

Diagnoza psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością

Wstęp

Praktyka rehabilitacyjna tworzy sytuację, w której szczególnie oczekiwane jest myślenie i działanie transdyscyplinarne. To znaczy takie, w którym specjaliści swoje działania podejmują na bazie stanu wiedzy gromadzonego nie tylko przez jedną dyscyplinę (np. psychologię), ale wiele obszarów wiedzy (Otrębski i Wiącek, 2014). Szukając obszarów, które powinny być wiodącym źródłem informacji dla psychologów zaangażowanych w proces rehabilitacji, należy wskazać jako podstawowe teorię rehabilitacji, teorię diagnozy psychologicznej i psychologię rehabilitacji. To tam znajdujemy wskazania co do zakresu i przebiegu diagnozy psychologicznej w rehabilitacji, w tym zasady adaptacji/dostosowania i konstrukcji wykorzystywanych narzędzi.

W niniejszym rozdziale prezentowane jest, wypracowane przez autorów, podejście do procesu diagnozy psychologicznej w rehabilitacji, jak i przykłady dobrych praktyk w zakresie adaptowania/dostosowywania i konstrukcji narzędzi wykorzystywanych w psychologii rehabilitacji. Wyjaśniamy, w jakim zakresie zasady konstrukcji narzędzi diagnostycznych dla psychologii mogą i powinny być zastosowane w adaptacji, dostosowaniu i konstrukcji narzędzi psychologicznych stosowanych w rehabilitacji. Ilustrujemy to wybranymi przykładami metod przez nas opracowanych, tzn. baterią testów REHAB1 (Witkowski et al., 2015) obejmującą: Skalę AS-5-R (Skala Aktualizacji Siebie), Skalę URK-R (do badania psycho-społecznych problemów osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego), Skalę PCH-R (do badania psycho-społecznych problemów

osób doświadczających chorób przewlekłych) oraz IWM (do badania wrażliwości moralnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną), a także dwoma metodami z zakresu rehabilitacji zawodowej: IPCZ (Inwentarz preferencji czynności zawodowych osób z niepełnosprawnością umysłową) i SPSP (Skala przystosowania do sytuacji pracy osób z niepełnosprawnością umysłową) (Otrębski et al., 2012) oraz przykładami innych narzędzi, takich jak System Oceny Zachowań Adaptacyjnych (ABAS-3 – Harrison i Oakland, 2015).

Z teorii rehabilitacji – wskazania co do zakresu diagnozy psychologicznej w rehabilitacji

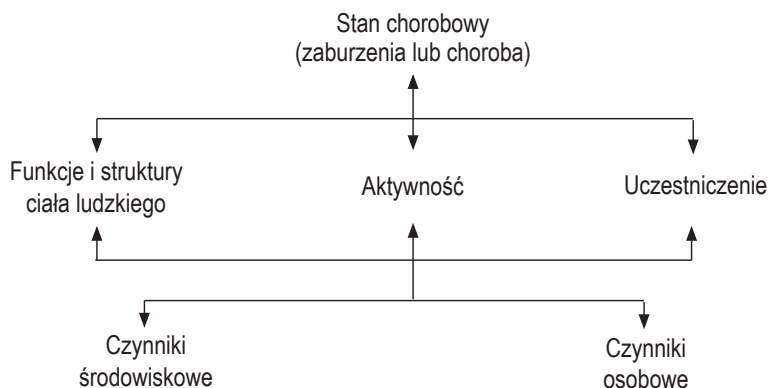
Termin „rehabilitacja” pochodzi z łaciny i oznacza: *re* – zwrotność, przywrócenie tego, co utracone; *habilitas* – zręczność, sprawność (Witkowski, 1997; Kiwerski, 2013). Kiedy mówi się o rehabilitacji osób niepełnosprawnych, termin ten – w najbardziej ogólnym ujęciu – obejmuje działania mające na celu zmniejszenie ograniczeń, jakie wiążą się z niepełnosprawnością, a także stworzenie takich warunków, które umożliwiłyby osobie osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania na różnych płaszczyznach życia (poziom somatyczny/fizyczny, psychiczny, społeczny, edukacyjno-zawodowy). Przez ostatnie cztery dekady posługujemy się w zasadzie tą samą i stale aktualną definicją, zgodnie z którą rehabilitacja to „złożony proces obejmujący działania lecznicze, społeczne i zawodowe, a w przypadku dziecka pedagogiczne, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie osobie, która takich możliwości nie miała lub utraciła je z powodu choroby, czy przebytego urazu” (Gałkowski, Kiwerski i Dziedzic, 1986, s. 263; Kiwerski, 2013, s. 134). Definicja ta jest na tyle uniwersalna, że w dużej części została ona wykorzystana w procesie przygotowania, prawie dwie dekady później, pierwszej w historii prawodawstwa polskiego regulacji prawnej, szczególnie dedykowanej rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, w której dodatkowo wyraźnie określony jest cel działań rehabilitacyjnych: „Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej” (Ustawa z dnia 27 sierpnia

1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; rozdz. 3, art. 7.1).

Wskazanie kompleksowości działań rehabilitacyjnych jako głównej zasady jej organizacji znajdujemy także w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2012). Światowa Organizacja Zdrowia, opracowując klasyfikację ICF, skupiła się przede wszystkim na ujednoliceniu rozumienia (konceptualizacji) niepełnosprawności oraz definiowaniu jej w sposób kompleksowy, tzn. dokonując jej całościowego opisu, w tym przyczyn, konsekwencji oraz potrzeb rehabilitacyjnych. ICF dokonuje zatem klasyfikacji cech charakterystycznych stanu zdrowia osoby w kontekście jej indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów środowiska. W koncepcji rozumienia niepełnosprawności przyjętej przez ICF mocno wybrzmiewa stwierdzenie, że to interakcja między charakterystycznymi cechami stanu zdrowia a czynnikami kontekstowymi stwarza niepełnosprawność (ICF 2012; Wilmowska-Pietruszyńska 2013; Płaszewski 2014).

Opisany w ICF model funkcjonowania i niepełnosprawności stanowi bardzo wyraźne wskazanie składników klasyfikacji, w ocenie których konieczny/możliwy jest udział psychologa jako diagnosty i terapeuty (ryc. 1.). Zaczynając od przyczyny niepełnosprawności, może nią być stan chorobowy, zaburzenie „działające się” w organizmie człowieka. Stwierdzenie niektórych z nich wymaga działań diagnostycznych psychologa (np. niepełnosprawność umysłowa, choroby i zaburzenia psychiczne). Stan organizmu będący konsekwencją działania przyczyn ujawnia się z kolei w osłabieniu funkcjonowania i/lub nieprawidłowej strukturze ciała ludzkiego (diagnosta psycholog wykazuje m.in. zaburzenie w zakresie funkcji umysłowych – spostrzeganie, pamięć, myślenie, mowa, koordynacja wzrokowo-ruchowo-słuchowa, stany emocjonalne, psychiczne itd.). W konsekwencji może wystąpić ograniczenie lub zniesienie możliwości podejmowania aktywności przez człowieka (psycholog diagnozuje np. kompetencje społeczne, funkcjonowanie w rolach społecznych, motywację do podejmowania działania, poziom aktualizacji siebie, proaktywne radzenie sobie z sytuacją trudną) lub utrudnienia jego uczestnictwa (np. w zakresie budowania i utrzymywania relacji czy sposobach komunikowania się; odgrywanie ról społecznych). Zakres doświadczanych ograniczeń w funkcjonowaniu, a co za tym idzie także zakres koniecznych działań diagnostycznych i następnie rehabilitacyjnych zależy również od tzw. czynników kontekstowych. Według ICF tworzą je środowisko, zarówno to fizyczne, przestrzeń, w której żyją osoby

niepełnosprawne, jak i to społeczne ze swoimi fobiami, brakiem akceptacji, uprzedzeniami, stygmatyzacją, odrzuceniem i wrogimi postawami wobec inności, jaką jest niepełnosprawność. Tworzy je też to wszystko, co przynależy do osoby niepełnosprawnej, niejako ją konstituuje: temperament, cechy psychiczne, umysłowe, marzenia, cele, kompetencje itp.



Ryc. 1. Składniki ICF

Źródło: ICF (2012). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Warszawa: CSI OZ, s. 18.

W ICF bardzo mocno podkreśla się, że wszystkie wymienione składniki brane pod uwagę w ocenie funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością pozostają w interakcji i zmiana w jednym z nich powoduje zmianę w innych. U każdej osoby niepełnosprawnej występują wszystkie składniki, a różnice dotyczą poziomu ich nasilenia, czyli, inaczej mówiąc, zakresu udziału w powstawaniu stanu niepełnosprawności.

Podsumowując niejako stan wiedzy z zakresu niepełnosprawności i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Otrębski (2007) w sformułowanym modelu interakcyjnym praktyki rehabilitacyjnej ponownie określił cel działań rehabilitacyjnych w następujący sposób: rehabilitacja to transdyscyplinarne działania zmierzające do zmiany (in plus) funkcjonowania jednostki i jej środowiska.

Wskazanie co do potrzeby i zakresu diagnozy psychologicznej znajdujemy także, analizując dane statystyczne odnoszące się do grupy osób niepełnosprawnych. Według ostatniego raportu GUS o stanie zdrowia Polaków, w 2014 r. liczba osób mających orzeczenie o niepełnosprawności wyniosła ponad 3 miliony 800 tys. w tym blisko 200 tys. dzieci i młodzieży do 16. roku życia. Porównując te dane z tymi z 2009 r., widać wyraźny

spadek liczby wydawanych orzeczeń o niepełnosprawności. Uwzględniając natomiast metodologię proponowaną przez EUROSTAT, liczba osób niepełnosprawnych oraz tych deklarujących posiadanie różnych ograniczeń w swoim funkcjonowaniu (m.in. osób starszych) to blisko 7,7 mln Polaków. Jest bardzo wiele osób, które mogą prezentować specjalne potrzeby w sytuacji diagnozy psychologicznej (GUS, 2016, s. 105–109).

Fakt wspominanej dużej liczebności grupy osób niepełnosprawnych, dodatkowo wspierany ogromną jej różnorodnością, uświadamia wagę rehabilitacji kompleksowej i zakresu potrzeb koniecznej diagnostyki psychologicznej. Wiele osób niepełnosprawnych potrzebuje pomocy i wsparcia w różnych obszarach swego funkcjonowania. W zależności od rodzaju niepełnosprawności inne sfery będą jawiły się jako centralne, którym należy poświęcić szczególną uwagę, inne jako poboczne. Istnieje jednak sfera, którą trudno byłoby oddzielić od pozostałych (a działanie takie byłoby niezwykle sztuczne) i która oddziałuje w szczególny sposób na wszystkie pozostałe – sfera psychologiczna.

2. Z teorii psychologii rehabilitacji – wskazania co do zakresu i przebiegu diagnozy psychologicznej

Miejsce psychologii w rehabilitacji kompleksowej w ostatnich dekadach było opisywane na różne sposoby. Niektórzy, patrząc bardzo wąsko, oczekują, że będzie ona jedynie wspierać medyczny aspekt rehabilitacji. Inne zdanie mają specjaliści przyjmujący szerszą perspektywę – nie wyobrażają sobie, aby psychologii brakowało w którymkolwiek z aspektów kompleksowej rehabilitacji (Toeplitz-Winiewska, 1999; Kiwerski, 2005; Kowalik, 2007; Otrębski, 2007).

Pomoc psychologiczna kierowana wobec osób niepełnosprawnych mieści się w specjalistycznym nurcie psychologii – psychologii rehabilitacji. W jej definicji Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA – *American Psychological Association*) zaznacza, że dziedzina ta koncentruje się na prowadzeniu badań oraz praktycznym stosowaniu umiejętności i wiedzy psychologicznej na rzecz osób niepełnosprawnych, stawiając sobie za cel m.in. zwiększanie ich dobrostanu, niezależności, możliwości optymalnego funkcjonowania i podejmowania wielu ról społecznych (APA; źródło internetowe 2016).

Stanisław Kowalik (2007), określając rehabilitację jako pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych osób niepełnosprawnych, zaznacza

wagę pomocy psychologicznej w procesie rehabilitacji. Wydaje się, że takie ujęcie rehabilitacji sugeruje dwojaką rolę psychologa w tym procesie. Po pierwsze, jest to rola osoby, która potrafi udzielić profesjonalnej pomocy i wsparcia osobie niepełnosprawnej na różnych etapach rehabilitowania, z uwzględnieniem aktualnego stanu psychicznego osoby, kontekstu jej życia oraz zasobów, jakie posiada ona i środowisko przebywania. Po drugie, można mówić o roli psychologa jako członka transdyscyplinarnego zespołu rehabilitującego, którego obowiązkiem jest, oprócz tych już wymienionych, także dbałość o jak najlepszą współpracę z innymi specjalistami, właściwy przepływ informacji i wspólne/kompleksowe działania podejmowane na rzecz pacjenta (Otrębski i Mariańczyk, 2014).

Niepełnosprawność jest zawsze zjawiskiem indywidualnym, doświadczanym przez osoby, które mają różną historię życia, różne zasoby, przekonania. Właśnie uwzględnienie tego jak najszerszego kontekstu daje szansę na rzeczywiste określenie/opisanie stanu osoby i jej środowiska. W przeciwnym razie możliwe jest jedynie zakwalifikowanie osoby do pewnych grup niepełnosprawności, np. osoby niewidome, niedowidzące, z niepełnosprawnością intelektualną, czy określenie występujących u niej jednostek nozologicznych. Działanie takie, o charakterze diagnozy negatywnej, czasami niezbędne w sytuacji np. orzecznictwa, nie otwiera jednak przestrzeni do realnej, uszytej na miarę, adekwatnej do potrzeb danej osoby pomocy, terapii, rehabilitacji, a tym samym jakościowej zmiany jej funkcjonowania. Szczególnie wyrazisty problem ten staje się w kontekście pomocy psychologicznej. Wiadomo, że nie ma dwóch takich samych osób, wobec których można byłoby zastosować takie same oddziaływania i oczekiwać uzyskania identycznych skutków. Stan wiedzy związany z diagnostyką psychologiczną niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych budowany jest w świecie i w Polsce od wielu dziesięcioleci. Dokumentuje to wiele publikacji, m.in. *The Use of Psychological Tests with Individuals who are Severely Disabled* K.F. Botterbuscha (1976), *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym* J. Kostrzewskiego i I. Walda (1981), *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* E. Hornowskiej (2007), *Guidelines for Assessment of Intervention with Persons with Disabilities* (2011), *Standardy diagnozy psychologicznej – PTP* (2014), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF) (2012), *Practice Guide for Psychological Testing with People with Disability* (2015). Wszystkie one bardzo wyraźnie sugerują, że rzetelna ocena funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, w tym funkcjonowania psychologicznego, musi być realizowana w oparciu o te same standardy, które stosuje się w ocenie funk-

cjonowania osób sprawnych, dodatkowo powinna uwzględniać kontekst środowiskowy. Takie kontekstualne podejście umożliwia lepsze zrozumienie położenia pacjenta, wieloaspektowość jego sytuacji życiowej, trudności i potencjał w odniesieniu zarówno do procesu leczenia medycznego, jak i działań o charakterze rehabilitacji społecznej, zawodowej, psychologicznej itd. Pomoc psychologiczna, dostrzegająca osobę niepełnosprawną w pełnym kontekście indywidualno-społecznym, powinna być realizowana przez cały proces rehabilitacji i w różnych jej obszarach.

Diagnoza psychologiczna (pomiar psychologiczny) stanowi podstawę każdego procesu udzielania wsparcia i pomocy psychologicznej, także tego realizowanego w ramach kompleksowej rehabilitacji. Tworzy szczególną przestrzeń dla pozyskiwania informacji o funkcjonowaniu osoby, czyli jej słabych stronach (zaburzeniach) i mocnych (zasobach).

Diagnoza to termin pochodzący z języka greckiego (*diagnosis* – rozpoznanie) i w języku polskim może być rozumiany na trzy sposoby: jako proces diagnozowania, efekt tego procesu lub też dziedzina nauki i praktyki. Diagnoza psychologiczna stawia sobie za cel określenie natury problemu oraz wskazanie jego przyczyn i konsekwencji, planowanie interwencji/terapii, ocenianie postępów procesu pomocy/terapii oraz jak najlepsze poznanie jednostki (Paluchowski, 2001; Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008).

O tym, jak ważna jest prawidłowa, rzetelna diagnoza w całym procesie pomocy psychologicznej, mogą zaświadczyć wyniki badań przeprowadzonych wśród psychologów z całego świata (Evers et al., 2016). W badaniu, które dotyczyło oceny sytuacji diagnostycznej, udział wzięło 20 467 psychologów z 30 krajów, w tym z Polski. Z badań wyłania się bardzo wyraźna opinia psychologów o wadze procesu diagnostycznego. Większość badanych zdecydowanie podkreśla, że proces diagnostyczny powinien odbywać się w bezpośrednim kontakcie badany – diagnosta. Badania pokazują zdecydowany dystans wobec badań prowadzonych za pomocą kontaktu wirtualnego.

Przygotowanie prawidłowej diagnozy psychologicznej, tzn. stanowiącej podstawę do realnej pomocy w sytuacji niepełnosprawności, wymaga spełnienia dwóch podstawowych warunków. Pierwszy związany jest z wysokimi kompetencjami osobistymi diagnosty – przede wszystkim w zakresie świadomości interpersonalnej, drugi dotyczy kompetencji merytorycznych (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008). Kompetencje merytoryczne, w przypadku, o którym mowa, dotyczą posiadania i ciągłego powiększania wiedzy fachowej dotyczącej funkcjonowania osób z różnymi

rodzajami niepełnosprawności, a także umiejętności odpowiedzialnego korzystania z narzędzi diagnostycznych. Diagnosta pracujący z osobami niepełnosprawnymi staje bowiem przed ważnym problemem doboru odpowiednich narzędzi. Pojawiają się wówczas pytania o to, jakich narzędzi używać. Aktualnie w Polsce mamy dostępny dość bogaty warsztat psychologiczny, czyli metody, techniki i procedury wykorzystywane w procesie diagnozy psychologicznej oraz pomocy/terapii psychologicznej, każda z nich ma określony zakres i warunki jej stosowania.

Z punktu widzenia diagnostyki psychologicznej nierzadko zdarza się, że niepełnosprawność uniemożliwia zastosowanie ogólnie dostępnych psychologicznych metod diagnozy i terapii. Pojawia się konieczność adaptacji lub konstrukcji nowych narzędzi przeznaczonych tylko dla określonej kategorii osób niepełnosprawnych. Poszczególne rodzaje niepełnosprawności (umysłowa, wzrokowa, słuchowa, ruchowa, somatyczna, autyzm czy niepełnosprawność sprzężona) wiążą się z inną charakterystyką funkcjonowania klienta i skutkują różnymi utrudnieniami w zbieraniu materiału do diagnozy, w tym m.in. w wykorzystaniu różnych narzędzi diagnozy. Z pewnością sytuacja diagnostyczna w przypadku niektórych rodzajów niepełnosprawności wymaga od psychologa większej uwagi i lepszego przygotowania. Każdy rodzaj niepełnosprawności wnosi do doświadczeń osoby inną specyfikę (niekiedy specyfika ta może generować problemy z komunikowaniem się, płynnością kontaktu, wypełnianiem arkuszy itp.), co wymaga od psychologa szczególnego przygotowania się do pracy z osobą niepełnosprawną i świadomości tego, że w niektórych sytuacjach narzędzia muszą dostosować się lub zmodyfikować, by mogły odgrywać swoją rolę, oraz tego, że wprowadzenie zmian może wpłynąć na właściwości psychometryczne testów, a nawet na przedmiot pomiaru testowego.

Warto podkreślić, że profesjonalne badanie i interpretacja testu w takiej sytuacji wiążą się z koniecznością posiadania przez psychologa dodatkowej wiedzy na temat niepełnosprawności danej osoby i mierzonego konstruktu. W dokumentacji zaś zawsze powinny być odnotowane wprowadzone modyfikacje (Hornowska, 2007; *Guidelines for Assessment...*, 2011).

Odwołując się do sugestii zawartych w amerykańskim *Guidelines for Assessment of Intervention with Persons with Disabilities* (2011) oraz w australijskim *Practice Guide for Psychological Testing with People with Disability* (2015), środowiska naukowców i praktyków zajmujące się diagnozą psychologiczną dotyczącą także osób niepełnosprawnych (np. American Psychological Association, APA; Australian Psychological Society, APS) sugerują,

aby – jeśli to tylko możliwe – psychologowie dobierali do diagnozy psychologicznej osób niepełnosprawnych testy, które przeszły procedurę walidacyjną i przeznaczone dla osób z określonymi rodzajami niepełnosprawności tzn. posiadają normy dla tych grup. Dopiero wówczas, gdy nie ma możliwości skorzystania z takich testów, psycholog winien rozważyć użycie testów przeznaczonych dla populacji ogólnej i korzystanie z ogólnych norm.

Warto przy tym zaznaczyć, że fakt niewystarczającej liczby narzędzi diagnozy psychologicznej przeznaczonych do badania osób niepełnosprawnych oraz często brak profesjonalnych działań służących modyfikacji dostępnych testów do możliwości osób niepełnosprawnych jest podnoszony w literaturze, a także w środowiskach praktyków jako mający charakter dyskryminacji. W związku z tym pojawiają się głosy, że psychologowie winni dokładać wszelkich starań, by osoby z niepełnosprawnością miały jak największy dostęp do narzędzi diagnostycznych. W przypadku Stanów Zjednoczonych próby rozwiązania kwestii dostępności testów psychologicznych dla osób niepełnosprawnych poszukuje się już od dziesięć lat. Jednym z takich działań podjętych w 1979 r. było stworzenie bazy narzędzi możliwych do wykorzystania w diagnozie na potrzeby edukacji oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych. Ciekawe jest, że próbę tę podjęto zaledwie sześć lat po uchwaleniu *Rehabilitation Act*, czyli ustawy o rehabilitacji, która jako pierwsza przyniosła gwarancję i ochronę praw obywatelskich dla osób niepełnosprawnych.

Według Donalda A. Poola (1987) niewłaściwe jest podejście, w którym rezygnuje się ze starań o budowanie narzędzi do diagnozy osób niepełnosprawnych w oparciu o standardowe procedury i normy. Jako niewłaściwe uznaje też stosowanie w diagnozie psychologicznej osób niepełnosprawnych narzędzi przeznaczonych dla ogólnej populacji bez wprowadzenia odpowiednich modyfikacji. Optymalne natomiast jest podejście funkcjonalne, tj. takie, w którym podkreśla się wagę standaryzacji testu, a wyniki analizuje się, uwzględniając kontekst funkcjonowania osoby niepełnosprawnej poznany poprzez wywiad.

Z teorii konstrukcji i adaptacji narzędzi – wybrane przykłady dobrych praktyk

W powyższych rozważaniach wykazana została rola, jaką diagnoza odgrywa w realizowaniu pomocy psychologicznej oraz, szerzej, kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Wskazano także na szczególną

sytuację, w której znajduje się psycholog mający przeprowadzić diagnozę osoby niepełnosprawnej. Jednym z ważnych wyznaczników specyfiki tej sytuacji jest potrzeba uwzględnienia wynikających z niepełnosprawności specyficznych charakterystyk osoby w jej procesie diagnostycznym. Zdajemy sobie sprawę z tego, że w warsztacie psychologa diagnosty i terapeuty często brakuje narzędzi, które umożliwiłyby prowadzenie badania osoby niepełnosprawnej w sposób dostosowany do jej możliwości i specjalnych potrzeb diagnostycznych.

W trosce o odpowiedni przebieg diagnozy psychologicznej i pedagogicznej trzy organizacje amerykańskie – *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* i *National Council on Measurement in Education* – opracowały i opublikowały dokument pt. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* (AERA, APA, NCME, 2007). Wyznacza on standardy konstruowania i stosowania testów w diagnozie psychologicznej i pedagogicznej. Jeden z rozdziałów tej publikacji jest wprost poświęcony zagadnieniom stosowania testów wobec osób z niepełnosprawnością. Autorzy szczególnie zwracają w nim uwagę na występowanie specyficznych cech funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, które utrudniają, a czasami wręcz uniemożliwiają, zastosowanie ogólnie dostępnych narzędzi psychologicznych. Powoduje to potrzebę dostosowania narzędzia lub procedury jego stosowania do specjalnych potrzeb i możliwości osoby z niepełnosprawnością. Podstawę każdego działania dostosowawczego stanowi sformułowanie celu takiego dostosowania. Według tych standardów jest nim „zminimalizowanie wpływu tych cech osoby badanej, które nie mają związku z mierzonym konstruktem” (AERA, APA, NCME, 2007, s. 178–179). Innymi słowy: dostosowanie jest potrzebne, aby zapobiec obniżeniu trafności i/lub rzetelności badania danym narzędziem. Ilustrację tego faktu stanowi prosty przykład badania testem werbalnym osoby z głębokim uszkodzeniem słuchu, której naturalny środek komunikacji to język migowy i która nie posługuje się płynnie językiem polskim. W takiej sytuacji badanie ustne, ale także kwestionariuszowe może prowadzić do poważnych artefaktów w diagnozie, z uwagi na wpływ zmniejszonych kompetencji osoby w zakresie rozumienia języka polskiego na jej wynik w zastosowanym teście.

Autorzy *Standardów...* (AERA, APA, NCME, 2007), opracowując całościowo zagadnienie, opisują sytuacje, w których możliwe lub wskazane są modyfikacje i dostosowania wprowadzane do treści lub procedury badania testem. Podają też ważne argumenty dla tych sytuacji, w których wspomniane zmiany nie powinny być wprowadzane, ponieważ to właśnie

one mogą obniżyć trafność wniosków formułowanych na podstawie użycia danego testu. W niniejszym opracowaniu punktem zainteresowania są jednak okoliczności, które wymagają użycia narzędzia dostosowanego do potrzeb i możliwości osoby z niepełnosprawnością. Należy także podkreślić, że realizacja omawianych zasad wprowadzania dostosowań do badania psychologicznego powinna zawsze mieć charakter indywidualny.

W przywołanym dokumencie opisano szereg strategii dostosowywania testu do możliwości badania osób z konkretną niepełnosprawnością, które mogą obejmować (AERA, APA, NCME, 2007, s. 181–183):

1. Zmianę formatu prezentacji: może dotyczyć instrukcji lub pozycji testowych. Testy, które w oryginale przewidziane są jako metoda typu papier – ołówek, mogą być przeformatowane na alfabet Braille’a lub w wersji elektronicznej (odpowiednie powiększenie czcionki).
2. Zmiany sposobu udzielania odpowiedzi: dopuszcza się, w uzasadnionych przypadkach, korzystanie z alternatywnych form odpowiedzi, np. nagrywanie odpowiedzi, korzystanie z klawiatury komputerowej.
3. Zmianę czasu badania testem: może dotyczyć wydłużenia czasu badania testem, wprowadzenia większej liczby przerw w toku badania lub zwiększenie liczby spotkań. Dodatkowy czas na wypełnienie testu jest np. uzasadniony, gdy test drukowany jest alfabetem Braille’a lub na dużym formacie, ponieważ dokumenty te mają o wiele więcej stron niż wersja oryginalna; czy też w sytuacji, gdy osoba z niepełnosprawnością ruchową może mieć duże trudności z precyzyjnym zakreszaniem odpowiedzi na arkuszu.
4. Zmianę sytuacji badania testem: np. rezygnacji w przypadku niektórych niepełnosprawności z grupowej formy badania testem; mogą dotyczyć odpowiedniego zorganizowania przestrzeni, w której odbywa się badanie np. poprzez dostosowanie stołu, krzeseł.
5. Wykorzystanie części testu: modyfikację stosuje się w sytuacji, gdy wykonanie niektórych zadań testu wymaga sprawności fizycznej, odwoływania się do zmysłów, umiejętności językowych czy innych, których z racji niepełnosprawności osoba nie posiada.
6. Stosowanie testów zastępczych lub alternatywnych: rezygnuje się z korzystania z testu wystandaryzowanego dla populacji ogólnej na rzecz testu, który został stworzony specjalnie z myślą o osobach niepełnosprawnych.

Wyraźny akcent w dostępnych standardach jest położony na korzystanie w procesie diagnozy osób niepełnosprawnych z narzędzi dostępnych

dla populacji ogólnej. Dlatego pierwsze pięć na sześć omówionych strategii poświęcono wprowadzaniu do już istniejących testów takich zmian, które umożliwią trafne badanie za ich pomocą osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Jedynie szósta strategia odwołuje się do tworzenia nowych narzędzi pomiarowych, choć także w tym przypadku punktem odniesienia jest zgodność testu zastępczego lub alternatywnego z oryginałem, który pierwotnie miał być zastosowany, a z powodu specyfiki związanej z niepełnosprawnością nie można go było wykorzystać w diagnozie. Doceniając rolę zastosowania w procesie diagnostycznym osób niepełnosprawnych narzędzi stworzonych dla populacji ogólnej, należy podkreślić, że jest to niewystarczające. Poza adaptacją istniejących narzędzi ogólnych oraz wytwarzaniem ich wersji alternatywnych, przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością, istnieje duża potrzeba opracowania pewnej puli odrębnych narzędzi, które badają zjawiska niewystępujące w populacji ogólnej, a charakterystyczne właśnie dla osób o różnym poziomie i charakterze ograniczenia sprawności. Przykładem może tu być badanie strategii wykorzystywanych w radzeniu sobie z problemami orientacji przestrzennej przez osoby z częściowym uszkodzeniem wzroku czy opisywanie preferencji czynności zawodowych osób z niepełnosprawnością umysłową zamiast pomiaru u nich zainteresowań zawodowych.

W tak dopełnionym obrazie narzędzi mających zastosowanie w diagnozie osób z niepełnosprawnością autorzy *Standardów...* szczególnie mało miejsca poświęcili tworzeniu testów przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, zaś zupełnie pominęli zagadnienie konstruowania narzędzi dedykowanych tylko dla tej grupy. Z tego względu punktem zainteresowania dalszych rozważań będą dwie ostatnie kategorie działań.

Jak już wspomniano, *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* są publikacją, która wyznacza ramy procedurze tworzenia i użytkowania testów psychologicznych. Treści w niej zawarte są uzupełniane przez szereg innych publikacji – podręczników (np. Anastasi i Urbina, 1999; Hornowska, 2009), monografii wieloautorskich (np. Brzeziński, 2005; Paluchowski, 2012) czy artykułów naukowych, które dookreślają tak tło teoretyczne, jak i przebieg konstruowania narzędzi psychometrycznych. Podstawowe elementy procedury są ogólnie znane i uwzględniane we wszystkich wspomnianych źródłach. W oparciu o te podstawowe elementy, które odnoszą się do cech tworzonego narzędzia oraz do etapów jego konstruowania, można przedstawić obszary ważne z punktu widzenia dostosowania testu lub skali dla osób z niepełnosprawnością. Wymienia się najczęściej 6 elementów wspomnianego procesu: trafność; rzetelność

i błędy pomiaru; tworzenie testu i jego rewizje; skale, normy oraz porównywanie wyników; procedura badania testem, obliczanie i przedstawianie wyników testowych; dokumentacja testu.

Na powyższej strukturze, choć w nieco innej kolejności, oprzemy analizę specyfiki adaptowania i tworzenia narzędzi psychometrycznych dla osób z niepełnosprawnością. Wydaje się, że jako podstawę podejmowanych działań można przyjąć tworzenie testu. W ramach tego elementu *Standardy...* (AERA, APA, NCME, 2007, s. 77) wyróżniają 4 fazy:

1. wyznaczenie celu bądź celów testu oraz obszaru konstruktów, który będzie podlegał pomiarowi;
2. określenie i ocena formalnych cech testu;
3. tworzenie i badania wstępne, a następnie ocena i wybór pozycji testowych oraz opracowanie oceny wyników;
4. wytworzenie i ocena finalnej wersji testu, do praktycznego zastosowania.

Sformułowanie celu, do jakiego ma służyć test, jest najbardziej podstawową czynnością w procesie konstrukcji narzędzia (AERA, APA, NCME, 2007). Z postawionego celu można bowiem wyprowadzić konstrukt psychologiczny, który ma być przedmiotem pomiaru. To zaś stanowi podstawę wszelkich następnych działań, podejmowanych w pracy nad testem. W *Standardach...* wielokrotnie podkreślana jest teza, że dostosowywanie narzędzia dla osób niepełnosprawnych nie powinno zmieniać badanego konstruktów. To słuszne spostrzeżenie, ale tylko w tych przypadkach, w których mierzony konstrukt ma taką samą strukturę i tak samo funkcjonuje u osób z niepełnosprawnością, jak u osób z populacji ogólnej, co oczywiście powinno mieć swoje uzasadnienie o charakterze teoretycznym i/lub empirycznym. Jeżeli natomiast wspomniana odpowiedniość konstruktów nie występuje, wtedy albo spotykamy sytuację, w której nie ma podstaw do wprowadzania modyfikacji w teście i powinien on być stosowany w swojej wersji podstawowej, albo też tworzone narzędzie ma mierzyć konstrukt lub jego obszar inny niż w przypadku osób z populacji ogólnej. Konstrukt lub obszar badany przez tworzone narzędzie u osób niepełnosprawnych może także występować w populacji ogólnej, ale nie jest on uwzględniany w istniejących testach, lub jest specyficzny jedynie dla osób z ograniczeniami sprawności. Przykładem tego ostatniego zjawiska może być akceptacja siebie z niepełnosprawnością. Jedynie u osób, u których niepełnosprawność występuje, można spotkać taką cechę psychiczną jak akceptacja siebie uwzględniająca własną niepełnosprawność, która następnie może podlegać badaniu i pomiarowi z wykorzystaniem skonstruowanej skali lub testu. Po-

dobny status można przyznać zjawiskom poznawczym, np.: wyobrażeniom surogatowych u osób całkowicie niewidomych od urodzenia, lub językowi migowemu osób z uszkodzeniem słuchu, który jako język gestowy o swoistej gramatyce, jest różny od wszystkich języków fonicznych, używanych przez osoby z populacji ogólnej.

Analogicznie można analizować zjawisko behawioralnych wskaźników, które w procesie operacjonalizacji są przyjmowane jako świadczące w określony sposób o badanym konstrukcie. Na przykład u osób niewidomych możemy obserwować specyficzny, inny niż u osób widzących, zestaw zachowań, które są przejawem wypracowywania, osiągnięcia, a następnie korzystania z orientacji przestrzennej w otoczeniu fizycznym. Dlatego przy konstrukcji testu mierzącego wspomnianą orientację należy uwzględnić inne jej przejawy behawioralne w tej grupie.

Określenie formalnych cech testu obejmuje: format pozycji testowych, format odpowiedzi, procedurę oceniania wyników, a także ograniczenie czasu, charakterystykę populacji osób badanych i procedurę badania testem (AERA, APA, NCME, 2007, s. 77–78). W tym przypadku także specyfika osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności może powodować konieczność określonych dostosowań. Przykładem może być sytuacja konstruowania testu dla osób z niepełnosprawnością umysłową. Oprócz uwzględnienia celu i obszaru badanego konstruktów przy doborze formatu pozycji testowych i odpowiedzi należy uwzględnić możliwości poznawcze przyszłych osób badanych, a dokładniej ograniczenia w tym zakresie, których doświadczają (Otrębski, 2007). Jeżeli przedmiot badania nie dotyczy ściśle właśnie funkcji poznawczych, jak np. w przypadku diagnozy samej niepełnosprawności umysłowej lub jej stopnia, właściwe może być dostosowanie obu wspomnianych formatów do specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością umysłową. Czyli konieczność ograniczenia formatu odpowiedzi jako wyboru tylko z trzech, a nawet dwóch podanych możliwości, z uwagi na większą dostępność dla badanej grupy takiej formy zachowania, w porównaniu do ustosunkowania się do treści pozycji na rozbudowanej skali szacunkowej. Podobnie zakładane ograniczenia czasu i inne elementy procedury badania testem powinny uwzględniać specyficzne cechy osób badanych, które mogą rzutować na ich właściwy udział w badaniu testowym. Przykład opisanych dostosowań w procesie konstrukcji narzędzi diagnostycznych można znaleźć w postaci Inwentarza Preferencji Czynności Zawodowych oraz Skali Przystosowania do Sytuacji Pracy dla osób z niepełnosprawnością a umysłową (Otrębski et al., 2012). Zamiast pomiaru zainteresowań zawodami

i odpowiedzi na skali szacunkowej treść pierwszego narzędzia stanowią preferencje czynności zawodowych, zaś zadaniem osoby badanej jest wybór preferowanej czynności z dwóch podanych niewerbalnie opcji. Podobnie w drugiej metodzie: miejsce kompetencji zawodowych zajęło przystosowanie do sytuacji pracy. W ten sposób tak charakterystyka mierzonego konstruktów, jak i format odpowiedzi zostały dostosowane do specyfiki funkcjonowania docelowej grupy badanej. Innym przykładem są Skale URK i PCH (Witkowski et al., 2015), które mierzą psycho-społeczne problemy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz z chorobą przewlekłą. W tych narzędziach zakres i charakterystyka badanych treści obejmuje nie problemy przeżywane powszechnie w naszej populacji, ale te doświadczane przez osoby z odpowiednich grup, dla których narzędzia zostały opracowane. Także wśród narzędzi do badania funkcji intelektualnych i innych funkcji psychicznych można spotkać takie, które mierzą inteligencję w sposób dostosowany m.in. do osób z różnymi niepełnosprawnościami. Na przykład Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera (Jaworowska, Matczak i Szustrowa, 2009) z uwagi na niewerbalny charakter jest dostosowana do badania osób z uszkodzeniami słuchu. Także Profil Psychoedukacyjny PEP-R (Schopler et al., 1995) jest narzędziem dostosowanym do badania określonej grupy osób – z autyzmem i zaburzeniami rozwoju.

Tworzenie pozycji testowych i badania wstępne, a następnie wytworzenie finalnej wersji testu powinno właściwie przebiegać według ogólnych zasad opisanych w *Standardach...* lub innych publikacjach z tej dziedziny. Należy jednak podkreślić, że wszelkie wskazania na sędziów lub ekspertów biorących udział w konstruowaniu testu odnosić należy do specjalistów w zakresie tworzonego narzędzia, ale także w zagadnieniach związanych z docelową grupą osób niepełnosprawnych. Podobnie badania pilotażowe i standaryzacyjne w oczywisty sposób powinny być prowadzone w grupach uwzględniających założoną docelowo populację osób z niepełnosprawnością. W taki sposób została zrealizowana procedura tworzenia wielu narzędzi przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością. Jednym z nich jest Inwentarz Wrażliwości Moralnej dla osób z niepełnosprawnością umysłową (Witkowski et al., 2015). Grupa sędziów, powoływanych podczas konstrukcji tego narzędzia w celu oceny efektów poszczególnych etapów prac nad inwentarzem, za każdym razem składała się z ekspertów w dziedzinie rehabilitacji osób niepełnosprawnych umysłowo. Także w tej docelowej dla narzędzia grupie przeprowadzone zostały badania pilotażowe i standaryzacyjne.

Drugim elementem z omawianego w *Standardach...* procesu tworzenia narzędzia psychometrycznego, który należy przeanalizować z uwagi na dostosowanie dla osób z niepełnosprawnością, jest przebieg procedury badania testem, obliczania i przedstawiania wyników testowych. Tutaj także podstawowe zasady opisane w literaturze obowiązują bez względu na poziom sprawności osób badanych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku ustalania i opisu procedury badania niezwykle istotne jest precyzyjne zaplanowanie wszystkich przewidywanych modyfikacji w jej przeprowadzaniu w związku z różnymi ograniczeniami sprawności u osób badanych. Jeżeli populacja docelowa dla testu może lub powinna obejmować osoby z różnym poziomem sprawności np. zmysłu wzroku i/lub słuchu, to konieczne staje się przygotowanie różnych wersji materiału testowego oraz instrukcji. Jeżeli podstawową wersją testu jest forma typu papier – ołówek, obecny w niej materiał werbalny powinien być możliwy do przedstawienia osobie badanej w postaci np. powiększonej czcionki, wersji brajlowskiej czy przetłumaczony na język migowy. Ta sama zasada dotyczy instrukcji i wszelkich innych elementów testu, których odbiorcą ma być osoba badana. Także strona techniczna prezentacji materiału testowego ma tutaj znaczenie. Niezbędnym zabiegiem może być np. umożliwienie zmiany stopnia powiększenia oraz kontrastu prezentowanych treści – werbalnych i/lub graficznych. Podobnie należy określić wymagania co do prezentowania osobie wyników badania danym testem. Dopiero tak przygotowane narzędzie będzie mogło rzeczywiście służyć różnym osobom z zakładanej populacji osób badanych. Ilustracją powyższego podejścia jest ponownie Inwentarz Preferencji Czynności Zawodowych dla osób z niepełnosprawnością umysłową (Otrębski et al., 2012), który w swojej wersji komputerowej, także możliwej do wykorzystania w procedurze samobadania, oferuje szereg możliwości dostosowania prezentacji materiału testowego do osób z uszkodzeniem wzroku lub słuchu – powiększenie grafiki na planszach testowych, zmiana kontrastu kolorystycznego lub możliwość prezentacji instrukcji w języku migowym (wersja do samobadania znajduje się pod adresem: <http://www.ip.europerspektywa.pl/program/>). Inny przykład dostosowania to nakładki do czytania tekstu dla osób niewidomych (np. testy osobowości).

Kolejny element procesu tworzenia testu obejmuje opracowanie wyników, a więc przeliczanie na skale, odnoszenie do norm lub do kryterium oraz ich porównywanie. Podobnie jak w poprzednich elementach podstawowe jest przestrzeganie ogólnych zasad dotyczących przeliczania wyników i opracowywania norm. Pewną specyfiką, w przypadku dedykowania narzędzia do badania osób z niepełnosprawnością, jest potrzeba zdecydowania,

jakie normy będą opracowywane. W *Standardach...* został omówiony temat interpretacji wyników badania osoby niepełnosprawnej w oparciu o normy ogólne lub lokalne – odnoszące się do osób niepełnosprawnych. Każda decyzja ma tutaj określone skutki, zarówno w odniesieniu do samego znaczenia i sensu wyników badania testem, jak i w planowaniu procedury konstrukcji narzędzia. W zależności od kontekstu interpretacja wyniku osoby z niepełnosprawnością w oparciu o normy dla osób niepełnosprawnych (lokalne) może tworzyć obraz jej funkcjonowania jako lepszego, niż jest w rzeczywistości. Podobne zjawisko może wystąpić w innej sytuacji przy użyciu norm dla populacji ogólnej. Decyzja o utworzeniu określonego rodzaju lub określonych rodzajów norm dla konstruowanego testu powinna być podejmowana w oparciu o wnikliwe i adekwatne uzasadnienie. Z tego powodu np. w procesie opracowania norm dla Skali AS-5-R opisującej poziom aktualizacji siebie (Witkowski et al., 2015) zdecydowano o przygotowaniu dwóch zestawów norm – o charakterze ogólnym oraz norm lokalnych dla populacji osób z niepełnosprawnością. Zastosowanie do przeliczenia wyników norm dla populacji ogólnej pozwala na zobaczenie wyników badanej osoby z niepełnosprawnością na tle jej pełnosprawnych rówieśników. Z kolei wykorzystanie norm dla grupy osób niepełnosprawnych pozwala na ocenę wyniku uzyskanego przez osobę badaną w kontekście jej grupy odniesienia wyróżnionej z uwagi na niepełnosprawność, a więc określoną charakterystykę funkcjonowania. Każde z tych dwóch podejść w obliczaniu i interpretacji uzyskanego wyniku oferuje inne wartości i posiada inne ograniczenia. Podstawą wyboru określonego zestawu norm powinny być informacje, które diagnosta chce uzyskać i które chce przekazać w swojej interpretacji. Ponadto w pierwszym wspomnianym zestawie norm zadbano o to aby próba normalizacyjna została skonstruowana z uwzględnieniem reprezentatywnego dla populacji polskiej odsetka osób z niepełnosprawnością. Podobną sytuację można spotkać w przypadku amerykańskiego narzędzia, aktualnie adaptowanego i standaryzowanego w warunkach polskich *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych* (ABAS-3 – Harrison i Oakland, 2015), które ma charakter skali obserwacyjnej i służy do diagnozy oraz opisu funkcjonowania adaptacyjnego osób od wczesnego dzieciństwa do okresu starości. Normalizacja całego narzędzia ABAS-3 została przeprowadzona dla populacji ogólnej, ale z uwzględnieniem tzw. populacji specjalnych, czyli osób z różnego rodzaju trudnościami w rozwoju i funkcjonowaniu.

Pozostałe elementy procesu tworzenia narzędzia badań psychologicznych i pedagogicznych obejmują określenie parametrów dobroci testu oraz przygotowanie jego dokumentacji. W przypadku tych elementów wystę-

puje stosunkowo najmniejsza potrzeba dostosowania z uwagi na specyfikę badanych, czyli osoby z niepełnosprawnością. Wszystkie opisywane zasady ogólne, dotyczące określania poziomu trafności i rzetelności testu oraz jego dokumentacji, powinny oczywiście być przestrzegane. Badając parametry psychometryczne narzędzia przeznaczonego dla osób z niepełnosprawnością, niezbędne jest zapewnienie oszacowania ich w oparciu o badania próby adekwatnej do założonej populacji docelowej. Zostało to już wspomniane w kontekście badań pilotażowych i standaryzacyjnych.

Z kolei podręcznik i inne materiały dokumentujące konstrukcję, stan aktualny i zastosowanie każdego testu powinny być przygotowane w sposób zapewniający ich dostępność dla osób z określonym rodzajem ograniczeń w funkcjonowaniu. Powoduje to potrzebę dostosowań analogicznych do omówionych w związku z przygotowaniem materiału testowego.

Podsumowując, wydaje się, że konstrukcja testu do prowadzenia badań wśród osób niepełnosprawnych nie jest niczym specjalnym z punktu widzenia *Standardów...* czy też norm, zasad postępowania w psychometrii. Większość standardów postępowania obecnych w literaturze znajduje zastosowanie w takiej sytuacji bez zmian. Centralny punkt stanowi dbałość (być może szczególna, w takiej sytuacji) o poprawność wszelkich procedur konstrukcji i stosowania testu. Ważne jest także uwzględnienie specyficznej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, która sprawia, że czasami potrzebne są inne rozwiązania w konstruowaniu i/lub stosowaniu narzędzia niż w przypadku populacji ogólnej.

Powyższe analizy nie mają na celu wyczerpującego opisanie wszystkich zagadnień, które należy wziąć pod uwagę podczas przygotowywania narzędzia dla osób z niepełnosprawnością. Ich zadaniem jest bardziej zwrócenie uwagi na fakt, że praktycznie w każdym etapie konstruowania testu psychologicznego dla jednej z grup osób niepełnosprawnych, konstruktorzy powinni z wielką pieczołowitością dbać o uwzględnienie wszelkich specyficznych cech grupy odbiorców testu, które mogą mieć znaczenie dla poszczególnych elementów struktury i użytkowania narzędzia.

Myśląc o przyszłości diagnostyki psychologicznej w rehabilitacji kompleksowej osób niepełnosprawnych

Uwzględniając współczesne trendy w transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej, możemy zauważyć elementy dookreślające najbardziej pożądaną dziś podejście profesjonalistów. Jednym z nich jest spersonalizowa-

ne podejście (*personalized approach*), które, najogólniej mówiąc, oznacza dużą indywidualizację działań. Wszystko, co proponujemy osobie niepełnosprawnej, powinno zaspokajać jej aktualne potrzeby. Jako drugie wskazylibyśmy praktykę opartą na dowodach (*evidence based practice*), gdzie bardzo mocno podkreśla się rolę stanu wiedzy z odpowiednich obszarów, wyników aktualnych badań osoby i oceny samego zainteresowanego jako bazy w podejmowaniu decyzji co do zakresu działań rehabilitacyjnych. Ostatnim jest działanie skierowane na osobę (*person centered acting*), które niektórzy z nas znają jako zapewnienie podmiotowości osobie rehabilitowanej. Chodzi tu o to, aby osoba z niepełnosprawnością była podmiotem współtworzącym przebieg swojej rehabilitacji, współdecydowała o tym, co, kiedy i jak będzie rehabilitowane.

Z kolei na podstawie wieloletnich doświadczeń zauważono, że najbardziej pożądaną sytuacją dotyczącą narzędzi psychologiczno-pedagogicznych jest ta, gdy każde z nich spełnia następujące funkcje (Witkowski, 2015):

1. rozpoznawanie mocnych i słabych stron osoby niepełnosprawnej i/lub jej środowiska,
2. elementy narzędzia stanowią program pracy rehabilitacyjnej na bazie rozpoznania,
3. kontrola efektów działań rehabilitacyjnych,
4. narzędzie badań naukowych.

Literatura

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2007). Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Anastasi, A., Urbina, S. (1999). *Testy psychologiczne*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- APA (2016). <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/rehabilitation.aspx> [12.11.2016].
- Brzeziński, J. (2005). *Trafność i rzetelność testów psychologicznych: wybór tekstów*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Botterbusch, K.F. (1976). *The Use of Psychological Tests with Individuals who are Severely Disabled*. Winsconsin: Materials Development Center Stout Vocational Rehabilitation Institute.
- Committee on Psychological Testing, Including Validity Testing, for Social Security Administration Disability Determinations (2015). *Psychological Testing in the Service of Disability Determination*. Washington: National Academies Press (US).
- Dega, W. (1998). Koncepcja rehabilitacji. W: K. Milanowska, W. Dega (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 15–23). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Evers, A. et al. (2016). Testing Practices and Attitudes Toward Tests and Testing: An International Survey. *International Journal of Testing*, 4, 1–33 (online: <http://dx.doi.org/10.1080/15305058.2016.1216434>).

- Gałkowski, T., Kiwerski, J., Dziedzic, J. (red.). (1986). *Encyklopedyczny Słownik Rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Guidelines for Assessment of Intervention with Persons with Disabilities (2011). American Psychological Association (APA), <http://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities.aspx> [17.09.2016].
- GUS (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
- Harrison, P., Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition (ABAS-3)*. XXXX: WPS.
- Hornowska, E. (przekład) (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hornowska, E. (2009). *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*. Warszawa: SCHOLAR.
- ICF (2012). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Warszawa: CSI OZ.
- Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (2009). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leite-ra P-93. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kamusińska, E. (2008). Znaczenie kompleksowej rehabilitacji w integracji osób niepełnosprawnych ze środowiskiem. *Studia Medyczne*, 9, 83–86.
- Kiwerski, J. (2005). Współczesne poglądy na rehabilitację. W: J. Kiwerski (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 26–37). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Kiwerski, J.E. (red.). (2013). *Słownik rehabilitacji*. Warszawa: Wyższa Szkoła Rehabilitacji.
- Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). Klasyfikacja upośledzenia umysłowego. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika* (s. 73–80). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Książępolska-Orłowska, K., Kujawa, J. (2014). Celowość i efektywność rehabilitacji zawodowej w aspekcie medycznym. W: G. Uścińska, A. Wilmowska-Pietruszyńska (red.), *Rehabilitacja zawodowa – stan aktualny i proponowane zmiany* (s. 283–301). Warszawa: IPISS.
- Otrębski, W., Mariańczyk, K. (2014). Celowość i efektywność rehabilitacji zawodowej w aspekcie psychologicznym i zawodowym. W: G. Uścińska, A. Wilmowska-Pietruszyńska (red.), *Rehabilitacja zawodowa – stan aktualny i proponowane zmiany* (s. 302–329). Warszawa: IPISS.
- Otrębski, W., Wiącek, G., Domagała-Zyśk, E., Sidor-Piekarska, B. (2012). *Jestem dorosły – chcę pracować. Program wspierający młodzież z niepełnosprawnością umysłową w procesie przejścia z edukacji na rynek pracy*. Lublin: Europerspektywa Beata Romejko.
- Otrębski W. (2007). *Interakcyjny model rehabilitacji zawodowej osób z upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Otrębski, W., Wiącek, G. (red.). (2014). *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Paluchowski, J.P. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: SCHOLAR.
- Paluchowski, W.J. (2012). *Nowoczesne metody badawcze w psychologii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Płaszewski, M. (2014). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia: jej znaczenie dla praktyki opartej na danych naukowych. W: E. Rutkowska, W. Otrębski (red.), *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością – wybrane problemy psychospołeczne* (s. 302–329). Biała Podlaska: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.

- Pool, D.A. (1987). *Psychological Assessment of the Disabled*. Wystąpienie podczas Annual Convention of the American Psychological Association.
- Practice Guide for Psychological Testing with People with Disability, Australian Psychological Society (APS) (2015), online: <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/16APS-PP-B-PWD-P1-.pdf> [17.09.2016].
- Schopler, E., Reichler, R.J., Bashford, A., Lansing, M.D., Marcus, L.M. (1995). *Profil psychoedukacyjny PEP-R*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Standardy diagnozy psychologicznej – PTP (2014), <http://www.ptp.org.pl/oddzialy/diagnoza/index.php?content=standard> [28.11.2016].
- Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, J.P. (2008). Podstawy diagnozy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 2* (s. 23–94). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Toeplitz-Winiewska, M. (kier. zespołu) (1999). *Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, online: [ptp.org.pl/teksty//Standardy_Zdrowotne.doc](http://www.ptp.org.pl/teksty//Standardy_Zdrowotne.doc) [24.09.2016].
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2, 7, 5–20.
- Witkowski, T., Otrębski, W., Wiącek, G., Czusz, A., Mariańczyk, K. (2015). *Narzędzia pomiaru w psychologii rehabilitacji. Część I*. Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Witkowski, T. (1997). Niepełnosprawność – terminologia pojęcia. W: A. Juros, W. Otrębski (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej* (s. 95–98). Lublin: FŚCEDs.