

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyn, Olkusz, Żywiec, Kraków

mgr Monika Gumulak

**DIAGNOZA I TERAPIA DZIECI Z ZABURZENIAMI PRZETWARZANIA
SENSORYCZNEGO – PERSPEKTYWA WYJŚCIA POZA TRAJEKTORIĘ
BEZSILNOŚCI**

Autoreferat pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem:

dr hab. Agnieszki Weiner, prof. AWSB

Dąbrowa Górnicza 2026

Struktura autoreferatu:

I. Geneza zainteresowań badawczych.....	3
2. Przedmiot badań podjętych w pracy, problem główny, problemy szczegółowe.....	7
2.1. Blok K- perspektywa kliniczna.....	8
2.2. Blok N – perspektywa edukacyjna i instytucjonalna.....	8
2.3. Blok R – perspektywa doświadczeń rodziny.....	9
2.4. Poziom relacyjny RZ.....	10
3. Charakterystyka oraz uzasadnienie wybranej orientacji metodologicznej	10
4. Syntetyczna prezentacja wyników badań własnych.....	14
4.1. Perspektywa kliniczna - Blok K	14
4.2. Perspektywa edukacyjna i instytucjonalna – Blok N	17
4.3. Perspektywa rodzinna – Blok R	19
4.4. Integracyjna rekonstrukcja relacji dziecko-nauczyciel-rodzic – Blok RZ.....	21
5. Wnioski i podsumowanie badań oraz ich aplikacyjny charakter.....	23
5.1. Rekomendacje dla przedszkoli, nauczycieli i specjalistów.....	26
5.2. Rekomendacje dla rodziców i systemu wsparcia.....	27
5.3. Ograniczenia i kierunki dalszych badań.....	27
Bibliografia – wybrane propozycje	29

1. Geneza zainteresowań badawczych

Problematyka podjęta w rozprawie wyrasta z wieloletnich doświadczeń zawodowych związanych z diagnozą i terapią dzieci w wieku przedszkolnym, współpracą z ich rodzinami oraz obserwacją funkcjonowania dzieci w środowisku edukacyjnym. W praktyce diagnostyczno-terapeutycznej wielokrotnie spotykałam dzieci, których zachowania – nadmierna ruchliwość, impulsywność, unikanie dotyku i ruchu, trudności z koncentracją, koordynacją, planowaniem motorycznym czy regulacją emocji – były interpretowane przede wszystkim jako nieposłuszeństwo, brak motywacji, cecha temperamentu albo rezultat niewłaściwych oddziaływań wychowawczych. Takie rozpoznanie nie wyjaśniało mechanizmów leżących u podłoża trudności i często opóźniało dostęp dziecka do adekwatnego wsparcia.

Punktem wyjścia stało się zatem pytanie nie tylko o kliniczny profil funkcjonowania sensoryczno-motorycznego dziecka, lecz także o sposób rozumienia jego zachowań przez nauczycieli i rodziców. W centrum zainteresowania znalazła się relacja pomiędzy realnymi trudnościami dziecka, interpretacjami formułowanymi w przedszkolu oraz doświadczeniami rodziny poszukującej pomocy. W praktyce widoczny był powtarzalny mechanizm: pierwsze sygnały trudności pojawiały się w przedszkolu, następnie były przekazywane rodzicom w formie uwag dotyczących zachowania, a brak wspólnej ramy interpretacyjnej prowadził do narastania napięcia, dezorientacji i poczucia bezsilności.

Aktualność problematyki wynika ze znaczenia przetwarzania sensorycznego dla rozwoju psychoruchowego, uczenia się, zachowania oraz uczestnictwa dziecka w życiu grupy przedszkolnej. Integracja sensoryczna, w ujęciu A. Jean Ayres, oznacza neurobiologiczny proces organizowania wrażeń płynących z ciała i otoczenia w sposób umożliwiający adekwatną reakcję adaptacyjną. Pojęcie przetwarzania sensorycznego ma zakres szerszy: obejmuje odbiór, modulowanie, integrowanie i organizowanie informacji zmysłowych oraz tworzenie reakcji behawioralnych. Nieprawidłowości w tym zakresie mogą dotyczyć modulacji, dyskryminacji bodźców, funkcji posturalnych, koordynacji obustronnej i prakcji.¹

W przyjętym ujęciu szczególnego doprecyzowania wymaga relacja pomiędzy pojęciami integracji sensorycznej i przetwarzania sensorycznego. W rozprawie nie traktuję ich jako terminów w pełni tożsamyh. Integracja sensoryczna, zgodnie z koncepcją A. Jean Ayres,

¹ A. J. Ayres, Dziecko a integracja sensoryczna, tłum. J. Okuniewski, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, s. 21–23.

odnosi się do neurobiologicznego organizowania i łączenia wrażeń w taki sposób, aby mogły zostać wykorzystane do celowego działania i wytworzenia reakcji adaptacyjnej. Przetwarzanie sensoryczne ma natomiast zakres szerszy i obejmuje rejestrację bodźca, jego modulowanie, różnicowanie, integrowanie informacji z wielu modalności oraz organizowanie odpowiedzi. Takie rozróżnienie było istotne dla konstrukcji badań, ponieważ pozwalało nie sprowadzać zachowania dziecka do pojedynczego objawu, lecz analizować mechanizmy, które mogą leżeć u jego podłoża. W tym sensie zachowanie obserwowane w przedszkolu stanowiło punkt wyjścia do stawiania hipotez funkcjonalnych, a nie podstawę do automatycznego przypisywania dziecku określonego rozpoznania.

Teoretycznym punktem odniesienia były również podstawowe założenia koncepcji Ayres: znaczenie reakcji adaptacyjnej, neuroplastyczność, rozwój bardziej złożonych funkcji na bazie wcześniejszych doświadczeń sensoryczno-motorycznych oraz aktywne uczestnictwo dziecka. W rozprawie podkreślono, że terapia integracji sensorycznej nie polega na mechanicznym dostarczaniu bodźców ani na ćwiczeniu pojedynczej sprawności. Jej sens wiąże się z organizowaniem takich warunków aktywności, w których dziecko może tworzyć coraz bardziej adekwatne odpowiedzi na wymagania środowiska. Z perspektywy pedagogicznej szczególnie ważne jest to, że reakcja adaptacyjna ujawnia się w działaniu: w sposobie planowania ruchu, organizowania aktywności, utrzymywania pozycji, regulowania pobudzenia, podejmowania współpracy i uczenia się nowych czynności. Łączy to wymiar kliniczny z codziennym funkcjonowaniem dziecka w przedszkolu i w domu.

W analizie uwzględniłam znaczenie systemów bazowych: przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego, a także ich współdziałanie z informacjami wzrokowymi i słuchowymi. Nie chodziło przy tym o przypisywanie jednemu systemowi pojedynczego zachowania. Istotna była organizacja całego profilu sensoryczno-motorycznego. Trudności przedsionkowe i proprioceptywne mogą ujawniać się w jakości równowagi, stabilizacji posturalnej, napięciu mięśniowym, koordynacji obustronnej i planowaniu ruchu; trudności dotykowe mogą wpływać na tolerowanie kontaktu, manipulowanie przedmiotami oraz poczucie bezpieczeństwa; nieprawidłowa modulacja może natomiast prowadzić do nadmiernej lub zbyt słabej reakcji na bodźce. Tak rozumiany profil pozwala wyjaśniać, dlaczego dwa dziecięce zachowania podobne zewnętrźnie mogą mieć odmienne funkcjonalne uwarunkowania i wymagać innego sposobu wsparcia.

Nieprawidłowe przetwarzanie sensoryczne może przejawiać się nadreaktywnością lub podreaktywnością, poszukiwaniem intensywnych wrażeń, niepewnością grawitacyjną, obronnością dotykową, trudnościami posturalnymi, zaburzeniami planowania motorycznego i

koordynacji. Objawy te są nieswoiste. W środowisku przedszkolnym bywają widoczne jako unikanie zabaw ruchowych, częste upadki, niezgrabność, trudność w utrzymaniu pozycji przy stoliku, drażliwość w hałasie, niechęć do określonych faktur, impulsywność albo wycofanie. Bez znajomości mechanizmów sensorycznych łatwo przypisać im znaczenie wyłącznie wychowawcze lub temperamentalne.²

Wczesne rozpoznanie mechanizmu trudności ma znaczenie profilaktyczne. Pozwala ograniczyć ryzyko wtórnych problemów emocjonalnych, społecznych i edukacyjnych, a jednocześnie umożliwia zaplanowanie spójnych oddziaływań w gabinecie, domu i przedszkolu. Diagnoza funkcjonalna nie powinna służyć etykietowaniu dziecka. Jej zadaniem jest uporządkowanie obrazu jego potrzeb, wyjaśnienie obserwowanych zachowań oraz wskazanie sposobów modyfikacji środowiska i wspierania rozwoju.

Problematykę usytuowałam w naukach społecznych, w dyscyplinie pedagogika, z uwzględnieniem perspektywy pedagogiki specjalnej, pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej, pedagogiki zdrowia oraz pedeutologii. Jej interdyscyplinarny charakter wymagał również odwołania do psychologii rozwojowej i klinicznej, neurologii rozwojowej oraz wiedzy medycznej. Pedagogiczny rdzeń rozprawy stanowi analiza funkcjonowania dziecka w środowisku edukacyjnym i rodzinnym, kompetencji nauczycieli, organizacji wsparcia oraz procesów relacyjnych wpływających na sprawstwo dziecka i jego rodziny.

Przedszkole jest szczególnie ważnym środowiskiem obserwacji. To w nim dziecko po raz pierwszy przez dłuższy czas funkcjonuje w licznej grupie, podlega wymaganiom organizacyjnym, uczestniczy w aktywnościach ruchowych i zadaniowych oraz konfrontuje swoje możliwości regulacyjne z intensywnym strumieniem bodźców. Nauczyciel może wczesnie dostrzec powtarzalny wzorec trudności, lecz trafność jego reakcji zależy od wiedzy, kompetencji interpretacyjnych i możliwości konsultowania obserwacji ze specjalistami.

W tym kontekście kompetencje nauczyciela rozumiem szerzej niż samo dostrzeganie zachowania odbiegającego od oczekiwań. Kluczowa staje się umiejętność przejścia od obserwacji do ostrożnej interpretacji, czyli od stwierdzenia, że dziecko „nie siedzi”, „nie słucha”, „unika”, „wpada na innych” lub „nie chce wykonać zadania”, do pytania o możliwe mechanizmy tej reakcji. Nauczyciel nie zastępuje diagnosty, ale może formułować rzetelny opis funkcjonalny: określać sytuację, rodzaj bodźca, reakcję dziecka, jej powtarzalność oraz

² C. S. Kranowitz, Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie, tłum. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012, s. 77–80; L. J. Miller, M. E. Anzalone, S. J. Lane, S. A. Cermak, E. T. Osten, Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis, „American Journal of Occupational Therapy” 2007, t. 61, s. 135–140.

warunki, w których trudność zmniejsza się albo nasila. Taki język obserwacji sprzyja współpracy ze specjalistą i rodzicem, a jednocześnie ogranicza ryzyko etykietowania zachowania jako celowej niegrzeczności, lenistwa czy braku motywacji.

Znaczenie przedszkola wynika również z jego możliwości organizowania pomocy na wczesnym etapie. W rozprawie zwróciłam uwagę, że wsparcie psychologiczno-pedagogiczne może być uruchamiane na podstawie rozpoznanych potrzeb dziecka, a nie dopiero po uzyskaniu formalnej opinii lub orzeczenia. Z perspektywy badanej problematyki jest to szczególnie ważne, ponieważ pomiędzy pierwszym zauważeniem trudności a specjalistyczną diagnozą może upłynąć czas, w którym dziecko nadal codziennie konfrontuje się z wymaganiami grupy. W tym okresie znaczenie mają proste dostosowania środowiska: przewidywalność, ograniczenie nadmiaru bodźców, możliwość krótkiego wyciszenia, właściwa organizacja aktywności ruchowej, jasne komunikaty i obserwowanie, co ułatwia dziecku regulację. Takie działania nie zastępują diagnozy, lecz mogą ograniczać wtórne konsekwencje nierozpoznanych trudności.

Rodzina wnosi odmienną, biograficzną perspektywę. Rodzice obserwują dziecko w wielu sytuacjach codziennych i podejmują próby wyjaśnienia jego zachowania. Gdy sygnały z przedszkola mają charakter oceniający, a nie towarzyszą im wskazówki, rodzic może doświadczać utraty pewności i sprawstwa. Poszukiwanie pomocy staje się wówczas procesem rozciągniętym w czasie, obejmującym normalizowanie trudności, kolejne konsultacje, narastający lęk i dopiero późniejsze uzyskanie funkcjonalnego rozpoznania.

Oryginalność podjętego problemu polega na wyjściu poza jednostronny opis objawów klinicznych lub ocenę efektów terapii. W polskiej literaturze rzadko łączy się profil sensoryczno-motoryczny dziecka z interpretacjami nauczycieli oraz biograficznym doświadczeniem rodziców. Rozprawa integruje te trzy perspektywy w modelu dziecko–nauczyciel–rodzic i wykorzystuje kategorię trajektorii bezsilności inspirowaną koncepcją Fritza Schützego. Dzięki temu diagnoza i terapia zostały ujęte nie tylko jako procedury kliniczne, ale jako praktyka społeczno-instytucjonalna, która może zarówno podtrzymywać bezsilność, jak i prowadzić do odzyskania sprawstwa.³

Kategoria trajektorii pozwala opisać proces, w którym jednostka stopniowo traci kontrolę nad biegiem zdarzeń, a jej działania stają się coraz bardziej reaktywne. W odniesieniu do rodziców dzieci z trudnościami sensorycznymi trajektoria nie jest skutkiem jednego wydarzenia. Powstaje w sekwencji rozbieżnych interpretacji, interwencji pozbawionych wspólnego planu,

³ F. Schütze, Trajektoria cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej, w: K. Kaźmierska (red.), Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2012, s. 141–159.

opóźnionego dostępu do diagnozy oraz przerzucania odpowiedzialności pomiędzy uczestnikami systemu. Wyjście poza nią wymaga nie tylko terapii dziecka, lecz także odbudowania wspólnej ramy rozumienia i współdziałania.⁴

Rozprawa odpowiada zatem na potrzebę połączenia wiedzy klinicznej z analizą pedagogiczną i społeczną. Jej ambicją nie było rozstrzygnięcie, że każde trudne zachowanie ma podłoże sensoryczne, lecz pokazanie, że perspektywa sensoryczno-motoryczna powinna być jedną z branych pod uwagę hipotez funkcjonalnych. Takie podejście sprzyja różnicowaniu przyczyn, ogranicza pochopne etykietowanie i otwiera drogę do adekwatnej, interdyscyplinarnej pomocy.

2. Przedmiot badań podjętych w pracy, problem główny i problemy szczegółowe

Przedmiotem badań był proces diagnozowania i terapii dzieci w wieku przedszkolnym z nieprawidłowym przetwarzaniem sensorycznym, ujmowany jako praktyka społeczno-instytucjonalna współkształtowana przez środowisko rodzinne, przedszkole, system wsparcia specjalistycznego oraz ramy prawne, ze szczególnym uwzględnieniem praktyki terapeutycznej w kontekście doświadczeń rodziców i nauczycieli.

Celem badań było poznanie i wyjaśnienie mechanizmów przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego dzieci z nieprawidłowym przetwarzaniem sensorycznym w wieku przedszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem roli terapeuty, rodziny oraz ram prawnych w kształtowaniu dostępu do wsparcia, a także sformułowanie rekomendacji opartych na wynikach badań, ukierunkowanych na ograniczanie trajektorii bezsilności w praktyce edukacyjnej i terapeutycznej.

Problem główny przyjął następującą postać: Jak przebiega proces diagnozy i terapii dzieci w wieku od czwartego do szóstego roku życia z nieprawidłowym przetwarzaniem sensorycznym w ujęciu klinicznym, edukacyjnym i rodzinnym oraz w jaki sposób relacje między tymi trzema perspektywami kształtują dostęp do wsparcia i dynamikę trajektorii bezsilności w praktyce terapeutycznej i edukacyjnej?

Problematykę uporządkowano w trzy bloki empiryczne: K – kliniczny, N – nauczycielski/edukacyjny i R – rodzinny. Wyodrębniono także poziom relacyjny RZ, który nie był odrębnym blokiem zmiennych, lecz pełnił funkcję syntetyzującą, umożliwiającą interpretowanie relacji pomiędzy wynikami klinicznymi, edukacyjnymi i narracyjnymi.

⁴ F. Schütze, Trajektoria cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 1, s. 49–50.

2.1. Blok K – perspektywa kliniczna

Pierwszy problem Bloku K brzmiał: Jaki jest kliniczny profil integracji sensoryczno-motorycznej dzieci od czwartego do szóstego roku życia z nieprawidłowym przetwarzaniem sensorycznym w świetle obserwacji klinicznej oraz wyników SCSIT?

- Jak kształtuje się poziom funkcjonowania dziecka w zakresie mechanizmów posturalnych, równowagi, napięcia mięśniowego i koordynacji ruchowej w Obserwacji Klinicznej?
- Jakie obszary integracji sensorycznej i praktyki wykazują obniżony, typowy lub podwyższony poziom funkcjonowania w testach SCSIT?
- W jakim stopniu wyniki Obserwacji Klinicznej są spójne z profilem funkcjonowania sensorycznego uzyskanym w testach SCSIT?

Drugi problem Bloku K dotyczył efektów terapii: Jakie zmiany w funkcjonowaniu sensorycznym, emocjonalnym i adaptacyjnym dziecka są postrzegane przez rodziców po sześciomiesięcznym cyklu terapii integracji sensorycznej?

- W jakich obszarach funkcjonowania dziecka – dotyku, dźwięku, koordynacji, uwagi, regulacji emocji, zachowania w przedszkolu, samodzielności i ogólnego funkcjonowania – rodzice odnotowują największe i najmniejsze zmiany po terapii?
- W jakim stopniu subiektywna ocena zmiany funkcjonowania dziecka koresponduje z jego klinicznym profilem sensorycznym?

2.2. Blok N – perspektywa edukacyjna i instytucjonalna

Identyfikacja trudności przez nauczycieli: Jakie trudności sensoryczne dzieci są identyfikowane przez nauczycieli wychowania przedszkolnego w codziennym funkcjonowaniu edukacyjnym?

- Jakie obszary trudności – dotyk, ruch i równowaga, koordynacja, słuch i wzrok oraz uwaga i zachowanie – są najczęściej wskazywane przez nauczycieli?
- Czy istnieją różnice w profilu identyfikowanych trudności pomiędzy przedszkolami miejskimi i wiejskimi?

Kompetencje interpretacyjne nauczycieli: Jak nauczyciele interpretują zachowania dzieci z trudnościami sensorycznymi w odniesieniu do ich podłoża rozwojowego, sensorycznego i wychowawczego?

- W jakim stopniu nauczyciele różnicują objawy nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego od trudności o podłożu temperamentalnym, wychowawczym i środowiskowym?

- Które obszary neurorozwojowe – prakcja, lateralizacja, propriocepcja, percepcja słuchowa i regulacja sensoryczna – sprawiają nauczycielom największe trudności interpretacyjne?

Wiedza deklaratywna nauczycieli: Jaki jest poziom wiedzy deklaratywnej nauczycieli w zakresie terminologii oraz podstaw teoretycznych integracji sensorycznej i jej powiązań z rozwojem dziecka?

- W jakim stopniu nauczyciele rozumieją pojęcie przetwarzania sensorycznego oraz jego znaczenie dla rozwoju mowy, motoryki i funkcjonowania poznawczego?

- Jak kształtuje się poziom znajomości specjalistycznej terminologii związanej z zaburzeniami integracji sensorycznej?

Wsparcie funkcjonalne i współpraca: Jak kształtuje się zakres współpracy nauczycieli ze specjalistami oraz dostępność wsparcia instytucjonalnego dla dzieci z trudnościami sensorycznymi bez formalnej dokumentacji?

- Czy i w jakim zakresie nauczyciele otrzymują zalecenia terapeutyczne dla dzieci bez orzeczeń i opinii?

- Jakie formy współpracy ze specjalistami są podejmowane w przedszkolach i jakie bariery ograniczają ich skuteczność?

2.3. Blok R – perspektywa doświadczeń rodziny

Problem główny tego bloku brzmi: Jak rodzice rekonstruują swoje doświadczenia związane z rozpoznawaniem trudności dziecka oraz poszukiwaniem i uzyskiwaniem wsparcia w systemie edukacyjnym i terapeutycznym?

- W jaki sposób rodzice opisują moment rozpoznania pierwszych trudności dziecka i jakie znaczenia mu przypisują?

- Jak przebiega trajektoria kontaktów rodziców z przedszkolem, terapeutami i instytucjami wsparcia?

- Jakie bariery i formy wsparcia rodzice identyfikują jako kluczowe w procesie uzyskiwania pomocy dla dziecka?

- Jaką rolę przypisują przedszkolu w organizowaniu i podtrzymywaniu procesu wsparcia?

2.4. Poziom relacyjny RZ

Problem główny poziomu relacyjnego brzmiał: W jaki sposób relacje między klinicznym profilem funkcjonowania dziecka, sposobem jego interpretowania przez nauczycieli oraz doświadczeniami rodziców kształtują dostęp do wsparcia i dynamikę trajektorii bezsilności w procesie diagnozy i terapii?

- W jakim stopniu obraz trudności dziecka w perspektywie klinicznej jest spójny z ich identyfikacją i interpretacją w środowisku przedszkolnym?
- Jak rozbieżności między oceną kliniczną, interpretacją nauczycieli i doświadczeniem rodziców wpływają na przebieg procesu wsparcia?
- Jakie mechanizmy instytucjonalne i relacyjne sprzyjają ograniczeniu lub nasileniu trajektorii bezsilności rodziny w systemie pomocy?

W części ilościowej sformułowano hipotezę główną i hipotezy robocze dotyczące zmian obserwowanych w czasie terapii, spójności wyników Obserwacji Klinicznej i SCSIT, zależności między profilem klinicznym a oceną rodziców, różnic wieś–miasto oraz związków pomiędzy wiedzą, kompetencjami interpretacyjnymi i współpracą nauczycieli ze specjalistami. Hipotezy w Bloku K miały charakter roboczy i heurystyczny. Przy liczebności 12 dzieci wyniki odnoszono do zależności wewnątrz próby i nie traktowano ich jako podstawy do uogólnień populacyjnych.

3. Charakterystyka i uzasadnienie wybranej orientacji metodologicznej

Przyjęłam podejście mieszane, łączące paradygmat postpozytywistyczny właściwy badaniom ilościowym z paradygmatem interpretatywnym charakterystycznym dla badań jakościowych. Oba nurty potraktowano komplementarnie. Dane ilościowe umożliwiły opis profili, zmian i zależności, natomiast dane jakościowe pozwoliły zrekonstruować znaczenia nadawane doświadczeniom przez rodziców oraz przebieg procesu utraty i odzyskiwania sprawstwa.⁵

⁵ J. W. Creswell, Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 206–216; J. Sztumski, Wstęp do metod i technik badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2010, s. 18–19.

Wybór metod mieszanych wynikał z natury badanego problemu. Sam pomiar kliniczny nie wyjaśnia, dlaczego dziecko długo nie uzyskuje pomocy ani jak jego zachowanie jest rozumiane w przedszkolu. Sama ankieta nauczycielska nie pozwala określić funkcjonalnego profilu dziecka. Z kolei wywiad narracyjny ujawnia sekwencję doświadczeń rodziny, lecz nie zastępuje pomiaru zmian sensoryczno-motorycznych. Dopiero połączenie tych danych umożliwia analizę procesu jako całości.

Logika projektu zakładała więc nie równoległe gromadzenie kilku niezależnych zestawów danych, lecz ich wzajemne odnoszenie do siebie. Blok K odpowiadał na pytanie o funkcjonalny profil dziecka oraz kierunek zmian obserwowanych w czasie; Blok N pokazywał, jak podobnego rodzaju trudności są zauważane i interpretowane w środowisku edukacyjnym; Blok R pozwalał zrekonstruować, w jaki sposób rodzice doświadczają drogi od pierwszych niepokojących sygnałów do diagnozy i zorganizowanego wsparcia. Poziom RZ służył natomiast syntezie, a nie tworzeniu kolejnego, odrębnego zbioru zmiennych. Pozwalał sprawdzić, gdzie perspektywy dziecka, nauczyciela i rodzica są zbieżne, a gdzie powstaje luka interpretacyjna istotna dla przebiegu trajektorii bezsilności.

Wielokrotne studium przypadku zastosowane w części klinicznej umożliwiło zachowanie indywidualnego charakteru każdego profilu, a jednocześnie porównywanie powtarzalnych mechanizmów między przypadkami. Każde z 12 dzieci stanowiło odrębną jednostkę analizy, badaną z wykorzystaniem tych samych ram diagnostycznych. W rozprawie nie traktowano tych przypadków jako próby reprezentatywnej w sensie statystycznym. Ich wartość polegała na pogłębionej analizie konfiguracji trudności, przebiegu oddziaływań i zmian funkcjonalnych. Porównanie przypadków pozwalało uchwycić zarówno podobieństwa, na przykład powtarzalność trudności posturalnych czy koordynacyjnych, jak i różnice wynikające z dominującego profilu modulacyjnego, praktyki lub przetwarzania proprioceptywnego.

Schemat pre-post miał znaczenie opisowe i porządkujące. Powtórzenie pomiaru po sześciu miesiącach pozwalało ocenić, czy wyniki tego samego dziecka zmieniają się w określonym kierunku w Obserwacji Klinicznej, SCSIT oraz w ocenie rodzica. Nie zastosowano randomizacji ani grupy kontrolnej, dlatego wyniki te nie są podstawą do wnioskowania, że obserwowane zmiany zostały spowodowane wyłącznie terapią. W autoreferacie zachowuję to rozróżnienie konsekwentnie: mówię o zmianach obserwowanych po okresie oddziaływań i o współwystępowaniu wskaźników, a nie o eksperymentalnym dowodzie skuteczności przyczynowej. Jest to szczególnie istotne przy małej liczbie części klinicznej.

W części jakościowej analiza narracji rodziców została wykorzystana po to, aby odtworzyć proces, a nie jedynie zebrać opinie o terapii. Interesowała mnie kolejność zdarzeń, sposób

nadawania im znaczenia, momenty utraty orientacji i sprawstwa oraz punkty zwrotne. Inspiracja koncepcją Fritza Schützego pozwoliła potraktować bezsilność jako zjawisko dynamiczne: rodzic nie znajduje się w niej od początku, lecz może stopniowo wchodzić w trajektorię w wyniku kumulacji niespójnych komunikatów, kolejnych prób poszukiwania pomocy i braku wspólnej ramy interpretacyjnej. Taki materiał jakościowy uzupełniał dane liczbowe, ponieważ pokazywał, jakie znaczenie dla rodziny ma samo uzyskanie funkcjonalnego wyjaśnienia trudności dziecka.

Istotnym założeniem analizy było traktowanie rozbieżności między źródłami jako wyniku, a nie jako błędu wymagającego usunięcia. Jeżeli pomiar kliniczny wskazywał na określony mechanizm trudności, a zachowanie w przedszkolu było wyjaśniane wyłącznie w kategoriach wychowawczych, to właśnie ta różnica stawała się informacją o funkcjonowaniu systemu wsparcia. Analogicznie, subiektywna ocena rodzica nie była zamiennikiem testu klinicznego, lecz odrębnym źródłem wiedzy o codziennym funkcjonowaniu. Tak rozumiana triangulacja wzmacniała interpretację tam, gdzie dane były zbieżne, a w miejscach rozbieżności pozwalała identyfikować napięcia między perspektywami.

Zastosowano triangulację metod, danych i perspektyw. Triangulacja metod polegała na zestawieniu obserwacji klinicznej, testów standaryzowanych, kwestionariuszy, ankiet oraz wywiadów. Triangulacja danych obejmowała wyniki pochodzące od dzieci, rodziców i nauczycieli. Triangulacja perspektyw pozwalała sprawdzać, w jakim stopniu kliniczny obraz dziecka znajduje odzwierciedlenie w codziennych obserwacjach i narracjach, a w jakim ujawniają się rozbieżności interpretacyjne⁶.

Badania miały charakter wieloetapowy i wieloperspektywiczny. Dobór próby był celowy. W części klinicznej uczestniczyło 12 dzieci w wieku od czterech do sześciu lat – sześć dziewczynek i sześciu chłopców – oraz 12 ich rodziców. W każdej grupie wieku znajdowało się po czworo dzieci. Materiał ten posłużył zarówno do analizy ilościowej pre–post, jak i do opracowania wielokrotnych studiów przypadku oraz perspektywy rodzinnej.

Dzieci reprezentowały cztery profile trudności: zaburzenia ruchu o podłożu sensorycznym i zaburzenia posturalne; nadreaktywność przedsionkową i dotykową; podreaktywność proprioceptywną z trudnościami dyskryminacyjnymi i posturalnymi; a także mieszany profil modulacyjny z poszukiwaniem wrażeń sensorycznych. Takie zróżnicowanie umożliwiło analizę odmiennych wzorców funkcjonowania, bez traktowania badanej grupy jako jednorodnej klinicznie.

⁶ J. W. Creswell, Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane, dz. cyt., s. 219–229.

W badaniu edukacyjnym uczestniczyło 100 nauczycielek wychowania przedszkolnego z 20 przedszkoli powiatu nowosądeckiego. Uwzględniono 10 placówek miejskich i 10 wiejskich; w obu lokalizacjach po pięć placówek publicznych i pięć niepublicznych. Rozwiązanie to umożliwiło porównanie profili trudności identyfikowanych w odmiennych środowiskach oraz analizę kompetencji i dostępności wsparcia.

W Bloku K zastosowano wielokrotne studium przypadku oraz schemat powtarzanego pomiaru pre–post. Diagnozę przeprowadzono przed rozpoczęciem oddziaływań, a rediagnozę po sześciu miesiącach terapii realizowanej dwa razy w tygodniu. Dla każdego dziecka przygotowano indywidualny plan terapii, program domowy i wskazówki dla przedszkola. Schemat umożliwiał obserwację kierunku zmian u tej samej osoby, nie stanowił jednak eksperymentu z grupą kontrolną.

W diagnozie wykorzystano wywiad z rodzicem, Arkusz Obserwacji Klinicznej Zbigniewa Przyrowskiego oraz Testy Południowokaliifornijskie SCSIT. Obserwacja Kliniczna obejmowała m.in. ATOS, STOS, test Schildera, oczopląs porotacyjny, stabilizację tułowia, pozycje zgięciową i wyprostną, równowagę, koordynację, ruchy oczu i napięcie mięśniowe. SCSIT pozwalały oceniać m.in. grafestezję, identyfikację palców, kinestezję, lokalizację bodźców dotykowych, imitację pozycji, koordynację bilateralną, przekraczanie linii środkowej i równowagę. W interpretacji wyników PSTIS przyjmowano zakres normy od –1,0 do 1,0.⁷

Perspektywę rodzica w części ilościowej pozyskano za pomocą kwestionariusza oceniającego osiem obszarów codziennego funkcjonowania dziecka: koncentrację i uwagę, koordynację i sprawność motoryczną, ogólne funkcjonowanie, przetwarzanie dotyku, reakcje na dźwięk i hałas, regulację emocji, samodzielność oraz zachowanie w przedszkolu. Kwestionariusz wypełniano przed terapią i po sześciu miesiącach.

W Bloku N wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze ankiety. Pierwszy służył przesiewowej identyfikacji trudności w obszarach dotyku, koordynacji i napięcia mięśniowego, równowagi i ruchu, słuchu i wzroku oraz uwagi i zachowania. Drugi pozwalał ocenić wiedzę deklaratywną, kompetencje interpretacyjne nauczycieli oraz zakres wsparcia instytucjonalnego i współpracy ze specjalistami. Narzędzia nie miały charakteru diagnozy klinicznej, lecz służyły rozpoznaniu sposobu obserwowania i interpretowania trudności w praktyce przedszkolnej.

W Bloku R przeprowadzono 12 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów pogłębionych o komponent narracyjny. Analiza była inspirowana autobiograficznym wywiadem narracyjnym

⁷ Z. Przyrowski, *Kliniczna obserwacja*. Podręcznik, Wydawnictwo Empis, Warszawa 2015, s. 37–53; A. J. Ayres, *Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT)*, Western Psychological Services, Los Angeles 1972.

Fritza Schützego. Po transkrypcji materiał segmentowano, rekonstruowano kolejność zdarzeń, fazy intensyfikacji trudności, punkty zwrotne i strategie odzyskiwania sprawstwa. Uzupełniając zastosowano kategoryzację tematyczną, pozwalającą wyodrębnić powtarzalne wzorce doświadczeń i bariery systemowe⁸.

Analizy ilościowe wykonano w programach Excel i Jamovi. Zastosowano statystyki opisowe i analizę frekwencji, test powtarzanych pomiarów Wilcozona, test Bowkera–McNemara, test t-Studenta, test U Manna–Whitneya, test chi-kwadrat, test dokładny Fishera oraz współczynniki korelacji rho-Spearmana i r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Dobór testów zależał od skali pomiaru, rozkładu danych i liczebności grup.

Wyniki jakościowe i ilościowe integrowano na poziomie interpretacji. Nie sprowadzano triangulacji do prostego potwierdzania jednego źródła drugim. Zgodność danych wzmacniała wiarygodność wniosku, natomiast rozbieżność traktowano jako ważny wynik, wskazujący na odmienne pozycje uczestników systemu lub na lukę interpretacyjną.

Ważnym elementem rygoru metodologicznego była refleksja nad podwójną rolą badacza i terapeuty. Ryzyko stronniczości ograniczano poprzez standaryzację procedur i punktowania, powtórny pomiar, triangulację źródeł, odnoszenie interpretacji do wyników z różnych bloków oraz konsultacje superwizyjne. Zachowano również rozdzielenie opisu wyników od ich interpretacji.

Przestrzegano zasad etycznych właściwych badaniom z udziałem dzieci i rodzin. Uzyskano pisemne zgody rodziców, zapewniono dobrowolność udziału i możliwość wycofania się bez konsekwencji, anonimowość oraz poufność danych. Procedury prowadzono w warunkach dostosowanych do potrzeb dzieci, z poszanowaniem ich samopoczucia, tempa działania i prawa do przerwy. Dane nauczycieli oraz wypowiedzi rodziców przedstawiono w sposób uniemożliwiający identyfikację uczestników i placówek.

4. Syntetyczna prezentacja wyników badań własnych

4.1. Perspektywa kliniczna – Blok K

Diagnoza początkowa ujawniła u badanych dzieci zróżnicowane, lecz powtarzalne trudności posturalno-sensoryczne obejmujące integrację odruchową, regulację napięcia

⁸ F. Schütze, Analiza biograficzna i wywiad narracyjny, w: K. Kaźmierska (red.), Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2012, s. 136–139; U. Flick, Projektowanie badań jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 21–44.

mięśniowego, stabilizację tułowia, równowagę, koordynację i planowanie motoryczne. Największe trudności dotyczyły reakcji równoważnych, stabilizacji tułowia, koordynacji ruchowej oraz integracji odruchów ATOS i STOS. W codziennym funkcjonowaniu przejawiało się to unikaniem aktywności ruchowych lub nadmiernym poszukiwaniem bodźców, niepewnością ruchową, trudnościami w naprzemienności, precyzji ruchu i organizacji zachowania.

Analiza studiów przypadku pokazała, że podobny objaw obserwowany w przedszkolu mógł wynikać z odmiennych mechanizmów. Nadmierna ruchliwość mogła wiązać się z poszukiwaniem bodźców przedsionkowych i proprioceptywnych, trudność w siedzeniu – z obniżoną stabilizacją posturalną, a unikanie zabaw grupowych – z nadreaktywnością dotykową lub słuchową. Wynik ten uzasadnia konieczność diagnozy funkcjonalnej i ostrożność wobec prostych etykiet zachowania.

Po sześciu miesiącach terapii test Wilcoxa wykazał istotne zmiany w większości ocenianych obszarów Obserwacji Klinicznej, m.in. w zakresie ATOS ($p = 0,006$), STOS ($p = 0,005$), napięcia mięśniowego ($p = 0,006$) i stabilizacji tułowia ($p = 0,002$). Istotne zmiany odnotowano także w reakcji na niebezpieczeństwo grawitacyjne, oczopląsie porotacyjnym, pozycjach zgięciowej i wyprostnej, równowadze dynamicznej, ruchach oczu oraz teście Schildera.

Brak istotnych różnic dotyczył m.in. preferencji oka i ręki, próby palec–nos oraz równowagi statycznej. Wynik ten nie oznacza braku jakiegokolwiek zmiany u poszczególnych dzieci, lecz brak wystarczająco spójnej zmiany na poziomie całej badanej grupy. Może również wskazywać, że funkcje wymagające utrwalonej automatyzacji i dojrzewania potrzebują dłuższego czasu oddziaływań.

W testach SCSIT istotne zmiany stwierdzono m.in. w grafestezji, identyfikacji palców, kinestezji, lokalizacji bodźców dotykowych, imitacji pozycji, koordynacji bilateralnej, przekraczaniu linii środkowej ciała i równowadze. Test Bowkera–McNemara wykazał w wielu obszarach przejście części dzieci z poziomu poniżej normy do kategorii funkcjonowania typowego. Oznaczało to zmianę nie tylko wyniku liczbowego, lecz również jakości funkcjonowania: większą stabilność posturalną, świadomość ciała, pewność ruchową i samodzielność.

Spójność pomiędzy Obserwacją Kliniczną i SCSIT była szczególnie widoczna w obszarach związanych ze schematem ciała, integracją bilateralną, funkcjami posturalnymi i planowaniem ruchu. Zależności nie miały jednak charakteru pełnej odpowiedniości, ponieważ narzędzia mierzyły różne aspekty funkcjonowania. Właśnie ich komplementarność stanowiła wartość diagnozy.

Oceny rodziców były spójne z kierunkiem zmian klinicznych. Test Wilcoxona wykazał istotne różnice we wszystkich ośmiu obszarach kwestionariusza: koncentracji i uwadze, koordynacji i sprawności motorycznej, ogólnym funkcjonowaniu, przetwarzaniu dotyku, reakcjach na dźwięk i hałas, regulacji emocji, samodzielności oraz zachowaniu w przedszkolu; wartości p mieściły się w przedziale od 0,002 do 0,004.

Rodzice opisywali łatwiejsze kończenie zadań, mniejszą impulsywność, większą pewność ruchową, lepszą tolerancję bodźców, szybsze wyciszenie się i większą samodzielność. W analizie zależności stwierdzono m.in. dodatnią korelację pomiędzy poprawą zachowania a identyfikacją palców ($\rho = 0,636$; $p = 0,035$). Wynik ten ma charakter wewnątrzpróbkowy i wskazuje kierunek relacji, nie stanowi podstawy do uogólnienia populacyjnego.

Całość wyników Bloku K wskazuje, że po okresie oddziaływań obserwowano zgodny kierunek zmian w pomiarze klinicznym i ocenie rodziców. Ze względu na brak randomizacji i grupy kontrolnej nie można jednak przypisać zmian wyłącznie terapii ani formułować wniosku o jej przyczynowej skuteczności. Wyniki dokumentują zmianę w badanej grupie i uzasadniają dalsze badania na większej próbie.

Wyniki Bloku K pokazują również znaczenie łączenia miar strukturalnie różnych. Obserwacja Kliniczna dostarczała informacji o sposobie organizacji postawy, napięcia, równowagi i reakcji ruchowych w konkretnych próbach, natomiast SCSIT pozwalały odnieść wykonanie do standaryzowanych wskaźników dotyczących m.in. prakcji, kinestezji, integracji bilateralnej i percepcji dotykowej. Zbieżność kierunku wyników wzmacniała funkcjonalny obraz trudności, ale brak pełnej odpowiedniości był spodziewany, ponieważ narzędzia nie mierzą dokładnie tego samego konstruktów. Z diagnostycznego punktu widzenia ważniejsza od poszukiwania jednego „wyniku rozstrzygającego” była więc komplementarność danych.

Szczególną wartość interpretacyjną miało zestawienie zmian klinicznych z tym, co rodzice obserwowali poza gabinetem. W kwestionariuszu po sześciu miesiącach odnotowano istotne zmiany we wszystkich ośmiu ocenianych obszarach, a relacje rodziców dotyczyły funkcji istotnych w życiu codziennym: kończenia zadań, regulacji emocji, tolerowania bodźców, pewności ruchowej, samodzielności i zachowania w przedszkolu. Oznacza to, że pomiar nie ograniczał się do poprawy wykonania pojedynczej próby. Jednocześnie korelacje, takie jak związek poprawy zachowania z identyfikacją palców ($\rho = 0,636$; $p = 0,035$), interpretowano ostrożnie jako współzmiennność wewnątrz badanej grupy. W rozprawie wskazano także zależności pomiędzy zmianami samodzielności i równowagi statycznej oraz pomiędzy koncentracją i równowagą statyczną, co wspiera funkcjonalną interpretację roli organizacji posturalnej, ale nie uprawnia do wnioskowania o kierunku przyczynowości.

Studia przypadków pozwoliły dodatkowo zobaczyć, że wspólny poziom opisu - na przykład „nadmierna ruchliwość” - nie powinien automatycznie prowadzić do jednakowego postępowania. U jednego dziecka dominowało poszukiwanie intensywnych bodźców, u innego trudności w stabilizacji i organizacji posturalnej, u kolejnego nadreaktywność na określone wrażenia. Dlatego funkcjonalna diagnoza pełniła w projekcie rolę porządkującą: określała profil potrzeb dziecka, umożliwiała indywidualizację programu terapii, programu domowego i wskazówek dla przedszkola, a następnie stwarzała punkt odniesienia do rediagnozy. Z perspektywy całej pracy Blok K stanowił fundament interpretacyjny, ale nie był samowystarczający - dopiero zestawienie go z Blokami N i R pokazało społeczne konsekwencje sposobu rozumienia trudności dziecka.

4.2. Perspektywa edukacyjna i instytucjonalna – Blok N

Nauczyciele identyfikowali u dzieci trudności w zakresie dotyku, koordynacji i napięcia mięśniowego, równowagi i ruchu, przetwarzania słuchowo-wzrokowego oraz uwagi i zachowania. Oznacza to, że trudności sensoryczne są dostrzegane w codziennym funkcjonowaniu przedszkolnym, choć nie zawsze są nazywane i interpretowane w odniesieniu do właściwych mechanizmów.

Stwierdzono wyraźną lukę pomiędzy obserwacją objawu a jego trafną interpretacją. Zachowania wynikające z trudności sensorycznych bywały wyjaśniane jako niegrzeczność, nadpobudliwość, brak motywacji albo cecha temperamentu. Największe trudności interpretacyjne dotyczyły prakcji, propriocepcji i regulacji sensorycznej. Nauczyciel potrafił więc zauważyć, że dziecko ma trudność, ale nie zawsze dysponował wiedzą pozwalającą powiązać ją z procesami neurorozwojowymi.

Poziom kompetencji interpretacyjnych był niski: 59% nauczycielek osiągnęło poziom niski, 27% zakwalifikowano do kategorii braku kompetencji, 14% do poziomu średniego, a żadna osoba nie osiągnęła poziomu wysokiego. Rozkład ten wskazuje na systemową, a nie jednostkową lukę kompetencyjną.

Wyniki ujawniły również ograniczoną wiedzę deklaratywną dotyczącą terminologii oraz związków pomiędzy przetwarzaniem sensorycznym a rozwojem mowy, motoryki i funkcji poznawczych. Wiedza deklaratywna dodatnio korelowała z kompetencjami interpretacyjnymi ($r = 0,47$; $p < 0,001$). Zależność ta wspiera wniosek, że wiedza teoretyczna jest ważną podstawą trafniejszego rozumienia zachowania dziecka, choć sama nie gwarantuje kompetentnego działania w praktyce.

W ocenie nauczycieli dzieci z przedszkoli wiejskich przejawiały większe nasilenie trudności we wszystkich badanych obszarach niż dzieci z przedszkoli miejskich. Testy t-Studenta wykazały istotne różnice dla dotyku ($t = 2,76$; $p = 0,007$), koordynacji i napięcia mięśniowego ($t = 2,91$; $p = 0,004$), równowagi i ruchu ($t = 2,88$; $p = 0,005$), słuchu i wzroku ($t = 9,14$; $p < 0,001$) oraz uwagi i zachowania ($t = 6,01$; $p < 0,001$). Największe różnice dotyczyły słuchu i wzroku oraz uwagi i zachowania.

Różnic wieś–miasto nie należy interpretować jako dowodu większej częstości zaburzeń sensorycznych w środowisku wiejskim. Dane dotyczyły profilu trudności identyfikowanych przez nauczycieli, a nie diagnoz klinicznych dzieci. Wynik może odzwierciedlać różnice w dostępności specjalistów, możliwościach wczesnej konsultacji, zasobach placówek, organizacji grup albo sposobie interpretowania zachowania. Wymaga to odrębnych, pogłębionych badań.

Zakres współpracy nauczycieli ze specjalistami okazał się zróżnicowany i szczególnie ograniczony w przypadku dzieci bez opinii i orzeczeń. W praktyce oznacza to paradoks: dziecko potrzebuje obserwacji i wczesnego wsparcia właśnie przed uzyskaniem formalnej dokumentacji, tymczasem dostęp do pomocy bywa od tej dokumentacji uzależniany.

Stopień awansu zawodowego ujemnie korelował z wiedzą ($\rho = -0,27$; $p = 0,006$). Stwierdzono także związek pomiędzy stopniem awansu a zwracaniem się do psychologa o obserwację dziecka ($\chi^2(3) = 8,2$; $p = 0,042$), przy czym najrzadziej taką pomoc deklarowały nauczycielki dyplomowane. Wynik nie powinien być interpretowany jako prosta ocena jakości pracy określonej grupy. Pokazuje natomiast, że formalny awans i staż nie zastępują aktualizowania specjalistycznej wiedzy o rozwoju i przetwarzaniu sensorycznym.

Wyniki Bloku N wskazują na potrzebę systemowego doskonalenia nauczycieli, stworzenia czytelnych procedur konsultacji oraz zapewnienia wsparcia funkcjonalnego bez uzależniania go wyłącznie od formalnej dokumentacji. Szczególnie ważne jest uczenie różnicowania hipotez dotyczących podłoża zachowania oraz formułowania obserwacji w języku opisowym, bez etykietowania dziecka i obwiniania rodziny.

Wyniki Bloku N są szczególnie istotne dlatego, że pokazują dwa różne poziomy kompetencji nauczyciela. Pierwszy to poziom obserwacyjny: badane nauczycielki rzeczywiście dostrzegały zachowania związane z dotykiem, ruchem i równowagą, koordynacją i napięciem mięśniowym, przetwarzaniem słuchowo-wzrokowym oraz uwagą i zachowaniem. Drugi to poziom interpretacyjny, na którym należało powiązać obserwację z możliwym mechanizmem rozwojowym. To właśnie między tymi poziomami ujawniła się zasadnicza luka. Niski lub brak kompetencji interpretacyjnych u zdecydowanej większości badanych oznacza, że samo doświadczenie codziennej pracy z dziećmi nie gwarantuje umiejętności różnicowania

zachowań wynikających z modulacji sensorycznej, propriocepcji, praksi, uwarunkowań temperamentalnych czy problemów wychowawczych.

Dodatnia zależność pomiędzy wiedzą deklaratywną a kompetencjami interpretacyjnymi ($r = 0,47$; $p < 0,001$) wskazuje, że zasób aktualnej wiedzy ma znaczenie dla sposobu wyjaśniania zachowania. Nie jest to zależność doskonała i nie oznacza, że sama znajomość terminów wystarczy do prawidłowego działania, ale wspiera potrzebę łączenia doskonalenia teoretycznego z analizą rzeczywistych sytuacji edukacyjnych. Szczególnie istotne byłyby szkolenia oparte na przykładach: opis bodźca, zachowania, możliwych hipotez i sposobów sprawdzania ich w obserwacji. Takie podejście przesunęło ciężar z etykiety na funkcję zachowania i przygotowuje nauczyciela do bardziej precyzyjnej rozmowy z rodzicem oraz specjalistą.

Porównanie placówek miejskich i wiejskich wymaga ostrożności interpretacyjnej. W badaniu stwierdzono istotne różnice w każdym z pięciu analizowanych obszarów, przy czym największe wartości statystyki t dotyczyły słuchu i wzroku oraz uwagi i zachowania. Dane nie były jednak diagnozami dzieci i nie pozwalają wnioskować, że zaburzenia przetwarzania sensorycznego występują częściej na wsi. Mogą natomiast sygnalizować odmienne warunki organizacyjne, dostęp do konsultacji, zasoby specjalistyczne, sposoby kierowania dzieci do pomocy albo różnice w interpretowaniu i raportowaniu trudności. Dlatego wniosek z tej części ma charakter systemowy: różnice środowiskowe powinny być przedmiotem dalszych badań, a wsparcie dla nauczycieli nie może zależeć wyłącznie od lokalnych zasobów placówki.

Wyniki dotyczące wieku, stażu i stopnia awansu zawodowego wzmacniają ten wniosek. Ujemna korelacja stopnia awansu z poziomem wiedzy oraz zróżnicowanie deklaracji zwracania się do psychologa pokazują, że formalne doświadczenie zawodowe nie jest równoznaczne z aktualnością specjalistycznej wiedzy. Nie należy odczytywać tego jako wartościowania poszczególnych grup zawodowych. Bardziej zasadne jest potraktowanie wyniku jako argumentu za systematycznym doskonaleniem całej kadry - także nauczycieli z wieloletnim stażem - oraz za tworzeniem procedur, w których konsultacja ze specjalistą jest normalnym elementem zespołowego rozwiązywania problemu, a nie oznaką braku kompetencji nauczyciela.

4.3. Perspektywa rodzinna – Blok R

Analiza 12 narracji rodziców ujawniła powtarzalny wzorzec przechodzenia od początkowej normalizacji zachowań dziecka, przez interwencje przedszkola, narastanie napięcia i minimalizację sprawstwa, do medykalizacji lęku. Punktem zwrotnym stawało się uzyskanie funkcjonalnego wyjaśnienia trudności w ramach diagnozy integracji sensorycznej. Pozwalało ono uporządkować obraz dziecka, zaplanować działania i stopniowo odzyskać kontrolę.

Ogólna mapa doświadczeń rodziców obejmowała sześć faz: normalizację, interwencję instytucjonalną, minimalizację sprawstwa, medykalizację lęku, punkt zwrotny związany z diagnozą integracji sensorycznej oraz odzyskiwanie kontroli. Fazy te nie zawsze przebiegały w identycznym tempie, lecz tworzyły rozpoznawalny schemat procesowy.

W fazie normalizacji rodzice tłumaczyli trudności wiekiem, temperamentem, indywidualnym tempem rozwoju albo przejściową reakcją na zmianę. Interwencja instytucjonalna rozpoczynała się najczęściej od sygnałów z przedszkola. Jeśli komunikaty miały charakter głównie oceniający, rodzice otrzymywali informację o problemie bez wskazania możliwych mechanizmów i bez mapy dalszego działania.

Minimalizacja sprawstwa oznaczała narastające przekonanie, że podejmowane działania nie przynoszą rezultatu. Rodzice poszukiwali konsultacji, spotykali się z odmiennymi wyjaśnieniami i doświadczali przerzucania odpowiedzialności. Medykalizacja lęku wiązała się z obawą przed poważnym deficytem rozwojowym i poszukiwaniem kolejnych rozpoznań.

Diagnoza integracji sensorycznej stawała się punktem zwrotnym nie dlatego, że automatycznie usuwała trudności, lecz dlatego, że nadawała im funkcjonalne i zrozumiałe ramy. Rodzice otrzymywali wyjaśnienie zachowania, zalecenia i możliwość obserwowania zmiany. Odzyskiwanie sprawstwa polegało na przejściu od chaotycznego reagowania do planowego współdziałania z terapeutą i przedszkolem.

Wyodrębniono cztery typy trajektorii związane z dominującym obrazem trudności: z trudnościami ruchowymi i posturalnymi, nadreaktywnością, obawą przed deficytem rozwojowym oraz nadpobudliwością i impulsywnością. Typologia ta nie była klasyfikacją diagnostyczną, lecz sposobem uporządkowania odmiennych przebiegów doświadczeń rodzinnych.

Narracje pokazały, że rodzice potrzebują nie tylko dostępu do specjalisty, ale także komunikacji chroniącej ich podmiotowość. Ważne jest przekazywanie obserwacji w formie

opisowej, unikanie jednostronnego przypisywania winy oraz włączanie rodzica w formułowanie celów i ocenę postępów.

Analiza narracyjna pozwoliła zobaczyć, że trajektoria bezsilności nie rozpoczyna się w chwili postawienia diagnozy i nie jest prostą reakcją na trudność dziecka. Jej początek wiąże się raczej z naruszeniem dotychczasowej oczywistości codziennego funkcjonowania. Rodzic początkowo próbuje włączyć obserwowane zachowanie w znane wyjaśnienia - wiek, temperament, indywidualne tempo rozwoju. Dopiero powtarzające się sygnały z instytucji, nieskuteczne próby radzenia sobie oraz brak jednoznacznego kierunku działania powodują stopniową utratę stabilności interpretacyjnej. Ważne jest więc nie tylko to, co rodzic słyszy o dziecku, ale czy wraz z informacją o trudnościach otrzymuje możliwość zrozumienia ich mechanizmu i realny plan dalszego postępowania.

W czterech wyodrębnionych typach trajektorii różnił się dominujący obraz trudności - ruchowo-posturalny, nadreaktywny, związany z obawą przed deficytem rozwojowym albo z nadpobudliwością i impulsywnością - lecz wspólna była sekwencja narastania niepewności. Punkt zwrotny wiązał się z uzyskaniem funkcjonalnego wyjaśnienia i zorganizowaniem oddziaływań. Diagnoza nie usuwała automatycznie problemów, ale zmieniała sposób ich rozumienia. Rodzic przechodził od reagowania na kolejne kryzysy do bardziej planowego działania: otrzymywał program domowy, mógł obserwować zmianę, konsultować postępy i współpracować z terapeutą. Z tej perspektywy odzyskiwanie sprawstwa ma charakter procesualny i jest związane zarówno z funkcjonowaniem dziecka, jak i z jakością relacji z osobami tworzącymi system wsparcia.

4.4.Integracyjna rekonstrukcja relacji dziecko-nauczyciel-rodzic

W wyniku triangulacji wyłoniono model relacyjny dziecko–nauczyciel–rodzic, złożony z trzech napięć: regulacyjnego po stronie dziecka, normatywnego po stronie instytucji oraz interpretacyjnego po stronie rodzica. Model porządkuje mechanizm powstawania trajektorii bezsilności i pokazuje, że nie można jej wyjaśniać wyłącznie cechami dziecka.

Napięcie regulacyjne rozpoczyna się na poziomie dziecka, które doświadcza przeciążenia, niedostatecznej rejestracji bodźców, trudności posturalnych lub problemów z prakcją. Dziecko może unikać, wycofywać się, poszukiwać intensywnych bodźców, reagować impulsywnie albo mieć trudność z dostosowaniem się do rytmu grupy. Nie dysponuje jednak językiem pozwalającym wyjaśnić przyczyny własnego zachowania.

Napięcie normatywne powstaje w instytucji, gdy zachowanie dziecka jest oceniane przede wszystkim przez pryzmat zgodności z wymaganiami grupy. Jeśli nauczyciel nie rozpoznaje możliwego podłoża sensorycznego, interwencja koncentruje się na korygowaniu zachowania bez modyfikacji warunków i bez konsultacji funkcjonalnej.

Napięcie interpretacyjne dotyczy rodzica, który otrzymuje informację, że dziecko dezorganizuje pracę grupy, lecz nie otrzymuje spójnego wyjaśnienia ani wskazówek. Rodzic poszukuje pomocy na własną rękę, a rozbieżne komunikaty nasilają lęk i osłabiają poczucie kompetencji.

Trajektoria bezsilności powstaje zatem w relacjach. Trudność dziecka uruchamia interwencję instytucjonalną; uproszczona interpretacja nasila napięcie; rodzic otrzymuje informację o problemie, lecz nie uzyskuje wspólnej mapy działania. Wyjście poza trajektorię wymaga równoczesnej interwencji wobec dziecka oraz rekonstrukcji relacji i znaczeń w całym systemie wsparcia.

Wspólna rama interpretacyjna nie oznacza bezkrytycznego przypisywania wszystkich trudności integracji sensorycznej. Oznacza uznanie wielu możliwych mechanizmów, systematyczną obserwację, konsultację specjalistyczną i uzgodnienie planu działania. Diagnoza staje się wówczas narzędziem organizowania współpracy, a nie etykietą.

Model teoretyczno-empiryczny wyłoniony w procesie triangulacji można zatem rozumieć jako opis sekwencji, w której trzy rodzaje napięć wzajemnie się wzmacniają albo ulegają osłabieniu. Po stronie dziecka trudność sensoryczno-motoryczna wpływa na regulację i zachowanie. Po stronie instytucji pojawia się oczekiwanie dostosowania do norm organizacyjnych grupy. Po stronie rodzica powstaje potrzeba zrozumienia informacji otrzymywanych z przedszkola i podjęcia skutecznego działania. Jeżeli między tymi poziomami brakuje wspólnego języka, zachowanie dziecka może być coraz silniej korygowane bez zmiany warunków, komunikaty wobec rodzica stają się coraz bardziej problemowe, a rodzic podejmuje kolejne nieskoordynowane próby uzyskania pomocy. Wtedy trajektoria bezsilności ma charakter relacyjny, a nie indywidualny.

Przerwanie tego mechanizmu wymaga reorganizacji relacyjnej. W badanych przypadkach ważną rolę pełniło pojawienie się alternatywnej, funkcjonalnej ramy interpretacyjnej: diagnoza pozwalała opisać zachowanie poprzez mechanizmy regulacji, prakcji, kontroli posturalnej czy modulacji, a następnie przełożyć to rozumienie na konkretne zalecenia. Terapia pełniła więc nie tylko funkcję oddziaływania wobec dziecka, ale również funkcję mediatora interpretacyjnego między gabinetem, domem i przedszkolem. Wspólna rama nie oznacza uznania, że każdy problem ma pochodzenie sensoryczne. Przeciwnie, ma sprzyjać

różnicowaniu hipotez, konsultacji interdyscyplinarnej i podejmowaniu działań adekwatnych do rzeczywistych potrzeb dziecka.

Takie ujęcie stanowi ważne przesunięcie w sposobie rozumienia diagnozy. Jej wartość nie sprowadza się do nadania nazwy trudności, lecz do uporządkowania informacji pochodzących z różnych środowisk i zbudowania podstaw współdziałania. W modelu dziecko-nauczyciel-rodzic diagnoza staje się punktem odniesienia dla modyfikacji środowiska, ustalenia celów terapii, formułowania zaleceń dla przedszkola i programu domowego. Dzięki temu możliwe jest przejście od reaktywnego reagowania na zachowanie do planowego wspierania funkcji, które warunkują codzienną aktywność dziecka.

5. Wnioski i podsumowanie badań oraz ich aplikacyjny charakter

Badania pozwoliły odpowiedzieć na problem główny. Proces diagnozy i terapii ma charakter kliniczny, edukacyjny, rodzinny i relacyjny. W perspektywie klinicznej diagnoza identyfikuje profil funkcjonowania dziecka i wyznacza kierunek terapii. W perspektywie edukacyjnej sposób interpretacji objawów decyduje o jakości reakcji nauczyciela i dostępie do wsparcia. W perspektywie rodzinnej powtarzające się, nieukierunkowane interwencje mogą prowadzić do bezsilności, natomiast funkcjonalne wyjaśnienie trudności i spójny plan działania przywracają rodzicom sprawstwo.

W badanej grupie dzieci po sześciu miesiącach oddziaływań obserwowano istotne zmiany w licznych wskaźnikach Obserwacji Klinicznej, testach SCSIT oraz we wszystkich ośmiu obszarach ocenianych przez rodziców. Dane te wskazują na zgodny kierunek zmian funkcjonalnych, lecz z uwagi na schemat badania nie stanowią dowodu przyczynowego ani podstawy do populacyjnego uogólnienia skuteczności terapii.

Wyniki nauczycielskie potwierdziły, że trudności dzieci są zauważane w przedszkolu, ale nie zawsze trafnie interpretowane. Brak wysokiego poziomu kompetencji interpretacyjnych, dodatnia zależność pomiędzy wiedzą i kompetencjami oraz zróżnicowany dostęp do współpracy ze specjalistami wskazują na potrzebę trwałych rozwiązań szkoleniowych i organizacyjnych.

Szczegółowa analiza Bloku N ujawniła znaczny deficyt kompetencji interpretacyjnych nauczycielek wychowania przedszkolnego. Niski poziom kompetencji stwierdzono u 59% badanych, brak kompetencji u 27%, a poziom średni u 14%; żadna z badanych osób nie osiągnęła poziomu wysokiego. Wynik ten wskazuje, że nauczycielki na ogół dostrzegają zachowania odbiegające od oczekiwań, lecz często nie dysponują wystarczającymi podstawami

do łączenia ich z modulacją sensoryczną, prakcją, propriocepcją czy kontrolą posturalną. Konsekwencją może być interpretowanie trudności dziecka przede wszystkim jako niegrzeczności, braku motywacji, nadpobudliwości lub cechy temperamentu.

Istotnym wynikiem była dodatnia zależność pomiędzy wiedzą deklaratywną a kompetencjami interpretacyjnymi ($r = 0,47$; 95% CI $[0,30; 0,61]$; $p < 0,001$; $n = 100$). Wraz ze wzrostem wiedzy wzrastała zdolność trafnego wyjaśniania zachowań dziecka. Jednocześnie stopień awansu zawodowego korelował ujemnie z poziomem wiedzy ($\rho = -0,27$; $p = 0,006$; $n = 100$). Nie stwierdzono natomiast istotnych zależności pomiędzy kompetencjami interpretacyjnymi a wiekiem, stażem pracy i stopniem awansu. Oznacza to, że formalne doświadczenie zawodowe nie zastępuje aktualnej, specjalistycznej wiedzy o rozwoju oraz przetwarzaniu sensorycznym.

Wiek nauczycielek różnicował deklarowaną strategię radzenia sobie w trudnej sytuacji z dzieckiem. Test dokładny Fishera wykazał istotną zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią „próbuję zapanować nad sytuacją, poradzę sobie sama z tym problemem” ($p = 0,024$; $V \text{ Craméra} = 0,28$; 95% CI $[0; 0,47]$). Samodzielne opanowanie sytuacji deklarowało 28,6% nauczycielek w wieku 50–59 lat, 9,5% w wieku 30–39 lat, natomiast w grupach 24–29 i 40–49 lat nie wskazano takiej odpowiedzi. Przewaga odpowiedzi przeczących może świadczyć o większej gotowości młodszych nauczycielek do poszukiwania konsultacji i współpracy. Należy jednak podkreślić, że analiza dotyczyła strategii samodzielnego radzenia sobie, a nie bezpośrednio deklaracji proszenia psychologa o pomoc.

Bezpośrednia deklaracja zwracania się do psychologa z prośbą o obserwację dziecka pozostawała natomiast w istotnym związku ze stopniem awansu zawodowego ($\chi^2(3) = 8,2$; $p = 0,042$; $V \text{ Craméra} = 0,23$; 95% CI $[0,00; 0,42]$). Pomoc psychologa deklarowało 45,5% nauczycielek stażystek, 60% kontraktowych, 42,9% mianowanych i 25% dyplomowanych. Najczęściej ze wsparcia korzystały zatem nauczycielki kontraktowe, a najrzadziej dyplomowane. Wyniku tego nie należy traktować jako oceny jakości pracy poszczególnych grup, lecz jako przesłankę wskazującą, że wraz z formalnym awansem nie wzrasta automatycznie otwartość na konsultację specjalistyczną.

Łącznie wyniki Bloku N uzasadniają potrzebę systematycznego, a nie jednorazowego doskonalenia zawodowego całej kadry przedszkolnej, również nauczycieli z długim stażem i wysokim stopniem awansu. Szkolenia powinny łączyć wiedzę o mechanizmach przetwarzania sensorycznego z analizą konkretnych zachowań dziecka, ćwiczeniem języka obserwacji funkcjonalnej oraz jasną procedurą współpracy z psychologiem, pedagogiem specjalnym, terapeutą integracji sensorycznej i rodzicami. Wczesna konsultacja może ograniczać

etykietowanie dziecka, skracać drogę do adekwatnej diagnozy i zapobiegać narastaniu trajektorii bezsilności w rodzinie i środowisku przedszkolnym.

Najważniejszy wniosek teoretyczny dotyczy relacyjnej natury trajektorii bezsilności. Nie jest ona prostą konsekwencją nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego, ale rozwija się w przestrzeni rozbieżnych interpretacji, braku koordynacji i ograniczonego dostępu do pomocy. Praca wnosi model dziecko–nauczyciel–rodzic, w którym wspólna rama interpretacyjna stanowi warunek ograniczenia bezsilności i skutecznego wsparcia.

Wkład metodologiczny polega na połączeniu pomiaru klinicznego, danych ankietowych i narracji biograficznych w strategii triangulacji. Zestawienie Obserwacji Klinicznej, SCSIT, ocen rodziców, danych od nauczycieli i analizy wywiadów pozwoliło uchwycić zarówno kierunek zmian funkcjonalnych, jak i społeczne znaczenie diagnozy. Wieloperspektywiczny projekt może stanowić inspirację dla dalszych badań pedagogicznych łączących praktykę diagnostyczno-terapeutyczną z analizą instytucjonalną i biograficzną.

Wkład praktyczny polega na wskazaniu, że skuteczne wsparcie nie może ograniczać się do pracy gabinetowej. Potrzebny jest przepływ informacji pomiędzy terapeutą, rodziną i przedszkolem, wspólny język opisu potrzeb oraz zalecenia możliwe do wdrożenia w codziennych warunkach.

Z punktu widzenia wkładu teoretycznego istotne jest połączenie koncepcji przetwarzania sensorycznego z kategorią trajektorii bezsilności. W rozprawie trajektoria nie została potraktowana jako metafora złego samopoczucia rodziców, lecz jako sposób opisu procesu, w którym stopniowo ogranicza się możliwość planowego działania. Wyniki pozwoliły usytuować ten proces w układzie relacji dziecko-nauczyciel-rodzic i wskazać, że jego dynamika zależy od jakości interpretacji oraz koordynacji wsparcia. Dzięki temu trudność sensoryczna dziecka jest analizowana jednocześnie jako zjawisko funkcjonalne oraz jako zdarzenie uruchamiające określone reakcje instytucjonalne i rodzinne.

Wkład metodologiczny wiąże się z konsekwentnym zestawieniem kilku poziomów danych przy zachowaniu ich odrębności. Pomiary kliniczne, wyniki SCSIT, oceny rodziców, ankiety nauczycielskie i narracje nie zostały sprowadzone do jednego wskaźnika. Każde źródło odpowiadało na inny rodzaj pytania, a integracja następowała na etapie interpretacji. Pozwoliło to zarówno wskazać obszary zbieżności, jak i potraktować rozbieżności jako informację o relacjach między uczestnikami systemu. Taka konstrukcja badania ma znaczenie aplikacyjne dla pedagogiki, ponieważ łączy analizę funkcjonowania jednostki z analizą środowiska edukacyjnego i doświadczenia rodziny.

W odniesieniu do hipotez ilościowych wyniki należy ujmować z zachowaniem skali wnioskowania przyjętej w rozprawie. W Bloku K dane uprawdopodobniają założenia dotyczące zmiany w subiektywnie ocenianym funkcjonowaniu dziecka, współwystępowania profilu klinicznego z oceną rodziców oraz zależności pomiędzy wynikami SCSIT i Obserwacji Klinicznej. W Bloku N potwierdzono istotne różnice między środowiskiem miejskim i wiejskim w zakresie identyfikowanych trudności oraz zależność pomiędzy wiedzą deklaracyjną a kompetencjami interpretacyjnymi. Część pozostałych zależności miała charakter częściowy lub dotyczyła wybranych wskaźników, dlatego nie uzasadnia formułowania prostych, całościowych uogólnień. Taka ostrożność jest spójna z mieszanym i eksploracyjno-wyjaśniającym charakterem projektu.

Aplikacyjny charakter wyników nie sprowadza się do zalecenia zwiększenia liczby terapii. Najważniejszym kierunkiem jest skrócenie drogi od zauważenia trudności do adekwatnego wsparcia. Wymaga to podnoszenia kompetencji interpretacyjnych nauczycieli, dostępności konsultacji specjalistycznej dla dzieci bez formalnej dokumentacji, przekazywania rodzicom informacji w języku funkcjonalnym oraz tworzenia zaleceń możliwych do zastosowania w codziennym środowisku. Model wyłoniony z badań wskazuje, że nawet prawidłowo przeprowadzona terapia gabinetowa może mieć ograniczony zakres oddziaływania, jeżeli dom i przedszkole posługują się odmiennymi wyjaśnieniami zachowania dziecka i nie uzgadniają sposobu postępowania.

5.1.Rekomendacje dla przedszkoli, nauczycieli i specjalistów

- organizowanie cyklicznych szkoleń dla nauczycieli wychowania przedszkolnego dotyczących przetwarzania sensorycznego, rozwoju dziecka i różnicowania przyczyn zachowania;
- wprowadzenie prostych procedur obserwacji przesiewowej i konsultacji specjalistycznej także dla dzieci nieposiadających opinii, orzeczenia ani opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju;
- zapewnienie nauczycielom dostępu do konkretnych zaleceń funkcjonalnych oraz konsultacji z terapeutą integracji sensorycznej, psychologiem, pedagogiem specjalnym i logopedą;
- formułowanie obserwacji w języku opisowym, odnoszącym się do sytuacji, bodźców i reakcji dziecka, bez etykietowania go jako niegrzecznego lub celowo dezorganizującego pracę grupy;

- modyfikowanie środowiska przedszkolnego poprzez przewidywalną organizację dnia, możliwość krótkiego wyciszenia, dostosowanie natężenia bodźców oraz włączanie aktywności proprioceptywnych i ruchowych zgodnie z indywidualnymi potrzebami;
- tworzenie wspólnego planu działania dla domu, przedszkola i gabinetu, z regularną wymianą informacji o postępach i trudnościach dziecka;
- rozwijanie lokalnych ścieżek szybkiego dostępu do diagnozy i terapii oraz rozważenie okresowych obserwacji przesiewowych w przedszkolach.

5.2.Rekomendacje dla rodziców i systemu wsparcia

- włączanie rodziców jako pełnoprawnych partnerów diagnozy i terapii oraz uznawanie ich wiedzy o codziennym funkcjonowaniu dziecka;
- przekazywanie wyników diagnozy w języku funkcjonalnym, pokazującym związek pomiędzy mechanizmem trudności a zachowaniem oraz możliwe sposoby pomocy;
- zapewnienie rodzinie spójnych zaleceń do domu, z uwzględnieniem realnych możliwości czasowych i organizacyjnych;
- prowadzenie komunikacji z rodzicami w sposób wspierający, bez przenoszenia całej odpowiedzialności za rozwiązanie problemu na rodzinę;
- wzmacnianie współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, poradniami, placówkami oświatowymi i prywatnymi specjalistami, tak aby rodzic nie musiał samodzielnie koordynować rozproszonych form pomocy.

5.3.Ograniczenia i kierunki dalszych badań

Ograniczenia badań obejmują niewielką, celowo dobraną próbę kliniczną, brak randomizacji i grupy kontrolnej, lokalny charakter badania, deklaracyjny charakter danych nauczycielskich oraz subiektywność narracji rodziców. Z tego względu wyniki części klinicznej nie stanowią podstawy do uogólnień populacyjnych ani do formułowania jednoznacznych wniosków przyczynowo-skutkowych. Ich wartość polega na pogłębionym rozpoznaniu mechanizmu, wykazaniu spójności wielu źródeł danych oraz wskazaniu kierunków dalszych badań.

W dalszych projektach zasadne byłoby objęcie badaniem większej i bardziej zróżnicowanej próby dzieci, wprowadzenie grupy porównawczej, wydłużenie okresu

obserwacji i przeprowadzenie pomiaru odroczonego. Warto także analizować wpływ częstotliwości terapii, profilu sensorycznego, wieku i współwystępujących trudności na kierunek zmiany.

W obszarze edukacyjnym potrzebne są badania prowadzone w różnych regionach oraz projekty oceniające efekty konkretnych programów szkoleniowych dla nauczycieli. Ważne byłoby sprawdzenie czy wzrost wiedzy przekłada się na zmianę interpretacji zachowań, wcześniejsze kierowanie do specjalistów i poprawę współpracy z rodzicami.

W obszarze rodzinnym zasadne są badania podłużne dotyczące procesu odzyskiwania sprawstwa po diagnozie oraz porównania doświadczeń rodzin korzystających z odmiennych ścieżek pomocy. Rozwijania wymaga również model relacyjny dziecko–nauczyciel–rodzic i jego zastosowanie do innych trudności rozwojowych.

Rozwinięcia wymaga także empiryczna weryfikacja modelu relacyjnego dziecko-nauczyciel-rodzic. W kolejnych projektach warto sprawdzić, czy podobna sekwencja napięć i punktów zwrotnych pojawia się w innych regionach, w większych i bardziej zróżnicowanych próbach oraz w odniesieniu do innych trudności neurorozwojowych. Szczególnie wartościowe byłyby badania pozwalające śledzić cały proces od pierwszej obserwacji w placówce, poprzez konsultację i diagnozę, do dłuższego okresu współpracy domu, przedszkola i specjalistów. Pozwoliłoby to precyzyjniej określić, które elementy współpracy rzeczywiście ograniczają ryzyko narastania trajektorii bezsilności.

Ważnym kierunkiem jest również ocena efektów konkretnych programów doskonalenia nauczycieli. Sam pomiar poziomu wiedzy wskazuje lukę, ale kolejne badania powinny odpowiadać na pytanie, jakie formy szkolenia najskuteczniej zmieniają praktykę interpretacyjną: czy nauczyciel trafniej opisuje zachowanie, wcześniej korzysta z konsultacji, lepiej współpracuje z rodzicem i częściej stosuje funkcjonalne dostosowania środowiska. Taki kierunek pozwoliłby przejść od diagnozy problemu systemowego do oceny rozwiązań, które mogą być wdrażane w codziennej praktyce edukacyjnej.

Podsumowując, wyjście poza trajektorię bezsilności wymaga czegoś więcej niż terapii dziecka. Konieczne jest zbudowanie wspólnego języka opisu jego potrzeb, skoordynowanie działań i uznanie rodzica oraz nauczyciela za partnerów procesu. Dopiero wówczas diagnoza przestaje pełnić funkcję etykiety, a staje się narzędziem rozumienia, organizowania wsparcia i przywracania sprawstwa dziecku oraz jego otoczeniu.

Bibliografia – wybrane propozycje

Ayres A. J., Integracja sensoryczna a zaburzenia uczenia się, PZWL, Warszawa 2005.

Ayres A. J., Dziecko a integracja sensoryczna, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2015.

Ayres A. J., The Sensory Integration and Praxis Tests, Western Psychological Services, Los Angeles 1989.

Ayres A. J., Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT), Western Psychological Services, Los Angeles 1972.

Babbie E., Podstawy badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

Borkowska M., Wagh K., Integracja sensoryczna na co dzień, PZWL, Warszawa 2020.

Creswell J. W., Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

Flick U., Projektowanie badań jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

Gibbs G., Analizowanie danych jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015.

Karwowska-Struczyk M., Hajnicz W., Obserwacja w poznawaniu dziecka, WSiP, Warszawa 1998.

Kranowitz C. S., Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie, Harmonia, Kraków 2012.

Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

Maszke A. W., Metody i techniki badań pedagogicznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.

Miller L. J., Anzalone M. E., Lane S. J., Cermak S. A., Osten E. T., Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis, *American Journal of Occupational Therapy*, 2007, 61, s. 135–140.

Miller L. J., Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?, Harmonia Universalis, Gdańsk.

Miński R., Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości IDI w badaniach edukacyjnych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 2017, t. XIII, nr 3.

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

Przyrowski Z., Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii, Empis, Warszawa 2012.

Rubacha K., Metodologia badań nad edukacją, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

Schütze F., Trajektoria cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej, w: K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2012, s. 141–159.

Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2010.