

# Jak przełożyć wyniki testów psychometrycznych na kody i kwalifikatory ICF? Procedura mapowania narzędzia diagnostycznego – możliwości i ograniczenia

BEATA PAPUDA-DOLIŃSKA\*, KATARZYNA WIEJAK\*\*

Institut Badań Edukacyjnych, Warszawa, Polska

TOMASZ KNOPIK\*\*\*

Institut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, Polska

Celem artykułu jest zaprezentowanie zasad wiązania wyników wystandaryzowanych testów używanych przez psychologów, pedagogów, logopedów w diagnozie na potrzeby edukacji z kodami i kwalifikatorami ICF. Pomimo dość precyzyjnego omówienia tych reguł w literaturze przedmiotu, pojawiają się istotne trudności i wyzwania przed specjalistami tworzącymi profile funkcjonalne oparte na klasyfikacji ICF. Artykuł szczegółowo je opisuje, wskazując m.in. na: niepełną ekwiwalencję danych mierzonych określonym narzędziem z pojęciami ICF, rozbieżności definicyjne między językiem subdyscyplin psychologii i pedagogiki a słownikiem ICF oraz orientację interpretatywną generującą subiektywizm wiązania wyników testów z kodami ICF.

SŁOWA KLUCZOWE: diagnoza psychologiczna, klasyfikacja ICF, mapowanie kodów ICF, ocena funkcjonalna.

## **How to translate the results of psychometric tests into ICF codes and qualifiers? The procedure of mapping – possibilities and limitations**

The main aim of this paper is to present the rules of linking the standardized tests, used by psychologists and pedagogues in diagnosis for education, with ICF codes and qualifiers. Despite the very thorough description of the linking rules in the subject literature, there are important difficulties and challenges in creating functional profiles basing on the ICF. In this paper, apart from from a detailed description of the linking rules, such problems are are addressed as: incomplete equivalence between data resulting from psychological/pedagogical measurement and ICF definitions, differences in languages (pedagogical/psychological concepts and ICF dictionary), and an interpretative orientation that produces the subjectivism in mapping test results into ICF codes.

KEYWORDS: psychological diagnosis, ICF classification, ICF code mapping, functional assessment.

\*ORCID: 0000-0002-8872-0357

\*\*\*Email: tomasz.knopik@umcs.eu

\*\*ORCID: 0000-0002-8872-0357

ORCID: 0000-0002-8872-0357

© Instytut Badań Edukacyjnych

## Wprowadzenie

W aktualnych zmianach w polityce oświatowej opisywanych w *Modelu Edukacji dla Wszystkich* (MEW, Ministerstwo Edukacji i Nauki [MEiN], 2020) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF pojawia się jako narzędzie do analizy zachowania dziecka i ucznia w ramach tzw. oceny funkcjonalnej. W tym kontekście stanowi pewną ramę strukturyzującą dane o problemach i możliwościach w zakresie funkcji, aktywności i uczestniczenia oraz czynnikach środowiskowych (główne składniki klasyfikacji ICF). Głównym obszarem funkcjonowania ucznia opisywanym w MEW jest oczywiście edukacja, choć ICF pozwala na odniesienie się do różnorodnych aspektów, w tym dobrostanu rozumianego szeroko jako wysoka jakość życia, a nie tylko brak stanów chorobowych (Norwich, 2016). Ważnym walorem ICF jest jej interdyscyplinarny i międzyresortowy charakter, a właśnie proponowany przez MEiN model wsparcia zasada się na intensywnej współpracy międzypodmiotowej, która powinna być oparta na konstruktywnej komunikacji. ICF jest postrzegany jako jeden ze środków optymalizujących wymianę danych i wspólne działania odnoszące się do danego dziecka/ucznia.

Należy podkreślić, że ICF nie zastępuje istniejących i dobrze ugruntowanych w praktyce narzędzi diagnostycznych używanych przez specjalistów (sam ICF nie jest oparty na żadnej naukowej koncepcji rozwoju człowieka!). Nie jest to również imperatyw do tworzenia nowych narzędzi na podstawie kodów, jakie prezentuje ICF. Teorie psychologiczne czy pedagogiczne opisujące określony konstrukt, który podlega pomiarowi na ogół w sposób bardziej precyzyjny, uwzględniają jego specyfikę, naturę oraz współzależności z innymi obszarami funkcjonowania i jako takie stanowią dobrą bazę do konstrukcji narzędzi diagnostycznych (aspekt trafności teoretycznej narzędzi). Wyniki uzyskiwane w diagnozie z wykorzystaniem istniejącego czy nowo tworzonego instrumentarium diagnostycznego mogą być „przetłumaczone” na język ICF, dzięki czemu opis funkcjonowania może być jednakowo rozumiany przez specjalistów z różnych dziedzin czy praktykujących diagnozę różnych nurtów.

Taką procedurę tłumaczenia określa się jako mapowanie (por. Joseph, Phillips, Wahman, i Nilsson Wikmar, 2016).

## Cele stosowania ICF

Jednym z celów Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF jest stworzenie uporządkowanego, intersubiektywnie zrozumiałego opisu funkcjonowania osoby według systemu pojęciowego określającego stany związane ze zdrowiem. Według ICF „każda osoba może być opisana przy pomocy kodów na każdym poziomie” (ICF, 2001, s. 21), a uzyskany w ten sposób opis funkcjonowania dopełniony skalą nasilenia trudności (kwalifikatorami) powinien stwarzać możliwość porównania wyników ocen dokonywanych przez różnych specjalistów i w toku różnych procesów diagnostycznych. ICF jako rodzaj klasyfikacji funkcjonalnej opisujący raczej skutki zaburzenia niż jego przyczyny może być modelem konstruowania narzędzi diagnostycznych w tym wymiarze lub stanowić język opisu danych uzyskanych w toku badania istniejącym już narzędziem zaprojektowanym do pomiaru specyficznych funkcji lub zorientowanym na diagnozę innego typu, np. diagnoza kliniczna. Problemem nie w pełni rozwiązany jest kwestia przeładalności wyników uzyskanych w efekcie diagnozy takim narzędziem (lub narzędziami

– w przypadku zastosowania kilku testów) na język ICF. W jaki sposób dokonać transpozycji danych otrzymanych w toku pomiaru psychologicznego na określone kategorie ICF? Czy efekt tego procesu (opis funkcjonowania osoby za pomocą kodów i kwalifikatorów) może zastąpić (lub być traktowany ekwiwalentnie) wnioski diagnostyczne formułowane na podstawie danych pochodzących z konkretnego narzędzia? Czy opis funkcjonowania otrzymany na podstawie przekładu tych informacji na system kodowania ICF pozwala uzyskać trafny i obiektywny obraz funkcjonowania badanej osoby? To główne pytania, jakie wyłaniają się w kontekście procedury mapowania wyników na kody i kwalifikatory ICF.

### Procedura mapowania

World Health Organisation (WHO, 2013) w przewodniku użytkownika klasyfikacji ICF nakreśla kierunek praktyk wiązania lub inaczej mapowania (*mapping*) wyników badania istniejącym już narzędziem z kategoriami ICF. W procesie mapowania należy uwzględnić następujące kwestie:

- Korespondencja „jeden do jednego” pomiędzy mierzoną cechą a kategorią ICF nie zawsze jest możliwa. Analiza pokrywania się treści narzędzia z kategoriami skodyfikowanymi w ICF powinna poprzedzać każdą tranzycję.
- Skala oceny narzędzia diagnostycznego może nie odpowiadać pięciostopniowej skali kwalifikatorów ICF. Zakres skali narzędzia powinien zostać przełożony na przedziały odsetkowe dla kwalifikatorów ICF: „xxx.0 BRAK trudności (żadne, nieobecne, nieistotne) 0–4%, xxx.1 NIEZNACZNE trudności (niewielkie, małe) 5–24%, xxx.2 UMIARKOWANE trudności (średnie, spore) 25–49%, xxx.3 ZNACZNE trudności (wielkie, silne) 50–95%, xxx.4 SKRAJNIE DUŻE trudności (zupełne) 96–100%” (WHO, 2009, s. 22).
- Środowisko, w którym przeprowadzono ocenę, może modyfikować jej efekt – należy uwzględnić w miarę możliwości zależność od czynników środowiskowych, zwłaszcza przy zbieraniu informacji z różnych źródeł, kontekstów lub od różnych oceniających.

Rekomendowane jest, aby proces mapowania odbywał się w zgodzie ze szczegółowymi zasadami łączenia danych (*linking rules*) zaproponowanymi przez Alarcos Cieżę i in. (2002, 2005, 2019). Poszczególne etapy tego procesu obejmują dokładne zapoznanie się z klasyfikacją ICF (zasada 1), wyodrębnienie kluczowej cechy z danego *itemu* lub innego wycinka wiedzy o funkcjonowaniu osoby (zasada 2) oraz ewentualnych cech pobocznych (zasada 3), zidentyfikowanie perspektywy, w jakiej informacja jest uzyskiwana (opis, efekt wykonanego zadania, ocena itp.) (zasada 4), określenie możliwych opcji odpowiedzi (zasada 5), precyzyjne powiązanie danego wycinka wiedzy o zdrowiu z kodem ICF na odpowiednim poziomie (zasada 6), wykorzystanie kategorii „inne określone” i „nieokreślone” (zasada 7), opisanie danych, których definicja jest niewystarczająca, by powiązać je z jakimkolwiek kodem ICF (zasada 8) lub danych, których nie uwzględniono w ICF (zasada 9 i 10). Uzasadnienie wyborów określonych kodów, ewentualne pominięcia, poziomy klasyfikacji (drugi/trzeci/czwarty), wszelkie osobliwości tego procesu powinny zostać opisane w oddzielnym raporcie celem uzyskania maksymalnej transparentności tych działań.

Z pewnością nieco inaczej będzie wyglądała procedura mapowania odniesiona do funkcji, inaczej do aktywności. Funkcje oceniane są zazwyczaj w oparciu o wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne, np. testy wykonaniowe, co wymaga bardzo precyzyjnych reguł przekładu wyników testów na kody i kwalifikatory ICF, np. w postaci wystandaryzowanego algorytmu opisanego jako załącznik do podręcznika testowego.

W przypadku aktywności sensowniejsze będzie skorzystanie ze skal obserwacyjnych, wywiadów, które, choć są skutecznymi narzędziami psychopedagogicznymi, rzadko zawierają „twarde” charakterystyki psychometryczne i łączą w sobie wysoki poziom intuicyjności użycia (por. Knopik, 2018).

Pewną próbą stworzenia bazy wystandaryzowanych skryptów mapowania narzędzi na ICF jest projekt *Wspólny język w szkole* (ang. *A common language in schools*, ICF in school, 2022), który dostarcza konkretnych narzędzi do wystandaryzowanego opisu sposobu uczenia się dziecka i umożliwia holistyczne, transdyscyplinarne oceny i procesy planowania oparte na indywidualnych zdolnościach i zasobach (a także doświadczanych trudnościach i barierach). Wśród produktów projektu można znaleźć:

- Tłumacz „obserwacji” na ICF – stworzony do „tłumaczenia” opisu problemu (i zasobów) opartego na obserwacji w postaci tekstowej na opis systematyczny i porównywalny oparty na ICF.
- Tłumacz mapowania kryteriów – jego zadaniem jest odwzorowanie wybranych (wcześniej zdefiniowanych) testów na (jeden lub więcej) kody ICF związane z kryteriami mierzonymi przez konkretny test. Dla wybranych testów psychologicznych te wiązania będą dostępne (na podstawie dostępnych naukowo danych) w postaci propozycji kodu ICF.
- Tłumacz mapowania ocen – służy odwzorowaniu właściwości psychometrycznych i skal ocen wybranych testów (np. skala IQ) na skalę ocen kwalifikatora ICF. Dzięki temu narzędziu specjaliści będą mogli przekształcić swoje „klasyczne dane testowe” w kwalifikatory ICF.

Przykładowy efekt zastosowania tłumacza dla Testu Matryc Progresywnych Ravena:

- powiązano wyniki w teście z kodem ICF – b117 – INTELIGENCJA (oczywiście takie powiązanie może budzić sprzeciw ze względu na szersze pojmowanie inteligencji niż zdolności analityczne warunkowane płynnym aspektem inteligencji mierzone w testach Ravena);
- odniesiono kwalifikatory do przeliczonych wyników w teście – zaprezentowano to na Rysunku 1; eksperci przygotowujący ten przekład odnieśli się do pięciu rodzajów jednostek, w których prezentowane są wyniki, przy czym najbardziej uniwersalny charakter mają: wielkość odchylenia standardowego, percentyle oraz wartość z (mogą one stanowić swoiste wytyczne do stosowania kwalifikatorów ICF w innych narzędziach diagnostycznych).

| ICF | SD        | PR        | TC        | TP        | Z~    |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| .0  | < 1,00    | > 15,0    | > 9,6     | < 60,4    | > 90  |
| .1  | 1,00-1,17 | 12,0-15,0 | 38,0-39,5 | 60,5-62,0 | 88-90 |
| .2  | 1,18-1,40 | 8,0-11,9  | 36,0-37,9 | 62,1-64,0 | 86-87 |
| .3  | 1,41-2,40 | 0,8-7,9   | 26,0-35,9 | 64,1-74,0 | 76-85 |
| .4  | 2,50-3,00 | < 0,8     | < 26,0    | > 74,0    | < 76  |

Rysunek. 1. Odniesienie kwalifikatorów ICF do wyników testu.

Źródło: ICF-school, 2018.

- dodatkowo przygotowano legendę dla używanych jednostek w postaci tabeli (Rysunek 2).

### Used Scales

| Used | Title | Name                   | Comment                  |
|------|-------|------------------------|--------------------------|
|      | SD    | Standard Deviaton (SD) |                          |
|      | PR    | Percent Rangers (PR)   | ∅ = 50; norm = 16% - 84% |
|      | TC    | T-Values Competence    | ∅ = 50; norm = 40 - 60   |
|      | TP    | T-Values Problem       | ∅ = 50; norm = 40 - 60   |

Rysunek 2. Opis jednostek, w których wyrażany jest wynik testu.

Źródło: ICF-school, 2018.

Przyjęto, że kwalifikator 0 będzie odnoszony do wyników w normie i powyżej normy – przedział centylowy od 16 do 100 (dotyczy zatem 85% badanej populacji), natomiast nieznaczna trudność rozumiana jest jako problem dotyczący osób między 12 a 15 centylem. Według tych wartości skrajnie duża trudność (kwalifikator 4) dotyczy 0,8% populacji z najniższymi wynikami w teście.

Pomimo dobrze opracowanej matrycy do generowania za pomocą trzech typów „tłumaczy” powiązań między klasycznymi testami a kodami ICF, do tej pory w bazie projektu *Wspólny język w szkole* można znaleźć tylko pięć pełnych konwersji narzędzi na język ICF (z uwzględnieniem gradacji kwalifikatorów). Pokazuje to zapewne problematyczność tego procesu i rodzi pytanie o jej przyczyny.

### Przegląd trudności w procedurze mapowania

Pomimo usystematyzowanej procedury mapowania, wiązaniu cech poznawczych diagnozowanych za pomocą istniejących narzędzi psychologicznych z kategoriami ICF towarzyszy szereg wyzwań, ograniczeń i dylematów. Dotyczą one w różnym stopniu obu sytuacji, w których następuje powiązanie wyników badania wystandaryzowanym narzędziem do pomiaru cech psychicznych, tj. sytuacji mapowania jako etapu konstrukcji narzędzia diagnostycznego (lub uzupełnienia już funkcjonującego narzędzia o poziom analizy oparty na kategoriach i kwalifikatorach ICF), jak i sytuacji wiązania wyników indywidualnej diagnozy przeprowadzonej z zastosowaniem różnorodnych technik pomiarowych z kodami ICF, np. na potrzeby orzecznictwa. Druga z opisanych sytuacji jest bardziej powszechna, ponieważ dotyczy psychologów i pedagogów, którzy mierzą się z opisanymi dylematami w praktyce.

Jeden z problemów to kwestia niepełnej ekwiwalencji danych mierzonych określonym narzędziem a pojęciami ICF i, co za tym idzie, utrata trafności opisu funkcjonowania powstałego w efekcie przekładu. Uzyskanie całkowitej korespondencji jeden do jednego pomiędzy *itemami*/próbami narzędzia psychologicznego a kategoriami i podkategoriami ICF można uznać za niemożliwe (por. WHO, 2013). Wyabstrahowana i precyzyjnie skonceptualizowana definicja mierzzonego konstruktów nie zawsze znajduje pokrycie w strukturze kodów ICF pomimo dużej pojemności systemu pojęciowego klasyfikacji.

Problemy ekwiwalencji danych wynikają ze zbyt ogólności kodów ICF w stosunku do informacji uzyskanej w wyniku diagnozy (por. Heinen, van Achterberg, Roodbol i Frederiks,

2005), nadmiernej ogólności lub dużej złożoności informacji i konieczności łączenia jej z kilkoma kodami (Kukafka, Bales, Burkhardt i Friedman, 2006), braku ujęcia niektórych obszarów funkcjonowania lub pewnych właściwości tego funkcjonowania w ICF. Przykładowo deficyty fonologiczne uważane za jeden z najważniejszych mechanizmów dysleksji rozwojowej (Krasowicz-Kupis, 2019) nie dają się precyzyjnie połączyć z żadnym kodem na poziomie klasyfikacji drugiego i trzeciego stopnia choć stanowić mogą pośrednio część kategorii „swoiste funkcje psychiczne – funkcje językowe” (b167). Problem ten dostrzegają również badacze zajmujący się zaburzeniami mowy i komunikacji (Lousada i Ramalho, 2014; McCormack, McLeod, Harrison i McAllister, 2010). W efekcie opis ucznia z dysleksją w zakresie funkcji, jak np. ten dokonany przez Sylwię Rivę i Alessandra Antonietiego (2010): b117 (funkcje intelektualne), b1300 (poziom energii życiowej), b140 (funkcje uwagi), b144 (funkcje pamięci), b167 (funkcje językowe), b1641 (organizacja i planowanie) nie uwzględnia wskazanego wyżej fonologicznego aspektu języka. Zaproponowany opis oddaje niepełne, zbyt ogólne informacje, które bez innych danych z diagnozy specjalistycznej, również typologicznej, nie mogą stanowić podstawy do projektowania działań edukacyjnych czy postdiagnostycznych. W przypadku dysleksji liczne badania (przegląd badań Bogdanowicz, Krasowicz-Kupis i Wiejak, 2016; Krasowicz-Kupis, 2019) wskazują na skuteczność programów terapeutycznych zawierających oprócz treningu czytania doskonalenie funkcji fonologicznych, głównie świadomości i pamięci fonologicznej. Zaplanowanie takiego treningu wymaga specjalistycznej diagnozy, której efektem jest precyzyjny profil rozwoju funkcji fonologicznych, wskazujący na te ich aspekty, które wymagają usprawniania.

Również w opisie czynników środowiskowych barier i ułatwień identyfikuje się luki w ICF, jak choćby potrzeba dodatkowej ilości czasu do wykonywania codziennych czynności, np. przez osoby z dysfunkcją wzroku, nie znajduje pokrycia w kodach ICF (Leissner, Coenen, Fröhlich, Loyola i Cieza, 2014).

Inną trudność związaną z równoważnością informacji o funkcjonowaniu poznawczym oraz kategoriami ICF stanowią rozbieżności definicyjne między pojęciami o ugruntowanym w teoriach psychologicznych i praktyce znaczeniu a ich odpowiednikami z ICF. Przykładem takiego pojęcia jest gaworzenie. Zgodnie z uniwersalnymi stadiami rozwoju językowego (Kurcz, 2000) jest ono przejawem wczesnej wokalizacji w okresie przedślownym. W tym ujęciu gaworzenie pojawia się u prawidłowo rozwijającego się niemowlęcia w wieku około 2. miesiąca życia i polega na produkcji jednosylabowych dźwięków samogłoskowych. Jego bardziej zaawansowaną odmianą jest gaworzenie samonaśladowcze, rozpoczynające się w wieku około 6 miesięcy, kiedy dziecko produkuje szeregi identycznych dźwięków (Vasta i in., 2004). Na gruncie polskim, szczególnie w logopedii, przyjmuje się wprowadzone przez Leona Kaczmarka (1988) rozróżnienie na głuzenie i gaworzenie. Produkcja przypadkowych dźwięków o różnym miejscu artykulacji pojawiająca się około 2.–3. miesiąca życia jest nazwana głuzeniem lub gruchaniem, a pojawiające się między 5. a 6. miesiącem życia świadome wydawanie dźwięków pod kontrolą słuchu nazwane jest gaworzeniem. Niemowlę tworzy i powtarza sylaby otwarte (tzn. kończące się samogłoską), np. pa, ma, ba, składające się z głosek najłatwiejszych artykulacyjnie, tj. spółgłosek wargowych m, p, b (występujących w wielu językach świata), później też d, t, samogłoski – najpierw a, e, czasem i. Reduplikacja sylab prowadzi do powstania pierwszych słów, takich jak mama, tata, baba, papa itd. (Kielar-Turska, 2012). W klasyfikacji ICF-CY (*International classification of functioning, disability and health: children and youth version*) gaworzenie utożsamiane jest z wokalizowaniem w sytuacji uświadomienia obecności innej osoby i nie jest opisane

w kategoriach etapu rozwojowego (d331 Gaworzenie). Taka definicja nie odwołuje się do prawidłowego cyklu rozwoju mowy, nie ujmuje charakterystycznych cech gaworzenia, jakimi są wydawanie dźwięków będących połączeniami spółgłoskowo-samogłoskowymi o różnym poziomie skomplikowania [od połączeń sylab kanonicznych CV (spółgłoska, samogłoska) aż po sylaby zamknięte CVC (spółgłoska, samogłoska, spółgłoska)], wielokrotne ich powtarzanie w seriach czy uniwersalny repertuar tych dźwięków. Ponadto w definicji zaproponowanej przez ICF-CY nacisk jest położony na aspekt komunikacyjny (obecność innej osoby), podczas gdy w logopedii rozpatruje się je jako etap rozwoju artykulacji (Łobacz, 2005). Pojęcie wokalizowanie, zawarte w definicji, obejmuje wszelkie formy wydobywania dźwięków, takich jak płacz, śmiech, nie wskazuje jednoznacznie na artykulację dźwięków mowy. Być może definicja zaproponowana w ICF jest zgodna z intuicyjnym rozumieniem terminu przez większość specjalistów, ale dla logopedy termin ten będzie odnosił się precyzyjnie do określonego etapu nabywania języka. Opisana rozbieżność zakresu pojęciowego może spowodować, że główny cel ICF, czyli stworzenie jednolitego systemu komunikowania się przedstawicieli różnych specjalności, nie zostanie zrealizowany.

Kolejną trudnością związaną z równoważnością informacji o funkcjonowaniu poznawczym oraz kategoriami ICF powiązaną z rozbieżnościami definicyjnymi, a szczególnie istotną w przypadku dzieci i młodzieży, jest brak lub niepełne powiązanie poszczególnych kategorii z prawidłowościami rozwojowymi oraz w przypadku niektórych złożonych umiejętności, trudności z jednoznacznym rozróżnieniem pomiędzy funkcjami ciała a aktywnościami i uczestniczeniem. Wymienione wyżej czynniki sprawiają, że przełożenie złożonych umiejętności, takich jak czytanie, na odpowiedni kod ICF jest niełatwym zadaniem.

Czytanie w ICF jest uwzględnione zarówno w składniku „Funkcje i struktury ciała”, jak i w składniku „Aktywności i uczestniczenie”. Pierwszy z nich mieści się w kategorii b167 (Funkcje językowe), a dokładnie w b16701 (Recepcja języka pisanego), definiowanej jako „funkcje psychiczne służące dekodowaniu komunikatów pisanych, w celu poznania ich znaczenia” (WHO 2009, s. 59), co jest zgodne ze współczesnym rozumieniem czytania w ujęciu psycholingwistycznym (Krasowicz-Kupis i Awramiuk, 2014) jako formy porozumiewania się językowego, na którą składa się dekodowanie tekstu oraz rozumienie treści. Natomiast w drugim składniku (Aktywności i uczestniczenie) ICF-CY wyróżnia dwie rozłączne kategorie: d140 (Uczenie się czytania), w której oczekuje się „nabywania umiejętności rozumienia zapisanych wyrazów i fraz” (d1402) oraz d166 (Czytanie) definiowane jako „wykonywanie czynności niezbędnych do zrozumienia i zinterpretowania języka pisanego w celu nabycia ogólnej wiedzy lub określonej informacji”. Nacisk jest tu położony na rozumienie i interpretację treści, co znajduje odzwierciedlenie w kodach klasyfikacji trzeciego stopnia, tj. d1661 (Rozumienie języka pisanego), która wyklucza uczenie się czytania (d140). W tym kontekście kategoria d1660 (Korzystanie z ogólnych umiejętności i strategii procesu czytania) definiowana jako „Rozpoznawanie słów przez zastosowanie analizy fonetycznej i strukturalnej oraz użycie wskaźników kontekstualnych podczas czytania na głos lub po cichu” (WHO, 2007, s. 137) wydaje się nieuzasadniona, ponieważ jej definicja wskazuje na strategię czytania (np. analiza fonemowa) typowe dla początkowych stadiów nabywania tej umiejętności, czyli uczenie się czytania.

Kategoria d140 Uczenie się czytania, w której oczekuje się „nabywania umiejętności rozumienia zapisanych wyrazów i fraz” nie uwzględnia etapów opanowywania tej umiejętności, uwypuklając jej końcowy efekt. Tymczasem, nabywanie komunikacji pisemnej

(w języku polskim) przechodzi przez trzy główne stadia: wstępne, kluczowe i wprawy (Awramiuk i Krasowicz-Kupis, 2014), o istotnym znaczeniu dla rozwinięcia tej czynności. Stadium wstępne pełni rolę przygotowawczą do nauki czytania, kształtują się wówczas główne komponenty dojrzałości do nauki czytania i pisania, takie jak podstawowe sprawności językowe, świadomość pisma i świadomość językowa (Krasowicz-Kupis, 2004). W stadium kluczowym (opanowywania pisma) głównym zadaniem dziecka jest „rozpracowanie kodu” stosowanego w piśmie, czyli poznanie kodu literowego oraz relacji zachodzącej między literą a głoską, a więc opanowanie dekodowania, czego efektem powinno być osiągnięcie technicznej biegłości w czytaniu. Jest ono warunkiem przejścia do ostatniego stadium opanowywania czytania, stadium wprawy (automatyzacja pisma), dla którego charakterystyczne jest szybkie i płynne czytanie. Dopiero używanie kodu pisma bez udziału świadomości umożliwi koncentrację na treści i realizację jego głównej funkcji, czyli czytania w celu komunikowania się i zdobywania informacji. Definicja zawarta w ICF nie uwzględnia stadialności opanowywania czytania ani istotnych komponentów tej czynności: dekodowania, czyli rozpoznawania pojedynczych liter i ich zestawów jako wyrazów danego języka i rozumienia znaczenia (Gough i Tunmer, 1986, Krasowicz-Kupis, 2019). Nieuwzględnienie stadialności może powodować trudności w opisie dzieci na wcześniejszych etapach rozwojowych, np. jak ocenić w tej kategorii 7-latkę, który jest na początku stadium kluczowego, czyta w sposób typowy dla początkowej fazy formalnej nauki czytania, np. w sposób analityczno-fonologiczny, koncentrując się na technicznym aspekcie tej czynności bez rozumienia treści. O ile podział ten ma charakter pragmatyczny, o tyle stwarza trudności w powiązaniu wyizolowanej umiejętności z szeregiem wielu, według teorii psycholingwistycznych, etapowo wyłaniających się jako proces. Z kolei brak w definicji tej kategorii istotnej składowej czynności czytania, jaką jest dekodowanie, znacznie ogranicza możliwość powiązania jej z rozwojowym zaburzeniem uczenia się w zakresie czytania (ICD-11), zarówno na etapie mapowania narzędzi diagnostycznych, jak i indywidualnej diagnozy.

W kontekście opisanych wyżej trudności istotnym problemem jest powiązanie klasyfikacji ICF z klasyfikacją ICD, którą ma ona uzupełniać. Rozważmy to na przykładzie rozwojowego zaburzenia uczenia się w zakresie czytania (6A03.0). W tym przypadku trudności w uczeniu się przejawiają się w zaburzeniach umiejętności czytania, takich jak dokładność czytania wyrazów, płynność czytania, rozumienie tekstu. Za najlepszą miarę technicznej umiejętności czytania uznaje się czytanie niepowiązanych logicznie wyrazów oraz pseudowyrzów. Szczególnie przydatne są zadania bazujące na materiale pseudosłów, ponieważ w sposób pozbawiony wpływu kontekstu sprawdzają poziom opanowania relacji litera-głoska. Zgodnie z modelem diagnozy dysleksji powinna ona przebiegać etapowo, rozpoczynając się od badań przesiewowych prowadzonych w przedszkolu czy szkole, poprzez diagnozę specjalistyczną (Wiejak, Krasowicz-Kupis i Bogdanowicz, 2015). Diagnoza przesiewowa bazuje na narzędziach obserwacyjnych i w przypadku transponowania tego typu narzędzi na ICF powinniśmy odnieść się do składnika „Aktywność i uczestniczenie”. Tymczasem żadna z kategorii dotyczących czytania na poziomie aktywności i uczestniczenia nie uwzględnia takich istotnych dla diagnozy elementów jak technika czytania, umiejętność dokonywania syntezy odczytanych liter, znajomość liter. Z kolei narzędzia przeznaczone do diagnozy specjalistycznej, mierzące różnorodne aspekty czytania, jak i czynniki powiązane z poziomem tej umiejętności mogą być zredukowane do jednego kodu z poziomu funkcji ciała b16701 (Recepcja języka pisanego), którego definicja jest na tyle szeroka, że za jego pomocą można wyrazić efekt złożonej wielospecjalistycznej diagnozy.



Kolejnym źródłem trudności w wiązaniu mierzonych konstruktów psychologicznych z kodami ICF jest wpisana w ten proces orientacja interpretatywna (Cieza, Fayed, Bickenbach i Prodingier, 2019). Interpretacja ICF w kontekście danych pochodzących z badania dokonywana przez kilku niezależnych sędziów i na kilku poziomach pozwala uzyskać lepszą kongruencję między konstruktem podlegającym pomiarowi a wyrażającymi jego złożoność kodami ICF. Niemniej jednak nacechowana jest pewną dozą subiektywności, co z kolei może prowadzić do rozbieżności w opisach funkcjonowania badanej osoby i stanowi wyzwanie dla „porównywalności” danych jako jednego z celów ICF.

Jednym z poziomów interpretacyjnych jest rodzaj narzędzia, za pomocą którego przeprowadzana jest diagnoza: skala obserwacyjna, test psychometryczny, kwestionariusz samoopisu itp. Informacje otrzymane w badaniu za pomocą różnych technik diagnostycznych mogą lokować się w różnych dziedzinach ICF, a zatem dyferencjacji tej należy dokonać już na poziomie składowa klasyfikacji. Przykładowo dane pochodzące ze skali obserwacyjnej, w której to nauczyciel lub rodzic ocenia radzenie sobie dziecka z zadaniami poznawczymi, nie pozwalają na określenie w sposób obiektywny problemu w zakresie funkcji, np. mylenie liter o podobnych kształtach podczas czytania może być przejawem zaburzeń percepcji wzrokowej (b1561), ale również zaburzeń widzenia (b210), zaburzeń językowych (b167), niedostatecznego treningu w czytaniu itd. i aby to rozstrzygnąć, potrzebna jest diagnoza poszerzona o inne techniki pomiarowe. Manifestacja tego problemu w sytuacjach życiowych w naturalnym środowisku dziecka sugeruje, że może on zostać opisany jedynie wewnątrz składowa „Aktywność i uczestniczenie” za pomocą kodu d140 (uczenie się czytania). Podobnie jest w przypadku danych uzyskanych w badaniu wystandaryzowanym testem, np. skalą inteligencji. Dzięki nim można określić np. trwałość uwagi w warunkach standardowych i opisać ją jako funkcję (b140 trwałość uwagi), ale nie przejaw tej cechy w sytuacjach życiowych, np. to, czy dziecko doprowadza swoje czynności do końca, czy przerywa zadanie w trakcie jego wykonywania i zajmuje się czymś innym (d161 ukierunkowanie uwagi). Jednakże praktyki mapowania istniejących narzędzi na taksonomię ICF opisywane w literaturze pokazują niekonsekwencję w tym zakresie: umiejętności diagnozowane w drodze obserwacji łączone są z kodami z obydwu składowa (Funkcje ciała, Aktywność i Uczestniczenie) lub z jednym z nich (zob. Lexell, Malec i Jacobsson, 2012; Stamm i in., 2006).

Kolejny poziom interpretacyjny odnosi się do celu narzędzia jako prymarnej wytycznej w czynnościach wiązania ocenianych cech z kodami ICF. Rozpatrywanie konceptu określającego wycinek wiedzy o funkcjonowaniu badanego z pozycji celu narzędzia zabezpiecza przed dokonywaniem sztywnych i mechanicznych powiązań (Cieza i in. 2019) prowadzących do błędów w przekładzie danych. Na przykład w kontekście skali oceniającej funkcje poznawcze na etapie sensomotorycznym umiejętność polegająca na budowaniu wieży z klocków niewiele ma wspólnego z kodem d210 (podejmowanie prostego zadania) z rozdziału „Ogólne zadania i obowiązki” pomimo literalności do wyróżnionego w definicji przykładu, jakim jest budowanie wieży z klocków. Umiejętność tę również tylko częściowo można łączyć z kodem d440 (precyzyjne używanie ręki) z rozdziału „Poruszanie się”. Budowanie wieży z klocków w kontekście rozwoju poznawczego jest manifestacją koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz inteligentnego zachowania intencjonalnego, najtrafniej będzie więc opisane kodem d131 [uczenie się poprzez działania (zabawę) z przedmiotami]. Podobieństwo brzmieniowe *itemów* z pojęciami w kategoriach ICF nie powinno być główną przesłanką do wiązania informacji, choć i takie praktyki dokonywane całkowicie w sposób

automatyczny i komputerowy są opisywane w literaturze (Kukafka, Bales, Burkhardt i Friedman, 2006).

Najniższy poziom interpretacji informacji uzyskanej w toku diagnozy psychologicznej dokonywanej w celu wiązania jej z kategoriami klasyfikacji ICF wymaga spełnienia dwóch warunków: trafnej conceptualizacji mierzonej za pomocą określonego narzędzia cechy (*meaningful concept*, Cieza i in., 2005) oraz dokładnej znajomości systemu pojęciowego ICF. Dzięki temu wyabstrahowany koncept można łączyć z kategorią ICF na odpowiednim poziomie klasyfikacji (dwu-, trzy- lub czterostopniowej) wyrażoną w postaci kodu alfanumerycznego. Literatura dostarcza przykładów wielu metodyk służących zobiektywizowaniu tego procesu: zestawienie ocen kilku ekspertów i obliczenie rzetelności Kappa Cohena (*inter-rater reliability*, Bernardelli i in., 2021; Fresk, Brodin, Grooten, Joseph i Kiessling, 2018; Shaw, Leys-hon i Liu, 2007), powtórzenie mapowania z odroczeniem czasowym (*intra-rater reliability*), wprowadzenie kategorii ocen zakresu związku *item*-kod (M1 – korespondencja jeden do jednego, M2 – kilka kodów pasuje do *itemu*, M3 – kod ICF jest szerszy niż *item*, M4 – kod ICF jest węższy niż *item*, M5 – brak związku, M6 – problematyczny związek, Raggi i in., 2014), analiza mierzonych cech oraz ich rozkład na pojęcia główne i poboczne z uwzględnieniem perspektywy uzyskiwania informacji oraz opcji odpowiedzi (Bernardelli i in., 2021), ekspercki panel dyskusyjny (Fayed, Cieza i Bickenbach, 2011), wdrożenie pośredniego poziomu interpretacji: wyjaśnienie pojęć opisywanych przez dany *item* przed rozpoczęciem procesu mapowania (Drummond i Rambaut, 2007).

Możliwe i wcale nierzadkie są sytuacje, w których nie udaje się powiązać danej informacji o funkcjonowaniu (nie tylko poznawczym) z konkretną, specyficzną kategorią ICF, ale oceniany konstrukt jednoznacznie należy do określonego składnika, rozdziału lub ogólnej kategorii drugiego poziomu. W takiej sytuacji rekomendowane jest korzystanie z kategorii „inne określone” lub „nieokreślone” usytuowanej na końcu danego elementu taksonomii (WHO, 2013; Cieza i in., 2019) wraz z informacją definiującą cechę niepokrytą lub zbyt ogólnie określoną (np. b1408\_ Funkcje uwagi, inne określone\_kontrola uwagi). Niemniej jednak taki opis mierzonych cech redukuje możliwość porównywania wyników wyrażonych kodami i kwalifikatorami ICF, może prowadzić do niejednoznaczności w rozumieniu terminologii i daje możliwość wyciągania tylko ogólnych wniosków na temat obszaru, w którym ulokowana jest dana cecha. Między innymi z tych powodów, w poprzedniej wersji *linking rules* nie zalecano stosowania tych kategorii (Cieza i in., 2005). Chociaż proces łączenia można zastosować do dowolnego rodzaju informacji dotyczących kondycji zdrowotnej osoby, nie zawsze jest możliwe powiązanie tych danych z kategoriami ICF. Wynikać to może ze specyfiki (i szczególności) tych danych i nie jest możliwe ich objęcie kodami ICF. Wówczas sugerowane jest przypisanie skrótu „no” (nieobjęty, po angielsku: *nc – not covered*),

## Wnioski

Poszukując odpowiedzi na postawione w pierwszej części artykułu pytania problemowe, można uznać, że praktyka organizowania informacji pochodzących z badania istniejącym już narzędziem w kategorii ICF, pomimo systematyzującej się procedury, nadal znajduje się w fazie prób, prawdopodobnie również i błędów, a na pewno niejednoznaczności wynikających z interpretacyjnego charakteru mapowania. Opis za pomocą kodów ICF struktury tego samego narzędzia dokonany przez różnych autorów doprowadza do różnych wyników, jak np. w zestawieniu Rafaelli Stradiotto Bernardelli z zespołem (2021). Niespójności te mogą

być uzależnione od kontekstu klinicznego i indywidualnych doświadczeń ekspertów dokonujących przekładu, a co za tym idzie różnych optyk interpretacyjnych (Cieza i Stucki, 2005). W procesie tym za dopuszczalne należy uznać aprioryczne decyzje autorów przekładu odnośnie do zakresu kodowanych funkcji (zob. dos Santos Zingale i McColl, 2006). Między innymi z tego względu opis dokonywany za pomocą ICF powinien być komplementarny do, ale i niezależny od wniosków diagnostycznych uzyskiwanych w efekcie diagnozy za pomocą narzędzia psychologicznego (por. Cieza i in., 2005; Bernardelli i in., 2021). Tym samym najważniejszą praktyką na tym etapie wdrażania klasyfikacji ICF powinno być raportowanie w protokole z badania zarówno wystandaryzowanych wyników uzyskanych w testach, jak i ich powiązań z kodami i kwalifikatorami ICF. Ostatecznie to kompetencje diagnostyczne specjalistów przeprowadzających ocenę funkcjonalną decydują o znaczeniu zebranych informacji i ich roli w planowaniu i realizacji wsparcia edukacyjnego. Klasyfikacja ma za zadanie porządkować dane, a nie podporządkowywać sobie działania diagnosty.

### Bibliografia

- Awramiuk, E. i Krasowicz-Kupis, G. (2014). Reading and spelling acquisition in Polish: Educational and linguistic determinants. *L1-Educational Studies in Language and Literature*, 14, 1–24.
- Bernardelli, R. S., Santos, B. C., Scharan, K. O., Corrêa, K. P., Silveira, M. i Moser, A. (2021). Application of the refinements of ICF linking rules to the Visual Analogue Scale, Roland Morris questionnaire and SF-36. *Ciencia & saude coletiva*, 26(3), 1137–1152. [DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.03502019>]
- Bogdanowicz, K. M., Krasowicz-Kupis, G. i Wiejak, K. (2016). In search of effective remediation for students with developmental dyslexia – a review of contemporary English literature. *Polish Psychological Bulletin*, 47(3), 270–280.
- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Ustün, T. B. i Stucki, G. (2002). Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 205–210. [DOI: 10.1080/165019702760279189]
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J. i Prodingler, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 574–583. [DOI: 10.3109/09638288.2016.1145258]
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B. i Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(4), 212–218. [DOI: 10.1080/16501970510040263]
- Drummond, A. J. i Rambaut, A. (2007). BEAST: Bayesian evolutionary analysis by sampling trees. *BMC evolutionary biology*, 7(214). [DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2148-7-214>]
- Fayed, N., Cieza, A. i Bickenbach, J. E. (2011). Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disability and Rehabilitation*, 33(21–22), 1941–1951. [DOI: 10.3109/09638288.2011.553704]
- Fresk, M., Brodin, N., Grooten, W. J., Joseph, C. i Kiessling, A. (2019). Mapping a measure of physical ability for persons with long-term musculoskeletal pain to the ICF and ICF Core Sets. *European Journal of Public Health*, 1(29), 286–291. [DOI: 10.1093/eurpub/cky135]
- Gough, P. B. i Tunmer, W. E. (1986). Decoding, reading, and reading disability. *Remedial and Special Education*, 7, 6–10.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Roodbol, G. i Frederiks, C. M. (2005). Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *International Nursing Review*, 52(4): 304–312. [DOI: 10.1111/j.1466-7657.2005.00433.x]
- ICF in school (2022). Pobrano z <https://www.icf-school.eu/index.php/en/>
- ICF-school (2018) *Common Inclusive Language*. Pobrano z <https://www.icf-school.eu/index.php/en/project-en/overview-en>

- Joseph, C., Phillips, J., Wahman, K. i Nilsson Wikmar, L. (2016). Mapping two measures to the International Classification of Functioning, Disability and Health and the brief ICF core set for spinal cord injury in the post-acute context. *Disability and Rehabilitation*, 38(17), 1730–1738. [DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107762>]
- Kaczmarek, L. (1988). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kielar-Turska, M. (2012). Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych. W: E. Czaplewska i S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 15–63). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Knopik, T. (2018). *Diagnoza funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne*. Warszawa: ORE.
- Krasowicz-Kupis, G. (2004). *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Krasowicz-Kupis, G. (2019). *Nowa psychologia dysleksji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krasowicz-Kupis, G., Bogdanowicz, K. M. i Wiejak, K. (2015). *Bateria Testów Czytania BTCZ IBE. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Kukafka, R., Bales, M. E., Burkhardt, A. i Friedman, C. (2006). Human and automated coding of rehabilitation discharge summaries according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(5), 508–515. [DOI: 10.1197/jamia.M2107]
- Kurcz, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Leissner, J., Coenen, M., Fröhlich, S., Loyola, D. i Cieza, A. (2014). What explains health in persons with visual impairment? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(65). [DOI: doi: 10.1186/1477-7525-12-65]
- Lexell, J., Malec, J. F. i Jacobsson, L. J. (2012) Mapping the Mayo-Portland adaptability inventory to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44(1), 65–72. [DOI: 10.2340/16501977-0897]
- Lousada, M. i Ramalho, M. (2014). Speech sound disorders protocol: guide for speech and language pathologists. W: P. A. Ysunza (red.), *Speech, Language and Voice Pathology: Methods, Challenges and Outcomes*. Oakland University, Michigan: Nova Publishers.
- McCormack, J., McLeod, S., Harrison, L. J. i McAllister, L. (2010). The impact of speech impairment in early childhood: investigating parents' and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *Journal of Communication Disorders*, 43(5): 378–396. [DOI: 10.1016/j.jcomdis.2010.04.009]
- Ministerstwo Edukacji i Nauki (2020). *Model Edukacji dla Wszystkich*. Warszawa: MEiN.
- Norwich, B. (2016). Conceptualizing special educational needs using a biopsychosocial model in England: the prospects and challenges of using the international classification of functioning framework. *Frontiers in Education*, 1(5). [DOI: 10.3389/educ.2016.00005]
- Raggi, A., Meucci, P., Leonardi, M., Barbera, T., Villano, A., Caputo, M. R. i Grassi A. (2014). The development of a structured schedule for collecting ICF-CY-based information on disability in school and preschool children: an action research from Italy. *International Journal of Rehabilitation Research*, 37(1), 86–96. [DOI: 10.1097/mrr.000000000000042]
- Riva, S. i Antonietti, A. (2010). The Application of ICF CY Model in Specific Learning Difficulties. *Psychology of Language and Communication*, 14(2). [DOI: 10.2478/v10057-010-0009-2]
- dos Santos-Zingale, M. i McColl, M. A. (2006). Disability and participation in post-conflict situations: the case of Sierra Leone. *Disability & Society*, 21(3), 243–257. [DOI: 10.1080/09687590600617428]
- Shaw, L., Leyshon, R. i Liu, M. (2007). Validating the Potential of the International Classification of Functioning, Disability and Health to Identify Barriers to and Facilitators of Consumer Participation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 255–266. [DOI:10.1177/000841740707405504]
- Stamm, T., Geyh, S., Cieza, A., Machold, K., Kollerits, B., Kloppenburg, M., Smolen, J. i Stucki, G. (2006). Measuring functioning in patients with hand osteoarthritis-content comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Rheumatology*, 45(12): 153–441.
- WHO (2007). International classification of functioning, disability and health. Children and youth version: ICF-CY. World Health Organization. Pobrane z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>

- WHO (2009). ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- WHO (2009). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- WHO (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment*. Geneva: WHO.
- Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G. i Bogdanowicz, K. M. (2015). *Skala Prognoz Edukacyjnych SPE IBE. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.