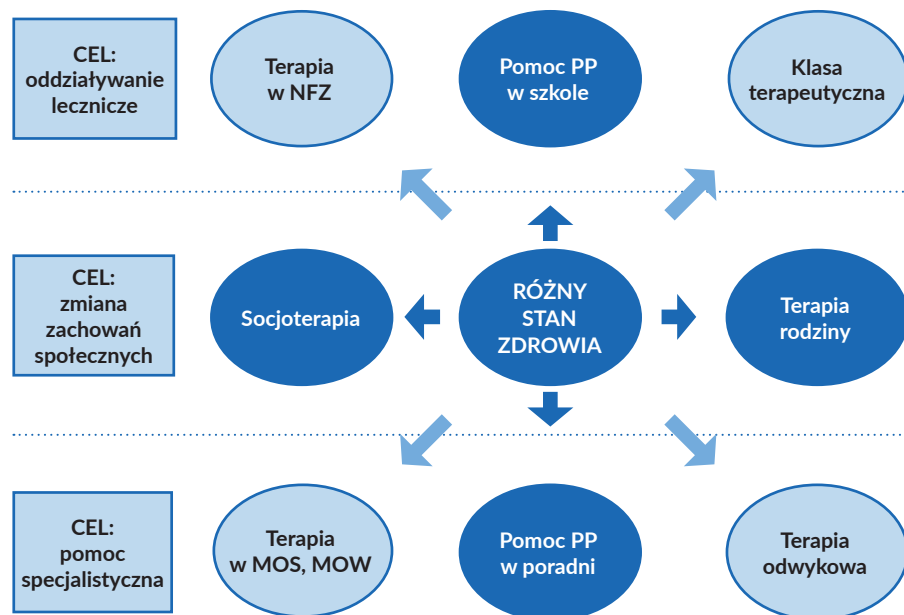
Poziom II: Edukacyjne wsparcie kompensacyjne

- co szkoła/placówka oświatowa może zrobić, aby pomoc na poziomie szkoły była realnie korzystna (konsultacje szkolne, IPE, realizacja wsparcia):
 - 1) wsparcie w zakresie indywidualnych potrzeb edukacyjnych;
 - 2) racjonalne dostosowania i modyfikacje z uwagi na posiadane rozpoznanie zaburzeń zachowania i emocji, np. udział w lekcjach nauczyciela współpracującego (pedagoga specjalnego).

Poziom III: Specjalistyczne wsparcie

- specjalistyczna terapia indywidualna lub rodzinna w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub podmiocie leczniczym (poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddział dzienny psychiatryczny, oddział rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży, szpitalny oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży), dostosowana organizacja kształcenia (decyzja rodzica) - w szkole ogólnodostępnej, szkole specjalnej, młodzieżowym ośrodku socjoterapii w przypadku naruszenia prawa (decyzja sądu) - opieka kuratora sądowego, umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym.

Komentarz: Na poniższym rysunku wskazano na możliwe formy i miejsca pomocy udzielanej dziecku/uczniowi.



Rys. 4. Statusy stanu zdrowia a typy pomocy udzielanej uczniowi

Źródło: opracowanie własne

W związku ze zróżnicowaną dostępnością poszczególnych miejsc i form pomocy rekomenduje się postępowanie postdiagnostyczne wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania w oparciu o edukację włączającą, zastosowanie projektowania uniwersalnego wynikającego z IFC.

Kroki ustalania pomocy psychologiczno-pedagogicznej wyglądają następująco:

- przeprowadzenie procesu diagnozy zakończonej diagnozą kryterialną;
- wyznaczenie czasu, miejsca i form pomocy;
- monitorowanie udzielanie pomocy przez system oświatowy.

Z uwagi na diagnozę kryterialną, dokonaną przez lekarza psychiatrę, oraz szczegółowe wyniki badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, medycznych, pożądanym i naturalnym jest fakt, że uczniowie posiadający określoną diagnozę medyczną będą korzystać z pomocy w służbie zdrowia. Małej dostępności służby zdrowia zaradziły poradnie specjalistyczne w ramach I pierwszego poziomu referencyjnego służby zdrowia. Organizują one diagnozę i pomoc psychologiczną (na podstawie Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2020 r. oraz Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r.). Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (OSIOPiP) zwiększyły dostępność pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania i emocji. Obecnie w Polsce istnieje 307 tego typu placówek. Aktualny ich spis jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia (www.nfz.gov.pl). Proponuje się objęcie pomocą dzieci i młodzieży z następującymi zaburzeniami: eksternalizacyjnymi, internalizacyjnymi, depresyjnymi, psychastenicznymi, zaburzeniami procesów poznawczych, neurorozwojowymi, środowiskowymi, autodestrukcyjnymi, somatycznymi. Wymieniona lista zaburzeń wymaga komentarza. Szkoły i placówki oświatowe są bardziej skłonne **do zauważania zjawisk propulsywnych** (agresja, przemoc, wybuchy złości, akty samookaleczania się) **niż repulsywnych** (wycofanie, nieśmiałość, zjawiska fobiczne, zamknięcie się w sobie, submisyjność, anhedonia). Pierwszy typ jest tym, na który łatwo nauczycielowi zwrócić uwagę, tworzy zjawiska niedające się pominąć, drugi jest typem cichego cierpienia, jednak dający uczniom nie mniej dokuczliwe skutki w zakresie zdrowia psychicznego. Pomocy należy udzielać obu grupom uczniów, ale zauważenie dyskomfortu tych drugich zależy od stanu wiedzy nauczycieli, a nawet od dużego wyczucia i talentu pedagogicznego. Jeśli stosowana pomoc nie wpływa na poprawę, a objawy nadal trwają, rekomenduje się dokonanie diagnozy nozologicznej w gabinecie psychiatrycznym lub szpitalu specjalistycznym (jest to nadal rozpoznanie specjalistyczne z poziomu III).

Drugim etapem oceny funkcjonalnej jest **wyznaczenie czasu, miejsca i form pomocy** stosownie do uzyskanego kryterium diagnostycznego według ICD-11. Ten etap opiera się na standardach ICF. Nie weszły one jeszcze w nurt powszechnej praktyki w PP-P, dlatego rekomenduje się przeprowadzenie szkoleń dla wszystkich pracowników PP-P według jednego, określonego schematu. Warto zauważyć, że na tym etapie następuje ściśle zespolenie danych o uczniu o różnym charakterze:

- obserwacji rodzicielskich;
- danych edukacyjnych (zachowania i osiągnięcia szkolne);
- danych psychologicznych – przyczyny, funkcje, zjawiska psychologiczne;
- danych medycznych – rozpoznanie zaburzenia zakończone diagnozą nozologiczną (lub nie);
- badań zawodoznawczych i badań z dziedziny medycyny pracy [zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019 r. poz.1651)].

STANDARD 16: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne na terenie szkoły (np. socjoterapia) poradni lub PP-P jest udzielane **na możliwym najwyższym poziomie** przez wprowadzenie kryteriów sprawdzających jakość udzielanej pomocy, tj.:

- zapewnienie odpowiednio wykształconych osób do prowadzenia działań pomocowych i korektywnych (kształcenie kadr, dokształcanie się bieżące zgodne z zapotrzebowaniem na zatrudnienie w danej jednostce, szkolenia certyfikowane, specjalistyczne), stosujących uznane metody, których skuteczność oparta jest na dowodach naukowych (*evidence based therapy*);

- szybkość jej udzielenia (pomoc powinna być zorganizowana do tygodnia od daty otrzymania indywidualnego planu edukacyjnego);
- pomoc **zogniskowana na powstawaniu pozytywnych zmian jakościowych** w zakresie rozpoznanych zaburzeń zachowania i emocji poddawanych oddziaływaniom pomocowym (np. zmniejszenie lęku, zaprzestanie działań agresywnych przez ucznia, zmniejszenie absencji szkolnych);
- **systemowość** oddziaływań pomocowych (według zaleceń – edukacja włączająca na terenie szkoły, ale także podjęcie działania na terenie szkoły i placówki specjalistycznej, wsparcie i pomoc udzielana rodzinie);
- **jakość przepływu informacji między osobami i instytucjami** zajmującymi się uczniem (o bieżących stanach i potrzebach ucznia), warunek istotny, zwłaszcza gdy pomoc udzielana jest międzyresortowo;
- na terenie PP-P obecność wymaganych pomocy (np. materace, sprzęt muzyczny do socjoterapii, materiały plastyczne do arteterapii) lub możliwości ich wypożyczenia ze SCWEW-u;
- superwizja, której powinni podlegać wszyscy udzielający pomocy (nauczyciel, terapeuci);
- zdolność systemu edukacyjnego do uczenia się i modyfikacji udzielanej pomocy.

Komentarz: Dbałość o jednoczesne spełnienie wszystkich tych kryteriów zapewni odpowiednią jakość działań prowadzonych w ramach oceny funkcjonalnej: diagnostycznych, pomocowych i monitorujących jakość udzielanej pomocy. stosujących uznane metody, których skuteczność oparta jest na dowodach (*evidence based therapy*) (APA, 2021). W praktyce dziecko/uczeń doświadczający zaburzeń zachowania i emocji może ubiegać się o różne formy pomocy dostosowane do jego indywidualnych potrzeb.

Tabela 23. Formy pomocy w odpowiedzi na przejawiane przez uczniów trudności i zaburzenia w dziedzinie zachowania i emocji

Formy pomocy	Miejsce	Specjaliści	Korzyści
Konsultacje	Szkoła, poradnia, placówka oświatowa	Pedagodzy, psychologzy Wychowawcy Szkolni specjaliści	Zauważenie problemu Wstępny opis trudności, Wybór drogi udzielania pomocy
Porady indywidualne	Szkoła, poradnia, placówka oświatowa, gabinet lekarski	Pedagodzy, psychologzy Wychowawcy Szkolni specjaliści Lekarz pierwszego kontaktu, lekarz specjalista w zakresie psychiatrii	Wstępna diagnoza, ukierunkowanie działań Dobór metod pracy i form wsparcia
Terapia indywidualna	OŚIOPiP, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży Dziennic oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży Oddziały szpitalne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	Psycholog, terapeuta	Indywidualnie dopasowana pomoc
Psychoterapia, w tym terapia uzależnień	Na podstawie dokumentu oświatowego poradnia specjalistyczna lub służba zdrowia OŚIOPiP Ośrodki leczenia uzależnień	Psycholog, certyfikowany psychoterapeuta Terapeuta uzależnień	Indywidualnie dopasowane wsparcie
Terapia rodziny	Na podstawie dokumentu oświatowego poradnia, lub służba zdrowia, lub poradnia specjalistyczna	Psycholog, certyfikowany psychoterapeuta	Indywidualnie dopasowana pomoc do problemów istniejących w rodzinie ucznia
Socjoterapia	Świetlica socjoterapeutyczna, ośrodki terapeutyczne, Szkoła, MOS, MOW	Psycholog, pedagog, certyfikowany psychoterapeuta zajęciowy	Pomoc w funkcjonowaniu w grupie rówieśników
Inne formy Terapia pedagogiczna, terapia logopedyczna Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne Zajęcia rozwijające kompetencje społeczne Zajęcia rozwijające zdolności uczenia się Inne	Szkoła, poradnia, placówka oświatowa	Psycholog, Pedagog Logopeda Terapeuta uzależnień terapeuta zajęciowy	Pomoc w rozwoju poszczególnych umiejętności Nauka zdrowego, kreatywnego stylu życia

Źródło: opracowanie własne

Wśród wymienionych form pomocy osobom, u których zdiagnozowano zaburzenia zachowania i emocji, bardzo ważne miejsce zajmuje **socjoterapia** (Strzemieczny, 1993; Sikorski, 2014; Jagieła, 2007; Paszkiewicz, 2017; Grudzińska, 2017; Grudzińska, 2021; Jankowiak, Soroko, 2021). Jej skuteczność potwierdzają badania, ponieważ odpowiedzią na zaburzenia emocji i zachowania jest

właśnie oddziaływanie terapeutyczne w grupie rówieśników. Najlepsze efekty daje łączenie oddziaływań indywidualnych oraz tych opartych na dynamice grupy. Każda z metod stosowanej pomocy powinna realizować standard metod opartych na dowodach skuteczności (Weisz, Kazdin, 2020). W wielu zaburzeniach zachowania i emocji najbardziej skuteczne jest połączenie:

- **oddziaływania na rodzinę** – terapii rodziny (Jagielska, 2016);
- **terapii indywidualnej ucznia, z akcentem na terapię poznawczo-behawioralną** jako wysoce efektywna w pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zachowania (Ambroziak, Kołakowski, 2016);
- **socjoterapii** (Wolańczyk, Komender, 2005).

W wyjątkowo trudnych przypadkach, kiedy dochodzi do naruszenia prawa, niezbędna okazuje się inna forma interwencji, jaką jest umieszczenie ucznia w ośrodkach specjalistycznych:

- MOS – Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii;
- MOW – Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy, placówka resocjalizacyjna resortu oświaty;
- okręgowy ośrodek wychowawczy.

W przypadku organizacji pomocy przez MOS i MOW niezwykle istotna staje się ścisła współpraca międzyresortowa – zarówno ze służbą zdrowia, jak i resortem sprawiedliwości (Wałęcki, 2016). Uczeń, który jest nieletni, a dokonał czynów zabronionych w rozumieniu polskiego prawa, jest kierowany do MOW, gdy wystąpi przynajmniej umiarkowany stopień demoralizacji. Wcześniej stosuje się stopniowanie pomocy przez odpowiedzialny nadzór rodzicielski, nadzór kuratorski i ośrodki szkolno-wychowawcze, w tym MOS.

Szczegóły regulują osobne przepisy. W obecnej postaci prawnej sposób kierowania do MOW przedstawia Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym (Dz. U. z 2011 r. Nr 296, poz.1755).

Zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich są w nadzorze i organizacji Ministerstwa Sprawiedliwości. W pewnych przypadkach nieletni dokonujący czynów zabronionych podlegają leczeniu na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrii sądowej, będących w zarządzaniu Ministerstwa Zdrowia. W określaniu formy oraz miejsca nauki i wychowania decyduje sąd, kierując się dobrem pacjenta, przy rozpoznaniu kryterialnym przez służbę zdrowia (Wałęcki, 2016). Zachodzi stąd niekiedy konieczność badania dziecka nie w warunkach szkoły czy poradni, ale w OZSS (Opiniodawczy Zespół Specjalistów Sądowych), gdzie zatrudnieni są lekarz, psycholog, pedagog, bądź przeprowadzenia ambulatoryjnego badania psychiatrycznego (zwykle dwóch lekarzy).

W przypadku zaburzeń zachowania i emocji niewymagających ingerencji szpitala lub wymiaru sprawiedliwości wydaje się ważna kwestia nadmiernego,

kompulsywnego poszukiwania pomocy dla swoich dzieci przez niektórych rodziców i opiekunów. Nadmiarowość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalistycznej udzielanej jednemu dziecku w różnych miejscach nie przynosi spodziewanych efektów rozwojowych. Pomoc udzielana w zbyt wydłużonym czasie lub w zbyt dużej liczbie godzin jest przeciwnie skuteczna i jest zwyczajnym marnotrawstwem sił i możliwości wsparcia, z którego mogliby korzystać inni potrzebujący. Wynika z tego następujący standard.

STANDARD 17: Dziecko/uczeń ma prawo do korzystania ze wsparcia w różnych sektorach. Jednocześnie liczba i jakość form tego wsparcia **nie powinna przekraczać ustaleń** indywidualnego planu edukacyjnego lub indywidualnego planu wsparcia ucznia i rodziny, opracowanego na podstawie wyników oceny funkcjonalnej. **Jednostka wydająca ocenę funkcjonalną pilotuje** zarazem miejsce i liczbę godzin udzielanej pomocy, która ma charakter systemowy i bezpłatny.

Komentarz: Dziecko/uczeń i jego rodzina może korzystać z bezpłatnej pomocy w ramach oświaty (poradnie psychologiczno-pedagogiczne poradnie specjalistyczne), służb medycznych (np. ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny) lub społecznych (specjalistyczne poradnie rodzinne prowadzone są przez Ministerstwo Polityki Społecznej), MOS, MOW prowadzone przez Ministerstwo Edukacji i Nauki. Dobór miejsca MOW jest wskazywany z uwagi na decyzję sądu dla nieletnich i decyzję systemu kierowania w ORE.

Synteza diagnozy kryterialnej i innych badań szczegółowych w postaci oceny funkcjonalnej ICF (na podstawie badań środowiskowych, pedagogicznych, psychologicznych oraz medycznych) doprowadza do utworzenia dokumentu scalającego (indywidualny plan wsparcia i indywidualny plan edukacyjny). Dane te są wprost wytycznymi do:

- edukacji (na podstawie mocnych i słabych stron ucznia), wytyczne wprost będące pomocą dla edukacji włączającej (Mitchell, 2014; Model Edukacji dla wszystkich, 2021).

- określenia istniejących trudności i niepełnosprawności, na podstawie których proponuje się projektowanie działań pomocowych, jak: pomoc psychologiczno-pedagogiczna w placówce oświatowej, porady indywidualne, konsultacje z rodzicami i nauczycielami, terapia indywidualna, terapia rodzinna (Wolańczyk, Komender, 2005), socjoterapia (Strzemieczny, 1993; Sikorski, 2014).

STANDARD 18: Dziecko/uczeń ma prawo do korzystania ze wsparcia adekwatnego do nasilenia przejawianych trudności.

Komentarz: W tabeli 24 uporządkowano rekomendowane formy pomocy w zależności od nasilenia trudności w diagnozowanych zaburzeniach zachowania i emocji.

Tabela 24. Poziom zaburzeń a rekomendowane formy wsparcia dzieci i młodzieży ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania i emocji

Poziom nasilenia trudności	Miejsce diagnozy	Specjaliści realizujący	Rekomendowane formy pomocy	System zaangażowany w pomoc
Niewielki	OF w szkole	Specjaliści szkolni i nauczyciele	Wsparcie edukacyjne	Oświatowy
Średni	OF na miejscu w szkole lub w poradni PP, lub poradni specjalistycznej	Szkolni specjaliści	Wsparcie edukacyjne Dobre metody nauczania	Oświatowy
Duży	Poradnia psychologiczno-pedagogiczna poradnia specjalistyczna, Służba zdrowia (w tym OŚIOPiP), sądownictwo Ośrodki/oddziały odwykowe, Szpitale neurologiczne, psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, oddziały neurologiczne, psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	Lekarz, psycholog, pedagog Socjoterapeuci Kurator sądowy Terapeuta uzależnień	Wsparcie edukacyjne Dostosowane metody i formy nauczania Nauczanie indywidualne (na terenie domu) nauczanie w zespole klasowym z częścią zajęć edukacyjnych realizowanych w formie indywidualnej lub w grupie do 5 uczniów na terenie szkoły (indywidualizowana ścieżka kształcenia) Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii (MOS) Leczenie odwykowe Klasy terapeutyczne	Oświatowy Służba zdrowia Sądownictwo (np. nadzór kuratora)
Bardzo duży	Szpital specjalistyczny (psychiatryczny), Dzienny oddział psychiatryczny Poradnia specjalistyczna Służba zdrowia (w tym OŚIOPiP) Sądownictwo Ośrodki/oddziały odwykowe	Lekarz, psycholog, pedagog Socjoterapeuta, wychowawcy Terapeuta uzależnień Terapeuta zajęciowy	Wsparcie edukacyjne Dobre metody nauczania Nauczanie indywidualne (na terenie domu) umożliwiające intensywne leczenie zaburzeń i terapię psychologiczną, rodzinną, lub inne formy terapii Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy (MOW) Zakład poprawczy Leczenie odwykowe	Oświatowy Służba zdrowia Sądownictwo ((postanowienie sądu o zastosowaniu środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW, OOW, zakładzie poprawczym)

Źródło: opracowanie własne

Pomoc udzielana dziecku, uczniowi ma charakter wielosystemowy i **wymaga współpracy osób zatrudnionych w różnych resortach**. Najwięcej czasu uczeń spędza w szkole (ogólnodostępnej, specjalnej, w tym zorganizowanej w podmiocie leczniczym lub funkcjonującej w MOS lub MOW). Jak wspomniano szczegółowe przepisy funkcjonowania szkół różnego typu reguluje ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082, z późn. zm.). Nauczanie każdego dziecka, dbałość o jego rozwój i wychowanie powinno mieć w każdej sytuacji zdrowotnej i społecznej charakter **całościowy i systemowy** (Kołakowski 2016; Kaniowska 2018). W każdej szkole (lub ośrodku) każdy uczeń ma prawo oczekiwać, że otrzyma pomoc **w bieżących sytuacjach edukacyjnych**. Pomoc specjalistyczna odbywa się w placówkach specjalistycznych (poradnie, przychodnie, szpitale, fundacje) przez odpowiednio wykwalifikowane kadry, zaś **pomoc bezpośrednia jest udzielana na miejscu w szkole**. Odpowiednie wsparcie dla ucznia z zaburzeniami zachowania i emocji jest zarazem wsparciem dla innych uczestników procesu edukacji. Wzorcem mogą być rekomendacje opisane przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologów Szkolnych. Przedstawia ono określone zasady postępowania we wspieraniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (National Association of School Psychologists, Supporting Children's Mental Health: Tips for Parents and Educators, 2017). Są to działania kompleksowe, pomyślane jako kroki odpowiedniego reagowania na zróżnicowane sytuacje trudności uczniów. Działania te realizowane są w trzech głównych obszarach:

- rozwój społeczny ucznia,
- wzmacnianie kompetencji społecznych ucznia, oraz
- gotowość placówki i jej pracowników do niesienia pomocy.

Do działań na rzecz **rozwój społeczny ucznia** zalicza się zapewnianie poczucia przynależności (do grupy, do szkoły), budowanie odporności na wyzwania jakie niesie szkolne życie, zapewnienie bezpiecznego środowiska szkolnego (wolnego od mobbingu, przemocy rówieśniczej), dodawanie odwagi do bycia pomocnym dla innych (rozwój postaw prospołecznych). Jako **wzmacnianie kompetencji społecznych** ucznia proponuje się rozwój

kompetencji osobowościowych (komunikowanie się, asertywność), naukę i wzmacnianie pozytywnych zachowań i podejmowania decyzji, także zachęcanie do dbałości o zdrowie fizyczne. Jako czynnik wzmacniający **gotowość placówki i jej pracowników do niesienia pomocy** zaliczyć można: edukowanie personelu szkolnego, pedagogizacja rodziców w dziedzinie rozpoznawania trudności w obszarze zdrowia psychicznego, informowanie o formach pomocy, jakie można udzielić w przypadku wystąpienia takich trudności, zapewnienie dostępu do wsparcia zdrowia psychicznego na terenie szkoły. Jeśli to nie wystarcza, zapewnienie ciągłości usług w zakresie zdrowia psychicznego, czyli wskazanie odpowiednich jednostek systemu ochrony zdrowia, które wspomogą w sposób profesjonalny (farmakoterapia, psychoterapia – Ambroziak 2016; Ambroziak, Kołakowski 2016). Ostateczną formą wsparcia jest stworzenie **zespołu reagowania kryzysowego**, na wypadek pojawienia się trudnej sytuacji.

Udzielane wsparcie nie może być przyporządkowane do dziecka/ucznia na stałe. Musi się zmieniać wraz z jego rozwojem, zmieniającymi się warunkami zdrowotnymi i potrzebami edukacyjnymi. Z powyższego wynika kolejny standard.

STANDARD 19: Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne jest na bieżąco oceniane pod kątem **skuteczności**. Ocena skuteczności udzielanej pomocy odbywa się zawsze, kiedy nastąpi **znacząca zmiana** w funkcjonowaniu dziecka, **nie rzadziej niż raz w semestrze**.

Komentarz: Formy wsparcia, metody terapii systematycznie oceniane pod względem efektywności mają szansę być dobrze dostosowane do potrzeb ucznia. Dopuszczalne jest elastyczne dostosowanie metod i jakości form oraz liczby godzin udzielanej pomocy z uwagi na bieżący stan funkcjonowania, np. zwiększenie wymiaru czasowego określonych zajęć (liczby godzin indywidualnych). Z uwagi na zróżnicowanie form pomocowych wymagana jest ścisła współpraca wszystkich służb zaangażowanych w udzielanie pomocy.

Jednocześnie szczegółowymi kryteriami sprawdzającymi jakość udzielanej pomocy i elementami semestralnej oceny są:

- zapewnienie odpowiednio przygotowanych osób do prowadzenia działań pomocowych i korektywnych (edukacja kadr, doszkąlanie się bieżące);
- szybkość jej udzielenia (do tygodnia od daty otrzymania indywidualnego programu edukacyjnego opracowanego na podstawie oceny funkcjonalnej ICF);
- zmiany jakościowe w zakresie zaburzonych zachowań i emocji poddawanych oddziaływaniom pomocowym (np. zmniejszenie lęku, zaprzestanie działań agresywnych przez ucznia);
- wielosystemowość oddziaływań pomocowych (według zaleceń – edukacja włączająca na terenie szkoły, ale także podjęcie działania na terenie szkoły i placówki specjalistycznej, wsparcie i pomoc udzielana rodzinie);
- wielosystemowość wymaga dobrej, **rzetelnej współpracy różnych re-sortów** i płynnej wymiany informacji, która jest możliwa dzięki platformom informatycznym i współpracy lokalnej sieci wsparcia;
- jakość przepływu informacji między osobami i instytucjami zajmującymi się uczniem w oparciu o systemy informatyczne służby zdrowia, oświaty i służby sądowej (o bieżących prawach i obowiązkach, o bieżącym stanie zdrowia i aktualnych potrzebach ucznia), służb społecznych (domy dziecka, poradnie rodzinne, MOPR);
- obecność wymaganych pomocy do pracy terapeutycznej i wspomagania środowiska rodzinnego (np. materace, sprzęt muzyczny do socjoterapii, materiały plastyczne do arteterapii);
- supervizja, której powinni podlegać wszyscy udzielający pomocy (nauczyciel, terapeuci), koszty supervizji powinien ponosić nie pracownik, tylko jednostka zatrudniająca go (poradnia, szkoła);
- zdolność systemu edukacyjnego do uczenia się i modyfikacji udzielanej pomocy adekwatnie do zmian w zachowaniu się ucznia czy zmian rozwojowych.

W świetle aktualnie obowiązującego prawa [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017 r. poz. 1616)] nauczanie indywidualne jest określone jako forma realizacji obowiązku szkolnego, a nie jako

forma udzielania pomocy. Stwierdzone przez lekarzy zaburzenia i choroby, podjęte leczenie lub uczestnictwo w terapii, które uniemożliwiają uczniowi udział w nauce szkolnej na terenie placówki oświatowej, skłaniają do zaordynowania nauki w trybie nauczania indywidualnego. Nigdy jednak nie jest to forma pomocy. Z tego wynikają ostatnie dwa standardy.

STANDARD 20: Indywidualne nauczanie **nie jest formą wsparcia**, ale sposobem uczenia dzieci/uczniów chorych, mających znaczne trudnienia w nauce w systemie szkolno-klasowym lub taką sytuację zdrowotną, która uniemożliwia naukę w szkole. Jeśli uczeń przebywa w podmiocie leczniczym jest objęty kształceniem w szkole specjalnej **zorganizowanej w tym podmiocie**, a jeśli przebywa w domu i jego stan zdrowia nadal wymaga leczenia – indywidualnym nauczaniem w domu.

STANDARD 21: Nauczanie indywidualne nie powinno być nadużywane, jest **formą realizacji obowiązku szkolnego oraz nauczania dzieci i młodzieży ciężko chorych**, wskazaną formą nauczania w problemach zdrowotnych **o średnim nasileniu jest zindywidualizowana ścieżka kształcenia lub pomoc nauczyciela współpracującego na wybranych godzinach lekcyjnych**, umożliwiająca uczniowi naukę w systemie szkolno-klasowym oraz indywidualizację wymagań przez kilka godzin nauki indywidualnej w szkole, a z czasem powrót do systemu klasowego w szkole ogólnodostępnej.

Komentarz: Zindywidualizowana ścieżka kształcenia umożliwia uczniowi łagodny powrót do nauki w klasie i kontakt z rówieśnikami po okresie intensywnego leczenia i nieobecności spowodowanych hospitalizacją, leczeniem, rekonwalescencją. Istnieje wiele sytuacji, kiedy uczeń po zachorowaniu psychiatrycznym, silnym kryzysie, próbach samobójczych był na całe lata skierowany na nauczanie indywidualne, bez próby powrotu do nauki w systemie szkolno-klasowym. Powstawały trudne sytuacje – zapewnienia opieki i bezpieczeństwa dla ucznia pozostającego w domu (rodzice nie mogą brać na tak wiele dni zwolnienia z pracy),

a także wtórne trudności emocjonalne i społeczne samych uczniów spowodowane izolacją od rówieśników i brakiem rozwoju społecznego odpowiedniego do wieku.

Przywoływany jest także drugi argument. Współczesne wytyczne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego wskazują, że odpowiednią formą leczenia jest

krótka interwencja szpitalna (jeśli hospitalizacja w ogóle jest konieczna) i jak najszybszy, ale za razem łagodny oraz płynny powrót do środowiska, w którym chory żyje, do rodziny, szkoły, środowiska rówieśniczego, ze wsparciem w postaci leczenia ambulatoryjnego i pomocy środowiskowej. Pozwala to pacjentowi szybko włączyć się do życia społecznego i uniknąć stygmatyzacji.

Podsumowując całość standardów w dokonywaniu oceny funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania i emocji, należy podjąć liczne wysiłki dla zachowania rygorów jakości i indywidualizacji. Wskazane są następujące kroki:

- ocena funkcjonalna na terenie przedszkola lub szkoły do której uczęszcza dziecko/uczeń;
- Ocena funkcjonalna przeprowadzana w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w której uczestniczą wszystkie zainteresowane strony, zakończona wynikami oceny funkcjonalnej; w ramach tej oceny dokonywana jest m.in. diagnoza psychologiczna, oparta o standardy badania i standardy doboru stosowanych metod;
- diagnoza kryterialna, wykonana w służbie zdrowia, **z wyraźnymi zaleceniami dotyczącymi wsparcia w procesie kształcenia oraz form leczenia i dróg usprawniania zachowania**, bazujących na mocnych stronach ucznia;
- uruchomienie form wsparcia, stosowne do typu i głębokości zaburzenia;
- ewaluacja okresowa form wsparcia i efektów jego udzielania;
- modyfikacja diagnozy funkcjonalnej i form pomocy stosownie do zmian zachodzących w stanie zdrowia lub zachowaniu dziecka/ucznia. Dotychczas w systemie nie istniało zarówno pilotowanie jakości i ilości udzielanej pomocy, jak i okresowa ocena. Poradnie wydawały dokument (opinie, orzeczenia), ale nie miały wglądu w ich realizację.

Dostrzeżenie tego słabego punktu może radykalnie usprawnić zalecaną pomoc.

Każda działalność pomocowa powinna opierać się na jasnych kryteriach sprawdzanej pomocy. Dbałość o jednoczesne spełnienie wszystkich standardów zapewni odpowiednią jakość działań diagnostycznych, pomocowych i monitorujących jakość udzielanej pomocy. Trudno jednak oczekiwać, że wszystkie te standardy zaczną obowiązywać we wszystkich jednostkach poradni psychologiczno-pedagogicznych z tą samą rzetelnością i jakością. Zdolność systemu do modyfikacji pomocy powinna być gwarancją dopasowania pomocy do zmian zachodzących w funkcjonowaniu ucznia. Mogą one wynikać ze zmiany stanu zdrowia (poprawa, pogorszenie się) lub ze zmian rozwojowych.

Dużą wagę należy przykładąć do **doskonalenia zawodowego kadr i wspierania ich rozwoju oraz zapewnienia odpowiedniej superwizji** aktywności przypisanych do ich zawodu. Jakość udzielanej pomocy idzie bowiem w parze z dbałością o kadry i jakością ich profesjonalizmu. Wydaje się, że dla pracowników poradni dotychczas nieobjętych obowiązkową superwizją rozwiązaniem mogą być np. **grupy Balinta** prowadzone przez certyfikowanych supervisorów. Wskazane jest także wzbogacanie doświadczenia zawodowego przez odpowiednie dzielenie się doświadczeniem w ramach **Wewnętrznego Doskonalenia Nauczycieli**. Taką dobrą praktyką jest wzajemne przekazywanie sobie wiedzy o detalach interpretacji testów, możliwościach prognozowania zmian rozwojowych czy radzeniu sobie z tzw. trudnymi diagnozami.

Pracownicy poradni, którzy już osiągnęli daną wiedzę, mogą szkolić młodszych stażem i doświadczeniem kolegów. Wskazane są tu także szkolenia kadrowe.

Kolejnym punktem uwagi w zachowaniu standardów jest zauważenie tzw. **diagnoz trudności sprzężonych**, czyli sytuacji uczniów, którzy jednocześnie mają trudności wynikające z zaburzeń zachowania i emocji oraz inne, np. zaburzenia genetyczne, zaburzenia sensoryczne, niepełnosprawność intelektualną lub ruchową. W diagnozie i ocenie funkcjonalnej oraz podczas wskazywania formy pomocy powinny być wzięte wszelkie zaburzenia, a nie tylko rozpoznanie podstawowe.

ROZDZIAŁ III.

Propozycja działań związanych z monitorowaniem realizacji standardów postępowania diagnostycznego i planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz ich dalszą aktualizacją w zakresie: uszkodzenia słuchu, dysfunkcji wzroku, specyficznych zaburzeń uczenia się, zaburzeń rozwoju mowy i języka, zaburzeń rozwoju intelektualnego, zaburzeń ze spektrum autyzmu, zaburzeń zachowania i emocji

Opracowanie standardów zarówno w procedurze postępowania diagnostycznego, jak i planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz jego realizacji, samo w sobie nie gwarantuje ich konsekwentnego stosowania przez wszystkich specjalistów zaangażowanych w te działania. Najlepiej byłoby, aby każdy specjalista znał standardy i jednocześnie miał wewnątrz przekonanie, że ich przestrzeganie jest absolutnie konieczne. To jest oczywiście bardzo idealistyczne założenie i oczekiwanie. Będąc tego świadomi, rekomendujemy

organom nadzorującym postępowanie diagnostyczne i planowanie wsparcia edukacyjno-diagnostycznego oraz jego wykonanie, realizowane przez placówki edukacyjne i poradnie psychologiczno-pedagogiczne, wykorzystanie/zastosowanie następujących wskaźników. Zostały one pogrupowane w dwa obszary: wskaźniki dotyczące zespołu realizującego proces oraz wskaźniki dotyczące miejsca realizacji procesu, organizacji pracy zespołu i przebiegu procesu diagnozy/oceny funkcjonalnej.

Specjaliści/zespół

1. Zespół diagnostyczny tworzą: koordynator/koordynatorzy procesu oceny funkcjonalnej i realizacji wsparcia dziecka/ucznia oraz specjaliści najbardziej właściwi dla rodzaju/zakresu dodatkowych potrzeb i wynikających z nich ograniczeń funkcjonalnych dziecka/ucznia, jego rodzice/opiekunowie.
2. Zespół jest przeszkolony w zakresie obowiązujących standardów postępowania diagnostycznego i planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego oraz jego realizacji przez dyrektora placówki lub organ nadzorujący pracę placówek edukacyjnych.
3. Wszyscy członkowie zespołu (oprócz rodziców/opiekunów prawnych i dorosłych uczniów) posiadają kwalifikacje w zakresie danej specjalności oraz ukończone formy doskonalenia z zakresu stosowania standardów organizowane przez akredytowane placówki doskonalenia nauczycieli.
4. Zespół (oprócz rodziców/opiekunów prawnych i dorosłych uczniów) posiada kompetencje w zakresie stosowania specjalistycznych narzędzi (testów) i procedur diagnostycznych oraz metod terapeutycznych, re-
- habilitacyjnych (poświadczone odpowiednimi dyplomami, certyfikatami itp.).
5. Członkowie zespołu umiejętnie scalają informacje i dane pozyskiwane z różnych źródeł (dane medyczne, wywiady, obserwacje, testy, próby eksperymentalne itp.), w przygotowaniu wyników oceny funkcjonalnej posługując się kryteriami diagnostycznymi ICD-11, DSM 5, AAIDD oraz ICF.
6. Członkowie zespołu współpracują aktywnie w realizacji procesu diagnostycznego i planowania wsparcia oraz jego realizacji ze sobą oraz ze środowiskiem, w którym funkcjonuje dziecko (rodzicami/opiekunami, aktualnymi nauczycielami, pracownikami instytucji wsparcia środowiskowego, rynku pracy, podmiotów leczniczych itp.).
7. Zespół podnosi swoje kwalifikacje, stale uaktualnia swoją wiedzę, uczestnicząc w formach doskonalenia dotyczących zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych uczniów (certyfikaty, dyplomy itp.).
8. Członkowie zespołu mają możliwość korzystania z superwizji/konsultacji specjalistów z wyższych poziomów

Miejsce, organizacja pracy zespołu i przebieg procesu diagnozy/oceny funkcjonalnej

1. Każdy uczeń/dziecko z potrzebami edukacyjnymi posiada aktualny Indywidualny plan edukacyjny, opracowany w oparciu o protokół szkolnej oceny funkcjonalnej i/lub profil funkcjonalny.
2. Członkowie zespołu mają dostęp do pełnej dokumentacji dziecka/ucznia zgromadzonej na wcześniejszych etapach realizacji oceny funkcjonalnej i realizacji wsparcia.
3. Miejsce realizacji oceny funkcjonalnej i planowania wsparcia oraz jego realizacji gwarantuje możliwość indywidualizacji działań diagnostycznych i wspierających, zapewnia dostosowania do indywidualnych potrzeb dziecka/ucznia, umożliwia realizację określonych procedur diagnostycznych (obserwacja dziecka/ucznia w spontanicznym funkcjonowaniu) oraz form i metod realizacji wsparcia edukacyjno-specjalistycznego.
4. Organizacja czasu pracy zespołu przeprowadzającego ocenę funkcjonalną umożliwia pracę indywidualną z dzieckiem/ucniem, poznanie/ocenę środowiska funkcjonowania dziecka/ucznia oraz zapewnienie odpowiedni czas przeznaczony na zespołowe opracowanie wyników diagnozy i planowanie wsparcia, jego realizację oraz stały monitoring.
5. Zespół przeprowadzający ocenę funkcjonalną ma do dyspozycji wszystkie narzędzia i procedury aktualnie dostępne na rynku, konieczne do rzetelnej i trafnej diagnozy/oceny psychospołecznego funkcjonowania dzieci/uczniów oraz do specjalistycznych szkoleń w zakresie ich stosowania.
6. Zespół diagnozujący korzysta przede wszystkim z narzędzi (wystandaryzowanych testów) i procedur adekwatnych do wieku oraz poziomu funkcjonalnego dziecka/ucznia, posiadających standaryzację przeprowadzoną w polskiej populacji, jeżeli to możliwe z uwzględnieniem populacji klinicznych.
7. Wszelkie dostosowania oraz adaptacje wykorzystywanych narzędzi i procedur dokonywane są z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy psychometrycznej, psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej.
8. Wszystkie elementy diagnozy/oceny funkcjonalnej oraz zakresu koniecznego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego dziecka/ucznia uzgadniane są podczas pracy zespołu działającego w placówce edukacyjnej do której uczęszcza dziecko lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Lista konsultantów – pracowników publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych

Uszkodzenie słuchu

Dr Małgorzata Zaborniak-Sobczak
Mgr Dorota Nowak-Malek
Mgr Agata Klofczyńska-Bartosz
Mgr Alicja Balicka
Mgr Agnieszka Maksymowicz

Dysfunkcja wzroku

Mgr Justyna Bohdanowicz
Mgr Dorota Michałowska
Mgr Agnieszka Chlanda
Mgr Angelika Głowicka
Mgr Wioleta Kotrys

Specyficzne trudności w uczeniu się

Mgr Iwona Sałacka
Mgr Anna Kurańda-Korczyńska
Mgr Bożena Kulba
Mgr Kamila Woś-Michalska
Mgr Jolanta Krajewska

Zaburzenia mowy i języka

Dr hab. Natalia Siudzińska
Mgr Katarzyna Bieguszevska
Dr Natalia Moćko
Dr Anna Żywot
Mgr Łukasz Kowalczyk

Zaburzenia rozwoju intelektualnego

Mgr Jagoda Leśniak
Mgr Agnieszka Kociubińska
Mgr Agnieszka Kośkiewicz
Mgr Małgorzata Kwiatek
Mgr Katarzyna Marciniak

Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Mgr Marta Jakubowska
Mgr Anna Lenart
Mgr Brygida Kaliszewicz
Mgr Aneta Zadrożna
Mgr Agnieszka Zachodni

Zaburzenia emocji i zachowania

Mgr Joanna Horodecka
Mgr Monika Sęk
Mgr Katarzyna Podolak-Turek
Mgr Edyta Chmiel-Opalińska
Mgr Ewelina Majk-Hycnar

ANEKS

**Rekomendowane narzędzia do oceny
funkcjonowania psychospołecznego dzieci/uczniów
w przebiegu oceny funkcjonalnej
w przypadku występowania następujących trudności:**

**uszkodzenie słuchu, specyficzne zaburzenia uczenia się,
zaburzenia rozwoju mowy i języka, dysfunkcja wzroku,
zaburzenia rozwoju intelektualnego,
zaburzenia ze spektrum autyzmu,
zaburzenia zachowania i emocji**

Uszkodzenie słuchu, specyficzne zaburzenia uczenia się, zaburzenia rozwoju mowy i języka

Tabela A1. Wybrane narzędzia do diagnozy dzieci i uczniów z uszkodzeniem słuchu, specyficznymi zaburzeniami uczenia się oraz zaburzeniami rozwoju mowy i języka

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
TESTY STANDARDYZOWANE					
1.	Bateria Testów Fonologicznych BTF IBE Autorzy: Grażyna Krasowicz-Kupis, Katarzyna Wiejak, Katarzyna M. Bogdanowicz	http://produkty.ibe.edu.pl/	Oceny funkcji językowych istotnych dla czytania i pisania, m.in. – słuch fonemowy, świadomość fonologiczna Zastosowanie: – do oceny sprawności językowych dziecka- fonologicznych – w diagnozie gotowości szkolnej – w pogłębionej diagnozie ryzyka specyficznego zaburzenia uczenia się, zwłaszcza dysleksji rozwojowej – w diagnozie dzieci z zaburzeniami mowy, zwłaszcza artykulacji	Uczniowie rocznego oddziału przygotowania przedszkolnego/- uczniowie klasy I	Psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych, logopedzi
2.	Język i komunikacja – skala obserwacyjna dla nauczycieli Autorzy: Magdalena Kocharńska, Magdalena Łuniewska	http://produkty.ibe.edu.pl/docs/inne/ibe-ee-podrecznik-jezyk-i-komunikacja.pdf	Oceny rozwoju języka i komunikacji. Skala spełnia funkcje: – narzędzia przesiewowego do wykrywania ryzyka zaburzeń językowych i identyfikowania dzieci z trudnościami w sferze języka i komunikacji, – narzędzia prognostycznego, przydatnego w ocenie postępów ucznia w tym zakresie, – narzędzia profilaktycznego, służącego do ogólnej oceny funkcjonowania językowego dziecka – w przypadku dzieci z trudnościami językowymi wyniki pozwalają określić rodzaj i natężenie trudności Zastosowanie: badanie przesiewowe pod kątem umiejętności językowych i komunikacyjnych oraz zaburzeń w tym zakresie, rozpoznanie pod kątem zaburzeń rozwoju mowy i języka	Uczniowie rocznego oddziału przygotowania przedszkolnego, uczniowie klasy I – docelowo I–VI klasa, aktualnie normy dla I klasy	Nauczyciele, psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych, logopedzi szkolni
3.	Bateria Testów Pisania BTP IBE Autorzy: Elżbieta Awramiuk, Grażyna Krasowicz-Kupis, Katarzyna Wiejak, Katarzyna Bogdanowicz	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=2	Oceny czynności pisania (w aspekcie poprawności) z uwzględnieniem: – świadomości grafomotorycznej – budowania prostych wyrazów z ruchomego alfabetu – świadomości fonologicznej i morfologicznej w pisaniu – poprawności zapisywania tekstu ze słuchu Zastosowanie: – do oceny poprawności pisania u dzieci na różnym poziomie rozwoju tych umiejętności – w diagnozie gotowości szkolnej – w pogłębionej diagnozie ryzyka specyficznego zaburzenia uczenia się, zwłaszcza dysleksji rozwojowej czy izolowanych zaburzeń pisania (dysortografii)	Uczniowie rocznego oddziału przygotowania przedszkolnego, uczniowie klasy I	Psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych, logopedzi

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
4.	Test Rozwoju Językowego TRJ Autorzy: Magdalena Smoczyńska, Ewa Haman, Agnieszka Maryniak, Ewa Czaplewska, Grzegorz Krajewski, Natalia Banasik, Magdalena Kochańska, Magdalena Łuniewska	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=8	Oceny poziomu rozwoju językowego dziecka pod względem rozumienia i produkcji mowy w odniesieniu do rówieśników w zakresie: rozumienia, nazywania, powtarzania, kończenia zdań, odpowiadania na pytania (rozumienie słyszanego tekstu). Zastosowanie: – ocena rozwoju języka – do diagnozy zaburzeń językowych, w tym specyficznego zaburzenia językowego (SLI), – w przypadku stwierdzenia rozwoju nietypowego pozwala na sprawdzenie, w jakim stopniu umiejętności językowe dziecka odbiegają od przeciętnych	4;0–8;11 lat	Psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych, logopedzi Psychologowie i logopedzi (po opanowaniu techniki badania opisanej w podręczniku), zalecany udział w szkoleniu
5.	Test Powtarzania Pseudosłów TPP Jakub Szewczyk, Magdalena Smoczyńska, Ewa Haman, Magdalena Łuniewska, Magdalena Kochańska, Joanna Załupska	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=27	Oceny sprawności przetwarzania fonologicznego (dwie części testu: A i B) TPP jest testem uzupełniającym i towarzyszącym TRJ, można go również stosować niezależnie Zastosowanie: – identyfikacja dzieci z SLI i dysleksją lub ryzykiem SLI i dysleksji, – składa się z 27 pozycji testowych rozmieszczonych w dwóch częściach testu (A i B)	4;0–8;11 lat	Psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych
6.	Bateria Testów Czytania IBE Grażyna Krasowicz-Kupis, Katarzyna M. Bogdanowicz, Katarzyna Wiejak,	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=3	Oceny czynności czytania (w aspekcie tempa i poprawności) – rozpoznawanie i nazywanie liter – czytanie głośne tekstu wiązane – czytanie niepowiązanych wyrazów – czytanie prostych pseudowyrazów – czytanie izolowanych pseudowyrazów Zastosowanie: – do oceny tempa i poprawności czytania dzieci na różnym poziomie rozwoju tych umiejętności; pozwala także jakościowo charakteryzować poziom umiejętności oraz obszary trudności – w diagnozie gotowości szkolnej – w pogłębionej diagnozie ryzyka specyficznego zaburzenia uczenia się, zwłaszcza dysleksji rozwojowej	4;0–8;11 lat	Psychologowie i pedagodzy z poradni specjalistycznych

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
7.	Skala Prognoz Edukacyjnych SPE IBE Autorzy: Grażyna Krasowicz-Kupis Katarzyna Bogdanowicz, Katarzyna Wiejak	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=6	– SPE-N – obserwacja dziecka, obejmuje rozwój poznawczy w sferze językowej, percepcyjno-motorycznej oraz uwagę, w klasie I – dodatkowo umiejętność czytania i pisania – SPE-R – wywiad z rodzicami. Dotyczy wczesnego rozwoju dziecka, szczególnie rozwoju mowy Zastosowanie: – narzędzie dla nauczycieli – do oceny sprawności rozwoju mowy i rozwoju psychomotorycznego dziecka na podstawie obserwacji nauczyciela – pozwala wychwycić deficyty rozwojowe – pomocne we wstępnej fazie diagnozy gotowości szkolnej – przesiewowe dla diagnozy ryzyka specyficznego zaburzenia uczenia się, zwłaszcza dysleksji rozwojowej – pomocne dla dzieci podejrzanych o problemy z rozwojem językowym jako wstępny etap diagnozy logopedycznej czy pedagogicznej	Dzieci z rocznego oddziału przygotowania przedszkolnego/ klasy I	Nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej, nauczyciele oddziałów rocznego przygotowania przedszkolnego
8	100-wyrazowy test artykulacyjny WTA Autor: Ewa Krajna, 2008	https://www.libra.pl/produkt/100-wyrazowy-test-artykulacyjny,166544.html	Składa się z 5 części: materiału obrazkowego, podręcznika, kart badania, treningu słuchowego, programu komputerowego. Zawiera transkrypcje zapisu fonetycznego w standardzie sławistycznym oraz IPA (International Phonetic Alphabet – Międzynarodowy Alfabet Fonetyczny). Zastosowanie: ocena artykulacji podczas badania wymowy dzieci	Dla dzieci w wieku przedszkolnym	Logopedzi
9.	Kiddy CAT – test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jaskających się dzieci w wieku przedszkolnym (2007) Autorzy: Martine Vanryckeghem, Gene J. Brutton (2007) (Narzędzie zostało poddane badaniom psychometrycznym i normalizacyjnym przez dr Katarzynę Węsierską wraz z zespołem na próbie 128 polskojęzycznych dzieci w wieku przedszkolnym)	https://harmonia.edu.pl/pl/p/Kiddy-CAT-Test-do-badania-postaw-zwiazanych-z-komunikowaniem-sie-jakajacych-sie-dzieci-w-wieku-przedszkolnym/1079	Do badania postaw związanych z komunikowaniem się jaskających się dzieci w wieku przedszkolnym; to narzędzie diagnostyczne, które pozwala ocenić reakcje dzieci na ich własny sposób wypowiedziania się Test umożliwia różnicowanie postaw związanych z mówieniem: od występujących u dzieci płynnie mówiących do tych, które są bardziej typowe dla przedszkolaków manifestujących objawy jaskania	Wiek przedszkolny	Logopedzi
10.	Całościowe badanie logopedyczne Autor: Danuta Emiluta-Rozya (2013)	Wydawnictwo: Akademia Pedagogiki Specjalnej, https://www.ksiegarniaaps.pl/Wydawnictwo-aps/Calosciowe-badanie-logopedyczne-z-materialem-obrazkowym/2489	Całościowej oceny posługiwania się językiem przez dziecko. To metoda umożliwiająca sformułowanie podstawowej diagnozy w taki sposób, że ułatwia ona określenie priorytetowych założeń programu terapii. Zastosowanie: – diagnoza (pierwszy etap postępowania logopedycznego) – programowanie terapii	Ogólnie: diagnoza wstępna dzieci i młodzieży	Logopedzi

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
11.	Karty Oceny Logopedycznej Dziecka – KOLD Autor: Joanna Gruba	https://www.komlogo.pl/index.php/kategorie/diagnoza/karty-oceny-logopedycznej-dziecka-kold-detail	Oceny rozwoju mowy dziecka w obszarach: – rozumienie mowy – nadawanie mowy – reakcje słuchowe – narządy mowy – artykulacja i sprawność narządów artykulacyjnych (od 2. r.ż.) – umiejętności pragmatyczno-społeczne (od 3. r.ż.) Dodatki: – KOLD-PRE – ocena funkcjonalna dzieci posiadających diagnozy od innych specjalistów, np. dla dzieci z niedosłuchem, niepełnosprawnością intelektualną, afazją – KOLD-W – zebranie informacji o rozwoju dziecka podczas wywiadu przeprowadzonego z rodzicem bądź opiekunem – KOLD-U – służące do badań uzupełniających, które obejmują orientacyjne badanie: motoryki dużej, modelu lateralizacji, grafo-motoryki, percepcji wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej i pamięci wzrokowej	0;1 – 9;11 at	Logopeda, neurologopeda (certyfikat, szkolenie)
12.	Karty Oceny Języka Dziecka Afatycznego – KOJD-AFA narzędzie do oceny jakościowej i planowania terapii. Autor: Elżbieta Drewniak-Wołosz, Anna Paluch	https://www.komlogo.pl/	Oceny systemu językowego z uwzględnieniem deficytów w zakresie komunikacji – ocena wszystkich poziomów języka dziecka: – fonetyczno-fonologicznej (artykulacja, struktura wyrazów) – zasobu leksykalnego – fleksji, – umiejętności budowania zdań oznajmujących i pytających – rozumienia i wykonywania poleceń, – pamięci werbalnej, – aspektu pragmatycznego oraz kompetencji komunikacyjnych dziecka. Dwie wersje: – dla dzieci w wieku przedszkolnym (łatwiejsza wersja testu) – dla dzieci w wieku szkolnym (trudniejsza wersja). Zastosowanie: – jako pogłębienie diagnozy logopedycznej. przeprowadzonej testem standaryzowanym (np.: KOLD, KORP)	Dzieci z rocznego oddziału przygotowania przedszkolnego/klasy I	Logopeda, neurologopeda oraz pedagog i psycholog, pracujący z dziećmi afatycznymi

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
INNE TESTY WYKORZYSTYWANE PRZEZ LOGOPEDÓW W PRAKTYCE					
13.	UF3 – Usuwanie Fonemów dla klasy III Autor: Marcin Szczerbiński i Olga Pelc-Pę- kala	https://www.practest.com.pl/uf3-usuwanie-fonemow-dla-klasy-iii	Do badania świadomości fonologicznej. Składa się z 23 zadań, poprzedzonych 6 zadaniami próbnymi. Zadania polegają na wypowiedzianiu przez dziecko słów podawanych przez badającego z pominięciem wskazanego fonemu. Przeciętnie badanie trwa nieco ponad 3 minuty	Wiek: uczniowie III klasy szkoły podstawowej	Psychologowie, pedagodzy, logopedzi (wymagany dyplom ukończenia psychologicznych albo pedagogicznych studiów magisterskich lub podyplomowych)
14.	UF5 – Usuwanie Fonemów dla klasy V Autor: Marcin Szczerbiński, Olga Pelc-Pę- kala	https://www.practest.com.pl/uf5-usuwanie-fonemow-dla-klasy-v	Do badania świadomości fonologicznej przejawiającej się w umiejętności wydzielenia ze słyszanych sensownych słów określonych elementów. Badany ma wypowiadać podawane mu słowa z pominięciem wskazanego każdorazowo fonemu. Test obejmuje 7 zadań (wyrazów) próbnych oraz 23 właściwe	Uczniowie V klasy szkoły podstawowej	Szczególnie przydatne dla: psychologów, pedagogów, logopedów (wymagany dyplom)
15.	UZ – Uzupełnianie Zdań Autor: Izabela Pietras	https://www.practest.com.pl/uz-uzupelnianie-zdan	Do oceny umiejętności pisania; składa się z 15 zdań z lukami, które należy uzupełnić, wpisując odpowiedni wyraz. Badający czyta dziecku każde zdanie i prosi o wypowiedzenie brakującego słowa. W razie trudności sam podaje to słowo lub koryguje odpowiedź dziecka. Dopiero potem dziecko ma wpisać dany wyraz. Przeciętnie badanie trwa około 3 minuty	Uczniowie III klasy szkoły podstawowej	Psychologowie, pedagodzy, logopedzi (wymagany dyplom)
16.	ZETO – Zetotest Autor: Grażyna Krasowicz-Kupis	https://www.practest.com.pl/category/kategoria-merytoryczna-dla-psychologow/szkola?page=1	Do oceny krótkotrwałej pamięci fonologicznej. Składa się z 40 sztucznych wyrazów o zróżnicowanej złożoności fonetycznej. Podstawowym wskaźnikiem w teście jest liczba poprawnie powtórzonych słów	Wiek: uczniowie III i V klasy szkoły podstawowej (9 i 11 lat)	Psychologowie, pedagodzy, logopedzi (wymagany dyplom)
17.	Afa – skala Jak badać mowę dziecka afa- tycznego? Autorki: Paluch Anna, Drewniak-Wołosz Elżbieta, Mikosza Lucyna, 2015 (wydanie uzupeł- nione)	https://www.impulsoficyna.com.pl/logopedia/102-1740-afa-skala-jak-badac-mowe-dziecka-afa-tycznego-9788378509226.html	Do oceny sprawności językowej i komunikacyjnej dziecka z zaburzonym rozwojem mowy; celem jest ułatwienie logopedom-praktykom diagnozy i planowania terapii dzieci afatycznych	Dla dzieci z NORM i SORM	Logopedzi
18.	Logopedyczny Test Przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym LTP Stanisław Grabias, Zdzisław Marek Kurkow- ski, Tomasz Woźniak (2002)	Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie	Do badania sprawności językowej. Składa się z czterech podtestów: 1) badanie wymowy, 2) badanie sprawności narracyjnej, 3) badanie motoryki narządów mowy, 4) badanie percepcji dźwięków mowy. =	6–15 lat	Logopedzi, pedagodzy, psychologowie
19.	Test do badań przesiewowych mowy dzieci w wieku przedszkolnym Autorzy: Iwona Michalak-Widera Katarzyna Węsierska	https://www.komlogo.pl/index.php/kategorie/diagnoza/test-do-badan-przesiewowych-mowy-dla-dzieci-w-wieku-detail	Wstępna, orientacyjna ocena mowy. Bada: rozumienie, wymowę i sprawność narządów mownych	3–6 lat	Logopeda, jak i inni specjaliści, np. nauczyciele, pedagodzy, psychologowie, lekarze pediatrzy lub pielęgniarki

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
20.	Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży Autr: Iwona Michalak-Widera, 2009	Wydawnictwo: Unikat 2	Kwestionariusz obrazkowy (zawierający naturalny wygląd desygna- tów) wraz z Kartą badania mowy dla dzieci i młodzieży z wadami wy- mowy, zarówno w normie intelektualnej, jak i z obniżoną sprawnością umysłową. Możliwe zastosowanie podczas badania i w czasie terapii logopedycznej (np. do powtarzania wyrazów z ćwiczoną głoską, ukła- dania z nimi zdań, opowiadania zmyślonych historii czy zadawania pytań i wymyślania)	3 r.ż. do wieku młodzieńczego (może być sto- sowany u osób dorosłych)	Logopeda
21.	Kwestionariusz obrazkowy + karty mowy i wymowy. Autor: Antoni Balejko, 2008 (wyd. popr.)		Do badania mowy i prowadzenia terapii. Przydatny do wstępnej diagnozy: – sprawności artykulacyjnej – percepcji słuchowej – słownika czynnego i biernego	Dzieci	Logopedzi, psychologowie i pedagodzy, lekarze
22.	Praktyczna interwencja w jękanu wczesno- dziecięcym z płytą CD Autorzy: Elaine Kelman, Alison Nicholas, 2013	Wydawnictwo: Harmonia, https://www.eduksiegarnia. pl/praktyczna-interwencja-w- -jakaniu-wczesnodzieciecym- -z-plyta-cd	Zastosowanie w terapii jękania. Zawiera test i gotowy program terapeutyczny – dokładny opis Podejścia Interakcyjnego Rodzic- -Dziecko – Palin PCI. Zawiera kwestionariusze i arkusze niezbędne do przeprowadzenia terapii	Edukacja wcze- snoškolna	Logopedzi
23.	Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych. Autorzy: Katarzyna Szłapa, Iwona Tomasik, Sławomir Wrzesiński	Wydawnictwo: Harmonia	Do diagnostyki komunikacji językowej – afazji i dysartrii	Młodzież i dorośli	Logopedzi, neurologopedzi
24.	Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych Autorzy: Katarzyna Szłapa, Iwona Tomasik, Sławomir Wrzesiński	Wydawnictwo: Harmonia	Do diagnozy zaburzeń komunikacji językowej o etiologii mózgowej – afazji i dysartrii	Młodzież i dorośli	Logopedzi, neurologopedzi
25.	Dialogowy Test Artykulacji Autor: Anna Majewska-Tworek, 2000	https://www.researchgate. net/profile/Anna-Ma- jewska-Tworek/publica- tion/333248000_Dialo- gowy_test_artykulacji/ links/5ce4466f458515712e- ba585e/Dialogowy-test-arty- kulacji.pdf	Do oceny błędów wymowy; posiada jedynie orientacyjne normy. Z dzieckiem prowadzona jest rozmowa z wykorzystaniem kart stymu- lacyjnych, która jest nagrywana i przepisywana pismem fonetycznym po to, aby ocenić błędy wymowy	Wiek przedszkolny: 3–6,11	Logopeda

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
26.	Sprawdź, jak mówię Autr: Elżbieta Stecko	https://www.edukacyjna.pl/rozwoj-mowy/23349-sprawdz-jak-mowie-karta-badania-logopedycznego-z-materialami-pomocniczymi.html	Trzy części: – w przypadku noworodków bada się odruchy z obszaru twarzy (od urodzenia) – u dzieci do 3. r.ż. ocenia się funkcje oddechowo-połykowe, budowę i sprawność aparatu artykulacyjnego, a także rozwój mowy i języka (w tym rozumienie, nazywanie, realizację wypowiedzi, artykulację), słuch fonematyczny oraz pamięć i uwagę słuchową – dzieci starsze (od 3 r.ż.) są badane pod kątem sprawności aparatu artykulacyjnego (naśladowanie ruchów), rozumienia i ekspresji mowy, artykulacji, analizy i syntezy słuchowej Zawiera normy do sprawności warg i języka dzieci (narzędzie niewystandardyzowane)	Diagnozy dzieci od noworodków do dzieci powyżej 7. r.ż. (górną granicą wieku nie jest określona)	Logopeda
27.	Kwestionariusz badania mowy Autorzy: Grażyna Billewicz, Brygida Ziolo	https://www.empik.com/kwestionariusz-badania-mowy-billewicz-grazyna-ziolo-brygida,p1123444926,ksiazka-p	Do badania mowy podczas diagnozy logopedycznej Bada realizację głosek we wszystkich pozycjach wyrazowych. Bada wyłącznie artykulację – zawiera obrazki do nazywania. Nie zawiera norm i szczegółowej instrukcji badań	Dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym	Logopeda
28.	Test do badania rozumienia mowy u dzieci i dorosłych (książka z płytą CD) Autorzy: Elżbieta Szela, Aneta Szymaszek (2014)	https://www.taniaksiazka.pl/test-do-badania-rozumienia-mowy-u-dzieci-i-doroslych-aneta-szymaszek-p-431550.html	Do badania rozumienia mowy (percepcja słuchowa), w szczególności do badania rozumienia mowy słyszanej u dzieci, w tym dzieci z zaburzeniami mowy, deficytami uwagi i specyficznymi trudnościami w uczeniu, oraz u dorosłych z zaburzeniami mowy nabytymi wskutek udaru bądź urazu. Test bada różnicowanie dźwięczności w wyrazach typu Tomek – domek wynikające z czasu rozpoczęcia dźwięczności	Dzieci i dorośli	Logopeda
29.	Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci Autorzy: Urszula Mirecka i Katarzyna Gustaw	https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/135-s/1458-skala-dyzartrii-wersja-dla-dzieci	Do określania rodzaju i głębokości dysfunkcji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, a także w ocenie zjawisk występujących na płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej wypowiedzi Skala dyzartrii dla dzieci składa się z 70 zadań należących do 9 sfer: I. Samoocena, II. Zrozumiałość, III. Artykulacja, IV. Rezonans, V. Prozodia, VI. Fonacja, VII. Oddychanie, VIII. Ruchy naprzemienne – określenie diadochokinezy w obrębie aparatu artykulacyjnego; IX. Stan funkcjonalny mięśni aparatu artykulacyjnego.	6–15 lat, dla dzieci, u których podejrzewa się lub stwierdza występowanie dyzartrii	Logopeda, neurologopeda
30.	LogoTest – test do badań przesiewowych (1 cz. w 2018, cz.3 w 2020) Narzędzie multimedialne Anna Grzegory, Bożena Lichocka, Mateusz Szurek, Monika Zielińska-Miętkiewicz	https://www.logotest.pl/	Do badań logopedycznych. 2018 – LogoTest cz. 1 (kwestionariusz do badań przesiewowych mowy dla dzieci 3–6); 2019 – LogoTest cz. 2 (kwestionariusz ruchomości artykulatorów), 2020 – uzupełnienie części dotyczącej badania rozumienia w narzędziu LogoTest cz. 1 o materiały dla dzieci starszych; cz. 3 Interaktywny kwestionariusz wspomagający ocenę słuchu fonemowego i pamięci słuchowej	3–6 lat oraz dzieci starsze (cz. 2 i cz. 3)	Logopeda
31.	AfaTest – Narzędzie multimedialne Katarzyna Urbańska, Izabela Olejniczak-Pachulska, 2020	https://www.logotest.pl/	Do diagnozy osób z zaburzeniami komunikacji językowej, a więc niezdolnych do samodzielnego udzielenia odpowiedzi werbalnej. Do wszystkich pytań przygotowano polecenia w formie pisemnej z możliwością odtworzenia nagrania	Dzieci	Logopedzi, nauczyciele i rodzice, pracownicy służby zdrowia

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do ...	Normy/wiek	Kto wykonuje/ Uwagi
32	Język i komunikacja – skala obserwacyjna dla nauczycieli Autorka: Magdalena Kocharńska Autorki podręcznika: Magdalena Kocharńska, Magdalena Łuniewska	http://produkty.ibe.edu.pl/	Do badań przesiewowych pod kątem umiejętności językowych i komunikacyjnych oraz zaburzeń w tym zakresie. Narzędzie spełnia trzy funkcje: – narzędzia przesiewowego, do wykrywania ryzyka zaburzeń językowych i identyfikowania dzieci z trudnościami w sferze języka i komunikacji – narzędzia prognostycznego, przydatnego w ocenie postępów ucznia w tym zakresie – narzędzia profilaktycznego, służącego do ogólnej oceny funkcjonowania językowego dziecka – w przypadku dzieci z trudnościami językowymi uzyskane w skali JK wyniki pozwalają określić rodzaj i natężenie trudności	Docelowo I–VI klasa, aktualnie normy dla I klasy	Nauczyciele, ewentualnie psychologowie, pedagodzy, logopedzi szkolni
33	Karta Oceny Zachowań Komunikacyjnych Dziecka z Uszkodzonym Słuchem Autorki: Kazimiera Krakowiak, Maria Panasiuk (1992)	https://www.ore.edu.pl/	Do diagnostyki zachowań komunikacyjnych w obszarach: – dążenie do kontaktów i współdziałania z innymi ludźmi, – porozumiewanie się foniczne (gotowość do komunikowania się słownego, poznawanie słów, umiejętność posługiwania się słowami, cechy komunikowania się słownego), – porozumiewanie się gestowo-mimiczne (gotowość do komunikowania się gestowo-mimicznego, poznawanie znaków gestowo-mimicznych, umiejętność posługiwania się znakami gestowo-mimicznymi, cechy komunikowania się gestowo-mimicznego), – znajomość języka, – znajomość pisma.	Dzieci z uszkodzeniami słuchu, w wieku od 0 do 7. roku życia, których rozwój mowy jest porównywalny z rozwojem mowy dzieci słyszących	Logopedzi, psychologowie, pedagodzy i nauczyciele pracujący z dziećmi z uszkodzonym słuchem

Dysfunkcja wzroku

Tabela A2. Wybrane narzędzia do diagnozy dzieci i uczniów z dysfunkcją wzroku

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...(obszar oceny)	Wiek/normy polskie	Kto wykonuje/Uwagi
ROZWÓJ POZNAWCZY					
1	Inwentarz umiejętności i sprawności Oregońskiego Programu Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących. Autorzy: Donnise Brown, Vickie Simmons, Judy Methvin, 1995.	Polski Związek Niewidomych www.pzn.org.pl	Funkcje poznawcze, język, samodzielność, socjalizacja, mała motoryka i duża motoryka.	0–6 lat (bez norm)	Tyflopedagog, pedagog specjalny
2	Skala Callier-Azusa Autorzy: Robert Stillman, Christy Battle (wersja G: Callier Center for Communication Disorders, Dallas Texas, 1978 oraz wersja H: wyd. polskie Polski Związek Niewidomych, 1995, tłum. M. Orkan-Łęcka)	Polski Związek Niewidomych www.pzn.org.pl	Rozwój umiejętności posługiwania się gestem, symbolem konkretnym i abstrakcyjnym, Komunikacja receptywna, Rozwój komunikacji ekspresywnej oraz Współdziałanie u dzieci głuchoniewidomych oraz dzieci z poważną, złożoną niepełnosprawnością.	0–2 lata (bez norm)	pedagog specjalny: tyflopedagog, surdopedagog, logopeda
3	Skala Leonhardt : skala rozwoju niewidomych dzieci w wieku 0–2 lat Autor: Merce Leonhardt ; tł. z jęz. hisz. Katarzyna Rajczyk-Bauć.	Wydawca: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 1997.	6 obszarów rozwojowych: Postawa-motoryka, zmysł słuchu, komunikacja, zmysł dotyku: rozpoznawanie i zręczność ruchów, rozwój poznawczy, nawyki.	0–2 lata (bez norm)	Psycholog, tyflopedagog
4	Skala Rozwojowa Programu INSITE. Ocena umiejętności rozwojowych małych dzieci z niepełnosprawnością sensoryczną i dodatkowymi uszkodzeniami w wieku od 0 do 6 lat. Autorzy: Elizabeth C. Morgan, Susan Watkins, SKI*HI Institute 1989.	Wydanie polskie: Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi Łaski 2004.	Kamienie milowe w rozwoju dziecka w sferach: duża motoryka, mała motoryka, samoobsługa, poznanie, rozwój społeczno-emojonalny, komunikacja, wzrok, słuch, dotyk.	0–6 lat (bez norm)	pedagog specjalny: tyflopedagog, surdopedagog; psycholog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...(obszar oceny)	Wiek/normy polskie	Kto wykonuje/Uwagi
5	Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych – bateria testów komputerowych KAPP_A dla dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku oraz dzieci i młodzieży z dysfunkcją słuchu Autorzy: Beata Papuda-Dolińska, Anna Błaszczak, Magdalena Kochańska, Tomasz Knopik, Grażyna Krasowicz-Kupis, Magdalena Łuniewska- Etenkowska, Magdalena Smoczyńska, Katarzyna Wiejak, Piotr Zieliński, Magdalena Kaczmarek, Grzegorz Sędek	Wydawca: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2022	Funkcje poznawcze: funkcje wykonawcze, percepcja, mowa, pismo – czytanie i pisanie	7;0 – 24;11 (słabowidzący) 14;0–24;11,30 (niewidzący)	– psycholog
6	Skala monitorowania postępu w zakresie rozwoju poznawczego – dzieci niewidzących, Beata Papuda-Dolińska (2022)	Wydawca: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2022	Funkcje poznawcze: funkcje wykonawcze, percepcja, mowa, pismo – czytanie i pisanie	3;0 – 6;11;30 (wersja dla nauczyciela i rodzica) 7;0 – 11;11,30 (wersja dla nauczyciela i rodzica) (bez norm)	Nauczyciel, rodzic
FUNKCJONALNA OCENA POSUGIWANIA SIĘ WZROKIEM I ORIENTACJA PRZESTRZENNA					
7	Program rehabilitacji w zakresie orientacji i poruszania się niewidomych i słabowidzących dzieci z dodatkowo ograniczoną sprawnością, Autorzy: R. K. Harley'a, T. Wodd'a, J. Merbler	Polski Związek Niewidomych www.pzn.org.pl	Sprawności związane z motoryką, sprawności w zakresie poznawania zmysłowego, sprawności w zakresie posługiwania się pojęciami, sprawności związane z poruszaniem się.	Wiek przedszkolny i szkolny	Instruktor orientacji przestrzennej
8	Program rozwijania umiejętności posługiwania się wzrokiem. Cz. 1, Procedura diagnostyczno-oceniająca (DAP), Autorzy: Natalie C. Barraga; June E Morris; Diane Anderson.	Wydawca: Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, 1997.	Umiejętności wzrokowe, jak np. świadomość bodźców wzrokowych, kontrolowanie ruchów gałek ocznych, badanie obiektów ich rozróżnianie oraz posługiwanie się nimi oraz percepcją. jak np. rozróżnianie i identyfikowanie obrazków przedstawiających przedmioty, ludzi i akcje, rozróżnianie, identyfikowanie oraz – odtwarzanie abstrakcyjnych figur i – symboli	3+	Tyflopedagog, rehabilitant wzroku
9	Arkusze „Funkcjonalna ocena widzenia dziecka z mózgowym uszkodzeniem widzenia” Małgorzata Walkiewicz – Krutak (2017)	M. Walkiewicz – Krutak, Mózgowe uszkodzenie widzenia u małych dzieci. Studium teoretyczno – empiryczne, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, APS, 2018.	Recepcja bodźców wzrokowych, funkcje okoruchowe i aktywności wzrokowo-motoryczne, umiejętności wzrokowo-percepcyjne, reakcje i zachowania charakterystyczne dla dzieci z CVI	1–6 lat	Tyflopedagog, rehabilitant wzroku
10	Testy LEA®, Lea Hyvärinen	http://www.lea-test.fi/leaweb/	Widzenie funkcjonalne: m. in. ostrość wzroku, wrażliwość na kontrast, adaptacja wzrokowa do zmian w oświetleniu, fiksacja	3+	Rehabilitant wzroku, okulista, ortoptysta

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...(obszar oceny)	Wiek/normy polskie	Kto wykonuje/Uwagi
CZYTANIE PISMA BRAILLE'A					
11	Kwestionariusz oceny umiejętności związanych z czytaniem pisma Braille'a Autorzy: Randall Harley, Freda Henderson i Mila B. Truan (1979). Polska adaptacja: Małgorzata Paplińska, Joanna Witczak – Nowotna(2003)	„Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 3, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2003.	Ocenie podlega 20 umiejętności związanych z czytaniem brajla: sposób pracy rąk, orientacja w tekście, technika czytania, rozróżnianie i identyfikowanie znaków brajlowskich, najczęstsze błędy.	– każda osoba, która rozpoczęła naukę czytania brajla bez względu na wiek	tyflopedagog

Zaburzenia rozwoju intelektualnego

Tabela A3. Wybrane narzędzia do diagnozy dzieci i uczniów z zaburzeniami rozwoju intelektualnego

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/wiek	Kto wykonuje/Uwagi
ZACHOWANIA ADAPTACYJNE					
1	ABAS-3 System Oceny Zachowań Adaptacyjnych, wyd. 3. Autorzy: Patti L. Harrison, Thomas Oakland; polska adaptacja: Wojciech Otrębski, Ewa Domagała-Zyśk, Katarzyna Rutkowska, Agnieszka Sudoł, Grzegorz Wiącek	Pracownia Testów Psychologicznych www.practest.com.pl	Do kompleksowej oceny zachowań adaptacyjnych niezbędnych do efektywnego i niezależnego funkcjonowania w społeczności u dzieci, młodzieży i dorosłych	Normy dla populacji ogólnej w podziale na kilkanaście grup wieku (0–20 lat), opracowane łącznie na podstawie 1672 kwestionariuszy, z uwzględnieniem grup specjalnych/klinicznych	Psycholodzy, Pedagodzy, pedagogzy specjalni, terapeuci zajęciowi – po odbyciu szkolenia
INTELIGENCJA					
2	WISC®-V Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci, wyd. 5 Autor: David Wechsler Polska adaptacja: Joanna Stańczak, Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska, Iwona Bac	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania intelektu u dzieci i młodzieży w wieku 6;0–16;11 lat	Normy na podstawie wyników uzyskanych w badaniu próby 2194 dzieci w wieku 6;0–16;11 lat. Normy do testów i ocen procesu rozwiązywania zadań opracowano dla przedziałów wieku obejmujących 4 miesiące	Psycholodzy
3	CFT 1-R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella, wersja 1 zrewidowana przez Rudolfa H. Weißa i Jürgena Osterlanda	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania intelektu u dzieci w wieku 4–9 lat	Normy dla 10 grup wieku, opracowane na podstawie wyników badania próby obejmującej łącznie 1402 dzieci	Psycholodzy
4	CFT 20-R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella, wersja 2 zrewidowana przez Rudolfa H. Weißa we współpracy z Bernhardem Weißem	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania intelektu (inteligencja płynna) u dzieci, młodzieży i dorosłych	Dla uczniów w wieku 8–19 lat oraz dorosłych w wieku 20–59 lat	Psycholodzy
5	TMK – Test Matryc Ravena w wersji kolorowej Autor: J. C. Raven	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny możliwości intelektualnych dzieci	Dla dzieci w wieku -10 lat (standaryzacja 1991; próba ogólnopolska). Weryfikacja aktualności tych norm sugeruje, że mogą one być nieco zaniżone	Psycholodzy
6	Skala Inteligencji Stanford-Binet 5 Autor: Gale H. Roid Polska adaptacja: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M. Radtke, Małgorzata Lipowska	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, https://pracowniatestow.pl/	Do oceny inteligencji i zdolności poznawczych	2,0–69,11 lat	Psycholodzy

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/wiek	Kto wykonuje/Uwagi
7	IDS Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5–10 lat Autorzy: Alexander Grob, Christine S. Meyer, Priska Hagmann-von Arx Polska adaptacja i podręcznik: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Diana Fecenec	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny poziomu inteligencji, do określenia mocnych i słabych stron dziecka, do określenia poziomu dojrzałości szkolnej dziecka; przeznaczony dla dzieci (4–10 lat) i osób o obniżonych zdolnościach intelektualnych	Dzieci w wieku 5;0–10;11	Psycholodzy
8	IDS-P Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiek przedszkolnym Autorzy: Alexander Grob, Giselle Reimann, Janine Gut, Marie-Claire Fricknecht Polska adaptacja: Diana Fecenec, Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny poziomu inteligencji, do określenia mocnych i słabych stron dziecka dzieci w wieku 3–5 lat	Znormalizowane zostały wyniki w testach (w skali 1–19 z $M=10$ i $SD=3$), sferach i w skalach inteligencji (IQ z $M=100$ i $SD=15$). Dzieci w wieku 2;11(31) - 5;11(31): w pierwszej połowie 3. r.ż. – normy w przedziałach kwartalnych, od drugiej połowy 3. r.ż. – normy w przedziałach półrocznych	Psycholodzy
9	IDS-2 Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci i Młodzieży Autorzy: Alexander Grob, Priska Hagmann-von Arx Polska adaptacja: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Diana Fecenec	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania dzieci i młodzieży wieku 5–20 lat; do diagnozowania osób niepełnosprawnych intelektualnie, w tym różnicowanie normy i niepełnosprawności, określanie stopnia niepełnosprawności (lekkie vs umiarkowane) oraz ocena mocnych i słabych stron w zakresie zdolności i kompetencji; diagnozowanie osób z trudnościami szkolnymi mające na celu określenie przyczyn tych trudności oraz projektowanie oddziaływań terapeutycznych; identyfikowanie dzieci podejrzanych o różne zaburzenia (dysleksja, ADHD, autyzm)	Opracowano dla 36 grup wieku. Dla dzieci w wieku 5–9 lat opracowano normy kwartalne, dla dzieci w wieku 10–14 lat – normy półroczne, dla osób w wieku 15–20 lat – normy roczne	Psycholodzy
10	IDS-2-N Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci i Młodzieży Niewidomych i Słabowidzących w Wysokim Stopniu Autorzy: Vera Heyl, Ursula Hofer, Markus Lang, Sylwia Stalmierska, Alexander Grob, Priska Hagmann	Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.practest.com.pl	Zdolności poznawcze oraz kompetencje (umiejętności psychomotoryczne, kompetencje społeczno-emojonalne, matematyka, język, motywacja osiągnięć)	5;0–20;11 (w trakcie normalizacji)	Psycholog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/wiek	Kto wykonuje/Uwagi
11	DMI-2 – Diagnoza Możliwości Intelektualnych – 2 (DMI-2M, DMI-2S) Autor: Anna Matczak	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania dzieci w wieku 6–10 lat (DMI-2M) i 9–13 lat (DMI-2S); DMI-2 można stosować zamiast lub w uzupełnieniu testu inteligencji dla oceny ogólnego poziomu umysłowego dziecka, a także w celu diagnozy poziomu rozwoju operacji konkretnych jako istotnej przesłanki przy prognozowaniu osiągnięć szkolnych lub wykrywaniu przyczyn trudności w nauce	Opracowano normy stenowe na reprezentatywnych próbach ogólnopolskich, osobne dla badań indywidualnych i grupowych: DMI-2M – dla poziomów wieku 8, 9 i 10 lat (badania grupowe) oraz 6, 7, 8, 9 i 10 lat (badania indywidualne); DMI-2S – dla poziomów wieku 9, 10, 11, i 13 lat (badania grupowe) oraz 11 i 13 lat (badania indywidualne)	Psycholodzy, pedagodzy – po odbyciu szkolenia
12	Leiter-3 Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera, wyd. 3 Autorzy: Gale H. Roid, Lucy J. Miller, Mark Pomplun, Chris Koch Polska adaptacja: Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska, Katarzyna Martowska	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny inteligencji, uwagi i pamięci; Skala szczególnie użyteczna do badania osób, z którymi kontakt werbalny jest utrudniony lub niemożliwy, nie wymaga bowiem ani rozumienia, ani używania mowy, co umożliwia diagnozę osób niemówiących oraz osób ze spektrum autyzmu	Dla osób z populacji ogólnej w wieku 3–20 lat oraz dla dzieci niesłyszących w wieku 3–16 lat	Psycholodzy
13	Niewerbalny Test Inteligencji TONI-4 Autorzy: Linda Brown, Rita J. Sherbenou, Susan K. Johnsen Polska adaptacja: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M. Radtke	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, https://pracowniatestow.pl/	Do badania inteligencji w populacji ogólnej oraz osób z problemami natury komunikacyjnej (m.in. osoby z zaburzonym lub opóźnionym rozwojem mowy, osoby z mutyzmem, imigranci nieposługujący się sprawnie językiem polskim, osoby z całościowymi zaburzeniami rozwoju), słuchowej (osoby niesłyszące) i ruchowej (m.in. porażenie mózgowe, niedowłady kończyn górnych, ograniczenia ruchowe wynikające z różnego typu chorób i zaburzeń) lub u osób niepolskojęzycznych	5;0–69;11	Psycholodzy
14	Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych – bateria testów komputerowych KAPP_A Autorzy: Izabela Krejtz, Sylwia Bedyńska, Anna Błaszczak, Dorota Campfield, Radosław Kaczan, Magdalena Kaczmarek, Magdalena Kochańska, Tomasz Knopik, Grażyna Krasowicz-Kupis, Magdalena Łuniewska-Etenkowska, Anna Orylska, Beata Papuda-Dolińska, Piotr Rycielski, Klara Rydzewska, Grzegorz Sędek, Magdalena Smoczyńska, Katarzyna Wiejak, Piotr Zieliński.	IBE	Do badania procesów poznawczych w obszarach: funkcje wykonawcze, percepcja, mowa, pismo-czytanie i pisanie Przeznaczona do badania dzieci i młodzieży z populacji ogólnej (grupa ogólna) oraz grup SPE: osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim; osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu; osoby z dysfunkcją wzroku: słabowidzący, niewidzący; osoby z dysfunkcją słuchu: funkcjonalnie słyszący, niesłyszący; osoby z zaburzeniem komunikacji językowej; osoby z ponadprzeciętnym potencjałem poznawczym; osoby z doświadczeniem migracji; osoby z ADHD; osoby z dysleksją	5;0–24;11	Psychologowie, pedagodzy oraz rodzice (wybrane skale)

Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Tabela A4. Wybrane narzędzia do pomiaru nasilenia charakterystyk autystycznych, poziomu rozwoju i innych aspektów funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
CHARAKTERYSTYKI AUTYSTYCZNE, NASILENIE SYMPTOMÓW					
1	ADOS-2 Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu Autorzy: Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore, Susan Risi, Katherine Gotham, Somer L. Bishop, Rhiannon J. Luyster, Whitney Guthrie	Wydawnictwo Hogrefe; Pracownia Testów Psychologicznych PTP	Protokół częściowo ustrukturalizowanej obserwacji zachowania pod kątem autyzmu, przydatny zarówno w diagnozie klinicznej, jak i do monitorowania zmian w rozwoju osoby ze spektrum autyzmu oraz planowania działań terapeutycznych i edukacyjnych. Wynik badania może zostać odniesiony do tzw. wyniku porównawczego, co pozwala na określenie nasilenia trudności na tle innych osób ze spektrum autyzmu w tym samym wieku	Dzieci (od 12 m.ż.), młodzież i dorośli	Polska wersja ADOS-2 (opracowanie norm: Izabela Chojnicka i Ewa Pisula, 2017), charakteryzuje się bardzo wysoką rzetelnością i trafnością Posługiwanie się narzędziem wymaga ukończenia szkolenia
2	ADI-R Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana Autorzy: Michael Rutter, Ann LeCouteur, Catherine Lord	Pracownia Testów Psychologicznych PTP	Wystandaryzowany, częściowo ustrukturyzowany protokół wywiadu pod kątem autyzmu. Przeprowadzany z rodzicem/opiekunem	Dzieci (od 24. m.ż.), młodzież, dorośli	Polska wersja tego narzędzia została zwalidowana i jest dostępna od 2021 r. (rozdział w podręczniku testu dot. polskiej walidacji: Izabela Chojnicka i Ewa Pisula, 2021)
3	ASRS Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu Autorzy: Sam Goldstein i Jack A. Naglieri	Pracownia Testów Psychologicznych PTP	Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu. Umożliwia pomiar zachowań związanych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu; może być wykorzystywany w diagnozie, planowaniu interwencji oraz pomiarze efektów oddziaływań	Dwie wersje: dla dzieci w wieku 2–5;11 lat i 6;0–18;11 lat	Polska wersja narzędzia ma bardzo dobre parametry psychometryczne (Emilia Wrocławska-Warchał i Radosław Wujcik, 2016)
PROFIL FUNKCJONOWANIA					
4	PEP-3-PL (Psychoeducational Profile, 3rd Ed.); Schopler, Lansing, Reichler i Marcus (2005)	EduProf	Służy do oceny funkcjonalnej, tj. określenia poziomu rozwoju zdolności i umiejętności dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w różnych obszarach funkcjonowania (np. mowy, myślenia, motoryki, naśladowania, emocji, wzajemności społecznej). Umożliwia także pomiar nasilenia zachowań nieadaptacyjnych. Jest przydatny w procesie oceny funkcjonalnej, przy opracowywaniu indywidualnych planów edukacyjnych i terapeutycznych, programów nauczania i wspierania rozwoju oraz mierzenia postępów. Oprócz skali obserwacyjno-wykonaniowej zawiera część wypełnianą przez rodzica, w której ocenia on m.in. nasilenie problemów w zachowaniu dziecka i poziom jego umiejętności samoobsługowych	6–84 miesiące; zwłaszcza 24.–72. mies. (a także dzieci starszych o rozwoju znacznie opóźnionym w stosunku do rozwoju normatywnego)	Dostępna polska, zwalidowana wersja językowa o dobrych właściwościach psychometrycznych (Pisula, 2017). Zalecane szkolenie

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
ZACHOWANIE ADAPTACYJNE					
5	ABAS-3 System Oceny Zachowań Adaptacyjnych, wyd. 3. Autorzy: Patti L. Harrison, Thomas Oakland	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Zestaw kwestionariuszy dla rodzica (opiekuna) i nauczyciela do kompleksowej oceny zachowań adaptacyjnych niezbędnych do efektywnego i niezależnego funkcjonowania w społeczności. Normy dla populacji ogólnej w podziale na kilkanaście grup wiekowych (0–20 lat), z uwzględnieniem grup klinicznych	Dzieci (od urodzenia), młodzież i dorośli	Polska adaptacja wraz z normami: Wojciech Otrębski, Ewa Domagała-Zyśk, Katarzyna Rutkowska, Agnieszka Sudoł, Grzegorz Wiącek (2019). Zalecane szkolenie dla niepsychologów
TRUDNOŚCI EMOCJONALNO-SPOŁECZNE, SYMPTOMY ADHD, ZDROWIE PSYCHICZNE					
6	CBCL (Child Behavior Checklist); Achenbach i Rescorla (2001)	ASEBA	Kwestionariusz do oceny problemów emocjonalnych, społecznych i behawioralnych. W zależności od wersji skala wypełniana przez rodzica/opiekuna albo nauczyciela; jest także wersja samoopisowa dla młodzieży w wieku 11–18 lat (YSR)	6–18 lat	Polska adaptacja CBCL/6–18 lat oraz YSR została przeprowadzona przez Tomasza Wolańczyka (2003)
7	CONNERS 3 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących (Conners) Autor: C. Keith Conners	Pracownia Testów Psychologicznych PTP	Conners 3® to kwestionariusze do diagnozy ADHD oraz zaburzeń współwystępujących: zaburzeń zachowania i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. Umożliwia opracowanie profilu funkcjonowania dziecka Bateria obejmuje: pełną i skróconą wersję dla nauczyciela oraz dla rodzica, a także pełną i skróconą wersję do samoopisu dla osób w wieku 8–18 lat. Kwestionariusze zawierają przydatne do opisu funkcjonowania dziecka skale treściowe	6–18 lat	Polska adaptacja: Radosław Wujcik, Emilia Wrocławska-Warchała. Normy populacyjne, oddzielnie dla dziewcząt i chłopców
8	CDI 2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży Autor: Maria Kovacs	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, https://pracowniatestow.pl/	Zestaw kwestionariuszy do pomiaru symptomów depresji u dzieci. Zestaw zawiera pełną i skróconą wersję kwestionariusza samopisu, wersję dla rodziców (opiekunów) i wersję dla nauczycieli. Kwestionariusze zawierają skale do pomiaru problemów emocjonalnych i problemów w codziennym funkcjonowaniu, a ponadto wersja samoopisowa umożliwia pomiar negatywnego nastroju, objawów somatycznych, niskiej samooceny, brak efektywności w działaniu i problemy interpersonalne. Normy populacyjne dla grup wiekowych	7–12 i 13–18 lat	Polska adaptacja i podręcznik: Emilia Wrocławska-Warchała i Radosław Wujcik

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
FUNKCJONOWANIE INTELEKTUALNE					
9	Skala Inteligencji Stanford-Binet 5 Autor: Gale H. Roid	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, https://pracowniatestow.pl/	Rozumowanie płynne, wiedza, rozumowanie ilościowe, przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne, pamięć robocza – skale werbalne	2–69 lat	Polska adaptacja: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M. Radtke, Małgorzata Lipowska
10	IDS-P Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiekach Przedszkolnym Autorzy: Alexander Grob, Giselle Reimann, Janine Gut, Marie-Claire Fricknecht	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny poziomu inteligencji, do określenia mocnych i słabych stron dziecka	3–5 lat	Polska adaptacja z normami: Diana Fecenec, Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak
11	IDS-2 Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci i Młodzieży Autorzy: Alexander Grob, Priska Hagmann-von Arx	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do diagnozowania osób niepełnosprawnych intelektualnie, w tym różnicowanie normy i niepełnosprawności, określanie stopnia niepełnosprawności (lekkie vs umiarkowane) oraz ocena mocnych i słabych stron w zakresie zdolności i kompetencji. Umożliwia określenie przyczyn trudności szkolnych oraz planowanie oddziaływań terapeutycznych, a także identyfikowanie dzieci diagnozowanych pod kątem różnych zaburzeń (dysleksja, ADHD, autyzm)	5–20 lat	Polska adaptacja z normami: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Diana Fecenec
12	IDS Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5–10 lat Autorzy: Alexander Grob, Christine S. Meyer, Priska Hagmann-von Arx	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Skale umożliwiają kompleksową ocenę zdolności i kompetencji dzieci w wieku 5–10 lat (w tym zdolności poznawczych oraz umiejętności psychomotorycznych, kompetencji społeczno-emocjonalnych, umiejętności w zakresie matematyki, języka i motywacji osiągnięć)	5–10 lat	Polska adaptacja z normami: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Diana Fecenec
13	Leiter-3 Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitiera, wyd. 3 Autorzy: Gale H. Roid, Lucy J. Miller, Mark Pomplun, Chris Koch	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do oceny inteligencji, uwagi i pamięci; skala szczególnie użyteczna do badania osób, z którymi kontakt werbalny jest utrudniony lub niemożliwy, nie wymaga bowiem ani rozumienia, ani używania mowy	3–20 lat	Polska adaptacja wraz z normami: Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska, Katarzyna Martowska
14	WISC®-V Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci, wyd. 5 Autor: David Wechsler	Pracownia Testów Psychologicznych, www.practest.com.pl	Do badania intelektu u dzieci i młodzieży	6–16 lat	Polska adaptacja wraz z normami: Joanna Stańczak, Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska, Iwona Bac

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
ROZWÓJ JĘZYKOWY					
15	Test Rozwoju Językowego TRJ Autorzy: Magdalena Smoczyńska, Ewa Haman, Agnieszka Maryniak, Ewa Czaplewska, Grzegorz Krajewski, Natalia Banasik, Magdalena Kochańska, Magdalena Łuniewska	http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=8	Do oceny poziomu rozwoju językowego dziecka pod względem rozumienia i produkcji mowy w odniesieniu do rówieśników, a także do diagnozy zaburzeń językowych	4–8 lat	–
16	RHLB-PL – Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu (Bryan, 2007)	Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.practest.com.pl	Do diagnozy deficytów neuropsychologicznych, w tym przede wszystkim językowych i komunikacyjnych	Młodzież	Polska adaptacja: Emilia Łojek. Normy dla próby z populacji ogólnej
TRUDNOŚCI SENSORYCZNE					
17	Profil Sensoryczny Dziecka PSD Autor: Marta Wiśniewska	Pracownia Testów PiP, Gdańsk	Kwestionariusz do oceny funkcjonalnej w zakresie przetwarzania sensorycznego, określania potrzeb sensorycznych dzieci z zaburzeniami w rozwoju i planowania interwencji	3–10 lat	Narzędzie zawiera polskie normy

Zaburzenia zachowania i emocji

Tabela A5. Wybrane narzędzia do diagnozy dzieci i uczniów z zaburzeniami zachowania i emocji

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
ROZWÓJ EMOCJONALNO-SPOŁECZNY					
1	TROS-KA-1, wersja dostosowana dla uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi (w tym słabowidzącymi i niewidzącymi) Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I. (2023 w – druku). BATERIA TROS-KA-1 – skale do badania kompetencji – emocjonalno-społecznych uczniów w środkowym wieku szkolnym. W: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K. Bieńkowska (2023 w – druku). Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z – dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA-1. ORE.	Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2022	Radzenie sobie z trudnościami, relacje społeczne, obraz siebie, sprawczość, kontrola afektu	9–11 lat i 12–13 lat (tylko normy ogólne)	Psycholog, pedagog, nauczyciel, rodzic
2	LMI Inwentarz Motywacji Osiągnięć Autorzy: Heinz Schuler, George C. Thornton, Andreas Frintrup, Michael Prochaski	Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.practest.com.pl	Kwestionariusz mierzy motywację osiągnięć z uwzględnieniem różnych jej komponentów, takich jak preferowanie trudnych zadań, wiara w sukces, ukierunkowanie na cel, nastawienie na rywalizację, wytrwałość i inne. Pozwala dzięki temu na diagnozę profilową. Łącznie zawiera 170 pozycji tworzących 17 skal. Wyniki mogą też być ujmowane na 3 skalach czynnikowych, którymi są: Pewność siebie, Ambicja i Samokontrola	Normy dla populacji polskiej od 15 r.ż., studenci i dorośli	Psycholog, pedagog, specjaliści HR, doradcy zawodowi – po odbyciu szkolenia
3	KAMRE Kwestionariusz Agresywności Młodzieży – Reaktywność Emocjonalna Autorzy: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M. Radtke, Dorota Kalka	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, www.pracowniatestow.pl	Do pomiaru agresywności młodzieży ponadgimnazjalnej, w oparciu o 5 wymiarów: agresja bezpośrednia, agresja pośrednia, agresja werbalna, opozycyjność, drażliwość	13–16,11	Psycholog
4	KAMRE 16/19 Kwestionariusz Agresywności Młodzieży – Reaktywność Emocjonalna Autorzy: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M. Radtke, Dorota Kalka	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, www.pracowniatestow.pl	Do pomiaru agresywności młodzieży ponadgimnazjalnej, w oparciu o 5 wymiarów: agresja bezpośrednia, agresja pośrednia, agresja werbalna, opozycyjność, drażliwość	Młodzież w wieku 16–18	Psycholog, pedagog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
5	KPD Kwestionariusz do pomiaru depresji Autorzy: Emilia Łojek, Joanna Stańczak, Agnieszka Wójcik	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Wyniki ujmowane są na 5 skalach: Deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE), Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA), Poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL), Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ), Samoregulacja (SR). Ponadto oblicza się wynik łączny, który jest sumą rezultatów uzyskanych w skalach DPUE, MSPA, PWNL oraz OPSZ i który stanowi ogólny wskaźnik nasilenia objawów depresyjnych	Normy: Dla uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych w wieku 16–19 lat oraz osób dorosłych (w tym studiujących) w wieku 18–69 lat, oddzielnie dla kobiet i mężczyzn	Psycholog
6	STAIC Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla dzieci Autorzy: Chares D. Spielberger, Charles D. Edwards, Robert E. Lushene, Joseph Montuori, Dieter Platzek	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Bada zjawiska lęku (lęk jako stan, lęk jako cecha)	Normy dla uczniów w wieku 10–14 lat.	Psycholog
7	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI Autorzy: Chares D. Spielberger, Richard L. Gorsuch, Robert E. Lushene	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Bada zjawiska lęku (lęk jako stan, lęk jako cecha)	Dla młodzieży w wieku 15–16 lat, dla osób w wieku 17–18 lat, dla osób dorosłych w wieku 21–79 lat oraz dla żołnierzy zasadniczej służby wojskowej	Psycholog
8	IVE Kwestionariusz impulsywności Autorzy: Hans J. Eysenck i Sybil B. G. Eysenck (2006)	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Służy do badania trzech cech osobowości: impulsywności, skłonności do ryzyka i empatii	Opracowano dla grupy wiekowej 16–30 lat	Psycholog
9	INTE Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej Autorzy: N. S. Schutte, J. M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Golden, L. Dornheim	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Ocena inteligencji emocjonalnej (czynniki ogólny) i dwu jej komponentów: zdolności do wykorzystywania emocji i zdolności do rozpoznawania emocji	Normy stenowe (2005 r.) dla uczniów gimnazjów, szkół średnich, studentów (15–19 lat)	Psycholog
10	DINEMO Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej Autorzy: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, Anna Ciechanowicz, Joanna Stańczak, Ewa Zalewska	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej przeznaczony jest do pomiaru podstawowych komponentów inteligencji emocjonalnej, takich jak zdolności do pozyskiwania przez jednostkę dostępu do własnych i cudzych emocji, respektowania ich i rozumienie ich funkcji	Młodzież od 13 r.ż.	Psycholog
11	CONNERS 3 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących Autor: C. Keith Connors	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Służy do diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących, takich jak zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Diagnoza obejmuje różne obszary funkcjonowania dziecka, umożliwiając analizę profilową i dostrzeżenie indywidualnej specyfiki problemów dziecka. Dwie wersje: pełna i skrócona. Równoległe stosowanie wersji dla rodzica i dla nauczyciela pozwala na porównanie sposobu funkcjonowania dziecka w domu i w szkole	Normy dla grupy wiekowej 8–18 lat	Psycholog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
12	RVS – Skala Wartości Rokeacha Autor: Milton Rokeach	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Skala służy do badania systemu wartości preferowanych przez osobę badaną	Próba normalizacyjna objęła młodzież i dorosłych w wieku 16–61 lat. Funkcję norm pełnią mediany i średnie z rang przypisanych poszczególnym wartościom przez grupy zróżnicowane ze względu na wiek, płeć, poziom wykształcenia i charakter pracy zawodowej	Psycholog, pedagog
13	BHI-12 – Kwestionariusz Nadziei Podstawowej Autorzy: Jerzy Trzebiński, Mariusz Zięba (2003)	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Narzędzie bada nadzieję podstawową, która rozumiana jest, zgodnie z teorią E. Eriksona, jako przeświadczenie jednostki o uporządkowaniu i sensowności świata oraz jego przychylności ludziom. Przeświadczenie to stanowi czynnik warunkujący konstruktywne reagowanie człowieka na zmiany i przełomowe wydarzenia, zwłaszcza na sytuacje ponoszenia nieodwracalnych strat	Próba normalizacyjna dla młodzieży od 16 r.ż.	Psycholog, pedagog
14	Skala RE Skala rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku 3–6 Autorzy: Urszula Sajewicz-Radtke, Bartosz M, Radtke	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Ocena rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku przedszkolnym, może służyć do badania gotowości szkolnej	Dla dzieci od 3 r.ż. do 6,11 mies.	Psycholog
15	SOZL Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych Autor: Urszula Sajewicz-Radtke	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Ocena funkcjonowania emocjonalnego w aspekcie różnych odmian lęku na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-5 (agorafobia, fobia społeczna, lek separacyjny, lęk uogólniony, lęk społeczny, mutyzm wybiórczy, napady paniki, przejadanie się, utrata łaknienia, depresja i autyzm)	Do opisu dzieci od 3 r.ż. do 19,11 mies.	Psycholog, pedagog-diagnosta, lekarz

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
ROZWÓJ OSOBOWOŚCI, CECHY OSOBOWOŚCI					
16	EPQ-R – Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R, Kwestionariusz Osobowości Eysencka w Wersji Skróconej EPQ-R(S) Autorzy: Hans J. Eysenck i Sybil B. G. Eysenck (2006)	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Pełna wersja EPQ-R składa się ze 106 pytań. Badanie osobowości – neurotyczność, ekstrawersję, psychotyzm. Metoda posiada skalę kontrolną – skalę kłamstwa. Istnieją także dwie skale dodatkowe – Skłonność do uzależnień (UZ) i Skłonność do przestępstw (PRZ) – pozwalają na identyfikowanie osób w różny sposób zaburzonych.	Dla młodzieży od 16 r.ż. (normy dla populacji ogólnej)	Psycholog
17	NEO FFI Autorzy: Paul T. Costa Jr, Robert R. McCrae	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Badanie osobowości: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność	Od 15 r.ż., normy dla populacji ogólnej	Psycholog
18	NEO-PI-R Autorzy: Paul T. Costa Jr, Robert R. McCrae	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Kwestionariusz do diagnozy cech osobowości zawartych w modelu 5-czynnikowym, uwzględniający także poszczególne składniki każdej z cech „Wielkiej Piątki”: Neurotyczność (Lęk, Agresywna wrogość, Depresyjność, Nadmierny krytycyzm, Impulsywność i Nadwrażliwość), Ekstrawertyczność (Serdeczność, Towarzystwość, Asertywność, Aktywność, Poszukiwanie doznań i Emocje pozytywne), Otwartość na doświadczenie (Wyobraźnia, Estetyka, Uczucia, Działanie, Idee i Wartości), Ugodowość (Zaufanie, Prostolinijność, Altruizm, Ustępliwość, Skromność i Skłonność do rozczulania się), Sumienność (Kompetencja, Skłonność do porządku, Obowiązkowość, Dążenie do osiągnięć, Samodyscyplina i Rozwaga)	Normy od 17 r.ż.	Psycholog
19	FCZ-KT(R) Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu w wersji zrewidowanej Autorzy: Maria Cyniak-Cieciura, Bogdan Zawadzki, Jan Strelau	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Narzędzie służące do diagnozowania podstawowych, pierwotnie biologicznie uwarunkowanych wymiarów temperamentu, stanowiącego część składową osobowości zgodnie z Regulacyjną Teorią Temperamentu i odnosi się do formalnego, nie zaś treściowego aspektu zachowania	Od 15 r.ż.	Psycholog
20	ACL Lista Przymiotnikowa Autorzy: Harrison G. Gough, Alfred B. Heilbrun	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	ACL jest narzędziem przeznaczonym do badania różnych cech osobowościowych. Lista Przymiotnikowa pozwala na obliczenie wyników w 37 skalach, wśród których znajdują się skale potrzeb, skale tematyczne, skale analizy transakcyjnej, skale twórczości i inteligencji, a także skale kontrolne	Normy: Tenowe, opracowane oddzielnie dla kobiet i mężczyzn (w wieku 15–69 lat)	Psycholog
21	EPQ-R – Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R, Kwestionariusz Osobowości Eysencka w Wersji Skróconej EPQ-R(S) Autorzy: Hans J. Eysenck i Sybil B. G. Eysenck (2006)	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	EPQ-R składa się ze 106 pytań. Wyniki ujmowane są na 6 skalach: Psychotyzm (P), Ekstrawersja (E), Neurotyzm (N), Skłonność do uzależnień (UZ) i Skłonność do przestępstw (PRZ). Narzędzie zawiera także Skalę Kłamstwa (K)	Dla młodzieży od 16 r.ż. (normy dla populacji ogólnej)	Psycholog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
22	Bateria testów: Kompetencje-Cechy-Objawy Autor: Jan Ciecuch	ORE	Do pomiaru kompetencji osobowościowych (samomotywacja, kontrola impulsów, odpowiedzialność społeczna, asertywność), cech temperamentalnych (reaktywność, aktywność) oraz objawów zdrowia psychicznego i zaburzeń (dobrostan, problemy eksternalizacyjne, problemy internalizacyjne, problemy psychasteniczne)	Normy dla osób w wieku 4–25 lat; Przeznaczony dla populacji ogólnej oraz osób słabowidzących (od 7. r.ż.) i niewidomych (w alfabecie Braille'a; od 10. r.ż.). Występuje w wersji językowej: polskiej, ukraińskiej, rosyjskiej i angielskiej	Psycholog (przy współpracy z rodzicem, nauczycielem, osobą badaną)

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I PRZYSTOSOWANIE					
23	RISB wersja dla dzieci Autorzy: Julian B. Rotter, Michael I. Lah, Janet E. Rafferty	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Badanie poziomu nieprzystosowania społecznego	7–12 lat Wskaźnik nieprzystosowania (aspekt jakościowy i ilościowy)	Psycholog
24	RISB wersja dla młodzieży Autorzy: Julian B. Rotter, Michael I. Lah, Janet E. Rafferty	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Badanie poziomu nieprzystosowania społecznego	12–20 lat	Psycholog
25	KOZE – Karty Oceny Zachowania i Emocji Autorzy: Anna Bogacz-Rybczak, Elżbieta Bogacz	Firma KOMLOGO, www.komlogo.pl	Ocena funkcjonowania społecznego i emocjonalnego dzieci i młodzieży w różnych aspektach życia społecznego: sen, wydalanie, odżywianie, samodzielność, nawyki, aktywność ruchowa i napęd, poziom impulsywności, koncentracja i uwaga, emocje, zachowanie (wzorce behawioralne), relacje społeczne	1 m.ż.-15 r.ż. Arkusz elektroniczny za opłatą roczną, dwuletnią Rodzaj kwestionariusza porządkującego dane z wywiadu	Psycholog
26	B-KFS Bateria Kwestionariuszy do Oceny Funkcjonowania Społecznego Autorzy: Ewa Wysocka, Julia Łosiak-Pilch, Paweł Grygiel, Barbara Ostafińska-Molik, Tomasz Żółtak	Diagmatic, https://www.diagmatic.pl/bateria-bkfs	Kwestionariusze zostały opracowane jako narzędzia w pełni cyfrowe. Przeprowadzenie badania odbywa się poprzez urządzenia elektroniczne typu tablet lub komputer i ma formę samoopisu badanego	Przeznaczona jest dla dzieci klas IV–VIII szkoły podstawowej, nie młodszych niż 9 lat i nie starszych niż 16 lat (za wyjątkiem 2 kwestionariuszy z czynnikami w zakresie cyberprzemocy, które są przeznaczone dla dzieci powyżej 12 lat)	Psycholog
27	CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych Autorzy: Norman S. Endler, James D.A. Parker	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Style radzenia sobie ze stresem: zadaniowy, emocjonalny i unikowy	Normy dla grupy od 16 r.ż.	Psycholog
28	FCZ-KT(R) Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu w wersji zrewidowanej Autorzy: Maria Cyniak-Cieciura, Bogdan Zawadzki, Jan Strelau	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Narzędzie służące do diagnozowania podstawowych, pierwotnie biologicznie uwarunkowanych wymiarów temperamentu, stanowiącego część składową osobowości zgodnie z Regulacyjną Teorią Temperamentu i odnosi się do formalnego, nie zaś treściowego aspektu zachowania	Normy dla różnych grup wiekowych od 15 r.ż.	Psycholog
29	ICQ-R Kwestionariusz Kompetencji Interpersonalnych Autorzy: Duane Buhrmester, Wyndol Furman, Mitchell T. Witenberg, Harry T. Reis	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Metoda do badania kompetencji interpersonalnych, pozwala dokonywać oceny kompetencji innej osoby (partnera, przyjaciela)	Normy dla grupy od 15 r.ż.	Psycholog, pedagog, specjalista HR

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
30	DROM Diagnoza rozwoju osobowościowego młodzieży niedostosowanej społecznie Autorzy: Wojciech Błazek, Urszula Sajewicz-Radtke, Magdalena Błazek, Aleksandra Lewandowska-Walter, Bartosz M. Radtke	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Bateria metod przeznaczona do diagnozy osobowości i poziomu rozwoju społeczno-moralnego, zawiera kwestionariusz osobowości (KOM), Kwestionariusz Poczucia Winy (PW), Kwestionariusz Technik Neutralizacji (TN), arkusz ustrukturyzowanego wywiadu	Młodzież 13.-19. lat	Psycholog

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
RELACJE RODZINNE/FUNKCJONOWANIE W RODZINIE					
31	SOR Skale oceny Rodziny Autor: David H. Olson (2009)	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Służy do badania adaptacyjnych i nieadaptacyjnych zachowań w rodzinie (elastyczność, spójność, sztywność, chaotyczność), bada poziom zadowolenia i komunikacji w rodzinie, pozwala na możliwość badania całego systemu rodzinnego	Od 12 r.ż. Młodzież i dorośli (dziecko i rodzice)	Psycholog
32	TKR Test Kompetencji Rodzicielskich Autorzy: Anna Matczak, Aleksandra Jaworowska	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Przeznaczony jest do pomiaru kompetencji rodzicielskich rozumianych jako dyspozycje rodziców warunkujące stosowanie przez nich takich sposobów postępowania z dzieckiem, które sprzyjają jego rozwojowi – kształtowaniu u dziecka autonomii i umiejętności samoregulacyjnych oraz poczucia skuteczności	Normy dla rodziców i kandydatów na rodziców oraz rodziców adopcyjnych i zastępczych	Psycholog
33	TRR Test Relacji Rodzinnych Autorzy: Aleksandra Lewandowska-Walter, Magdalena Błażek	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Diagnoza relacji rodzinnych (komunikacja, jakość relacji, struktura rodziny)	Wersja dla dzieci 6–9 lat Wersja dla dzieci 10–14 lat	Psycholog
34	KRR Kwestionariusz do badania Relacji z Rodzeństwem w okresie adolescencji Autorzy: Aleksandra Lewandowska-Walter, Piotr Połomski, Aleksandra Peplińska	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Diagnoza relacji rodzinnych w podsystemie rodzeństwa, bada 3 wymiary: spójność, komunikację, rywalizację	Dla dzieci od 12. r.ż.	Psycholog
35	DWR Diagnoza więzi rodzinnych dzieci i młodzieży Autorzy: Aleksandra Lewandowska-Walter, Magdalena Błażek, Witold Burski	PTPiP Pracownia Testów, www.pracowniatestow.pl	Diagnoza więzi rodzinnych w rodzinach w sytuacjach kryzysowych (separacja, rozwód, rekonstrukcja rodziny, umieszczenie dziecka w placówce wychowawczej, choroba w rodzinie), 15 zabaw diagnostycznych do obserwowania (protokoły obserwacji), daje możliwości oceny spójności, jakości relacji, siły i jakości więzi uczuciowej, hierarchii osób ważnych w życiu dziecka, granic rodziny – wewnętrznych i zewnętrznych	Rodzaj opisu, do zastosowania dla dzieci 5;00- 15;11 lat	Psycholog, pedagog
36	PSI -4 Inwentarz Stresu Rodzicielskiego Autor: Richard R. Abidin	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Inwentarz przeznaczony jest do pomiaru nasilenia stresu rodzicielskiego rozumianego jako zbiór procesów prowadzących do awersyjnych reakcji psychologicznych i fizjologicznych, wynikających z próby dostosowania się do wymagań, jakie stawia rodzicielstwo. Zawiera też skalę Stresu życiowego pozwalającą na identyfikację źródeł stresu spoza systemu rodzic-dziecko.	Normy tenowe i centylowe, łączone dla matek i ojców	Psycholodzy, pedagodzy, psychiatrzy
37	SIPA Inwentarz Stresu Rodzicielskiego dla Rodziców Nastolatków Autorzy: Peter L. Sheras, Richard R. Abidin	Pracownia Testów Psychologicznych, www.pracatest.com.pl	Metoda umożliwia badanie nasilenia stresu rodzicielskiego, który rozumiany jest tu jako zbiór procesów prowadzących do awersyjnych reakcji psychologicznych i fizjologicznych, wynikających z próby dostosowania się do wymagań, jakie stawia rodzicielstwo. Inwentarz pozwala na analizę przyczyn stresu związanych z cechami nastoletniego dziecka, z cechami rodzica oraz cechami relacji między nimi. Pozwala też na pomiar czynników sytuacyjnych/demograficznych spoza relacji rodzic-dziecko, które mogą wpływać na nasilenie stresu rodzica	Rodzice dzieci 11–17-letnich	Psycholodzy

Lp.	Nazwa narzędzia	Źródło informacji	Rekomendacje do...	Normy/Wiek	Kto wykonuje/Uwagi
38	KRR – Kwestionariusz Relacji Rodzinnych Autorzy: Mieczysław Plopa, Piotr Połomski	Pracownia Testów Psychologicznych www.pracatest.com.pl, (wydawca A-EH)	Kwestionariusz jest przeznaczony do badania relacji rodzinnych w percepcji młodych ludzi; ma 6 wersji służących do oceny rodziny jako całości, oraz wymiarów: komunikacja, spójność, autonomia – kontrola i tożsamość	Normy dla młodzieży od 15. r.ż., stenowe, osobno dla dziewcząt i chłopców (z wyjątkiem wersji Moi Rodzice jako Małżeństwo, która ma normy dla obu płci łącznie)	Psycholog