



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

IBE  *entuzjaści
edukacji*

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Grażyna Krasowicz-Kupis

Katarzyna Wiejak

Katarzyna Gruszczyńska

Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej

TOM I – narzędzia dostępne w poradniach
psychologiczno-pedagogicznych i szkołach

Autorzy:

Grażyna Krasowicz-Kupis, IBE

Katarzyna Wiejak, IBE

Katarzyna Gruszczyńska, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Krasnymstawie

Współautorstwo fragmentów rozdziałów 4.2, 4.3 oraz 5.3, 5.4. i 5.7.:

Olga Pelc-Pękala

Recenzenci:

dr hab. prof. UMCS Katarzyna Markiewicz

dr Teresa Szuster

Ewa Jakacka

Korekta:

Małgorzata Pośnik

Wydawca:

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8

01-180 Warszawa

tel. (22) 241 71 00; www.ibe.edu.pl

© Copyright by: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa, 2015

Wydanie II, zmienione

ISBN: 978-83-61693-92-5

Wzór cytowania:

Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., (2015). Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Skład, druk:

Drukarnia TINTA, Z. Szymański

ul. Żwirki i Wigury 22

13-200 Działdowo

www.drukarniatinta.pl

Publikacja opracowana w ramach projektu systemowego: Badanie jakości i efektywności edukacji oraz instytucjonalizacja zaplecza badawczego, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Instytut Badań Edukacyjnych.

Egzemplarz bezpłatny.

Spis treści

Wprowadzenie	5
Rozdział 1. Na czym polega diagnoza psychologiczno-pedagogiczna?	7
1.1. Na czym polega diagnoza psychologiczna i pedagogiczna?	7
1.2. Jakie są rodzaje diagnoz?	8
1.3. Jakie wymagania stawia przed specjalistami profesjonalna diagnoza?	12
Rozdział 2. Na czym polega diagnoza psychometryczna?	15
2.1. Jakie wymagania powinien spełniać test psychologiczny?	15
2.2. Na czym polega standaryzacja?	15
2.3. Co to jest normalizacja?	16
2.4. Co to jest rzetelność testu?	19
2.5. Co to jest trafność testu?	20
2.6. Dlaczego ważne jest źródło pochodzenia narzędzi?	22
2.7. Czy diagnoza psychometryczna jest wystarczająca?	22
Rozdział 3. Jakie są etyczno-prawne aspekty diagnozy psychologicznej?	25
3.1. Z jakimi etycznymi problemami musi zmierzyć się diagnosta?	25
3.2. Jak postępować w sposób profesjonalny i etyczny w sytuacji diagnostycznej?	26
3.3. Jakie przepisy prawne regulują zasady prowadzenia diagnozy pedagogicznej i psychologicznej w systemie edukacji?	27
3.4. Jakie przepisy prawne obowiązują psychologów?	31
3.5. Jakie wymagania stawia się użytkownikom testów?	31
Rozdział 4. Jak powinna przebiegać diagnoza w systemie edukacji?	33
4.1. Kto i kiedy diagnozuje?	33
4.2. Do czego służą badania przesiewowe?	34
4.3. Jak powinno przebiegać badanie diagnostyczne?	35
4.4. Po co potrzebne są procedury diagnostyczne?	37
Rozdział 5. Jakimi narzędziami diagnozy dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i szkolnej dysponujemy w Polsce?	39
5.1. Testy Rozwoju Intelaktualnego	41
5.1.1. Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 1 (CFT 1-R)	41
5.1.2. Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 2 (CFT 20-R)	44
5.1.3. Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia (CMMS)	47
5.1.4. Test Matryc Ravena w Wersji Kolorowej (TMK)	50
5.1.5. Skala Inteligencji Wechslera Dla Dzieci – wersja zmodyfikowana (WISC-R)	53
5.1.6. Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leiterra P-93	56
5.1.7. Skale Inteligencji i Rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 LAT (IDS)	59
5.1.8. Testy Operacyjności Myślenia: Diagnoza Możliwości Intelaktualnych Dziecka (DMI-2M, DMI-2S)	64
5.1.9. Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF)	67
5.2. Testy Funkcji Wzrokowych I Motorycznych	69
5.2.1. Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig (DTVP)	69

5.2.2.	Test Figury Złożonej Reya (Rey-Osterrieth Complex Figure Test, RCFT)	72
5.2.3.	Test Pamięci Wzrokowej Bentona (Benton Visual Retention Test, BVRT)	75
5.2.4.	Test Bender-Koppitz	78
5.3.	Testy rozwoju językowego	81
5.3.1.	Skala Umiejętności Fonologicznych Elżbiety Koźniewskiej i Andrzeja Matuszewskiego. Skala F.	81
5.3.2.	Test Świadomości Fonologicznej Barbary Kaji i Rami Nair	84
5.3.3.	Zetotest	86
5.3.4.	Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR)	88
5.3.5.	Test Słownikowy Dla Dzieci (TSD)	91
5.4.	Testy czytania i pisania	94
5.4.1.	Próby Teresy Straburzyńskiej i Teresy Śliwińskiej	94
5.4.2.	Test Dom Marka	96
5.4.3.	Testy czytania dla 6-latków G. Krasowicz-Kupis	98
5.4.4.	Test Dekodowania Szczerbińskiego i Pelc-Pękali	101
5.5.	Baterie Testowe	104
5.5.1.	Dysleksja 3 – Diagnoza dysleksji u uczniów klasy iii szkoły podstawowej	104
5.6.	Testy dla nauczycieli	109
5.6.1.	Skala Ryzyka Dysleksji (SRD)	109
5.6.2.	Skala Ryzyka Dysleksji Dla Dzieci Wstępujących Do Szkoły (SRD-6)	112
5.6.3.	Skala Funkcjonowania Pierwszoklasisty (SFP)	114
5.6.4.	Skala Gotowości Edukacyjnej Pięciolatek (SGE-5) Obserwacyjna metoda dla nauczycieli	118
5.7.	Próby niewystandaryzowane	123
5.7.1.	Próby Spionek	123
5.7.2.	Skala Pomiaru Percepcji Słuchowej Słów	125
5.7.3.	Test Odtwarzania Struktur Rytmicznych Miry Stambak	127
5.7.4.	Test Do Badania Techniki Głośnego Czytania	129
5.7.5.	Próby Janiny Mickiewiczowej	131
5.7.6.	Test Figur Odwróconych Edfeldta	133
5.7.7.	Profil sprawności grafomotorycznych	135
5.7.8.	Profil Psychoedukacyjny PEP-R	137
Rozdział 6. Czym się kierować, dokonując wyboru narzędzia diagnostycznego?		140
6.1.	Odpowiedzialność diagnosty – podsumowanie	140
6.2.	Uwarunkowania decyzji o wyborze testu – podsumowanie	140
Bibliografia		144

Wprowadzenie

Prezentowany I tom Katalogu metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej przeznaczony jest dla specjalistów zajmujących się udzielaniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach – pedagogów i psychologów szkolnych, a przede wszystkim dla pracowników poradni psychologicznych i psychologiczno-pedagogicznych zajmujących się diagnozą dzieci na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Omówione zostaną także metody przesiewowe, które mogą wykorzystywać nauczyciele. Niektóre z opisanych tu metod stosują także logopedzi w swojej praktyce diagnostycznej. Katalog może być również adresowany do studentów, głównie psychologii oraz kierunków pedagogicznych, do wykorzystania w ramach kursu dotyczącego diagnozy psychologicznej oraz/lub pedagogicznej.

Autorzy katalogu skupili się na diagnozie opartej o pomiar ocenianych cech z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi, zazwyczaj zwanych testami, czyli na diagnozie psychometrycznej¹.

Celem prezentowanej publikacji jest:

- propagowanie dobrych praktyk dotyczących diagnozy w edukacji
- pomoc w doborze trafnych narzędzi dopasowanych do przedmiotu badania
- wnikliwy przegląd możliwości zastosowania różnych narzędzi diagnostycznych obecnych na „rynku edukacyjnym” dla psychologów, pedagogów i nauczycieli.

Niniejsza publikacja ma charakter recenzji naukowej ukierunkowanej na ocenę możliwości praktycznego wykorzystania narzędzi diagnozy. Składa się ona z dwóch tomów. W tomie I zaprezentowano i przeanalizowano narzędzia diagnostyczne wykorzystywane dotychczas w praktyce do oceny różnych aspektów rozwoju i funkcjonowania poznawczego dziecka, a także przypomniano zasady dobrej diagnozy. Opisano narzędzia, które wykorzystuje się przede wszystkim w kontekście oceny gotowości szkolnej oraz zaburzeń uczenia się i rozwoju językowego dziecka. W tomie II katalogu przedstawione zostaną narzędzia diagnostyczne adresowane do psychologów, pedagogów i logopedów, które w ostatnich latach opracował Instytut Badań Edukacyjnych, a także zostaną omówione procedury diagnostyczne dla zaburzeń uczenia się (dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi) z wykorzystaniem tych narzędzi.

Zaprezentowane w tomie I katalogu narzędzia diagnostyczne zostały wybrane według kilku zasad:

- wybrano przede wszystkim te, które powstały w ostatnich latach, a które spełniają chociaż minimalnie podstawowe wymagania stawiane tego typu metodom
- wybrano także narzędzia starsze, ale nadal powszechnie używane w praktyce psychologiczno-pedagogicznej, często pomimo ich niepewnej wartości.

Struktura tej wersji katalogu obejmuje 3 części – w pierwszej omówiono zasady diagnozy psychologicznej i pedagogicznej, w drugiej części przedstawiono narzędzia diagnostyczne, pogrupowane według głównego przedmiotu pomiaru wraz z rekomendacjami dotyczącymi możliwości wykorzystania ich w diagnozie psychometrycznej, zaś w części trzeciej dokonano podsumowania przeglądu i odniesiono go do dobrych praktyk diagnostycznych.

Omówione zasady dotyczące diagnozy – procedury, zwyczaje i obowiązki dotyczą zarówno psychologów, jak i pedagogów, w tym logopedów, czy nauczycieli edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. W takim znaczeniu w publikacji będzie używany termin „pedagog”.

Autorzy mają świadomość, że odbiorcy katalogu mogą prezentować bardzo zróżnicowany poziom wiedzy i kompetencji diagnostycznych i psychometrycznych. Z tego powodu zdecydowano się na powtórzenie wielu podstawowych wiadomości z zakresu psychometrii i diagnozy w obszarze psychologii i pedagogiki.

Przyjęta przez autorów metodologia opisywania i rekomendowania narzędzi diagnozy, została oparta na wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission)¹, modelu recenzowania testów opracowanym przez European Federation of Psychologists' Association (EFPA Review Model to Assess Quality of Test)² oraz podstawowych standardach psychometrycznych³. Na tej podstawie wskazywano na przykład, jakie badania normalizacyjne omawianych narzędzi były akceptowalne z perspektywy kryteriów zawartych w opisanych dokumentach.

W przypadku, gdy zastosowane przez twórców/wydawców procedury normalizacji danego narzędzia diagnostycznego nie spełniały, w ocenie Autorów, ww. standardów, wówczas na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że dane narzędzie diagnostyczne nie zostało poddane normalizacji w ogóle.

W II Wydaniu Katalogu na wniosek Pracowni Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku, z powodu rozbieżności ocen, usunięto z Katalogu opis i rekomendację:

1. Baterii metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci pięcio- i sześciolletnich. BATERIA-5/6 [B-5/6]
2. Baterii metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u dzieci ośmioletnich. BATERIA-8 [B-8]
3. Zestawu metod diagnozy lateralizacji. [LATER]

Powodem usunięcia była rozbieżność, pomiędzy Autorami a Pracownią Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku, w ocenie spełnienia przez ww. narzędzia diagnostyczne standardów International Test Commission⁴ i standardów psychometrycznych⁵. Mając na względzie fakt, że celem Autorów Katalogu i jego wydawcy nie jest wchodzenie w spory z wydawcami i autorami testów, jak również szkodenie im, to Autorzy zdecydowali się na usunięcie opisu ww. narzędzi diagnostycznych z II wydania Katalogu, co jednak nie jest równoznaczne ze zmianą oceny tych narzędzi przez Autorów.

Dokonywanie niezależnych ocen jakości testów, stosowanych w praktyce psychologicznej, jest powszechnie obowiązującą na świecie praktyką, przynoszącą korzyści nie tylko użytkownikom, ale również autorom oraz wydawcom testów, a jej celem jest poprawa jakości samych narzędzi a w konsekwencji jakości diagnozy psychologicznej.

¹ Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska. <http://www.practest.com.pl/wytyczne-miedzynarodowej-komisji-ds-testow-itc>, wersja oryginalna: <http://www.intestcom.org/>

² EFPA 2013 TEST REVIEW MODEL Version 4.2.6, dostęp: <http://www.efpa.eu/professional-development>;

³ Hornowska, E. (2010). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar. Jaworowska, A. (1996). *Co to jest test psychologiczny?* W: A. Ciechanowicz, A. Jaworowska, T. Szustrowa (red.), *Testy, prawo, praktyka* (s.9-26). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia - standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. (1985). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. (2007). Gdańsk: GWP. Stemplewska-Zakowicz, K. (2011). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP. Zawadzki, B., Hornowska, E. (2008). *Psychometria. Konstrukcja i adaptacja testów psychologicznych*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 847-893). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

⁴ Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska. <http://www.practest.com.pl/wytyczne-miedzynarodowej-komisji-ds-testow-itc>, wersja oryginalna: <http://www.intestcom.org/>

⁵ na przykład: Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia - standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. (1985). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. (2007). Gdańsk: GWP.

Rozdział 1. Na czym polega diagnoza psychologiczno-pedagogiczna?

1.1. Na czym polega diagnoza psychologiczna i pedagogiczna?

Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna jest nieodłącznym elementem edukacji, adresowana jest praktycznie do wszystkich dzieci, zarówno uczniów najzdolniejszych, jak i tych, którzy przejawiają specjalne potrzeby edukacyjne o różnym charakterze i nasileniu. Zazwyczaj stanowi ona odpowiedź na pojawiający się problem z dzieckiem/ucniem, w kontekście procesu edukacyjnego i dobrostanu dziecka oraz wyznacza kierunek podejmowanych działań.

Termin diagnoza ma co najmniej dwa znaczenia. Może być rozumiany albo jako proces diagnozowania, albo jako efekt tego procesu (Stemplewska-Żakowicz, 2011; Paluchowski, 2007).

Diagnoza jako proces oznacza złożoną czynność diagnozowania (ang. *assessment*) obejmującą: formułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację. Obejmuje ona zatem proces podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i testowania hipotez diagnostycznych. Jej efektem jest sformułowanie odpowiedzi na pytanie diagnostyczne i wyznaczenie dalszych kierunków postępowania (jw.).

W drugim rozumieniu **diagnoza jest traktowana jako efekt**, rezultat końcowy całego opisanego wyżej procesu. Oznacza ona w praktyce rozpoznanie, zrozumienie problemu osoby badanej, najczęściej zwieńczone sformułowaniem opinii psychologicznej bądź orzeczenia. Zazwyczaj takie podejście reprezentuje diagnoza nozologiczna, opisana dokładniej w następnym punkcie.

Działania diagnostyczne zawsze mają istotne znaczenie z etycznego punktu widzenia, ponieważ w oparciu o ich wyniki formułowane są zasady pracy z uczniem czy formy niezbędnej pomocy. Diagnoza sformułowana w postaci orzeczenia czy opinii nierzadko też przesądza o edukacyjnym losie badanego dziecka. Z tego powodu profesjonalne i odpowiedzialne podejście do zadań diagnostycznych jest tak ważne. Etyczne aspekty diagnozy szczegółowo omówiono w rozdziale 3.1.

Do zapamiętania:

Działania diagnostyczne zawsze mają istotne znaczenie z etycznego punktu widzenia – na ich podstawie formułowane są zasady pracy z uczniem czy formy niezbędnej pomocy, nierzadko też przesądzają one o jego edukacyjnym losie.

Diagnozowanie nie może być celem samym w sobie. Zwykle stanowi ono działanie przygotowawcze i podstawę interwencji, czyli konkretnych działań pomocowych, które mają poprawić sytuację ucznia lub stworzyć optymalne warunki, jak w przypadku uczniów szczególnie uzdolnionych. Najogólniej mówiąc, głównym celem diagnozy jest określenie aktualnego poziomu funkcjonowania osoby diagnozowanej i natury jej problemów, często także rozpoznanie ich przyczyn i możliwych konsekwencji. Nierzadko jest to też formułowanie prognoz dotyczących dalszego rozwoju, tworzenie planu działań pomocowych, w tym terapeutycznych, obserwowanie w sposób ciągły i długotrwały postępów oraz ocena efektów podjętych działań.

Współcześnie poszukuje się sposobów udoskonalania procesu diagnostycznego i przez to optymalizowania oddziaływań interwencyjnych. Oznacza to przede wszystkim skupienie się na praktyce opartej na dowodach empirycznych (*Evidence-Based Practice*, w skrócie EBP), czyli „dążenie do tego, by wszelkie oddziaływania praktyczne były oparte na podstawach naukowych, co przede wszystkim oznacza wymóg stosowania ustrukturalizowanych metod i procedur, które pomyślnie przeszły weryfikację empiryczną”. (Stemplewska-Żakowicz, 2011, s. 44). Z tego nurtu wywodzi się **diagnozowanie oparte na dowodach empirycznych** (*Evidence-Based Assessment*, w skrócie EBA). Oznacza

to nacisk na wymagania stawiane narzędziom diagnostycznym, dotyczące ich rzetelności, trafności i normalizacji, a także opieranie wnioskowania diagnostycznego na rzetelnych dowodach naukowych. Właśnie z tej perspektywy analizowane będą prezentowane w katalogu narzędzia.

1.2. Jakie są rodzaje diagnoz?

Analizując zagadnienie diagnozy z perspektywy teoretycznej, można odwołać się do rozróżnienia nauk na nomotetyczne (służące poznaniu praw ogólnych) i idiograficzne (skupione na wyjaśnianiu zjawisk jednostkowych). Bazując na tym rozróżnieniu, wskazać można dwa zasadnicze podejścia do diagnozy: nomotetyczne i idiograficzne, które decydują o jej charakterze (Stemplewska-Żakowicz, 2011; Paluchowski, 2007). W podejściu nomotetycznym celem działania psychologa czy pedagoga jest wyjaśnianie badanego zjawiska przez ustalanie ogólnych prawidłowości, które są odpowiedzialne za zachowania człowieka lub odwołanie się do nich. Zaś w podejściu idiograficznym celem jest koncentracja na tym, co jest dla jednostki czymś wyjątkowym, indywidualnym i opisanie jej specyficznych właściwości (jw.).

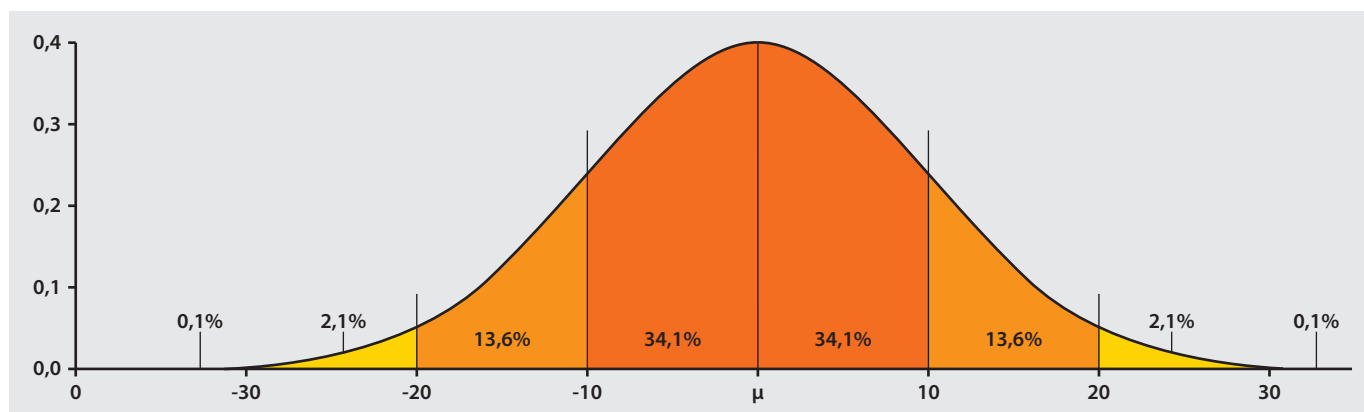
Podejście nomotetyczne do diagnozy określane też bywa jako tzw. normatywne, a wyraża się to w tym, że badający porównuje konkretne dziecko z innymi osobami podobnymi do niego z jakichś istotnych powodów, np. pod względem wieku czy płci. Takie porównanie pozwala określić, na ile typowe lub nietypowe są cechy badanej osoby na tle tzw. grupy odniesienia (najczęściej populacji, do której należy – na przykład populacji uczniów klas III). Podejście nomotetyczne wymaga zatem odpowiedniej procedury diagnozowania: wystandaryzowanej, zobiektywizowanej, posiadającej normy – czyli informacje szczegółowe o rozkładzie ocenianej cechy w interesującej nas populacji. Tak rozumiane dane normatywne służą do oceny cech badanego na tle innych osób.

Z pomiarem normatywnym nierozłącznie wiąże się pojęcie normy statystycznej. Należy tu odróżnić normę statystyczną od innych ujęć normy, np. ujęcia opartego na kryterium teoretycznym czy kulturowym. Norma bazująca na kryterium teoretycznym jest wyznaczona przez przyjętą koncepcję czy teorię psychologiczną (np. możemy przyjąć, bazując na koncepcji uniwersalnych etapów rozwoju języka, że w zakresie rozwoju językowego rocznego dziecka normą są wypowiedzi jednowyrazowe). Zaś norma oparta o kryterium kulturowe jest wyznaczona przez wzory kulturowe obowiązujące w danej społeczności (np. normą do niedawna obowiązującą w Polsce było przekonanie o tym, że dziecko jest dojrzałe do nauki szkolnej w wieku 7 lat).

Pomiar psychologiczny odwołuje się do normy w ujęciu statystycznym. Oznacza to, że za zgodne z normą (prawidłowe, przeciętne, typowe) uważa się to, co częste, najbardziej powszechne w danej populacji. Decyzje dotyczące tego, na jakim poziomie znajduje się badana cecha dziecka – np. poziom inteligencji, wynikają z przeprowadzonego wcześniej pomiaru występowania ocenianej cechy w populacji. Przyjmuje się zazwyczaj, że częstość występowania różnych poziomów ocenianej w badaniu cechy jest zgodna z rozkładem normalnym, który pokazuje tzw. krzywa dzwonowa Gaussa. Doskonałym przykładem takiej właśnie interpretacji są zasady diagnozowania rozwoju intelektualnego na podstawie wskaźnika IQ. Wyniki mieszczące się najbliższej średniej w populacji (zazwyczaj o arbitralnie przyjętej wartości 100), czyli zawarte w przedziale od jednego odchylenia standardowego poniżej do jednego powyżej średniej, uzyskuje „większość” czyli 68,2% badanej populacji, np. dzieci w wieku 10 lat i właśnie te przedziały wyników to tzw. norma intelektualna, czyli wyniki świadczące o rozwoju intelektualnym na poziomie przeciętnym.

Rozkład normalny z zaznaczonymi odchyleniami od średniej prezentuje rycina 1.

Rycina 1. Charakterystyka rozkładu normalnego, prezentująca odsetek wyników, uzyskiwanych w populacji, w zależności od liczby odchyłeń standardowych (σ) wyniku średniego (μ)



Do zapamiętania:

Norma w ujęciu statystycznym to zachowanie średnie, przeciętne, charakterystyczne dla większości.

W podejściu idiograficznym (zwanym także ipsatywnym), w odróżnieniu od podejścia nomotetycznego, diagnosta skupia się na zrozumieniu jednostki, bardziej pogłębionej analizie jej cech. Szczególnie przydatną w diagnozie psychologicznej jej odmianą jest analiza profilowa, powszechnie stosowana w testach zdolności intelektualnych, takich jak WISC-R czy IDS.

W praktyce możemy mówić o różnych typach diagnozy psychologicznej, należy jednak pamiętać, że odmienne typologie wynikają z uwzględnienia odmiennych kryteriów podziału:

- rodzaj (typ, obszar) właściwości psychicznych podlegających ocenie, np. diagnoza pamięci, intelektu, postaw, osobowości itd. lub też rodzaj zjawisk (najczęściej klinicznych), które chcemy opisać, np. diagnoza depresji, lęku, tendencji do kłamstwa, ADHD, dysleksji, dyskalkulii, autyzmu itd.
- dziedzina, w której zakorzeniony jest prowadzony proces diagnostyczny, np. diagnoza psychologiczna, pedagogiczna, logopedyczna, diagnoza neuropsychologiczna, diagnoza kliniczna dziecka itd.
- sposób podejścia do diagnozowania, przyjęte założenia i zasady teoretyczne – np. diagnoza psychometryczna, kwestionariuszowa, kliniczna, dynamiczna itd. (Paluchowski, 2007).

Wyodrębnianie powyższych typów diagnoz ma zazwyczaj raczej charakter akademicki, w praktyce zająbiają się one o siebie i wzajemnie uzupełniają. Należy jednak pamiętać, że mają one różne źródła i podstawy teoretyczne, które należy świadomie wykorzystywać w procesie interpretacji uzyskanych wyników badań i przy sporządzaniu raportu/opinii z badań. Poniżej zostaną omówione wybrane typy diagnoz.

Jeden z najbardziej podstawowych podziałów, udokumentowany historycznie, to podział na diagnozę psychometryczną (szczegółowe omówienie w rozdziale 2), twardą, opartą na pomiarze ilościowym oraz diagnozę kliniczną, bardziej swobodną, wykorzystującą obok narzędzi psychometrycznych, także ich wersje zmodyfikowane czy techniki niewystandaryzowane.

Do zapamiętania:

Najważniejsze typy diagnoz:

1. diagnoza nozologiczna (różnicowa, typologiczna, klasyfikacyjna) – to rozpoznanie danego zjawiska u badanej osoby, poprzez zaklasyfikowanie do odpowiedniej kategorii, zazwyczaj powiązane ze wskazaniem nazwy danego zjawiska, np. ADHD, ważny jest tu element różnicowania z innymi jednostkami/zjawiskami
2. diagnoza funkcjonalna – opis zachowania dziecka w określonej sferze (np. ocena dojrzałości szkolnej).

W praktyce bardzo rozpowszechniona jest tzw. **diagnoza nozologiczna**, nazywana także **różnicową, klasyfikacyjną** lub **typologiczną**. Najprościej mówiąc, jest to rozpoznanie danego zjawiska u badanej osoby, poprzez zaklasyfikowanie do odpowiedniej kategorii, zazwyczaj powiązane z nadaniem mu nazwy, np. ADHD. Ważny jest tu element różnicowania z innymi jednostkami/zjawiskami, co polega na tym, że taka diagnoza oddziela niejako dane zjawisko od innych podobnych np. niepełnosprawność intelektualną i ADHD, czy dysleksję i dyskalkulię. Mówiąc inaczej polega ona na rozpoznaniu badanego zjawiska (stanu pacjenta) przez zaliczenie go do określonego typu lub klasy (klasyfikacja). Czasami może też polegać na określeniu fazy badanego zjawiska oraz przewidywaniu jego rozwoju (np. w diagnozie rozwoju językowego dziecka). Diagnoza nozologiczna (różnicowa, klasyfikacyjna) koncentruje się na symptomach, czyli obserwowalnych fizycznych i/lub psychicznych przejawach choroby, dysfunkcji czy trudności, rozpoznawanych na podstawie charakterystycznej ich konfiguracji i specyficznej przyczyny (Stemplewska-Żakowicz, 2011; Paluchowski, 2007).

Istotą **diagnozy różnicowej/klasyfikacyjnej** jest przyporządkowanie zebranych informacji o funkcjonowaniu pacjenta do określonego typu czy klasy zjawisk – na przykład na podstawie wyboru zaledwie kilku trafnych metod diagnostycznych formułuje się opinię o deficycie uwagi u dziecka, co pozwala na wykorzystanie wszelkich innych znanych informacji związanych empirycznie z tym zjawiskiem, czyli deficytem uwagi. Inaczej mówiąc na podstawie próbki zachowania dziecka przyjmuje się, że będzie ono w wielu innych sferach, które bezpośrednio nie były badane, charakteryzowało się określonymi cechami. Podstawą jest tu tzw. założenie typologicznej reprezentatywności, odnoszące się do jednorodności obiektów wewnątrz typu, np. podobieństwo osób cierpiących z powodu nerwicy lękowej, podobieństwo osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym czy dzieci przedszkolnych z ADHD.

Praktyczną podstawę dla takiej diagnozy stanowią międzynarodowe klasyfikacje chorób, jak DSM V (2013) czy ICD 10. Prezentują one klasyfikacje zaburzeń, w tym rozwojowych, a także – co najważniejsze, proponują także dość dokładne kryteria diagnostyczne i procedury dla poszczególnych kategorii. Na przykład w DSM V wyróżniono dużą klasę zwaną: Zaburzenia neurorozwojowe (*neurodevelopmental disorders*), w skład której wchodzi następujące kategorie:

- zaburzenia rozwoju intelektualnego
- zaburzenia komunikacji
- zaburzenie ze spektrum autyzmu
- ADHD
- specyficzne zaburzenie uczenia
- zaburzenia motoryczne
- inne zaburzenia neurorozwojowe.

W charakterystyce każdej z tych kategorii znajdziemy ich przejawy oraz kryteria diagnostyczne, na przykład **Specyficzne zaburzenie uczenia** (*specific learning disorder*, kategoria 81), dzieli się na podkategorie:

- F 81.0 z zaburzeniem czytania
- F 81.1 z zaburzeniem ekspresji pisemnej
- F 81.2 z zaburzeniami w matematyce (DSM V, 2013).

Postawienie diagnozy jest możliwe, gdy spełnione są wszystkie cztery poniższe kryteria diagnostyczne:

KRYTERIUM A

Występują trudności w uczeniu się i wykorzystywaniu sprawności „akademickich”, na co wskazuje obecność co najmniej jednego z następujących symptomów, trwająca minimum 6 miesięcy, niezależnie od wprowadzenia działań interwencyjnych:

- nieprawidłowe lub powolne i obciążone dużym wysiłkiem czytanie wyrazów
- trudności w zrozumieniu znaczenia tego co czyta
- trudności z poprawnym pisaniem

1.2. Jakie są rodzaje diagnoz?

- trudności z ekspresją pisemną, stosuje ubogą organizację tekstu, pisemnej ekspresji myśli brakuje jasności
- trudności w dopracowaniu pojęcia liczby i/lub liczenia
- trudności z wnioskowaniem/rozumowaniem matematycznym.

KRYTERIUM B

- dotknięte trudnościami sprawności są poniżej oczekiwanych na podstawie wieku
- powodują istotny wpływ na szkolne czy zawodowe działania, albo na aktywności dnia codziennego
- potwierdzone indywidualnie przeprowadzonymi wystandaryzowanymi pomiarami osiągnięć i odpowiednio dostosowaną oceną kliniczną.

KRYTERIUM C

- specyficzne zaburzenie uczenia się można rozpoznać w okresie szkolnym, ale może się zdarzyć, że nie ujawnią się w pełni i w sposób oczywisty, dopóki wymagania dla tych osłabionych umiejętności nie przekroczą ograniczeń jednostki (np. Jak w badaniach/testach z presją czasu, w czytaniu lub pisaniu długich złożonych raportów w krótkim czasie, zbyt duże obciążenia szkolne).

KRYTERIUM D

specyficzne zaburzenie uczenia się raczej nie jest stwierdzane przy:

- upośledzeniu umysłowym
- nieprawidłowym słuchu i wzroku
- innych zaburzeniach umysłowych lub neurologicznych, przeciwnościach psychospołecznych
- braku biegłości w języku, w którym prowadzone jest nauczanie
- nieodpowiedniej metodzie nauczania.

Diagnoza zakłada potwierdzenie czterech kryteriów diagnostycznych A, B, C i D oraz kliniczną syntezę historii jednostki (rozwojowa, medyczna, rodzinna, edukacyjna), świadectwa szkolne oraz ocenę psychoedukacyjną (DSM V, 2013).

Podsumowując, można ogólnie stwierdzić, że diagnoza klasyfikacyjna polega na poszukiwaniu wzorca wiążącego obserwowane objawy (np. użycie nazwy wspólnej dla klasy różnorodnych objawów stwierdzanych u pacjenta, np. z ADHD). Opiera się na założeniu, że obraz symptomatologiczny zaburzenia (lub innego diagnozowanego przez psychologa obszaru) jest podobny u różnych osób (Stemplewska-Żakowicz, 2011; Paluchowski, 2007).

Diagnoza nozologiczna, choć niezwykle popularna i użyteczna, niesie za sobą możliwe negatywne skutki, takie jak np.:

- dostrzeganie raczej badanego zaburzenia niż konkretnej osoby, tzw. reifikacja obiektu
- przedmiotowe traktowanie badanych jako kolejnych przypadków w danej kategorii
- etykietowanie, często krytykowane ze względów społecznych
- uaktywnienie zasady samospelniającego się proroctwa
- często także wiara w magiczną wartość nazwy zaburzenia – prowadząca do braku aktywności ze strony zainteresowanych – np. rodziców dziecka (tzw. zasada Rumpelstilzchena) (jw.).

Przypuszcza się, że w przypadku diagnozy nozologicznej pacjent lub jego opiekunowie uspokajają się, gdy usłyszą fachową nazwę swoich problemów, sądząc, że diagnosta jest osobą, która w efekcie procesu diagnostycznego wie „wszystko, co trzeba”, domyśla się przyczyn zaburzenia, zna sposób pomocy itd., co zwalnia osoby zainteresowane od współdziałania. Dzięki temu użycie nazwy minimalizuje lęk i obawy związane z niewytłumaczonym zjawiskiem, poczuciem „inności”, zmniejsza się często poczucie winy. Z drugiej strony przeniesienie odpowiedzialności na specjalistę oraz poczucie

braku potrzeby współpracy jest istotnym zagrożeniem wynikającym z diagnozy nozologicznej (Stemplewska-Żakowicz, 2011; Paluchowski, 2007).

Bywa również odwrotnie – w przypadku diagnozy dzieci i stwierdzenia u nich niektórych zaburzeń neurorozwojowych, można napotkać opór ze strony opiekunów, niedowierzenie i negowanie diagnozy, która może naruszać ich poczucie własnej wartości, poczucie bezpieczeństwa czy też może w ich opinii nieść ryzyko ostracyzmu społecznego.

W przypadku diagnozy dzieci na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej często mamy do czynienia z zaburzeniami neurorozwojowymi, jak autyzm, ADHD czy dysleksja i tutaj posłużenie się diagnozą nozologiczną bywa niezbędne. Oczekiwanie właśnie tego typu diagnozy niosą ze sobą przepisy prawne regulujące sytuację edukacyjną tych dzieci (por. rozdział 3).

Niezwykle popularnym typem diagnozy jest także **diagnoza funkcjonalna** (Brzeziński, Kowalik, 1993). Może ona dotyczyć wybranej funkcji, np. motoryki, rozwoju społecznego, jednak najczęściej odnosi się do funkcjonowania w danym obszarze – np. funkcjonowanie szkolne. Tego typu diagnoza z powodzeniem może być wykonywana przez pedagogów pracujących w szkole. W ramach tego podejścia określa się adekwatność zachowania dziecka w stosunku do wymagań otoczenia i funkcjonowanie procesów psychicznych odpowiedzialnych za regulację zachowania. Istotne jest rozpoznanie zarówno problemów i deficytów jak i mocnych stron dziecka. Z perspektywy edukacji diagnoza funkcjonalna jest szczególnie przydatna, jej przykładem jest chociażby ocena gotowości szkolnej dziecka.

Ważnym rozróżnieniem jest też **diagnoza pozytywna i negatywna**. W **diagnozie pozytywnej** przedmiotem są obszary rozwoju, w których dziecko jest najbardziej zaawansowane oraz właściwości psychiczne i elementy środowiska mające dla niego korzystne znaczenie. Ma tu miejsce poszukiwanie czynników prewencji a nie interwencji, ważniejsze jest zapobieganie kryzysom i wspomaganie rozwoju niż usuwanie dysfunkcji. Diagnoza pozytywna ma służyć uzyskaniu dobrostanu i równowagi wewnętrznej oraz identyfikuje czynniki, które można zastosować by poprawić sytuację dziecka, wykorzystać jego potencjał i wspierać rozwój. Tego typu podejście może być przydatne w diagnozie dzieci zdolnych, ale elementy diagnozy pozytywnej muszą być także nieodzownym elementem każdej diagnozy, w tym również klinicznej. Sformułowanie diagnozy pozytywnej umożliwia prognozowanie dalszego rozwoju i określenie kierunków oddziaływań terapeutycznych i wychowawczych (Bogdanowicz, 2012).

Diagnoza negatywna związana jest z orientacją patogenetyczną i koncentruje się na zaburzeniach i nieprawidłowościach – ich objawach i przyczynach. Skupia się na tym, co odbiega od normy „in minus” a jej celem jest przede wszystkim wskazywanie obszarów i sposobów interwencji. Takie podejście bywa często utożsamiane z diagnozą nozologiczną, pozwala bowiem odróżniać osoby z zaburzeniami od osób prawidłowo funkcjonujących (Kowalik, Brzeziński, 2000; Kowalik, 2005).

1.3. Jakie wymagania stawia przed specjalistami profesjonalna diagnoza?

Z perspektywy diagnosty – psychologa lub pedagoga – proces diagnozowania to złożona czynność poznawcza (Paluchowski, 2007). Musi on integrować informacje pochodzące z różnych źródeł, łączyć problemy, dokonywać wyborów oraz podejmować decyzje. Taka perspektywa ukazuje diagnozowanie jako złożony proces rozwiązywania problemów, w którym rolę diagnosty nie tylko rejestrowanie zachowań, lecz przetwarzanie wielu danych. Diagnosta wykorzystuje swoją wiedzę, a w wyjaśnianiu znaczenia zebranych informacji angażuje procesy wnioskowania, zaś opis i interpretacja danych wykraczają poza bezpośrednio dostarczone informacje.

Dodatkowo w profesjonalnej diagnozie psychologiczno-pedagogicznej, rolę diagnosty jest kontrolowanie tego, czy jego działania są trafne, czyli użyteczne z punktu widzenia celu diagnozy, wyczerpujące – czyli na tyle obszerne, by możliwe było zweryfikowanie hipotez diagnostycznych.

1.3. Jakie wymagania stawia przed specjalistami profesjonalna diagnoza?

Diagnosta musi mieć także świadomość, że analizy i wnioski powinny być obiektywne, czyli oparte na faktach i zgodne z rzeczywistością (Guziuk-Tkacz, 2011).

Aby proces diagnozowania przebiegał sprawnie a diagnoza odznaczała się wyżej opisanymi cechami osoba diagnozująca powinna posiadać określone kompetencje obejmujące:

- 1) stosowanie zawodowych i etycznych standardów dobrej praktyki, mających wpływ na to, jak diagnosta realizuje proces diagnozowania oraz jak współpracuje z osobami uczestniczącymi w tym procesie – dzieckiem, jego opiekunami, szkołą itp.
- 2) wiedzę i umiejętności w zakresie przeprowadzania badania diagnostycznego, nabyte w trakcie przygotowania zawodowego i kształcenia
- 3) znajomość i rozumienia podstaw procesu diagnozowania.

Do zapamiętania:

KOMPETENCJE DIAGNOSTY – WIEDZA NA TEMAT:

Psychometrii i teorii pomiaru psychologicznego
Naukowych podstaw diagnozy psychologicznej
Różnorodnych technik diagnozowania
Aktualna wiedza na temat diagnozowanego zjawiska.

(za: Stemplewska-Żakowicz, 2011)

Bardziej szczegółowo profesjonalne kompetencje diagnostyczne określono w ramach międzynarodowej konferencji „Kompetencje 2002” (Stemplewska-Żakowicz, 2011). Są to następujące kompetencje:

- przygotowanie z dziedziny psychometrii i pomiaru psychologicznego
- wiedzę naukową o podstawach diagnozy
- wiedzę, umiejętności i znajomość technik diagnozowania
- umiejętność oceny efektów interwencji
- umiejętność oceny różnych aspektów funkcjonowania osoby diagnozowanej
- umiejętność tworzenia odpowiedniej relacji profesjonalnej
- rozumienie związku między diagnozą a interwencją
- techniczne umiejętności diagnostyczne.

Do zapamiętania:

KOMPETENCJE DIAGNOSTY: TECHNICZNE UMIEJĘTNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Rozpoznanie problemu i zrozumienie istoty danego przypadku
Wybór odpowiednich metod diagnozy
Efektywne stosowanie procedur diagnostycznych
Systematyczne zbieranie danych
Integracja informacji, analiza i wnioskowanie
Opracowanie wyników diagnozy i sformułowanie zaleceń odnośnie do problemu/celu
Dostarczenie klientowi zrozumiałych i użytecznych informacji zwrotnych.

(za: Stemplewska-Żakowicz, 2011)

Rozdział 2. Na czym polega diagnoza psychometryczna?

2.1. Jakie wymagania powinien spełniać test psychologiczny?

Historycznie rozróżniano diagnozę ilościową, opartą na pomiarze, oraz jakościową, opartą na tzw. metodach miękkich jak wywiad czy obserwacja, odwołującą się bardziej do opisu niż porównań z innymi. W praktyce oba te podejścia są nierozłączne, a podstawą każdej diagnozy musi być pomiar psychometryczny. Diagnoza psychometryczna jest oparta na pomiarze cechy, np. poziomu inteligencji czy pojemności pamięci krótkotrwałej, który jest efektem zastosowania odpowiedniego narzędzia. Aby diagnoza spełniła stawiane przed nią zadanie, stosowane w jej trakcie narzędzia pomiarowe, czyli testy psychologiczne, powinny spełniać określone warunki, umożliwiające maksymalnie kontrolowany sposób zbierania danych.

Definicja Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego zawarta w *Standardach dla testów stosowanych w pedagogice i psychologii* (1985, s. 8) definiuje test psychologiczny jako „specyficzną procedurę diagnozowania. Może on być zbiorem zadań lub pytań, które – w standardowych warunkach – mają wywoływać określone rodzaje zachowań i dostarczać wyników o pożądanych właściwościach psychometrycznych, tj. posiadających wysoką rzetelność i wysoką trafność”. Jak podkreśla E. Hornowska (2010) – dobry test dostarcza próbki zachowań będących wskaźnikami cechy psychologicznej, o której badacz chce uzyskać informacje.

Jak wynika z wyżej przedstawionej definicji, test psychologiczny powinien spełniać kryteria formalne, do których zaliczamy obiektywność, standaryzację, rzetelność, trafność i normalizację. Dodatkowo testy, które zostały konstruowane i sprawdzone w innych warunkach kulturowych, powinny również przejść proces adaptacji kulturowej do warunków kraju lub grupy społecznej, w której będą stosowane. Poniżej zostaną omówione szczegółowo powyższe kryteria.

2.2. Na czym polega standaryzacja?

Standaryzacja testu polega na ujednoczeniu warunków badania, dzięki czemu możliwe jest porównywanie wyników różnych osób badanych tym samym narzędziem diagnostycznym. Ujednoczenie warunków badania dotyczy całego procesu diagnozowania, począwszy od przedstawienia instrukcji testowej, poprzez wykorzystanie identycznych pomocy, aż po zasady obliczania wyniku i jego interpretacji (Hornowska, 2010). I tak, istotnym elementem procedury posługiwania się testem psychologicznym jest instrukcja testowa, zawarta w podręczniku do testu. Stanowi ona precyzyjny przewodnik dla badającego, wskazujący, co powinien mówić i robić w czasie badania. Instrukcja dokładnie określa, czy badanie testowe może być prowadzone indywidualnie czy grupowo. Badań indywidualnych wymagają niemal wszystkie testy przeznaczone dla dzieci na etapie edukacji przedszkolnej czy wczesnoszkolnej. W przypadku badań grupowych instrukcja wyraźnie precyzuje takie kwestie, jak: maksymalna liczebność grupy, limity czasowe przeznaczone na wykonanie testu, sposoby zaznaczania odpowiedzi na arkuszach testowych. Niektóre testy posiadają określony limit czasowy na wykonanie całości – np. 1 minuta w wielu testach czytania, inne zaś, jeśli składają się z kilku typów zadań, mogą precyzować czas przeznaczony na wykonanie każdego z nich (np. w teście inteligencji CFT 1-R czas wykonania poszczególnych podtestów wynosi od 90 sekund do 4 minut). W takiej sytuacji zazwyczaj badany nie ma możliwości cofnięcia się do zadań wcześniejszych, w celu ich uzupełnienia. Instrukcja do testu określa również kolejność, w jakiej powinny być rozwiązywane zadania testowe; w niektórych testach kolejność udzielania odpowiedzi bywa dowolna, w innych badany jest zobowiązany do ścisłego jej przestrzegania (np. WISC-R, Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia). Również zakres pomocy, jakiej możemy udzielić badanemu jest wyraźnie określony

w podręczniku do testu. Podręcznik zawiera więc informacje, jak i ile razy w ciągu badania możemy zadać pytania pomocnicze (Hornowska, 2010; Anastasi, Urbina, 1999; Jaworowska, 1996). Wszystkie opisane wyżej zabiegi mają na celu ujednoczenie warunków zewnętrznych badania, dzięki czemu różnice obserwowane między badanymi możemy przypisywać jedynie różnicom indywidualnym, a nie warunkom testowania. *Standardy dla testów stosowanych w pedagogice i psychologii* (1985) wśród warunków dobroci testu wymieniają również oryginalne pomoce, a także arkusze testowe. Rzekome „testy”, w odniesieniu do których nie określono szczegółowo zasad ich stosowania, czyli warunków standaryzacji, nie oceniono ich rzetelności i trafności, nie mogą być traktowane jako narzędzia testowe, a jedynie jako psychozabawy.

Podsumowując, każdy odpowiedzialny użytkownik testu powinien pamiętać, że najmniejsze choćby odstępstwo od procedury badania, a więc od standardowych, opisanych w instrukcji do testu, warunków badania oraz obliczania i interpretacji wyników powoduje, że stosowane narzędzie przestaje być testem psychometrycznym, a to z kolei oznacza, że jego wyniki mogą być interpretowane jedynie w sposób jakościowy, opisowy, nie mogą zaś być odnoszone do norm (Hornowska, 2010; Anastasi, Urbina, 1999; Jaworowska, 1996).

2.3. Co to jest normalizacja?

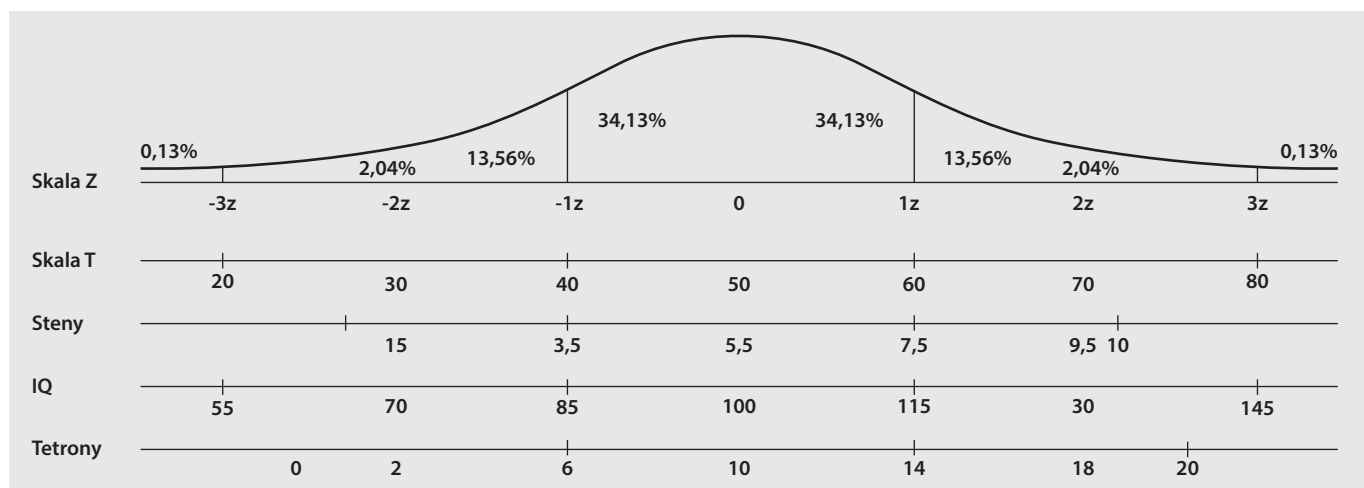
Normalizacja testu polega na opracowaniu statystycznych kryteriów interpretacji wyników, czyli norm. *Standardy dla testów...* (1985, s. 135) zawierają następującą informację „Normy pozwalają na klasyfikowanie albo na opis badanych osób dzięki temu, że pokazują, w jaki sposób wyniki testowe danej osoby przedstawiają się na tle wyników innych ludzi”. Tak zwany wynik surowy uzyskany w teście przez osobę badaną nie ma znaczenia, dopóki nie porównamy go z wynikami otrzymanymi przez określoną grupę odniesienia, czyli normami. Tak więc, odnoszenie wyniku testowego do norm jest sposobem na nadanie znaczenia temu wynikowi.

O podstawach tworzenia normy statystycznej wspomniano już przy okazji omawiania diagnozy w ujęciu nomotetycznym (punkt 2.1.) Jak wspomniano, zgodnie z kryterium statystycznym normą jest „zachowanie większości”, czyli zachowanie przeciętne, średnie, najczęstsze. Zgodnie z powyższym rozumieniem, w psychometrii pod pojęciem normy rozumiemy typowy wynik w teście otrzymany przez osoby należące do określonej grupy osób. Normą w tym znaczeniu jest „standard ilościowy, wyznaczony przez średnią, medianę lub inną miarę tendencji centralnej obliczoną dla grupy przedstawicieli danego gatunku” (Ricks, 1993, s. 50).

Normy powstają poprzez przekształcenie wyników surowych otrzymanych w danym teście na wyniki standaryzowane, a te z kolei na różne, bardziej wygodne w użyciu, skale wyników przeliczonych. W praktyce stosuje się najczęściej skalę stenową, staninową, tetronową, oraz skalę ilorazów inteligencji IQ. Skala stenowa jest skalą 10-ciopunktową, o parametrach, $M=5,5$, $S=2$. Jest ona zastosowana m.in. w takich testach jak bateria do diagnozy dysleksji Dysleksja 3. Skala staninowa jest skalą 9-ciopunktową, o następujących parametrach $M=5$, $S=2$. Skala tetronowa jest skalą 21-punktową (od 0 do 20 punktów, $M=10$, $S=4$). W testach inteligencji powszechnie stosuje się skalę ilorazów inteligencji IQ, zastosowaną pierwotnie przez Davida Wechslera, o parametrach $M=100$, $S=15$.

Porównanie wyżej omówionych skal z ich odniesieniem do rozkładu normalnego przedstawia rycina 2.

Rycina 2. Porównanie różnych skal standaryzowanych stosowanych do przedstawiania norm



Szczególny rodzaj norm, który nie opiera się na wynikach standaryzowanych, to normy wyrażone na skali centylowej (procentowej). Zazwyczaj proponowane są one wówczas, gdy rozkład wyników w próbie normalizacyjnej i jak należy sądzić w populacji także, jest różny od rozkładu normalnego. Z taką sytuacją mamy do czynienia w testach osiągnięć, a zatem skala centylowa bywa bardzo często wykorzystywana w diagnostyce edukacyjnej. Pozwala ona określić, jaki procent dzieci należących do grupy normalizacyjnej osiągnął równy i niższy/wyższy wynik, niż badane dziecko. Nie określa natomiast poziomu badanej cechy, tak jak skale standaryzowane.

Wybór grupy normalizacyjnej jest kluczowym momentem w procesie tworzenia norm, bowiem wpływa na jakość interpretacji wyników testowych. Zgodnie ze Standardami dla Testów (1985), struktura próby normalizacyjnej powinna być reprezentatywna dla populacji osób, które będą testem badane, czyli skład próby powinien odzwierciedlać procentowo strukturę populacji pod względem zmiennych, które mogą mieć wpływ na wyniki, takich jak wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania. Pełną reprezentatywność zapewnia dobór losowy, który jednak nie jest zalecany w przypadku, kiedy dla badanego problemu istotna jest więcej niż jedna cecha (np. wiek, płeć, poziom edukacyjny, miejsce zamieszkania) (Gaul, Zakrzewska, 1993). Aby te ważne cechy były proporcjonalnie odzwierciedlone w próbie, stosuje się dobór warstwowy lub kwotowy. Stosując dobór warstwowy, dokonuje się podziału populacji na warstwy (np. ze względu na poziom edukacyjny: uczniowie klasy I, klasy II i klasy III albo ze względu na poziom wykształcenia matki: zawodowe, średnie, wyższe), a następnie z każdej z nich losuje się niezależnie określoną liczbę osób. Celem doboru kwotowego jest z kolei uzyskanie maksymalnego podobieństwa próby normalizacyjnej do wyjściowej populacji. W podręcznikach do testów, w których stosowano dobór kwotowy zazwyczaj znajduje się informacja mówiąca o tym, że dane na temat procentowego składu populacji pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego.

Rzetelnie opracowany podręcznik do testu powinien zawierać wyczerpujący opis przebiegu procesu normalizacji, uwzględniający sposób doboru próby normalizacyjnej, jej skład oraz wielkość. Ponieważ normy opisują poziom wykonania testu przez określoną grupę osób, dlatego bez wiedzy na temat tego, jaki jest jej skład, nie można ocenić czy test jest przydatny dla konkretnego zastosowania ani też poprawnie zinterpretować uzyskanego wyniku.

Do zapamiętania:

Normy testowe informują o typowym poziomie wykonania testu przez dokładnie zdefiniowaną grupę odniesienia.

Istotnym czynnikiem decydującym o poprawności procesu normalizacji jest wielkość próby, na której zostały przeprowadzone badania normalizacyjne. Jak piszą Anastasi i Urbina (1999) „Próba, której

wyniki są podstawą norm, powinna być wystarczająco duża, aby uzyskane wartości były stabilne” (s. 79). Oznacza to, że wyniki otrzymane na podstawie badania innej próby dobranej identycznie powinny być zbliżone.

Wybierając test psychologiczny, należy zwrócić uwagę na kilka istotnych kwestii związanych z normalizacją. Pierwszą z nich jest sprawdzenie, w przypadku narzędzi zagranicznych, czy test posiada **normy opracowane dla populacji polskiej**. Ze względu na różnice kulturowe posługiwanie się normami opracowanymi na przykład dla populacji amerykańskiej, powoduje, że interpretując wyniki testu, możemy jedynie stwierdzić, jak badane w Polsce dziecko wypada w porównaniu ze swoimi rówieśnikami, ale w populacji amerykańskiej. Brak norm opracowanych na populacji polskiej dyskwalifikuje metodę jako test psychologiczny (Hornowska, 2010). Niestety, posługiwanie się normami pochodzącymi z oryginalnych wersji testu jest nadal niechlubną praktyką, np. dotyczy wciąż stosowanego w niektórych poradniach testu inteligencji Termana-Merrill, który nigdy nie był znormalizowany na populacji polskiej.

Kolejną ważną kwestią jest **aktualność norm testowych**. Normy, do których porównujemy osobę badaną, powinny być w miarę nowe, dzięki czemu mamy pewność, że umieszczamy osobę badaną na tle współczesnej populacji. I znowu, zmiany kulturowe oraz akceleracja rozwoju, szczególnie intelektualnego, powodują, że posługiwanie się przestarzałymi normami, może dawać fałszywie zawyżone wyniki. Należy pamiętać, że jeśli test ma normy z roku 1960, to wnioski, jakie wyprowadzamy ograniczają się do porównania osoby badanej do jej rówieśników, ale pół wieku temu. Aktualność norm ma szczególne znaczenie w odniesieniu do testów inteligencji, ze względu na tak zwany efekt Flynna (Jaworowska, 2010). Zjawisko określane tym mianem polega na przyroście wyników w testach inteligencji wraz z upływem czasu. Po raz pierwszy zaobserwowano je, porównując wyniki rekrutów badanych w okresie pierwszej i drugiej wojny światowej. Badaniem tego zjawiska w sposób systematyczny zajął się J. R. Flynn na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Na podstawie analiz badań testowych badacz zaobserwował wzrost wyników testów inteligencji w kolejnych pokoleniach, co oznacza, że normy „starzeją się”. Są one najbardziej trafne (to znaczy najdokładniej odzwierciedlają pozycję jednostki na tle grupy odniesienia) zaraz po normalizacji testu. Im więcej czasu upływa od momentu normalizacji do momentu badania, tym bardziej zawyżony wynik otrzymujemy (Jaworowska, 2010). Wśród czynników odpowiedzialnych za przyrosty wyników w testach inteligencji A. Jaworowska (2010) wymienia między innymi: odżywianie, edukację, obycie z testami, środowisko, stymulację poznawczą związaną z pojawieniem się nowych technologii czy czynniki genetyczne i środowiskowe.

Przy wyborze testu należy również wziąć pod uwagę charakterystykę próby normalizacyjnej. Normy są opracowywane dla określonych populacji, uwzględniają wiek, niekiedy płeć lub poziom edukacyjny. Informacje o próbie normalizacyjnej zawiera podręcznik do testu, a szczegółowe zapoznanie się z tymi danymi jest warunkiem odpowiedzialnego stosowania narzędzia. Niektóre testy były normalizowane na określonych próbach np. dzieciach mieszkających tylko w dużych miastach (informacje na ten temat można znaleźć w rzetelnie opracowanych podręcznikach testowych). Na ogół w takich sytuacjach zaleca się ostrożną interpretację wyników, jeśli badana przez nas osoba nie jest przedstawicielem tejże grupy.

Ograniczone możliwości interpretacyjne dają też tzw. normy lokalne, liczone tylko dla wybranych województw, np. mazowieckiego czy pomorskiego, zwłaszcza jeśli chodzi o testy językowe czy poznawcze.

Tak więc, wybór grupy odniesienia ma zasadnicze znaczenie dla interpretacji wyników (Anastasi, Urbina, 1999; Jaworowska, 1996). Jest to szczególnie ważne w przypadku testów poznawczych, gdzie zarówno płeć jak i miejsce zamieszkania oraz wykształcenie rodziców generują często istotne różnice między dziećmi.

2.4. Co to jest rzetelność testu?

Pod pojęciem rzetelności testu rozumiemy dokładność pomiaru cechy, którą mierzy. Rzetelność informuje o stopniu, w jakim wynik testu odzwierciedla poziom mierzonej cechy, a nie wpływ czynników losowych (Hornowska, 2010; Anastasi, Urbina, 1999; Jaworowska, 1996). Znając rzetelność narzędzia (a więc dokładność pomiaru), można oszacować błąd pomiaru. Każdy pomiar obarczony jest ryzykiem błędu, wynikającym chociażby z temperamentu psychologa, jego wprawy zarówno w badaniu, jak i obliczaniu wyniku testu oraz niedoskonałości samego narzędzia pomiarowego czy sytuacji badania. Klasyczna teoria testów psychologicznych wskazuje, iż na rezultat otrzymany w badaniu składa się wynik prawdziwy i wielkość błędu pomiaru. Zatem wyższa rzetelność testu oznacza, że pomiar przeprowadzony z jego zastosowaniem jest dokładniejszy.

Wskaźnik, jakim jest standardowy błąd pomiaru ma ogromne zastosowanie w praktyce diagnostycznej. Jego znajomość daje możliwość określenia granic (dolnej i górnej) przedziału ufności, w którym mieści się wynik prawdziwy osoby badanej. Procedury pozwalają na przyjęcie z określonym prawdopodobieństwem (zazwyczaj 85% lub 95%), że w danym przedziale ufności rzeczywiście zawiera się prawdziwy wynik osoby badanej. Sposób tworzenia przedziałów ufności dla wyników opisany jest zazwyczaj w podręczniku użytkownika testu. W każdym przypadku, gdy znany jest standardowy błąd pomiaru, wyniku testu nie należy przedstawiać punktowo (np. IQ=145), a za pomocą przedziałów ufności. Wynik punktowy byłby możliwy do przyjęcia tylko wówczas, gdybyśmy posługiwali się idealną metodą diagnostyczną, a taka nie istnieje i w idealnych warunkach, o jakie również trudno. Nieuwzględnianie standardowego błędu pomiaru w interpretacji wyników testu jest jednym z poważniejszych błędów, jakie można popełnić w procesie diagnostycznym na etapie opracowywania wyników. **Wybór rzetelnych testów jest zatem szczególnie istotny, gdyż wysoka rzetelność gwarantuje, iż pomiar dokonany przez diagnostę jest bardziej dokładny.**

Istotnym problemem obserwowanym w praktyce diagnostycznej jest formułowanie wniosków diagnostycznych w oparciu o badanie z zastosowaniem narzędzi o niskiej rzetelności. I tak, im dokładniejszych i bardziej precyzyjnych rozróżnień chcemy dokonać, tym wyższa powinna być rzetelność testu (Brzeziński, 2003). W diagnozie indywidualnej zaleca się unikania narzędzi o rzetelności niższej niż 0,80 (Brzeziński, 2003), choć czasem może być to trudne przy braku dostępu do testów o lepszych parametrach.

Rzetelność testu może być oceniana w różny sposób. Do najczęściej stosowanych metod zaliczamy:

- metodę powtarzania testu (tzw. technika test-retest), oceniająca stabilność narzędzia
- metodę wersji równoległych
- metodę połówkową
- ocenę zgodności wewnętrznej
- zgodność ocen sędziów kompetentnych (Hornowska, 2010).

Metoda test-retest polega na tym, że pomiar testowy za pomocą tego samego narzędzia jest powtarzany w pewnym odstępie czasowym, w przypadku dzieci, u których zmiany rozwojowe są szybkie – w odstępie kilku tygodni. Dzięki temu można ocenić w jakim stopniu test jest wrażliwy na przypadkowe zmiany związane zarówno z osobą badaną (np. jej koncentracja uwagi, stan emocjonalny) jak i warunkami badania. Wskaźnik ilościowy, który otrzymujemy dzięki takiej metodzie badania rzetelności, to współczynnik stabilności bezwzględnej (Brzeziński, 2000).

Metoda wersji równoległych polegająca na zastosowaniu dwóch wersji tego samego testu, skonstruowanych w identyczny sposób. Badany jest testowany za pomocą obu wersji testu, a następnie zostaje obliczony współczynnik korelacji pomiędzy obydwojoma pomiarami, który jest traktowany jako miara rzetelności testu.

Oba opisane wyżej sposoby badania rzetelności wymagają dwukrotnego badania tej samej osoby. Rzetelność testu możemy również oszacować, wykonując jednokrotne badanie danym narzędziem. W tym celu stosuje się metodę połówkową lub badanie zgodności wewnętrznej. Pierwsza z nich wymaga dokonania podziału testu na dwie części, równoległe wobec siebie. Podział ten może mieć

charakter losowy, może być to podział na itemy parzyste-nieparzyste (najczęściej stosowany), lub oparty na treści i trudności pozycji testowych. Najczęściej do oceny rzetelności testu za pomocą opisywanej metody stosuje się współczynnik Spearmana-Browna. Inną powszechnie stosowaną metodą oceny rzetelności jest ocena zgodności wewnętrznej, bazująca na założeniu, że istnieje wiele możliwych podziałów testów na połowy. Uwzględnienie wszystkich możliwych podziałów danego testu na połowy daje w rezultacie średni współczynnik rzetelności danego testu. Najczęściej stosowanym do oceny zgodności wewnętrznej współczynnikiem jest *alfa*-Cronbacha.

Badanie zgodności ocen sędziów ma zastosowanie w przypadku tych narzędzi, w których oceny odpowiedzi dokonuje badacz (np. w skali WISC-R podtesty Słownik, Rozumienie, Podobieństwa). Polega ona na ocenie odpowiedzi zapisanych w arkuszu badania przez dwóch niezależnych specjalistów, a następnie obliczeniu współczynnika korelacji między nimi. Tak szacowana rzetelność jest niezbędna w testach, w których ocena odpowiedzi jest dokonywana indywidualnie według wskazówek zawartych w kluczu, a nie ściśle zgodnie z kluczem, czyli przede wszystkim w testach językowych, gdzie badany formułuje wypowiedź podlegającą późniejszej ocenie.

Ze względu na fakt, że każdy z tych współczynników pozwala ocenić rzetelność z punktu widzenia różnych źródeł błędów pomiaru, w większości testów stosuje się jednocześnie kilka metod oceny jego rzetelności.

W przypadku baterii testowych oblicza się niezależne wskaźniki rzetelności dla podskal, a także dodatkowo tzw. współczynnik Mosiera, który opiera się na średniej rzetelności testów tworzących skalę i jest względnie niezależny od stopnia skorelowania składowych. Szczegółowy opis oraz porównanie poszczególnych sposobów oceny rzetelności zamieszczony jest m.in. w pracy Hornowskiej (2010) czy Brzezińskiego (2000).

2.5. Co to jest trafność testu?

Trafność testu odnosi się do tego, czy rzeczywiście test mierzy tę zmienną, do pomiaru której został skonstruowany. Informuje nas ona o tym na ile wynik testu może być interpretowany w kategoriach zmiennej, do której pomiaru test był w zamierzeniach przeznaczony. Trafność testu wyznacza granice jego interpretacji, mówiąc o tym, jakie wnioski można wyciągać na podstawie otrzymanych z jego zastosowaniem wyników. Zawsze przed wykorzystaniem danej metody, należy sprawdzić, co określone narzędzie pomiaru w rzeczywistości mierzy. O **trafności teoretycznej** testu możemy mówić wówczas, gdy istnieją logiczne i empiryczne związki między danym testem a określoną teorią, na której on bazuje. **Trafność treściowa** oznacza stopień, w jakim treść pozycji testowych odpowiada definicji mierzonej cechy czy zjawiska. Test trafnytreściowo powinien zawierać pozycje testowe reprezentatywne dla badanej cechy na podstawie przyjętej jej definicji. **Trafność kryterialna** (diagnostyczna i prognostyczna) wskazuje na możliwość przewidywania określonych aspektów funkcjonowania człowieka (np. osiągnięć szkolnych) na podstawie wyniku danego testu.

Mówi się także o **trafności zbieżnej**, zwanej konwergencyjną, określającej, czy test koreluje z tymi zmiennymi, z którymi powinien być powiązany, oraz **trafności różnicowej**, zwanej dywergencyjną, odnoszącej się do odwrotnej zależności, czyli sprawdzającej czy test nie koreluje ze zmiennymi, z którymi nie powinien być powiązany (Tarnowski, Fronczyk, 2009).

Ponieważ – co podkreśla w swojej pracy E. Hornowska (2010) – trafność testu wiąże się z jego konkretnym zastosowaniem, dlatego też na etapie wyboru narzędzia diagnostycznego badacz powinien szczegółowo przeanalizować zarówno cel badania, jak i dostępne pod jego kątem metody diagnostyczne.

Trafność teoretyczną testu ocenia się za pomocą różnorodnych metod, m.in. analizy różnic międzygrupowych, analizy czynnikowej, analizy struktury wewnętrznej testu (Anastasi, Urbina, 1999; Hornowska, 2010). Metoda analizy różnic międzygrupowych polega na porównaniu dwóch grup, wyodrębnionych na podstawie odpowiedniego kryterium zewnętrznego, co do których mamy podstawy sądzić, iż będą osiągać niskie i wysokie wyniki w danym teście. Jeśli wyniki testowe tych

grup są odmienne, to świadczy o dobrej trafności testu. W przypadku niektórych testów, np. skal wielowymiarowych, metodą stosowaną w ocenie trafności teoretycznej jest analiza czynnikowa, której celem jest sprawdzenie czy otrzymane dane są zgodne z zakładaną strukturą testu (np. podskalami mierzącymi określone wymiary funkcjonowania). Kolejna metoda, analiza struktury wewnętrznej testu, a konkretnie jego wewnętrznej zgodności, ma na celu ocenę czy dany test mierzy jednolity konstrukt (np. inteligencję płynną). Wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej może być traktowany jako wskaźnik jego trafności, jeśli dane teoretyczne dają nam podstawy do uznania, że cecha, która podlega pomiarowi, jest cechą homogeniczną. Współczynnik ten oblicza się, korelując wyniki każdego itemu z wynikiem ogólnym lub wyniki każdej podskali z wynikiem ogólnym testu. W przypadku niektórych testów, np. skal wielowymiarowych, metodą stosowaną w ocenie trafności teoretycznej jest analiza czynnikowa, której celem jest sprawdzenie czy otrzymane dane są zgodne z zakładaną strukturą testu (np. podskalami mierzącymi określone wymiary funkcjonowania). Kolejna metoda, analiza struktury wewnętrznej testu, a konkretnie jego wewnętrznej zgodności, ma na celu ocenę czy dany test mierzy jednolity konstrukt (np. inteligencję płynną). Wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej może być traktowany jako wskaźnik jego trafności, jeśli dane teoretyczne dają nam podstawy do uznania, że cecha, która podlega pomiarowi, jest cechą homogeniczną. Współczynnik ten oblicza się, korelując wyniki każdego itemu z wynikiem ogólnym lub wyniki każdej podskali z wynikiem ogólnym testu.

Trafność treściową testu zazwyczaj sprawdza się poprzez zastosowanie opinii kilku sędziów kompetentnych, którymi powinni być niezależni eksperci w danej dziedzinie. Ich zadaniem jest dokonanie oceny stopnia, w jakim poszczególne pozycje testowe odpowiadają definicji cechy, do pomiaru której test został skonstruowany (Tarnowski, Fronczyk, 2009). Ten rodzaj trafności jest szczególnie istotny w przypadku testów wiadomości.

Trafność kryterialna informuje o związku wyników danego testu z niezależnym, zewnętrznym kryterium. Trafność kryterialną oceniamy poprzez podanie współczynnika korelacji danego testu z innym mierzącym tę samą cechę czy zdolność (oba pomiary dokonywane są na tej samej grupie osób) lub z kryteriami nietestowymi (np. oceny szkolne). Warunkiem wyboru testu, który będzie traktowany jako zmienna kryterialna jest jego trafność i rzetelność. Tak więc korelowanie wyników nowo opracowanego testu z innym, ale nie spełniającym standardów dla testów (np. testem o niskiej trafności i rzetelności) jest błędną metodą oceny trafności. Najczęściej stosowane w ocenie trafności współczynniki korelacji to r -Pearsona oraz ρ Spearmana.

Wyczerpujący opis sposobów pomiaru trafności przedstawia Hornowska (2010). Dobrze opracowane narzędzia diagnostyczne bazują na kilku różnorodnych metodach oceny trafności testu, czyli w wyborze najlepszego narzędzia kierujemy się kilkoma wskaźnikami trafności. Warto dodać, że w współczynniki korelacji będące wskaźnikami trafności interpretuje się w typowy dla korelacji sposób, czyli korelacje istotne umiarkowane i wysokie będą świadczyły odpowiednio o zadowalającej lub wysokiej trafności.

Szczególnie trudne w obszarze testów przeznaczonych do diagnozy dzieci jest sprawdzenie informacji o **trafności prognostycznej**. Empirycznie określa się ją poprzez porównanie wyników testów danej osoby z jej rzeczywistymi osiągnięciami. Stosuje się też badania podłużne, pozwalające na przykład ocenić trafność prognostyczną testów wskazujących ryzyko dysleksji czy innych zaburzeń. Powtarzane po latach badania na dzieciach, u których zdiagnozowano ryzyko zaburzeń czy na przykład późne nabywanie języka (*late language emergence* LLE), pozwalają na potwierdzenie trafności prognozy tych zaburzeń. W Polsce tego typu badania prowadziły na przykład Bogdanowicz (2012) oraz Smoczyńska (Smoczyńska, Szczerbiński 2011; Smoczyńska, Szczerbiński, Kocharńska, 2011).

2.6. Dlaczego ważne jest źródło pochodzenia narzędzi?

Opracowanie nowego testu psychologicznego, bądź też adaptacja już istniejącego narzędzia do warunków polskich wymaga przeprowadzenia skrupulatnej procedury badawczej, która w oparciu o badania empiryczne wykaże, że narzędzie jest trafne oraz rzetelne (Zawadzki, Hornowska, 2008). Procedura ta jest najczęściej wielostopniowa i długotrwała, dlatego też opracowanie testu psychologicznego to często kilkuletni proces, wymagający od autora i/lub wydawcy testu wysokich kompetencji profesjonalnych obejmujących wiedzę z zakresu przedmiotu pomiaru i psychometrii, jak i kompetencji etycznych. W dobie szerokiego dostępu (choćby za sprawą Internetu) do narzędzi diagnostycznych, szczególna odpowiedzialność za wybór testu, odpowiedniego do realizacji założonego celu diagnozy, spoczywa na profesjonalistach przeprowadzających tę diagnozę. Diagnosta niezależnie od tego, czy w tej roli występuje psycholog, pedagog czy nauczyciel, jest odpowiedzialny za wybór narzędzi, które będą podstawą wniosku diagnostycznego. Dokonując takiego wyboru, powinien zatem zwrócić uwagę na kilka podstawowych kwestii.

Diagnosta powinien korzystać tylko z takich narzędzi, które zostały odpowiednio przygotowane i których stosowanie w ocenie określonych funkcji zostało odpowiednio udokumentowane.

Jeżeli wydawca/autor testu nie umieszcza w podręczniku informacji o właściwościach psychometrycznych narzędzia, lub też umieszcza tylko dane orientacyjne, wycinkowe, a także w sytuacji, gdy narzędzie nie spełnia kryteriów dobroci testu, odpowiedzialność zawodowa nakazuje rezygnację z posługiwania się nim w praktyce diagnostycznej. Stosowanie w praktyce narzędzi, które nigdy nie spełniały wymogów stawianych testom psychologicznym (Anastasi i Urbina, 1999; Hornowska, 2010; Brzeziński, 2003) najczęściej wynika z braku wiedzy, przyzwyczajenia lub przekonania, że stosowane narzędzie spełnia określone kryteria. W obiegu funkcjonuje wiele testów, które nigdy nie zostały zaadaptowane do warunków polskich, nie posiadają zatem polskich norm, nie zostały nigdy w Polsce wydane legalnie (np. Skala Rozwoju Psychoruchowego Brunet-Lezine, Skala inteligencji Termana-Merrill) i w konsekwencji nie wolno ich stosować w diagnozie indywidualnej (Paluchowski, 2010). Niemalże także można spotkać „pseudotestów” tworzonych w odpowiedzi na duże zapotrzebowanie na narzędzia diagnostyczne (takie „pseudotesty” bez trudu można znaleźć w Internecie, są to często kwestionariusze przeznaczone dla nauczycieli). Stosowanie ich w praktyce, sporządzanie na ich podstawie opinii i orzeczeń, decydujących o losach dziecka, jest przejawem braku odpowiedzialności zawodowej.

Odrębnym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę, jest posługiwanie się tylko i wyłącznie oficjalnie i legalnie wydanymi narzędziami (Jaworowska, 2008; Zalewska, 2009), lub takimi, które są udostępniane bezpłatnie przez samych autorów. Pozbawione wartości są wszelkie testy czy kwestionariusze, które nie zawierają informacji o ich autorze i wydawcy. Jak pisze Barzykowski i wsp. (2013), „Sytuacja stosowania testów nielegalnych i bez polskiej adaptacji czyni diagnozę bezużyteczną, a decyzję wydaną na jej podstawie — nietrafną” (s. 33).

Osoba, która przeprowadza postępowanie diagnostyczne, bierze odpowiedzialność również za skutki formułowanych przez nią opinii lub orzeczenia, które w wielu sytuacjach stają się podstawą do podejmowania przez rodziców (prawnych opiekunów) kluczowych decyzji dotyczących edukacji dziecka, a zatem jego dróg życiowych.

2.7. Czy diagnoza psychometryczna jest wystarczająca?

Jak pisze Paluchowski (2007) diagnoza psychometryczna, jako spełniająca najwyższe kryteria metodologiczne, powinna być stosowana zawsze w sytuacjach, w których od opinii psychologa zależą losy człowieka, a więc w przypadku ekspertyz sądowych czy podejmowania decyzji administracyjnych. W przypadku diagnozy w obszarze edukacji dotyczy to chociażby sytuacji wydawania orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego czy nauczania indywidualnego, lub też opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju czy wskazujących na konieczność odroczenia obowiązku

szkolnego. Diagnoza psychometryczna daje szanse eliminacji nieprawidłowości w ocenie dziecka wynikających m.in. z typowych błędów percepcyjnych, takich jak efekt pierwszego wrażenia, efekt szufladkowania czy samospełniającej się przepowiedni.

Z drugiej zaś strony diagnoza psychometryczna, ilościowa ze swej natury, może doprowadzić do utraty istotnych informacji klinicznych na temat badanego, pochodzących z obserwacji czy wywiadu. Wielu aspektów rozwoju poznawczego czy emocjonalnego nie sposób ocenić, posługując się tylko i wyłącznie narzędziami testowymi. Rozważmy to na przykładzie oceny inteligencji dziecka. W dużej części testów inteligencji w ocenie wykonania uwzględniana jest szybkość, wskazująca na sprawność podstawowych procesów poznawczych. Jednakże jak wiemy, na tempo pracy wpływa wiele czynników, począwszy od stylu poznawczego, czyli osobowościowo uwarunkowanego stylu pracy, przez temperament, aż po bazowe trudności w zakresie funkcji podlegającej pomiarowi, np. trudności matematyczne. Tak więc wolne tempo pracy może odzwierciedlać niższy poziom danej funkcji (np. zdolności matematycznych) lub refleksyjny styl poznawczy. Wynik ilościowy w każdym z wymienionych przypadków może być zbliżony, ale jego uwarunkowania – różne. Ich ocena jest możliwa tylko w sposób jakościowy, biorący pod uwagę jednocześnie dane obserwacyjne i dane z wywiadu. W przypadku oceny sfery poznawczej, np. myślenia, wynik wyrażony liczbowo nie odzwierciedla przebiegu tego procesu. Ciekawą próbą połączenia podejścia psychometrycznego z jakościowym jest test Anny Matczak Diagnoza Możliwości Intelektualnych (szczegółowo opisany w rozdziale 5), który poza typowym wynikiem ilościowym, daje możliwość jakościowej oceny błędów popełnionych przez dziecko i wnioskowania na ich podstawie o poziomie rozwoju operacji konkretnych. Jak dowodzi autorka, błędne odpowiedzi jakościowo różnią się od siebie, mogą być bliskie odpowiedzi poprawnej lub całkowicie błędne, dlatego traktowanie ich równoważnie prowadzi do utraty istotnych informacji na temat przebiegu procesu myślenia u badanego dziecka.

Ponadto, diagnoza kliniczna o charakterze jakościowym doskonale sprawdza się w bieżącej ocenie postępów terapii, w tym terapii pedagogicznej. Nadal, mimo szybkiego rozwoju narzędzi diagnostycznych i ich coraz większej różnorodności, takie obszary, jak subiektywne przeżycia osoby badanej, wymykają się diagnozie psychometrycznej i tu najlepiej sprawdza się podejście jakościowe, kliniczne.

Do zapamiętania:

Dlaczego diagnoza psychometryczna jest tak ważna?

Zapewnia obiektywny pomiar cech, niezależny od diagnosty

Umożliwia dokładny pomiar badanej cechy

Daje możliwość porównania z innymi osobami.

Rozdział 3. Jakie są etyczno-prawne aspekty diagnozy psychologicznej?

3.1. Z jakimi etycznymi problemami musi zmierzyć się diagnosta?

Obowiązkiem psychologa jest ochrona praw i interesów osób, które się do niego zgłaszają. Świadomość społecznych konsekwencji wynikających z prowadzenia diagnozy jest jednym z elementów postawy etycznej, wyrażającej się m.in. braniem odpowiedzialności za wszelkie profesjonalne działania podejmowane w relacji z osobami uczestniczącymi w tym procesie oraz postępowaniem zgodnie z zasadami dobrej praktyki. Źródłem reguł i zasad etycznych obowiązujących w pracy psychologa są dwa podstawowe dokumenty: „Kodeks etyczno-zawodowy psychologa”⁶ oraz Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów z 2000 roku⁷.

Postępowanie zgodne z zasadami etyki jest bardzo ważne zarówno w kontakcie z osobami dorosłymi, jak też z dziećmi, w których przypadku postępowanie diagnostyczne jest szczególnie wymagające. Na podstawie dokonanej diagnozy psychologiczno-pedagogicznej formułowane są zasady pracy z dzieckiem oraz formy niezbędnej pomocy, diagnoza często przesądza także o edukacyjnej drodze badanego ucznia. Niezbędna jest zatem etyczna refleksja nad planowaniem i prowadzeniem postępowania diagnostycznego na wszystkich jego etapach, w taki sposób, aby przestrzegać podstawowych praw badanego do zachowania autonomii i podmiotowości, godności, prywatności i intymności oraz poufności relacji z diagnostą (Brzeziński, Toeplitz-Winiewska, 2008).

Z praktycznego punktu widzenia autonomia badanego oznacza, że ma on prawo do podejmowania własnych decyzji w trakcie relacji z badającym, przede wszystkim do wyrażenia świadomej zgody na uczestnictwo w badaniu, a także do przerywania kontaktu z psychologiem, czy postępowania wbrew radom czy zaleceniom psychologa. Wyrazem poszanowania godności uczestnika badania jest więc niewykorzystywanie naturalnej przewagi wynikającej z pełnionej roli zawodowej. W przypadku dzieci oznacza to konieczność przerywania badania, jeśli dziecko się tego domaga i dostosowanie działań psychologa do ograniczeń związanych z wiekiem dziecka czy jego szczególnymi potrzebami – np. kwestia obecności rodzica w czasie badania.

Prawo do prywatności oznacza, że klient ma możliwość kontroli i ograniczania dostępu do różnych informacji o sobie samym, zaś psycholog wnika w intymne, osobiste sprawy klienta jedynie w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla celu i kontekstu diagnozy. Tak więc psycholog w trakcie wywiadu powinien zbierać tylko takie informacje na temat badanego dziecka, jego rodziny, sytuacji życiowej, które są związane z diagnozowanym problemem i służą lepszemu zrozumieniu jego uwarunkowań.

Podstawą społecznego zaufania do psychologów jest zasada zachowania tajemnicy zawodowej. Badany musi mieć świadomość poufności przekazywanych psychologowi informacji, co oznacza, że uzyskane w procesie diagnozowania wyniki nie zostaną ujawnione niepowołanym do tego osobom. W przypadku badania dzieci oznacza to, że bez zgody rodzica psycholog nie może przekazywać informacji na temat dziecka, szkole i jego nauczycielom. Natomiast w przypadku udostępniania wyników badania innym specjalistom (jeśli wymaga tego sytuacja), psycholog musi informować o konieczności zachowania ich w tajemnicy.

⁶ <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>.

⁷ http://practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf.

3.2. Jak postępować w sposób profesjonalny i etyczny w sytuacji diagnostycznej?

Każda sytuacja diagnostyczna składa się z trzech zasadniczych części:

- 1) ustalenia zasad współpracy pomiędzy badającym i badanym⁸, czyli **zawarcie kontraktu**
- 2) **proces diagnozowania właściwego**, który obejmuje dobór metod diagnostycznych oraz przygotowanie i przeprowadzenie badania
- 3) **zakończenie badania, co oznacza** analizę i interpretację wyników, przekazanie informacji zwrotnej badanemu i sporządzenie pisemnego raportu z badań w formie opinii psychologicznej czy pedagogicznej.

Kontrakt

Podczas zawierania kontraktu, badający musi uświadomić badanemu (w przypadku dziecka – jego rodzicom/opiekunom), że nie można z góry przewidzieć wyniku diagnozy oraz poinformować go, jakie konsekwencje może ona przynieść. Ważne jest także poznanie oczekiwań badanego związanych z diagnozą. Zakres w jakim psycholog będzie ingerował w świat i psychikę badanego, wyznacza cel diagnozy, należy więc wyjaśnić mu, jakie obszary sprawności, działania czy zachowania będą badane w trakcie postępowania diagnostycznego oraz jakie metody i techniki zostaną zastosowane. Zrozumienie przez badanego istoty postępowania diagnostycznego, a także konsekwencji wyników diagnozy, pozwala mu na zachowanie autonomii i podmiotowości; jednocześnie zapewnia poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego oraz stwarza możliwość wykorzystania własnego potencjału do jak najlepszego wykonania stawianych podczas badania zadań. Jest warunkiem uzyskania od badanego świadomej, dobrowolnej zgody na udział w badaniu. W przypadku badania dzieci diagnosta musi uzyskać taką zgodę zarówno od rodziców czy opiekunów prawnych jak też od samego dziecka. Ważne jest także określenie czasu trwania badania oraz ograniczanie skutków stresu, jakim jest sytuacja badania, bowiem diagnoza postawiona w niesprzyjających warunkach może być nierzetelna, może też stanowić podstawę niekorzystnych czy krzywdzących decyzji (Brzeziński, Toeplitz-Winiewska, 2008).

Do zapamiętania

Psycholog musi uzyskać świadomą, dobrowolną zgodę rodziców (opiekunów prawnych) dziecka oraz samego dziecka na udział w badaniu. Warunkiem uzyskania takiej zgody jest zrozumienie przez badanego istoty postępowania diagnostycznego, a także konsekwencji wyników diagnozy.

Diagnoza właściwa

Dylematy podczas planowania i przeprowadzania badania dotyczą przede wszystkim wyboru odpowiednich do celów diagnozy narzędzi i metod. Ich dobór z jednej strony wyznaczają kompetencje diagnosty („Jakie metody znam? Czy mam odpowiednie kwalifikacje aby zastosować konkretny test? ”) a z drugiej przydatność określonej metody w konkretnej sytuacji diagnostycznej i jej własności psychometryczne. Psycholog powinien więc wybrać taki test, za pomocą którego będzie w stanie trafnie i rzetelnie zmierzyć poziom określonych zdolności czy sprawności, określonych przez cel diagnozy zaś normy pozwolą na dokonywanie porównań wyniku badanego w odniesieniu do populacji, do której należy. Zagadnienia te omówiono dokładnie w rozdziale 6. Badanie musi być prowadzone zgodnie z wystandaryzowaną procedurą, gdyż tylko wtedy możliwe jest interpretowanie wyniku z perspektywy psychometrycznej. Wnioskowanie na podstawie wyników testów niespełniających podstawowych wymogów metodologicznych lub przeprowadzonych niezgodnie z procedurą jest nieetyczne: prowadzi do postawienia fałszywej diagnozy i/lub do podejmowania niewłaściwych czy krzywdzących decyzji postdiagnostycznych (Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów, 2000).

⁸ Każdorazowo pisząc o badanym, mamy na myśli zarówno rodziców/opiekunów prawnych dziecka, jak i samo dziecko.

Psycholog musi być świadomy, że zewnętrzne regulacje: przepisy prawa oświatowego czy procedury postępowania diagnostycznego (np. w przypadku diagnozy dysleksji) nie zdejmują z niego osobistej odpowiedzialności za następstwa podejmowanych w ramach diagnozy działań wobec badanego dziecka (Kodeks etyczno-zawodowy psychologa, 2008).

Zakończenie badania

Po przeprowadzeniu badania psycholog ma do wykonania kilka zadań (Brzeziński, Toeplitz-Winiewska, 2008). Powinien:

- 1) obliczyć, przeanalizować i zinterpretować wyniki
- 2) udzielić badanemu i jego rodzicom informacji zwrotnych
- 3) sporządzić pisemny raport z badania w formie opinii psychologicznej.

Dobre praktyki w zakresie obliczania, analizy i interpretacji wyników wymagają przestrzegania standardowych procedur przekształcania wyników, znajomości teoretycznych podstaw testu, rozumienia stosowanych skal i norm porównawczych, oraz świadomości ograniczeń interpretacji wyników (wynikających chociażby z podstaw teoretycznych – np. nie można uogólniać wyników testu na właściwości czy cechy, których test nie mierzy) (Wytyczne..., 2000; http://practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf).

Przekazywanie informacji zwrotnych jest niezbędnym etapem procesu diagnostycznego. Psycholog musi w taki sposób przekazać wyniki diagnozy, aby były one zrozumiałe, oraz nie wpływały negatywnie na dalsze funkcjonowanie badanego dziecka i jego rodziców. Z drugiej strony dbanie o dobre samopoczucie badanego i jego opiekunów nie może oznaczać selekcji i zatajania przed nim niektórych informacji. Ważne jest zatem, aby informacja zwrotna była dla badanego konstruktywna, nawet wtedy, gdy rezultat diagnozy jest nieoczekiwany czy niekorzystny.

Podczas sporządzania pisemnej opinii, psycholog musi mieć na uwadze, jakie decyzje na jej podstawie będą podejmowane. Wynika z tego konieczność formułowania jej w sposób zrozumiały i użyteczny, co oznacza powstrzymanie się od stosowania nadmiernie profesjonalnego języka. W opinii nie należy także zawierać wartościowania opisywanych cech czy właściwości badanego ani specyficznych etykiet, gdyż mogą być wykorzystywane do błędnej interpretacji; lepiej jest opisać mechanizm zachowania badanego. Opinia nie powinna też zawierać informacji nie związanych z celem diagnozy, gdyż narusza to prawo badanego do prywatności i poufności.

Należy również pamiętać, że – jak przedstawiono w rozdziale 1.3 – diagnozowanie to złożony proces rozwiązywania problemów, w którym rola diagnosty to nie tylko rejestrowanie zachowań, lecz przetwarzanie wielu danych. Diagnosta wykorzystuje swoją wiedzę, a w wyjaśnianiu znaczenia zebranych informacji angażuje procesy wnioskowania i rozwiązywania problemów. Nie można więc w opinii przedstawiać wyników liczbowych uzyskanych przez badanego, gdyż odbiorca (np. rodzic, nauczyciel, członek zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności) nie będąc profesjonalistą, nie musi rozumieć, co one oznaczają, jaki jest kontekst uzyskania określonego wyniku czy jakie są ograniczenia w jego interpretacji (Brzeziński, Toeplitz-Winiewska, 2008).

3.3. Jakie przepisy prawne regulują zasady prowadzenia diagnozy pedagogicznej i psychologicznej w systemie edukacji?

Przepisy prawne dotyczące prowadzenia diagnozy w systemie edukacji zawarte są w 5 najważniejszych aktach prawnych:

- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2013 Nr 0, poz. 199) ([link: http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000199](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000199))

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. nr 173, poz. 1072) (link: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081731072>).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej (Dz. U. Nr 223, poz. 1869, z późn. zm.) (link: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20022231869>)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach szkołach i placówkach (Dz. U. 2013 Nr 0, poz. 532) (link: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532>)

W myśl przywołanych wyżej przepisów diagnozę potrzeb i możliwości dzieci i uczniów prowadzą nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści zatrudnieni w szkołach – psychologowie, pedagodzy, terapeuci pedagogiczni i logopedzi, a także specjaliści zatrudnieni w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistycznych.

Diagnoza prowadzona przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów w przedszkolu, szkole i placówce polega przede wszystkim na:

- 1) w przedszkolu – obserwacji pedagogicznej zakończony analizą i oceną gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole (diagnoza przedszkolna)
- 2) w szkole – obserwacji pedagogicznej, w trakcie bieżącej pracy z uczniami, mającej na celu rozpoznanie u uczniów:
 - a. trudności w uczeniu się, w tym – w przypadku uczniów klas I–III szkoły podstawowej – ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się
 - b. szczególnych uzdolnień.

Jeżeli w wyniku przeprowadzonego w przedszkolu i szkole rozpoznania okaże się, że ze względu na potrzeby rozwojowe lub edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów wymaga objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną, wychowawca lub dyrektor ustala odpowiednie formy tej pomocy.

Diagnozowanie dzieci i uczniów prowadzone w poradniach psychologiczno-pedagogicznych ma na celu:

- określenie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka
- wyjaśnienie mechanizmów jego funkcjonowania w odniesieniu do zgłaszanego problemu
- wskazanie sposobu rozwiązania problemu.

Efektom przeprowadzonej w poradni diagnozy jest wydanie opinii lub orzeczenia, udzielenie bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i ich rodzicom oraz wspomaganie nauczycieli w pracy z dziećmi oraz rodzicami.

Zgodnie z regulacjami zawartymi w przedstawionych wyżej aktach prawnych opinie wydawane są w trzech przypadkach. Należą do nich opinie w sprawach określonych literalnie w przepisach, opinie w innych sprawach związanych z kształceniem i wychowaniem dzieci i młodzieży oraz informacje o wynikach diagnozy przeprowadzonej w poradni.

Opinie i orzeczenia są wydawane na pisemny wniosek rodzica, który powinien zawierać uzasadnienie. Poradnia przed wydaniem odpowiedniego dokumentu, może zwrócić się do dyrektora placówki, do której uczęszcza dziecko, w celu uzyskania informacji o ewentualnych problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka, informując o tym osobę składającą wniosek.

Zgodnie z przepisami opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej powinna zawierać między innymi:

- określenie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka oraz opis mechanizmów wyjaśniających jego funkcjonowanie w odniesieniu do problemu zgłaszanego we wniosku o wydanie opinii
- stanowisko w sprawie, której dotyczy opinia oraz szczegółowe jego uzasadnienie
- wskazania dla nauczycieli dotyczące pracy z dzieckiem
- wskazania dla rodziców dotyczące pracy z dzieckiem, którą powinni prowadzić w celu rozwiązania zgłaszanego problemu.

Opinie mogą być wydawane przez poradnie publiczne i niepubliczne.

Poza opiniami, dokumentami będącymi efektem diagnozy w poradni, są orzeczenia wydawane przez zespoły orzekające organizowane i działające jedynie w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Są to orzeczenia o potrzebie:

- kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie, wymagającej stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Zawierają one takie informacje, jak postawiona diagnoza zalecane warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, rewalidacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron dziecka, inne wskazane formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz formy kształcenia specjalnego
- orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, w których należy określić zalecane elementy zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, na które należy położyć szczególny nacisk w pracy z dzieckiem; metody i sposoby realizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym pomocy udzielanej rodzicom.

Zespoły orzekające wydają także opinie o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka od chwili postawienia pełnej diagnozy, której efektem jest wykrycie niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole.

Orzeczenie jest decyzją administracyjną, od której wnioskodawcy przysługuje odwołanie.

Szczegółowy wykaz opinii i orzeczeń wraz z przepisami regulującymi ich wydanie prezentuje tabela 1.

Rozdział 3. Jakie są etycznie-prawne aspekty... 3.3. Jakie przepisy prawne regulują zasady prowadzenia diagnozy pedagogicznej i psychologicznej w systemie edukacji?

Tabela 1.

Rodzaje opinii i orzeczeń wydawanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz ich podstawy prawne

Lp.	Dokument	Podstawa prawna
Opinie w sprawie		
1	wczesnego wspomagania rozwoju dziecka	art. 71b ust. 3 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173, poz. 1072)
2	wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej	art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2013 Nr 0, poz. 199)
3	odroczenia rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego	art. 16 ust. 4 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty § 4 ust. 1 jak w p. 2
4	spełniania przez dziecko odpowiednio obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego poza przedszkolem, oddziałem przedszkolnym lub inną formą wychowania przedszkolnego i obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą	art. 16 ust. 10 pkt 1 lit. a Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty § 4 ust. 1 jak w p. 2.
5	objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej	§ 8 ust. 8 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2013 Nr 0, poz. 532) § 4 ust. 1 jak w 2.
6	dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia	§ 6 ust. 1a pkt 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania egzaminów i sprawdzianów w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 83, poz. 562, z późn. zm.) § 4 ust. 1 jak w p. 2.
7	specyficznych trudności w uczeniu się	odpowiednio § 6 ust. 1a pkt 3, § 37 ust. 2, § 59 ust. 2 oraz § 111 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 § 4 ust. 1 jak w p. 2.
8	udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki	art. 66 ust. 1 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) § 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 19 grudnia 2001 r. w sprawie warunków i trybu udzielania zezwoleń na indywidualny program lub tok nauki oraz organizacji indywidualnego programu lub toku nauki (Dz. U. z 2002 r. Nr. 3, poz. 28) § 4 ust. 1 jak w p. 2.
9	objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub placówce	§ 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. § 4 ust. 1 jak w p. 2.
10	inne opinie w sprawach związanych z kształceniem i wychowaniem dzieci i młodzieży (np. dla PZP, poradni foniatrycznej, sądu)	§ 4 ust. 2 jak w p. 2.
Orzeczenia o potrzebie		
11	kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie, wymagającej stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy	jak w p. 1
12	indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	jak w p. 1
13	indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży	jak w p. 1
14	zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim	jak w p. 1

3.4. Jakie przepisy prawne obowiązują psychologów?

Podstawowym dokumentem prawnym regulującym pracę psychologów jest Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 roku, która weszła w życie od 1 stycznia 2006 roku (Dz. U. z 2001 Nr 73 poz. 763). Określa ona zasady i warunki wykonywania zawodu psychologa. Do usług psychologicznych wykonywanych przez psychologów zalicza diagnozowanie, opiniowanie, orzekanie oraz udzielanie pomocy psychologicznej.

Podstawowym warunkiem wykonywania zawodu psychologa jest uzyskanie tytułu magistra psychologii (tak więc w świetle przepisów prawnych osoba, która ukończyła studia magisterskie, np. na kierunku logopedia, a następnie zdobyła stopień doktora w dziedzinie psychologii, nie ma prawa do wykonywania zawodu psychologa). Ustawa nakazuje Komisji Ekspertów ustalanie listy metod i narzędzi psychologicznych zastrzeżonych wyłącznie do stosowania przez psychologów. A nadzór nad warunkami stosowania, rozpowszechniania i nabywania metod i narzędzi psychologicznych zgodnie z ustawą powinna sprawować Krajowa Rada Psychologów. Ustawa nakazuje samorządowi psychologów m.in. prawną ochronę metod i narzędzi psychologicznych, poprzez prowadzenie wykazu takich narzędzi. Niestety, powstała w 2001 roku ustawa do tej pory nie została wdrożona (nie wydano aktów wykonawczych). Dlatego też środowisko psychologów zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Psychologicznym podejmuje różnorodne działania na rzecz ochrony narzędzi diagnostycznych oraz wdrażania standardów diagnozy psychologicznej. I tak Komisja ds. Testów Psychologicznych PTP przygotowała kategoryzację narzędzi diagnostycznych, uwzględniającą dostęp do testów różnym grupom użytkowników oraz kwalifikacje wymagane przy zakupie testów. Wymagania te obowiązują od 1 stycznia 2013 roku. Z kolei Komisja ds. Testów Polskiej Akademii Nauk, podjęła się zadania recenzowania testów psychologicznych, w wydawanym przez siebie Biuletynie (informacje na temat komisji dostępne są na stronie internetowej <http://academicon.pl/serwisy/komisja-do-spraw-testow-psychologicznych>). Powstała w 2013 roku Sekcja Diagnozy Psychologicznej PTP opracowała i uchwaliła dokument pt. Standardy diagnozy psychologicznej, który zawiera wskazówki i rekomendacje Sekcji dotyczące procesu diagnozowania. Obejmują one wszystkie etapy procesu diagnostycznego, począwszy od jego planowania, poprzez przeprowadzenie badania, integrację danych, aż po komunikowanie efektów i dokumentowanie procesu diagnozy. Pełna treść omawianego dokumentu znajduje się na stronie internetowej Sekcji Diagnozy Psychologicznej PTP <http://www.ptp.org.pl/oddzialy/diagnoza/index.php?content=standard>.

3.5. Jakie wymagania stawia się użytkownikom testów?

Testy psychologiczne to specyficzne narzędzia diagnozowania, a ich stosowanie wymaga od użytkownika wysokich specjalistycznych kompetencji, na które składa się ogólna wiedza psychologiczna oraz dobre przygotowanie psychometryczne. Komisja ds. Testów Psychologicznych PTP przygotowała kategoryzację narzędzi diagnostycznych, uwzględniającą dostęp różnych grup użytkowników do testów oraz kwalifikacje wymagane przy zakupie testów. Należy podkreślić, że kategoryzacja obejmuje tylko testy wydane przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP oraz wydawnictwo ERDA, dwóch wydawców testów, którzy pozytywnie odpowiedzieli na propozycję Komisji. Pozostali wydawcy testów nie wzięli udziału w tej inicjatywie, prowadząc własną politykę dostępu do testów i ich dystrybucji, pozbawiając zatem Polskie Towarzystwo Psychologiczne możliwości kontroli nad ich użytkowaniem.

Przy tworzeniu kwalifikacji testów wzięto pod uwagę 4 grupy czynników:

1. konsekwencje użycia danego testu – stosowanie testu jako podstawy do orzeczenia decydującego o losie osoby badanej wymaga wyższych kompetencji
2. diagnozowane obszary – bardziej złożone obszary jak inteligencja czy osobowość wymagają głębszego przygotowania teoretycznego niż np. diagnoza poprawności ortograficznej

3. kompetencje psychometryczne diagnosty będące warunkiem kompetentnego stosowania testu, wynikających z przygotowania zawodowego
4. trudność w stosowaniu danego testu.

Na tej podstawie wyodrębniono 3 kategorie testów psychologicznych:

Kategoria C – przeznaczone tylko dla psychologów

Kategoria B – przeznaczone dla psychologów oraz dla innych profesjonalistów po ukończonym szkoleniu (ogólne szkolenie z psychometrii oraz szkolenie z danego testu lub grupy testów)

Kategoria A – przeznaczone dla psychologów i dla innych profesjonalistów (nie ma konieczności kończenia szkoleń).

Do kategorii C zaliczone są m.in. Skala Inteligencji Wechslera WISC-R, Test Matryc Ravena, MMPI, TAT, OMNIBUS. Do kategorii B, a więc do testów, którymi po uprzednim szkoleniu mogą posługiwać się także pedagodzy, zaliczono między innymi Diagnozę Możliwości Intelektualnych DMI-2, Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Frostig, Test Językowy Leksykon. Testy dostępne dla nie-psychologów, bez warunku w postaci szkolenia, to np. Test Zdolności Językowych lub testy z baterii Dysleksja 3, jak Czytanie Sensownych Słów, Dyktando, Nieznany Język. Pełna lista testów zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii znajduje się na stronie <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=463>.

Należy podkreślić, że umieszczenie danego narzędzia w wymienionym spisie nie jest równoznaczne z jego pozytywną oceną, bowiem celem prac komisji nie było recenzowanie testów, a jedynie doprecyzowanie wymaganych do ich stosowania kwalifikacji.

Prowadzący diagnozę psycholog czy pedagog zobowiązany jest do stosowania testów psychologicznych zgodnie z zasadami opisanymi w „Standardach dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice” (1985, 2007) oraz w Wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów dotyczących stosowania testów (dostępne na stronie http://practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf).

Rozdział 4. Jak powinna przebiegać diagnoza w systemie edukacji?

4.1. Kto i kiedy diagnozuje?

Diagnoza dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej to kompleksowy proces aktywnego poszukiwania i zbierania informacji o nim z użyciem metod psychologicznych oraz pedagogicznych, który prowadzi do wnioskowania o jego obecnym i przyszłym funkcjonowaniu. Zdobywanie takiej wiedzy o dziecku jest niezbędne do podjęcia decyzji o ewentualnych działaniach poprawiających jego aktualny stan psychospołeczny, czyli do podjęcia interwencji rozwojowej (Paluchowski 1995, Bogdanowicz 1985).

Ogólne cele diagnozy dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej obejmują:

- określenie aktualnego poziomu funkcjonowania dziecka (poznawczego, emocjonalno-społecznego, szkolnego)
- określenie problemów rozwojowych dziecka
- wskazanie przyczyn i konsekwencji doświadczanych problemów
- prognozowanie rozwoju i zachowania – przewidywanie, jakie będą dalsze losy badanego
- tworzenie planu interwencji – jakie działania należy podjąć, aby zniwelować problemy dziecka
- monitorowanie postępów i ocena efektów interwencji.

Pamiętajmy, że diagnoza psychologiczna nie jest celem samym w sobie, jest zazwyczaj podejmowana w odniesieniu do tych dzieci, których rozwój z różnych powodów odbiega od przeciętnego (a więc może dotyczyć zarówno dzieci doświadczających trudności w nauce, jak i dzieci zdolnych) lub takich, których zachowanie budzi niepokój rodziców bądź nauczycieli. Nadrzędnym celem jest zapewnienie dziecku fachowej, specjalistycznej pomocy pedagogiczno-psychologicznej.

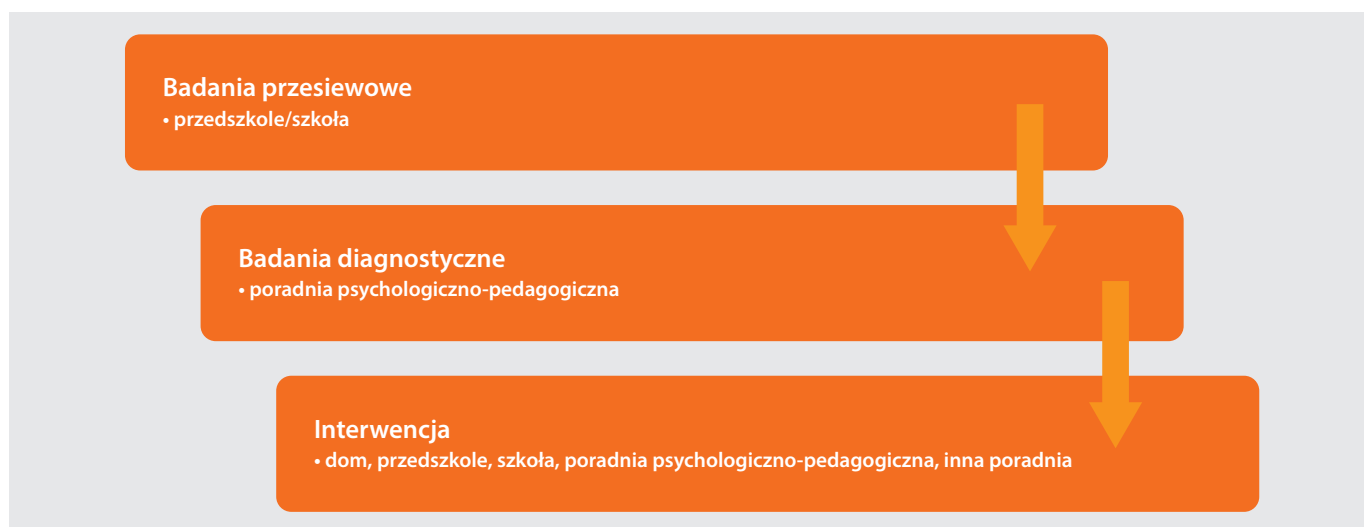
Diagnoza pedagogiczna i psychologiczna, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawnymi przedstawionymi w punkcie 3.1, powinna być prowadzona zarówno przez placówki, do których uczęszcza dziecko (przedszkole, szkoła), jak i przez poradnie pedagogiczno-psychologiczne. Jednak kompetencje wymienionych placówek, a co za tym idzie sposób i zakres diagnozowania są odmiennie. Na terenie placówek oświatowych (przedszkoli i szkół) powinny być prowadzone badania przesiewowe, obejmujące wszystkich wychowanków. Ich celem jest wykrycie dzieci zagrożonych ryzykiem różnego rodzaju nieprawidłowości rozwojowych. Taką diagnozę z powodzeniem może prowadzić nauczyciel, który najlepiej zna dzieci, będące pod jego opieką lub pedagog szkolny.

Z kolei w poradniach psychologiczno-pedagogicznych prowadzona jest specjalistyczna, pogłębiona diagnoza dzieci, które doświadczają określonych problemów. W praktyce są to dzieci wyłonione w drodze mniej lub bardziej formalnych badań przesiewowych (mniej formalne badania oparte są tylko na obserwacji nauczyciela). Należy podkreślić, że badania specjalistyczne w poradni są prowadzone na pisemny wniosek rodzica lub opiekuna prawnego.

Zatem schemat postępowania diagnostycznego obejmuje 3 kroki, przedstawione na rycinie 3.

W kolejnych punktach zostaną scharakteryzowane poszczególne rodzaje postępowania diagnostycznego.

Rycina 3. Schemat postępowania diagnostycznego w edukacji



4.2. Do czego służą badania przesiewowe?

Aby właściwie zorganizować i zapewnić odpowiednią pomoc psychologiczno-pedagogiczną dzieciom z zaburzeniami i nieprawidłowościami rozwojowymi oraz trudnościami szkolnymi rozpoznanie ich potrzeb i możliwości warto rozpoczynać od **badania przesiewowych**, prowadzonych w przedszkolu czy szkole.

Termin „badanie przesiewowe” oznacza ocenę członków pewnej populacji, na przykład grupy dzieci, w celu określenia prawdopodobieństwa wystąpienia u nich jakiegoś zjawiska – pewnych cech, zachowań, problemów, zaburzeń czy predyspozycji – np. specyficznych zaburzeń uczenia się czy predyspozycji matematycznych lub muzycznych. W psychologii klinicznej wykorzystuje się na przykład krótkie i proste zadania, wystarczające, by wychwycić osoby, u których z podwyższonym prawdopodobieństwem może wystąpić określony problem – np. dyskalkulia. Badania przesiewowe wiążą się z zapotrzebowaniem na działania profilaktyczne, których celem jest zapobieganie pojawianiu się różnych zaburzeń czy trudności lub też minimalizowanie ich ewentualnych konsekwencji.

W praktyce psychologiczno-pedagogicznej badania przesiewowe to na przykład działania pedagogiczne mające na celu wstępne rozpoznanie możliwości psychofizycznych uczniów oraz zidentyfikowanie tych dzieci, które cechuje niższy od przeciętnego poziom określonych umiejętności, a więc bardziej niż inne narażonych na niepowodzenia szkolne. Polegają na zastosowaniu odpowiednio dobranych narzędzi i metod diagnostycznych w odniesieniu do wszystkich dzieci z grupy przedszkolnej czy klasy. Mogą mieć formę badań grupowych lub indywidualnych. Wyniki badań przesiewowych pozwalają na podjęcie interwencji w stosunku do dzieci mających problemy z nauką lub adaptacją do środowiska przedszkolnego lub szkolnego. Taka interwencja może polegać na objęciu dziecka różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej, nie wymagającymi opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej (np. zajęciami wyrównawczymi, logopedycznymi czy korekcyjno-kompensacyjnymi). Efektem takich badań powinno być również skierowanie na pełne badanie diagnostyczne dzieci, których wynik badania przesiewowego jest nieprawidłowy, a podjęte działania pomocowe nie przynoszą poprawy w ich funkcjonowaniu.

Należy zaznaczyć, że badanie przesiewowe nie jest tym samym, co pełne badanie diagnostyczne, bowiem na jego podstawie nie można jednoznacznie stwierdzić występowania zaburzenia ani też określić przyczyn uzyskania wyniku wskazującego na niski poziom badanych umiejętności i sprawności. Nieprawidłowy wynik testu oznacza jedynie, że prawdopodobieństwo występowania jakiegoś problemu (np. dysleksji rozwojowej, niespecyficznych trudności w uczeniu się, itd.) u badanej osoby jest większe niż u osób, które wykonały test prawidłowo.

W narzędziach przesiewowych wykorzystuje się efekty ich normalizacji i na tej podstawie interpretuje się ich wyniki, a zatem zasady interpretacji mają taki sam charakter jak w innych testach.

Testy używane do badań przesiewowych powinny być (i zazwyczaj są) proste w użyciu, co oznacza, że ich stosowanie – badanie oraz opracowanie i interpretacja wyników – nie jest czasochłonne.

Celem badań przesiewowych jest zatem:

- wykrycie podwyższonego prawdopodobieństwa trudności we wczesnym okresie, co umożliwia ich korekcję lub zapobieżenie narastaniu problemów
- rozpoznanie ryzyka wystąpienia u dziecka określonych zaburzeń
- ocena poziomu rozwoju określonych funkcji, umiejętności (np. czytania, sprawności językowych),
- monitorowanie postępów w rozwoju i nauce
- wdrożenie działań pomocowych, np. objęcie zajęciami o charakterze terapeutycznym, dokonanie pogłębionej diagnozy psychologiczno-pedagogicznej, zalecenie specjalistycznych konsultacji lekarskich.

Badania przesiewowe, którymi obejmowane są wszystkie dzieci z danego rocznika, powinny należeć do standardowych badań przeprowadzanych przez nauczyciela, pedagoga, logopedę czy psychologa w szkole i przedszkolu. W wyniku tych badań powinna nastąpić identyfikacja dzieci zagrożonych opóźnieniem bądź zaburzeniem rozwoju mowy, dzieci zagrożonych trudnościami w nabywaniu czytania i pisania (ryzyko dysleksji) oraz trudnościami w nauce matematyki (ryzyko dyskalkulii). Identyfikacja takich dzieci stwarza możliwości tworzenia i wdrażania programów pomocowych na jak najwcześniejszym etapie rozwoju problemów szkolnych.

Badania przesiewowe dają też możliwość wglądu w pracę nauczyciela – wychowawcy. On sam, mając informacje na temat ogólnego poziomu badanych umiejętności dzieci, może dostosować metody i formy pracy w grupie, aby zarówno uczniowie prawidłowo funkcjonujący, jak też ci z ryzykiem trudności szkolnych, korzystali z zajęć w sposób jak najbardziej efektywny. Wyniki uzyskane w toku przesiewowych badań kontrolnych, pozwalają także na ewaluację działań podejmowanych przez nauczyciela, gdyż stanowią one zwrotne informacje dotyczące skuteczności zastosowanych metod i form pracy.

4.3. Jak powinno przebiegać badanie diagnostyczne?

W przeciwieństwie do badań przesiewowych, celem badań diagnostycznych, służących pełnej diagnozie, jest sformułowanie rozpoznania, a więc zazwyczaj diagnoza nozologiczna oraz szczegółowa charakterystyka aktualnego funkcjonowania dziecka, czyli diagnoza funkcjonalna. Szczegółowe cele pełnej diagnozy dzieci na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej obejmują:

- ustalenie aktualnego poziomu rozwoju w określonych sferach
- określenie potencjału dziecka
- rozpoznanie ewentualnych deficytów rozwojowych
- rozpoznanie potrzeb uczniów.

Ważnym elementem może być diagnoza edukacyjna, czyli określenie stopnia zaawansowania w nauce oraz opis zakresu braków i opóźnień edukacyjnych.

Badania diagnostyczne prowadzone w poradniach pedagogiczno-psychologicznych mają zazwyczaj charakter interdyscyplinarny, są prowadzone przez zespół współpracujących specjalistów: psychologa, pedagoga, często również logopedy. W przypadku zaburzeń neurorozwojowych w procesie diagnozy nierzadko uczestniczą również lekarze.

Literatura przedmiotu zawiera wiele przykładów modeli, wskazujących na to, jak powinien przebiegać proces diagnozowania. Szczegółowe ich porównanie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. W dalszej części przedstawiamy etapy procesu diagnozowania w opracowaniu własnym, bazujące na trzech podejściach:

4.3. Jak powinno przebiegać badanie diagnostyczne?

- modelu GAP (*Guidelines for Assessment Proces*) opracowanym przez zespół międzynarodowych ekspertów, powołany przez Europejskie Towarzystwo Diagnostyki Psychologicznej (Fernandes-Balesteros i in. 2001). Wybór tego modelu jest podyktowany tym, że w kompleksowy sposób charakteryzuje postępowanie diagnosty, od pierwszego kontaktu z dzieckiem aż po zakończenie diagnozy
- procedurze pięciu pytań Teresy Szustrowej (1987a, 1987b), która choć pierwotnie dotyczyła wywiadu, jak pisze Stemplewska-Żakowicz (2005, s. 144), „może być uważana za uniwersalny instrument metodologiczny, za pomocą którego diagnosta nadaje strukturę swojemu wnioskowaniu dotyczącemu danych z różnego rodzaju badań diagnostycznych”
- modelu diagnozy Paluchowskiego (2007, 2010).

Etapy procesu diagnozowania

Etap I. Rozpoznanie problemu

- Analiza oczekiwań, skarg i celów oraz sytuacji (okoliczności, uwarunkowań, kontekstu w jakim pojawia się problem) – w przypadku dziecka, analiza obejmuje problemy zgłaszane przez rodzica, ale także nauczyciela
- Sformułowanie celu diagnozy/zdefiniowanie problemu – na tym etapie diagnosta musi odpowiedzieć na pytanie po co prowadzi badanie, jakiego rodzaju decyzje będą podjęte na podstawie wyników diagnozy, jaki rodzaj diagnozy będzie prowadził (nozologiczna/różnicowa czy funkcjonalna).

Etap II. Planowanie diagnozy

- Wybór orientacji teoretycznej – w ramach jakiej teorii szukamy wyjaśnień zachowania dziecka (jest to istotne z uwagi na odmienny aparat pojęciowy, jakim będzie posługiwał się diagnosta – na przykład ten sam problem z zachowaniem dziecka będzie inaczej wyjaśniany i opisywany z perspektywy psychoanalitycznej, inaczej w ujęciu psychologii poznawczo-behawioralnej)
- Sformułowanie pytań i hipotez diagnostycznych – na jakie pytania diagnosta poszukuje odpowiedzi, jakie hipotezy wyjaśniające problem danego dziecka stawia
- Dobór i operacjonalizacja wskaźników – jakie informacje na temat badanego muszą mieć aby odpowiedzieć na pytania diagnostyczne i jak mogą je uzyskać (jakie testy zastosować)
- Wybór narzędzi diagnostycznych – musi uwzględniać zarówno cel diagnozy jak i własności psychometryczne testów (szczegółowo opisane w rozdziale 5).

Etap III. Etap badania diagnostycznego

- Zdobywanie danych diagnostycznych to w praktyce najdłuższy etap, diagnozy.
- Diagnosta:
 - korzysta z rozmowy psychologicznej, wywiadu, analizuje dokumentację dotyczącą badanego (dokumentacja medyczna, opinie ze szkoły),
 - przeprowadza badania testowe
 - cały czas prowadzi obserwację
 - badanie diagnostyczne zazwyczaj obejmuje kilka spotkań z dzieckiem
 - na tym etapie istotne jest kompetentne stosowanie narzędzi diagnostycznych zgodnie ze standardową procedurą.

Etap IV. Etap opracowania wyników diagnozy

- Analiza wyników poszczególnych testów zgodnie z wytycznymi zawartymi w podręcznikach testowych
- Integracja danych pochodzących z różnych źródeł – diagnosta opisuje i interpretuje uzyskane dane, poszukuje związków między zachowaniami badanego w sytuacji badania i poza tą sytuacją, stawia prognozę i tworzy plan interwencji

4.4. Po co potrzebne są procedury diagnostyczne?

- Przygotowanie informacji zwrotnej (albo w formie raportu z badań – opinii, albo w formie ustnej)
- Należy pamiętać, że zgodnie z Kodeksem Etyczno-Zawodowym, psycholog (a powinno to dotyczyć wszystkich profesjonalistów prowadzących diagnozę) jest zobowiązany do udzielenia informacji zwrotnej osobie badanej, w przypadku dziecka – rodzicom lub opiekunom prawnym. Na pisemny wniosek rodzica, poradnia wydaje opinię w formie pisemnej. Zawsze informacja zwrotna powinna być również udzielana podczas spotkania podsumowującego wyniki diagnozy. Jest to dobrą okazją do wyjaśnienia rodzicom natury problemów dziecka oraz przekazania zaleceń.

Etap V. Planowanie i wdrożenie interwencji – zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze i zajęcia specjalistyczne (zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, terapia logopedyczna, socjoterapia, inne zajęcia o charakterze terapeutycznym, np. terapia psychologiczna), nauka w klasie terapeutycznej, zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia związane z wyborem zawodu i kierunku kształcenia, warsztaty i treningi, porady i konsultacje; wspieranie rodziców i nauczycieli oraz rozwijanie ich umiejętności wychowawczych (w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń).

Etap VI. Ocena efektów interwencji i badanie kontrolne

Każda diagnoza powinna bazować na jak największej liczbie różnorodnych informacji pochodzących z różnych źródeł; uwzględniać wpływ wielu różnorodnych czynników; odnosić się do historii badanego oraz do jego związków ze środowiskiem; uznać za najbardziej prawdopodobną tę interpretację, która wyjaśni maksimum faktów przy zastosowaniu minimalnej liczby hipotez (Sillamy, 1996).

4.4. Po co potrzebne są procedury diagnostyczne?

Procedura diagnostyczna to pewien ustalony sposób rozpoznawania i badania problemu, wskazanie obszarów funkcjonowania podlegających pomiarowi, to wreszcie ustalony sposób interpretowania wyników badań i działań postdiagnostycznych.

W praktyce poradnianej w zasadzie nie istnieją obligatoryjne sposoby postępowania diagnostycznego (procedury diagnostyczne) w przypadkach problemów rozwojowych czy trudności edukacyjnych. Każda placówka (poradnia, szkoła) opracowuje ogólne procedury przebiegu procesu diagnostycznego (złożenie wniosku o badanie, przebieg badania), należy je jednak wyraźnie odróżnić od procedur diagnozowania danego problemu rozwojowego, np. diagnozowania specyficznego zaburzenia językowego czy dysleksji. Co jakiś czas w kręgach psychologów praktyków pojawiają się głosy na temat konieczności wypracowania procedur tego typu. Koronnym argumentem przemawiającym za takim działaniem jest stwierdzenie faktu, że w wyniku i na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego (psychologicznego, pedagogicznego czy logopedycznego) podejmowane są indywidualne decyzje o dalszych życiowych losach badanego. Dlatego też nie może mieć miejsca sytuacja, w której to samo dziecko badane według odmiennych procedur raz jest klasyfikowane do określonej grupy (np. dzieci z dysleksją) zaś innym razem – nie.

Brak wypracowanych procedur, skutkuje tym, że właściwie każda poradnia, a czasem nawet pojedynczy specjalista, w procesie diagnostycznym kieruje się zasadami postępowania wypracowanymi jedynie na gruncie danej poradni, czy danego regionu. Zdarza się, że nawet w obrębie jednej poradni specjalistycznej, w odmienny sposób diagnozowane są te same zaburzenia czy trudności szkolne, co prowadzi do braku zgodności wniosków diagnostycznych. Niedopuszczalne jest, by decyzja o występowaniu jakiegoś zjawiska czy jego zakresie, zależała wyłącznie od osobistego, indywidualnego podejścia i doświadczenia osoby badającej, która samodzielnie dokonuje doboru metod diagnostycznych. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo postawienia diagnozy niepełnej, mało trafnej, naznaczonej zbyt wysokim błędem pomiaru, a często po prostu nieprawdziwej. A przecież w efekcie procesu diagnostycznego, zakończonego opinią lub orzeczeniem, podejmowane są indywidualne

decyzje o losach życiowych badanych. I to jest pierwszy powód, dla którego konieczne jest opracowanie i wprowadzenie do praktyki poradnianej szeregu procedur diagnozy i postępowania postdiagnostycznego w odniesieniu do różnych zaburzeń i odchyleń rozwojowych.

Procedury określałyby minimum działań diagnostycznych – wskazując narzędzia i kolejne kroki postępowania oraz podstawy psychometryczne decyzji diagnostycznych.

Przyjęcie jednolitych zasad w postępowaniu diagnostycznym da możliwość porównywania diagnoz wykonywanych w różnych placówkach, ułatwi również porozumiewanie się pomiędzy poradniami, jak i pomiędzy nauczycielami i pracownikami współpracującymi z nimi poradni.

Przykładem potwierdzającym słuszność takiego stanowiska jest wprowadzenie przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP procedur diagnozy dysleksji w szkole podstawowej opisanych w przewodniku diagnostycznym „Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej” (Bogdanowicz i wsp. 2008). Posunięcie to rozwiązało szereg problemów związanych z diagnozowaniem i opiniowaniem specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu, upraszczając tym samym proces diagnozy. Dzisiaj istnieje konieczność wprowadzenia podobnych rozwiązań w obszarze diagnozowania gotowości szkolnej i odraczania obowiązku szkolonego, diagnozowania ADHD, specyficznego zaburzenia językowego, autyzmu czy innych zaburzeń rozwoju. Wypracowanie procedur odwołujących się do aktualnego stanu wiedzy na temat rozwoju dziecka oraz jego zaburzeń, w istotny sposób przyczyni się do podniesienia jakości diagnozy psychologiczno-pedagogicznej w obrębie systemu edukacyjnego. W konsekwencji zmniejszy ryzyko błędnie postawionej diagnozy, niedostrzeżenia czy zbagatelizowania problemu dziecka, bądź niedoszacowania ryzyka jego wystąpienia.

Instytut Badań Edukacyjnych opracowuje procedury diagnozy różnorodnych problemów edukacyjnych (np. ryzyka specyficznego zaburzenia uczenia się, gotowości szkolnej czy SLI) wraz z zestawem najnowszych testów dla psychologów, pedagogów i nauczycieli, które zostaną szczegółowo zaprezentowane w II tomie Katalogu.

Należy podkreślić, że procedury można opracować w przypadku najczęściej występujących problemów diagnostycznych, jak na przykład diagnoza dysleksji rozwojowej, gotowości szkolnej i innych. Nie uwalniają one psychologów i pedagogów od odpowiedzialności i samodzielnych działań związanych z doбором narzędzi i interpretacji ich wyników.

Rozdział 5. Jakimi narzędziami diagnozy dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i szkolnej dysponujemy w Polsce?

W niniejszym katalogu znajdą Państwo przegląd narzędzi diagnostycznych, które są wykorzystywane w diagnozie edukacyjnej dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Zdecydowana większość z tych narzędzi adresowana jest do pedagogów i psychologów zajmujących się diagnozą psychologiczno-pedagogiczną dzieci na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Jak wspomniano już we wstępie do katalogu – obejmuje on testy i metody badania szeroko pojętych funkcji poznawczych, najmocniej powiązanych z osiągnięciami szkolnymi oraz ewentualnymi trudnościami w uczeniu czy zaburzeniami neurorozwojowymi.

Zostały one podzielone arbitralnie na kilka grup:

- testy rozwoju intelektualnego
- testy funkcji wzrokowych i motorycznych
- testy językowe
- testy czytania i pisania
- baterie testowe
- próby niewystandaryzowane
- testy dla nauczycieli.

Autorki zdają sobie sprawę, że nie jest to podział do końca trafny czy rozłączny. Wiele testów bada więcej niż jedną funkcję, tę wskazaną w nazwie grupy. Najlepszym przykładem mogą tu być testy rozwoju intelektualnego, które często są wieloskalowe i badają liczne szczegółowe sprawności, jak pamięć, uwagę selektywną, organizację percepcyjną itp.

Na przykład w poradnictwie psychologiczno-pedagogicznym stosowane są różne metody do badania poziomu rozwoju funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej i motoryki. Część z nich wchodzi w skład baterii testów czy skal używanych do badania funkcji poznawczych; część z nich stanowi samodzielne metody, przeznaczone wyłącznie do oceny poziomu funkcji wzrokowych. Te ostatnie w większości charakteryzują się tym, że obok zaangażowania w wykonanie zadań percepcji czy pamięci wzrokowej wymagają dobrej sprawności motorycznej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej. Zatem prawidłowe wykonanie zadania z reguły zależy od dwóch czynników: zdolności percepcyjnych i/lub pamięciowych oraz sprawności ruchowych.

Ze względu na to, że w praktyce diagnostycznej funkcjonuje kilka metod badania zgrupowanych w baterie, postanowiono umieścić je w oddzielnym punkcie.

Ponadto, względu na to, że w diagnozie edukacyjnej szczególnie ważną rolę pełni nauczyciel – przedstawiono także kilka narzędzi diagnostycznych dla nauczycieli, szczególnie powiązanych z najbardziej „newralgicznym” okresem – przejścia od edukacji przedszkolnej do wczesnoszkolnej. Opiszano Skalę Ryzyka Dysleksji Marty Bogdanowicz, Skalę Funkcjonowania Pierwszoklasisty oraz Skalę Gotowości Edukacyjnej pięcioletków SGE-5 Elżbiety Koźniewskiej i współpracowników.

Oddzielną grupę stanowią próby niewystandaryzowane. Nie są one testami, to znaczy nie spełniają niemal żadnych wymagań stawianych testom i nie umożliwiają pomiaru badanych cech, jednak od wielu lat są dość bezkrytycznie stosowane przez praktyków. Posługiwanie się nimi, nie pozwala na prowadzenie diagnozy psychometrycznej. W katalogu omówiono najpopularniejsze z nich, przedstawiając ich małą przydatność diagnostyczną, oraz przedstawiono możliwości zastąpienia ich innymi wystandaryzowanymi testami.

Prezentowany katalog z pewnością nie wyczerpuje pełnej listy stosowanych w Polsce metod. Kluczem wyboru narzędzi była z jednej strony powszechność czy popularność ich stosowania

w poradniach psychologiczno-pedagogicznych a z drugiej aktualność-zaprezentowano najnowsze dostępne narzędzia, być może jeszcze mało znane psychologom i pedagogom.

Po charakterystyce każdego testu, umieszczono krótką rekomendację autorów katalogu określoną przez cztery kategorie:

1. test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej
2. test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami (z opisem zakresu tych zastrzeżeń)
3. test nie nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej
4. narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

Ograniczenie wykorzystania nie oznacza, że test nie nadaje się do badania, a wskazuje jedynie, że badający powinien mieć świadomość tych ograniczeń i uwzględniać je w interpretacji. Na przykład ograniczenie związane ze starzeniem się norm testów inteligencji (por. rozdział 2, punkt 2.3) oznacza, że badający musi wziąć pod uwagę możliwość, iż wynik uzyskany przez dziecko jest zawyżony, jeśli wykorzystał test z nieaktualnymi normami. Narzędzia, które nie są testami, mogą ewentualnie być wykorzystane do analiz jakościowych, ale przy ich interpretacji należy zachować dużą ostrożność.

W przypadku metod dla nauczycieli, służących diagnozie przesiewowej, rekomendacje dotyczą tego czy:

1. narzędzie nadaje się do diagnozy przesiewowej
2. narzędzie nadaje się do diagnozy przesiewowej z zastrzeżeniami
3. narzędzie nie nadaje się do diagnozy przesiewowej.

5.1. Testy Rozwoju Intelektualnego

5.1.1. Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 1 (CFT 1-R)

Autor

Autor oryginalnej metody – Raymond Cattell.

Autorzy wersji zrewidowanej – Rudolf H. Weiß i Jürgen Osterland.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Koć-Januchta, M., (2013). *Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 1 CFT 1-R. Podręcznik.*

Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- inteligencję płynną na materiale niewerbalnym, definiowaną jako zdolność myślenia i rozwiązywania problemów
- część I – zdolności percepcyjne i spostrzegawczość (zakres i szybkość postrzegania wzrokowego, uwagę, koordynację wzrokowo-ruchową oraz zdolność różnicowania figur)
- część II – zdolność dostrzegania różnic i klasyfikowania cech, wnioskowania, rozpoznawania i rozumienia reguł i powiązań w materiale obrazowym, trafność przewidywania i w efekcie prawidłowego dobierania brakujących elementów struktury.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 4;0–9;11

Podstawy teoretyczne

Teoria R.Cattella, który w inteligencji ogólnej wyróżnił 2 czynniki: inteligencji płynnej (dostrzeganie i rozumienie związków i relacji w nowych sytuacjach; podłoże biologiczne o charakterze wrodzonym; podstawa rozwijania inteligencji skryształizowanej) oraz inteligencji skryształizowanej (nabyta inteligencja głównie werbalna, zależna od wiedzy i doświadczenia).

CFT 1-R służy do pomiaru inteligencji płynnej, jest testem neutralnym kulturowo.

Historia

Test jest polską adaptacją testu niemieckiego (Weiß, Osterland, 2013) – jego zrewidowanej wersji Grundintelligenztest Skala 1 CFT 1 (Cattell, Weiß, Osterland, 1977, Weiß, Osterland, 1997), która z kolei jest częściową adaptacją Culture Fair Intelligence Tests – Scale 1 Raymonda Cattella (1950, 1963, 1966). Brak danych na temat pilotażu wersji polskiej.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla części I, II i wyniku łącznego, zawarte w podręczniku testowym, umożliwiają szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność obu części testu, oceniana metodą połówkową, jest zróżnicowana w zależności od wieku. Dla części I wynosi od 0,71 dla wieku 6;0–6;5 do 0,88 dla wieku 4;0–4;5. Rzetelność części II wynosi od 0;64 dla wieku 4;6 – 4;1, do 0,94 dla wieku 9;0–9-11. Oznacza to, że zgodność wewnątrzna obu części testu, w większości przedziałów wiekowych jest zadowalająca, wynosi powyżej 0,80. W każdej

grupie wiekowej najwyższą rzetelność ma wynik łączny – współczynniki przewyższają wartość 0,80 (od 0,83 do 0,91). Oznacza to, że wynik łączny, jak i wyniki cząstkowe w większości grup wiekowych (poza najmłodszą), mogą być wykorzystywane w diagnozie indywidualnej. Nie rekomenduje się natomiast interpretowania wyników poszczególnych podtestów.

Rzetelność testu oceniono także poprzez badanie stabilności metodą test-retest na wybranej grupie dzieci, w odstępie 4 tygodni. Stabilność części II testu jest zadowalająca, zaś części I – niezadowalająca. Stabilność wyniku łącznego jest dobra u dzieci 8-letnich, ale niezadowalająca u młodszych dzieci. Większość współczynników korelacji pomiędzy dwoma pomiarami wynosi od 0,62 do 0,82. Najniższą stabilność ma test Podobieństwa w grupie 6-latków (0,22), zaś najwyższą Matryce u dzieci 8-letnich (0,81).

Trafność testu mierzono, korelując wyniki CFT 1-R z wynikami innych testów inteligencji. Korelacje dla Testu Matryc Ravena w Wersji Kolorowej TMK (Jaworowska, Szustrowa, 2011) we wszystkich grupach wieku są istotne i silne, dla wyniku łącznego wynosiły od 0,66 do 0,76. Potwierdza to trafność testu w pomiarze zdolności edukacyjnych przejawiających się w umiejętności wyciągania wniosków i znajdowania reguł. Podobnie korelacje pomiędzy CFT 1-R a Skalami Inteligencji i Rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 lat IDS (Jaworowska, Matczak, Fecenec, 2012) są istotne i silne bądź bardzo silne. Najsilniejszy związek wystąpił w przypadku wyników części II i wyniku ogólnego z CFT 1-R oraz wyniku w zakresie inteligencji ogólnej z IDS (odpowiednio 0,74 i 0,75).

Silne korelacje z wymienionymi testami skłaniają do wniosku, że CFT 1-R jest dobrą miarą inteligencji ogólnej, a szczególnie inteligencji płynnej.

W badaniach walidacyjnych uwzględniono również osiągnięcia szkolne badanych w zakresie języka polskiego, matematyki i przyrody, oceniane przez nauczycieli na trzystopniowej skali jako słabe, przeciętne lub bardzo dobre. Uczniowie oceniani jako słabi osiągnęli wyniki w badaniu CFT 1-R istotnie słabsze od pozostałych, zaś uczniowie przeciętni, osiągnęli niższe wyniki niż oceniani jako bardzo dobrzy. Wyniki CFT 1-R pozwalają zatem w pewnym stopniu przewidywać osiągnięcia szkolne uczniów.

Struktura

Test składa się z 6 podtestów połączonych w 2 części. Część I tworzą podtesty 1, 2 i 3, a część II – podtesty 4, 5 i 6.

Podtest 1. Podstawienia – zawiera serie 6 symboli rysunkowych (m.in. ołówek, patelnia), którym przypisano znaki (np. pionowa kreska). Pod symbolami powtarzającymi się w różnej kolejności dziecko rysuje odpowiadające im znaki.

Podtest 2. Labirynty – 5 labiryntów, w których dziecko musi narysować drogę dojścia myszy (na górze każdego labiryntu) do sera, znajdującego się na dole.

Podtest 3. Podobieństwa – zadania polegające na odnajdywaniu wśród pięciu przedstawionych rysunków identycznego ze wzorcem.

Podtest 4. Serie – zadania wymagają odkrycia reguły, według której uporządkowano serię rysunków, a następnie uzupełnienia jej przez wybór odpowiedniego obrazka spośród 5 podanych obok wzorca.

Podtest 5. Klasyfikacja – w zadaniach dziecko wybiera spośród 5 rysunków, jeden różniący się od pozostałych.

Podtest 6. Matryce – dziecko uzupełnia czteroelementowy wzór, w którym pozostawiono jedno puste miejsce, wybierając jedną z 5 zaprezentowanych figur.

Normy

- normy z roku 2010/2011
- próba normalizacyjna
 - wielkość próby: 1402 dzieci
 - normy ogólnopolskie
 - struktura – trafnie odzwierciedla strukturę populacji pod względem płci, miejsca zamieszkania, w przypadku dzieci w wieku 4;0–6;11 – także ze względu na poziom wykształcenia matki. Pozwala to na stosowanie norm dla całej populacji dzieci w wieku 4;0–9;11

- normy dla dzieci w wieku 4;0–5;11 powstały na podstawie badań prowadzonych indywidualnie, dla dzieci w wieku 7;0–9;11 – na podstawie badań grupowych
- normy dla dzieci w wieku 6;0–6;11 powstały w badaniach grupowych (dzieci uczęszczające do I klasy) lub indywidualnych (pozostałe)
- normy tenowe, centylowe oraz wyrażone na skali IQ dla wyniku ogólnego
- normy dla dzieci w wieku od 4;0 do 9;11, dla 10 grup wiekowych bez uwzględniania zmiennej płci: dla dzieci od 4;0 do 7;11 w odstępach półrocznych, zaś dla 8;0 do 9;11 – w odstępie rocznym.

Pomoce i arkusze

- zeszyt testowy jednorazowego użytku wraz z arkuszem obliczeniowym
- 2 ołówki
- stoper.

Procedura badania

Test może być stosowany w badaniu indywidualnym (dzieci młodsze, nieuczęszczające do szkoły) oraz grupowym (uczniowie szkoły podstawowej).

Średni czas wykonania testu w badaniu indywidualnym – 35 minut, w badaniu grupowym – 50 minut w klasie I i 45 minut w klasie II i III.

Badanie każdym podtestem jest ściśle określone w instrukcji i wynosi od 90 sekund do 4 minut.

Zastosowanie praktyczne

- pomiar potencjału intelektualnego na tle grupy rówieśniczej
- identyfikacja dzieci o niższym poziomie inteligencji płynnej, ze względu na to, że dobrze różnicuje dzieci o różnych możliwościach intelektualnych
- sprawdzenie efektywności działań wspomagających rozwój poznawczy (Weiß, Osterland, 2013)
- diagnoza dzieci z dysleksją i dyskalkulią ze względu na niewerbalny charakter oraz brak liczb w zadaniach
- ocena inteligencji dzieci na progu edukacji szkolnej, ponieważ przeciętny stopień trudności testu jest dostosowany do dzieci w wieku 6–7 lat.

Ograniczenia w stosowaniu

- test jest trudny dla dzieci czteroletnich i raczej łatwy dla dzieci w wieku 8–9 lat – w tych grupach wiekowych należy rozważyć zastosowanie innego testu, w przypadku dzieci starszych CFT 20-R
- na wynik części I złożonej z testów szybkości istotny wpływ mają czynniki motywacyjne
- niemożliwy do stosowania dla dzieci z niedowidzeniem.

Plusy i minusy

Plusy

- jako test neutralny kulturowo, mierzy wrodzony potencjał intelektualny dziecka niezależny od wpływów edukacyjnych, środowiska wychowawczo-kulturowego
- jako test niewerbalny szczególnie nadaje się do diagnozy dzieci emigrantów, słabo znających język polski oraz dzieci pochodzących z ubogich kulturowo środowisk
- różnicuje dzieci uczące się bardzo dobrze i słabo.

Minusy

- wynik w teście mocno zależny od czynników percepcyjnych, co może powodować zaniżenie wyników u dzieci z deficytami w tym zakresie.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej.

5.1.2. Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 2 (CFT 20-R)

Autor

autor metody oryginalnej – Raymond Cattell.

Autorzy wersji 2 zrewidowanej – Rudolf H. Weiß we współpracy z Bernhardem Weißem.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Stańczak, J. (2013). *Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 2 CFT 20-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- inteligencję płynną na materiale niewerbalnym jak w CFT 1-R.

Wiek badanych

Osoby od 8 r.ż. do 59 r.ż.

Podstawy teoretyczne

Jak w CFT 1-R.

Historia

Test jest adaptacją niemieckiej rewizji oryginalnego testu Cattella CFT 20 z roku 1978, w wersji zrewidowanej CFT 20-R, która ukazała się w Niemczech w 2006 roku (Weiß, 2006).

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla części I, II i wyniku łącznego, zawarte w podręczniku testowym, umożliwiają szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność CFT 20-R oszacowano metodą połówkową oraz metodą test-retest. Poszczególne części oraz cały test wykazują wysokie oraz bardzo wysokie współczynniki zgodności, wskazujące na wysoką rzetelność (od 0,82 do 0,92). Rezultaty te uzasadniają stosowanie testu w diagnozie indywidualnej. Współczynniki korelacji dla poszczególnych podtestów wynoszą od 0,37 do 0,80 i w wielu przypadkach nie uprawniają do traktowania ich jako rzetelnych, pojedynczych miar zdolności. Wyniki pojedynczych podtestów ze względu na niewystarczającą spójność wewnętrzną należy traktować jako miary orientacyjne i nie należy osobno ich interpretować.

Stabilność czasowa testu (retest po 3–4 tygodniach) jest zróżnicowana ze względu na wiek, najniższa u 8–10-latków dla wszystkich wskaźników oraz u 12-latków i 16–18-latków w części II. Wyższe wyniki uzyskane w drugim pomiarze wskazują, że nie należy testu stosować w krótkim odstępie czasu u tych samych badanych.

Trafność testu oceniano poprzez analizę interkorelacji pomiędzy poszczególnymi podtestami, częściami i wynikiem ogólnym testu oraz korelacje z innymi testami i ocenami szkolnymi. Wyniki interkorelacji w obrębie testu dla badanych powyżej 10 roku życia są wysokie, zaś u młodszych są niższe. Bez względu na wiek badanych podtesty silnie korelowały zarówno z wynikiem dla poszczególnych części testu jak i z wynikiem ogólnym.

W celu oceny trafności CFT 20-R wyniki skorelowano z Testem Matryc Ravena w wersji Standard, uzyskując umiarkowane korelacje w grupie uczniów klasy V szkoły podstawowej oraz klasy II

szkoły ponadgimnazjalnej i nieistotne korelacje w przypadku uczniów gimnazjum. Wyniki CFT 20-R są słabiej związane z osiągnięciami szkolnymi na początkowym etapie edukacji (korelacje osiągają zakres od 0,3 do 0,4), a znacznie silniej u uczniów od czwartej klasy szkoły podstawowej do końca gimnazjum (korelacje rzędu 0,4–0,6). Związki z ocenami szkolnymi sukcesywnie spadają u uczniów szkół ponadgimnazjalnych, osiągając w klasach trzecich poziom niski lub nawet nieistotny statystycznie.

Struktura

Test CFT 20-R składa się z 2 części, z których każda zawiera 4 podtesty: Serie, Klasyfikacja, Matryce, Wnioskowanie topologiczne. Część pierwsza zawiera 56 zadań, a druga 45 zadań. Każdy z wymienionych podtestów wymaga zastosowania innych operacji umysłowych.

Serie – uzupełnianie ciągu trzech figur, poprzez wybranie czwartej spośród 5 podanych możliwości, podstawą jest wykrycie zmian, jakim podlegają kolejne elementy ciągu.

Klasyfikacja – rozpoznawanie klas łączących przedstawione figury i skreślenia tej, która nie pasuje do pozostałych.

Matryce – uzupełnienie układu kilku elementów, elementem/częścią pozostającą wobec nich w odpowiedniej relacji.

Wnioskowanie topologiczne – wybór spośród pięciu figur jednej spełniającej regułę pokazaną w figurze wzorcowej, podstawą jest odtworzeniu zasady tworzenia wzoru.

Normy

- normy z 2011 roku
- próba normalizacyjna:
 - dzieci i młodzież w wieku od 8 do 19 lat, uczniowie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz dorośli w wieku 20–59 lat
 - 8 prób normalizacyjnych, zróżnicowanych wiekowo: od 8 do 14 roku życia są to normy roczne, kolejną grupą są normy dla łącznej grupy 15–19-latków
 - W każdej próbie normalizacyjnej było ok. 200 badanych, poza ostatnią liczącą 879 osób. W sumie normy dla dzieci i młodzieży opracowano na grupie 2419 uczniów
 - Badania w szkołach były prowadzone grupowo
- skala centylowa oraz skala IQ.

Pomoce i arkusze

- zeszyt testowy dla badanego wielokrotnego użytku
- arkusz odpowiedzi
- 2 ołówki
- stoper do pomiaru czasu.

Procedura badania

Badania mogą być prowadzone zarówno indywidualnie jak i grupowo. Przeciętny czas badania wynosi 60 minut.

Zastosowanie praktyczne

- pomiar potencjału intelektualnego na tle grupy rówieśniczej
- identyfikacja dzieci o niższym poziomie inteligencji płynnej
- wybór kolejnych etapów nauczania w poradnictwie szkolnym oraz w doradztwie edukacyjnym
- rozpoznawanie uczniów z trudnościami szkolnymi i wymagających oddziaływań kompensacyjnych
- określenie przyczyn niskich lub wysokich osiągnięć szkolnych

Ograniczenia w stosowaniu

Jak w CFT 1-R.

Plusy i minusy

Jak w CFT 1-R.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.1.3. Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia (CMMS)

Autor

Autorzy metody – Bessie B. Burgemeister, Lucille Hollander Blum, Irving Lorge.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Ciechanowicz, A. (1992). *Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- zdolności umysłowe dziecka pojmowane jako zdolności do rozumowania (dokonywanie prostych klasyfikacji na podstawie danych percepcyjnych i manipulacja pojęciami symbolicznymi)

Wiek badanych

Dzieci w wieku 3;5 (16) – 9;11 (15)

Podstawy teoretyczne

Autorzy oryginalnej wersji skali nie przedstawili podstaw teoretycznych. Pod pojęciem rozumowania autorzy rozumieją zdolność dokonywania prostych klasyfikacji na podstawie danych percepcyjnych i zdolność do abstrakcyjnej manipulacji pojęciami symbolicznymi.

Autorka polskiej adaptacji uzasadnia diagnozę zdolności umysłowych z zastosowaniem zadania klasyfikowania obiektów, odwołując się do prac prowadzonych w obszarze psychologii rozwojowej, zarówno światowych (Piaget), jak i polskich (Szuman, 1938; Szemińska, 1966) dotyczących prawidłowości rozwojowych w zakresie tworzenia pojęć. Uzasadnienie zastosowania zadania polegającego na klasyfikacji do pomiaru zdolności poznawczych można odnaleźć zarówno w badaniach z zakresu psychologii rozwojowej jak i neuropsychologii.

Historia

Adaptacja amerykańskiej skali *Columbia Mental Maturity Scale* (CMMS). Pierwsza wersja skali pochodzi z 1954 roku, a kolejne z 1959 i 1972. Polska adaptacja jest oparta na wersji z 1972 roku. Oryginalna skala był przeznaczona do badania dzieci z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego, których efektem było osłabienie funkcji motorycznych i werbalnych – dlatego też dobierając zadania, kierowano się zasadą jak najmniejszego angażowania wymienionych funkcji w ich wykonanie. Zdecydowano, że operacją, na której będzie oparta skala powinno być klasyfikowanie określonego zbioru danych.

Prace nad adaptacją polską obejmowały 3 etapy, poprzedzone pilotażem, którego celem było sprawdzenie znajomości przez dziecko zastosowanego materiału obrazkowego. Na pierwszym etapie dokonano analizy trudności pozycji testowych oraz wyboru zadań dla poszczególnych grup wiekowych, na podstawie wyników uzyskanych z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego na grupie 1252 dzieci. Kolejne etapy to normalizacja skali oraz analiza rzetelności i trafności w badaniach dzieci głuchych.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla wyników surowych, skali wechslerowskiej i tenowej, zawarte w podręczniku testowym, umożliwiają szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność skali sprawdzano 3 metodami (zgodności wewnętrznej, metoda połówkowa oraz stabilność współczynnika). Niezależnie od zastosowanej metody pomiaru, rzetelność skali jest wysoka. Współczynniki rzetelności *alfa*-Cronbacha osiągają wartości 0,85 do 0,90 w zależności od poziomu wieku. Oceniono również stabilność testu, wykonując powtórne badanie w odstępie 3 tygodni. Współczynniki korelacji pomiędzy dwoma pomiarami wynoszą od 0,63 do 0,86 i wzrastają wraz z wiekiem.

Oceny **trafności** Skali Dojrzałości Umysłowej Columbia dokonano, korelując jej wyniki z ocenami szkolnymi. Korelacje obliczono dla 6 poziomów wieku, na próbie 434 dzieci. Uzyskane korelacje są istotne statystycznie i osiągają poziom od niskich do umiarkowanych, wynosząc od 0,13 do 0,58. Większość obliczonych współczynników osiąga wartość powyżej 0,30, uważaną w tego typu analizach porównawczych z zastosowaniem ocen szkolnych za zadowalającą. Wykazano, że trafność diagnostyczna skali w odniesieniu do ocen szkolnych wzrasta wraz z wiekiem badanych, co wskazuje, że rozumowanie mierzone testem ma związek z osiągnięciami szkolnymi powyżej pierwszej klasy. Nie badano trafności prognostycznej skali.

Struktura

Skala składa się z 3 zadań próbnych i 67 zadań właściwych podzielonych na osiem poziomów (A–H) przypisanych poszczególnym przedziałom wiekowym. Dzięki temu badanie jest rozpoczynane od zadań przewidzianych dla poziomu wieku dziecka, co znacznie skraca czas badania w przypadku dzieci starszych, a z drugiej strony umożliwia przerwanie testu, gdy dziecko nie wykonuje zadań z danego poziomu trudności.

Normy

- normy z 1990 roku
- próba normalizacyjna
 - grupa 1131 dzieci
 - dobór kwotowy z uwzględnieniem i kontrolą takich kryteriów jak wiek i płeć dziecka oraz wykształcenie rodziców i miejsce zamieszkania
 - normy ogólnopolskie
- skala centylowa, tenowa i wechslerowska (IQ)
- normy dla 13 grup wiekowych, w odstępach półrocznych.

Pomoce i arkusze

- pomoce do skali – 70 podłużnych tablic z rysunkami (zazwyczaj od 3 do 5 w układzie poziomym), z czego 3 to tablice przykładowe i 67 tablic do zadań właściwych
- arkusz badania zawierający klucz umożliwiający ocenę odpowiedzi udzielanych przez dziecko.

Procedura badania

Badanie indywidualne, bez ograniczeń czasowych. Badanie zaczynamy od poziomu adekwatnego do wieku dziecka. Podręcznik nie podaje informacji o przeciętnym czasie badania.

Zastosowanie praktyczne

- badanie zdolności umysłowych dzieci z ograniczeniami językowymi różnego rodzaju
- diagnoza dzieci z uszkodzeniami układu nerwowego, m.in. dzieci z porażeniem mózgowym, dzieci o opóźnionym rozwoju umysłowym, z zaburzeniami mowy i uszkodzeniami słuchu

Ograniczenia w stosowaniu

Niedowidzenie.

Plusy i minusy

Plusy:

- skala bezsłowna
- niewerbalny charakter skali umożliwia stosowanie jej w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami językowymi

Minusy:

- sposób prowadzenia badania i rejestrowania wyników wymaga wprawy ze strony psychologa, pomoce są duże i trudne do manipulacji
- procedura badawcza powoduje, że badanie skalą dzieci 6–9-letnich z opóźnieniem rozwoju umysłowego jest długie i nużące; wiele odpowiedzi może być przypadkowych ze względu na zmęczenie i spadek motywacji u dziecka
- dla dzieci najmłodszych (3;5 – 4;6) z opóźnieniem rozwoju umysłowego zadania są trudne, dzieci te mają także duże trudności ze zrozumieniem instrukcji
- nieaktualne normy.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z nieaktualnymi normami.

5.1.4. Test Matryc Ravena w Wersji Kolorowej (TMK)

Autor

Autor metody – John C. Raven.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Jaworowska, A., Szustrowa, T. (2011). *Test Matryc Ravena w wersji Kolorowej TMK. Formy: Klasyczna i Równoległa. Podręcznik*. Wydanie 3 niezmienione. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- inteligencję niewerbalną, zdolności myślenia przez analogie
- zdolności edukcyjne, czyli zdolności do „uzyskiwania nowego wglądu, dostrzegania sensu w chaosie, wychodzenia poza dostarczone informacje, tworzenia nowych pojęć, przede wszystkim niewerbalnych, które umożliwiają poprawne myślenie” (Jaworowska, Szustrowa, 2011, s. 6)
- inteligencję ogólną, rozumianą jako inteligencja płynna, jest testem niezależnym od wpływu czynników kulturowych

Wiek badanych

Dzieci w wieku 3;11 – 9;11.

Podstawy teoretyczne

Teoretycznych źródeł testu TMK należy upatrywać w koncepcji inteligencji Spearmana (Spearman, 1923/27, za: Raven, Raven i Court, 1998), zdaniem którego u podstaw zdolności umysłowych leży „ogólny” czynnik *g*, który przejawia się w postaci dwóch rodzajów zdolności: edukcyjnych, niezależnych od doświadczenia, oraz reprodukcyjnych, zależnych od wiedzy uwarunkowanej kulturowo. W założeniu Ravena miał służyć do pomiaru zdolności edukcyjnych, których jednocześnie autor nie utożsamiał z inteligencją, traktując ją jako pojęcie znacznie szersze. Zdaniem A. Matczak (1994) wyniki wieloletnich badań wskazują jednak, że test Ravena jest najlepszą pojedynczą miarą czynnika *g*.

Historia

Pierwsza wersja Testu Matryc Ravena powstała w 1938 roku, a kolejne jej wersje są oparte na takich samych założeniach konstrukcyjnych. Test Matryc w wersji Kolorowej powstał w 1947 roku, a był przeznaczony do badania małych dzieci, osób o obniżonej sprawności intelektualnej oraz ludzi starszych. Wersja zrewidowana TMK, która jest stosowana do dzisiaj powstała w 1956 roku. Z kolei wersja równoległa (TMK-R), równoważna w stosunku do wersji klasycznej TMK-K, powstała pod koniec lat 90 XX w. Do 1989 roku Test Matryc w Polsce nie był standaryzowany na próbach ogólnopolskich, chociaż normalizowano jego niektóre wersje dla niektórych grup wieku lub grup zawodowych.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru, zawarte w podręczniku testowym umożliwiają szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność testu oceniano metodą połówkową. Wynosi ona od 0,75 dla dzieci czteroletnich do 0,93 dla najstarszych grup wiekowych. Współczynniki rzetelności dla większości poziomów wieku są dobre. Dwukrotne badanie tych samych dzieci pokazuje, że współczynniki stabilności bezwzględnej są zadowalające i wynoszą od 0,68 do 0,82.

Dane dotyczące **trafności** testu pochodzą z badań walidacyjnych z roku 1992 (Szustrowa, Jaworowska, 1992) oraz innych prac. Trafność teoretyczną szacowano, korelując wyniki TMK z wynikami innych testów inteligencji m.in. Skalą Dojrzałości Umysłowej Columbia (0,62), DMI-2M (0,64), Skalą WISC-R (skala pełna 0,64–0,76), Międzynarodową Wykonaniową Skalą Leitera (0,68). Współczynniki korelacji są stosunkowo wysokie, przy czym nieco wyższe dla testów bądź skal mierzących inteligencję płynną, co wskazuje na trafność testu jako metody do pomiaru tego aspektu inteligencji. W ocenie trafności TMK zastosowano również testy percepcyjne: Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej M. Frostig oraz Test Integracji Wzrokowo-Ruchowej Bender-Koppitz. Współczynniki korelacji pomiędzy tymi testami wynoszą 0,4–0,5 i sugerują, że około 20% zmienności w wynikach TMK można wyjaśnić poziomem percepcji wzrokowej. Potwierdza to założenie, że test mierzy nie tylko zdolności intelektualne, ale również percepcyjne.

Trafność kryterialną oceniono poprzez zastosowanie wskaźników osiągnięć szkolnych takich jak oceny szkolne, ocena rozwoju umysłowego dokonywana przez nauczycieli, wyniki w testach osiągnięć szkolnych. Wartości współczynników korelacji pomiędzy TMK a wymienionymi wcześniej miarami mieszczą się w granicach 0,3 – 0,4. Jak pokazują badania Szustrowej i Jaworowskiej (1992b) TMK jest lepszym predyktorem osiągnięć szkolnych dla dziewcząt niż dla chłopców.

Struktura

Test składa się z 36 zadań ujętych w 3 serie, oznaczone literami A, Ab i B (po 12 zadań). Każda seria zaczyna się od zadania bardzo łatwego, jego celem jest wprowadzenie badanego w problem, jaki będzie rozwiązywać. Zadania mają postać niepełnych wzorów przedstawiających albo pojedyncze albo wieloelementowe układy figuralne. Zadanie badanego polega na uzupełnieniu wzoru poprzez wskazanie jednego z sześciu podanych fragmentów. Elementy wzoru w każdej serii są ułożone zgodnie z inną zasadą. W serii A jest to zasada ciągłości wzoru, w serii Ab – zasada ujmowania zróżnicowanych wzorów jako przestrzennie powiązanych całości, w serii B – zasada analogii między parami figur (por. Hornowski, 1970; Woynarowska, 1991).

Normy

- normy z 1991–1992 roku, badania trafności są późniejsze
- próba normalizacyjna
 - struktura próby normalizacyjnej dość wiernie odwzorowuje strukturę populacji
 - w doborze uwzględniono wiek, płeć dziecka oraz miejsce zamieszkania i wykształcenie rodziców
 - liczebność próby standaryzacyjnej – 597 osób
 - normy ogólnopolskie
- skala centylowa i stenowa
- 12 grup wiekowych, normy w odstępach półrocznych, dla obu płci łączne (brak różnic między wynikami dziewczynek i chłopców).

Pomoce i arkusze

- zeszyt testowy wielokrotnego użytku
- arkusz odpowiedzi
- klucz do obliczania wyników, odrębny dla każdej formy TMK.

Procedura badania

Test bez ograniczeń czasowych. Badanie może być prowadzone indywidualnie lub grupowo. Dla obu typów zadań opracowano odrębne procedury. Badanie indywidualne zaleca się w przypadku dzieci poniżej 8 roku życia oraz osób, które mogą mieć problemy ze zrozumieniem istoty zadań, nie są biegłe w pisaniu lub mają problemy z koncentracją uwagi.

Zastosowanie praktyczne

- ocena wskaźnika aktualnych możliwości intelektualnych (edukcyjnych).

Ograniczenia w stosowaniu

- normy pochodzące z 1991 roku są zaniżone – korzystając z nich przeceniamy możliwości badanych dzieci, co potwierdzają badania z 1996 roku
- ostrożna interpretacja jest zalecana w przypadku, gdy badany otrzymuje niskie wyniki, ponieważ są one mniej spójne i rzetelne niż wyniki wysokie
- w interpretacji wyników należy uwzględnić fakt, że pewien procent udzielanych odpowiedzi jest przypadkowy, a ich liczba jest proporcjonalna do liczby odpowiedzi niepoprawnych. Dlatego też rezultaty osiągnięte przez dzieci uzyskujące niskie wyniki, mogą być efektem przypadkowego udzielania odpowiedzi.

Plusy i minusy

Plusy:

- test szybki i nieobciążający dla dziecka
- dobra miara inteligencji płynnej, niezależnej od wpływu czynników kulturowych

Minusy:

- wnioskowanie o rozwoju umysłowym ograniczone tylko do aspektów niewerbalnych, zgodnie z zaleceniami autora badanie powinno być uzupełnione testem werbalnym, np. związanym z rozumieniem pojęć (typu słownik).

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z nieaktualnymi normami.

5.1.5. Skala Inteligencji Wechslera Dla Dzieci – wersja zmodyfikowana (WISC-R)

Autor

Autor metody – David Wechsler.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Matczak, A., Piotrowska, A., Ciarkowska, W. (2008). *Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – wersja zmodyfikowana. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, (wydanie trzecie, poprawione).

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- poziom inteligencji ogólnej
- poziom inteligencji werbalnej i niewerbalnej
- strukturę inteligencji, w tym mocne i słabe strony funkcjonowania poznawczego.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 6;0 – 16;11.

Podstawy teoretyczne

Skala oparta jest na koncepcji inteligencji opracowanej przez jej autora, zgodnie z którą inteligencja jest rozumiana jako "zagregowana (ogólna) zdolność jednostki do podejmowania działań celowych, racjonalnego myślenia i do efektywnego radzenia sobie we własnym środowisku. Jest ona globalna, ponieważ charakteryzuje zachowanie jednostki jako całości, jest zagregowana, gdyż składa się z elementów (zdolności), które chociaż nie są całkowicie niezależne, ale są jakościowo odróżnialne." (Wechsler, 1939 roku, polskie wyd. 1993, s. 25). Wechsler zakładał, że pomiar różnych aspektów zdolności intelektualnych jest jedynym możliwym sposobem ilościowego pomiaru inteligencji jako takiej, dlatego do tego celu najlepiej służą baterie testowe. Inspiracją były dwie teorie: dwuczynnikowa teoria inteligencji Spearmana, oraz teoria zdolności Thorndike'a. Wechsler skorzystał również z pomysłów Bineta i Simona, autorów pierwszego testu inteligencji i zapożyczył wiele z nich, zwłaszcza przy konstruowaniu podtestów werbalnych swojej skali, jednocześnie poddając ostrej krytyce, podstawy psychometryczne oraz sposób ilościowego przedstawiania wyników (standard w postaci zadań wykonywanych na określonym poziomie wieku, pojęcie wieku umysłowego) stosowany w tej skali. Szczegółowy opis założeń teoretycznych znaleźć można w licznych publikacjach na temat skal wechslerowskich (Hornowska, 2005; Krasowicz-Kupis, Wiejak, 2006).

Historia

Szczegółowa historia powstania oryginalnych skal Wechslera została omówiona w innych źródłach (Hornowska, 2005; Krasowicz-Kupis, Wiejak, 2006).

Skala WISC-R jest polską adaptacją wersji oryginalnej WISC-R z 1974 roku, czyli drugiej w kolejności skali Wechslera do pomiaru inteligencji dzieci. Pierwszy polski podręcznik do tej wersji skali ukazał się w 1991 roku. Aktualnie obowiązuje trzecie wydanie podręcznika, uzupełnione w stosunku do poprzednich wersji o dane i wskazówki do analizy profilowej wyników oraz zawierające modyfikacje w kluczu do oceny odpowiedzi w testach Słownik, Podobieństwa i Rozumienie. Polska adaptacja miała na celu dostosowanie skali do warunków polskich z jednoczesnym zachowaniem maksymalnej wierności oryginałowi. Skala niewerbalna pozostała w wersji niezmiennionej, zaś skalę słowną

zmodyfikowano. Badania pilotażowe przeprowadzone na grupie 660 dzieci miały na celu weryfikację testów werbalnych, opracowanie empirycznych kluczy do oceny odpowiedzi oraz selekcję i ustalenie stopnia trudności itemów.

Własności psychometryczne – standardowy błąd pomiaru, rzetelność, trafność

Standardowe błędy pomiaru dla poszczególnych podtestów oraz ilorazów inteligencji skali słownej, bezsłownej i pełnej zawiera podręcznik testowy. Umożliwia to szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%. W podręczniku podano również minimalne wartości różnic między wynikami podtestów i przeciętnymi profilu umożliwiające przeprowadzenie rzetelnej analizy intraprofilowej.

Rzetelność testu jest wysoka, bardzo wysoką rzetelność wykazują skala pełna oraz Skala Słowna (współczynniki Mosiera powyżej 0,90), a nieco niższą skala bezsłowna (współczynniki od 0,87 do 0,93 w zależności od poziomu wieku). Również współczynniki *alfa* Cronbacha dla podtestów skali słownej i pełnej uzyskują wartości powyżej 0,80, a dla skali bezsłownej wynoszą od 0,73 do 0,81. Rzetelność poszczególnych podtestów oceniono także metodą połówkową, a w przypadku podtestów Kodowanie i Powtarzanie cyfr obliczono współczynniki stabilności bezwzględnej. Dla większości testów współczynniki rzetelności osiągają wartości od 0,63 do 0,91, niższe wartości pojawiają się sporadycznie w testach Powtarzanie Cyfr, Układanki i Labirynty. Testem o szczególnie wysokiej rzetelności jest Słownik oraz Wzory z Klocków, zaś najniższą rzetelnością charakteryzuje się podtest Labirynty.

Oceny **trafności diagnostycznej** skali WISC-R dokonano poprzez skorelowanie jej wyników z rezultatami TMS Ravena oraz Międzynarodowej Wykonaniowej Skali Leitera P-93, zaś trafność czynnikową oceniono za pomocą analiz czynnikowych. Porównanie wyników WISC-R i TMS Ravena wskazuje, że z TMS wyżej korelują wyniki skal niż podtestów, a także wyższe są korelacje otrzymane w starszych niż młodszych grupach wieku. Ze względu na to, że oba testy mierzą różne rodzaje inteligencji uzyskane wartości korelacji (dla skal od 0,41 do 0,69) można uznać za zadowalające. Korelacje pomiędzy wynikami WISC-R i Międzynarodowej Wykonaniowej Skali Leitera dla dzieci w wieku 6–7 lat oraz 12–14 lat są wysokie, także w przypadku Skali Słownej, co wskazuje na nasycenie skali czynnikiem inteligencji ogólnej. Z kolei w badaniu trafności czynnikowej WISC-R uzyskano trzy czynniki (rozumienie słowne, organizacja percepcyjna, pamięć i odporność na dystraktory), co jest w pełni zgodne z wynikami analiz czynnikowych prowadzonymi na amerykańskiej wersji skali.

Struktura

Skala WISC-R składa się z 12 podtestów, tworzących dwie podskale: słowną oraz bezsłowną. W skład skali słownej wchodzi następujące podtesty: Wiadomości, Podobieństwa, Arytmetyka, Słownik, Rozumienie, Powtarzanie Cyfr (podtest zastępczy), zaś skalę bezsłowną tworzą następujące testy: Uzupełnianie obrazków, Porządkowanie obrazków, Wzory z klocków, Układanki, Kodowanie, Labirynty (podtest zastępczy). Badanie zasadnicze składa się z 10 podtestów, wykonywanych w naprzemiennej kolejności, po jednym z każdej podskali. Każdy podtest zawiera inną liczbę zadań, ułożonych zgodnie ze stopniem trudności. Opracowane są zasady przerywania badania danym typem zadania, po określonej, dla każdego podtestu innej, liczbie niepowodzeń.

Ze względu na to, że test jest powszechnie stosowany w praktyce i dobrze znany psychologom, nie opisujemy szczegółowo jego budowy.

Normy

- normalizacja z roku 1988
- próba normalizacyjna:
 - badania przeprowadzono na próbie 1670 osób
 - dobór kwotowy uwzględniający wiek, płeć, wykształcenie rodziców, miejsce zamieszkania oraz rodzaj szkoły (struktura próby odzwierciedlała strukturę populacji opisaną w danych GUS oraz Ministerstwa Oświaty i Wychowania)

- próba ogólnopolska (38 spośród ówczesnych 49 województw)
- z próby wykluczono dzieci z rozpoznaniem upośledzeniem umysłowym
- skale standaryzowane dla norm:
 - wyniki surowe każdego z podtestów zamienia się na wyniki 19-punktowej skali wystandaryzowanej, o średniej 10 i odchyleniu standardowym 3
 - na podstawie sum punktów przeliczonych opracowano skale ilorazów inteligencji: słownej, bezsłownej oraz pełnej; skala ilorazów została skonstruowana dla całej próby, bez podziału na wiek i obejmuje przedział wartości od 40 do 160, $M=100$, $S=15$
- skala posiada normy dla każdego podtestu dla dzieci w wieku 6;0 do 16;11 w odstępach czteromiesięcznych.

Pomoce i arkusze

- zestaw oryginalnych pomocy testowych (obrazki, klocki)
- arkusz odpowiedzi
- 2 ołówki
- stoper.

Procedura badania

Badanie trwa od 50 do 75 minut. Badanie całą skalą powinno być przeprowadzone w trakcie jednego posiedzenia. W wyjątkowych sytuacjach można badanie dokończyć następnego dnia, i nie później niż w ciągu tygodnia. Pełne badanie składa się z 10 podtestów, w wyjątkowych sytuacjach można zrezygnować ze stosowania niektórych prób. Badania prowadzone są indywidualnie.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza inteligencji dziecka w szerokim ujęciu – mierzy zarówno inteligencję werbalną jak i niewerbalną, dając szerokie możliwości interpretacyjne.
- ocena zarówno poziomu, jak i struktury inteligencji, poprzez dokonanie porównań interindywidualnych oraz intraindywidualnych, te ostatnie pozwalają na określenie mocnych i słabych stron dziecka pod względem funkcjonowania poznawczego
- diagnoza dzieci ze specyficznym zaburzeniem uczenia się, ADHD, dzieci zdolnych.

Ograniczenia w stosowaniu

- dzieci niedowidzące, z niedowładami
- z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu większym niż lekki
- dzieci pochodzące z warunków odmiennych kulturowo.

Plusy i minusy

Plusy

- skala powszechnie stosowana na całym świecie
- skala dobrze znana psychologom

Minusy

- najistotniejszym mankamentem skali WISC-R jest brak aktualnych norm.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z nieaktualnymi normami.

5.1.6. Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93

Autor

Autor metody – Russell Graydon Leiter.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (1996). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa T. (1996). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93. Instrukcja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska A., Matczak A., Szustrowa T. (2009). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93. Polska standaryzacja 1993: populacja ogólna 3–15 lat, dzieci głuche 3–14 lat. podręcznik. II wydanie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- inteligencję niewerbalną
- inteligencję płynną za pomocą zadań wymagających analizy i syntezy wzrokowej oraz rozumowania indukcyjnego.

Wiek badanych

Dzieci z populacji ogólnej w wieku 3–15 lat, oraz dzieci głuche w wieku 3–14 lat.

Podstawy teoretyczne

Inteligencja jest definiowana przez autora skali jako zdolność przystosowawcza jednostki (Leiter, 1959) lub jako zdolność do radzenia sobie z nowymi sytuacjami (Leiter, 1940). Analiza zadań tworzących test wskazuje, że jego konstrukcja jest oparta na rozumieniu inteligencji wywodzącej się z teorii Spearmana (1927), ujmowanej jako zdolność do edukacji relacji, czyli wykrywania związków między obiektami oraz edukacji korelatów, czyli odnajdywania brakujących elementów na podstawie znanych relacji. Istotnym założeniem autora było stworzenie skali neutralnej kulturowo, w niewielkim stopniu odwołującej się do posiadanej wiedzy oraz zdolności werbalnych. Zgodnie z informacją w podręczniku – materiał skali ma charakter atematyczny (głównie geometryczny). Test Leitera mierzy inteligencję płynną, niezależną od wpływu doświadczeń i czynników edukacyjno-środowiskowych. Ponieważ test nie przewiduje kontaktu słownego z badanym, nie zawiera poleceń słownych – samo zrozumienie na czym polegają zadania, jest już istotnym jego elementem (Anastasi, Urbina 1999). Stąd też test mierzy również zdolność do wykrywania wymagań sytuacji zadaniowych. Zgodnie z zamiarem autora test miał służyć do badania osób pochodzących z różnych grup środowiskowych i etnicznych.

Historia

Oryginalna skala Leitera powstała w 1929 roku, a wersja skali obecnie używana pochodzi z 1948 roku. Pierwsza standaryzacja skali w Polsce została wykonana przez Pracownię Psychometryczną PAN w 1964 roku i istotnie odbiegała od oryginału. Kolejna standaryzacja dokonana przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP została wykonana w 1993 roku. W efekcie tych badań wybrano zadania do ostatecznej wersji testu oraz uszeregowano je według stopnia trudności, zmieniono limity czasu

przeznaczonego na rozwiązywanie zadań i zmodyfikowano procedurę badania. Następnie przeprowadzono badania normalizacyjne.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla wyniku surowego zawarte w podręczniku testowym pozwalają na szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Pomiaru **rzetelności** skali dokonano poprzez ocenę zgodności wewnętrznej. Na próbie ogólnej współczynniki rzetelności dla wyniku ogólnego *alfa* Cronbacha wynoszą od 0,78 do 0,88, a na próbie dzieci głuchych od 0,85 do 0,90. Współczynniki rzetelności są podobne na wszystkich poziomach wieku.

Trafność teoretyczną skali potwierdzają następujące dane:

– różnicowanie wyników związane z wiekiem – rosną wraz z wiekiem dziecka, przy czym po 11 roku życia wzrost ten staje się wolniejszy, co jest spójne z danymi uzyskanymi w badaniach z zastosowaniem Testu Matryc Ravena

– korelacje z ocenami szkolnymi – dla dzieci z populacji ogólnej wynoszą 0,4–0,5, skala powinna pozwalać na przewidywanie osiągnięć szkolnych dzieci z populacji ogólnej

Trafność diagnostyczną oceniono, korelując wyniki skali z innymi testami inteligencji WISC-R oraz TMK i TMS, na podstawie badania 2 grup dzieci: młodszych w wieku 6–7 lat i starszych w wieku 12–14 lat. Współczynniki korelacji ze skalą WISC-R wynosiły od 0,61 do 0,89, współczynniki były wyższe u dzieci starszych, zaś korelacja z testem Ravena wynosiła dla młodszej grupy wiekowej 0,68, a dla starszej 0,76. Powyższe wyniki potwierdzają trafność Skali Leitera jako testu do pomiaru inteligencji ogólnej.

Struktura

Skala składa się z 52 zadań, pogrupowanych w serie (od A do M) po 4 zadania w każdej. Serie A–J są seriami wyjściowymi, od których rozpoczynane jest badanie dzieci w określonym wieku.

Zadania polegają na odtworzeniu za pomocą klocków układu określonego przez informacje zawarte we wzorze, który jest prezentowany na pasku kartonu. Górna powierzchnia klocka jest oklejona barwnym papierem lub białym papierem z rysunkiem.

Normy

- normy z roku 1993/1994
- próba normalizacyjna (populacja ogólna)
 - 2542 dzieci w wieku 3–15 lat
 - kwotowy dobór próby, uwzględniający wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców oraz rodzaj szkoły ponadpodstawowej w przypadku starszych dzieci; struktura próby odwzorowuje strukturę populacji
- próba normalizacyjna (populacja dzieci głuchych)
 - 924 dzieci w wieku 3–14 lat
 - brak danych o strukturze populacji uniemożliwia stwierdzenie, czy jest ona reprezentatywna dla populacji dzieci głuchych
- skala stenowa oraz „wechslerowska” skala ilorazów inteligencji
- normy dla populacji ogólnej dzieci w wieku 3;0 – 10;11 są opracowane w odstępach półrocznych, a dla dzieci w wieku 11;0 -15;11 (30) w odstępach rocznych
- dla próby dzieci głuchych normy są opracowane w odstępach rocznych i obejmują wiek od 6 do 14 lat.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie. Czas badania skalą nie jest ograniczony, ale należy go zmierzyć dla celów analizy jakościowej. Niektóre zadania mają limit czasu (maksymalnie do 6 minut).

Zastosowanie praktyczne

- pomiar możliwości umysłowych dziecka, szczególnie inteligencji płynnej.

Ograniczenia w stosowaniu

- skala jest za trudna dla najsłabszych dzieci z grupy 3–4-latków, a w przypadku najstarszych – obserwuje się efekt sufitowy, a więc skala jest za łatwa dla najlepszych piętnastolatków.

Plusy i minusy

Plusy

- skala szczególnie przydatna do diagnozy dzieci, które mają trudności w słownym porozumiewaniu się, a więc:
 - głuchych i niedosłyszących
 - niemówiących lub mówiących w sposób niezrozumiały
 - słabo znających język polski (dzieci emigrantów)
 - autystycznych
 - z zaburzeniami rozumienia mowy
- jest interesująca dla dzieci, dlatego dobrze sprawdza się w sytuacji gdy dziecko jest niechętnie nastawione do badania, dla dzieci nadpobudliwych, lękowych
- ze względu na mało ustrukturyzowaną sytuację badania, daje możliwość oceny różnych aspektów funkcjonowania dziecka, na podstawie obserwacji jego zachowania podczas rozwiązywania testu
- analizę ilościową można uzupełnić analizą jakościową obejmującą rodzaj operacji i materiał na jakim są wykonywane; część zadań opiera się na materiale tematycznym, wymagającym wykorzystywania także wiedzy i doświadczenia
- analiza jakościowa pozwala ocenić styl poznawczy dziecka (refleksyjny/impulsywny, zależny od pola/niezależny od pola percepcyjnego)

Minusy

- dla części dzieci (zwłaszcza z zaburzeniami koncentracji uwagi i motywacji) wejście w konwencję badania bez kontaktu słownego jest bardzo trudne – często pojawia się odmowa wykonania zadań czy podawanie rozwiązań przypadkowych
- operowanie pomocami, instrukcją (duży format) oraz jednoczesne notowanie w arkuszu odpowiedzi i arkuszu obserwacyjnym (druk dwustronny) wymaga od psychologa dużej wprawy
- nieaktualne normy.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z nieaktualnymi normami.

5.1.7. Skale Inteligencji i Rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 LAT (IDS)

Autor

Autorzy metody – Alexander Grob, Christine S. Meyer, Priska Hagmann-von Arx.

Autorzy polskiego opracowania testu i podręcznika

Jaworowska, A., Matczak, A., Fecenec, D. (2012). *IDS – Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5–10 lat*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- inteligencję ogólną, płynną i skryalizowaną
- zdolności poznawcze, umiejętności psychomotoryczne, kompetencje społeczno-emocjonalne, kompetencje matematyczne, językowe oraz motywację osiągnięć.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 5 -10;11 lat.

Podstawy teoretyczne

Konstrukcja IDS bazuje na eklektycznym podejściu teoretycznym, co oznacza, że autorzy inspirowali się różnymi teoriami rozwoju dziecka oraz teoriami inteligencji. Nawiązują między innymi do teorii Bineta, teorii rozwoju poznawczego Piageta, prac Brunera, Wygotskiego i Bronfenbrennera. Podstawy teoretyczne skali są zgodne z klasyczną teorią inteligencji R. B. Cattella (1971), zakładającą istnienie inteligencji płynnej – uwarunkowanej biologicznie i skryalizowanej, będącej efektem angażowania potencjału intelektualnego, wypadkową doświadczeń środowiskowo-kulturowych, w tym wychowania i kształcenia oraz aktywności własnej jednostki. Autorzy założyli, że inteligencja jest podstawą do kształtowania się poszczególnych umiejętności i kompetencji. Przyjęli, że diagnoza powinna mieć charakter profilowy, umożliwiając ocenę zróżnicowania poszczególnych sprawności czy kompetencji, z których podstawowe to: umiejętności psychomotoryczne, społeczno-emocjonalne, matematyczne i językowe. Ponadto wzięto pod uwagę wpływ motywacji osiągnięć na funkcjonowanie poznawcze dziecka, dodając skalę obserwacyjną, pozwalającą na jej ocenę.

Historia

Skala jest polską adaptacją wersji oryginalnej *Intelligence and Developmental Scales*, opublikowanej w 2009 roku (Grob, Meyer, Hagmann-von Arx, 2009). Pierwowzorem skal IDS jest popularny w niemieckojęzycznych krajach Europy, test KIT, autorstwa J. Kramer (1972), nawiązujący z kolei do adaptacji skal Bineta i Simona. Prace nad IDS rozpoczęto w 2003 roku, zaś normalizację oryginału przeprowadzono w latach 2007–2008 w Szwajcarii, Austrii i Niemczech. Normalizację w Polsce przeprowadzono w 2010/11 roku.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla poszczególnych testów oraz IQ płynnej, skryalizowanej i ogólnej zawiera podręcznik testowy. Umożliwia to szacowanie wyniku prawdziwego w przedziałach ufności tworzonych z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność testu oceniono, biorąc pod uwagę zgodność wewnętrzną (metoda połówkowa Spermmana-Browna) oraz stabilność. Współczynniki rzetelności wszystkich testów mierzących zdolności

poznawcze mieszczą się w granicach 0,77–0,96, co jest poziomem zadowalającym, uprawniającym do wykorzystania wyników tych testów w diagnozie indywidualnej. Bardzo wysoką rzetelność mają też testy Rozumowanie logiczno-matematyczne (0,95), Mowa czynna (0,87), Mowa bierna (0,88) oraz 2 skale obserwacyjne Wytrwałość (0,96) i Satysfakcja z osiągnięć (0,91). Niższą rzetelność mają testy wchodzące w skład sfery umiejętności psychomotoryczne (od 0,62 do 0,73) oraz kompetencje społeczno-emocjonalne (od 0,51 do 0,71). Powodem niezbyt wysokiej zgodności wewnętrznej tych testów jest to, że mierzą złożone kompetencje, np. testy ze skali kompetencji społeczno-emocjonalnych wymagają także od dziecka dobrej percepcji wzrokowej oraz dobrego poziomu językowego.

Rzetelność skal obliczona na podstawie współczynnika Mosiera, jest bardzo wysoka i wynosi 0,94 dla skali inteligencji płynnej i skryalizowanej, a dla inteligencji ogólnej 0,96. Stabilność wyniku testowego oceniono dzięki dwukrotnym badaniom w odstępie miesiąca (metoda *test-retest*) na grupie 97 dzieci. Współczynniki korelacji między wynikami globalnymi są bardzo wysokie (0,88–0,94), co wskazuje na bardzo wysoką stabilność testu. Dla większości testów współczynniki korelacji są wysokie (powyżej 0,70). Stosunkowo najniższą stabilnością charakteryzują się testy Percepcja wzrokowa (0,51), Rozpoznawanie emocji (0,52), Pamięć wzrokowo-przestrzenna (0,57), Rozumienie sytuacji społecznych (0,57) i Manipulacja (0,58).

Trafność czynnikową badano przez ocenę struktury IDS za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, w wyniku której, tak jak ma to miejsce w wersji oryginalnej testu, wyodrębniono 4 czynniki: zdolności poznawcze, kompetencje społeczno-emocjonalne, psychomotorykę oraz motywację osiągnięć. W wyniku analizy czynnikowej przeprowadzonej na wynikach dzieci w wieku 7–10 lat wyłonił się piąty czynnik – percepcyjny, tworzony przez testy wymagające dokonania wzrokowej analizy materiału.

Trafność IDS oceniono także, korelując jego wyniki z testami: WISC-R, CFT 1-R, TSN i TSD. Współczynniki korelacji między 3 wskaźnikami uzyskanymi w IDS (inteligencja płynna, skryalizowana i ogólna) oraz 3 ilorazami skali WISC-R wynoszą od 0,55 do 0,89. Uzyskano bardzo wysoką zgodność między oszacowaniami inteligencji ogólnej za pomocą obu skal (0,83 dla 9-latków i 0,89 dla 7-latków), co świadczy o tym, że skale te mogą być stosowane zamiennie. Współczynniki korelacji dla inteligencji płynnej i skryalizowanej są nieco niższe, jednak na tyle wysokie, że możemy przyjąć iż obie skale mierzą podobne konstrukty. Wyniki IDS również istotnie korelują z wynikami łącznymi Testu CFT 1-R, mierzącego inteligencję płynną (współczynniki korelacji od 0,68 do 0,75). Wyniki w skalach inteligencji płynnej, skryalizowanej i ogólnej wysoko korelują z rezultatami uzyskanymi w Teście Szybkiego Nazywania, co wskazuje, że wyniki IDS odzwierciedlają też elementarną szybkość przetwarzania informacji. Trafność podtestów mierzących mowę czynną i bierną oceniono, porównując wyniki z rezultatami Testu Słownikowego dla Dzieci TSD. Ich wyniki wysoko korelują z wynikami ogólnymi TSD, co wskazuje na ich wysoką trafność. Warto podkreślić, że również testy mierzące kompetencje społeczno-emocjonalne oraz Pamięć słuchowa korelują z wynikami TSD, co wskazuje, że rezultaty uzyskiwane w tym teście w dużym stopniu zależą od sprawności dziecka w posługiwaniu się językiem.

Trafność prognostyczną oceniono, porównując wyniki IDS z ocenami dokonanymi przez nauczycieli, dotyczącymi sprawności psychomotorycznej, kompetencji społecznych, językowych i motywacji. Analizy wskazują, że IDS umożliwia trafne prognozowanie osiągnięć szkolnych dzieci, a najlepszymi predyktorami są wyniki inteligencji ogólnej, płynnej i skryalizowanej. Najwyżej skorelowane z poziomem osiągnięć szkolnych są dwa testy: Rozumowanie logiczno-matematyczne oraz Pamięć słuchowa.

Badania trafnościowe przeprowadzono także na grupach walidacyjnych dzieci z dysleksją, z ADHD oraz zespołem Aspergera. Szczegółowe informacje na temat charakterystycznych profili zdolności intelektualnych tych dzieci zawiera podręcznik do testu.

Struktura

Skala składa się z 17 testów i 2 skal obserwacyjnych:

1. Percepcja Wzrokowa – zadanie polegające na porządkowaniu wg długości, linii narysowanych na kartonikach,
2. Pamięć Słuchowa – wymaga odtworzenia (po okresie odroczenia) treści usłyszanego opowiadania,
3. Uwaga Selektywna – wymaga wykreślania na specjalnym arkuszu kaczek, spełniających podane kryteria,
4. Pamięć Fonologiczna – zadanie polega na powtarzaniu szeregu liczb lub liter,
5. Pamięć Wzrokowo-przestrzenna – rozpoznawanie na planszy, wcześniej widzianych figur geometrycznych,
6. Rozumowanie Przestrzenne – odtwarzanie wzoru za pomocą prostokątnych bądź trójkątnych klocków,
7. Rozumowanie Pojęciowe – wymaga uzupełnienia klasy reprezentowanej przez 3 obiekty przedstawione na rysunku,
8. Motoryka – zadania wymagające sprawności motorycznej,
9. Manipulacja – nawlekanie koralików na sznurek zgodnie ze wzorem,
10. Koordynacja Wzrokowo-ruchowa – przerysowywanie wzorów geometrycznych,
11. Rozpoznawanie emocji – wymaga nazwania emocji przeżywanych przez dzieci widoczne na fotografiach,
12. Regulacja Emocji – wymaga odpowiadania na pytania dotyczące emocji przedstawionych na fotografiach, pytania dotyczą sposobów radzenia sobie z negatywnymi sytuacjami,
13. Rozumienie Sytuacji Społecznych – po obejrzeniu na obrazku sceny z udziałem kilku osób dziecko jest proszone o opowiedzenie o wydarzeniach przedstawionych na ilustracji,
14. Strategie Społeczne – dziecko jest proszone o wyjaśnienie, jak zachowałoby się w sytuacji problemowej o charakterze społecznym,
15. Rozumowanie Logiczno-matematyczne – zadania wymagające rozwiązywania zadań matematycznych o zróżnicowanym stopniu trudności,
16. Mowa Czynna – układanie zdań zawierających podane słowa,
17. Mowa Bierna – odgrywanie za pomocą drewnianych figurek działań opisanych w zdaniach czytanych przez badającego,
18. Wytrwałość – skala obserwacyjna dotycząca nastawienia na zadanie, koncentracji i zachowaniu w sytuacji napotkania trudności,
19. Satysfakcja z Osiągnięć – skala obserwacyjna dotycząca gotowości do podejmowania trudnych zadań i emocji związanych z sukcesem.

Normy

- normy z roku 2010–2011
- próba normalizacyjna:
 - 782 dzieci, proporcje płci wyrównane
 - kwotowy dobór próby normalizacyjnej uwzględniający wiek oraz płeć dziecka oraz poziom wykształcenia matki i miejsce zamieszkania. struktura próby normalizacyjnej odpowiada strukturze populacji pod względem wyżej wymienionych kryteriów
 - w próbie normalizacyjnej nie znalazły się dzieci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami rozwoju oraz posiadające orzeczenie o niepełnosprawności
 - normy ogólnopolskie – badania normalizacyjne przeprowadzono w 15 województwach
- skala standaryzowana – analogicznie jak w skalach wechslerowskich zastosowano 19-punktową skalę wyników przeliczonych oraz skalę ilorazów inteligencji ze średnią 100 i odchyleniem standardowym 15
- normy dla dzieci w wieku 5–10 lat, dla obu płci łącznie
- normy dla 7 poziomów wieku (5;0–5;5, 5;6–5;11, 6 lat, 7 lat, 8 lat, 9 lat, 10 lat). O takim rozkładzie poziomów wieku (normy półroczne dla młodszych dzieci i roczne dla starszych) zdecydowano

po I etapie badań normalizacyjnych, który wykazał, że wyniki większości dzieci z pierwszego i drugiego półrocza danego rocznika nie różnią się istotnie.

Pomoce i arkusze

- oryginalne pomoce testowe (obrazki i przedmioty, książeczki testowe)
- oryginalny arkusz zapisu
- arkusze jednorazowe dla dziecka do testu Uwaga selektywna
- arkusze do zadań matematycznych
- stoper.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie. Pełne badanie składa się z 19 testów i trwa od 80 do 100 minut, ale możliwe jest badanie tylko wybranymi grupami podtestów (stosowanie modułowe).

Badanie powinno być przeprowadzone w trakcie jednej sesji (z krótką przerwą), jeśli jednak nie jest to możliwe, dopuszcza się wykonanie całości badania w ciągu tygodnia.

Niektóre testy rozpoczynane są od zadań adekwatnych dla wieku dziecka, w niektórych obowiązują reguły przerywania po kilku niepowodzeniach, w niektórych obowiązują limity czasu na wykonanie zadania, o czym szczegółowo informuje instrukcja.

Zastosowanie praktyczne

- ocena poziomu i struktury zdolności intelektualnych dzieci w wieku 5–10 lat, zwłaszcza, gdy ocena poziomu inteligencji jest niezbędna do postawienia diagnozy, np. w przypadku upośledzenia umysłowego, dysleksji, przyczyn niepowodzeń w nauce
- diagnoza mocnych i słabych stron funkcjonowania poznawczego dziecka – daje możliwość określenia profilu zdolności poznawczych dziecka, zależnych od biologicznie uwarunkowanych możliwości dziecka, a także profilu kompetencji, zdobytych dzięki oddziaływaniom środowiskowym w tym edukacyjnym
- ocena dojrzałości szkolnej, wówczas ocenie podlegają wybrane rodzaje zdolności i kompetencji.

Ograniczenia w stosowaniu

- ostrożnie należy interpretować niskie wyniki w testach mierzących kompetencje społeczno-emocjonalne u dzieci o niskim poziomie kompetencji językowych, ze względu na znaczny udział komponentu językowego w tych testach
- inne ograniczenia jak w teście Wechslera.

Plusy i minusy

Plusy:

- aktualne normy
- można stosować ją nie tylko w całości, ale też modułowo, wybierając adekwatnie do celów badania, tylko niektóre podtesty lub ich grupy
- możliwość obliczenia ilorazu inteligencji ogólnej oraz skryzalizowanej, płynnej
- możliwość analizy profilowej
- zadania są urozmaicone i interesujące dla dzieci, dzięki temu, że w badaniu wykorzystywane są różne pomoce (np.: książeczki, koraliki, klocki, fotografie, figurki, piłka)
- dostępne są skrócone arkusze IDS, przeznaczone do badania gotowości szkolnej

Minusy:

- wymaga od psychologa dużej koncentracji i podzielności uwagi (np. w teście Pamięć Wzrokowa dziecko wskazuje zapamiętane figury i badający musi być bardzo skupiony, aby prawidłowo nanieść odpowiedzi dziecka na arkusz zapisu)

- wymaga od psychologa doskonałej znajomości pomocy do badań, podręcznika, procedury (głównie w odniesieniu do zasad zadawania pytań dodatkowych) oraz klucza odpowiedzi (dotyczy to zwłaszcza testów Pamięć Słuchowa, Regulacja Emocji, Rozumienie Sytuacji Społecznych, Strategie Społeczne)
- Pełne badanie dzieci 5–6-letnich trwa bardzo długo; powoduje zmęczenie, znudzenie, co wyraźnie obniża motywację dziecka do pracy i jego koncentrację.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej.

5.1.8. Testy Operacyjności Myślenia: Diagnoza Możliwości Intelktualnych Dziecka (DMI-2M, DMI-2S)

Autor

Autor metody i podręcznika – Anna Matczak.

Matczak, A. (2001). *Testy Operacyjności Myślenia: Diagnoza Możliwości Intelktualnych Dziecka DMI-2M, DMI-2S. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

- psychologowie
- pedagodzy po ukończeniu szkolenia ogólnego z psychometrii oraz szkolenia z zakresu DMI.

Co mierzy?

- możliwości intelektualne dziecka, oceniane na podstawie sprawności operacji konkretnych: dodawania i mnożenia logicznego.

Wiek badanych

DMI-2M – dzieci w wieku 6–10 lat

DMI-2S – dzieci w wieku 9–13 lat.

Podstawy teoretyczne

Teoretyczną podstawą testu jest teoria rozwoju intelektualnego J. Piageta, a zwłaszcza pojęcie operacyjności myślenia (Piaget, 1966, 1981, Piaget, Inhelder, 1967). Autorka testu przyjęła założenie, że sprawność myślenia operacyjnego jest ważnym wskaźnikiem możliwości intelektualnych dziecka.

Historia

Test polski. DMI-2M i DMI-2S są nowymi narzędziami opartymi na wcześniejszej wersji DMI tej samej autorki (Matczak, 1992a), który z kolei test jest modyfikacją jeszcze wcześniejszej, niepublikowanej wersji autorstwa A. Matczak, I. Borzym, A. Piotrowskiej (Matczak, 1987; Matczak, Borzym, 1989).

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru dla Klas, Relacji i wyniku łącznego odrębnie dla badań indywidualnych i grupowych, zawarte w podręczniku testowym umożliwiają obliczanie przedziałów ufności i szacowanie wyniku prawdziwego z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność testu sprawdzano metodą zgodności wewnętrznej, oddzielnie w badaniach grupowych i indywidualnych, uwzględniając wszystkie poziomy wieku. Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha są wysokie, dla badań indywidualnych wynoszą od 0,75 do 0,91, zaś dla grupowych od 0,86 do 0,93. Wynik łączny ma wyższą rzetelność niż wyniki poszczególnych podtestów. Rzetelność jest zadowalająca, zatem stosowanie testu w diagnozie indywidualnej jest w pełni uzasadnione.

Trafność teoretyczną oceniono na podstawie analizy zmian rozwojowych w zakresie poprawności wykonywania zadań oraz korelacji z ocenami szkolnymi. Zmiany rozwojowe, przejawiające się wzrostem poprawności wykonywania zadań testu wraz z wiekiem potwierdzają trafność teoretyczną testu. O trafności teoretycznej testu świadczą też przeciętne, lub wysokie siły związku między wynikami DMI-2M a ocenami szkolnymi z języka polskiego, matematyki oraz ogólną średnią ocen. Korelacje wynoszą od 0,37 do 0,62, w zależności od wieku badanych i typu badania (indywidualne/grupowe). Większość współczynników przekracza wartość 0,50, czyli jest na poziomie przeciętnym. Dane te potwierdzają nie tylko trafność teoretyczną, ale również prognostyczną.

Współczynniki korelacji z TMK Ravena są wysokie, dla wyniku łącznego wynoszą od 0,6 do 0,76, są one wyższe niż korelacje WISC-R z TMK, co potwierdza trafność diagnostyczną DMI jako testu do pomiaru inteligencji płynnej.

Struktura

Każdy z testów (DMI-2M i DMI-2S) zawiera 76 zadań, z czego połowa tworzy podtest Klasy i połowa – podtest Relacje. Zadania każdego podtestu mają formę odrębnego zeszytu. Zadania wymagają od badanego uzupełniania układów, czyli znajdowania brakującego elementu struktury logicznej, które mają charakter klas lub relacji. Oba podtesty różnią się ze względu na reguły jakie należy zastosować uzupełniając układy. Materiał zadań jest zróżnicowany, stanowią go zarówno obrazki przedstawiające przedmioty codziennego użytku, jak i figury geometryczne, liczby oraz słowa. Każdy podtest zawiera 3 formy zadań:

Uzupełnianie – wymaga uzupełnienia prostego czteroelementowego układu o charakterze klasy lub serii;

Analogie – uzupełnianie układu złożonego z dwu analogicznych par poprzez skompletowanie drugiej pary na wzór pierwszej

Mnożenie – uzupełnianie układu składającego się z dwóch mniejszych, zbudowanych na odmiennych zasadach szczegółowych, układów trzelementowych (przedstawione są po 2 elementy każdego układu, badany musi je uzupełnić poprzez wybór elementu, który będzie pasował do obu przedstawionych układów).

Badany wybiera odpowiedź spośród podanych, potencjalnych rozwiązań, które różnią się pod względem stopnia poprawności (odpowiedź zła, częściowo poprawna, poprawna).

Normy

- normy z 1996 roku
- próba normalizacyjna
 - badania grupowe
 - dobór miejscowości odpowiadał proporcjom dzieci w wieku szkolnym z dużych, małych miast i wsi zgodnie z danymi GUS z mikrospisu ludności, w doborze szkół do badań uwzględniono rodzaj szkoły i klasę, grupy wyrównane ze względu na płeć
 - próba 1965 dzieci
 - badania indywidualne
 - dobór z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania poziomu wykształcenia rodziców, proporcje grup zgodnie z danymi GUS
 - próba 526 dzieci
- skala stenowa
- normy dla wyników poszczególnych podtestów i wyniku łącznego, odrębne dla badań grupowych i indywidualnych
- normy dla badań grupowych dla klas II, III, IV, dla badań indywidualnych – dla wieku 6, 7, 8, 9, i 10 lat (odstępy roczne).

Pomoce i arkusze

DMI-2M

- 2 zeszyty testowe (DMI-2KM (podtest Klasy) i DMI-2RM (podtest Relacje)
- 2 arkusze odpowiedzi (DMI-2KM, DMI-2RM)
- 2 klucze

DMI-2S

- 2 zeszyty testowe (DMI-2KS (podtest Klasy) i DMI-2RS (podtest Relacje)
- 2 arkusze odpowiedzi (DMI-2KS, DMI-2RS)
- 2 klucze.

Procedura badania

Badania grupowe: w grupie 15–20 osób, siedzących pojedynczo przy stolikach. Po wyjaśnieniu instrukcji i 3 przykładach dzieci pracują samodzielnie.

Badania indywidualne: badający przerabia 3 pierwsze przykłady z dzieckiem, a następnie poleca rozwiązywanie kolejnych zadań. Po każdym z nich dziecko jest proszone o uzasadnienie wyboru danej odpowiedzi.

Czas badania jest nieograniczony. Przeciętne badanie jednym podtestem wynosi 45 minut.

Zastosowanie praktyczne

- narzędzie dodatkowe lub zamiennik testu inteligencji w sytuacjach, kiedy istnieje potrzeba uzupełnienia diagnozy o dane jakościowe.

Ograniczenia w stosowaniu:

- w badaniu indywidualnym wymaga od dziecka dobrej sprawności językowej.

Plusy i minusy

Plusy:

- badanie jest łatwe do przeprowadzenia
- zróżnicowany materiał powoduje, że test jest interesujący dla dziecka
- analiza jakościowa wyników badania (zwłaszcza błędnych odpowiedzi) pozwala na sporządzenie szczegółowej charakterystyki poziomu i przebiegu procesów myślenia oraz określenie słabych i mocnych stron dziecka; jest też podstawą do zaplanowania odpowiednich oddziaływań terapeutycznych

Minusy:

- w przypadku badań indywidualnych – analiza wyników oraz sporządzenie raportu jest praco- i czasochłonne.

Rekomendacja autorów:

test nadaje się do diagnozy psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z nieaktualnymi normami.

5.1.9. Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF)

Autor

Autor metody – Jerome Kagan.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Matczak, A. (1992b). *Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF) J. Kagana. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- styl poznawczy, wymiar refleksyjność-impulsywność, związany z kontrolą sprawowaną nad przebiegiem własnych czynności poznawczych (obejmuje on tendencje do namysłu w sytuacjach problemowych i dbałość o poprawność odpowiedzi).

Wiek badanych

Dzieci w wieku 9–17 lat.

Podstawy teoretyczne

Test bazuje na pojęciu stylu poznawczego rozumianego jako preferencja określonego sposobu funkcjonowania poznawczego (Witkin, 1968, Matczak, 1982). Wymiar stylu poznawczego jakim jest refleksyjność-impulsywność (Kagan i współ, 1964; Kagan, 1966), nazywany też „tempem poznawczym” (Kagan, 1983) oznacza skłonność do rozważania poprawności odpowiedzi podczas rozwiązywania zadań poznawczych. Refleksyjność przejawia się w tendencji do analizowania możliwych rozwiązań problemu w celu uniknięcia błędu i znalezienia najbardziej poprawnego rozwiązania, zaś impulsywność przejawia się w wyborze pierwszej nasuwającej się odpowiedzi i mniejszej dbałości o jej poprawność. Dzieci o refleksyjnym stylu poznawczym popełniają mniej błędów, ale udzielają odpowiedzi po dłuższym czasie. Preferencje stylu poznawczego ujawniają się we wczesnych fazach rozwoju, stabilizują zaś ok. 10 roku życia.

Historia

Test MFF opracowany przez J. Kagana w latach sześćdziesiątych XX wieku (Kagan, 1966). Pierwotnie istniały 3 wersje tego testu, najpopularniejsza była wersja F, która jest przedmiotem tego opisu. Tę wersję rekomenduje się dla dzieci w wieku 6–12 lat, badania m.in. polskie potwierdzają użyteczność dla dzieci starszych (Matczak, 1982).

Własności psychometryczne

Rzetelność testu oceniono na podstawie zgodności wewnętrznej mierzonej metodą połówkową (podział na parzyste/nieparzyste pozycje) oraz obliczono procent zgodnych diagnoz sformułowanych niezależnie na podstawie połówek testu. Wskaźniki wzięte pod uwagę przy ocenie rzetelności to średni czas reakcji, liczba błędów, oraz wskaźniki łączny, obejmujący oba wcześniej wymienione. Jak pokazują analizy, rzetelność wskaźnika czasu reakcji jest wysoka (od 0,85 do 0,90), a wskaźnika błędów – niska (od 0,40 do 0,58). Rzetelność wyniku łącznego wynosi od 0,73 do 0,80 jest niezbyt wysoka, ale zadowalająca. Stabilność mierzona po 6 miesiącach jest lepsza dla wskaźnika łącznego i czasu reakcji niż liczby błędów. Ponadto test wykazuje wyższą rzetelność w rozpoznawaniu refleksyjności niż impulsywności.

W badaniach polskich nie sprawdzano trafności diagnostycznej.

Trafność teoretyczną potwierdzają liczne badania zagraniczne, jednak ze względu na brak jedno-myślności dotyczącej genezy refleksyjności-impulsywności nie można, zdaniem autorki polskich badań (Matczak, 1992) wskazać spójnego kryterium tego rodzaju trafności. Jeśli zaś chodzi o **trafność prognostyczną** – jak podaje Matczak (1992) stwierdzono lepsze wyniki w nauce z języka polskiego i matematyki u dzieci refleksyjnych w porównaniu z impulsywnymi (klasa V i VI). **Trafność MFF** do diagnozy stylu poznawczego jest zadowalająca, test pozwala też prognozować powodzenie szkolne.

Struktura i układ pozycji testowych

MFF składa się z 12 zadań (oraz dwóch próbnych). Zadanie polega na wyszukaniu wśród sześciu wariantów tego rysunku, który jest identyczny z równocześnie prezentowanym wzorcem. Materiał ma charakter obrazkowy, są to rysunki przedstawiające znane obiekty, np. drzewo czy telefon. Stopień trudności kolejnych zadań wzrasta.

Normy

- „normy” tymczasowe z roku 1992
- próba normalizacyjna
 - 700 osób w wieku 9–17 lat
 - „normy” lokalne (Warszawa, Suwałki i inne miejscowości)
- brak skali standaryzowanej – podstawą oceny są średnie, mediany, kwartyly, odchylenia standardowe
- „normy” dla 4 grup wieku: 9–10 lat, 11–12, 13–14, 15–17 lat

Pomoce i arkusze

- książeczka testowa
- arkusz odpowiedzi
- stoper.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie. Zadanie badanego polega na znalezieniu wśród podobnych do siebie obrazków, takiego, który jest identyczny z zaprezentowanym wzorcem. W badaniu dokonuje się pomiaru czasu dla każdej próby.

Zastosowanie praktyczne

- uzupełnienie diagnozy intelektu – styl poznawczy jest bowiem ważnym czynnikiem decydującym o stopniu wykorzystania posiadanych możliwości intelektualnych.

Ograniczenia w stosowaniu:

- brak norm.

Plusy i minusy

Plusy

- źródło ważnych dodatkowych informacji pomagających w interpretacji wyników testów rozwoju umysłowego

Minusy

- brak aktualnych, ogólnych norm.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nie nadaje się do diagnozy psychometrycznej z powodu braku norm.

5.2. Testy Funkcji Wzrokowych I Motorycznych

5.2.1. Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig (DTVP)

Autor

Autor metody – Marianna Frostig.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika: Pietsch-Szurek, E., Szmigielska, B., Siuta, J. (1992). *Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

- psychologowie
- pedagodzy po ukończeniu szkolenia ogólnego z psychometrii oraz szkolenia z zakresu DTVP.

Co mierzy?

- ogólny poziom rozwoju percepcji wzrokowej (rozumianej jako zdolność do rozpoznawania, różnicowania i interpretowania bodźców wzrokowych) oraz poszczególnych jej aspektów (zdolności elementarnych), zdefiniowanych operacyjnie jako:
 - koordynacja wzrokowo-ruchowa
 - spostrzeganie figury i tła
 - spostrzeganie stałości kształtu
 - spostrzeganie położenia figur
 - spostrzeganie stosunków przestrzennych.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 3;11–7;11

Podstawy teoretyczne

Brak odwołania do określonej teorii rozwoju percepcji wzrokowej. Test skonstruowany został na bazie doświadczeń autorki zdobytych w ośrodku dla dzieci z trudnościami w nauce w Los Angeles, a dotyczących przede wszystkim analizy różnych czynności (w tym czytania i pisanie), w których udział ma spostrzeganie wzrokowe.

Historia

Jest to polska standaryzacja i normalizacja amerykańskiej wersji testu. Poszczególne zadania powstały na podstawie analizy objawów trudności ujawniających się u dzieci w trakcie różnych zabaw, codziennych czynności oraz czytania i pisanie, takich jak trudności z wzrokowym wyodrębnianiem części z całości, rozpoznawaniem znaków graficznych, rozróżnianiem kierunków, rozpoznawaniem sekwencji liter w wyrazach, a także problemów, z rysowaniem, odwzorowywaniem oraz obniżonym poziomem graficznym pisma. Badania pilotażowe w Polsce objęły 120 dzieci (Siuta, Szmigielska i Szurek, 1986).

Własności psychometryczne

Podano wartości **standardowego błędu pomiaru** dla ilorazu percepcji, w zależności od wieku badanych, co umożliwia oszacowanie przedziałów ufności z prawdopodobieństwem 85%, 90% i 95%. Współczynniki **rzetelności** *alfa* Cronbacha oszacowano we wszystkich grupach wieku, dla większości grup ich wartości zawierają się w przedziale od 0,70 do 0,79. Podane wartości świadczą o co najwyżej przeciętnej zgodności wewnętrznej testu.

Trafność diagnostyczną oceniono na podstawie kryterium zewnętrznego, jakim były wyniki w *Motor Free Visual Perception Test* (MVPT), współczynnik korelacji 0,74 został uznany za zadowalający wskaźnik trafności diagnostycznej. W ocenie **trafności prognostycznej** kryterium zewnętrznym były oceny szkolne w klasach I – III. Współczynniki korelacji między wynikami w DTVP a ocenami z języka polskiego, matematyki i nauki o środowisku wynoszą od 0,30 do 0,41; między wynikami w DTVP a średnią arytmetyczną ocen z wyżej wymienionych przedmiotów w klasie II i III oraz oceną ogólną w klasie I wynoszą odpowiednio: 0,37, 0,38 i 0,43.

Struktura

Test składa się z pięciu podtestów o zróżnicowanej liczbie zadań:

Koordinacja wzrokowo-ruchowa: rysowanie linii ciągłych pomiędzy dwoma punktami w polu ograniczonym (8 zadań) oraz nieograniczonym (8 zadań)

Spostrzeganie figury i tła: dziecko obrysowuje ukryte lub częściowo nakładające się figury

Spostrzeganie stałości kształtu: badany wybiera spośród różnych figur geometrycznych wyłącznie koła i kwadraty i je obrysowuje

Spostrzeganie położenia figur: wskazanie rysunku różniącego się od pozostałych w serii położeniem (rotacja lub odbicie lustrzane) lub rysunku identycznego ze wzorcowym. Spostrzeganie stosunków przestrzennych: dziecko odwzorowuje różne kombinacje linii z wykorzystaniem punktów orientacyjnych (na siatce z kropek).

Normy

- normalizacja z 1989 roku
- próba normalizacyjna
 - grupa 1600 dzieci, uczęszczających do przedszkoli i do I klasy szkoły podstawowej w ośmiu rejonach Polski
 - próba kwotowa na podstawie mikrospisu ludności GUS z 1984 r.
 - płeć: 799 dziewczynek, 801 chłopców
 - struktura próby reprezentatywna ze względu na miejsce zamieszkania oraz wykształcenie rodziców
- normy dla wyniku globalnego, czyli sumy wyników przeliczonych w pięciu podtestach: skala standaryzowanych ilorazów percepcji ($M = 100$; $SD = 15$)
 - skala centylowa i tenowa
 - normy dla wyników parcjalnych, czyli wyników surowych w poszczególnych podtestach:
 - skala wyników przeliczonych (zakres: 0 – 19, $M = 10$, $SD = 3$)
 - tzw. równoważniki wieku – pozwalają na ocenę, czy dany aspekt percepcji wzrokowej jest rozwinięty adekwatnie do wieku badanego
- normy dla szesnastu 3-miesięcznych grup wieku, bez uwzględnienia płci i miejsca zamieszkania

Pomoce i arkusze

- jedenaście kart do demonstracji
- jednorazowy zeszyt testowy
- na ostatniej stronie zeszytu – metryczka oraz arkusz obliczeniowy
- wzorce – kalki do oceny wyników w podteście I
- ołówek oraz kredki w czterech kolorach.

Procedura badania

Badanie może być przeprowadzone indywidualnie lub grupowo. Czas trwania jest nieograniczony, przeciętnie badanie grupowe trwa około 60 minut, a indywidualne – od 30 do 45 minut.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza rozwoju percepcji wzrokowej u dzieci:

- nieprzejawiających globalnych zaburzeń rozwojowych
- upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim
- ocena efektywności prowadzonych działań terapeutycznych i rewalidacyjnych
- prognozowanie osiągnięć szkolnych, w tym nabywania umiejętności czytania i pisania w połączeniu z innymi metodami diagnostycznymi.

Ograniczenia w stosowaniu

ze względu na konieczność rysowania test nie nadaje się do diagnozy psychometrycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych; w takich przypadkach metodę można zastosować, modyfikując sposób badania, a wyniki poddać wyłącznie analizie jakościowej.

Plusy i minusy

Plusy:

- test jest łatwy w stosowaniu a ocena wyników nie następuje trudności
- wyniki testu są podstawą do zaplanowania określonych oddziaływań terapeutycznych; do terapii można wykorzystać program „Wzory i obrazki” M. Frostig i D. Horne’a, w którym ćwiczenia obejmują badane w DTVP aspekty percepcji wzrokowej

Minusy:

- u dzieci w wieku 7;0–7;11 obserwuje się efekt sufitowy w podtestach Spostrzeganie położenia figur i Spostrzeganie stosunków przestrzennych, a więc są dla nich za łatwe
- brak aktualnych norm.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami, związanymi z nieaktualnymi normami.

5.2.2. Test Figury Złożonej Reya (Rey-Osterrieth Complex Figure Test, RCFT)

Autor

André Rey, Paul A. Osterrieth.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika: Strupczewska, B. (1990). *Test Figury Złożonej Rey-Osterrieth. Podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Centralny Ośrodek Metodyczny PWZ MEN, Warszawa. Test jest niedostępny na rynku.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- poziom strukturalizacji (organizacji) percepcyjnej
- poziom uwagi i kontroli wzrokowo-ruchowej
- pojemność pamięci, czyli bezpośredniej pamięci wzrokowej.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 8;6–14;5.

Podstawy teoretyczne

Brak danych w polskim podręczniku.

Historia

Polska standaryzacja i normalizacja francuskiej wersji testu. Test opublikowany przez A. Reya po raz pierwszy w 1941 roku, jako metoda do diagnozy różnicowej między „wrodzonymi brakami umysłowymi” a „brakami” powstałymi w wyniku zmian pourazowych CUN. W 1945 roku P. A. Osterrieth opracował kryteria jakościowe i analityczne do oceny wykonania testu i jego końcowego wyniku; wystandaryzował procedurę badania oraz opracował normy procentowe dla dzieci w wieku 4–15 lat i dorosłych w wieku 16–60 lat.

Brak badań pilotażowych na populacji polskiej.

Własności psychometryczne

Rzetelność testu była sprawdzana metodą retestu przez M. Kosca na populacji dzieci słowackich (Kosc, 1978). Współczynniki korelacji między testem i retestem dla kopii wynoszą 0,79 (dziewczęta) i 0,64 (chłopcy), a dla reprodukcji z pamięci odpowiednio 0,72 i 0,66, co oznacza zadowalającą stabilność wyników.

Trafność diagnostyczną w polskich badaniach sprawdzono, analizując korelacje między wykonaniem kopii i reprodukcji z pamięci, biorąc pod uwagę wyniki ogólne oraz czas wykonania. Współczynniki korelacji między wynikami ogólnymi w półrocznych przedziałach wieku (od 8;6 do 13;11) wyniosły od 0,29 do 0,61; między czasem wykonania – od 0,29 do 0,62.

Trafność wewnętrzną oceniono, analizując średnie oceny punktowe dla każdego z 18 elementów figury dla kopii i reprodukcji z pamięci. Na podstawie odchyłeń średnich wyników punktowych dla każdego elementu od średniej oceny punktowej, zaklasyfikowano elementy do łatwych lub trudnych. Porównanie średnich ocen punktowych w kopii i w reprodukcji, pozwoliło stwierdzić, że elementy nr 10, 12 i 15 są ściśle związane z dokładnością zapamiętywania wzoru, natomiast elementy nr 2, 3, 11, 13 i 18 – z organizacją percepcyjną figury.

Struktura

Zadanie polega na odwzorowaniu figury złożonej a następnie jej odtworzeniu z pamięci.

Normy

- badania normalizacyjne w latach 1982–1983
 - próba normalizacyjna:
 - 2526 dzieci
 - ogólnopolska próba kwotowa dla ośmiu warstw (wyodrębnionych ze względu na miejsce zamieszkania)
- struktura próby: płeć: 1256 dziewczynek, 1270 chłopców
- „normy” to przybliżone przedziały procentowe dla sześciu rocznych przedziałów wieku, bez uwzględnienia płci i miejsca zamieszkania (pięć kategorii jakościowych).

Pomoce i arkusze

- wzór figury złożonej
- arkusz zapisu dla psychologa (czas, kolejność rysowania poszczególnych elementów figury w kopii i reprodukcji z pamięci, określenie typu wykonania oraz punktacja)
- dwie kartki białego papieru formatu A5
- ołówek bez gumki
- stoper.

Procedura badania

Procedura badania w dwóch etapach:

1 etap – kopiowanie figury według wzoru

2 etap – po trzyminutowej przerwie odtwarzanie figury z pamięci

Badanie może być przeprowadzone indywidualnie lub grupowo. Nie jest ograniczone czasowo.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza poziomu percepcji wzrokowej u dzieci bez globalnych zaburzeń rozwoju
- ocena poziomu organizacji percepcyjnej z uwzględnieniem rozwojowych tendencji wykonania kopii i reprodukcji
- ocena funkcjonowania mimowolnej pamięci wzrokowej
- diagnoza różnicowa dzieci z organicznymi uszkodzeniami CUN (zwłaszcza płatów ciemieniowego i potylicznego) i upośledzonych umysłowo.

Ograniczenia w stosowaniu

- ze względu na konieczność rysowania test nie nadaje się do badania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych.

Plusy i minusy

Plusy:

- badanie testem jest łatwe i szybkie
- porównanie wykonania kopii i reprodukcji pozwala na różnicowanie zaburzeń organizacji percepcyjnej i pamięci wzrokowej
- analiza ilościowa informuje o poziomie percepcji i pamięci, natomiast analiza typów wykonania pozwala na charakterystykę przebiegu procesów organizacji percepcyjnej

Minusy:

- brak norm wyrażonych na skali standaryzowanej
- odnośniki do interpretacji wyników są nieaktualne

- nie sprawdzono, na ile ocena wykonania – pomimo określonych w podręczniku zasad punktowania – jest subiektywna, co należy mieć na uwadze podczas interpretowania wyników.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nie nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z powodu braku norm.

5.2.3. Test Pamięci Wzrokowej Bentona (Benton Visual Retention Test, BVRT)

Autor

Autor metody – Arthur Benton.

Podręcznik – Sivan, B. A. (1996). *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika

Jaworowska, A. (2007). *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- poziom percepcji wzrokowej
- poziom pamięci wzrokowej
- zdolności wzrokowo-konstrukcyjne

Wiek badanych

dzieci i dorośli w wieku 5;0–25;0 oraz dorośli w wieku 55;0–75;0.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Historia

Test opublikowany przez A. Bentona po raz pierwszy w 1946 roku, jako metoda przystosowana do celów klinicznych. Polska wersja to efekt standaryzacji i normalizacji testu amerykańskiego.

Brak badań pilotażowych na populacji polskiej.

Własności psychometryczne

Rzetelność oceniono metodą połówkową (współczynnik Spearmana-Browna). Wartość wiążącości współczynników dla populacji ogólnej zawiera się w przedziale 0,5–0,7. Dla grup klinicznych – od 0,8 do 0,9. Wyższe wartości uzyskano dla wskaźnika *Liczba Błędów Ogółem* (LBO) niż dla wskaźnika *Liczba Poprawnych Odwzorowań* (LPO).

Stabilność wyników jest wyższa dla wskaźnika LBO i bardzo zróżnicowana (korelacje od -0,10 do 0,84). Zgodność ocen sędziów bardzo wysoka dla LBO i LPO (0,92 i 0,90), a dla poszczególnych typów błędów – od 0,48 do 0,99.

Trafność testu oceniono na podstawie współczynników korelacji między LPO i LBO – dla wszystkich przedziałów wieku są one wysokie i oscylują wokół wartości 0,80. Dla całej badanej próby w wersjach C, D i E wynoszą odpowiednio: -0,94; -0,93; -0,94. Uzyskano również istotne korelacje ze *Wzrokowo-Motorycznym Testem Gestalt* L. Bender. Dla wskaźnika LPO dla całej próby w wersjach C, D i E wynoszą odpowiednio: -0,75; -0,74; -0,76, zaś dla wskaźnika LBO wynoszą odpowiednio: 0,78; 0,78; 0,80.

W ocenie **trafności** uwzględniono wyniki dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym. Prezentują one istotnie niższy poziom wykonania testu niż osoby z próby ogólnej; we wszystkich wersjach testu uzyskują istotnie niższą liczbę poprawnych odwzorowań oraz popełniają istotnie więcej błędów.

Struktura

Test posiada trzy równoległe wersje: C, D i E. Każda składa się z 10 wzorów, a każdy wzór zawiera jedną, dwie lub trzy figury geometryczne. Test można przeprowadzić za pomocą czterech alternatywnych metod: A (natychmiastowe odtwarzanie wzoru z pamięci po 10-sekundowej ekspozycji), B (natychmiastowe odtwarzanie wzoru z pamięci po 5-sekundowej ekspozycji), C (badany kopiuje wzór mając go cały czas przed oczami), D (badany ogląda wzór przez 10 sekund i odtwarza go z pamięci po 15-sekundowym odroczeniu).

Normy

- polskie badania normalizacyjne przeprowadzono w 1999 r.
- próba normalizacyjna
 - 2357 osób w wieku 5;0–25;0 i 55;0–75;0.
 - struktura próby: kontrolowano płeć, miejsce zamieszkania i wykształcenie rodziców lub wykształcenie osób badanych. Dla zmiennych: miejsce zamieszkania i wykształcenie podano dane procentowe dla poszczególnych przedziałów wieku (Jaworowska, 2007)
 - próba ogólnopolska – 11 województw
- normy – oddzielnie dla każdej wersji testu (C, D i E) i dla metody A
- ocena wyników surowych dla wskaźnika LPO – trzy kategorie opisowe (niskie, przeciętne i wysokie) oparte na kwartylach (rozkładzie procentowym)
- wskaźnik LBO – skala stenowa.

Pomoce i arkusze

- zeszyt z wydrukowanymi wzorami wchodzącymi w skład trzech wersji testu (C, D i E), umieszczony na podpórce (umożliwia ekspozycję wzorów do zapamiętania pod kątem 60°)
- szablon do oceny rysunków
- jednorazowy zeszyt odpowiedzi (10 czystych kartek w formacie wzoru, na których badany rysuje zapamiętane wzory) zawierający także arkusz wyników
- ołówek
- stoper.

Procedura badania

Procedura badania według instrukcji, zgodnie z wybraną metodą (A, B, C lub D).

Badanie przeprowadza się indywidualnie; nie ma limitu czasu na odtwarzanie wzoru.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza poziomu wzrokowej pamięci operacyjnej u dzieci i młodzieży
- różnicowanie między zaburzeniami pamięci a zaburzeniami percepcji i motoryki (przy zastosowaniu metody A lub B i C)
- badanie dzieci i młodzieży z podejrzeniem uszkodzenia lub choroby mózgu.

Ograniczenia w stosowaniu

- ze względu na konieczność rysowania test nie nadaje się do badania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami, powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych.

Plusy i minusy

Plusy:

- badanie testem jest łatwe i szybkie

Minusy:

- ocena wykonania rysunków – pomimo określonych w podręczniku zasad punktowania – wymaga wprawy oraz doświadczenia.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.2.4. Test Bender-Koppitz

Autor

Lauretta Bender, adaptacja – Elizabeth Koppitz.

Autor polskiego opracowania testu i podręcznika: Jaworska, J. (1990). *Test Bender-Koppitz. Podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Centralny Ośrodek Metodyczny PWZ MEN. Test niedostępny na rynku.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- poziom rozwoju integracji wzrokowo-ruchowej dzieci w wieku 5–8 lat, w tym:
 - poziom percepcji wzrokowej
 - poziom koordynacji ruchowej.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 5;0–10;11.

Podstawy teoretyczne

Według Koppitz percepcja wzrokowa to zrozumienie widzianego obrazu, a więc uświadomienie sobie różnych jego cech, takich jak kształt, wielkość, stosunek części do całości, wzajemne położenie części względem siebie. Warunkami sprawnej percepcji są spostrzeżenie bodźca oraz rozpoznanie obrazu na podstawie doświadczeń i pamięci. Zrozumienie obrazu odbywa się poprzez złożone operacje analizy i syntezy, przebiegające w ośrodkowej części analizatora wzrokowego. Percepcja wzrokowa zależy od dojrzałości ośrodków mózgowych i rozwija się z wiekiem. O zaburzeniach percepcji wzrokowej można mówić jedynie w kontekście wieku: to, co u młodszego dziecka jest normą, u starszego może być uznane za patologię. Aby prawidłowo odtworzyć spostrzegany obraz, oprócz percepcji konieczna jest sprawność ruchowa, niezależna od percepcji. Zatem wykonanie zadań w teście Bender-Koppitz wymaga właściwej integracji percepcji i koordynacji ruchowej.

Historia

Polska standaryzacja i normalizacja amerykańskiej wersji testu. Test był opublikowany przez L. Bender po raz pierwszy w 1938 roku, jako metoda kliniczna, wykrywająca uszkodzenia organiczne mózgu u osób dorosłych. Od lat sześćdziesiątych XX wieku stosowany jako trafna i skuteczna metoda diagnozowania dzieci z trudnościami w uczeniu się, zwłaszcza rozpoczynających naukę szkolną. Brak badań pilotażowych na populacji polskiej.

Własności psychometryczne

Podręcznik prezentuje **standardowe błędy pomiaru** dla wyniku ogólnego stosownie do wieku badanych, a przedziały ufności liczy się dla prawdopodobieństwa 85%.

Rzetelność testu określono sprawdzając stabilność bezwzględną metodą test–retest na próbie dzieci w wieku 6;0–7;11. Wartość współczynnika korelacji Pearsona dla wyniku ogólnego w teście wynosi 0,66; dla czasu wykonania 0,60. Zgodność ocen sędziów dla systemu ocen wykonania wynosi 0,92.

Trafność diagnostyczną testu oceniono, korelując jego wyniki z TMK Ravena oraz osiągnięciami szkolnymi. W pierwszym przypadku wykazano istotną zależność – im niższy wynik w teście Ravena, tym większa liczba błędów w teście Bender-Koppitz (korelacja 0,32). Wyniki testu Bender-Koppitz

i oceny szkolne wykazały statystycznie istotną zależność, zarówno z języka polskiego i matematyki, jak również średniej ocen ze wszystkich przedmiotów. Współczynniki korelacji w sześciu przedziałach wieku badanych wyniosły od -0,18 do -0,33; dla ocen z matematyki – od -0,17 do -0,33; dla średniej ocen – od -0,16 do -0,35.

Trafność prognostyczną oceniono, biorąc pod uwagę osiągnięcia szkolne po upływie 4 lat. Związek wyniku testowego z ocenami szkolnymi nie słabnie z czasem. Współczynniki korelacji dla ocen z języka polskiego, matematyki i dla średniej ocen w przedziale wieku 8;0–8;6 wyniosły odpowiednio: -0,29; -0,27; -0,30.

Uzyskano około 80% trafnych prognoz, dla wyników skrajnych – bardzo dobrych lub zdecydowanie słabych, przy czym wyniki wysokie są trafne prognostycznie w stosunku do dzieci 5–6-letnich, zaś wyniki niskie – w stosunku do dzieci powyżej 7 r.ż.

Struktura

Zadanie badanego polega na odwzorowywaniu prezentowanych dziecku kolejno 9 rysunków wzorcowych.

Normy

- badania normalizacyjne w roku 1980
- próba normalizacyjna
- próba ogólnopolska
- 3260 osób w wieku 5;0–10;11
 - schemat losowania wielostopniowego: warstwowo–grupowo–indywidualnego
 - struktura próby: płeć: dziewczynki – 1620, chłopcy – 1640
 - kontrolowano miejsce zamieszkania (8 warstw) i wykształcenie rodziców (wyższe, średnie, podstawowe)
- normy na skali stenowej
- normy dla wieku (od 5;0 do 7;11) w półrocznych przedziałach.

Pomoce i arkusze

- komplet wzorów L. Bender wykonanych na oddzielnych białych kartonikach o formacie 10,5x15 cm
- kilka kartek białego papieru formatu A4
- ołówki
- brak wystandaryzowanego arkusza zapisu – rodzaj i liczbę popełnionych przez dziecko błędów notuje się bezpośrednio na protokole badania, czyli kartce/kartkach z rysunkami, wykonanymi przez dziecko.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie; nie ma limitu czasu na odtwarzanie wzorów.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza poziomu rozwoju percepcji wzrokowej
- diagnoza poziomu sprawności motorycznych i koordynacji ruchowej
- badanie dzieci i młodzieży z podejrzeniem uszkodzenia lub choroby mózgu
- wykrywanie opóźnień rozwojowych w zakresie integracji wzrokowo-ruchowej u dzieci powyżej 8 roku życia
- prognoza osiągnięć szkolnych.

Ograniczenia w stosowaniu

- ze względu na konieczność rysowania test nie nadaje się do badania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami, powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych.

Plusy i minusy

Plusy:

- badanie testem jest łatwe i szybkie

Minusy:

- brak aktualnych norm
- prognoza w stosunku do osiągnięć szkolnych dzieci starszych niż 7-letnie jest nietrafna, gdy osiągają one w teście wyniki co najmniej przeciętne
- ocena wykonania rysunków – pomimo określonych w podręczniku zasad punktowania – wymaga wprawy i doświadczenia i jest zagrożona subiektywizmem.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami wynikającymi z braku aktualnych norm.

5.3. Testy rozwoju językowego

5.3.1. Skala Umiejętności Fonologicznych Elżbiety Koźniewskiej i Andrzeja Matuszewskiego. Skala F.

Autor

Autorzy metody – Elżbieta Koźniewska, Andrzej Matuszewski Podręcznik – Koźniewska, E., Matuszewski, A. (2003). *Skala umiejętności fonologicznych*. Warszawa: CMPPP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. Aktualnie w sprzedaży w Pracowni Testów Psychologicznych PTP w Warszawie.

Kto może stosować?

Według autorów podręcznika: pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych.
Według danych na stronie Pracowni Testów Psychologicznych: wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- umiejętności fonologiczne i metafonologiczne dziecka w zakresie analizy, syntezy i różnicowania słuchowego;

Wiek badanych

Dzieci w wieku 6;9–10;9, uczęszczające do klas I-IV.

Podstawy teoretyczne

Model przyswajanie umiejętności czytania G. Krasowicz-Kupis (1999). Przedmiot pomiaru został opisany jako percepcja słuchowa (Zakrzewska 1996), czyli zdolności dokonywania przez dziecko zamierzonej analizy i syntezy słuchowej wyrazów oraz słuchowego różnicowania wyrazów i ich struktury. Zdolności te uważane są za jedne z ważniejszych miar świadomości fonologicznej i w istotnym stopniu wyznaczają zdolność dziecka do opanowania umiejętności czytania i pisanie (Krasowicz-Kupis, 1999).

Historia

Test polski. Metoda jest adaptacją testu Barbary Zakrzewskiej „Próby percepcji słuchowej wyrazów” stworzonego w 1996 roku. Jej ostateczna wersja (dobór zadań) powstała po wstępnej analizie wyników badań normalizacyjnych nad próbami Zakrzewskiej. Zrezygnowano z oceny prób słuchowego różnicowania wyrazów polegającego na określeniu czy wyrazy są takie same czy inne, ponieważ dla większości dzieci było to zadanie zbyt łatwe i nie różnicowało ich poziomu wykonania. Brak szczegółowych danych o badaniach pilotażowych.

Własności psychometryczne

Podano **standardowe błędy pomiaru** dla pełnej skali z uwzględnieniem płci oraz możliwość obliczania przedziału ufności dla wyniku prawdziwego w całej skali z prawdopodobieństwem 80%.

Rzetelność Skali F oceniano za pomocą współczynnika stabilności bezwzględnej oraz zgodności wewnętrznej. Stabilność wyników skali, badana metodą retestu przeprowadzonego po upływie tygodnia, wykazała wysoki poziom (dla grupy dziewcząt 0,84, chłopców 0,90 i łącznie 0,87). Zgodność wewnętrzną szacowano za pomocą współczynnika *alfa* Cronbacha, który potwierdził zadowalającą rzetelność całej skali (0,87). Dla poszczególnych modułów współczynniki również są wysokie – wahają się od 0,82 do 0,88. Powyższe dane potwierdzają rzetelność Skali F i zasadność jej stosowania w diagnozie indywidualnej.

Trafność diagnostyczną Skali F oceniano przez korelowanie z wynikami prób do badania umiejętności czytania i pisanie Straburzyńskiej i Śliwińskiej (poziomu umiejętności czytania wyrazów,

czytania ze zrozumieniem i pisania ze słuchu) oraz ocenami szkolnymi (oceny na koniec roku z języka polskiego, matematyki i muzyki). Analizy te pokazały złożone zależności, potwierdzające generalnie trafność diagnostyczną skali, zwłaszcza dla dzieci młodszych (dla klasy II).

Oceniano także **trafność prognostyczną** Skali F, wykazując, że jej zakres zależy od kalendarzowego wieku uczniów. Szczególnie prognostyczne okazały się moduły *pss* – próby syntezy słuchowej wyrazów i *pas* – próby analizy słuchowej wyrazów (współczynniki korelacji dla dzieci młodszych wysokie, dla starszych umiarkowane).

Struktura

Test składa się z 68 (w tym 56 punktowanych) prób ułożonych w 6 modułach:

1. *pss* – próby syntezy słuchowej wyrazów (10 zadań)
2. *pas* – próby analizy słuchowej wyrazów (10 zadań)
3. *d* – moduł dodania głoski (12 zadań)
4. *z* – moduł zamiany głoski (12 zadań)
5. *p* – moduł przestawienia głosek (12 zadań)
6. *DZP* – moduł nazywania kategorii różnicy (12 zadań).

Moduły *pss* i *pas* obejmują odpowiednio zadania łączenia głosek w słowa oraz dzielenia słów na głoski. Moduły *d* i *z* to próby różnicowania struktury słuchowej dwóch wyrazów w sytuacji, gdy różnią się one z powodu dodania głoski, zamiany głoski, bądź jej przestawienia w słowie.

Ostatni, najtrudniejszy moduł *DZP*, wiąże się z koniecznością zróżnicowania struktury wyrazów i jednocześnie z nazwaniem kategorii różnicy (czy to zamiana, dodanie, czy przestawienie głosek w wyrazach).

Normy

- normalizacja w latach 1998–99
- próba normalizacyjna:
 - po 100 uczniów z klas I, II, III i IV szkoły podstawowej
 - normy ogólnopolskie
 - dobór kwotowy ze względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia rodziców na podstawie danych GUS z 1998 roku
 - wyrównane proporcje płci
- skala stenowa
- normy dla dzieci w wieku od 6;9 do 10;9 lat (z klas I – IV szkoły podstawowej).

Pomoce i arkusze

- arkusz zapisu.

Procedura badania

Badanie testem ma charakter indywidualny i trwa około pół godziny. Badanie powinno być prowadzone w wyciszonym pomieszczeniu (bardzo dobre warunki akustyczne)

Wymaga dobrej znajomości szczegółowej instrukcji, zwłaszcza wprawy w demonstrowaniu zadań fonologicznych.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza umiejętności fonologicznych u dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu w klasach I – IV szkoły podstawowej.

Ograniczenia w stosowaniu

- dzieci z niedosłuchem
- najbardziej diagnostyczne są wyniki badań Skalą F przeprowadzone w pierwszym semestrze pierwszej klasy.

Plusy i minusy

Plusy

- wpisuje się pozytywnie w procedury diagnozy trudności dyslektycznych u dzieci, dając możliwość diagnozowania poziomu funkcji fonologicznych dziecka, nawiązuje tym samym do współczesnych koncepcji dysleksji
- dobrze uzupełnia możliwości diagnozy dzieci z trudnościami w nauce czytania w pierwszej i drugiej klasie

Minusy

- obniżenie progu szkolnego i idące za tym zmiany w podstawie programowej wymagają uaktualnienia norm
- nie posiada oddzielnych norm dla prób analizy i syntezy słuchowej wyrazów i prób słuchowego różnicowania wyrazów, co ogranicza możliwości diagnostyczne
- mało czytelny sposób oceny i interpretacji wyników, stwarzający możliwości popełniania licznych błędów, na przykład niedostatecznie wyjaśnione, że w próbach *DZP* na poprawne wykonanie konieczne jest opisanie różnicy pomiędzy nimi.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.3.2. Test Świadomości Fonologicznej Barbary Kaji i Rami Nair

Autor

Autorzy metody – Barbara Kaja, Rami Nair.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Test nie posiada typowego podręcznika. Opis wraz z normami i instrukcją znajdują się w: Kaja, B., Nair, R., Zajac M. (2003). Normalizacja Testu Świadomości fonologicznej i jego zastosowanie w diagnozie dysleksji. W: B. Kaja (red.), *Diagnoza dysleksji*. (s. 70–94). Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Akademii Bydgoskiej.

Kto może stosować?

autorzy nie stawiają ograniczeń osobom korzystającym z testu. Proponują jedynie włączanie go w baterię testów do diagnozy dysleksji, jako cenne uzupełnienie metod diagnozujących umiejętności fonologiczne.

Co mierzy?

- wieloaspektową świadomość fonologiczną, której istota sprowadza się do dokonywania kilku operacji fonologicznych jednocześnie.

Wiek badanych

Dzieci i młodzież w wieku 7;0–15;0.

Podstawy teoretyczne

Test odwołuje się do współczesnych koncepcji, które patomechanizm dysleksji wiążą z deficytem przetwarzania fonologicznego. Autorzy jednocześnie posługują się terminami dysleksja wzrokowa i słuchowa (wnioskując, iż test w głównej mierze nadaje się do badania dysleksji słuchowej), a więc odnoszą się też w jakiejś mierze do bardziej tradycyjnych koncepcji dysleksji.

Historia

Test polski. Brak danych na temat historii powstania i badań pilotażowych.

Własności psychometryczne

Rzetelność testu oceniana za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha okazała się wysoka (współczynnik minimum 0,90 na różnych podpróbach).

Trafność testu oceniano poprzez korelacje z wynikami Testu do badania techniki głośnego czytania Konopnickiego (1961), pozwalającego na ocenę poprawności i tempa czytania (współczynniki od niskich dla 15-latków, przez umiarkowane dla 8–11-latków i 14-latków, do wysokich dla uczniów w wieku 7, 12 i 13 lat. Ocena trafności różnicowej wykazała, że osoby z dysleksją istotnie dłużej wykonują test i osiągają w nim wyniki istotnie niższe w porównaniu z osobami bez dysleksji. Ponadto dzieci młodsze osiągają istotnie niższe wyniki w teście od dzieci starszych, co dowodzi, że poziom wieloaspektowej świadomości fonologicznej wzrasta wraz z wiekiem i poziomem (stopniem) edukacji szkolnej i stabilizuje się około 10 roku życia.

Struktura

Test składa się z czterech zadań: dwóch badających zdolność kodowania sylab i dwóch badających zdolność ich dekodowania. Dwa pierwsze zadania dotyczą pojedynczych wyrazów, dwa następne odnoszą się do całych zdań. Zadania te „polegają na zaszyfrowaniu słów za pomocą dźwięku „ka” wstawianego po każdej sylabie, bądź na ich odszyfrowaniu. Dotyczy to najpierw słów, a następnie zdań” (Kaja, Nair, Zajac 2003, s.72).

Normy

- test został znormalizowany w latach 2000–2002
 - próba normalizacyjna
 - populacja dzieci z województwa kujawsko-pomorskiego
 - wiek od 7 do 15 lat
 - losowanie wielostopniowe, warstwowo-grupowe
 - liczebność próby 1069, zróżnicowane liczebności dla poszczególnych poziomów wieku
- skala stenowa
- normy dla dzieci w wieku od 7–15 roku życia, w rocznych przedziałach.

Pomoce i arkusze

- arkusz testowy, z zamieszczonymi na nim: instrukcją i zadaniami testowymi
- procedura badania (czas trwania badania, badanie indywidualne/grupowe)
- badanie ma charakter indywidualny i trwa kilkanaście minut.

Zastosowanie praktyczne

- ocena świadomości fonologicznej
- ocena deficytu fonologicznego u dzieci z podejrzeniem dysleksji rozwojowej
- zastosowanie w diagnozie dysleksji, ponieważ różnicuje w sposób istotny statystycznie wyniki osób z dysleksją od wyników osób bez dysleksji.

Ograniczenia w stosowaniu

- jak w innych testach fonologicznych.

Plusy i minusy

Plusy

- ma charakter zabawowy i jest atrakcyjny dla dzieci

Minusy

- ograniczony charakter norm – normy lokalne
- dłuższe zdania okazują się być nieco męczące dla badanych.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z lokalnym charakterem norm.

5.3.3. Zetotest

Autor

Grażyna Krasowicz-Kupis.

Podręcznik: Krasowicz, G. 1997. *Podręcznik do Zetotestu*. Lublin: Graner sc.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Test obecnie niedostępny w sprzedaży. Jego nowsza i zmieniona wersja została włączona do Baterii Dysleksja 3 i Dysleksja 5.

Kto może stosować?

Pedagodzy i psychologowie.

Co mierzy?

- słuchową pamięć fonologiczną u dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 7;0–13;0.

Podstawy teoretyczne

Test odwołuje się do koncepcji pamięci krótkotrwałej Baddeleya. Ponadto odnosi się do teorii deficytu przetwarzania fonologicznego w dysleksji. Wpisuje się tym samym pozytywnie w procedury nowoczesnej diagnozy trudności dyslektycznych u dzieci.

Historia

Metoda polska. Test oparty na próbie według Mottier, która jako narzędzie niewystandaryzowane używana była w Polsce w latach 80. i 90 XX wieku. Pierwsze wersje testu powstały w roku 1994 przy współudziale słuchaczy kursów na temat dysleksji organizowanych przez Polskie Towarzystwo Dysleksji oraz były przez nich pilotowane.

Własności psychometryczne

Oceny **rzetelności** Zetotestu dokonano na podstawie badania dzieci w wieku 6;6 lat. Wykorzystano technikę estymacji zgodności wewnętrznej. Współczynnik *alfa* Cronbacha wyniósł 0,85, co świadczy o zadowalającej rzetelności Zetotestu.

Trafność testu oceniano na grupie 6- i 7-latków między innymi przez korelacje z innymi miarami pamięci werbalnej. Wykorzystano próbę Powtarzanie Cyfr ze skali WISC-R oraz próbę eksperymentalną Powtarzanie serii słów. Wyższą korelację ($r = 0,37$) uzyskano dla powtarzania cyfr niż dla powtarzania słów ($r = 0,25$; $p < 0,01$). Oba współczynniki korelacji, mimo że istotne, należy uznać za niskie. Te rezultaty mogą być spowodowane różną naturą korelowanych miar – Zetotest ma charakter abstrakcyjny, podczas gdy w pozostałych próbach istotną rolę odgrywa czynnik semantyczny.

Dodatkowo **trafność różnicową** analizowano, porównując wyniki w Zetoteście w grupie dzieci dyslektycznych ($n=67$) z wynikami uzyskanymi przez dzieci bez żadnych trudności. Średni wynik w grupie dzieci dyslektycznych był istotnie niższy ($p < 0,001$), co dowodzi, że Zetotest trafnie różnicuje uczniów z dysleksją.

Struktura

Materiał testowy stanowi 28 sztucznych (pozbawionych znaczenia) słów o zróżnicowanej długości, ułożonych w seriach od 2 do 5 sylabowych, które dziecko ma odtworzyć (powtórzyć) po jednorazowym zaprezentowaniu ich ustnie przez badającego. Wynikiem jest suma poprawnych powtórzeń. Maksymalnie dziecko może uzyskać 28 punktów.

Normy

- normy z roku 1995–1997
- próba normalizacyjna:
 - 1007 badanych
 - dzieci z losowo wybranych szkół z województw lubelskiego i gdańskiego oraz kilku innych
 - zrównane proporcje płci
 - osiem grup wiekowych od 6 do 12 roku życia, o zróżnicowanej liczebności
 - dzieci z trzech środowisk – wsi, małych i dużych miast, najmniejszą grupę badanych stanowiły dzieci wiejskie – zaledwie 3 procent, natomiast grupy pozostałe zbliżone liczebnie
 - grupa walidacyjna – celowo dobrani pacjenci poradni przy Polskim Towarzystwie Dysleksji w Lublinie, których wyniki służyły do analiz trafności diagnostycznej
- skala stenowa
- normy dla poziomów wiekowych: 6;6, i dla dzieci w wieku od 7;0 do 12;0 w odstępach rocznych.

Pomoce i arkusze

- arkusz zapisu wyników (są na nim instrukcja i słowa będące materiałem testowym)
- procedura badania (czas trwania badania, badanie indywidualne/grupowe)
- badanie ma charakter indywidualny i trwa kilka minut.

Zastosowanie praktyczne

- ocena funkcji językowych, zwłaszcza umiejętności fonologicznych u dzieci
- ocena funkcjonowania pamięci operacyjnej modalności słuchowej tzw. fonologicznej pamięci operacyjnej
- różnicowanie problemów pamięciowych
- składnik badania gotowości szkolnej
- diagnoza deficytu fonologicznego w dysleksji.

Ograniczenia w stosowaniu

- takie jak w innych testach fonologicznych.

Plusy i minusy

Plusy

- test trafnie różnicuje grupę dzieci dyslektycznych i z ryzykiem dysleksji
- możliwości stosowania w szerokim zakresie wieku
- krótki, łatwy w stosowaniu i obliczaniu wyników
- jest atrakcyjny i zabawny dla dzieci
- może być stosowany także przez logopedów do badania wybranych aspektów artykulacji i słuchu fonemowego u dzieci w wieku przedszkolnym
- dzięki względnie niewysokiej korelacji z podtestem Powtarzanie Cyfr w skali WISC-R pozwala wyodrębnić osoby, które mają problemy z pamięcią sekwencyjną, a nie mają problemów językowych
- materiał sztucznych słów nie podlega szybkiemu uczeniu, więc test może być często powtarzany, co pozwala na przykład monitorować efekty działań terapeutycznych

Minusy

- brak norm ogólnopolskich
- nieaktualne normy tej wersji testu.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami wynikającymi z braku aktualnych norm ogólnopolskich dla tej wersji.

5.3.4. Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR)

Autor

Autorzy metody – Ewa Haman, Krzysztof Fronczyk i Magdalena Łuniewska.

Podręcznik – Haman, E., Fronczyk, F. 2012. *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie. OTSR*. Gdańsk: PTPiP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.

Kto może stosować?

Psychologowie, pedagodzy i logopedzi (w ścisłej współpracy z psychologami).

Co mierzy?

- zasób słownictwa biernego oraz poziom rozumienia mowy
- rozumienie pojedynczych słów (rzeczowników, czasowników i przymiotników)
- przydatny do oceny poziomu rozwoju językowego, poznawczego, a także społecznego.

Wiek badanych

dzieci w wieku 2;0–6;11.

Podstawy teoretyczne

Koncepcja wiedzy językowej i słownika umysłowego w ujęciu psycholingwistycznym. Zgodnie z założeniami teoretycznymi słownictwo biernie jest lepszym wskaźnikiem wiedzy językowej dziecka, niż słownictwo czynne, ponieważ zwykle więcej słów jest rozumianych przez dzieci aniżeli przez nie używanych. Słownik umysłowy to mająca dynamiczny charakter struktura znajdująca się w pamięci długotrwałej, zawierająca słowa wraz z ich semantyczną, gramatyczną i fonetyczną charakterystyką (Haman, 2013). Jego rozwój stanowi istotny aspekt rozwoju językowego.

Historia

Metoda polska. Konstrukcja testu przebiegała w następujących etapach: wybór słów kluczowych i dystraktorów, przygotowanie obrazków i pozycji testowych oraz badanie właściwości pozycji. Badania pilotażowe, przeprowadzone w przedszkolach na terenie Polski w 2007 roku, objęły dzieci starsze i młodsze. W rezultacie kolejnych badań stworzono dwie ostateczne wersje testu: A i B (zawierające po 88 pozycji).

Własności psychometryczne

Podano **standardowe błędy pomiaru** dla wszystkich grup wiekowych oraz możliwość obliczania przedziałów ufności z prawdopodobieństwem 85% i 95%.

Rzetelność OTSR oceniano metodą połówkową. Podziału dokonano na parzyste i nieparzyste pytania danej skali (rzeczownikowej, czasownikowej i przymiotnikowej). W przypadku wyniku ogólnego dla obu wersji uzyskano bardzo wysokie współczynniki rzetelności – mieściły się one w przedziale 0,91 do 0,97. Jedynie dla grupy najstarszych dziewczynek w wieku 6;6 do 6;11 współczynniki były niższe. Dla poszczególnych części testu osiągnięto zróżnicowane wskaźniki rzetelności ocenianej metodą połówkową – wysokie dla rzeczowników, umiarkowane i wysokie dla czasowników oraz zadowalające i umiarkowane dla przymiotników. Najniższą rzetelność wykazała skala przymiotników (w niektórych grupach mniej niż 0,5). Skala ta nie może mieć zatem praktycznego zastosowania.

Trafność testu sprawdzano różnymi metodami. Jeśli chodzi o trafność treściową dowiedziono, że OTSR pozwala na pomiar słownictwa zrównoważony pod względem frekwencji trzech części mowy najczęściej występujących w polszczyźnie.

W zakresie oceny trafności teoretycznej przeprowadzono analizy głównych składowych oraz analizy w modelu IRT (*Item Response Theory*). Wyniki analizy głównych składowych oraz wyniki skalowania IRT wskazują, że OTSR jest narzędziem jednowymiarowym. Na podstawie informacji o sposobie konstrukcji narzędzia można uznać, że wymiarem tym jest zasób słownictwa. A zatem zgodnie z założeniem OTSR służy do pomiaru jednej zmiennej, jaką jest słownictwo dziecka.

Struktura

OTSR został opracowany w dwóch wersjach równoległych A i B, co pozwala na powtórzenie pomiaru w krótkich odstępach czasu. Każda z nich zawiera po 88 pozycji uporządkowanych według stopnia trudności. Wyróżniono następujące skale: Rzeczowniki (RZ), Czasowniki (CZ), Przymiotniki (PRZ). Zadaniem dziecka jest dokonanie wyboru jednego z czterech obrazków opisywanych słowem przez badającego *Pokaż mi gdzie jest?, Pokaż mi kto? Gdzie jest...*

Normy

- normalizacja w latach 2010–2011
- próba normalizacyjna:
 - próba ponad 1900 dzieci, ogólnopolska
 - dobór kwotowy uwzględniający: wiek dziecka, płeć dziecka, status socjoekonomiczny rodziny (którego podstawowym wskaźnikiem jest wykształcenie rodziców), miejsce zamieszkania oraz region geograficzny zamieszkania na podstawie danych GUS z 2009 roku
- skala centylowa i stenowa
- normy dla dzieci w wieku od 2;00 do 6;11 – osobno dla dziewczynek i chłopców, w dziesięciu półrocznych przedziałach wiekowych oraz oddzielne dla każdej z wersji.

Pomoce i arkusze

- dwa zestawy tablic testowych (ramki z obrazkami) dla wersji A i B
- arkusz zapisu.

Procedura badania

Badanie ma charakter indywidualny. W czasie wykonywania testu dziecko proszone jest o wskazywanie obrazków odpowiadających słowom kluczowym, przy czym przy każdym słowie badany dokonuje wyboru jednego z czterech obrazków przedstawionych na planszy. Procedura badania testem uwzględnia wiek dziecka i poprawności jego odpowiedzi, co pozwala na minimalizację czasu badania (w zależności od wieku wynosi średnio od 2 do 7 minut). Procedura badania jest sztywna, ściśle według instrukcji.

Zastosowanie praktyczne

- narzędzie przesiewowe lub uzupełniające w diagnozie trudności nabywania mowy przez dzieci
- pomocny w poszukiwaniu źródeł trudności na początkowym etapie nauki.

Ograniczenia w stosowaniu

- trudny do zastosowania w przypadku dzieci, dla których język polski nie jest językiem ojczystym
- dzieci niedosłyszające
- ograniczenia wynikające z doboru próby normalizacyjnej – brak badań normalizacyjnych na grupie dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi.

Plusy i minusy

Plusy

- wystandaryzowany, znormalizowany, nowoczesny test do diagnozy rozumienia mowy (słów) u dzieci w wieku przedszkolnym
- krótki czas badania umożliwia diagnozę opóźnienia w rozwoju mowy dziecka
- przydatny w diagnozie zaburzeń rozwoju językowego, np. SLI

Minusy:

- nie jest wystarczający do szerszej oceny rozwoju językowego.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.3.5. Test Słownikowy Dla Dzieci (TSD)

Autor

Zespół Pracowni Testów Psychologicznych PTP.

Podręcznik: Koć-Januchta, M. (2013). *Test Słownikowy dla Dzieci. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Wyłącznie psychologowie.

Co mierzy?

- poziom inteligencji skryzalizowanej (werbalnej) na podstawie kompetencji językowych (mowy czynnej i biernej)
- uzupełnienie diagnozy inteligencji wykonywanej za pomocą testów niewerbalnych.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 4;0–7;11.

Podstawy teoretyczne

Test bazuje na założeniach różnych teorii inteligencji zakładających, że zdolności werbalne, zarówno bierne (rozumienie słów), jak i czynne (generowanie informacji słownej) są składowymi struktury inteligencji. Badania wskazują na wysoki poziom korelacji zdolności werbalnych z miarami inteligencji ogólnej. Konstrukcja testu opiera się na koncepcji Cattella, (Koć-Januchta, 2013), wiążąc zdolności werbalne z inteligencją skryzalizowaną, gdzie testy słownikowe traktuje się często jako towarzyszące testom służącym do pomiaru inteligencji płynnej (niewerbalnej).

Historia

Metoda polska. Test wzorowany na Teście Rozumienia Słów (Matczak, Jaworowska, Martowska, 2012) przeznaczonym dla dorosłych.

Badania pilotażowe na 120 dzieciach w wieku 4;0 – 7;11 przeprowadzono w roku 2010 w różnych środowiskach zamieszkania. W efekcie z pierwotnej wersji usunięto ponad połowę zadań wersji pilotażowej, doprecyzowano instrukcje, przerezegowano opowiadanie oraz stworzono klucz odpowiedzi.

Własności psychometryczne

Dla wszystkich grup wiekowych, dla obu części testu i dla wyniku ogólnego, zaprezentowano **standardowe błędy pomiaru** oraz umożliwiono obliczenie przedziału ufności z prawdopodobieństwem 85 i 95%.

Rzetelność testu obliczono metodą połówkową dla poszczególnych podtestów, na czterech poziomach wieku. Współczynniki te są zróżnicowane, i nie zawsze zadowalające. Niski poziom rzetelności ma podtest 4. w grupie dzieci siedmioletnich ($r_{tt} = 0,49$), zaś podtesty 1. ($r_{tt} = 0,64$) i 3. ($r_{tt} = 0,60$) – w grupie dzieci czteroletnich. We wszystkich pozostałych testach rzetelność testów jest zadowalająca i wynosi od 0,72 do 0,81. Współczynniki rzetelności dla wyniku ogólnego dla każdego poziomu wieku są wysokie i wynoszą od 0,88 do 0,91, i pozwalają na jego wykorzystanie w diagnozie indywidualnej. Podobnie współczynniki rzetelności dla wskaźników Mowy Czynnej i Mowy Biernej są dobre, wynoszą od 0,74 do 0,89 i pozwalają na stosowanie ich w diagnozie indywidualnej, za wyjątkiem mowy biernej u 4- i 6-latków, i mowy czynnej u 7-latków. Analiza stabilności bezwzględnej (retest po 4 tygodniach) wykazała względną stabilność wyników, jednak interpretację wyników

oceny rzetelności tą metodą wyraźnie komplikuje fakt, że badane dzieci znajdowały się w okresie intensywnego rozwoju słownika i pojęciowego.

Badania potwierdzają **trafność** TSD jako narzędzia do pomiaru mowy czynnej i biernej oraz inteligencji skryzalizowanej. Wyniki testu korelowano z wynikami Neutralnego Kulturowo Testu Inteligencji Cattella oraz z wynikami Testu Matryc Kolorowych Ravena. Obraz korelacji z testem Cattella i Ravena potwierdza związek wyniku w Teście Słownikowym dla Dzieci z inteligencją płynną. Trafność testu potwierdzają również dodatnie korelacje pomiędzy wynikami TSD, zarówno wynikiem ogólnym, jak i wynikami w zakresie mowy czynnej i biernej a Skalami Inteligencji i Rozwoju IDS.

Struktura

TSD zbudowany jest z czterech podtestów, mierzących mowę czynną (podtest 2 i 4) i bierną (1 i 3).

Podtest 1: Kategorie – wymaga od dziecka stwierdzenia czy słowo, które mu przeczytano należy do podanej w poleceniu, jednej z sześciu kategorii: ubiór, części ciała, nazwy zwierząt, urzędy, uczucia, symbole państwowe.

Podtest 2: Obrazki – wymaga podania nazwy obiektu przedstawionego na rysunku. Obrazki przedstawiają osoby, zwierzęta, przedmioty i artykuły żywnościowe.

Podtest 3: Synonimy – wymaga od dziecka wybrania wyrazu bliskoznacznego do podanego słowa bodźcowego spośród 3 możliwości.

Podtest 4: Opowiadanie – polega na uzupełnianiu luk w opowiadaniu czytany dziecku.

Normy

- normalizacja z roku 2010
- próba normalizacyjna:
 - 750 dzieci w 8 kategoriach wiekowych od 4;0 do 7;11
 - 373 dziewczynki i 377 chłopców
 - próba ogólnopolska
 - dobór kwotowy z uwzględnieniem płci, wykształcenia matki, miejsca zamieszkania dopasowany do struktury populacji według danych Rocznika Demograficznego z 2008 roku
- skala stenowa
- normy opracowano dla czterech poziomów wieku: 4;0–4;11, 5;0–5;11, 6;0–6;11 i 7;0–7;11 bez podziału na płeć.

Pomoce i arkusze

- arkusz odpowiedzi zawierający zadania testowe
- komplet 26 obrazków.

Procedura badania

Badanie ma charakter indywidualny, bez ograniczeń czasowych. Przeciętny czas trwania badania to 20 minut.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza inteligencji werbalnej dzieci w wieku przedszkolnym (najlepszy dla 5- i 6-latków)
- diagnoza inteligencji skryzalizowanej
- badania przesiewowe dla dzieci zaniedbanych lub szczególnie uzdolnionych.

Ograniczenia w stosowaniu

- ograniczenia jak dla wszystkich testów językowych
- jest relatywnie trudny dla młodszych dzieci (czteroletnich) i dość łatwy dla starszych (siedmioletnich).

Plusy i minusy

Plusy

- stosowany łącznie z testami do badania inteligencji niewerbalnej daje możliwość pełnej diagnozy poziomu inteligencji dziecka przedszkolnego
- ze względu na krótki czas badania i prosty sposób oceny i interpretacji wyników może być stosowany w badaniach przesiewowych w diagnozie gotowości szkolnej

Minusy

- ograniczone możliwości zastosowania testu w niektórych grupach wiekowych ze względu na niską rzetelność.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.4. Testy czytania i pisania

5.4.1. Próby Teresy Straburzyńskiej i Teresy Śliwińskiej

Autor

Autorzy metody Teresa Straburzyńska i Teresa Śliwińska.

Podręcznik: Straburzyńska, T., Śliwińska, T. 1987. *Seria testów czytania i pisania dla klas I-III szkoły podstawowej. Podręcznik*. Warszawa: COMPWZ MOiW.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Oświaty i Wychowania. Rozpowszechniona w poradniach, niedostępna na rynku.

Kto może stosować?

Psychologowie i pedagodzy.

Co mierzy?

- poziom umiejętności czytania i pisania dzieci w klasach I–III.

Wiek badanych

Dzieci uczęszczające do klas I–III.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Historia

Test polski. Zestaw prób wybrany i opracowany na podstawie programu nauczania języka polskiego w klasach I–III z lat 80. XX wieku. Wstępnie przygotowany zestaw został poddany badaniom pilotażowym, w wyniku których opracowane zostały dwie równoległe wersje sprawdzianów, których potem użyto w badaniach normalizacyjnych w losowo wybranych szkołach podstawowych wiejskich, gminnych, osiedlowych i wielkomiejskich. Pierwsze wydanie miało miejsce w 1980 r nakładem Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej w Poznaniu.

Własności psychometryczne

Brak danych na temat rzetelności i trafności testu.

Struktura

Test się zbudowany jest z dwóch części, w skład których wchodzi 21 zadań.

Cześć pierwsza zawiera podstawowe próby: znajomości liter i umiejętność czytania pojedynczych słów i jest przeznaczona do badania dzieci na początkowym etapie nauki czytania.

Część druga przeznaczona jest dla uczniów, którzy mają już za sobą wstępny etap nauki czytania i pisanie, zawiera 19 prób oceniających umiejętności czytania ze zrozumieniem, pisanie ze słuchu, z pamięci i przepisywania. Próby są przeznaczone do badania po I semestrze i na koniec roku szkolnego. Poziom trudności jest odpowiednio dostosowany do etapu edukacyjnego.

Normy

- normy z 1984 roku, tylko dla wybranych wskaźników: tempo czytania wyrazów, czytanie ze zrozumieniem, tempo czytania tekstu oraz poprawność pisanie ze słuchu
- próba normalizacyjna:
 - losowy dobór dzieci z różnych miejsc zamieszkania i na różnych poziomach wieku (brak bliższych informacji o strukturze prób)

- brak informacji o tym, czy normy mają charakter ogólnopolski
- próby normalizacyjne: klasa I – 146 dzieci, klasa II – 184, klasa III – 182, brak danych o strukturze płci
- skala stenowa
- dla pozostałych miar czytania – oceny opisowe oparte na 3 kategoriach: wynik poniżej przeciętnej, przeciętny i powyżej przeciętnej.

Pomoce i arkusze

- zbiór osobno drukowanych tekstów na tablicach formatu A5
- arkusz zapisu.

Procedura badania

Badanie indywidualne. Czas badania nie przekracza pół godziny.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza poziomu wszystkich aspektów czytania i pisania na etapie edukacji wczesnoszkolnej.

Ograniczenia w stosowaniu

- dzieci, dla których polski nie jest językiem ojczystym lub mają deficyty językowe np. z powodu powrotu z emigracji
- w przypadku prób pisania – także dzieci z niedowładami.

Plusy i minusy

Plusy

- próby są różnorodne

Minusy

- normy są niedoskonałe i nieaktualne
- zawartość treściowa testu jest znacznie zdezaktualizowana (teksty są infantylne, mało interesujące dla współczesnych dzieci), co obniża trafność treściową narzędzia
- test obecnie zbyt łatwy w kontekście wymagań programowych na początkowym etapie edukacji.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nie nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z powodu braku odpowiednich norm oraz braku oceny psychometrycznej narzędzia i niskiej trafności treściowej.

5.4.2. Test Dom Marka

Autor

Marta Bogdanowicz.

Podręcznik: Bogdanowicz, M. (2009). *Test Czytania Głośnego – Dom Marka*. PTPIP. Gdańsk.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.

Kto może stosować?

Psycholodzy, pedagodzy i logopedzi.

Co mierzy?

- umiejętność czytania głośnego przez uczniów kończących pierwszy rok nauki czytania
- tempo, technikę i poprawność głośnego czytania
- rozumienie czytanego tekstu.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 6;11–7;11.

Podstawy teoretyczne

Brak.

Historia

Próba polska. Jest ona nowszą wersją próby „Darek”, opracowanej przez autorkę na początku lat 80. XX wieku, z myślą o dzieciach siedmioletnich kończących wówczas klasę zerową, program której obowiązywał nauczycieli do uczenia dzieci podstaw czytania i pisania. Próba „Darek” została znormalizowana w latach 1981/82, a opublikowana w 1997 roku.

Własności psychometryczne

Brak danych o rzetelności. Trafność diagnostyczna, określaną w podręczniku jako różnicowa, potwierdzono jedynie, wykazując, że dobrze różnicuje dzieci o słabej technice czytania od dzieci dobrze czytających.

Struktura

Składa się z trzech zasadniczych części służących do:

1. badania znajomości liter i cyfr – dziecko nazywa litery, które rozpoznaje spośród prezentowanych 49 liter podstawowych (25 liter małych i 24 wielkich)
2. badania umiejętności czytania – dziecko odczytuje samodzielnie a następnie opowiada historijkę pt. „Dom Marka”
3. badania rozumienia samodzielnie odczytanego tekstu – dziecko odpowiada na pytania dotyczące treści historyjki.

Normy

- normalizacja przeprowadzona w 2009 roku
- próba normalizacyjna:
 - populacja dzieci siedmioletnich kończących pierwszą klasę
 - brak danych o strukturze próby i jej wielkości
- normy centylowe dla tempa i poprawności, dla pozostałych wskaźników – analizy procentowe
- osobne normy dla: tempa czytania tekstu jako całości, tempa i poprawności czytania w ciągu jednej minuty oraz dla stopnia rozumienia przeczytanego tekstu

Pomoce i arkusze

- dwie tablice testowe: „Litery i cyfry” oraz „Dom Marka”
- arkusz badania z pytaniami do badania rozumienia czytanego tekstu (do 3 części testu).

Procedura badania

Badanie ma charakter indywidualny; trwa kilkanaście minut.

Zastosowanie praktyczne

- badanie umiejętności czytania (techniki, tempa i poprawności czytania oraz rozumienia czytanego tekstu) uczniów po pierwszym roku nauki, ale jako narzędzie przesiewowe
- wraz ze Skalą Ryzyka Dysleksji Bogdanowicz (2005) służy przesiewowym badaniom pod kątem diagnozy ryzyka specyficznych trudności w czytaniu.

Ograniczenia w stosowaniu

- normy są odpowiednie jedynie do badania siedmiolatków ze środowiska miejskiego kończących pierwszy rok nauki szkolnej
- ograniczenia interpretacyjne wynikające z braku danych o rzetelności i trafności.
- jak w innych testach czytania.

Plusy i minusy

Plusy

- możliwość stosowania narzędzia jako testu przesiewowego.
- w połączeniu z innymi testami np. SRD czy Dekodowanie daje możliwość diagnozowania ryzyka dysleksji

Minusy

- brak oceny psychometrycznej
- ograniczony charakter norm – brak danych o doborze próby
- brak danych, czy opracowane normy dla siedmiolatków mogą być stosowane dla dzieci sześciolletnich, kończących I klasę po obniżeniu wieku startu szkolnego.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nie nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej – brak odpowiednich norm oraz informacji o własnościach psychometrycznych narzędzia.

5.4.3. Testy czytania dla 6-latków G. Krasowicz-Kupis

Autor

Grażyna Krasowicz-Kupis.

Podręcznik: Krasowicz-Kupis, G. (2008) *Testy czytania dla 6-latków. Podręcznik*. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie, obecnie niedostępny w sprzedaży.

Kto może stosować?

Pedagodzy i psychologowie.

Co mierzy?

- umiejętność czytania i podstawowe uwarunkowania czytania: znajomość liter, tempo nazywania, przetwarzanie fonologiczne (czytanie sztucznych słów).

Wiek badanych

Dzieci kończące naukę w dawnym oddziale przedszkolnym, którą rozpoczynały jako 6-latki, co faktycznie oznacza dzieci w wieku od około 6;5 do 7;5.

Podstawy teoretyczne

Test w nurcie psycholingwistycznej koncepcji czytania G. Krasowicz-Kupis (1999), jako złożonej czynności psychicznej i jako formy komunikacji językowej rozumianej przede wszystkim jako czynność językowa i metajęzykowa, a także metapoznawcza i pragmatyczna. Ponadto oparty na modelu rozwoju czytania G. Krasowicz-Kupis (2008).

Historia

Metoda polska. Pierwotna wersja testu została opracowana w 2005 roku, w ramach projektu „Badanie gotowości szkolnej sześciolatków” zrealizowanym w CMPPP w roku 2006 współfinansowanym ze środków EFS i CMPPP (Frydrychowicz, Koźniewska, Matuszewski, Zwierzyńska, 2006). Założono, że ocenie należy podać wczesne umiejętności czytania we wszystkich aspektach oraz najważniejsze sprawności bezpośrednio wpływające na jego poziom, a badanie powinno być krótkie i łatwe w stosowaniu.

Pierwszy, tzw. mały pilotaż przeprowadzony w 2005 roku, sprawdzał użyteczność dobranej materiału. Właściwy pilotaż przeprowadzono na początku 2006 roku na grupie 100 dzieci.

Własności psychometryczne

Standardowe błędy pomiaru policzono dla prób Litery, Tekst, Wyrazy, Rozumienie oraz dla Tekst i Wyrazy łącznie, umożliwiając one obliczanie przedziałów ufności dla wyników z prawdopodobieństwem 85% i 95%

Analizy **rzetelności** testu czytania dla 6-latków dokonano na losowo wybranej z całej próby standaryzacyjnej grupie 35 dzieci, oceniając wewnętrzną spójność skali.

Otrzymane rezultaty wskazują wysoki poziom rzetelności wszystkich prób zawartych w teście czytania, współczynnik *alfa* Cronbacha był najwyższy dla prób Tekst (0,98), Litery (0,92) i Wyrazy (0,91), nieco niższy dla próby Rozumienie (0,86).

W przypadku Testu Czytania dla 6-latków oceniano trafność teoretyczną oraz kryterialną i diagnostyczną.

Trafność teoretyczną rozpatrywano przez odniesienie do koncepcji autorki podręcznika dotyczącej kompleksowego charakteru czynności czytania. W świetle tej koncepcji zostały skonstruowane poszczególne próby w teście. Cechy ich konstrukcji, a przez to ocena ich trafności teoretycznej, odwołuje się do właściwości 6-latków.

Analiza struktury wewnętrznej Testu Czytania pokazuje, że pomiary poszczególnymi próbami są spójne, gdyż korelacje między nimi są co najmniej umiarkowane (dla próby Litery) lub wysokie.

Trafność diagnostyczna była analizowana na podstawie wybranych aspektów oceny gotowości szkolnej w wybranych grupach dzieci prezentujących wysoki i niski poziom czytania, a także porównania poziomu czytania dzieci z grup zgodnej i niezgodnej z oczekiwaniami pod względem poziomu umiejętności szkolnych i kompetencji poznawczych, ocenianych Skalą Gotowości Szkolnej Koźniewskiej. Uzyskane istotne różnice międzygrupowe potwierdzają trafność diagnostyczną Testu Czytania dla 6-latków.

W ocenie **trafności kryterialnej** odniesiono się do zmiennych wysoko powiązanych z umiejętnością czytania. Analizy obejmowały związek z poziomem rozwoju umysłowego, percepcji wzrokowej oraz gotowości szkolnej. Analizy pokazały, że:

- korelacje z rozwojem umysłowym są niskie (od 0,23 do 0,29), lecz wyraźnie istotne, co potwierdza trafność narzędzia
- korelacje z ogólnym wskaźnikiem rozwoju percepcyjnego są niskie, ale zróżnicowane w zależności od podskali – najsilniejsze dla spostrzegania stałości kształtu, nieco niższe dla figury i tła; spostrzeganie stosunków przestrzennych nie koreluje z czytaniem, co jest zgodne z aktualną wiedzą na temat czynności psychicznych zaangażowanych w czytanie
- wszystkie oceniane aspekty czytania istotnie korelują zarówno z ogólnym poziomem gotowości szkolnej, jak i z jej poszczególnymi składnikami – najwyższe korelacje znaleziono dla skali Umiejętności Szkolne i Kompetencje Poznawcze oraz Samodzielność.
- Uzyskane rezultaty potwierdzają trafność Testów Czytania dla 6-latków.

Struktura

Test składa się z dwóch grup prób: czytania i prób dodatkowych (sztuczne wyrazy i tempo nazywania). Próby czytania (w każdym przypadku, poza Rozumieniem, badanie trwa 60 sekund):

- Litery – rozpoznawanie liter (próba warunkująca możliwość kontynuowania badania)
- Tekst – czytanie tekstu (wprowadza bohaterów, którzy występują w dalszych częściach badania w instrukcjach)
- Wyrazy – czytanie wyrazów (pozwala na ocenę dekodowania i ewentualnie strategii)
- Rozumienie – czytanie ze zrozumieniem (dziecko dobiera podpisy do obrazków), czas 2 minuty

Próby dodatkowe:

- Sztuczne wyrazy – czytanie sztucznych wyrazów (bada przetwarzanie fonologiczne i ewentualnie strategię), czas 60 sekund
- Tempo nazywania – nazywanie obrazków i cyfr na planszach (tempo nazywania materiału percepcyjnego konkretnego i symbolicznego) – po 30 sekund dla zadania.

Normy

- normalizacja w 2006 roku
- próba normalizacyjna:
 - próba 489 dzieci
 - równe proporcje płci
 - ogólnopolska, reprezentatywna próba dzieci sześciolletnich uczęszczających do oddziałów przedszkolnych w równej proporcji w przedszkolach i szkołach
 - dobór placówek warstwowo-losowy, odbywał się osobno dla przedszkoli i szkół, oparty na trzystopniowej procedurze, opisanej przez Frydrychowicz i wsp. (Frydrychowicz, Koźniewska, Matuszewski, Zwierzyńska, 2006)
- normy centylowe
- normy z uwzględnieniem płci badanych.

Pomoce i arkusze

- plansze wielokrotnego użytku do każdej z prób

- jednorazowy arkusz badania do próby VI – Rozumienie
- arkusze odpowiedzi i jeden arkusz zbiorczy dla badającego.

Procedura badania

- badanie indywidualne
- badanie próbami czytania trwa około 10 minut
- badanie wszystkim próbami (czytania i dodatkowymi) – trwa około 15 minut.

Zastosowanie praktyczne

- ocena czytania we wszystkich aspektach (znajomość liter, czytanie tekstu, wyrazów, sztucznych wyrazów, rozumienie)
- ocena tempa nazywania
- ocena przetwarzania fonologicznego (sztuczne wyrazy).

Ograniczenia w stosowaniu

- dzieci, dla których polski nie jest językiem ojczystym, lub mają deficyty językowe np. z powodu powrotu z emigracji.

Plusy i minusy wynikające z doświadczeń praktycznych

Plusy

- krótki i łatwy w stosowaniu
- dający wiele szczegółowych wskaźników, pomagających ukierunkować pracę z dzieckiem
- ograniczone czasowo próby pozwalają ograniczyć wpływ wielu zmiennych zakłócających trafność pomiaru (zmęczenie, problemy z uwagą itp.)

Minusy

- dość skomplikowany sposób liczenia wyników.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z faktem, że normy liczone przed reformą obniżającą wiek startu szkolnego (liczone dla dzieci, które rozpoczęły naukę w oddziale rocznego przygotowania przedszkolnego w wieku 6 lat).

5.4.4. Test Dekodowania Szczerbińskiego i Pelc-Pękali

Autor

Autorzy metody – Marcin Szczerbiński, Olga Pelc-Pękala.

Podręcznik – Szczerbiński M., Pelc-Pękala, O. (2013). *Zestaw metod diagnozy trudności w czytaniu. Test Dekodowania*. Gdańsk: PTPiP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.

Kto może stosować?

Psychologowie i pedagodzy.

Co mierzy?

- znajomość liter
- czytanie
- tempo nazywania
- świadomość fonologiczną.

Wiek badanych

Uczniowie klas pierwszych szkoły podstawowej, niezależnie od wieku rozpoczęcia nauki (sześć- i siedmiolatki).

Podstawy teoretyczne

Teoretyczną podstawę testu stanowi tzw. Prosty Model Czytania Gougha i Tunmera (Pelc-Pękala, 2010), opisujący podstawowe komponenty umiejętności czytania, takie jak dekodowanie i rozumienie oraz rozwojowe relacje między nimi. Z drugiej strony test odwołuje się do teorii podwójnego deficytu opisującej patomechanizmy dysleksji rozwojowej i wyodrębniającej trzy jej podtypy: dysleksję na podłożu deficytu fonologicznego, deficytu tempa nazywania oraz dysleksję, której przyczyną tkwią w podwójnym deficycie: fonologicznym i tempa nazywania.

Historia

Empiryczną podstawę testu stanowią longitudinalne badania nad rozwojem umiejętności czytania i pisania przeprowadzone w Krakowie w latach 2000–2004 (Pelc-Pękala, 2010). W badaniach tych zastosowano szeroki zestaw prób diagnostycznych. Analizie poddano ich rzetelność oraz trafność z punktu widzenia diagnozy trudności w czytaniu i pisaniu. Wybrane na tej podstawie próby diagnostyczne złożyły się na Test Dekodowania. Pierwsze wydanie opublikowano w 2008 roku pod nazwą „Przesiewowy Test Dekodowania” (Szczerbiński, Pelc-Pękala, 2008). Zawierało ono orientacyjne normy opracowane na podstawie badania 242 dzieci z klas zerowych i 553 dzieci z klas pierwszych z Bielska-Białej, Chorzowa i Częstochowy. W 2012 roku opracowano nowe normy.

Własności psychometryczne

Rzetelność oceniana na podstawie wskaźników zgodności wewnętrznej (mierzona współczynnikiem *alfa* Cronbacha), w zależności od testu wykazuje poziom od zadowalającego do wysokiego (0,74 do 0,93). Rzetelność oceniana metodą połówkową na poziomie wysokim.

Trafność testu oceniano na podstawie analizy trafności prognostycznej. Wszystkie 11 zadań wchodzących w skład testu pozwalało przewidzieć przyszłe osiągnięcia w nauce czytania i pisania w sposób statystycznie istotny, choć precyzja tego przewidywania zmieniała się w zależności od etapu nauki, na którym przeprowadzono badanie oraz tego, jaki aspekt umiejętności czytania i pisania był przewidywany (nieco inne zależności dla dekodowania, czytania ze zrozumieniem i opanowania pisowni). Brak danych o innych rodzajach trafności.

Struktura

Test składa się z dwóch zasadniczych części:

I część: testy osiągnięć odnoszące się do czytania: Znajomość liter, Znajomość cyfr, Czytanie słów prawdziwych i Czytanie słów sztucznych.

II część: testy świadomości fonologicznej (Analiza fonemowa i Usuwanie fonemów) oraz testy tempa nazywania (Nazywanie kolorów, Nazywanie rysunków, Nazywanie kolorów i rysunków, Nazywanie liter, Nazywanie cyfr, Nazywanie liter i cyfr).

Do badań przesiewowych stosuje się jedynie testy osiągnięć.

Drugą częścią testu bada się dziecko wtedy, gdy osiąga niskie wyniki w części I, a celem tego badania jest określenie przyczyn trudności w dekodowaniu.

Normy

- normalizacja w 2012 roku
- próba normalizacyjna:
 - dzieci w 8 województwach, z dużych i małych miast oraz wsi
 - grupa względnie reprezentatywna – nie była losowana w żaden sposób, ale wykazuje duże zróżnicowanie ze względu na warunki demograficzne dla populacji polskich pierwszoklasistów
- normy oparte na rozkładach procentowych, uwzględniające 5 kategorii jakościowych: wynik bardzo niski, niski, przeciętny, wysoki i bardzo wysoki
- normy dla trzech poziomów wieku szkolnego (ze względu na szybki rozwój umiejętności): październik klasy pierwszej, listopad klasy pierwszej oraz maj i czerwiec klasy pierwszej (po reformie).

Pomoce i arkusze

- 6 tablic do prób czytania: po 3 do czytania słów prawdziwych i sztucznych (pseudosłów)
- zeszyt z tablicami: Test znajomości liter, Testy tempa nazywania na materiale niealfanumerycznym oraz alfanumerycznym
- arkusz badania zawierający dodatkowo próby Analizy fonemowej i Usuwania fonemów.

Procedura badania (czas trwania badania, badanie indywidualne/grupowe)

Badanie testem ma charakter indywidualny i jest krótkie: testy osiągnięć zajmują około 5 minut, a badanie całym testem około 15 minut. Czas badania nie jest ograniczony.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza trudności w czytaniu (objawy trudności) – ocenia mechanizmy tych trudności u dzieci w klasie pierwszej
- badania przesiewowe – z wykorzystaniem testów osiągnięć
- badania diagnostyczne dzieci z trudnościami w nauce czytania na początku nauki w pierwszej klasie – pełną wersją
- celem badania II części jest określenie przyczyn trudności w dekodowaniu: deficyty świadomości fonologicznej, obniżone tempo przetwarzania informacji bądź deficyty w zakresie integracji sensoryczno-motorycznej
- diagnoza przyczyn trudności umożliwia zaplanowanie indywidualnej pracy terapeutycznej z dzieckiem.

Ograniczenia w stosowaniu

- normy można stosować tylko podczas badania pierwszoklasistów w październiku i listopadzie, oraz maju i czerwcu (wtedy prowadzono badania normalizacyjne)
- badanie testem w innym czasie umożliwia wyłącznie jakościową interpretację wyników i może mieć charakter jedynie orientacyjny.

Plusy i minusy

Plusy

- podwójny charakter testu: może być testem przesiewowym oraz być równie przydatny w badaniach diagnostycznych dzieci z trudnościami w nauce czytania na początku edukacji

Minusy

- ograniczony charakter norm – tylko wybrane miesiące nauki w pierwszej klasie i ich nieadekwatność dla okresów nauki nieobjętych normalizacją
- brak szczegółowych danych dotyczących innych rodzajów trafności poza prognostyczną.

Rekomendacja autorów katalogu:

test nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej.

5.5. Baterie Testowe

5.5.1. Dysleksja 3 – Diagnoza dysleksji u uczniów klasy iii szkoły podstawowej

Autorzy

Autorzy metody – Marta Bogdanowicz, Aleksandra Jaworowska, Grażyna Krasowicz-Kupis, Anna Matczak, Olga Pelc-Pękala, Izabela Pietras, Joanna Stańczak, Marcin Szczerbiński.

Podręcznik – Bogdanowicz, M., Jaworowska, A., Krasowicz-Kupis, G., Matczak, A., Pelc-Pękala, O., Pietras, I., Stańczak, J., Szczerbiński, M. (2008). *Dysleksja 3. Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III. szkoły podstawowej Przewodnik diagnostyczny*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kto może stosować?

Psychologowie, pedagodzy, logopedzi.

Co mierzy?

- czytanie (dekodowanie i czytanie ze zrozumieniem, oraz dekodowanie sztucznych słów)
- pisanie (ze słuchu)
- poziom funkcji fonologicznych (słuch fonemowy, analiza i synteza sylabowa i fonemowa, świadomość fonologiczna; pamięć fonologiczna)
- tempo nazywania (szybkie automatyczne nazywanie znanych bodźców – figur, kolorów, liter i cyfr).

Wiek badanych

Dzieci w wieku 9–10 lat, III klasa szkoły podstawowej w systemie sprzed reformy obniżającej wiek obowiązku szkolnego.

Podstawy teoretyczne

Rozumienie dysleksji zgodne z wytycznymi ICD 10 i DSM V:

- stanowi ona typ specyficznych trudności w uczeniu się
- przejawia się znacznymi i uporczywymi trudnościami w opanowaniu czytania, z którymi mogą współwystępować kłopoty z poprawnym pisaniem lub inne rodzaje trudności w uczeniu się i/ lub zaburzenia neurorozwojowe
- nie jest związana z obniżeniem IQ
- nie wynika bezpośrednio z problemów zdrowotnych, zaburzeń funkcjonowania zmysłów, czy zaniedbań środowiskowych
- oznacza zaburzenia w przyswajaniu czytania spowodowane deficytem fonologicznym i/lub tempa zautomatyzowanego nazywania, które wiąże się z deficytem przetwarzania czasowego.

W kwestii koncepcji teoretycznej bateria odwołuje się do dwóch najlepiej udokumentowanych patomechanizmów dysleksji – koncepcji deficytu przetwarzania fonologicznego (Snowling, 2001) i koncepcji podwójnego deficytu, obejmującego także osłabione tempo zautomatyzowanego nazywania znanych bodźców (badanie tzw. RAN *Rapid Automated Naming*) (Wolf, Bowers, 1999). Badania polskie wskazują na względną niezależność tych deficytów, a zatem uzasadnione jest odwoływanie się do obydwu z nich łącznie lub osobno (Krasowicz-Kupis, Borkowska, Pietras, 2009).

Historia

Jest to metoda polska, opracowanie wieloautorskie. Pilotażę poszczególnych testów wchodzących w skład baterii były przeprowadzane w zróżnicowany sposób.

Część testów została skonstruowana do potrzeb baterii i diagnozy dysleksji (Czytanie Sensownych Słów, Czytanie ze Skreśleniami, Dyktando, Tempo Szybkiego Nazywania), pozostałe były opublikowane w całości lub w częściach i używane przez praktyków, nie posiadały jednak normalizacji ogólnopolskiej oraz oceny trafności i rzetelności w kontekście diagnozy dysleksji. Do tej grupy należy Nieznany Język (Bogdanowicz, 1978 a) i Usuwanie Fonemów (Szczurbiński, Pelc-Pękała, 2008) z grupy testów fonologicznych oraz Łatysz (Bogdanowicz, 1978; Bogdanowiczova, Matejcek, 1995) z grupy testów czytania. Pewnym wyjątkiem są testy Domek Krasnoludków (Krasowicz-Kupis, 1997, 1999) oraz Zetotest (Krasowicz-Kupis, 1997 b), które zostały znacząco zmodyfikowane w stosunku do wcześniejszych wersji.

Własności psychometryczne

Własności psychometryczne – rzetelność i trafność liczone dla każdego testu niezależnie.

Oceny **rzetelności** dokonywano za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha oraz wskaźnika stabilności.

Wszystkie zastosowane miary wskazują na zadowalającą lub bardzo wysoką rzetelność poszczególnych narzędzi. Testy czytania – CSS3, ŁATYSZ, SKREŚL oraz Dyktando, a także Test Szybkiego Nazywania TSN prezentują bardzo wysokie parametry zgodności wewnętrznej oraz stabilności. Nieco niższe charakteryzują DOMEK oraz UZ. Z testów fonologicznych najlepsze parametry w zakresie rzetelności wykazuje NJ, tylko nieco niższe ZETO. Najsłabsze, choć zadowalające wskaźniki stabilności bezwzględnej charakteryzują UF III.

Oceny **trafności** dokonano przez porównanie wyników testu w grupach dzieci z grupy normalizacyjnej i walidacyjnej (dyslektycznej), korelację między szczegółowymi wskaźnikami dla każdego testu oraz korelacje z pozostałymi testami zawartymi w baterii, a także z ogólnymi miarami inteligencji. Wszystkie zastosowane miary wskazują na wysoką trafność poszczególnych narzędzi.

Warto podkreślić, że wszystkie testy z baterii istotnie różnicują dzieci z grupy walidacyjnej (z dysleksją) od dzieci z populacji ogólnej, a szczegółowe parametry potwierdzają wysoki poziom trafności diagnostycznej. Poniżej w tabeli przedstawiono wybrane wskaźniki.

Tabela 2.

Charakterystyka rzetelności i trafności testów w baterii Dysleksja 3

Test z baterii Dysleksja 3	Rzetelność		Trafność	
	zgodność wewnętrzna	stabilność	diagnostyczna (porównania grupy normalizacyjnej i walidacyjnej)	korelacje z innymi testami baterii
Czytanie Sensownych Słów (CSS3)	wysoka 0,94	wysoka 0,87	wysoka	silne z testami czytania
Łatysz (ŁATYSZ)	brak	wysoka	wysoka	silne z testami czytania
Czytanie ze Skreśleniami (SKREŚL)	brak	wysoka	wysoka	silne z testami czytania
Domek Krasnoludków (DOMEK)	niewielka 0,61	0,64 wysoka	wysoka	silne z testami czytania
Dyktando III (DYK3)	0,91 wysoka	0,89 wysoka	wysoka	silne z testami pisania
Uzupełnianie zdań (UZ)	0,70 umiarkowana	0,87 wysoka	wysoka	silne z testami pisania
Usuwanie Fonemów III (UF3)	0,62 niewielka	0,31 słaba/ umiarkowana	wysoka	umiarkowane lub silne z testami fonologicznymi
Nieznany Język (NJ)	0,88 wysoka	0,90 wysoka	wysoka	umiarkowane lub silne z testami fonologicznymi
Zetotest (ZETO)	satysfakcjonująca 0,80	0,81 wysoka	wysoka	umiarkowane lub silne z testami fonologicznymi
Test Szybkiego Nazywania (TSN)	brak	0,64–0,90 wysoka	wysoka	wysokie lub umiarkowane z testami czytania i pisania

Struktura

W skład baterii wchodzi testy:

A. Czytania

1. Czytanie Sensownych Słów (CSS3) – głośne czytanie niepowiązanych wyrazów w różnych formach gramatycznych, ocenia poprawność czytania, technikę oraz tempo.
2. Łatysz (ŁATYSZ) – czytanie głośne przez 60 sekund sztucznych wyrazów; ocenie podlega poprawność czytania.
3. Czytanie ze Skreśleniami (SKREŚL) – ciche czytanie przez 60 sekund wyrazów i pseudowyrazów i wykreślanie z listy tych „nieprawdziwych”; ocenie podlega liczba prawidłowych decyzji leksykalnych – dotyczących pozostawienia prawdziwych i skreślenia sztucznych wyrazów.
4. Domek Krasnoludków (DOMEK) – ciche czytanie tekstu, oraz dokonywanie wyboru jednego z pary alternatywnych wyrazów w 18 miejscach tego tekstu, co ma odzwierciedlać poziom rozumienia; wskaźnikiem podstawowym jest czas czytania.

B. Pisania

5. Dyktando III (DYK3) – pisanie ze słuchu tekstu o nieco żartobliwym charakterze; ocenie podlega poprawność zapisu.
6. Uzupełnianie Zdań (UZ) – uzupełnianie pisemne czytanych przez badającego zdań z lukami; ocenie podlega poprawność zapisu ortograficznego.

C. Funkcji fonologicznych

7. Usuwanie Fonemów III (UF3) – dziecko ma powtórzyć wyraz po opuszczeniu wskazanej przez badającego głoski (w efekcie powstaje pseudowyraz).
8. Nieznany Język (NJ) – test złożony z 7 rodzajów zadań: Porównywanie Paronimów, Analiza Paronimów, Analiza Sylabowa, Synteza Sylabowa, Analiza Fonemowa, Synteza Fonemowa oraz Pamięć Fonologiczna; ocenie podlega wykonanie każdego z nich, a wynik jest sumą rezultatów częściowych.
9. Zetotest (ZETO) – powtarzanie sztucznych słów.

D. Szybkiego Nazywania

10. Test Szybkiego Nazywania (TSN) – zawiera 5 zadań, wymagających od dziecka jak najszybszego nazywania prezentowanych bodźców, a są to Przedmioty, Kolory, Cyfry, Litery oraz materiał mieszany Litery, Cyfry i Kolory; wynik stanowią 3 wskaźniki: łączny czas nazywania materiału mieszanego Litery, Cyfry i Kolory oraz łączone czasy nazywania w zadaniach Przedmioty i Kolory oraz Cyfry i Litery.

Normy

- normy z roku 2007/2008
- próba normalizacyjna:
 - próba kwotowa ogólnopolska, N=200, wykluczono dzieci będące pacjentami PPZ oraz ze zdiagnozowanymi trudnościami w czytaniu i pisaniu
 - wyrównane proporcje płci
 - trzy kategorie miejsca zamieszkania (duże i małe miasta, wieś – w proporcjach odpowiednio 27%, 27% i 46%)
 - kategorie wykształcenia matek wg Rocznika Demograficznego (wyższe 17%, średnie 42%, zasadnicze 28%, podstawowe 13%)
- próba walidacyjna – dzieci z diagnozą dysleksji lub jej ryzyka (N=74)
- skala stenowa
- normy dla każdego testu z baterii obliczone dla populacji uczniów klas III szkół podstawowych w roku szkolnym 2007/2008 (mających 9–10 lat) w okresie od kwietnia do czerwca.

Pomoce i arkusze

- wielorazowe arkusze badania do CSS3, Łatysz
- zeszyt w formie kołnotatnika do Testu Szybkiego Nazywania

- arkusz badania dla dziecka w testach UZ, DYK3, SKREŚL, DOMEK
- oddzielne arkusze odpowiedzi dla każdego testu oraz arkusz zbiorczy dla całej baterii.

Procedura badania

Badanie indywidualne, czas – do 45 minut.

Zastosowanie praktyczne

- zestawienie wyników testów zawartych w baterii oraz uzupełnienie ich badaniem skalą inteligencji pozwala na postawienie diagnozy dysleksji rozwojowej i wskazanie jej patomechanizmu (deficyt fonologiczny i/lub tempa nazywania)
- możliwość szczegółowej oceny różnych aspektów czytania, pisania i funkcji fonologicznych.

Ograniczenia w stosowaniu

- dzieci niedosłyszające i z innymi poważnymi deficytami sensorycznymi
- dzieci, dla których polski nie jest językiem ojczystym, lub mają deficyty językowe, np. z powodu powrotu z emigracji
- w przypadku prób pisania – także dzieci z niedowładami.

Plusy i minusy

Plusy

- udostępnia specjalistom opracowaną przez autorów procedurę diagnozowania dysleksji rozwojowej
- zawiera jedyne w Polsce znormalizowane testy czytania dla tego poziomu wieku i edukacji
- zawiera jedyne w Polsce znormalizowane testy pisania
- umożliwia nowoczesną diagnozę, zgodną ze światowymi standardami postępowania w przypadku specyficznych zaburzeń uczenia się.

Minusy

- normy uwzględniają wiek, ale przede wszystkim poziom edukacyjny, co w dobie reformy oświaty związanej z wcześniejszym startem szkolnym nastręcza problemy interpretacyjne⁹
- część testów z baterii można znaleźć także w innych ofertach baterii narzędzi diagnostycznych – np. Nieznany Język w innej standaryzacji i z odmiennymi normami
- całe badanie jest nużące dla dziecka

Rekomendacje autorów katalogu:

bateria nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z zastrzeżeniami związanymi z wykorzystaniem norm przypisanych do poziomu edukacyjnego po reformie obniżającej wiek startu szkolnego.

⁹ Pracownia Testów Psychologicznych na stronie internetowej zamieściła wyjaśnienie związane z tym problemem: <http://www.practest.com.pl/stosowanie-baterii-dysleksja-3-i-5-po-reformie-edukacyjnej>.

- brak rzeczywistych norm, a rozkłady procentowe wykazują, że np. w Usuwaniu głosek maksymalny wynik, jaki może osiągnąć dziecko, wynosi 20 punktów, przy czym wynik 17 punktów zaliczany jest do niskich itp.
- Niskie informacje o próbie normalizacyjnej.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nie nadaje się do wykorzystania w diagnozie psychometrycznej z powodu: niepełnego opisu własności psychometrycznych baterii, słabych norm oraz także błędów w konstrukcji testu.

5.6. Testy dla nauczycieli

5.6.1. Skala Ryzyka Dysleksji (SRD)

Autor

Autor metody – Marta Bogdanowicz.

Podręcznik – Bogdanowicz, M. (2011) *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii. Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas I i II¹⁰*, a wcześniej – wiele kolejnych wydań od roku 2002 „*Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas 0 i I*”. Współautorzy kolejnych wersji podręcznika: Dorota Kalka (rozdziały 2, 4, 6, 7 i 8) oraz Grzegorz Krzykowski (rozdziały 6 i 7).

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.

Kto może stosować?

Nauczyciele i rodzice dzieci.

Co mierzy?

- rozwój funkcji uczestniczących w czynnościach czytania i pisania, w tym:
 - poziom motoryki
 - poziom funkcji wzrokowych
 - poziom funkcji językowych
 - funkcjonowanie uwagi.

Wiek badanych

Dzieci 7–8-letnie kończące klasę I i II.

Podstawy teoretyczne

Metoda oparta na koncepcji ryzyka dysleksji, diagnozowanego u dzieci przed rozpoczęciem nauki lub w początkowym jej okresie na podstawie przejawów behawioralnych, co pozwala przewidywać wystąpienie trudności w późniejszym okresie i dzięki temu podejmować działania zapobiegawcze i wspomagające.

Ponadto SRD wpisuje się w model wczesnego diagnozowania specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu: dysleksji, dysortografii i dysgrafii Marty Bogdanowicz.

Historia

Prace nad Skalą Ryzyka Dysleksji Marta Bogdanowicz rozpoczęła w 1993 roku, tworząc pierwszą jej wersję eksperymentalną. Na podstawie badań pilotażowych powstawały kolejne wersje skali, a badania te pokazały obiecujące walory psychometryczne i diagnostyczne narzędzia. Pod koniec lat 90. XX wieku powstała ostateczna wersja metody, a badania normalizacyjne przeprowadzono dla niej w latach 1999 i 2000. Badania nad trafnością, aktualizacją normalizacji oraz trafnością prognozy styczną były kontynuowane przez wiele kolejnych lat.

SRD opublikowano po raz pierwszy w roku 2002 w Wydawnictwie Harmonia. Obecnie, w związku z reformą systemu edukacji, autorka opracowała dwie wersje skali „Skalę Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas I i II”, oraz „Skalę ryzyka dysleksji dla dzieci wstępujących do szkoły SRD-6”, która zostanie omówiona oddzielnie w kolejnym punkcie.

¹⁰ Kolejne punkty opisu narzędzia oparte na wersji z 2011 roku.

Własności psychometryczne

Rzetelność skali oceniono na podstawie zgodności wewnętrznej. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,94, co potwierdza jej wysoką rzetelność. Poszczególne podskale prezentują także co najmniej zadowalające współczynniki zgodności wewnętrznej – motoryka mała – 0,89, motoryka duża – 0,86, funkcje wzrokowe – 0,89, funkcje językowe – percepcja – 0,89 i funkcje językowe – ekspresja – 0,73.

W badaniach **trafności** skali SRD wykorzystano liczne analizy, obejmujące:

- trafność zbieżną: korelacje z wynikami innych testów, mierzących funkcje poznawcze i psychomotoryczne – np. testami stosowanymi w latach 90. ubiegłego wieku do badania funkcji percepcyjno-motorycznych, testami czytania i pisania Straburzyńskiej-Śliwińskiej i innymi testami czytania i pisania, w większości nie wystandaryzowanymi, testem figury złożonej Reya-Osterrietha – badania potwierdziły istotne zależności z wymienionymi metodami, uzyskane korelacje są niskie i umiarkowane
- trafność diagnostyczną i prognostyczną – w badaniach podłużnych potwierdzono wysoką trafność prognostyczną w diagnozowaniu ryzyka dysleksji dla SRD w połączeniu z wczesnymi miarami czytania i/lub pisania.

Struktura

- omawiana wersja SRD zawiera 21 stwierdzeń odnoszących się do różnych symptomów ryzyka dysleksji; w stosunku do każdego stwierdzenia wypełniający wybiera najbardziej odpowiednią ocenę, przypisaną według zasad skali Likerta do 4 kategorii: dane zachowanie nie występuje nigdy, czasami, często, bardzo często, niemal zawsze
- stwierdzenia zostały arbitralnie, na podstawie analizy treściowej, uporządkowane w 4 podskale, z czego w obrębie dwóch można wyróżnić jeszcze bardziej szczegółowe wskaźniki, co w efekcie daje wynik ogólny, oraz 8 wyników szczegółowych:
 - SRD – wynik ogólny
 - podskale: motoryka: motoryka duża i motoryka mała, funkcje wzrokowe, funkcje językowe: percepcja mowy i ekspresja mowy, uwaga.

Normy

Normalizacja dla klasy I

- badania normalizacyjne w latach 1999/2000
- próba normalizacyjna:
 - 1943 dzieci, uczniów oddziału zerowego w latach 1999/2000¹¹
 - losowy dobór klas
 - struktura próby ze względu na miejsce zamieszkania: duże miasto 37,6; małe miasto 35,7 oraz wieś 26,7%.
 - proporcje płci dzieci są zbliżone
- uzyskane wyniki zostały objęte „nieklasyczną¹²” formą normalizacji
- po analizie merytorycznej ustalono zakres poziomów ryzyka z uwzględnieniem rozkładu procentowego wyników, przy założeniu, że 5% badanych dzieci należy do grupy wysokiego ryzyka, 15% do grupy wysokiego i umiarkowanego oraz grupy „pogranicza”; w przypadku pozostałych 75% dzieci ryzyko dysleksji nie występuje
- wyniki surowe dla całej skali i podskal wyrażone są na 4-punktowej skali wyników przeliczonych, przy czym przypisane im są wartości ryzyka: 1 – brak ryzyka, 2 – pogranicze, 3 – umiarkowane, 4 – wysokie.

Normalizacja dla klasy II

- badania normalizacyjne prowadzono w latach 1999/2000
- próba normalizacyjna:

¹¹ Autorka zakłada, że po reformie wieku startu edukacyjnego dzieci uczęszczające do oddziału zerowego, po uwzględnieniu programu nauczania, odpowiadają dzieciom z obecnej klasy I.

¹² Takie określenie wprowadza autorka w podręczniku (s.130).

- 1543 dzieci, uczniów klasy I w latach 1999/2000¹³
- losowy dobór klas do badań
- struktura próby ze względu na miejsce zamieszkania: miasto 73%; oraz wieś 27%
- proporcje płci dzieci zbliżone
- zasady normalizacji dokładnie takie same, jak w przypadku klasy I.

Pomoce i arkusze

- arkusz badania i arkusz wyników.

Procedura badania

Skala ma charakter obserwacyjny, wymaga od wypełniającego gruntownej znajomości dziecka. Zaleca się kilkakrotne dokonywanie oceny:

- badanie I – diagnoza wstępna ma dotyczyć dzieci wstępujących do szkoły i/lub pod koniec klasy I
- badanie II – kontrola oceny diagnostycznej i skuteczności interwencji – weryfikacja diagnozy z badania I i ewentualne kierowanie dziecka na pogłębione badanie do poradni specjalistycznej. Kolejne badania, to już diagnozowanie w kierunku dysleksji.

Zastosowanie praktyczne

- badania przesiewowe w wykonaniu nauczyciela – pozwala wyłonić dzieci z ryzykiem dysleksji lub innych zaburzeń uczenia się
- możliwe do zastosowania przez rodziców, którzy chcą upewnić się, czy ich dziecko wymaga dodatkowej pomocy, wspomaganie rozwoju czy nawet badania specjalistycznego
- pozwala wykazać nieprawidłowości w rozwoju psychomotorycznym dziecka, a przez to ujawnić symptomy opóźnienia w rozwoju funkcji uczestniczących w czynnościach czytania i pisania
- analiza wyników pozwala na określenie, które dzieci potrzebują dodatkowej obserwacji i pomocy pedagogicznej, a które powinny zostać skierowane na pogłębione badania diagnostyczne oraz ewentualna terapię.

Ograniczenia w stosowaniu

- jako narzędzie przesiewowe SRD daje tylko ogólną wskazówkę dotyczącą potrzeby zainteresowania się dalszym rozwojem dziecka; nie zastępuje jednak specjalistycznej, pogłębionej diagnozy.

Plusy i minusy

Plusy

- łatwo dostępne i proste w użytkowaniu narzędzie przesiewowe dla nauczycieli, które w znacznym stopniu wzbogaca ich warsztat diagnostyczny i pomaga ukierunkować pracę

Minusy

- nieaktualne normy.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy przesiewowej z zastrzeżeniami – brak aktualnych norm wyrażonych na skali standaryzowanej.

¹³ Autorka zakłada, że po reformie wieku startu edukacyjnego dzieci uczęszczające do klasy I, po uwzględnieniu programu nauczania, odpowiadają dzieciom z obecnej klasy II.

5.6.2. Skala Ryzyka Dysleksji Dla Dzieci Wstępujących Do Szkoły (SRD-6)

Autor

Autor metody – Marta Bogdanowicz.

Podręcznik – Bogdanowicz M., Kalka D. (2011). *Skala ryzyka dysleksji dla dzieci wstępujących do szkoły. SRD-6*. Gdańsk: PTPiP.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk.

Kto może stosować?

Psychologowie, pedagodzy, logopedzi szkolni, nauczyciele i rodzice dzieci.

Co mierzy?

- rozwój funkcji uczestniczących w czynnościach czytania i pisania, w tym:
 - poziom motoryki
 - poziom funkcji wzrokowych
 - poziom funkcji językowych
 - funkcjonowanie uwagi.

Wiek badanych

dzieci kończące roczne przygotowanie przedszkolne i rozpoczynające klasę I

Podstawy teoretyczne

Jak w SRD (punkt 5.6.1).

Historia

Jak w SRD (punkt 5.6.1).

Własności psychometryczne

Rzetelność skali oceniono na podstawie zgodności wewnętrznej. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,88, co potwierdza jej wysoką rzetelność. Brak danych o rzetelności podskal.

Brak danych o **trafności** SRD-6 jako niezależnej skali. Można o niej wnioskować pośrednio na podstawie badań trafności SRD, opisanych w punkcie 5.6.1.

Struktura

Omawiana wersja SRD zawiera 20 stwierdzeń odnoszących się do różnych symptomów ryzyka dysleksji. W stosunku do każdego stwierdzenia wypełniający wybiera najbardziej odpowiednią ocenę, według zasad opisanych przy skali SRD (punkt 5.6.1)

Stwierdzenia zostały arbitralnie, na podstawie treści, uporządkowane w 4 podskale, z czego w obrębie dwóch można wyróżnić jeszcze bardziej szczegółowe wskaźniki. Daje to w efekcie wynik ogólny, oraz 8 wyników szczegółowych dla wszystkich podskal.

Normy

- normalizacja w roku 2010
- próba normalizacyjna:
 - 309 dzieci z losowo wybranych województw (brak szczegółowych danych) – prezentujących różne środowiska – duże miasto 9%, małe miasto 57,6, wieś 33,3%
 - brak danych o płci dzieci
- zasady nieklasycznej normalizacji dokładnie takie same jak w przypadku SRD.

Pomoce i arkusze

Arkusze badania i arkusz wyników.

Procedura badania

Skala ma charakter obserwacyjny, wymaga od wypełniającego gruntownej znajomości dziecka. Autorka zaleca kilkukrotne dokonywanie oceny:

- badanie I – diagnoza wstępna dotyczy dzieci wstępujących do szkoły i/lub pod koniec klasy I
- badanie II – kontrola oceny i skuteczności interwencji – weryfikacja diagnozy z badania I i ewentualne kierowanie dziecka na pogłębione badanie do poradni specjalistycznej.

Zastosowanie praktyczne

- badania przesiewowe prowadzone przez nauczyciela – pozwalają wyłonić dzieci z ryzykiem dysleksji lub innymi zaburzeniami uczenia się
- wskazanie, które dzieci potrzebują dodatkowej obserwacji i pomocy pedagogicznej, a które powinny zostać skierowane na pogłębione badania diagnostyczne oraz ewentualną terapię
- do zastosowania przez rodziców, którzy chcą upewnić się, czy ich dziecko wymaga dodatkowej pomocy, wspomaganie rozwoju czy nawet badania specjalistycznego
- ujawniają zachowania, które mogą wskazywać na możliwość wystąpienia w przyszłości dysleksji rozwojowej.

Ograniczenia w stosowaniu:

Jako narzędzie przesiewowe SRD-6 daje tylko ogólną wskazówkę dotyczącą potrzeby zainteresowania się dalszym rozwojem dziecka; nie zastępuje diagnozy specjalistycznej.

Plusy i minusy

Plusy

- łatwo dostępne i proste w użytkowaniu narzędzie przesiewowe dla nauczycieli, które w znacznym stopniu wzbogaca ich warsztat diagnostyczny i pomaga ukierunkować pracę

Minusy

- nieaktualne normy.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy przesiewowej.

5.6.3. Skala Funkcjonowania Pierwzoklasisty (SFP)

Autor

Autorzy metody – Elżbieta Koźniewska, Elżbieta Zwierzyńska, Andrzej Matuszewski.

podręcznik: Koźniewska, E., Zwierzyńska, E., Matuszewski, A. (2013). *Skala Funkcjonowania Pierwzoklasisty (SFP). Adaptacja SGS dla nauczycieli I klasy SP*. <http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=comphocadownload&view=category&id=202:skala-funkcjonowania-pierwzoklasisty&Itemid=1961>.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Ośrodek Rozwoju Edukacji, dostęp wolny ze strony internetowej.

Kto może stosować?

Nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej.

Co mierzy?

- umiejętności szkolne
- kompetencje poznawcze
- sprawność motoryczną
- samodzielność dziecka
- umiejętności społeczne (niekonfliktowość)
- poziom aktywności społecznej.

Wiek badanych

Dzieci w wieku od 5 lat 10 miesięcy do 6 lat 10 miesięcy, w pierwszym semestrze I klasy.

Podstawy teoretyczne

Teoretycznym kontekstem jest pojęcie gotowości dziecka do uczenia się, zdefiniowane w nurcie psychologii rozwoju człowieka w ciągu życia. W tym ujęciu gotowość do uczenia się polega na zainteresowaniu się dziecka daną aktywnością, chęci samodzielnego uczenia się i trwałości zainteresowania, mimo trudności, a także niepowodzeń. Kryterium gotowości w takim ujęciu stanowią postępy dziecka, a nie opanowanie zbioru określonych umiejętności. Osiąganie tak zdefiniowanej gotowości szkolnej jest procesem. Dziecko może ją osiągnąć w różnym „momencie czasowym” – np. w czerwcu lub październiku danego roku, ale poszczególne sfery gotowości nie rozwijają się w identycznym tempie – dziecko może być gotowe pod względem poznawczym, a nie osiągnąć gotowości społecznej itd., w zależności od swoich możliwości.

Historia

SFP jest adaptacją wystandaryzowanej i dobrze ocenianej przez praktyków Skali Gotowości Szkolnej (SGS)¹⁴. Skala ta była przeznaczona dla dzieci z dawnego oddziału przedszkolnego tzw. zerowego, rozpoczynających edukację w tym oddziale w wieku 6 lat. Adaptacja metody polegała zatem na empirycznym sprawdzeniu, czy po niezbędnych modyfikacjach metoda ta pierwotnie używana w przedszkolnych grupach sześciolatek będzie mogła być stosowana przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w pierwszym półroczu I klasy szkoły podstawowej w odniesieniu do dzieci w podobnym wieku (po reformie obniżającej wiek startu szkolnego).

Jesienią 2011 r. zrealizowano badania Skalą Gotowości Szkolnej (SGS) z udziałem 651 najmłodszych uczniów z klas pierwszych. Następnie wykonano niezbędne analizy statystyczne uzyskanych danych, które wykazały, że możliwe jest dokonanie adaptacji SGS dla uczniów klasy I.

¹⁴ Skala Gotowości Szkolnej (SGS) została opracowana w zespole: A. Frydrychowicz, E. Koźniewska, A. Matuszewski, E. Zwierzyńska i opublikowana w tomie „Doradca Nauczyciela Sześciolatek” (red. Anna Zawada), wyd. przez CMPPP w 2006 r. przy dofinansowaniu ze środków EFS.

Własności psychometryczne

Rzetelność SFP zbadano poprzez obliczenie współczynnika zgodności wewnętrznej – *alfa* Cronbacha. Uzyskane rezultaty potwierdzają wysoką rzetelność podskal, niezależnie od płci. Szczegółowe dane przedstawia tabela 7.

Tabela 7.

Współczynniki zgodności wewnętrznej dla poszczególnych skal SFP

Płeć	Podskale					
	USZ	KP	SM	SA	NK	AS
Dziewczynki	0,93	0,87	0,80	0,86	0,92	0,79
Chłopcy	0,94	0,91	0,84	0,88	0,94	0,82

Trafność SFP oceniano poprzez:

- korelację ze Skalą Gotowości Edukacyjnej 5-latków SGE-5: uzyskano istotne korelacje w podskalach: Umiejętności Szkolne, Kompetencje Poznawcze, Samodzielność i Aktywność Społeczna SFP i SGE-5
- odniesienie wyników tej Skali do informacji o dzieciach, podanych przez nauczycieli
 - dobry stan zdrowia dzieci i uczestniczenie przez nie w większości zajęć w szkole, wiązało się z lepszymi wynikami we wszystkich podskalach SFP
 - zamiłowania dzieci miały związek z wynikami w podskalach SFP
 - dzieci nie lubiące zajęć ruchowych otrzymały gorsze wyniki w porównaniu do lubiących ruch, w podskalach: KP, SM i AS
- kompetencje i inne właściwości dzieci: wysokie kompetencje szkolne korelują z podskalami: USZ, KP, SA i NK; nieśmiałość wiązała się z podskala NK tylko u dziewczynek; samodzielność współwystępowała z wysokimi wynikami w podskalach: SA i NK SFP; z zaburzeniami mowy wiązały się niskie wyniki w USZ, KP i SA
- korelacje z wiekiem dzieci: związek jedynie z wynikami w podskali Samodzielność. U chłopców wiek ma związek z SM i USZ. U obojga płci wraz z wiekiem nie zmieniają się w sposób istotny wyniki w podskalach: KP, NK i AS

Powyższe analizy potwierdzają zadowalającą trafność SFP.

Struktura

SFP jest skalą obserwacyjną. Nauczyciel zapoznaje się ze stwierdzeniami dotyczącymi zachowania dziecka w różnych okolicznościach i ustosunkowuje się, czy opisane zachowania pojawiają u dziecka i jak często.

Stwierdzenia dotyczą pięciu grup aktywności wyszczególnionych na arkuszu SFP:

- a) zachowania i umiejętności związane z poznawczą aktywnością dzieci
- b) kontakty dzieci w grupie rówieśników
- c) przejawy samodzielności i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach
- d) aktywność zadaniowa dzieci, podejmowana samodzielnie lub w toku zajęć pod kierunkiem nauczyciela
- e) przygotowanie dzieci do nauki czytania, pisanie i matematyki.

Niezależnie od tych grup aktywności wyodrębniono drogą analizy czynnikowej podskale:

Umiejętności Szkolne (USZ) – pozycje z części A i E, dotyczą obserwacji zmian w przyrodzie, liczenia, opowiadania historyjek obrazkowych, umiejętności fonologicznych, rysowania szlaczeków; procesów poznawczych: uwagi, reprezentacji pojęciowej (liczba, przestrzeń, czas), myślenia operacyjnego i przyczynowo-skutkowego oraz rozwoju psychomotorycznego.

Kompetencje Poznawcze (KP) – pozycje z części A i E; zainteresowania i osiągnięcia poznawcze: poszukiwanie i gromadzenie doświadczeń, łączenie ich w kategorie poznawcze odkrywanie zależności między doświadczeniami i komunikowanie.

Sprawność Motoryczna (SM) – pozycje z części B i E; aktywność i sprawności ruchowe, koordynacja ruchowa i sprawności manualne oraz chęć do udziału w zajęciach ruchowych.

Samodzielność (SA) – pozycje z części C i D; zachowania świadczące o realizowaniu przez dziecko celowych form aktywności, np. dążenie do dokończenia zadania, samodzielne poszukiwanie rozwiązania trudnych sytuacji. Część dotyczy braku samodzielności, objawiającego się w przejawianej zależności, częstych prośbach o pomoc, rezygnacji z własnej inicjatywy.

Niekonfliktowość (NK) – pozycje z części B; umiejętności społeczne: współdziałanie w grupie, uwzględnianie praw innych, wyrażanie ujemnych uczuć bez krzywdzenia innych; podejmowanie prób rozwiązywania konfliktów i dążenia do opanowania gwałtownych emocji w trudnych sytuacjach. Część pozycji dotyczy zachowań agresywnych, gwałtownych przejawów emocji, wywołania konfliktów.

Aktywność Społeczna (AS) – pozycje z części B i D; umiejętność komunikowania się, zadawania pytań, zdobywania informacji, zapraszania do wspólnej zabawy, wyrażania siebie i bycia rozumianym przez innych, zachowania wspólnotowe związane z okazywaniem wsparcia i pomocy, a także świadczące o otwartości.

Nauczyciel określa, czy dane zachowanie lub umiejętność zdecydowanie pojawia się u dziecka (odpowiedź TAK), pojawia się, ale nie jest utrwalone (odpowiedź RACZEJ TAK) pojawia się bardzo rzadko (odpowiedź RACZEJ NIE) albo wcale (odpowiedź NIE).

Normy

- normalizacja w roku 2011 i 2012
- próba normalizacyjna:
 - 651 dzieci – 342 dziewczynki i 306 chłopców
 - wiek dzieci: sześciolatki z rocznika 2005 – 460 dzieci; siedmiolatki z rocznika 2004 – 190 dzieci, w tym najmłodsze siedmiolatki urodzone od października do grudnia – 88 dzieci
 - miejsce zamieszkania: duże miasto – 377 dzieci (57,9%), małe miasto – 173 dzieci (26,6%), wieś – 86 dzieci (13,2%), brak danych u 15 dzieci (2,3%)
- normy jako kategorie jakościowe dla każdej z podskal:
 - dla Umiejętności Szkolnych i Sprawności Motorycznej – 2 kategorie – zgodny z oczekiwaniem/niezgodny z oczekiwaniem
 - dla pozostałych – 3 kategorie – wysoki, średni, niski

Pomoce i arkusze

- arkusz SFP do wypełnienia przez nauczyciela
- wszystkie potrzebne materiały zostały dokładnie wyszczególnione:
 - materiały do przeprowadzenia obserwacji do zajęć plastycznych i grafomotorycznych (m.in. papier do rysowania, plastelina, ołówki, kredki, pędzle, farby plakatowe
 - materiały do obserwacji sprawności motorycznej, manualnej oraz percepcji i koordynacji wzrokowo-ruchowej: piłki różnej wielkości, stempelki, drobne klocki typu Lego, puzzle o różnorodnej tematyce
- wszystkie te pomoce znajdują się niewątpliwie w podstawowym wyposażeniu oddziałów rocznego przygotowania przedszkolnego.

Procedura badania

Nauczyciel może wypełniać kwestionariusze SFP maksymalnie dla 10 osób (dla każdego dziecka indywidualnie), opierając się na trwającej dwa tygodnie obserwacji zachowania i umiejętności dzieci podczas zajęć realizowanych zgodnie z programem nauczania.

Zastosowanie praktyczne

- pomaga rozpoznać potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci na pierwszym etapie edukacji i dzięki temu zaprojektować działania wspomagające rozwój i edukację
- ocenia gotowość szkolną w 5 aspektach, wskazanych przez podskale
- ocenia funkcjonowanie ucznia klasy I.

Ograniczenia w stosowaniu

- subiektywizm metody obserwacyjnej
- w klasach pierwszych może wystąpić zjawisko zaniżania oceny przez niektórych nauczycieli w trzech podskalach SFP – Umiejętności Szkolne (USZ), Kompetencje Poznawcze (KP), Samodzielność (SA)
- wprowadzono ograniczenie dotyczące interpretacji liczbowej wyników obserwacji w wymienionych wyżej podskalach – gdy średnia sumy wyników przeliczonych w podskalach USZ, KP, SA dla wszystkich obserwowanych przez danego nauczyciela dzieci jest mniejsza od 60 – nie można stosować norm ilościowych dla tych trzech podskal SFP, a tylko formułować ostrożne interpretacje jakościowe.

Plusy i minusy

Plusy

- umożliwia wyłowienie dzieci uzdolnionych, gdyż wiele z ocenianych umiejętności wykracza poza rozwojowy i edukacyjny kanon przygotowania sześciolatka do edukacji w szkole, np. umiejętności matematyczne dodawania i odejmowania do 100

Minusy

- subiektywizm związany z obserwacją
- ryzyko stereotypizacji.

Rekomendacje autorów katalogu:

test nadaje się do diagnozy przesiewowej.

5.6.4. Skala Gotowości Edukacyjnej Pięciolatek (SGE-5) Obserwacyjna metoda dla nauczycieli

Autor

Autorzy metody – Elżbieta Koźniewska, Andrzej Matuszewski, Elżbieta Zwierzyńska.

Podręcznik – Koźniewska, E., Matuszewski, A., Zwierzyńska, E. (2010).

Skala Gotowości Edukacyjnej Pięciolatek (SGE-5) Obserwacyjna metoda dla nauczycieli.

<http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/publication?id=174&from=&dirids=1&tab=1&lp=1&QI=>

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Ośrodek Rozwoju Edukacji, dostęp wolny ze strony internetowej.

Kto może stosować?

Nauczyciele przedszkola.

Co mierzy?

- kompetencje poznawcze
- aktywność w sferze poznawczo-emocjonalnej
- sprawność psychomotoryczną
- odporność emocjonalną.

Wiek badanych

Dzieci pięcioletnie w oddziale rocznego przygotowania przedszkolnego.

Podstawy teoretyczne

Skala dotyczy gotowości edukacyjnej dzieci przed rozpoczęciem nauki w szkole. Teoretycznym kontekstem, podobnie jak w przypadku Skali Funkcjonowania Pierwszoklasisty, jest pojęcie gotowości dziecka do uczenia się, zdefiniowane w nurcie psychologii rozwoju człowieka w ciągu życia. Autorzy wykorzystali perspektywę zadań rozwojowych związanych z podejmowaniem nauki w szkole (Brzezińska, Burtowy, 1992, Stefańska-Klar, 2000), uwzględnili stopniowalność nabywania różnych umiejętności przez dzieci, zaś w omówieniu metody podkreślili względny charakter kryteriów gotowości szkolnej, zależnie od warunków i programów nauczania (Gruszczyk-Kolczyńska, 1994, Wilgocka-Okoń, 2003).

Uwzględniono zachowania i umiejętności, które są ważne dla poznania potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka w środowisku przedszkolnym. Dotyczą one osiągnięć i zainteresowań, a także trudności doświadczanych przez dzieci w różnych obszarach: czynności o charakterze poznawczym, kontakty z rówieśnikami, samodzielność, praca pod kierunkiem nauczyciela i przygotowanie do uczenia się czytania, pisanie i matematyki.

Historia

Prace nad przygotowaniem Skali Gotowości Edukacyjnej Pięciolatek (SGE-5) wiążą się z reformą polskiego systemu edukacji i obniżeniem wieku realizacji obowiązku szkolnego. W 2008 roku rozpoczęto prace nad adaptacją opracowanej wcześniej dla 6-latków, Skali Gotowości Szkolnej (SGS) na potrzeby nauczycieli grup pięciolatek, a w kolejnych latach przeprowadzono badania standaryzacyjne na próbie ogólnopolskiej. W kwietniu 2010 roku na stronie internetowej ORE opublikowano SGE-5 (Arkusz Obserwacyjny i skróconą wersję podręcznika).

W SGE-5 zachowano konstrukcję arkusza, obejmującą pięć części, a w wyniku analiz psychometrycznych odrzucono stwierdzenia mało różnicujące dla młodszych dzieci.

Zmodyfikowano treść pozycji, stosując kryteria rozwojowe tak, aby uwzględnić możliwości większości pięciolatek. W efekcie zmniejszono liczbę pozycji o blisko połowę, treść niektórych pozycji zmieniono oraz dodano pozycje odnoszące się do emocji przeżywanych przez młodsze dzieci. Skrócono czas obserwacji dzieci przez nauczyciela do jednego tygodnia.

W badaniach pilotażowych prowadzonych w 2009 roku wzięło udział 20 nauczycieli, którzy objęli obserwacją 200 dzieci. Następnie przeprowadzono ogólnopolskie badania standaryzacyjne, w których udział wzięło 80 nauczycieli i 800 dzieci. Na podstawie analizy wyników badań zweryfikowano liczbę i treść pozycji Arkusza Obserwacyjnego SGE-5 oraz utworzono podskale: Kompetencje Poznawcze, Aktywność, Sprawność Psychomotoryczna i Odporność Emocjonalna.

Własności psychometryczne

Rzetelność SGE-5 oceniano za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha. Uzyskane rezultaty z uwzględnieniem płci dla każdej podskali prezentuje tabela 8.

Tabela 8.

Wartości współczynnika *alfa* Cronbacha dla podskal SGE-5

	Kompetencje poznawcze	Aktywność	Sprawność psychomotoryczna	Odporność emocjonalna
Dziewczeta	0,92	0,89	0,73	0,78
Chłopcy	0,93	0,91	0,79	0,70

Wyniki analiz wskazują na wysoką zgodność wewnętrzną podskal wchodzących w skład SGE-5. Są one bardzo zbliżone dla obydwu płci. Najwyższe wskaźniki, wskazujące na bardzo wysoką rzetelność, uzyskały podskale: Kompetencje Poznawcze i Aktywność, zaś niższe, wskazujące na mało zadowalającą rzetelność podskale: Sprawność Psychomotoryczna i Odporność Emocjonalna.

W przypadku Skali Gotowości Edukacyjnej Pięciolatka (SGE-5) oszacowano trafność treściową, teoretyczną i kryterialną.

Przyjęto, że **trafność treściowa** SGE-5 wynika z trafności treściowej Skali Gotowości Szkolnej (SGS) z 2006 roku. Pozycje dobrano na podstawie ocen sędziów kompetentnych i badań pilotażowych. Adaptację SGS na potrzeby dzieci 5-letnich oparto na analizach statystycznych oraz konsultacjach treści przez ekspertów pracujących z małymi dziećmi tak, aby służyły dostosowaniu treści nowej metody do możliwości rozwojowych dzieci pięcioletnich.

Trafność teoretyczną SGE-5 badano poprzez zastosowanie analizy czynnikowej, korelację ze Skalą Dojrzałości Umysłowej Columbia, a także drogą porównań międzygrupowych.

Analiza czynnikowa wyłoniła cztery czynniki, które stały się podskalami: Kompetencje Poznawcze, Aktywność, Sprawność Psychomotoryczna i Odporność Emocjonalna. Korelacje między podskalami, niezależnie od płci, są zbliżone, zazwyczaj wysokie, rzadziej umiarkowane.

W ocenie **trafności diagnostycznej**, spodziewano się zależności między wskaźnikiem poziomu umysłowego dziecka, ocenianego za pomocą Skali Dojrzałości Umysłowej Columbia a wynikami SGE-5. Wszystkie podskale SGE-5 korelują w sposób istotny z miarami dojrzałości umysłowej, a najwyższej Kompetencje Poznawcze i Aktywność, co wskazuje na trafność opisywanego narzędzia.

Dokonano również porównań międzygrupowych, opierając się na danych pochodzących od nauczycieli, dotyczących leworęczności i trudności emocjonalnych. W przypadku leworęczności wykazano różnicę w podskali Sprawność Psychomotoryczna u chłopców, co przemawia na rzecz jej trafności w przypadku dzieci tej płci. U obydwu płci występuje bardzo istotny związek między występowaniem trudności emocjonalnych a niskimi wynikami podskali Odporność Emocjonalna i Aktywność.

W analizie **trafności kryterialnej** odwołano się do dwóch zewnętrznych kryteriów gotowości edukacyjnej pięciolatek: ogólna ocena przygotowania dzieci do szkoły, dokonywana przez nauczycieli oraz informacje od rodziców, dotyczące zachowań i umiejętności dzieci ważnych z punktu widzenia przygotowania do wymagań szkoły.

Wykazano większą zgodność ocen nauczycieli i rodziców, dotyczących chłopców niż dziewczynek. Wysokie korelacje uzyskano także dzięki zbieżności obserwacji nauczycieli dotyczących posiadanych

przez dzieci sprawności poznawczych i ocen rodziców na temat umiejętności związanych z próbami czytania i dokonywania działań matematycznych. Wskazuje to na trafność podskali Kompetencje Poznawcze SGE-5.

Podsumowując, analizy potwierdzają wysoką lub zadowalającą trafność SGE-5.

Struktura

SGE-5 jest skalą obserwacyjną. Nauczyciel zapoznaje się ze stwierdzeniami dotyczącymi zachowania dziecka w różnych okolicznościach i ustosunkowuje się, czy opisane zachowania pojawiają u dziecka i jak często.

Stwierdzenia są uporządkowane w pięć grup:

- poznawanie środowiska i siebie, rozumienie świata
- zabawa i nauka w grupie rówieśników
- samodzielność w nowych i trudnych sytuacjach
- podejmowanie zadań i praca pod kierunkiem nauczyciela
- przygotowanie dzieci do nauki czytania i pisania.

Reprezentują one 4 podskale, wyłonione drogą analiz czynnikowych:

Kompetencje poznawcze – stwierdzenia z części A, D, E, dotyczące sfery rozwoju poznawczego, a dokładniej rozwoju myślenia (czynności umysłowych takich, jak klasyfikowanie i szeregowanie, rozumienie sensu umownych znaczeń, myślenie przyczynowo-skutkowe), uwagi, pamięci, komunikowania i rozwoju języka (umiejętność opowiedzenia historyjki obrazkowej, sprawności fonologiczne), rozumienie relacji liczbowych i prostych, a także wiedzy dziecka o otoczeniu (znajomość pór roku, ich kolejności i związanych z nimi zjawisk).

Aktywność – stwierdzenia z części A, B, C i D, obejmujących sferę poznawczo-emocjonalną, a dokładniej działania związane z ciekawością poznawczą, kontaktami społecznymi, poszukiwaniem sposobów na przezwyciężenie trudności i funkcjonowaniem w sytuacji zadaniowej, także elementy komunikacji.

Sprawność Psychomotoryczna – stwierdzenia z części E, dotyczące sfery psychoruchowej i koordynacji zmysłowo-ruchowej, a dokładniej doświadczeń związanych z różnorodną aktywnością ruchową i pracami manualnymi.

Odporność Emocjonalna – stwierdzenia z części B i C dotyczące sfery społeczno-emocjonalnej, radzenia sobie z nowymi i trudnymi sytuacjami oraz kontroli sposobu wyrażania emocji.

Normy

- normalizacja z roku 2009
- próba normalizacyjna:
 - ogólnopolska próba reprezentatywna według danych GUS za rok 2008
 - 800 dzieci, w równych proporcjach chłopcy i dziewczynki w grupach 5-latków
 - badania na terenie 80 placówek, z których 71 to przedszkola, a 9 oddziały przedszkolne przy szkołach podstawowych, z miast, dużych miast i wsi
 - podział: grupy przedszkolne – oddziały przedszkolne dotyczyły jedynie przedszkoli i szkół położonych na wsiach, gdyż zgodnie z danymi GUS w miastach tylko 1,84% dzieci uczęszczało do oddziałów przedszkolnych w szkołach, co zostało uznane za nieistotne przy konstrukcji próby
- normy utworzono jako kategorie jakościowe dla każdej z podskal, prezentujące 3 poziomy, oddzielnie dla chłopców i dziewczynek – dobry, niewystarczający i niski.

Pomoce i arkusze

- pomoce – dostępne proste narzędzia (np. plastikowe nożyczki) oraz przybory do rysowania i kolorowania, drobne klocki, układanki (puzzle), loteryjki oraz zbiory zabawek, kartoników z obrazkami, patyczków, które mogłyby być materiałem do klasyfikacji, szeregowania, zabaw z liczenie, część z nich tematycznie związana z charakterystyką pór roku

- arkusz Obserwacyjny SGE-5 do wypełnienia przez nauczyciela wraz z kwestionariuszem dotyczącym danych powiązanych z gotowością dzieci do nauki w szkole (stan zdrowia lub sytuacja rodzinna, szczególne uzdolnienia dziecka, stronność oraz frekwencja na zajęciach w przedszkolu).

Procedura badania

Nauczyciel przeprowadza jednorazowo obserwację 10 dzieci z oddziału, zgodnie z Arkuszem Obserwacyjnym SGE-5 podczas realizacji zaplanowanych zajęć, wynikających z przyjętego programu wychowania przedszkolnego.

Zgodnie z obowiązującą podstawą programową i zaleceniami MEN obserwacja dzieci w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole powinna zostać przeprowadzona jesienią w październiku/listopadzie oraz w kwietniu w roku poprzedzającym rozpoczęcie przez dziecko nauki w szkole. W trakcie tygodniowej obserwacji nauczyciel ma sposobność obserwacji indywidualnej aktywności dziecka i jego udziału w zajęciach grupowych; w czasie zorganizowanych zajęć edukacyjnych, jak i w czasie swobodnej zabawy. Na arkuszu SGE-5 dla każdej pozycji nauczyciel zakreśla miejsce w jednej z czterech kolumn, tak jak w SFP (punkt 5.6.3).

Zastosowanie praktyczne

- gromadzenie i rejestracja spostrzeżeń o zachowaniach i umiejętnościach dzieci z grup pięcioletków oraz ocena przygotowania dzieci do nauki w I klasie
- wskazanie obszarów, w których dzieci potrzebują intensywnych oddziaływań wychowawczych, i ewentualnie terapeutycznych
- określenie stopnia gotowości edukacyjnej pięcioletków po przeprowadzeniu obserwacji w marcu–kwietniu w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole
- określenie ryzyka niepowodzeń w danym obszarze aktywności i potrzeby intensywnego wspierania rozwoju dziecka
- analiza wyników obserwacji jesiennej w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole w większym stopniu będzie służyła nauczycielowi do ułożenia programu indywidualizacji pracy z dziećmi
- analiza wyników obserwacji kwietniowej w większym stopniu służyć będzie podsumowaniu pracy, analizie postępów dzieci i ocenie gotowości do nauki w szkole.

Ograniczenia w stosowaniu

- subiektywizm metody obserwacyjnej
- w klasach pierwszych może wystąpić zjawisko zaniżania oceny przez niektórych nauczycieli w trzech podskalach SFP – Umiejętności Szkolne (USZ), Kompetencje Poznawcze (KP), Samodzielność (SA)
- wprowadzono ograniczenie dotyczące interpretacji liczbowej wyników obserwacji w wymienionych wyżej podskalach – gdy średnia sumy wyników przeliczonych w podskalach USZ, KP, SA dla wszystkich obserwowanych przez danego nauczyciela dzieci jest mniejsza od 60 – nie można stosować norm ilościowych dla tych trzech podskal SFP, a tylko formułować ostrożne interpretacje jakościowe.

Plusy i minusy

Plusy

- ukierunkowuje obserwację nauczycieli pięcioletków na zachowania i umiejętności wyznaczające gotowość dzieci do nauki w szkole
- ułatwia zapisanie wyników obserwacji w ujednoczonej formie
- odwołuje się do praktyki pedagogicznej nauczycieli wychowania przedszkolnego, umożliwia prowadzenie obserwacji w trakcie codziennych zajęć w przedszkolu

Minusy

- subiektywizm związany z obserwacją
- ryzyko stereotypizacji.

**Rekomendacje autorów katalogu:
test nadaje się do diagnozy przesiewowej.**

5.7. Próby niewystandaryzowane

5.7.1. Próby Spionek

Autor

Halina Spionek.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Opis prób zawiera książka Spionek, H. (1970). *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa: PZWS.

Kto może stosować?

Brak ograniczeń.

Co mierzy?

- ogólny poziom funkcji wzrokowo–ruchowych
- takie aspekty percepcji wzrokowej jak: różnicowanie, analiza i synteza, spostrzeganie położenia w stosunku do osi pionowej i poziomej, spostrzeganie kierunków i stosunków przestrzennych.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 3–12 lat.

Podstawy teoretyczne

Próby skonstruowane na podstawie prawidłowości rozwojowych w zakresie spostrzegania wzrokowego.

Historia

Metoda polska.

Własności psychometryczne

Brak danych.

Struktura

Materiał stanowią rysunki 14 figur – 6 prostych (koło, kwadrat, krzyż prosty i ukośny, kwadrat oparty na kącie oraz równoległobok) oraz 8 złożonych z figur prostych. Zadanie dziecka polega na kolejnym przerysowywaniu poszczególnych figur.

Normy (skala, przedziały, płeć, rok powstania norm)

Brak norm – ocena oparta na analizie jakościowej wykonania prób – zgodności ze wzorem i rodzaju popełnionych błędów. W odniesieniu do każdej figury Spionek podaje wiek, w jakim dziecko z prawidłowym rozwojem percepcji wzrokowej potrafi poprawnie je odwzorować.

Pomoce i arkusze

- wzory figur – każda na oddzielnej kartce (do samodzielnego przygotowania zgodnie z opisem w książce)
- brak arkusza zapisu.

Procedura badania

Procedura nie jest wystandaryzowana. Badanie przeprowadza się indywidualnie bez ograniczenia czasowego.

Zastosowanie praktyczne

- orientacyjna diagnoza rozmiaru opóźnień rozwojowych spostrzegania wzrokowego.

Ograniczenia w stosowaniu:

- wynikające z niedoskonałości narzędzia – brak normalizacji, brak jakiegokolwiek oceny psychometrycznej
- ze względu na konieczność rysowania próba nie nadaje się do badania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami, powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych
- badanie próbami może mieć charakter jedynie wstępny, orientacyjny – wymaga pogłębienia poprzez zastosowanie innych, znormalizowanych i wystandaryzowanych, metod np. Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Frostig czy wybranych podtestów skal IDS lub WISC-R.

Plusy i minusy

Plusy

- próba łatwa w stosowaniu

Minusy

- brak standaryzacji
- brak danych psychometrycznych
- brak jakichkolwiek norm
- przestarzałe podstawy teoretyczne.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.2. Skala Pomiaru Percepcji Słuchowej Słów

Autor

Janusz Kostrzewski.

Podręcznik: Kostrzewski, J. (1987). *Skala pomiaru percepcji słuchowej słów*. Wydanie eksperymentalne IV (niepublikowane). Łódź: Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Klinicznej UŁ.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Skala niedostępna na rynku, udostępniona w formie maszynopisu z 1987 roku (Wydanie IV eksperymentalne Wersja A Zakładu Psychologii Osobowości i Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Łódzkiego¹⁵).

Kto może stosować?

Brak ograniczeń.

Co mierzy?

- poziom percepcji słuchowej w aspekcie dokonywania analizy i syntezy słuchowej słów oraz różnicowania ich struktury.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 4;0–13;0.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Historia

Metoda polska, brak innych danych.

Własności psychometryczne

Brak informacji na temat rzetelności i trafności testu.

Struktura

- Skala składa się z trzech zasadniczych części:
- próby analizy słuchowej (14 zadań)¹⁶
- próby syntezy słuchowej (13 zadań)
- próby słuchowego różnicowania głosek (100 zadań) – badany wskazuje, czy pary słów, wypowiedziane przez badającego są takie same czy różne.

Wszystkie próby poprzedzone są zadaniami przykładowymi.

Normy

- brak normalizacji
- oceny wykonania na podstawie średnich i odchyłeń standardowych opracowane dla 10 poziomów wiekowych: od 4;6 do 13;0
- dodatkowo z uzyskanych wyników można obliczyć iloraz rozwoju danej funkcji, analogicznie jak to miejsce w przypadku liczenia ilorazu inteligencji według historycznych zasad ilorazowych
- dane do oceny z lat 80. ubiegłego wieku
- brak danych o próbie, na której liczono wskaźniki.

¹⁵ Mimo, że skala była rozpowszechniona w latach 80. ubiegłego wieku, do dziś jest używana w wielu poradniach psychologiczno-pedagogicznych, dlatego została umieszczona w katalogu.

¹⁶ Autor oryginalnie stosował nazwy „test”, jednak użycie tej nazwy nie jest tutaj uzasadnione, bowiem żadna z prób nie spełnia wymogów stawianych narzędziom diagnostycznym, jakimi są testy.

Pomoce i arkusze

- arkusz testowy wraz ze szczegółową instrukcją i zadaniami
- protokół badania.

Procedura badania (czas trwania badania, badanie indywidualne/grupowe)

Badanie indywidualne.

Zastosowanie praktyczne

- do badania funkcji językowych w ramach oceny gotowości szkolnej
- badania dzieci z trudnościami w uczeniu się czytania i pisania.

Ograniczenia w stosowaniu

- wynikające z niedoskonałości narzędzia – jako skala niespełniająca określonych warunków psychometrycznych, nadaje się jedynie do wstępnego rozpoznania, ale najlepiej zastąpić ją testami, na przykład Skalą Umiejętności Fonologicznych F
- jak w innych testach językowych.

Plusy i minusy

Minusy

- brak standaryzacji
- brak opisu własności psychometrycznych
- brak normalizacji
- brak aktualnych podstaw teoretycznych.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.3. Test17 Odtwarzania Struktur Rytmicznych Miry Stambak

Autor

Mira Stambak.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Opis w książce Zazzo, R., Galifret-Granjon, N., Hurtig M.C., Mathon, T., Pecheux, M.G., Santucci, H., Stambak, M. (1974) *Metody psychologicznego badania dziecka. Tom 1.* Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.

Kto może stosować?

Psychologowie – zgodnie z opisem w podręczniku¹⁸.

Co mierzy?

- poziom percepcji słuchowej i strukturacji czasowej
- bezpośrednią pamięć słuchową
- integrację słuchowo-ruchową.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 6;0–12;0.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Historia

Francuski test Miry Stambak z 1951 roku.

Własności psychometryczne

Brak danych.

Struktura

- 21 układów rytmicznych do otworzenia przez dziecko, ułożonych zgodnie z zasadą stopniowania trudności.

Normy

- normy francuskie z lat 50. ubiegłego wieku dla siedmiu przedziałów wiekowych od 6–12 lat, oddzielnie dla chłopców i dziewcząt.

Pomoce i arkusze

- arkusz badania, który zawiera materiał testowy (zapisane struktury rytmiczne, przeznaczone do odtworzenia przez badanego) zawarty w książce
- dwa ołówki o długości około 12 cm
- kartka formatu A4 jako ekran zasłaniający dłoń badającego.

Procedura badania

Badanie ma charakter indywidualny, bez ograniczeń czasowych. Badający odtwarza podane struktury rytmiczne za zasłoną (ekranem z kartki A4) poprzez stukanie ołówkiem o biurko, prosząc badanego o ich dokładne powtórzenie.

¹⁷ Nazwa test jest tutaj nieadekwatna, bowiem próba w wersji polskiej nie spełnia żadnych warunków psychometrycznych stawianych testom.

¹⁸ W praktyce stosowany także przez pedagogów i logopedów

Zastosowanie praktyczne

- w diagnozie dojrzałości szkolnej oraz trudności w czytaniu i pisaniu.

Ograniczenia w stosowaniu

- wynikające z niedoskonałości narzędzia – nie pozwala ono na pomiar badanych cech; jednak nie ma alternatywnej propozycji psychometrycznej do mierzenia tych samych funkcji
- niedosłuch
- znaczne deficyty uwagowe
- nadruchliwość.

Plusy i minusy

Plusy

- próba ciekawa dla dziecka
- dostarcza wielu informacji klinicznych

Minusy

- brak polskiej standaryzacji
- niejasny teoretycznie przedmiot badania
- brak oceny właściwości psychometrycznych
- brak polskich norm.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.4. Test Do Badania Techniki Głośnego Czytania

Autor

Autor testu: Jan Konopnicki. Podręcznik: Konopnicki, J. (1961). *Problem opóźnienia w nauce szkolnej*. Wrocław: Ossolineum.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Instytut Edukacji Nauczycieli i Badań Oświatowych – wydany w 1961 r w Krakowie. Dostępny na stronach internetowych.

Kto może stosować?

- nauczyciele
- pedagodzy szkolni i w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Co mierzy?

- umiejętność głośnego czytania pojedynczych słów w aspekcie tempa i poprawności.

Wiek badanych

uczniowie klas I–VIII szkoły podstawowej.

Podstawy teoretyczne

Opis nabywania czytania w opracowaniu autora testu.

Pilotaż i historia

Test polski, innych danych brak.

Własności psychometryczne

Brak danych na temat rzetelności i trafności testu.

Struktura

Jest to zestaw 143 jednosylabowych wyrazów, do głośnego czytania przez badanego w ciągu 1 minuty. Słowa te są podzielone na 7 grup, dostosowanych do poziomu edukacyjnego: klasa I to 22 słowa, II to 48 słów, III – 76 słów, IV – 88 słów, V – 99 słów, VI – 108 słów. Klasy VII i VIII to jeden poziom – 143 słowa. Uczeń z 1 klasy ma do przeczytania 22 słowa. Uczeń z każdego następnego poziomu ma odczytać słowa z poziomów wcześniejszych oraz dodatkowe słowa przeznaczone na jego poziom.

Normy

- test nie jest znormalizowany
- podstawą oceny są dane z 1961 r. wyrażone przez średnie liczby wyrazów przeczytanych w ciągu 1 minuty na danym poziomie edukacji: od pierwszej do ósmej klasy szkoły podstawowej, bez odniesienia do płci i wieku biologicznego.

Pomoce i arkusze

- arkusz badania, wraz z instrukcją.

Procedura badania

Badanie indywidualne, czas badania trwa 1 minutę.

Zastosowanie praktyczne

- ocena techniki czytania przez uczniów
- określenie stopnia opóźnienia w stosunku do wieku edukacyjnego.

Ograniczenia w stosowaniu

- wynikające z niedoskonałości narzędzia – nie umożliwia pomiaru, powinien być zastąpiony testami czytania – np. Testy czytania dla 6-latków, Testem Dekodowania czy testem Czytanie Sensownych Słów z baterii Dysleksja 3
- problemy z widzeniem.

Plusy i minusy

Plusy

- krótki czas trwania – umożliwia szybkie badania przesiewowe
- niesie niewielkie ryzyko wyuczalności i może służyć do monitorowania postępów uczniów w opanowywaniu techniki czytania, ale nie częściej niż co kilka miesięcy

Minusy

- zbyt upowszechniony – przez lata publikowany w podręcznikach do języka polskiego i nauczania zintegrowanego „Wesoła szkoła”, co wyklucza jego przydatność w diagnozie indywidualnej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych
- przestarzałe kryteria oceny
- brak norm
- brak oceny własności psychometrycznych.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.5. Próby Janiny Mickiewiczowej

Autor

Janina Mickiewiczowa.

Podręcznik: Mickiewicz, J. (2001). *Materiały do diagnozy pedagogicznej umiejętności czytania i pisania uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum*. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”. Toruń.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Aktualnie niedostępny w sprzedaży.

Kto może stosować?

Psychologowie i pedagodzy w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Co mierzy?

- poziom umiejętności czytania (techniki i rozumienia czytanego tekstu)
- poziom umiejętności pisania poprawnego pod względem ortograficznym u uczniów z trudnościami w uczeniu się.

Wiek badanych

uczniowie klas I–VI szkół podstawowych oraz klas gimnazjalnych.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Historia

Metoda polska. Próby powstały na podstawie wieloletniego doświadczenia diagnostycznego autorki jako pedagoga.

Własności psychometryczne

Brak danych.

Struktura

Próby testowe to zestaw tekstów (małych opowiadań) różnej długości i różnego stopnia trudności z podziałem na osiem poziomów edukacji do czytania i do pisania. Sprawdziany pisemne zawierają materiał wyrazowy do pisania ze słuchu, pisania z pamięci i przepisywania dla uczniów klas I–III oraz teksty do pisania ze słuchu dla uczniów szkoły podstawowej oraz gimnazjum.

Sprawdziany czytania zawierają próby czytania wyrazów dla klas I–III, sprawdziany umiejętności głośnego czytania dla uczniów szkoły podstawowej oraz gimnazjum.

Sprawdziany czytania przeznaczone są do badania tempa i techniki czytania oraz rozumienia przeczytanych treści. Rozumienie przeczytanego tekstu badane jest orientacyjnie przez analizę odpowiedzi badanego na pytania opracowane do każdego zamieszczonego tekstu.

Normy

- brak normalizacji
- autorka proponuje ocenę o charakterze szacunkowym i tylko dla prób badających czytanie; ocena ta odnosi się do liczby słów, jaką badany uczeń powinien przeczytać w ciągu jednej minuty na określonym poziomie edukacji. Jak podaje autorka oceny są orientacyjne, „oparte na własnych badaniach dzieci, młodzieży, osób dorosłych oraz danych zaczerpniętych z literatury przedmiotu” (Mickiewicz, 2001, s. 5).

Pomoce i arkusze

- arkusze z tekstami do czytania i do pisania
- teksty do czytania są opracowane w dwóch wersjach: dla badanego i dla osoby badającej. W wersji dla badającego są zamieszczone pytania, które diagnosta zadaje badanemu, celem określenia zdolności zrozumienia i zapamiętania przezeń przeczytanych treści, a na końcu każdego zdania jest podana liczba słów w tym zdaniu zawarta.

Procedura badania

Badanie indywidualne. Czas trwania badania w zależności od liczby zastosowanych prób. W sytuacji zastosowania jednej próby czytania i pisania trwa około 10–15 minut.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza czytania i pisania uczniów z trudnościami w czytaniu i pisaniu, celem jej poszerzenia bądź uzupełnienia.

Ograniczenia w stosowaniu

- wynikające z niedoskonałości narzędzia – brak możliwości rzeczywistego pomiaru, należy zastąpić Testami Czytania dla 6-latków, Testem Dekodowania, Baterią Dysleksja 3
- jak w innych testach czytania i pisania.

Plusy i minusy

Plusy

- dobór materiału testowego – sprawdziany czytania są interesujące dla badanych, a materiał ortograficzny zawarty w tekstach dyktand jest zróżnicowany i pasuje do różnych szczebli edukacji

Minusy

- brak standaryzacji
- brak normalizacji
- brak oceny własności psychometrycznych.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.6. Test Figur Odwróconych Edfeldta

Autor

Ake W. Edfeldt.

Autor polskiego opracowania i podręcznika – w formie maszynopisu M. Bogdanowicz.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Rozpowszechniany w formie maszynopisu przez Martę Bogdanowicz/niedostępny w handlu.

Kto może stosować?

Brak danych dotyczących ograniczeń.

Co mierzy?

- zdolności różnicowania wzrokowego
- zdolności spostrzegania aspektu kierunkowego figur i ich ułożenia w przestrzeni

Wiek badanych

dzieci w wieku 4–6 lat.

Podstawy teoretyczne

Brak danych.

Pilotaż i historia

Test opublikowany po raz pierwszy w Sztokholmie przez A. W. Edfeldta w roku 1964.

Własności psychometryczne

Brak danych.

Struktura

Materiał testowy stanowią rysunki 84 par prostych figur. Figury w parze mogą być identyczne (42 pary) lub różnić się kształtem (12 par), ułożeniem w przestrzeni w osi pionowej (20 par) lub w osi poziomej (5 par) a także w obu – poziomej i pionowej (5 par). Zadanie dziecka polega na wykreśleniu na arkuszu testowym wszystkich par figur różniących się kształtem lub ułożeniem w przestrzeni.

Normy

- normy z roku 1986/87
- próba normalizacyjna:
 - 300 dzieci w wieku przedszkolnym w dawnym województwie gdańskim
 - normy lokalne
- normy na skali stenowej.

Pomoce i arkusze

- zestaw 84 par rysunków na 4 białych kartkach formatu A4 (po 21 par na jednej kartce)
- arkusz zapisu z metryczką i kluczem.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie lub grupowo; limit czasowy – 15 minut.

Zastosowanie praktyczne

- diagnoza poziomu rozwoju różnicowania wzrokowego u dzieci w wieku przedszkolnym
- ocena orientacji kierunkowej.

Ograniczenia w stosowaniu

- problem z pozyskaniem testu
- wynikające z niedoskonałości narzędzia – nieaktualne i lokalne normy, brak jakiegokolwiek oceny psychometrycznej.

Plusy i minusy

Plusy

- łatwy w stosowaniu
- arkusz zapisu z kluczem umożliwia szybką ocenę wykonania testu
- umożliwia ocenę funkcji wzrokowych bez komponentu ruchowego, nadaje się do badania dzieci z zaburzeniami motoryki
- nie wymaga ekspresji werbalnej ze strony dziecka – nadaje się do badania dzieci z zaburzeniami mowy

Minusy

- nieaktualne i lokalne normy
- trudności z interpretacją ze względu na nieokreślone podstawy teoretyczne
- brak danych dotyczących własności psychometrycznych
- dziecko szybko się nuży i dekoncentruje podczas pracy
- badający musi zaznaczać odpowiedzi dziecka na arkuszu, gdyż dzieci gubią się podczas pracy, często też zapominają, co mają zrobić.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.7. Profil sprawności grafomotorycznych

Autor

Aneta Domagała, Urszula Mirecka.

Podręcznik: Domagała, A., Mirecka, U. (2010) *Profil sprawności grafomotorycznych*. Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.

Dostępność – kto może stosować?

Psycholodzy, pedagodzy, nauczyciele.

Co mierzy?

- technikę czynności grafomotorycznych
- poziom graficzny pisma.

Wiek badanych

Dzieci w wieku 7–13 lat z możliwością poszerzenia granic wiekowych w przypadku dzieci wcześniej rozpoczynających naukę szkolną lub z opóźnieniami w edukacji.

Podstawy teoretyczne

Brak danych w podręczniku do testu.

Pilotaż i historia

Metoda polska, powstawanie udokumentowane licznymi wystąpieniami konferencyjnymi oraz publikacjami.

Własności psychometryczne

Brak danych w podręczniku do testu.

Struktura i układ pozycji testowych

Przebieg badania obejmuje:

- rozmowę z uczniem poprzedzającą wykonanie prób diagnostycznych
- przeprowadzenie prób diagnostycznych
- rozmowę z uczniem po wykonaniu prób diagnostycznych
- analizę informacji zapisanych w Protokole obserwacyjnym oraz dokonanie oceny końcowej dotyczącej przebiegu czynności grafomotorycznych
- analizę pozyskanych próbek pisma i wzorów literopodobnych oraz dokonanie oceny końcowej dotyczącej wytworów czynności grafomotorycznych
- opracowanie wyników diagnostycznych na podstawie Profilu sprawności grafomotorycznych oraz wytycznych do postępowania postdiagnostycznego.

Normy

- brak normalizacji
- ocena opiera się na analizie jakościowej wykonania prób
- wyniki w części próbek podlegają ocenie ilościowej (ocena czterostopniowa), ale brak danych o ich obiektywnej interpretacji.

Pomoce i arkusze

- materiał testowy stanowią 4 rodzaje plansz/wzorów do reprodukcji i tekstów do przepisywania dostosowanych do niższego i wyższego przedziału wieku
- protokół obserwacyjny dla badającego
- karta oceny dla badającego.

Procedura badania

Procedura częściowo wystandaryzowana. Badanie przeprowadza się indywidualnie bez ograniczenia czasowego.

Zastosowanie praktyczne

- rozpoznawanie możliwości i ograniczeń w sferze grafomotoryki u uczniów szkół podstawowych
- ocena wytworów czynności grafomotorycznych
- opanowanie techniki pisania.

Ograniczenia w stosowaniu:

- ze względu na konieczność rysowania/pisania test nie nadaje się do badania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi schorzeniami, powodującymi znaczne obniżenie sprawności grafomotorycznych, chyba że celem jest poznanie ich ograniczeń
- diagnoza wymaga pogłębienia poprzez zastosowanie innych, znormalizowanych i wystandaryzowanych metod.

Plusy i minusy:

Plusy

- jedynie dostępne współczesne, częściowo wystandaryzowane narzędzie do badania grafomotoryki
- może stanowić element oceny gotowości szkolnej

Minusy:

- test czasochłonny i obciążający zarówno dla badającego, jak i dla dziecka
- brak normalizacji
- brak oceny własności psychometrycznych.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

5.7.8. Profil Psychoedukacyjny PEP-R

Autor

Eric Schopler.

podręcznik – Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., Marcus, L. M. (1995) *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju. Profil Psychoedukacyjny (PEP-R)*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym.

Wydawca/gdzie test jest dostępny

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Gdańsku.

Kto może stosować?

Osoby, które mają doświadczenie w testowaniu małych dzieci.

Co mierzy?

- rozwój i nieprawidłowości w procesie uczenia się u dzieci z autyzmem i z zaburzeniami rozwoju.

Wiek badanych

Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7 r. ż. lub starsze z całościowymi zaburzeniami rozwoju (do 12 r. ż.).

Podstawy teoretyczne

Ogólna koncepcja rozwoju psychoruchowego dzieci. Test bazuje na rozwojowej koncepcji oceny, uwzględniającej zmiany rozwojowe we wczesnym dzieciństwie. Zdaniem autorów, takie podejście „umożliwia opis i zrozumienie nieprawidłowości w procesie uczenia się, typowych dla dziecka autystycznego oraz dziecka z zaburzeniami rozwoju” (Schopler i współ., 1995, s.17).

Historia

Profil Psychoedukacyjny został opracowany na Uniwersytecie Północnej Karoliny w latach 1971–1976. W ciągu 20 lat wykorzystywania w diagnozie okazał się klinicznie trafny. PEP-R jest udoskonaloną i zmodyfikowaną jego wersją. Dane zostały zebrane w dwóch etapach: w pierwszym (rok 1979) przebadano 276 dzieci w wieku od 1. do 7. roku życia, w drugim (rok 1988) nową wersją testu przebadano 144 dzieci o prawidłowym rozwoju psychoruchowym. Celem badań dzieci rozwijających się prawidłowo było ustanowienie hierarchii rozwoju w każdej z siedmiu sfer i skonstruowanie Profilu Skali Rozwoju. Obliczono średni wiek oraz przedział wiekowy dla każdej liczby zaliczonych zadań. Na podstawie badań dla każdego zadania testu PEP-R ustalono odpowiadający im przedział wiekowy dla dzieci o prawidłowym rozwoju psychoruchowym.

Własności psychometryczne

Rzetelność testu oceniono, porównując wyniki niezależnej oceny tego samego dziecka przez pięć osób. Obliczono wskaźnik stopnia podobieństwa obserwacji, zbieżność ocen wynosi 92%.

Trafność pierwotnej wersji testu PEP-R oceniono, porównując ilorazy rozwoju z wynikami testów inteligencji: Skalą Merrill-Palmer (0.85), Skalą Dojrzałości Społecznej Dolla (0.84), Skalą Rozwoju Bayley (0.77), Obrazkowym Testem Słownictwa Peabody (0.71). Niższe korelacje uzyskano, porównując wyniki PEP-R ze Skalą Inteligencji dla Dzieci Wechslera (0.47) i Międzynarodową Wykonaniową Skalą Leitera (0.24).

Struktura

Cała skala składa się z dwóch skal cząstkowych: rozwoju i zachowań.

Skala rozwoju obejmuje zadania zgrupowane w 7 wzajemnie powiązanych sfer rozwoju:

1. naśladowanie – możliwość naśladowania dźwięków oraz słów i ruchów ciała i dotyczących używania przedmiotów

5.7. Próby niewystandaryzowane

2. percepcja – percepcja słuchowa i wzrokowa, (np. rozpoznawanie kształtów, kolorów, reagowanie na dźwięki)
3. motoryka mała – czynności manualne np. odkręcanie pokrywki, cięcie papieru
4. motoryka duża – zadania takie jak chodzenie po schodach, utrzymywanie równowagi
5. koordynacja wzrokowo-ruchowa – kompetencje kluczowe dla nauki pisania i rysowania (np. kolorowanie, przerysowywanie figur)
6. czynności poznawcze – wykonanie pewnych czynności poznawczych takich jak wskazanie części ciała, rozpoznawanie kolorów
7. komunikacja; mowa czynna – dotyczy umiejętności liczenia, rozpoznawania liter i cyfr, czytania.

Skala zachowań przeznaczona do rozpoznawania zachowań dziecka typowych dla autyzmu, a jej celem jest pomoc w postawieniu diagnozy w przypadku autyzmu lub zaburzeń w zachowaniu. Składa się z zadań podzielonych na 4 części:

1. nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne
2. zabawa i zainteresowanie przedmiotami
3. reakcje na bodźce
4. mowa.

Normy

- brak typowej normalizacji
- profile rozwojowe dla dzieci prawidłowo rozwijających się opracowano w 1979 i 1988 roku dla próby dzieci amerykańskich, zróżnicowanych ze względu na czynniki społeczno-ekonomiczne (przewaga dzieci rasy białej, równe proporcje chłopców i dziewczynek)
- propozycja „norm” o charakterze rozwojowym w formie przybliżonego wieku rozwoju, określonego w odniesieniu do normalnej populacji, dla wyniku ogólnego i wyników w poszczególnych sferach.

Pomoce i arkusze

- zbiór zabawek i pomocy edukacyjnych
- arkusz zapisu.

Procedura badania

Badanie przeprowadza się indywidualnie.

Zastosowanie praktyczne

- rozwój i nieprawidłowości w procesie uczenia się u dzieci z autyzmem i z zaburzeniami rozwoju, a jego wyniki są podstawą ustalenia indywidualnego programu nauczania
- diagnoza funkcjonalna dziecka z zaburzeniami rozwojowymi
- podstawa planowania zindywidualizowanego programu nauczania.

Ograniczenia w stosowaniu

Dzieci z wadami narządów zmysłów: wzroku i słuchu.

Plusy i minusy

Plusy

- skala bazuje na koncepcji strefy najbliższego rozwoju L. Wygotskiego z systemem oceniania zadań jako zaliczonych, niezaliczonych i obiecujących, czyli takich, których dziecko nie wykonuje samodzielnie, ale radzi sobie z nimi z pomocą
- możliwość oceny profilu, czyli sfer rozwoju, w których dzieci mają osiągnięcia i w których są słabsze, w odniesieniu do populacji dzieci prawidłowo rozwijających się

Minusy

- konieczność prowadzenia badania przez dwóch diagnostów jednocześnie
- brak badań na populacji polskich dzieci
- brak standaryzacji i aktualnych norm.

Rekomendacja autorów katalogu:

narzędzie nie jest testem i nie może być wykorzystane w diagnozie psychometrycznej.

Rozdział 6. Czym się kierować, dokonując wyboru narzędzia diagnostycznego?

6.1. Odpowiedzialność diagnosty – podsumowanie

Kwestia decyzji dotyczącej wyboru odpowiedniego narzędzia diagnostycznego jest zadaniem niełatwym i odpowiedzialnym. Musi ona bazować na wiedzy diagnosty oraz wielu jego profesjonalnych kompetencjach, o których była mowa w części pierwszej tego katalogu. Można powiedzieć, że odpowiedzialność diagnosty (psychologa, pedagoga czy nauczyciela) nie ogranicza się tylko do wyboru najlepszego testu, ale obejmuje:

1. wybór narzędzi docelowo dopasowany do badanej osoby (wiek dziecka, poziom edukacyjny) oraz celu badania (np. ocena gotowości szkolnej czy funkcjonowania ucznia w klasie I lub określenie powodu trudności w uczeniu się itp.)
2. kompetentne stosowanie wybranych narzędzi — znajomość procedury badania oraz rozumienie znaczenia jej przestrzegania i umiejętność przeprowadzenia; umiejętność oceny odpowiedzi i obliczania wyników
3. prawidłową interpretację i analizę wyników — świadomość, że formułowane wnioski nie powinny wykraczać poza dane dotyczące trafności narzędzia (tzn. poza przedmiot pomiaru opisany w podręczniku do testu lub w publikacjach dotyczących jego stosowania)
4. podejmowane decyzje odnośnie badanego dziecka (wspomaganie rozwoju, pogłębiona diagnoza, terapia itp.) oraz formułowane orzeczenia
5. przekazanie informacji zwrotnych osobom badanym, innym zainteresowanym (np. rodzicom, zespołowi orzekającemu w poradni) lub instytucjom (np. sąd)
6. W każdym wypadku stosowania testu, odpowiedzialność prawna, etyczna, zawodowa znajduje się po stronie diagnosty.

Do zapamiętania:

Jak ocenić przydatność testu?

Należy uwzględnić:

1. cel badania – czyli do czego potrzebny będzie wynik testu, na jakie pytania chcemy odpowiedzieć na podstawie wyników badania testowego?
2. przedmiot pomiaru – co i dlaczego chcemy mierzyć?
3. kim jest osoba badana – wiek, płeć i inne czynniki kulturowe.

6.2. Uwarunkowania decyzji o wyborze testu – podsumowanie

Aleksandra Jaworowska (1996) proponuje, by w podejmowaniu decyzji o wyborze najlepszego testu spośród kilku przeznaczonych do badania tej samej zmiennej (np. inteligencji, słownika) wziąć pod uwagę cel badania, jego przedmiot oraz populację, której to badanie dotyczy. W przypadku diagnozy edukacyjnej musimy zatem brać pod uwagę:

1. Cel badania – określenie, do czego potrzebny jest nam wynik testu – czy ma służyć diagnozie różnicowej, na przykład SLI i dysleksji, czy też ma służyć planowaniu terapii w oparciu o mocne i słabe strony dziecka.
2. Przedmiot pomiaru – określenie tego, co dokładnie chcemy mierzyć, a więc na przykład inteligencję płynną czy raczej skryzalizowaną, słownik dziecka czy raczej jego sprawności fonologiczne

3. Populację – dzieci będących na etapie edukacji przedszkolnej (jeszcze nie znają liter, nie uczyły się czytania i pisanie, oraz naturalne ograniczenia rozwojowe – np. problemy z działaniami dowolnymi lub z wykonywaniem operacji umysłowych) czy też na etapie edukacji wczesnoszkolnej.

Dopiero po dokonaniu powyższych ustaleń, diagnosta może skoncentrować się na narzędziach. Dbając o prawdziwość wniosków diagnostycznych, powinien bazować na diagnozie psychometrycznej. W Polsce nie ma jak dotąd żadnego systemu certyfikowania czy oceniania testów, dlatego psycholog/pedagog musi samodzielnie ocenić przydatność danego narzędzia do planowanych zastosowań, w oparciu o swoją wiedzę i kompetencje zawodowe (Jaworowska 2013).

Do zapamiętania:

Jakie informacje powinien zawierać podręcznik testowy?

1. Wskazanie autora testu, polskiej adaptacji w przypadku testów zagranicznych, autorów podręcznika.
2. Opis podstaw teoretycznych testu.
3. Opis własności psychometrycznych – opis badań dotyczących rzetelności i trafności.
4. Opis procedury normalizacji – normy, opis grupy normalizacyjnej (wielkość, dobór do grupy, czy próba ogólnopolska).
5. Opis procedury badania, obliczania i interpretacji wyniku.
6. Normy wyrażone na skali standaryzowanej.
7. Instrukcje badania testem.

Zgodnie z Wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (wersja polska z 2000 roku), odpowiedzialność za etyczne stosowanie testów odpowiednio do kwalifikacji badającego, wybór procedury badania i testu oraz formułowanie zaleceń na jego podstawie, spoczywa na osobie diagnozującej. Zatem kompetentni użytkownicy powinni przed dokonaniem wyboru testu przeanalizować aktualne informacje dotyczące wszystkich potencjalnie odpowiednich narzędzi (np. dostępne informacje o testach, niezależne recenzje czy opinie ekspertów). Niemniej ważne jest sprawdzenie, czy dokumentacja techniczna i dokumentacja dla użytkownika (podręcznik do testu) zawierają wystarczające informacje, by można było go ocenić. Oznacza to poszukiwanie przede wszystkim informacji dotyczących założeń teoretycznych testu i przedmiotu pomiaru (np. na podstawie testu badającego pamięć fonologiczną nie można wyciągać wniosków o poziomie przetwarzania fonologicznego u dziecka; na podstawie testu słownikowego nie można wnioskować o całościowym rozwoju języka) oraz odpowiedności norm (czas ich powstania, zakres próby normalizacyjnej – np. nie powinno się stosować norm dla województwa pomorskiego w przypadku badania dzieci z obszarów Małopolski). Kolejne ważne informacje, które koniecznie trzeba wziąć pod uwagę, to dokładność pomiaru (błąd standardowy pomiaru, możliwość obliczania przedziałów ufności i prawdopodobieństwo wnioskowania o wyniku prawdziwym dziecka) oraz rzetelność testu w odniesieniu do odpowiednich populacji (na przykład współczynniki rzetelności mogą znacząco różnić się w zależności od wieku i płci dziecka). Równie ważna jest trafność narzędzia pod kątem planowanego zastosowania (np. nie jest trafne stosowanie testów do diagnozowania dysleksji w przypadku dzieci z dyskalkulią, czy też stosowanie testów czytania i pisanie, których trafność treściowa jest nieadekwatna, ze względu na zmiany w programie nauczania). Dobrą praktyką jest unikanie stosowania testów, które mają niewystarczającą lub niejasną dokumentację techniczną (podręcznik testowy). Diagnosta powinien stosować testy tylko dla takich celów, dla których dostępne są odpowiednie dowody trafności oraz unikać oceniania testu wyłącznie na podstawie wartości fasadowej (na przykład nazwy), rekomendacji innych użytkowników testu bez dowodów empirycznych lub rad osób, które mogą mieć żywotny interes w propagowaniu określonego narzędzia (np. zysk marketingowy).

Jak zatem ocenić przydatność testu? Przed dokonaniem takiej oceny diagnosta powinien przeanalizować cel badania, przedmiot pomiaru i dane o osobie badanej, co opisano w poprzednim punkcie. Bazując na wspomnianej w rozdziale I praktyce opartej na dowodach empirycznych (*Evidence Based Practice EBP*) i diagnozowaniu opartym na dowodach empirycznych (*Evidence-Based Assessment EBA*), należy podkreślić, że osoba dokonująca diagnozy musi:

1. integrować najlepsze dostępne dowody empiryczne
2. z biegłością praktyczną
3. w kontekście indywidualnych cech dziecka, preferencji jego i jego opiekunów oraz kultury, z której pochodzi i w której aktualnie żyje (Stemplewska-Żakowicz 2009).

Do zapamiętania

Gdzie można szukać informacji, które pomogą w dokonaniu oceny danego narzędzia?

1. Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów dostępne na stronie Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
2. Sekcja Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
3. Biuletyn Komisji Testów Psychologicznych Polskiej Akademii Nauk, w którym ukazują się recenzje testów.

Wybór testu (testów) powinien uwzględniać:

1. **Założenia teoretyczne na bazie których powstała metoda diagnostyczna**

Koncepcja teoretyczna jest podstawą rozumienia i interpretowania wyników – np. rozwój umysłowy w ujęciu wechslerowskim jest inaczej rozumiany niż w teorii Piageta. Rozumienie zmiennej będącej przedmiotem pomiaru i ograniczeń z tego wynikających, pozwala ocenić, czy test jest przydatny do realizacji celu konkretnej diagnozy. Wynika to z tego, że koncepcja teoretyczna, na której zbudowany jest test, wyznacza ramy dla interpretacji uzyskanego wyniku. Tak więc na przykład, jeżeli test zgodnie z założeniami autorów zbudowany jest na koncepcji inteligencji płynnej, to tylko o niej będziemy mogli wnioskować na podstawie uzyskanego wyniku. Zastosowanie takiego testu nie pozwoli nam orzekać o inteligencji ogólnej, obejmującej również inteligencję skryzalizowaną.

2. **Rzetelność** (por. rozdział 2, punkt 4)

W praktyce należy stosować tylko te narzędzia, które mają co najmniej zadowalającą rzetelność. W diagnozie indywidualnej nie zaleca się stosowania testów o rzetelności niższej niż 0,80. Testy o niskiej rzetelności nie mogą być wykorzystywane w diagnozie indywidualnej, gdyż oznacza to, że test jest mało dokładny, a jego wynik obciążony jest dużym błędem pomiaru. Tak uzyskane informacje o dziecku są nieprzydatne. Testy o niższej rzetelności i uznanych dowodach trafności mogą mieć zastosowanie jedynie w badaniach przesiewowych.

Warto zwrócić uwagę na to, czy oceniono rzetelność na kilka różnych sposobów. Dane statystyczne dotyczące rzetelności muszą być zawarte w podręczniku do testu.

3. **Trafność testu** (por. rozdział 2, punkt 5)

Analizując dane na temat trafności konkretnego narzędzia, należy pamiętać, że ocena tego parametru zawsze dotyczy konkretnego zastosowania. Dzięki danym trafnościowym możemy stwierdzić, czy dany test jest użyteczny dla celu, w jakim chcemy go zastosować (np. do diagnozy różnicowej dzieci z dysleksją i bez dysleksji).

W praktyce należy stosować tylko te narzędzia, które mają potwierdzoną trafność. Dane dotyczące trafności muszą być zawarte w podręczniku do testu, ale także mogą być uzupełniane poprzez publikacje naukowe z wykorzystaniem badań danym testem.

Szczególnie istotna dla diagnozy edukacyjnej jest trafność kryterialna (prognostyczna, diagnostyczna) informująca o związku wyników testu z innymi cechami, które chcemy diagnozować lub prognozować (por. rozdział 2, punkt ...). Jak pisze Jaworowska (1996) nie ma testów uniwersalnie trafnych, a są jedynie trafne w kontekście konkretnych zastosowań. Analizując przydatność konkretnego narzędzia, szukamy informacji potwierdzających jego trafność dla celu, w jakim chcemy go zastosować. Określony test może być trafny dla oceny np. pamięci fonologicznej, ale jeśli nie będzie różnicował dzieci z dysleksją od dzieci bez trudności w czytaniu, nie będzie miał zastosowania w diagnozie dysleksji.

Warto zwrócić uwagę na to, czy trafność była badana z zastosowaniem różnorodnych technik. Dobrze opracowane testy zazwyczaj charakteryzują się trafnością sprawdzaną na kilka sposobów. Dane psychometryczne dotyczące trafności muszą być zawarte w podręczniku do testu.

4. Normy

Normy dostarczają informacji o rozkładzie wyników testu w grupie odniesienia, czyli np. grupie dzieci w określonym wieku, z określonego środowiska, np. wiejskiego i określonej płci, np. chłopców (por. rozdział 2, punkt 3). Służą one do oceny miejsca, jakie zajmuje badane dziecko na tle tejże grupy. Normy muszą być opracowane na podstawie wyników grupy, której charakterystyka demograficzna odpowiada strukturze populacji oraz charakterystyce osoby, jaką mamy zamiar badać. Ważne jest także, szczególnie w przypadku testów inteligencji czy językowych, aby normy były aktualne, ze względu na opisywany wcześniej efekt Flynna. Normy w testach muszą być wyrażone na skali standaryzowanej, np. stenowej, centylowej, wechslerowskiej.

Podręcznik do testu musi zawierać opis sposobu prowadzenia normalizacji (czas badań normalizacyjnych, sposób doboru i strukturę próby, jej wielkość i zakres).

5. Legalność

Diagnosta jest zobowiązany do stosowania tylko takich testów, które zostały legalnie, z poszanowaniem prawa autorskiego, wydane i są dostępne w legalnej dystrybucji, a więc możliwe do zakupienia bądź dostępne bezpłatnie.

Do zapamiętania:

Jak wybrać narzędzie diagnostyczne – podsumowanie

Aby dokonać wyboru testu odpowiedniego do realizacji założonego celu diagnozy oraz osoby badanej, diagnosta powinien zebrać najważniejsze informacje na temat narzędzia, które planuje zastosować, czyli:

- a) legalność testu
- b) założenia teoretyczne leżące u podstaw danego testu
- c) własności psychometryczne testu – standardowy błąd pomiaru, rzetelność i trafność
- d) normy.

Bibliografia

- Anastasi, A., Urbina, S. (1999). *Testy psychologiczne*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J., Kosno, M. (2013). *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci i młodzieży*. Warszawa: ORE.
- Benton Sivan, A. (2007). *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Bogdanowicz, M. (1978a). *Chiński język. Próba badania słuchu fonematycznego*. Gdańsk: UG (maszynopis).
- Bogdanowicz, M. (1978b). *Test czytania „Łatysz II”*. Gdańsk: UG (maszynopis).
- Bogdanowicz, M. (1985). *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: WSiP.
- Bogdanowicz, M. (1987). *Test Figur Odwróconych Edfeldta*. Maszynopis. Gdańsk: UG.
- Bogdanowicz, M. (2000). *Metoda Dobrego Startu*. Warszawa: WSiP.
- Bogdanowicz, M. (2005). *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*. Gdańsk: Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (2009). *Test Czytania Głośnego – Dom Marka*. Gdańsk: PTPIP.
- Bogdanowicz, M. (2011). *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii. Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas I i II*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (2012). Diagnostyka dysleksji rozwojowej. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 121–177). Gdańsk: GWP.
- Bogdanowicz, M., Czabaj, R., Bućko, A. (2008). *Modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z dysleksją*. Gdynia: Operon.
- Bogdanowicz, M., Jaworowska, A., Krasowicz-Kupis, G., Matczak, A., Pelc-Pękala, O., Pietras, I., Stańczak, J., Szczerbiński, M. (2008). *Dysleksja 3. Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III. szkoły podstawowej. Przewodnik diagnostyczny*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Bogdanowicz, M., Kalka, D. (2011). *Skala Ryzyka Dysleksji dla dzieci wstępujących do szkoły. SRD-6*. Gdańsk: PTPIP.
- Bogdanowicz, M., Kalka, D., Sajewicz-Radtke, U., Radtke, B.M. (2009). *Bateria metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u dzieci ośmioletnich. BATERIA-8 [B-8]*. Gdańsk: PTPIP.
- Bogdanowicz, M., Kalka, D., Sajewicz-Radtke, U., Radtke, B. M. (2010). *Bateria metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci pięcioletnich i sześciolletnich. Bateria – 5/6*. Gdańsk: PTPIP.
- Bogdanoviczova, M., Matějček, Z. (1995). Čtení žáků 2, 4 a 6 postupných ročníků v Polsku a v Čechách. W: A. Kuchařská (red.), *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1995* (s. 8–12). Praha: Nakladatelství "Dys".

Brzezińska, A., Burtowy, M. (1985). *Psychopedagogiczne problemy edukacji przedszkolnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Brzeziński, J. (2000). Teoria testów psychologicznych: ABC psychometrii, W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 1: Podstawy psychologii (s. 400–415). Gdańsk: GWP.

Brzeziński, J. (2003). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzeziński, J., Kowalik, S., (1993). Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej. W: H. Sęk (red.) *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzeziński, J., Toeplitz-Winiewska, M. (2008). Etyczne problemy działalności praktycznej, edukacyjnej i naukowej psychologa. W: J. Strelau, D. Doliński (red). *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 1* (s. 137–169). Gdańsk: GWP.

Cattell, R. B. (1950). *Culture Fair (Or Free) Intelligence Test (A measure of „g”). Scale 1. Handbook for the individual or groups*. Champaign, IL: IPAT.

Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: a critical experiment. *Educational Psychology*, 54, 1–22.

Cattell, R. B. (1966). *Handbook for the Culture Fair Intelligence Test, Scale 1*. Champaign, IL: Hogrefe Publishing.

Cattell, R. B. (1971). *Abilities: their structure, growth and action*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Cattell, R. B., Weiß, R. H., Osterland, J. (1977). *Grundintelligenztest Skala 1 – CFT 1*. Braunschweig: Westermann.

Ciechanowicz, A. (1992). *Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Domagała, A., Mirecka, U. (2010). *Profil sprawności grafomotorycznych*, Gdańsk: PTPiP.

DSM – *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition, DSM V*. (2013). American Psychiatric Association.

Fernandes- Balesteros, R., De Bruyn, E. E., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., Zaccagnini, J. L. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187–200.

Frydrychowicz, A., Koźniewska, E., Matuszewski, A., Zwierzyńska, E. (2006). *Skala Gotowości Szkolnej. Podręcznik*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Gaul, M., Zakrzewska, M. (1993). Charakterystyka amerykańskiej i polskiej próby standaryzacyjnej i normalizacyjnej, W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.), *Skala inteligencji WAIS-R Wechslera. Polska adaptacja, standaryzacja, normalizacja i wykorzystanie w diagnostyce psychologicznej* (s. 107–118). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Grob, A., Meyer, C. S., Hagmann-von Arx, P. (2009). *Intelligence and Development Scales (IDS). Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5–10 Jahren*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1994). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze*, Warszawa: WSiP.

Guziuk-Tkacz, M. (2001). *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Haman, E., Fronczyk, F. (2012). *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie. OTSR*. Gdańsk: PTPiP.

Haman, E. (2013). *Słowotwórstwo dziecięce w badaniach psycholingwistycznych*. Warszawa: Studio Lexem.

Hornowski, B. (1970). *Analiza psychologiczna Skali J. C. Ravena*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hornowska, E. (2005). *Skale Inteligencji dla dorosłych Davida Wechslera WAIS-R oraz WAIS-III*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Hornowska, E. (2010). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Jaworowska, A. (1996). Co to jest test psychologiczny? W: A. Ciechanowicz, A. Jaworowska, T. Szustrowa (red.), *Testy, prawo, praktyka* (s. 9–26). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska A. (2007). *Test Pamięci Wzrokowej Bentona. Polska normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A. (2008). Co to znaczy, że test psychologiczny jest legalnym narzędziem? W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 847–893). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Jaworowska, A. (2010). Starzenie się norm w testach inteligencji. Efekt Flynna na przykładzie wyników WISC-R. W: K. Wiejak, G. Krasowicz-Kupis (red.), *Kliniczne zastosowania skal inteligencji D. Wechslera* (s. 17–31). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A. (2013). Jaka powinna być rola niezależnych ocen jakości testów dla praktyki testowania? *Biuletyn Komisji Testów Psychologicznych PAN*, 1, s. 6.

Jaworowska, A., Matczak, A., Fecenec, D. (2012). *IDS – Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5–10 lat*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (1996a). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A., Matczak, A., Szustrowa, T. (1996b). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93. Instrukcja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska A., Matczak A., Szustrowa T. (2009). *Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera P-93. Polska standaryzacja 1993: populacja ogólna 3–15 lat, dzieci głuche 3–14 lat. Podręcznik. II wydanie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jaworowska, A., Szustrow, T. (2011). *Test Matryc Ravena w wersji Kolorowej TMK. Formy: Klasyczna i Równoległa. Podręcznik*. Wydanie 3 niezmienione. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

- Jaworska, J. (1990). *Test Bender-Koppitz. Podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN.
- Kagan, J. (1966). Developmental studies of reflection and analysis. W: A. H. Kidd, J. L. Rivoire (red.), *Perceptual development in children* (s.487–522). New York: International University Press.
- Kagan, J., Rosman, B. L., Day, D., Albert, J., Philips, W. (1964). Information processing in the child: significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs*, 78, 1–37.
- Kaja, B., Nair, R., Zając, M. (2003). Normalizacja Testu Świadomości Fonologicznej i jego zastosowanie w diagnozie dysleksji. W: B. Kaja (red.), *Diagnoza dysleksji* (s. 70–94). Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Akademii Bydgoskiej.
- Kielar-Turska, M. (2006). Rozwój dziecka. W: (red.) T. Pilch, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5. (s. 483–495). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kogan, N. (1983). Stylistic variation in childhood and adolescence: creativity, metaphor and cognitive styles. W: J.H. Flavell, E.M. Markman (red.), *A Handbook of Child Psychology* (s. 695–706). New York: John Wiley & Sons.
- Koć-Januchta, M. (2013). *Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 1 CFT 1-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Koć-Januchta, M. (2013). *Test Słownikowy dla Dzieci. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>.
- Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. (2008). W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 1* (Załącznik A, s. 170–174). Gdańsk: GWP.
- Kogan, N. (1983). Stylistic variation in childhood and adolescence: creativity, metaphor and cognitive styles. W: J. H. Flavell, E. M. Markman (red.), *A Handbook of Child Psychology* (s. 695–706). New York: John Wiley & Sons.
- Konopnicki, J. (1961). *Problem opóźnienia w nauce szkolnej*. Wrocław: Ossolineum.
- Kostrzewski, J. (1987). *Skala pomiaru percepcji słuchowej słów*. Wydanie eksperymentalne IV (niepublikowane). Łódź: Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Klinicznej UŁ.
- Kowalik, S. (2005). Modele diagnozy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 181–192). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (2000). Diagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (wyd. IV, s. 213–239). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Koźniewska, E., Matuszewski, A., Zwierzyńska, E. (2010). *Skala Gotowości Edukacyjnej Pięciolatek (SGE – 5). Obserwacyjna metoda dla nauczycieli*. Warszawa: ORE.

Koźniewska, E., Zwierzyńska, E., Matuszewski, A. (2013). *Skala Funkcjonowania Pierwszoklasisty (SFP). Adaptacja SGS dla nauczycieli I klasy SP*. http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=comp_hocadownload&view=category&id=202:skala-funkcjonowania-pierwszoklasisty&Itemid=1961.

Koźniewska, E., Matuszewski, A. (2003). *Skala umiejętności fonologicznych*. Warszawa: CMPPP.

Kramer, J. (1972). *Kramer-Test, revised edition*. Solothurn: Antonius-Verlag.

Krasowicz-Kupis, G. (1997a), (kolejne wydania 2001, 2003). *Język, czytanie i dysleksja*. Lublin: Agencja Wydawniczo-Handlowa A. Dudek.

Krasowicz-Kupis, G. (1997 b). *Zetotest. Podręcznik*. Graner Sc. Lublin.

Krasowicz-Kupis, G. (1999). *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Krasowicz-Kupis, G. (2008) *Testy czytania dla 6-latków. Podręcznik*. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K. (2006). *Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R) w praktyce psychologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Krasowicz-Kupis, G., Borkowska, A. R., Pietras, I. (2009). Rapid Automated Naming, Phonology and Dyslexia in Polish Children. *Medical Science Monitor*, 15 (9), CR 460 – 469.

Leiter, R. G. (1940). *The Leiter International Performance Scale: Directions for application and scoring of the individual tests*. Santa Barbara, CA: Santa Barbara College Press.

Leiter, R. G. (1959). Part 1 of the manual for the 1948 revision of the Leiter International Performance Scale: Evidence of the reliability and validity of the Leiter tests. *Psychology Service Center Journal*, 11. 1–72.

Matczak, A. (1982). *Style poznawcze. Rola indywidualnych preferencji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Matczak, A. (1987). Diagnostyka możliwości intelektualnych dzieci w wieku szkolnym. *Psychologia Wychowawcza*, 30, 2, 200–219.

Matczak, A. (1992a). *Diagnostyka możliwości intelektualnych (DMI). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Matczak, A. (1992b). *Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF) J. Kagana. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Matczak, A. (1994). *Diagnostyka intelektu*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Matczak, A. (2001). *Testy Operacyjności Myślenia: Diagnostyka Możliwości Intelektualnych Dziecka DMI-2M, DMI-2S. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP Matczak, A., Borzym, I. (1989). Poziom rozwoju zdolności umysłowych a funkcjonowanie szkolne uczniów. W: A. Gurycka (red.), *Podmiotowość w wychowawczych doświadczeniach dzieci i młodzieży* (t. 3, s. 25–50). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Matczak, A., Jaworowska, O., Martowska, K. (2012). *Test Rozumienia Słów. Wersja Standard TRS-S*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Matczak, A., Piotrowska, A., Ciarkowska, W. (2008). *Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – wersja zmodyfikowana. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, (wydanie trzecie, poprawione).

Mickiewicz, J. (2001). *Materiały do diagnozy pedagogicznej umiejętności czytania i pisania uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora.

Paluchowski, W. J. (1995). Diagnostowanie i wyjaśnianie w psychologii. W: W. J. Paluchowski (red.), *Testowanie a ocena kliniczna. Wybrane problemy. Biblioteka Psychologa Praktyka*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP.

Paluchowski, W. J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Pelc-Pękała, O. (2010). *Dojrzałość do nauki czytania i pisania. Wczesne uwarunkowania poznawcze*. Niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem M. Bogdanowicz. Uniwersytet Gdański.

Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Piaget, J. (1981). *Równoważenie struktur poznawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Piaget, J., Inhelder, B. (1967). Operacje umysłowe i ich rozwój. W: P. Oleron, J. Piaget, B. Inhelder, P. Greco, *Inteligencja* (s. 143–201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pietsch-Szurek, E., Szmigielska, B. i Siuta, J. (1992). *Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (1998). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 2: The Coloured Progressive Matrices*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Ricks, J.H. (1993). Normy lokalne – kiedy i dlaczego? W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.), *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej* (s. 49–58). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Schopler, E., Reichler, R.J., Bashford A., Lansing, M.D., Marcus, L.M. (1995). *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju. Profil Psychoedukacyjny (PEP-R)*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym.

Sillamy, N. (1996). *Słownik psychologii*. Katowice: Książnica.

Siuta, J., Szmigielska, B., Szurek, E. (1986). Psychometryczna charakterystyka Testu Rozwoju Percepcji Wzrokowej Marianny Frostig. *Studia Psychologiczne*; t. XXIV, Nr 1–2, s. 147–157.

Smoczyńska, M., Szczerbiński, M. (2011). *Language and literacy development of late talking Polish toddlers: A longitudinal study of Polish speaking children*. Prezentacja podczas 8th International Conference of the British Dyslexia Association: Dyslexia Beyond Boundaries, Harrogate.

Smoczyńska, M., Szczerbiński, M., Kochańska, M. (2011). *Where do SLI children come from? Late talkers' group as a risk group for SLI*. Plakat prezentowany na 12th International Congress for the Study of Child Language (IASCL), Montreal.

Snowling, M.J. (2001). *Dyslexia*. 2nd ed. Oxford: Blackwell.

Spearman, C. (1927). *The abilities of man*. New York: Macmillan.

Spionek, H. (1970). *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa: PZWS.

Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. (1985). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. (2007). Gdańsk: GWP.

Stańczak, J. (2–13). *Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – Wersja 2 CFT 20-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Stefańska-Klar, R. (2000). Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. T. 2*, (s. 130–162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2005). Metoda wywiadu w psychologii. W: K. Stemplewska-Żakowicz, K. Krejtz (red.), *Wywiad psychologiczny. T. 1. Wywiad jako postępowanie badawcze* (s. 31–89). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2011). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.

Straburzyńska, T., Śliwińska, T. (1987). *Seria testów czytania i pisanie dla klas I–III szkoły podstawowej. Podręcznik*. Warszawa: COMPWZ MOiW.

Strupczewska, B. (1990). *Test Figury Złożonej Rey-Osterrietha. Podręcznik*. Warszawa: COMPW-Z.

Szczerbiński, M., Pelc-Pękala, O. (2008). *Test Dekodowania*. Kraków: Usługi Psychologiczno-Logopedyczne.

Szczerbiński, M., Pelc-Pękala, O. (2013). *Zestaw metod diagnozy trudności w czytaniu. Test Dekodowania*. Gdańsk: PTPIP.

Szemińska, A. (1966). Rozwój procesu klasyfikacji. *Studia Psychologiczne*, 7, 21–33.

Szuman, S. (1938). *Rozwój myślenia u dzieci w wieku szkolnym*. Lwów-Warszawa: Książnica-Atlas.

Szustrowa, T., Jaworowska, A. (1992). *Podręcznik do Testu Matryc Ravena. Wersja Kolorowa (1956). Polska standaryzacja 1991 (3;11–9;11)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Szustrowa, T. (1987a). Tematyka wywiadu. W: T. Szustrowa (red.), *Swobodne techniki diagnostyczne* (s. 69–80). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Szustrowa, T. (1987b). Analiza i interpretacja danych z wywiadu i obserwacji. W: T. Szustrowa (red.), *Swobodne techniki diagnostyczne* (s. 90–111). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Tarnowski, A., Fronczyk, K. (2009). Trafność pomiaru testem. W: K. Fronczyk (red.) *Psychometria. Podstawowe zagadnienia*, (s. 111–160). Warszawa: VIZJA PRESS & IT. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Wechsler, D. (1993/1939). Definicja i natura inteligencji. W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.). *Skala Inteligencji WAIS-R Wechslera. Polska adaptacja, standaryzacja, normalizacja i wykorzystanie w diagnostyce psychologicznej* (wyd. II, s.15–20). Warszawa: PWN.

Weiß, R.H., Osterland, J. (1997). *Grundintelligenztest Skala 1 (CFT 1)*. (5. Revidierte Aufl.). Handanweisung für die Durchführung, Auswertung und Interpretation. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Weiß, R. H. (2006). *Grundintelligenztest Skala 2 – Revision – (CFT 20-R)*. Göttingen: Hogrefe.

Weiß, R. H., Osterland, J. (2013). *CFT 1-R Grundintelligenztest Skala 1 – Revision. Manual*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Wilgocka-Okoń, B. (2003). *Gotowość szkolna dzieci sześciolatek*. Warszawa: Żak.

Witkin, H. A. (1968). Psychologiczne zróżnicowanie i formy patologii. *Przegląd Psychologiczny*, 16, 75–104.

Wolf, M., Bowers, P. (1999). The „Double-Deficit Hypothesis” for the developmental dyslexias. *Journal of Educational Psychology*, 91, 1–24

Woynarowska, T. (1991). *Test Barwnych Matryc J. C. Ravena. Wyniki badań dzieci polskich*. Warszawa: COMP.

Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska. <http://www.practest.com.pl/wytyczne-miedzynarodowej-komisji-ds-testow-itc>.

Zakrzewska, B. (1996). *Trudności w czytaniu i pisaniu. Modele ćwiczeń*. Warszawa: WSiP.

Zalewska, E. (2009). Testy psychologiczne – standardy dostępności i legalności w Polsce, Wielkiej Brytanii i USA. *Psychiatria i Psychoterapia*, 5, (1–2).

Zawadzki, B., Hornowska, E. (2008). Psychometria. Konstrukcja i adaptacja testów psychologicznych. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 847–893). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Zazzo, R., Galifret-Granjon, N., Hurtig, M. C., Mathon, T., Pecheux, M. G., Santucci, H., Stambak, M. (1974). *Metody psychologicznego badania dziecka. Tom 1*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.

Wykaz stron internetowych

<http://academicon.pl/serwisy/komisja-do-spraw-testow-psychologicznych>

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet? id=WDU20022231869>

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet? id=WDU20081731072>

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet? id=WDU20130000199>

Bibliografia

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532>

<http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/publication?id=174&from=&dirids=1&tab=1&lp=1&QI>

<http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=comphocadownload&view=category&id=202:skala-funkcjonowania-pierwszoklasisty&Itemid=1961>

<http://www.practest.com.pl/wytyczne-miedzynarodowej-komisji-ds-testow-itc>

<http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=463>

<http://www.ptp.org.pl/oddzialy/diagnoza/index.php?content=standard>

Instytut Badań Edukacyjnych

Głównym zadaniem Instytutu jest prowadzenie badań, analiz i prac przydatnych w rozwoju polityki i praktyki edukacyjnej.

Instytut zatrudnia ponad 150 badaczy zajmujących się edukacją – pedagogów, socjologów, psychologów, ekonomistów, politologów i przedstawicieli innych dyscyplin naukowych – wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach, o różnorodnych doświadczeniach zawodowych, które obejmują, oprócz badań naukowych, także pracę dydaktyczną, doświadczenie w administracji publicznej czy działalność w organizacjach pozarządowych.

Instytut w Polsce uczestniczy w realizacji międzynarodowych projektów badawczych w tym *PIAAC, PISA, TALIS, ESLC, SHARE, TIMSS i PIRLS* oraz projektów systemowych współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa | tel. +48 22 241 71 00 | ibe@ibe.edu.pl | www.ibe.edu.pl
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.