

EWA MUZYKA-FURTAK¹, EWA HAMAN²

¹Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

²Uniwersytet Warszawski
Wydział Psychologii

Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR) **w diagnostyce logopedycznej dzieci** **z uszkodzonym słuchem**

Polish Picture Vocabulary Test – Comprehension (OTSR)
in logopedic diagnosis of hearing-impaired children

STRESZCZENIE

W artykule poruszona jest problematyka możliwości posługiwania się obrazkowymi testami rozumienia słów w diagnostyce logopedycznej osób z uszkodzeniami słuchu (US). Prezentowany jest przykład dostosowania procedury i interpretacji wyników *Obrazkowego Testu Słownikowego – Rozumienie* OTSR do badań dzieci i młodzieży z US. Przedstawiono przykładowe badania osób w różnym wieku i o odmiennej charakterystyce deficytów słuchowych. W oparciu o nie oraz na podstawie doświadczeń w pracy terapeutycznej zaproponowano zmiany w procedurze badań OTSR, które pozwoliłyby na szerokie stosowanie testu w diagnostyce surdologopedycznej. Omówiono konsekwencje wprowadzania zmian w procedurze w odniesieniu do interpretacji wyników OTSR i porównywania ich z istniejącymi normami dla dzieci jednojęzycznych o typowym rozwoju.

Słowa kluczowe: uszkodzenie słuchu, obrazkowy test słownikowy, OTSR, diagnoza surdologopedyczna.

SUMMARY

The article discusses the problems of the possibility of using picture word comprehension tests in logopedic diagnosis of hearing-impaired persons. The study presents the example of adjusting the procedure and interpretation of the *Polish Picture Vocabulary Test – Comprehension* [Polish: *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie* (OTSR)] to test hearing-impaired children and young people. Examples of testing persons of different age and with different characteristics of hearing deficits were presented. On the basis of these and experience of therapy work changes in the procedure for OTSR testing are proposed, which would allow the wide use of the test in surdologopedic diagnosis.

The paper also discusses the consequences of introducing changes in the procedure in respect of interpretation of OTSR results and comparing them with the existing norms for typically developing monolingual Polish children.

Key words: hearing impairment, picture vocabulary test, OTSR, surdologic diagnosis

WPROWADZENIE. BADANIA OSÓB Z USZKODZENIAMI SŁUCHU (US) OBRAZKOWYMI TESTAMI SŁOWNIKOWYMI

Narzędzia psychometryczne przeznaczone do oceny wiedzy leksykalnej dzieci (oraz dorosłych) są przygotowywane w pierwszej kolejności dla populacji posługującej się językiem mówionym i na ogół dla takiej populacji są normalizowane. W przypadku narzędzi do oceny rozumienia słów bardzo często mamy do czynienia z testami obrazkowymi wykorzystującymi zadanie wyboru obrazka w odpowiedzi na słyszane słowo kluczowe (plansze obrazkowe zawierają najczęściej 4 obrazki do wyboru). Przykładem jednego z najpopularniejszych testów tego typu, stosowanego w badaniach naukowych, jak i diagnostyce, używanego w różnych krajach jest *Peabody Picture Vocabulary Test* PPVT (wersja amerykańska: Dunn i Dunn, 1981/1997/2007¹; przykłady innych wersji językowych to: brytyjska – *British Picture Vocabulary Scale* BPVS, Dunn, Dunn, Whetton, Burley, 1997; hiszpańska – *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody* TVIP, Dunn, Padilla, Lugo, Dunn, 1986; francuska – *Échelle de vocabulaire en images Peabody* EVIP, Dunn, Theriault-Whalen, Dunn, 1993). Przykładowo, amerykańska wersja PPVT posiada normy dla populacji osób słyszących w wieku od 2;6 do 90+ lat, brytyjska wersja BPVS – dla populacji osób słyszących w wieku 3;0–16;11. Pozycje testowe w PPVT są uporządkowane według wzrastającej trudności i podzielone na zestawy, dzięki czemu miejsce rozpoczęcia badania wyznaczane jest przez wiek biologiczny dziecka (zakłada się bowiem na podstawie wyników badań, że pozycje wcześniejsze byłyby zbyt proste dla dziecka w danym wieku), a moment zakończenia badania wyznaczany jest liczbą niepoprawnych odpowiedzi udzielonych w danym zestawie (zakłada się bowiem, że kolejne pozycje byłyby zbyt trudne). Testem, który można uznać za polski odpowiednik tych narzędzi jest *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie* OTSR (Haman, Fronczyk, 2012), który jednak posiada normy wyłącznie dla wieku 2;0–6;11 lat, również dla populacji ogólnej. Istotną różnicą pomiędzy PPVT (i jego różnymi wersjami językowymi) a OTSR jest jednak sposób doboru obrazków dystraktorów (kwestia ta będzie omówiona w dalszej części artykułu). Poniżej przedstawiamy próby przystosowywania obrazkowych testów oceniających rozumienie słów do stoso-

¹ Pierwsza wersja testu została opracowana w 1959 r., następne w latach 1981 i 1997, najnowsza, czwarta edycja, pochodzi z 2007 r. W kolejnych wydaniach testu wprowadzono sukcesywnie zmiany dotyczące np. przedziału wieku badanych czy graficznej prezentacji materiału obrazkowego (w ostatniej wersji konturowe obrazki czarno-białe zastąpiono kolorowymi).

wania dla populacji osób z uszkodzeniami słuchu i w szczególności prezentujemy możliwości używania w tym celu OTSR.

Samo uszkodzenie słuchu może być postrzegane jako podstawowa przeszkoda w stosowaniu PPVT (i innych jego wersji językowych), na co zwracają uwagę sami autorzy testu w podręczniku (np. Dunn, Dunn, Whetton, Burley, 1997). W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele przykładów wykorzystywania PPVT oraz jego adaptacji w badaniach dzieci z różnymi uszkodzeniami słuchu, tzn. zarówno dzieci niedosłyszących, jak i głuchych. PPVT (i jego innych wersji językowych) używa się powszechnie w wielu krajach do oceny zasobu słownikowego dzieci i młodzieży z US. Jest narzędziem wykorzystywanym w badaniach eksperymentalnych o różnym profilu, służąc sprawdzeniu wpływu działania wybranego czynnika na kształtowanie się zasobu leksykalnego. W dużej mierze są to badania dzieci, których możliwości percepcyjne pozwalają na stosowanie testu zgodnie z wyznaczoną procedurą badania, a zatem bardzo często są to badania dzieci implantowanych. Pomiaru dokonuje się, jednocześnie kontrolując zmienne kluczowe dla rozwoju słownikowego, takie jak czas implantowania (np. Fagan, Pisoni, 2011) czy wczesna interwencja terapeutyczna (Moeler, 2000). W celu oszacowania rozmiaru opóźnień spowodowanych wadą słuchu porównuje się także zasób słownikowy dzieci implantowanych ze słownikiem dzieci aparatuowanych oraz dzieci słyszących (Hayes, Geers, Treiman, Moog, 2009). Badaniami PPVT bez zmiany procedury poza dziećmi implantowanymi i dziećmi aparatuowanymi o lepszych możliwościach percepcyjnych, będących m.in. efektem wczesnej interwencji terapeutycznej, są obejmowane również dzieci z mniejszymi ubytkami słuchu (np. Gilbertson, Kamhi, 1995), gdyż są one w stanie bez przeszkód odebrać polecenia drogą słuchową. Wszyscy badacze zgodnie podkreślają konieczność stworzenia w trakcie badania dzieci z US za pomocą PPVT warunków sprzyjających słuchaniu oraz korzystania z wszelkich dostępnych dziecku urządzeń wspomagających słyszenie.

Większe ograniczenia percepcyjne będą tym samym w dużej mierze czynnikiem dyskwalifikującym z badań testem PPVT. Odnaleźć można głosy sprzeciwiające się dokonywaniu zmian w procedurze badań PPVT mających na celu przystosowanie instrukcji testu do ograniczeń wynikłych z uszkodzeń słuchu oraz dyskusje dotyczące skutków ich dokonywania (por. Prezbindowski, Lederberg, 2003). Nie oznacza to jednak, że pewne modyfikacje nawet w przypadku bardziej restrykcyjnych stanowisk nie są akceptowane. Zezwala się na Nielimitowaną liczbę powtórzeń w badaniach dzieci z US² czy zmianę miejsca rozpoczęcia badania testem (określonego w instrukcji przez wiek biologiczny dziecka), spowodowaną opóźnieniami rozwoju mowy dzieci z US (por. m.in. uwagi dot. stosowania

² Zdarzają się także propozycje zwiększenia liczby akceptowalnych błędnych odpowiedzi, których popełnienie oznacza zakończenie badania testem (Forde, 1977).

BPVS³). Rygorystyczne podejścia do procedury testu w badaniach dzieci z US wydają się zrozumiałe w sytuacji, gdy istnieją i są dostępne w danym języku inne testy do oceny słownika, przeznaczone wyłącznie dla dzieci z ograniczeniami percepcji słuchowej, a nawet wyznaczone są normy rozwojowe dla dzieci z US mówiących (np. *The Grammatical Analysis of Elicited Language-Presentence Level GAEL-P*; Moog, Kozak, Geers, 1983) oraz migających (wzorowany na PPVT *Carolina Picture Vocabulary Test for Deaf and Hearing-Impaired Students CPVT*, Layton i Holmes, 1985⁴; PERLESKO *Prüfverfahren zur Erfassung lexikalisch-semanticischer Kompetenz*, Bizer i Karl, 2002, czy *British Sign Language Vocabulary Test*⁵, Mann, 2009; Haug i Mann, 2014). Jednak ciągły niedostatek narzędzi opracowanych specjalnie dla grupy osób z US skłania badaczy i diagnostów do stosowania narzędzi opracowanych dla osób bez US oraz do mniej rygorystycznego traktowania procedury przeprowadzania badania. Należy jednak podkreślić, że każde odstępstwo od procedury opisanej w podręczniku sprawia, że wynik testu może różnić się od wyniku, jaki badany uzyskałby w ramach standardowej procedury (Fronczyk, 2009; Hornowska, 2009), a więc uniemożliwia porównanie z normami opracowanymi dla standardowej procedury. Ponadto, właściwości testu (np. rzetelność lub trudność poszczególnych pozycji) określone w badaniach normalizacyjnych dla konkretnej populacji (np. osób bez US) nie obowiązują w odniesieniu do innej populacji (np. osób z US). Oznacza to, że określenie tych właściwości dla nowej populacji jest możliwe dopiero po przeprowadzeniu badań empirycznych z udziałem grupy osób do tej populacji należących.

W polskiej surdologii nadal istnieją znaczne niedobry narzędzi diagnostycznych, zwłaszcza spełniających standardy współczesnych testów psychometrycznych (opisywanych np. w: Hornowska, 2009). Przyjęcie perspektywy psychometrycznej sprawia, że uwagę przykuwają głównie dyskusje dotyczące możliwości stosowania istniejących testów obrazkowych, takich jak PPVT. Poza wskazanymi wcześniej niewielkimi modyfikacjami procedury badania, w literaturze odnaleźć można kilka propozycji dokonywania większych zmian w procedurze PPVT w badaniach osób z US, np. poprzez wprowadzanie napisów (Forde, 1977; Bunch, Forde, 1987; Radić, Bradarić-Jončić, Farago, 2008). Jak zauważają autorzy, powoduje to wzrost stopnia trudności zadań testowych, uniemożliwiając odniesienie do norm wyznaczonych w oparciu o badania dzieci słyszących, którym polecenia były czytane, niemniej jednak pozwala na porównywanie różnych grup osób z US oraz grup klinicznych z grupami porównawczymi. Skutkiem tego zestawia się w badaniach różne grupy dzieci z US: implantowane, aparaturowane między sobą i z wynikami uzyskanymi w porównawczej grupie słyszących (por.

³ *Assessing and monitoring the progress of deaf children and young people: Communication, language and listening*: <http://www.ndcs.org.uk>.

⁴ Omówienie obu testów m.in. Lederberg, Spencer (2001); Prezbindowski, Lederberg (2003).

⁵ por. <http://www.signlang-assessment.info>.

Radić i in. 2008). W oparciu o zmodyfikowaną w ten sposób wersję testu wyznaczone zostały normy rozwojowe na podstawie badań dzieci z US w wieku szkolnym (por. Bunch, Forde, 1987).

W nowszych badaniach zdarza się prezentowanie badanym napisów w wersji elektronicznej (na monitorze komputera) (Cripps, Supalla, 2004). Umożliwienie odbioru słów osobom z US odbywa się także poprzez odniesienie do języka migowego (Moeller, 2000), a nawet symultaniczną komunikację, np. czytanie z miganiem (Cripps, Supalla, 2004).

Dobór narzędzi diagnostycznych w surdologopedii, ocena i interpretacja uzyskanych z ich udziałem wyników jest sprawą niezwykle skomplikowaną, dlatego wymaga dużej ostrożności ze strony osób badających. Sposób kształtowania słownika w przypadku uszkodzeń słuchu może być inny (może odbywać się w innym porządku) niż w przypadku dzieci słyszących, przyswajających dany język, np. polski (stopień trudności badanych słów jest zatem trudny do oszacowania bez odrębnych badań), ma też odmienną dynamikę – w wielu przypadkach przebiega znacznie wolniej. Z kolej badania z wykorzystaniem języka migowego – ze względu na jego ikonizację – mogą powodować fałszywe zawyżenie wyników. Nie ma też pełnej możliwości kontrolowania bariery percepcyjnej w przypadku poleceń czytanych dziecku z US, a to może powodować zaniżenie wyników badań. Brakuje wreszcie norm rozwojowych dla dzieci z US opracowanych na dużych grupach, ale też reprezentatywnych dla całej populacji osób z ograniczeniami słuchowymi, porozumiewającymi się na wiele różnych sposobów (nie jest wiadomo, ile słów zna przeciętne dziecko z US w danym wieku) (Prezbindowski, Lederberg, 2003). Ogólnie, wykorzystanie w badaniu testem opracowanym dla jednego języka, innego języka (nie tylko migowego), czyli próba tłumaczenia pozycji testowych na nowy język, jest niedopuszczalna, jeśli wynik miałby być odnoszony do istniejących norm (opracowanych dla populacji posługującej się tym pierwszym językiem). Podobne problemy w odniesieniu do psychologicznej diagnozy rozwoju poznawczego polskich dzieci z US dostrzega Wiśniewska (2014).

Zatem, właściwym metodologicznie i psychometrycznie rozwiązaniem problemów surdologopedii z brakiem narzędzi do diagnozy zasobu słownictwa osób z US byłoby przeprowadzenie badań empirycznych z użyciem istniejących narzędzi opracowanych na potrzeby innej populacji (osób bez US). Celem takich badań byłoby sprawdzenie: 1) czy zmiany w procedurze badania istniejącymi testami (przygotowanymi pierwotnie dla osób bez US) powodują istotne zmiany w wynikach (w odniesieniu do grup kontrolnych), 2) czy ewentualne zmiany w wynikach mają podobną dynamikę w różnych grupach wiekowych, 3) jakie właściwości (np. rzetelność, trudność pozycji, moc dyskryminacyjna pozycji) ma narzędzie w odniesieniu do nowej populacji (tutaj: osób z US), 4) czy narzędzie pierwotnie mierzące tylko zasób słownictwa, w odniesieniu do nowej populacji nadal mierzy

wyłącznie ten wymiar funkcjonowania. Ponieważ badania takie, z udziałem osób z US przyswajających język polski, nie zostały jeszcze przeprowadzone, poniżej przedstawiamy polskie narzędzie do pomiaru zasobu słownictwa – *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie OTSR* – i omawiamy ograniczenia i możliwości stosowania go w diagnostyce logopedycznej osób z US. Prezentowane poniżej studia przypadków można traktować jako wstęp do badań, które umożliwiłyby szersze i bardziej miarodajne stosowanie OTSR w grupie osób z uszkodzeniami słuchu.

CZYM JEST OTSR?

Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie OTSR (Haman, Fronczyk, 2012) jest znormalizowanym narzędziem diagnostycznym przeznaczonym do oceny zasobu słownictwa dzieci polskojęzycznych w wieku 2;0–6,11. Ocenie testowej podlega poziom rozumienia pojedynczych słów: rzeczowników, czasowników i przymiotników. Celem testu jest pomiar zasobu słownictwa biernego, które zgodnie z założeniami przyjętymi przez autorów testu, opartymi na danych z literatury przedmiotu (Aitchison, 2003; Clark, 1995; Clark, 2009), pełniej niż słownictwo czynne odzwierciedla wiedzę językową dziecka – liczba słów rozumianych przewyższa liczbę słów używanych w mowie czynnej. Pomiar słownictwa czynnego jest w większym stopniu zakłócony niż pomiar słownictwa biernego przez zmienne takie, jak: dostęp leksykalny, artykulacja, pragmatyka interakcji dziecko–dorosły, cechy temperamentalne (Haman, Fronczyk, Łuniewska, 2012).

OTSR jest testem służącym do oceny zasobu słownictwa dzieci, spełniającym wszystkie kryteria współczesnego narzędzia psychometrycznego (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2014). Jest to narzędzie wystandaryzowane i znormalizowane na reprezentatywnej, ogólnopolskiej grupie dzieci jednojęzycznych (jego parametry psychometryczne szczegółowo opisano w podręczniku, por. Haman, Fronczyk, Łuniewska, 2012). Dlatego też jego stosowanie wymaga bezwzględnego przestrzegania ustalonej procedury badania, aby możliwe było porównanie uzyskanego wyniku z normami. Badanie polega na prezentowaniu dziecku serii czteroobrazkowych plansz, na których dziecko wskazuje jeden z obrazków, którego nazwę słyszy w pytaniu zadawanym przez osobę badającą. Do każdego badanego słowa, tzw. słowa kluczowego, dobrane są każdorazowo trzy słowa-dystraktory (definiowane jako „błędne odpowiedzi alternatywne”). Dystraktory zostały dobrane w taki sposób, aby każdy z nich reprezentował jeden z trzech potencjalnych błędów: fonetyczny, semantyczny, tematyczny, np. „koń” (słowo kluczowe) – „dłoń” (dystraktor fonetyczny) – „krowa” (dystraktor semantyczny) – „siodło” (dystraktor tematyczny). Celem zastosowania dystraktorów oraz specjalnego ich doboru było uzyskanie w badaniu testem nie tylko danych

ilościowych dotyczących zasobu leksykalnego, ale także umożliwienie jakościowej oceny słownika (charakterystyka ze względu na typ popełnianych błędów)⁶. OTSR posiada dwie wersje równoległe (A i B), a każda z nich zawiera 88 pozycji, które są ułożone w kolejności wzrastającej trudności. Dzięki temu badanie rozpoczyna się w określonym miejscu, zależnym od wieku dziecka (ustalono następujące przedziały wiekowe wyznaczające początek badania testem: 2;0–3;11, 4;0–4;11, 5;0–5;11, 6;0–6;11), a kończy, gdy dziecko popełni kolejno 4 błędy. To gwarantuje maksymalne skrócenie czasu badania.

OTSR został znormalizowany na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej, jednak w badaniu normalizacyjnym brały udział dzieci o typowym rozwoju, dlatego też jednym z jego ograniczeń jest niemożność odnoszenia wyników dzieci o rozwoju nietypowym (w tym: niesłyszących) bez zastrzeżeń interpretacyjnych dotyczących potencjalnych różnic pomiędzy tymi grupami w zakresie zasobu słownictwa (Haman, Fronczyk, Łuniewska, 2012). Na ograniczenia te zwracają również uwagę Krasowicz-Kupis, Wiejak i Gruszczyńska (2014) w *Katalogu metod diagnozy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*. Mimo tych ograniczeń, OTSR ma szansę być przydatny w logopedycznej praktyce diagnostycznej, zwłaszcza że poziom rozwoju leksykalnego dzieci nadal często bywa określany szacunkowo i intuicyjnie. Powstaje jednak pytanie o możliwość stosowania testu w badaniach słownika dzieci z różnymi zaburzeniami mowy, np. spowodowanymi uszkodzeniami słuchu. Z racji dużych problemów z przyswajaniem leksyki przez dzieci z US oraz z jej ograniczeniami występującymi również później u młodzieży i dorosłych (por. m.in. Rakowska, 1992; Cieszyńska, 1993; Krakowiak, 2012; Muzyka-Furtak, 2013), w surdologopedii istnieje bardzo duże zapotrzebowanie na narzędzie diagnostyczne, które umożliwiłoby dokonanie pomiaru zasobu słownictwa i przeprowadzenie jego charakterystyki jakościowej.

No rynku wydawniczym istnieją także inne narzędzia przeznaczone specyficznie do pomiaru słownictwa u dzieci. Należą do nich: *Test Słownika dla Dziecka* (Tarkowski, 2009) oraz *Test Słownikowy dla Dzieci TSD* (PTP, 2013). Oba te testy są przeznaczone dla dzieci w zbliżonym wieku⁷. Zawierają one szereg zadań wymagających zarówno rozumienia, jak i aktywnego użycia (wypowiedzenia) słów, a ponadto angażują inne zdolności poznawcze i językowe (na przykład pamięć roboczą w zadaniu wyboru synonimu do podanego słowa kluczowego, któremu towarzyszą trzy dystraktory – potencjalne synonimy czy znajomość gramatyki w zadaniu uzupełniania luk w zdaniach w *Teście Słownikowym dla Dzieci*; umiejętność definiowania i kategoryzowania: tworzenie słów nadrzędnych

⁶ Na marginesie warto dodać, że tego typu systematyczny dobór dystraktorów nie został zastosowany w PPVT, gdzie w związku z tym nie ma możliwości analizy typu błędów popełnianych przez osoby badane.

⁷ *Test Słownika Z.* Tarkowskiego przeznaczony jest dla dzieci w wieku 4–8 lat, *Test Słownikowy* dla dzieci w wieku 4–7 lat.

i podrzędnych w teście autorstwa Z. Tarkowskiego). Z tego względu można uznać, że nie są to czyste miary wiedzy leksykalnej i dlatego stosowanie ich do pomiaru zasobu słownictwa może być obciążone ryzykiem obciążenia wyniku innymi ukrytymi zmiennymi. Porównywanie OTSR i innych narzędzi do pomiaru słownictwa nie jest jednak celem tej pracy. OTSR został wybrany do oceny pod kątem przydatności w surdologopedii ze względu na przyjęty sposób badania dziecka (pomiar rozumienia słów poprzez wybór obrazka), minimalizację wpływu innych zmiennych poznawczych i językowych na wynik badania oraz opisywane w literaturze próby stosowania analogicznych testów (tj. PPVT) w podobnych celach.

Pytania badawcze dotyczące wykorzystania OTSR w surdologopedii

Zagadnienie możliwości wykorzystania OTSR w diagnostyce logopedycznej dzieci z US już na wstępie nasuwa niżej podane pytania.

1. Czy OTSR można stosować w diagnostyce logopedycznej dzieci z US?
2. Jaka grupa dzieci z US może być badana testem OTSR bez zmiany procedury badania?
3. Badanie jakiej grupy dzieci z US wymaga zmiany procedury?
4. Jakie zmiany procedury badania testem OTSR są konieczne w odniesieniu do dzieci z US?
5. Jaka grupa dzieci z US nie powinna w ogóle być badana testem OTSR?

PRZESZKODY W STOSOWANIU OTSR W SURDOLOGOPEDII

Przeszkodą w stosowaniu *Obrazkowego Testu Słownikowego – Rozumienie* jest samo uszkodzenie słuchu u osoby badanej. Po pierwsze deficyty percepcyjne utrudniają lub wręcz uniemożliwiają odbiór (usłyszenie i zrozumienie) pytań testowych, zadawanych ustnie przez osobę badającą. Po drugie, co wynika ze specyfiki zaburzeń mowy dzieci z wadą słuchu, zjawiskiem typowym i powszechnym są opóźnienia rozwoju mowy wywołane niepełnosprawnością słuchową, których zakres może być różny – większy lub mniejszy, co zależy od szeregu zmiennych. Ograniczenia zasobu leksykalnego spowodowane zaburzeniami percepcji słuchowej dotyczą w związku z tym dzieci w różnym wieku, także w starszym wieku szkolnym, a dysproporcja pomiędzy rzeczywistym poziomem rozwoju językowego a wiekiem biologicznym jest wśród osób z US zjawiskiem powszechnym. Zatem można się spodziewać, że wyniki dzieci z wadą słuchu będą obniżone w stosunku do dzieci o typowym rozwoju, nawet jeśli kwestia utrudnień percepcyjnych występujących przy standardowej procedurze badania zostanie rozwiązana. Dla wielu dzieci z US, zwłaszcza tych najmłodszych, test może być zbyt trudny, z ko-

lei wiele dzieci, które byłyby w stanie sprostać zadaniom testowym, przekroczyło już wiek 6;11 (do którego opracowane są normy).

Specyficzną trudnością dla osób z US może być systematyczny dobór dystraktorów w OTSR: każda pozycja zawiera jeden dystraktor fonetyczny – obrazek przedstawiający słowo bliskie fonetycznie słowu kluczowemu (np. biurko – piórko; pośpiech – uśmiech). Brak takiego systematycznego doboru dystraktorów fonetycznych w PPVT może sprawiać, że jego użycie w badaniach osób z US jest mniej problematyczne niż może się to dziać z OTSR. W podręczniku do OTSR nie zostały podane częstości poszczególnych typów błędów w grupie normalizacyjnej, zatem trudno będzie ocenić, czy osoby z US popełniają tego typu błędów więcej niż osoby słyszące. Niemniej jednak przeprowadzenie takich porównań mogłoby wskazać, w jakim stopniu dystraktory fonetyczne stanowią dla osób z US dodatkową trudność w OTSR.

TEZY WSTĘPNE DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI STOSOWANIA OTSR W SURDOLOGOPEDII

OTSR może znaleźć swoje zastosowanie w diagnostyce logopedycznej dzieci z różnymi uszkodzeniami słuchu. Ze względu na dużą niejednorodność populacji osób dotkniętych niepełnosprawnością słuchową, nie wszystkie one są w stanie sprostać standardowej procedurze badania testem OTSR. Pewna grupa dzieci z uszkodzeniami słuchu może być zbadana OTSR zgodnie z przewidzianą procedurą badania, inna – wymaga niewielkiej modyfikacji procedury, wreszcie jest taka grupa dzieci z US, w przypadku której konieczna jest zmiana procedury umożliwiająca przystąpienie do badania testem i uzyskanie wiarygodnego wyniku.

Obok zmian w obrębie procedury testu kolejnym warunkiem stwarzającym szansę poszerzenia zakresu stosowania OTSR o obszar surdologopedii jest uwzględnienie opóźnień w rozwoju mowy dzieci z uszkodzeniem słuchu, co w praktyce oznacza możliwość badania testem również starszych dzieci z uszkodzeniami słuchu (nie tylko tych, dla których test jest pierwotnie przewidziany i dla których przeprowadzono badania normalizacyjne, tj. dzieci do wieku 6;11).

Przy wprowadzaniu jakichkolwiek zmian w procedurze badania należy pamiętać, że porównywanie wyników z obecnie istniejącymi normami staje się problematyczne lub wręcz niemożliwe. Dlatego też po sprawdzeniu możliwości przeprowadzania badania z użyciem OTSR w grupie dzieci z uszkodzeniem słuchu i ustaleniu koniecznych zmian w procedurze, należałoby przeprowadzić obszerne badania, które umożliwiłyby ustalenie norm dla tej populacji i określenie rzeczywistych różnic w rozwoju leksykalnym pomiędzy dziećmi z uszkodzeniami słu-

chu a tymi o typowym rozwoju lub też sprawdzenie, jakiego typu odstępstwa od procedury nie powodują istotnych zmian w wynikach dzieci o typowym rozwoju.

POSTULOWANE ZMIANY W PROCEDURZE BADANIA OTSR

Przełamanie bariery percepcyjnej wymaga zmiany sposobu prezentacji pytań. W procedurze badania OTSR badający zadaje pytanie, siedząc obok badanego dziecka. Dozwolone jest powtórzenie danego pytania, ale tylko wówczas, gdy dziecko nie udzieliło żadnej odpowiedzi (nie: kiedy padła odpowiedź niepoprawna) i maksymalnie w odniesieniu do trzech pytań testowych.

Modyfikacja procedury badania przydatna w przypadku dzieci z US wynika z potrzeby przełamania bariery percepcyjnej i oznacza:

1) zmianę pozycji badającego względem badanego – usytuowanie naprzeciwko dziecka i zapewnienie możliwości wspomagania się percepcją wzrokową („czytaniem z ust”);

2) zmianę sposobu zadawania pytań z czytania ich z arkusza na czytanie wspomagane prezentacją napisu (napis pojawiający się równoległe z czytany pytaniem lub samodzielnie bez głośnego czytania)⁸;

3) zwiększenie akceptowalnej liczby powtórzeń pytania.

Z kolei modyfikacja procedury badania wynikająca z potrzeby uwzględnienia opóźnień w rozwoju językowym dzieci z US wiąże się z potrzebą odnoszenia uzyskanego wyniku badań w grupie starszych dzieci z US do norm dla młodszych dzieci słyszących:

1) uwzględnienie wieku otrzymania przez dziecko protezy słuchowej, czyli dookreślenie relacji pomiędzy wiekiem biologicznym dziecka a rzeczywistym etapem jego rozwoju mowy (na który bezpośredni wpływ ma czas otrzymania aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego);

2) doprecyzowanie warunków stosowania OTSR u dzieci z uszkodzeniami słuchu powyżej wieku 6;11;

3) dookreślenie możliwości zmiany sposobu interpretowania wyniku i odnośnienie uzyskanego wyniku dziecka z US do podobnego wyniku uzyskanego przez dziecko słyszące w określonym wieku (uzyskanie informacji: „W jakim wieku dziecko słyszące o przeciętnym zasobie leksykalnym uzyskuje taki sam wynik jak badane dziecko z uszkodzonym słuchem?”).

MATERIAŁ BADAWCZY

W celu weryfikacji przedstawionych tez dotyczących możliwości stosowania OTSR w diagnostyce surdologopedycznej, zostanie przedstawiony materiał uży-

⁸ Proponowana zmiana procedury może dotyczyć wyłącznie badań dzieci potrafiących czytać.

skany w badaniach kilku wybranych przypadków osób z US. Materiał egzemplifikacyjny będą stanowiły wyniki badań testem OTSR uzyskane w trzech skrajnie dobranych przypadkach uszkodzeń słuchu, zestawione i porównane ze sobą.⁹

Przypadek A. 23-letnia osoba z głębokim perilingwalnym uszkodzeniem słuchu. Studentka. Nie zna języka migowego. Komunikuje się za pomocą języka fonicznego (mowa niewyraźna, bez błędów gramatycznych). Badanie OTSR zostało przeprowadzone wersją A, zasadniczo według standardowej procedury, z dwoma wyjątkami: 1) po pozycjach treningowych, badanie kontynuowano od początku testu (zastosowanie kryterium wieku do wyznaczenia początku badania nie miało sensu ze względu na wiek osoby badanej), 2) badanie nie zostało przerwane w trakcie (procedura przewiduje zakończenie badania po 4 błędnych odpowiedziach następujących bezpośrednio po sobie).

Wyniki badania: Na 88 pozycji (zgodnie z procedurą: czytanych) badana nie rozpoznała poprawnie aż 46 słów. Rodzaje popełnionych błędów były następujące: 19 błędów fonetycznych, 12 semantycznych, 15 tematycznych. W odniesieniu do poszczególnych części mowy błędy dotyczyły: 19 z 51 rzeczowników (37,25% wszystkich rzeczowników), 18 z 25 czasowników (72% wszystkich czasowników) i 9 z 12 przymiotników (75% wszystkich przymiotników). Po pierwszym badaniu przeprowadzono drugie, stosując wyłącznie pozycje, dla których wcześniej padła błędna odpowiedź. Tym razem osobie badanej, poza pytaniem w formie ustnej, prezentowano pytanie w postaci wydrukowanego napisu (na kartce kładzionej na stole przed skoroszytem z planszami obrazkowymi). Po wprowadzeniu tej zmiany, mającej na celu przełamanie bariery percepcyjnej i dotarcie do rzeczywistej znajomości słów, okazało się, że badana na 88 słów nie знаła tylko jednego. Popełniony błąd dotyczył słowa *ceruje*, które zostało zinterpretowane poprzez wskazanie obrazka odnoszącego się do słowa *szyje* (błąd semantyczny). Studentka uzyskała zatem w pierwszym badaniu bardzo niski wynik (1 sten, 1 centyl) w porównaniu z najstarszą dostępną grupą wiekową (6;6–6;11). Zgodnie ze sposobem interpretacji wyników badań opisanym w instrukcji do testu, był to wynik zbliżony do poziomu uzyskiwanego przez 1% dziewczynek w tym przedziale wiekowym. Wynik taki zdecydowanie nie przystaje do rzeczywistych umiejętności językowych osiągniętych przez badaną osobę dorosłą – studentkę. Dowodzi tego jednoznacznie niemal stuprocentowa poprawność odpowiedzi na pytania o znajomość słów uzyskana przez tę samą osobę po wprowadzeniu napisów.

Wniosek: W pewnych przypadkach uszkodzeń słuchu rzeczywista ocena zasobu słownictwa jest możliwa dopiero po wprowadzeniu napisów. Wykonanie testu zgodnie z procedurą może spowodować zafałszowanie wyników poprzez

⁹ Dodatkowo w uwagach końcowych uwzględnione zostaną wnioski płynące z badań klinicznych pierwszej autorki oparte na obserwacjach zachowań dzieci i rodziców w trakcie badań OTSR.

ich istotne zaniżenie. Koniecznie należy jednak podkreślić, że ogólnie zmiana procedury przez wprowadzenie napisów pociąga za sobą konieczność sprawdzenia w szerszych badaniach empirycznych, jak wpływa ona na wyniki dzieci słyszących i czy istotnie je zmienia. Ponadto porównywanie wyników osób spoza pierwotnie zakładanego przedziału wiekowego (2;0–6;11) z istniejącymi normami może mieć wyłącznie charakter orientacyjny i na jego podstawie nie należy wyciągać wniosków diagnostycznych.

Przypadek B. Dziewczynka w wieku 3;9 z prelingwalnym uszkodzeniem słuchu. Stopień uszkodzenia słuchu o następującej dynamice: początkowo 90dB, następnie 60–70dB, aktualnie 40–50dB. Dziecko aparatuwane w 4. miesiącu życia. Porozumiewa się za pomocą języka fonicznego. Przebywa wyłącznie w środowisku osób słyszących. Badanie OTSR zostało przeprowadzone wersją A testu, w zasadzie w pełnej zgodności z procedurą badania. Jedyne odstępstwo dotyczyło konieczności częstszego powtarzania pytań testowych, o co badana sama prosiła.

Wyniki badania: Na 88 słów (zgodnie z procedurą: czytanych dziecku na głos) dziewczynka nie знаła 21 (wynik surowy wyniósł 67), popełniając: 4 błędy fonetyczne, 9 – semantycznych, 7 – tematycznych, jedna odpowiedź nie została udzielona. W odniesieniu do poszczególnych części mowy popełniła błędy w przypadku: 14 rzeczowników (27,5% wszystkich rzeczowników), 5 czasowników (20% wszystkich czasowników) i 2 przymiotników (16,7% wszystkich przymiotników). Oceniając wyniki testu zgodnie z jego instrukcją, wyznaczono dla wyniku ogólnego następujący przedział ufności: 63–71. W odniesieniu do norm odpowiednich dla wieku badanej, dziewczynka uzyskała wynik bardzo wysoki (8–10 stenów). Na skali centylowej odpowiada mu wartość 90–100 centyli, co oznacza, że był to wynik wyższy od uzyskanego przez większość dziewczynek w tym wieku badanych przy pełnym zachowaniu procedury – z pojedynczym odczytaniem pytań testowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że już samo powtarzanie pytań testowych, częstsze niż to przewiduje procedura, mogło spowodować podwyższenie wyniku. Być może, gdyby dzieci biorące udział w badaniu normalizacyjnym miały możliwość większej liczby powtórzeń pytań, to uzyskiwałyby wyniki wyższe niż te, na podstawie których opracowano aktualne normy.

Wniosek: W niektórych przypadkach uszkodzeń słuchu wykonanie testu zgodnie z procedurą pozwala uzyskać wynik rzetelny i miarodajny. Część dzieci z uszkodzeniami słuchu w odpowiednich warunkach, tzw. warunkach sprzyjających słuchaniu, jest w stanie precyzyjnie usłyszeć pytania testowe i przez to podlegać badaniu testem bez konieczności zmiany w procedurze badania. Jednak już samo częstsze powtarzanie pytań mogło sprawić, że wynik uzyskany przez dziewczynkę stał się nieporównywalny z normami. Należy zwrócić uwagę, że badana jest dzieckiem jednojęzycznym przyswajającym język polski z niewielkim tylko opóźnieniem w stosunku do wieku biologicznego (aparatuwanie w wieku

4 miesięcy), a więc właściwie spełnia podstawowe kryteria populacji, dla której zostały opracowane normy OTSR. Zatem na podstawie uzyskanego wyniku tylko częściowo można wnioskować w diagnozie, że zasób słownictwa dziewczynki jest wysoki w porównaniu z grupą odniesienia. Wnioskowanie takie bez zastrzeżeń byłoby możliwe, gdyby z badań empirycznych wynikało, że modyfikacja procedury polegająca na częstszym powtarzaniu pytań nie powoduje istotnej zmiany w wynikach. Badań takich jednak, jak dotąd, nie przeprowadzono.

Przypadek C. Dziewczynka w wieku 8;11, z prelingwalnym głębokim uszkodzeniem słuchu. Uczennica pierwszej klasy ogólnodostępnej szkoły podstawowej. Aparatowana w 7.–8. miesiącu życia, implantowana w wieku 5 lat. Aktualne wyniki audiometrii wolnego pola wskazują na uszkodzenie słuchu na poziomie 40dB. Badanie OTSR zostało przeprowadzone wersją A testu, zasadniczo według standardowej procedury, z jednym wyjątkiem – wynikłym z przekroczenia wieku, dla którego przewidziany jest test: po pozycjach treningowych przystąpiono do zadawania pytań przewidzianych dla najstarszej grupy wiekowej (6-latków).

Wyniki badania: Spośród słów zgodnie z procedurą czytanych badanej na głos, dziewczynka nie rozpoznała znaczeń 16 słów. Po wprowadzeniu napisów (według procedury opisanej dla Przypadku A) – 10 błędów skorygowała. Wprowadzenie napisów umożliwiło korektę nie tylko błędów fonetycznych (w liczbie 4), ale, co ciekawe, również błędów tematycznych (4) i semantycznych (2). Badana w odniesieniu do norm dla dzieci w wieku 6;6–6;11 uzyskała wynik bardzo niski – przedział ufności 85% wyniósł 34–42, co sytuuje wynik na poziomie 1–2 stenów. Na skali centylowej odpowiada mu wartość 1–6 centyli. Po wprowadzeniu napisów przedział ufności wyniósł 66–74, a wyniki poprawiły się, sytuując się na poziomie 3–5 stenów i 9–33 centyli.

Biorąc pod uwagę wyniki badania uzyskane przed wprowadzeniem napisów, stwierdzono, że aktualny zasób leksykalny blisko 9-letniej dziewczynki znajduje się na poziomie przeciętnego zasobu słownikowego dziecka w wieku 3;6–3;11 r.ż. (25–75 centyli, 4–7 stenów). Z kolei biorąc pod uwagę wynik wyższy – uzyskany po wprowadzeniu napisów, można uznać go za przeciętny wynik osiągany przez dziewczynki w wieku 5;6–5;11. To ostatnie porównanie do norm jest jednak obarczone błędem związanym z istotną zmianą procedury (wprowadzeniem napisów), której wpływu na wynik znormalizowany nie umiemy ocenić bez przeprowadzenia niezależnych badań oceniających konsekwencje takiej zmiany.

Wniosek: Badanie z wykorzystaniem OTSR dziecka z US w wieku powyżej 7. roku życia, ale z opóźnieniami w rozwoju mowy, umożliwia odniesienie uzyskanego wyniku do norm rozwojowych dla dzieci młodszych i uzyskanie informacji, w jakim wieku dziecko słyszące o przeciętnym zasobie leksykalnym (25–75 centyli, 4–7 stenów) uzyskuje wynik podobny do badanego dziecka z US. Innymi słowy, normy rozwojowe dołączone do OTSR mogą pozwolić na wstęp-

nią identyfikację poziomu rozwoju leksykalnego dzieci z zaburzeniami słuchu w odniesieniu do dzieci słyszących, o ile zachowana zostanie procedura przeprowadzenia badania.

MOŻLIWOŚCI STOSOWANIA OTSR W DIAGNOSTYCE LOGOPEDYCZNEJ DZIECI Z USZKODZENIAMI SŁUCHU

Dla wielu dzieci z US zmiana procedury badania OTSR, przynajmniej w sposobie prezentacji bodźców (usytuowanie osoby badającej naprzeciwko dziecka tak, aby mogło ono wspomagać się „czytaniem z ust”), jest koniecznym warunkiem uzyskania rzetelnego wyniku. Jest jednak również taka grupa dzieci z ograniczeniami percepcji słuchowej, która może być badana ściśle z procedurą przewidzianą w OTSR, a nawet więcej, bezwzględne przestrzeganie procedury badania zapewnia uzyskanie wyniku w pełni porównywalnego z normami. Możliwe zresztą, że zmiana procedury polegająca wyłącznie na innym usytuowaniu osoby badającej w stosunku do dziecka w ogóle nie wpłynęłaby istotnie na wyniki u dzieci bez wad słuchu, a co za tym idzie, można by z równym powodzeniem stosować usytuowanie obok dziecka, jak i naprzeciwko. Sprawdzenie tego wymagałoby jednak odrębnych badań, które do tej pory nie zostały przeprowadzone.

Odwołując się do tradycyjnego, dychotomicznego podziału funkcjonującego w surdopedagogice na osoby głuche (niesłyszące) i niedosłyszące (słabosłyszące) (por. m.in. Szczepankowski, 1998), dostosowanie procedury badania OTSR do możliwości dziecka niesłyszącego (głuchego) jest konieczne i oznacza wprowadzenie zmiany w zakresie prezentacji pytań z pominięciem kanału słuchowego, czyli napisów. Przeszkodą w stosowaniu OTSR jest w tym przypadku wynikający z ograniczeń percepcji słuchowej brak możliwości odbioru i rozumienia poleceń. Jeśli chodzi o dzieci niedosłyszące (słabosłyszące), wystarczająca może być tylko pewna modyfikacja procedury badania – zajęcie przez badającego miejsca naprzeciwko badanego, stwarzające możliwość czytania z ust, zwiększenie liczby akceptowalnych powtórzeń, ewentualnie – w wątpliwych przypadkach – wspomaganie się napisem (podział klasyczny dychotomiczny).

Z kolei nawiązując do nowszej, logopedycznej typologii uszkodzeń słuchu (Krakowiak, 2012), wprowadzającej czterostopniowy podział na osoby: funkcjonalnie słyszące, niedosłyszące, słabosłyszące i funkcjonalnie niesłyszące (głuche), możliwe jest bardziej precyzyjne określenie warunków dostosowania procedury testu do ograniczeń percepcyjnych dzieci z każdej grupy. W przypadku dzieci funkcjonalnie słyszących istnieje możliwość badania testem OTSR w pełnej zgodności z przewidzianą procedurą. W przypadku dzieci niedosłyszących konieczne jest dostosowanie procedury badania do możliwości percepcyjnych dziecka, co konkretnie w ich przypadku oznacza stworzenie warunków do wspo-

magania się wzrokiem w percepcji poleceń (zgodnie z zasadą „słucham i patrzę”). W trakcie badań dzieci funkcjonalnie słyszających i niedosłyszających należy zadbać o stworzenie warunków sprzyjających słuchaniu. W odniesieniu do dzieci słabosłyszających i funkcjonalnie niesłyszających konieczna jest radykalniejsza zmiana procedury. Odbiór poleceń drogą słuchową, nawet ze wspomaganiami się percepcją wzrokową, nie jest bowiem możliwy w przypadku obu tych grup. Pytania testowe muszą być w związku z tym każdorazowo prezentowane dziecku w postaci napisu. Najlepiej aby zostały umieszczone na oddzielnych kartonikach, ułożonych w odpowiedniej kolejności. Grupa osób, które będą mogły być objęte badaniami naturalnie będzie zawężona do tych umiejących czytać. W przypadku wielu dzieci z uszkodzeniami słuchu naukę czytania jako drogę do nabywania systemu językowego wprowadza się jednak znacznie wcześniej w porównaniu do ogólnie przyjętego nauczania czytania dzieci słyszających w polskim systemie edukacji – nawet już w drugim roku życia (por. *Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania*, Cieszyńska, 2000).

Doprecyzowując powyższe wnioskowanie dotyczące możliwości stosowania OTSR w poszczególnych grupach dzieci wydzielonych w logopedycznej typologii uszkodzeń słuchu, w przypadku dzieci z mniejszymi ubytkami słuchu lub z większymi, ale wcześniej implantowanymi bądź aparatuowanymi (czyli w przypadku dzieci funkcjonalnie słyszających) istnieje możliwość pełnego podporządkowania się zalecanej procedurze badania testem OTSR, a tym samym odniesienia do norm rozwojowych dołączonych do testu. Uzyskanie rzetelnego wyniku badania OTSR w odniesieniu do dzieci niedosłyszających wymaga dostosowania procedury badania do ich możliwości i ograniczeń (niewielkie zmiany w procedurze). Z kolei badanie dzieci słabosłyszających i funkcjonalnie niesłyszających (głuchych) przeprowadzone zgodnie z przewidzianą procedurą powoduje zafałszowanie wyniku, wyraźnie go zaniżając z powodu istniejącej bariery percepcyjnej. W tym przypadku miarodajny wynik może być uzyskany dopiero po zmianie procedury badania, mającej na celu pokonanie bariery percepcyjnej, co zapewnia dopiero wprowadzenie napisów. Taka zmiana w procedurze powoduje jednak niemożność porównania wyniku do norm w celach diagnostycznych, dopóki w niezależnych badaniach empirycznych nie zostanie ustalone, jaki ma ona wpływ na uzyskiwane wyniki.

Poza barierą percepcyjną, kolejne ograniczenie w stosowaniu OTSR w diagnostyce dzieci z US wynika z wyznaczenia przedziału wiekowego badanych na 2;0–6;11. Normy rozwojowe dołączone do testu odnoszą się zatem tylko do dzieci w tym wieku, gdy tymczasem opóźnienia w przyswajaniu leksyki przez dzieci z ubytkami słuchu dotyczą dzieci znacznie starszych. Ocena ich słownika i oszacowanie opóźnień w przyswajaniu leksyki są niezwykle ważnym elementem diagnostyki surdologopedycznej. Stosowanie OTSR w badaniach dzieci z US w wie-

ku szkolnym byłoby niezwykle przydatne. Taka możliwość istnieje, ale wymaga zmiany sposobu badania testem. W celu uzyskania kluczowej dla surdologopedii informacji, na jakim poziomie w stosunku do rozwoju niezaburzonego znajduje się jego pacjent, należy przeprowadzić badanie testem, wykonując próby przewidziane dla wszystkich przedziałów wiekowych, poczynając od zestawu pytań dla 2-latków i – zgodnie z procedurą OTSR – kończąc badanie w momencie pojawienia się kolejno czterech niepoprawnych odpowiedzi. Odniesienie do norm rozwojowych będzie odbywało się w sposób nieco inny od tego przewidzianego w instrukcji testu. Należy bowiem w interpretacji uzyskanego wyniku badania odnieść go nie do konkretnego przedziału wiekowego – tego, na którym skończyło się badanie, lecz wyszukać w tabelach norm centylowych i stenowych przedziału wieku, dla którego uzyskany wynik stanowi wartość przeciętną (czyli 4–7 stenów, 25–75 centyli). W ten sposób możliwa do uzyskania staje się informacja, w jakim wieku dziecko słyszące o przeciętnym zasobie leksykalnym uzyskuje wynik analogiczny do badanego dziecka z US. Można również dodatkowo porównać wynik z normami przewidzianymi dla najstarszych dzieci (6;6–6;11). Należy jednak pamiętać, że informacja taka nie jest jednoznaczna z obliczaniem konkretnego opóźnienia w rozwoju leksykalnym w latach (np. przez odjęcie od wieku biologicznego dziecka wieku, dla którego wyniki dziecka byłyby przeciętne), ponieważ brak norm dla dzieci starszych (powyżej wieku 6;11) sprawia, że nieznaną jest rozkład wyników u tych dzieci, a co za tym idzie, nie wiadomo, czy faktycznie należałoby u nich spodziewać się wraz z wiekiem powyżej 6;11 istotnego wzrostu wyników w badaniu OTSR. Dlatego też porównanie wyników dzieci starszych niż 6;11 z normami należy traktować jako orientacyjne, a nie diagnostyczne.

Pytanie, jakie na koniec się nasuwa, brzmi: Czy są takie dzieci z US, które nie mogą być badane OTSR? Z całą pewnością jest pewna ich grupa. Są to dzieci z głębokimi uszkodzeniami słuchu nieumiejące czytać. Przyczyną braku użyteczności OTSR w określeniu ich zasobu leksykalnego jest brak możliwości przełamania bariery percepcyjnej, czyli stworzenia możliwości odbioru poleceń testu. Modyfikacja procedury w postaci: zmiany pozycji badającego względem badanego, wspomaganie czytaniem z ust, wprowadzenie napisów, nie zapewniają właściwej recepcji słów¹⁰, czy – w przypadku napisów – rozpoznania wyrazów. Dla części dzieci z tej grupy jedyną szansą sprawdzenia ich zasobu słownikowego byłyby badania testem dostosowanym do języka migowego, którym posługują się na co dzień. OTSR jest jednak testem opracowanym specyficznie dla języka polskiego i stosowanie go w innym języku (tu: migowym) wymagałoby najpierw badań nad stworzeniem pełnej adaptacji testu dla tego języka.

¹⁰ Por. podział funkcji słuchowych Z.M. Kurkowski (2013).

OTSR W SURDOLOGOPEDII

Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie może być narzędziem przydatnym w surdologopedii, służąc zarówno celom naukowym, jak i wspierając diagnostykę indywidualną dzieci z US w różnym wieku. Umożliwia on ocenę ilościową i jakościową zasobu leksykalnego i pozwala na monitorowanie rozbudowywania słownika, czyli obserwowanie dynamiki rozwoju językowego. Zasady konstrukcji testu pozwalają na dokonanie precyzyjnej i szybkiej oceny zasobu słownictwa biernego, ale też uzyskanie informacji dodatkowych, wykraczających wyłącznie poza dane ilościowe. Wprowadzenie słów-dystraktorów, dobranych według klucza relacji fonetycznych, tematycznych i semantycznych, pozwala na zgromadzenie na etapie diagnozy informacji umożliwiających jakościową charakterystykę trudności leksykalnych badanego dziecka. Określenie typu błędu popełnionego przez badanego w odniesieniu do każdego prezentowanego słowa jest kluczowe dla oceny ograniczeń leksykalnych dziecka z US, gdyż pozwala zidentyfikować jego strategię przełamywania kodu językowego. Połączenie ilościowej i jakościowej analizy słownictwa jest ważnym elementem rzetelnie postawionej diagnozy surdologopedycznej, a w dalszej kolejności może być podstawą programowanej terapii (por. Muzyka-Furtak, 2013; Krakowiak, Muzyka-Furtak, Kołodziejczyk, 2015).

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż mimo tej wieloaspektowości danych uzyskanych w badaniu testem OTSR, jest ono niezwykle ekonomiczne czasowo. Zgodnie z założeniami autorów testu zajmuje średnio 3,5–6 min. (dane dotyczące dzieci słyszących). W przypadku dzieci z uszkodzeniami słuchu badanie może, ale nie musi ulec niewielkiemu wydłużeniu, np. wówczas, gdy potrzebna jest dodatkowo prezentacja napisu (dzieci słabosłyszące i niesłyszące) lub ze względu na konieczność częstszego powtarzania pytań.

Niewątpliwą zaletą stosowania OTSR w diagnostyce surdologopedycznej jest również nieformalna obserwacja¹¹, że dzieci z US z entuzjazmem poddają się badaniom tym testem, zwłaszcza po uzyskaniu informacji, że nie będą musiały nic mówić, tylko – pokazywać odpowiedni rysunek, wybierając go spośród czterech innych. Z kolei rodzice badanych dzieci z US są pozytywnie zaskoczeni przede wszystkim możliwością uzyskania w tak krótkim czasie informacji dotyczącej zasobu słownikowego ich dziecka, w tym orientacyjnej informacji dotyczącej stopnia opóźnienia rozwoju leksykalnego w stosunku do dzieci słyszących o typowym rozwoju. Najlepszym tego dowodem są pytania rodziców o możliwość wykonywania okresowego pomiaru przyrostu zasobu leksykalnego z wykorzy-

¹¹ Źródło obserwacji: badania testem OTSR przeprowadzone przez pierwszą z autorek artykułu.

staniem OTSR. Dzięki istnieniu dwóch równoległych wersji testu taki powtórny pomiar jest możliwy.

Argumentem przemawiającym dodatkowo na korzyść stosowania OTSR w ocenie słownictwa dzieci z US, potwierdzającym z punktu widzenia praktycznego jego precyzyjne opracowanie merytoryczne, jest również to, że w trakcie badań testem można zaobserwować sytuacje, w których kilkuletnie dziecko z ubytkiem słuchu rozpoznaje rysunki, które przez rodziców były określane „tego to nie zna, za trudne” (np. *parada, wodny, kometa, mętny*).

Perspektywę na poszerzenie zakresu stosowania OTSR w surdologopedii daje a możliwość zmiany pozycji badającego względem badanego, wprowadzenie napisów, zwiększenie akceptowalnej liczby powtórzeń oraz poszerzenie możliwości interpretowania wyników testu (orientacyjne porównywanie uzyskanego u dzieci z US powyżej 6,11 do norm przewidzianych dla najstarszych dzieci słyszących lub odnajdywanie w tabelach zawierających normy rozwojowe przedziału wieku, dla którego uzyskany przez badane dziecko z US wynik może być określony jako przeciętny).

Za pomocą OTSR można by również podjąć próbę badania dzieci stosujących fonogesty, czyli znających język polski, ale odbierających go precyzyjnie dopiero dzięki fonogestom (por. m.in. Krakowiak, 1995; 2012). Konieczna byłaby w tym przypadku wyłącznie niewielka modyfikacja procedury badania – posługujący się fonogestami badający musiałby znajdować się naprzeciw badanego dziecka.

Można również rozważyć warunki adaptacji OTSR na język migowy, co oznaczałoby jednak konieczność stworzenia nowego testu zgodnie z wyznaczoną w podręczniku do OTSR metodą konstrukcyjną. Próby dostosowywania obrazkowych testów słownikowych do języka migowego, ale też tłumaczeń na język migowy są podejmowane i opisywane w literaturze przedmiotu.¹² Badanie testem w języku migowym miałoby na celu określenie zasobu leksykalnego w tym języku. Poszerzony byłby tym samym zakres stosowania OTSR w diagnostyce surdologopedycznej i surdopedagogicznej. Adaptacja OTSR na język migowy stwarzałaby tym samym szansę na zestawianie wyników¹³ uzyskanych w badaniu w języku polskim i w języku migowym oraz porównanie obu sposobów nabywania języka. Jednakże nowa wersja językowa (w języku migowym) byłaby w istocie nowym testem, którego właściwości psychometryczne w odniesieniu do grupy użytkowników tego języka w określonym wieku musiałby dopiero zostać sprawdzone w badaniach empirycznych.

Podkreślić należy jednak, że najlepszym sposobem na dostosowanie OTSR do potrzeb osób z US przyswajających język polski byłoby przeprowadzenie badań o charakterze normalizacyjnym na reprezentatywnej próbie tej populacji,

¹² Por. przedstawiony wcześniej przegląd literatury przedmiotu.

¹³ Por. analogiczne cele i główne założenia *Karty Oceny Zachowań Komunikacyjnych* K. Krakowiak i M. Panasiuk (1992).

uwzględniających konieczne zmiany w procedurze badawczej, oraz zmienne kluczowe dla populacji, takie jak stopień uszkodzenia słuchu, wiek zaaparatowania/implantowania itd. Badania takie mogłyby dodatkowo objąć grupę kontrolną dzieci słyszących, co umożliwiłoby ocenę ewentualnych zmian w wynikach spowodowanych zmianami w procedurze badawczej. Ograniczenia ekonomiczne (kosztowność tego typu badań) sprawiają, że obecnie możliwe jest jedynie stosowanie OTSR w odniesieniu do osób z US w zakresie opisanym w tym artykule i z zastrzeżeniami interpretacyjnymi dotyczącymi uzyskiwanych wyników, które zostały tu zaprezentowane.

Podziękowania

Autorki dziękują Magdalenie Łuniewskiej i Krzysztofowi Fronczykowi za wnikliwe uwagi wniesione do roboczej wersji artykułu.

BIBLIOGRAFIA

- Assessing and monitoring the progress of deaf children and young people: Communication, language and listening: For Teachers of the Deaf and other professionals working with deaf children*, NDCS / NatSIP (<http://www.ndcs.org.uk>).
- Aitchison J., 2003, *Words in the Mind: An Introduction to the Mental Lexicon*, Oxford: Blackwell.
- Bizer S., Karl A. K., 2002, „Entwicklung eines Wortschatztests für gehörlose Kinder im Grundschulalter in Gebärden-, Schrift- und Lautsprache”, (niepublikowana praca doktorska), Fachbereich Erziehungswissenschaften, Universität Hamburg.
- Bunch G. O., Forde J., 1987, *Pilot standardization of the Peabody Picture Vocabulary Test-Revised on hearing impaired subjects*, „A.C.E.H.I. Journal”, 12 (3), 165–170.
- Cieszyńska J., 1993, *Zaburzenia związków paradygmatycznych w nazywaniu i rozumieniu dzieci głuchych*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP. Prace Pedagogiczne”, 150, (Kraków), 243–247.
- Cieszyńska J., 2000, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga do nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Wyd. Nauk. AP, Kraków.
- Clark E. V., 1995, *Language Acquisition: The lexicon and syntax* [w:] *Speech, Language and Communication*, red. J.L. Miller, P.D. Eimas, Academic Press, San Diego, 303–337.
- Clark E. V., 2009, *First Language Acquisition* (2nd ed.), Cambridge Univ. Press.
- College Entrance Examination Board (1978), *Guide to the Use of the Descriptive Tests of Language Skills*, College Entrance Examination Board, New York.
- Cripps J. H., Supalla S. J., 2004, *Modifications to the Peabody Picture Vocabulary Picture Vocabulary Test for use with signing deaf students*, „Arizona Working Papers in Second Language Acquisition and Teaching”, 11, 93–113.
- Dunn L. M., Dunn L., 1981, *Peabody Picture Vocabulary Test-Revised*, American Guidance Service, Circle Pines, MN.
- Dunn L., Dunn L., 1997, *Peabody Picture Vocabulary*, American Guidance Services, Circle Pines, MN.

- Dunn L. M., Dunn D. M., 2007, *Peabody Picture Vocabulary Test*, Pearson Assessments, Bloomington, MN.
- Dunn L. M., Dunn L. M., Whetton C., Burley J., 1997, *The British Picture Vocabulary Scale* NFER-Nelson, Windsor.
- Dunn L. M., Padilla E. R., Lugo D. E., Dunn L. M., 1986, *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP)*, AGS Circle Pines, MN.
- Dunn L.M., Thériault-Whalen C.M., Dunn L. M., 1993, *Échelle de vocabulaire en images Peabody. Adaptation française du Peabody Picture Vocabulary Test*, Psycan, Toronto.
- Fagan M. K., Pisoni D. B., 2010, *Hearing experience and receptive vocabulary development in deaf children with cochlear implants*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, 15, 149–161.
- Forde J., 1977, *Data on Peabody Picture Vocabulary Test*, „American Annals of the Deaf”, 122, 38–43.
- Fronczyk K., (red.), 2009, *Psychometria. Podstawowe zagadnienia*, Vizja Press & IT, Warszawa.
- Gilbertson M., Kamhi A., 1995, *Novel word learning in children with hearing impairment*, „Journal of Speech and Hearing Research” 38, 630–643.
- Haman E., Fronczyk K., 2012, *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR)*, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk.
- Haman E., Fronczyk K., Łuniewska M., 2012, *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR). Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych*, Gdańsk.
- Haug T., Mann W., 2014, *Review on the state of the art on signed language testing technologies*. Zaprezentowano na ALTE, Paryż (10 kwietnia).
- Hayes H., Geers A. E., Treiman R., Moog J. S., 2009, *Receptive vocabulary development in deaf children with cochlear implants: Achievement in an intensive auditory-oral educational setting*, „Ear & Hearing”, 30, 128–135.
- Hornowska E., 2009, *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*, Wyd. Nauk. „Scholar”, Warszawa.
- Krakowiak K., 1995, *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*, seria: Komunikacja Językowa i jej Zaburzenia 9, Wyd. UMCS, Lublin.
- Krakowiak K., 2012, *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami słuchu*, Wyd. KUL, Lublin.
- Krakowiak K., Panasiuk M., 1992, *Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem*, seria: Komunikacja Językowa i jej Zaburzenia 3, red. S. Grabias, Wyd. UMCS, Lublin.
- Krakowiak K., Muzyka-Furtak E., Kołodziejczyk R., 2015, *Diagnoza surdologiczno-pedagogiczna*, [w:] *Surdologopedia. Podręcznik akademicki*, red. E. Muzyka-Furtak, Wyd. Harmonia Universalis, Gdańk (w druku).
- Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., 2014, *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej – narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach*, t. 1, Instytut Badań Edukacyjnych IBE, Warszawa.
- Kurkowski Z. M., 2013, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Layton T. L., Holmes D. W., 1985, *Carolina Picture Vocabulary Test for Deaf and Hearing-Impaired Students (CPVT)*, PRO-ED TX, Austin.
- Lederberg A. R., Spencer P. E., 2001, *Vocabulary development of deaf and hard of hearing children* [w:] *Context, Cognition and Deafness*, eds. M. D. Clark, M. Marschark, & M. Karchmer, 88–112, Gallaudet Univ. Press DC, Washington.
- Mann W., 2009, *British Sign Language Vocabulary Test (BSL-VT)*, (materiał niepublikowany), City University, London.
- Moeller M. P., 2000, *Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing*, „Pediatrics”, 106 (3), 1–9.

- Moog J. S., Kozak V. J., Geers, A. E., 1983, *Grammatical Analysis of Elicited Language (GAEL-P): Pre-sentence Level*, Central Institute for the Deaf, Washington University, Saint Louis, Mo.
- Muzyka-Furtak E., 2013, *Jakościowa charakterystyka zaburzeń leksykalnych dzieci z uszkodzonym słuchem*, „Logopedia”, 42, 135–150.
- Prezbindowski A. K., Lederberg A. R., 2003, *Vocabulary Assessment of Deaf and Hard-of-Hearing Children From Infancy Through the Preschool Years*, “Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, 8 (4), 383–400.
- Radić I., Bradarić-Jončić S., Farago E., 2008, *Leksičko znanje mladeži oštećena sluha* (tłum. *Lexical skills of hearing-impaired students*), “Croatian Review of Rehabilitation Research”, 44, 93–103.
- Rakowska A., 1992, *Rozwój systemu gramatycznego u dzieci głuchych*, Wyd. Nauk. WSP, Kraków.
- Szczepankowski B., 1998, *Wyrównywanie szans osób niesłyszących*, WSR-P, Siedlce.
- Tarkowski Z., 2009, *Test Słownika Dziecka: metody stymulowania*, Wyd. Fund. Orator, Lublin.
- Test Słownikowy dla Dzieci TSD*, 2013, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Wiśniewska, A., 2014, *Kontrowersje wokół diagnozy poziomu funkcjonowania poznawczego uczniów z uszkodzeniem narządu słuchu*, „Studia Edukacyjne”, 30, 229–243.

Źródła internetowe

<http://www.signlang-assessment.info>.