

Barbara Walasek-Jarosz

dr n. hum. w zakresie pedagogiki, mgr ekonomii
specjalizacja: statystyka i ekonometria
konsultant modeli badań empirycznych i ich przetwarzania
analitik danych, badania społeczne

tel. 693-648-053

e-mail: bwalasek@poczta.onet.pl

DOKUMENTACJA

Z EWALUACJI ZEWNĘTRZNEJ PROJEKTU

„Akademia Kariery”

realizowanego przez

***Miejski Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
w Kielcach***

STRESZCZENIE, SPRAWOZDANIE, RECENZJE, REKOMENDACJE, PROPOZYCJE

Spis treści

1. Streszczenie.....	3
2. Metodologia badań.....	4
2.1. Założenia.....	4
2.2. Etap pozyskiwania danych.....	5
2.3. Etap analizy danych.....	9
2.4. Literatura.....	11
3. Analiza elementów produktu finalnego	12
3.1. Charakterystyka innowacyjnego modelu diagnozy funkcjonalnej.....	12
3.2. Charakterystyka modelu pracy z dzieckiem z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi.....	14
3.3. Charakterystyka procedur postępowania terapeutycznego	15
4. Analiza wycinkowa wybranych odbiorców.....	17
4.1. Badania rodziców dzieci biorących udział w projekcie.....	17
4.2. Badania specjalistów.....	21
4.3. Odbiorcy zewnętrzni (poradnie psychologiczno-pedagogiczne i przedszkola)...	29
5. Analiza porównawcza wyników diagnoz funkcjonalnych wybranych dzieci.....	39
6. Recenzje & rekomendacje.....	47
6.1. Recenzja innowacyjnego modelu diagnozy funkcjonalnej.....	47
6.2. Recenzja modelu pracy z dzieckiem z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi.....	49
6.3. Recenzja procedur postępowania terapeutycznego.....	50
7. Wnioski, propozycje.....	51
8. Spis tabel.....	52
9. Spis wykresów.....	53
10. Aneksy.....	1-15

1. Streszczenie

Z ewaluacji zewnętrznej Projektu „Akademia Kariery” w ramach programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Miejski Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kielcach, ul. Urzędnicza 16, 25-729 Kielce; Priorytet IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach; działanie 9.2. Podniesienie atrakcyjności i jakości szkolnictwa zawodowego.

Przeprowadzenie ewaluacji miało na celu sprawdzenie zgodności planowanych działań z faktycznym odbiorem Produktu Finalnego oraz jego przydatności dla rodziców dzieci i pedagogów (patrz: opis zadania 5, wniosek o dofinansowanie projektu, suma kontrola DFA4-855D-9BBA-9905, s. 10). Było to badanie ewaluacyjne w zasadzie o charakterze ex post (tylko nieliczne, wybrane „dzieci projektowe” otrzymywały jeszcze wsparcie w trakcie prowadzonej ewaluacji). Szersza charakterystyka procesu ewaluacji znajduje się w części metodologicznej dokumentacji.

Zgodnie z zawartą umową na przeprowadzenie ewaluacji, umowa o dzieło nr 2 /MZPPP/2014/POKL, w dniach 14 lipca 2014 roku do 31 sierpnia 2014 roku gromadzono niezbędne dane do oceny działań projektu. Raport ewaluacyjny, w postaci przedłożonej niniejszej dokumentacji, zakończono w dniu 22 września 2014 roku i przedłożono projektodawcy (Kierownikowi Projektu „Akademia Kariery”) wraz z rekomendacjami wdrażania projektu w innych środowiskach.

W końcowej, uogólniającej ocenie, z perspektywy społecznej, ważne jest upowszechnianie działań objętych projektem. Bowiernie wysoko można ocenić zwłaszcza społeczną przydatność produktu.

Szczegółowe wyniki przeprowadzonego badania wraz z rekomendacjami przedstawione zostały w kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania, tzw. dokumentacji, zgodnie z dołączonym spisem treści. Raport zasadniczy ogółem liczy 54 stron. Do raportu dołączono aneksy, łącznie obejmujące 15 stron. Na tę część, numerowaną oddzielnie, poza dokumentacją, składają się: przebieg prowadzonych badań (wykaz spotkań/wywiadów), oraz wzory narzędzi ewaluacyjnych (kwestionariusze wywiadu). Kolejne aneksy mają numerację poprzedzoną literą A, np. „A-1; Spis wywiadów”; jest to zapis używany w niniejszej dokumentacji. Cała dokumentacja liczy 69 maszynopisu, wraz z własnoręcznymi podpisami, które stanowią jej immanentną część.

dr Barbara Walasek-Jarosz

2. Metodologia badań

2.1. Założenia

Dla potrzeb prowadzonych badań ewaluacyjnych przyjęto za J.J. Guilbertem, że ewaluacja to: „Proces diagnostyczno-oceniający, zawierający w sobie elementy pomiaru, osądu i decyzji”. W innym, bliskim rozumieniu trzeba uznać za K. Aspwallem, że „najprościej ewaluację można określić, jako ustalanie wartości czegoś [...]” (patrz: *Autoewaluacja w szkole*, s. 22). Są to znaczenia zgodne z wnioskiem o dofinansowanie projektu wniosek, suma kontrola DFA4-855D-9BBA-9905, s. 10, zadanie 5), którym założono, że **ewaluacja ma dotyczyć sprawdzenia zgodności planowanych działań z faktycznym odbiorem Produktu Finalnego oraz jego przydatności dla rodziców dzieci i pedagogów (KRYTERIUM EWALUACJI)**.

Przeprowadzone działania ewaluacyjne stanowiły proces obejmujący: zbieranie danych, analizę danych, wyciąganie wniosków, formułowanie rekomendacji i dotyczyły zarówno dokumentów, ale i działań, jak i rezultatów. Z punktu widzenia rodzajów możliwych działań ewaluacyjnych można uznać, że przedstawione postępowanie dotyczy 1. ewaluacji zewnętrznej (autoewaluacja zewnętrzna), 2. ewaluacji przede wszystkim produktu (Produktu Finalnego z elementami procesu), 3. ewaluacji szerokokresowej, 4. ewaluacji sumatywnej, której wnioski należy odnosić bardziej do podsumowania zakończonych działań i lepszemu ich zaplanowaniu i realizacji podobnych działań w przyszłości, niż do zmiany trwającego procesu, jak w ewaluacji kształtującej (formatywnej), w końcu zatem 5. ewaluacji ex post.

Mimo, jak się często uznaje, specyficzności podejść ewaluacyjnych w relacji do badań naukowych ze względu na motywacje do podejmowania działań, cele pracy, cele analizy, role wyjaśniania, autonomię projektu badania, efekty pracy, role czynnika wartości (*Autoewaluacja w szkole*, s. 24) uznano za Krzysztofem Konarzewskim, że przeprowadzone badania są badaniami naukowymi, praktycznymi z grupy ewaluacyjnych (*Jak uprawiać badania oświatowe*, s. 12-13). Przeprowadzone postępowanie badawcze autonomicznie

bowiem wnosi wiedzę o efektach ocenianego projektu (Produktu Finalnego) czemu sprzyjają, jak się ocenia, rygory postępowania naukowego (anonimowość zbierania danych, standaryzacja, dopuszczenie opinii krytycznych, zachowanie dobrowolności udziału w badaniach).

Problem badawczy można sformułować w postaci pytania, które dotyczy relacji dwóch stanów:

Na ile mamy do czynienia ze zbieżnością zakładanych rezultatów (stan założony reprezentowany przez docelowy Produkt Finalny) ze stanem rezultatów osiągniętych w wyniku realizacji projektu (stan rzeczywisty reprezentowany przez odbiór i realizację Produktu Finalnego przez różne gremia)?

Kryterium oceny: Tylko w przypadku wysokiej zgodności planowanych działań z faktycznym odbiorem Produktu Finalnego przez rodziców, pedagogów, oraz przede wszystkim jego przydatności dla dzieci można pozytywnie ocenić wartość działań projektowych.

2.2. Etap pozyskiwania danych

Koncepcyjnie przyjęto, że zostaną wykorzystane następujące metody (w opracowaniu metody=techniki) pozyskiwania danych:

Tabela 1. Metody pozyskiwania danych do badań ewaluacyjnych

Lp.	Nazwa metody	Rodzaj źródła informacji
METODY POZYSKIWANIA DANYCH UDOSTĘPNIONYCH ZASTANYCH		
1	Analiza dokumentów	<ul style="list-style-type: none"> dokumentacja pedagogiczna (dzienniki, scenariusze zajęć), wgląd do całości wzór umowy ze specjalistami na przeprowadzenie terapii, jeden do wglądu: zawartość segregatora Punktu Konsultacyjnego dla rodziców, wgląd do całości wgląd do badań przesiewowych, protokół rekrutacji dzieci do projektu, wgląd do

		<p>całości</p> <ul style="list-style-type: none"> • ksero, 51, arkuszy diagnozy funkcjonalnej (51 dzieci projektowych wg wybranych do badań rodziców) • biuletyn pedagogiczny nr 3 i 4, inne ze strony, wgląd do całości • broszura informacyjna, wgląd do całości • ulotka informacyjna, wgląd do całości • udostępniony Produkt Finalny, wgląd do całości
2	Analiza projektów	wniosek o dofinansowanie projektu, suma kontrola DFA4-855D-9BBA-9905, ss. 1-15
3	Analiza stron internetowych	dokumentacja internetowa www.mzppp.pl , zakładka „Akademia Kariery”
METODY POZYSKIWANIA DANYCH WYWOŁANYCH		
4	Indywidualne wywiady pogłębione	<ul style="list-style-type: none"> • wywiady z rodzicami dzieci objętych wsparciem w ramach projektu (51) • wywiad z dyrektorem poradni w miejscu (1) • wywiady z dyrektorami innych poradni w województwie (4) • wywiady z dyrektorami przedszkoli (5) • wywiady ze specjalistami w miejscu i wywiady ze specjalistami spoza projektu (30)
5	Obserwacja jakościowa	<ul style="list-style-type: none"> • autorska obserwacja „przestrzeni” realizacji projektu (miejsca, czasu realizacji, komunikacji/atmosfery, zachowań adresatów)
6	Metoda delficka	<ul style="list-style-type: none"> • autorska/i ekspertyza/osąd zagadnień i ich potencjalnej przyszłości na podstawie przedmiotowej kwerendy i doświadczenia badawczego w kontekście wyników

		wywiadów
--	--	----------

Analiza dokumentów, analiza projektu w części udostępnionej, analiza strony internetowej

Przeprowadzona w ramach niniejszego badania analizy dokumentów, projektu, strony internetowej umożliwiły określenie podłoża teoretycznego dla przedmiotowego badania, sporządzenie przyjmowanych założeń, dla budowania Produktu Finalnego projektu (STAN ZAŁOŻONY). Metody te pozwoliły też na ocenę sposobów realizacji zakładanych celów. Metody te uznaje się też za w znacznej mierze obiektywne, bowiem badacz ma ograniczone możliwości wpływania na rodzaj pozyskanych danych. Ich wadą jest ograniczenie tematyczne istniejących danych. Dokumenty poddawano krytycznej analizie (kto sporządzał dokument, jaki był jego cel, jakie jego uczestnictwo w tworzeniu dokumentu, na ile wskazywano informacje odstające, błędne, na ile dokument ujawniał schematyczność opracowania).

Indywidualne wywiady pogłębione

Była to podstawowa metoda, oprócz obserwacji, pozyskiwania informacji o Produkcie Finalnym (STAN RZECZYWISTY). Wywiady zazwyczaj dostarczają cennego materiału badawczego w postaci opinii osób bezpośrednio zaangażowanych we wdrażane działania, lub znające ich specyfikę.

Z uwagi na to, że bezpośrednie zaangażowanie może powodować jednostronność w wyrażanych opiniach w doborze, celowym, specjalistów do badań założono, że np. jeśli (zgodnie z założeniem projektu i zawartą umową na badania ewaluacyjne) ma być zbadanych 7 psychologów, to będzie to trzech psychologów udzielających bezpośrednio wsparcia dzieciom z projektu, którzy związani są zawodowo z poradnią, czyli miejscem realizacji projektu, trzech psychologów spoza poradni (z uniwersytetu – UJK w Kielcach, różnych przychodni, szpitali), oraz jeden blisko, za sprawą funkcji i niezależnie od prowadzenia zajęć terapeutycznych w projekcie, związany z projektem (z kadrą zarządzającą).

Na sposób celowy pozyskiwano do wywiadów dyrektorów przedszkoli, oraz dyrektorów poradni psychologiczno-pedagogicznych w województwie. Ta faza badania poszerzała perspektywę oceny projektu.

Rodziców do wywiadów pozyskiwano również na sposób celowy. Zamysł doboru losowego stał się nierealny z uwagi na sezon wakacyjny i objęty umową czas realizacji ewaluacji. Z dostarczonej z biura projektu listy wszystkich dzieci, wraz z telefonami, na 6 kartkach formatu A4, z każdej pobierano na początek po 5 do 6 rodziców i wykonywano do nich telefon z prośbą o udział w badaniach (nieraz wielokrotnie). Z uwagi na sezon urlopowy/wakacyjny niektórzy rodzice odmawiali (przebywali poza miejscem zamieszkania, ale i w szpitalu, w pracy a ich dziecko „projektowe” przebywało u babci, dziadka). Wtedy z tej samej strony listy wykonywano telefon do „sąsiada”. Uzyskując zgodę, po przedstawieniu celu badań, ustalano termin i miejsce spotkania (poradnia, przedszkole, plac zabaw, inne, przyjazne rodzicom miejsca – co umożliwiał okres wakacyjny). W sumie przeprowadzono 51 wywiadów z rodzicami dzieci (ze strony 1-szej otrzymanej listy dzieci zbadano opinie 14 ich rodziców; 2 → 9; 3 → 6; 4 → 4; 5 → 6; 6 → 12). Mimo celowego doboru uznaje się, że wybrani rodzice dobrze reprezentują opinie na temat realizowanych celów projektu (stan rzeczywisty) – zbadano bowiem 33,3% rodziców, zatem co trzeci rodzic wziął udział w badaniach. W kontekście indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych na dzieci objęte programem dobór respondentów również wydaje się być uzasadniony.

Łącznie przeprowadzono 91 wywiadów, w każdym uprzednio uzyskując zgodę respondenta na udział podając cel wywiadu. Wszystkie wywiady prowadziła autorka opracowania w okresie od połowy lipca do końca sierpnia. Trzyście wywiadów ze specjalistami przeprowadzono do 5 września (odmowy, prośba respondentów, specjaliści spoza poradni). W porozumieniu z kierownikiem projektu badanie kontynuowano i zakończono. Trochę zakłóciło to czas pracy nad ewaluacją. Wykaz przeprowadzonych wywiadów według kolejności znajduje się w aneksach (A-1). Kwestionariusze wywiadów stanowiły autorskie opracowania i wszyscy badani chcieli, by kwestionariusze były wypełniane przez autorkę (aneksy – 5 kolejnych kwestionariuszy). Znakomicie ożywiało to wywiady – możliwość, z uwagi na znajomość narzędzia, natychmiastowej reakcji na uzupełnianie miejsca w kwestionariuszu zgodnie z wypowiedzią, mimo wcześniejszej standaryzacji. Atmosferę wszystkich rozmów można ocenić jako wysoce sprzyjającą badaniom. W niektórych wywiadach rodzice uczestniczyli z dzieckiem „projektowym” (sporadycznie). Konstrukcja kwestionariuszy celowo była podobna (starano się zachować nie tylko podobieństwo szaty graficznej ale i treści, a to z powodu potrzeb porównań przy formułowaniu uogólnień, wniosków, interpretacji danych – krzyżowe analizy danych). Zastosowano wiele pytań otwartych, w szczególności dotyczących opinii na temat zalet, wad, barier i stymulatorów

działań objętych projektem. W pytaniach zamkniętych stricte oceniających zastosowano siedmiostopniową skalę (od oceny 1, wynik najslabszy, do oceny siedem, wynik najmocniejszy). Przyjęto, że w gremiach mniej wyrobionych badawczo (większość rodziców) stworzy ona większą szansę na ocenę aspektów osiągniętych efektów, zaś w gremiach specjalistów utrzymano skalę dla porównań pozyskiwanych danych z danymi otrzymanymi od rodziców. Większość udzielających wywiady doceniała wagę działań projektowych dla rozwiązywania problemów społecznych. Wywiady z rodzicami trwały około 20-30 minut, sporadycznie 45 minut. Wywiady ze specjalistami, czy w placówkach około 30-60 minut.

Obserwacja

Włączenie tej metody do prowadzonych badań miało na celu obserwację kontekstu działań (lokalizacji biura projektu, miejsca terapii dzieci, czasu oczekiwania rodziców, ich „zajęć” w czasie terapii, ich rozmów ze specjalistami - konsultacji), potencjalnych „drażliwości” spraw projektowych, dla respondentów, możliwość włączenia własnych spostrzeżeń. Była to obserwacja nieuczestnicząca, jawna. Czas obserwacji związany był przede wszystkim z pobytem badającego w poradni (w oczekiwaniu przykładowo na umówione spotkania).

Metoda delficka

Zastosowana do autorskiej ekspertyzy zagadnień na podstawie przedmiotowej kwerendy i doświadczenia badawczego w kontekście wyników wywiadów (łączenie źródeł w celu charakterystyki modelu w przyszłości).

2.3. Etap analizy danych

Zgromadzone dane opracowano za pomocą następujących metod, danych tabelą 2.

Tabela 2. Metody analizy danych

Lp.	Nazwa metody	Rodzaj analizowanych danych
1	Analizy statystyczne (w tym przede wszystkim krzyżowe analizy danych)	dane ilościowe
3	Analiza SWOT (mocne, słabe strony, bariery i stymulatory)	wszystkie dane pozyskane w badaniu, w tym w szczególności ze specjalistami i dyrektorami placówek
4	Selekcja i porządkowanie zebranego materiału	wszystkie dane pozyskane w badaniu

5	Raportowanie wyników	wszystkie dane pozyskane w badaniu
6	Analizy przypadków	dane dotyczące dwojga przypadkowo wybranych dzieci (kwalifikacja, jako dziecko nie osiągnęło dojrzałości szkolnej, oraz w fazie ewaluacji brak kwalifikacji dojrzałości szkolnej dziecka, dokumentacja odebrana przez rodziców)

Należy wyjaśnić, że w pytaniach zamkniętych kwestionariuszy badań, z zastosowaniem siedmiostopniowej skali (1-7) uznano, że mamy do czynienia ze skalą interwałową. Dyskusyjność takiego podejścia kontrolowano technikami właściwymi dla skal porządkowych. Dla porównań skalę tę stosowano we wszystkich wywiadach (z rodzicami, specjalistami, dyrektorami poradni i przedszkoli).

Technika SWOT stosowana jest najczęściej w obszarze zarządzania przedsiębiorstwami. W przedstawionych badaniach ewaluacyjnych miała charakter pomocniczy i służyła przede wszystkim standaryzacji kwestionariusza wywiadu (pozyskiwaniu w miarę spójnych, zgodnych z celami badań odpowiedzi w fazie wywiadów a co miało na celu zapobieganie artefaktom badawczym), na temat produktu Akademii Kariery, jaki stanowi model diagnozy funkcjonalnej.

Odwołując się do tego sposobu postępowania warto zauważyć, że technika analityczna SWOT często polega na posegregowaniu posiadanych *informacji o danej sprawie* na cztery grupy (cztery kategorie czynników strategicznych), dla których przyjęto jeden z kilku znanych ich podziałów na dwie grupy:

Czynniki wewnętrzne

- **S** (*Strengths*) – mocne strony: wszystko to co stanowi atut, przewagę, zaletę analizowanego obiektu (w badaniu: zalety)
- **W** (*Weaknesses*) – słabe strony: wszystko to co stanowi słabość, barierę, wadę analizowanego obiektu (w badaniu: wady)

Czynniki zewnętrzne

- **O** (*Opportunities*) – szanse: wszystko to co stwarza dla analizowanego obiektu szansę korzystnej zmiany (w badaniu: co może sprzyjać?)

- **T** (*Threats*) – zagrożenia: wszystko to co stwarza dla analizowanego obiektu niebezpieczeństwo zmiany niekorzystnej (w badaniu: jakie są najważniejsze zagrożenia?)

W fazie analiz stosowano postępowanie od „wewnątrz” do „zewnątrz”.

Wszystkie dane zawarte w dołączonych tabelach i wykresach pochodzą z własnych badań ewaluacyjnych i stanowią opracowanie własne. Zrezygnowano zatem z ich podpisywania. W przypadkach koniecznych dołączano jedynie legendę.

Analizę danych pozyskanych przedstawiano zasadniczo według kolejności zadanej kwestionariuszami wywiadów (patrz aneksy A2-A6), kierując się przyjętą konwencją badań (kryterium ewaluacji).

2.4. Literatura

- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Konarzewski Krzysztof, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa 2000.
- Tołwińska-Królikowska Elżbieta (red.), *Autoewaluacja w szkole*, (Martin Baumgartner, Edyta Brudnik, Agnieszka Fijałkowska, Ewa Kędracka-Feldamn, Beata Owczarska, Magdalena Zielińska, Henryk Mizerek), Przedsiębiorstwo Wydawniczo-Poligraficzne Gryf S.A. Ciechanów, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
- Walasek-Jarosz Barbara, *Ewaluacja jako kreator zmian (nie tylko w projektach)*, książka w procesie, Libron, Kraków 2014, (współautorstwo z dr Zuzanną Zbróg).
- Walasek-Jarosz Barbara, *Pomiar cech w badaniach społecznych. Zmienne nieobserwowalne*, [w:] „Pedagogika. Badania, dyskusje, otwarcia”, Oficyna Wydawnicza StSW, Kielce 2013, zeszyt 2, *Specyfika pomiaru w badaniach społecznych*, B. Walasek-Jarosz (red. naukowy zeszytu).

3. Analiza elementów Produktu Finalnego

Ta część dokumentacji (poniższy rozdział 3.) służy charakterystyce przyjmowanych założeń dla Produktu Finalnego projektu (patrz: Produkt Finalny).

3.1. Charakterystyka innowacyjnego modelu diagnozy funkcjonalnej

1. Innowacyjny model diagnozy funkcjonalnej zbudowano na podstawach prawnych, które w czasie działań ewaluacyjnych określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. dotyczące zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Jednostki te mają za zadanie udzielanie uczniom uczęszczającym do nich, ich rodzicom oraz nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej i organizację tej pomocy na zasadach określonych w rozporządzeniu. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w jednostce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia, wynikających w szczególności: z niepełnosprawności; z niedostosowania społecznego; z zagrożenia niedostosowaniem społecznym; ze szczególnych uzdolnień; ze specyficznych trudności w uczeniu się; z zaburzeń komunikacji językowej; z choroby przewlekłej; z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych; z niepowodzeń edukacyjnych; z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi; z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą. Pomoc jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem, między innymi w poradniach oraz w formie: 1) zajęć rozwijających uzdolnienia; 2) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym; 3) porad i konsultacji. Pomoc udzielna rodzicom uczniów i nauczycielom ma formę porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

2. Punktem wyjścia budowania modelu diagnozy funkcjonalnej jest strukturalny model rozwoju dziecka. Obecnie powszechnie bowiem uznaje się, że o funkcjonowaniu dziecka decyduje splot czynników, takich jak: myślenie, mowa, motoryka, funkcje percepcyjne, funkcjonowanie społeczno-emocjonalne i środowisko, w którym dziecko przebywa. Korelacja, ale i kumulacja tych czynników jest powszechnie uznawana i zgodnie stwierdza się, że na każdym etapie życia dziecka można określić, które z nich powinny dominować. Pomoc dziecku polega na solidnej diagnozie stanu każdego z tych wymiarów (czynników). W praktyce diagnoza ma jednak często charakter parcjalny, wycinkowy a co warunkuje wiele kwestii. Patomechanizm problemów dziecka, rozumiany, jako wzajemny układ czynników najczęściej nie jest wykazywany. Rodzi to problemy z terapią, na jakie zasługuje każde dziecko.

3. Diagnoza to proces, który powinien modyfikować terapię dziecka.

4. Istotnym elementem skuteczności pomocy dziecku jest współpraca specjalistów ze środowiskiem wychowującym dziecko, spójność postępowania, konsekwencja. Ważne są świadome i zmotywowane środowiska współpracy (rodzin, specjalistów, instytucji).

5. Oferowanie pomocy dzieciom po stronie dokumentującej postępowanie, ale i wyniki dopełnia arkusz diagnozy funkcjonalnej dzieci w czasie terapii zawierający: opis środowiska wychowującego, diagnozę psychologiczną, diagnozę pedagogiczną, diagnozę procesów integracji sensorycznej, diagnozę logopedyczną. Arkusz dopełnia opinia rehabilitanta, lub ewentualnie dopełniające formy terapii (EEG-Biofeedback, przetwarzanie słuchowe). W arkuszu znajduje się opis patomechanizmu zaburzeń (deficytów, opóźnień rozwojowych), oraz formułowane na podstawie jego wskazówki dla rodziców dzieci dotyczące zasad wspomagania ich rozwoju.

6. Arkusz sporządzany jest każdorazowo przez specjalistów, w każdym roku wsparcia dziecka działaniami terapeutycznymi. Za arkusz odpowiada opiekun dziecka (wyznaczony specjalista).

7. Model diagnozy funkcjonalnej konstruowany jest na podstawie diagnoz cząstkowych formułowanych za pomocą określonych metod i narzędzi pomiaru, w tym w zakresie:

- diagnozy środowiska wychowującego przeprowadzany jest wywiad środowiskowy (narzędzie własne)
- diagnozy psychologicznej (w tym obserwacja własna, ale i międzynarodowa skala Leitera P-93, określająca inteligencję i pozwalająca ocenić poziom analizy i syntezy wzrokowej, rozumowania indukcyjnego, rozumienia symboli, pamięci bezpośredniej; - Skala Dojrzałości Społecznej Edgarda A. Dolla)
- diagnozy procesów integracji sensorycznej (w tym arkusz obserwacji klinicznej Zbigniewa Przyrowskiego dostarczający informację o: rozwoju lateralizacji, stopniu zintegrowania odruchów, napięciu mięśniowym, równowadze, pracy gałek ocznych, motoryce dużej i małej, koordynacji wzrokowo – ruchowej, poziomie pobudzenia systemu przedsionkowego, nadruchliwości, obronności dotykowej, reakcjach równoważnych i odruchach obronnych, ruchach posturalnych w tle i wielu innych umiejętnościach, stosownych do wieku dziecka, inne, też indywidualne obserwacje terapeuty)
- diagnozy pedagogicznej (arkusz diagnozy pedagogicznej dotyczący motoryki dużej, umiejętności samoobsługowych, motoryki małej, percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-słuchowej, percepcji słuchowej, matematycznej)
- diagnozy logopedycznej („Test Słownika Dziecka” autorstwa Zbigniewa Tarkowskiego; wybrane podtesty doktor Elżbiety Stecko „Sprawdź jak mówię”; podtesty określające gramatykę, rozumienie mowy, artykulację)

8. Dla każdej z diagnoz opracowano sposoby pomiaru cech objętych diagnozą, lub w przypadku testów standaryzowanych stosowano ogólnie przyjmowane zasady.

3.2. Charakterystyka modelu pracy z dzieckiem z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi

1. Arkusz diagnozy funkcjonalnej w części drugiej stanowi opis patomechanizmu zaburzenia dziecka. Specjalista (opiekun dziecka), na podstawie diagnoz cząstkowych i w pracy w zespole z innymi specjalistami, ustala związki między sferami opóźnień

rozwojowych, przedstawia opis patomechanizmu wskazując tym samym na zasadnicze przyczyny nieprawidłowego funkcjonowania dziecka w środowisku wychowawczym.

2. Istotną innowacją jest tutaj zebranie diagnoz z różnych obszarów terapeutycznych. Podjęte działania dotyczą dzieci w wieku trzy-, czterech-, pięciu-lat.

3. Adresowanie wsparcia do dzieci z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi na poziomie diagnoz kontrolowane jest doborem narzędzi pomiaru, jak test Leitera, do badania dzieci, z którymi kontakt werbalny jest utrudniony, czy innymi deficytami, również Skala Dojrzałości Społecznej Edgarda A. Dolla, do badań nad niedorozwojem umysłowym oraz nad ilorazem inteligencji. Istotnym elementem stawiania diagnoz jest zatrudnienie specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych, czy innych instytucji, którzy w swojej pracy zawsze spotykają się z dziećmi przejawiającymi deficyty rozwojowe.

4. W pierwszym roku wsparcia, kalifikacja dzieci miała miejsce na podstawie badań przesiewowych i każde dziecko objęte było taką samą ilością godzin terapii specjalistycznej tj. 4 godziny tygodniowo- po jednej w każdym obszarze. W dalszym postępowaniu liczbę godzin wsparcia określano za pomocą wniosków diagnostycznych przedstawionych przez terapeutów.

5. Diagnoza funkcjonalna może ulegać zmianie w trakcie trwania terapii z uwagi na nabywane doświadczenia. Ilość godzin wynika z indywidualnych potrzeb uczestnika projektu. Stymulacją obejmuje się najbardziej zaburzone obszary w rozwoju dziecka takie jak mowa, rozwój emocjonalny, integrowanie zmysłów. Dodatkowo część dzieci z największymi zaburzeniami motorycznymi mają rehabilitację ruchową.

6. Proponowane dzieciom terapie można rozwijać w razie możliwości organizacyjnych i przestrzennych, czy posiadania zasobów (EEG-Biofeedback, przewarzanie słuchowe).

3.3. Charakterystyka procedur postępowania terapeutycznego

1. Procedury postępowania terapeutycznego określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy

psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. poz. 532).

- 2.** Powyższe dotyczy wszystkich obszarów Wspierania dzieci (terapii pedagogicznej, integracji sensorycznej, psychologicznej, logopedycznej).
- 3.** Procedury obejmują definicję działania (terapii), jego zakresu, stosowanych metod, formułowanych celów nadrzędnych do szczegółowych, form organizacyjnych i założeń programowych, w omawianym przypadku jest to indywidualna praca z dzieckiem. Określa się też czas pracy, przewidywane osiągnięcia, metody ich oceny.
- 4.** Formy i metody pracy dostosowane są do potrzeb dziecka.
- 5.** Specjaliści w scenariuszach zajęć według z góry zaprojektowanego szablonu, zgodnie z powyższym (szczególnie punktem 3.) formułują szczegółowe działania terapii.

Ważnym elementem dopełniającym działania jest model pedagogizacji rodziców składający się z sześciu elementów (udział w szkole dla rodziców o charakterze warsztatowym, punkt konsultacyjny, udział w konferencji upowszechniającej projekt, biuletyny, porady specjalistów, udział w terapii dziecka).

Podobnie niezwykle istotną kwestią jest koncepcja rozwoju zawodowego specjalistów biorących udział w projekcie (21 specjalistycznych szkoleń z zakresu psychologii, pedagogiki, logopedii, neuropsychologii przeprowadzonych przez wysoko wyspecjalizowaną kadrę trenerską i autorytety w swojej dziedzinie).

4. Analiza wycinkowa wybranych odbiorców

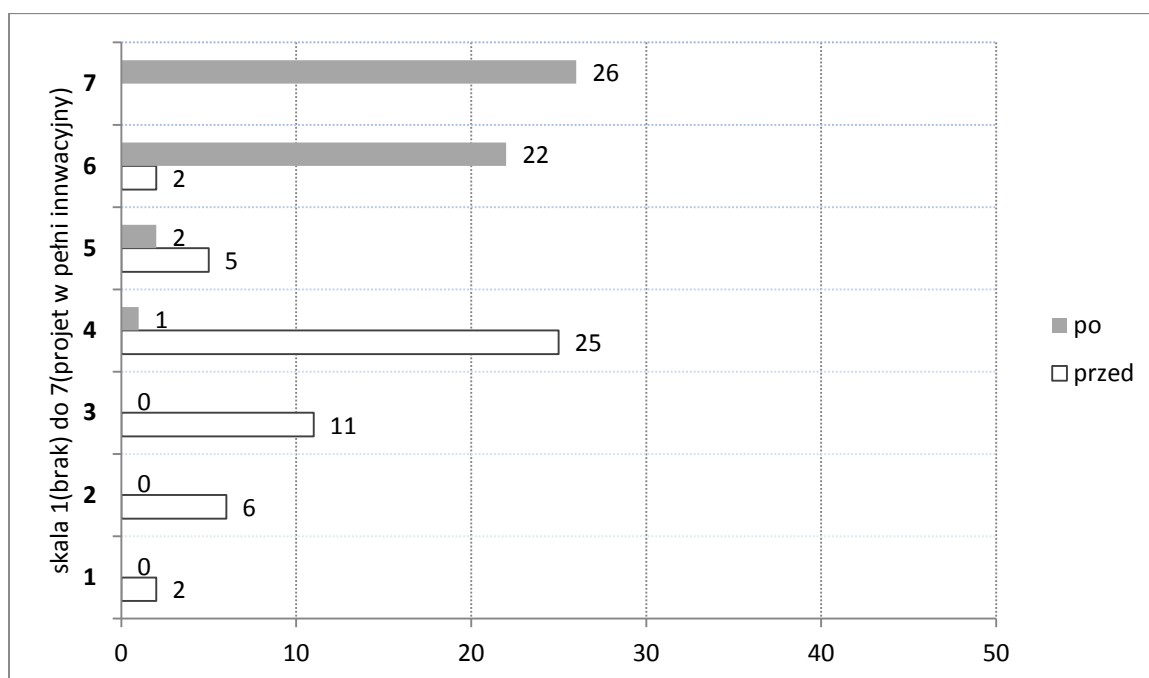
4.1. Badania rodziców dzieci biorących udział w projekcie

W badaniach oceniających udział wzięło 51 rodziców dzieci „projektowych”, z grupy 153 dzieci (łącznie, razem z rezygnacjami, 173 dzieci i ich rodziców). Ich dzieci uczęszczały do kieleckich przedszkoli (na 43 placówki nie badano rodziców dzieci z przedszkoli: 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 20, 21, 22, 26, 31, 35, 37, 38, 41; zatem zbadano rodziców dzieci z 26 przedszkoli; pomięto 17 przedszkoli).

Dzieci badanych rodziców to w większości chłopcy (62,7%), mniej było dziewczynek (37,3%). Dobór dobrze odzwierciedla diagnozę środowiska - ze względu na płeć i związane z nią problemy rozwojowe dzieci - przeprowadzoną przez MZPPP w roku 2010/2011 (proporcja niemal identyczna: 62,5% do 37,5%) - (patrz: wniosek o dofinansowanie projektu, suma kontrola DFA4-855D-9BBA-9905, s. 4).

OCENA POSTĘPÓW DZIECI

Na skali 1 (znaczne problemy zdrowotne/rozwojowe) do 7 (dziecko max zdrowe) punktów rodzice zostali poproszeni o ocenę stanu zdrowia/rozwoju własnego dziecka przed programem, gdzie dziecko otrzymało wsparcie, oraz na koniec programu. Wyniki dowodzą społecznego uznania mierzonego oceną rodziców dla rozwoju dzieci, w tym jak się zakłada efektów działań programu. Przeciętna wskazań oceny przed programem wynosi 4,5 (Me=4,5 punktów, SD=1 punkt), zaś po programie: M=6,3; Me=6,5; SD=0,7. Jest to ocena niezależna od płci dziecka (ANOVA). W grupie chłopców wyniki przed- i po- programie są silniej skorelowane (0,566) – u dziewczynek 0,358. Zróznicowanie ewidentne ocen rodziców ze względu na czas obserwacji przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Zróznicowanie oceny zdrowia/rozwoju dzieci przez rodziców na skali 1-7 punktów w okresie przed- i po trzech latach udziału programie (N=51)

Podając przyczyny zakwalifikowania dziecka do programu rodzice najczęściej wskazują na powody związane z mową, zaburzeniami o charakterze psychologiczno-pedagogicznym (wycofanie, nieśmiałość, brak uspołecznienia, inne), ale i zdrowotnym. Dane przedstawia tabela 3. Odnosząc się do sposobów rekrutacji (badania przesiewowe) wynik można uznać za zgodny z przewidywaniem.

Tabela 3. Kategorie zaburzeń kwalifikowania dzieci do programu Akademia Kariery w opinii rodziców (N=51)

Kategorie zaburzeń	Ranga 1	Ranga 2	Ranga 3	Razem
problemy z mową	31	1	-	32
emocjonalność, skrytość, nieśmiałość, inne	4	19	4	27
nadpobudliwość, ruchliwość	4	3	-	7
medyczne: płyn w uszach, niedotlenienie, słuch, inne stwierdzone	5	7	3	15
nie wiem, nie znam	3	2	-	5
braki danych	-	18	44	X

Terapia/ie trwała/ły najczęściej około 3 lat a dzieci rozpoczęły ją w wieku około 3 lat, kończą w wieku około 6 lat i „szykują” się do szkoły. O programie i potencjalnej kwalifikacji dziecka rodzice dowiedzieli się z przedszkola z badań przesiewowych (17 badanych), od kadry

przedszkola (12), z przedszkola za sprawą specjalistów z poradni (8), z innych źródeł (14), jak u specjalisty w innej poradni, od koleżanki, z ulotek.

Wysoką ocenę postępów rozwojowych dziecka w czasie trwania programu różnicuje ocena obszarów wsparcia. Dane przedstawia tabela 4. Wysokie oceny dane tabelą 3., przekładają się na wysokie oceny realizacji celów terapii szczegółowych (tabela 4).

Tabela 4. Ocena przez rodziców realizacji celów wsparcia dziecka (terapii) w zadanych obszarach (N=51); skala 1 (cel nie został osiągnięty) do 7 punktów (cel w pełni osiągnięty)

Oceniany obszar	1	2	3	4	5	6	7
terapia logopedyczna	-	-	-	1	8	17	25
terapia psychologiczna	-	-	1	1	3	21	25
terapia pedagogiczna	-	-	1	-	6	13	31
integracja sensoryczna	-	-	-	-	5	7	39
EEG-Biofeedback i przetwarzanie słuchowe	-	2	-	2	3	8	33

Postępy/problemy dziecka rodzicom komunikowano na bieżąco, bezpośrednio po zajęciach (potwierdziła to obserwacja kilku terapii w czasie prowadzenia badań ewaluacyjnych), na sposób wyczerpujący. Kontakt telefoniczny służył uzgadnianiu spotkań.

PRZYGOTOWANIE RODZICÓW DO PRACY Z DZIEĆMI

We wszystkich obszarach terapeuci dostarczali rodzicom informacji o zadaniach i ćwiczeniach, jakie powinni podjąć w domach w celu niwelowania deficytów swoich dzieci (deklaracja w pierwszej randze wszystkich badanych rodziców). Dołączana do tego nieraz ćwiczenia na ksero. Nie były to materiały dydaktyczne w postaci książkowej, czy elektronicznej. Sporadycznie rodzice mogli obserwować dziecko w czasie zajęć.

Wsparcie rodziców dotyczące przygotowania ich do stymulowania rozwoju własnego dziecka odnosiło się w zasadzie do bezpośrednich konsultacji (86,3% badanych; 44 osoby), dostarczania diagnoz okresowych, czy biuletynów (39 osób; 76,5%), rzadziej do udziału w warsztatach, w tym z dziećmi (26 badanych; 51,0%). Niewielu badanych brało udział w szkole dla rodziców (12 osób, tj. 23,6%). Z reguły brak udziału w szkole dla rodziców wiązał się z brakiem czasu, jaki deklarowali rodzice, czy brakiem zainteresowania (20 badanych). Byli też tacy rodzice, którzy stwierdzali, że nie wiedzieli o takiej formie wsparcia rodziców w projekcie (15 osób). Niższe uczestnictwo w warsztatach dzieci wiązało się zaś z

przekonaniem, że „to przeszkadza dziecku” – 10 opinii. Taki pogląd przekazywany był też przez specjalistów.

Wsparcie rodziców w zakresie przygotowywania ich do stymulowania rozwoju w obszarach objętych terapią prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Ocena przez rodziców przygotowywania ich do wspierania rozwoju własnych dzieci (przygotowanie edukacyjne rodziców); N=51

Oceniany obszar	1	2	3	4	5	6	7	Suma
terapia logopedyczna	4	-	2	11	5	5	10	37
terapia psychologiczna	4	-	1	14	5	4	9	37
terapia pedagogiczna	4	-	1	14	4	5	11	39
integracja sensoryczna	4	1	-	14	4	3	14	40
EEG-Biofeedback i przetwarzanie słuchowe	5	1	-	13	6	2	12	39

Rodzice nie mają wymagań dla siebie. Stwierdzają nieraz zmęczenie terapiami po stronie rodziców (6 osób), ale i dzieci (6). Postulują zmiany organizacji zajęć, na przykład w przedszkolu, czy inną logistykę, zarządzanie czasem terapii (20 badanych). Generalnie jednak są to propozycje wywołane prowadzonymi badaniami. Uświadomienie problemu wspierania rodziców aktywizuje ich na rzecz tworzenia możliwych kategorii.

OCENA KOŃCOWA PROGRAMU

Projekt jako całość oceniany jest przez rodziców bardzo wysoko. Dane prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Ocena przez rodziców wybranych aspektów funkcjonowania programu, lub udziału w nim badanych osób, N=51

Kategorie	1	2	3	4	5	6	7	trudno powie dzieć
1. Zadowolenie rodziców	-	-	-	-	-	11	39	1
2. Postępy rozwoju dziecka	-	-	-	-	5	21	23	2
3. Wkład rodziny w rozwój	3	-	-	1	4	5	7	31
4. Wkład programu w rozwój	2	-	-	1	2	5	11	30
5. Wpływ programu na przygotowywanie do szkoły	1	-	-	1	4	8	11	26
6. Jw. na funkcjonowanie w rodzinie	5	-	2	5	6	9	14	10

7. Jw. na funkcjonowanie grupie rówieśniczej	2	-	-	2	5	12	14	16
8. Współpraca rodziców ze specjalistami	-	-	1	-	1	6	40	3

Niektóre oceniane kategorie trudno rozdzielić, uważają rodzice. Rekomendacja dla programu udzielaną przez rodziców jest niemalże brak uwag (w randze pierwszej – 12 badanych; w randze drugiej 33 badanych, zaś w trzeciej – 40 badanych). Uwagi dotyczą poprawiania logistyki; większość z nich w zasadzie komentarze o potrzebie kontynuacji działań projektowych i troska o to co będzie po projekcie.

W ramach projektu działał punkt konsultacyjny dla rodziców spoza projektu. W ciągu trzech lat projektu obsłużono w nim 33 rodziców i ich dzieci (z dokumentacją podstawową).

4.2. Badania specjalistów

Zbadano 30 specjalistów. Ich staż pracy wahał się od 4 do 40 lat ($M=22$, 6 lat; $Me=22$ lata; $SD=10$, 2 lat); 20 badanych osób bezpośrednio było zaangażowanych w prowadzenie terapii w ramach swojej specjalności w projekcie, 10 nie brało udziału w terapiach (specjaliści z zewnątrz). Zbadano opinie 7 logopedów, 7 pedagogów, 6 psychologów, 5 specjalistów SI, 5 specjalistów Biofeedback. Dobór osób polegał na równoważeniu opinii w ramach specjalności: połowa zaangażowana w projekt, jedna osoba by pracowała najlepiej w biurze projektu, lub była z nim jakoś bliżej związana, oraz pozostali nie brali udziału w projekcie. Większość zbadanych (15 z 20 osób) pracowała z dziećmi w projekcie przez 3 lata. Tym samym opiniujący i biorący udział w projekcie stanowili jego w miarę stałą kadrę, w której na osobę średnio przypadało około 30 dzieci ($M=28,6$; $Me=30$; przy wysokich zróżnicowaniach, $SD=17,1$; min=8, max=60 dzieci). Badani specjaliści uczestniczyli w większości szkoleń organizowanych w ramach projektu uzyskując nową wiedzę, certyfikaty, uprawnienia (12 osób na 20 we wszystkich szkoleniach; tylko jedna osoba w szkoleniach nigdy nie uczestniczyła).

19 na 30 osób oceniło swoją znajomość programu Akademia Kariery na siódmkę (skala 1-min do 7-max): **7.**

Badani stwierdzają, że realizację programu wyróżnia specyficzność metod pracy, ale za sprawą adresowania wsparcia do młodszych dzieci, wprowadzenia nowych metod (EEG Biofeedback), stosowania wielości podejść na bazie diagnoz funkcjonalnych, indywidualizacji terapii, wiedzy z wywiadu środowiskowego. Całość bazuje na wiedzy, doświadczeniu, terapeuty, który wybiera metody z przedmiotowego zakresu. Konceptyjnie ważny jest model dynamizująco-terapeutyczny.

W zakresie wyodrębniania metod niebagatelne jest wyposażenie (SI, EEG). Terapie w przedszkolach nie zawsze znajdują właściwe miejsce (małe, dodatkowo ukryte na zapleczu sali, też zlokalizowane w szatniach).

Dodatkowe trudności pojawiają się po stronie prób modelowania zaburzeń i deficytów pracy; jeśli już chcemy, to trzeba je rozdzielać i tworzyć propozycje, jak, model rozwoju ... z zaburzeniami mowy, model rozwoju z zaburzeniami ... słuchu, odnieść się do koncepcji teoretycznych, np.. do modnej ostatnio neurodydaktyki (jak rozwija się mowa?). Poza tym indywidualizacja podejść zakłóca możliwość modelowania. Głębiej zaburzone dzieci wymagają szczególnych podejść związanych z wiekiem rozwojowym.

Uzyskane z badań specjalistów oceny modelu diagnozy funkcjonalnej przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wyniki zastosowania techniki SWOT w badaniach specjalistów (N=30); opinie o modelu diagnozy funkcjonalnej

Czynniki wewnętrzne		Czynniki zewnętrzne	
ZALETY	WADY	SZANSE	ZAGROŻENIA
Rekrutacja na podstawie badań przesiewowych (1).	Wszyscy „uczymy się na błędach”, projekt nowy (1).	Bezproblemowa współpraca środowisk rodzinnych ze specjalistami. Zmotywowani rodzice (5).	Rezygnacja rodziców w trakcie trwania projektu (4).
Podejście holistyczne. Ale w przypadku dzieci z deficytami wczesnej	Obciążenie dzieci i rodziców ze względu na częstotliwość i kumulację w jednym	Wprowadzenie wspomaganie do placówek przedszkolnych (1).	Przeciążenia obowiązkami, reorganizacja życia rodzinnego, często

stymulacji (12) (1) (razem 13).	czasie. Absorbują czasowo mieszkających dalej (9).		przy innych zajęciach dodatkowych (3).
Indywidualizacja (2).	Nierozłączne diagnozy. Kto diagnozuje środowisko wychowujące a kto robi w oddzielnie diagnozę pedagogiczną? Brak spójności na rycinach (5).	Rozłożenie zajęć w czasie (1).	Roszczeniowość rodziców, poziom kultury pedagogicznej rodziców i to niezależnie od zaplecza socioekonomicznego (23).
Wielokierunkowe wspomaganie dzieci, skoncentrowane w jednym miejscu i w dobrym okresie rozwojowym (8).	Może nie powinno się kumulować wszystkich zakresów terapii (1).	Dobre rozwiązania logistyczne (1).	Musi być ciągłość i systematyczność terapii dla dzieci z większymi i głębszymi deficytami (2).
Kompleksowe oddziaływanie (2).	Czy diagnoza funkcjonalna na podstawie obserwacji, czy opinii? Potencjalne problemy obiektywizacją (1)	Tworzenie środowisk wymiany doświadczeń i wspomagania dzieci. Integrowanie specjalistów, współpraca (8).	Diagnoza funkcjonalna to nie „wyrok”, lecz punkt odniesienia. Konieczne rozwijanie świadomości społecznej (3)
Im wcześniej, tym lepiej efekt, w tym 3 -letnie dzieci, to nowość. Małe dzieci oswajają się z nową sytuacją społeczną. Wczesne wspomaganie, interwencja. Są metody dla młodszych. Terapie często podejmowane są za późno (17).	Zadbać o szczegóły realizacji projektu (powiązania między sferami działań, nieczytelność patomechanizmu (1).	Model wyraźnie musi nawiązywać do zdrowia dziecka, już na poziomie schematu graficznego i to jest wtedy osobny moduł (1).	Modelowanie zaburzeń zbyt ogólne, bo może być model rozwoju z zaburzeniami mowy, ale i model rozwoju z zaburzeniami o charakterze ... itd..Ważna koncepcja teoretyczna (1).
Wieloetapowość, od badań przesiewowych (1).	Słabe doinformowanie rodziców (1).	Dobre upowszechnienie idei, doinformowanie (2).	Niesystematyczność terapii (1).
Diagnozy funkcjonalne wielokrotne i w różnych obszarach. Długotrwałość, jako	Kolejność zajęć, np. SI po logopedii. A nie odwrotnie (2).	Wzmocnione oddziaływanie, wczesna interwencja (1).	Sposoby rekrutacji (1).

potrzeba (13).			
Zmiany rozwojowe u dzieci widoczne gołym okiem. Widoczność efektów (5).	Czym jest opinia rehabilitanta w relacji do diagnoz? (4)	Kadra specjalistów w wielu obszarach. Praktycy to za mało – model musi mieć podstawy metodologiczne (7) (1) (razem (8)).	Wiele godzin i intensyfikacja zajęć ze względu na potrzeby rodziców a nie dzieci (1).
Docieranie do przedszkoli. Wspomaganie pracy nauczycieli (4).	W strukturalny, modelu rozwoju dziecka poszczególne sfery nakładają się na siebie, nie tak jak na schemacie stanowią odrębne obszary. Brak elementu społeczno-moralnego (5).	Potrzeba miejsca i to dobrze wyposażonego, jak do SI, BIO (2).	Konieczność uspoólniania wyników diagnoz w celu orzeczeń o deficytach, zaburzeniach. Wielu specjalistów, trudno uzgodnić (2).
Promocja prac poradnianych. Wzmocnienie informacyjne. Dostępność terapii, po które stoi się „w kolejce” (3).	Słabe wyeksponowanie roli lekarzy. Np. BIO wymaga wywiadu zdrowotnego (3).	Tworzenie dokumentacji, w tym filmowej (2).	Wybór metod łączy się z okresem rozwojowym i dopasowywaniem do indywidualnych potrzeb dziecka (jak to modelować?). Różnorodność form terapii (2)
Nawiązywanie kontaktów rodziców ze specjalistami i odwrotnie. Praca z rodziną (7).	Nie są upowszechnione metody i narzędzia pracy, np. w biuletynie i wtedy schemat trudno weryfikowalny (2).	Weryfikacja tego, co robią w domu rodzice? (2).	Obciążenie specjalistów (1).
Rozwijanie świadomości społecznej, w tym rodziców (5).	Za mało godzin dla niektórych dzieci (1).	Wspomaganie przedszkoli (1).	Umiejętność współpracy środowisk. Rodzic często „wie” lepiej. Włączanie rodziców do tworzenia bazy terapii (6).
Diagnozy wskazują na patomechanizm. Ten opracowuje zespół specjalistów. Patomechanizm wskazuje zaś na główną przyczynę dysfunkcji dziecka (5).	Diagnoza to nie kompilacja wyników badań. Jakie sfery warunkują funkcjonowanie dziecka?(1).	Indywidualizacja miejsca i warunków dla dzieci głębiej zaburzonych(2).	Stereotyp, rutyna, podawanie wyniki badań w poszczególnych obszarach bez uspoólnienia np. za sprawą burzy mózgow. Stereotypowość

			wsparcia np. psychologicznego – pejoratywne traktowanie na poz. świadomości (2).
Wczesne wykrywanie deficytów i zaburzeń (1).	Komfort pracy, np. w przedszkolach w małych kącikach (1).	Doszkalanie (1).	Umiejętności specjalistów, jak np. BIO (1)
Szkoła rodziców, punkt konsultacyjny (3).	W przypadku dzieci z głębiej zaburzonych trudniej dotrzeć, np. zaburzonych psychiatrycznie, wtedy schemat mniej się sprawdza (1).	Wiedza rodziców (1).	Terapia bez dobrej diagnozy nie ma sensu. „Wyrwanie metody z kontekstu wspierania”, jak BIO (2).
Wprowadzenie nowych obszarów wspierania dzieci, jak w zakresie rozwoju słuchowo-ruchowego (w literaturze częściej mówi się o wzrokowo-ruchowym) (1).	„Zginęła” forma pracy grupowej (1).	Rzetelne, jawna metodologia, badanie skuteczności (1).	Dobór specjalistów (1).
Dzieci zaniedbane środowiskowo mają deficyt terapii, istnieje duża potrzeba działań stymulujących (1).	Zagrożenie przestymulowania (1).	X	Może pojawić się rozdzielenie celów terapeutycznych (2).
Realizacja potrzeb pacjenta (2).	Problem naturalnego dynamizmu rozwojowego w cenie efektów (1).	X	Kolejność wspierania obszarów rozwoju (2).
Wyrównanie szans edukacyjnych dzieci ze środowisk słabszych. Trudno sprawdzić jednak efektywność (3).	Jeśli jest diagnoza SI i słuchowa, to, dlaczego nie wzrokowa?, ważne skorelowanie (1).	X	Równoczesność diagnozy i terapii (powinna być) (2).
Ewidentne, explicite łączenie diagnozy z terapią (1).	Model odwołuje się do diagnozy, gdzie funkcje?, jak psychiczne, czy funkcja mowy (biernej: rozumienie i czynnej: wykorzystanie) (1)	X	Dobór narzędzi (2).

X	Diagnoza pedagogiczna nic nie znaczy, jeśli nie określimy, o co chodzi? – szkolne umiejętności? (1)	X	Braki kadry (1).
X	Brak wyraźnej koncepcji teoretycznej, jest „burza mózgów”, intuicja; poza schematem badawczym; może funkcjonować na poziomie indywidualnych przypadków (2).	X	Brak udziału specjalistów w szkoleniach, szczególnie psycholodzy (1).
X	Potrzebna teoretyczna koncepcja holizmu Wyjaśnienia, co to są czynniki endogenne? (3)	X	Brak współpracy z rodzicami, rodziny dysfunkcyjne (3).
X	Jeden okres rozwojowy (okres średni); z punktu widzenia psychologii dość późne, 3 lata, zainteresowanie psychomotoryką (1).	X	Wielość miejsc, lokalizacja (2).
X	X	X	Praca indywidualna, zatem oderwanie od grupy (1).
X	X	X	Przedmiotowe traktowanie (1).
X	X	X	Wypracowanie metodologii tworzenia dokumentacji, jej istotności, monitoring dokumentacji (1).
X	Brak, nie widzę wad (2).	Nie wiem (1).	Brak zagrożeń (1).

Legenda:

- w nawiasach liczba podobnych wypowiedzi/opinii
- zachowana kolejność wprowadzania do bazy danych (klasyfikacja w fazie interpretowania)

Wyniki zostaną wykorzystane w rekomendacjach. Użycie techniki analizy SWOT prowadzi do zauważenia nakładania się kategorii: te same czynniki mogą stanowić szanse dla realizacji działań (środowiska rodzinne), jak i ich zagrożenia. Generalnie dominuje pogląd o pozytywnym kontekście funkcjonowania takich inicjatyw, jak program: zmotywowane środowiska współpracujące ze sobą, w sprawie, która dobrze osadzona jest w czasie (wspieranie dzieci młodszych, 3-letnich), przy jawnych i ewidentnych efektach. Kontrowersje budzą oderwanie praktyki od teorii.

Poprawa działań jest ewidentnie możliwa (podejmowanie inicjatywy w innych środowiskach z wykorzystaniem ustaleń zawartych w tabeli w odpowiedzi na pytania: Czy dana mocna strona pozwoli nam wykorzystać daną szansę?, Czy dana mocna strona pozwoli nam zniwelować dane zagrożenie?, Czy dana słaba strona ogranicza możliwość wykorzystania danej szansy?, Czy dana słaba strona potęguje ryzyko związane z danym zagrożeniem?). Mimo wielu wad, zagrożeń (są tacy, którzy ich nie dostrzegają, jak w tabeli wyżej) przeważa uznanie dla programu.

Realizacja terapii przez specjalistów miała opierać się z założenia na znajomości diagnoz cząstkowych. Na skali 1 (nie miałem takiej wiedzy) do 7 (wszystkie diagnozy szczegółowe bardzo dobrze znałam/znałem) badani ocenili znajomość swojej wiedzy na temat diagnoz szczegółowych, poza własną przedmiotową terapią, dość nisko (4 osoby na 5; 3 osoby na 6; 4 osoby na 7). Jednocześnie dodawali, że dobra znajomość całości dotyczyła dzieci, dla których sami konstruowali diagnozy funkcjonalne. Przyczyny „niewiedzy” lokowali po stronie własnych potrzeb, rzadziej po stronie pracy biura projektu, czy współpracy z innymi.

Współpracę z podmiotami organizującymi wsparcie dzieci w ramach projektu badani specjaliści w większości ocenili wysoko. Pozostałych wyróżnia specyficzność ocen (pojedyncze wskazania: potrzeba gabinetów, marginalizacja projektu, inne). Dane przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Ocena współpracy specjalistów biorących udział w programie z wybranymi podmiotami

Oceniany podmiot	1	2	3	4	5	6	7
Z BIUREM PROJEKTU (n=12)	-	-	1	-	5	4	8
Z RODZICAMI DZIECI (n=12)	-	-	-	-	5	6	7
Z INNYMI SPECJALISTAMI (n=12)	-	-	-	-	4	4	10

Z PRZEDSZKOLEM (n=17)	-	-	-	-	-	1	12
Z PORADNIĄ/w miejscu (n=13)	-	-	1	-	-	6	10

Legenda:

W nawiasach liczba braków danych; gdzie: nie brał udziału w projekcie to kategoria licząca 10 osób

Wskazując korzyści, na jakie badani mogli liczyć w związku pracą w projekcie specjaliści wymienili kilka. Dane prezentuje tabela 9. Zwraca uwagę kolejność wskazań. W sferze korzyści dominują szkolenia, uprawnienia, nabywanie uprawnień a co jest zgodne z dokumentacją projektową.

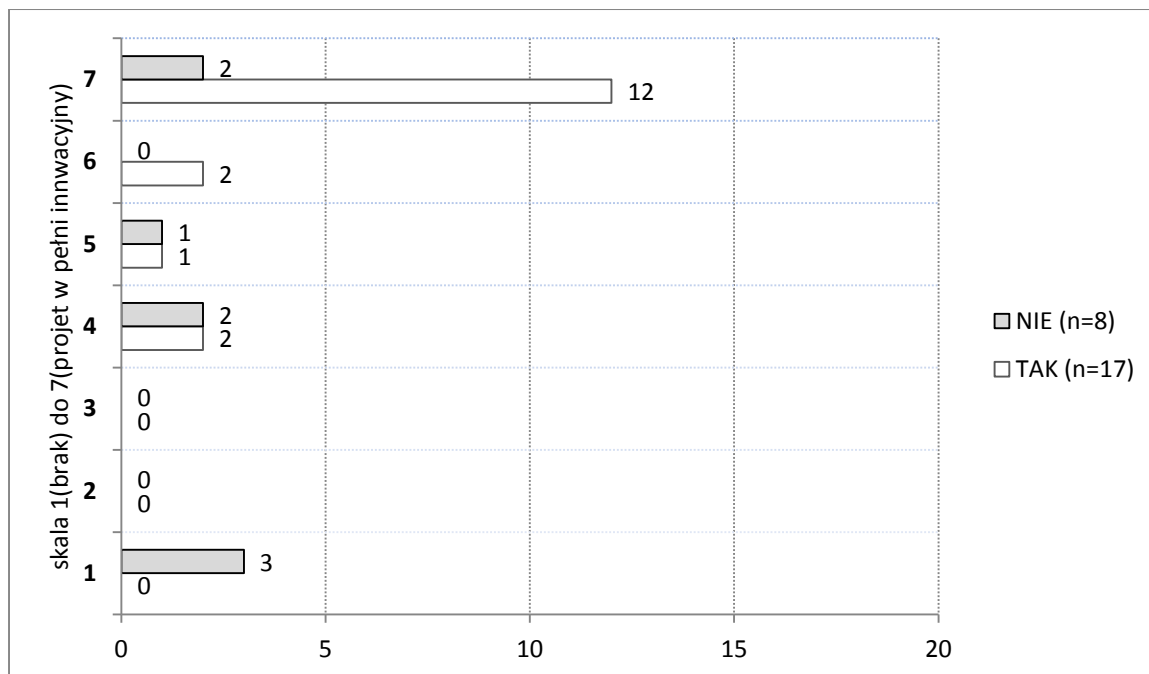
Tabela 9. Kategorie korzyści, na jakie badani specjaliści mogli liczyć w związku z udziałem w programie; N=20

Kategorie korzyści	Ranga 1	Ranga 2	Ranga 3	Ranga 4	Ranga 5	Razem
doświadczenie pracy z dziećmi młodszymi, 3 letnimi	5	1	2	2	-	10
poszerzenie pola własnej pracy	5	2	1	2	-	10
szkolenia	4	6	1	2	2	15
uprawnienia	2	5	1	2	2	12
gratyfikacja finansowa	-	2	3	-	1	5
Współpraca ze specjalistami, przyjaźnie	-	-	1	4	4	9
pomoce dydaktyczne	-	-	2	1	1	4

W dokumentacji projektu w biurze znajduje się szereg danych na temat sposobów współpracy specjalistów w ramach projektu. Są nimi też dzienniki zajęć terapeutycznych, osobno dla każdego specjalisty, zawierające: listę dzieci, z którymi prowadzono terapię, potwierdzenie rodzica o udziale dziecka w zajęciach, odbyte **konsultacje w sprawach dziecka z innymi specjalistami**, porady dla rodziców, indywidualne karty terapii dziecka, instrukcje dokonywania zapisu w dzienniku, załącznik organizacyjny. Nie prowadzono protokołów spotkań w sprawie wymiany doświadczeń i wiedzy o dziecku. Miało to miejsce drogą poczty elektronicznej, nieformalnych spotkań w poradni, na szkoleniach) – informacja z biura.

Oceniając innowacyjność modelu diagnozy funkcjonalnej 5 badanych wstrzymało się od oceny. Pozostali badani średnio oceniają model na 5,6 punktów (ale Me=7; SD=2 punkty). Aż 14 osób przyznało na skali 1 do 7 punktów maksymalną ich ilość. Ale otrzymana ocena ma silny związek z tym, czy specjalista/terapeuta brał udział w projekcie: osoby biorące udział w

projekcie dwukrotnie wyżej ($M=6,4$), niż osoby w nim nie biorące ($M=3,8$) oceniły innowacyjność działań (w tej drugiej grupie przy większym zróżnicowaniu opinii). Zróżnicowanie profili ocen prezentuje rycina 2.



Wykres 2. Zróżnicowanie ocen innowacyjności działań przez specjalistów biorących udział projekcie (tak; N=20) i specjalistów zewnętrznych (nie; N=10)

Należy zauważyć, że opinie generalnie dotyczyły dużej wagi społecznej produktu, jego skali (dzieci małe, dużo dzieci), co zasadniczo różniło projekt od pracy poradnianej, ale i wyraźnego rozdziału wdrożenia (praktyki) od kwestii koncepcyjnej, zatem teoretycznych podstaw projektu.

4.3. Odbiorcy zewnętrzni (poradnie psychologiczno-pedagogiczne i przedszkola)

Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne

Badania przeprowadzono w pięciu poradniach psychologiczno-pedagogicznych na terenie województwa, w tym w miejscu realizacji projektu w Kielcach – patrz: A1 – spis wywiadów. Odpowiedzi udzielali dyrektorzy placówek. W badanych poradniach, oprócz w/miejscu, nie

realizowano wcześniej projektów z Kapitału Ludzkiego. W takich projektach brali udział wybiórczo pracownicy poradni w zakresie projektów w powiecie, jak przykładowo projektu dotyczącego wykluczenia cyfrowego. Znajomość programu Akademia Kariery na teoretycznej skali badane dyrektorki oceniały na 3,4 do 6 (dwa razy 5).

Charakterystykę teoretycznych założeń modelu diagnozy funkcjonalnej (na podstawie broszury) według opinii dyrektorek poradni przedstawia tabela 10. Ta część badań wydaje się interesująca w świetle tożsamyh celów prac poradnianych a wyrażonych statutem (patrz: www.mzppp.pl), w relacji do działań objętych projektem (wspierania dzieci z deficytami i zaburzonych).

Tabela 10. Wyniki zastosowania techniki SWOT w badaniach dyrektorów poradni w województwie na tle badań specjalistów (N=4); opinie o modelu diagnozy funkcjonalnej

Czynniki wewnętrzne		Czynniki zewnętrzne	
ZALETY	WADY	SZANSE	ZAGROŻENIA
Rekrutacja na podstawie badań przesiewowych (1).	Wszyscy „uczymy się na błędach”, projekt nowy (1).	Bezproblemowa współpraca środowisk rodzinnych ze specjalistami. Zmotywowani rodzice (5); świadomość deficytów – 1.	Rezygnacja rodziców w trakcie trwania projektu (4).
Podejście holistyczne. Ale w przypadku dzieci z deficytami wczesnej stymulacji (12) (1) (razem 13).; - 2	Obciążenie dzieci i rodziców ze względu na częstotliwość i kumulację w jednym czasie. Absorbują czasowo mieszkających dalej (9); obciążenie „dziś” przełoży się na „dobro” jutra – 1.	Wprowadzenie wspomaganie do placówek przedszkolnych (1); współpraca przedszkoli – 1.	Przeciążenia obowiązkami, reorganizacja życia rodzinnego, często przy innych zajęciach dodatkowych (3).
Indywidualizacja (2).	Nierozłączne diagnozy. Kto diagnozuje środowisko wychowujące a kto robi w oddzielnie	Rozłożenie zajęć w czasie (1).	Roszczeniowość rodziców, poziom kultury pedagogicznej rodziców i to niezależnie od

	diagnozę pedagogiczną? Brak spójności na rycinach (5).		zaplecza socjo-ekonomicznego (23).
Wielokierunkowe wspomaganie dzieci, skoncentrowane w jednym miejscu i w dobrym okresie rozwojowym (8); - 2.	Może nie powinno się kumulować wszystkich zakresów terapii (1).	Dobre rozwiązania logistyczne (1); - 1.	Musi być ciągłość i systematyczność terapii dla dzieci z większymi i głębszymi deficytami (2).
Kompleksowe oddziaływanie (2). Pelen plan terapeutyczny – 2.	Czy diagnoza funkcjonalna na podstawie obserwacji, czy opinii? Potencjalne problemy obiektywizacją (1)	Tworzenie środowisk wymiany doświadczeń i wspomagania dzieci. Integrowanie specjalistów, współpraca (8); problem wymiany informacji między specjalistami - 3.	Diagnoza funkcjonalna to nie „wyrok”, lecz punkt odniesienia. Konieczne rozwijanie świadomości społecznej (3)
Im wcześniej, tym lepszy efekt, w tym 3 -letnie dzieci, to nowość. Małe dzieci oswajają się z nową sytuacją społeczną. Wczesne wspomaganie, interwencja. Są metody dla młodszych. Terapie często podejmowane są za późno (17); skala projektu, u dzieci 6-letnich wady są utrwalone - 4.	Zadbać o szczegóły realizacji projektu (powiązania między sferami działań, nieczytelność patomechanizmu (1).	Model wyraźnie musi nawiązywać do zdrowia dziecka, już na poziomie schematu graficznego i to jest wtedy osobny moduł (1).	Modelowanie zaburzeń zbyt ogólne, bo może być model rozwoju z zaburzeniami mowy, ale i model rozwoju z zaburzeniami o charakterze ... itd..Ważna koncepcja teoretyczna (1).
Wieloetapowość, od badań przesiewowych (1).	Słabe doinformowanie rodziców (1); ograniczenia rekrutacji, też w świadomości rodziców – 1.	Dobre upowszechnienie idei, doinformowanie (2).	Niesystematyczność terapii (1).

Diagnozy funkcjonalne wielokrotne i w różnych obszarach. Długotrwałość jako potrzeba (13); szczególnie ważna diagnoza środowiska – 2.	Kolejność zajęć, np. SI po logopedii. A nie odwrotnie (2).	Wzmocnione oddziaływanie, wczesna interwencja (1).	Sposoby rekrutacji (1); - 1.
Zmiany rozwojowe u dzieci widoczne gołym okiem. Widoczność efektów (5).	Czym jest opinia rehabilitanta w relacji do diagnoz? (4)	Kadra specjalistów w wielu obszarach. Praktycy to za mało – model musi mieć podstawy metodologiczne (7) (1) (razem (8)); - 1.	Wiele godzin i intensyfikacja zajęć ze względu na potrzeby rodziców a nie dzieci (1).
Docieranie do przedszkoli. Wspomaganie pracy nauczycieli (4).	W strukturalny, modelu rozwoju dziecka poszczególne sfery nakładają się na siebie, nie tak jak na schemacie stanowią odrębne obszary. Brak elementu społeczno-moralnego (5).	Potrzeba miejsca i to dobrze wyposażonego, jak do SI, BIO (2).	Konieczność uspoólniania wyników diagnoz w celu orzeczeń o deficytach, zaburzeniach. Wiele specjalistów, trudno uzgodnić (2).
Promocja prac poradnianych. Wzmocnienie informacyjne. Dostępność terapii, po które stoi się „w kolejce” (3).	Słabe wyeksponowanie roli lekarzy. Np. BIO wymaga wywiadu zdrowotnego (3); ważny element współpracy ze służbą zdrowia – 1.	Tworzenie dokumentacji, w tym filmowej (2).	Wybór metod łączy się z okresem rozwojowym i dopasowywaniem do indywidualnych potrzeb dziecka (jak to modelować?). Różnorodność form terapii (2)
Nawiązywanie kontaktów rodziców ze specjalistami i odwrotnie. Praca z rodziną (7); - 1.	Nie są upowszechnione metody i narzędzia pracy, np. biuletynie i wtedy schemat trudno weryfikowalny (2).	Weryfikacja tego co robią w domu rodzice? (2).	Obciążenie specjalistów (1).
Rozwijanie świadomości społecznej, w tym rodziców (5).	Za mało godzin dla niektórych dzieci (1).	Wspomaganie przedszkoli (1).	Umiejętność współpracy środowisk. Rodzic często „wie” lepiej. Włączanie rodziców do tworzenia bazy

			terapii (6); - 1.
Diagnozy wskazują na patomechanizm. Ten opracowuje zespół specjalistów. Patomechanizm wskazuje zaś na główną przyczynę dysfunkcji dziecka (5).	Diagnoza to nie kompilacja wyników badań. Jakie sfery warunkują funkcjonowanie dziecka (1).	Indywidualizacja miejsca i warunków dla dzieci głębiej zaburzonych(2).	Stereotyp, rutyna, podawanie wyniki badań w poszczególnych obszarach bez uspoijnienia np. za sprawą burzy mózgów. Stereotypowość wsparcia np. psychologicznego – pejoratywne traktowanie na poz. świadomości (2).
Wczesne wykrywanie deficytów i zaburzeń (1).	Komfort pracy, np. w przedszkolach w małych kącikach (1).	Doszkalanie (1).	Umiejętności specjalistów, jak np. BIO (1)
Szkoła rodziców, punkt konsultacyjny (3).	W przypadku dzieci z głębiej zaburzonych trudniej dotrzeć, np. zaburzonych psychiatrycznie, wtedy schemat mniej się sprawdza (1).	Wiedza rodziców (1).	Terapia bez dobrej diagnozy nie ma sensu. „Wyrwanie metody z kontekstu wspierania”, jak BIO (2).
Wprowadzenie nowych obszarów wspierania dzieci, jak w zakresie rozwoju słuchowo-ruchowego (w literaturze częściej mówi się o wzrokowo-ruchowym) (1).	„Zginęła” forma pracy grupowej (1).	Rzetelne, jawna metodologia, badanie skuteczności (1).	Dobór specjalistów (1).
Dzieci zaniedbane środowiskowo mają deficyt terapii, istnieje duża potrzeba działań stymulujących (1).	Zagrożenie przestymulowania (1).	Wsparcie ze strony organu prowadzącego – 1.	Może pojawić się rozdzielność celów terapeutycznych (2); - 1.
Realizacja potrzeb pacjenta (2).	Problem naturalnego dynamizmu rozwojowego w cenie efektów (1).	X	Kolejność wspierania obszarów rozwoju (2).
Wyrównanie szans edukacyjnych dzieci ze środowisk słabszych. Trudno	Jeśli jest diagnoza SI i słuchowa, to dlaczego nie wzrokowa?, ważne	X	Równoczesność diagnozy i terapii (powinna być) (2).

sprawdzić jednak efektywność (3).	skorelowanie (1).		
Ewidentne, explicite łączenie diagnozy z terapią (1).	Model odwołuje się do diagnozy, gdzie funkcje?, jak psychiczne, czy funkcja mowy (biernej: rozumienie i czynnej: wykorzystanie) (1)	X	Dobór narzędzi (2).
Współpraca specjalistów – 1.	Diagnoza pedagogiczna nic nie znaczy, jeśli nie określimy o co chodzi? – szkolne umiejętności? (1)	X	Braki kadry (1).
Projekt wypracował warunki (kadra, miejsce, pieniądze) – 1.	Brak wyraźniej koncepcji teoretycznej, jest „burza mózgów”, intuicja; poza schematem badawczym; może funkcjonować na poziomie indywidualnych przypadków (2).	X	Brak udziału specjalistów w szkoleniach, szczególnie psychologów (1).
X	Potrzebna teoretyczna koncepcja holizmu Wyjaśnienia, co to są czynniki endogenne? (3)	X	Brak współpracy z rodzicami, rodziny dysfunkcyjne (3).
X	Jeden okres rozwojowy (okres średni); z punktu widzenia psychologii dość późne, 3 lata, zainteresowanie psychomotoryką (1).	X	Wielość miejsc, lokalizacja (2).
X	Co po projekcie? Jest to działanie czasowe? 1.	X	Praca indywidualna, zatem oderwanie od grupy (1).
X	X	X	Przedmiotowe traktowanie (1).
X	X	X	Wypracowanie metodologii tworzenia dokumentacji, jej

			istotności, monitoring dokumentacji (1).
			Przygotowane warunki lokalowe, fundusze – 1.
X	Brak, nie widzę wad (2); - 1.	Nie wiem (1).	Brak zagrożeń (1).

Legenda:

- po średniku, pogrubioną i większą czcionką liczba wskazań
- zachowana kolejność wprowadzania do bazy danych specjalistów (klasyfikacja w fazie interpretowania)

Nawet powierzchowna analiza otrzymanych danych wskazuje, że wywiady z dyrektorami poradni rozszerzają perspektywę oceny działań objętych projektem z oceny produktu na ewaluację procesu. Realizacja projektu to nie tylko, jak w tym przypadku, wsparte dziecko (adresat), lecz szereg kwestii administracyjno-zarządczych, które stanowią kontekst działań podstawowych/przedmiotowych.

REKRUTACJA

Generalnie w stosunku do projektu poradnie wyróżnia częstkowość (wybiórczość) wspomagania z uwagi na zakres potrzebnej pomocy. Średniorocznie, w zależności od wielkości terenu przynależnego do badanej poradni około 30%, 50%, 70% dzieci wymaga wsparcia ze strony specjalistów, a etatów w poradniach jest kilka lub ledwie kilkanaście na 1 do 2 tysięcy dzieci. Opinie taką wyraziły wszystkie dyrektorki. Dodatkowo w poradniach nie ma zastępstw, czy godzin ponadwymiarowych. W tej części badań ewaluacyjnych wskazuje się, że do projektu kwalifikowano dzieci z wadami postawy, zaburzeniami sensorycznymi, odchyleniami i zaburzeniami w rozwoju percepcyjno-motorycznym, rozwoju społeczno-emocjonalnym.

DOPASOWANIE WSPARCIA do POTRZEB DZIECI

W poradniach działania wspierające nie są tak intensywne, jak w projekcie i są rozłożone w czasie, rzadsze. Więcej nacisku kładzie się na pracę w domu po wprowadzających instruktażach. Dzieci młodsze trafiają do poradni tylko wtedy, gdy coś niepokoi rodziców (np. niepełnosprawność). Same metody i diagnozy stanowią w większości element wspólny pracy poradnianej i pracy ocenianego programu (tożsamy). W poradniach w niewielkim zakresie dziećmi młodszymi zajmowały się zespoły wczesnego wspomagania.

REALIZACJA CELÓW

Realizacja założonych celów (dot. modelu diagnozy funkcjonalnej w Akademii Kariery) nie mogłaby być na taką skalę realizowana za sprawą samych rodzin. Przynajmniej w większości. Pojawiają się kwestie nieznajomości deficytów (brak diagnoz lekarskich), nieprzygotowania rodziców do pracy z dzieckiem zaburzonym, świadomościowe, jak pejoratywnego nastawienia do terapii psychologicznej, szczególnie w środowiskach słabszych.

EFEKTY

Co do zmian koncepcyjnych projektu dyrektorki wskazują na potrzebę wyeksponowania wątku medycznego, objąć wsparciem następne kohorty dzieci w wieku 3 lat, wypracować metody i możliwości kontynuacji działań po zamknięciu programu (np. grupy wsparcia, aktywizacja środowisk). W ramach efektów zwraca się uwagę na intensyfikację aktualizacji wiedzy przez specjalistów, wspieranie rodziców (szkoła, punkt konsultacyjny).

WARUNKI UPOWSZECZNIEANIA

Wprowadzenie działań objętych projektem w badanych poradniach, mimo wielu walorów programu, wymaga bazy kadrowej, materiałowej (np. do SI, EEG), dodatkowych środków, bowiem „w szkołach jest coraz mniej dzieci, w poradniach zaś coraz więcej”, uznawały badane Panie. Realizacja projektu to droga do wzmocnienia potencjału poradni w zakresie materiałowo-rzeczowym (zakup wielorakiego sprzętu) i kadrowym/osobowym (podniesienie uprawnień, prestiż poradni za sprawą promowania nie tylko w lokalnym środowisku, integracji działań między placówkami, w tym w przedszkolach). Poza projektem codzienna praca poradniana nie „przejmie” jego obowiązków z uwagi na liczne ograniczenia.

Badania w przedszkolach

Wiele działań projektowych miało miejsce w przedszkolach, w szczególności terapie logopedyczne, pedagogiczne, psychologiczne. Terapie SI i EEG miały miejsce w samej poradni. Zatem przedszkola na sposób naturalny współuczestniczyły w tworzeniu Produktu Finalnego projektu.

Na pięć badanych dyrektorów tylko jedna Pani oceniła swoją znajomość projektu (skala 1 do 7) na 7 punktów. Pozostałe na 4 lub 5 punktów (po dwie oceny). W przedszkolach tych 3-, 4-,

5-, 6-cioro dzieci było objętych programem Akademia Kariery, co stanowiło 2-8% dzieci w przedszkolu w zależności od wielkości przedszkola. Średniorocznie potrzeby, zdaniem dyrektorów udzielających wywiadów, wynoszą około 10%, 15%, 25%, 40% i 70% dzieci. Do programu kwalifikowano dzieci z uwagi na wady wymowy, zaburzenia w integracji sensorycznej, problemy psychologiczno-pedagogiczne, w tym niedostosowanie społeczne, wycofanie, uspołecznienie, oraz koncentrację uwagi, nieśmiałość.

Z punktu widzenia zakładanych celów na skali 1 (cel nie został osiągnięty) do 7 punktów (cel w pełni osiągnięty) w obszarach wsparcia założonych projektem oceniające podkreślają przede wszystkim indywidualny aspekt terapii. Uśredniając wskazują, że realizacja zakładanych celów na koniec programu ma związek z obszarem wsparcia. Dane prezentuje tabela 11.

Tabela 11. Realizacja zakładanych celów terapii w opinii dyrektorów przedszkoli w zależności od obszaru wsparcia (N=5)

W zakresie terapii:	1	2	3	4	5	6	7	Trudno powiedzieć
logopedycznej				XX	X	X	XX	
psychologicznej				X	X	XX	X	
pedagogicznej				X	XXX		X	
integracja S.					X	X	X	Nie było w przedszkolu
EEG Bio.- i przetwarzania słuch.						X		j.w.; w trakcie terapii

Legenda: udostępniono wielokrotność wyboru

Oceny lokują się w połowie, lub górnej części skali wskazując na postęp.

EFEKTY

Uzyskane ewidentnie efekty za sprawą samych rodzin wspieranych dzieci mogłyby być zrealizowane w 10% przypadków, w 2 na 6 (33,3%), lub ocena nie jest taka możliwa i zależna od każdego indywidualnego przypadku stwardzili dyrektorzy przedszkoli. Na pewno zgodnie stwierdzają, że ukierunkowanie rodziców, ich motywowanie, jest koniecznością.

W doniesieniu do wkładu przedszkola w poprawę funkcjonowania dzieci uznają „skumulowane wpływy przedszkola i programu, których nie da się rozdzielić”, traktują „program jako dodatkową formę indywidualizacji pracy z dzieckiem, ale pracy jaką oferuje

przedszkole”, wskazują na konieczność współpracy środowisk rodzina-przedszkole-program, bo nikt sam nic nie robi.

WSPÓŁPRACA

Na skali 1 (brak synchronizacji pracy) do 7 (pełna synchronizacja pracy) między specjalistami z poradni a kadra przedszkola, wszyscy dyrektorzy ocenili ją na siódmkę: **7**.

Były to „ogólnie przyjęte sposoby komunikowania się w instytucjach” (1), nastąpiła promocja poradni psychologiczno-pedagogicznej w środowisku (1) i doskonalenie kadry przedszkolnej za sprawą wykładów, broszur, spotkań warsztatowych (3), komunikowanie skierowane na indywidualizację pracy z dzieckiem (2).

Cztery dyrektorki stwierdziły, że nie było barier współpracy. Możliwe wskazania dotyczą zbyt małej liczby dzieci objętej programem, brak uwzględnienia dzieci nowoprzyjmowanych do przedszkola, lub pozostających w domach rodzinnych na skutek braku miejsc (program 3-letni, jeden nabór).

Program kierowano do dzieci. Przedszkola mogły liczyć na przyrost świadomości społecznej problemów wspierania dzieci z zaburzeniami.

KIERUNKI ZMIAN

Badani dyrektorzy wskazują na potrzebę upowszechnienia działań projektu, objęcie działaniami większej liczby dzieci, konieczność kontynuacji zaczętych terapii i rozpoczęcie nowych działań, objęcie wykładami rodziców, tworzenie środowisk wsparcia:

Przedszkole & Rodzice & Działania poradniane, w tym takie jak w Akademii Kariery.

5. Analiza porównawcza wyników diagnoz funkcjonalnych wybranych dzieci

W procesie rekrutacyjnym, na podstawie regulaminu rekrutacji, do projektu zakwalifikowano 153 dzieci (45 dziewczynek i 108 chłopców; 30% i 70%). Rekrutacja miała miejsce w 34 przedszkolach w Kielcach oraz w Punkcie Konsultacyjnym (dobór celowy wg kryteriów). Dokumentacja części rekrutacyjnej projektu obejmuje spisy wszystkich dzieci objętych rekrutacją wg przedszkoli, oraz dla każdego dziecka wypełniony Przesiewowy Test Logopedyczny autorstwa Zbigniewa Tarkowskiego (ocena rozumienia, słownika dziecka, gramatyki i wymowy), jak również arkusz oceny rozwoju dziecka (w zakresie percepcji wzrokowej, motoryki, koordynacji wzrokowo-ruchowej, operacji umysłowych). Badaniami przesiewowymi objęto 1253 dzieci w wieku 3,0 do 3, 11 lat (51% dziewczynek, 49% chłopców).

Wstępnie założono, że projekt obejmuje następujące działania (patrz: protokół rekrutacyjny w biurze projektu):

- diagnoza i terapia integracji sensorycznej,
- diagnoza i terapia logopedyczna,
- diagnoza i terapia pedagogiczna,
- diagnoza i terapia psychologiczna,
- treningi EEG Biofeedback,
- warsztaty dla rodziców.

Szeroka formuła rekrutacji, gdzie kryteriami były płeć, środowisko zamieszkania, opóźnienia rozwojowe, też niepełnosprawność spowodowała, że w projekcie brały udział dzieci z różnymi deficytami rozwojowymi.

W badaniach ewaluacyjnych, obejmujących 51 dzieci i ich rodziców, stwierdzono, że każdy arkusz diagnozy funkcjonalnej, końcowy, dotyczący dziecka składa się z trzech części:

pierwszej, diagnostycznej, drugiej określającej patomechanizm zaburzenia dziecka, trzeciej zawierającej wskazówki dla rodziców.

Część I arkusza diagnozy funkcjonalnej składa się z kolei z przedstawionych niżej części, każda opatrzona podpisem specjalisty wystawiającego ocenę:

- diagnozy środowiska wychowującego,
- opisu badań psychologicznych (sfera intelektualno-poznawcza, sfera emocjonalno-społeczna, wnioski diagnostyczne, profilowy wykres z lat 2012, 2013, 2014 zmian liczby punktów przyznanych dziecku na tle liczby maksymalnej punktów możliwych do uzyskania w zakresie: analizy i syntezy wzrokowej, rozumienia indukcyjnego, dojrzałości społecznej, zaradności życiowej, jedzenia, ubierania, lokomocji, zajęcia się, porozumiewania, samodzielności, uspołecznienia)
- opisu badań procesów integracji sensorycznej wraz z wnioskami diagnostycznymi (na wykresie profile wg kategorii – wiele nieczytelnych, dostępnych jedynie specjalistom),
- opisu badań pedagogicznych w zakresie sprawności motorycznej i koordynacji wzrokowo-ruchowej, czynności samoobsługowych, motoryki małej, percepcji słuchowej, umiejętności matematycznych, wraz z wynikami i profilami zmian w okresie objęcia terapiami dziecka)
- opisu badań logopedycznych wraz z wnioskami (profile dotyczą szczegółowych kategorii badanych testem, jak tworzenie słów podrzędnych, definiowanie pojęć, tworzenie słów nadrzędnych, innych, kategorii dostępnych specjalistom)
- opcjonalnie dodatkowej diagnozy z zakresu rehabilitacji
- opcjonalnie dodatkowej diagnozy z zakresu treningu słuchowego wraz ze wskazaniem.

W części drugiej, dotyczącej patomechanizmu zaburzenia dane dziecka odnoszą się do:

- ustalenia związków pomiędzy poziomem rozwoju poszczególnych struktur rozwoju dziecka (forma opisu bez szczegółowych danych)
- wpływu zaburzenia na funkcjonowanie dziecka wraz z zbiorczym zestawieniem wyników dziecka w sferze wyników pedagogicznych, psychologicznych, SI, logopedycznych.

W części trzeciej znajdują się wskazówki dla rodziców (ćwiczenia i zalecenia psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne) związane ze wspomaganiem dziecka w niwelowaniu zaburzenia, oraz stwierdzenie dotyczące dojrzałości szkolnej (kwalifikacja dojrzałości).

Całość arkusza diagnozy funkcjonalnej każdego dziecka kończy wypis składu zespołu badającego/orzekającego wraz z podpisami (w fazie ewaluacji, obejmującej prace końcowe,

nie wszystkie zebrane a co potwierdza obserwacja) i potwierdzenie odbioru przez rodzica (przy kompletnych częściach poprzedzających, jak wyżej).

OBSERWACJE OGÓLNE

Na 51 objętych postępowaniem ewaluacyjnym dzieci u wszystkich wynik punktowy badania ostatniego, najczęściej z roku 2014, w relacji do pierwszego, najczęściej z roku 2012, jest dużo wyższy, nieraz dwukrotnie i zbliża się do wyniku maksymalnego w każdej objętej terapią sferze rozwoju dziecka. W arkuszach nie ma informacji na temat narzędzi pomiaru, oraz w szczególności na temat podstaw stwierdzania związków między obszarami rozwoju (orzekania o patomechanizmie). Można przyjąć, że u podłoża wykorzystywano metodę ekspercką. Podobnie, wynik pośredni, z badań w roku najczęściej 2013 jest wyższy niż w roku 2012 a niższy niż w roku 2014. Częściowe, w ramach sfer rozwoju, obniżenia wyników, stwierdzono jedynie u trojga dzieci na 50 badanych arkuszy diagnoz funkcjonalnych (5,9%). Przedstawione analizy prowadzone są na sposób przekrojowy. Autorzy diagnoz nie formują wniosków o naturalnej dynamice rozwoju (dzieci w wieku 3 lat, starsze 4 letnie, 5-letnie, w końcu 6-letnie na każdym etapie są różne, mimo wspólnego wieku średniego dziecka).

Kwalifikacja dojrzałości szkolnej badanych dzieci („dziecko jest dojrzałe”) w postępowaniu ewaluacyjnym ma miejsce w odniesieniu do 11 dzieci (21,6%) na 51 badanych.

W przypadku 14. dzieci na 51, nie przedstawiono kwalifikacji (udostępniono dokumentację roboczą, w fazie uzupełniania podpisów) – 27,5%.

Pozostałe dzieci nie osiągnęły dojrzałości szkolnej w świetle stosowanych pomiarów (26 badanych, tj. k. 51%.

ANALIZY DWÓCH PRZYPADKÓW

PRZYPADEK 1. - „ALA”

Dziewczynka, dziecko z przedszkola, w którym Pani dyrektor ocenia, iż problemy rozwojowe dotyczą około 15% dzieci 3-letnich (w fazie badań przesiewowych), 3% dzieci ogółu w przedszkolu. Najczęściej do programu dzieci były kwalifikowane, zdaniem Pani dyrektor, z powodu wad mowy, koncentracji uwagi, problemów z uspołecznieniem, czy w obszarze integracji sensorycznej. Uznaje też, iż spełnianie celów założonej terapii w obszarze logopedycznym, psychologicznym, pedagogicznym, SI, Biofeedback to pochodna

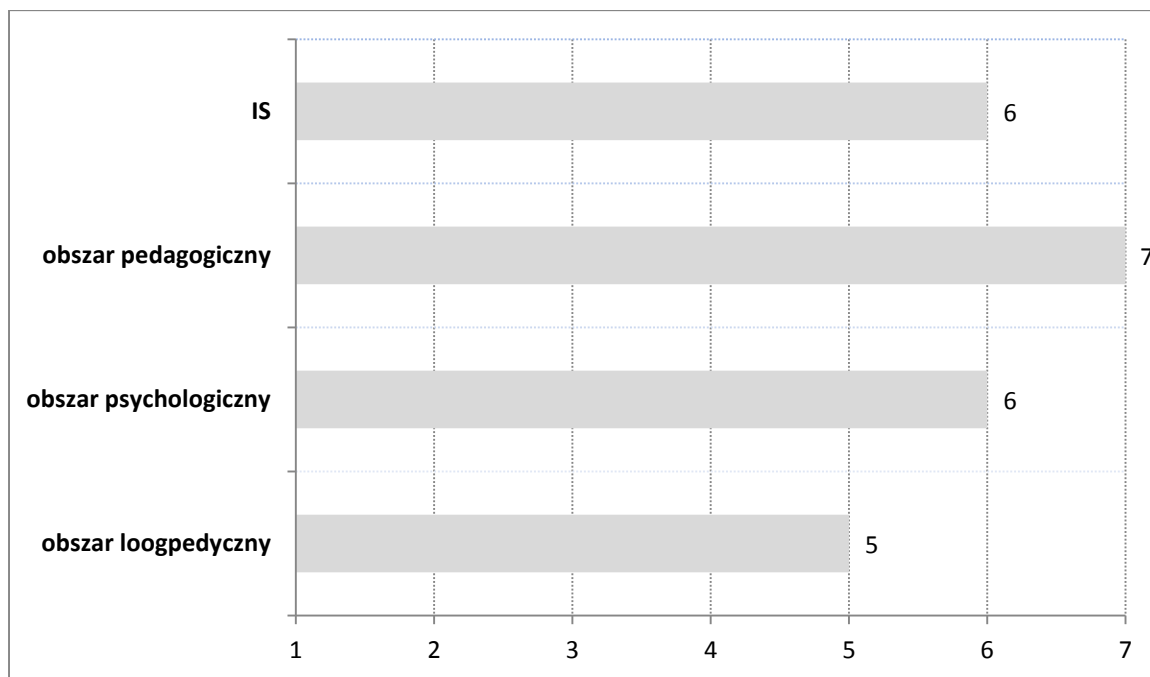
indywidualnego przypadku każdego dziecka. Przeciętnie cele zostały osiągnięte dla dzieci z tego przedszkola na poziomie 4-5 punktów (na skali 1 do 7 punktów). Efektywne wspieranie dzieci za sprawą tylko rodziny ma związek z sytuacją rodzinną dziecka, uznaje Pani dyrektor.

Dokumentacja Ali zawiera trzy arkusze diagnozy funkcjonalnej z roku 2012, 2013 i 2014, oraz szczegółowe dokumenty, ksera: wywiad środowiskowy, arkusze diagnozy pedagogicznej, diagnoza funkcji fizycznych na skali 0-10, diagnoza obserwacji klinicznej, kwestionariusz wrażliwości dotykowej, kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego, arkusze diagnozy logopedycznej, test słownika dziecka, diagnoza psychologiczna z wynikami wg skali Leitera).

Z diagnozy środowiska rodzinnego wynika, że dziewczynka wychowuje się w rodzinie pełnej, bieżąco zainteresowanej rozwojem dziecka, właściwie stymulującej jego funkcjonowanie a matka/rodzice systematycznie kontaktują się z terapeutami. Rodzice mają wyższe wykształcenie. Sami rodzice, w wywiadach, deklarowali podstawowe formy współpracy, jak konsultacje bieżące, dostęp do biuletynów.

Rodzice stwierdzali, że podstawową przyczyną zakwalifikowania Ali do projektu była „otwartość”, w zasadzie jej brak. Patomechanizm zaburzeń, sporządzony przez specjalistów, obejmuje ciągle od 2012 roku nadwrażliwość emocjonalną dziecka, dużą nieśmiałość, trudności w nawiązywaniu kontaktów. Wychowawca przedszkola orzeka, że dziecko robi małe postępy w nawiązywaniu relacji z innymi.

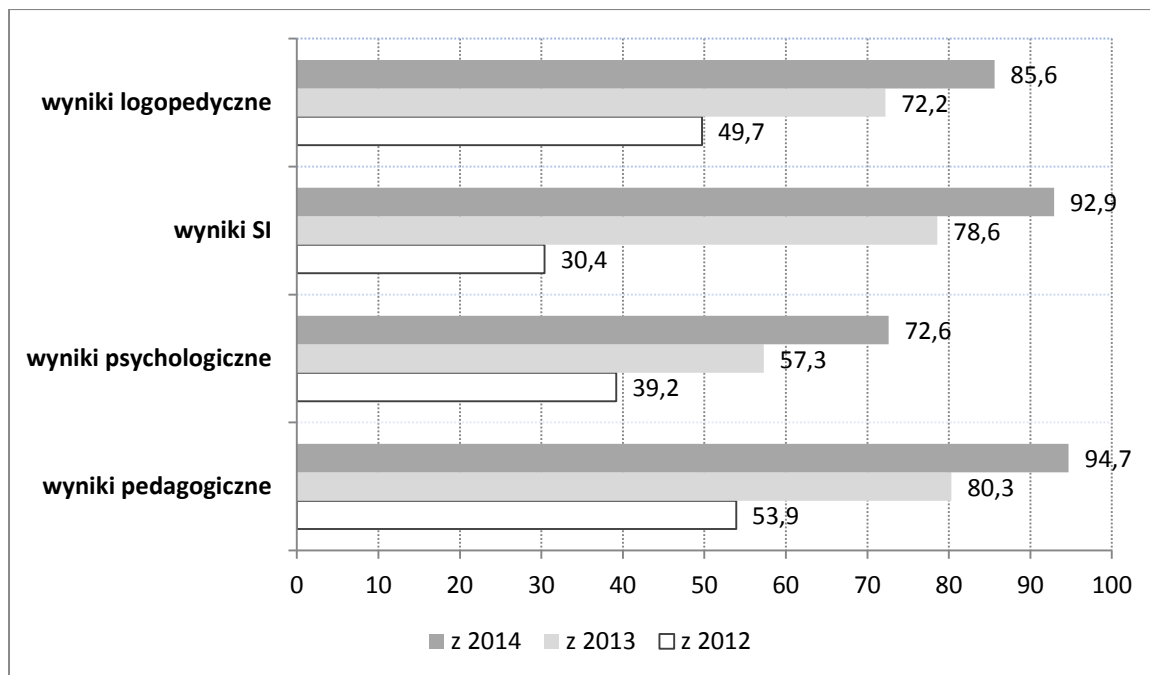
Ocena przez rodziców realizacji zakładanych celów terapii w relacji do badanych obszarów jest wysoka. Dane prezentuje wykres 3. Na tej samej skali ocen (1-7) rodzice Ali są maksymalnie zadowoleni z udziału dziecka w projekcie, na siódmkę, 7, na szóstkę oceniają postępy w rozwoju dziecka, 6. Podobnie oceniają współpracę ze specjalistami, 6. Swoją wkład oceniają na 6,5, tyle samo przyznają specjalistom, 6,5. Natomiast wsparcie samych rodziców dziecka w programie, celem wdrażania ich do wspomagania dziecka, w każdym obszarze oceniają na poziomie 4 (przeciętnym).



Wykres 3. Ocena przez rodziców „Ali” realizacji zakładanych celów terapii w programie w badanych obszarach (wsparcie terapią biofeedback – brak w dokumentacji; prawdopodobnie brak)

Legenda: 1 – cel nie został osiągnięty, 7 – cel w pełni osiągnięto

Ocenę postępów dziecka przez specjalistów prezentuje wykres 4.



Wykres 4. Ocena przez specjalistów poziomu rozwoju i jego zmian dotyczących Ali (% wyniku maksymalnego w badanym czasie)

Mimo postępów Ala „nie osiągnęła dojrzałości szkolnej” wg kwalifikacji specjalistów.

Zalecenia dotyczące postępowania z dzieckiem znajdują się w arkuszach diagnozy funkcjonalnej, jak i w scenariuszach sporządzanych przez specjalistów (segregatory dokumentacji projektu) obejmujących: temat zajęć, wiek dziecka, rodzaj terapii, obszar tematyczny i terapeutyczny, cele, w tym główny i szczegółowe, zakładane rezultaty, opis przebiegu zajęć, metody i odwołanie do literatury.

PRZYPADEK 2. - „ALAN”

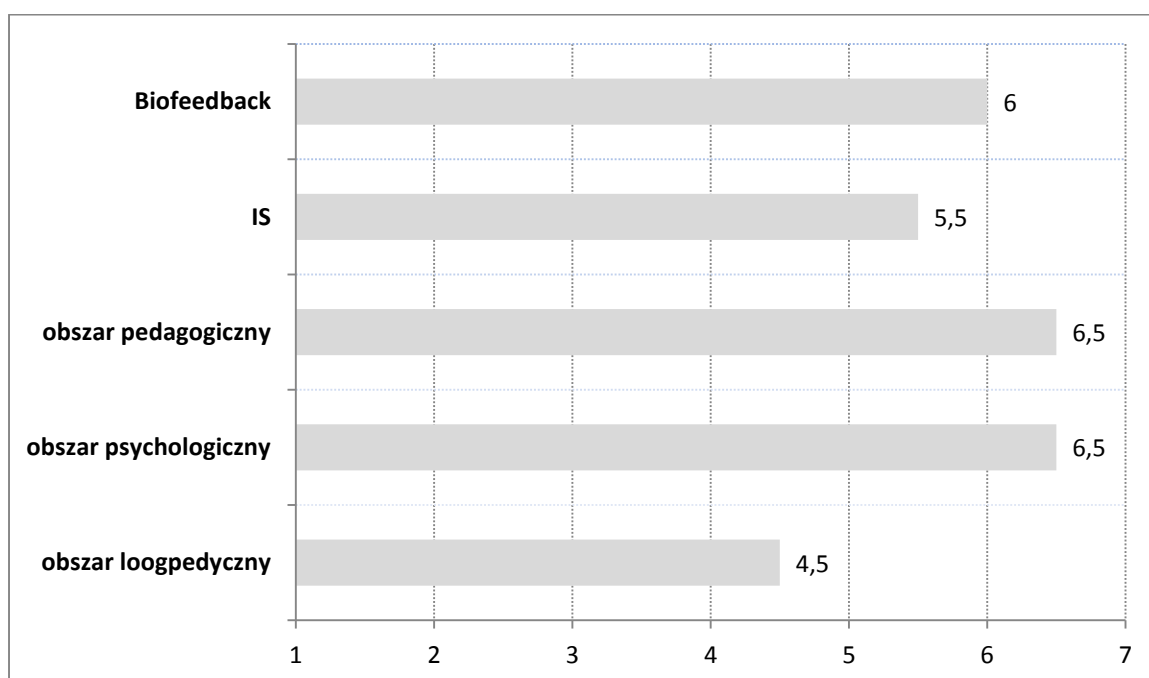
Chłopiec. Nie prowadzono badań w przedszkolu, do którego uczęszczał.

Dokumentacja Alana zawiera trzy arkusze diagnozy funkcjonalnej z roku 2012, 2013 i 2014, oraz szczegółowe dokumenty, ksera: wywiad środowiskowy, arkusze diagnozy pedagogicznej, diagnoza funkcji fizycznych na skali 0-10, diagnoza obserwacji klinicznej, kwestionariusz wrażliwości dotykowej, kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego, arkusze diagnozy logopedycznej, test słownika dziecka, diagnoza psychologiczna z wynikami wg skali Leitera, kartę dojrzałości szkolnej).

Z diagnozy środowiska rodzinnego wynika, że chłopiec wychowuje się w rodzinie troskliwej, pełnej, bieżąco zainteresowanej rozwojem dziecka, właściwie stymulującej jego funkcjonowanie a matka/rodzice chętnie współpracują z terapeutami. Rodzice mają wyższe wykształcenie. Sami rodzice, w wywiadach, deklarowali podstawowe formy współpracy, jak konsultacje bieżące, dostęp do biuletynów, jednokrotny udział w warsztatach, ale już nie w szkole dla rodziców.

Rodzice stwierdzali, że podstawową przyczyną zakwalifikowania Alana do projektu były kłopoty z mową, brak „otwartości” dziecka. Patomechanizm zaburzeń, sporządzony przez specjalistów, obejmuje stwierdzenie, że głównym patomechanizmem opóźniającym rozwój jest stan zdrowia dziecka (bez opisu). Prawidłowy rozwój stwierdzono w sferze poznawczej, społeczno-emocjonalnej, motoryki małej i dużej, percepcji wzrokowej i słuchowej. Wskazania dotyczą pracy logopedycznej.

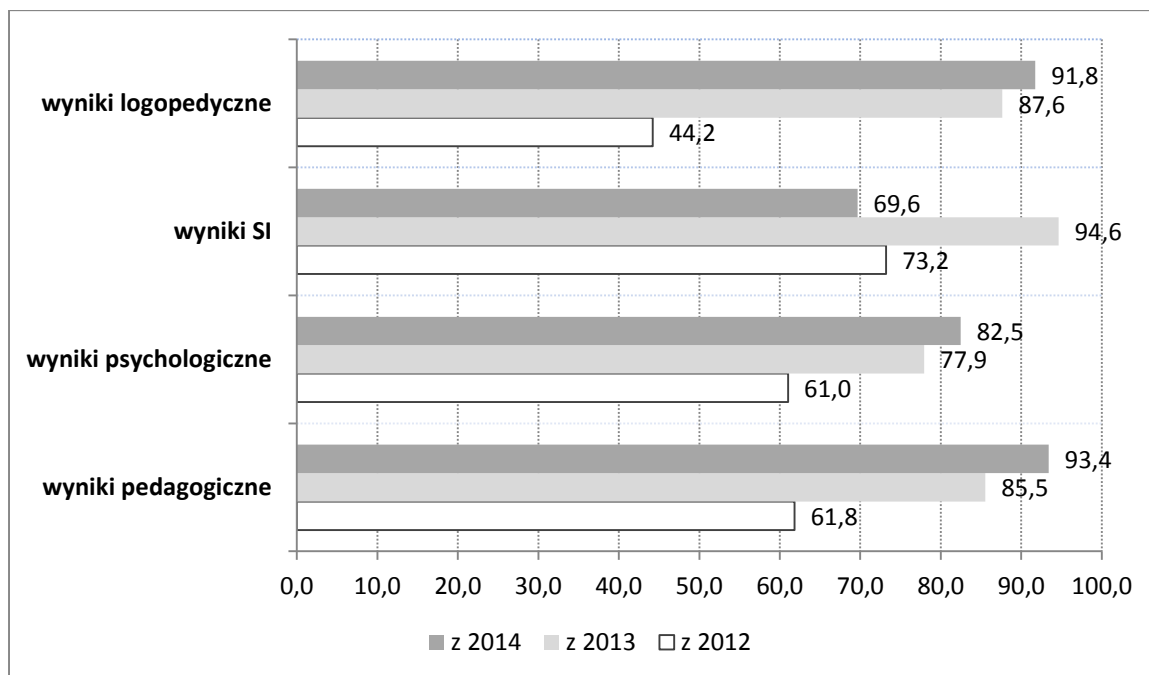
Ocena przez rodziców realizacji zakładanych celów terapii w relacji do badanych obszarów jest wysoka. Dane prezentuje wykres 5. Na tej samej skali ocen (1-7) rodzice Alana są zadowoleni z udziału dziecka w projekcie, na szóstkę, 6, na szóstkę też oceniają postępy w rozwoju dziecka, 6. Na siódmkę, najwyżej oceniają współpracę ze specjalistami, 7. Swój wkład w rozwój dziecka na proponowanej nie umieją ocenić, podobnie wkład specjalistów, uznając, że wpływów tych nie da się rozdzielić. Natomiast wsparcie samych rodziców dziecka w programie, celem wdrażania ich do wspomagania dziecka, w każdym wspomagany terapeutycznie obszarze oceniają na poziomie 3,5 (dolna część skali).



Wykres 5. Ocena przez rodziców „Alana” realizacji zakładanych celów terapii w programie w badanych obszarach

Legenda: 1 – cel nie został osiągnięty, 7 – cel w pełni osiągnięto

Ocenę postępów dziecka przez specjalistów prezentuje wykres 6.



Wykres 6. Ocena przez specjalistów poziomu rozwoju i jego zmian dotyczących Alana (% wyniku maksymalnego w badanym czasie)

W diagnozie funkcjonalnej nie sformułowano kwalifikacji dziecka na temat dojrzałości szkolnej w czasie prowadzenia ewaluacji.

Zalecenia dotyczące postępowania z dzieckiem znajdują się w arkuszach diagnozy funkcjonalnej, jak i w scenariuszach sporządzanych przez specjalistów (segregatory dokumentacji projektu) obejmujących: temat zajęć, wiek dziecka, rodzaj terapii, obszar tematyczny i terapeutyczny, cele, w tym główny i szczegółowe, zakładane rezultaty, opis przebiegu zajęć, metody i odwołanie do literatury.

6. Recenzje & rekomendacje

W odpowiedzi na postawione pytanie:

Na ile mamy do czynienia ze zbieżnością zakładanych rezultatów (stan założony reprezentowany przez docelowy Produkt Finalny) ze stanem rezultatów osiągniętych w wyniku realizacji projektu (stan rzeczywisty reprezentowany przez odbiór i realizację Produktu Finalnego przez różne gremia)?

na podstawie przeprowadzonego postępowania ewaluacyjnego można wskazać na trzy obszary ocen dane poniższymi podrozdziałami.

6.1. Recenzja innowacyjnego modelu diagnozy funkcjonalnej

Zgodnie z przyjmowanymi założeniami stwierdza się, że:

1. Innowacyjny model diagnozy funkcjonalnej zbudowano na podstawach prawnych organizujących prace poradniane (poradni psychologiczno-pedagogicznych). Działania objęte modelem nie wykraczają poza zakres uprawnień.
2. Projekt upowszechnia ideę wieloaspektowej pomocy dzieciom z problemami rozwojowymi. Zwrócenie uwagi na patomechanizm, jako podstawę konstruowania terapii w skali objętej projektem (dzieci 3-letnie, 153 dzieci) to wartość dodana działań.
3. Diagnoza to proces, który powinien modyfikować terapię dziecka. Działania dotyczą okresu trzech lat, w czasie których dzieci poddawane były systematycznej terapii w różnych obszarach. W skali kraju jest to wyjątkowe osiągnięcie w relacji do uprawianej dotychczas praktyki.
4. Istotnym elementem skuteczności pomocy dziecku jest współpraca specjalistów ze środowiskiem wychowującym dziecko. Współpraca ze środowiskiem rodzinnym dzieci, jako element pracy terapeutycznej wysoko oceniana jest we wszystkich gremiach uczestniczących w działaniach. Aktywizacja rodzin/rodziców w działaniach jest niezaprzeczalnym faktem.
5. Dokumentowanie pracy za pomocą arkuszy diagnoz funkcjonalnych ułatwia komunikację między środowiskami (rodzicami, specjalistami, placówkami przedszkolnymi).

6. Arkusz diagnozy funkcjonalnej sporządzany jest każdorazowo przez specjalistę, który składa podpis. W końcowej fazie podpisy składa zespół współpracujących ze sobą terapeutów.

7. Model diagnozy funkcjonalnej konstruowany jest na podstawie diagnoz cząstkowych formułowanych za pomocą określonych metod i narzędzi pomiaru, jednakowych dla każdego dziecka, co ułatwia porównania i ocenę działań.

8. W każdej z diagnoz stosowano sposoby pomiaru cech objętych diagnozą, lub w przypadku testów standaryzowanych stosowano ogólnie przyjmowane zasady.

REKOMENDACJE

Spółeczna przydatność modelu diagnozy funkcjonalnej, jako propozycji wspomagania dzieci z opóźnieniami rozwojowymi jest wysoka.

We wszelkich próbach implementacji i wdrażania modelu w innych środowiskach należy zwrócić uwagę na:

- mocne dookreślenie koncepcyjnej strony modelu, zdefiniowanie przyjmowanych założeń, jak choćby holizm, co umożliwi badanie efektywności w fazie działań ewaluacyjnych, ale i będzie sprzyjać wzajemnemu komunikowaniu się zainteresowanych gremiów
- być może mocniejsze wyeksponowanie poprzez współpracę roli lekarzy w procesie wspierania dzieci
- czytelność sporządzanej dokumentacji dla odbiorcy, w szczególności rodzica, obieg dokumentacji, jako podstawy komunikowania się
- aktywizację środowisk za pomocą działań informacyjnych, dobrego komunikowania przedsięwzięć (rodziców, specjalistów, kadry przedszkoli, społeczeństwa)
- zapewnienia dobrych warunków lokalowych do podejmowanych działań, co wzmacnia ich prestiż.

6.2. Recenzja modelu pracy z dzieckiem z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi

Zgodnie z przyjmowanymi założeniami stwierdza się, że:

- 1.** Arkusz diagnozy funkcjonalnej stanowił podstawowe narzędzie komunikowania się specjalistów z rodzicami dzieci w każdej fazie stawiania diagnozy. Rodzice otrzymywali opis patomechanizmu dotyczącego dziecka.
- 2.** Podjęte działania dotyczyły dzieci kolejno w wieku trzy-, czterech-, pięciu-lat.
- 3.** Adresowanie wsparcia do dzieci wyodrębnionych na podstawie deficytów rozwojowych na poziomie diagnoz kontrolowano dobozem narzędzi pomiaru, skierowanych do dzieci opóźnionych rozwojowo.
- 4.** Liczba godzin terapeutycznych przypadająca na każde dziecko była identyczna tylko w pierwszym roku terapii. W następnych była związana z potrzebami dzieci i wytycznymi terapeutów.
- 5.** Diagnoza funkcjonalna ulegała zmianie w trakcie trwania terapii. Niektóre dzieci nie potrzebowały dalszego wsparcia.
- 6.** Proponowane dzieciom terapie poszerzano z uwagi na rozwój możliwości (zakup sprzętu (EEG-Biofeedback, przewarzanie słuchowe).

REKOMENDACJE

We wszelkich próbach implementacji i wdrażania modelu w innych środowiskach należy zwrócić uwagę na:

- konieczność wprowadzenia czytelnych analiz wyników diagnoz parcjalnych jako podstawy określenia patomechanizmu rozwojowego
- problemem do szybkiego rozwiązania jest problem określania naturalnego dynamizmu rozwojowego dziecka, wytrącania jego wpływu w określaniu zmian rozwojowych za sprawą terapii (określenia zatem skuteczności terapii)
- ważne są odpowiednie warunki lokalowe do pracy z dziećmi głębiej zaburzonymi.

6.3. Recenzja procedur postępowania terapeutycznego

Zgodnie z przyjmowanymi założeniami stwierdza się, że:

- 1.** Procedury postępowania terapeutycznego określały podstawy prawne.
- 2.** Powyższe dotyczyły prawnych zasad wspomagania dzieci terapią pedagogiczną, integracji sensorycznej, psychologiczną, logopedyczną.
- 3.** Procedury obejmują wszystkie aspekty terapeutyczne.
- 4.** Formy i metody pracy dostosowane są do potrzeb i wieku dziecka.
- 5.** Stosowano indywidualizację podejść.
- 6.** Szczegółowe działania terapeutyczne formułują specjaliści; ich realizacja ma miejsce za zgodą rodziców dzieci.

REKOMENDACJE

We wszelkich próbach implementacji i wdrażania modelu w innych środowiskach należy zwrócić uwagę na:

- współpracę specjalistów jako gremium, które wspólnie tworzy program terapeutyczny oferowany dziecku, nie zaś jednostkową terapię
- indywidualizację podejść.

7. Wnioski, propozycje

1. Produkt należy upowszechnić.
2. W ramach ustaleń z badań ewaluacyjnych można też wskazać na dalsze kierunki rozwijania działań objętych programem Akademia Kariery:

Dot. Innowacyjnego modelu diagnozy funkcjonalnej

- postuluje się kontynuację działań w przyszłości realizując nowy projekt, który na bazie wypracowanych metod i doświadczeń łączyłby środowiska naukowe i praktyków w zakresie pracy nad rozwojem i wspomaganiem rozwoju dzieci, zaczynając od w szczególności dzieci młodszych. Dotychczas przeprowadzone działania i ich wyniki są znakomitym źródłem hipotez badawczych i jako produkt społeczny należy go na cele społeczne wyeksplloatować (rekomendować jako badania eksploracyjne).

Dot. modelu pracy z dzieckiem z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi

- postuluje się zwrócenie uwagi na metodologiczne podstawy obserwacji efektywności podejmowanych działań (wytrącanie dynamiki rozwoju dzieci, dyskusję i dobór narzędzi pomiaru). Należy rozważyć dysonans między indywidualizacją podejść a potrzebami modelowania (wypracowywania procedur pracy).

Dot. procedur postępowania terapeutycznego

- postuluje się sporządzanie protokołów spotkań zespołów terapeutycznych, jako dokumentowania i dyscyplinowania pracy zespołowej w zakresie realizowanych wielospecjalistycznych terapii (działania ukierunkowane na efektywność planowania, w tym kolejności terapii i ich treści), jak też określania jawnych podstaw formułowania opisu patomechanizmu dziecka.

8. Spis tabel

Tabela	1. Metody pozyskiwania danych do badań ewaluacyjnych.....	5
Tabela	2. Metody analizy danych.....	9
Tabela	3. Kategorie zaburzeń kwalifikowania dzieci do programu Akademia Kariery w opinii rodziców (N=51).....	18
Tabela	4. Ocena przez rodziców realizacji celów wsparcia dziecka (terapii) w zadanych obszarach (N=51); skala 1 (cel nie został osiągnięty) do 7 punktów (cel w pełni osiągnięto).....	19
Tabela	5. . Ocena przez rodziców przygotowywania ich do wspierania rozwoju własnych dzieci (przygotowanie edukacyjne rodziców); N=51	20
Tabela	6. Ocena przez rodziców wybranych aspektów funkcjonowania programu, lub udziału w nim badanych osób, N=51	20
Tabela	7. Wyniki postępowania SWOT w badaniach specjalistów (N=30); opinie o modelu diagnozy funkcjonalnej.....	22
Tabela	8. Ocena współpracy specjalistów biorących udział w programie z wybranymi podmiotami.....	27
Tabela	9. Kategorie korzyści, na jakie badani specjaliści mogli liczyć w związku z udziałem w programie; N=20.....	28
Tabela	10. Wyniki zastosowania techniki SWOT w badaniach dyrektorów poradni w województwie na tle badań specjalistów (N=4); opinie o modelu diagnozy funkcjonalnej.....	30
Tabela	11. Realizacja zakładanych celów terapii w opinii dyrektorów przedszkoli w zależności od obszaru wsparcia (N=5).....	37

9. Spis wykresów

Wykres	1. Zróżnicowanie oceny zdrowia/rozwoju dzieci przez rodziców na skali 1-7 punktów w okresie przed- i po trzech latach udziału programie (N=51).....	18
Wykres	2. Zróżnicowanie ocen innowacyjności działań przez specjalistów biorących udział projekcie (tak; N=20) i specjalistów zewnętrznych (nie; N=10).....	29
Wykres	3. Ocena przez rodziców „Ali” realizacji zakładanych celów terapii w programie w badanych obszarach (wsparcie terapią biofeedback – brak w dokumentacji; prawdopodobnie brak).....	43
Wykres	4. Ocena przez specjalistów poziomu rozwoju i jego zmian dotyczących Ali (% wyniku maksymalnego w badanym czasie).....	43
Wykres	5. Ocena przez rodziców „Alana” realizacji zakładanych celów terapii w programie w badanych obszarach.....	45
Wykres	6. Ocena przez specjalistów poziomu rozwoju i jego zmian dotyczących Alana (% wyniku maksymalnego w badanym czasie).....	46

Sporządziła

Barbara Walasek-Jarosz

Kielce, dnia 22 września 2014 roku