

## **Część I. Szkoła dla każdego – zagadnienia teoretyczne**

### ***Ocena funkcjonalna w warsztacie diagnostycznym nauczycieli a rozpoznawanie indywidualnych potrzeb dzieci i uczniów w edukacji włączającej - Dorota Podgórska- Jachnik***

#### **Wprowadzenie**

Diagnostyka pedagogiczna zawsze stanowiła ważne zadanie zawodowe dla nauczycieli. Od poznania ucznia, jego środowiska i jego potrzeb zaczyna się bowiem każde racjonalne oddziaływanie pedagogiczne. Stąd bogata literatura z tego zakresu, jak również rozbudowana metodyka działań diagnostycznych i kolekcje narzędzi diagnostycznych, z którymi zapoznają się już studenci kierunków pedagogicznych. Z praktycznych względów – zarówno organizacyjnych, jak i kompetencyjnych – największy ciężar w zakresie rozpoznawania przyczyn różnego rodzaju trudności szkolnych, w tym różnego rodzaju zaburzeń rozwojowych, przypisano poradnikom psychologiczno-pedagogicznym. Nie zwalnia to jednak szkół z ich zakresu zadań diagnostycznych. Diagnoza szkolna, będąca często pierwszym rozpoznaniem trudności, a więc ogólną oceną problemu dostrzeżonego u ucznia i diagnoza poradniana są traktowane jako różne, dopełniające się etapy złożonego procesu, ukierunkowanego na wspólny cel: jak najlepsze rozpoznanie sytuacji dziecka w celu podjęcia jak najbardziej adekwatnego wsparcia. Od kilku lat tworzone są w polskim systemie oświaty ramy organizacyjno-prawne zwiększające rolę szkół w tym procesie, zwiększające znaczenie

diagnozy szkolnej dla działań wspierających podejmowanych w nich często bez konieczności odwoływania się do poziomu poradni. Wzrasta więc zapotrzebowanie na doskonalenie warsztatu diagnostycznego nauczycieli i wychowawców we wszystkich przedszkolach, szkołach i placówkach.

Dodatkowy wzrost zapotrzebowania na doskonalenie w tym zakresie stworzyło wprowadzenie do polskiej oświaty edukacji włączającej, a wraz z nią idei „szkoły dla wszystkich”. Postawiło to przed nauczycielami szkół ogólnodostępnych zadanie rozpoznawania potrzeb edukacyjnych uczniów z różnymi niepełnosprawnościami oraz uczniów w innych sytuacjach wymagających większego wsparcia, które wymienia Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591, z późn. zm.).

*Potrzeba objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole i placówce wynika w szczególności:*

- 1) *z niepełnosprawności;*
- 2) *z niedostosowania społecznego;*
- 3) *z zagrożenia niedostosowaniem społecznym;*
- 4) *z zaburzeń zachowania lub emocji;*
- 5) *ze szczególnych uzdolnień;*
- 6) *ze specyficznych trudności w uczeniu się;*
- 7) *deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych;*
- 8) *z choroby przewlekłej;*
- 9) *z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych;*
- 10) *z niepowodzeń edukacyjnych;*

- 11) *z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;*
- 12) *z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą (Dz.U. 2017, poz. 1591, Art. 2)*

To jednak nie wszystko. Wyraźnie wybrzmiewa bowiem deklaracja, że na tej liście nie kończą się zadania wspierające szkoły, a „wszyscy, znaczy wszyscy” (UNESCO, 2020). Potrzebne są więc uniwersalne narzędzia i uniwersalne kroki postępowania diagnostycznego, które pozwolą zgromadzić każdemu nauczycielowi podstawową wiedzę o funkcjonowaniu każdego ucznia, tak by móc zaplanować efektywne działania wspierające adekwatne do jego indywidualnych potrzeb.

Takie możliwości daje podejście funkcjonalne w diagnozie dla celów edukacyjnych. Nie jest ono nowością w diagnostyce, jednak obecnie doczekało się ono pewnych rozwiązań systemowych, które przedstawimy w tym rozdziale. Systemowy charakter tych rozwiązań wynika: z przyjęcia biopsychospołecznego podejścia do trudności ujawniających się w funkcjonowaniu ucznia, odwołania się do klasyfikacji funkcjonalnej ICF jako źródła kategorii opisowych tego funkcjonowania oraz w opracowaniu pierwszych narzędzi oceny funkcjonalnej, które mogą stanowić standard postępowania diagnostycznego w polskich przedszkolach i szkołach.

## **Od diagnozy nozologicznej (kryterialnej) do diagnozy funkcjonalnej opartej na klasyfikacji CF**

W diagnostyce podejście nozologiczne (od gr. *nosos* choroba + *logos* nauka), zwane inaczej kryterialnym, przeciwstawia się funkcjonalnemu. Podejście nozologiczne w obrazie człowieka i jego zachowań poszukuje symptomów uznawanych za kryterialne dla rozpoznania określonego zaburzenia czy choroby. Konieczne jest więc odniesienie do ustaleń wynikających z aktualnego stanu nauki, uznających rodzaj, ilość, zakres, często także nasilenie czy czas trwania objawów za wystarczający do przypisania osobie danej jednostki nozologicznej. Taką kanoniczną rolę pełnią klasyfikacje medyczne czy też podręczniki kliniczne.

W Polsce najczęściej korzystano z dwóch takich źródeł: Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) oraz Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych - DSM (ang. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*). Korzystają z nich również psychologowie i pedagodzy, biorąc pod uwagę dla celów edukacyjnych np. kryteria niepełnosprawności intelektualnej, autyzmu, dysleksji, fobii szkolnej czy wielu innych zaburzeń rozwojowych. Celem takiej medycznej diagnozy kryterialnej jest identyfikacja deficytów, niezgodności z tzw. normą (Knopik, 2018). Obie wymienione klasyfikacje, ICD i DSM, są co jakiś czas aktualizowane. Klasyfikacja ICD opracowana jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i przyjęło ją 150 krajów na świecie, w tym Polska (Kuta, 2022). Od 1 stycznia 2022 r. obowiązuje w naszym kraju wersja ICD-11, przy czym w 5-letnim okresie przejściowym na jej tłumaczenie i implementację,

instytucje systemu ochrony zdrowia mogą odwoływać się do starszej wersji ICD-10.

Przejście na nowszą wersję klasyfikacji oznacza nie tylko konieczność przeszkolenia zainteresowanych kadr, ale także konieczność zmian w wielu aktach prawnych, zasadach przyznawania i rozliczeń świadczeń gwarantowanych, prowadzeniu dokumentacji medycznej czy z zakresu pomocy społecznej. Dotyczy to także systemu oświaty, w szczególności poradni psychologiczno-pedagogicznych. DSM jest klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA - *American Psychiatric Association*). Nie jest obowiązująca w naszym kraju, jednak ze względu na jej specjalizację (ICD obejmuje wszystkie choroby, DSM specjalizuje się w chorobach i zaburzeniach psychicznych) oraz międzynarodowy autorytet APA, jest to klasyfikacja ciesząca się uznaniem, stąd liczne odwołania do niej także w polskiej literaturze. W roku 2013 roku wprowadzono wersję DSM-5, a w roku 2022 ukazała się jej rewizja oznaczona jako DSM-5TR (*Text Revision*).

Kolejne rewizje przedstawionych klasyfikacji, zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauki, wprowadzają większe lub mniejsze korekty terminologiczne, kryterialne, kategoriale (zmiana przyporządkowania do kategorii lub nazwy kategorii) czy też formalne (sposób kodowania poszczególnych zaburzeń). W obszarze zainteresowań pedagogów warto odnotować, że na przykład ICD-11 wprowadziło nowy termin „Zaburzenia ze spektrum autyzmu” (6A02), odchodząc od wcześniejszego wyliczania „odmian” autyzmu (np. zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne czy też autyzm atypowy). Zamiast tego dla zaburzeń ze spektrum autyzmu wprowadzono specyfikatory, aby wskazać współwystępowanie zaburzeń intelektualnych lub funkcjonalnych umiejętnościach językowych

w mowie lub piśmie (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017). ICD-11 zaprzestaje używania silnie zakorzenionego w języku pedagogów terminu „dysleksja” na określenie trudności w czytaniu u dzieci i młodzieży, dla których rezerwuje wśród zaburzeń neurorozwojowych w kategorii „Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych” (6A03) - termin „Rozwojowe zaburzenia w uczeniu się czytania” (6A03.0). Według ICD-11 dysleksja i aleksja (MB4B.0) odnoszą się do *„utraty, zwykle w wieku dorosłym, wcześniejszej zdolności płynnego czytania i dokładnego rozumienia tekstu pisanego, która jest niezgodna z ogólnym poziomem funkcjonowania intelektualnego i nabywana jest po okresie rozwojowym u osób, które wcześniej te umiejętności osiągnęły, na przykład z powodu udaru lub innego urazu mózgu* (ICD-11; tłum. własne). Zmienia nazwę „Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka/SLI” (*Specific Language Impairment*) na „Rozwojowe zaburzenia języka/DLD” (*Developmental Language Disorder*; 6A01.2).

To tylko przykłady zmian, zarazem przykłady kategorii, jakie można znaleźć w klasyfikacji ICD. Znalezione tam kategorie pozwalają porównać budzące niepokój zachowania ucznia z opisem diagnostycznym. Jednak dla potwierdzenia istotności zaobserwowanych symptomów potrzebna jest jeszcze ocena kliniczna i specjalistyczne narzędzia – najczęściej standaryzowany test lub baterie testów psychologicznych lub pedagogicznych. Przypisanie uczniowi takiej czy innej etykiety diagnostycznej to nie tylko trudna, ale i odpowiedzialna sprawa. To też odpowiedzialność prawna. Stąd potrzeba przeprowadzenia badania przez uprawnionego specjalistę – najczęściej w poradni psychologiczno-pedagogicznej w ramach opisywanego już podziału zadań między szkołą a poradnią. Często i to

nie jest wystarczające, gdyż uprawnienia do diagnozy określonych zaburzeń powinien potwierdzić także lekarz. Tak jest np. z diagnozą ADHD czy autyzmu, którą powinien potwierdzić lekarz psychiatra (Ozonoff, Goldstein i Naglieri, 2018), a ściślej powinna być ona przeprowadzona przez zespół wielospecjalistyczny, z uwzględnieniem diagnozy psychiatrycznej, neurologicznej, psychologicznej, logopedycznej i pedagogicznej (Ochojska, Pasternak, 2021).

W diagnozie nozologicznej przedmiotem rozpoznania są głównie obszary problemowe, dysfunkcyjne, gdyż to tam poszukuje się symptomów do potwierdzenia przypuszczeń diagnostycznych. Czasami przeprowadzana jest diagnoza różnicowa: równoległa, kryterialna diagnoza w kierunku dwóch lub więcej zaburzeń, w celu najtrafniejszego wyboru jednego z nich, przez eliminację pozostałych. Wynika to ze zjawiska tzw. cienia diagnostycznego, który z powodu podobieństwa objawów, może utrudniać widzenie innych opcji diagnostycznych, jak również z powodu współwystępowania niektórych zaburzeń – trudno wtedy rozdzielić obserwowane symptomy, a z klinicznego punktu widzenia każde zaburzenie powinno być widziane osobno. System diagnostyki różnicowej może być dość złożony, gdyż obejmuje kolejne kroki algorytmu, który pozwala wyeliminować niewłaściwe rozpoznanie. Schematy diagnostyki różnicowej często ujmują się w postaci tabel lub drzewek decyzyjnych (First 2016), jednak należy pamiętać, że wraz z wprowadzeniem zrewidowanych wersji klasyfikacji muszą też zostać dopasowane do niej schematy diagnozy różnicowej w formie drzewek lub tabel z jednej klasyfikacji nie przenosi się też automatycznie na inną, choć ich porównywanie może dostarczyć dodatkowych hipotez diagnostycznych.

**Warto zapamiętać:**

Nauczyciel nie musi znać klasyfikacji nozologicznych, takich jak ICD lub DSM, choć powinien pamiętać, że ich aktualizacje wpływają na terminologię dotyczącą zaburzeń – także zaburzeń (neuro) rozwojowych, których rozpoznanie jest istotne w przypadku ucznia przejawiającego trudności szkolne. W Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD-11 (w okresie przejściowym na jej wprowadzenie do 2027 r. można korzystać z ICD-10). Zapoznanie się z opisem diagnostycznym w takiej klasyfikacji rzuca światło na to, co u danego ucznia wynika bezpośrednio z określonego zaburzenia (jest jego symptomem), co jest problemem wtórnym, a co w ogóle nie wiąże się z nim. Rodzice i nauczyciele często czekają na diagnozę zaburzenia dla wyjaśnienia przyczyn dostrzeganych trudności (Może to autyzm? Może niepełnosprawność intelektualna? Może jakieś inne zaburzenie?), ale taka etykieta wbrew pozorom nie jest jeszcze wystarczająca dla zaplanowania skutecznej pracy z dzieckiem w przedszkolu lub szkole. Diagnoza nozologiczna nie pozwala bowiem poznać całości jego funkcjonowania, w tym jego mocnych stron.

W edukacji włączającej obserwuje się odejście od medycznego podejścia, tak do diagnozy, jak i do samych zaburzeń. Są one bowiem jedynie częścią złożonej sytuacji biopsychospołecznej dziecka, która może wytłumaczyć jego zachowanie, a następnie uczynić je przedmiotem oddziaływań edukacyjnych, wychowawczych, terapeutycznych czy rewalidacyjnych. Zdaniem Tomasza Knopika model biopsychospołeczny, łącząc różne konteksty postrzegania człowieka - medyczny, poznawczy, emocjonalny, motywacyjny, duchowy oraz



uwzględniając ciągłość jego egzystowania w grupie społecznej – jest bliższy traktowaniu jednostki jako podmiotu, a nie tylko organizmu (Knopik, 2018).

Model Edukacji dla wszystkich opiera postępowanie diagnostyczne na całościowym podejściu biopsychospołecznym i diagnozie funkcjonalnej. To pojęcie kluczowe dla tego modelu: zarówno punkt wyjścia, jak i dojścia dla planowanych zmian rozwojowych, gdyż powinny one stanowić horyzont ukierunkowujący wszystkie działania włączające (MEiN, 2020). W modelu tym diagnoza/ocena funkcjonalna to:

*Wieloaspektowy proces rozpoznawania zasobów i trudności ucznia oraz oddziałujących na niego czynników środowiskowych, uwzględniający analizę funkcjonowania (opartą na klasyfikacji ICF, wiedzy o kamieniach milowych w rozwoju dziecka) oraz – o ile została postawiona - diagnozę kryterialną (opartą na klasyfikacji medycznej ICD lub DSM), a także adekwatny i podlegający stałej ewaluacji program wsparcia (MEiN, 2020, s. 55; podkreślenie własne).*

Należy podkreślić, dodatkowy, uzupełniający charakter diagnozy medycznej: *o ile została postawiona*. Oznacza to, że w procesie poznawania potrzeb ucznia odwołanie się do ICD-10/ICD-11 (jako klasyfikacji obowiązującej w Polsce) docelowo nie będzie potrzebne. Do tego zmierzamy krok po kroku. Warto też wyjaśnić, że przywołanie w tej definicji klasyfikacji medycznych ICD i DSM nie jest wcale przejawem zarzucanej modelowi hipokryzji (Krause, 2023), tylko realistyczną przesłanką uwzględniającą aktualny stan prawny: diagnoza medyczna nie będzie potrzebna, gdy system wsparcia i świadczeń nie będzie ograniczony do wybranych jednostek nozologicznych. A to wymaga zmiany prawa oświatowego i zmiany

systemu orzecznictwa, w tym struktury i statusu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Póki więc diagnozy medyczne według kategorii ICD bądź DSM „idą” za uczniem – nie można ich pominąć *o ile zostały postawione*. Dają pewne dodatkowe informacje, a obecnie także określone możliwości wsparcia ucznia. Docelowo rozwiązanie oparte na analizie funkcjonalnej powinno stać się podstawowym elementem w planowaniu wsparcia.

Przytoczona definicja przywołuje jeszcze jedną, zupełnie innego rodzaju klasyfikację niż klasyfikacje nozologiczne takie jak ICD czy DSM. To właśnie klasyfikacja funkcjonalna ICF, a ściślej: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*).

### **ICF jako podstawa diagnozy interdyscyplinarnej dla celów edukacyjnych**

Ogłoszona w 2001 r. przez WHO klasyfikacja ICF (Wilmowska-Pruszyńska, Bilski 2010) jest innym rodzajem klasyfikacji niż dotychczas najczęściej używane spisy chorób i zaburzeń (jak ICD czy DSM). Co więcej, nie służy ona opisowi zaburzeń, ale szeroko rozumianego funkcjonowania człowieka. Może być to więc także funkcjonowanie w sytuacji doświadczanego zaburzenia, choroby czy niepełnosprawności, ale nie tylko. Stąd jej nazwa: klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia. Założeniem klasyfikacji jest dostarczenie uniwersalnej ramy do opisu i uporządkowania informacji ukazujących człowieka i jego kondycję w całym złożonym kontekście biopsychospołecznym, uwzględniającym także różne aspekty środowiska, które przyczyniają się do jego lepszego lub gorszego funkcjonowania. Takie podejście stało się również podstawą diagnozy funkcjonalnej do celów edukacyjnych: *Wieloaspektowość*

*ujęcia biopsychospołecznego stanowi rdzeń diagnozy funkcjonalnej, pojmowanej jako dynamiczny i kompleksowy proces rozpoznawania potencjału człowieka i barier w jego rozwoju, służący opracowaniu i realizacji optymalnego procesu wsparcia podlegającego stałej ocenie i modyfikacji (Knopik, 2018, s. 8).*

Był to jeden z ważniejszych celów: uniwersalny język opisu i kategorii, które mogą być używane np. do budowania narzędzi diagnostycznych przez współpracujących ze sobą i skupionych na wspólnym obiekcie działań przedstawicieli różnych zawodów. Nie zawsze tak było, czego doświadczaliśmy także w obszarze działań oświatowych: współpracujący pedagodzy, psychologowie, logopedzi, lekarze używali w obszarach swoich specjalizacji różnych pojęć i różnych narzędzi, przez co nie zawsze można było osiągnąć porównywalność ich diagnoz. Jest to z pewnością jakaś przeszkoda w pracy zespołów interdyscyplinarnych. Także język opisu funkcjonowania i problemów uczniów, np. w orzeczeniach i opiniach wydawanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, był - i nadal jest jeszcze - w dużym stopniu zależny od indywidualnych doświadczeń, preferencji i rutyn sporządzających je specjalistów. ICF dostarcza uniwersalnych kategorii opisowych – wykorzystanie ich w różnych obszarach praktyki zawodowej jest kwestią dostrzeżenia potencjału ICF i wypracowania potrzebnych i istotnych dla tego obszaru narzędzi. Potrzeba nowych narzędzi nie wynika jedynie z ich braku, ale paradoksalnie z pewnego nadmiaru, ale zarazem nieuporządkowania i niespójności. Warto zwrócić uwagę na ciekawy aspekt tego problemu: (...) *mnogość opracowanych takich skal opisujących to samo, ale nie tak samo spowodowała pewien chaos. Pojawiła się więc potrzeba zapisu w języku uniwersalnym, pozwalającym na porównywanie wyników*

*uzyskanych za pomocą takich samych narzędzi i używania tych samych pojęć i określeń, a jednocześnie dającym się zapisać językiem elektronicznym” (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski 2018, s. 3).*

Klasyfikacja ICF stworzyła takie możliwości. Przede wszystkim dostarcza ona podstaw pojęciowych (definicji zgromadzonych ok. 1,5 tys. kategorii opisowych) oraz standardowego języka, który może być używany przez różnych specjalistów. Kategorie ICF pogrupowane są w kilka działów: opisy struktur i funkcji ciała, aktywności, uczestnictwa, oraz czynniki kontekstowe: środowiskowe i osobowe (ICF docenia czynniki osobowe i sugeruje posługiwanie się w diagnozie, jednak nie zawiera kategorii opisowych dla tego obszaru; nie zostały one jeszcze w ICF w pełni sklasyfikowane z powodu ich dużego zróżnicowania społecznego i kulturowego w różnych krajach i rejonach świata – zob. Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2010). Każda kategoria posiada swój kod literowo-cyfrowy, który odzwierciedla jego uporządkowanie w strukturze ICF. Kody te są bardzo użyteczne przy przetwarzaniu danych (np. statystycznych), ale także są nieocenione dla wymiany doświadczeń międzynarodowych: ICF wdrażają państwa członkowskie WHO – jest ich obecnie 194 (WHO, 2023); zaleca się jednak stosowanie ICF na całym świecie. Po 20 latach od oficjalnego ogłoszenia ICF, różny jest stopień zaawansowania jej implementacji w poszczególnych krajach (polskie tłumaczenie ukazało się w roku 2009 – zob. ICF, 2009). To długi proces. W krajach, które już oficjalnie wdrażają ICF, ma oba zastosowanie głównie kliniczne i prawne (regulacje w prawie narodowym lub lokalnym). Jeszcze niewiele stosuje ICF dla celów statystycznych, edukacyjnych i badawczych (Leonardi i in., 2022), czy polityki społecznej (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski 2020), ale są kraje, które dostrzegły już możliwość jej wykorzystania w praktyce

oświatowej. Np. Włochy i Finlandia zmodyfikowały na tej podstawie koncepcję zindywidualizowanego programu edukacyjnego dla uczniów z niepełnosprawnością i wdrożyły ją w swoich systemach (Leonardi i in. 2022; Pasqualotto, Lascioli 2020). W Korei Południowej opracowano internetowe narzędzie do oceny stanu funkcjonalnego uczniów niepełnosprawnych na potrzeby wsparcia edukacyjnego, a w Australii wykorzystano ICF do planowania zarządzania dystrybucją zasobów w edukacji szkolnej (Leonardi i in., 2022). Prowadzone były międzynarodowe badania (w Niemczech, Grecji, Rumunii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii) nad korelacją między kapitałem społecznym a edukacją włączającą w z zastosowaniem klasyfikacji funkcjonalnej (ICF-CY) jako ramy do dalszego rozwoju środowisk włączających oraz budowania silniejszych, zdrowszych i bardziej zintegrowanych społeczeństw (Maxwell, Koutsogeorgou, 2011). W Portugalii już w 2008 roku ustawa o edukacji specjalnej wprowadziła (jako jedną z najważniejszych zmian) kwalifikację do świadczeń szkolnictwa specjalnego opartą na profilu funkcjonowania uczniów ICF-CY (wersja dla dzieci i młodzieży – w pewnym okresie używana jako wariant ICF). Warto zaznaczyć, że Portugalia ma jeden z najwyższych wskaźników udziału uczniów z niepełnosprawnością w ogólnodostępnych placówkach edukacyjnych - wynosi on 98%. ICF jest tam podstawą rozpoznawania indywidualnych potrzeb uczniów, podejmowania decyzji kwalifikacyjnych oraz planowania interwencji edukacyjnych (Sanches-Ferreira i in. 2018). To wszystko jest jednak dopiero początkiem zmian. W wielu krajach trwają obecnie prace nad wprowadzaniem do edukacji różnych narzędzi opartych na ICF, a przykłady takie jak portugalski mogą być bardzo inspirujące w tworzeniu własnych rozwiązań diagnostycznych i organizacyjnych, wykorzystujących podejście funkcjonalne.

**Warto zapamiętać:**

ICF jako klasyfikacja funkcjonalna dostarcza kategorii do opisu funkcjonowania człowieka w kontekście zdrowia i jego zakłóceń (choroby, niepełnosprawności zaburzeń. Nie jest klasyfikacją ludzi, lecz ich funkcjonowania, poprzez *opisywanie funkcjonowania odnoszonego do ciała ludzkiego, aktywności człowieka jako jednostki oraz jego uczestnictwa w życiu społecznym. Nie traktuje niepełnosprawności i zdrowia jako tylko charakteryzujących funkcjonowanie jednostki (czy też jego ograniczenia), lecz uwzględnia także relacje pomiędzy jednostką i środowiskiem, w którym działa* (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski 2020, s. 2). Pozwala tworzyć profile funkcjonalne, do diagnozy indywidualnej, planowania wsparcia, jego ewaluacji. ICF nie zastępuje ICD - obie klasyfikacje się uzupełniają (częściowo także pokrywają). Do tej pory stosowano ICF głównie z celach klinicznych, ale jest możliwości wykorzystania w innych obszarach - także w edukacji. Atrakcyjność ICF wynika z konsekwentnego podejścia biopsychicznego, uniwersalności oraz możliwości wykorzystania do dialogu międzydyscyplinarnego, ale także międzynarodowego.

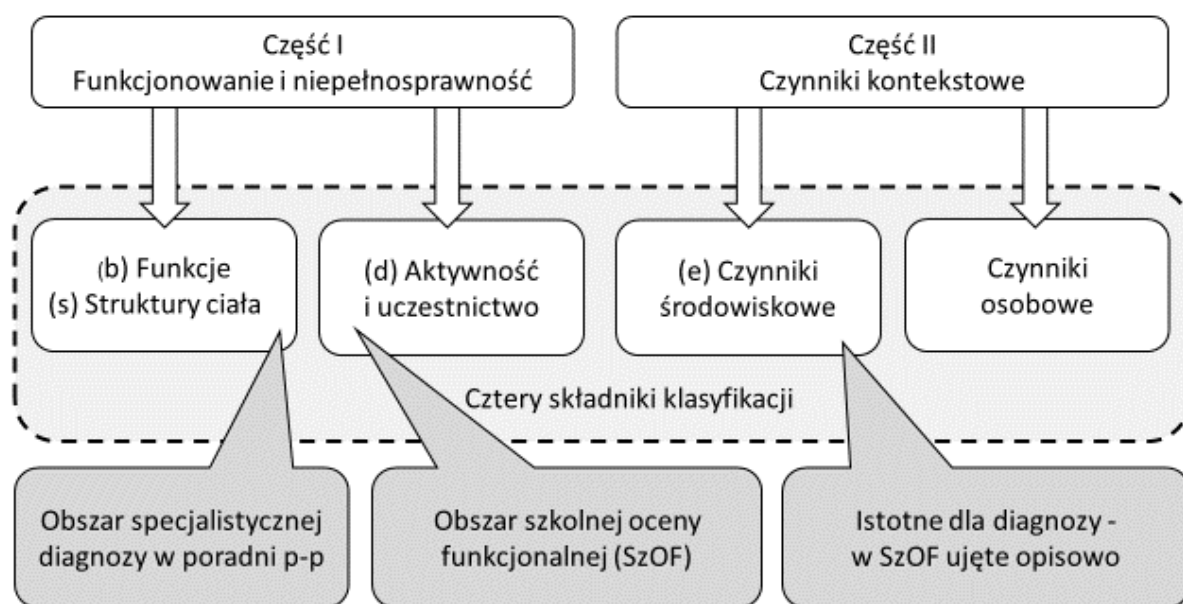
**Szkolna ocena funkcjonalna – od rozpoznania potrzeb do planowania wsparcia**

W Polsce również od kilku lat podejmowane są próby adaptacji lub samodzielnego opracowania narzędzi, które byłyby pomocne w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb uczniów i planowaniu wsparcia dla nich, m.in. dla wzmocnienia kompetencji i zasobów diagnostycznych nauczycieli edukacji włączającej. Polskie prawo oświatowe wprowadziło możliwość edukacji włączającej w formie

podobnej do obecnej z końcem pierwszej dekady XXI wieku. Niestety, wyniki badań wykazywały, że nauczyciele przedszkoli i szkół ogólnodostępnych nie byli do tego przygotowani, także pod względem posiadanego warsztatu diagnostycznego (Jachimczak, 2011). Ich kompetencje diagnostyczne oceniano za dalekie od profesjonalnych - *nie odbiegały pod wieloma względami od diagnoz dokonywanych intuicyjnie i przez pryzmat silnych emocji przez samych rodziców uczniów* (Sadowska, Janiszewska-Nieścioruk, 2018; za: Konieczna i Konieczna, 2010). Co więcej, *nauczyciele, przy braku kompetencji do diagnozy, często mają przekonanie, że diagnoza nauczycielska jest tylko utrudnieniem i niczemu nie służy* (Sadowska, Janiszewska-Nieścioruk, 2018, s. 112), co prowadziło do nieracjonalnego, formalnego, szablonowego powielania gotowych wzorów, jedynie dla spełnienia wymagań prawa oświatowego, a nie rzeczywistego wyjaśnienia uwarunkowań dostrzeganych trudności (Tersa 2014).

Przedsięwzięciem o zasięgu ogólnopolskim, które miało w końcu zmienić dostrzegane braki systemowe, było opracowanie przez zespół ekspertów z kilku uczelni i innych instytucji zajmujących się diagnostyką pedagogiczną, modelu i zestawu narzędzi Szkolnej Oceny Funkcjonalnej (SzOF). Projekt został zrealizowany w 2022 r. Jego koordynatorem był Katolicki Uniwersytet Lubelski, a kierowniczką tego przeszło półrocznego zadania - Ewa Domagała Zyśk (autorka tego rozdziału była Autorka członkinią zespołu, współautorką modelu i narzędzi SzOF – zob. Domagała-Zyśk i in., 2022). Rezultatem prac zespołu było opracowanie modelu SzOF, jako zespołowego procesu rozpoznawania potrzeb uczniów wymagających większego wsparcia oraz narzędzi opartych na ICF (Domagała-Zyśk i in. 2022).

SzOF i składające się na ten proces narzędzia odnosi się do kategorii opisujących aktywność i uczestnictwo, gdyż to jest obszar bezpośrednich, codziennych obserwacji nauczyciela (rys. 1). Z kodów ICF dotyczących aktywności i uczestnictwa wytypowano kategorie podlegające obserwacji i ocenie, które mogą być istotne ze względu na rozpoznanie sytuacji i planowanie wsparcia. Zakres tego rozpoznania musiał być wystarczająco szeroki, by stworzyć przestrzeń do oceny potrzeb każdego ucznia, który wymaga pomocy. (na tym polega idea szkoły dla wszystkich). Na rysunku warto zwrócić uwagę, że mimo uznania za istotne czynników środowiskowych, podlegają one otwartemu opisowi, nie tworzy się dla ich oceny specjalnych kwestionariuszy.



Rys. 1. Obszar szkolnej oceny funkcjonalnej oraz diagnozy specjalistycznej w poradni psychologiczno-pedagogicznej w strukturze ICF (źródło: opracowanie własne)

Z przebiegiem i narzędziami używanymi w procesie SzOF może się zapoznać czytelnik w dostępnym w Internecie podręczniku (Domagała-Zyśk i in., 2022), a wkrótce, jako narzędzie rekomendowane do



szerokiego użycia we wszystkich szkołach realizujących zadania edukacji włączającej SzOF będzie dostępna dla wszystkich nauczycieli na platformie MEiN. Tu podajemy jedynie podstawowe informacje o jej założeniach.

SzOF obejmuje dwa etapy – ocena w konsultacjach zespołowych oraz pogłębiona ocena nauczyciela – oraz cztery narzędzia pozwalające na ocenę funkcjonalną w wykorzystaniu ICF. Są to:

➤ Etap pierwszy:

1. Formularz Konsultacji Zespołowych (FKZ);
2. Protokół Konsultacji Zespołowych (PKZ);

➤ Etap drugi:

3. Arkusze Obserwacji Ucznia (AOU) dla 4 grup wiekowych;
4. Protokół Szkolnej Oceny Funkcjonalnej (PSzOF) (Domagała-Zyśk i in. 2022).

Do procesu SzOF zostaje włączony uczeń, u którego zaobserwowano trudności, których nie jest w stanie pokonać nauczycieli w oparciu na codziennych obserwacjach i podstawowych działaniach wspierających – w toku zwykłych lekcji i edukacyjnych zajęć wyrównawczych. Podjęcie decyzji o SzOF wiąże się z zaproszeniem do współpracy innych nauczycieli i specjalistów szkolnych, którzy tworzą zespół roboczy, podejmujący zadanie diagnostyczne oraz związane z zaplanowaniem wsparcia w oparciu o posiadane szkolne zasoby. Do zespołu powinni też być włączeni rodzice ucznia, a w przypadku nieco starszej młodzieży – także on sam. Wychowawca inicjujący konsultacje sam decyduje, czyja obecność pozwoli na najlepsze rozpoznanie istoty problemu. Wszyscy zaproszeni do zespołu

wypełniają FKZ - proste narzędzie z wyszczególnionymi dziewięcioma obszarami aktywności:

- Obszar I. Uczenie się i stosowanie wiedzy;
- Obszar II. Ogólne zadania i obowiązki;
- Obszar III. Porozumiewanie się;
- Obszar IV. Poruszanie się – w tym mobilność i aktywność manualna;
- Obszar V. Dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność;
- Obszar VI. Życie domowe;
- Obszar VII. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie;
- Obszar VIII. Kształcenie szkolne – rola ucznia;
- Obszar IX. Życie w społeczności lokalnej.

Obszary wytypowane zostały na podstawie ICF, ale istotne jest także to, że te same obszary zostały przyjęte jako podstawa opracowania profili funkcjonalnych oraz skriningów rozwojowych dla dzieci od urodzenia do 6 rż. Narzędzia te także zostaną wkrótce wprowadzone do powszechnego użycia na platformie MEiN, co ma ułatwić i upowszechnić dostęp do narzędzi umożliwiających jak najszybsze wychwytywanie i kierowanie małych dzieci do wczesnego wspomaganie rozwoju (Piotrowicz i in., 2022; Walkiewicz-Krutak i in. 2021a; 2021b). Spójność pomiędzy narzędziami w przyszłości pozwoli także na monitorowanie rozwoju dzieci w dłuższej perspektywie czasowej - zamiast nieskoordynowanego przeprowadzania diagnoz na różnych etapach edukacji dziecka/ucznia. FKZ jest bardzo prostym narzędziem, wzorowanym na sprawdzonym w praktyce rozwiązaniu i narzędziu szwajcarskim (Hollenwenger i wsp., 2014 - Publikacja przygotowana dla Ministerstwa Edukacji przez zespół specjalistów z Kantonu Zurych kierowany przez prof. Judith Hollenwenger z Uniwer-

sytytu Pedagogicznego w Zurychu]). W wytypowanych 9 obszarach ocenia się na 5-stopniowej skali mocne i słabe strony ucznia. Jest też miejsce na różne ważne informacje o uczniu. Oceny członków Zespołu Konsultacyjnego są wspólnie dyskutowane i na tej podstawie można zaplanować wsparcie zapisane w PKZ.

W przypadku wielu (większości?) uczniów taki zespołowy zakres działań (FKZ + PKZ) będzie wystarczający. Jeśli jednak Zespół Konsultacyjny uzna konieczność pogłębienia diagnozy szkolnej, to odnotowuje w PKZ taką decyzję. Wskazuje także minimalny zakresu obszarów do oceny przez wychowawcę w kolejnym: AOU. Ten arkusz obserwacyjny wymaga odpowiedzi na serię prostych pytań: ocenę, czy uczeń wykonuje daną aktywność czy też nie. Także jeśli do jej wykonania potrzebne jest dodatkowa pomoc (dłuższy czas pracy, pomoc innej osoby, pomoce techniczne) – to jest to również odnotowywane w AOU. Uwzględnienie wszystkich wybranych wskaźników we wszystkich 9 obszarach (w każdym z nich najczęściej kilkanaście wskaźników), a więc obserwacja z użyciem całego AOU nie dotyczy każdego ucznia w SzOF. Cały arkusz wykorzystywany jest, gdy sytuacja dziecka jest bardziej złożona, gdy nauczyciel sam chce uzyskać pełen obraz funkcjonowania ucznia, ale także wtedy, gdy Zespół Konsultacyjny decyduje, że potrzebna będzie dalsza diagnoza specjalistyczna w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wtedy proces SzOF wykorzystuje cały AOU. Na koniec sporządzany jest protokół z jej przebiegu, czyli PSzOF. Dokument ten, wraz z profilem uzyskanym w SzOF przekazywany jest do poradni, podejmującej diagnozę. Są one pomocne w jej przeprowadzeniu.

Podsumowując, można powiedzieć o następujących krokach Szkolnej Oceny Funkcjonalnej (SzOF):

1. Dostrzeżenie problemu przez nauczyciela.
2. Obserwacja ucznia i podstawowe wsparcie w toku codziennej pracy edukacyjnej i wychowawczej.
3. Decyzja nauczyciela o przeprowadzeniu szkolnych konsultacji zespołowych z wykorzystaniem Formularza Konsultacji (FKZ). Zwołanie Zespołu – także z udziałem rodzica, a czasem i ucznia, oraz wypełnienie FKZ przez wszystkich członków Zespołu.
4. Konsultacje, czyli zespołowa analiza formularzy (FKZ) wypełnionych przez członków Zespołu.
5. Projektowanie wsparcia i zapisanie ustaleń w Protokole Konsultacji Zespołowych (PKZ). Jeśli Zespół uzna za potrzebne, to także wytypowanie obszarów do oceny pogłębionej z wykorzystaniem AOU.
6. Wybór Arkusza Obserwacji Ucznia (AOU) dla danej grupy wiekowej, a w nim tych obszarów, które wymagają pogłębienia lub przeprowadzenie pełnej obserwacji.
7. Protokół Szkolnej Oceny Funkcjonalnej (PSZOF) – projektowanie wsparcia z uwzględnieniem oceny pogłębionej
8. Ewentualne decyzje dotyczące dalszej specjalistycznej diagnozy w PPP – wtedy przekazanie dotychczasowych wyników SzOF (w tym AOU i PSzOF) do poradni.
9. Realizacja wsparcia i jego ewaluacja.

Szczegółowa analiza kroków sprawia wrażenie złożoności procesu diagnostycznego. Wyłączając jednak dwa pierwsze kroki (to oczywiste działania podejmowane na co dzień przez każdego nauczyciela), mam jednak do czynienia z dwoma krokami z użyciem narzędziami do zbierania informacji: FKZ i AOU, a każdy z nich zamyka sporządzenie protokołu: PKZ lub PSzOF. W praktyce to bardzo proste, choć

oczywiście – jak każda diagnoza – wymaga to trochę czasu. Pamiętać należy jednak o tym, że:

- nie każdy uczeń wymaga włączenia w proces SzOF – tylko te przypadki, gdy nauczyciel wymaga wsparcia zespołowego lub poradnianego;
- nie każdy uczeń w procesie SzOF wymaga użycia wszystkich narzędzi – najczęściej proces SzOF będzie kończył się na konsultacjach z wykorzystaniem FKZ. Z konsultacji sporządza się protokół ze słabymi i mocnymi stronami ucznia oraz z zaplanowanym wsparciem (PKZ).
- Gdy decydujemy się na AOU, nie każdy uczeń wymaga oceny z użyciem całego arkusza; czasem wystarczy tylko ocena w 3-4 obszarach, gdzie są zauważalne trudności.
- Nie każdy uczeń, wobec którego używamy AOU będzie wymagał pogłębionej diagnozy specjalistycznej w poradni. Jeśli tak jest przekazujemy dalej i profil w AOU, i protokół końcowy PSzOF.

Jeśli uczeń tego wymaga, dalszy proces diagnostyczny realizowany jest przez specjalistów w poradniach. Jednak szkoła posiadająca już swoją Szkolną Ocenę Funkcjonalną – jest w stanie pracować z uczniem w oczekiwaniu na tę diagnozę. A po otrzymaniu diagnozy (np. w opinii lub orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego) – oba poziomy ustaleń diagnostycznych uzupełniają się: diagnoza specjalistyczna (nozologiczna i/lub funkcjonalna, ale na poziomie struktur i funkcji organizmu) uzupełnia ogólną nauczycielską ocenę funkcjonalną.

**Warto zapamiętać:**

Szkolna ocena funkcjonalna jest propozycją modelowego procesu diagnozy pedagogicznej dla celów edukacyjnych, wraz z zestawem narzędzi diagnostycznych, pozwalających poznać indywidualne potrzeby edukacyjne uczniów. Mogą być wykorzystane w każdej szkole, przez każdego nauczyciela, a właściwie przez każdy zespół nauczycieli i specjalistów, podejmujących wspólne działania wspierające dla ucznia, który ich wymaga. Szkolna ocena funkcjonalna nie zastępuje oceny dydaktycznej, gdyż jej celi i przedmiot jest zupełnie inny: pozwala na ogólną ocenę sytuacji biopsychospołecznej ucznia, w tym jego mocnych i słabych stron, w przypadku dostrzeżonych trudności w funkcjonowaniu szkolnym. Służy zaplanowaniu i ewaluacji działań wspierających bez konieczności odwołania się po diagnozy specjalistycznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, chociaż jej nie wyklucza. Zakres przeprowadzonych działań diagnostycznych zależy od konkretnego przypadku: może zakończyć się ustaleniami z przeprowadzonych konsultacji zespołowych, może wymagać użycia dodatkowego arkusza obserwacji ucznia w kilku lub wszystkich 9 obszarach aktywności. Jedynie trudniejsze przypadki wymagać będą kontynuacji diagnozy specjalistycznej w poradni. Wtedy przekazane wyniki SzOF ułatwiają dalsze poznanie ucznia przez specjalistów. Diagnoza przeprowadzona w szkole i poradni uzupełniają się, dając spójny obraz funkcjonowania ucznia.

**Proces SzOF i używane w nim narzędzia nie są trudne, ale wymagają poznania założeń oraz przebiegu procesu diagnostycznego. Jak każda diagnoza, także i SzOF wymaga czasu poświęconego poznaniu indywidualnych potrzeb ucznia.**

## Zakończenie

W rozdziale tym funkcję podsumowania pełnią trzy wyodrębnione bloki „Warto zapamiętać”. Taka forma wydaje się bardziej przyjazna dla czytelnika. Dlatego rezygnujemy z typowego podsumowania. Ale warto też zapamiętać, że diagnoza funkcjonalna, o której głośno w ostatnim czasie w środowisku oświatowym w związku z nowym modelem „Szkoły dla wszystkich”, jest po prostu jednym ze sposobów rozpoznawania problemów medycznych, psychologicznych i społecznych. Nie jest czymś zupełnie nowym w warsztacie diagnostycznym nauczyciela.

Jednym z najpopularniejszych, znanych przykładów diagnozy funkcjonalnej w warsztacie pedagogów, do którego najbardziej można przyrównać zadanie diagnostyczne z użyciem SzOF jest ocena gotowości szkolnej uczniów. Przyjęła się w naszym systemie oświatowym bardzo dobrze. Nauczyciele przedszkola nauczyli się nie tylko jak ją przeprowadzać, ale także – a może przede wszystkim - jak ją wykorzystywać w pracy z uczniem. Szczególnie tym, u którego pojawia się konieczność kompensacji zaobserwowanych braków i opóźnień. Przeprowadzanie ocen przedszkolnych trwa pewien czas (ocena jesienna i wiosenna), kiedy nauczyciele przez kilka tygodni koncentrują się na tym szczególnym, a bardzo ważnym zadaniu diagnostycznym. **SzOF wypełnia lukę w posiadaniu takiego narzędzia jak narzędzia do oceny gotowości szkolnej w warsztacie diagnostycznym nauczycieli szkolnych. Narzędzia, które można nazwać narzędziem ukierunkowanej obserwacji. To w jej toku odbywa się rzeczywiste poznawanie ucznia, którego potrzeby wydają się szczególne na tle innych.**

Diagnoza/ocena funkcjonalna jest dobrze znana nauczycielom szkół specjalnych. Traktują ją jako stały i oczywisty element cyklu diagnostyczno-edukacyjno-(terapeutyczno)-ewaluacyjnego, korzystając w sposób rutynowy (w dobrym znaczeniu tego określenia) z wielu różnych narzędzi diagnozy funkcjonalnej (np. Skala Umiejętności Społecznych Gunzburga PAC, Profil Psychoedukacyjny Erica Schoplera (PEP-R; PEP-3-PL), Profil osiągnięć ucznia Jacka Kielina i in.). Te narzędzia służą podjęciu działań wspierających – i ich użycie jest oczywiste. Dla wielu nauczycieli szkół ogólnodostępnych po prostu często nie było dotąd takiej potrzeby, by dokonywać ustalonej formalnie diagnozy, ale także diagnozowali oni w ramach swoich kompetencji różne sytuacje i problemy, które pojawiały się w pracy z uczniami. Znakomitą baterią narzędzi dla nauczycieli jest opracowana przez zespół specjalistów pod kierunkiem Anny Brzezińskiej „Skrzynka z Narzędziami”. Uwzględnia nie tylko potrzeby dzieci i uczniów na każdym etapie rozwojowym, ale także w środowisku szkoły i domu. Dotyczy całego wachlarza różnych sytuacji, które mogą stanowić problem czy trudność w pracy z dziećmi i młodzieżą. Czy jednak nauczyciele przejawiają taką „ciekawość” swojego ucznia? Niestety, ten znakomity i wart upowszechnienia zestaw narzędzi jest słabo znany wśród nauczycieli (odwołuję się tu własnego doświadczenia szkoleniowego w pracy z nauczycielami, m.in. na warsztatach ORE, w prowadzeniu dla ORE sieci współpracy i samokształcenia z zakresu diagnozy funkcjonalnej oraz w pracy nauczyciela-konsultanta ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych w WODN w Zgierzu)

**SzOF jest nową propozycją: profilem obserwacyjnym zarazem uniwersalnym, jak też dającym możliwość elastycznego**



**wykorzystania. Jest diagnozą pedagogiczną „dla wszystkich” – tak dla wszystkich nauczycieli, jak i w sensie dopasowania rozpoznania do potrzeb wszystkich uczniów, choć stosowanym wtedy i tylko w takim zakresie, jak to jest potrzebne w danym konkretnym przypadku. Jego wejście do szerokiego użytku nie jest nowym obowiązkiem, ale nową możliwością dla nauczycieli.** Tak jak możliwością było wykorzystanie ICF do stworzenia profilu. To pewien model myślowy, leżący u podstaw filozofii ICF okazał się zbieżny z nowym myśleniem o różnorodności. Warto się tym dzielić. I warto budować nowe rozwiązania oparte na tym modelu. ICF nie daje recepty na najlepsze działania, ale daje gwarancję spójności diagnostycznej w różnych zadaniach edukacyjnych.

SzOF nie jest narzędziem doskonałym – jak każde inne narzędzie musi przejść przez różne etapy doskonalenia. Różnica między narzędziami typu SzOF (zbudowanych na ICF) a testami diagnostycznymi jest taka, że doskonalenie profili funkcjonalnych odbywa się w codziennej pracy jego użytkowników. Narzędzia oparte na ICF można standaryzować, odwołując się np. do wskaźników rozwojowych, ale nie to jest ich głównym celem. SzOF ma pokazać nauczycielowi co jest/powinno być punktem wyjścia do jego aktualnych działań w różnych obszarach aktywności ucznia – bez względu na to, jak jego poziom rozwoju ma się do norm rozwojowych. To także ważny, ale już inny aspekt pragmatyki diagnostycznej. Narzędzie to umożliwia podążanie za uczniem i jego aktywnością i edukację o charakterze konstruktywistycznym – bez względu na etykiety zaburzeń. Próby populacyjne, pokazujące co jest przydatne w tym narzędziu, co nie; co trzeba zmienić, co zostawić, w końcu – jakie skutki praktyczne powoduje SzOF (np. powiązanie z poziomami wsparcia) – to wszystko wymaga

współdziałania i wymiany doświadczeń, także dopasowania rozwiązań, jakimi na danych poziomie organizacji systemu oświaty dysponuje szkoła. Wymaga to włączenia się refleksyjnych praktyków w proces doskonalenia wspólnego narzędzia. Ten etap dla SzOF właśnie się zaczyna.

## **Bibliografia**

Brzezińska A. (red). (2014) *Niezbędnik Dobrego Nauczyciela seria IV Monitorowanie rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania (Skrzynki z narzędziami)*, IBE, Warszawa.

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

*DSM-5-TR (tm) Classification* (2022), American Psychiatric Association Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M (2017), Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska* 2017; 51(2): 169–195.

First M.B. (2016), *DSM-5. Diagnostyka różnicowa*. Redaktor wydania polskiego P. Gałęcki. Wyd. EDRA Urban & Partners.

Hollenwenger J. i in. (2014), *Zintegrowane kształcenie specjalne w kantonie Zurych. Podstawy, regulacje i finansowanie zintegrowanego kształcenia specjalnego w szkołach specjalnych (ISS) i szkołach integracyjnych (ISR)*, Bildungsdirektion Kanton Zürich.

Jachimczak B. (2012), Przygotowanie nauczycieli wychowania przedszkolnego do realizacji wybranych zadań z zakresu pomocy

psychologiczno-pedagogicznej, *Studia Edukacyjne*, nr 21, s. 163–175.

Knopik T. (2018), *Diagnoza funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa.

Konieczna A., Konieczna I. (2010), Ocena i wyjaśnienie niepowodzeń edukacyjnych uczniów przez nauczycieli i rodziców [w:] .

A. Konieczna (red.), *Diagnozowanie potrzeb edukacyjnych dziecka*, Wydawnictwo APS, Warszawa, s. 115–128.

Krause A. (2023), Edukacja włączająca w dyskursie hipokryzji. *Studia z Teorii Wychowania*, Tom 14, Nr 1 (42), s. 85-101.

Kuta W. (2022), Rewolucja w ochronie zdrowia. Wchodzi klasyfikacja chorób ICD-11. Co się zmieni? *Rynek Zdrowia* , Wpis z dn.25 kwietnia 2022, [online], <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Rewolucja-w-ochronie-zdrowia-Wchodzi-klasyfikacja-chorob-ICD-11-Co-sie-zmieni,231736,14.html>, [dostęp: 2.05.2023].

Leonardi M., Lee H., Kostanjsek N. i in. (2022), 20 Years of ICF 0- International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. Sep; 19(18): 11321; DOI: 10.3390/ijerph191811321.

Maxwell, G., Koutsogeorgou, E. (2011). *Inclusive Education in Europe: A practical Application of an ICF-CY-based Framework as a Tool for Inclusive Education Policies*. Conference: ECER, Urban Education. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A516533&dswid=-102>, [dostęp: 2.05.2023].

MEiN (2020), *Edukacja dla wszystkich – ramy rozwiązań legislacyjno-organizacyjnych na rzecz wysokiej jakości kształcenia włączającego dla wszystkich osób uczących się (projekt)*. Warszawa.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), wersja polska, 2009;  
[https://ezdrowie.gov.pl/downloadFile\(pdf\)](https://ezdrowie.gov.pl/downloadFile(pdf)). [dostęp:23.03.2023].

Ochojska D., Pasternak J. (2021), Błędy diagnostyczne w zaburzeniach ze spektrum autyzmu i ich konsekwencje – opisy przypadków *Psychiatria Polska* nr 55(4): 787–799; DOI:  
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/111789>. [dostęp:23.03.2023].

Ozonoff S., Goldstein S., Naglieri J.A. (2018), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*. Seria: Psychiatria i Psychoterapia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Pasqualotto L., Lascioli A. (2020), ICF-Based functional profile in education and rehabilitation: a multidisciplinary pilot experience. *Journal of Advanced Health Care*, Vol. 2, Issue 1,  
<https://jahc.eu/jahc2001-004/>, [dostęp: 2.05.2023].

Piotrowicz R., Mikler- Chwastek A., Jegier A., Walkiewicz-Krutak A., Wereszka K., Gelleta I., Pawlak K. (2022), *Skrining rozwoju małego dziecka w okresie średniego dzieciństwa. (SRMD: 3-6 lat)*. Warszawa.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591 – z późn. zm.).

Sadowska S., Janiszewska-Nieścioruk Z. (2018), O diagnozie z wykorzystaniem ICF jako podstawie organizowania pomocy osobom z niepełnosprawnością – między polityką, wiedzą naukową a praktyką. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, Nr 29, s. 100-113.

Sanches-Ferreira M., Silveira-Maia M., Sílvia Alves S., Simeonsson R.J. (2018), Conditions for Implementing the ICF-CY in Education: The Experience in Portugal. *Frontiers in Education*, 27 March 2018, Sec. Special Educational Needs Volume 3; <https://doi.org/10.3389/feduc.2018.00020>, [dostęp: 2.05.2023].

Tersa K. (2014), Kompetencje diagnostyczne nauczycieli: oczekiwania i wyzwania, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, nr 16, s. 90–105.

UNESCO (2020), *Global education monitoring report, 2020: Inclusion and education: all means all*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>, [dostęp: 2.05.2023].

Walkiewicz-Krutak M., Aksamit D., Mikler-Chwastek A., Piotrowicz R., Walczak G., Pawlak K. (2021a), *Profil funkcjonalny aktywności ICF Okres rozwojowy wczesne dzieciństwo (0-3 lata)*, Warszawa.

Walkiewicz-Krutak M., Aksamit D., Mikler-Chwastek A., Piotrowicz R., Walczak G. (2021b), *Skrining rozwoju małego dziecka (SRMD: 0,6 - 2,6)*. Warszawa.

*Arkusze obserwacji zachowania dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa. Profil funkcjonalny ICF*, Warszawa.

WHO (2023). *Countries*. <https://www.who.int/countries/>, [dostęp: 2.05.2023].

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D. (2020), ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia. sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego, *Orzecznictwo Lekarskie*, 7(1), s. 1 -13.

Witkowski T. (1088), *Podręcznik do Inwentarza PPAC H.C. Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym (osób z upośledzeniem umysłowym)*. COMPWZ MEN, Warszawa.