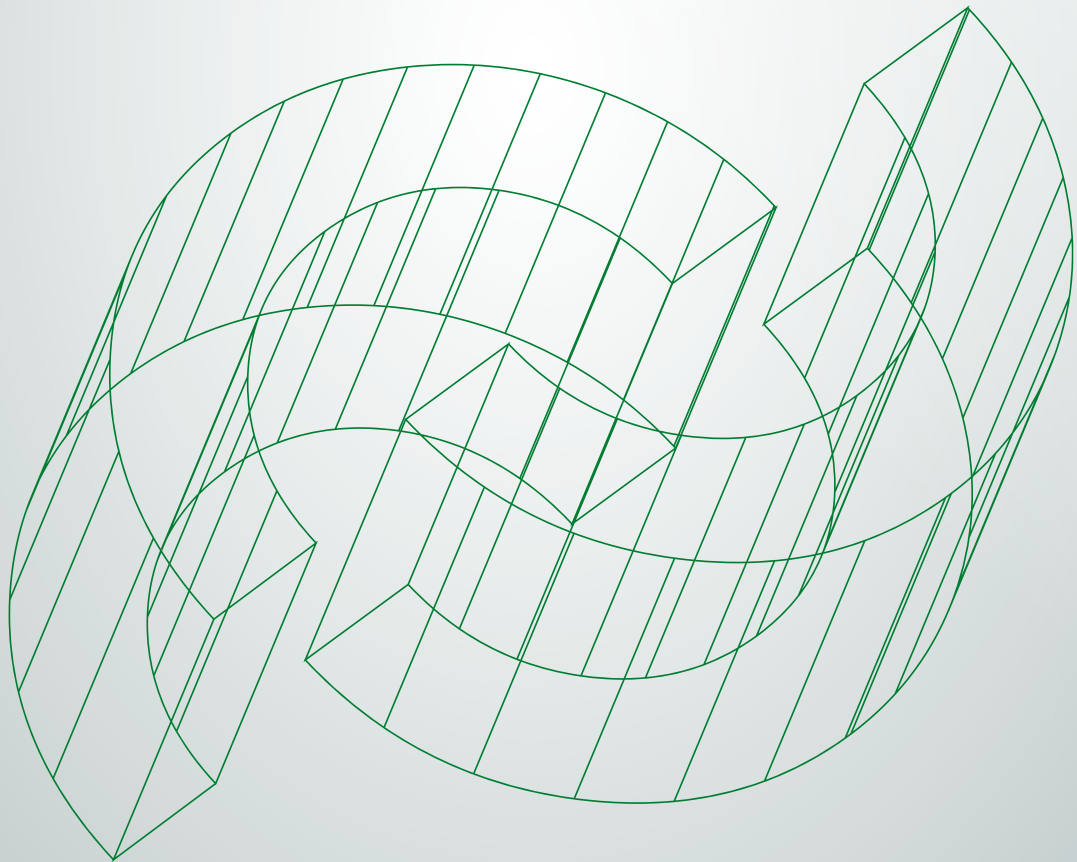


# Bateria testów TR<sup>CS</sup>-KA 1

Ewa Domagała-Zyśk ▪ Tomasz Knopik  
Beata Papuda-Dolińska ▪ Katarzyna Ita Bieńkowska

---

## Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi



# Bateria testów TR<sup>o</sup>S-KA 1

Ewa Domagała-Zyśk ▪ Tomasz Knopik  
Beata Papuda-Dolińska ▪ Katarzyna Ita Bieńkowska

---

## Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi

Ośrodek Rozwoju Edukacji  
Warszawa 2023

Publikacja prezentuje modyfikacje narzędzi diagnostycznych zawartych w monografii: Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017), *TROS-KA. Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emojonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji. Zakres wprowadzonych modyfikacji wynikających z prac adaptacyjnych został omówiony w poniższej publikacji.

Recenzenci:

**prof. dr hab. Zenon Gajdzica; dr hab. Bernadeta Szczupał, prof. APS**

Redakcja merytoryczna  
Wydział Diagnostyki i Współpracy  
z Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi

**Izabella Lutze**

**Natalia Fryzowicz**

Redakcja językowa i korekta

**Marzena Odzimek-Jarosińska**

Projekt okładki, layout,  
redakcja techniczna, skład

**Barbara Jechalska**

**Ośrodek Rozwoju Edukacji**

Warszawa 2023

Wydanie I

ISBN: 978-83-67366-43-4

Publikacja jest rozpowszechniana na zasadach licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne (CC BY-NC):

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.pl>

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

[www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)

tel. 22 345 37 00

# Spis treści

## Wstęp

<b>Bateria TROS-KA 1 — wprowadzenie</b> .....	5
---	---

## Rozdział 1

### **Uczniowie ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi w kontekście zadań**

<b>rozwojowych średniego wieku szkolnego — wybrane zagadnienia</b> .....	9
--	---

1.1. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów niesłyszących i słabosłyszących .....	9
1.1.1. Dylematy terminologiczne .....	9
1.1.2. Komunikacja uczniów z uszkodzeniem słuchu .....	13
1.1.3. Kompetencje emocjonalno-społeczne dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu — przegląd badań .....	15
1.2. Kompetencje emocjonalno-społeczne ucznia z dysfunkcją wzroku .....	18
1.2.1. Poczucie sprawczości .....	19
1.2.2. Radzenie sobie z trudnościami .....	22
1.2.3. Jakość relacji społecznych .....	26
1.2.4. Obraz siebie i jego znaczenie w kształtowaniu kompetencji społecznych .....	30
1.3. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z autystycznym spektrum zaburzeń, w tym z zespołem Aspergera — przegląd badań .....	34
1.3.1. Zespół Aspergera — dylematy diagnostyczne .....	35
1.3.2. Charakterystyka funkcjonowania uczniów z autystycznym spektrum zaburzeń, w tym z zespołem Aspergera w sferze poznawczej i emocjonalno-społecznej .....	38
1.4. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z afazją .....	44
1.4.1. Kontrowersje terminologiczne i propozycja szerokiego spojrzenia .....	44
1.4.2. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z zaburzeniami komunikacji językowej .....	46
1.4.3. Trudności w komunikowaniu się a samoocena uczniów .....	49

## Rozdział 2

### **Ocena funkcjonalna w modelu pracy z uczniem ze zróżnicowanymi**

<b>potrzebami edukacyjnymi</b> .....	51
--------------------------------------	----

2.1. Ogólne założenia procesu oceny funkcjonalnej .....	51
2.2. Podstawowe zasady nauczycielskiej oceny funkcjonalnej .....	54

## Rozdział 3

<b>TROS-KA 1 — etapy konstrukcji oryginalnego narzędzia i zakres modyfikacji</b> .....	58
--	----

3.1. Etapy prac nad narzędziami .....	58
3.2. TROS-KA jako narzędzie w ocenie funkcjonalnej — wyniki analiz przeprowadzonych w latach 2017–2022 .....	60
3.3. Modyfikacja wersji oryginalnej i opracowanie baterii TROS-KA 1 .....	64

3.4. Właściwości psychometryczne metody i normy .....	68
3.4.1. Rzetelność i trafność narzędzia .....	68
3.4.2. Normy dla grup wiekowych .....	74
3.4.3. Interpretacja znormalizowanych wyników .....	75

#### **Rozdział 4**

<b>Możliwości odniesienia wyników badania narzędziem TROS-KA do Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF .....</b>	<b>78</b>
---	-----------

#### **Rozdział 5**

<b>Procedura diagnostyczna dla wybranych grup uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi .....</b>	<b>86</b>
---	-----------

#### **Rozdział 6**

<b>Działania postdiagnostyczne .....</b>	<b>90</b>
6.1. Wykaz scenariuszy .....	91
6.2. Przykładowe scenariusze .....	94

<b>Bibliografia .....</b>	<b>108</b>
---------------------------	------------

<b>Aneks .....</b>	<b>130</b>
--------------------	------------

# Wstęp

## Bateria TROS-KA 1 – wprowadzenie

W ostatnich latach jesteśmy świadkami oraz uczestnikami żywej dyskusji dotyczącej trudności i możliwości uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, a także najbardziej adekwatnego dla nich modelu kształcenia. Zasadniczo nauczyciele i osoby odpowiedzialne za edukację w Polsce zgadzają się co do tego (MEiN, 2020), że *podstawowym celem nowego modelu edukacji jest optymalizowanie rozwoju każdej osoby tak, aby nie tylko wspierać ją w pokonywaniu barier wynikających z niepełnosprawności czy zaburzeń, ale zapewniać jej aktywny udział i uczestnictwo zarówno w procesie uczenia się – nauczania, jak też w innych sferach funkcjonowania, charakterystycznych dla osób w danym wieku*. Poziom uczestnictwa i aktywności zależny jest zaś nie tylko od biologicznych i psychicznych predyspozycji danej osoby, ale także – zgodnie z założeniami biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności – od zakresu wsparcia ze strony środowiska rodzinnego, szkolnego i lokalnego (por. Otrębski i in., 2022; Domagała-Zyśk i in., 2022).

Kluczowym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji dotyczących wsparcia jest właściwe rozpoznanie potrzeb i możliwości ucznia, które dokonuje się w procesie wielospecjalistycznej i kompleksowo prowadzonej oceny funkcjonalnej (OF). W kontraście do dotychczasowych podejść diagnostycznych, akcentujących, iż przed rozpoczęciem terapii konieczne jest drobiazgowo rozpoznanie zaburzeń, problemów i deficytów ucznia, w modelu oceny funkcjonalnej podkreśla się obowiązek opisu i charakterystyki różnorodnych obszarów funkcjonowania ucznia, nie tylko tych uznanych wstępnie za problematyczne, ale także jego mocnych stron.

Prezentowana monografia skierowana jest do specjalistów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz innych jednostkach systemu oświaty, którzy dostrzegają potrzebę identyfikowania aktualnego poziomu rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów w ramach prowadzonej oceny funkcjonalnej.

Pakiet TROS-KA 1 zawiera pięć skal, które pozwalają określić następujące wymiary kompetencji emocjonalno-społecznych: radzenie sobie z trudnościami (T), relacje społeczne (R), obraz siebie (O), sprawczość (S) oraz kontrolę afektu (KA). KA to skala przesiewowa, która daje również szansę na ocenę 270 stopni – wypełniana jest przez wychowawcę lub innego nauczyciela, rodzica i samego ucznia.

Akronim TROS-KA (T – trudności, R – relacje z innymi, O – obraz siebie, S – sprawczość, KA – kontrola afektu) zawiera główną ideę, jaka przyświecała autorom podczas prac koncepcyjnych: zatroszczyć się o te obszary rozwojowe uczniów, które tej troski najbardziej potrzebują (cel profilaktyczny). Jednocześnie TROS-KA to również punkt dojścia działań

wspierających – ukształtowanie gotowości uczniów do troszczenia się o innych. TROS-KA to także wsparcie udzielane wychowawcom i pracownikom poradni psychologiczno-pedagogicznych (poprzez wyposażenie ich w wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne i materiały dydaktyczne).

Obszar emocjonalno-społeczny uczniów stanowi obok sfery poznawczej podstawowy obszar rozwojowy. Powszechne myślenie o szkole jako o instytucji rozwijającej głównie wiedzę i umiejętności uczniów redukuje jej kluczową funkcję wychowawczą, która dotyczy procesu formowania osobowości młodych ludzi, w tym ich emocji, motywacji, wartości i postaw (również społecznych). Traktowanie edukacji jedynie jako wieloetapowej procedury przyswajania sobie wiedzy zniekształca jej właściwy cel, który można by sformułować, idąc za Sternbergiem (1996), jako powodzenie życiowe. Głównym zadaniem szkoły, w tym szczególnie szkoły podstawowej, jest stworzenie bazy dla rozwoju tych kompetencji, które w przyszłości pozwolą dorosłemu już człowiekowi być w pełni samodzielnym i odpowiedzialnym za los, nie tylko swój, ale również najbliższego otoczenia. Ta baza stanowi zbiór uniwersalnych zasobów, które mogą być wykorzystywane przy realizacji różnorodnych aktywności człowieka (mają zatem status zasobów transferowalnych; por. Rosalska, 2012).

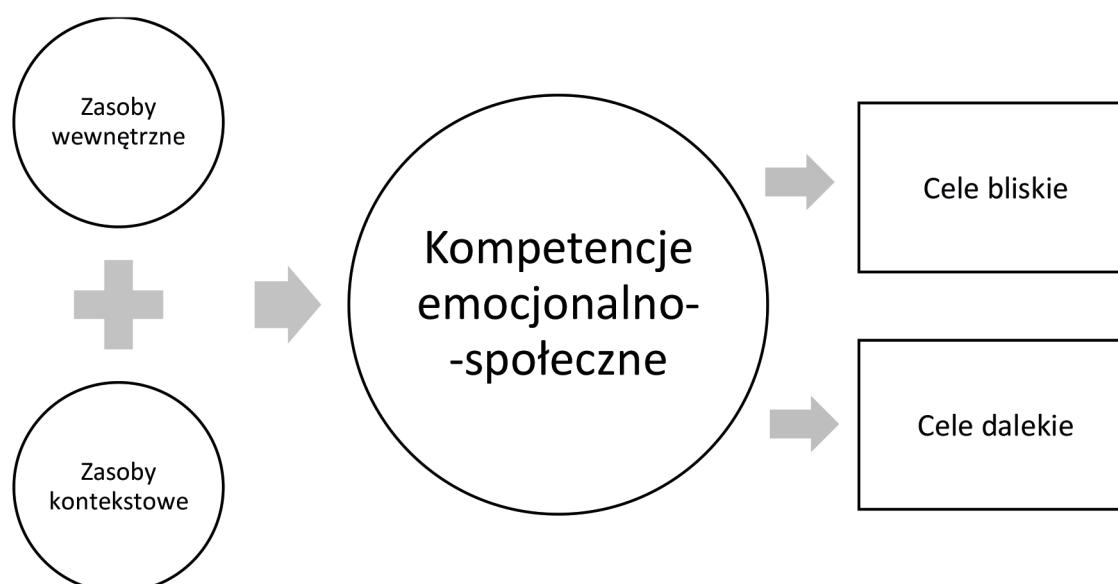
Dynamika wyzwań współczesnego świata i konieczność zmierzenia się z nowymi wyzwaniami (w tym tak ekstremalnymi – jak pandemia COVID-19 czy wojna w Ukrainie) wymaga wyposażenia młodych ludzi w zasoby odpornościowe, wśród których kompetencje emocjonalno-społeczne odgrywają kluczową rolę. Stąd znaczenie oceny funkcjonalnej, która ukie-  
runkowana jest na ten aspekt potencjału uczniów, istotnie wzrasta w procesie kształcenia i wychowania otwartym na aktualne potrzeby zarówno indywidualne, jak i społeczne wynikające z przeobrażeń cywilizacyjnych, kulturowych i politycznych.

Zawarte w monografii narzędzia wraz ze szczegółowymi wytycznymi dotyczącymi procedury korzystania z nich, m.in. w odniesieniu do potencjalnych trudności uczniów w zakresie percepcji lub rozumienia tekstu, pozwalają prowadzić proces oceny funkcjonalnej również w grupie uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi.

Nauczyciele z pewnością potrzebują narzędzia do opisu zachowań uczniów w taki sposób, aby móc na jego podstawie przygotować odpowiedni program profilaktyczny lub terapeutyczny (lub wspomagający rozwój przy braku zidentyfikowanych deficytów), a jednocześnie, aby ów opis był punktem wyjścia do włączenia w proces wspierania ucznia zarówno jego rodziców, rówieśników, jak i innych nauczycieli. Należy podkreślić, że współczesne badania nad rozwijaniem inteligencji społecznej i emocjonalnej (Śmieja, Orzechowski, 2008) wyraźnie wskazują na szerokie możliwości trenowania tej grupy zdolności (kompetencji), pomimo zróżnicowanych uwarunkowań temperamentalnych i charakterologicznych między uczniami. Psychologia współczesna, a szczególnie jej pozytywny nurt na nowo odkrywa ogromny potencjał kreatywny i autokreatywny człowieka, dzięki któremu z łatwością wchodzi on w proces wprowadzania zmian w swoim życiu, jeśli tylko widzi ich sens (Trzebińska, 2008).

W koncepcji pakietu TROS-KA wyraźnie podkreślono transferowalny charakter zasobów emocjonalnych i społecznych, odnosząc je do szerokiej sfery poczucia kompetencji i sprawczości podmiotu (Domagała-Zyśk i in., 2017). Orientacja na zdolności człowieka do korzystania z dostępnych zasobów została uznana również za kluczowy wymiar kompetencji emocjonalno-społecznych zgodnie z koncepcją E. Watersa i L.A. Sroufe'a (1983). Według tych badaczy kompetencje emocjonalno-społeczne to zbiór umiejętności korzystania z zasobów osobistych i środowiskowych w celu osiągnięcia korzystnych efektów rozwojowych (ang. *good developmental outcomes*). Korzystny charakter dokonań rozwojowych związany jest z efektywnym realizowaniem zadań rozwojowych (charakterystycznych dla danego etapu życia) oraz tworzeniem i kumulowaniem zasobów do radzenia sobie z wyzwaniami w przyszłości. Perspektywa zmiany funkcjonowania jest przez badaczy pojmowana dwójako: jako rezultaty bliskie (proksymalne) i odłożone w czasie (dystalne). Ważne jest jednak odniesienie podejmowanych działań edukacyjnych do obu wymiarów tak, aby udzielane wsparcie nie pełniło tylko doraźnej roli, ale trwale wzmacniało zasoby odpornościowe ucznia (por. ryc. 1.).

Ryc. 1. Kompetencje emocjonalno-społeczne jako umiejętności korzystania z zasobów



Źródło: opracowanie własne wg koncepcji Watersa E. i Sroufe'a L.A., (1983)

Pierwotny zamysł polegający na opracowaniu osobnych wersji narzędzi TROS-KA dla poszczególnych grup SPE po przeprowadzeniu badań pilotażowych i po wieloetapowych konsultacjach z ekspertami z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii edukacyjnej (proces ten szczegółowo został opisany [w:] Domagała-Zyśk, Bieńkowska, Knopik, Papuda-Dolińska, 2023) doprowadził do uzyskania wersji skal spójnych treściowo – możliwych do skompilowania w jedną kongruentną wersję. Oparcie procesu wdrażania zmian w skalach na potrzebach wspólnych wybranym grupom SPE umożliwiło wygenerowanie wersji uniwersalnie dostępnej, ale również otwartej na wykorzystanie racjonalnych modyfikacji, przygotowywanych opcjonalnie i indywidualnie dla badanego ucznia, np. odczytu itemów skali, zmiany koloru tła tekstu. Wdrożona już podczas projektowania oryginalnej wersji narzędzi TROS-KA



w 2017 r. idea projektowania uniwersalnego wzmocniona została aktualnie o istotne modyfikacje językowe. Uproszczenia dotyczyły głównie składni i semantyki itemów diagnostycznych (bez interwencji w samą ich treść i pragmatykę). Takie rozwiązania doprowadziły do sytuacji, w której zaadaptowane do czterech grup SPE osobne kwestionariusze TROS-KA stanowiły właściwie prawie tożsame skale. Sytuacja ta pokazuje, że możliwe jest przygotowanie jednej wspólnej wersji narzędzia, które w żaden sposób nie będzie oczekiwało od diagnosty już na wstępnym etapie etykietowania przynależności badanego ucznia do kategorii specjalnych potrzeb edukacyjnych – będzie jedynie wymagało ewentualnych dodatkowych działań ze strony badacza przeprowadzającego ocenę funkcjonalną (np. wyposażenie w czytnik pozwalający na audiodeskrypcję obrazków w testach, powiększenie ekranu, zaangażowanie w badanie tłumacza języka migowego czy odczytanie itemów przez nauczyciela).

Warto podkreślić, że ocena funkcjonalna jest postrzegana jako proces, który zawsze po etapie rozpoznania zasobów ucznia i trudności oraz barier hamujących jego rozwój zakłada wsparcie. Dlatego też nauczyciele i wychowawcy otrzymują, oprócz tej monografii i samej skali, materiały postdiagnostyczne zgromadzone w poradniku (<https://www.ore.edu.pl/2023/12/bateria-testow-tros-ka-1>). Zamysł tych scenariuszy, gier i kart pracy był taki, aby nie traktować zajęć rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne jako dodatkowej formy kształcenia. Najbardziej skuteczne jest wdrożenie idei budowania zasobów odpornościowych jako stałej perspektywy metodycznej przyjmowanej przez wszystkich nauczycieli bez względu na nauczany przedmiot (por. Knopik, Oszwa, 2022).

# Rozdział 1

## Uczniowie ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi w kontekście zadań rozwojowych średniego wieku szkolnego – wybrane zagadnienia

W procesie oceny funkcjonalnej zakładamy, że każdy uczeń jest integralną osobą, dysponującą unikalnym zestawem cech i funkcjonującą w określonym środowisku, posiadającą właściwe sobie walory wspierające rozwój osoby – bądź go hamujące czy utrudniające. Jednocześnie pewne cechy funkcjonowania są wspólne dla określonych grup uczniów, w tym uczniów z niepełnosprawnościami. Doświadczane przez nich deprivacje sensoryczne, społeczne czy językowe modyfikują sposób ich funkcjonowania osobistego oraz podejmowania działań w różnych rolach społecznych.

W poniższym rozdziale dokonany zostanie przegląd badań dotyczących specyfiki funkcjonowania psychospołecznego uczniów z wybranymi niepełnosprawnościami: dysfunkcjami wzroku i słuchu, afazją oraz autystycznym spektrum zaburzeń, w tym z zespołem Aspergera.

### 1.1. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów niesłyszących i słabosłyszących

W celu ułatwienia poruszania się w omawianej tematyce w pierwszej kolejności dokonana zostanie analiza terminologiczna, a następnie scharakteryzowane potrzeby i kompetencje uczniów niesłyszących i słabosłyszących. Na tym tle przedstawiony zostanie przegląd współczesnych badań dotyczących zarówno uniwersalności, jak i specyfiki funkcjonowania tej grupy uczniów.

#### 1.1.1. Dylematy terminologiczne

Od lat najczęstszym kryterium wyróżnienia grupy osób niesłyszących i słabosłyszących jest zastosowanie liczbowych wartości, określających poziom uszkodzenia słuchu (US) w porównaniu z osobami normalnie słyszającymi. W Polsce i w krajach Europy Zachodniej w badaniach surdopedagogicznych stosowana jest klasyfikacja Międzynarodowego Biura Audiofonologii (ang. *International Bureau for Audiophonology* BIAP), w której uszkodzenie słuchu podzielono na pięć kategorii w zależności od stopnia utraty wrażliwości słuchowej: lekkie (21–40 dB), umiarkowane (41–70 dB, w tym pierwszy stopień – 41–55 dB, drugi stopień – 56–70 dB), znaczne (71–90 dB, w tym pierwszy stopień – 71–80, drugi stopień 81–90) i głębokie (powyżej 91 dB, w tym pierwszy stopień – 91–100, drugi stopień – 101–110, trzeci stopień – 111–119 dB). Osoby o uszkodzeniu słuchu powyżej 120 dB określa się jako całkowicie głuche. Podział ten przedstawiono poniżej (tab. 1.).

Tab. 1. Klasyfikacje audiofonologiczne uszkodzenia słuchu wg BIAP

<b>Wielkość uszkodzenia</b>	<b>Nazwa w języku angielskim</b>	<b>Nazwa w języku polskim</b>
21–40 dB	<i>Mild</i>	Lekkie uszkodzenie słuchu
41–70 dB	<i>Moderate</i>	Umiarkowane uszkodzenie słuchu
71–90 dB	<i>Severe</i>	Znaczne uszkodzenie słuchu
91–119 dB	<i>Profound</i>	Głębokie uszkodzenie słuchu
Powyżej 120 dB	<i>Total</i>	Całkowite uszkodzenie słuchu

Źródło: opracowanie wg (1996) [www.biap.org](http://www.biap.org) [dostęp: 4.02.2022]

**Inną klasyfikację uszkodzeń słuchu zaproponowało World Health Organization (WHO)** (*Report on Deafness*, 1991). Różni się ona zasadniczo od klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP), ponieważ przyjmuje się w niej, że o US mówimy w przypadku zaburzenia większego niż 26 dB (w klasyfikacji BIAP jest to 21 dB), natomiast dla uszkodzeń znacznego i głębokiego proponuje się przyjęcie niższych wartości: uszkodzenie znaczne dotyczy osób o wrażliwości słuchowej 61–80 dB, natomiast uszkodzenie głębokie diagnozuje się u osób o wrażliwości słuchowej rzędu 81 i więcej decybeli, co oznacza różnice w stosunku do klasyfikacji BIAP aż do 10 decybeli (tab. 1.).

Tab. 2. Klasyfikacja uszkodzeń słuchu wg WHO

<b>Audiometryczna wartość uszkodzenia (ISO) – średnia dla 500, 1000, 2000 i 4000 Hz</b>	<b>Nazwa w języku angielskim</b>	<b>Nazwa w języku polskim</b>
26–40 dBHL dla lepszego ucha	<i>Slight</i>	Lekkie uszkodzenie słuchu
41–60 dBHL dla lepszego ucha	<i>Moderate</i>	Umiarkowane uszkodzenie słuchu
61–80 dBHL dla lepszego ucha	<i>Severe</i>	Znaczne uszkodzenie słuchu
81 dBHL i więcej dla lepszego ucha	<i>Profound</i>	Głębokie uszkodzenie słuchu

Źródło: opracowanie wg WHO, *Report on Deafness*, (1991)

Istniejące różnice między klasyfikacjami utrudniają w istotny sposób korzystanie z literatury przedmiotu, ponieważ nie w każdym przypadku wiadomo, co kryje się za słownym określeniem poziomu uszkodzenia słuchu (np. *mild* może znaczyć uszkodzenie 21–40 dB lub 41–54 dB, w zależności od przyjętej klasyfikacji). Klasyfikacje powyższe są też często krytykowane. Szczepankowski (1998, s. 34) zauważa, że wykorzystuje się w nich jedynie wartość proggu słyszenia, ale nie uwzględnia się innych aspektów, przede wszystkim jakości słyszenia nadprogowego, czyli rozróżniania i identyfikacji dźwięków silniejszych niż pogranicza słyszenia oraz poziomu i jakości słyszenia, które jest efektem zastosowania urządzeń wspomagających słyszenie.

Przy ocenie uszkodzeń słuchu brane są także **inne aspekty modyfikujące obraz funkcjonowania osoby, np. czynniki etiologiczne**, które przyczyniły się do powstania zaburzenia.

Podzielić je można na dwie grupy:

- wrodzone, w tym genetyczne – powstałe na skutek predyspozycji genetycznych, a także chorób matki lub narażenia na czynniki niekorzystne podczas ciąży;
- nabyte, powstałe po urodzeniu – na skutek chorób, urazów mechanicznych w obrębie głowy, urazów akustycznych, użycia środków farmakologicznych (Pruszewicz, 2003; Śliwińska-Kowalska, 2005; Niemczyk, 2012).

Przy zastosowaniu pedagogiczno-logopedycznej oceny wpływu uszkodzenia słuchu na funkcjonowanie osoby ważne jest **kryterium czasu** wystąpienia stopnia uszkodzenia słuchu. Rozróżniane są tu trzy typy uszkodzenia:

1. Prelingwalne – diagnozowane wtedy, kiedy przyczyna wystąpiła przed rozwojem mowy:
  - a) wrodzone – które powstało w okresie prenatalnym i jest obecne już w chwili urodzenia;
  - b) nabyte – które powstało w okresie perinatalnym lub później w pierwszym roku życia;
2. Perilingwalne – nabyte w czasie rozwoju mowy, pomiędzy drugim a siódmym rokiem życia;
3. Postlingwalne – nabyte po okresie rozwoju mowy – po siódmym roku życia (Skarżyński, 1999; Flexer i Madell, 2008).

Ze względu na anatomiczną lokalizację miejsca uszkodzenia wyróżnia się także trzy typy uszkodzenia słuchu i wskazuje na ich specyficzne znaczenie dla słyszenia mowy (tab. 3.).

Tab. 3. Typy uszkodzenia słuchu ze względu na miejsce uszkodzenia i ich znaczenie dla słyszenia mowy

Typ uszkodzenia	Miejsce, głębokość uszkodzenia	Następstwo uszkodzenia w odniesieniu do mowy
Przewodzeniowe (łac. <i>hypoacusis conductiva</i> )	Ucho zewnętrzne lub środkowe, ubytek najczęściej nie przekracza 60 dB	Dziecko odbiera własną mowę na drodze przewodnictwa kostnego i jest w stanie częściowo ją korygować; Zachowane jest słyszenie i rozumienie mowy w sprzyjających warunkach akustycznych. Nie zawsze stosowane jest w trakcie leczenia UWS. Zastosowanie zgodnie z zaleceniami lekarskimi urządzeń wspomagających słyszenie (UWS, np. aparat słuchowy, aparat lub implant kostny) poprawia słyszenie i rozumienie mowy.

<b>Typ uszkodzenia</b>	<b>Miejsce, głębokość uszkodzenia</b>	<b>Następstwo uszkodzenia w odniesieniu do mowy</b>
Odbiorcze (łac. <i>hypoacusis perceptiva</i> ) zwane również uszkodzeniem zmysłowo-nerwowym	Ucho wewnętrzne – zwój spiralny lub nerw słuchowy; uszkodzenie słuchu występuje często w stopniu znacznym lub głębokim	Dźwięk odbierany jest nie tylko ciszej, lecz także jego jakość jest inna, ze względu na ograniczenia związane z odbiorem częstotliwości (dźwięk jest zdeformowany). Zazwyczaj lepiej odbierane są częstotliwości niskie, a gorzej wysokie, co powoduje zaburzenia w odbieraniu dźwięków mowy, ale przede wszystkim w jej rozumieniu. Słyszenie i rozumienie mowy możliwe jest przy użyciu indywidualnie dobranego UWS.
	Wyższe piętra drogi słuchowej (w tym ośrodki korowe – uszkodzenie typu centralnego	Wyniki konwencjonalnych badań słuchu są najczęściej prawidłowe. Trudności dotyczą słyszenia i rozumienia dźwięków (w tym rozróżniania ich cech, np. czasu trwania, częstotliwości, głośności). Utrudniona jest identyfikacja i rozumienie sygnału dźwiękowego (ze szczególnym uwzględnieniem pasma mowy) – szczególnie w trudnych warunkach akustycznych (hałas, rozmowa kilku osób itp.).
Mieszane (łac. <i>hypoacusis mixta</i> )	Najczęściej uszkodzenia nerwu słuchowego oraz ostrego lub przewlekłego zapalenia ucha środkowego	Dźwięk odbierany jest ciszej, jego jakość jest inna, ponadto odbiór dźwięku może się zmieniać w czasie. W zależności od czasu trwania i głębokości uszkodzenia pierwotnego może w różnym stopniu wpływać na rozwój mowy.

Źródło: opracowanie własne wg Pruszewicz A., (2002), s. 325–333

W polskiej praktyce edukacyjnej przyjmuje się audiologiczną klasyfikację WHO, zatem do grupy osób niesłyszących zalicza się uczniów o uszkodzeniu słuchu powyżej 81 dB, natomiast do grupy osób słabosłyszących – uczniów o uszkodzeniu słuchu poniżej tej wartości. Określenia te nie zawsze są zgodne z autodeklaracją uczniów, dla których określenie siebie jako osoby niesłyszącej, słabosłyszącej wiąże się nie tylko z wartością audiologiczną uszkodzenia, ale szeregiem innych czynników, np. posługiwaniem się językiem migowym czy poczuciem przynależność do Kultury Głuchych.

### 1.1.2. Komunikacja uczniów z uszkodzeniem słuchu

Na gruncie polskim stosowana jest także rozbudowana **klasyfikacja zaproponowana przez Kazimierę Krakowiak** (2006a, s. 255–288, por. także Krakowiak, 2012). Zasadniczo oparta jest ona na klasyfikacji WHO, jednak autorka proponuje zmianę w zakresie odróżniania lekkiego i umiarkowanego stopnia uszkodzenia słuchu – dla lekkiego przyjmuje wartości 10–30 dB, dla umiarkowanego zaś 30–60 dB. Krakowiak proponuje także, aby w każdej z grup wyróżniać jeszcze pierwszy, drugi i trzeci stopień, a charakteryzując potrzeby osoby z wadą słuchu, określać także czas powstania wady. W związku z tym wyróżnia uszkodzenie prelingwalne, powstałe przed ukształtowaniem się podstawowych funkcji słuchowych, czyli w okresie prenatalnym lub w 1. roku życia dziecka, perilingwalne wczesne – powstałe w wieku 2–3 lat, perilingwalne późne – powstałe w wieku 4–7 lat, postlingwalne wczesne – powstałe w wieku 7–12 lat oraz postlingwalne późne – powstałe po 12. roku życia. Autorka proponuje także podział osób z uszkodzeniami słuchu ze względu na różnice w zakresie jakości ograniczenia sprawności słyszenia dźwięków mowy. Wyróżnia w tym zakresie cztery grupy osób:

1. Osoby funkcjonalnie słyszące, które z pomocą aparatów słuchowych lub implantów potrafią dokładnie rozpoznawać sygnały mowy;
2. Osoby niedosłyszające, które wykorzystują zmysł słuchu jako dominujący w odbiorze mowy;
3. Osoby słabosłyszające, które w percepcji wypowiedzi wykorzystują głównie zmysł wzroku, pomocniczo korzystając ze zmysłu słuchu;
4. Osoby niesłyszające, które nie wykorzystują słuchu w percepcji mowy.

Autorka typologii zwraca także uwagę, że przypisanie danej osoby do określonej grupy nie ma charakteru stałego, ponieważ na skutek terapii osoba może poprawić swoją zdolność rozumienia mowy, np. z osoby niesłyszającej stać się osobą słabosłyszającą lub funkcjonalnie słyszającą (por. Krakowiak, 2012). Zatem każdorazowo diagnoza ma charakter opisu aktualnego stanu osoby i może ulec zmianie. Uwzględnienie tych wszystkich cech charakterystycznych pozwoliło na wyróżnienie 107 grup osób z uszkodzeniem słuchu (Krakowiak, 2006a, s. 283–287). Świadomość tak ogromnej różnorodności potrzeb jest poważnym zadaniem dla każdego badacza i praktyka podejmującego się pracy z osobami z uszkodzeniem słuchu.

W konsekwencji liczbowe, medyczne czy też czasowe kryterium uszkodzenia słuchu nie powinno być traktowane jako ostateczne i jedyne, warunkujące jednoznacznie rodzaj terapii i program edukacji ucznia. Należy także mieć na uwadze, że sama sprawność odbioru dźwięków nie oznacza automatycznie umiejętności ich rozumienia i operowania nimi – ta umiejętność jest zależna od posiadanej przez daną osobę kompetencji językowej, czyli zdolności umysłowego władania systemem językowym, która jest efektem posiadanego przez daną osobę doświadczenia językowego (Krakowiak, 2006, s. 20). Uwarunkowane ono może być biologicznymi możliwościami dziecka, jego cechami indywidualnymi, a także oddziaływaniem środowiska czy zachodzącymi zmianami cywilizacyjno-kulturowymi (np. szerokim dostępem do wizualnych środków przekazu informacji).

Przy ocenie możliwości komunikowania się ucznia z uszkodzeniem słuchu należy brać pod uwagę: korzyści z UWS, stan mowy, poziom znajomości języka migowego, poziom czytania ze zrozumieniem tekstu w języku ojczystym. Stan mowy określany jest przez surdologopedę na poszczególnych płaszczyznach językowych (por. tab. 4.).

Tab. 4. Możliwe stany rozwoju mowy uczniów z uszkodzeniem słuchu

<b>Stan rozwoju mowy dziecka z US</b>	<b>Charakterystyka</b>
Brak języka w formie fonicznej	Kompetencja językowa, komunikacyjna i kulturowa jest realizowana w języku migowym. Stan ten dotyczyć może uczniów z głębokim uszkodzeniem słuchu, wychowujących się w kulturze środowiska osób Głuchych. W skrajnych przypadkach, spowodowanych wielorakimi czynnikami, brak mowy występuje z brakiem lub ograniczeniem kompetencji i sprawności językowych w ogóle.
Niedokształcenie mowy	Zaburzenie rozwoju mowy; występują liczne nieprawidłowości w nabywaniu reguł poszczególnych podsystemów językowych związane z ograniczonym dostępem do pola akustycznego mowy. W mowie zaobserwować można nienormatywne zjawiska językowe, możliwe jest zanikanie już nabytych umiejętności. Brak oznak samoistnego rozwoju mowy (w wypowiedziach dziecka nie pojawiają się konstrukcje, które nie były wcześniej ćwiczone). Możliwa jest dysprozodia (słowa i zdania mogą być wypowiedzane w wolniejszym tempie, z dużym wysiłkiem) oraz dysfonia (jakość głosu – zbyt niski lub wysoki). Diagnozowane są zakłócenia (nienormatywne realizacje) fonemów, morfemów i struktur składniowych języka. Charakterystyczna jest zmienność realizacji.
Opóźniony rozwój mowy	System językowy jest nabywany zgodnie z prawidłami charakterystycznymi dla dziecka młodszego. Zachowana jest jednak reguła stopniowego przyswajania kompetencji językowej, komunikacyjnej, kulturowej oraz sprawności językowych. Trudności w mowie, występujące na poszczególnych płaszczyznach (fonologicznej, morfologicznej, składniowej oraz w zakresie nabywania leksyki), uwidaczniają zjawiska językowe charakterystyczne dla dzieci w młodszym wieku. Na przykład: opóźnienia umiejętności niezbędnych do samodzielnego tworzenia wypowiedzi mają charakter ilościowy (słownik czynny i bierny jest poniżej wieku chronologicznego) oraz jakościowy (liczne zaburzenia artykulacyjne, nieprawidłowości semantyczne, słabe rozumienie poleceń). Diagnostyczną cechą jest obserwowany przez rodziców i terapeutów samoistny rozwój językowy świadczący o stopniowym odkrywaniu reguł językowych (w wypowiedziach uwidaczniają się konstrukcje, które nie były ćwiczone). Stan diagnozowany jest u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym. Pozwala prognozować, że w dłuższym czasie, pod wpływem stymulacji, przy sprzyjających czynnikach egzo- i endogennych nastąpi wyrównanie poziomu mowy do normy wiekowej.

Stan rozwoju mowy dziecka z US	Charakterystyka
Dyslalia słuchowa	Zaburzenie wymowy wynikające z ograniczenia lub braku: dostępu akustycznego do wzorców wymowy oraz autokontroli słuchowej. Objawy, w różnym stopniu nasilenia, spowodowane są zawężeniem pola słuchowego percepcji mowy zarówno w zakresie głośności (dB), jak i natężenia (Hz), a także ograniczonymi strategiami i wydolnością urządzeń wspomagających słyszenie (m.in. kompresją dźwięku). Trudności w różnicowaniu słuchowym dźwięków mowy prowadzą do niewłaściwej ich wymowy. Zaburzenie artykulacyjne, przy jednoczesnym przyswojeniu systemu językowego, charakteryzują się deformacją głosek. W ciągu fonicznym mogą występować: elizje, metatezy, substytucje (systemowe i niesystemowe) zarówno pojedynczych głosek, jak i grup głoskowych (w szczególności spółgłoskowych). Analiza możliwości słyszenia w wolnym polu w odniesieniu do formantów częstotliwościowych samogłosek i spółgłosek pozwala na określenie, jakie głoski z inwentarza fonemów pozostają w zakresie autokontroli. Z dyslalią audiogenną mogą współwystępować nieprawidłowości na płaszczyźnie suprasegmentalnej – dysfonia i dysprozodia (w szczególności zaburzenia tempa i melodii mówienia oraz rozmieszczenia akcentów).
Stan normy	Zarówno rozumienie, jak i mówienie nie odbiegają od normatywnego rozwoju, charakterystycznego dla wieku badanego dziecka. Rozwój mowy według standaryzowanych testów jest zgodny z normą wiekową. Jeżeli dziecko ciągle jest w okresie rozwijania umiejętności językowych, to konieczna jest nadal systematyczna, profilaktyczna terapia i monitorowanie percepcji słuchowej oraz poziomu rozwoju języka.

Źródło: Modyfikacja opracowania własnego – Bieńkowska K.I., (2022), s. 90–91, wg Emiluta-Rozya D., (2008, 2012, 2013, 2016, 2017)

### 1.1.3. Kompetencje emocjonalno-społeczne dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu – przegląd badań

Analiza danych demograficznych z różnych krajów i kontynentów pokazuje, że tylko ok. 5% dzieci z uszkodzeniem słuchu rodzi się w niesłyszących rodzinach, pozostałe 95% ma słyszących rodziców. Podstawową trudnością rodziców dzieci z uszkodzeniem słuchu jest nawiązanie skutecznej komunikacji w rodzinie. Z jednej strony jest to proces naturalny, z drugiej strony uzależniony jednak od wielu czynników biopsychospołecznych. Do najważniejszych należą: wczesna diagnoza, korzyści z UWS, brak uszkodzeń i chorób sprzężonych i stymulacja środowiskowa prowadzona od wieku niemowlęcego. Zdarza się jednak, że pomimo starań otoczenia, z różnorodnych egzo- i endogennych przyczyn do dziecka nie docierają wszystkie komunikaty językowe, a podejmowana terapia słuchu i mowy nie przynosi spodziewanych przez rodziców i nauczycieli efektów. Ma ono przede wszystkim znacznie utrudnione nie-intencjonalne uczenie się mowy, języka i poznawanie świata, np. przez przysłuchiwanie się dorosłym i innym dzieciom (podśluchiwanie). Ograniczony dostęp do strumienia mowy



skutkować może ograniczeniami (w różnym stopniu) kompetencji komunikacyjnej i kulturowej. Tym samym uczeń z uszkodzeniem słuchu najczęściej posiada niepełną wiedzę o normach społecznych, źródłach określonych postaw, sposobach radzenia sobie z trudnościami, złożonej i niejednoznacznej interpretacji emocji i zachowań innych osób.

Okres dorastania jest czasem budowania własnej tożsamości. W przypadku uczniów niesłyszących i słabosłyszących oznacza to także konieczność zmierzenia się (już nie jako dziecko, będące pod silnym wpływem rodziców, ale jako autonomiczny młody człowiek) z zagadnieniami własnej tożsamości jako osoby z uszkodzeniem słuchu. To w tym okresie uczniowie świadomie myślą o sobie jako o osobie „prawie słyszającej”, „słabosłyszącej”, „niesłyszącej”, „głuchej”/Głuchej. Mierzą się zarówno z konsekwencjami takiego myślenia o sobie samych, jak i z opiniami kolegów i koleżanek. Okres dorastania wiąże się z potrzebą poszukiwania rówieśników o podobnych cechach. Może to skutkować pogłębianiem wiadomości o uszkodzeniu słuchu, a także podtrzymywaniem lub nawiązywaniem kontaktów z innymi osobami, które również noszą UWS. Zdarza się, że nastolatek realizuje potrzebę głębszego wejścia w świat ciszy poprzez decyzję o poznaniu lub częstszym posługiwaniu się językiem migowym. Część dzieci i młodzieży może zachowywać się odwrotnie. W okresie dorastania zaczyna ukrywać fakty – odmawia noszenia UWS, ukrywa je pod włosami, czapką itp., odczuwa potrzebą odcięcia się od świata osób z uszkodzeniem słuchu, terapii, dodatkowych zajęć i lekcji indywidualnych, starając się za wszelką cenę uchodzić za osobę słyszącą. Pozytywne rozstrzygnięcie tych konfliktów wiąże się z akceptacją siebie jako osoby niesłyszącej, słabosłyszącej, która posiadając cechę niesłyszenia – może jednocześnie być w pełni wartościowym i szczęśliwym człowiekiem (Kobosko, 2014, 2019).

Wyjątkowe trudności w określeniu własnej tożsamości mają osoby z głębokimi uszkodzeniami prelingwalnymi, które są użytkownikami implantów ślimakowych. Implanty zazwyczaj pozwalają im funkcjonować dobrze w zakresie odbierania dźwięków mowy i rozwoju komunikacji językowej. Sprawia to, że uznają oni siebie i są uznawani przez innych (np. nauczycieli) za osoby słyszące. Negowanie faktu posiadania głębokiego uszkodzenia słuchu i niepełne rozumienie roli UWS może jednak stanowić źródło niezrozumienia i trudności osobistych i szkolnych. Znalezienie harmonijnych rozwiązań tych problemów tożsamościowych jest niełatwe i może być dla dzieci i młodzieży korzystającej z implantów powodem dodatkowego stresu i trudności rozwojowych (por. Bat-Chava, 2000).

Uczniowie niesłyszący i słabosłyszący zgłaszają zazwyczaj więcej trudności w życiu rodzinnym niż ich słyszący rówieśnicy. Okres dojrzewania jest czasem odkrywania nowej pozycji w rodzinie – już nie jako dziecko wymagające troski i opieki, ale w pełni autonomiczny członek rodziny. Czas ten zazwyczaj wiąże się z licznymi rozmowami, dyskusjami, konfliktami i napięciami między dziećmi a rodzicami. Dzieci niesłyszące i słabosłyszące mogą odczuwać w tym okresie większe trudności komunikacyjne. Jeśli posługują się głównie językiem migowym nierozumianym przez rodziców, to nie są w stanie porozmawiać z nimi na bardziej złożone tematy, co rodzi poczucie osamotnienia, izolacji oraz frustrację. Także komunikacja w języku

narodowym wymaga stałego wysiłku i rodziców, i dzieci (np. ze względu na potrzebę odczytywania mowy z ust lub niższy zasób słownictwa) oraz dobrych warunków przestrzennych, konieczności używania języka zrozumiałego przez dzieci, parafrazowania czy powtarzania wypowiedzi. Te zabiegi umożliwiają skuteczną komunikację, ale jednocześnie zaburzają często spontaniczny charakter rozmów dziecka i rodziców, stając się źródłem obustronnej frustracji. Badania wskazują, że rodzice dzieci z uszkodzeniem słuchu częściej zgłaszają ich problemy w sferze społeczno-emocjonalnej niż rodzice dzieci słyszących (np. w badaniach Van Eldik, Treffers, Veerman, Verhulst, 2004, problemy takie zgłosiło 16% rodziców dzieci i młodzieży słyszącej i 44% rodziców dzieci i młodzieży z dysfunkcją słuchu). W powyższych badaniach stwierdzono także, że starsi uczniowie z uszkodzeniem słuchu (12–18 lat) charakteryzują się wyższym poziomem niepokoju, zachowań depresyjnych i trudności społecznych niż uczniowie młodsi (4–11 lat). Ponadto uczniowie z uszkodzeniem słuchu z niższym ilorazem inteligencji mieli więcej problemów społecznych niż uczniowie z lepszymi kompetencjami poznawczymi (Van Eldik, 2005; Van Eldik i in., 2004).

Wielu rodzicom dzieci z zaburzeniami w komunikowaniu się trudno oderwać się od roli tłumacza, jaką często pełnili od wczesnych etapów rozwojowych ich dziecka. Opiekunom może być trudno utrzymać właściwą równowagę pomiędzy opieką, troską a wymaganiami i oczekiwaniami i koniecznym obszarem wolności osobistej dziecka. W związku z tym niektórzy rodzice chłopców i dziewcząt z uszkodzeniem słuchu mają tendencję do nadmiernej ochrony swoich dzieci (Olempska-Wysocka, 2012).

W okresie dorastania zmieniają się także relacje z rówieśnikami. Młodzież potrzebuje wysokiego poziomu akceptacji rówieśniczej, co często łączy się z poczuciem bycia podobnym, posiadania wspólnych zainteresowań, dzielenia się codziennymi oświadczeniami. Dla ucznia z uszkodzeniem słuchu decyzje o wyborze grupy rówieśniczej wiążą się także z zagadnieniami komunikacyjnymi. Część badań wskazuje, że uczniowie niesłyszący i słabosłyszący bezpieczniej czują się w relacjach z rówieśnikami, którzy także mają trudności ze słyszeniem (Stinson, Whitmire, Kluwin, 1996). W innych badaniach stwierdzono jednak, że uczniowie ze szkół specjalnych dla uczniów z uszkodzeniem słuchu częściej niż uczniowie niedosłyszący ze szkół integracyjnych są wycofani społecznie, depresyjni, narzekają na zły stan zdrowia (Van Eldik, 2005). W obecnej dobie edukacji integracyjnej i inkluzyjnej znacząco zwiększyły się możliwości wspólnego uczenia się dzieci i młodzieży z uszkodzeniem słuchu z ich słyszącymi rówieśnikami. Fakt ten otwiera możliwości wchodzenia w znaczące relacje rówieśnicze. Z badań wynika, że znacząca większość dzieci i młodzieży deklaruje pozytywne postawy wobec rówieśników z uszkodzeniem słuchu: np. w badaniach Oszwy i Fedaczyńskiej (2017) było to 90% uczniów szkół ogólnodostępnych i 75% uczniów szkół integracyjnych. Z analiz naukowych wynika także, że niepełnosprawność modyfikuje wchodzenie w relacje koleżeństwa i przyjaźni, które często pozostają w sferze marzeń uczniów z niepełnosprawnościami, lub też realizowane są w innych relacjach, np. jako przyjaźń z rodzicem, nauczycielem lub inną osobą dorosłą (Lipińska-Lokś, 2015).

Badania prowadzone w latach 60. i 70. wskazują na brak kontroli emocjonalnej, niedojrzałość społeczną, niskie poczucie własnej wartości oraz mniejszy zakres i jakość interakcji społecznych osób z uszkodzeniem słuchu (por. przegląd badań za: Kusche, Garfield, Greenberg, 1983). Grupa ta była jednak najczęściej pozbawiona dostępu do UWS. Współczesne badania młodzieży z uszkodzeniem słuchu wskazują, że odczuwają oni wyższy poziom stresu i dysponują mniejszym zakresem strategii radzenia sobie z trudnościami niż ich słyszący rówieśnicy. Pokazują to badania prowadzone na 205-osobowej grupie, w których niesłyszące dziewczęta przejawiały najwyższy poziom martwienia się trudnościami, wyższy niż osoby słyszące oraz niesłyszący chłopcy (Lukomski, 2005).

Z badań wynika także, że w rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych kluczową rolę pełni język, który pozwala nazwać precyzyjnie odczuwane emocje, ocenić ich związek z wydarzeniami i zachowaniami osób (Kusche, Garfield, Greenberg, 1983).

Trudno generalizować wyniki dostępnych dotychczas badań. Należy bowiem podkreślić, iż niewiele jest badań na temat dojrzałości społeczno-emocjonalnej dzieci z uszkodzeniem słuchu, które były wcześniej zaopatrzone w skuteczne UWS i poddawane intensywnej terapii poznawczej, językowej i społecznej od wieku niemowlęcego.

Niewątpliwie jednak badania wskazują na skuteczność działań wspierających nabywanie przez uczniów niesłyszących i słabosłyszących kompetencji społecznych i emocjonalnych. Wsparcie dziecka i rodziny w rozwijaniu relacji i kompetencji społecznych powinno być wielokierunkowe, nakierowane na ułatwianie rodzicom i dzieciom komunikacji oraz zapewnianie możliwości wspólnego spędzania czasu we wspierającym środowisku, np. poprzez rodzinne grupy wsparcia, spotkania weekendowe, kluby dla rodziców i dzieci, gdzie mogą nauczyć się skutecznej komunikacji, w tym, jeśli jest to konieczne, komunikacji w języku migowym (Heiling, 2001). Istotne znaczenie odgrywa także uczestnictwo wraz z rodziną, a następnie samodzielnie w grupie rówieśników w spotkaniach czy wakacyjnych turnusach rehabilitacyjnych (Bieńkowska i Zaborniak-Sobczak, 2015; Suarez, 2000; Bieńkowska, Zaborniak-Sobczak, 2014; Bieńkowska, Woźniak, 2016).

## **1.2. Kompetencje emocjonalno-społeczne ucznia z dysfunkcją wzroku**

Konsekwencje niepełnosprawności wzroku jako zaburzenia sensorycznego głównie pośrednio dotyczą sfery funkcjonowania społecznego. Nie można przypisywać osobom z dysfunkcjami wzroku typowych cech ani formułować grupowych charakterystyk funkcjonowania społeczno-emocjonalnego, gdyż indywidualne różnice występują wśród nich tak samo jak w przypadku osób widzących. Niemniej jednak bezpośredni wpływ niepełnosprawności wzroku na sferę poznawczą i behawioralną przejawiający się mniej w celach oraz efektach poznawania i działania, a raczej w odmiennym sposobie ich osiągania, może modyfikować sytuację społeczną tych osób. Adekwatne w tym miejscu jest zdanie B. Batemana (1981, za: Witkowski, 1994), że niepełnosprawność wzroku jest mniej bolesna dla osoby niż sytuacja

społeczna z nią związana. Możliwość modyfikowania zagrożeń dla rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych dotyczy w mniejszym stopniu działań ukierunkowanych na interwencje w określone cechy i zachowania wynikające z braku lub ograniczonego widzenia, co raczej na umacnianie w realizacji zadań rozwojowych typowych dla danego przedziału wiekowego oraz stwarzanie okazji do wzajemnego poznawania i aktywizowania zasobów uczestników interakcji.

### **1.2.1. Poczucie sprawczości**

Jednym z wymiarów funkcjonowania społecznego w okresie średniego wieku szkolnego jest poczucie sprawczości – przekonanie o byciu sprawcą zaistniałych i odczuwalnych (osobiście i społecznie, np. przez grupę rówieśników) skutków własnych aktywności (por. Filipiak, 2012). Niepełnosprawność wzroku – w zależności od jej stopnia – stanowi ograniczenie samodzielności w wielu obszarach funkcjonowania, w związku z tym może znacząco modyfikować poczucie sprawczości. Dziecko niewidzące dużo częściej niż jego pełnosprawni rówieśnicy znajduje się w sytuacjach, w których polegać musi na pomocy z zewnątrz (np. znalezienie określonego przedmiotu czy miejsca, aktywność samoobsługowa). Utrudniona jest również realizacja potrzeb: biologicznych (np. niepełne zaspokojenie potrzeby ruchu warunkowane lękiem przed przeszkodą, problemami w orientacji przestrzennej, koordynacji wzrokowo-ruchowej lub przeciwskazaniami lekarzy) czy psychicznych (np. ograniczone zaspokajanie potrzeb poznawczych ze względu na uzależnienie aktywności eksploracyjnej od zaangażowania otoczenia, aby informacje o świecie przekazywać pozostałymi drogami zmysłowymi). W związku z tym poczucie sprawstwa dziecka niewidzącego jest kształtowane przez nieco inne wyzwania, niż ma to miejsce u dzieci pełnosprawnych. Musi ono mierzyć się z brakami informacyjnymi (informacje niepełne, pośrednie, prawdopodobne), konfliktowymi decyzjami (brak pewności, czy podjęta decyzja na skutek niedoinformowania jest słuszna), przeciążeniami (przeciążenia aparatu regulacji w trakcie wykonywania zadań), zagrożeniami fizycznymi (zdrowia, uszkodzenia ciała), (Ossowski, 1999).

Z poczuciem sprawczości bezpośrednio łączy się przekonanie o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem oraz zakresem i jakością podejmowanych czynności – lokalizacją kontroli. Jak pokazują badania (Roy, MacKay, 2002), adolescentów z niepełnosprawnością wzroku cechuje zewnętrzna lokalizacja kontroli – przekonanie, że wydarzenia, jakich doświadczają, są niezależne od podejmowanych działań i pozostają poza ich kontrolą. Poczucie niewielkiego osobistego wpływu na to, co dzieje się wokół nich – zdaniem autorów – może nie wynikać bezpośrednio z samej niepełnosprawności wzroku, ale raczej z warunków i z sytuacji, w jakich stawia ona te osoby.

R. Ossowski (1999) zaznacza, że uczenie się przez dziecko niewidzące czynności życia codziennego jest zawsze wielkim pasmem trudnych sytuacji. Jednakże mogą one wносить pozytywne efekty w kształtowanie postawy samoakceptacji, szczególnie kiedy częstotliwość sukcesów będzie wyższa niż porażek.

M. Piquart i J.P. Pfeiffer (2011) hipotetycznych przyczyn możliwie niższego poziomu poczucia własnej skuteczności u dzieci z dysfunkcją wzroku w wieku 12–19 lat doszukują się w ograniczeniach kompetencji społecznych i fizycznych oraz w odmiennym funkcjonowaniu w życiu codziennym. Drugi zbiór przyczyn stanowić mogą błędne przekonania, stereotypy, obniżone oczekiwania i nadmierna pomocniczość zarówno ze strony dorosłych, jak i rówieśników. Duża część interakcji dzieci z dysfunkcją wzroku w szkole wiąże się z otrzymywaniem pomocy, co wytwarzać może przekonanie o byciu słabszym, mniej zaradnym (Jessup i in., 2018). Badania autorów nie potwierdziły jednak hipotezy, że poziom poczucia własnej skuteczności jest niższy u dzieci z dysfunkcją wzroku niż u widzących. Przeciwnie, po upływie roku zmiana jest u nich bardziej pozytywna niż u widzących. W początkowej fazie badania młodzież z niepełnosprawnością wzroku wykazała niższy poziom poczucia sukcesu w takich obszarach jak: przynależność do grupy, tworzenie bliskich przyjaźni, związki romantyczne, ale wyższy w zakresie autonomii względem rodziców i planowaniu kariery niż widzący rówieśnicy (Piquart i Pfeiffer, 2013a). W innych badaniach – porównujących m.in. poczucie skuteczności dziewcząt niewidomych (N=60) i widzących (N=60) w szkołach średnich w wymiarze szkolnym, społecznym i emocjonalnym – nie wykazano również istotnych różnic między grupami (Makkiyan i in., 2016). Oznaczać to może, że wyizolowana zmienna, jaką jest niepełnosprawność wzroku w niewielkim stopniu, wyjaśnia stopień poczucia sprawczości, który uzależniony jest od szerszego zespołu czynników.

Istotnym modyfikatorem poziomu poczucia skuteczności są postawy otoczenia, głównie rodziców i nauczycieli. Występowanie u dziecka niepełnosprawności wzroku zwiększa ryzyko wytworzenia postawy nadopiekuńczej (Adenzato, Ardito, Izard, 2006) stanowiącej wyraz troski o jego bezpieczeństwo czy też chęci wynagrodzenia utrudnień związanych z dysfunkcją. Badania Piquart i Pfeiffer (2011) wykazały, że im wyższy poziom nadopiekuńczości rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzroku, tym mniejsza liczba przyjaciół i słabsza przynależność do grupy (korelacja jest silniejsza, niż w grupie widzących). Nadmiernie opiekuńczym postawom zwykle towarzyszy niska stymulacja do aktywności własnej, a w konsekwencji utrwalona niechęć do podejmowania inicjatywy, izolacja, społeczna bierność, poczucie zależności, nadwrażliwość czy podejrzliwość (Ossowski, 1999). Do podobnych wniosków doprowadzają badania Z. Palak i E. Przyłuckiej (2010). Niepokój i nadopiekuńczość przejawiana przez matki współwystępowała z niższym poziomem akceptacji niepełnosprawności wzroku przez młodzież. W grupie osób o najniższym poziomie akceptacji tej dysfunkcji około 67% ich matek przejawiało postawę nadmiernie chroniącą i skoncentrowaną na dziecku. Niski poziom akceptacji własnego stanu może prowadzić do wyuczonej bezradności, uległości, biernego nastawienia wobec rehabilitacji, tym samym pozbawiać dziecko wyzwań budujących poczucie skuteczności.

Na postrzeganie swoich kompetencji u dzieci z dysfunkcją wzroku wpływać mogą nie tylko zachowania rodziców, ale również organizacyjne praktyki szkoły i postawy nauczycieli. Ciekawych wniosków dostarczają badania etnograficzne nad integracją niewidomego dziecka z pozostałymi uczniami we włoskiej szkole ogólnodostępnej (Gobo, 2009). Konstrukcja

tożsamości niewidomej uczennicy odbywała się poprzez organizacyjne praktyki i rytuały odgrywane wobec niej, jak np. ciągłe towarzyszenie nauczyciela pomocniczego i wykonywanie wielu czynności poza głównym nurtem życia klasy, tolerowanie spóźnień dziewczynki i zadawania pytań bez sygnału od nauczyciela, odmienny sposób wykonywania pewnych zadań szkolnych, nadmierna pobłażliwość ze strony nauczycieli. Konsekwencją takich praktyk było pojęcie niepełnosprawności ukształtowane zarówno w umyśle koleżanek i kolegów, jak i samej badanej jako osoby zależnej, innej, niezaradnej, niesamodzielnej. Obserwacje te pokrywają się częściowo z rozważaniami K. Czerwińskiej i I. Kucharczyk (2019) na temat możliwych konsekwencji obecności nauczyciela wspomagającego (o ile wsparcie jest nadmierne, udzielane z nastawieniem jedynie na postępy akademickie): odseparowanie od kolegów z klasy, utrudniony kontakt z kolegami czy uzależnienie od pomocy osoby dorosłej, przekonanie o niskich możliwościach własnych w zakresie sprostania zadaniom szkolnym.

W średnim wieku szkolnym to szkoła jest przestrzenią, w której dziecko, zyskując uznanie rówieśników, buduje przekonanie o własnej skuteczności i obraz swoich kompetencji. Poziom oceny własnych kompetencji u dzieci z niepełnosprawnością wzroku może różnić się w zależności od typu szkoły, do której uczęszczają. Samooceny uczniów z dysfunkcją wzroku odnośnie postrzegania siebie pod względem zdolności szkolnych, udziału w relacjach rówieśniczych, emocjonalnego nastawienia do szkoły zostały porównane ze względu na formę organizacyjną kształcenia: szkoła ogólnodostępna, integracyjna i specjalna (Papuda-Dolińska, 2017a). W zakresie kompetencji związanych z uczeniem się, najbardziej pozytywnych ocen dokonały dzieci ze szkół specjalnych, najniżej ocenili tę sferę swojego funkcjonowania uczniowie ze szkół integracyjnych. Próby wytłumaczenia takich tendencji wyników oscylowały wokół teorii grup odniesienia i związanego z nią podejścia porównawczego – ciągłe porównywanie się z pełnosprawnymi rówieśnikami, może skutkować negatywnymi wyobrażeniami na temat własnych kompetencji szkolnych. Indywidualny sukces edukacyjny dzieci z niepełnosprawnością wzroku w porównaniu z normą, jaką osiągają rówieśnicy, często będzie niższy, a przez to poczucie sukcesu i prestiżu – mniejsze. Istotnym czynnikiem może być także subiektywne postrzeganie efektywności własnej pracy włożonej w naukę. Wzmożony wysiłek i dłuższy czas poświęcony na wykonanie jakiegoś zadania szkolnego przez dziecko z dysfunkcją wzroku może prowadzić do przekonania o braku zdolności i obniżenia samooceny w zakresie własnych zdolności i umiejętności. Innej waloryzacji pod względem stopnia trudności podlegają też zadania wykonywane w szkole ogólnodostępnej i specjalnej. Niepowodzenie w zadaniach ocenionych na łatwe (np. zadania bazujące na czynnościach wzrokowych są łatwe dla widzących uczniów, a trudne dla dziecka słabowidzącego) obniża motywację i powoduje silniejsze przeżycie porażki. W badaniach amerykańskich z wykorzystaniem metody eksperymentu dzieci z niepełnosprawnością wzroku z klas 3–6 (N=14) uczęszczające do szkół specjalnych wykazywały wyższe oczekiwanie sukcesu, a jego przyczyn poszukiwali w osobistych zdolnościach (atrybucje wewnętrzne), podczas gdy uczniowie szkół ogólnodostępnych opisywali zdolności i wysiłek jako równie istotne dla osiągnięcia sukcesu (Head i in., 1992).

W budowaniu poczucia kompetencji w zakresie umiejętności szkolnych nie sprzyja także stosowanie taryfy ulgowej będącej formą dyskryminacji pozytywnej określonej przez Z. Palak (2000) pojęciem „pedagogiki ograniczania”. W badaniach B. Papudy-Dolińskiej (2017a) 13% nauczycieli ze szkół ogólnodostępnych i 7% nauczycieli ze szkół integracyjnych przyznało, że zwykle pracują z dzieckiem z niepełnosprawnością wzroku na niższym poziomie niż z resztą klasy. Uczeń taki, dostrzegając inne, bardziej pobłażliwe traktowanie ze strony nauczyciela, może nabrać przekonania, że jego kompetencje, zdolności i możliwości są niższe niż pozostałych.

### **1.2.2. Radzenie sobie z trudnościami**

Obecność nietypowych, w porównaniu do doświadczeń rówieśników, sytuacji trudnych, z jakimi mierzą się dzieci z niepełnosprawnością wzroku, może prowadzić do wypracowania odmiennych styli radzenia sobie czy też wzorców reagowania na porażki. Liczba sytuacji trudnych – zakłóceń, zagrożeń, przeciążeń i deprivacji może być u nich większa, gdyż część wynika bezpośrednio z niepełnosprawności wzroku:

- zakłócenia u osób niewidzących mogą dotyczyć działalności praktycznej ze względu na ograniczenia w wykonywaniu czynności wymagających współdziałania analizatorów kinestetycznego i wzrokowego, a także utrudnienia w uczeniu się przez naśladowanie, np. zadania manualne, gry sportowe, zabawy itp.;
- zagrożenia to sytuacje związane z ryzykiem utraty poczucia bezpieczeństwa. Doświadczają ich dzieci niewidzące w sytuacji samodzielnego poruszania się w nieznanymi miejscach i przestrzeniach. Trudności w ocenie odległości, mała świadomość otaczającej przestrzeni, wielkości, kształtów i rozmieszczenia w niej przedmiotów stanowią podstawę lęku przed zderzeniem z przeszkodą, zgubieniem się, pomyłką. Brak możliwości wzrokowej oceny otoczenia może być przyczyną poczucia zagrożenia w kontakcie z obiektami będącymi w ruchu, w sytuacji nagłego pojawienia się osoby w pomieszczeniu oraz zmian w znanym otoczeniu, o których osoba niewidząca nie została poinformowana (Majewski, 2002);
- przeciążenia wynikają z długotrwałego pobudzenia ośrodkowego układu nerwowego w trakcie poznawania dotykowo-słuchowego. Dziecko, aby poznawać świat musi być w ciągłej gotowości do odbierania, analizowania i interpretowania bodźców docierających za pośrednictwem innych zmysłów. Konieczność utrzymywania uwagi w stanie aktywności, zaangażowanie pamięci roboczej w sekwencyjne poznawanie dotykowe prowadzi do większej, niż u dzieci widzących, męczliwości i może powodować przeciążenie układu nerwowego. Nawet pozornie proste czynności wymagają od niewidzącego większego zaangażowania w aktywowanie mechanizmów kompensacyjnych i dużego wysiłku psychicznego (Konarska, 2010; Agyropoulos i in., 2017).

#### **Deprivacje dotyczą wielu sfer funkcjonowania osób niewidzących:**

- emocjonalnej: trudności w uchwyceniu zdarzeń prowadzących do jednoznacznej reakcji emocjonalnej, np. niemożność zaobserwowania zabawnego

wydarzenia, zmian w otoczeniu przyrodniczym podczas wycieczki, trudności w trafnej interpretacji emocjonalnego przekazu innych;

- społecznej: izolacja społeczna wśród rówieśników widzących, deprivacja kontaktu emocjonalnego z rodziną, jeśli dziecko przebywa w internacie;
- komunikacyjnej: problemy w odbiorze i jednoznacznej ocenie informacji kontekstowych, np. gdy dialog dotyczy sytuacji nacechowanej informacjami wizualnymi; ograniczenia w interpretacji pozawerbalnych form zachowania;
- poznawczej: ograniczenia lub braki w zakresie wrażeń i spostrzeżeń, np. dziecko niewidzące potrzebuje dodatkowych wyjaśnień, alternatywnych sposobów poznania danego obiektu czy pojęcia (Majewski, 2002).

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja dzieci słabowidzących, u których wzrok bierze aktywny udział i pełni dominującą rolę w wykonywaniu czynności poznawczych, praktycznych czy społecznych. Słabsze lub zmienne możliwości wzrokowe mogą jednak obniżać jakość ich wykonania, co przy zachowanej zdolności porównania efektów do rówieśników jest powodem frustracji, rezygnacji i dodatkowych problemów emocjonalnych.

Istotną zmienną w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem u osób z dysfunkcją wzroku jest charakter niepełnosprawności: wrodzony lub nabyty. W przypadku nabytej niepełnosprawności dochodzą lęki i obawy o przyszłość, o poradzenie sobie z sytuacjami, które do tej pory były wykonywane z udziałem wzroku (Karlsson, 1998).

Silny stres w sytuacji braku odpowiedniego wsparcia może prowadzić do obniżenia poczucia dobrostanu psychicznego i reakcji nieadaptacyjnych. W badaniach przeprowadzonych przez J. Harris i C. Lord (2016) zarówno nauczyciele (22%), jak i rodzice (30%) dzieci niewidzących i słabowidzących (N=189) ocenili, że są one bardziej niż widzący narażone na zaburzenia psychiczne. Możliwe problemy psychiczne obserwowane w tej grupie uczniów to między innymi stany lękowe. W wywiadach focusowych, uczniowie z niepełnosprawnością wzroku w wieku od 9 do 13 lat prezentowali obawy związane z funkcjonowaniem społecznym i poczuciem inności oraz z ograniczeniami fizycznymi wynikającymi z niepełnosprawności (np. lęk przed doznaniem urazu) (Visagie i in., 2017). W badaniach nigeryjskich (Esere i in., 2016), których przedmiotem obserwacji były sytuacje trudne i sposoby radzenia sobie z nimi – uczniowie z niepełnosprawnością wzroku ze szkół średnich (N=120) za najtrudniejsze ocenili takie sytuacje jak: negatywne przekonania na temat ludzi niewidzących, zaniżone oczekiwania i odbieranie autonomii, bariery architektoniczne, nieodpowiednie wsparcie edukacji przez rząd, konieczność uczenia się bez odpowiednich dostosowań. Preferowane strategie tych uczniów dotyczące radzenia sobie z trudnościami stanowiły raczej wąski zestaw działań: czerpanie motywacji z osiągnięć rówieśników, ignorowanie negatywnych komentarzy i postaw otoczenia, słuchanie motywacyjnych opowiadań, poruszanie się z widzącym przewodnikiem.

Odpowiedź emocjonalna na doznawane sytuacje trudne może prowadzić do odmiennych strategii regulacji emocji. To zagadnienie u dzieci niewidzących (N=32) było badane przez



S. Salimi, E. Mohammadi i A. Sadeghi (2016). Badania pokazały, że osoby z niepełnosprawnością wzroku istotnie rzadziej niż widzący stosują strategię pozytywnego przewartościowania (poznawcze przeformułowanie) i tłumienia, co oznaczać może niższą odporność na porażki i słabszą kontrolę impulsów. Problemy – w ujęciu sytuacji z innej perspektywy niż własna – mogą być wynikiem braku możliwości interpretacji na temat zmieniających się w czasie czynników o charakterze wizualnym, a z kolei niemożność obserwacji wizualnych symptomów emocji u innych ludzi w sytuacjach społecznych utrudnia nabywanie technik hamowania czy tłumienia emocji.

Podobnych wniosków dostarczają polskie badania nad inteligencją emocjonalną i jej związkiem z umiejętnościami społecznymi niewidzących gimnazjalistów (N=46) (Brodacka, 2018). Co ciekawe, niewidomi odznaczali się istotnie niższym poziomem zdolności do rozpoznawania tego, co przeżywają w danej chwili, nazywania doznawanych uczuć oraz różnicowania ich natężenia. Do słabych stron emocjonalności niewidzących należały: akceptowanie, wyrażanie i wykorzystywanie emocji w działaniu, kontrola nad własnymi emocjami, rozumienie i uświadamianie sobie własnych i cudzych emocji oraz empatia. Większa częstotliwość zaburzeń funkcjonowania emocjonalności wynika z częstszego doświadczania sytuacji trudnych, rzadziej stanowi bezpośrednią konsekwencję braku wzroku (Brodacka, 2018). Trudności te wynikają głównie ze społecznego charakteru uczenia się zdolności emocjonalnych, tj. ograniczenie aktywności własnej dziecka, zagrożenie rozwoju bezpiecznej więzi między dzieckiem i rodzicem, brak wzrokowej stymulacji w rozwoju umiejętności wyrażania emocji (ograniczone naśladownictwo, mniejsza stymulacja), przeciążenie ośrodkowego układu nerwowego bezwzrokową kontrolą otoczenia, doświadczanie frustracji potrzeb przez dziecko oraz nieprawidłowych postaw społeczeństwa w stosunku do osób z niepełnosprawnością.

Brak identyfikacji i wsparcia w problemach emocjonalnych może prowadzić do nieadaptacyjnych reakcji i trudnych zachowań. W badaniach S. Sharma, J. Sigafos i A. Carroll (2002), w których wzięło udział 336 dzieci z dysfunkcją wzroku u 24% zidentyfikowano zachowania trudne (ang. *challenging behaviors*) takie jak: wycofanie, nadaktywność, stereotypowe manieryzmy, drażliwość, agresja, wypowiedzi nieadekwatne do sytuacji. Ciekawych wniosków dostarczają również polskie badania E. Skrzetuskiej (1996), w których porównywała zachowanie się w czasie zajęć szkolnych dzieci z niepełnosprawnościami wzroku ze szkół specjalnych z dziećmi prawidłowo widzącymi ze szkół masowych. To właśnie uczniowie ze szkół specjalnych prezentowali niższy poziom w zakresie cechy „przyhamowanie” związanej z bierną postawą wobec innych osób oraz reakcjami lękowymi i obniżonym samopoczuciem. Taki wynik autorka łączy ze skutkami swobodniejszej atmosfery na lekcji w szkołach specjalnych (mała liczba uczniów, mniejszy formalizm, indywidualizacja) oraz bardziej opiekuńczym stosunkiem nauczycieli wobec uczniów. Dalsze wnioski wskazują, że nauczyciele dzieci niewidzących i słabowidzących klas drugich nie obserwują zbyt wielu zachowań nieprzystosowawczych, różniących je od innych dzieci. Co więcej, w grupie niewidomych obserwuje się mniej zachowań agresywnych i buntowniczych, ale już małe resztki widzenia zdecydowanie zwiększają liczbę takich zachowań.

Natomiast u starszych dzieci z niepełnosprawnością wzroku (N=60) w wieku gimnazjalnym, uczęszczających również do szkół specjalnych, stwierdzono przeciętny poziom kompetencji społecznych i występowanie pewnych tendencji do zachowań o charakterze nieprzystosowania osobistego i społecznego – nadmierne zabieganie o uwagę i pochwały, nieadekwatne reakcje na krytykę i frustrację, skłonność do przeceniania swoich uzdolnień oraz zachowań buntowniczych (Niemiec, 2015). K. Czerwińska i I. Kucharczyk (2019), analizując wyniki tych badań, podkreślają, że specyfika terenu, jakim jest szkoła specjalna, stwarza odmienne warunki funkcjonowania uczniom z niepełnosprawnością wzroku niż w formach niesegregacyjnych – pracują tam z nimi wykwalifikowani specjaliści, szkoły są wyposażone w pomoce tyflodydaktyczne, uczniowie otrzymują profesjonalne wsparcie ułatwiające wypracowanie skutecznych strategii radzenia sobie z następstwami uszkodzenia wzroku. Konkluzje te zwracają uwagę na fakt, że forma organizacyjna kształcenia i związane z nią odmienne praktyki dydaktyczne, odmienny charakter doświadczanych trudności, inny rodzaj wsparcia, zróżnicowany obraz interakcji społecznych, mogą mieć znaczenie w funkcjonowaniu społecznym i stanowić specyficzne podłoże do powstawania i manifestacji zachowań trudnych. W badaniach B. Papudy-Dolińskiej (2017b) więcej nauczycieli pracujących w placówkach oferujących formy niesegregacyjne niż w specjalnych dostrzega trudności wychowawcze u niewidzących lub słabowidzących podopiecznych. Częstsze występowanie zachowań określanych jako trudności wychowawcze w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych może mieć związek z formułowaniem innych oczekiwań w kontekście normy wyznaczonej przez dzieci pełnosprawne. Nie mieszczą się w niej zachowania powodowane niepełnosprawnością wzroku. Zdarza się, że uczeń niewidzący lub słabowidzący nieproszony do odpowiedzi zadaje dużo pytań w celu uzupełnienia informacji wizualnych, których nie posiada; wykonuje gwałtowne lub powtarzalne ruchy – blindyzmy, tym samym sprawiając wrażenie nieskupionego itp. Z kolei w szkołach specjalnych normy wzajemnego współżycia w klasie są budowane na podstawie typowych dla uczniów z niepełnosprawnością wzroku zachowań, co wiąże się z lepszym rozumieniem ich etiologii.

Do innych wniosków doprowadzają badania, w których problemy behawioralne związane z kontrolą i regulacją emocji dotyczyły częściej dzieci z niepełnosprawnością wzroku ze szkół specjalnych (Heyl, Hintermair, 2015). Tutaj ich źródłem może być fakt, że do szkół tych uczęszczają zwykle dzieci z cięższymi stopniami uszkodzenia wzroku i dodatkowymi dysfunkcjami, co więcej część z nich zamieszkuje w internacie, co ogranicza ich relacje z najbliższymi i staje się przyczyną deprywacji emocjonalnej.

Przyczyny zachowań trudnych u dzieci z niepełnosprawnością wzroku są złożone, i tak jak w przypadku dzieci pełnosprawnych nie należy pomijać czynników indywidualnych i rodzinnych w ich analizie. Istotne jest, aby do ich źródeł nie dochodziły sytuacje szkolne, stając się pierwotną przyczyną zaburzeń.

### 1.2.3. Jakość relacji społecznych

Jakość relacji społecznych u osób słabowidzących i niewidzących nie musi zależeć od ograniczeń związanych z niepełnosprawnością, ale jednak jej konsekwencje rzutujące na charakterystykę rozwoju społecznego czy emocjonalnego stwarzają odmienny kontekst dla uczestnictwa w interakcjach międzyludzkich i stawiają osobę w pozycji „innego”. W związku z tym, analizując właściwości relacji społecznych dzieci z niepełnosprawnością wzroku, należy wziąć pod uwagę dwie perspektywy: samej osoby słabowidzącej lub niewidzącej oraz grupy społecznej, do której przynależy.

Trudności w relacjach społecznych powodowane bezpośrednio niepełnosprawnością wzroku dotyczą głównie osób całkowicie niewidomych. W literaturze wymienia się:

- Niemożność obserwowania społecznych zachowań rówieśników i dorosłych utrudnia uczenie się przez naśladownictwo. Nawet przy skompensowaniu tych braków w drodze wychowania rehabilitującego czy odpowiednich treningów, niedostatek obserwacji reakcji innych ogranicza stymulację do podejmowania określonych aktywności i wykorzystywania umiejętności w kontekstach relacji społecznych (Sacks, Silberman, 2000).
- Brak danych wzrokowych istotnych do zarejestrowania i interpretacji wizualnych – niewerbalnych aspektów relacji międzyludzkich. Niedostępne u dzieci całkowicie niewidomych, gdyż są takie składniki komunikacji niewerbalnej jak mimika, pantomimika, proksemika przy zachowanej możliwości interpretowania parajęzyka – głosowego, niejęzykowego aspektu porozumiewania się.
- Reakcje nieadekwatne do sytuacji, np. pytania niezwiązane z działaniami odbywającymi się w najbliższym otoczeniu, niezamaskowane emocje utrudniają funkcjonowanie w grupie rówieśników, którzy mogą nie rozumieć ich uwarunkowań i postrzegać je jako „nienormalne” – aspołeczne.
- Brak percepcji i orientacji wzrokowej stwarza ograniczenie w realizowaniu następujących aktywności społecznych: poznawanie nowych osób, nawiązywanie werbalnych kontaktów, np. zwrócenie się z prośbą o coś do osoby dorosłej, rozpoczęcie rozmowy z innym dzieckiem itd., wspólny udział w zajęciach, w których wymagana jest zgodna interakcja kilku partnerów (Majewski, 1997).
- Problemy w odbiorze i trafnej ocenie informacji kontekstowych i dostosowaniu zachowania do bieżących wymogów sytuacyjnych niekorzystnie wpływają na kompetencje pragmatyczne w komunikacji. Niemożność wzrokowego pozyskiwania danych o fizycznym i społecznym otoczeniu utrudnia budowanie w umyśle reprezentatywnych modeli rzeczywistości. Dzieci niewidzące mogą mieć problemy w posługiwaniu się pojęciami wymagającymi znajomości wizualnych właściwości przedmiotów i zjawisk oraz luki w wiedzy o przyjętych zwyczajowo sposobach zachowania się w określonych sytuacjach, które dziecko widzące pozyskuje w sposób samorzutny, obserwując kontekst sytuacji (Czerwińska, Piskorska, 2018).

- Występowanie zachowań niezgodnych z normami społecznymi ze względu na brak dostępu do wzorców wizualnych (np. niezwracanie głowy w kierunku rozmówcy) lub na skutek utrwalonych nawyków autostymulacyjnych, tzw. blindyzmów (kołysanie się, machanie dłońmi, podskakiwanie). Utrudniony jest także odbiór bodźców sygnalizujących potrzebę modyfikacji opisanych zachowań, jeśli reakcja ogranicza się do wykonania gestu lub zmiany wyrazu twarzy (Czerwińska, Kucharczyk, 2019). Niedostateczne informacje zwrotne w wielu sytuacjach społecznych jak zabawa, interakcja mogą być przyczyną niższych kompetencji społecznych w tej grupie (Ferrell, 1996).
- Uczniowie z niepełnosprawnością wzroku używają cyfrowych instrumentów interakcji społecznej w mniejszym stopniu niż ich widzący koledzy (Kelly, Smith, 2008). Udział osób niewidomych w zakresie korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych jako narzędzi pośredniczących w aktywności społecznej (głównie pozaszkolnej) jest mniejszy ze względu na niedobór edukacji w tym zakresie (Wiazowski, 2016).

Jeśli nawet stopień opanowania umiejętności społecznych nie jest bezpośrednio zakłócony przez niepełnosprawność wzroku (a raczej przez niedostateczny trening, niedobór informacji o sytuacji społecznej), to staje się czynnikiem silnie determinującym jakość relacji społecznych. O konieczności włączenia treningów opanowania umiejętności społecznych w edukacji dzieci z niepełnosprawnością wzroku napisało wielu autorów (Sacks, Wolffe, 2006, Hatlen, 2004, Caballo, Verdugo, 2007). Przy braku możliwości ich naśladowania i korygowania na skutek obserwowanej reakcji, planowe i systematyczne nauczanie jest niezbędne. Zdaniem P.H. Hatlen (2004) uczenie się umiejętności społecznych przez osoby niewidome jest tak samo ważne, jak uczenie się czytania.

Wśród przesłanek ku temu znajdują się takie niedostatki w tej sferze jak np. trudności we współdziałaniu w czynnościach wymagających kooperacji (np. zabawa, zmiana kolejności aktywności, zainicjowanie nowej wspólnej aktywności). Badania potwierdzają, że dzieci niewidzące (klasy 1–6) mogą przejawiać opóźnienia w nabywaniu zdolności przyjmowania cudzej perspektywy i ukazywania adekwatnych zachowań w sytuacjach wymagających współdziałania (na podstawie ocen nauczycieli) oraz niższy poziom asertywności (na podstawie ocen rodziców) (Zebehazy, Smith, 2011). Spontaniczny charakter aktywności zabawowej również jest modyfikowany przez czynnik niepełnosprawności wzroku. Dzieci z zaburzeniami widzenia rzadziej angażują się w zabawy manipulacyjne oraz demonstrują bardziej stereotypowe zachowania. Ponadto więcej czasu spędzają na zabawie samotnej lub w interakcji z dorosłymi niż z rówieśnikami, wybierają bierne formy odpoczynku, rzadziej też spędzają czas wolny poza domem (Celeste, Grum, 2010).

Niższe kompetencje społeczne dzieci z niepełnosprawnością wzroku, głównie dzieci niewidzących potwierdzają liczne badania: niższy niż u widzących poziom podstawowych zachowań społecznych (uwzględniających m.in. takie aspekty jak mowa ciała, gestykulacja, kontakt wzrokowy) (Zainal, Salleh, 2011), występowanie zachowań o charakterze nieprzystosowania

osobistego i społecznego (Niemiec, 2015), tendencji do społecznej izolacji (Celeste, 2006), współwystępowania niskich społecznych umiejętności z problemami behawioralnymi (Runjić, Prčić, Alimović, 2015), mniejsze umiejętności interpersonalne (Huurre, Aro, 2000), mniejsza samokontrola w sytuacjach społecznych i niższe poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego (Bhati, Parveen, Puju, 2012), problemy z rozumieniem werbalnych i niewerbalnych komponentów społecznych umiejętności (D'Allura, 2002).

W krajowych badaniach I. Kucharczyk (2017) z udziałem 60 uczniów z niepełnosprawnością wzroku w wieku gimnazjalnym wykazano niższe rezultaty w porównaniu do widzących rówieśników w zakresie samoświadomości emocji i relacji społecznych jak: werbalizowanie emocji, ujawnianie emocji, świadomość własnych stanów fizjologicznych organizmu, empatia, inicjowanie kontaktów, ujawnianie własnych emocji w interakcjach społecznych. Autorka różnice te wyjaśnia trudnościami wynikającymi z niepełnosprawności wzroku: niemożność obserwacji sytuacji społecznych, uczestniczenia w organizowanych przedsięwzięciach społecznych, jak również wynikającymi z reakcji otoczenia, jak np. izolowaniem społecznym uczniów słabowidzących.

Trudności z rozwijaniem i manifestowaniem społecznych kompetencji mogą rzutować na charakterystykę interakcji społecznych w sytuacjach problemowych utożsamianą ze wsparciem społecznym. Ze względu na liczne sytuacje trudne, uczniowie ci mogą potrzebować więcej wsparcia niż osoby pełnosprawne, więc dostępne im sieci społeczne w swej strukturze są mniej liczne (Sacks, Wolffe, 1998), choć nie zawsze te różnice odznaczały się istotnością statystyczną (Huurre, Aro, 1998). Badania z udziałem grupy 315 adolescentów z niepełnosprawnością wzroku (Kef, Hox, Habekothé, 2000) wykazały, że sieci społeczne tej grupy są znacznie mniej liczne niż nastolatków pełnosprawnych. W porównaniu do widzących znajduje się w nich mniej członków dalszej rodziny, sąsiadów i przyjaciół. Wsparcie ze strony rodziców było słabiej odczuwane przez młodzież z niepełnosprawnością wzroku niż przez pełnosprawnych rówieśników, natomiast nie było różnic w percepcji wsparcia ze strony rówieśników. Generalnie, dzieci z niepełnosprawnością wzroku doświadczały wysokiego poziomu poczucia szczęścia i nie czuły się samotne. Zatem to co różni zasoby wsparcia społecznego słabowidzących i widzących to nie kryteria funkcjonalne (jakość), a jedynie strukturalne (ilość). Oznacza to, że mimo niedużego kręgu osób bliskich w gronie rówieśników dzieci te otrzymują satysfakcjonujące wsparcie rówieśnicze. W badaniach z 2004 roku (Kef, Deković), w których uczestniczyło 178 uczniów z niepełnosprawnością wzroku, okazało się, że wsparcie rówieśnicze bardziej niż wsparcie rodzicielskie jest większym predyktorem dobrego samopoczucia w grupie słabowidzących niż widzących. Oznaczać to może silnie odczuwaną potrzebę społecznego uznania i afiliacji, niezależności i samodzielności, która jako blokowana przez niepełnosprawność wzroku, ogranicza niewidomemu uznanie i pożądaną przynależność do grupy.

W społecznej sieci wsparcia uczniów z niepełnosprawnością wzroku znaczącą rolę, nieco bardziej niż w przypadku widzących, odgrywa nauczyciel wychowawca. Niewidomi

i słabowidzący nastolatki (N=182) deklaruje wyższy poziom wsparcia społecznego ze strony nauczycieli w porównaniu z widzącymi (Pinquart, Pfeiffer, 2013b). Taka tendencja może wynikać z faktu mieszkania w internatach przy szkołach specjalnych, co pozwala na częstszy kontakt z wychowawcami, jak również na małej liczebności klasy w szkole specjalnej, co z kolei może wpływać na intensyfikację wzajemnych kontaktów z wychowawcą i stwarzać dobre warunki do zachowań wspierających.

Relacje społeczne osób z dysfunkcją wzroku zależą także od zewnętrznych czynników związanych z ich postrzeganiem i reakcjami otoczenia.

Widoczność niepełnosprawności sprawia, że postawy otoczenia szybciej zyskują zabarwienie negatywne, co może mieć miejsce głównie w przypadku uczniów niewidzących (pomoc optyczne, nieoptyczne, narzędzia do czytania, technologie asystujące). W holenderskich badaniach (Laat i in., 2013) nad postawami młodzieży w wieku 13–17 lat wobec rówieśników z różnego rodzaju niepełnosprawnościami wykazano postawy bardziej pozytywne wobec dzieci z niepełnosprawnościami sensorycznymi niż wobec upośledzonych umysłowo czy też ruchowo. Autorzy tłumaczą ten fakt mniejszą widocznością wad słuchu czy wzroku niż pozostałych rodzajów niepełnosprawności. Nie oznacza to jednak, że całkowita utrata widzenia jako bardziej widoczna jest przyczyną negatywnych postaw ze strony otoczenia. T. Majewski (2002) powołuje się na badania stwierdzające, że dzieci ze średnim defektem wzroku były najmniej akceptowane przez swoich widzących rówieśników oraz nauczycieli. Dzieje się tak ze względu na trudności w przewidzeniu możliwości osób słabowidzących. Młodzież licealna często utożsamia uczniów słabowidzących z osobami pełnosprawnymi, korzystającymi z korekcji okularowej zapewniającej pełną ostrość wzroku (Czerwińska, 2017). Niezrozumienie zmiennego funkcjonowania wzrokowego może być podstawą do zarzutów o udawanie, nadmierne wykorzystywanie swojej niepełnosprawności w celu uzyskania pobłażania, przychylności nauczyciela itp.

Kształtowanie oraz modyfikacja postaw inicjowane są przez komponent poznawczy – w tym przypadku jest to wiedza na temat samej niepełnosprawności wzroku. Według badań J. Kirenko i P. Gindricha (2007) przeprowadzenie czterech lekcji z młodzieżą gimnazjalną według brytyjskiego programu *Odkrywanie prawdy o niepełnosprawności wzrokowej* wpłynęło pozytywnie na zmianę nastawienia badanych wobec osób z niepełnosprawnością i do samej niepełnosprawności. W badaniach autorów wystąpiły dodatnie korelacje między poziomem wiadomości o niepełnosprawności wzrokowej a postawami wobec osób niepełnosprawnych. Badani adolescenty, wiedząc więcej o zaburzeniach wzroku, częściej wyrażali opinię o tym, że zaakceptowaliby osobę niepełnosprawną jako swojego przyjaciela oraz że warto podejmować z nią bezpośredni kontakt.

Natomiast schematy poznawcze utrwalone na podstawie niepełnych wiadomości funkcjonują jako stereotypy. W badaniach K. Czerwińskiej (2011), dotyczących wiedzy uczniów w wieku wczesnoszkolnym na temat osób niewidomych, prezentowane były głównie

stereotypowe przekonania. Ponad 49% respondentów przypisywało niewidomym negatywne atrybuty, a 43,7% postrzegało osoby niewidome jako zależne i potrzebujące pomocy. Wśród młodzieży licealnej również funkcjonują liczne mity i stereotypy, a także luki w wiedzy na temat słabowzroczności dotyczące sposobu percepcji, metod czytania, sposobu kontaktowania się z otoczeniem (Czerwińska, 2017).

Na jakość relacji rówieśniczych w klasie może mieć wpływ zachowanie nauczyciela, który jest przykładem dla swoich uczniów. Jeśli traktuje dziecko z uszkodzonym wzrokiem jako pełnoprawnego ucznia, włączając go we wszystkie aktywności, to wówczas prezentuje wzorzec zachowania naśladowany przez rówieśników w kontaktach ze swoim słabowidzącym lub niewidzącym kolegą (Majewski, 1997). Temu zagadnieniu sporo uwagi poświęcają amerykańskie badaczki S. Sacks i K.E. Wolffe (2006), zwracając uwagę, że integracji rówieśniczej uczniów z niepełnosprawnością wzroku sprzyjają nie tyle strategie adaptacyjne ukierunkowane na uczenie ich umiejętności społecznych i zachowań społecznie akceptowanych, ile głównie tworzenie wspólnoty klasowej, promowanie klimatu akceptacji odmienności, aktywizowanie wszystkich uczniów jako równych podmiotów interakcji. Bardziej pozytywne postawy nauczyciela wobec wspólnego kształcenia uczniów pełnosprawnych i słabowidzących oraz afirmujący klimat w grupie klasowej sprzyjają mniejszemu odczuwaniu stygmatyzacji oraz lepszym samoocenom swojej sytuacji społecznej i emocjonalnej (takich jak postawa wobec szkoły, stan emocjonalny, postawa wobec niepełnosprawności, radzenie sobie z niepełnosprawnością, samoocena, odczuwanie stygmatu) (Hess, 2010).

Charakteryzując jakość relacji społecznych dzieci i młodzieży z dysfunkcjami wzroku w oparciu o badania empiryczne, można wysnuć wniosek, że nie jest ona zadowalająca, szczególnie w szkołach ogólnodostępnych – integracyjnych lub masowych. Uczniowie ci doświadczają raczej tolerancji niż akceptacji przez rówieśników (MacCuspie, 1991; Rosenblum, 2000; Wolffe, Sacks, 1997). Badania holenderskie (Breurkens, 2006) wskazują, że pozycja socjometryczna uczniów z uszkodzeniem wzroku w szkołach ogólnodostępnych nie różni się znacząco od statusu innych uczniów. Niemniej jednak, uczniowie ci nie otrzymali punktów w kategoriach „popularny” i „ignorowany”, podczas gdy inne dzieci były w tych sferach punktowane. Podobnie wygląda sytuacja dzieci polskich, jeśli chodzi o status socjometryczny w klasie. Analiza sytuacji w grupie klasowej (szkoły ogólnodostępne i integracyjne) uczniów z niepełnosprawnością wykazała, że nieco ponad połowa z nich uzyskuje pozycję przeciętną (51,85%). Duży odsetek tych uczniów jest w swoim zespole klasowym izolowanych (25,95%). Mniejszą grupę badanych uczniów z niepełnosprawnością wzroku (14,81%) stanowią ci odrzucani w jakimś stopniu przez rówieśników. Najmniej liczną grupę stanowili uczniowie akceptowani (9,25%), co więcej – była to akceptacja w stopniu słabym (Papuda-Dolińska, 2017a).

#### **1.2.4. Obraz siebie i jego znaczenie w kształtowaniu kompetencji społecznych**

Obraz siebie jako konstrukt poznawczo-emocjonalny, ze względu na swoistości w kształtowaniu kompetencji społecznych w relacjach międzyludzkich u uczniów niewidzących

i słabowidzących, może również podlegać zakłóceniom wynikającym zarówno z pierwotnych, jak i wtórnych konsekwencji niepełnosprawności wzroku. Obraz siebie w swoim komponencie poznawczym obejmuje samowiedzę na temat swoich mocnych i słabych stron, zdolności i zainteresowań, funkcjonowania w różnych rolach i sytuacjach. Kształtuje się pod wpływem opinii środowiska społecznego i wychowawczego (rodziców, nauczycieli, rówieśników), własnego życiowego doświadczenia (sukcesów, niepowodzeń) nabywanego w kontaktach społecznych, a także informacji o swoim „ja” pochodzących ze społecznych porównań.

Brak wzroku u osób niewidzących i specyfika funkcjonowania z tą niepełnosprawnością może wpływać na opinie innych, własne doświadczenia oraz utrudniać dokonywanie porównań do rówieśników w zakresie zachowań społecznych, ról społecznych, zdolności, własnych cech fizycznych, wyglądu zewnętrznego itp. Dysfunkcja, w zależności od jej stopnia, może definiować również obszar zainteresowań, form spędzania wolnego czasu, podejmowanych aktywności. W związku z tym samowiedza może nie być adekwatna, a obraz siebie zakłócony w tych aspektach. Zaburzenie widzenia i świadomość czynności, których dziecko nie jest w stanie wykonać na takim poziomie jak rówieśnicy (np. poruszanie się, gry sportowe, taniec), świadomość swojej inności wynikającej z niepełnosprawności, ograniczenia własnych możliwości życiowych, jak np. wyboru zawodu, ułożenia sobie życia rodzinnego i odgrywania roli społecznej w przyszłości to między innymi czynniki, które mogą wpływać negatywnie na budowanie obrazu siebie dzieci niewidzących.

Wyniki badań empirycznych nie prowadzą jednak do tak nakreślonych i jednoznacznych wniosków. Metaanalizy badań dotyczących samoświadomości i samooceny dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku w wieku 5–25 lat pokazują, że niższy poziom samooceny i samoświadomości w tej grupie w porównaniu do widzących został zidentyfikowany w pięciu badaniach empirycznych. Siedem analiz wskazywało na brak różnic między grupami, a w jednym wyniki w tych obszarach w grupie osób z niepełnosprawnością wzroku oceniono jako wyższe (Augustad, 2017). Optymistycznych wniosków dostarczają także polskie badania M. Niemiec (2018) z udziałem 60 gimnazjalistów z dysfunkcją wzroku, których przedmiotem było „ja perspektywiczne”. Większość niepełnosprawnych wzrokowo adolescentów antycypuje swoją przyszłość oraz postrzega siebie w owej przyszłości na ogół bardzo pozytywnie: jako osoby wykonujące satysfakcjonującą pracę, cieszące się dobrym zdrowiem, wzbudzające poczucie zaufania, niezależne.

Różnice w założeniach i metodologii badań mogą być przyczyną niespójności wyników, ale konstrukt obrazu siebie osób z niepełnosprawnością wzroku jest bardzo złożony i trudny do badania. Jak w przypadku osób pełnosprawnych wiele zmiennych determinuje jego kształtowanie. Oprócz tego dynamika niepełnosprawności wzroku jest powodem wewnętrznej zmienności w tej grupie. Przykładowo słabowzroczność może mieć charakter stały lub postępujący. Lęk przed utratą wzroku może prowadzić do niechęci w podejmowaniu nowych wyzwań, ograniczania swoich realnych możliwości, natomiast niepełnej akceptacji swojej



niepełnosprawności towarzyszyć może przecenianie swoich możliwości i podejmowanie działań skazanych na niepowodzenie (Kucharczyk, Czerwińska, 2019).

Specyficzna jest również sytuacja osób słabowidzących posługujących się wzrokiem w codziennym życiu ze względu na świadomość swojej inności. Zaburzenie wzroku w większości przypadków jest niepełnosprawnością widoczną dla otoczenia, a świadomość tego wśród dzieci i młodzieży może zaburzać pozytywną ocenę własnego wyglądu zewnętrznego. Zależności między spostrzeganiem swoich właściwości fizycznych a zaburzeniami w zachowaniu u dzieci z dysfunkcjami wzroku badał A. Pielecki (1994). Analiza uzyskanych danych nie wykazała w badanej grupie (N=120) istotnych zależności między wymienionymi zmiennymi. Stwierdzono natomiast istotną zależność między poziomem samooceny wyglądu zewnętrznego badanych dzieci a występowaniem u nich zaburzeń o charakterze zamykania się w sobie. Cecha ta przejawia się głównie nieśmiałością i wstydlivością w towarzystwie i kontaktach społecznych. Nauczyciele i wychowawcy mieli trudności w dotarciu do tych uczniów i nawiązaniu z nimi kontaktu. W badaniach tych odkryto także krzywoliniową zależność niskiej akceptacji wyglądu zewnętrznego i wyższego poziomu zaburzeń o charakterze antyspołecznym. Ponadto, tak jak uważają A. Roy i G. MacKay (2002), ludzie widzący mają więcej problemów ze zrozumieniem funkcjonowania osób słabowidzących niż całkowicie niewidzących, a ich niewłaściwe reakcje są obserwowalne, co utrudnia budowanie spójnego obrazu siebie. Co więcej, sami słabowidzący mają trudności z określeniem swojej tożsamości w kontekście niepełnosprawności, co w literaturze określane jest „tożsamością hybrydalną” (Melchior, 2008). Przyczyną takiej sytuacji jest rozbieżność kryteriów formalno-prawnych i funkcjonalnych, tzn. osoba prawnie może mieć przyznany status niewidomej, ale umiejętności posługiwania się wzrokiem pozwalają jej na co dzień funkcjonować jak osoba słabowidząca. Kombinacji tożsamościowych może być więcej w zależności od okoliczności – są sytuacje, w których młodzież słabowidząca postrzega siebie i jest odbierana przez otoczenie jako należąca do kategorii osób widzących, słabowidzących lub niewidzących.

Oprócz stopnia niepełnosprawności wzroku istotnym czynnikiem w kształtowaniu obrazu samego siebie jest charakter niepełnosprawności – wrodzony lub nabyty. Wbrew możliwym zakłóceniom obrazu siebie w sferze funkcjonowania społecznego osoby niewidzące od urodzenia nie przeżywają kryzysu tożsamości związanego z faktem pojawienia się niepełnosprawności w jakimś momencie życia. Adaptują się do niej naturalnie i stopniowo, a ich rozwój psychiczny przebiega bez zakłóceń (Lewentoid, za: Majewski, 2002). Pojawienie się niepełnosprawności wzroku w trakcie życia podważa koncepcję tożsamości osobistej. Empiria potwierdza, że młodzież z nabytą niepełnosprawnością wzroku prezentuje tożsamość bardziej niestabilną, zadaje wiele pytań i wyraża wątpliwości odnośnie własnego „ja” (Pinquart, Pfeiffer, 2013a). Adaptacja i akceptacja niepełnosprawności jest procesem długotrwałym i zmiennym: od rozproszenia tożsamości warunkowanego rozbiciem dotychczasowych wyobrażeń i przekonań budujących obraz własnej osoby, przez ponowne rozpoznanie własnych zasobów, do akceptacji dostępnych wartości i możliwości oraz odrzucenia tych, które stały się niedostępne. Objawami braku akceptacji własnego stanu osób ociemniałych

może być niechęć do korzystania z technologii asystujących, białej laski czy odmowa uczenia się systemu Braille'a w obawie przed stygmatyzacją społeczną (Wiazowski, 2016).

Istotnym czynnikiem, który może wpływać na percepcję samego siebie w wielu aspektach: moralnym, osobistym, fizycznym i społecznym jest typ szkoły, do której uczęszcza dziecko z niepełnosprawnością wzroku: specjalna lub ogólnodostępna, choć i w tym zakresie wyniki badań są niejednoznaczne. Ciekawych wniosków dostarczają krajowe badania Z. Palak (2000) z udziałem 30 uczniów z niepełnosprawnością wzroku ze szkół integracyjnych i 30 ze szkół specjalnych. Badania dotyczyły obrazu własnej osoby (realnego i idealnego), samoakceptacji oraz cech samooceny, takich jak jej poziom, stabilność i adekwatność. W zakresie „ja realnego” między grupami wystąpiły tylko niewielkie różnice, natomiast w 16 aspektach „ja idealnego” uczniowie słabowidzący ze szkół ogólnodostępnych uzyskali niższe wyniki niż ich rówieśnicy ze szkół specjalnych. Zdaniem autorki badań mogło to wynikać z faktu, że w warunkach szkoły ogólnodostępnej uczniowie ci borykają się z większymi zagrożeniami dla poczucia własnej wartości i realizują naturalną potrzebę wysokiej samoakceptacji przez przyjmowanie niskich standardów „ja idealnego”. Samoakceptacja rozumiana jako stopień zgodności między realnym i idealnym obrazem własnej osoby była wyższa właśnie w grupie uczniów ze szkół ogólnodostępnych.

Emocjonalny komponent obrazu siebie, czyli zespół emocjonalnych odniesień do wiedzy na temat swoich możliwości, umiejętności i cech w przypadku osób z niepełnosprawnością wzroku, zdaje się być mniej zakłócony przez niepełnosprawność niż element poznawczy związany z samowiedzą. Tutaj w dużym stopniu zastosowanie mają te wszystkie mechanizmy, które kształtują samoocenę u osób pełnosprawnych (Tuttle D.W., Tuttle N.R., 2004). Każdy z nich jest w pewnym sensie modyfikowany przez niepełnosprawność wzroku. S. Lewis i K.E. Wolffe (2006) wymieniają wśród nich: styl przywiązania, postawy rodzicielskie, opinie innych, autonomia i inicjatywa, pozytywne relacje z rówieśnikami, pracowitość i skuteczność.

Już samo wychowanie dziecka niewidzącego łączy się z większym ryzykiem wytworzenia pozabezpiecznych styli przywiązania, ze względu na utrudnione porozumiewanie się z nim poprzez zaburzenie afektywnych reakcji „twarzą w twarz”, negatywne stany emocjonalne matki z powodu niepełnosprawności dziecka, ograniczone zaangażowanie w zachowania polegające na dzieleniu wspólnego pola uwagi, opóźnione reakcje dziecka na bliskość matki (Konarska, 2010). Bez niezwykle istotnego na tym etapie wsparcia specjalistów mogą się pojawić trudności w rozwinięciu bezpiecznego stylu przywiązania – bazy dla właściwego poziomu samoakceptacji w przyszłości.

Z opiniami innych, dzieci słabowidzące i niewidzące mogą spotykać się incydentalnie, słysząc rozmowy dorosłych, znajomych na temat ich stanu zdrowia, wyrazy współczucia, objawy litości, co może wytwarzać w nich, w zależności od reakcji rodziców, poczucie bycia dla nich obciążeniem. Istotne są też informacje zwrotne na temat realnych możliwości

dziecka, a nadmiar pochwał, szczególnie dotyczących umiejętności dawno opanowanych i dla dziecka na danym etapie banalnych, może wnieść przekonanie o inności w stosunku do rówieśników w sferach, w których ona nie istnieje. W procesie budowania samoakceptacji mieszczą się również komunikaty nauczycieli – niekorzystne jest, jeśli mają charakter pozytywnie lub negatywnie wyróżniający dziecko spośród reszty klasy, lub gdy są nadmiernie korygujące.

Rówieśnicy stanowią grupę odniesienia, do której dzieci słabowidzące, tak jak inni uczestnicy tej grupy, porównują swoje cechy, zdolności i możliwości, wygląd zewnętrzny. Poprzez brak wizualnych informacji na ten temat znajdują się oni w trudniejszej pozycji. Cała grupa klasowa powinna być wyczulona na pewne sytuacje związane z inicjowaniem kontaktu, kontynuowaniem go poza szkołą, pewną specyfiką funkcjonowania takich dzieci (korzystanie z technologii asystujących, białej laski, brajla), innym sposobem wykonywania tych samych zadań itp. Dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku istotny jest również kontakt z rówieśnikami słabowidzącymi lub niewidzącymi, którzy stanowią odrębny układ odniesienia porównawczego o innym zestawieniu norm, związanych szczególnie z obszarami bezpośrednio modyfikowanymi przez niepełnosprawność – samodzielność, poznanie, rozrywkę.

Niedostateczne doświadczenia społeczne u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku, szczególnie niewidzących, narażenie na negatywny ich charakter, utrudniają samorodny rozwój w tej sferze funkcjonowania. W tym kontekście niezwykle istotne są planowe oddziaływania ułatwiające uczenie się nowych umiejętności, dające również szansę na praktykowanie i samodzielne korygowanie tych znanych.

### **1.3. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z autystycznym spektrum zaburzeń, w tym z zespołem Aspergera – przegląd badań**

Spektrum zaburzeń autystycznych to złożone zaburzenie neurorozwojowe, które charakteryzuje się deficytami w zakresie funkcjonowania społecznego oraz ograniczonymi, powtarzalnymi wzorcami zachowań, zainteresowań i aktywności (DSM-5, APA, 2013). W obecnym opracowaniu przedstawiona zostanie analiza literatury przedmiotu dotycząca głównie jednej z form autyzmu, diagnozowanego obecnie jako zespół Aspergera (ZA). Został on opisany już w 1944 r. przez H. Aspergera, jako zaburzenie charakteryzujące się dysfunkcjami w sferze emocjonalno-społecznej, ekscentrycznymi zachowaniami, niezwykle zainteresowaniami oraz stosunkowo dobrym poziomem funkcjonowania intelektualnego.

### 1.3.1. Zespół Aspergera – dylematy diagnostyczne

Kryteria diagnostyczne dla ZA zostały wprowadzone dopiero w latach 90. XX wieku w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń. Zespół Aspergera opisano tam przy pomocy następujących wskaźników (DSM-IV, APA, 1994):

1. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych przejawiających się przynajmniej dwoma objawami z poniższych:
  - a) Znaczące upośledzenie korzystania z różnorodnych form zachowań niewerbalnych takich jak: spojrzenie oko w oko, ekspresja mimiczna, postawa ciała, gesty regulujące interakcje społeczne;
  - b) Niezdolność nawiązania odpowiednich do wieku relacji rówieśniczych;
  - c) Brak spontanicznego dążenia do dzielenia z innymi radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub wskazywania obiektów zainteresowania);
  - d) Brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności.
2. Ograniczone, powtarzające się lub stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności przejawiające się przynajmniej jednym objawem z poniższych:
  - a) całkowite zaabsorbowanie jednym lub więcej stereotypowych i ograniczonych wzorów zainteresowań, które są anormalne zarówno pod względem intensywności, jak i stopnia skupienia;
  - b) wyraźny brak elastyczności w przywiązaniu do specyficznych, niefunkcjonalnych działań rytynowych lub rytuałów;
  - c) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie albo wykręcanie rąk lub palców, złożone ruchy całego ciała);
  - d) trwałe zainteresowanie elementami przedmiotów.
3. Zaburzenie powoduje klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania w społecznym, zawodowym lub innym ważnym obszarze życia.
4. Nie występuje klinicznie istotne ogólne opóźnienie w mowie (np. pojedyncze słowa przed drugim rokiem życia, frazy przed trzecim rokiem życia).
5. Nie występuje klinicznie istotne opóźnienie w rozwoju poznawczym lub w odpowiednich do wieku umiejętnościach samoobsługi, zachowaniu adaptacyjnym.
6. Nie są spełnione kryteria dla uogólnionego zaburzenia rozwoju lub schizofrenii.

W kolejnej edycji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5, 2013) nie pojawiają się kryteria dla zespołu Aspergera, a jedynie trzy kryteria diagnostyczne autyzmu, nieco zmienione w stosunku do wersji z 1994 roku. Osoba, u której zdiagnozuje się autyzm, musi przejawiać cechy wymienione w poniższych dwóch punktach (w tym, co najmniej dwie z punktu 1. i jedną z punktu 2.):

1. Klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji.
  - a) wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych;
  - b) brak wzajemności społecznej;

- c) nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
- 2. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:
  - d) stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne;
  - e) nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania;
  - f) ograniczone zainteresowania.
- 3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka).

W klasyfikacji ICD-10 (WHO) zespół Aspergera (F84.5) jest wymieniany jako jedno z ośmiu rodzajów zaburzeń w kontekście autyzmu. Dotychczasowe strategie diagnostyczne<sup>1</sup> pozwalają na stwierdzenie występowania zespołu Aspergera u osoby, którą charakteryzuje (ICD-10):

- 1. Brak istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedzianie pojedynczych słów było rozwinięte do drugiego roku życia lub wcześniej, oraz że komunikatywne wyrażenia były w użyciu do trzeciego roku życia lub wcześniej.
- 2. Umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych trzech lat życia było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu; fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i zwykle występuje ruchowa niezdarność (choć nie jest to cechą diagnostyczną).  
Pojedyncze szczególne umiejętności, często niezwiązane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, występują pospolicie, choć nie są wymagane do rozpoznania.
- 3. Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych (kryteria autyzmu):
  - a) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;
  - b) niedostateczny (nieodpowiedni do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujący wzajemne podzielane zainteresowania, czynności, emocje;
  - c) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych;
- 4. Pacjent przejawia niezwykle nasilone, wyizolowane zainteresowania albo ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (kryteria jak dla autyzmu):

---

<sup>1</sup> Tekst powstał w lutym 2022 r., w diagnostyce zespołu Aspergera w Polsce nadal korzysta się obecnie z klasyfikacji opartej na ICD-10, chociaż znana jest już klasyfikacja ICD-11, w której nie pojawia się jednostka o nazwie zespół Aspergera.

- a) pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści lub zogniskowania;
- b) wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i rytualizowanych.

Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii (F20.6), zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowego, F21), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (F.42), osobowości anankastycznej (F60.5), reaktywnego lub nie-selektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (F.94.1 lub F.94.2 odpowiednio).

Jak podano powyżej, obecnie w Polsce diagnozy zespołu Aspergera stawiane są zgodnie z zapisami ICD-10, jednak warto na osoby z zespołem Aspergera spojrzeć także w kontekście nowej klasyfikacji ICD-11, którą zaprezentowano publicznie (po kilku latach prac) w maju 2019 r., zapowiadając jej wdrożenie od stycznia 2022 r.<sup>2</sup>

WICD-11 proponuje się pogrupowanie zaburzeń autystycznych, określonych jako Zaburzenie ze spektrum autyzmu w następujące kategorie:

- **6A02** Zaburzenie ze spektrum autyzmu;
- **6A02.0** Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z łagodnym lub bez upośledzenia czynnościowego języka;
- **6A02.1** Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i łagodnym lub bez upośledzenia czynnościowego języka;
- **6A02.2** Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z zaburzeniami funkcjonalnego języka;
- **6A02.3** Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniami rozwoju intelektualnego i z zaburzeniami czynnościowymi;
- **6A02.4** Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i braku języka funkcjonalnego;
- **6A02.5** Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i brakiem języka funkcjonalnego;
- **6A02.Y** Inne określone zaburzenia ze spektrum autyzmu;
- **6A02.Z** Zaburzenie ze spektrum autyzmu, nieokreślone.

Analiza wyżej wymienionych kategorii wskazuje, że obecne klasyfikacje umieszczają zespół Aspergera w zespole zaburzeń nazywanych spektrum zaburzeń autystycznych (ang. *Autistic Spectrum Disorder* – ASD). Osoby, u których dotychczas diagnozowany był zespół Aspergera obecnie mogą otrzymać diagnozę autyzmu o numerze 6A02.0: *Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z łagodnym lub bez upośledzenia czynnościowego*

---

<sup>2</sup> Okres przejściowy został przedłużony o kolejnych 5 lat.

języka (za: ICD-11) lub spektrum zaburzeń autystycznych (ang. *Autism Spectrum Disorder* – ASD, w klasyfikacji DSM-5 pod symbolem 299.00).

### **1.3.2. Charakterystyka funkcjonowania uczniów z autystycznym spektrum zaburzeń, w tym z zespołem Aspergera w sferze poznawczej i emocjonalno-społecznej**

Podstawową i pierwotną trudność w zakresie kompetencji społeczno-emocjonalnych stanowi dla uczniów z autyzmem rozpoznawanie i nazywanie emocji. Rozpoznawanie emocji oznacza umiejętność rozróżniania stanów emocjonalnych wyrażanych w mimice, gestach oraz słowach oraz rozumienia ich znaczenia. Badania dzieci z autyzmem pokazują, że umiejętności te posiadają tylko nieliczne dzieci z diagnozą autyzmu wysokofunkcjonującego lub zespołu Aspergera, jednak zazwyczaj tylko w zakresie emocji podstawowych, takich jak radość, smutek, lęk, złość. Dla większości dzieci z autyzmem rozpoznawanie emocji złożonych (np. zdziwienia) oraz innych złożonych stanów emocjonalnych (np. poczucia winy, dumy) stanowi wyzwanie i wymagają one wsparcia terapeutycznego w nabyciu sprawności rozpoznawania tych emocji i nadawania im znaczenia. Badania empiryczne zazwyczaj potwierdzają, że osoby z zespołem Aspergera mają mniejsze kompetencje w zakresie rozpoznawania emocji na podstawie wskazówek wizualnych i prozodycznych (Doi i in., 2013, N=20). Uczniowie z zespołem Aspergera mają też większe trudności w rozpoznawaniu emocji na podstawie obserwacji twarzy (Lindner, Rosén, 2006), choć nie wszystkie badania to potwierdzają. W badaniach C.A. Mazefsky'ego i D.P. Oswalda (2007) nie zaobserwowano w tym zakresie różnic między grupą uczniów z zespołem Aspergera a grupą uczniów neurotypowych.

Umiejętność rozpoznawania emocji innych osób jest jednym z zadań rozwojowych, które mogą być wspierane w procesie wychowania i terapii, dlatego obserwuje się różnice w zakresie tych kompetencji między dziećmi a osobami dorosłymi. Badania wśród dzieci z zespołem Aspergera pokazują ich trudności w społecznej ocenie i rozumieniu zachowań innych osób (por. Joliffe, Baron-Cohen, 1999; Lombardo i in., 2007; Minio-Paluello i in., 2009). Dorosłe osoby z ZA mogą jednak nie różnić się od osób neurotypowych w zakresie rozpoznawania intencji innych osób, czy też rozpoznawania i nazywania złożonych stanów, takich jak poczucie winy. Badania Channon i in. (2011) pokazują, że osoby z ZA mogą w pewnych sytuacjach wykazywać większą wrażliwość w analizowaniu sytuacji wywołujących poczucie winy niż osoby neurotypowe. W ocenie różnych osób mogą też wyraźniej niż inne osoby prezentować pewną sztywność w ocenianiu zachowań innych osób i mają tendencję do odbierania sytuacji jako jednoznacznie złych lub dobrych, bez analizowania złożoności sytuacji (Channon i in. 2010a).

Chociaż część uczniów z zespołem Aspergera wykazuje dobre ogólne kompetencje społeczne (Fountain, Winter, Bearman, 2012), zasadniczo dzieci i młodzież z tym zaburzeniem wykazują niższy niż rówieśnicy poziom przystosowania społecznego i umiejętności społecznych (Berard i in., 2017). W prowadzonych dotychczas badaniach uczniowie z ZA wykazują trudności w zakresie kontroli emocjonalnej, regulacji zachowania, płynności rozumowania oraz

planowania (Semrud-Clikeman, 2010). Osoby z autyzmem doświadczają także wyraźnych trudności w zakresie odróżniania bodźców istotnych od tych nieważnych, zwracają uwagę raczej na cechy fizyczne (np. ubiór, kolory), niż na kontekst społeczny danej sytuacji (np. czy obserwowane osoby odczuwają smutek, zdziwienie). M. Semrud-Clikeman i in. (2010) stwierdzili także, że u dzieci z autyzmem obserwuje się wyższy poziom smutku i wycofywania się z sytuacji społecznych. Wykorzystywanie posiadanych kompetencji utrudniają zaburzenia mowy (błędy artykulacyjne, nieprawidłowe użycie wyrazów i fraz, zaburzenia prozodii mowy), które znacznie częściej obserwowano w grupie uczniów z ZA niż w grupie kontrolnej (np. Shriberg i in., 2001). W dotychczasowych badaniach nad autyzmem stwierdza się istnienie zależności pomiędzy ilorazem inteligencji dziecka a poziomem kompetencji społeczno-emocjonalnych. Około 30% osób z autyzmem jednocześnie ma zdiagnozowaną niepełnosprawność intelektualną różnego stopnia. Z badań wynika, że dzieci z autyzmem, ale bez trudności poznawczych, prezentują większą różnorodność zachowań społecznych (Fountain, Winter, Bearman, 2012). Wykazano także korelacje między poziomem ilorazu inteligencji, inteligencją werbalną i umiejętnościami rozwiązywania problemów poznawczych a kompetencjami w zakresie wykorzystywania w działaniu teorii umysłu (Ahmed, Miller, 2011) oraz związek między umiejętnością rozpoznawania emocji a poziomem koncentracji uwagi (Oerlemans i in., 2014).

W życiu społecznym często **oceniaamy zachowania i intencje innych osób, co wymaga dobrych kompetencji w zakresie teorii umysłu**, czyli umiejętności przypisywania sobie i innym przekonań, pragnień i intencji, wyobrażania sobie, o czym drugi człowiek myśli i czego potrzebuje. W wielu badaniach stwierdzono, że osoby z autyzmem i zespołem Aspergera mają zaburzenia w zakresie kształtowania się teorii umysłu (Baron-Cohen i in., 2000), co powoduje wiele trudności, m.in.: dosłowne rozumienie komunikatów, brak rozumienia fikcji, problemy z interpretacją emocji oraz stanów mentalnych innych osób na podstawie mimiki, niezrozumienie udawania, nieumiejętność udawania, brak identyfikacji obszaru oczu i twarzy jako ważnego źródła informacji na temat emocji, a także stanów umysłu, rozumienie jedynie prostych związków między emocjami a wydarzeniami, brak zrozumienia bardziej złożonych przyczyn emocji, brak różnicowania między tym, że coś stało się przypadkiem, a tym, co ktoś zrobił celowo, brak zrozumienia, kiedy ktoś zwodzi, oszukuje, manipuluje, trudności z empatią, rozumieniem motywacji oraz przekonań innych ludzi. Trudności te narastają szczególnie w okresie dorastania, który dla osób z autyzmem jest związany z uczuciem osamotnienia (Prokopiak, 2020). Młodzież zasadniczo spędza więcej czasu niż ich rówieśnicy z osobami dorosłymi – rodzicami i nauczycielami, przez co przyjmuje określony styl bycia czy prowadzenia rozmowy, który może nie być atrakcyjny dla rówieśników.

Pomimo, że cechą autyzmu nie jest opóźnienie motoryczne, dzieci z tym zaburzeniem doświadczają też licznych trudności w rozwoju ruchowym i mają obniżony poziom aktywności fizycznej (Olejnik, 2018). Wynika to z zaburzeń równowagi, słabej kontroli motorycznej, zaburzeń koordynacji ruchowej i ruchowo-wzrokowej, występowania ruchów stereotypowych, a także tzw. „chodzenia na palcach”. Badacze łączą te trudności z zaburzeniami



propriocepcji – czucia głębokiego, co sprawia, że osoby z autyzmem mają trudności w odczuwaniu swojego ciała, określaniu jego granic, a także nadawaniu znaczeń sygnałom płynącym z ciała. Wolniej opanowują także czynności wymagające dobrej koordynacji, takie jak jazda na rolkach, na rowerze czy hulajnodze. Wymienione powyżej zaburzenia mają bezpośredni i istotny związek z rozwojem społeczno-emocjonalnym, ponieważ do angażowania się dziecka w interakcje społeczne potrzebny jest określony, szeroki zakres czynności ruchowych (Bhat, Landa, Gallowey, 2011). Dzieci z autyzmem rzadziej i mniej chętnie biorą zatem udział w zabawach ruchowych, unikają ich także ze względu na przykre dla nich doznania (np. uczucia gorąca, pocenie się, nagła zmiana położenia ciała, dźwięki czy krzyki towarzyszące zabawom).

Uczniowie z zespołem Aspergera mogą mieć trudności w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji rówieśniczych. Charakteryzuje je także brak wzajemności społecznej – zainteresowania innymi osobami, ich działaniami, osiągnięciami i przeżyciami. Często, choć nie zawsze, mają deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Ich zachowanie charakteryzuje się stereotypowością, nietypowymi reakcjami sensorycznymi, nadmiernym przywiązaniem do rutyny oraz ograniczonymi zainteresowaniami. Uczniowie z zespołem Aspergera charakteryzują się zatem tymi samymi jakościowymi nieprawidłowościami w zakresie relacji społecznych, które występują w autyzmie, jednak nie występują u nich zaburzenia mowy i niepełnosprawność intelektualna. Objaw osiowy ZA stanowią trudności w rozpoznawaniu emocji, komunikacji z innymi ludźmi, trudności w rozumieniu kodu społecznego zarówno w warstwie werbalnej, jak i niewerbalnej (zwłaszcza wtedy, kiedy rozmówca nie mówi wprost, ale stosuje elementy patosu, humoru, myślenia figuratywnego, hiperboli, sytuacje hipotetyczne, wyolbrzymienie pewnych faktów, sarkastyczne czy ironiczne komentarze) oraz trudności w stosowaniu teorii umysłu – rozumienia stanów umysłowych innych osób.

Część osób z zespołem Aspergera może osiągnąć stosunkowo wysoki poziom kompetencji społecznych, co łączone jest z dwoma grupami czynników:

1. **Uczeniem się społeczno-emocjonalnym** (ang. *Social-Emotional Learning*): rozpoznawanie emocji na podstawie głosu i wyrazu twarzy (uwaga niewerbalna), empatia, korzystanie z teorii umysłu, rozwiązywanie problemów społecznych;
2. **Funkcjami wykonawczymi** (ang. *Executive Functions*), takimi jak uwaga, planowanie, umiejętność regulacji zachowania i regulacji emocjonalnej. Badania dotyczące związku między poziomem funkcji wykonawczych a poziomem kompetencji społecznych wskazują na wyraźny związek kompetencji społeczno-emocjonalnych (takich jak rozpoznawanie emocji, rozwiązywanie problemów społecznych przyjmowanie perspektywy drugiej osoby czy korzystanie ze wskazówek o charakterze społecznym) z funkcjami wykonawczymi, takimi jak utrzymywanie uwagi, powstrzymywanie się od działań impulsywnych, dobre funkcjonowanie pamięci roboczej (Berard i in., 2017).

W literaturze przedmiotu oraz praktyce klinicznej zwraca się uwagę na fakt występowania podobieństw między osobami z zespołem Aspergera a osobami z diagnozą autyzmu

wysokofunkcjonującego (ang. *High Functioning Autism* – HFA). W jednym i w drugim zespole obserwuje się zaburzenia w zakresie rozpoznawania emocji i prezentowania adekwatnych społecznie zachowań (Downs, Smith, 2004). C. de Giambattista i in. (2019) wskazują na szereg innych czynników podobnych w tych dwóch zaburzeniach: występowanie trudności w sferze komunikacji społecznej oraz powtarzalne, uporczywe i ograniczone wzory zachowań. Jednak w badaniach wykazano też grupę czynników różnicujących osoby z tymi dwoma diagnozami. Badane przez C. de Giambattista osoby z ZA (N=80) różniły się od osób HFA (n=70) posiadaniem wyższego ilorazu inteligencji, mniejszych trudności w uczeniu się, lepszych kompetencji w zakresie komunikacji społecznej. Konkludując, C. de Giambattista i in. (2019) stwierdzają, że nowe kryteria pozwolą na postawienie diagnozy autystycznego spektrum zaburzeń tylko dla części osób, które obecnie otrzymują diagnozę ZA (różne szacunki wskazują, że będzie to między 50–92%). Dodają także, że na podstawie badań wskazane byłoby utrzymanie określenia zespół Aspergera w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej. Pozwoliłoby to na lepsze dopasowanie zakresu i form terapii do specyficznych potrzeb uczniów z ZA, na tle innych potrzeb uczniów z autyzmem. Podobne analizy prowadził zespół Ch. Montgomery i in. (2016), porównując osoby z zespołem Aspergera i osoby z HFA (N=43). Zarówno zespół C. de Giambattista i in. (2019), jak i zespół Ch. Montgomery i in. (2016) stwierdzają, że osoby z ZA funkcjonują lepiej niż osoby z HFA, ale obydwie grupy wymagają wsparcia i doradztwa edukacyjnego. Osoby z zespołem Aspergera zazwyczaj prezentują mniejsze kompetencje w zakresie zachowań społecznych wymagających współpracy (ang. *Cooperative Social Behaviour*), jednak badania potwierdzają, że dzieci z diagnozą „autyzm wysokofunkcjonujący” uczestniczące w terapii mogą osiągać wyniki typowe dla dzieci niemających diagnozy autyzmu (Downs, Smith, 2004).

Istotne jest, by nie postrzegać grupy uczniów z autyzmem jako jednolitej, i nie tyle koncentrować się na przyporządkowaniu ucznia z autyzmem do określonej grupy, ale w diagnozie i planowanych działaniach postdiagnostycznych uwzględniać ich indywidualne kompetencje i potrzeby. Uczniowie z autyzmem to osoby mające swoje autentyczne cele, zainteresowania i talenty, które wymagają rozwijania i wsparcia (Szafranśka, 2018). Mogą także rozwinąć znacząco poziom własnej autonomii i stawać się osobami o wysokim poziomie motywacji wewnętrznej, refleksyjnymi, z dobrym wglądem we własne zachowania, emocje i decyzje, kierujące się w postępowaniu czytelnym systemem wartości (Prokopiak, 2020).

W biopsychospołecznym modelu rozwoju kompetencji społecznych dzieci i młodzieży zakłada się, że nabywanie przez dziecko kompetencji społecznych i emocjonalnych jest związane zarówno z czynnikami zewnętrznymi (środowiskiem rodzinnym, statusem socjoekonomicznym i kapitałem kulturowym rodziny) oraz wewnętrznymi (temperamentem, osobowością, czynnikami zdrowotnymi). Kluczową rolę w nabywaniu kompetencji pełnią relacje dziecka z rodzicami. To z nimi dziecko nawiązuje relację pierwotnego przywiązania, która stanowi kapitał do budowania zdrowych relacji w późniejszych latach dzieciństwa, młodości i dorosłości. Brak bezpiecznego przywiązania do rodziców w pierwszych miesiącach życia łączone jest z późniejszymi trudnościami dziecka w nawiązywaniu znaczących relacji społecznych

i słabszymi zdolnościami radzenia sobie w sytuacjach trudnych (por. Domagała-Zyśk, 2005; Luecker, Roubinov, Tanaka, 2013). Rodzice, wprowadzając dziecko w zasady rządzące życiem społecznym, są modelami rozwiązywania sytuacji konfliktowych.

Rodzice dzieci z autyzmem częściej doznają stresu, który ma tendencję do proliferacji – rozszerzania się na kolejne sfery funkcjonowania rodzica (Bednarova, 2018). Wynika on przede wszystkim ze stałego charakteru zaburzenia, jego wpływu na życie dziecka i jego rodziny, brak zrozumienia dla nietypowych zachowań dziecka czy też brak wsparcia społecznego. Zaobserwowano również występowanie u rodziców zespołu wypalenia (Sekułowicz, Kaczmarek, 2014), który może się wiązać z czynnikami takimi jak: problemowe zachowania dzieci, ich zachowania autostymulacyjne i stereotypowe, doświadczenia napiętnowania i izolacji (Pisula, 2012). W rozmowach przeprowadzonych przez M. Sekułowicz i E. Kaczmarek (2014) matki dzieci z autyzmem także zgłaszały problemy takie jak: poczucie przeciążenia, chronicznego zmęczenia, osamotnienia, stygmatyzacji. Rodzice dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera zgłaszają też wyższy poziom lęku społecznego we wszystkich sferach: somatycznej, poznawczej i w zakresie unikania (Kuusikko-Gauffin, 2013).

Rodzice, zwłaszcza matki dzieci z autyzmem, mają zdolność dostrzegania nawet niewielkich postępów dziecka, są wyczulone na nowe zachowania, częściej niż inne mamy obserwują uważnie własne dzieci i dobrze znają mechanizmy ich funkcjonowania (Pisula, 2012; Sekułowicz, Kaczmarek, 2014). Te cechy matek czynią je wyjątkowo kompetentnymi współpracownikami w procesie oceny funkcjonalnej.

Wymienione powyżej deficyty utrudniają uczniom osiągnięcie adekwatnego do ich wieku poziomu kompetencji społecznych i emocjonalnych, które są niezbędnym warunkiem dobrego ogólnego funkcjonowania osoby (Domagała-Zyśk, Knopik, Osza, 2017). Kluczowe dla rozwoju dziecka znaczenie ma wczesna diagnoza zaburzeń i opóźnień rozwojowych oraz podjęcie działań postdiagnostycznych i specjalistycznej terapii.

Działania postdiagnostyczne dla dzieci młodszych powinny być związane z zabawą. Powszechnie opisywane są odmienne wzorce zabawy dzieci ze spektrum autyzmu (por. Charbicka, 2018,) jednocześnie to właśnie zabawa i spędzanie czasu z rówieśnikami mogą być podstawową formą terapii.

Zalecenia postdiagnostyczne powinny także dotyczyć poszerzenia repertuaru zajęć ruchowych podejmowanych przez dzieci z autyzmem. Sprzyjają one ogólnemu lepszemu funkcjonowaniu układu nerwowego dziecka, mogą wyciszać ruchy stereotypowe, poprawić sprawność w zakresie motoryki dużej i małej. Mają też znaczenie dla rozwoju poczucia sprawczości – opanowanie czynności ruchowych wzmacnia przekonanie dzieci o własnej skuteczności, zwiększa zakres ich samodzielności (por. Szot, Błeszyński, Specht, 2011).

Podobnie jak w innych grupach dzieci, także i w przypadku autyzmu i zespołu Aspergera znaczącą poprawę funkcjonowania dziecka może przynieść **biblioterapia**. Dzieci i młodzież

z ZA mają trudności w rozumieniu literatury, ze względu na częstą obecność w tekstach wątków nieopartych na konkretnych codziennych sytuacjach, ale na wydarzeniach nierzeczywistych, wyobrażonych, niecodziennych. W terapii wskazane jest zapoznavanie dzieci z tzw. opowiadaniem społecznymi (ang. *social stories*), których fabuła jest bliska codziennemu życiu dziecka, opowiada o wydarzeniach znanych, których może ono doświadczyć. Stopniowe wprowadzanie elementów rozpoznawania emocji złożonych, opisywanie konsekwencji danych sytuacji, zwiększa poziom rozumienia sytuacji społecznych (Gray, 2010).

Istotne znaczenie może mieć **terapia oparta na analizie sytuacji społecznych**, zwłaszcza tych, które nie mogą zostać przedstawione czy odegrane w codziennym życiu (np. przechodzenie na przejściu dla pieszych na czerwonym świetle, zachowania, w których dokuczają się innym osobom) mogą skutecznie być ćwiczone z wykorzystaniem programów multimedialnych. Badania Sz.N.V. Yuan oraz HHS Ip (2018, N=72) potwierdzają skuteczność udziału dzieci w takich programach terapeutycznych i zwiększenie ich kompetencji w zakresie wyrażania się i kontrolowania emocji oraz skuteczności interakcji społecznych.

Terapia może koncentrować się także na ćwiczeniach rozwiązywania problemów społecznych i jak pokazują badania, możliwe jest osiągnięcie wysokiego poziomu skuteczności terapii, zwłaszcza wtedy, kiedy rodzice w wysokim stopniu współpracują z terapeutą i świadomie kontynuują wspieranie dziecka w środowisku domowym (Bauminger, 2002).

W terapii warto skorzystać z **metody tutoringu rówieśniczego**. Jego skuteczność w odniesieniu do uczniów z autyzmem potwierdzono w badaniach i eksperymentach (por. Szykowna, 2018). Tutoring nie tylko skutecznie pomaga uczniom z autyzmem w nabyciu kompetencji szkolnych (np. czytania), ale strukturalizuje czas spędzany z rówieśnikami, zwiększając możliwości interakcji z nimi. Niektórzy uczniowie z autyzmem mogą także z sukcesem pełnić rolę tutorów w odniesieniu do swoich młodszych kolegów, co zwiększa ich poczucie sprawczości i stwarza okazję do dodatkowych relacji. Przynosi także korzyści rozwojowe dzieciom neurotypowym oraz wspiera postawy inkluzyjne oraz buduje obraz szkoły jako instytucji opiekuńczej i wspierającej.

Tutoring rówieśniczy może przyjąć formę zorganizowanego wolontariatu rówieśniczego, koleżeńckiego, w czasie którego odpowiednio przeszkoleni młodzi ludzie spotykają się z kolegami, koleżankami z autyzmem, spędzają razem czas i wzajemnie się poznają. Tego typu wolontariat, w związku z trudnościami osób z autyzmem w zakresie nawiązywania spontanicznych relacji rówieśniczych przynosi im wiele korzyści i uczy nowych kompetencji, dając jednocześnie korzyści ich neuronormatywnym rówieśnikom (Prokopiak, 2020; Prokopiak, Siedlecka, 2020; Prokopiak, 2021).

Działania postdiagnostyczne i terapeutyczne wspierające uczniów z autyzmem w procesie uczenia się społeczno-emocjonalnego trwają zazwyczaj długo i nie dają natychmiastowych skutków (Wong i in., 2015). W miarę upływu lat przed dzieckiem pojawiają się także kolejne

zadania rozwojowe wynikające z następnych stadiów rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego, co wymaga zazwyczaj podejmowania nowych działań wspierających rozwój, dostosowanych do indywidualnych potrzeb ucznia na danym etapie.

## 1.4. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z afazją

### 1.4.1. Kontrowersje terminologiczne i propozycja szerokiego spojrzenia

Termin afazja w kontekście diagnozy psychopedagogicznej dla potrzeb edukacji nie budzi jednoznacznych konotacji. Logopedzi, psychologowie kliniczni, językoznawcy i neuropsycholodzy prowadzą intensywny dyskurs na temat spójnej typologizacji zaburzeń rozwoju mowy u dzieci o przyczynach ośrodkowych. Stosowana w praktyce logopedycznej terminologia taka jak: niedokształcenie mowy o typie afazji (Kordyl, 1968; Panasiuk, 2008), afazja dziecięca (Kordyl, 1969; Herzyk, 1992; Paluch, Drewniak-Wołosz, 2012), niedokształcenie mowy (Parol, 1997), niedokształcenie mowy pochodzenia korowego – NMPK (Emiluta-Roza, 2007, 2008, 2013; Kurowska, 2012), alalia (Panasiuk, 2008), specyficzne zaburzenia rozwoju językowego – SLI (Leonard, 2006; Krasowicz-Kupis, 2012; Czaplewska, 2013) w różny sposób definiuje także objawy zaburzeń.

Według nadal obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, afazja została umiejscowiona w rozdziale F80. Zaburzenia rozwoju mowy i języka, które zostały określone jako „zaburzenia charakteryzujące się upośledzeniem normalnych wzorców nabywania umiejętności językowych od wczesnych stadiów rozwoju. Stanów tych nie można bezpośrednio wiązać z zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy, zaburzeń sfery czuciowej, upośledzeniem umysłowym lub czynnikami środowiskowymi. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często pociągają za sobą problemy takie jak: trudności w czytaniu i ortografii, zaburzenie związków interpersonalnych oraz odchylenia w zakresie emocji i zachowania” (ICD-10, s. 245). Dla kodu F80.1 Zaburzenia ekspresji mowy – wskazano dysfazję rozwojową oraz afazję typu ekspresyjnego. Klasyfikacja podkreśla, że ten typ zaburzenia polega na wyraźnie niższej (od poziomu typowego dla wieku umysłowego) zdolności ekspresji mowy, jednak rozumienie mowy mieści się w granicach normy; mogą występować zaburzenia artykulacji. Kod F80.2 Zaburzenie rozumienia mowy dotyczy funkcjonowania językowego dzieci i młodzieży, w którym umiejętność rozumienia mowy nie osiąga poziomu typowego dla wieku umysłowego dziecka. Ponadto możliwe jest również zaburzenie ekspresji mowy. ICD-10 wymienia dla tego kodu: wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej, afazję typu recepcyjnego, afazję Wernickego oraz głuchotę słów.

Terminy afazja i dysfazja, choć uznawane są za synonimy, w istocie wskazują jednak na wyraźne różnice w zakresie zdolności językowych, którymi dysponuje dziecko. Termin afazja rozwojowa używany jest na określenie całkowitego braku mowy (zarówno wtedy, gdy mowa nie wykształciła się, jak i wtedy, gdy po zakończeniu procesu rozwojowego lub w trakcie

jego przebiegu dziecko całkowicie traci zdolność komunikacji), zaś dysfazja rozwojowa odnosi się do przypadków, gdy czynności językowe zostały znacząco ograniczone lub realizowane są w sposób zakłócony. Nieco inaczej ujmuje tę kwestię A. Pilarska – badaczka nazywa afazję rozwojową – dysfazją i podkreśla jej wrodzony charakter: „dziecko prawidłowo rozwinięte intelektualnie, bez zaburzeń natury psychologicznej, z prawidłowym słuchem nie wykształciło mowy w ogóle, bądź wykształciło ją w stopniu znacznie odbiegającym od normy wiekowej” (2017, s. 86). W przeciwieństwie do dysfazji, nabyta afazja rozpoznawana jest wówczas, gdy mowa do jakiegoś momentu rozwijała się prawidłowo, a później wystąpiły różne objawy zaburzeń procesu kształtowania i rozwoju mowy, tj. utrata mowy, zahamowanie, regres lub opóźnienie jej dalszego rozwoju. Inne pojęcia używane w literaturze polskiej to niedokształcenie mowy o typie afazji oraz wrodzony niedorozwój ekspresji słownej oraz wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej (Jastrzębowska, 1996). Niektórzy w ogóle odrzucają pojęcie afazji, eksponując termin alalia (Panasiuk, 2019).

Badacze podkreślają, że nie należy mylić niedokształcenia mowy pochodzenia korowego (afazji rozwojowej) z opóźnieniem rozwoju mowy, choć do 3. czy 4. roku życia kryteria różniące są niejednoznaczne (Emiluta-Rozya, 2007, 2012). Z rozwojowego punktu widzenia dziecko z prostym opóźnieniem rozwoju mowy, zwykle po 5. roku życia, zaczyna mówić i powyżej 5. czy 6. roku życia nie odbiega od rówieśników. Dziecko z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego (afazją dziecięcą) nie wykazuje takiego regresu lub jest on stosunkowo mały (Pilarska, 2017; Panasiuk, 2008; Skibska, 2012).

Pewną próbą uporządkowania terminologii jest propozycja Panasiuk (2008; 2019) wiążąca typ zaburzeń językowych z momentem wystąpienia uszkodzeń o charakterze neurologicznym:

- alalia – występuje na skutek uszkodzenia w okresie przedślowym (do 1. roku życia) struktur mózgowych, które doprowadza do trudności w opanowaniu języka;
- niedokształcenie mowy o typie afazji – powstaje na skutek schorzeń neurologicznych zaistniałych w okresie kształtowania się struktur języka (od 2. do 6. roku życia);
- afazja dziecięca – wynika z uszkodzenia pewnych struktur mózgowych w okresie postlingwalnym (po 6. roku życia) doprowadzającego do całkowitej lub częściowej utraty nabytych zdolności rozumienia i programowania słownych.

Jeszcze innym terminem, który jest najczęściej używany w anglosaskiej literaturze w kontekście zaburzeń komunikacji językowej to SLI (ang. *Specific Language Impairment*) lub DLD (ang. *Developmental Language Disorder*).

Trudności językowe i komunikacyjne są wynikiem deficytów, które wpływają na:

- ekspresję mowy: błędy w artykulacji głosek (wymowie), ograniczony słownik, trudności z uczeniem się nowych słówek, trudności z budowaniem zdań złożonych (czasem też prostych), trudności w automatyzacji zasad syntaktycznych;
- percepcję mowy: trudności ze zrozumieniem słów, trudności ze zrozumieniem zdań (zwłaszcza złożonych), a także na wszystkie składniki systemu językowego

(fonologiczny, morfologiczno-składniowy, leksykalny, semantyczny, pragmatyczny) (Pilarska, 2017).

Kompromisowi w ustaleniach terminologicznych z pewnością nie służyła dotychczasowa linia legislacyjna, w której to na mocy *Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. Termin afazja został przyjęty jako obligatoryjny i potraktowany jako typ niepełnosprawności ruchowej. Tym samym pominięto w orzecznictwie całą grupę dzieci z zaburzeniami (w szczególności niedokształceniami) mowy pochodzenia korowego o typie recepcyjnym. Nieporozumienie to nie pozwala np. wykorzystać Systemu Informacji Oświatowej (SIO) do zbierania rzetelnych danych na temat frekwencyjności afazji w populacji dzieci i młodzieży uczącej się, gdyż system zbiera dane łącznie dla jednej kategorii orzeczeniowej, tj. niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji. Gdyby jednak nawet SIO dawał możliwość wyodrębnienia informacji tylko dla orzeczeń o afazji, to i tak nie udało się rozwiązać problemu z różnorodnym pojmowaniem przez zespoły orzekające samej jednostki chorobowej.

#### **1.4.2. Kompetencje emocjonalno-społeczne uczniów z zaburzeniami komunikacji językowej**

Rozwój kompetencji emocjonalno-społecznych, zgodnie z teorią biologiczno-społecznego rozwoju człowieka, warunkowany jest wieloma czynnikami o charakterze intra- i interpersonalnym (por. Bronfenbrenner, 1999; Christisen, 2010). W ramach złożonej grupy czynników zewnętrznych wyodrębnia się zarówno te, które dotyczą najbliższego środowiska osoby (tzw. mikrosystemu), jak i relacji, w których wprost osoba nie uczestniczy, ale mogą one pośrednio na nią oddziaływać (tzw. makrosystem obejmujący przekonania, styl życia, modele spędzania wolnego czasu). Zatem to, w jaki sposób przebiega rozwój emocjonalno-społeczny, zależy od indywidualnych predyspozycji (o charakterze katalizatorów, jak i inhibitorów oraz szans i zagrożeń), a także kontekstu oraz wzajemnej interakcji między tymi komponentami. Kwestia ta jest szczególnie istotna w poszukiwaniu specyficznych właściwości rozwoju emocjonalno-społecznego dzieci i młodzieży doświadczających różnorodnych trudności w komunikacji, w tym uczniów z zaburzeniami komunikacji i afazją (Kochańska i Krasowicz-Kupis, 2014; Krasowicz-Kupis, 2012). Wskazuje na konieczność odniesienia się do ograniczonych zasobów językowych i ich roli w nabywaniu i rozwijaniu kompetencji emocjonalno-społecznych oraz zachowań komunikacyjnych innych osób w stosunku do uczniów z ograniczeniami w zakresie funkcjonowania językowego (w tym ich postaw i stosowanych strategii metodycznych – dotyczy nauczycieli, terapeutów i rodziców).

W przypadku uczniów z zaburzeniami w komunikacji językowej, w tym uczniów z afazją, czynnikami, które mogą oddziaływać na rozwój kompetencji emocjonalno-społecznych są (por. Cantwell, Baker, 1991; Charman i in., 2015; Fujiki, Brinton, Bonnie, 2002; Im-Bolten, Cohen i Farnia, 2013; Leonard, 2006; 2014; Samson i in., 2020; Smoczyńska, 2000; 2012):

1. Czynniki wewnętrzne:

- a) niższy stopień regulacji i kontroli emocji ze względu na utrudnione werbalne przetwarzanie własnych stanów emocjonalnych – ograniczone możliwości eksplikacji doświadczanych uczuć;
- b) doświadczanie trudności w komunikacji utrudniają nawiązywanie relacji z innymi;
- c) trudności w wyrażaniu własnych potrzeb i uczuć oraz w rozumieniu komunikatów od innych mogą powodować frustrację i chroniczne cierpienie, w konsekwencji unikanie sytuacji społecznych, a tym samym znaczące zawężenie doświadczeń komunikacyjnych (brak treningu komunikacyjnego);
- d) trudności w rozumieniu stanów emocjonalnych innych osób – utrudniony dostęp do pejzażu świadomości osób z najbliższego otoczenia;
- e) podwyższony poziom internalizacji i eksternalizacji problemów implikujący zachowania antyspołeczne albo zaburzenia lękowe;
- f) umiejętność przekazywania emocji umożliwia dzieciom wyrażanie swoich życzeń i uczuć, wpływając w ten sposób na ich otoczenie społeczne – uruchomienie wsparcia społecznego;
- g) niskie poczucie własnej wartości kształtowane pod wpływem niskiego poczucia kompetencji w relacjach społecznych;
- h) obniżona motywacja do rozwoju ze względu na trwałe przekonanie o niskim potencjale (nieadekwatna samowiedza i nieadekwatna samoocena);
- i) ograniczony repertuar stanów emocjonalnych ze względu na trudności w językowym odwzorowaniu wymiarów własnych przeżyć;
- j) deprivacja emocjonalna spowodowana brakiem możliwości zaspokojenia własnych potrzeb (również ze względu na brak umiejętności zakomunikowania ich otoczeniu).

2. Czynniki zewnętrzne:

- a) negatywne postawy wobec osób z zaburzeniami komunikacji językowej (częste postrzeganie tych osób jako posiadających bardzo niski potencjał intelektualny);
- b) brak wiedzy otoczenia na temat charakteru trudności doświadczanych przez uczniów z zaburzeniami komunikacji językowej;
- c) nieuwzględnienie w procesie edukacji (opartym przede wszystkim na komunikacji językowej) racjonalnych dostosowań i modyfikacji;
- d) brak lub ograniczony dostęp do profesjonalnego wsparcia edukacyjno-rozwojowego.

O ile rozwojowe (tj. wiążące na gruncie teorii współwystępowanie zjawisk rozwojowych) analizy procesu kształtowania się kompetencji emocjonalno-społecznych wskazują na dość obszerny zestaw potencjalnych trudności doświadczanych przez osoby z zaburzeniami komunikacji językowej, o tyle metaanalizy badań empirycznych nie przynoszą jednoznacznych rozstrzygnięć. Wynika to zapewne z wewnętrznego zróżnicowania tej grupy i braku obiektywnych danych umożliwiających ocenę porównawczą deficytów językowych i komunikacyjnych osób badanych (por. Lloyd-Esenkaya, Russell, St Clair, 2020).



Wskaźniki występowania zaburzonych zachowań i specjalnych (tj. dodatkowych w stosunku do rówieśników) potrzeb emocjonalnych sięgają ok. 35–50% uczniów z zaburzeniami komunikacji językowej (Yew i O’Kearney, 2013).

Obok zaburzeń zachowania pojawia się określenie – *zachowanie trudne wychowawczo*. Musi ono spełniać co najmniej jeden z czterech warunków, tj.:

1. Uniemożliwiać lub w poważny sposób zakłócać pracę nauczyciela.
2. Naruszać prawo innych uczniów do uczenia się w klasie.
3. Być dla kogoś fizycznie lub psychicznie niebezpieczne.
4. Polegać na niszczeniu czyjejś własności (Levin i Nolan, 2000).

Zachowanie to nie musi oznaczać destruktywnej działalności ucznia, może być również powtarzającą się, utrwaloną biernością, nieangażowaniem się w zajęcia. W tym kontekście przyjmuje się jako pomocny podział zaproponowany przez Z. Shechtman i J. Leichtentritt (2004). Badaczki te wyróżniają dwa typy trudnych zachowań: zachowania negatywne – przeszkadzanie w nauczaniu, agresja skierowana przeciwko nauczycielowi lub innym uczniom, ostentacyjne okazywanie dezaprobaty itp. oraz zachowania nieskoncentrowane na zadaniach – niepodejmowanie żadnych zadań podczas lekcji, skupianie się na innych czynnościach niż te, które wynikają z toku zajęć. Przyjmuje się jednak, że te zachowania, choć wymagają dodatkowego wsparcia ze strony szkolnych specjalistów (pedagogów, psychologów, terapeutów), nie mają jednak tak złożonego charakteru jak zaburzenia zachowania.

W badaniach podłużnych przeprowadzonych na grupie uczniów ze specyficznymi zaburzeniami mowy (ang. *Specific Language Disorders – SLI*) M.C.St. Clair, A. Pickles, K. Durkin i G. Conti-Ramsden (2011) stwierdzili, że nadpobudliwość i problemy emocjonalne systematycznie zmniejszyły się od dzieciństwa do wieku dojrzewania, podczas gdy problemy w relacjach z rówieśnikami wzrastały. W większości jednak badań identyfikujących ogólne kompetencje rówieśnicze stwierdzono wyższy poziom problemów u dzieci ze SLI w porównaniu z dziećmi bez SLI (por. Durkin, Conti-Ramsden, 2010). Pomiary socjometryczne wykazały, że dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej są mniej lubiane i akceptowane przez rówieśników w porównaniu z dziećmi bez tego typu trudności (Fujiki i in., 2013). W badaniach 20% dzieci ze SLI nie miało problemów w relacjach z rówieśnikami (Mok i in., 2014). Wiele badań wskazuje na możliwość funkcjonowania emocjonalno-społecznego dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego na poziomie zbliżonym do funkcjonowania rówieśników (por. Farmer, 2000), przy czym zależne jest to zarówno od opanowania kompetencji językowych, nastawień otoczenia, jak i działań wspierających ze strony nauczycieli, specjalistów i rodziców.

Z badań wynika, że dzieci z zaburzeniami mowy mają trudności z podtrzymaniem rozmowy z rówieśnikami (por. Lloyd-Esenkaya, Russell, Clair, 2020). Kierują mniej pytań i pytań do swoich rówieśników (w porównaniu z komunikacją z dorosłymi). Szczególnie ubogie są pytania dotyczące samopoczucia, poglądów i stanów wewnętrznych rozmówców (co może wynikać z konieczności zastosowania komunikatów bardziej wyrafinowanych syntaktycznie

i semantycznie (por. Fey, Leonard, Wilcox, 1981). Częściej podejmują w konwersacji tematy, które już były poruszane, co może oznaczać, że mają obawy przed wprowadzaniem nowych wątków do rozmowy.

Istnieją dowody, że dzieci z zaburzeniami językowymi mają podwyższone ryzyko bycia ofiarami ze strony rówieśników, szczególnie w wieku 7–8 lat (Lloyd-Esenkaya, Russell, Clair, 2020), co wpisuje się w powszechny problem postaw uczniów wobec rówieśników posiadających specjalne potrzeby edukacyjne, w tym niepełnosprawności. Z pewnością w przypadku trudności komunikacyjnych dodatkowym czynnikiem ryzyka doświadczenia przemocy są mniejsze szanse na konfrontacje słowne w przypadku wystąpienia konfliktu, a także niższy poziom czujności pozwalający na predykcję aktu agresji na podstawie analizy komunikatów językowych.

### **1.4.3. Trudności w komunikowaniu się a samoocena uczniów**

Samoocena stanowi kluczowy komponent emocjonalno-społeczny, który odpowiada zarówno za zakres działań podejmowanych przez podmiot (w tym jego aspiracje i stawiane cele do realizacji), jak i kształt i jakość relacji społecznych. Co więcej – same relacje społeczne oddziałują na samoocenę poprzez informacje zwrotne, jakie na własny temat wydobywa podmiot z komunikatów napływających z otoczenia (Wylie, 1961). Trudności w interakcjach społecznych mogą mieć zatem negatywny wpływ na samoocenę, a zanizony zwrotnie obraz siebie będzie blokował inicjatywy prospołeczne w przyszłości i generował zachowania internalizacyjne o charakterze lękowym (w tym fobię społeczną, por. Cierpiątkowska, Ziarko, 2009).

Ważną zmienną, którą należy wziąć pod uwagę podczas analizowania związków między trudnościami komunikacyjnymi a samooceną, jest wiek uczniów (Trzesniewski, Donnellan, Robins, 2003). A.C. Jerome i in. (2002) twierdzą, że małe dzieci z zaburzeniami w rozwoju językowym mogą mieć stabilną i względnie wysoką samoocenę, ponieważ nie mają jeszcze rozwiniętego wglądu w siebie i nie są świadome własnych błędów i ograniczeń w relacjach społecznych. Obniżenie samooceny pojawia się, gdy uczniowie w toku edukacji coraz lepiej rozpoznają oczekiwania formułowane wobec nich (a wiele z nich dotyczy obszaru językowego), a także w toku intensyfikowania procesów samokontroli spostrzegają skutki własnych deficytów, np. podczas swobodnej komunikacji z rówieśnikami. Istotną rolę odgrywają również oceny szkolne, które mogą być traktowane jako informacje zwrotne na temat ogólnego potencjału ucznia i pogłębiać (a często wyolbrzymiać) świadomość posiadanych ograniczeń.

Badania M. Fujiki, B. Brinton, S.L. James (2002) prowadzone były w dwóch grupach wiekowych (6–9 lat i 10–13 lat) wśród uczniów ze specyficznymi zaburzeniami językowymi (SLI) i w grupie kontrolnej (rozwój językowy w normie). W młodszej grupie nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między dziećmi ze SLI a dziećmi bez trudności w rozwoju językowym. Jednak w grupie starszej zaobserwowano bardziej negatywne spostrzeganie siebie w zakresie kompetencji szkolnych i otrzymywanej akceptacji społecznej wśród uczniów ze

SLI. Różnice były widoczne w tych obszarach, których efektywność w największym stopniu była zależna od jakości komunikacji z innymi (Fujiki, Brinton, James, 2002).

W badaniach zorientowanych na pomiar samooceny uczniów z zaburzeniami komunikacji językowej różnie operacjonalizowany jest sam konstrukt samooceny. Dwa główne podejścia to: pomiar samooceny globalnej oraz samooceny związanej z konkretnymi dziedzinami życia. Niski poziom samooceny globalnej nie musi oznaczać wysokiego czy umiarkowanego nasilenia samooceny w wybranych obszarach funkcjonowania ucznia (np. realizacji własnych pasji lub życia rodzinnego). Z punktu widzenia powodzenia terapii i troski o wzmacnianie dobrostanu uczniów ważne jest identyfikowanie tych sfer, w których podmiot dostrzega swoje mocne strony, a także ich dowartościowanie (nawet jeśli nie należą do typowych obszarów powiązanych z edukacją).

Badania przeprowadzone przez zespół R. Wadman, K. Durkin, G. Conti-Ramsden (2008) dotyczyły poziomu globalnej samooceny i jej związków z poziomem zdolności językowych, towarzyskością oraz nieśmiałością. Grupa ze SLI miała istotnie niższy poziom samooceny niż grupa bez SLI. Jednocześnie była bardziej nieśmiała, przy czym grupy nie różniły się stopniem towarzyskości. Analiza regresji wykazała, że same zdolności językowe nie były predyktorem globalnej samooceny, w przeciwieństwie do nieśmiałości. Analiza mediacji potwierdziła, że nieśmiałość jest mediatorem związku między zdolnościami językowymi a globalną samooceną. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim uczniów w okresie dojrzewania, stąd też zidentyfikowana rola nieśmiałości jako czynnika regulującego relację między SLI a samooceną (Wadman, Durkin, Conti-Ramsden, 2008). Nieśmiałość jest bowiem warunkowana aprobatą społeczną i potrzebą przynależności, szczególnie nasilonymi w okresie adolescencji.

Jednocześnie badania pokazują także pozytywne aspekty samowiedzy i samooceny w odniesieniu do specyfiki rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z trudnościami w komunikacji. W. Hellend i T. Helland (2017) zaobserwowali dobrze rozwinięte zachowania prospołeczne uczniów ze SLI. Tylko 15% badanych wykazało niskie wyniki w tym obszarze. To potwierdzenie nastawienia prospołecznego jako mocnej strony osób ze SLI jest zgodne z wynikami opublikowanymi przez U. Toseeba i współpracowników (2017). Opierając się na nich, można stwierdzić, że prospołeczność to czynnik ochronny, jeśli chodzi o funkcjonowanie społeczne, a także zasób, na którym należy budować działania, planując terapię. Badania jednocześnie wskazują, że nastolatki, którzy postrzegają siebie jako zaangażowanych społecznie, mają większą pewność siebie i w większym stopniu angażują się w relacje rówieśnicze (Jacobs, Vernon i Eccles, 2004). Co ciekawe, metaanalizy G. Conti-Ramsden i współpracowników (2013) identyfikują zjawisko obniżenia tendencji prospołecznych u osób ze SLI posiadających stosunkowo dobrze rozwinięte kompetencje językowe. Może to oznaczać, że dobrze funkcjonująca recepcja języka sprzyja większej świadomości trudności w relacjach z innymi, co przekłada się na nasilenie uogólnionej postawy bezinteresownego angażowania się na rzecz otoczenia.

## Rozdział 2

### Ocena funkcjonalna w modelu pracy z uczniem ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi

Uczę się ciebie człowieku.

Powoli się uczę, powoli.

Od tego uczenia trudnego

Raduje się serce i boli.

O świcie nadzieją zakwita,

Pod wieczór niczemu nie wierzy,

Czy wątpi, czy ufa – jednak –

Do ciebie, człowieku, należy.

Uczę się ciebie i uczę

I wciąż cię jeszcze nie umiem –

Ale twe ranne wesele,

Twą troskę wieczorną rozumiem.

Jerzy Liebert

#### 2.1. Ogólne założenia procesu oceny funkcjonalnej

Ocena funkcjonalna, rozumiana jako proces dokonywania opisu funkcjonowania osoby zarówno w aspekcie funkcji zaburzonych, jak i zachowanych, stosowana była i jest z powodzeniem w psychologii klinicznej i neuropsychologii (Sęk, 2001, 2017). Szczególnie często wykorzystywana jest w opisie zachowań dzieci i młodzieży z różnymi specjalnymi i indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi (por. Domagała-Zyśk, Amilkiewicz-Marek, 2019; Domagała-Zyśk, Knopik, 2019; Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019; Prokopiak, Kirenko, 2020). W analizach zwraca się uwagę nie tylko na opis zachowania osoby (zarówno w aspekcie potrzeb, jak i możliwości), ale także na to, jakie funkcje pełni obserwowane zachowania zarówno dla osoby badanej, jak i dla innych osób w otoczeniu dziecka, zwłaszcza jego rodziców i nauczycieli.

Model oceny funkcjonalnej został zaproponowany jako podstawowy model oceny w procesie wprowadzania edukacji włączającej w Polsce. Zaproponowana definicja Ministerstwa Edukacji i Nauki wskazuje, że ocena funkcjonalna to „wieloaspektowy proces rozpoznawania zasobów i trudności ucznia oraz oddziałujących na niego czynników środowiskowych, uwzględniający analizę funkcjonowania (opartą na klasyfikacji ICF, wiedzy o kamieniach milowych w rozwoju dziecka) oraz – o ile została postawiona – diagnozę kryterialną (opartą na klasyfikacji medycznej ICD lub DSM), a także adekwatny i podlegający stałej ewaluacji

program wsparcia” (MEiN, 2020). Tak rozumiany proces oceny ma zatem charakter wielospecjalistyczny: przestaje być jedynie oceną o charakterze edukacyjnym, a staje się złożonym procesem rozpoznawania zasobów zarówno dziecka, jak i jego otoczenia – pozwala na wyznaczanie celów rozwojowych i terapeutycznych, ustalenie czynników wspierających rozwój bądź go wstrzymujących (por. Domagała-Zyśk, Knopik i Oszwa, 2018).

Szczególnie istotnym założeniem obecnego modelu oceny funkcjonalnej jest ściśle powiązanie oceny i diagnozy z działaniami interwencyjnymi i terapeutycznymi. W dotychczasowej praktyce pedagogicznej i psychologicznej procesy diagnozy i terapii rozumiane były często w ujęciu dychotomicznym, jako dwa procesy odbywające się często w różnym czasie i miejscu. Z jednej strony poradnie psychologiczno-pedagogiczne postrzegane były jako miejsce prowadzenia diagnozy, jednak realizacja zaleceń dotyczących terapii zapisywanych w opiniach i orzeczeniach przekazywana była do realizacji w szkołach i w innych placówkach oświatowych. Pracownicy poradni, głównie ze względów organizacyjnych i kadrowych, nie byli w stanie zapewnić wymaganych rodzajów i sposobów terapii uczniom z podlegających im placówek. Jednocześnie, jeśli zalecenia terapeutyczne dotyczyły np. dostosowania wymagań edukacyjnych czy form prowadzenia lekcji, czy też udziału uczniów w zajęciach socjoterapeutycznych – naturalnym miejscem takich działań stawała się szkoła. Z drugiej strony wśród nauczycieli i specjalistów pracujących w szkole dominowało błędne przekonanie, że dopiero posiadanie przez ucznia opinii czy też orzeczenia warunkuje udzielanie mu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Nowy model oceny funkcjonalnej (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017a, 2017b; MEiN, 2020, Otrębski i in., 2022) proponuje zerwanie z tą diagnostyczno-terapeutyczną dychotomią. Ocena funkcjonalna rozumiana jest bowiem jako proces:

1. Zbierania danych dotyczących funkcjonowania ucznia w różnych środowiskach i w różnych sferach;
2. Analizy zebranych danych z wypracowania modelu działań wspierających i terapeutycznych;
3. Monitorowania i ewaluacji efektów prowadzonych działań, modyfikacji wsparcia oraz włączania rezultatów wsparcia do opisu funkcjonowania ucznia.

Procesy diagnozowania (oceniań) oraz działań terapeutycznych (interwencyjnych, postdiagnostycznych) stają się zatem w tym modelu elementami jednego procesu, który rozpoczyna się od obserwacji zachowań ucznia dokonanych przez jego rodziców i nauczycieli, a następnie pogłębionej, wielospecjalistycznej oceny połączonej nierozdzielnie z procesem wsparcia. Proces ten dokonuje się w środowisku najbliższym dziecku – w szkole, przy wsparciu lekarzy, psychologów i pedagogów z placówek specjalistycznych.

W tak rozumianym procesie każdy nauczyciel (psycholog, pedagog) staje się także badaczem: nie jest jedynie diagnostą biorącym udział w procesie terapii lub terapeutą – odbiorcą wykonanej przez innego specjalistę diagnozy, ale współuczestnikiem, współtwórcą w tym

wieloetapowym procesie. Staje się także badaczem w społecznym nurcie (tzw. badań w działaniu) rozumianym jako proces zbierania danych przez badacza – osobę, która jest jednocześnie inspiratorem i aktywnym uczestnikiem w ramach badanych zdarzeń czy procesów (Czerepaniak-Walczak, 2010).

W procesie badań w działaniu wyróżnia się kilka etapów (Kemmis, McTaggart, 2009):

1. Planowanie zmiany.
2. Działanie i obserwowanie procesu i konsekwencji zmian.
3. Refleksja nad tymi procesami i konsekwencjami.
4. Powtórne planowanie.
5. Kolejne działanie i obserwowanie.
6. Kolejna refleksja.
7. Zmodyfikowane działania i wnioski.

Badania w działaniu rozumiane są jako badania interwencyjne i transformacyjne (Kemmis, McTaggart, 2009; Kemmis, 2010), których celem jest nie tylko opis, ale także zmiana zastanej rzeczywistości. Są to także badania partycypacyjne (Červinková, 2012), a podstawą ich sukcesu jest współpraca osób z różnych środowisk, oparta na posiadaniu wspólnego celu i autentycznym dialogu, z poszanowaniem podmiotowości każdego z uczestników procesu.

Współczesny model oceny funkcjonalnej zakłada, że nie tylko uczeń jest w nim podmiotem uczącym się, nabywającym wiedzę, umiejętności czy kompetencje – ale także nauczyciel, psycholog czy pedagog nieustannie uczy się – poznaje nowe fakty dotyczące ucznia. To doświadczenie można odnieść bezpośrednio do cyklu uczenia się D. Kolba (1984). Zakłada się w nim, że każdy proces uczenia się ma charakter spiralny, zaczynający się od przeżycia konkretnego doświadczenia, które z kolei poddawane jest refleksji, osadzone w teorii danego pola, a następnie stosowane w praktyce. Tworzy to okazję do kolejnych doświadczeń rozpoczynających następny cykl uczenia się (ryc. 2.).

Ryc. 2. Cykl uczenia się Kolba D., (1984)



Źródło: [Centrum rozwoju osobistego, Jak pracujemy?](#) [dostęp: 12.09.2022]

Uwzględnienie modelu uczenia się poprzez doświadczenia w procesie oceny funkcjonalnej pozwala na zrozumienie konieczności stałego gromadzenia nowych danych dotyczących funkcjonowania ucznia, następnie poddawania ich systematycznej i pogłębionej refleksji w świetle teorii wiedzy medycznej, teorii edukacyjnych, psychologicznych i pedagogicznych. Głębsze zrozumienie danych zachowań, poddanie ich refleksji w kontekście współczesnej wiedzy naukowej (np. nieumiejętność bądź brak umiejętności rozumienia własnych stanów emocjonalnych czy mechanizmów stojących u podstaw budowania adekwatnej samooceny) pozwala na wypracowanie mechanizmów radzenia sobie i ich stosowania w codziennej rzeczywistości domowej czy szkolnej. To z kolei jest źródłem nowych doświadczeń, które mogą być analizowane w jeszcze bardziej subtelny i szczegółowy sposób.

## 2.2. Podstawowe zasady nauczycielskiej oceny funkcjonalnej

Podstawowym **założeniem oceny funkcjonalnej (OF) jest jej pozytywny charakter**. W OF-ie uwzględnia się zarówno obszary deficytów ucznia, jak i zachowane funkcje oraz zasoby (w tym zdolności, uzdolnienia i zainteresowania), szczególną uwagę poświęcając tym drugim, jako warunkom wspomagania rozwoju, stymulacji i budowania pozytywnego obrazu siebie. Mocne strony dają szansę oparcia działań terapeutycznych na tych obszarach lub funkcjach, które mogą stanowić akcelerator motywacyjny ucznia. Ponadto postulat obligatoryjnego uwzględniania w ocenie zasobów ucznia pozwala poszerzyć jego samowiedzę, która nierzadko w sytuacji identyfikacji trudności, w tym niepełnosprawności, jest generowana głównie w oparciu o te negatywne aspekty funkcjonowania.

**Ocena funkcjonalna ma charakter całościowy** – obejmuje opis możliwie wszystkich obszarów funkcjonowania ucznia jako podmiotu spostrzeganego całościowo – integralnie. Zachowanie ujmowane jest jako wynik konfiguracji wielu czynników, na które składają się: rozwój fizyczny (ewentualne choroby somatyczne) i motoryczny, w tym motoryka duża (lokomocja) i mała (samoobsługa); rozwój poznawczy, w tym spostrzeganie wzrokowe, słuchowe, pamięć, uczenie się, uwaga, myślenie; rozwój językowy, w tym: mowa, kompetencje językowe i komunikacyjne; rozwój społeczny, moralny i emocjonalny; rozwój tożsamości i osobowości. Dopiero synteza tych czynników w ramach prowadzonego rozpoznania wraz z uwzględnieniem kontekstu środowiskowego pozwala trafnie odczytać charakter danego zachowania i zidentyfikować warunki sprzyjające lub utrudniające wystąpienie danej reakcji. Przykładowo: ważnym komponentem niskich osiągnięć ucznia w matematyce mogą być zdolności analityczne poniżej przeciętnej. Dodatkowo jednak informacje o uogólnionym niskim poziomie tolerancji na porażki wraz z oczekiwaniem od rodziców niskich osiągnięć z matematyki („w naszej rodzinie każdy ma trudności z matematyką”), pozwalają umieścić problem ucznia w należytych szerokim kontekście i odpowiedzieć na nie komplementarnymi działaniami, wykraczającymi poza samo trenowanie umiejętności myślenia analitycznego (Ashcraft, Moore, 2002).

**W procesie oceny funkcjonalnej działania diagnostyczne są ściśle połączone z terapeutycznymi** (o charakterze profilaktycznym, interwencyjnym, rozwojowym i wspomagającym). Z tego względu, iż w OF-ie analiza zachowania i wspieranie trudności, zaburzeń przenikają się wzajemnie, stanowi ona raczej jeden nierozzerwalny cykl diagnostyczno-terapeutyczny, w którym diagnoza służy terapii, a terapia pogłębianiu diagnozy i nadawaniu jej dynamicznego charakteru, co z kolei prowadzi do podejmowania nowych oddziaływań wspomagających. Brak postępów pomimo prowadzonych działań edukacyjno-specjalistycznych wskazuje na konieczność powtórzenia i pogłębienia oceny funkcjonalnej (ryc. 3.).

Ryc. 3. Model oceny funkcjonalnej jako procesu realizowanego w toku kształcenia i wychowania



Źródło: opracowanie własne

Ocena funkcjonalna jako proces wieloetapowy wymaga współpracy zespołu, ponieważ dokonywana jest przez przedstawicieli różnych grup społecznych powiązanych z uczniem, takich jak nauczyciel, psycholog, pedagog, logopeda, rodzice mający kontakt z dzieckiem o różnym nasileniu i w zróżnicowanych warunkach życiowych. Współpraca wielu osób zaangażowanych w proces kształcenia i wychowania ucznia jest kluczową zasadą realizacji tego złożonego przedsięwzięcia.

T. Knopik (2022), odnosząc się do koncepcji autodeterminacji (ang. *Self-Determination Theory* – SDT) R. Ryana i E. Deci (2001), proponuje oprzeć model współpracy w ocenie funkcjonalnej na trzech aspektach – zbieżnych z trzema potrzebami:

1. Niezależności (ang. *autonomy*) – poczucia wpływu na bieżące zdarzenia i podejmowane aktywności;
2. Kompetencji (ang. *competence*) – poczucia sensu podejmowanych działań, rozumienia celów oraz ich realizacji, do których aktywności podmiotu mają się przyczynić;
3. Przynależności (ang. *relatedness*) – poczucia posiadania wspólnych celów i wartości z określoną grupą ludzi.

Dla każdego aspektu można wskazać kluczowe postulaty współpracy:

#### **Potrzeba niezależności:**

1. Zapewnienie możliwości partycypacyjnego sposobu decydowania o kluczowych kwestiach (np. wybór metodyki postępowania);



2. Konsultacyjny sposób definiowania poziomów funkcjonowania ucznia (np. z wykorzystaniem profilu ICF);
3. Zapewnienie możliwości wpływu podmiotów na przebieg oceny funkcjonalnej;
4. Możliwość odmowy udziału w diagnozie (dotyczy ucznia, rodzica) lub w pracach zespołu;
5. Różnorodność metod i form pracy pozwalająca na dostosowanie do indywidualnych preferencji członków zespołu (Knopik, 2022).

#### **Potrzeba kompetencji:**

1. Uzasadnienie słuszności podejmowanych działań;
2. Stosowanie języka dostępnego dla wszystkich podmiotów współpracy (bazą mogą być terminy oparte na klasyfikacji ICF);
3. Demonstrowanie związków podejmowanych działań z pragmatyką życiową (szczególnie w odniesieniu do uczniów i rodziców);
4. Gotowość do uczenia się (bez odgórnego założenia, że dana treść mnie nie dotyczy).

#### **Potrzeba przynależności:**

1. Jasne definiowanie celów wspólnych działań i określenie zakresu odpowiedzialności grupowej oraz poszczególnych osób;
2. Sformułowanie zasad współpracy, w tym sposobu i formuły komunikowania się;
3. Okazywanie sobie życzliwości w komunikacji;
4. Zapewnienie transparentności działań;
5. Akceptowanie indywidualnych cech i preferencji osób z zespołu, które nie mają bezpośredniego wpływu na efektywność wspólnych działań.

**Kolejną podstawową zasadą OF-u jest jej ciągły charakter, wielokontekstowość i przebieg w środowisku znanym uczniowi.** OF nie może być ograniczona do jednego czy dwóch spotkań z obcą osobą w nowym miejscu (np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej). Przebiegać powinna w jak najszerszym spektrum środowiska – istotne znaczenie będą miały obserwacje prowadzone zarówno w domu ucznia, w placówce edukacyjnej, jak i w czasie nieformalnych spotkań. Uwzględnienie danych z wielu źródeł (pochodzących nie tylko od ucznia, ale także od nauczyciela, wychowawcy oraz od rodziców) i zbieranych w dłuższym czasie pozwala zarówno na ocenę stanu funkcjonowania ucznia w danym momencie, jak i ocenę zmian. W tym celu warto zastosować model oceny 270 stopni (każde 90 stopni to pojedyncze źródło informacji: uczeń, rodzic, wychowawca, nauczyciel). Ocena zbieżności i rozbieżności w udzielonych odpowiedziach może stanowić podstawę prowadzenia konsultacji szkolnych i propozycji podejmowanych oddziaływań pomocowych.

**Zastosowane w ocenie funkcjonalnej narzędzia pomiarowe powinny umożliwić opracowanie profilu inter-** (w odniesieniu do norm) **i intraindywidualnego** (analiza mocnych i słabych stron w odniesieniu do wyników konkretnego ucznia). To, co jest wynikiem przeciętnym na tle populacji, może być kluczowym zasobem danego ucznia i taka informacja bez opracowania profilu intraindywidualnego może zostać zupełnie pominięta. Przykładową

propozycją zastosowania analizy intraprofilowej w badaniu kompetencji emocjonalno-społecznych z użyciem baterii TROS-KA jest następująca procedura:

1. Odniesienie wyników poszczególnych testów T, R, O, S do wyników przeliczonych (w stenach).
2. Obliczenie średniej arytmetycznej wyników przeliczonych dla czterech testów.
3. Odniesienie wyników poszczególnych testów do średniej – czy wynik jest wyższy czy niższy od średniej.

## Rozdział 3

# TROS-KA 1 – etapy konstrukcji oryginalnego narzędzia i zakres modyfikacji

### 3.1. Etapy prac nad narzędziami

Procedura powstawania oryginalnej wersji baterii TROS-KA opublikowanej w 2017 r. oparta była na standardzie psychometrycznym opracowanym przez E. Hornowską (2007). Autorzy koncepcji TROS-KA wyodrębnili następujące etapy prac (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017):

- zdefiniowanie celu pomiaru: identyfikacja mocnych i słabych stron rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat w podejściu kompetencyjnym (głównym obszarem diagnozy są kompetencje emocjonalno-społeczne, a nie cechy) z możliwością oceny ryzyka niedostosowania społecznego;
- wyjaśnienie mierzonych cech: bezpośrednie odniesienie do modelu teoretycznego, w tym w sposób szczególny do koncepcji rozwoju psychospołecznego autorstwa E. Eriksona;
- przygotowanie propozycji treści pozycji testowych i określenie ich formatu (ile i z ilu odpowiedzi można wybrać, w jakiej formie podawane są pytania, a w jakiej odpowiedzi, jakie próbki zachowania można zastosować w pomiarze danej zmiennej);
- wygenerowanie puli pozycji testowych (eksperci skorzystali z bogatej literatury przedmiotu w zakresie wskaźników rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów drugiego etapu edukacyjnego, z treści podręczników szkolnych, wypowiedzi nauczycieli itp.; zebrano 200% pozycji więcej, niż zakładają ostateczne postaci narzędzi);
- analiza językowa pozycji testowych (wszystkie wygenerowane pozycje poddane zostały szczegółowej analizie językowej w aspekcie poprawności gramatycznej i stylistycznej – spójności stylu oraz zrozumiałości dla potencjalnego odbiorcy – ucznia drugiego etapu edukacyjnego. W tym celu przeprowadzony został we wrześniu 2016 r. prepilotaż, w którym dodatkowo został zbadany poziom atrakcyjności wstępnej wersji narzędzi dla badanych – min. 60 osób, w tym 50 uczniów i 10 nauczycieli oraz specjalistów z poradni);
- analiza trafności treściowej pozycji testowych (kompetentni sędziowie oceniają na podstawie zaprezentowanej koncepcji i szczegółowych definicji stopień zgodności danego twierdzenia, sytuacji z mierzoną cechą; do oceny trafności zostanie wykorzystany współczynnik Lawshego);
- przygotowanie klucza do oceny odpowiedzi (przyznanie punktacji poszczególnym odpowiedziom adekwatnie do wskazywania przez nie stopnia nasilenia danej cechy; zespół ekspertów podejmie starania, aby klucz odnosił się do wskaźników

punktowych tak, żeby ostateczny wynik w badaniu właściwym mógł określić pozycję badanego na kontinuum rozwojowym danej cechy, co pozwoli obserwować zmiany w profilu społeczno-emocjonalnym ucznia w toku edukacji);

- opracowanie formularza testowego (dla narzędzi TROS – aplikacja multimedialna z opisem zdarzeń oraz równoległa wersja papierowa, skala KA – zestaw 1620 twierdzeń o najwyższej mocy dyskryminacyjnej wybranych ze skal TROS);
- badanie pilotażowe przeprowadzone na grupie 110 osób, w tym 100 uczniów i 10 nauczycieli oraz specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych; ponadto wzięło w nim udział (w roli diagnostów) 5 nauczycieli drugiego etapu edukacyjnego, szczegółowo zapoznanych z koncepcją narzędzi przez zespół ekspertów;
- obliczanie parametrów pozycji testowych pozwalające na pozostawienie tych, które w najlepszy sposób różnicują badanych w analizowanych aspektach (moc dyskryminacyjna pozycji);
- przygotowanie ostatecznej wersji narzędzi diagnostycznych TROS-KA;
- standaryzacja pakietu narzędzi wśród 1200 uczniów w wieku 9–13 lat oraz 400 nauczycieli, wychowawców i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych (ocena rzetelności, walidacja trafności, normalizacja).

Badania standaryzacyjne (normalizacja i walidacja) zostały przeprowadzone wśród 1229 uczniów klas IV–VI ze szkół podstawowych zlokalizowanych w sześciu województwach: mazowieckim, lubelskim, podkarpackim, łódzkim, świętokrzyskim, małopolskim. Dobór miał charakter kwotowo-warstwowy, tzn. wylosowanych zostało 30 szkół podstawowych, z tego 15 miejskich i 15 wiejskich, a z każdej ze szkół badani uczniowie byli dobierani zgodnie z ustalonymi kwotami na poziomie całej próby (tab. 5., 6., 7.).

Tab. 5. Zestawienie procentowe i ilościowe badanych w grupie normalizacyjnej pod względem płci

<b>Płeć</b>	<b>Częstość</b>	<b>Procent</b>	<b>Procent skumulowany</b>
Dziewczyna	616	50,1	50,1
Chłopiec	613	49,9	100,0
Ogółem	1229	100,0	100,0

Źródło: Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017)

Tab. 6. Zestawienie procentowe i ilościowe badanych uczniów z grupy normalizacyjnej z klas IV–VI

<b>Klasa, do której uczęszczają badani</b>	<b>Częstość</b>	<b>Procent</b>	<b>Procent skumulowany</b>
4	422	34,3	34,3
5	405	33,0	67,3
6	402	32,8	100,0
Ogółem	1229	100,0	100,0

Źródło: Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017)

Tab. 7. Zestawienie procentowe i ilościowe badanych z grupy normalizacyjnej pod względem miejsca zamieszkania

<b>Miejsce zamieszkania badanych</b>	<b>Częstość</b>	<b>Procent</b>	<b>Procent skumulowany</b>
Wieś	619	50,4	50,4
Miasto	608	49,5	100,0
Ogółem	1227	99,8	100,0

Źródło: Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017)

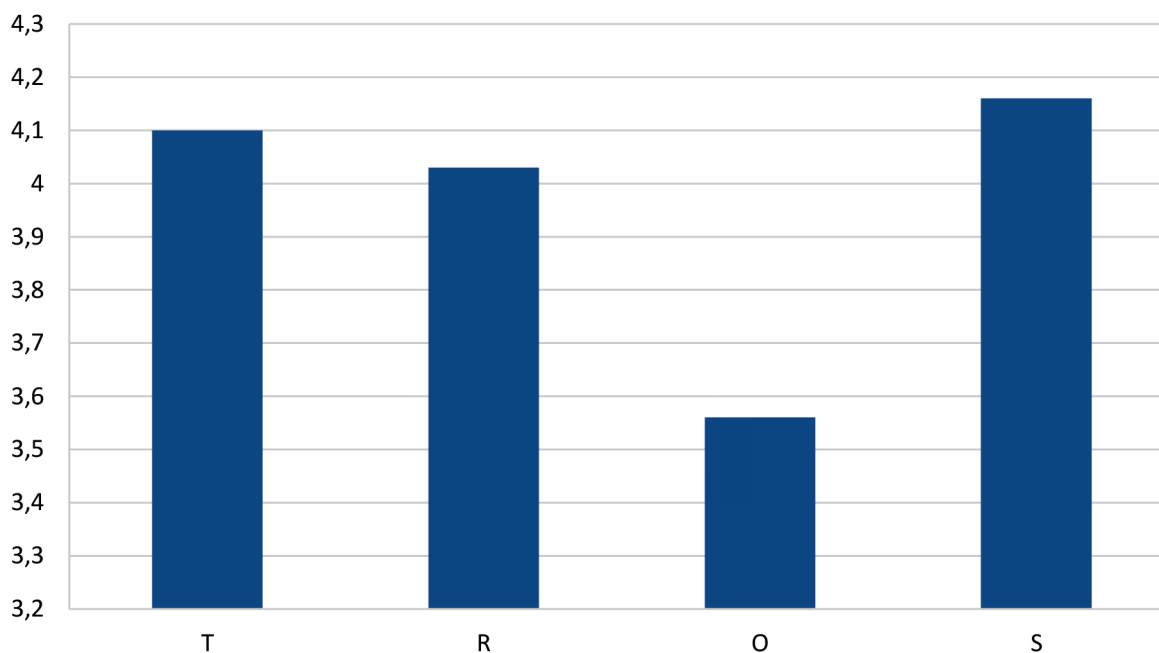
Standaryzacja narzędzi przeznaczonych dla wychowawców i nauczycieli KA wymagała zaangażowania wychowawców lub nauczycieli badanych uczniów – była to grupa ok. 400 osób.

### **3.2. TROS-KA jako narzędzie w ocenie funkcjonalnej – wyniki analiz przeprowadzonych w latach 2017-2022**

Bateria narzędzi oraz scenariuszy działań postdiagnostycznych TROS-KA, opublikowana po kilku latach prac, w roku 2017, stała się ważnym elementem oceny funkcjonalnej zarówno w praktyce pedagogicznej, jak i w zakresie badań naukowych. Została przekazana do każdej z publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w Polsce. Odbyły się także liczne szkolenia z zakresu jej stosowania, dzięki czemu jest wykorzystywana w bieżącej praktyce poradnianej. Z informacji zwrotnych od diagnostów wiadomo, że dzięki temu narzędziu obecnie znacznie częściej włączają ocenę kompetencji społeczno-emocjonalnych do standardowej procedury diagnostycznej przy ocenie uczniów ze specyficznymi i niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się czy zaburzeniami zachowania.

Bateria narzędzi TROS-KA była także wykorzystywana w kilku badaniach naukowych. Badania wśród uczniów z niepowodzeniem szkolnym (Domagała-Zyśk, Amilkiewicz-Marek, 2019; N=30) pokazały, że uczniowie ci we wszystkich skalach osiągają wyniki na poziomie niskim (3–4 sten): mają o sobie niskie mniemanie, uważają siebie samych za niezdolnych do osiągnięcia sukcesów i radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami. Analizy pokazały, że występują istotne statystycznie różnice między wynikami uczniów z niepowodzeniem szkolnym a ich rówieśnikami bez takich trudności (ryc. 4.).

Ryc. 4. Wyniki stenowe w skalach TROS uczniów z niepowodzeniem szkolnym



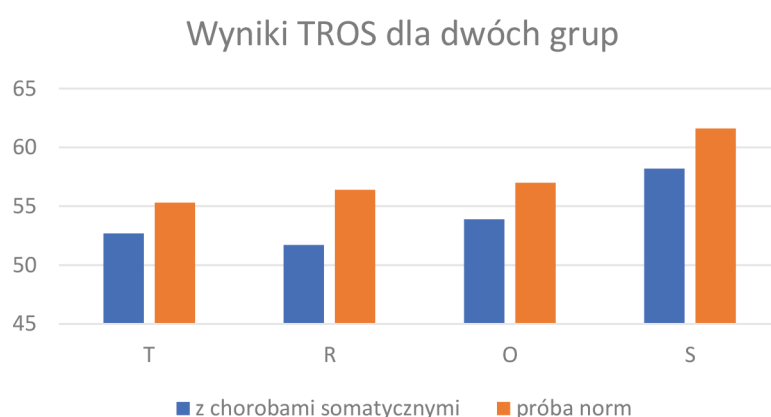
Źródło: Domagała-Zyśk E., Amilkiewicz-Marek A., (2019)

Skale TROS posiadają normy zróżnicowane ze względu na płeć (chłopcy, dziewczęta) oraz wiek (uczniowie 9–11 oraz 12–13 lat). Bardziej szczegółowa analiza średnich wyników w poszczególnych grupach badanych uczniów pokazała, że starsi uczniowie osiągnęli niższe wyniki w zakresie wszystkich czterech skal niż ich młodsi koledzy i koleżanki, co wskazuje, że wraz z wiekiem – i jednocześnie wydłużaniem się okresu doświadczania trudności w uczeniu się – kompetencje społeczne badanych uczniów nie rosną, a wręcz przeciwnie – stają się niższe. Szczególnie niskie wyniki osiągnęli starsi chłopcy (12–13 lat) w zakresie radzenia sobie z trudnościami, obrazu siebie i poczucia sprawczości – wskaźniki te można traktować jako czynnik ryzyka niedostosowania społecznego. Starsze dziewczęta (12–13 lat) natomiast osiągnęły najniższy wynik w kategorii relacji, co świadczy o znaczącym obniżaniu się poczucia kompetencji w relacjach interpersonalnych wraz z wiekiem dziewcząt z trudnościami w nauce.

Badania wśród uczniów z chorobami somatycznymi (m.in. alergią, astmą i cukrzycą) wskazały na obniżone kompetencje uczniów w każdym z zakresów (Domagała-Zyśk, 2019; N=24). Dziewczęta i chłopcy słabiej radzą sobie z trudnościami napotykanymi w szkole, mają mniejszy zakres i niższą jakość relacji społecznych, a ich obraz siebie jest na niższym

poziomie niż uczniów bez chorób przewlekłych. Zaobserwowano także niższy poziom poczucia sprawczości. Szczegółowa analiza wyników wewnątrz grupy pokazała duże zróżnicowanie wyników: w badanej grupie były zarówno takie dzieci, które osiągały wysokie wyniki w zakresie poszczególnych kompetencji, jak też uczniowie o wynikach najniższych. Wyniki tych badań potwierdzają więc dotychczasową wiedzę o funkcjonowaniu uczniów chorych (por. Domagała-Zyśk, 2012), ale jednocześnie wskazują na potrzebę uwzględnienia w ocenie funkcjonalnej także oceny kompetencji społeczno-emocjonalnych poszczególnych uczniów i włączenia wniosków z tych badań indywidualnych do planu pracy postdiagnostycznej (ryc. 5.).

Ryc. 5. Poziom kompetencji społeczno-emocjonalnych uczniów z chorobami somatycznymi



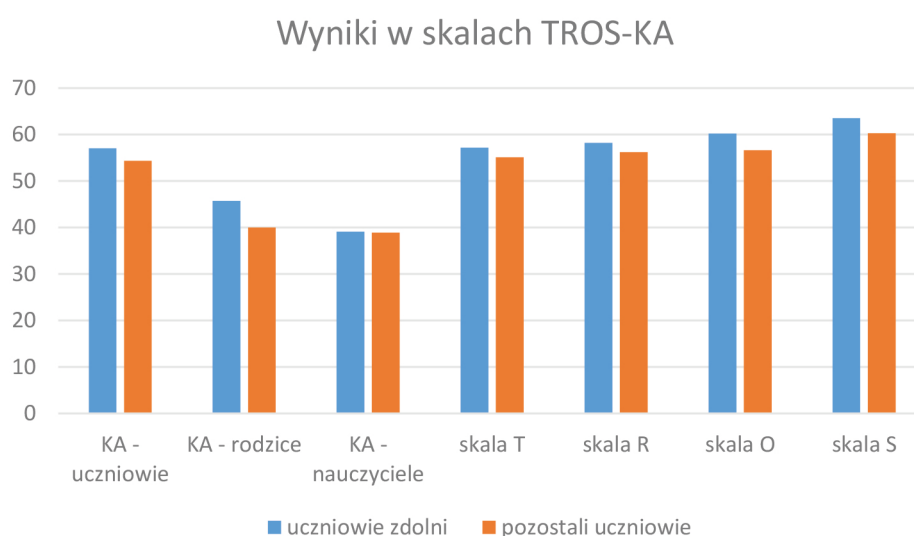
Źródło: Domagała-Zyśk E., (2019)

Podobne wyniki uzyskano w badaniach uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Domagała-Zyśk, Knopik, 2019; N=34). Uczniowie ci uzyskali wyniki istotnie niższe statystycznie niż uczniowie bez diagnozy niepełnosprawności intelektualnej ( $p < 0,001$ ) w każdej z badanych sfer. W tych badaniach zastosowano także skalę KA, wypełnianą przez ucznia, jego rodzica i nauczyciela. W grupie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną zaobserwowano większe niż w grupie uczniów bez tej niepełnosprawności różnice w ocenie ich kompetencji dokonywanej przez rodziców i nauczyciela ucznia. Stwierdzono także, że odchylenia standardowe wyników są znacznie większe w grupie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, co wskazuje, że wyniki poszczególnych uczniów w tej grupie są zarówno bardzo wysokie, jak i bardzo niskie. Wynik ten uzasadnia potrzebę wysoce zindywidualizowanego, spersonalizowanego podejścia w kontekście oceny funkcjonalnej oraz działań postdiagnostycznych.

W badaniach normalizacyjnych pakietu TROS-KA brali udział także uczniowie zdolni. Analiza wyników (Knopik, Oszwa, Domagała-Zyśk, 2017; N=107) wskazuje, że uczniowie zdolni osiągnęli wyniki przeciętne (6 sten), ale w każdym teście ich wyniki były istotnie wyższe niż rówieśników. Badani uczniowie zdolni wykazali się zatem wyższym poziomem kompetencji w zakresie obrazu siebie, poczucia sprawczości i kontroli afektu w stosunku do grupy uczniów

niezidentyfikowanych jako zdolni. Na uwagę zasługuje wartość minimów osiągniętych przez badanych w obu grupach. W przypadku uczniów niezidentyfikowanych jako zdolni są one znacznie niższe, co można, biorąc pod uwagę również wartość odchyłeń standardowych, uznać za symptom większego zróżnicowania wyników wśród tej grupy, a także potwierdzenie niezyskiwania przez uczniów zdolnych bardzo niskich wyników w analizowanych testach. Szczegółowa analiza istotności różnic między średnimi uzyskanymi przez badanych w obu grupach pozwalała stwierdzić, że najbardziej istotne różnice dotyczą obrazu siebie ( $p=0,002$ ), kontroli afektu ( $p=0,004$ ) i poczucia sprawczości ( $p=0,009$ ). Różnice w skalach T i R są istotne na poziomie  $p<0,05$  (ryc. 6.).

Ryc. 6. Średnie wyniki uzyskane przez grupę uczniów zdolnych w porównaniu do ich rówieśników w testach TROS-KA



Źródło: Knopik T., Oszwa U., Domagała-Zyśk E., (2017)

Knopik i Oszwa (2022) wykorzystali baterię TROS-KA do oceny kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów rozwijanych w toku innowacyjnych zajęć z matematyki. W grupie eksperymentalnej 62 piątoklasistów szkół podstawowych uczestniczyło przez 10 miesięcy w lekcjach matematyki prowadzonych według autorskiego programu, stawiającego na intensywne zaspokojenie trzech potrzeb uczniów: autonomii, kompetencji i przynależności. Wyniki wykazały istotny statystycznie wzrost:

- 1) pozytywnego nastawienia do matematyki (mierzonego techniką różnicowania semantycznego);
- 2) kompetencji emocjonalno-społecznych (mierzonych skalą KA z baterii TROS-KA);
- 3) osiągnięć matematycznych (mierzonych testem z matematyki i ocenami szkolnymi).

Wyniki były odmienne w grupie kontrolnej ( $N=59$ ), gdzie zaobserwowano spadek pozytywnego nastawienia do matematyki, brak istotnego wzrostu kompetencji emocjonalno-społecznych oraz spadek ocen z matematyki.



Badania wykazały skuteczność działań metodycznych opartych na założeniach modelu TROS-KA w:

- a) nabywaniu wiedzy i umiejętności matematycznych;
- b) kształtowaniu pozytywnego nastawienia do matematyki;
- c) rozwijaniu kompetencji emocjonalnych i społecznych.

Lekcja matematyki nie ograniczała się jedynie do przenoszenia zagadnień z podstawy programowej, lecz traktowana była jako przestrzeń sprzyjająca potrzebom uczniów w trzech kluczowych aspektach: autonomii, kompetencji i pokrewieństwa (Deci, Ryan, 2002). Działania nauczycieli podejmowane w grupie eksperymentalnej koncentrowały się również na rozwijaniu: współpracy, umiejętności negocjacji, myślenia dialogicznego, radzenia sobie z frustracją w przypadku trudności przy rozwiązywaniu skomplikowanego problemu, rozwijaniu samowiedzy i stabilizacji poczucia własnej wartości.

Analiza porównawcza wyników w skali KA uzyskanych przez uczniów z grupy eksperymentalnej i kontrolnej potwierdza, że obserwowany wzrost nie był wynikiem naturalnych procesów rozwojowych, ale kwestią planowanych oddziaływań edukacyjnych. Wyniki badań sugerują, że organizacja procesu kształcenia i wychowania w oparciu o model TROS-KA może sprzyjać wyższym osiągnięciom szkolnym uczniów dzięki stworzeniu optymalnego środowiska uczenia się. Zwiększa się zaangażowanie studentów w planowanie procesu dydaktycznego, co pozwala im wziąć odpowiedzialność za własną naukę. Ponadto przedstawione badanie wydaje się przemawiać za brakiem konieczności traktowania implementacji podstawy programowej i rozwijania kompetencji emocjonalnych i społecznych uczniów jako wzajemnie się wykluczających lub alternatywnych działań (albo jedno, albo drugie).

### **3.3. Modyfikacja wersji oryginalnej i opracowanie baterii TROS-KA 1**

W procedurze dostosowania oryginalnej wersji TROS-KA do potrzeb uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami wzięło udział czterech sędziów kompetentnych – ekspertów w zakresie pracy z osobami: z afazją i zaburzeniami rozwoju języka; z niepełnosprawnością słuchu, z zaburzeniami wzroku oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, w tym zespołem Aspergera.

Poniżej zaprezentowano przebieg oceny przeprowadzonej przez sędziów kompetentnych.

#### **SKALA T**

DEFINICJA mierzonego wymiaru:

T – radzenie sobie z trudnościami.

Zbiór kompetencji człowieka regulujący jego odporność na porażki, obejmujący stosowanie strategii zaradczych, uczenie się na podstawie doświadczenia, stawianie sobie wyzwań w odpowiedzi na doświadczane trudności, problemy.

## **SKALA R**

DEFINICJA mierzonego wymiaru:

R – relacje społeczne.

Przez relacje społeczne zdefiniowano: zakres (ilościowa charakterystyka wsparcia – ile osób buduje sieć wsparcia danego podmiotu) i jakość relacji społecznych (na ile efektywne, pomocne jest udzielane wsparcie społeczne); kompetencje społeczno-emocjonalne niezbędne do efektywnego funkcjonowania w grupie (w tym rozumienie i kontrola emocji); otwartość na współpracę z innymi przy zachowaniu autonomii działań podmiotu w grupie.

## **Skala O**

DEFINICJA mierzonego wymiaru:

O – obraz siebie.

Zbiór przekonań podmiotu na temat siebie samego obejmujący samowiedzę (zakres informacji, jakie posiada podmiot na własny temat, w tym: posiadane zdolności, zainteresowania, mocne i słabe strony, wiedza nt. funkcjonowania podmiotu w różnych sytuacjach życiowych, np. w stresie) i samoocenę (emocjonalny stosunek do własnej osoby). Obraz siebie jest zatem konstruktem poznawczo-emocjonalnym, który odgrywa kluczową rolę w procesie regulowania relacji „Ja” ze światem.

## **Skala S**

DEFINICJA mierzonego wymiaru:

S – sprawczość.

Uogólniona tendencja jednostki do podejmowania działań wynikających głównie z motywów wewnętrznych i przekonania o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem oraz zakresem i jakością podejmowanych czynności.

**OCENA EKSPERTA** uwzględniała trzy aspekty:

1. Dostępność (zarówno w aspekcie percepcyjnym, jak i struktury składniowej tekstu, semantyki) itemu dla badanego, reprezentującego daną grupę SPE w skali: 0–1, gdzie 0 – NIEODSTĘPNY; 1 – DOSTĘPNY; w przypadku wyboru 0 – propozycja zmiany.
2. Trafność twierdzeń – czy item reprezentuje hipotetyczne (możliwe) zachowania badanego dziecka, reprezentującego daną grupę SPE w skali: 0–1, gdzie 0 – NIEREPREZENTATYWNY; 1 – REPREZENTATYWNY; w przypadku wyboru 0 – podanie wyjaśnienia.  
UWAGA! W tym kryterium ważna jest bliskość opisywanych sytuacji z tzw. pragmatyką życiową.
3. Reprezentatywność itemu dla mierzonego wymiaru zgodnie z podaną definicją w skali: 0–1, gdzie 0 – NIEREPREZENTATYWNY; 1 – REPREZENTATYWNY; w przypadku wyboru

0 – podanie wyjaśnienia. Ocena w tym aspekcie dokonywana jest po wprowadzeniu zmian w brzmieniu danego twierdzenia – dotyczy zatem zgodności zmodyfikowanego itemu z definicją mierzonej kompetencji.

Ponadto ekspert oceniał:

- Dostępność instrukcji (zarówno w aspekcie percepcyjnym, jak i struktury składniowej tekstu, semantyki) itemu dla badanego reprezentującego daną grupę SPE w skali: NIEDOSTĘPNA – DOSTĘPNA; w przypadku niedostępna – propozycja zmiany;
- Trafność propozycji udzielania odpowiedzi na twierdzenia przez ucznia w skali: TAK czy NIE lub NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE  
Która skala w większym stopniu odpowiada sposobom udzielania odpowiedzi na przygotowane twierdzenia diagnostyczne?

### OCENA:

INSTRUKCJA (wybierz odpowiedź i podkreśl ją):

NIEDOSTĘPNA – DOSTĘPNA

Propozycja zmiany instrukcji: .....

SKALA ODPOWIEDZI (wybierz odpowiedź i podkreśl ją):

TAK czy NIE

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Wyjaśnienie: .....

### OCENA TWIERDZEŃ

UWAGA! Ocena dotyczy osobno zdania wprowadzającego (oznaczanego w skali wyboldowaną liczbą) i dwóch twierdzeń oznaczonych jako A i B, przy czym reprezentatywność itemu dla mierzonego (aspekt 1) wymiaru dotyczy tylko twierdzeń A i B.

Item	ASPEKT 1 (0 lub 1)	Ewentualne wyjaśnienie	ASPEKT 2 (0 lub 1)	Propozycja zmiany	ASPEKT 3 (0 lub 1)	Ewentualne wyjaśnienie
1						
1a						
1b						
2						
2a						
2b						
ltd.						

Po dokonaniu analizy zmian zaproponowanych przez sędziów kompetentnych wprowadzono następujące modyfikacje w skalach:

Uproszczono instrukcję i przyjęto następujące jej brzmienie:

1. Przeczytaj opis sytuacji lub posłuchaj, jak czyta go nauczyciel.
  2. Zapoznaj się z dwoma przykładami zachowań uczniów.
  3. Pomyśl, w jaki sposób Ty zachowujesz się w takiej sytuacji.
  4. Przy każdym opisie zachowania określ, czy pasuje ono do Ciebie (niepodobne, trochę podobne, bardzo podobne).
  5. Jeśli nie rozumiesz jakiejś sytuacji lub opisu, to poproś o pomoc.
- Sprawdźmy, jak to się robi.

### **PRZYKŁAD:**

Wyobraź sobie taką sytuację:

Twoja klasa chce wybrać się na wycieczkę. Właśnie rozmawiacie o tym, gdzie pojechać. W takiej sytuacji zachowania uczniów są różne. Oto dwa przykłady:

Zgłaszam swoje pomysły.

Czy opisane zachowanie jest podobne do Twojego zachowania?  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Zawsze zgadzam się z pomysłami innych.

Czy opisane zachowanie jest podobne do Twojego zachowania?  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCZĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCZĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

### **Teraz przeczytaj opisy różnych sytuacji i zaznacz odpowiedzi.**

Wprowadzono zmiany w brzmieniu wszystkich itemów czterech skal – w większości polegały one na rezygnacji ze zdań złożonych i skróceniu wypowiedzi lub zastąpieniu wyrazów o niskiej frekwencyjności terminami bardziej dostępnymi. Zmiany w brzmieniu twierdzeń polegały również na rezygnacji ze szczegółowego określenia niektórych sytuacji opisanych w itemach diagnostycznych (np. brak wskazania charakteru konkursu lub prac realizowanych podczas biwaku – miało to na celu zwiększenie stopnia uniwersalności doświadczeń uczniów opisanych w twierdzeniach). Zmienione itemy poddane zostały ocenie przez sędziów kompetentnych tak, aby zweryfikować, czy są reprezentatywne dla mierzonej cechy (zgodność z podaną definicją kompetencji mierzonej przez daną skalę). Wszystkie zmodyfikowane twierdzenia zostały ocenione przez czterech sędziów jako reprezentatywne dla mierzonej cechy (ocena 1 w skali: 0–1). Zachowano jednak trzystopniową skalę wypowiedzi – wszyscy eksperci potwierdzili, że taki kształt odpowiedzi umożliwił badanym udzielania odpowiedzi w większym stopniu zgodnych z ich faktycznym przekonaniem – co nie jest możliwe przy dychotomicznej skali: TAK – NIE. Ponadto zachowano oryginalne obrazki w wersji elektronicznej baterii TROS-KA jako graficzne uzupełnienie opisów sytuacji, przy czym wzbogacono je o deskrypcję tak, aby możliwe było odczytanie ich podczas badań uczniów niewidzących. Uzyskane skale w jednej wspólnej wersji pozwalają na trafne i rzetelne badanie kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi.

## **3.4. Właściwości psychometryczne metody i normy**

### **3.4.1. Rzetelność i trafność narzędzia**

Jednym z najważniejszych wskaźników określających stopień, w jakim możemy jako diagności zaufać danemu testowi, jest jego rzetelność, a więc „wielkość związku, jaki zachodzi między wskaźnikami obserwowanymi a wynikami prawdziwymi” (Hornowska, 2007, s. 45). W prezentowanym projekcie badawczym wykorzystane zostały dwie metody szacowania rzetelności testu:

- stabilności testu (dokonano dwukrotnego pomiaru kontroli afektu – KA w odstępie min. 6 tygodni; do oceny stabilności testu użyto skali KA ze względu na uwzględnienie w niej najmocniejszych twierdzeń ze skal TROS, co umożliwiło rezygnację z uciążliwego ponownego badania uczniów całym pakietem narzędzi);

- zgodności wewnętrznej w postaci współczynnika alfa Cronbacha dla czterech narzędzi TROS oraz dla skali KA.

Poniżej zaprezentowano uzyskane wyniki (tab. 8.).

Tab. 8. Wyniki szacowania rzetelności testu TROS-KA

Skala	Alfa Cronbacha
T – radzenie sobie z trudnościami	0,814
R – relacje	0,864
O – obraz siebie	0,904
S – sprawczość	0,907
KA – kontrola afektu	0,723

Badania z wykorzystaniem skali KA przeprowadzono w odstępie sześciu tygodni z użyciem mobilnej wersji narzędzia testowego. Uzyskany wskaźnik korelacji nieparametrycznej (skale porządkowe)  $r=0,873$  ( $p<0,001$ ) wskazuje na wysoki związek między wynikami w skali KA z uwzględnieniem perspektywy czasowej (model test-retest). O możliwości zastosowania skali KA jako skali przesiewowej, badającej aktualny stopień rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych, uwzględniającej wymiary szczegółowe TROS, świadczą również współczynniki korelacji wyników skali KA z wynikami uzyskanymi w poszczególnych skalach TROS (tab. 9.).

Tab. 9. Korelacja wyników w skalach KA i TROS

Skale TROS		Skala KA	
Rho Spearmana	Skala T	Współczynnik korelacji	0,750
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1211
	Skala R	Współczynnik korelacji	0,783
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1211
	Skala O	Współczynnik korelacji	0,797
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1211
	Skala S	Współczynnik korelacji	0,819
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1211

Trafność dotyczy oceny (walidacji), w jakim stopniu dany test mierzy cechy, które w intencji jego autorów faktycznie miał mierzyć (Hornowska, 2007). Ze względu na logistykę prowadzenia badań (duża próba, badania prowadzone na obszarze sześciu województw) zastosowano różne typy trafności w odniesieniu do różnych narzędzi tak, aby nie obciążać uczniów zbyt dużą liczbą dodatkowych testów. Decyzje dotyczące wyboru danej metody szacowania

trafności uzależnione były również od dostępu do miarodajnego kryterium zewnętrznego, co nie w każdym zaprojektowanym narzędziu było możliwe (dość ograniczone zasoby wystandaryzowanych testów w zakresie badania kompetencji społeczno-emocjonalnych uczniów w wieku 9–13 lat).

Poniżej opisano metody badania trafności dla poszczególnych narzędzi (tab. 10.).

Tab. 10. Pomiar trafności narzędzi TROS-KA

<b>Narzędzie</b>	<b>Typ trafności i metoda pomiaru</b>
T – trudności (radzenie sobie z nimi)	<p>Trafność kryterialna</p> <p>Wskaźnik korelacji z wynikiem uzyskanym w teście JSR – „Jak sobie radzisz?” autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego (2009). JSR służy do badania dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (11–17 lat). Składa się z dwóch części, pierwsza przeznaczona jest do pomiaru dyspozycyjnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej, a druga – do sytuacyjnych. W skład każdej części wchodzi dziewięć stwierdzeń sformułowanych w czasie teraźniejszym w odniesieniu do podanej sytuacji, w czasie przeszłym zaś do wymienionej przez badanego sytuacji trudnej, doświadczonej w ciągu minionego roku. Służy do badania sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych.</p>
R – relacje	<p>Trafność teoretyczna</p> <p>Analiza różnic międzygrupowych (porównanie średnich wyników w skali R uzyskanych przez uczniów z trudnościami w kontaktach interpersonalnych ze średnią uzyskaną przez uczniów nieprzejawiających takich problemów).</p>
O – obraz siebie	<p>Trafność teoretyczna</p> <p>Analiza różnic międzygrupowych (porównanie średnich wyników w skali O uzyskanych przez uczniów z trudnościami w zachowaniu ze średnią uzyskaną przez uczniów nieprzejawiających takich problemów). Autorzy założyli w swoim modelu, że czynnikiem zwiększającym ryzyko niedostosowania społecznego jest zaniżona ocena siebie.</p>

<b>Narzędzie</b>	<b>Typ trafności i metoda pomiaru</b>
S – sprawczość	<p>Trafność kryterialna</p> <p>Wskaźnik korelacji z wynikiem uzyskanym w Skali Kompetencji Osobistej KompOs autorstwa Z. Juczyńskiego (2009). KompOs mierzy uogólnione poczucie własnej skuteczności; składa się z dwóch podskal dotyczących dysponowania siłą konieczną do zainicjowania działania oraz związanej z wytrwałością, niezbędną do kontynuowania działania.</p>
KA – kontrola afektu	<p>Trafność teoretyczna</p> <p>Analiza różnic międzygrupowych (porównanie średnich wyników w skali KA uzyskanych przez uczniów z trudnościami w zachowaniu ze średnią uzyskaną przez uczniów nieprzejawiających takich problemów). Autorzy założyli w swoim modelu, że czynnikiem zwiększającym ryzyko zachowań aspołecznych jest niski poziom kontroli afektu.</p>

### Skala T

Analiza związków między wynikami uzyskanymi przez badanych w skali T a wynikami trzech skal JSR (Jak sobie radzisz?) pozwala stwierdzić, że:

- skala T najwyżej koreluje z aktywną strategią radzenia sobie z trudnościami, co zbieżne jest z założeniami modelu TROS-KA ( $r=0,246$ ,  $p<0,001$ );
- skala T ujemnie koreluje ze strategią koncentracji na emocjach ( $r=-0,115$ ,  $p<0,001$ ), co potwierdza pragmatyczny charakter sytuacji diagnostycznych zawartych w skali T, wymagających podejmowania aktywnych sposobów rozwiązywania problemów (zamiast mniej skutecznej fiksacji na emocjach i uczuciach związanych z tą sytuacją);
- skala T koreluje ze strategią poszukiwania wsparcia ( $r=0,094$ ,  $p=0,001$ ) – jest to jednak związek o niskiej sile; czynnik wsparcia społecznego ujęty został w skali R i badania walidacyjne potwierdzają wyższą korelację wyników w tej skali ze strategią poszukiwania wsparcia w JSR, niż ma to miejsce w przypadku skali T (dla skali R:  $r=0,22$ ,  $p<0,001$ ).



Tabela 11. Korelacje wyników w skali T z testem JSR

Wymiary JSR		SKALA T	
Rho Spearmana	JSR aktywne radzenie	Współczynnik korelacji	0,246
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1225
	JSR koncentracja na emocjach	Współczynnik korelacji	-0,115
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1225
	JSR poszukiwanie wsparcia	Współczynnik korelacji	0,094
		Istotność (dwustronna)	<0,001
		N	1225

### Skala R

Nauczyciele prowadzący badania, kontrolując specjalne potrzeby edukacyjne uczniów, wytypowali 35 osób z zaburzeniami w relacjach społecznych. Porównanie wyników uzyskanych przez tych uczniów w skali R ze średnią dla całej próby pozwala stwierdzić, na ile trafnie skala R umożliwia zidentyfikowanie osoby z nasilonymi trudnościami w relacjach społecznych. Zastosowany test istotności różnic potwierdza, że wyniki w skali R są istotnie niższe wśród uczniów z trudnościami w relacjach społecznych niż u pozostałych osób ( $Z=-5,65$ ,  $p<0,001$ ).

Tabela 12. Średnia wyników w skali R w porównywanych grupach

Porównywana grupa	Średnia w skali R
Uczniowie z nasilonymi trudnościami w kontaktach interpersonalnych	38,23
Pozostali uczniowie	56,44

### Skala O

W celu oceny trafności skali O porównano wyniki uzyskane w niej w dwóch grupach: uczniów zagrożonych ryzykiem niedostosowania społecznego i uczniów bez tego ryzyka. Obraz siebie określony został jako główny predyktor poczucia kompetencji przekładający się na podejmowanie lub niepodejmowanie zachowań o charakterze prowokującym (aspołecznym).

Tabela 13. Porównanie wyników w skali O w dwóch grupach – z trudnościami w zachowaniu i bez trudności

Trudności w zachowaniu		Średnia	N	Odchylenie standardowe
Grupa	TAK	50,69	181	13,08
	NIE	58,02	1035	11,3
	Ogółem	56,92	1216	11,87

Tabela 14. Statystyki testów – istotność różnic między dwoma grupami

Nazwa testu	Obraz siebie – suma
U Manna-Whitneya	62718,5
W Wilcoxon	79189,5
Z	-7,11
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	<0,001

## a. Zmienna grupująca: trudności w zachowaniu

Uzyskane wyniki potwierdzają, że uczniowie zagrożeni ryzykiem niedostosowania społecznego osiągają istotnie niższe wyniki w skali O niż pozostałe badane osoby ( $Z=-7,10$ ;  $p<0,001$ ).

**Skala S**

Analiza związków między wynikami uzyskanymi przez badanych w skali S i w kwestionariuszu Skala Kompetencji Osobistych (KompOs) wskazuje na wyższą korelację skali S z częścią B KompOs-u ( $r=0,387$ ,  $p<0,001$ ), która odnosi się do konkretnych działań podejmowanych przez podmiot w sytuacjach problematycznych. Takie aktywne podejście do sprawczości bliskie było autorom narzędzia (podejście kompetencyjne), co potwierdza trafność uzyskanej prawidłowości. Warto podkreślić, że TROS-KA łączy idee skali A i B KompOs-u, tj. odnosi się zarówno do zachowania podmiotu, jak i podejmowanych przez niego działań (stąd również istotna korelacja wyników w skali S ze skalą A KompOs-u:  $r=0,21$ ,  $p<0,001$ ).

Tabela 15. Korelacje wyników skali S z wynikami KompOs-u

Skala KompOs		Skala S	
Rho Spearmana	KompOs A	Współczynnik korelacji	0,21
		Istotność (dwustronna)	<0,001
	KompOs B	Współczynnik korelacji	0,39
		Istotność (dwustronna)	<0,001

**Skala KA**

W celu oceny trafności skali KA porównano wyniki uzyskane w niej w dwóch grupach: uczniów zagrożonych ryzykiem niedostosowania społecznego i uczniów bez tego ryzyka. Kontrola afektu określona została jako jeden z kluczowych predyktorów poczucia kompetencji, przekładający się na podejmowanie lub niepodejmowanie zachowań o charakterze prowokującym (aspołecznym).

Tabela 16. Zestawienie wyników w dwóch grupach uczniów – zagrożonych ryzykiem niedostosowania społecznego i bez ryzyka

Trudności w zachowaniu		Średnia	N	Odchylenie standardowe
Grupa	Tak	50,4	180	9,71
	Nie	55,35	1022	8,92
	Ogółem	54,5982	1202	9,22

Tabela 17. Wyniki w skali KA – istotność różnic między dwoma grupami

Nazwa testu	Skala KA
U Manna-Whitneya	63 392,000
W Wilcoxon	79 682,000
Z	-6,661
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	<0,001

Uzyskane wyniki potwierdzają, że uczniowie zagrożeni ryzykiem niedostosowania społecznego osiągają istotnie niższe wyniki w skali KA niż pozostałe osoby ( $Z=-6,61$ ,  $p<0,001$ ).

### 3.4.2. Normy dla grup wiekowych

Normy stenowe obliczono dla dwóch grup wiekowych: 9–11 lat, 12–13 lat (biorąc pod uwagę specyfikę rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych w dwóch fazach środkowego okresu szkolnego). Interpretacja stenów jest uniwersalna dla wszystkich wyników:

- 1, 2 sten – wyniki bardzo niskie
- 3, 4 sten – wyniki niskie
- 5, 6 sten – wyniki przeciętne
- 7, 8 sten – wyniki wysokie
- 9, 10 sten – wyniki bardzo wysokie

#### Normy dla uczniów w wieku 9–11 lat

Sten	Wyniki surowe				
	Skala KA	Skala T	Skala R	Skala O	Skala S
1	Poniżej 34	Poniżej 37	Poniżej 36	Poniżej 30	Poniżej 33
2	35–38	38–41	37–41	31–36	34–40
3	39–43	42–45	42–45	37–42	41–46
4	44–48	46–49	46–50	43–48	47–52
5	49–53	50–53	51–55	49–54	53–58
6	54–57	54–58	56–59	55–60	59–64
7	58–62	59–62	60–64	61–66	65–70

Sten	Wyniki surowe				
	Skala KA	Skala T	Skala R	Skala O	Skala S
8	63–67	63–66	65–68	67–72	71–76
9	68–71	67–70	69–72	73–78	77–80
10	72	71–72	69–72	79–80	

### Normy dla uczniów w wieku 12–13 lat

#### SKALA KA

Sten	Wyniki surowe				
	Skala KA	Skala T	Skala R	Skala O	Skala S
1	Poniżej 35	poniżej 38	Poniżej 37	Poniżej 31	Poniżej 34
2	36–39	39–42	38–41	32–37	35–40
3	40–43	43–46	42–45	38–42	41–46
4	44–48	47–49	46–49	43–48	47–51
5	49–52	50–53	50–54	49–54	52–57
6	53–56	54–57	55–58	55–60	58–63
7	57–60	58–61	59–62	61–65	64–69
8	61–65	62–64	63–66	66–71	70–74
9	66–69	65–68	67–70	71–77	75–80
10	70–72	69–72	71–72	78–80	

#### 3.4.3. Interpretacja znormalizowanych wyników

Uzyskane wyniki surowe powinny zostać wyrażone jako wyniki znormalizowane (steny) lub centyle według tabel dołączonych do raportów (aplikacja multimedialna) lub zamieszczonych powyżej. Normy zostały utworzone dla dwóch grup wiekowych: 9–11 lat oraz 12–13 lat (bez różnicowania na płeć). Interpretacja wyników powinna odnieść się do definicji poszczególnych wymiarów T – R – O – S (w zależności od zastosowanej skali) lub ogólnego poziomu rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych zidentyfikowanego za pomocą skali KA. Ponadto raport wygenerowany za pomocą aplikacji zawiera wykaz odpowiedzi badanego na wszystkie pytania zawarte w skalach, co umożliwia uzupełnienie oceny ilościowej o aspekt jakościowy (ustosunkowania się do poszczególnych sytuacji, dylematów). Poniżej Poniżej przedstawiono przykładowe sposoby interpretacji wyników (tab. 18.).

Tabela 18. Przykładowe interpretacje wyników uzyskanych przez badanych

Skala	Interpretacja wyników
T – radzenie sobie z trudnościami	<p>Zbiór kompetencji człowieka regulujący jego odporność na pojawiające się trudności i porażki, obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stosowanie strategii zaradczych;</li> <li>• uczenie się na podstawie doświadczenia;</li> <li>• stawianie sobie wyzwań w odpowiedzi na doświadczane trudności, problemy (aktywne radzenie).</li> </ul> <p>Przykładowa interpretacja</p> <p>Wysoki (w zależności od stenu, centyla) poziom rozwoju kompetencji odpowiedzialnych za radzenie sobie z trudnościami; szeroki zakres stosowania strategii zaradczych, postrzeganie napotkanych trudności jako wyzwań, co motywuje ucznia do działania; badany korzysta z nabytych doświadczeń w zakresie radzenia sobie z trudnościami, co umożliwia mu bardziej efektywne mierzenie się z nowymi wyzwaniami.</p>
R – relacje społeczne	<p>Przez RELACJE SPOŁECZNE zdefiniowano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zakres (ilościowa charakterystyka wsparcia – ile osób buduje sieć wsparcia danego podmiotu) i jakość relacji społecznych (na ile efektywne, pomocne jest udzielane wsparcie społeczne);</li> <li>• kompetencje społeczno-emocjonalne niezbędne do efektywnego funkcjonowania w grupie (w tym rozumienie i kontrola emocji);</li> <li>• otwartość na współpracę z innymi przy zachowaniu autonomii działań podmiotu w grupie.</li> </ul> <p>Przykładowa interpretacja</p> <p>Uczeń uzyskał niskie wyniki w skali RELACJE SPOŁECZNE, co może świadczyć o ograniczonym zakresie wsparcia, jakie otrzymuje od innych osób oraz o niskim poziomie satysfakcji czerpanej z aktualnych relacji z innymi ludźmi. Szczegółowa analiza uzyskanych odpowiedzi (pytania: R12, R15, R16, R18) pokazuje, że uczeń wykazuje niski poziom rozumienia i kontroli emocjonalnej, co prawdopodobnie przekłada się na odczuwane trudności w relacjach z otoczeniem.</p>
O – obraz siebie	<p>Zbiór przekonań podmiotu na temat siebie samego obejmujący samowiedzę (zakres informacji, jakie posiada podmiot na własny temat, w tym: posiadane zdolności, zainteresowania, mocne, słabe strony, wiedza nt. funkcjonowania podmiotu w różnych sytuacjach życiowych, np. w stresie) i samoocena (emocjonalny stosunek do własnej osoby). Obraz siebie jest zatem konstruktem poznawczo-emocjonalnym, który odgrywa kluczową rolę w procesie regulowania relacji „Ja” ze światem.</p>

Skala	Interpretacja wyników
O – obraz siebie c.d.	<p>Przykładowa interpretacja: Uczeń uzyskał bardzo niski wynik w skali O, co świadczy o ograniczonej samo-wiedzy oraz niskiej samoocenie. Brak wiedzy na temat posiadanego potencja-łu jest prawdopodobnie istotnym czynnikiem uniemożliwiającym adekwatną ocenę podmiotu, co przekłada się na brak poczucia pewności siebie i ograni-czony repertuar podejmowanych działań, czynności.</p>
S – sprawczość	<p>Uogólniona tendencja jednostki do podejmowania działań wynikających głównie z motywów wewnętrznych i przekonania o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem oraz zakresem i jakością podejmowanych czynności.</p> <p>Przykładowa interpretacja Uczeń posiada wysoki poziom sprawczości. W jego działaniach dominuje motywacja wewnętrzna (ocena zgodności przedsięwzięcia z wewnętrznymi standardami). Stopień sprawowania kontroli nad zdarzeniami życiowymi i podejmowanymi czynnościami jest wysoki, co przekłada się na poczucie kompetencji.</p>
KA – kontrola afektu	<p>Aktualny stopień rozwoju umiejętności społeczno-emocjonalnych regulują-cych relacje podmiotu z otoczeniem odpowiadający za skuteczne podejmo-wanie wyzwań rozwojowych i poczucie bycia kompetentnym.</p> <p>Przykładowa interpretacja Uczeń wykazał się w badaniu przeciętnym poziomem kontroli emocjonalnej, co świadczy o tym, że jego aktualny poziom rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych pozwala mu na prawidłowe regulowanie relacji z otoczeniem i odczuwanie w większości sytuacji bycia kompetentnym. Umożliwia to aktywne radzenie sobie z większością wyzwań i utrzymywanie satysfakcjonujących relacji z otoczeniem. Pojawiające się jednak trudności mogą wymagać wspar-cia ze strony najbliższego otoczenia, gdyż posiadane zasoby odpornościowe nie są wystarczające do zmierzenia się z problemami wykraczającymi poza strefę najbliższego rozwoju.</p>

Źródło: Domagała-Zyśk E. i in., (2015)

## Rozdział 4

# Możliwości odniesienia wyników badania narzędziem TROS-KA do Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF) została opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 2001 roku w celu wprowadzenia jednolitego języka i kryteriów oceny zdrowia i stanów z nim związanych.

W Polsce ICF funkcjonuje wybiórczo w sektorze zdrowia natomiast w edukacji ma służyć jako język opisu i sposób przedstawiania informacji o uczniu (jego trudnościach i mocnych stronach) jak również perspektywa rozumienia „specjalnych potrzeb edukacyjnych” jako interakcji czynników biopsychospołecznych. Tym samym ICF tworzy spójną ramę do określania wytycznych samego procesu oceny funkcjonalnej, jak i wpisuje się w model teoretyczny oceny funkcjonalnej. Można wyodrębnić kilka cech klasyfikacji ICF, które mają przełożenie na opis funkcjonalnej charakterystyki potrzeb ucznia i tym samym stanowią punkty zbieżne z przedstawioną w tej publikacji definicją oceny funkcjonalnej:

1. Indywidualne potrzeby ucznia ICF rozpatruje jako złożony stan modyfikowany przez czynniki zdrowotne (struktury i funkcje organizmu), kontekstowe (zewnętrzne – czynniki środowiskowe/wewnętrzne – czynniki osobowe), aktywność w środowisku (aktywność i uczestniczenie, np. podejmowanie zadań wynikających z roli ucznia). Konsekwencją takiego podejścia jest diagnoza zorientowana nie na deficyt, a na uczestnictwo, którego jakość jest zależna od wielu czynników, w tym oddziaływań otoczenia (szkoły, rodziny) i zasobów osoby (zob. Hollenweger, Lienhard, 2010).
2. ICF odchodzi od orientacji kategoryzacyjnej na rzecz relacyjnej (Persson, 2003) w zakresie konceptualizacji indywidualnych potrzeb edukacyjnych. Ocena funkcjonowania ucznia nie opiera się na antycypowanych na podstawie diagnozy nozologicznej trudnościach (konsekwencjach niepełnosprawności), ale na obserwowanej aktywności w naturalnych sytuacjach życiowych w danym kontekście, np. dwóch uczniów z tą samą diagnozą nozologiczną może funkcjonować w szkole na bardzo różnych poziomach. Informacje o funkcjonowaniu (a nie o kategorii specjalnych potrzeb edukacyjnych) uczniów dają szansę prowadzenia znacznie bardziej zunifikowanego procesu metodycznego/terapeutycznego, wykorzystującego podobieństwo potrzeb edukacyjnych klasyfikowanych do różnych kategorii niepełnosprawności/zaburzeń.
3. Poszerza obszar identyfikacji mocnych stron ucznia, obejmując szerszy kontekst niż zasoby osobiste (aktywność, uczestniczenie, wpływ środowiska). Trudność w funkcjonowaniu może zostać zminimalizowana lub całkowicie zniwelowana przez odpowiednie

modyfikacje środowiska, np. uniwersalnie zaprojektowane materiały dydaktyczne omijają bariery dostępu do treści dla uczniów z niepełnosprawnościami sensorycznymi, a osoba z medyczną niepełnosprawnością wzrokową może nie posiadać niepełnosprawności w znaczeniu funkcjonalnym.

4. Trudności ucznia nie są atrybutem stałym i niezmiennym. Ostateczny efekt procesu diagnostycznego, jakim jest profil funkcjonalny, podlega ewaluacji, jest dynamiczny i zmienia się w czasie (w przeciwieństwie do statycznej diagnozy klasyfikacyjnej obejmującej głównie jednostronny opis funkcjonowania ucznia według klucza „kategoria niepełnosprawności/zaburzenia”) (zob. Boyle, 2014; Algraigray, Boyle, 2017). Oprócz tego profil „wymusza” syntezę danych zebranych w trakcie różnych diagnoz, których wyniki były podawane do tej pory jako informacje „rozproszone”.
5. Umożliwia intersubiektywną komunikowalność, tzn. usprawnia porozumiewanie się pomiędzy różnymi podmiotami zaangażowanymi w pracę z uczniem, np. nauczycieli, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistów: psychologów, logopedów, lekarzy, decydentów, pracowników naukowych (Simeonsson, 2009). Dzięki temu ułatwia interdyscyplinarność diagnozy potrzeb ucznia, które często identyfikuje się „międzysektorowo” (w jednostkach systemu oświaty, podmiotach leczniczych, instytucjach pomocy społecznej).

Klasyfikacja ICF zbudowana jest z dwóch części, a każda z nich zawiera po dwa składniki:

I część. Funkcjonowanie i niepełnosprawność

- a) funkcje i struktury ciała;
- b) aktywność i uczestniczenie.

II część. Czynniki kontekstowe

- a) czynniki środowiskowe;
- b) czynniki osobowe.

Nasilenie trudności (odnośnie do funkcji ICF używa kategorii „upośledzenia”) oceniane jest na uniwersalnej skali kwalifikatorów według poniższej legendy:

- xxx. 0 – brak problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)
- xxx. 1 – nieznaczny problem (niewielki, mały)
- xxx. 2 – umiarkowany problem (średni, spory)
- xxx. 3 – znaczny problem (wielki, silny)
- xxx. 4 – skrajnie duży problem (zupełny)
- xxx. 8 – nieokreślony problem
- xxx. 9 – nie dotyczy

Schemat opisu stanów związanych ze zdrowiem ICF ułatwia prowadzenie oceny w modelu oceny funkcjonalnej, ale klasyfikacja sama w sobie nie jest narzędziem diagnostycznym. Tworzy raczej strukturę porządkującą informacje o uczniu w sensowny, logicznie i łatwo



dostępny sposób. Informacje te pochodzą z różnych źródeł, a zbieranie ich odbywa się za pomocą różnych metod i narzędzi diagnostycznych (obserwacja, wywiad, test standaryzowany, analiza dokumentów). Obok skal i kwestionariuszy tworzonych *sensu stricto* na podstawie struktury ICF nadal wykorzystywane być powinny narzędzia, w których mierzone konstrukty wynikają z ugruntowanych w teorii psychologicznej lub pedagogicznej koncepcji rozwoju człowieka. Do takich należy pakiet narzędzi TROS-KA oparty na koncepcji rozwoju psychospołecznego E. Eriksona (1997, 2004) i wyzwaniach rozwojowych środkowego wieku szkolnego. WHO (2013) w przewodniku użytkownika ICF dopuszcza taką sytuację i nakreśla kierunek praktyk związanych z wiązaniem lub inaczej mapowaniem (ang. *mapping*) wyników badania istniejącym już narzędziem z kategoriami ICF. W przypadku takiego narzędzia, wyniki uzyskane w badaniu z jego wykorzystaniem powinny być przełożone na kody i kwalifikatory ICF, aby informacja o funkcjonowaniu (tu: emocjonalno-społecznym) była wystandaryzowana i odpowiednio włączona do profilu funkcjonalnego ICF. Konwersja danych otrzymanych w toku pomiaru za pomocą istniejącego narzędzia jest procesem podlegającym określonej procedurze.

Rekomendowane jest, aby proces mapowania odbywał się w zgodzie ze szczegółowymi zasadami łączenia danych (ang. *linking rules*) zaproponowanymi przez Cieza i in. (2002, 2005, 2019). Poszczególne etapy tego procesu obejmują m.in. dokładne zapoznanie się z klasyfikacją ICF, wyodrębnienie kluczowej cechy z danego itemu lub innego wycinka wiedzy o funkcjonowaniu osoby, zidentyfikowanie perspektywy, w jakiej informacja jest uzyskiwana (opis, efekt wykonanego zadania, ocena itp.), precyzyjne powiązanie danego wycinka wiedzy o zdrowiu z kodem ICF na odpowiednim poziomie.

Według rekomendowanej procedury dokonano przełożenia skal TROS-KA na język opisu ICF. Takie właściwości skal TROS-KA jak spójność treściowa itemów mierzących kluczowy konstrukt, rodzaj narzędzia (skala samoopisowa) interpretacja wyników w oparciu o skalę stenową, były najbardziej istotnymi dla procesu mapowania.

1. Konstrukty kluczowe (ang. *meaningful concepts*) są wyraźnie skonceptualizowane i zoperacjonalizowane na poziomie każdej ze skal (TROS), a itemy w poszczególnych skalach tworzą spójną charakterystykę właściwości podlegającej pomiarowi. Pomimo że w opisywanych zachowaniach na poziomie itemów można znaleźć odniesienia do różnych kodów ICF, cel pomiaru jest jednak jednoznaczny<sup>3</sup>, np. w skali R opisywane są zachowania komunikacyjne jako środek do nawiązywania relacji. Opisywanie ich kodami: odbieranie wiadomości werbalnych (d310) i niewerbalnych (d315) prowadziłyby do błędnych wniosków diagnostycznych (artefaktów). Wszystkie skale wpisują się w składnik *Czynniki*

---

<sup>3</sup> Rozpatrywanie konceptu określającego wycinek wiedzy o funkcjonowaniu badanego z pozycji celu narzędzia zabezpiecza przed dokonywaniem sztywnych i mechanicznych powiązań (Cieza i in., 2019) prowadzących do błędów w przekładzie danych.

osobowe<sup>4</sup>, ale dodatkowo ich manifestacja behawioralna w naturalnych sytuacjach życia codziennego daje się opisać kodami z zakresu składnika *Aktywności i uczestniczenia*.

2. Rodzaj narzędzia: dane pochodzące ze skali samoopisowej, w której to uczeń ocenia swoje własne kompetencje emocjonalno-społeczne nie pozwalają na określenie w sposób obiektywny problemu w zakresie funkcji (kody z prefiksem b), a raczej aktywności (kody z prefiksem d) ICF, szczególnie, że zachowanie oceniane jest w kontekście hipotetycznej, ale naturalnej sytuacji ułożonej w kontekście życia codziennego.
3. Interpretacja wyników o skale stenową ma znaczenie dla określenia przedziałów wyniku liczbowego przekładalnego na kwalifikatory ICF. Przełożenie wartości stenowych na kwalifikatory ICF<sup>5</sup> (tab. 19.).

Tab. 19. Przełożenie wartości stenowych na kwalifikatory

Steny	Kwalifikator
10–7	0 – brak problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)
5–6	1 – nieznaczny problem (niewielki, mały)
4	2 – umiarkowany problem (średni, spory)
2–3	3 – znaczny problem (wielki, silny)
1	4 – skrajnie duży problem (zupełny)

Opierając się na wytycznych mapowania (ang. *linking rules*) (Cieza i in., 2019), powiązано umiejętności oceniane skalami TROS z kategoriami i kodami ICF. Ze względu na fakt, że poszczególne skale pakietu mogą być stosowane osobno, powiązania wyników z ICF zostaną przedstawione z ich rozróżnieniem (tab. 20.).

4 Czynniki osobowe stanowią indywidualne tło życia jednostki, złożone z cech jednostki, które nie są częścią stanu chorobowego lub stanu zdrowia. Nie zostały one sklasyfikowane w ICF ze względu na związane z nimi duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe (ICF, 2001, 2009).

5 Przełożenie wartości stenowych na centylowe proponowane w klasyfikacji ICF doprowadza do rozbieżnych wniosków z interpretacji skali oraz kodu ICF, np. osoba z wysokim wynikiem uzyskuje kwalifikator nieznaczny/umiarkowany problem. Z tego powodu autorzy proponują inny sposób przydzielania kwalifikatorów, zapewniający spójność wniosków na dwóch płaszczyznach interpretacji.

Tab. 20. Skale T, R, O, S i ich powiązania z kategoriami i kodami ICF

Skala pakietu TROS-KA	Kategoria/Kod ICF	Itemy skali
<p><b>T – radzenie sobie z trudnościami</b></p> <p>Zbiór kompetencji człowieka regulujący jego odporność na porażki obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stosowanie strategii zaradczych;</li> <li>• uczenie się na podstawie doświadczenia;</li> <li>• stawianie sobie wyzwań w odpowiedzi na doświadczane trudności/problemy.</li> </ul>	<p>Czynniki osobowe (ang. <i>personal factors</i> – pf)</p> <p><b>d240 Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi</b></p> <p>Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe, jak np. w trakcie kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci. Obejmuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi.</p>	<p>1–18</p> <p>1–18</p>
<p><b>R – relacje społeczne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zakres i jakość relacji społecznych;</li> <li>• Kompetencje społeczno-emocjonalne niezbędne do efektywnego funkcjonowania w grupie (w tym rozumienie i kontrola emocji);</li> <li>• Otwartość na współpracę z innymi przy zachowaniu autonomii działań podmiotu w grupie.</li> </ul>	<p>Czynniki osobowe (ang. <i>personal factors</i> – pf)</p> <p><b>d720 Złożone kontakty międzyludzkie</b></p> <p>Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie, tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi.</p> <p><b>d760 Związki rodzinne</b></p> <p>Tworzenie i utrzymywanie kontaktów opartych na więzi pokrewieństwa, np. z członkami najbliższej rodziny, dalszą rodziną, przybraną i adoptowaną rodziną, przyrodnią rodziną i opartych na bardziej odległych związkach, np. z dalszymi kuzynami lub prawnymi opiekunami.</p> <p><b>d750 Nieoficjalne kontakty towarzyskie</b></p> <p>Wchodzenie we wzajemne kontakty z innymi osobami, takie jak celowe kontakty z ludźmi żyjącymi w tej samej społeczności lub mieszkającymi w tym samym domu lub z współpracownikami, studentami, towarzyszami zabaw lub ludźmi o tym samym pochodzeniu lub zawodzie.</p>	<p>1–18</p> <p>1–18</p> <p>7, 8, 9</p> <p>10</p>

Skala pakietu TROS-KA	Kategoria/Kod ICF	Itemy skali
<b>R – relacje społeczne c.d.</b>	<b>d750 Nieoficjalne kontakty towarzyskie</b> Wchodzenie we wzajemne kontakty z innymi osobami, takie jak celowe kontakty z ludźmi żyjącymi w tej samej społeczności lub mieszkającymi w tym samym domu lub z współpracownikami, studentami, towarzyszami zabaw lub ludźmi o tym samym pochodzeniu lub zawodzie.	10
	<b>d740 Kontakty oficjalne</b> Tworzenie i utrzymywanie określonych kontaktów w oficjalnych sytuacjach, jak np. z pracodawcami, profesjonalistami lub usługodawcami.	11
<b>O – obraz siebie</b>  Zbiór przekonań podmiotu na temat siebie samego obejmujący samowiedzę (zakres informacji, jakie posiada podmiot na własny temat, w tym: posiadane zdolności, zainteresowania, mocne/słabe strony, wiedza nt. funkcjonowania podmiotu w różnych sytuacjach życiowych, np. w stresie) i samoocenę (emocjonalny stosunek do własnej osoby).	Czynniki osobowe (ang. <i>personal factors</i> – pf)	1–20
<b>S – sprawczość</b>  Uogólniona tendencja jednostki do podejmowania działań wynikających głównie z motywów wewnętrznych i przekonania o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem oraz zakresem i jakością podejmowanych czynności.	Czynniki osobowe (ang. <i>personal factors</i> – pf)	1–20
	<b>d177 Podejmowanie decyzji</b> Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie dokonanego wyboru, ocenianie skutków dokonanego wyboru, jak np. wybieranie i kupowanie określonego artykułu lub decydowanie o podjęciu się i podejmowanie jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać.	1–20

Wszystkie skale angażują czynniki osobowe, nieopisane w klasyfikacji, ale podlegające próbom identyfikacji i operacjonalizacji w literaturze. Istnieje w tej kwestii zgodność, że czynniki emocjonalne i osobowościowe wpisują się w ten składnik klasyfikacji (Karhula i in., 2021). Model teoretyczny stojący u podstaw skal TROS-KA opiera się właśnie na konstrukcjach osobowościowych, takich jak inteligencja, autodeterminacja, kompetencje społeczno-emocjonalne (zob. rozdział 2). Niemniej jednak, manifestacja behawioralna czynników osobowych opisywanych w poszczególnych skalach, obserwowana jako aktywność i uczestnictwo w środowisku szkoły, daje podstawy do wykorzystania kodów z dziedziny d ICF *Aktywność i uczestniczenie*.

Itemy zawarte w **skali T** choć opisują różne sytuacje polegające na rozwiązywaniu problemów angażujących również zasoby poznawcze (nie tylko emocjonalne), nie zostały powiązane z kodami odzwierciedlającymi tę aktywność (d175). To nie poznawcze zdolności stanowią tutaj przedmiot pomiaru, ale kompetencje radzenia sobie z obciążeniem psychicznym, co już dokładniej precyzują odpowiedzi do wyboru (nie rozwiązanie problemu, a wybór zachowania w obliczu jego zaistnienia). Dlatego wynik uzyskany w badaniu całą skalą T (wszystkie itemy) został powiązany z kodem **d240 Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi**.

**Skala R**, która mierzy zakres i jakość relacji społecznych została powiązana z trzema kodami ICF. Większość itemów odpowiada treściowo definicji dla kodu **d720 Złożone kontakty międzyludzkie**. Ze względu na to, że opisywane w skali sytuacje odnoszą się do relacji z kolegami klasowymi, pominięto kod *d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie*, w którym to samo nawiązywanie kontaktów jest kluczowe. Zakłada się, że relacja z kolegami klasowymi jest już dużo bardziej zaawansowana. Do jakościowej analizy wyodrębniono również itemy, które w sposób klarowny odnoszą się do osób i relacji budujących sieci wsparcia badanego: rodzice, nauczyciele, koledzy. Tym itemom przyporządkowano kody odpowiednio: **d760 Związki rodzinne**, **d740 Kontakty oficjalne** i **d750 Nieoficjalne kontakty towarzyskie**.

**Skala O** opisuje konstrukt poznawczo-emocjonalny, który odgrywa kluczową rolę w procesie regulowania relacji Ja ze światem. Ze względu na to, że itemy nie odzwierciedlają komponentu behawioralnego – badany ma za zadanie wybrać jedną z propozycji poznawczego odbioru opisanej sytuacji – można je łączyć tylko ze składnikiem *Czynniki osobowe*. Czynniki osobowe opisują zasoby, sposoby radzenia sobie, wzory postępowania jednostki (Karhula i in., 2021). W literaturze wielokrotnie w tej grupie wymienia się: samoocenę (Bogart, 2018, Esmail, 2020), smoskuteczność (Geyh, 2012, Dorstyn, 2017), pewność siebie (Awad, 2013), obraz siebie (Bayly, 2016), samoakceptację (Earde, 2018). Nie zostały one sklasyfikowane w ICF ze względu na związane z nimi duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe (ICF, 2001, 2009). Rekomenduje się, aby reprezentacja tych czynników za pomocą ICF była określona na poziomie samego składnika (gdyż jako taka jest możliwie najbardziej precyzyjną) i określana skrótem pf (ang. *personal factors*).

**Skala S** obejmuje rodzaje motywacji przejawianych przez ucznia oraz jego poczucie lokalizacji kontroli. Cała skala może być powiązana z czynnikami osobowymi oraz dodatkowo z kodami z dziedziny *Aktywność i uczestniczenie*. Itemy nawiązują jednak jednoznacznie do sytuacji, w której badany podejmuje decyzję dotyczącą hipotetycznej sytuacji, np. uczestnictwa w dodatkowych zajęciach, wyboru stroju szkolnego, udziału w akcji charytatywnej. Dlatego też zachowania opisywane w całej skali sugerujemy łączyć z kodem **d177 Podejmowanie decyzji**.

Należy mieć na uwadze, że efekt procesu przekładu wyników z badania skalami T, R, O, S (opis funkcjonowania osoby za pomocą kodów i kwalifikatorów) nie zastępuje wniosków

diagnostycznych formułowanych na podstawie danych pochodzących z samego narzędzia. Konwersja danych na język opisu ICF powodować może utratę trafności wnioskowania ze względu na odmienną terminologię i definicje, brak ujmowania pewnych właściwości w ICF, trudności w odseparowaniu funkcji od aktywności oraz niedookreślenie *Czynników osobowych*. Wyniki uzyskane w rezultacie pomiaru funkcjonowania ucznia w środkowym wieku szkolnym w wymiarze społecznym i emocjonalnym z zastosowaniem pakietu TROS-KA pozwalają na utworzenie profilu tych kompetencji w języku ICF. Rekomendowane jest jednak zachowanie opisanych w tym rozdziale wytycznych oraz procedury postępowania.

## Rozdział 5

# Procedura diagnostyczna dla wybranych grup uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi

Ocena funkcjonalna traktowana jest jako wielowymiarowy proces opisu zachowań ucznia, a z drugiej strony jako zbiór metod służących gromadzeniu informacji o przyczynach trudnego zachowania, jego charakterystyce, omówienia skutków i w celu rozpoznania funkcji danego zachowania (Cooper, Heron, Heward, 2007). W związku z tym wskazane jest określenie zasad diagnozowania przy użyciu konkretnego narzędzia jakim jest TROS-KA. Zasady diagnozowania dzieci i młodzieży w wieku szkolnym zdefiniowane w podręczniku TROS-KA z 2017 roku pozostają niezmiennie. Pakiet TROS-KA zawiera pięć narzędzi diagnostycznych, które mogą być stosowane w różnych konfiguracjach przez specjalistów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, pedagogów i psychologów szkolnych. Poszczególne skale badają poziom danej kompetencji: T – radzenia sobie z trudnościami, R – jakości relacji, O – obrazu siebie, S – sprawczości oraz poziom kontroli afektu (skala KA). Ostatnia ze skal może być stosowana przez wychowawcę jako narzędzie przesiewowe do określenia aktualnego poziomu kompetencji społeczno-emocjonalnych.

Obecna wersja narzędzia, dostosowana do potrzeb uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, została opracowana jako aplikacja multimedialna, zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego i równego dostępu:

- Równość w dostępie – narzędzie jest dostosowane do możliwości i stanu wiedzy uczniów klas IV–VI, także przez tych z zaburzeniami sprawności sensorycznej lub trudnościami językowymi. Warunkiem możliwości skorzystania z narzędzia jest opanowanie sprawności czytania ze zrozumieniem na poziomie III klasy szkoły podstawowej.
- Elastyczność użycia – narzędzie dostosowane do preferencji i możliwości percepcyjnych uczniów. Jest przygotowane w wersji multimedialnej, z wykorzystaniem uniwersalnej czcionki bezszeryfowej, może być także odczytywane uczniowi, odsłuchiwane przez ucznia lub odczytywane z użyciem linijki brajlowskiej.
- Intuicyjna obsługa – zasady użytkowania produktu są zrozumiałe dla wszystkich uczniów, także tych ze SPE. W szczególności nie wymaga ono posiadania skomplikowanych sprawności manualnych i manipulacyjnych.
- Dostępność informacji – przekaz informacji wzmacniany jest poprzez towarzyszące tekstowi ilustracje.
- Tolerancja na błędy – błąd w używaniu programu (np. niepotrzebne wciśnięcie klawisza) nie niszczy wykonanej uprzednio pracy, ponieważ wyniki zapisywane są na bieżąco; przy korzystaniu z narzędzia możliwe jest cofanie się do poprzednich pytań (np. w celu ponownego przeczytania zadania czy zmiany odpowiedzi) bez zagrożenia utraty danych.

- Niski poziom wysiłku fizycznego – każda skala wymaga uwagi tylko przez około 25 minut, a w razie potrzeby jej stosowanie może być zatrzymane i wznowione po przerwie, jeśli taka jest dziecku potrzebna.
- Dostępne wymiary i przestrzeń – rozmiar przycisków i strzałek w wersji multimedialnej jest na tyle duży, by ułatwić posługiwanie się programem także uczniom z zaburzeniami koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Ponadto, biorąc pod uwagę potrzeby uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi zachowano dodatkowe zasady projektowania uniwersalnego w zakresie dostosowania językowego i graficznego. Twierdzenia dostosowane są nie tylko do wieku badanych uczniów (9–13 lat), ale także do specyficznych potrzeb językowych uczniów z dysfunkcją słuchu, zaburzeniami językowymi czy rozwojem na poziomie dolnej normy intelektualnej. W teście nie pojawia się język metaforyczny, zastosowane wyrażenia są konkretne, przeważają wśród nich „nośne znaczeniowo” rzeczowniki i czasowniki. Ograniczono używanie zaimków na rzecz zastosowania rzeczowników. Parametry techniczne testu są przyjazne użytkownikowi z zaburzeniami wzroku – zastosowano łatwą do odczytywania czcionkę bezszeryfową i wygodną wielkość – 14 pkt. Ponadto narzędzie może być prezentowane z wykorzystaniem różnej wielkości czcionki oraz różnego koloru tła. Percepcję i odczytywanie tekstu na ekranie ułatwia jego przestrzenne rozmieszczenie, odpowiednia wielkość przycisków odpowiedzi oraz wyraźny krój strzałek pokazujących przejście na następną stronę. Grafika itemów nawiązuje do treści pytań, pozwala lepiej wczuć się w sytuację diagnostyczną. Jednocześnie zadbano o to, aby dołączone ilustracje nie sugerowały badanym kierunku udzielania, np. poprzez ekspresję emocji, zaprezentowanych postaci. Stonowany materiał ilustracyjny i sposób jego ekspozycji uwzględnia również potrzeby uczniów z deficytami uwagami, którym zbyt duża liczba bodźców uniemożliwia odczytanie właściwych treści.

Wersja elektroniczna pakietu TROS-KA pozwala na łatwiejszy dostęp, modyfikację rozmiaru itemów, liter i na automatyczne generowanie surowych wyników badań. Wersja papierowa może być wykorzystana dla uczniów z deficytami uwagi, których sam multimedialny charakter badania mógłby rozpraszać.

**Dostosowanie procedury diagnostycznej do wszystkich uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi obejmuje następujące elementy:**

1. Badania prowadzone jest indywidualnie w obecności diagnosty, który służy wsparciem werbalnym i niewerbalnym na każdym etapie badania.
2. Warunkiem przeprowadzenia badania jest sprawność czytania ze zrozumieniem na poziomie ucznia kończącego III klasę. Możliwe jest odczytanie tekstu przez diagnostę i zaznaczenie przez niego odpowiedzi wybranej przez dziecko. Każdy uczeń ma możliwość zadawania pytań dotyczących zarówno przebiegu badania, jak i treści poszczególnych itemów.
3. Badanie nie jest ograniczone czasowo (choć przeciętnie trwa ok. 25 min dla jednej skali) – czas trwania jest dostosowany do indywidualnego tempa pracy ucznia.

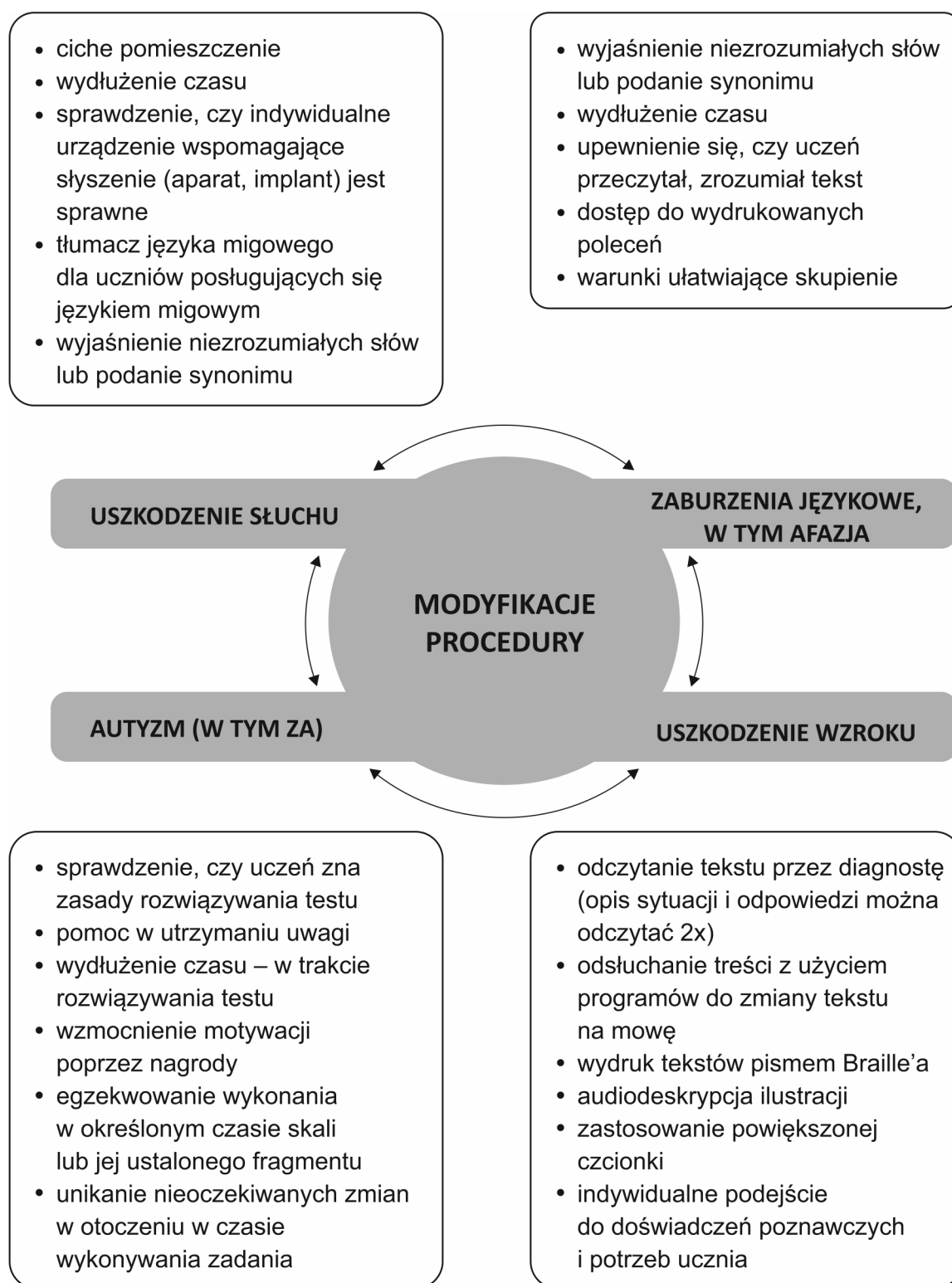


W przypadku braku możliwości wykonania skali lub skal podczas jednego badania istnieje możliwość zapisania wyników i wrócenie do aplikacji na następnym spotkaniu – nie później jednak niż w ciągu kilku dni, ponieważ narracja zawarta w itemach uszeregowana jest w ciągu logicznym i po dłuższym czasie trudne może być przypomnienie sobie historii, a to może mieć wpływ na trafność i rzetelność wyników.

4. Badanie powinno być przeprowadzone w komfortowych warunkach fizycznych – w cichym, dobrze oświetlonym, przewietrzonym pomieszczeniu. Należy upewnić się, czy uczeń ma dobre warunki pracy, np. odpowiednią wysokość krzesła.
5. Diagnosta powinien upewnić się, czy uczeń po zapoznaniu się z instrukcją rozumie polecenie, widzi obrazek przypisany do danego itemu.
6. Następnie uczeń przystępuje do uzupełnienia arkusza odpowiedzi (aplikacji). Diagnosta obserwuje postępy w pracy, starając się jednak być jak najmniej obecnym (np. poprzez zachowanie dystansu – komfortowej dla ucznia odległości). Uwaga diagnosty powinna być ukierunkowana na:
  - a) tempo wykonywania kolejnych zadań przez ucznia (ocena czy odpowiedzi nie są udzielane przypadkowo);
  - b) częstotliwość wybierania opcji WRÓĆ (ocena stopnia pewności);
  - c) obserwacji werbalnych i pozawerbalnych reakcji ucznia na poszczególne pytania (warto je notować jako dodatkowe źródła informacji w procesie diagnostycznym).
7. Po zakończeniu pracy w aplikacji diagnosta otrzymuje wyniki i dziękuje uczniowi za udział w badaniu oraz proponuje mu ich omówienie podczas bieżącego, przyszłego spotkania. Diagnosta przekazuje rodzicom informację o wyniku badania wraz ze wskazaniem terapeutycznymi. Rekomenduje się, by informacja taka była pisemna.
8. Uzyskane wyniki surowe diagnosta przelicza na steny zgodnie z normami przyjętymi dla grup wiekowych 9–11 i 12–13 lat.

Na rycinie 7. przedstawiono dostosowania niezbędne dla czterech grup uczniów z uszkodzeniem słuchu, wzroku, autyzmem (w tym zespołem Aspergera) oraz zaburzeniami językowymi (w tym afazją).

Ryc. 7. Niezbędne dostosowanie procedury diagnostycznej TROS-KA do wybranych grup uczniów



Źródło: opracowanie własne

## Rozdział 6

### Działania postdiagnostyczne

Istotą oceny funkcjonalnej jest wpisanie w jej przebieg nie tylko działań oceniających i diagnostycznych, ale także monitorowanej i ewaluowanej regularnie pracy postdiagnostycznej (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017). Celem działań postdiagnostycznych jest przede wszystkim nabywanie określonych kompetencji przez uczestniczących w nich uczniów. Jednocześnie jednak te liczne godziny pracy z uczniem stanowią doskonałą przestrzeń do obserwacji i rozmów, które mogą dostarczyć kolejnych danych wzbogacających pierwotną ocenę.

Dla narzędzia TROS-KA opracowano dwa zestawy scenariuszy działań postdiagnostycznych (zgrupowanych w dwóch [e-poradnikach](#)). W czasie obecnych prac nad udostępnianiem narzędzia jak największej grupie uczniów dokonano rewizji tych scenariuszy, dopracowano ich metodykę tak, aby były w pełni dostosowane do potrzeb uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, np. uczniów z afazją, zespołem Aspergera, z dysfunkcją wzroku i słuchu. Dodano także kilka nowych scenariuszy.

Prezentowany czytelnikowi zestaw składa się obecnie z czterdziestu scenariuszy z kartami pracy i przeznaczony jest dla specjalistów pracujących z uczniami, szczególnie pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych lub szkolnych specjalistów (psychologów, pedagogów, pedagogów specjalnych itp.). Zajęcia mogą mieć charakter indywidualny lub grupowy.

Zestaw zawiera propozycje ćwiczeń kształtujących kompetencje społeczno-emocjonalne, szczególnie w zakresie:

- rozwijania umiejętności radzenia sobie z trudnościami, m.in. wynikającymi z doświadczania dodatkowych potrzeb edukacyjnych;
- budowania relacji społecznych z rówieśnikami i innymi osobami znaczącymi;
- rozwijanie samowiedzy i wzmacnianie samooceny;
- wzmacnianie poczucia sprawczości i umiejętności podejmowania dojrzałych decyzji.

Zastosowanie danego scenariusza zajęć powinno każdorazowo wynikać z dokładnego rozeznania sytuacji ucznia. Na potrzebę podjęcia danego tematu mogą wskazywać ogólne wyniki w skali TROS-KA 1 (np. niski wynik w skali T wskazuje, że uczeń potrzebuje wsparcia w zakresie radzenia sobie z trudnościami), ale także dane z obserwacji ucznia i dodatkowej rozmowy prowadzonej przy okazji wypełniania skal. Wielokrotnie w czasie badania skalami TROS-KA 1 zdarza się, że uczeń traktuje przedstawione winiety – historyjki społeczne – jako punkt wyjścia do dłuższej rozmowy (np. czytając winiętę: „Pojechałeś z rodzicami do kina...”,

uczeń komunikuje: „Ja nigdy nie byłem z rodzicami w kinie”, może to stanowić materiał do dalszej rozmowy o relacjach rodzinnych).

Każde zajęcia mają klasyczną strukturę – wprowadzenie do zajęć, część główną oraz zakończenie. Za szczególnie istotny element uznajemy wprowadzenie do zajęć, w czasie którego terapeuta dba o wzbudzenie motywacji do udziału w zajęciach oraz pracy nad określoną kompetencją. Na każdy etap zajęć zaplanowano następnie kilka ćwiczeń oraz co najmniej jedną kartę pracy. Opisom ćwiczeń towarzyszą wskazówki metodyczne ułatwiające przygotowanie zajęć w grupach zróżnicowanych, szczególnie wskazano na możliwości dostosowania zajęć do potrzeb uczniów z zaburzeniami widzenia oraz z zaburzeniami językowymi (niesłyszących, słabosłyszących, z zespołem Aspergera lub afazją). Proponowane ćwiczenia każdorazowo powinny być traktowane jako modelowe, ukazujące kierunek działań postdiagnostycznych, ale bez zobowiązania terapeuty do bezrefleksyjnego realizowania całego scenariusza. Zamieszczone w scenariuszach teksty czy odniesienia do materiałów internetowych można zastąpić innymi, które w bardziej adekwatny sposób mogą odpowiadać na potrzeby ucznia, np. zamiast analizować drogę do sukcesu jednego z przedstawionych w scenariuszu sportowców, terapeuta może przedstawić ścieżkę życiową lokalnego mistrza sportu lub krajowej czy międzynarodowej gwiazdy danego sezonu.

Niektóre z zadań wymagają zaangażowania ucznia w czasie pozalekcyjnym (np. tworzenie planu tygodnia, zapisywanie drobnych sukcesów odniesionych w danym czasie). W ten sposób jako autorzy chcemy podkreślić, że proces oceny funkcjonalnej powinien angażować nie tylko środowisko szkolne ucznia – ale także jego samego oraz jego rodziców w czasie pozalekcyjnym.

Cykl zajęć (np. 4–5 spotkań) warto zakończyć raportem, którego wyniki można umieścić w dokumentacji ucznia i w ten sposób poszerzyć źródła wiedzy w ocenie funkcjonalnej. Poniżej zamieszczono wykaz scenariuszy oraz wybrane przykłady.

## 6.1. Wykaz scenariuszy

Poniżej zamieszczono wykaz scenariuszy baterii TROS-KA 1, podając ich tytuły i cele.

1. *Kto planuje, ten nie panikuje.* Kształtowanie umiejętności planowania działań i opracowywania strategii ich realizacji.
2. *Od krytyki do sukcesu. Jak wykorzystywać informacje zwrotne?* Rozwijanie umiejętności wykorzystywania informacji zwrotnych jako wskazówek ukierunkowujących strategie rozwiązywania problemów.
3. *100 powodów do rozwoju...* Kształtowanie motywacji wewnętrznej uczniów.
4. *Co i od kogo zależy?* Kształtowanie motywacji wewnętrznej i poczucia kompetencji uczniów.

5. *Kto mi może pomóc? Telefon do przyjaciela.* Rozwijanie świadomości uczniów w zakresie możliwości uzyskiwania przez nich wsparcia od osób znaczących.
6. *Czy szkoła musi boleć? Kształtowanie pozytywnej postawy w stosunku do szkoły jako miejsca umożliwiającego uczniom bycie sprawczym.*
7. *W trosce o wspólny interes.* Kształtowanie orientacji prospołecznej uczniów oraz umiejętności współpracy w grupie.
8. *Mój idealny dzień w idealnej szkole.* Kształtowanie pozytywnej postawy w stosunku do szkoły jako miejsca umożliwiającego uczniom bycie sprawczym.
9. *Czy świat da się naprawić? Efekt motyla w pomaganiu.* Kształtowanie orientacji prospołecznej uczniów oraz umiejętności współpracy w grupie.
10. *Szef kuchni poleca.* Kształtowanie poczucia sprawczości uczniów w zakresie czynności domowych.
11. *Nowa akcja? Rewelacja!* Kształtowanie orientacji prospołecznej uczniów.
12. *Niech zrobią to inni! O jak odpowiedzialność.* Kształtowanie poczucia kompetencji i orientacji prospołecznej uczniów.
13. *Przyjaciele i uczciwość, czyli między uczciwością a solidarnością.* Kształtowanie poczucia autonomii uczniów w relacjach z rówieśnikami.
14. *Sztuka skutecznego odmawiania.* Kształtowanie wśród uczniów postawy asertywnej.
15. *Zazdroszczę, czy podziwiam?* Kształtowanie umiejętności rozumienia emocji własnych i innych oraz uświadomienie sobie roli emocji w procesie komunikacji z innymi.
16. *W pajęczej sieci. O wsparciu społecznym.* Rozwijanie świadomości uczniów w zakresie możliwości uzyskiwania przez nich wsparcia od osób znaczących.
17. *Jak walczyć z przemocą?* Nabycie przez uczniów wiedzy i umiejętności w zakresie skutecznego radzenia sobie z przemocą.
18. *Czy rodzice zawsze mają rację?* Kształtowanie poczucia autonomii uczniów w relacjach z rodzicami.
19. *Alfabet ludzkich emocji.* Poszerzenie wiedzy uczniów na temat uczuć i emocji oraz ich znaczenia w procesie komunikowania się z innymi.
20. *Fair play na internetowym boisku.* Kształtowanie kompetencji w zakresie rozwijania konstruktywnych relacji społecznych.
21. *Pasjonat to ja!* Nabycie, poszerzenie wiedzy uczniów na temat swoich zainteresowań i pasji.
22. *Mam talent!* Nabycie, poszerzenie wiedzy uczniów na temat posiadanych zdolności i talentów.
23. *Czego lubię się uczyć? Na tropach radości w nauce.* Nabycie, poszerzenie wiedzy uczniów na temat posiadanych zdolności i talentów.
24. *O ludziach, dla których czas nie płynie. Czwarty wymiar pasji.* Uświadomienie sobie przez uczniów korzyści płynących z posiadania i rozwijania zainteresowań i pasji.
25. *Pracowitość czy talent? Które koło w rowerze jest ważniejsze?* Kształtowanie wśród uczniów motywacji do samorozwoju.
26. *Jabłko czy gruszka? Sztuka wybierania.* Usprawnienie przez uczniów umiejętności podejmowania decyzji z uwzględnieniem elementów analizy decyzyjnej.

27. *Czy każdy zasługuje na podziw? Śledztwo w sprawie mocnych stron.* Poszerzanie wiedzy uczniów na temat zasobów, jakimi dysponuje człowiek i poznanie możliwości ich wykorzystania.
28. *Czas wolny od... nudy.* Nabycie, poszerzanie wiedzy uczniów w zakresie możliwości spędzania wolnego czasu.
29. *Katalog moich sukcesów.* Poszerzenie samowiedzy uczniów oraz wzrost motywacji do samorozwoju.
30. *Naprawdę jaki jestem, nie wie nikt...?* Poszerzenie samowiedzy uczniów.
31. *Poczucie przynależności, czyli o byciu „z” a nie „przeciwko”.* Kształtowanie postawy włączającej i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wykluczenia społecznego.
32. *Przejsć milę w czyichś butach, czyli jak uczyć się empatii.* Kształtowanie postawy pokonywania trudności oraz budowanie motywacji do wprowadzania zmian.
33. *Niemożliwe – możliwe, czyli jak zostać mówcą motywacyjnym.* Kształtowanie postawy pokonywania trudności oraz budowanie motywacji do wprowadzania zmian.
34. *Halo, halo to ja...* Nabycie, poszerzenie wiedzy uczniów na temat sposobów komunikowania się werbalnego i niewerbalnego.
35. *Gimnastyka ćwiczy ciało, aby lepiej mówić chciało.* Kształtowanie poczucia sprawczości w zakresie doskonalenia aktywności fizycznej i sprawności w mówieniu.
36. *Do tanga trzeba dwojga.* Nabycie, poszerzenie wiedzy na temat aktu mowy w schemacie: nadawca – odbiorca – komunikat.
37. *Panta rhei – wszystko płynie.* Kształtowanie poczucia zmian w postrzeganiu siebie w zależności od czasu i okoliczności. Kształtowanie orientacji prospołecznej uczniów.
38. *Ile kosztuje odrabianie lekcji?* Rozwijanie umiejętności rozumienia sytuacji osoby chorej lub niepełnosprawnej.
39. *Wyrazy emocjonalnie zaangażowane.* Kształtowanie umiejętności rozumienia emocji własnych i innych oraz uświadomienie sobie roli emocji w procesie komunikacji.
40. *Człowiek – to brzmi dumnie!* Poszerzenie wiedzy na temat zasobów, jakimi dysponuje człowiek i poznanie możliwości ich wykorzystania.

## 6.2. Przykładowe scenariusze

Poniżej prezentujemy trzy przykładowe scenariusze baterii TROS-KA 1. Wszystkie scenariusze dostępne są [online](#).

### Scenariusz 35

**Temat:** *Gimnastyka ćwiczy ciało, aby lepiej mówić chciało.*

**Cel ogólny:** Kształtowanie poczucia sprawczości w zakresie doskonalenia aktywności fizycznej i sprawności w mówieniu.

#### Cele szczegółowe:

Uczeń:

- poznaje różne rodzaje motoryki (dużej – całego ciała, małej – w obrębie rąk oraz artkulacyjnej – w obrębie narządów mowy);
- planuje działania i opracowuje strategię ich realizacji;
- podsumowuje dotychczasowe doświadczenia związane z aktywnością fizyczną;
- formułuje postanowienia dotyczące organizacji swojej pracy w przyszłości;
- rozpoznaje możliwe ograniczenia.

Powyższe cele szczegółowe są zgodne z podstawą programową, tj. uczeń:

- w ramach języka polskiego: uczestniczy w rozmowie, kształtuje umiejętność aktywnego słuchania, dostosowuje sposób wyrażania się do zamierzonego celu wypowiedzi, wyraża i uzasadnia swoje opinie, operuje słownictwem z określonych kręgów, przedstawia intencje, uczestniczy w rozmowie na zadany temat, tworzy spójne wypowiedzi, świadomie i z uwagą odbiera filmy, koncerty, spektakle, programy radiowe i telewizyjne, zwłaszcza adresowane do dzieci i młodzieży.
- w ramach wychowania fizycznego: zna ograniczenia w zakresie ruchu wynikające z możliwości ciała, rozpoznaje wybrane zdolności motoryczne człowieka, rozumie i opisuje ideę starożytnego i nowożytnego ruchu olimpijskiego.

**Metody pracy:** metody demonstracyjne, ćwiczenia ruchowe, rozmowa kierowana, pogadanka, burza mózgów.

#### Środki dydaktyczne:

- opcjonalnie kartki papieru i długopisy;
- opcjonalnie tablica interaktywna lub laptop i rzutnik.

## **Wprowadzenie do zajęć**

Uczniowie stoją w kręgu. Prowadzący zadaje pytania:

– Jakie ćwiczenia gimnastyczne wykonujecie w domu, a jakie na zajęciach wychowania fizycznego?

Uczniowie kolejno prezentują ćwiczenia, unikając powtórzeń, a cała grupa je powtarza. Po wykonaniu ćwiczeń uczniowie zastanawiają się nad pytaniem:

– Czy są ruchy, które sprawiają Wam trudność? Jeśli tak, to jakie? Czy można je wyćwiczyć?

Nauczyciel tak kieruje dyskusją, by pojawiła się sugestia, że ktoś, kto jest niepełnosprawny, może mieć np. ograniczenia ruchowe. Nauczyciel opowiada uczniom o ruchu sportowym olimpiad specjalnych.

 *Wskazówka metodyczna*

Zajęcia realizowane mogą być także w małych grupach (4–5 osobowych) oraz indywidualnie w ramach zajęć logopedycznych, w których uczestniczą uczniowie ze SPE.

Jeśli nauczyciel ma do dyspozycji tablicę interaktywną lub rzutnik i laptop, to może zająć z uczniami na stronę olimpiady specjalnej [Olimpiady Specjalne](#), np. [Światowe Zimowe Igrzyska Olimpiad Specjalnych, Kazań, Rosja 2023](#).

## **Zajęcia właściwe**

*Rozruszaj mózg!*

Nauczyciel demonstruje trzy grupy ćwiczeń aktywizujących: motorykę dużą (np. pajacyki), małą (np. ruch rąk) i artykulacyjną (np. oblizywanie warg lub nadymanie policzków). Następnie uczniowie pracują w czteroosobowych grupach. Ich zadaniem jest wymyślenie dwunastu ćwiczeń (po cztery każdego rodzaju). Ćwiczenia te uczniowie mogą zapisać.

Każda z grup demonstruje swoje pomysły. Z każdej grupy wybierane są trzy najlepsze ćwiczenia (po jednym z każdej grupy). Zapisywane są na tablicy.

Po zakończeniu prezentacji grup wszyscy stają w kole i wykonują jeszcze raz najlepsze ćwiczenia.

 *Wskazówka metodyczna*

Nauczyciel może wspomnieć uczniom, że aktywizacja mięśni całego ciała pobudza płaty kory mózgowej i sprzyja uczeniu się. Dla dzieci ze SPE ćwiczenia takie sprzyjają komunikowaniu się z rówieśnikami, pobudzają motorykę i rozwijają mowę.



### **Trzy grupy ćwiczeń:**

- Ćwiczenia motoryki dużej – takie, które poruszają całe ciało (w tym co najmniej jedno z przejściem linii środkowej ciała);
- Ćwiczenia motoryki małej – np. aktywizujące dłonie, palce (ćwiczenia ręki) oraz nogi, stopy;
- Ćwiczenia motoryki artykulacyjnej – np. ruchy języka w górę i w dół, dzióbek, gwizdanie, dmuchanie na dłoń, kłaskanie językiem.

### **Zakończenie**

Nauczyciel wyświetla wiersz Małgorzaty Strzałkowskiej „Muszka” (karta pracy nr 1). Nauczyciel lub wszyscy wspólnie odczytują wiersz na głos i próbują przedstawić jego treść przy użyciu ruchów (pantomimy, wystukiwania rytmu itp.).

Następnie uczniowie dzielą się swoimi przemyśleniami na forum klasy na koniec zajęć.

– Co dał mi ruch? Jak się czuję?

Wspólnie wybierają najbardziej oryginalne myśli.

Nauczyciel podsumowuje lekcję, wskazując, że każdy ruch sprzyja rozwojowi – także mowy.

## Karta pracy nr 1

### „Muszka”

Małgorzata Strzałkowska

Źródło: Strzałkowska M. – *Siedem łamańców językowych na bardzo dobrą dykcję.*

Mała muszka spod Łopuszki  
chciała mieć różowe nóżki –  
róźdzką nóżki czarowała,  
lecz wciąż czarne nóżki miała.  
– po cóż czary, moja muszko?  
Rusze mózdzkiem, a nie róźdzką!  
Wyrzuć wreszcie róźdzkę wróżki  
i unurzaj w rózu nóżki!

Narysuj w każdym wersie tyle gwiazdek, ile jest sylab. Następnie wyklaskaj je lub przedstaw przy pomocy ruchu.

Wers 1 i 2

\*\* \* \* \* \*\*

\*\* \* \* \* \*\*

Kontynuuj ćwiczenie.

## Scenariusz 37

**Temat:** *Panta rhei – wszystko płynie.*

**Cel ogólny:** Kształtowanie poczucia zmian w postrzeganiu siebie w zależności od czasu i okoliczności. Kształtowanie orientacji prospołecznej uczniów.

### Cele szczegółowe:

Uczeń:

- poszerza wiedzę na temat zasobów, jakimi dysponuje;
- analizuje zmiany, jakie zachodzą w jego życiu na przestrzeni czasu;
- uczy się zasad skutecznej autoprezentacji;
- dostrzega i rozumie zmieniające się emocje własne i innych;
- przeprowadza wywiad.

Powyższe cele szczegółowe są zgodne z podstawą programową, tj. uczeń:

- w ramach języka polskiego: uczestniczy w rozmowie, doskonali pisanie i konstruowanie wypowiedzi pisemnych, uczestniczy w rozmowie na zadany temat, wydziela jej części, sygnały konstrukcyjne wzmacniające więź między uczestnikami dialogu, tłumaczące sens, selekcjonuje informacje, określa doświadczenia innych i porównuje je z własnymi, rozwija umiejętność krytycznej oceny pozyskanych informacji;
- w ramach etyki: objaśnia, czym jest sens życia, analizuje własne doświadczenia, w tym doświadczenia moralne;
- w ramach plastyki: w zadaniach plastycznych interpretuje obserwowane przedmioty, motywy i zjawiska, stosując środki wyrazu zgodnie z własnym odczuciem;

### Metody pracy:

- rozmowa kierowana,
- wywiad pisemny,
- pogadanka,
- autoprezentacja,
- rysunek.

### Środki dydaktyczne:

- kartki papieru, długopisy, ołówki;
- karta pracy nr 1.

## Proponowany przebieg zajęć

### Wprowadzenie do zajęć

Nauczyciel opowiada krótko o sobie, a następnie prosi uczniów:

– Przypomnijcie sobie siebie, gdy mieliście 6–7 lat i narysujcie swój autoportret.

Przypomnijcie sobie przy okazji:

- Jakie mieliście wówczas marzenia?
- Kim chcieliście zostać w przyszłości?
- Jakie cechy pozwalały Wam wierzyć, że te marzenia się spełnią?

#### Wskazówka metodyczna

Nauczyciel wybiera to, co chce opowiedzieć. Ważne, by ta historia zawierała odniesienia do szczegółów, np.: Kiedy miałem 7 lat mieszkałem w małym mieszkaniu w bloku z rodzicami, rodzeństwem i psem. Codziennie wychodziliśmy na podwórko przed blokiem i bawiliśmy się w... Bardzo chciałem zostać... Dzisiaj jestem już dorosły i zostałem nauczycielem... (tu może opowiedzieć o sobie, o swoich marzeniach i obecnym życiu, i o tym, co lubi robić w szkole i w wolnym czasie).

### Zajęcia właściwe

*Obraz kolegi, koleżanki*

Uczniowie kładą na stole swoje kartki z autoportretem odwróconym do blatu. Nauczyciel dodatkowo miesza kartki. Uczniowie losują autoportrety ze stołu i próbują odnaleźć osobę, która jest na rysunku. Następnie rysują na drugiej stronie kartki jej portret – tak, jak ją widzą obecnie.

Nauczyciel prosi o przeprowadzenie wywiadu z wylosowaną osobą:

- Jakie masz marzenia?
- Kim chcesz zostać?
- Co lubisz robić w wolnym czasie?
- Jakie cechy pozwalają Ci wierzyć, że te marzenia się spełnią?

Uczeń przeprowadzający wywiad zapisuje odpowiedzi na kartce obok portretu. Uczniowie proponują również swoje pytania.

#### Wskazówka metodyczna do pracy z uczniami z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi

Jeśli w grupie znajduje się uczeń niewidzący, to losowanie można pominąć i zastąpić zamianną autoportretów z kolegą, koleżanką z ławki. Autoportrety można wtedy wykonać w formie rysunku wypukłego.

 *Wskazówka metodyczna*

Jeśli uczeń wylosuje siebie, to zamienia się z kolegą.

Nauczyciel wyjaśnia, czym jest karykatura i radzi jej unikać.

Karykatura: „obraz lub opis uwydatniający i wyolbrzymiający charakterystyczne cechy postaci, przedmiotów, zjawisk itp. aż do śmieszności” lub „zdeformowana postać czegoś”.

Źródło: [Słownik języka polskiego PWN – karykatura](#).

### **Prezentacja**

Chętni uczniowie prezentują w parach rysunki. Pierwszy uczeń omawia autoportret, rozpoczynając zdanie: Gdy miałem 6–7 lat...

Odpowiada m.in. na pytania:

- Jakie miałeś marzenia?
- Kim chciałeś zostać w dzieciństwie?
- Jakie cechy pozwalały Ci wierzyć, że te marzenia się spełnią?

Następnie autor portretu omawia to, czego dowiedział się z wywiadu.

Rozpoczyna od zdania:

To jest...(Ania), lat..., która się zmieniała. Dzisiaj jest...


### **Zakończenie**

Nauczyciel przytacza aforyzm Heraklita z Efezu – wszystko płynie i nic nie pozostaje takie samo (gr. *panta rhei kai ouden menei*) oraz wyjaśnia jego znaczenie: wszystko na świecie jest zmienne i nietrwałe.

Źródło: Gaarder J., (1995), *Świat Zofii. Cudowna podróż w głąb historii filozofii*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO., s. 48.

Nauczyciel pyta uczniów, jak wyobrażają sobie siebie za 10 lat i co muszą zrobić, aby ten stan osiągnąć (do wykorzystania karta pracy nr 1).

Wspólnie podsumowują zajęcia.

 *Wskazówka metodyczna do pracy z uczniami z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi*

Nauczyciel zapisuje lub wyświetla na tablicy definicje i ilustracje karykatury oraz aforyzmu – wszystko płynie.

## Karta pracy nr 1

Narysuj siebie, jaki będziesz za 10 lat.

### Ja za 10 lat – autoportret z przyszłości

Uzupełnij tabelę.

<b>Ja za 10 lat: moje cechy, wykonywane aktywności</b>	<b>Co muszę zrobić, aby tak się stało (by to było możliwe)?</b>

## Scenariusz 39

**Temat:** *Wyrazy emocjonalnie zaangażowane.*

**Cel ogólny:** Kształtowanie umiejętności rozumienia emocji własnych i innych oraz uświadomienie sobie roli emocji w procesie komunikacji.

### **Cele szczegółowe:**

Uczeń:

- czyta tekst ze zrozumieniem;
- wymyśla pytania do tekstu i odpowiada na nie;
- wyraża i ocenia swoje skojarzenia za pomocą skali punktowej;
- dokonuje wyliczeń średniej arytmetycznej i właściwie interpretuje wyniki prowadzonej analizy statystycznej (w wybranym, wąskim aspekcie);
- poszerza wiedzę na temat emocji podstawowych.

Powyższe cele szczegółowe są zgodne z podstawą programową, tj. uczeń:

- w ramach języka polskiego: identyfikuje wypowiedź jako tekst informacyjny, publicystyczny lub reklamowy; wyszukuje w tekście informacje wyrażone wprost i pośrednio; dokonuje selekcji informacji;
- w ramach matematyki: oblicza średnią arytmetyczną kilku liczb; tworzy diagramy słupkowe i kołowe oraz wykresy liniowe na podstawie zebranych przez siebie danych lub danych pochodzących z różnych źródeł.

### **Metody pracy:**

- analiza tekstu,
- praca pisemna,
- rozmowa kierowana,
- dyskusja,
- ankieta.

### **Środki dydaktyczne:**

- karta pracy nr 1.

### **Proponowany przebieg zajęć**

#### **Wprowadzenie do zajęć**

Nauczyciel czyta dwa dialogi. Zadaje uczniom pytanie, jakie emocje wywołują w nich te dialogi. Uczniowie próbują wyjaśnić źródło swoich wrażeń (proponowane pytanie: Dlaczego właśnie takie emocje wzbudziły w Was te dialogi?).

## **Dialog 1**

- Gdzie jedziecie na wakacje?
- Nad morze, a potem półkolonie sportowe w mieście.
- A ja w góry, będziemy z rodzicami zdobywać Koronę Gór Polski.
- Wakacje już za cztery tygodnie! Czujecie to?

## **Dialog 2**

- Czy przeczytałeś już lekturę?
- Jeszcze nie, a kiedy zaczynamy ją omawiać?
- Nie wiem dokładnie, ale chyba jest jeszcze kilka dni.
- Nic mi się nie chce. Próbuję coś robić, ale nic mi nie wychodzi. Teraz to nawet nie mam siły, aby czytać.
- Co się z tobą dzieje?
- Po prostu zaliczam porażkę za porażką, ile można?!

## **Zajęcia właściwe**

### **1. Polskie badania nad emocjami – praca z tekstem**

Uczniowie zapoznają się z poniższym tekstem (można go wyświetlić na tablicy interaktywnej tak, aby mieć do niego stały dostęp). Nauczyciel zachęca uczniów do co najmniej dwukrotnej jego lektury.



*Wskazówka metodyczna do pracy z uczniami z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi*

Tekst można również wydrukować w powiększeniu na oddzielnych arkuszach tak, by uczniowie z trudnościami w zakresie percepcji wzrokowej (lub koncentracji uwagi) mieli do niego swobodny dostęp.

### **Tekst:**

Zespół polskich psychologów przygotował bazę prawie 3 tys. popularnych polskich słów (rzeczowników, czasowników i przymiotników) wraz z informacjami o tym, jakiego rodzaju emocje (szczęście, złość, smutek, strach, wstręt) kojarzyły się Polakom z tymi słowami. Badania te wskazują, że najpopularniejszą emocją kryjącą się w polskich słowach jest szczęście, a najrzadszą – wstręt. Wyrazy „awaria” i „komar” są wśród rzeczowników, które kojarzą się nam ze złością, „lawina” i „skalpel” – ze strachem, „ścieki” i „padlinę” powiążemy ze wstrętem, „żałobę” i „kondolencje” – określimy najczęściej jako słowa smutne, a „weekend” i „zwycięstwo” – jako wywołujące szczęście.

Z bazy słów wynika, że w polskim języku jest sporo słów, które nie wzbudzają tylko jednej emocji (np. „praca” kojarzy się najbardziej ze szczęściem, ale również ze strachem, złością i smutkiem) albo takich, które są neutralne („strona”, „miesiąc”, „ręka”), a więc zwykle nie



wywołują większych emocji. Baza polskich słów jest oceniana – nie ma w niej wyrazów tabu, a więc przekleństw lub słów obraźliwych.

Jeden z badaczy tak komentuje wyniki: „Jestem zafascynowany emocją wstrętu! Jest o wiele bardziej skomplikowana niż inne emocje podstawowe, ponieważ jest multimodalna, tj. dotyczy wielu zmysłów” ([Emocjonujące! Powstała lista polskich słów emocjonalnych](#)). Naukowiec zwraca uwagę, że obrzydliwy może być np. smak spleśniałych truskawek, widok martwego gołębia czy smród ścieków. Badacz dodaje, że „dzięki tej emocji nie jemy starych truskawek, omijamy padlinę i nie kąpiemy się w brudnym morzu. Ta emocja ratuje nam życie” ([Emocjonujące! Powstała lista polskich słów emocjonalnych](#)).

Źródło: opracowano na podstawie [naukawpolsce.pap.pl](http://naukawpolsce.pap.pl).


## 2. Pytania do tekstu

Nauczyciel zadaje uczniom pytania sprawdzające stopień zrozumienia przeczytanego tekstu. Przykładowo:

- Jakie części mowy znalazły się w zbiorze słów opracowanym przez badaczy?
- Czego dowiedzieliście się na temat wstrętu z przeczytanego tekstu?
- Co to znaczy, że „ręka” jest słowem neutralnym?
- Jakie słowa tabu można znaleźć w opracowanym zbiorze wyrazów?
- Ile słów umieszczono w bazie?

 *Wskazówka metodyczna*

Ćwiczenie może być realizowane w dwóch etapach. W pierwszym etapie uczniowie wymyślają swoje pytania do tekstu, a w drugim je zadają i odpowiadają na nie kolejno (uczeń odpowiada na pytanie poprzednika i zadaje swoje pytanie następnej osobie, która odpowiada na nie itd.).

 *Wskazówka metodyczna do pracy z uczniami z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi*

W przypadku trudności w rozumieniu tekstu można uprościć go do następującej postaci: Polscy psychologowie przygotowali bazę prawie 3 tys. słów (rzeczowników, czasowników i przymiotników) wraz z informacjami o tym, jakie emocje (szczęście, złość, smutek, strach, wstręt) kojarzyły się Polakom z tymi słowami. Najczęściej z polskimi słowami kojarzy się szczęście, a najrzadziej – wstręt. Wyrazy „awaria” i „komar” to rzeczowniki, które kojarzą się ze złością, „lawina” i „skalpel” – ze strachem, „ścieki” i „padlina” – ze wstrętem, „żałoba” i „kon dolencje” – ze smutkiem, a „weekend” i „zwycięstwo” – ze szczęściem. Niektóre słowa nie wzbudzają tylko jednej emocji (np. „praca” kojarzy się najbardziej ze szczęściem, ale również ze strachem, złością i smutkiem). Są również wyrazy neutralne („strona”, „miesiąc”, „ręka”), które nie wywołują większych emocji. Baza polskich słów nie zawiera przekleństw lub słów obraźliwych.

Badacz pisze: „Jestem zafascynowany emocją wstrętu! Jest (...) bardziej skomplikowana niż inne emocje, ponieważ dotyczy (...) wielu zmysłów” ([Emocjonujące! Powstała lista polskich słów emocjonalnych](#)). Naukowiec zwraca uwagę, że obrzydliwy może być np. smak spleśniałych truskawek, widok martwego gołębia lub smród ścieków. Badacz mówi, że „dzięki wstrętowi nie jemy starych truskawek, omijamy padlinę i nie kąpiemy się w brudnym morzu. Ta emocja ratuje nam życie!” ([Emocjonujące! Powstała lista polskich słów emocjonalnych](#)).

Źródło: opracowano na podstawie [naukawpolsce.pap.pl](http://naukawpolsce.pap.pl).

### **3. Sondaż klasowy**

Uczniowie dokonują „emocjonalnej” oceny trzech słów: pies, sprawdzian, pizza (ćwiczenie 1, karta pracy 1). Następnie zbierają opinie od wszystkich (np. na tablicy) i wyliczają średnią. Przy okazji nauczyciel wyjaśnia rolę takich obliczeń w przekazywaniu informacji nt. opinii jakiejś grupy (np. sondaże). Można również przygotować zestawienie uzyskanych średnich w postaci dowolnego diagramu (można go zaprojektować w programie komputerowym).

Po wykonaniu obliczeń uczniowie uzupełniają nazwy emocji – ćwiczenie 2 w karcie pracy.

## Karta pracy 1

**Ćwiczenie 1.** Oceń, w jakim stopniu słowa kojarzą Ci się z podanymi emocjami. Podkreśl odpowiednią cyfrę według skali liczbowej:

- 1 – To słowo nie kojarzy mi się w ogóle z tą emocją;
- 2 – To słowo tylko trochę kojarzy mi się z tą emocją;
- 3 – To słowo raczej kojarzy mi się z tą emocją;
- 4 – To słowo całkowicie kojarzy mi się z tą emocją.

Słowo: pies

Emocja	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa
Szczęście	1	2	3	4
Strach	1	2	3	4
Złość	1	2	3	4
Wstręt	1	2	3	4
Smutek	1	2	3	4

Słowo: sprawdzian

Emocja	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa
Szczęście	1	2	3	4
Strach	1	2	3	4
Złość	1	2	3	4
Wstręt	1	2	3	4
Smutek	1	2	3	4

Słowo: pizza

Emocja	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa	Skala liczbowa
Szczęście	1	2	3	4
Strach	1	2	3	4
Złość	1	2	3	4
Wstręt	1	2	3	4
Smutek	1	2	3	4

**Ćwiczenie 2.** Po zebraniu danych od wszystkich uczniów w klasie i od nauczyciela uzupełnijcie poniższe zdania:

- Słowo, które najbardziej kojarzy się ze szczęściem:
- Słowo, które najmniej kojarzy się ze strachem:
- Słowo, które najbardziej kojarzy się ze złością:
- Słowo, które najmniej kojarzy się ze wstrętem:
- Słowo, które najbardziej kojarzy się ze smutkiem:

Które ze słów jest według Ciebie najbardziej neutralne? Dlaczego tak myślisz?

### **Zakończenie**

Co zrobić z tą wiedzą?

Na zakończenie zajęć uczniowie zastanawiają się nad praktycznymi możliwościami wykorzystania wiedzy na temat emocji wzbudzanych przez 3 tys. słów zgromadzonych w bazie przez polskich badaczy.

Do czego taka baza słów może się przydać?

## Bibliografia

Adenzato M., Ardito R.B., Izard E., (2006), *Impact of maternal directiveness and overprotectiveness on the personality development of a sample of individuals with acquired blindness*, „Social Behavior and Personality: an international journal”, nr 34, s. 17–26.

Ahmed F., Miller S., (2011), *Executive functions mechanisms of theory of mind*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 41, s. 667–678.

Alford V.M., Ewen S., Webb G.R., McGinley J., Brookes A., Remedios L.J., (2015), *The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review*, „Disability and Rehabilitation”, nr 37(8), s. 655–666, DOI: [10.3109/09638288.2014.935875](https://doi.org/10.3109/09638288.2014.935875).

Algraigray H., Boyle C., (2017), *The SEN label and its effect on special Education*, „Educational and Child Psychology”, nr 34(4), s. 70–79.

American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, Washington.

Antia S., (1985), *Social integration of hearing-impaired children: fact or fiction?*, „Volta Review”, nr 87, s. 279–289.

Antia S.D., Dittillo D.A., (1998), *A comparison of the peer social behavior of children who are deaf/hard of hearing*, „Journal of Children’s Communication Development”, nr 19, s. 1–10.

Archie W.N., Gilbert R., MacKay F., (2002), *Self-perception and locus of control in visually impaired college students with different types of vision loss*, „Journal of visual impairment & blindness”, nr 96(4), s. 254.

Argyropoulos V., Masoura E., Tsiakali T.K., Nikolarazi M., Lappa C., (2017), *Verbal working memory and reading abilities among students with visual impairment*, „Research in Developmental Disabilities”, nr 64, s. 87–95.

Augestad L.B., (2017), *Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review*, „Cogent Psychology”, nr 4, s. 1–12.

Awad H., Alghadir A., (2013), *Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for diabetes mellitus: physical therapists’ perspectives*, „American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation”, nr 92, s. 968–979, DOI: [10.1097/PHM.0b013e31829b4a6d](https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4a6d).

Baker C.E., (2018), *When daddy comes to school: father-school involvement and children's academic and social-emotional skills*, „Early Childhood Development and Care”, vol. 188, nr 2, s. 208–219.

Barblett L., Maloney C., (2010), *Complexities of assessing school and emotional competence and wellbeing in young children*, „Australian Journal of Early Childhood”, vol. 35, nr 2, s. 13–18.

Barrasso-Catanzaro Ch., Eslinger P.J., (2016), *Neurobiological Bases of Executive Function and Social-Emotional Development: Typical and Atypical Brain Changes*, „Family Relations 65”, s. 108–119.

Bat-Chava Y., (2000), *American Annals of the Deaf*, „Diversity of deaf identities”, vol. 145, nr 5, s. 420–428, <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0176>.

Bauman T., Pilch T., (2001), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.

Bauminger N., (2002), *The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol. 32, nr 4, s. 283–298.

Bayly J.L., Lloyd-Williams M., (2016), *Identifying functional impairment and rehabilitation needs in patients newly diagnosed with inoperable lung cancer: a structured literature review*, „Support Care Cancer”, nr 24, s. 2359–2379, DOI: [10.1007/s00520-015-3066-1](https://doi.org/10.1007/s00520-015-3066-1).

Bednarova L., (2018), *The significance of stress in parents of a child with Autism Spectrum Disorder*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 22, s. 121–132.

Berard N., Loutzenhiser L., Sevigny P.R., Alfano D.P., (2017), *Executive function, social emotional learning and social competence in school-aged boys with autism spectrum disorder*, „Canadian Journal of School Psychology”, nr 32, s. 3–4, 265–281.

Bhat A.N., Landa R.J., Galloway J.C., (2011), *Current perspectives on motor functioning in infants, children and adults with autism spectrum disorders*, „Physical Therapy”, vol. 91, nr 7, s. 1116–1129.

Bhati S.H., Parveen A., Paju J.A., (2012), *Mental health and academic achievement of visually impaired and crippled students*, „Basic Research Journals of Education Research Review”, vol. 1(1), s. 1–3.

Bieńkowska K.I., Woźniak A.A., (2016), *Language behaviours in children with hearing impairment vs. the social functioning of their mother – comparative surveys*, „New Educational Review”, nr 46(4), s. 189–99.

Bieńkowska K.I., Zaborniak-Sobczak M., (2014), *Wsparcie społeczne i jego związek z kształtowaniem się postaw rodzicielskich wobec dzieci z wadą słuchu*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 13, s. 139–52.

Bieńkowska K.I., Zaborniak-Sobczak M., (2015), *Significance of rehabilitation camps in audition and speech therapy of children with hearing impairment*, „The New Educational Review”, nr 1, s. 179–189.

Bogart K.R., Lund E.M., Rottenstein A., (2018), *Disability pride protects self-esteem through the rejection-identification model*, „Rehabilitation Psychology”, nr 63, s. 155–159, DOI: [10.1037/rep0000166](https://doi.org/10.1037/rep0000166).

Boyle C., (2014), *Labelling in special education: where do the benefits lie?*, [w:] Holliman A.J. (red.), *The Routledge International Companion to Educational Psychology*, wyd. I, s. 213–221, Wydawnictwo Routledge.

Breurkens C.W., (2006), *Partially sighted students in regular school and their sociometric status in relation to the acceptance of their visual impairment. Lecture ICEVI – conference in Kuala Lumpur*, 14–20 July.

Brodacka M., (2018), *Inteligencja emocjonalna niewidomych gimnazjalistów* *Inteligencja emocjonalna niewidomych gimnazjalistów*, [w:] Pytka A., Maciąg M. (red.), *Wiedza i edukacja – od teorii do praktyki*, Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.

Broekhof E., Kouwenberg M., Oosterveld P., Frijns J.H.M., Rieffe C., (2017), *Use of the Brief Shame and Guilt Questionnaire in Deaf and Hard of Hearing Children and Adolescents*, „Assessment”, s. 1–12.

Bronfenbrenner U., (1999), *Environments in development al perspective: theoretical and operational models*, [w:] Friedman L., Wasch T.D. (red.), *Measuring environment across the life: emerging methods and concepts*, s. 3–28, Washington, DC: American Psychological Association Press.

Brown W.H., Conroy M.A., (2012), *Social-Emotional competence in young children with developmental delays: our reflections and visions for the future*, „Journal of Early Intervention”, s. 310–320.

Caballo C., Verdugo M.A., (2007), *Social skills assessment of children and adolescents with visual impairment: Identifying relevant skills to improve quality of social relationships*, „Psychological Reports”, nr 100(3 Pt 2), s. 1101–1106.

Cantwell D.P., Baker L., (1991), *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Celeste M., (2006), *Play Behaviors and Social Interactions of a Child who is Blind: In Theory and Practice*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 100(2), 75–90.

Celeste M., Grum D.K., (2010), *Social integration of children with visual impairment: A developmental model*, „Elementary Education Online”, nr 9(1).

Červinková H., (2012), *Nauczanie do zmiany społecznej. Uczestniczące badania w działaniu badania w działaniu ludzi młodych i zaangażowane badania etnograficzne: studium przypadku*, „Forum Oświatowe”, nr 1(46).

Channon S., Fitzpatrick S., Drury H., Taylor I., Lagando D., (2010), *Punishment and sympathy judgement: Is the quality of mercy strained in Asperger's syndrome?*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 40, s. 1219–1226.

Channon S., Lagnado D., Fitzpatrick S., Drury H., Taylor I., (2011), *Judgments of cause and blame: sensitivity to intentionality in Asperger's Syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 41, s. 1534–1542.

Charbicka M., (2018), *Play in autistic children in therapeutic wards – instrumental or autitelic?*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 22, s. 101–120.

Charman T., Ricketts J., Dockrell J., Lindsay G., Palikara O., (2015), *Emotional and behavioural problems in children with language impairments and children with autism spectrum disorders*, „International Journal of Language and Communication Disorders”, nr 50(1), s. 84–93, DOI: [10.1111/1460-6984.12116](https://doi.org/10.1111/1460-6984.12116).

Christisen J., (2010), *Proposed Enhancement of Bronfenbrenner's Development Ecology Model*, „Education Inquiry”, nr 1(2), s. 101–110.

Cierpiątkowska L., Ziarko M., (2009), *Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży*, „Czasopismo Psychologiczne”, nr 15(1), 71–85.

Cieza A., Brockow T., Ewert T., Amman E., Kollerits B., Chatterji S., Ustün T.B., Stucki G., (2002), *Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, nr 34(5), 205–210, DOI: [10.1080/165019702760279189](https://doi.org/10.1080/165019702760279189).

Cieza A., Fayed N., Bickenbach J., Prodinger B., (2019), *Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information*, „Disability and Rehabilitation”, nr 41(5), s. 574–583, DOI: [10.3109/09638288.2016.1145258](https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258).



Cieza A., Geyh S., Chatterji S., Kostanjsek N., Ustün B., Stucki G., (2005), *ICF linking rules: an update based on lessons learned*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, nr 37(4), s. 212–218, DOI:10.1080/16501970510040263.

Constantinescu-Sharpe G., Phillips R.L., Davis A., Dornan D., Hogan A., (2017), *Social inclusion for children with hearing loss in listening and spoken Language early intervention: an exploratory study*, „BMC Pediatrics”, vol. 17, nr 74, s. 17, DOI: 10.1186/s12887-017-0823-y.

Czaplewska E., (2012), *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym (SLI)*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

Czaplewska E., (2013), *SLI czy dziecko później mówiące? Różne formy strategii terapeutycznych*, [w:] Woźniak T., Panasiuk J. (red.), *Język – człowiek – społeczeństwo*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Czerepaniak-Walczak M., (2010), *Badania w działaniu* [w:] Palka S. (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Czerwińska K., Kucharczyk I., (2019), *Tyflopsychologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czerwińska K., (2011), *Osoby niewidome według dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1.

Czerwińska K., (2017), *Wiedza licealistów o funkcjonowaniu psychospołecznym osób niewidomych – komunikat z badań*, [w:] Parys K., Pasteczka M., Sikorski J. (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością. Konteksty indywidualne i środowiskowe*, t. 4.2., s. 122–135, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Czerwińska K., Piskorska A., (2018), *Blindness and pragmatic competence in communication*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 21, s. 179–198.

Czub M., Matejczuk J., (2015), *Rozwój społeczno-emocjonalny w pierwszych sześciu latach życia. Perspektywa jednostki, rodziny i społeczeństwa*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

D’Allura T., (2002), *Enhancing the social interaction skills of preschoolers with visual impairments*, „Journal of Visual Impairment and Blindness”, vol. 96, s. 576–584.

de Giambattista C., Ventrone P., Trerotoli P., Margari M., Palumbi P., (2019), *Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 49, s. 138–150.

Dempsey E., Moore C., Johnson S., Stewart S., Smith I., (2019), *Morality in autism spectrum disorder: A systematic review*, „Development and Psychopathology”, s. 1–17, [DOI:10.1017/S0954579419001160](https://doi.org/10.1017/S0954579419001160).

Doi H., Fujisawa T.X., Kanai Ch., Ohta H., Yokoi H., Iwanami A., Kato N., Shinohara K., (2013), *Recognition of facial expressions and prosodic cues with graded emotional intensities in adults with Asperger Syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 43, s. 2099–2113.

Domagała-Zyśk E., (2013), *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się i nauczania języków obcych*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 420.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017), *TROS-KA, Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, s. 198.

Domagała-Zyśk E., Amilkiewicz-Marek A., (2019), *Kompetencje społeczno-emocjonalne uczniów z niepowodzeniami szkolnymi – badania pilotażowe z zastosowaniem modelu TROS-KA*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 33, s. 157–169.

Domagała-Zyśk E., (2019), *Rodzina w procesie wspierania rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci z chorobami przewlekłymi*, [w:] Szluz B., *Doświadczenie choroby w rodzinie*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 55–67.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., (2019), *Emotional and social competences in students with mild intellectual disability – research using TROS-KA battery*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 28, s. 5–21, DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2019.001>.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2018), *Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, „Roczniki Pedagogiczne”, vol. 10(46), nr 3, s. 75–88.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., (2020), *Functional diagnosis as a strategy for implementing inclusive education in Poland*, „Revista Brasileira de Educação Especial”, nr 26(2), s. 203–330.

Domagała-Zyśk E., Mariańczyk K., Chrzanowska I., Czarnocka M., Jachimczak B., Olempska-Wysocka M., Otrębski W., Papuda-Dolińska B., Pawlak K., Podgórska-Jachnik D., (2022), *Szkolna Ocena Funkcjonalna: Przebieg procesu w aspekcie oceny aktywności i uczestnictwa*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s.124.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I. (2023), *Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA 1*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I., (2023), *BATERIA TROS-KA 1 – skale do badania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów w środkowym wieku szkolnym*, [w:] Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I., (2023), *Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów z dodatkowymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA 1*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Domitrovich C.E., Durlak J., Staley K.C., Weissberg R.P., (2017), *Social emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children*, „Child Development”, nr 88, 2, s. 408–416.

Dorstyn D., Black R., Mpofo E., Kneebone I., (2017), *Utilizing the ICF to understand depressive symptomology in multiple sclerosis: An exploratory systematic review*, „Rehabilitation Psychology”, nr 62, s. 143–164, DOI: [10.1037/rep0000125](https://doi.org/10.1037/rep0000125).

Downs A., Smith T., (2004), *Emotional understanding, cooperation and social behaviour in high functioning children with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 34, 6, s. 625–635.

Duong J., Bradshaw C.P., (2017), *Links between contexts and middle to late childhood social-emotional development*, „American Journal of Community Psychology”, nr 60, s. 538–554.

Durkin K., Conti-Ramsden G., (2010), *Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence*, „Child Language Teaching and Therapy”, vol. 26, nr 2, s. 105–121.

Earde P.T., Praipruk A., Rodpradit P., Seanjumla P., (2018), *Facilitators and Barriers to Performing Activities and Participation in Children With Cerebral Palsy: Caregivers' Perspective*, „Pediatric Physical Therapy”, nr 30, s. 27–32, DOI: [10.1097/PEP.0000000000000459](https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000459).

Emiluta-Rozya D., (2012), *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Emiluta-Rozya D., (2008), *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya*, [w:] Porajski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

Emiluta-Rozya D., (2007), *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy”, nr 8, s. 54–65.

Erikson E., (1997), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Erikson E., (2004), *Tożsamość a cykl życia*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.

Esere M.O., Okonwo O.C., Omtosho J.A., Olawuyi E.O., Ojiah P.O., (2016), *Challenges of, and Coping Strategies Employed by Students with Visual Impairments in South Eastern States of Nigeria*, „African Journal of Special and Inclusive Education”, nr 1(1), s. 42–52.

Esmail A., Poncet F., Auger C., Rochette A., Dahan-Oliel N., Labbé D., (2020), *The role of clothing on participation of persons with a physical disability: A scoping review*, „Applied Ergonomics”, vol. 85, DOI: [10.1016/j.apergo.2020.103058](https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103058).

Farmer M., (2000), *Language and Social Cognition in Children with Specific Language Impairment*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, nr 41, s. 627–636.

Fey M. Leonard L., Wilcox K., (1981), *Speech style modifications of language-impaired children*, „The Journal of speech and hearing disorders”, nr 46, s. 91–97.

Filipiak E., (2012), *Rozwijanie zdolności uczenia się. Z Wygotskim i Brunerem w tle*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Foster R.D., Armstrong S.A., (2017), *On the intersection of spiritual and social-emotional development in children and adolescents*, „Journal of Child and Adolescent Counseling”, vol. 3, nr 3, s. 132–145.

Fountain C., Winter A., Bearman P., (2012), *Six developmental trajectories characterize children with autism*, „Pediatrics”, nr 129, s. 1112–1120.

Fujiki M., Brinton B., McCleave C.P., Anderson V.W., Chamberlain J.P., (2013), *A Social Communication Intervention to Increase Validating Comments by Children With Language Impairment*. „Language Speech and Hearing Services in Schools”, nr 44, s. 3–19.

Fujiki M., Brinton B., Clarke D., (2002), *Emotion Regulation in Children With Specific Language Impairment*, „Language Speech and Hearing Services in Schools”, vol. 33, nr 2, s. 102, DOI: [10.1044/0161-1461\(2002/008\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2002/008)).

Garwood J.G., van Loan Ch.L., Werts M.G., (2018), *Mindset of paraprofessionals serving students with emotional and behavioral disorders*, „Intervention in School and Clinic”, vol. 53, nr 4, s. 206–211.

Geyh S., Peter C., Müller R., Stucki G., Cieza A., (2011), *Translating topics in sci psychology into the international classification of functioning, disability and health*, „Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation”, nr 16, s. 104–130, DOI: [10.1310/sci1603-104](https://doi.org/10.1310/sci1603-104).

Gobo G., (2009), *Wytwarzanie ślepoty i jej organizacyjne konstruowanie w szkole podstawowej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, nr 5(2), s. 118–134.

Gołaska P., (2013), *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, nr 13(1), s. 8–14.

Gray C., (2015), *The new social story book, revised and expanded 15th Anniversary edition. Over 150 social stories that teach everyday social skills to children with autism or Asperger's syndrome and their peers*, Arlington: Future Horizons.

Greenberg M.T., Kusche C.A., (1993), *Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS project*, Seattle: University of Washington Press.

Gruszczyk-Kolczyńska E., (2011), *Dlaczego warto i trzeba korzystać z małych pomocników w edukacji przedszkolnej?*, „Bliżej Przedszkola”, nr 113, s. 10–15.

Hadjikakou K, Petridou L, Stylianos C., (2008), *The academic and social inclusion of oral deaf and hard-of-hearing children in Cyprus secondary general education: investigating the perspectives of the stakeholders*, „European Journal of Special Needs Education”, vol. 23, s. 17–29, DOI: [10.1080/08856250701791211](https://doi.org/10.1080/08856250701791211).

Hansen S., Scott J., (2018), *A systematic review of the autism research with children who are deaf and hard of hearing*, „Communication Disorder Quarterly”, nr 39(2), s. 330–334.

Harris J., Lord Ch., (2016), *Mental health of children with vision impairment at 11 years of age*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, nr 58(7), s. 774–779.

Hatamizadeh N., Ghasemi M., Saeedi A., Kazemnejad A., (2008), *Perceived competence and school adjustment of hearing impaired children in mainstream primary school settings*, „Child: care, health and development”, nr 34(6), s. 789–794.

Hatlen P.H., (2004), *Is social isolation a predictable outcome of inclusive education?*, „Journal of Visual Impairment and Blindness”, nr 98(11), 289–292.

Head D., Pysh M., Chalfant J., Spencer R., (1992), *Learned helplessness in students with visual handicaps: a pilot study of expectations, persistence, and attributions. Final report*. Arizona State Department of Education, Phoenix, Div. of Special Education.

Heiling K., (2001), *Review of papers presented at the Round Table session on social and emotional development in deaf children: services in four countries*, „Scandinavian Audiology”, vol. 30, nr 53, s. 101–109.

Helland W., Helland T., (2017), *Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment*, „Research in Developmental Disabilities”, nr 70, s. 33–39, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.009>.

Herzyk A., (1992), *Afazja i mutyzm dziecięcy: wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.

Hess I., (2010), *Visually impaired pupils in mainstream schools in Israel: Quality of life and other associated factors*, „British Journal of Visual Impairment”, nr 28(1), s. 19–33.

Heyl V., Hintermair M., (2015), *Executive Function and Behavioral Problems in Students with Visual Impairments at Mainstream and Special Schools*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 159, s. 251–163.

Hoffman M.F., Quittner A.L., Cejas I., (2015), *Comparisons of social competence in young children with and without hearing loss: a dynamic system framework*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, nr 20(2), s. 115–124.

Hollenweger J., Lienhard P., (2010), *Konsultacje szkolne. Metodyka planowania działań wspierających oraz klasyfikacja działań z zakresu pedagogiki specjalnej. Resort Oświaty dla kantonu*, Zurych: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Zurychu.

Hurre T., Aro H., (1998), *Psychosocial development among adolescents with visual impairment*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, nr 7(2), s. 73–78.

Hurre T., Aro H., (2000), *The psychosocial well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 94(10), s. 625–637.

Hyde M, Power D., (2004), *Inclusion of deaf students: An examination of definitions of inclusion in relation to findings of a recent Australian study of deaf students in regular classes*, „Defnes Educational International”, nr 6, s. 82–99, DOI: [10.1179/146431504790560564](https://doi.org/10.1179/146431504790560564).

ICF, (2001, 2009), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Genewa: WHO; Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Im-Bolter N., Cohen N.J., Farnia F., (2013), *I thought we were good: Social cognition, figurative language, and psychopathology*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, nr 54, s. 724–732.

Jagielska G., (2010), *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i w przedszkolu*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Jastrzębowska G., (1996), *Podstawy logopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytet Opolski, s. 12–132.

Jegier A., Kosowska M., (2011), *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Jerome AC, Fujiki M, Brinton B, James SL., (2002), *Self-esteem in children with specific language impairment*, „J Speech Lang Hear Res.”, vol 45, nr 4, s. 700–714, DOI: [10.1044/1092-4388\(2002/056\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/056)), PMID: [12199400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12199400/).

Jessup G., Bundy A.C., Broom A., Hancock N., (2018), *Fitting in or Feeling Excluded: The Experiences of High School Students with Visual Impairments*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 112(3), s. 261–273.

Joliffe T., Baron-Cohen S., (1999), *The strange stories test: A replication with high-functioning adults with autism or Asperger Syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 29, s. 395–406.

Karhula M., Saukkonen S., Xiong E., Kinnunen A., Heiskanen T., Anttila H., (2021), *ICF Personal Factors Strengthen Commitment to Person-Centered Rehabilitation – A Scoping Review*, „Frontiers in Rehabilitation Sciences”, nr 2, DOI: [10.3389/fresc.2021.709682](https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682).

Karlsson J.S., (1998), *Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 92(7), s. 483–490.

Kasperek-Zimowska B., Zimowski J., Biernacka K., (2016), *Zaburzenia procesów społecznego poznania w zespole Aspergera i jadłowstręcie psychicznym*, „Psychiatria”, nr 50(3), 533–542.

Kef S., Deković M., (2004), *The role of parental and peer support in adolescents well-being: A comparison of adolescents with and without a visual impairment*, „Journal of Adolescence”, nr 27(4):453–66.

Kef S., Hox J.J., Habekothé H.T., (2000), *Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being*, „Social Networks”, nr 22(1), s. 73–91.

Kelly S.M., Smith J.T., (2008), *The digital social interactions of students with visual impairments: findings from two national surveys*, „Journal of Visual Impairments and Blindness”, nr 102(9), s. 528–539.

Kemmis S., (2010), *Teoria krytyczna i uczestniczące badania w działaniu* [w:] Červinková H., Gołębnik B.D. (red.), *Badania w działaniu. Pedagogika i antropologia zaangażowane*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.

Kemmis S., McTaggart R., (2009), *Uczestniczące badania interwencyjne. Działania komunikacyjne i sfera publiczna*, [w:] Denzin N.S., Lincoln Y.S., *Metody badań jakościowych*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kendziora K., Osher D., (2016), *Promoting children's and adolescents' social and emotional development: district adaptations of a theory of action*, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology”, nr 45(6), s. 797–811.

Kirenko J., Gindrich P., (2007), *Odkrywanie niepełnosprawności wzrokowej w nauczaniu włączającym*, Lublin: Wydawnictwo WSSP.

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” nr 2, s. 15–30.

Kobosko J., (2007), *Co znaczy być osoba głuchą? Studia nad tożsamością osobową młodzieży głuchej ze słyszących rodzin*, [w:] Woźnicka E. (red.), *Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych*, Łódź: WSHE-PZG, s. 35–51.

Kobosko J., (2010), *Doświadczenie siebie jako osoby głuchej – badania nad młodzieżą głuchą i jej słyszącymi matkami z perspektywy interpersonalnej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 11, s. 101–122.

Kobosko J., (2014), *Psychologiczne implikacje głuchoty dziecka w rodzinie i środowisku szkolnym*, [w:] Sak M. (red.), *Edukacja głuchych*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich, s. 67–84.

Kochańska M., Krasowicz-Kupis G., (2014), *Problemy edukacyjne uczniów z SLI i dysleksją rozwojową*, [w:] Awramiuk E. (red.), *Z problemów kształcenia językowego*, t. 4, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

Komender J., Jagielska G., Bryńska A., (2009), *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Konarska J., (2010), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Kordyl Z., (1996), *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Krasowicz-Kupis G., (2012), *SLI i inne zaburzenia językowe*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Kucharczyk I., (2017), *Samoświadomość emocji i kompetencje społeczne uczniów z niepełnosprawnością wzroku w wieku wczesnego dorostania*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 26, s. 43–57.



Kurowska M., (1992), *Rozwijanie aktywności werbalnej jako działanie diagnostyczno-usprawniające* [w:] Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwko M. (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

Kusche C.A., Garfield T.S., Greenberg M.T., (1983), *The understanding of emotional and social attributions in deaf adolescents*, „*Journal of Clinical Child Psychology*”, vol. 12, s. 153–160.

Kuusikko-Gauffin S., Pollock-Wurman R., Mattila M-L., Jussila K., Ebeling H., Pauls D., Moilanen I., (2013), *Social anxiety in parents of high-functioning children with autism and Asperger Syndrome*, „*Journal of Autism and Developmental Disorders*”, vol. 43, s. 521–529.

Laat S., Freriksen E., Vervloed M., (2013), *Attitudes of children and adolescents toward persons who are deaf, blind, paralyzed or intellectually disabled*, „*Research in Developmental Disabilities*”, vol. 34, nr 2.

Langley B., (1996), *Daily life* [w:] Holbrook M.C. (red.), *Children with visual impairments: A parents guide*, Bethesda, MD: Woodbine House, s. 97–127.

Lemberger M.E., Carbonneau K.J., Selig J.P., (2018), *The role of social-emotional mediators on middle school students' academic growth as fostered by an evidence-based intervention*, „*Journal of Counseling and Development*”, nr 96, s. 27–40.

Lemmons H.R., (2015), *A study of the social and emotional growth and development of students with disabilities in an inclusive setting in an inner-city middle school*, Gardner-Webb University.

Leonard L., (2006), *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Lewis S., Wolffe K.E., (2006), *Promoting and nurturing self – esteem*, [w:] Sacks S.Z., Wolffe K.E., *Teaching Social Skills to Students with Visual Impairments. From Theory to Practice*, New York: AFB Press.

Lindner J.L., Rosén L.A., (2006), *Decoding of Emotion through Facial Expression, Prosody and Verbal Content in Children and Adolescents with Asperger's Syndrome*, „*Journal of Autism and Developmental Disorders*”, nr 36(6), s. 769–777, <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0105-2>.

Lipińska-Lokś J., (2015), *Koleżeństwo i przyjaźń w doświadczeniach osób z niepełnosprawnością*, „*Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*”, nr 20, s. 57– 69.

Lloyd-Esenkaya V., Russell A., St. Clair M., (2020), *What Are the Peer Interaction Strengths and Difficulties in Children with Developmental Language Disorder? A Systematic Review*, „*International Journal of Environmental Research and Public Health*”, nr 17(9):3140.

Luckner J.L., Movahedazarhouligh S., (2019), *Social and emotional interventions with children and youth who are deaf and hard of hearing: A research synthesis*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, vol. 24, nr 1, s. 1–10, [DOI: 10.1093/deafed/eny030](https://doi.org/10.1093/deafed/eny030).

Luecken L.J., Roubinov D.S., Tanaka R., (2013), *Childhood family environment, social competence and health across the lifespan*, „Journal of Social and Personal Relationships”, vol. 30, nr 2, s. 171–178.

Lukomski J., (2007), *Deaf College students' perceptions of their social-emotional adjustment*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, vol. 12, nr 4, s. 486–494.

Majewski T., (1997), *Poradnik metodyczny dla nauczycieli pracujących z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem w systemie integracyjnym*, Warszawa: Przedsiębiorstwo Wydawnicze Związku Niewidomych „Print 6”.

Majewski T., (2002), *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabowidzących*, Warszawa: Redakcja Wydawnictw Tyflogicznych PZN.

Makkiyan R.A., Malekitabar M., Farahbakhsh K., (2016), *Attachment Styles and Self-Efficacy in Blind and Non-blind Female High School Students*, „Journal of Practice in Clinical Psychology”, nr 4(4), s. 237–248.

Maryniak A., (2012), *Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego – diagnoza, różnicowanie, rokowania*, [w:] Gałkowski T. (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*, Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.

Mazefsky C.A., Oswald D.P., (2007), *Emotion perception in Asperger's syndrome and high-functioning autism: the importance of diagnostic criteria and cue intensity*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 37, s. 1086–1095.

Meijer J., Fossen M.W.E.B., Putten C.M., van der Leij A., (2006), *Social-emotional characteristics and special educational needs*, „European Journal of Psychology and Education”, t. XXI, nr 4, s. 384–400.

Middelton T., Kay L., (2019), *Social Communication Skills*, [w:] *Using an inclusive approach to reduce school exclusion*, [DOI: 10.4324/9780429455407-14](https://doi.org/10.4324/9780429455407-14).

Minio-Paluello I., Baroh-Cohen S., Avenanti A., Walsh V., Aglioti S.M., (2009), *Absence of embodied empathy during pain observation in Asperger syndrome*, „Biological Psychiatry”, nr 65, s. 55–62.

Mok P.L.H., Pickles A., Durkin K., Conti-Ramsden G., (2014), *Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines”, nr 55, s. 516–527.

Montgomery Ch., Allison C., Lai M-Ch., Cassidy S., Langdon P.E., Baron-Cohen S., (2016), *Do adults with high functioning autism or Asperger Syndrome differ in empathy and emotion recognition?*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 46, s. 1931–1940.

Most T., Ingher S., Heled-Ariam E., (2011), *Social competence, sense of loneliness, and speech intelligibility of young children with hearing loss in individual inclusion and group inclusion*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, vol. 17, nr 2, s. 259–272.

Moszyńska M., (2018), *Uczeń z zespołem Aspergera w aspekcie środowiska szkoły ogólnodostępnej w narracji własnej oraz w opiniach nauczycieli*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 30, s. 249–258.

Nelson H.J., Kendall G.E., Shields L., (2014), *Neurological and biological foundations of children's social and emotional development: An integrated literature review*, „The Journal of School Nursing”, vol. 30, nr 4, s. 240–250.

Netten A.P., Rieffe C., Theunissen S.C.P.M., Soede W., Dirks E., Braire J.J., Frijns J.H.M., (2015), *Empathy in students who are deaf and hard of hearing*, „PloS ONE”, vol. 10, nr 4.

Niemiec M., (2015), *Funkcjonowanie społeczne młodzieży z niepełnosprawnością wzroku*, Praca doktorska, Katowice: Uniwersytet Śląski.

Niemiec M., (2018), *Samoocena młodzieży z niepełnosprawnością wzroku w zakresie „ja perspektywicznego”*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 20, s. 233–350.

Norman N., Jamieson J.R., (2015), *Social and emotional learning and the work of itinerant teachers of the deaf and hard of hearing*, „American Annals of the Deaf”, vol. 160, nr 3, s. 273–288.

Nowakowska I., Pisula E., (2018), *Wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu i opinie dotyczące edukacji włączającej dzieci z tymi zaburzeniami u nauczycieli szkół podstawowych oraz studentów kierunków nauczycielskich*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, vol. 2, nr 40, s. 29–47.

Oerlemans A., van der Meer J., van Steijn D., de Ruiters S., de Bruijn Y, de Sonnevile L., Buitelaar Jan K., Nanda N., Rommelse N., (2014), *Recognition of facial emotion and affective prosody in children with ASD (+ ADHD) and their unaffected siblings*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, nr 23, s. 257–271.

Olejnik U., (2018), *Aktywność fizyczna i rozwój motoryczny dzieci z autyzmem wyzwaniem dla teorii i praktyki edukacyjnej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, vol. 37, nr 4, s. 35–48.

Olempska-Wysocka M., (2012), *Funkcjonowanie społeczne dziecka z wadą słuchu*, „Niepełnosprawność”, nr 7, s. 109–123.

Ossowski R., (1999), *Wychowanie dzieci niesprawnych sensorycznie*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Oszwa U., Domagała-Zyśk E., Knopik T., (2017), *Zasoby odpornościowe uczniów w środkowym wieku szkolnym a ryzyko niedostosowania społecznego*, „Ruch Pedagogiczny”, nr 1, s. 91–104.

Oszwa U., Fedaczyńska M., (2017), *Postawy uczniów kl. III szkoły podstawowej wobec rówieśników z niepełnosprawnością ruchową i słuchową*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XXXVI, nr 3, s. 187–206.

Oszwa U., Knopik T., Domagała-Zyśk E., (2019), *Diagnoza funkcjonalna jako standard pomocy psychologiczno-pedagogicznej – od założeń teoretycznych do praktyki diagnostyczno-terapeutycznej*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 2(252), s. 163–175.

Otrębski W., Domagała-Zyśk E., Sudoł A., (2019), *ABAS-3 System Oceny Zachowań Adaptacyjnych. Podręcznik polski. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, s. 191.

Otrębski W., Mariańczyk K., Amilkiewicz-Marek A., Bieńkowska K.I., Domagała-Zyśk E., Kostrubiec-Wojtachnio B., Papuda-Dolińska B., Pisula E., (2022), *Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 239.

Palak Z., (2000), *Uczniowie niewidomi i słabowidzący w szkołach ogólnodostępnych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Palak Z., Przyłucka E., (2010), *Uwarunkowania akceptacji niepełnosprawności przez młodzież z uszkodzonym wzrokiem*, [w:] Palak Z., Bujnowska A., Pawlak A. (red.), *Edukacyjne i rehabilitacyjne konteksty rozwoju osób z niepełnosprawnością w różnych okresach ich życia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 175–193.

Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., (2003), *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Panasiuk J., (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Logopedia”, nr 37, s. 69–88.

Papuda-Dolińska B., (2017a), *Dziecko z niepełnosprawnością wzroku w roli ucznia szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej i specjalnej*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Papuda-Dolińska B., (2017b), *Trudności wychowawcze w przypadku uczniów z niepełnosprawnością wzroku w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XXXVI, nr 2.

Parol Z., (1997), *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Persson B., (2003), *Exclusive and inclusive discourses in special education research and policy in Sweden*, „International Journal of Inclusive Education”, nr 7(3), s. 271–280, <https://doi.org/10.1080/1360311032000108885>.

Pielecki A., (1994), *Spostrzeganie swoich właściwości fizycznych a zaburzenia w zachowaniu u dzieci niedowidzących*, [w:] Chodkowska M. (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Pinquart M., Pfeiffer J.P., (2011), *Yes I can: self-efficacy beliefs in students with and without visual impairment*, „The Journal of Blindness Innovation & Research”, nr 1(3), s. 1–20.

Pinquart M., Pfeiffer J.P., (2013a), *Does visual impairment lead to lower or higher levels of success in solving developmental tasks?: a longitudinal study*, „Journal of Developmental and Physical Disabilities”, nr 25(6), s. 579–595.

Pinquart M., Pfeiffer J.P., (2013b), *Perceived Social Support in Adolescents with and without Visual Impairment*, „Research in Developmental Disabilities”, nr 34, s. 4125–4133.

Pisula E., (2012), *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Polat F., (2006), *The Turkish standarization of the Meadow-Kendall Social-Emotional Assessment Inventory for deaf and hard of hearing studentsts*, „American Annals of the Deaf”, vol. 151, nr 1, s. 32–41.

Prokopiak A., (2020), *Autonomia osób ze spektrum autyzmu. Predyktory społeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Prokopiak A., (2021), *Rozwój społeczny a autonomia osób ze spektrum autyzmu*, „Forum Logopedy”, nr 43, <https://forumlogopedy.pl/arttykul/rozwoj-spoleczny-a-autonomia-osob-ze-spektrum-autyzmu>.

Prokopiak A., Siedlecka K., (2020), *Rola wolontariatu rówieśniczego w okresie dojrzewania osób ze spektrum autyzmu*, [w:] Prokopiak A. (red.), *Osoba ze spektrum autyzmu w biegu życia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 255–273.

Prokopiak A., Kirenko J., (2020), *ABAS-3 – an instrument for assessing adaptive skills in people with an intellectual disability*, „Croatian Review of Rehabilitation Research”, vol. 56, nr 2, s. 154–168, <https://doi.org/10.31299/hrri.56.2.9>.

Roy A.W.N., MacKay G.F., (2002), *Self-perception and locus of control in visually impaired college students with different types of vision loss*, „Journal of Visual Impairment and Blindness”, nr 96(4), s. 254–266.

Runjić T., Prcić A.B., Alimović S., (2015), *The Relationship Between Social Skills and Behavioral Problems in Children With Visual Impairment*, „Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja”, vol. 51, nr 2, s. 64–76.

Saarikallio S., (2019), *Access-Awareness-Agency (AAA) model of music-based social-emotional competence*, „Music and Science”, nr 2, s. 1–16.

Sacks S.Z., Wolffe K.E., (2006), *Teaching Social Skills to Students with Visual Impairments. From Theory to Practice*, New York: AFB Press.

Sacks S.Z., Wolffe K.E., (1998), *Lifestyles of adolescents with visual impairments: An ethnographic analysis*, „Journal of Visual Impairment and Blindness”, nr 92(1), s. 7–17.

Sacks S.Z., Silberman R.K., (2000), *Social Skills*, [w:] Koenig A.J., Holbrook M.C., *Foundations of education second edition, Volume 11: Instructional strategies for teaching children and youths with visual impairments*, New York: American Foundation for the Blind.

Salimi S., Mohammadi A., Sadeghi A., (2016), *Comparison of emotion regulation strategies of blind students with sighted students*, „Iranian Rehabilitation Journal”, nr 14(2), s. 127–132.

Salleh M.N., Zainal K., (2010), *How and why the visually impaired students socially behave the way they do*, „Procedia Social and Behavioral Sciences”, t. 9, s. 859–863.

Samson A.C., van den Bedem N.P., Dukes D., (2020), *Positive Aspects of Emotional Competence in Preventing Internalizing Symptoms in Children with and without Developmental Language Disorder: A Longitudinal Approach*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 50, s. 1159–1171, DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04336-y>.

Sekułowicz M., (2013), *Wypalanie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW.

Sekułowicz M., Kaczmarek E., (2014), *Ścieżki radzenia sobie matek dzieci z autyzmem: pomiędzy wypaleniem a prężnością*, „Niepełnosprawność”, nr 13, s. 9–23.

Semrud-Clikeman M., Walkowiak J., Wilkinson A., Butcher B., (2010), *Executive functioning in children with Asperger Syndrom, ADHD-combined type, ADHD predominantly inattentive type, and controls*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 40, s. 1017–1027.

Semrud-Clikeman M., Walkowiak J., Wilkinson A., Portman Minne E., (2010), *Direct and indirect measures of social perception, behavior and emotional functioning in children with Asperger's disorder, nonverbal learning disability or ADHD*, „Journal of Abnormal Child Psychology”, nr 38, s. 509–519.

Sharma S., Sigafos J., Carroll A., (2002), *Social skills of visually disabled and sighted children in India: A comparative study*, „Journal of Indian Education”, vol. 4, nr 27, s. 116–138.

Shriberg L.D., Paul R., McSweeney J.L., Klin A., Cohen D.J., Volkmar F.R., (2001), *Speech and prosody characteristics of adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger's syndrome*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, nr 44, s. 1097–1115.

Simeonsson R., (2009), *ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability*, „Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities”, nr 6, s. 70–72, <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00215.x>.

Skrzetuska E., (1996), *Zachowania uczniów klas II o różnym stopniu utraty wzroku: w szkole i internacie ośrodków szkolno-wychowawczych dla dzieci niewidomych i niedowidzących*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Smoczyńska M., (2000), *Wczesna interwencja u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] Mierzejewska H., Przybysz-Piwko M. (red.), *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazje i zaburzenia mowy*, Warszawa: Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego.

Smoczyńska M., (2012), *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI. Co wyniki badań podłużnych mówią nam o potrzebie wczesnej interwencji logopedycznej?*, [w:] Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwko M. (red.), *Interwencja logopedyczna*, t. 8, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

Smolońska-Theiss B., Theiss W., (2013), *Badania w działaniu w pedagogice społecznej – między tradycją a współczesnymi zadaniami*, [w:] Červinková H., Gołębnik B.D. (red.), *Edukacyjne badania w działaniu*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Stephens D., Jain S., Kim K., (2010), *Group counseling: techniques for teaching social skills to students with special needs*, „Education”, vol. 130, nr 3, s. 509–512.

Stępień M., Pisula E., (2013), *Rozpoznawanie emocji innych ludzi przez osoby z autyzmem – przegląd badań*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 4(22), s. 100–115.

Stinson M.S., Whitmire K., Kluwin T.N., (1996), *Self-perceptions of social relationships in hearing impaired adolescents*, „Journal of Educational Psychology”, vol. 88, nr 1, s. 132–143.

Striano T., Reid V. Wiley-Blackwell (red.), (2009), *Social cognition: development, neuroscience and autism*, „[Infant and Child Development](#)”, nr 18(6), s. 573–574.

Suarez M., (2000), *Promoting social competence in deaf students: the effect of an intervention program*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, vol. 5, nr 4, s. 323–336.

Szot Z., Błeszyński J., Specht C. (red.), (2011), *Terapia ruchowa osób z Zespołem Aspergera. Implikacje praktyczne*, Łódź: Wydawnictwo Naukowe WSIU.

Szykowna D., (2018), *Wykorzystanie tutoringu rówieśniczego w edukacji dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu*, „Szkola Specjalna”, vol. 2, nr 293, s. 136–143.

Świątek-Koralewska M., (2017), *Obraz rodziny w wybranych powieściach autobiograficznych osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] Prokopiak A., Palak Z. (red.), *Autyzm i rodzina*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 43–66.

Tasker S.L., Nowakowski M.E., Schmidt L.A., (2010), *Joint attention and social competence in deaf children with cochlear implants*, „Journal of Developmental and Physical Disabilities”, nr 22, s. 509–532.

Toseeb U., Pickles A., Durkin K., Botting N., Conti-Ramsden G., (2017), *Prosociality from early adolescence to young adulthood: A longitudinal study of individuals with a history of language impairment*, „Research in Developmental Disabilities”, nr 62, s. 148–159.

Tuttle D.W., Tuttle N.R., (2004), *Self-Esteem and Adjusting with Blindness: The Process of Responding to Life's Demand*, Springfield: Charles C. Thomas Publisher Ltd.

Trzesniewski K.H., Donnellan B.M., Robins R.W., (2003), *Stability of self-esteem scores across the life span*, „Journal of Personality and Social Psychology”, nr 84(1), s. 205–220.

Van Eldik T., (2005), *Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown in the youths' self-report*, „American Annals of the Deaf”, nr 15(1), s. 11–16.

Van Eldik T., Treffers P.D.A., Veerman J.W., Verhulst F.C., (2004), *Mental health problems of Dutch children as indicated by their parents' responses to the child behaviour checklist*, „American Annals of the Deaf”, vol. 149, nr 5, s. 390–394.

Visagie L., Loxton H., Stallard P., Silverman W.K., (2017), *Insights into the Feelings, Thoughts, and Behaviors of Children with Visual Impairments: A Focus Group Study Prior to Adapting a Cognitive Behavior Therapy-Based Anxiety Intervention*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, nr 111(3), s. 231–246.



Vlachou A., Stavroussi P., Didaskalou E., (2016), *Special teachers' educational responses in supporting students with special educational needs (SEN) in the domain of social skills development*, „International Journal of Disability, Development and Education”, vol. 63, nr 1, s. 79–97.

Wadman R., Durkin K., Conti-Ramsden G., (2008), *Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI)*, „Journal of speech, language and hearing research”, nr 51, s. 938–952.

Wawrowska E., (2011), *W rodzinie niewidomego dziecka*, [w:] Liberska H. (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, Warszawa: Difin, s. 119–128.

Whalon K., Conroy M., Martinez J., Werch B., (2015), *School-based peer-related social competence interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis and descriptive review of single case research design studies*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 45, s. 1513–1531.

Wiazowski J., (2016), *Rola technologii wspomagających w funkcjonowaniu społecznym uczniów z niepełnosprawnością wzroku w kontekście edukacji włączającej*, „Forum Pedagogiczne”, nr 1, s. 101–113.

Wieczorek M., Sadziak A., (2017), *Aktywność fizyczna dzieci ze spektrum autyzmu*, „Journal of Education, Health and Sport”, vol. 7, nr 2, s. 222–238.

Winczura B., (2008), *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Witkowski T., (1994), *Psychospołeczne problemy osób niewidomych*, [w:] Chodkowska M. (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.

Wong C., Odom S., Hume K., Cox A.W., Fetting A., Kucharczyk S., (2015), *Evidence based practices for children youth and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, nr 45, s. 1951–1966.

World Health Organization, (1992), *International classification of diseases: Diagnostic criteria for research (10th edition)*, Geneva, Switzerland.

World Health Organization, (2013), *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment*, October 2013, Geneva: WHO.

You S., Kim E., No U., (2015), *Impact of violent video games on the social behaviors of adolescents: The mediating role of emotional competence*, „School Psychology International”, vol. 36, nr 1, s. 94–111.

Yuan Sz.N.V., Ip H.H.S., (2018), *Using virtual reality to train social skills in children with autism spectrum disorder*, „London Journal of Primary Care”, vol. 10, nr 3, s. 110–112.

Zebehazy K.T., Smith T.J., (2011), *An Examination of Characteristics Related to the Social Skills of Youths with Visual Impairments*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, vol. 105, nr 2, s. 84–95.

# Aneks

## BATERIA TROS-KA 1

Autorzy: Ewa Domagała-Zyśk, Tomasz Knopik, Beata Papuda-Dolińska, Katarzyna Ita Bieńkowska  
Ośrodek Rozwoju Edukacji 2023

Propozycja cytowania:

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I., (2023), *BATERIA TROS-KA 1 – skala do badania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów w środkowym wieku szkolnym*, [w:] Domagała-Zyśk E., Knopik T., Papuda-Dolińska B., Bieńkowska K.I., (2023), *Ocena funkcjonalna rozwoju emocjonalno-społecznego uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi – bateria TROS-KA 1*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

## SKALA T (Radzenie sobie z trudnościami)

Autorzy: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K.I. Bieńkowska, (2023)

### INSTRUKCJA

1. Przeczytaj opis sytuacji lub posłuchaj, jak czyta go nauczyciel.
2. Zapoznaj się z dwoma przykładami zachowań uczniów.
3. Pomyśl, w jaki sposób Ty zachowujesz się w takiej sytuacji.
4. Przy każdym opisie zachowania określ, czy pasuje ono do Ciebie (niepodobne, trochę podobne, bardzo podobne).
5. Jeśli nie rozumiesz jakiejś sytuacji lub opisu, to poproś o pomoc.

Sprawdźmy, jak to się robi.

### PRZYKŁAD

Wyobraź sobie taką sytuację:

**Odrabiasz pracę domową i nie umiesz poradzić sobie z jednym z zadań.**

Uczniowie w takiej sytuacji zachowują się różnie. Oto dwa przykłady.

**A. Proszę o pomoc kogoś dorosłego lub kolegę, koleżankę z klasy.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Podkreśl odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Inny uczeń może zachować się tak:

**B. Kiedy nie umiem poradzić sobie z zadaniem – nie rozwiążę go i przerywam odrobienie lekcji.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Podkreśl Twoją odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Teraz przeczytaj opisy różnych sytuacji i zaznacz odpowiedzi.**

**1. Podczas rozmowy ktoś kłamie na temat zachowania kolegi, który jest nieobecny.**

A. Nie odzywam się.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Mówię, że to są kłamstwa.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**2. Masz pokazać pracę konkursową przed publicznością. Bardzo się denerwujesz.**

A. Radzę sobie ze zdenerwowaniem i wykonuję to zadanie.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Rezygnuję, dlatego że się denerwuję.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**3. Kiedy skończyłeś prezentację pracy konkursowej, nauczycielka zgłosiła kilka uwag.**

A. Myślę, że te uwagi są niepotrzebne.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Słucham uważnie, żeby przygotować lepszą pracę w przyszłości.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**4. Po ogłoszeniu końcowych wyników okazało się, że praca jest na czwartym miejscu.**

A. Jestem zły i uważam wyniki konkursu za niesprawiedliwe.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Cieszę się, bo czwarte miejsce to też sukces.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**5. W klasie rozwiązujecie trudne zadanie. Twoi koledzy hałasują.**

A. Pomimo hałasu dalej rozwiązuję zadanie.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Przerywam rozwiązywanie zadania, bo nie da się pracować w hałasie.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**6. Rozwiązywałeś zadanie i otrzymałeś błędny wynik. W takiej sytuacji:**

A. Robię zadanie jeszcze raz.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie poprawiam zadania.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**7. Trwa sprawdzian. Pozostało Ci mało czasu na jego ukończeniu.**

A. Staram się pracować do końca.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie kończę, bo zostało mało czasu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**8. Dostałeś słabą ocenę z ostatniego sprawdzianu.**

A. Uważam, że ten sprawdzian był za trudny.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Uczę się więcej. Chcę dostać lepszą ocenę następnym razem.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**9. Czytasz opis pracy domowej, ale nie możesz poradzić sobie z zadaniem.**

A. Zastanawiam się, kto mógłby mi pomóc.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Rezygnuję z robienia zadania.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**10. Obiecałeś kolegom, że przygotujesz zadania na kółko zainteresowań. Robiłeś coś innego i teraz masz na to mało czasu.**

A. Nie idę na kółko zainteresowań.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Kontaktuję się z kolegami i proszę ich o pomoc.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**11. W Twojej klasie koledzy i koleżanki chodzą na ciekawe, bezpłatne zajęcia po lekcjach. Ty też chcesz. Rodzice nie zgadzają się.**

A. Zastanawiam się, jak przekonać rodziców.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Obrażam się.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**12. Zgubiłeś książkę z biblioteki, a musisz ją jutro oddać. Czeka na nią kolega.**

A. Szukam książki, aż ją znajdę. Jest potrzebna koledze.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Kiedyś poszukam tej książki, ale teraz nie mam czasu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**13. Jedziecie na wycieczkę. Umówiłeś się z ulubionym kolegą, że będziecie razem siedzieć. Rano wsiadasz do autobusu. Kolega siedzi już z inną osobą.**

A. Siadam z kimś innym i staram się spędzić wycieczkę w ciekawy sposób.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Obrażam się. Udaję, że mi nie zależy.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**14. Na wycieczce musicie przygotować gałęzie na ognisko.**

A. Czekam, aż zrobią to inni.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Pomagam w przygotowywaniu ogniska.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**15. Ty i kolega robiliście jedzenie. Kolega dodał za dużo soli. Jedzenie jest niedobre.**

A. Jestem zły na kolegę.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. To nie jego wina – to był przypadek.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**16. Wybierasz się z rodzicami do kina na długo oczekiwany film. Stoicie w korku. Chyba spóźnicie się.**

A. Mówię rodzicom, że przez nich spóźnimy się.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie odzywam się, bo to i tak nie ma sensu.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**17. Na szczęście zdążyliście do kina. Okazało się, że film był nudny.**

A. Jestem zły. Myślałem, że to będzie coś lepszego.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Myślę sobie, że nie warto chodzić do kina.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**18. Po filmie masz nadzieję, że rodzice kupią ci coś słodkiego. Oni jednak uważają, że nie możesz już dziś jeść słodczy.**

A. Mówię im, że tylko słodczy mogą poprawić mi humor. Muszą mi je kupić.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Obrażam się na nich.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE



## SKALA R (Relacje)

Autorzy: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K.I. Bieńkowska, (2023)

### INSTRUKCJA

1. Przeczytaj opis sytuacji lub posłuchaj, jak czyta go nauczyciel.
2. Zapoznaj się z dwoma przykładami zachowań uczniów.
3. Pomyśl, w jaki sposób Ty zachowujesz się w takiej sytuacji.
4. Przy każdym opisie zachowania określ, czy pasuje ono do Ciebie (niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne).
5. Jeśli nie rozumiesz jakiejś sytuacji lub opisu, to poproś o pomoc.

Sprawdźmy, jak to się robi.

### PRZYKŁAD

Wyobraź sobie taką sytuację:

#### **Odrabiasz pracę domową i nie umiesz poradzić sobie z jednym z zadań.**

Uczniowie w takiej sytuacji zachowują się różnie. Oto dwa przykłady:

#### **A. Proszę o pomoc kogoś dorosłego lub kolegę, koleżankę z klasy.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

Inny uczeń może zachować się tak:

#### **B. Kiedy nie umiem poradzić sobie z zadaniem – nie rozwiązuję go i przerywam odrabianie lekcji.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Teraz przeczytaj opisy różnych sytuacji i zaznacz odpowiedzi.**

**1. Nakrzyczałeś na koleżankę. Jest jej przykro.**

A. Uważam, że koleżanka na to zasłużyła.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Uważam, że źle zrobiłem.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**2. Twój kolega jest smutny.**

A. Staram się go pocieszyć.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie pytam o nic. Każdy z nas ma swoje sprawy.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**3. Kolega, z którym siedzisz w ławce był kilka dni w szpitalu. W tym czasie siedział z inną osobą. Jutro kolega wraca do szkoły.**

A. Boję się, że mogę się zarazić jego chorobą i nie chcę z nim siedzieć.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Od jutra będziemy znowu siedzieć razem w ławce.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**4. Dowiedziałeś się, że koleżanki i koledzy mówią kłamstwa o Tobie. Jest to dla Ciebie bardzo przykre.**

A. Ja też zacznym opowiadać kłamstwa o kolegach i koleżankach.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Mówię o tym nauczycielowi.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**5. Do Twojej klasy dołączył nowy kolega.**

A. Chcę poznać nowego kolegę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie chcę, żeby do naszej klasy dołączały nowe osoby.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**6. Twój kolega mieszka tylko z ciocią. Jego rodzice wyjechali za granicę. Twój kolega często jest smutny.**

A. Rozmawiam z kolegą i zapraszam go do wspólnych zabaw.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Każdy może być smutny. Nie można się do tego wtrącać.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**7. Jakie masz relacje z rodzicami?**

A. Moi rodzice zawsze mi pomagają

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Rodzice nie interesują się moimi sprawami.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**8. Jakie masz relacje z mamą?**

A. Czuję się niezrozumiany przez moją mamę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Czuję się kochany przez moją mamę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**9. Jakie masz relacje z tatą?**

A. Czuję się kochany przez moją tatę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Czuję się niezrozumiany przez moją tatę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**10. Jakie masz relacje z kolegami i koleżankami?**

A. Nie otrzymuję pomocy od moich kolegów i koleżanek, gdy tego potrzebuję.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Pomagam kolegom i koleżankom, gdy tego potrzebują.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**11. Jakie masz relacje z nauczycielami?**

A. Wiem, że mogę poprosić nauczyciela o pomoc.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nauczyciele są od nauczania, a nie od pomagania.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**12. Miałeś zły dzień w szkole. Wróciłeś do domu i byłeś niemiły dla rodziny.**

A. Muszę nauczyć się lepiej panować nad sobą.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Takie zachowanie zdarza się każdemu. Nie da się tego zmienić.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**13. Znalazłeś się w trudnej sytuacji. Potrzebujesz pomocy osoby dorosłej.**

A. W moim otoczeniu jest kilka dorosłych osób, które mogę poprosić o pomoc.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Każdy musi sobie sam radzić z problemami.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**14. Wiele osób w Twojej klasie nie lubi jednego ucznia.**

A. To jego problem.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Próbuję go bliżej poznać.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**15. W nocy na wycieczce jeden z kolegów boi się, gdy jest ciemno.**

A. To śmieszne. Boją się tylko dzieci.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Każdy może się czegoś bać.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**16. Twój kolega nie jest zadowolony z wycieczki. Chce już wrócić do domu.**

A. Niech nie jeździ więcej na wycieczki!

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Dziwne. Nie rozumiem, jak ktoś może być niezadowolony z wycieczki.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**17. Na wycieczce szkolnej masz z innymi osobami przygotować kolację.**

A. Chętnie pomagam i przygotowuję kolację z innymi osobami.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie pomagam. Mam swoje plany.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**18. Kolega zrobił ładne zdjęcia na wycieczce. Nauczycielka pochwaliła go, a kolega rozplakał się.**

A. Jego zachowanie jest bardzo dziwne.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Na pewno ma powody, aby tak się zachować.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Uwagi do badania:**

## SKALA O (Obraz siebie)

Autorzy: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K.I. Bieńkowska, (2023)

### INSTRUKCJA

1. Przeczytaj opis sytuacji lub posłuchaj, jak czyta go nauczyciel.
2. Zapoznaj się z dwoma przykładami zachowań uczniów.
3. Pomyśl, w jaki sposób Ty zachowujesz się w takiej sytuacji.
4. Przy każdym opisie zachowania określ, czy pasuje ono do Ciebie (niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne).
5. Jeśli nie rozumiesz jakiejś sytuacji lub opisu, to poproś o pomoc.

Sprawdźmy, jak to się robi.

### PRZYKŁAD

Wyobraź sobie taką sytuację:

**Twoja klasa jedzie na wycieczkę. Właśnie rozmawiacie o tym, gdzie pojechać.**

Uczniowie w takiej sytuacji zachowują się różnie. Oto dwa przykłady:

#### A. Zgłaszam swoje pomysły.

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

#### B. Zawsze zgadzam się z pomysłami innych.

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Teraz przeczytaj opisy różnych sytuacji i zaznacz odpowiedzi.**

**1. Po raz kolejny nie udaje Ci się uzyskać dobrej oceny ze sprawdzianu.**

A. Myślę, że nic mi się nie udaje.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Muszę powtórzyć materiał, którego nie umiałem.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**2. Napisałeś wypracowanie. Jesteś zadowolony z siebie, ale nauczyciel Cię nie pochwalił.**

A. Wiem, że umiem pisać dobre wypracowania.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Jestem smutny, że nauczyciel mnie nie pochwalił i myślę, że moje wypracowanie jest słabe.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**3. W klasie koledzy i koleżanki czytają Twoje wypracowanie. Później mówią Ci, co im się podoba, a co nie.**

A. Nie obchodzi mnie opinia innych.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Opinie innych osób o mojej pracy są dla mnie ważne.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**4. W szkole ogłoszono Dzień Sportu. Trzeba stworzyć czteroosobowe drużyny.**

A. Szukam kolegów i koleżanek, z którymi stworzę drużynę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Boję się, że nikt mnie nie zaprosi do drużyny.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**5. Wygrałeś konkurs organizowany poza szkołą. Jaka jest Twoja pierwsza reakcja?**

A. Bardzo się cieszę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Udało się, ale następnym razem na pewno się nie uda.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**6. Wygrałeś konkurs. Czy mówisz o tym kolegom, koleżankom w klasie?**

A. Moich kolegów nie interesują moje sukcesy.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Mówię wszystkim, ponieważ jestem dumny z mojego sukcesu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**7. Kolega dzisiaj opowiadał o swoim psie. Ty też ostatnio bawiłeś się ze zwierzęciem domowym, ale nic nie mówisz.**

A. Nikogo nie interesuje to, o czym ja opowiadam.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nic nie mówię, bo kolega opowiada na pewno ciekawiej niż ja.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**8. W czasie przerwy koledzy o czymś rozmawiają. Przestają mówić, kiedy do nich podchodzisz.**

A. Myślę, że mnie obgadywali.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Pytam, o czym rozmawiali i włączam się w rozmowę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE



**9. Koledzy mają ciekawą grę. Ty też chciałbyś ją mieć, ale rodzice nie mogą ci jej kupić.**

A. Ja zawsze mam gorzej niż inni.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Mogę pograć w tę grę razem z kolegami.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**10. Uciekło Twoje zwierzątko domowe. Jest ci smutno.**

A. Ukrywam swój smutek i udaję, że nic się nie stało.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Opowiadam o tym kolegom i koleżankom, bo wiem, że mnie pocieszą.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**11. Nauczyciel powiedział wam, że w szkole organizowany jest konkurs talentów. Każdy uczeń może zaprezentować swoje umiejętności. Co myślisz?**

A. Wezmę udział w tym konkursie.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie mam żadnego talentu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**12. Nauczyciel proponuje, żeby przed konkursem chętne osoby opowiedziały, czym się interesują.**

A. Nie zgłaszam się, bo na pewno nikogo nie zaciekawi, czym ja się interesuję.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Zgłaszam się i opowiadam o moich zainteresowaniach.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**13. Wykonałeś bardzo starannie pracę na konkurs.**

A. Jestem dumny z mojej pracy.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Myślę, że praca nie będzie podobała się innym.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**14. W szkole rozmawiacie, jak radzić sobie ze stresem podczas konkursu.**

A. Myślę, że nie ma skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Jestem ciekawy, jak radzić sobie ze stresem.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**15. Przeczytałeś w książce, że każdy ma jakieś talenty i każdy może być w czymś dobry.**

A. Zgadza się z tym i wiem, w czym jestem dobry.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Myślę, że to zdanie nie jest o mnie.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**16. Przygotowujesz strój, w którym wystąpisz podczas konkursu. Co myślisz o ubraniach i butach, które nosisz?**

A. Jestem zadowolony z moich butów i ubrań.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Chciałbym mieć bardziej modne ubrania i buty.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**17. Za chwilę pokazujesz Twoją pracę na konkursie. Wszyscy się denerwują i Ty też.**

A. Jestem przekonany, że to będzie porażka.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Wiem, że jestem dobrze przygotowany i mój występ się uda.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**18. Prezentujesz pracę na konkursie, ale koledzy Cię nie słuchają.**

A. Moja prezentacja jest ciekawa, ale nie wszystkich interesuje to samo.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie umiem opowiadać ciekawie o mojej pracy.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**19. Publiczność oklaskuje Twój występ zdecydowanie ciszej niż wcześniejszy występ kolegi.**

A. Myślę, że mogłem postarać się bardziej.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Cieszę się z sukcesu kolegi i mojego.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**20. Odbierasz nagrodę. Masz powiedzieć, co czułeś podczas konkursu.**

A. Bez problemu opowiadam o swoich emocjach.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie lubię opowiadać o swoich emocjach.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Uwagi do badania:**

## **SKALA S (Sprawczość)**

Autorzy: E. Domagała-Zyśk, T. Knopik, B. Papuda-Dolińska, K.I. Bieńkowska, (2023)

### **INSTRUKCJA**

1. Przeczytaj opis sytuacji lub posłuchaj, jak czyta go nauczyciel.
2. Zapoznaj się z dwoma przykładami zachowań uczniów.
3. Pomyśl, w jaki sposób Ty zachowujesz się w takiej sytuacji.
4. Przy każdym opisie zachowania określ, czy pasuje ono do Ciebie (niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne).
5. Jeśli nie rozumiesz jakiejś sytuacji lub opisu, to poproś o pomoc.

Sprawdźmy, jak to się robi.

### **PRZYKŁAD**

Wyobraź sobie taką sytuację:

**Twoja klasa jedzie na wycieczkę. Właśnie rozmawiacie o tym, gdzie pojechać.**

Uczniowie w takiej sytuacji zachowują się różnie. Oto dwa przykłady:

#### **A. Zgłaszam swoje pomysły.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

#### **B. Zawsze zgadzam się z pomysłami innych.**

Czy zachowujesz się podobnie? Czy opisane zachowanie jest *niepodobne – trochę podobne – bardzo podobne* do Twojego zachowania?

Zaznacz odpowiedź:

np. tak:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

lub:

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Teraz przeczytaj opisy różnych sytuacji i zaznacz odpowiedzi.**

**1. Będzie sprawdzian na lekcji. Musisz się przygotować.**

A. Nie uczę się, może jakoś mi się uda napisać ten sprawdzian.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Uczę się tyle, żeby być dobrze przygotowanym.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**2. Młodszy kolega zapytał Cię, dlaczego uczysz się języka obcego.**

A. Uczę się, bo wiem, że mi się przyda.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Uczę się, bo muszę.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**3. Nauczyciel proponuje Wam dodatkowe zajęcia komputerowe. Zgłosiłeś się. Dlaczego?**

A. Zgłosiła się prawie cała klasa, więc ja też.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Myślę, że to będzie dobrze wykorzystany czas.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**4. Zostajesz po lekcjach w świetlicy. Zauważyłeś, że ostatnio nie ma tam ciekawych zajęć.**

A. Myślę, jakie ciekawe zajęcia można zorganizować i mówię nauczycielowi.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. W świetlicy jest nuda i nic tego nie zmieni.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**5. Na przerwie była kłótnia między Twoimi kolegami. Ty byłeś jej świadkiem. Później uczniowie opowiedzieli nauczycielowi nieprawdę. Co robisz?**

A. Mówię, co wiem na temat całej sytuacji.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nic nie mówię, bo nie chcę się wtrącać.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**6. Nauczyciel pyta Was, o czym chcecie się uczyć na lekcjach przed feriami.**

A. Obojętne, czego będziemy się uczyć.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Lubię, kiedy nauczyciel pyta uczniów o zdanie.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**7. Jest sprawdzian. Ktoś podaje Ci rozwiązanie zadania.**

A. Korzystam z pomocy, bo dzięki temu dostanę lepszą ocenę.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Korzystam z pomocy, bo moje rozwiązania są zazwyczaj błędne.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**8. Zastanawiacie się w klasie, jak wydać pieniądze zarobione podczas zbiórki maku-latury. Co robisz?**

A. Nic. Inni zdecydują.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Mam pomysł i przekonuję do niego innych.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**9. Możecie w klasie zdecydować, jak będzie wyglądało Wasze ubranie szkolne.**

A. Nic nie mówię, bo moja opinia jest nieważna.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Uczestniczę w rozmowie, bo każdy głos jest ważny.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**10. Koledzy namawiają Cię, aby oszukać nauczyciela.**

A. Zgadzam się. Koledzy często mają dobre pomysły.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Odmawiam, bo tak się nie robi.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**11. Nauczyciele zapraszają Was na dodatkowe spotkanie pod tytułem „Co chcielibyście zmienić w naszej szkole?”**

A. Pójdę – mam kilka propozycji pomysłów i chcę się nimi podzielić z innymi.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie idę – na takich spotkaniach i tak nic się nie dzieje.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**12. Wychowawczynie chce przygotować przedstawienie dla starszych samotnych osób.**

A. Takimi osobami powinna zajmować się opieka społeczna.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Biorę udział, bo takim osobom należy pomagać.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**13. Koleżanka chce zorganizować zbieranie pieniędzy, aby pomóc głodnym dzieciom w Afryce.**

A. Dobry pomysł! Taka akcja pomoże wielu dzieciom.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. To niedobry pomysł! Takie akcje nic nie dają.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**14. Wzięłaś udział w akcji zbierania pieniędzy na pomoc dla głodnych dzieci. Pieniądzy jest bardzo mało.**

A. Nie warto organizować takich akcji.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Ważne, że mogłam pomóc choć jednej osobie.  
NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**15. Szkoła organizuje akcję segregowania śmieci. Chcesz dołączyć. Koledzy mówią Ci, że to bez sensu i nic nie pomoże.**

A. Pomagam i myślę, że to ważne.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Zgadzam się z kolegami i rezygnuję.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**16. W telewizji była informacja, że w jednym kraju jest powódź i mieszkańcy potrzebują pomocy.**

A. Myślę, jak można zorganizować pomoc dla tych ludzi.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie interesuje mnie to. Nie mogę pomóc.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**17. Uczestniczyłeś w spotkaniu z człowiekiem, który ciekawie opowiadał o swoich zainteresowaniach.**

A. Myślę, że zainteresowania to strata czasu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Będę rozwijać swoje zainteresowania, aby kiedyś też o nich ciekawie opowiadać.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**18. Bardzo lubisz sport. Jesteś na spotkaniu ze zdobywcą kilku medali. Co myślisz?**

A. Jak będę ćwiczył, to może też zdobędę medal.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nigdy nie uda mi się zdobyć medalu.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**19. Nauczyciel wf-u przygotowuje z uczniami zawody sportowe. Koledzy namawiają Cię, aby pomóc nauczycielowi.**

A. Nie pomagam, bo zrobią to inni.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Rozmawiam z nauczycielem i chcę pomóc.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE



**20. Przeczytałeś informację o ciekawej wycieczce. Będzie spanie w namiotach, a Ty nigdy tego nie robiłeś.**

A. Muszę się zastanowić. To może być ciekawe.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

B. Nie chcę. Nie lubię nowych sytuacji.

NIEPODOBNE – TROCHĘ PODOBNE – BARDZO PODOBNE

**Uwagi do badania:**

