

# MODEL WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU SKONCENTROWANY NA RODZINIE I ŚRODOWISKU

---

## TERAŹNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ



# MODEL WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU SKONCENTROWANY NA RODZINIE I ŚRODOWISKU

---

## TERAŹNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ

Materiały z konferencji

Publikacja zawiera materiały z konferencji online: *Model wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR) skoncentrowany na rodzinie i środowisku – terażniejszość i przyszłość*, zorganizowanej przez Wydział Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie 8 grudnia 2022 r.

Autorzy: **dr hab. Diana Aksamit, prof. APS, dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL, Małgorzata Dońska-Olszko, Elżbieta Neroj, dr Radosław Piotrowicz, Katarzyna Świeczkowska**

Redakcja merytoryczna  
Wydział Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych  
**Małgorzata Kummant**  
**Wioletta Jaskólska**

Redakcja językowa  
**Marzena Odzimek-Jarosińska**  
**Elżbieta Gorazińska**  
**Małgorzata Pawłowska**

Korekta  
**Marzena Odzimek-Jarosińska**

Projekt okładki, layout,  
redakcja techniczna, skład  
**Barbara Jechalska**

Fotografia na okładce: © asife/Photogenica

Ośrodek Rozwoju Edukacji  
Warszawa 2022

ISBN 978-83-67366-21-2

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  
tel. 22 345 37 00

# Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	5
<b>Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcie rodziny w działaniach Ministerstwa Edukacji i Nauki</b> – Elżbieta Neroj .....	8
<b>Nowy model wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny</b> – dr Radosław Piotrowicz .....	15
<b>Skrining rozwojowy małego dziecka – profilaktyka w Nowym modelu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny</b> – dr Radosław Piotrowicz .....	21
<b>Ocena funkcjonalna a założenia Nowego modelu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny oraz standardów WWR</b> – dr hab. Diana Aksamit, prof. APS .....	26
<b>Wsparcie skoncentrowane na rodzinie – ICF jako podstawa budowania zespołu transdyscyplinarnego wokół dziecka i jego rodziny w nowym modelu WWR</b> – Katarzyna Świeczkowska .....	32
<b>Model skoncentrowany na rodzinie – z doświadczeń zespołu WWR i oddziałów przedszkolnych przy Szkole Podstawowej Specjalnej nr 327 im. dr Anny Lechowicz</b> – Małgorzata Dońska-Olszko .....	37
<b>Wspieranie dziecka i rodziny w procesie przejścia z edukacji przedszkolnej do szkoły</b> – dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL .....	41

## Wstęp

Wczesne wspomaganie rozwoju (WWR) to obszar działań, który ma wieloletnią tradycję, a jednocześnie korzysta z coraz nowocześniejszych metod i narzędzi. Warto przywołać „kanony szczególnego okresu rozwojowego dziecka – od narodzin do 6. roku życia” sformułowane przez Joannę Głodkowską<sup>1</sup>: „kanon szczęśliwego dzieciństwa, kanon podmiotowego traktowania, kanon bezpiecznego środowiska, kanon rozwojowego sukcesu, kanon interwencyjnego profesjonalizmu”.

Jesteśmy w takim momencie, w którym można zaobserwować tradycyjne formy pracy, zgodne z zapisami prawa<sup>2</sup>, oraz próby wdrażania innowacyjnych podejść<sup>3</sup>, mające na celu jeszcze lepsze wsparcie dziecka i jego rodziny.

Wydział Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych (WSPE) Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie (ORE) od wielu lat towarzyszy specjalistom z zakresu WWR, m.in. organizując szkolenia i konferencje upowszechniające wiedzę z tego zakresu. Jedną z tych form odbyła się 8 grudnia 2022 r. Temat konferencji online to: *Model wczesnego wspomagania rozwoju (WWR) skoncentrowany na rodzinie i środowisku – teraźniejszość i przyszłość*.

Konferencja, o której mowa, była odpowiedzią na oczekiwania rodziców oraz kadry szkół i placówek uwarunkowane zróżnicowaniem potrzeb edukacyjnych i zdrowotnych dzieci, w tym objętych kształceniem specjalnym w przedszkolach i innych formach wychowania przedszkolnego.

Dziękuję Wszystkim, którzy poprzez uczestnictwo włączyli się w tworzenie nowych rozwiązań ukierunkowanych na rozwijanie i wzmacnianie potencjału rodzin oraz kompleksowe, zintegrowane wsparcie dziecka – członkom kierownictwa MEiN oraz MRiPS – Pani Minister Marzenie Machałek i Panu Ministrowi Pawłowi Wdówikowi, kuratoriom oświaty, placówkom doskonalenia nauczycieli i przedstawicielom nauki, poradniom psychologiczno-pedagogicznym, jednostkom samorządu terytorialnego, dyrektorom i pracownikom przedszkoli i szkół, liderom WWR, wiodącym ośrodkom koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczym oraz pracownikom żłobków i klubów dziecięcych.

---

<sup>1</sup> Głodkowska J., (2017), *Dziecko Osobą – personalistyczne odczytywanie kanonów wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*, [w:] Głodkowska J., Konieczna I., Piotrowicz R., Walczak G. (red.), *Interdyscyplinarne konteksty wczesnej interwencji, wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, <https://tiny.pl/wpttw> [dostęp: 16.01.2023].

<sup>2</sup> WWR, <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/wczesne-wspomaganie-rozwoju> [dostęp: 16.01.2023], *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci* (Dz.U. z 2017 r., poz. 1635).

<sup>3</sup> Por. *Wczesna interwencja, koncepcje i wizje leżące u jej podstawy*, <https://www.agora-eci.eu/pl/?toolbox=presentation-zestawu-narzedzi> [dostęp: 16.01.2023].

Podczas spotkania, które zgromadziło ok. 600 osób, specjaliści, naukowcy i praktycy prezentowali bogactwo doświadczeń w zakresie pracy z dzieckiem i jego rodziną oraz wskazywali na kierunki zmian, które w pełni zaspokoją potrzeby rodzin oczekujących narodzin i wychowujących dzieci zagrożone opóźnieniami w rozwoju oraz dzieci – od urodzenia do rozpoczęcia edukacji szkolnej.

W ciągu ostatnich lat paradygmat wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami, skoncentrowany na specjalistach, zastępowany jest paradygmatem wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka skoncentrowanym na rodzinie, którego istotą jest aktywny udział w życiu dziecka jego rodziców i opiekunów.

Zgodnie z tym to rodziców wskazuje się jako kluczowych realizatorów oddziaływań wspomagających rozwój dziecka, z wykorzystaniem wewnętrznych zasobów rodziny oraz jej bliższego i dalszego środowiska.

Nowy model WWR włącza dziecko w życie rodziny, a rodzinę – w nurt życia społecznego. Otwiera przestrzeń do szerokiej współpracy specjalistów zarówno z dzieckiem, jak i osobami dorosłymi – rodzicami, rodzeństwem, personelem żłobków i przedszkoli.

Udział w konferencji był okazją do wymiany doświadczeń praktyków i przedstawicieli nauki, działających na rzecz rozwoju zintegrowanego i interdyscyplinarnego podejścia do wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem, w ujęciu międzysektorowym i międzyresortowym.

Zintegrowane podejście do wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem ukierunkowane jest na wspieranie prawidłowego rozwoju dzieci, wzmacnianie więzi rodzinnych i kompetencji wychowawczych rodzin, jak najbliższej miejsca zamieszkania. Zapewnienie dostępu do zintegrowanego systemu wspomaganie rozwoju dzieciom i ich rodzinom, we współpracy trzech resortów: edukacji, zdrowia oraz rodziny i polityki społecznej, gwarantuje im szeroki zakres wsparcia terapeutycznego i edukacyjnego, z uwzględnieniem czynników środowiskowych i w oparciu o ocenę funkcjonowania dziecka.

Kluczowe jest to, że wszyscy patrzymy w tym samym kierunku. Nadrzędne jest dla nas dobro dzieci, zadbanie o ich przyszłość i szczęśliwe, pełne wzrastanie, czemu służą rozwiązania proponowane w omawianym podczas konferencji modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny.

Istotne znaczenie ma też budowanie społecznej wrażliwości, która daje szansę na to, że w pełni zaangażujemy się w realizację idei zmierzającej do budowania społeczeństwa otwartego i aktywnego na rzecz rozwoju włączającego systemu edukacji.

Materiały, które przekazujemy Państwu, są zbiorem artykułów przygotowanych jako uzupełnienie wystąpień prelegentów konferencji z 8 grudnia 2022 r. Autorzy w zwięzły sposób przedstawiają informacje dotyczące *Nowego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci i wsparcia rodzin*, narzędzi do skryningu rozwojowego małego dziecka (SRMD), oceny funkcjonalnej, a także dzielą się doświadczeniami z wykorzystywania modelu skoncentrowanego na rodzinie w praktyce zespołów WWR.

Zapraszam do lektury!  
Marzenna Habib

**Elżbieta Neroj**

*Zastępca Dyrektora Departamentu Wychowania i Edukacji Włączającej (DWEW) –  
Ministerstwo Edukacji i Nauki*

## **Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcie rodziny w działaniach Ministerstwa Edukacji i Nauki**

Działania Ministerstwa Edukacji i Nauki, związane z podnoszeniem jakości i poprawianiem dostępu do wczesnej pomocy dzieciom i rodzinom, wpisują się w cele polskiego rządu dotyczące poprawy dostępności przestrzeni publicznej i przede wszystkim zapewnienia warunków do wszechstronnego, integralnego rozwoju każdego dziecka w jego naturalnym środowisku, ze wspieraniem środowiska rodzinnego.

Dążymy do tego, aby system oświaty był coraz bardziej dostępny, coraz lepiej odpowiadał na potrzeby dzieci z uwzględnieniem zróżnicowania ich potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Cele te są zawarte w oficjalnych dokumentach rządowych, takich jak: *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, *Zintegrowana Strategia Umiejętności*, *Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami*, a także w programach rządowych „Dostępność Plus” oraz „Za życiem”. Istotne są również działania związane z przygotowaniem kadr i stworzeniem rozwiązań, które wspierają współpracę pomiędzy placówkami specjalnymi i ogólnodostępnymi, a także tworzeniem nowego, zintegrowanego międzysektorowo modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny.

Inspiracją działań MEiN jest myśl – „zmienić początek historii, to zmienić całą historię”. Dlatego działania, które wspierają małe dzieci, czy też działania, które pozwalają rodzicom oczekującym dziecka jak najlepiej przygotować się do jego przyjścia na świat, są takie ważne.

### **Terazniejszość**

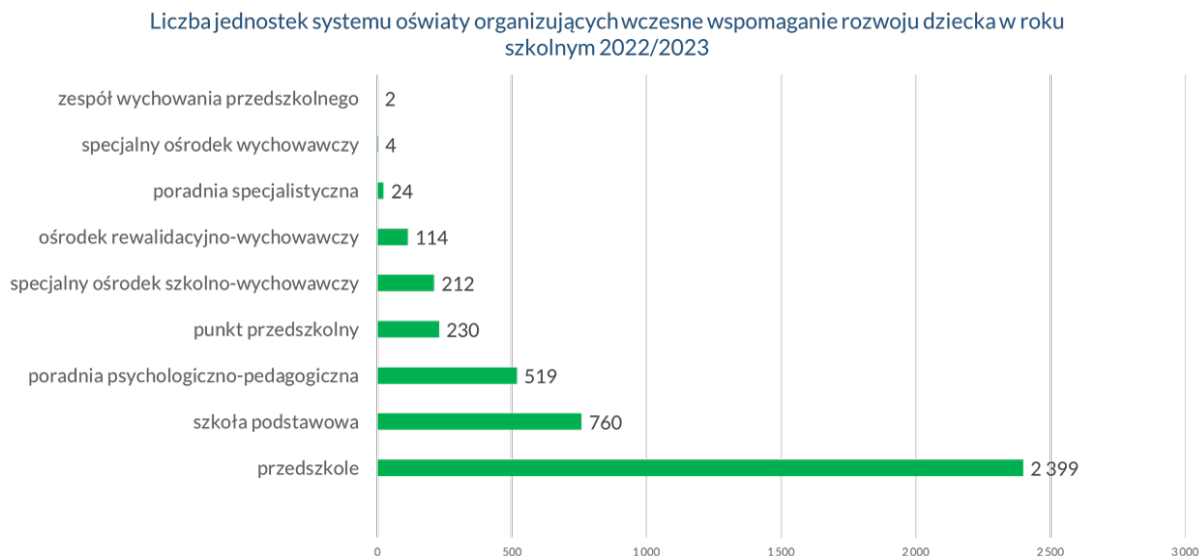
Co roku rośnie liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganie rozwoju (WWR). Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju ze wsparcia korzysta prawie 73 tysiące dzieci. Te działania są realizowane w ponad 4 tysiącach jednostek systemu oświaty w całej Polsce.

Dodatkowo ponad 18 tysięcy dzieci rocznie, nie tylko z niepełnosprawnością, ale także zagrożonych niepełnosprawnością, obejmowanych jest wczesną pomocą wraz ze swoimi rodzinami w wiodących ośrodkach koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (WOKRO). W Polsce funkcjonuje obecnie 320 WOKRO, które rocznie zapewniają ok. 800 tys. godzin wsparcia. Zdecydowana większość takich ośrodków (ok. 80%) jest utworzona w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. W nowej edycji programu „Za życiem” zaplanowano 528 mln

złoty na realizację działań skierowanych do małych dzieci i rodzin, w tym także do rodzin oczekujących na narodzenie dziecka, u którego wykryto wady rozwojowe.

Najwięcej działań w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka realizowanych jest w przedszkolach. Zespoły WWR są tworzone także w szkołach podstawowych oraz w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych.

Rys. 1. Jednostki systemu oświaty realizujące WWR na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka



Źródło: prezentacja multimedialna wykorzystana podczas konferencji 8.12.2022 r.

Nowa edycja programu „Za życiem”, realizowana od 2022 r., umożliwi utworzenie WOKRO w placówce niepublicznej, a także realizację godzin przeznaczonych wyłącznie na konsultacje z rodzicami. Ponadto część środków dotacji może być wydatkowana na zadania administracyjno-techniczne oraz zakup pomocy dydaktycznych (do 10% kosztów poniesionych na prowadzenie zajęć).

Ważne jest, aby coraz lepiej monitorować rozwój dzieci, wcześniej dostrzegać opóźnienia rozwojowe, oferować pomoc jak najbliżej miejsca zamieszkania, aby rodzina nie była przeciążona czynnościami związanymi z poszukiwaniem miejsca, gdzie można uzyskać wsparcie. Istotny jest dostęp do aktualnych informacji, które dotyczą nie tylko rodzaju pomocy udzielanej w sektorze oświaty, ale także w innych sektorach, przede wszystkim ochronie zdrowia, pomocy rodzinie, pomocy społecznej, a także konkretnych lokalizacji i instytucji, znajdujących się w miejscu zamieszkania rodziny, gdzie pomoc można uzyskać.

Często pada pytanie: „Pracujemy w systemie oświaty, dlaczego mamy tak bardzo skupiać się na rodzinie?”. Badania naukowe potwierdzają, że działania rehabilitacyjno-terapeutyczne skierowane wyłącznie do dziecka są nieskuteczne. Liczą się też oddziaływania prowadzone w trakcie codziennych czynności związanych z opieką, karmieniem, zabawą z dzieckiem,

podczas których można rozwijać potrzebne umiejętności i stwarzać sytuacje pobudzające rozwój dziecka w określonych obszarach. Terapia prowadzona raz czy dwa razy w tygodniu może ukierunkować te działania, ale nie jest w stanie ich zastąpić. Stąd tak ważne jest rozwijanie w tym zakresie umiejętności opiekunów, nauczycieli, a przede wszystkim rodziców. Rodzina to miejsce, gdzie dziecko wychowuje się, wzrasta. Celem jest wzmocnienie podmiotowości, pewności rodziców, że najlepiej wspierają rozwój dziecka.

Jest to krok w kierunku podejścia skoncentrowanego na rodzinie – dostrzeżenia i docenienia pracy, jaka odbywa się podczas codziennych czynności opiekuńczych, w czasie zabawy z dzieckiem i opieki nad nim.

Nie zastępujemy rodziny, tylko ją wspieramy, stąd taki duży komponent związany z uruchomieniem doradztwa dla rodzin, gdzie rodzina uzyska rzetelną informację na temat działań wspierających dziecko. Bardzo nam zależy, żeby ta pomoc była jak najbliżej dziecka, najbliżej rodziny.

Kluczowa jest integracja działań w samej oświacie, czyli jeden indywidualny plan wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. Nie tak jak jest obecnie – indywidualny plan wczesnego wspomaganie, indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny czy indywidualny program zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Jeden plan, w którym działania są zintegrowane. Oznacza to ukierunkowanie na realizację tych samych celów. Dzięki temu więcej dzieci będzie mogło korzystać z pomocy, bo nie będzie ona powielana, a z drugiej strony odpowiemy na różne potrzeby dziecka i jego rodziny.

Istotny cel – jaki chcemy osiągnąć – to efektywna pomoc. Nie chodzi tylko o to, żeby rozpoznać dysharmonie rozwojowe i podjąć jakieś działania, lecz by były one dobre jakościowo i uruchomione w jak najwcześniejszym okresie życia dziecka oraz ukierunkowane na wspieranie jego codziennego funkcjonowania. Dlatego ważne jest monitorowanie, czy działania adresowane do dziecka, do rodziny skutkują tym, że dziecko coraz lepiej się rozwija i funkcjonuje. Cele te można ująć w trzech hasłach: „Blżej – Wcześniej – Lepiej”.

Przepisy, które udało się już wprowadzić w zakresie wdrażania nowego modelu to: program „Za życiem” i nowe standardy kształcenia nauczycieli, które zawierają nowy standard kształcenia w zakresie pedagogiki specjalnej ze specjalnością wczesne wspomaganie rozwoju dziecka.

Bardzo ważnym elementem jest określenie w przepisach standardów zatrudniania nauczycieli specjalistów w ogólnodostępnych i integracyjnych przedszkolach i szkołach oraz w zespołach tych przedszkoli i szkół. W szkołach i w placówkach specjalnych jest kadra specjalistów przygotowanych w zakresie pedagogiki specjalnej, natomiast brakowało tych specjalistów w szkołach ogólnodostępnych i w przedszkolach.

Przepisy określają sposób wyliczenia łącznej, minimalnej liczby etatów w zależności od liczby dzieci lub uczniów w przedszkolach i w szkołach. Standardy wprowadzane są w dwóch

etapach: I etap – od 1 września 2022 r. i II etap – od 1 września 2024 r. Co ważne, standardy dotyczą zarówno placówek publicznych, jak i niepublicznych.

Środki na realizację standardów zostały zapewnione w budżecie państwa w ramach części oświatowej subwencji ogólnej. W 2022 r. na pokrycie kosztów zatrudnienia w okresie od września do grudnia przekazano niemal 520 mln zł. W 2023 r. standaryzacja zatrudnienia nauczycieli specjalistów dotyczy już całego roku. W ramach subwencji wstępnej na 2023 r. naliczono na to zadanie środki w wysokości ok. 1,86 mld złotych, z czego prawie miliard trafi do przedszkoli.

Kluczowym elementem *Nowego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny* jest – w przypadku dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym – włączenie w program działań prowadzonych w ramach bieżącej pracy. Działania mają być realizowane na terenie placówki wychowania przedszkolnego – musi to być praca zespołowa nauczycieli i specjalistów we współpracy z rodzinami. Oczywiście do tego dochodzi wsparcie ze strony instytucji koordynujących te działania, wzorowanych na WOKRO.

Dzięki współpracy z Ministerstwem Zdrowia badania bilansowe prowadzone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zostały, na wniosek Ministerstwa Edukacji i Nauki, uzupełnione o dodatkowe aspekty związane z badaniem wzroku i słuchu. Te przepisy już obowiązują.

Od września 2022 r. w Systemie Informacji Oświatowej zbierane są także dane dotyczące tego, w jaki sposób przedszkola, szkoły realizują zalecenia zawarte w opiniach i orzeczeniach, w tym w opiniach o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju.

Przygotowujemy się do wdrożenia nowych rozwiązań. Prowadzony jest szereg działań o charakterze pilotażowym, szkoleniowym i konsultacyjnym.

W 2021 r., na zlecenie MEiN, został opracowany nowy, zintegrowany model wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny, a także standardy jego wdrożenia. Realizatorem tego zadania była Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Model i standardy zostały opracowane we współpracy z przedstawicielami innych uczelni i praktykami oraz poddane konsultacjom, w tym z przedstawicielami samorządu powiatowego pod względem możliwości i wyzwań związanych z ich wdrożeniem. W przygotowanym modelu wykorzystano doświadczenia zebrane w trakcie realizacji zadań w programie „Za życiem” przez wiodące ośrodki koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńcze.

Kolejne ważne działanie, z punktu widzenia wdrożenia rozwiązań, to stworzenie domeny: [wsparcie.gov.pl](https://wsparcie.gov.pl), gdzie sukcesywnie umieszczane są wykorzystywane w procesie oceny funkcjonalnej – narzędzia do badań przesiewowych, skale do oceny funkcjonowania ucznia dla nauczycieli, narzędzia diagnostyczne do indywidualnej oceny rozwoju poznawczego, emocjonalno-społecznego i osobowościowego dzieci i młodzieży w wieku od urodzenia do 25 roku życia, i wreszcie – materiały do pracy postdiagnostycznej. Wszystkie materiały udostępniane są nieodpłatnie, a całość będzie utrzymywana przez MEiN. Planowane jest uruchomienie

systemu informatycznego z szeregiem funkcjonalności, które ułatwią realizację wsparcia w ujęciu międzysektorowym, w tym wspomagających komunikację pomiędzy pracownikami szkoły, szkołą i rodzicami, szkołą i poradnią, docelowo także pomiędzy jednostkami systemu oświaty i instytucjami z innych sektorów.

## Działania wdrożeniowe MEiN

Rys. 2. Działania wdrożeniowe MEiN



Źródło: prezentacja multimedialna wykorzystana podczas konferencji 8.12.2022 r.

Jednym z kluczowych rozwiązań jest nowy model oceny potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka, planowanie działań wspierających na podstawie wyników tej oceny oraz oceny ich efektów – faktycznego wpływu na codzienne funkcjonowanie dziecka, jego rozwój i uczenie się. Te rozwiązania określamy pojęciem – oceny funkcjonalnej. Chcielibyśmy, żeby na podstawie wyników tej wielowymiarowej oceny – spojrzenia na to, jak przebiega rozwój dziecka, jak ono rzeczywiście funkcjonuje w sytuacji edukacyjnej i poza szkołą – przydzielane było wsparcie. Aby podnieść jakość procesu oceny potrzeb oraz planowania i udzielania wsparcia, w 2022 r. na zlecenie MEiN, opracowane zostały standardy oceny funkcjonalnej w odniesieniu do siedmiu grup trudności uczniów. Zadanie zostało zrealizowane przez Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II we współpracy z przedstawicielami innych uczelni. Opracowane standardy zostały skonsultowane z pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznych.

W ramach realizacji zadania publicznego, na zlecenie MEiN, przygotowane zostały także standardy:

- prowadzenia psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej skierowanej do dzieci, uczniów, rodziców;
- prowadzenia pomocy psychologicznej w publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistycznych;
- prowadzenia superwizji w edukacji dla pracowników: poradni psychologiczno-pedagogicznych, przedszkoli, szkół i placówek.

Opisano warunki i zasady przygotowania kadry superwizorów w edukacji, a także opracowano kodeks etyczny superwizora w edukacji. Realizatorem tego zadania było Polskie Towarzystwo Psychologiczne, ww. materiały podlegały konsultacji ze środowiskiem.

Dokonywanie oceny funkcjonalnej to nie tylko zadanie przedszkoli, nauczycieli, dyrektorów szkół czy samorządów. Analiza potrzeb całej populacji dzieci i młodzieży oraz stanu ich zaspokojenia i uruchamianie działań wspierających z poziomu krajowego – to też zadania administracji rządowej.

Prowadzone są działania pilotażowe, aby te rozwiązania, które przygotujemy we współpracy z naukowcami, ekspertami, z osobami na co dzień je realizującymi, mogły być sprawdzone w różnych uwarunkowaniach lokalnych:

- pilotaż nowego stanowiska niepedagogicznego w systemie oświaty: ponad 600 asystentów uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi już pracuje w przedszkolach i w szkołach;
- pilotaż 23 Specjalistycznych Centrów Wspierających Edukację Włączającą (SCWEW);
- pilotaż współpracy międzysektorowej, realizowany w ramach umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Edukacji i Nauki a Uniwersytetem Śląskim w Katowicach, we współpracy z innymi uczelniami: Akademią Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Uniwersytetem Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytetem Marie Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz Katolickim Uniwersytetem Lubelskim;
- pilotaż oceny funkcjonalnej, który realizowany jest w ramach projektu Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz ww. projektu pilotażowego współpracy międzysektorowej.

Mając świadomość, jak ważny jest nauczyciel, który prowadzi bezpośrednio działania z dzieckiem, z rodziną, uruchomiliśmy szereg inicjatyw skierowanych do nauczycieli, w tym działania informacyjne, np. kampanię „Edukacja w zasięgu ręki”, szkolenia dla niemal 30 tys. osób w zakresie edukacji włączającej, które są realizowane w 16 województwach. Prowadzone są także szkolenia dla 1400 pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych. Współpracujemy także z międzynarodową organizacją UNICEF i przygotowujemy projekt rozwijający kompetencje nauczycieli specjalistów pracujących w przedszkolach i w szkołach ogólnodostępnych w zakresie pracy w środowisku zróżnicowanym. Ważnym komponentem szkolenia będą działania interwencyjne związane m.in. ze wspieraniem uczniów z Ukrainy i ich włączenie w życie klasy, szkoły i społeczności lokalnej. W ramach projektu nauczycielom zostanie zapewnione doradztwo i superwizja.

## **Przyszłość**

Zaplanowane działania to dalsze prace legislacyjne. Jeżeli chcemy mieć zintegrowany model wczesnego wspomaganie rozwoju i wsparcia rodziny jako rozwiązanie systemowe, to potrzebne są zmiany na poziomie ustawy. Będzie to działanie adresowane nie tylko do dzieci ze stwierdzoną niepełnosprawnością, ale także z zaburzeniami rozwoju, które mogą skutkować zagrożeniem niepełnosprawnością oraz do rodzin oczekujących na narodziny dziecka. Prowadzone są prace nad projektem ustawy o wsparciu dzieci, uczniów i rodzin, który został wpisany do wykazu prac legislacyjnych rządu (nr UD319). Planowany termin uzgodnień i konsultacji tego projektu to 2024 r. Pozwoli to na uwzględnienie w projektowanych przepisach wyników trwających pilotaży.

Kolejne działania to przede wszystkim uzupełnianie narzędzi i udostępnianie już opracowanych narzędzi oraz poradników w portalu **wsparcie.gov.pl** jako pomoc przy realizacji zadań w świetle założeń edukacji o wysokiej jakości dla wszystkich uczniów.

Ponadto kontynuowana będzie współpraca międzysektorowa i działania związane z opracowaniem narzędzi i poradników, a także przygotowaniem kadr, doposażeniem jednostek systemu oświaty. W nowej perspektywie finansowej Unii Europejskiej (program FERS) na ten cel zaplanowano niemal 500 mln złotych.

dr Radosław Piotrowicz

*Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej*

## **Nowy model wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny**

**Nowy model WWR** jest efektem prac Zespołu do spraw opracowania modelu kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, który działał w okresie od października 2017 do grudnia 2019 roku oraz rekomendacji opracowanych w projekcie „Wspieranie podnoszenia jakości edukacji włączającej w Polsce”, realizowanym przez MEiN we współpracy z Europejską Agencją do spraw Specjalnych Potrzeb i Edukacji Włączającej w ramach Programu Wsparcia Reform Strukturalnych Komisji Europejskiej<sup>4</sup>.

**Główne założenie** Nowego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny to konieczność otrzymania przez małe dzieci z nieharmonijnym rozwojem lub z niepełnosprawnością oraz ich rodziny dodatkowego wsparcia w celu wyrównania szans w rozwoju i integracji społecznej.

Nowy model zakłada możliwość międzysektorowego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny, rozumianego jako kompleksowe działania wspierające, skierowane do rodzin oczekujących narodzin lub wychowujących dziecko w wieku od urodzenia do momentu rozpoczęcia realizacji spełniania obowiązku szkolnego.

Wsparcie małego dziecka i jego rodziny, zgodnie z nowym modelem WWR, uwzględnia podejście skoncentrowane na rodzinie i przekonanie o wiodącej roli rodziny w życiu dziecka oraz bazuje na biopsychospołecznym modelu niepełnosprawności.

Zasadniczą rolą wszystkich instytucji oraz specjalistów pracujących w obszarze WWR jest takie wspieranie rodziny, które:

- minimalizuje jej stres;
- wzmacnia kompetencje wychowawcze;
- wzmacnia kompetencje stymulujące rozwój dziecka;
- zapewnia włączenie rodziny w nurt życia społecznego.

---

<sup>4</sup> *Nowy model wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny* (2021) opracowany w ramach projektu: *Opracowanie i pilotaż standardów w zakresie organizacji wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny* finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki, nr umowy: MEiN/2021/DWKI/80 oraz pilotażowo wdrażany w 36 powiatach w ramach projektu realizowanego przez Uniwersytet Śląski: *Projekt innowacyjno-wdrożeniowy w zakresie oceny funkcjonalnej*, finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki MEiN/2022/DWEW/1070. Więcej: <https://mwm.us.edu.pl/> [dostęp: 12.06.2023].

### **W praktyce specjaliści WWR budują potencjał rodziny:**

- bazując na jej mocnych stronach;
- uwzględniając jej priorytety, wybory i decyzje w planowaniu wsparcia.

Dziecko zaś – niezależnie od ograniczeń, potrzeb i możliwości – ma pełne prawo do uczestnictwa w życiu rodziny i społeczności lokalnej. Wsparcie środowiska rodzinnego i pozarodzinnego dziecka stanowi podstawę włączenia go w grupę społeczną i zwiększenia szans na niezależne życie w okresie dorosłości społecznej.

- Koncentracja na rodzinie jako naturalnym środowisku życia dziecka, domu rodzinnym, żłobku, przedszkolu i innych instytucjach;
- Wzmacnianie więzi pomiędzy rodzicami i ich dziećmi;
- Kompleksowość;
- Ciągłość procesu oceny potrzeb i wsparcia;
- Poszanowanie praw i uprawnień odbiorców;
- Elastyczność organizacyjna.

### **Cele nowego modelu to:**

- 1. Zapobieganie** – profilaktyka występowania nieprawidłowości rozwojowych, a w dalszej perspektywie zmniejszenie skali trudności w uczeniu się i w codziennym funkcjonowaniu – wzmocnienie działań profilaktycznych.
- 2. Wczesne rozpoznanie**, a następnie **eliminowanie lub minimalizowanie zaburzeń rozwojowych** u dzieci, które mogą skutkować w przyszłości wystąpieniem niepełnosprawności lub poważnymi ograniczeniami w funkcjonowaniu dziecka oraz jego rodziny poprzez podjęcie i realizację kompleksowych, skoordynowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych.
- 3. Rozwijanie i wzmacnianie potencjału rodzin** w zakresie umiejętności i możliwości wspierania rozwoju dzieci w codziennych sytuacjach życiowych.
- 4. Zapewnienie dostępu do lokalnej sieci wsparcia WWR** (placówek, instytucji i innych form świadczeń) wszystkim potrzebującym dzieciom i ich rodzinom, niezależnie od tego, czy trudności w rozwoju dziecka zostały potwierdzone rozpoznaniem medycznym, w tym wsparcie dla rodziców, którzy zdecydowali się na pozostanie z dzieckiem w domu lub rodziców dzieci starszych realizujących obowiązki nauki w warunkach domowych (rola Instytucji Koordynującej – IK).
- 5. Podniesienie jakości i efektywności wczesnej pomocy** udzielanej dzieciom i ich rodzinom przez jednoczesne: uruchamianie zasobów w środowisku dziecka i rodziny przez zapewnienie m.in. włączającej opieki instytucjonalnej do lat 3 (żłobki itp.) oraz wychowania przedszkolnego, dostępności do świadczeń medycznych, a także form wsparcia rodziny z zakresu pomocy społecznej.
- 6. Zintegrowanie działań wokół dziecka i rodziny** rozumiane jako połączenie w jeden instrument wsparcia (nowy model WWR) wielu aktualnych form organizacyjnych wspierania rozwoju dzieci do rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego oraz wdrożenie

międzysektorowej współpracy i koordynacji działań, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia, pomocy rodzinie i pomocy społecznej z oferowanymi formami wsparcia w systemie edukacji.

7. **Personalizację wsparcia** poprzez dostosowanie rodzaju i zakresu pomocy do rzeczywistych potrzeb dziecka, rodziny i środowiska pozarodzinnego.
8. **Zmniejszenie obciążeń proceduralnych** związanych z uzyskaniem dostępu do wsparcia w ramach WWR.
9. **Bardziej efektywne wykorzystanie zasobów lokalnych**, jak również podniesienie jakości świadczonej pomocy, dzięki spójności celów i zsynchronizowaniu oddziaływań pomocowych (efekt synergii).

## Poznanie, zrozumienie, wsparcie rodziny, dziecka i rodziny – pytania o stan obecny i nowe założenia

Podstawowe zasady:

- **Partnerstwo** w planowaniu i realizacji oferty wsparcia z włączaniem partnerów społecznych i organizacji społecznych;
- **Pomocniczość** polegająca na dążeniu do zwiększania oferty wsparcia dla odbiorców będących jak najbliżej ich miejsca zamieszkania, przy wykorzystaniu zasobów podmiotów już realizujących te usługi w środowisku lokalnym;
- **Wzmacnianie społeczności lokalnych** poprzez rozwijanie zasobów współpracy międzysektorowej podmiotów realizujących zadania w ramach krajowego systemu.

Adresatami WWR są:

1. **Dzieci od urodzenia do rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego** potrzebujące wsparcia, a nie tylko te, u których została stwierdzona niepełnosprawność lub zagrożenie jej wystąpienia (tym samym **rezygnacja z konieczności stwierdzenia niepełnosprawności lub postawienia rozpoznania wg ICD**).
2. **Rodziny** małych dzieci z zaburzonym rozwojem w różnych jego obszarach – zwiększenie wsparcia rodziny poprzez pracę nad wzmacnianiem kompetencji i umiejętności rodziców, rozwijanie u nich poczucia własnej skuteczności w wychowaniu i opiece nad dzieckiem.
3. **Pozarodzinne środowisko opiekuńczo-wychowawcze i edukacyjne** (opiekunowie dzieci do lat 3, nauczyciele placówek wychowania przedszkolnego, inne instytucje zajmujące się małym dzieckiem).

## Zintegrowanie aktualnego systemu wsparcia

**Nowy model WWR – głównym filarem** jest mapowanie zasobów podmiotów realizujących zadania w zakresie WWR w środowisku lokalnym – **sieć lokalna**.

Sieć wsparcia stanowią miejsca, grupy, z których dziecko i rodzina otrzymują wsparcie.

Wszystkie podmioty publiczne i niepubliczne działające na rzecz małego dziecka i jego rodziny, będące w lokalnej sieci WWR dysponują zasobami osób posiadających wiedzę i umiejętności oraz doświadczenie w zakresie budowania relacji z rodziną i z dzieckiem, przeprowadzenia oceny funkcjonalnej adekwatnie do wieku życia dziecka oraz rodzaju i stopnia zaburzeń rozwojowych, a także realizacji Indywidualnego planu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny.

Lokalna sieć podmiotów zapewniająca wsparcie rodzinom i dzieciom podlega ustawicznemu monitorowaniu jej organizacji oraz ewaluacji efektywności współpracy międzyinstytucjonalnej.

Podmioty w sieci zapewniające wsparcie rodzinom i dzieciom to baza informacji dotyczących:

- typu i rodzaju wsparcia;
- formy realizacji wsparcia;
- zasobów kadrowych (zespoły WWR);
- placówek współpracujących;
- typu adresatów z uwzględnieniem poziomu wsparcia.

	<b>WWR (obecnie)</b>	<b>Nowy model WWR</b>
<b>Założenia</b>	Koncentracja na dziecku	Koncentracja na rodzinie, jej zasobach, mocnych stronach i środowisku dziecka
<b>Adresaci</b>	Dziecko z niepełnosprawnością od urodzenia do rozpoczęcia nauki szkolnej	Wsparcie udzielane jest wszystkim dzieciom i ich rodzinom, które potrzebują pomocy, bez konieczności stwierdzenia niepełnosprawności lub postawienia rozpoznania medycznego według klasyfikacji ICD
<b>Miejsce</b>	Placówki WWR	Placówki WWR, dom, środowisko rodzinne i pozarodzinne dziecka (żłobek, przedszkole, grupa rówieśnicza)
<b>Struktura organizacyjna</b>	Incydentalna współpraca międzysektorowa, koncentracja na zadaniach w ramach oświaty	Praca międzysektorowa, sieć podmiotów WWR, integrowanie usług i świadczeń międzysektorowych
<b>Cele, rezultaty</b>	Rozwój dziecka, usprawnianie	Profilaktyka, monitorowanie rozwoju, wzmacnianie potencjału rodziny, włączenie społeczne dziecka i rodziny, doradztwo dla placówek, praca środowiskowa

	<b>WWR (obecnie)</b>	<b>Nowy model WWR</b>
<b>Zespół</b>	Zespół specjalistów, model pracy multiinterdyscyplinarnej, koordynator	Zespół specjalistów WWR – model pracy transdyscyplinarny z włączeniem rodziny, model środowiskowy, koordynator WWR, specjalista wiodący
<b>Program WWR</b>	Program edukacyjno-terapeutyczny, formy i zakres wsparcia w edukacji	Program wsparcia dziecka i rodziny – międzysektorowy
<b>Struktura organizacyjna</b>	Incydentalna współpraca międzysektorowa, koncentracja na zadaniach w ramach oświaty	Praca międzysektorowa, sieć podmiotów WWR, integrowanie usług i świadczeń międzysektorowych

## Nowy model WWR – zintegrowanie form organizacyjnych w edukacji

Zintegrowanie w jeden instrument WWR obejmuje wszystkie dotychczasowe formy organizacyjne wsparcia oferowane dzieciom do rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego w systemie oświaty:

- wczesne wspomaganie rozwoju dzieci (aktualnie obowiązujące);
- pomoc psychologiczno-pedagogiczną udzielaną w przedszkolach i w poradniach psychologiczno-pedagogicznych;
- kształcenie specjalne na etapie wychowania przedszkolnego;
- zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze organizowane dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim w wieku od 3 lat.

## Standardy organizacji systemu wspomaganie rozwoju dziecka i wspierania rodziny<sup>5</sup>

Ujednolicony standard – jakość organizacji pracy zespołu WWR stanowi zestawienie opracowanych działań:

- Profil specjalisty WWR – ujednolicony profil kompetencji, koordynator WWR, specjalista wiodący;
- Model transdyscyplinarny zespołu – zasady współpracy, superwizje, interwizje, szkolenia, trening interpersonalny;
- Ujednolicone zasady postępowania względem dziecka i rodziny – procedury;

<sup>5</sup> Aksamit D., Mikler-Chwastek A., Piotrowicz R., Walczak, G., Walkiewicz-Krutak M., (2021), *Standardy organizacji systemu wspomaganie rozwoju dziecka i wspierania rodziny (WWR) w ramach projektu: Opracowanie i pilotaż standardów w zakresie organizacji wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki nr umowy: MEiN/2021/DWKI/80.*

- Ujednolicone procedury oceny funkcjonalnej (ICF) z uwzględnieniem oceny kryterialnej (ICD-11);
- Dokumentowanie i wewnętrzny nadzór nad realizacją działań WWR względem dziecka, rodziny i jego środowiska – baza dokumentacji;
- Standard zasobów podmiotu realizującego WWR w zależności od poziomu wsparcia (kryteria dostępności);
- Zewnętrzny nadzór oraz kontrola nad jakością realizacji zadań w zakresie WWR.

dr Radosław Piotrowicz

*Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej*

## **Skrining rozwojowy małego dziecka<sup>6</sup> – profilaktyka w Nowym modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny**

Nowy model WWR zakłada możliwość międzysektorowego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny (rozumianego jako kompleksowe działania wspierające), skierowaną do rodzin oczekujących narodzin dziecka lub wychowujących dziecko w wieku od urodzenia do momentu rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego.

Wsparcie to ukierunkowane jest na optymalizację rozwoju dziecka oraz na zapobieganie wykluczeniu i zapewnienie włączenia społecznego dziecka i rodziny. Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci i wsparcia rodzin gwarantują prawa dzieci i ich rodzin określone w konwencjach ONZ ratyfikowanych przez Polskę: *Konwencji o prawach dziecka<sup>7</sup>* oraz *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych<sup>8</sup>*.

### **Nowy model wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny to:**

międzyresortowe kompleksowe oddziaływania pomocowe skierowane do rodzin oczekujących narodzin lub wychowujących dziecko od urodzenia do rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego, ukierunkowane na rozwijanie więzi rodzinnych, optymalizację rozwoju dziecka oraz zapewnienie włączenia społecznego dziecka i rodziny.

### **Jeden instrument wsparcia dziecka i rodziny.**

Funkcje wczesnego wspomaganie rozwoju to:

- 1) Profilaktyka – badanie i rozpoznawanie potrzeb rozwojowych dziecka;
- 2) Diagnostyka – wczesne rozpoznanie, a następnie eliminowanie lub minimalizowanie zaburzeń rozwojowych; ocena funkcjonalna w oparciu o kryteria ICF, poziomy wsparcia;

<sup>6</sup> *Skrining rozwoju małego dziecka (SRMD)* – narzędzie badawcze opracowane przez R. Piotrowicza, M. Walkiewicz-Krutak, K. Wereszkę, I. Gellebę, A. Mikler-Chwastek, K. Pawlaka w ramach projektu realizowanego przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej: *Opracowanie i pilotaż standardów w zakresie organizacji wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny*, finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki nr umowy: MEiN/2021/DWKL/80 oraz projektu realizowanego przez Uniwersytet Śląski: *Projekt innowacyjno-wdrożeniowy w zakresie oceny funkcjonalnej*, finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki MEiN/2022/DWEW/1070.

<sup>7</sup> *Konwencja ONZ o prawach dziecka* (Dz.U. Nr 120, 1991 r., poz. 526, ze zm.).

<sup>8</sup> *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* (Dz.U. 2012, poz. 1169).

- 3) Wspieranie – rozwijanie i wzmacnianie potencjału rodziny, terapeutyczne wsparcie dziecka;
- 4) Zintegrowanie działań wokół dziecka i rodziny (zdrowie + edukacja + pomoc społeczna), personalizacja wsparcia, zmniejszenie obciążeń proceduralnych związanych z uzyskaniem dostępu do wsparcia w ramach WWR, bardziej efektywne wykorzystanie zasobów lokalnych, jak również podniesienie jakości udzielonego wsparcia dziecku, rodzinie i środowisku pozarodzinnym.

Zakres zadań w ramach procesu monitorowania rozwoju i profilaktyki zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży:

- Prowadzenie edukacyjnych badań przesiewowych na terenie instytucji opieki nad dziećmi do lat 3;
- Wsparcie w realizacji zadań związanych z monitorowaniem rozwoju dzieci w wieku do lat 3 oraz objętych wychowaniem przedszkolnym – konsultacje, instruktaż;
- Koordynacja badań przesiewowych na terenie placówek wychowania przedszkolnego i szkół;
- Zbieranie i upowszechnianie informacji dotyczących potrzeb dzieci i rodzin na terenie powiatu oraz dostępnych możliwości wsparcia.

Zgodnie z założeniami nowego modelu WWR, działania związane z wczesnym wykrywaniem potencjalnych opóźnień czy zaburzeń w rozwoju dzieci prowadzone w jednostkach ochrony zdrowia powinny być kontynuowane w instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (żłobkach i klubach dziecięcych), placówkach wychowania przedszkolnego oraz klasach I–III szkoły podstawowej. Tym samym działania te złożyłyby się na program systematycznego monitorowania kompetencji rozwojowych dzieci, który objąłby wszystkie sfery rozwoju (rozwój sensoryczny, ruchowy, poznawczy i społeczno-emocjonalny) oraz obszary rozwoju zgodnie z *Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF)<sup>9</sup>.

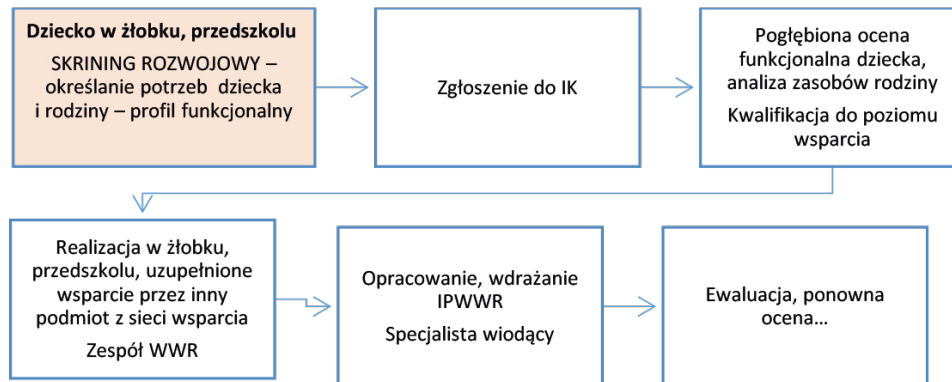
Dodatkowo nowy model WWR zakłada wprowadzenie na stałe prowadzenia edukacyjnych badań przesiewowych wybranych obszarów funkcjonowania dzieci za pomocą odpowiednio przygotowanych do tego celu narzędzi. Proponuje, by badania skriningowe były prowadzone przez specjalistów zatrudnionych w żłobkach, przedszkolach i szkołach podstawowych, a w przypadku instytucji opieki nad dziećmi do lat 3 – pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych (PPP). Wyniki monitorowania rozwoju i badań przesiewowych powinny być następnie omawiane z rodzicami, którzy uzyskaliby informacje, jakie działania wspierające rozwój dziecka są rekomendowane i czy wskazana jest pogłębiona ocena funkcjonalna w PPP. Zanonimizowane wyniki badań przesiewowych posłużą analizie potrzeb rozwojowych dzieci i młodzieży na terenie powiatu. Za cały proces monitorowania badań ma odpowiadać Instytucja Koordynująca (IK). Zgodnie z założeniami i w praktyce

---

<sup>9</sup> Piotrowicz R. (red.), (2017), *Małe dziecko. Troska – Akceptacja – Bezpieczeństwo – Uczenie*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

pozwole to na planowanie odpowiednich działań profilaktycznych i interwencyjnych na poziomie lokalnym i krajowym.

Rys. 1. Monitorowanie rozwoju dziecka



## Działania profilaktyczne jako podstawa nowego modelu WWR

Okres szczególnej wrażliwości rozwojowej wczesnego dzieciństwa i średniego dzieciństwa stanowi wyzwanie dla systemu profilaktyki w Polsce. Analiza bilansów wskazuje na brak systemowych programów profilaktycznych ukierunkowanych na monitorowanie rozwoju dzieci w tym okresie, szczególnie dzieci z grupy ryzyka po pierwszym roku życia, w tym dzieci z dysfunkcjami słuchu i wzroku. W Polsce dotychczas nie prowadzono badań skriningowych dotyczących narządu wzroku i funkcji wzrokowych u małych dzieci, poza badaniami w grupie dzieci przedwcześnie urodzonych i dzieci genetycznie obciążonych prawdopodobieństwem wystąpienia schorzenia układu wzrokowego.

**Skrining rozwoju małego dziecka (SRMD)** to narzędzie służące monitorowaniu rozwoju dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa (6–36 mies.) oraz średniego dzieciństwa (3–6 lat). Obejmuje obserwację zachowań dziecka w kategorii aktywności. Oceniane aktywności pogrupowane są w obszary zgodnie z klasyfikacją ICF. Podstawę oceny stanowią schematy rozwojowe, które przedstawiają, zgodnie z prawami ontogenezy, aktywności typowe dla funkcjonowania prawidłowo rozwijającego się dziecka. Badanie odbywa się na podstawie obserwacji aktywności dziecka i na podstawie rozmowy z opiekunami dziecka. Powinno być poprzedzone obserwacją dziecka i budowaniem relacji z nim i z ośrodkiem opiekuńczym.

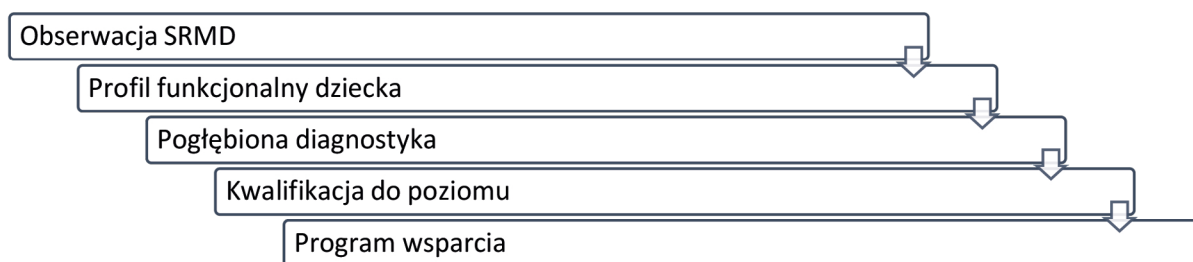
Skrining rozwoju małego dziecka jest:

- kluczowym, wstępnym etapem do planowania działań wspierających rozwój dziecka oraz jego rodziny;
- rodzajem strategicznego badania, które z założenia przeprowadza się na ogólnej populacji dzieci, w tym będących w grupie podwyższonego ryzyka, lub u których zaobserwowano niepokojące sygnały zaburzeń rozwoju albo trudności w uczeniu się i codziennym funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym;

- istotnym narzędziem realizacji zadań ukierunkowanych na rozwój umiejętności kluczowych dziecka, takich jak: reagowanie na różnorodne bodźce i sygnały płynące z otoczenia (w szczególności na bodźce społeczne), koncentrowanie uwagi na osobach i działaniach, motywacja do podejmowania działania, w tym inicjowania interakcji z innymi osobami, naśladowanie, współdzielenie uwagi, zabawa funkcjonalna, rozwijanie umiejętności samokontroli, które warunkują uczenie się i stosowanie wiedzy, komunikowanie się, samodzielność i niezależność, włączenie społeczne dziecka. Podjęta aktywność ma uruchomić działania skierowane do dziecka oraz jego środowiska rodzinnego i pozarodzinnego, których efektem jest ukierunkowanie na rozwój uzdolnień dziecka, dostosowanie procesu kształcenia do jego potrzeb, predyspozycji oraz trudności, które mogą rzutować na efekty uczenia się oraz na szczególne osiągnięcia dziecka, a tym samym warunkują jakość życia dziecka i jego rodziny.

Zastosowanie skriningu rozwoju małego dziecka pozwala na:

- monitorowanie rozwoju małych dzieci w wieku 0–3 lat oraz dzieci w wieku przedszkolnym, w tym dzieci z grupy ryzyka, by w konsekwencji zapewnić każdemu dziecku optymalne warunki do osiągnięcia kompetencji rozwojowych na kolejnych etapach uczenia się;
- monitorowanie rozwoju dzieci, u których zaobserwowano niepokojące sygnały zaburzeń rozwojowych, by je zweryfikować w odniesieniu do ogólnego poziomu funkcjonowania dziecka, a w przypadku ich potwierdzenia – przeprowadzenie pogłębionej, wielospecjalistycznej oceny dziecka i podjęcie działań w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka;
- monitorowanie rozwoju dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwojowe (w tym przeprowadzono rozpoznanie kliniczne), by dokonywać analizy postępów w rozwoju dziecka w wyniku podjętych działań wspomagająco-terapeutycznych oraz ewaluacji programów wspomagania rozwoju i wsparcia rodziny.



Rys. 2. Etapy działania w nowym modelu WWR

Kwestionariusze obserwacji aktywności dziecka mogą być wykorzystane przez:

- specjalistów WWR (psychologów, logopedów, pedagogów specjalnych, fizjoterapeutów i innych terapeutów);
- opiekunów w instytucjach opieki nad małym dzieckiem, wychowawców w przedszkolach;
- pielęgniarki, położne środowiskowe, lekarzy pediatrów, POZ-y;

- pracowników socjalnych, doradców rodzinnych, asystentów rodziny, którzy wspierają rodziny w rutynowych czynnościach;
- rodziców, prawnych opiekunów dziecka, którzy dzięki temu będą mogli po wykryciu ewentualnych problemów odpowiednio wcześniej zgłosić się do instytucji koordynującej WWR lub upewnić się, że rozwój ich dziecka przebiega zgodnie z wiekiem.

Zadania do realizacji z zastosowaniem skriningu rozwoju małego dziecka to:

- 1) wczesne rozpoznanie indywidualnych możliwości psychofizycznych dziecka, trudności lub dysfunkcji rozwojowych;
- 2) określenie indywidualnego profilu rozwojowego dziecka;
- 3) wyszczególnienie indywidualnych mocnych obszarów rozwoju dziecka i jego potrzeb;
- 4) ustalenie, w jaki sposób potrzeby dziecka oraz jego zachowania wpływają na kolejne etapy nabywania kompetencji kluczowych;
- 5) zaplanowanie procesu wspomaganie rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym, którego wynikiem jest społeczne włączenie dziecka oraz przeciwdziałanie jego wykluczeniu.

Skrining rozwoju małego dziecka zawiera:

- Kwestionariusz podstawowych danych dziecka;
- Dziewięć kwestionariuszy obserwacji aktywności dziecka (9 kategorii wiekowych: 6–8 mies., 12–14 mies., 18–20 mies., 24–26 mies., 30–32 mies., 3 lata, 4 lata, 5 lat, 6 lat);
- Profil funkcjonalny aktywności dziecka.

Podstawową metodą oceny w skriningu jest obserwacja dziecka:

- podczas naturalnych, spontanicznych aktywności, podczas rutynowych czynności w trakcie dnia oraz w zaaranżowanych sytuacjach zadaniowych;
- w środowisku znanym dziecku i w środowisku nowym dla dziecka;
- w obecności osób znanych oraz w obecności osób obcych dla dziecka.

dr hab. Diana Aksamit, prof. APS

*Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej*

## **Ocena funkcjonalna a założenia *Nowego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny* oraz standardów WWR**

Ocena funkcjonalna dziecka jest: wielospecjalistyczna, pozytywna, ukierunkowuje proces wspomaganie rozwoju i uwzględnia diagnozę nozologiczną. Zgodnie z założeniami *Nowego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny* (2021), **ocenę funkcjonalną należy rozumieć jako:**

proces rozpoznawania zasobów i trudności dziecka i jego rodziny oraz oddziałujących na nich czynników środowiskowych, uwzględniający analizę funkcjonowania (opartą na klasyfikacji ICF i wiedzy o kamieniach milowych w rozwoju dziecka), a także – o ile została postawiona – diagnozę kliniczną (opartą na klasyfikacji medycznej ICD lub DSM). Wyniki tej oceny stanowią podstawę do ustalenia poziomu wsparcia oraz opracowania indywidualnego planu wsparcia dziecka i rodziny, który powinien podlegać stałej ewaluacji (definicja przyjęta na podstawie wyników pracy Zespołu do spraw Opracowania Modelu Kształcenia Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, który funkcjonował w MEN w latach 2017–2019).

Ocena funkcjonalna z jednej strony wskazuje na możliwości i trudności rozwojowe dziecka, uwzględniając poszczególne sfery rozwojowe, z drugiej strony – kładzie szczególny akcent na rozpoznanie uwarunkowań środowiska, w szczególności środowiska rodzinnego<sup>10</sup>. Proces diagnozy dziecka zakłada odejście od oceny funkcjonalnej w warunkach instytucji na rzecz przeprowadzania tejże oceny w naturalnym środowisku dziecka, gdzie nie testy i inne narzędzia diagnostyczne dostarczają wiedzy na temat funkcjonowania dziecka, ale przede wszystkim jego rodzice<sup>11</sup>. Nie wyklucza to w praktyce korzystania z różnego rodzaju arkuszy obserwacyjnych, testów, czy też narzędzi diagnostycznych, istniejących od lat na rynku, stosowanych w procesie oceny małego dziecka i jego rodziny.

---

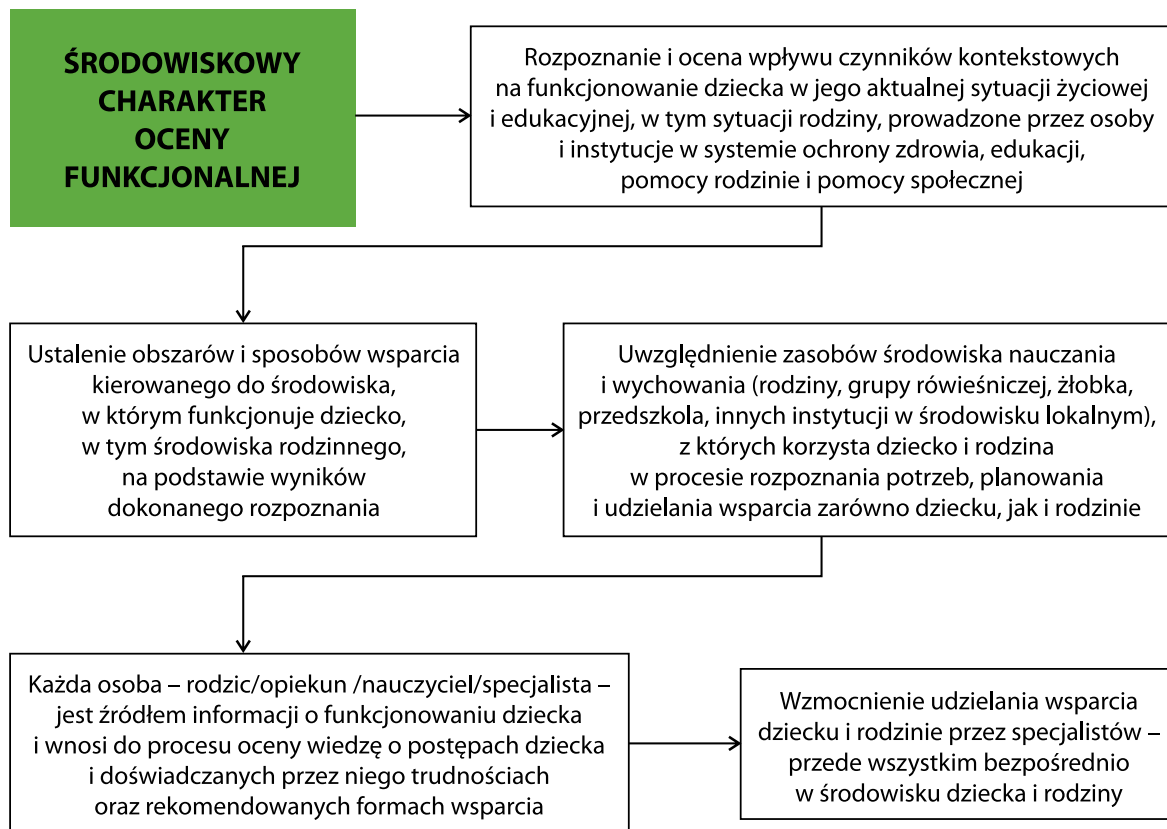
<sup>10</sup> Marcinkowska B., Wołowicz A., (2010), *Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania i konstruowanie indywidualnych programów dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

<sup>11</sup> Aksamit D., (2017), *Diagnoza dziecka z ryzykiem głębokiej niepełnosprawności intelektualnej we wczesnym dzieciństwie*, [w:] Piotrowicz R. (red.), *Małe dziecko. Troska – Akceptacja – Bezpieczeństwo – Uczenie*, Warszawa: Wydawnictwo APS, s. 73–86.

Tym, co należy wprowadzić do codziennej praktyki, jest zasada, że specjaliści wspólnie z rodzicami dziecka i opiekunami (za zgodą rodziców) akceptują lub modyfikują dokonane przez nich rozpoznanie problemu (protodiagnoza), prezentują swoje rozpoznanie problemu (diagnoza specjalistyczna), wspólnie dochodzą do ostatecznej diagnozy (diagnoza interakcyjna), opracowują zasady krótkotrwałego bądź długofalowego planu wsparcia oraz wspólnie ustalają kryteria ewaluacji.

Należy podkreślić, że ocena funkcjonalna zgodnie z nowym modelem WWR ma charakter przede wszystkim środowiskowy. Wyjaśnienie tego założenia obrazuje schemat 1.

Schemat 1. Środowiskowy charakter oceny funkcjonalnej

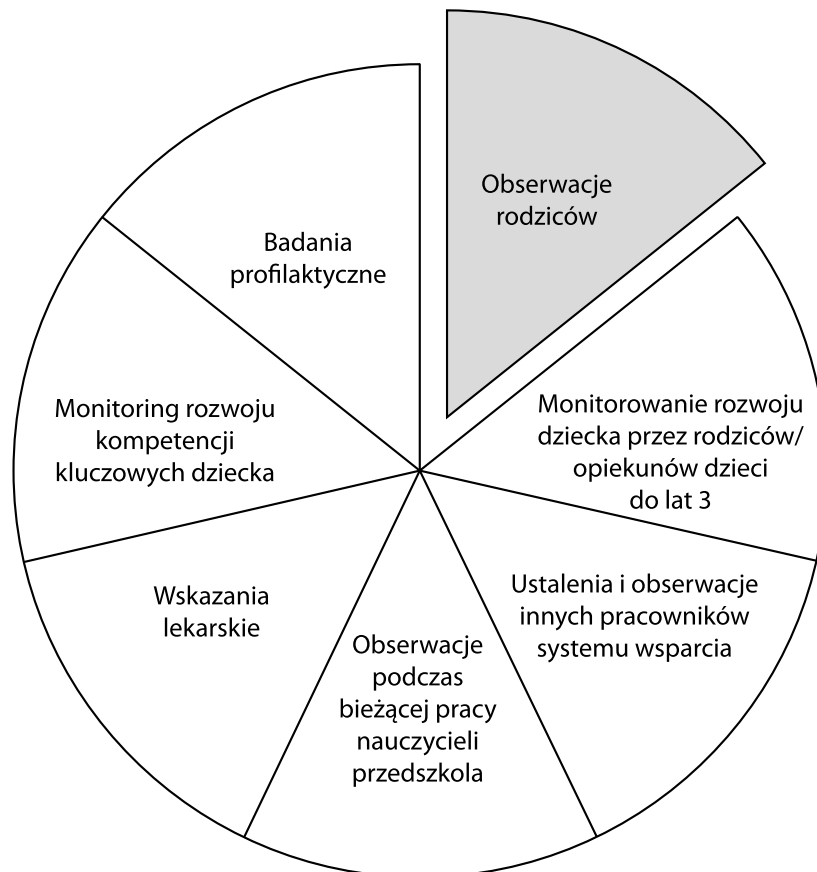


Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z nowym założeniem ocena funkcjonalna powinna być przeprowadzona w odniesieniu do wszystkich dzieci, których rozwój budzi niepokój, nie tylko tych, które są zagrożone niepełnosprawnością lub mają potwierdzoną niepełnosprawność. Zmiana paradygmatu w obszarze wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny wymaga odmiennego spojrzenia na rolę poszczególnych podmiotów zaangażowanych i odpowiedzialnych za przeprowadzenie oceny funkcjonalnej. Ocena funkcjonalna powinna być dokonywana przez specjalistów WWR we współpracy z opiekunami, nauczycielami oraz – w zależności od potrzeb – z udziałem lekarzy i innych specjalistów (m.in. terapeutów środowiskowych, asystentów rodziny). Warunkiem tego jest jednak zaangażowanie podmiotów POZ i wdrożenie

idei badań przesiewowych. Zakłada się, że tylko dzięki badaniom profilaktycznym (bilanse, skriningi) możliwy jest całościowy monitoring rozwoju wszystkich dzieci w Polsce, co z kolei pozwoli na wczesne wykrycie i rozpoznanie nieprawidłowości. Na schemacie 2. zostały zobrazowane wybrane przesłanki do przeprowadzenia oceny funkcjonalnej.

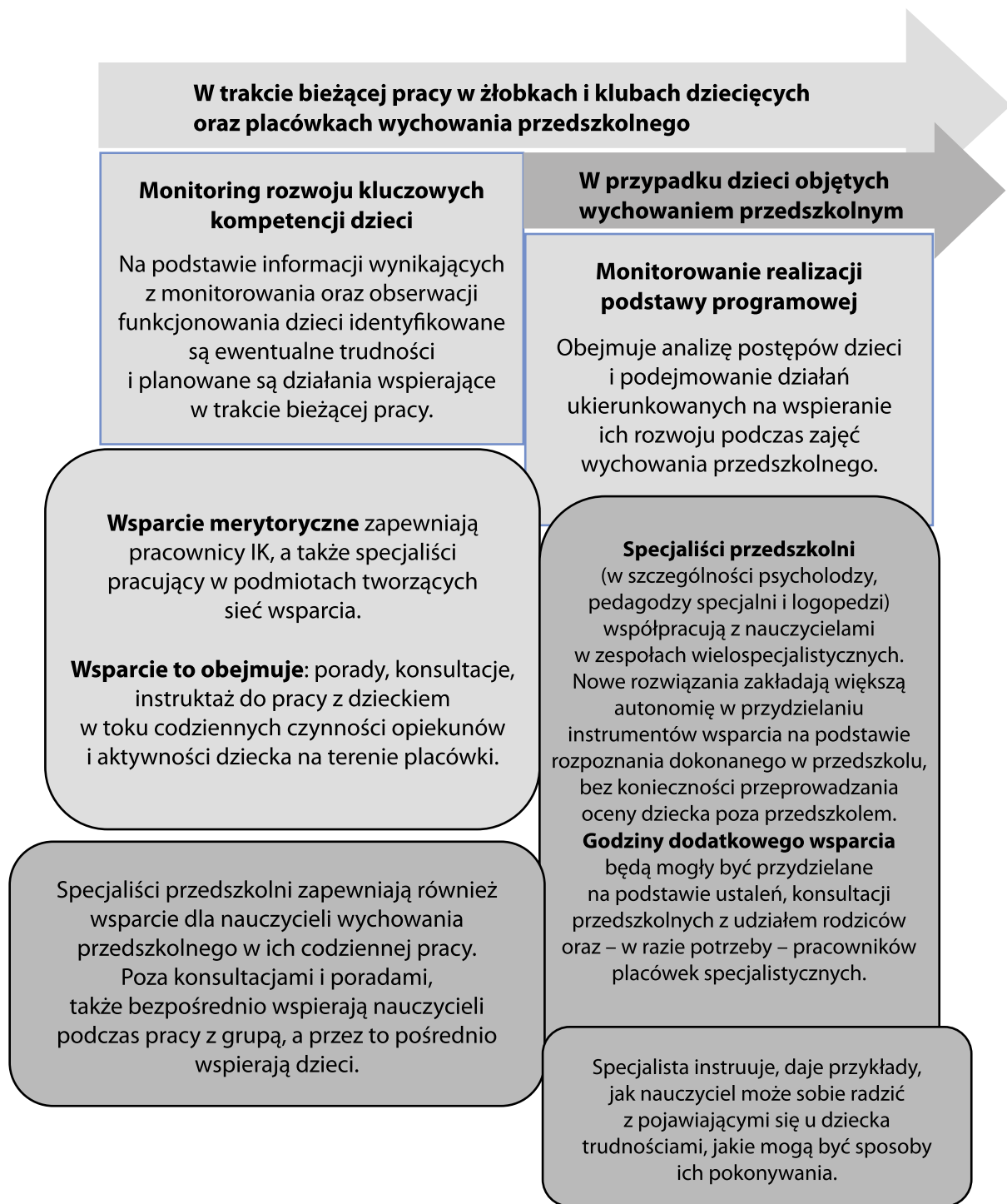
Schemat 2. Przesłanki będące podstawą do przeprowadzenia oceny funkcjonalnej



Źródło: opracowanie własne

Należy raz jeszcze podkreślić, że ocena funkcjonalna jako proces rozciągający się w czasie, odbywający się w sposób ciągły, wspomaga rozwój dzieci w ramach opieki nad dziećmi do lat 3 oraz w ramach wychowania przedszkolnego.

Schemat 3. Ocena funkcjonalna w grupie dzieci do lat 3 oraz w wychowaniu przedszkolnym



Źródło: opracowanie własne

Po przeprowadzeniu oceny funkcjonalnej określa się profil funkcjonalny (PF) dziecka, który jest wynikiem transdyscyplinarnej analizy danych, wyników badań i działań diagnostycznych przeprowadzonych przez wszystkie osoby zaangażowane w proces oceny funkcjonalnej (specjalistów, rodziców, nauczycieli, lekarzy, pracowników socjalnych). PF integruje wiedzę pochodzącą z różnych źródeł i wskazuje na obszary na danym etapie rozwoju dziecka, w odniesieniu

do których określany jest aktualny poziom funkcjonowania dziecka z uwzględnieniem jego zasobów (które powinny być rozpoznane i rozwijane), potencjalnych trudności związanych z funkcjonowaniem w środowisku (które powinny być niwelowane i stanowią wskazanie do podjęcia wsparcia), wpływu czynników środowiskowych (w tym dotyczących rodziny) na sytuację życiową dziecka.

Nowe podejście do oceny funkcjonalnej w procesie WWR kładzie większy akcent na zidentyfikowanie dostępnych zasobów w środowisku dziecka i jego rodziny, uwzględnienie potrzeb dziecka i rodziny<sup>12</sup>. Dominujące od lat w pedagogice specjalnej przekonanie, że należy odejść od medycznego modelu niepełnosprawności, rodzi – zdaniem praktyków – wiele pytań i niejasności, np.: jak wykluczyć medyczne aspekty funkcjonowania małego dziecka (stan zdrowia, schorzenia, zaburzenia)? Należy wyraźnie podkreślić, że chodzi jedynie o to, by aspekty medyczne nie stanowiły już osi rozumienia niepełnosprawności w podejściu diagnostycznym, planistycznym, terapeutycznym. Jako praktycy uwzględnialiśmy i nadal będziemy uwzględniać aspekty zdrowotne (szeroko rozumiane zdrowie) w procesie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i wsparcia rodziny na poszczególnych etapach tego procesu.

Odejście od medycznego modelu niepełnosprawności sprzyja „niemedyzalizowaniu” oddziaływań wspierających rozwój. Podstawą jest – funkcjonująca na świecie nie tylko w teorii, ale również w praktyce – *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF). Pokazuje ona niepełnosprawność jako wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem. Zgodnie z ICF niepełnosprawność jest dynamiczną interakcją pomiędzy stanem zdrowia a czynnikami kontekstowymi, do których zalicza się zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe<sup>13</sup>. To zerwanie z tradycyjnym podejściem, sprowadzającym niepełnosprawność wyłącznie do problemu medycznego. Dzięki temu, według nowego modelu WWR (2021), diagnoza kliniczna (kryterialna) nie jest warunkiem uruchomienia działań pomocowych. Należy zaznaczyć, że podstawą skutecznego działania jest jak najszybsze udzielenie pomocy.

### **Główne założenia oceny funkcjonalnej:**

- Celem postępowania diagnostycznego jest ustalenie potrzeb i zakresu podejmowania działań dotyczących wspomagania funkcjonowania dziecka w poszczególnych obszarach rozwojowych oraz analizy wpływu czynników środowiskowych na funkcjonowanie dziecka i rodziny.
- Ocena, uwzględniająca potrzeby określone w ramach kwalifikacji do poziomu wsparcia WWR, dokonywana jest przez wielospecjalistyczny zespół WWR.
- Ocena funkcjonalna rozwoju dziecka dokonywana jest w różnych obszarach rozwojowych w odniesieniu do norm rozwoju dziecka. Ma na celu określenie zasobów i trudności dzieci w obszarach kluczowych dla rozwoju.

---

<sup>12</sup> *International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version, (2007)*, Geneva: World Health Organization.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

- Efektem oceny funkcjonalnej jest profil funkcjonalny (PF), łączący zgromadzoną wiedzę o dziecku i rodzinie oraz środowisku, w którym funkcjonują.
- W procesie oceny funkcjonalnej uczestniczą wszyscy specjaliści oraz rodzice dziecka.
- Proces oceny funkcjonalnej przeprowadzany jest w środowisku naturalnym dziecka lub w podmiocie realizującym zadania w ramach WWR.
- Ocena funkcjonalna z elementami ilościowej oceny wykonywanej przy użyciu standaryzowanych narzędzi uwzględnia dane o dziecku uzyskane w wyniku rozmowy, wywiadu z rodzicami oraz analizy dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka. W zależności od potrzeb dziecka i jego stanu zdrowia, postępowanie diagnostyczne uzupełniane jest o konsultacje medyczne, badania specjalistyczne realizowane w ramach dostępnych świadczeń w podmiotach leczniczych, w tym również na podstawie odrębnych porozumień, umów zawartych przez instytucję koordynującą (IK).
- Proces oceny funkcjonalnej dostosowany jest do potrzeb oraz możliwości dziecka, rodziny oraz przeprowadzany jest przez zespół WWR zgodnie z kodeksem etyki zawodowej.

## Bibliografia

Aksamit D., (2017), *Diagnoza dziecka z ryzykiem głębokiej niepełnosprawności intelektualnej we wczesnym dzieciństwie*, [w:] Piotrowicz R. (red.), *Małe dziecko. Troska – Akceptacja – Bezpieczeństwo – Uczenie*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

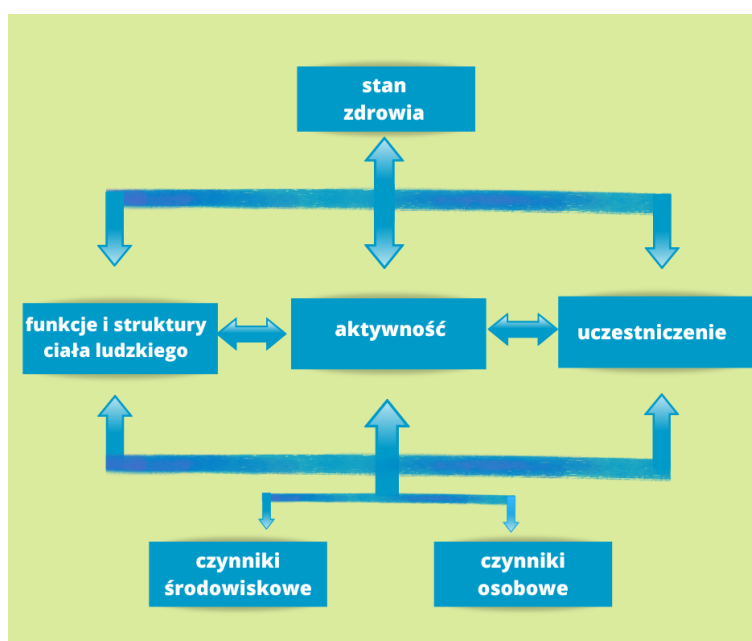
Marcinkowska B., Wołowicz A., (2010), *Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania i konstruowanie indywidualnych programów dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

*International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version*, (2007), Geneva: World Health Organization.

Piotrowicz R., (2016), *Bycie razem – fundamentem procesu wspomaganie rozwoju dziecka*, [w:] Piotrowicz R., Walkiewicz-Krutak M. (red.), *Małe dziecko – dużo pomysłów. Wybrane obszary wspomaganie rozwoju dziecka*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

## Wsparcie skoncentrowane na rodzinie – ICF jako podstawa budowania zespołu transdyscyplinarnego wokół dziecka i jego rodziny w nowym modelu WWR

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obserwujemy znaczące zmiany w podejściu do możliwości, potrzeb oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami<sup>14</sup>. Ogromny wpływ na te zmiany miała opublikowana w 2001 roku *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, która całkowicie przedefiniowała zarówno pojęcie zdrowia, jak i niepełnosprawności<sup>15</sup>.



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF, 2001), Geneva: World Health Organization

Przed opracowaniem i opublikowaniem *Klasyfikacji* w pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami kierowaliśmy się głównie modelem medycznym. W modelu tym niezwykle ważną rolę odgrywała diagnoza medyczna. To ona właśnie determinowała dalsze postępowanie, którego celem było wyleczenie i/lub wyrehabilitowanie dziecka, zniesienie deficytów i wyeliminowanie dysfunkcji. Podejmowane w tym modelu działania miały charakter czysto terapeutyczny i leczniczy, mogły więc być prowadzone tylko przez specjalistów w danych

<sup>14</sup> Waddell G., Aylward M., (2010), *Models of sickness and disability applied to common health problems*, London: The Royal Society of Medicine Press.

<sup>15</sup> *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF), (2001), Geneva: World Health Organization.

obszarach. Oznacza to, że rodzice postrzegani byli tu głównie jako bierni odbiorcy usług realizowanych wobec ich dzieci.

*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*<sup>16</sup> kompletnie zmieniła nasze spojrzenie i wychodząc dużo dalej poza dotychczasowy model:

- pokazała, że zdrowie fizyczne (funkcje i struktury ciała), choć nie należy go ignorować czy marginalizować, stanowi zaledwie 1/5 tego, co składa się na dobrostan osoby;
- zmieniła język, którym posługujemy się, mówiąc o zdrowiu i niepełnosprawności, czyniąc go dużo bardziej neutralnym, niestygmatyzującym i zrozumiałym nie tylko dla profesjonalistów;
- wskazała na to, że zdrowie i funkcjonowanie nie jest tylko problemem osób chorych i z niepełnosprawnościami. Klasyfikacja jako narzędzie, przy pomocy którego możemy opisać każdego człowieka, okazała się narzędziem włączającym, a nie wykluczającym;
- przypomniała, że na człowieka należy patrzeć holistycznie, nie pomijając żadnego obszaru jego życia;
- pokazała, że wszystkie elementy składające się na dobrostan osoby są ze sobą ściśle powiązane;
- zachęciła do pracy w zespołach transdyscyplinarnych;
- odwróciła naszą uwagę od deficytów i przekierowała ją na zasoby.

Reasumując, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* przestawiła nasze myślenie z modelu medycznego na model biopsychospołeczny. W tym nowym podejściu rozpoznanie medyczne, choć wciąż istotne, jest tylko jednym z elementów diagnozy funkcjonalnej, na którą składają się wszystkie wymienione w ICF obszary. Oznacza to, że dalsze postępowanie wobec dziecka jest uzależnione nie tylko od diagnozy, ale także od wyników oceny funkcjonalnej dziecka oraz jego zasobów i potrzeb, a także zasobów i potrzeb jego rodziny. Celem prowadzonych przez profesjonalistów działań jest wspieranie rozwoju osoby niezależnie od istniejących dysfunkcji i deficytów. Podejmowane w tym modelu działania mają nie tylko charakter biomedyczny, co oznacza, że wymagają zaangażowania zarówno profesjonalistów, jak i dziecka oraz jego rodziny.

Rodzice przestają być już tylko biernymi odbiorcami usług realizowanych wobec nich i ich dziecka. Stają się częścią zespołu transdyscyplinarnego, czyli w aktywny sposób uczestniczą w analizie diagnozy i oceny funkcjonalnej, w określaniu celów i warunków ich realizacji oraz konstruowaniu indywidualnego planu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny. Wymaga to zbudowania prawdziwego partnerstwa pomiędzy profesjonalistami a rodzinami<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> Cichawa P. (red.), (2020), *Wczesna Interwencja. Praktyki rekomendowane. Przewodnik dla specjalistów*, Warszawa: Eurllyaid, <https://www.eurllyaid.eu/eciguidebook-polishversion/> [dostęp: 10.11.2022].

Zgodnie z założeniami wsparcia skoncentrowanego na rodzinie, wypracowanego przez kanadyjską organizację CanChild, partnerstwo to powinno opierać się na trzech filarach – <https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service> [dostęp: 10.11.2022]:

### **Rodzice znają swoje dziecko najlepiej i chcą dla niego wszystkiego, co najlepsze**

Dla nas, profesjonalistów, oznacza to, że musimy z większą uwagą słuchać tego, co mówią rodzice, bo przecież to oni właśnie wiedzą wszystko, co najważniejsze o dziecku. To rodzice towarzyszą dziecku podczas wizyt lekarskich, są przy nim w szpitalu, potrafią rozpoznać, kiedy jest smutne, głodne, zmęczone, kiedy coś je boli. Każdy z nas powinien z tej wiedzy korzystać, słuchać rodziców, zadawać im pytania. My znamy niepełnosprawność z podręczników i mamy na jej temat pewną ogólną wiedzę, jednak szczegóły dotyczące konkretnego dziecka zna tylko jego rodzina. Poza tym nikomu tak nie zależy na dobru dziecka jak jego opiekunom. Dlatego nawet wtedy, kiedy nie zgadzamy się z opinią rodziny, nie powinniśmy jej oceniać. Obowiązuje nas zasada zakładania dobrych intencji.

Wiedza, którą posiadają rodzice i miłość, którą obdarzają dziecko, dają im całkowite prawo podejmowania wszystkich decyzji dotyczących dziecka. Zadaniem profesjonalistów jest pokazanie różnych opcji i ich możliwych konsekwencji, natomiast rolą rodziców jest wybranie rozwiązania, które według nich jest dla dziecka najlepsze.

### **Każda rodzina jest inna i wyjątkowa**

Uzupełnieniem tego twierdzenia jest zgodne z literaturą zastrzeżenie, że każdemu rodzicowi, któremu rodzi się dziecko z niepełnosprawnością, towarzyszą jednak zbliżone emocje. Każdy z nich przechodzi przez podobne rodzaje kryzysów, każdy prezentuje określone postawy i przechodzi przez pewne etapy – jednak robi to w sposób całkowicie indywidualny<sup>18</sup>. Dlatego wsparcie, którego udzielamy rodzinie, podobnie jak wsparcie udzielane dziecku, musi być całkowicie zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb oraz możliwości każdego z jej członków.

### **Najlepszym środowiskiem do prawidłowego rozwoju dziecka jest wspierająca rodzina i środowisko naturalne dziecka**

Z badań przeprowadzonych przez Geralda J. Mahoneya oraz Jamesa D. MacDonalda w 2007 roku<sup>19</sup> wynika jasno, że największy wpływ na prawidłowy rozwój dziecka ma jego rodzina, a 80% interakcji, w jakie wchodzi dziecko z niepełnosprawnością, to wzajemne oddziaływanie z członkami rodziny. Dlatego tak ważne jest, aby były to dobre interakcje, a środowisko, w którym dziecko wzrasta, było środowiskiem przyjaznym i sprzyjającym rozwojowi. Oznacza to, że wysiłek, który włożymy we wzmocnienie zasobów i kompetencji rodziców, jest jednocześnie wysiłkiem włożonym we wsparcie rozwoju dziecka.

---

<sup>18</sup> Kandel I., Merrick J., (2003), *The Birth of a Child with Disability. Coping by Parents and Siblings*, „The Scientific World Journal”, nr 3(20); Kandel I., Merrick J., (2007), *The child with a disability: parental acceptance, management and coping*, „Scientific World Journal”, nr 7(1).

<sup>19</sup> Mahoney G., MacDonald J., (2007), *Autism and developmental delays in young children: The Responsive Teaching curriculum for parents and professionals*, TX: PRO-ED, Austin.

### **Podsumowując:**

- Rodzina jest czymś stałym w życiu dziecka. Nie da się wspierać dziecka w oderwaniu od jego rodziny. Dziecko i rodzinę należy postrzegać jako całość.
- Rodzice są ekspertami w obszarze potrzeb i możliwości swojego dziecka.
- Każda rodzina jest inna i wyjątkowa.
- Chcąc pracować zgodnie z założeniami wsparcia skoncentrowanego na rodzinie, należy uwzględnić w swojej pracy zasoby i potrzeby wszystkich członków rodziny – specjalista musi zbudować partnerską relację pomiędzy sobą a rodzicami.

Pomoc w budowaniu tego partnerstwa mogą stanowić m.in. zasady opisane przez CanChild – <https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/283/original/FCS18.pdf> [dostęp: 11.11.2022]:

- Pytaj rodzinę, gdzie i o której chciałaby się z tobą spotkać.
- Zawsze, w rozmowie czy komunikacji na piśmie, koncentruj się na mocnych stronach rodziny.
- Współpracuj z dzieckiem, jego rodziną oraz profesjonalistami w ustalaniu wspólnych celów.
- Pokazuj rodzinie różne możliwości i pozwalaj dokonać wyboru.
- Przekazuj informacje w sposób zrozumiały, dostępny i w różnych formach (na piśmie, w postaci filmików, podając źródła z internetu).
- Pytaj rodzinę, czego oczekuje od ciebie i placówki, w której pracujesz.
- Miej czas dla rodziny, kiedy się z nią spotykasz, nie pozwalaj, aby czuła się poganiana.
- Słuchaj tego, co mówi ci rodzina, ufaj rodzinie.
- Pytaj rodzinę, czy chciałaby skorzystać z dodatkowego wsparcia, np. grupy wsparcia. Miej zawsze gotową dodatkową ofertę.
- Pytaj o pozostałych członków rodziny, o ich zasoby, i czy chcieliby się włączyć we wsparcie dziecka.
- Pomagaj rodzinie zbudować wokół siebie i dziecka indywidualne sieci wsparcia, które zaowocują bezpieczną przyszłością osoby z niepełnosprawnością i spokojem jej rodziny w przyszłości.

A zatem planujmy razem – nie wolno nam zapomnieć, że budowanie partnerstwa wymaga gotowości po obu stronach i jest długotrwałym procesem wymagającym naszego zaangażowania. Najważniejsze jest, żebyśmy nie zatrzymywali się na tej drodze – tylko dobra współpraca z rodziną pozwoli osiągnąć zakładane cele.

## Bibliografia

<https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/283/original/FCS18.pdf> [dostęp: 11.11.2022].

[https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/003/757/original/FCS\\_Sheet\\_6.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/003/757/original/FCS_Sheet_6.pdf) [dostęp: 11.11.2022].

[https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/003/758/original/FCS\\_Sheet\\_8.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/003/758/original/FCS_Sheet_8.pdf) [dostęp: 11.11.2022].

<https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service> [dostęp: 10.11.2022].

Cichawa P. (red.), (2020), *Wczesna Interwencja. Praktyki rekomendowane. Przewodnik dla specjalistów*, Warszawa: Eurllyaid, <https://www.eurllyaid.eu/eciguidebook-polishversion/> [dostęp: 10.11.2022].

Kandel I., Merrick J., (2003), *The Birth of a Child with Disability. Coping by Parents and Siblings*, „The Scientific World Journal”, nr 3(20).

Kandel I., Merrick J., (2007), *The child with a disability: parental acceptance, management and coping*, „Scientific World Journal”, nr 7(1).

Mahoney G., MacDonald J., (2007), *Autism and developmental delays in young children: The Responsive Teaching curriculum for parents and professionals*, TX: PRO-ED, Austin.

Waddell G., Aylward M., (2010), *Models of sickness and disability applied to common health problems*, London: The Royal Society of Medicine Press.

*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*, (2001), Geneva: World Health Organization.

Małgorzata Dońska-Olszko

## **Model skoncentrowany na rodzinie – z doświadczeń zespołu WWR i oddziałów przedszkolnych przy Szkole Podstawowej Specjalnej nr 327 im. dr Anny Lechowicz**

Model wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny – czyli model skoncentrowany na rodzinie – wpisuje się w pełni w aktualną koncepcję organizowania wsparcia środowiskowego zarówno dzieciom i młodzieży, jak i dorosłym osobom z niepełnosprawnością. Udzielanie świadczeń jedynie w instytucjach przeznaczonych różnym grupom odbiorców prowadzi w wielu przypadkach do ich izolacji i wykluczenia.

Budowanie środowiskowego modelu wsparcia zakłada współpracę wielu podmiotów publicznych podlegających resortowi zdrowia, polityki społecznej i edukacji oraz organizacji pozarządowych, a także osób z otoczenia osoby z niepełnosprawnością. Odnosząc powyższe założenia wsparcia środowiskowego do pracy ośrodków i zespołów WWR, należy wziąć pod uwagę całkiem oczywisty fakt, że najbliższym otoczeniem małego dziecka (od urodzenia do 3 roku życia) jest przede wszystkim rodzina, a w późniejszym okresie również instytucje wychowania przedszkolnego lub żłobki.

Zatem wspieranie rozwoju małego dziecka z zaburzeniami rozwoju lub ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością w okresie od urodzenia do podjęcia nauki szkolnej powinno koncentrować się w znacznej mierze na jego rodzinie, która stanowi najważniejsze środowisko rozwojowe malucha. Uwaga terapeutów, pedagogów i specjalistów z różnych dyscyplin powinna zostać skierowana nie tylko na pracę z samym dzieckiem, ale również, a może przede wszystkim, na wsparcie rodziny i osób, z którymi dziecko spędza najwięcej czasu.

Model WWR skoncentrowany na rodzinie zapewnia transfer wiedzy i umiejętności specjalistów pracujących z niemowlętami i małymi dziećmi poprzez wzmocnienie kompetencji rodziców, a także innych domowników (dziadków, zatrudnionej dla dziecka opiekunki) w sposób na tyle efektywny, by osoby z najbliższego otoczenia malucha nabywały pewności siebie i potrafiły wspierać rozwój swojego malca podczas codziennych rutynowych czynności, zgodnie z rytmem życia rodziny.

Z doświadczeń nauczycieli specjalistów zespołu WWR w Szkole Podstawowej Specjalnej nr 327 w Warszawie wynika kilka kluczowych zasad, które bierzemy pod uwagę, realizując terapię najmłodszych podopiecznych naszej placówki.

## Upodmiotowienie rodziny

W praktyce pedagogicznej i terapeutycznej często mówimy o partnerstwie z rodziną. W rzeczywistości jednak to specjaliści określają potrzeby rozwojowe dziecka, a następnie działają zgodnie ze swoją wiedzą i stosowaną praktyką. W naszym zespole WWR głos rodzica jest niezwykle istotny. Poświęcamy rodzicom wiele uwagi i co najważniejsze, realizujemy częściowo świadczenia w domu naszych podopiecznych. Wizyty domowe pozwalają przyjrzeć się środowisku, w którym dziecko wzrasta, a także poznać wszystkich domowników. Rozmowa z obojgiem rodziców daje nam obraz codziennego życia rodziny i jej dynamiki. Poznajemy rytm dnia związany z pracą zawodową, sposób spędzania czasu wolnego, relacje z innymi członkami rodziny i przyjaciółmi, a także wyznawane wartości i przestrzeń pozwalającą na realizację własnych potrzeb. Możemy zaobserwować funkcjonowanie dziecka w naturalnych, a nie gabinetowych warunkach, i jego relacje zarówno z rodzeństwem, jak i osobami dorosłymi. Ta wiedza pozwala nam wspólnie z rodzicami budować program wsparcia rozwoju dziecka oparty na codziennych rutynach. Rodzina staje się dla nas ważnym podmiotem, do którego adresujemy wsparcie. To rodzice określają cele terapii zgodnie z tym, co najbardziej niepokoi ich w rozwoju dziecka i sprawia największe trudności w codziennym życiu. Staramy się nie narzucać gotowych rozwiązań i metod. Rodzice stają się wiodącą siłą i środowiskiem wsparcia rozwoju dziecka, a my – terapeuci towarzyszymy im, przekazując niezbędną wiedzę i określone umiejętności.

## Znoszenie barier

Dostępność to nie tylko bariery architektoniczne, cyfrowe czy informacyjno-komunikacyjne. Pod tym względem nasza placówka jest w pełni dostosowana do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami. W rozumieniu naszego zespołu pracującego z rodzinami i małymi dziećmi dostępność do świadczeń WWR oznacza również otwartość na każdą rodzinę oraz dziecko z zaburzeniami rozwoju. Życzliwość i okazywanie zrozumienia dla trudnej – kryzysowej sytuacji wywołanej diagnozą dziecka. Stwarzanie domowych, ciepłych warunków w naszej siedzibie, a nie zimnych pomieszczeń i korytarzy jako poczekalni dla rodziców. Poszanowanie każdej rodziny, uwaga dla wyznawanych przez nią wartości oraz podążanie za jej potrzebami, np. dostosowanie grafiku spotkań do rytmu życia rodziny, to kluczowe działania terapeutów w modelu pracy skoncentrowanym na rodzinie. Tak rozumiana dostępność pomaga w budowaniu wzajemnego zaufania i daje poczucie bezpieczeństwa rodzicom.

## Techniki partycypacyjne, czyli nauka przez doświadczenie

Wszyscy – dzieci i dorośli – nabywamy nowych umiejętności przez działanie, czyli doświadczenie. Sama obserwacja zajęć prowadzonych przez terapeutę nie wystarczy, aby rodzic potrafił bawić się ze swoim dzieckiem, realizując określone cele edukacyjno-terapeutyczne. Przeniesienie na grunt domu i środowiska aktywności wspierających rozwój dziecka wymaga uczestnictwa rodzica lub innych osób (np. opiekunki domowej, dziadków, nauczycielki

przedszkola, do którego uczęszcza dziecko) w zajęciach prowadzonych przez specjalistę. W praktyce zespołu WWR przy naszej szkole rodzice lub inne osoby z otoczenia dziecka są zawsze aktywnymi partnerami zajęć oraz zabaw. Dostają niezbędne pomoce i rekwizyty – wspólnie z nami grają w planszówki, śpiewają, czytają bajki, rozmawiają przy użyciu symboli PCS i uczą się, jak poprzez codzienne zwykłe sytuacje oraz sposób spędzania czasu wolnego mogą wspierać rozwój swojego dziecka. Każde zajęcia omawiamy, pokazujemy ich wartość w aspekcie poznawczym i usprawniającym, podkreślamy zaangażowanie dziecka i rodzica, pytamy rodziców o ich obserwacje i uwagi. Dążymy do niwelowania bezradności rodziców i choć uczymy się razem z nimi przez doświadczenie, to w wielu przypadkach potrzebujemy czasu i licznych spotkań, by rodzice uwierzyli we własne możliwości i umiejętności.

## **Transfer wiedzy – praca w zespole transdyscyplinarnym**

Wspólna praca terapeutów, superwizja oraz systematyczne cotygodniowe zebrania wszystkich specjalistów WWR są niezbędnym elementem budowania zespołu, który uczy się wzajemnie od siebie i ustawicznie podnosi kwalifikacje do pracy z małymi dziećmi i ich rodzinami oraz rozwija umiejętność współpracy w zespole.

Praca we wczesnym wspomaganie rozwoju wymaga wysokich kwalifikacji i umiejętności terapeutów. Wąska specjalizacja zawodowa terapeutów wpływa na fragmentaryczne postrzeganie potrzeb rozwojowych dziecka i koncentrację własnych działań wokół wyuczonych specjalności. Tymczasem różnorodność rodzin i wyjątkowość każdej z nich, konieczność wdrażania praktyk partycypacyjnych, a także umiejętność przekazywania wiedzy i określonych kompetencji rodzinie oraz osobom z otoczenia dziecka wymaga znacznie szerszego podejścia do praktyki terapeutycznej oraz do doświadczeń płynących z pracy zespołowej, które budują fachowość samego terapeuty. Dlatego też takie działania jak: wspólne prowadzenie zajęć i ich omawianie, pierwsza konsultacja rodziny udzielona przez dwie osoby, prezentowanie wyzwań i osiągnięć w pracy z konkretną rodziną oraz dzieckiem na forum zespołu podczas regularnych spotkań, analizowanie określonych sytuacji wraz z kolegami z zespołu są w naszej placówce wpisane w model organizacji świadczeń dla małego dziecka i jego rodziny.

W pracy oddziałów przedszkolnych minimalizujemy ilość i czas zajęć indywidualnych w gabinetach na korzyść zintegrowanych oddziaływań i budowania relacji rówieśniczych. Nauka i usprawnianie realizowane jest podczas zajęć grupowych z udziałem dwóch różnych specjalistów. Taki model sprzyja transferowi wiedzy pomiędzy nauczycielami i terapeutami oraz opiekunem (pomocą nauczyciela) danego oddziału. Każdy nauczyciel i specjalista prowadzący zajęcia w grupie zna i rozumie indywidualne potrzeby dzieci z najbliższej dla nich strefy rozwoju w aspekcie poziomu intelektualnego, motoryki, samodzielności w czynnościach obsługowych, mowy i porozumiewania się, czy też możliwości uczestnictwa w określonej formie zajęć. Każdy też wie, jak znosić bariery otoczenia, jakich dostosowań potrzebuje dany malec, by móc aktywnie uczestniczyć. Wszyscy terapeuci i nauczyciele niezależnie od własnej specjalności stają się kompetentni we wdrażaniu sugestii rehabilitanta czy logopedy podczas

całego dnia przedszkolnego. Wzajemne uczenie się poprzez przekazywanie obserwacji, wiedzy i określonych umiejętności między osobami, które towarzyszą małemu dziecku (w rodzinie lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej) przynosi zwielokrotnioną efektywność oddziaływań i sprzyja rozwojowi dziecka.

## **Inkluzja i tworzenie środowiska włączającego**

Transdyscyplinarny model pracy specjalistów WWR sprzyja budowaniu środowiska inkluzji, które rozumie, na czym polegają trudności rozwojowe dziecka i w jaki sposób można wspierać malucha. Odnoszenie udzielanego wsparcia dla dziecka do codziennych rutynowych czynności rodziny służy włączeniu dziecka w środowisko rodzinne. W szczególności znaczący stopień niepełnosprawności powoduje wykluczanie dziecka z różnych rodzinnych aktywności. Rodzice często nie doceniają znaczenia aktywnego włączenia dziecka w życie rodziny, nie wiedzą, jak to zrobić, nie potrafią znosić barier i sprawić, by codzienne sytuacje niosły ze sobą radość i motywację do działania dla dziecka. Staramy się więc tworzyć środowisko inkluzyjne w siedzibie naszej szkoły, ale również uzmysławiać rodzinie wpływ włączenia dziecka w codzienne rodzinne życie na rozwój malucha, kształtowanie jego osobowości, dobre samopoczucie i czerpanie radości z relacji z najbliższymi osobami.

Szkolny zespół WWR zabiega również o włączenie w środowisko całej rodziny i jej relacje z otoczeniem. Postawy izolacyjne rodziców związane z posiadaniem dziecka z niepełnosprawnością są wciąż dość powszechne. Stosowanie przez nas w praktyce ekomapy pozwala zorientować się, czy rodzina wymaga mniejszego, czy większego wsparcia, gdy nie ma na kogo liczyć. Ekomapa wskazuje także osoby i miejsca, które warto uwzględnić, wyposażając dziecko, np. w narzędzia do komunikacji i zapewniając mu dostęp do odpowiedniego słownictwa, by mogło swobodnie poruszać się w ulubionych miejscach oraz z osobami, z którymi spędza najwięcej czasu. Jednocześnie rozpoznanie miejsc stanowiących źródło włączenia społecznego rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością pozwala terapeutom na identyfikację zasobów środowiskowych, a także objęcie wsparciem pracowników tych instytucji.

## **Kompetentni rodzice przekonani o własnych umiejętnościach**

W modelu WWR skoncentrowanym na rodzinie nie chcemy zmieniać rodzica w terapeutę własnego dziecka. Przeciwnie – naszym celem jest normalizacja życia rodziny, wzmacnianie jej wiary we własne kompetencje rodzicielskie wspierające rozwój dziecka, zapewnienie dobrostanu rodzinie, a więc i samemu dziecku z trudnościami rozwojowymi. Staramy się także budować wokół dziecka środowisko rozumiejące jego potrzeby, zapewnić transfer do edukacji w przedszkolu (lub w żłobku) i kontynuowanie terapii w tym nowym, szerszym środowisku poprzez podążanie za dzieckiem i przekazanie kolejnej instytucji naszych dotychczasowych wniosków oraz osiągnięć rozwojowych malucha w najmłodszym okresie życia.

dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL  
*Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*

## **Wspieranie dziecka i rodziny w procesie przejścia z edukacji przedszkolnej do szkoły**

Celem wystąpienia jest przedstawienie elementów nowego modelu oceny funkcjonalnej, które zapewniają respektowanie zasad diagnostycznych i terapeutycznych oraz optymalne wsparcie edukacyjno-terapeutyczne dziecka i jego rodziny.

### **Proces przejścia dziecka z przedszkola do szkoły – uwarunkowania powodzenia**

Przejście dziecka z przedszkola do szkoły zawsze wywołuje wiele emocji i jest znaczącym doświadczeniem dla dziecka i jego rodziców. Najczęściej wiąże się ze zmianą placówki oraz wejściem w nowe środowisko zarówno przestrzenne, jak i osobowe – w klasie są inni uczniowie niż w grupie przedszkolnej, lekcje prowadzone są przez nowych nauczycieli, zmienia się rytm dnia i rodzaj zajęć, w których dziecko bierze udział. Dla uczniów z dodatkowymi potrzebami przejście z przedszkola do szkoły często wiąże się z rozpoznaniem i sprecyzowaniem jego specjalnych potrzeb. O ile w przedszkolu główną aktywnością dziecka jest zabawa, a brak niektórych kompetencji może być w pewnym sensie ukryty, o tyle w szkole te niedostatki kompetencji są zauważane i utrudniają dobry start.

Wspieranie dziecka w okresie przejścia z przedszkola do szkoły powinno opierać się przede wszystkim na zasadzie ciągłości wsparcia: dobrą praktyką jest, kiedy ocena funkcjonalna przeprowadzona w przedszkolu lub w żłobku zostaje przekazywana nauczycielom i specjalistom ze szkoły podstawowej. Znajomość „biografii diagnostycznej i terapeutycznej” ucznia pozwala bowiem trafniej i szybciej dobrać adekwatne metody wsparcia już od samego początku edukacji szkolnej.

Działaniom takim sprzyja nowy model oceny funkcjonalnej, zakładający kompleksowość wsparcia, łatwiejszy i obligatoryjny przepływ informacji dotyczącej dziecka między placówkami, w których ono przebywa, oraz włączenie rodziców jako współodpowiedzialnych i współdecydujących o edukacji dziecka.

## Kompetencje dziecka kończącego edukację przedszkolną

Kompetencje poznawcze i emocjonalno-społeczne, kształtujące się w pierwszych latach życia człowieka, stanowią podstawę jego adaptacji w kolejnych okresach. Rozwój tych kompetencji opiera się na jakości realizacji wyzwań najważniejszych dla danego okresu rozwojowego. Wiele kluczowych kompetencji, takich jak jakość regulacji emocjonalnej, samoocena, autonomia czy zdolność do współpracy<sup>20</sup>, wynika po części z rozwijającej się osobowości dziecka i są one uwarunkowane poczuciem bezpieczeństwa w świetle koncepcji przywiązania Bowlby'ego<sup>21</sup>. Dzieci charakteryzujące się zachowaniem wskazującym na bezpieczny styl przywiązania wykazują dobre zasoby adaptacyjne, rozwijają adekwatne poczucie własnej wartości, prężność osobową, empatię i zdolność do różnorodnych relacji z innymi. Już dzieci przedszkolne potrafią rozpoznawać emocje i potrzeby innych osób oraz reagować na ich potrzeby, kierując się zarówno altruizmem, jak i przyswojonymi normami społecznymi<sup>22</sup>.

W kształtowaniu kompetencji emocjonalno-społecznych dzieci duże znaczenie ma postawa rodziców – zwłaszcza racjonalny styl wychowania, w którym nowe sytuacje prezentowane są jako zadania i szanse, a nie zagrożenia i trudności<sup>23</sup>. Takie kompetencje umożliwią dzieciom prawidłowe funkcjonowanie nie tylko na etapie edukacji przedszkolnej, ale również potem – w szkole i w społeczeństwie osób dorosłych<sup>24</sup>.

Kompetencje społeczno-emocjonalne kształtowane są w każdym środowisku życia dziecka, przede wszystkim w domu i w przedszkolu. Niestety, jak wskazują raporty, nie wszyscy rodzice uczestniczą w edukacji przedszkolnej swoich dzieci, planowaniu pracy wychowawczej czy wymianie informacji dotyczących potrzeb i możliwości dziecka<sup>25</sup>. Większość dzieci wychowuje się obecnie w małolicznych rodzinach nuklearnych, często nie doświadczając codziennych relacji z rodzeństwem czy dziećmi z dalszej rodziny. Oznacza to, że podnoszenie jakości kształtowania kompetencji społeczno-emocjonalnych pozostaje głównie pod wpływem pedagogów i opiekunów małych dzieci. **To przedszkole jest miejscem, gdzie dzieci mogą uczyć się kompetencji społeczno-emocjonalnych** od siebie nawzajem, gdzie dokonuje się swoisty tutoring rówieśniczy<sup>26</sup>. W przedszkolu dzieci doświadczają częściej poczucia sprawstwa, budują realistyczną samoocenę, obserwując rówieśników, kształtują w sobie poczucie samodzielności i wytrwałości w działaniu. Nabywają również kompetencje społecznych poprzez

---

<sup>20</sup> Czub M., Matejczuk J., (2015), *Rozwój społeczno-emocjonalny w pierwszych sześciu latach życia*, [w:] *Perspektywa jednostki, rodziny i społeczeństwa*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

<sup>21</sup> Bowlby J., (2007), *Przywiązanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

<sup>22</sup> Meissner-Łozińska J., (2016), *Zdolność rozpoznawania potrzeb innych ludzi przez dzieci przedszkolne*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, t. 11, nr 4(42), s. 27–37.

<sup>23</sup> Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., (2014), *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwację, interpretować wyniki i formułować wnioski*, Kraków: Wydawnictwo CEBP.

<sup>24</sup> Czub M., (2015), *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

<sup>25</sup> Mendel M., (2006), *Rodzina w edukacji małego dziecka*, [w:] Szlendak T. (red.), *Małe dziecko w Polsce. Raport o sytuacji edukacji elementarnej*, Warszawa: Fundacja Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego.

<sup>26</sup> Brzezińska A.I., Czub M., (2012), *Krótko i długofalowe korzyści z wczesnej opieki nad dzieckiem i edukacji*, [w:] Brzezińska A., Czub M., Ożadowicz N., Rycielski P., Słoma Z., Szymańska D., Urbańska J. (red.), *Dziecko sześciolatnie idzie do szkoły – wybór tekstów*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

współdziałanie rówieśnicze i działania, takie jak dzielenie się, negocjowanie, angażowanie się we wspólne pole uwagi oraz grupowe uczenie się we współpracy, w której ujawniają się kompetencje lideryckie oraz umiejętność do przyjmowania różnych ról w zespole<sup>27</sup>. Nieposiadanie kompetencji społecznych i emocjonalnych oznacza zaś ograniczenie relacji z rówieśnikami, odrzucenie rówieśnicze, izolację, pojawianie się ryzyka niedostosowania społecznego, zachowań destrukcyjnych i agresji<sup>28</sup>.

Konieczność kształtowania w ramach edukacji przedszkolnej kompetencji społeczno-emocjonalnych wynika bezpośrednio z zapisów polskiej *Podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej*<sup>29</sup>.

**Poziom rozwoju kompetencji dziecka powinien być starannie monitorowany w modelu oceny funkcjonalnej, w której bierze udział dziecko, jego rodzice i nauczyciele**<sup>30</sup>. W badaniach dzieci w wieku przedszkolnym możliwe jest zastosowanie obserwacji (ukierunkowanych skalami obserwacyjnymi), prostych kwestionariuszy z grafikami, testów socjometrycznych, wywiadów z nauczycielami, rodzicami i opiekunami dziecka.

Rola rodziców w ocenie funkcjonowania dziecka jest kluczowa, ponieważ jedynie oni znają zachowania dziecka prezentowane przez nie na każdym etapie życia, także poza środowiskiem przedszkolnym. Należy jednak pamiętać, że rodzice czasem inaczej niż nauczyciele oceniają kompetencje swoich dzieci. Z jednej strony – z badań matek, ojców i nauczycieli 335 dzieci w wieku 2–6 lat<sup>31</sup> wynika, że matki wyżej niż nauczyciele oceniają poziom sprawczości i inicjatywności dzieci, a ojcowie wykazują wyższe wymagania w zakresie prezentowania przez dzieci samokontroli zachowania. Z drugiej strony – poziom przywiązania dziecka jest wyżej oceniany przez rodziców niż nauczycieli, co potwierdza znaną psychologiczną prawidłowość rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym. Te rozbieżności nie mogą być przyczyną dewaluowania roli rodziców w ocenie funkcjonalnej, wprost przeciwnie – stanowią o bogactwie opisu doświadczenia dziecka.

---

<sup>27</sup> Meissner-Łozińska J., (2016), *Zdolność rozpoznawania potrzeb innych ludzi przez dzieci przedszkolne*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, t. 11, nr 4(42), s. 27–37.

<sup>28</sup> Deptuła M., Misiuk A., (2016), *Diagnozowanie kompetencji społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

<sup>29</sup> *Podstawa programowa wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej*, (2017), Warszawa: Ministerstwo Edukacji i Nauki.

<sup>30</sup> Kromka M., Ptaśnik-Cholewa K., (2014), *Diagnoza przedszkolna jako wsparcie sukcesu edukacyjnego dziecka*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, nr 33, s. 1896–2327;

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;

Domagała-Zyśk E., Dłużniewska A., (2017), *Zasady postępowania diagnostycznego w badaniach uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi*, [w:] Krakowiak K., *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnym*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

<sup>31</sup> Sikorska I., Adamczyk-Banach M., Polak M., (2019), *Zasoby odporności psychicznej dziecka – co wiedzą o nich rodzice i nauczyciele*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, vol. 14, nr 2(52), s. 23–39, DOI: [10.35765/eetp.2019.1452.02](https://doi.org/10.35765/eetp.2019.1452.02) [dostęp: 12.06.2023].

Szczególna rola w ocenie kompetencji dziecka przypada nauczycielowi-wykonawcy – zgodnie z *Podstawą programową wychowania przedszkolnego* – diagnozy przedszkolnej. Powinna ona bazować nie tyle na badaniach ilościowych z wykorzystaniem skal czy innych narzędzi pomiaru, ile na badaniach jakościowych, opartych na obserwacji dziecka oraz tworzeniu sytuacji eksperymentalnych, które mogą w jeszcze bardziej szczegółowy sposób ukazać możliwości i trudności dziecka<sup>32</sup>. Nauczyciel potrzebuje w tym procesie szczególnych kompetencji, nie tylko metodycznych (znajomości metod i narzędzi), ale także osobowych, np. wysokiego poziomu empatii i uważności na drobne sygnały płynące ze strony dziecka, życzliwości i cierpliwości, posługiwania się językiem zrozumiałym dla dziecka oraz autentycznym zainteresowaniem jego doświadczeniami. Zadaniem nauczyciela w roli diagnosty jest także wyznaczenie strefy najbliższego rozwoju, wskazanie możliwości korekcji i kompensacji, ale także stymulowanie funkcji, które stanowią o mocnych stronach badanego dziecka.

## Nowe standardy oceny funkcjonalnej w odniesieniu do procesu przejścia dziecka z edukacji przedszkolnej do szkoły

Wśród standardów oceny funkcjonalnej niektóre mają szczególne znaczenie dla zapewnienia prawidłowego procesu przejścia dzieci z edukacji przedszkolnej do edukacji szkolnej. Są to następujące zasady:

1. Ocena funkcjonalna obejmuje szeroki zakres informacji o funkcjonowaniu dziecka, pochodzących z różnych źródeł, zgodnie z zasadą oceny 360 stopni.
2. Ocena funkcjonalna stanowi swego rodzaju biografię funkcjonalną dziecka i jest przekazywana każdemu kolejnemu specjalistcie, który podejmuje pracę z dzieckiem.
3. Rodzice pełnią ważną rolę w procesie oceny funkcjonalnej, zgodnie z zasadą trójpodmiotowości.

## Bibliografia

Alexander C.S., Becker H.J., (1978), *The Use of Vignettes in Survey Research*, „Public Opinion Quarterly”, nr 42(3), s. 93–104, DOI: <https://doi.org/10.1086/268432> [dostęp: 12.06.2023].

Bowlby J., (2007), *Przywiązanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

---

<sup>32</sup> Kromka M., Ptaśnik-Cholewa K., (2014), *Diagnoza przedszkolna jako wsparcie sukcesu edukacyjnego dziecka*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, nr 33, s. 1896–2327;  
Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., (2014), *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwację, interpretować wyniki i formułować wnioski*, Kraków: Wydawnictwo CEBP.  
Sajdera J., (2014), *Umiejętności społeczne dziecka obiektem diagnozy przedszkolnej*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, nr 33(2014)3, s. 49–66.

Brzezińska A.I., Czub M., (2012), *Krótko i długofalowe korzyści z wczesnej opieki nad dzieckiem i edukacji*, [w:] Brzezińska A., Czub M., Ożadowicz N., Rycielski P., Słoma Z., Szymańska D., Urbańska J. (red.), *Dziecko sześćioletnie idzie do szkoły – wybór tekstów*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

Czub M., (2015), *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

Czub M., Matejczuk J., (2015), *Rozwój społeczno-emocjonalny w pierwszych sześciu latach życia*, [w:] *Perspektywa jednostki, rodziny i społeczeństw*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych.

Deptuła M., Misiuk A., (2016), *Diagnozowanie kompetencji społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Domagała-Zyśk E., (2016), *Studium indywidualnego przypadku jako metoda badań naukowych w pedagogice specjalnej*, [w:] Skrzyniarz R., Dziaczkowska L., Opozda D., *Przedmiot, źródła i metody badań w biografii*, Lublin: Wydawnictwo Episteme.

Domagała-Zyśk E., Dłużniewska A., (2017), *Zasady postępowania diagnostycznego w badaniach uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi*, [w:] Krakowiak K., *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnym*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

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

Evans S.C., Roberts M.C., Keeley J., Blossom J.B., Amaro Ch.M., Garcia A.M., Odar Stough C., Canter K.S., Robles R., Reed G.M., (2015), *Vignette Methodologies for Studying Clinicians' Decision-Making: Validity, Utility and Application in ICD-11 Field Studies*, „International Journal of Clinical and Health Psychology”, vol. 15, s. 160–170, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ij-chp.2014.12.001> [dostęp: 12.06.2023].

Finch J., (1987), *Research Note: The Vignette Technique in Survey Research*, „Sociology”, vol. 21, s. 105–114, DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038587021001008> [dostęp: 12.06.2023].

Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., (2014), *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwację, interpretować wyniki i formułować wnioski*, Kraków: Wydawnictwo CEBP.

Herskovits M.J., (1950), *The Hypothetical Situation: A Technique in Field Research*, „Southwestern Journal of Anthropology”, vol. 6, nr 1, s. 32–40, DOI: <https://www.jstor.org/stable/3628688> [dostęp: 5.05.2023].

Konarzewski K., (2000), *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Kozak-Grundsok A., (2021), *Kompetencje społeczno-emocjonalne dzieci w wieku 5–6 lat, poziom akceptacji rówieśniczej*. Praca magisterska napisana na seminarium z pedagogiki specjalnej, promotor: Domagała-Zyśk E., Lublin: Archiwum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Kromka M., Ptaśnik-Cholewa K., (2014), *Diagnoza przedszkolna jako wsparcie sukcesu edukacyjnego dziecka*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, nr 33.

Meissner-Łozińska J., (2016), *Zdolność rozpoznawania potrzeb innych ludzi przez dzieci przedszkolne*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, t. 11, nr 4(42).

Mendel M., (2006), *Rodzina w edukacji małego dziecka*, [w:] Szlendak T. (red.), *Małe dziecko w Polsce. Raport o sytuacji edukacji elementarnej*, Warszawa: Fundacja Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego.

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).

*Podstawa programowa wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej*, (2017), Warszawa: Ministerstwo Edukacji i Nauki.

Sajdera J., (2014), *Umiejętności społeczne dziecka obiektem diagnozy przedszkolnej*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, nr 33(2014)3.

Sikorska I., Adamczyk-Banach M., Polak M., (2019), *Zasoby odporności psychicznej dziecka – co wiedzą o nich rodzice i nauczyciele*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, vol. 14, nr 2(52), s. 23–39, DOI: [10.35765/eetp.2019.1452.02](https://doi.org/10.35765/eetp.2019.1452.02) [dostęp: 12.06.2023].

Tłuściak-Deliowska A., (2018), *Wykorzystanie epizodów (vignettes) jako metody zbierania danych w badaniach dotyczących przemocy rówieśniczej w szkole*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”.

