

# Kwestionariusz sensomotoryczny dla rodziców

Nazwisko i imię dziecka.....

Data urodzenia.....

## I. DOTYK

Przesadnie reaguje na niewielki ból	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi aktywności związane z brudzeniem się (malowanie palcami)	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika aktywności związanych z brudzeniem (lepienie w plastelinie)	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi być niespodziewanie dotykany (lekko)	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi być dotykany (uwielbia to, poszukuje tego)	TAK: <input type="checkbox"/>
Poszukuje fizycznie agresywnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany)	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest szczególnie łaskotliwy	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów	TAK: <input type="checkbox"/>
Preferuje pewne ubrania i/lub narzeka na metki. Mówi, że niektóre ubrania drapią są za sztywne	TAK: <input type="checkbox"/>

## II. RÓWNOWAGA I RUCH

Pierwsza część pytań odnosi się do podwrażliwości, a druga do nadwrażliwości.

Ma słabą równowagę	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma lub miał duże problemy z nauką jazdy na rowerze	TAK: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania pisania	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi kręcić się na karuzeli, krześle obrotowym	TAK: <input type="checkbox"/>
Często huśta się na krześle lub przyjmuje pozycję głową do dołu	TAK: <input type="checkbox"/>
Uwielbia huśtanie się na huśtawkach	TAK: <input type="checkbox"/>
Uwielbia szybki ruch	TAK: <input type="checkbox"/>
Wygląda na przerażone w przestrzeni (nie huśta się itp.)	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika szybkiego ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma chorobę lokomocyjną	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi ruch który sam inicjuje nie lubi gdy ktoś nim porusz, huśta	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie lubi wysokości, boi się wspinać	TAK: <input type="checkbox"/>

## III. KOORDYNACJA

Ma problemy z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie)	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest niezgrabne ruchowo, często przewraca się	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z uczeniem się nowych aktywności ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem prawo – lewo (powyżej 7 r.ż)	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie trzyma kartki drugą ręką, gdy pisze lub rysuje	TAK: <input type="checkbox"/>
Źle trzyma ołówek	TAK: <input type="checkbox"/>
Brzydko pisze, nie mieści się w liniach	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie potrafi wiązać sznurowadeł, miał trudności z nauczeniem się	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z posługiwaniem się sztućcami	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności w łapaniu i/lub kopaniu piłki	TAK: <input type="checkbox"/>

<b>IV. NAPIĘCIE MIĘŚNI</b>	
Wygląda na rozluźnione, wiotkie	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma nieprawidłową postawę, gdy siedzi lub stoi	TAK: <input type="checkbox"/>
Zbyt mocno ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/>
Zbyt lekko ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/>
Szybko się męczy	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika zabaw i gier ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania, pisania	TAK: <input type="checkbox"/>
Raczej prowadzi siedzący tryb życia	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest niezgrabne ruchowo	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z podnoszeniem cięższych przedmiotów	TAK: <input type="checkbox"/>
<b>V. SŁUCH</b>	
Jest zirytowane, pobudzone lub załężnione w miejscach gdzie jest głośno	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest bardzo wrażliwe na dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Trudno mu skupić uwagę w miejscu hałaśliwym	TAK: <input type="checkbox"/>
Myli się wykonując polecenia słowne	TAK: <input type="checkbox"/>
Potrzebuje powtarzania poleceń, wskazówek	TAK: <input type="checkbox"/>
Myli podobne dźwiękowo słowa	TAK: <input type="checkbox"/>
Zatyka uszy na niektóre dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi dziwne dźwięki, lubi powtarzać pewne dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
Mruczy, śpiewa, mówi do siebie podczas wykonywania zadania	TAK: <input type="checkbox"/>
Unika zabawek, innych przedmiotów wydających dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/>
<b>VI. WZROK</b>	
Nadwrażliwe na światło; woli światło rozproszone, półmrok	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z różnicowaniem kształtów	TAK: <input type="checkbox"/>
Krótki okres fiksacji wzrokowej (skupienia wzroku na przedmiocie)	TAK: <input type="checkbox"/>
Z trudnością śledzi poruszający się przedmiot, gubi go	TAK: <input type="checkbox"/>
Często mruga, ma ból głowy, załżawione oczy po czytaniu	TAK: <input type="checkbox"/>
Jest bardzo pobudzone, gdy ma do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi	TAK: <input type="checkbox"/>
Odmawia zasłaniania oczu, ograniczenia widzenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Odwraca litery, sylaby, słowa	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z przepisywaniem z tablicy, książki	TAK: <input type="checkbox"/>
Mruży oczy podczas słonecznego dnia	TAK: <input type="checkbox"/>
<b>VII. WĘCH</b>	
Nadwrażliwe na pewne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/>
Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem zapachów	TAK: <input type="checkbox"/>
Często zatyka nos mówiąc, że „śmierdzi”	TAK: <input type="checkbox"/>
Nie je pokarmów bez wcześniejszego wąchania	TAK: <input type="checkbox"/>
Nadwrażliwe na zapach perfum, mydła, wody kolońskiej	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi wąchać różne rzeczy niesłużące do jedzenia	TAK: <input type="checkbox"/>
Lubi mocno doprawione pokarmy	TAK: <input type="checkbox"/>
Preferuje pokarmy o łagodnym smaku	TAK: <input type="checkbox"/>

Ma łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów	TAK: <input type="checkbox"/>		
<b>VIII. UWAGA I ZACHOWANIE</b>			
Jest nerwowe, pobudzone	TAK: <input type="checkbox"/>		
Jest impulsywne, wyrywa się zanim zakończymy instrukcję	TAK: <input type="checkbox"/>		
Ma problemy z organizacją zachowania, wykonywanych zadań	TAK: <input type="checkbox"/>		
Nie może dłużej skupić się na zadaniu	TAK: <input type="checkbox"/>		
Bardzo lubi biegać, skakać, jest ciągle w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>		
Szybko i łatwo pobudzone przez dźwięki, światło itd	TAK: <input type="checkbox"/>		
Niespokojne wówczas, gdy trzeba być cicho i koncentrować się	TAK: <input type="checkbox"/>		
Łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu	TAK: <input type="checkbox"/>		
Szybko się rozprasza	TAK: <input type="checkbox"/>		
Lubi biegać podskakiwać, być w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/>		
<b>SKALA</b>	<b>NORMA</b>	<b>RYZYO</b>	<b>WYNIK:</b>
DOTYK	0-2	3-10	
RÓWNOWAGA I RUCH: Podwrażliwość	0-2	3-7	
RÓWNOWAGA I RUCH: Nadwrażliwość	0	1-6	
KOORDYNACJA	0-3	4-10	
NAPIĘCIE MIĘŚNI	0-2	3-10	
SŁUCH	0-2	3-10	
WZROK	0-3	4-10	
WĘCH	0-3	4-10	
UWAGA I ZACHOWANIE	0-2	3-10	

*Wyżej wymienione dysfunkcje mogą powodować problemy w codziennym funkcjonowaniu, w nauce, zachowaniu, co z kolei powoduje niskie poczucie własnej wartości. Dziecko, które ma wspomniane problemy nie czuje się dobrze, może wiedzieć, że niektóre rzeczy jest mu trudniej wykonać niż innym dzieciom, ale może nie wiedzieć, dlaczego. Takie dziecko może być odbierane, jako leniwe, znudzone, bez motywacji. Niektóre dzieci same znajdują sposoby na uniknięcie trudnych i kłopotliwych zadań. W takiej sytuacji dziecko może być odbierane jako niegrzeczne, uparte i sprawiające kłopoty. Nie znając przyczyny takiego zachowania rodzice i dzieci mogą się obwiniać. Sytuacja taka sprzyja rozwojowi napięcia w rodzinie, niskiemu poczuciu wartości oraz poczuciu bezsilności. Dziecko z zaburzeniami integracji sensorycznej prezentuje więcej niż jedno z powyższych objawów. Jeśli podejrzewacie Państwo, że wasze dziecko pasuje do tego obrazu, to powinno ono być poddane badaniu przez wykwalifikowanego terapeutę integracji sensorycznej.*