

# Instrukcja dla rodzica

Jak prowadzić dzienniczek obserwacji dziecka



PSYCHOLOG OD SERCA  
Izabela Klak

## Po co jest ten dzienniczek?

Dzienniczek pomaga zauważyć, kiedy dziecku jest łatwiej, co poprzedza trudne sytuacje oraz jakie sposoby wsparcia naprawdę działają. Nie służy do oceniania ani diagnozowania dziecka lub rodzica — jest materiałem do wspólnej pracy podczas konsultacji.

### 1 Opisuj fakty, nie oceny

Zapisuj to, co można było zobaczyć lub usłyszeć. Unikaj etykiet takich jak „niegrzeczny”, „leniwy”, „manipuluje”.

#### Zamiast:

„Zrobił awanturę bez powodu.”

#### Zapisz:

„Po wyłączeniu gry krzyczał około 8 minut, uderzył dłonią w biurko i odmówił pójścia do łazienki.”

### 2 Co zapisywać każdego dnia?

- najważniejsze wydarzenia i zmiany w planie dnia;
- nastrój, sen, apetyt, energię i koncentrację;
- trudne momenty oraz to, co je poprzedzało;
- reakcję dziecka i reakcję dorosłego;
- co pomogło, choćby tylko trochę;
- małe sukcesy, zasoby i sytuacje, w których było łatwiej.

### 3 Jak używać skali?

- 0** bez zauważalnej trudności
- 1** niewielka trudność — dziecko poradziło sobie samodzielnie
- 2** wyraźna trudność — potrzebowało wsparcia
- 3** duża trudność — sytuacja zakłóciła funkcjonowanie
- N** nie dotyczy lub nie było możliwości obserwacji

### 4 Przy trudnej sytuacji

Nie musisz szczegółowo opisywać każdego gorszego momentu. Wypełnij dodatkową kartę wtedy, gdy wydarzenie było ważne, powtarzalne albo szczególnie obciążające.

- ✓ Co wydarzyło się wcześniej?
- ✓ Czego oczekiwano od dziecka?
- ✓ Co dokładnie zrobiło lub powiedziało?
- ✓ Jak długo to trwało?
- ✓ Jak zareagowali dorośli?
- ✓ Co pomogło wrócić do równowagi?

### 5 Pisz krótko i regularnie

- Wystarczy 3–5 minut dziennie.
- Najlepiej uzupełniać kartę tego samego dnia.
- Nie trzeba wypełniać każdej rubryki.
- Zapisuj również dni spokojne — pomagają zrozumieć, co działa.
- Nie próbuj na podstawie notatek samodzielnie stawiać diagnozy.

### 6 Przed konsultacją

- Zaznacz 1–2 najważniejsze obserwacje.
- Wybierz sytuację, którą chcesz omówić.
- Zapisz pytania do psychologa.
- Przynieś wypełnione karty na spotkanie lub prześlij je w uzgodniony sposób.

## Najważniejsza zasada

Nie szukamy winy ani „idealnego zachowania”. Szukamy wzorców: kiedy trudność się pojawia, kiedy jej nie ma, co ją nasila i co pomaga dziecku odzyskać równowagę.

### Poufność i bezpieczeństwo

Notatki mogą zawierać prywatne informacje. Przechowuj je w bezpiecznym miejscu i nie udostępniaj osobom, które nie uczestniczą w opiece lub wsparciu dziecka.

# Szczegółowa tygodniowa karta obserwacji dziecka

— uzupełnienie do dzienniczka obserwacji — do wypełniania przez rodzica —

 Imię dziecka: .....  
 Tydzień od: ..... do: .....  
 Wiek / klasa: .....  
 Osoba wypełniająca: .....  
 Data spotkania: .....

**Jak zaznaczać?** W każdej komórce zaznacz jedną opcję: 0 = spokojnie / bez trudności, 1 = niewielka trudność,  
2 = wyraźna trudność, 3 = duża trudność

☐ 0    ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3

## Codzienna obserwacja

| Obszar                 | Pon.    | Wt.     | Śr.     | Czw.    | Pt.     | Sob.    | Nd.     |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| nastrój                | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| sen                    | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| apetyt                 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| energia / aktywność    | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| koncentracja           | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| emocje / regulacja     | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| zachowanie             | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| relacje z innymi       | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| komunikacja            | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| samodzielność          | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| nadwrażliwość / bodźce | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

## W tym tygodniu wystąpiło

- |                                         |                                                 |                                                  |                                      |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> płacz / smutek | <input type="checkbox"/> trudność z zasypianiem | <input type="checkbox"/> nadmierne pobudzenie    | <input type="checkbox"/> inne: ..... |
| <input type="checkbox"/> złość / wybuch | <input type="checkbox"/> nocne wybudzenia       | <input type="checkbox"/> silna reakcja na bodźce |                                      |
| <input type="checkbox"/> wycofanie      | <input type="checkbox"/> lęk / napięcie         | <input type="checkbox"/> odmowa współpracy       |                                      |
| <input type="checkbox"/> konflikty      | <input type="checkbox"/> skargi somatyczne      |                                                  |                                      |

## Krótki opis każdego dnia

| Pon.                                                                                                             | Wt.                                                                                                              | Śr.                                                                                                              | Czw.                                                                                                             | Pt.                                                                                                                | Sob.                                                                                                               | Nd.                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| najtrudniejszy moment: .....                                                                                     | najtrudniejszy moment: .....                                                                                     | najtrudniejszy moment: .....                                                                                     | najtrudniejszy moment: .....                                                                                     | najtrudniejszy moment: .....                                                                                       | najtrudniejszy moment: .....                                                                                       | najtrudniejszy moment: .....                                                                                       |
| co pomogło: .....                                                                                                | co pomogło: .....                                                                                                | co pomogło: .....                                                                                                | co pomogło: .....                                                                                                | co pomogło: .....                                                                                                  | co pomogło: .....                                                                                                  | co pomogło: .....                                                                                                  |
| co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  | co było dobre / udane: .....  |

### Najważniejsze wydarzenia tygodnia

.....  
 .....  
 ..... 

### Trudne sytuacje / wyzwalacze

.....  
 .....  
 ..... 

### Co pomagało dziecku?

.....  
 .....  
 ..... 

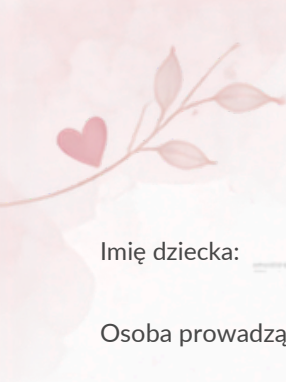
### Pytania i obserwacje dla psychologa

.....  
 .....  
 ..... 

### Co warto omówić na spotkaniu?

.....  
 .....  
 ..... 





# Dzienniczek obserwacji dziecka

## miesięczny kalendarz obserwacji

Imię dziecka: \_\_\_\_\_ Miesiąc: \_\_\_\_\_ Rok: \_\_\_\_\_

Osoba prowadząca obserwację: \_\_\_\_\_

| Poniedziałek             | Wtorek                   | Środa                    | Czwartek                 | Piątek                   | Sobota                   | Niedziela                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Na co zwracać uwagę?

  
nastrój

  
sen

  
apetyt

  
zachowanie

  
relacje

  
trudności/sukcesy

Najważniejsze obserwacje miesiąca

Co pomagało dziecku?

Trudniejsze sytuacje / wyzwacze

Wnioski i kolejne kroki





PSYCHOLOG OD SERCA

Izabela Kłak

# KARTA TRUDNEJ SYTUACJI

Sytuacja, którą warto lepiej zrozumieć ♥

Wypełnij kartę, gdy wydarzy się sytuacja, która była dla Ciebie lub dziecka trudna, niepokojąca lub wymagająca większego wsparcia.



DATA: .....



GODZINA: .....



MIEJSCE: .....

1



KTO BYŁ  
OBECNY?

2



CO DZIAŁO SIĘ  
BEZPOŚREDNIO  
WCZEŚNIEJ?

3



CZEGO W TYM  
MOMENCIE  
OCZEKIWANO  
OD DZIECKA?

4



CO DZIECKO  
ZROBIŁO LUB  
POWIEDZIAŁO?  
(jak najdokładniej)

5



JAK DŁUGO  
TRWAŁA SYTUACJA?

6



JAK ZAREAGOWALI  
DOROŚLI?

7



CO WYDARZYŁO SIĘ  
PÓŹNIEJ?

8



CO POMOGŁO  
DZIECKU WRÓCIĆ  
DO RÓWNOWAGI?

9



CO NASTĘPNYM  
RAZEM MOŻEMY  
SPRÓBOWAĆ ZROBIĆ  
INACZEJ?

10



JAK DZIECKO PÓŹNIEJ  
OPISAŁO TĘ SYTUACJĘ?  
(jak mówiło o niej później)

## JAK INTENSYWNA BYŁA SYTUACJA?

0

bez trudności

1

niewielka  
trudność

2

wyraźna  
trudność

3

bardzo duża  
trudność

Zaznacz lub wpisz: 0 1 2 3



## DODATKOWE UWAGI

.....

.....

.....

.....



## JAMIĘTAJ

Celem tej karty nie jest ocena dziecka ani Ciebie.  
To pomoc, która pozwala lepiej zrozumieć sytuację i znaleźć wsparcie.



Dziękuję za uważność i troskę.

# Karta: co pomaga dziecku?

— krótka karta dla rodzica — zaznacz i dopisz to, co wspiera dziecko —



Imię dziecka: .....



Tydzień / data: .....



Osoba wypełniająca: .....

## 1. Kiedy dziecku jest łatwiej?

Możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi.

- |                                                               |                                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gdy wie, co będzie po kolei          | <input type="checkbox"/> gdy jest ciszej / mniej bodźców      |
| <input type="checkbox"/> gdy ma uprzedzenie o zmianie         | <input type="checkbox"/> gdy może się poruszać                |
| <input type="checkbox"/> gdy może wybrać między 2 opcjami     | <input type="checkbox"/> gdy jest blisko dorosłego            |
| <input type="checkbox"/> gdy dostaje krótkie, jasne polecenia | <input type="checkbox"/> gdy ma swoją stałą rutynę            |
| <input type="checkbox"/> gdy ktoś mówi spokojnym tonem        | <input type="checkbox"/> gdy jest wypoczęte                   |
| <input type="checkbox"/> gdy ma więcej czasu                  | <input type="checkbox"/> gdy jest najedzone                   |
| <input type="checkbox"/> gdy może zrobić przerwę              | <input type="checkbox"/> gdy wie, czego się od niego oczekuje |
|                                                               | <input type="checkbox"/> inne: .....                          |

## 2. Co pomaga w trudnym momencie?

- |                                                                 |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> przytulenie / bliskość                 | <input type="checkbox"/> picie / mała przekąska          |
| <input type="checkbox"/> spokojna rozmowa                       | <input type="checkbox"/> oddech / wyciszenie             |
| <input type="checkbox"/> nazwanie emocji                        | <input type="checkbox"/> ulubiony przedmiot              |
| <input type="checkbox"/> przypomnienie, co zrobić krok po kroku | <input type="checkbox"/> słuchawki / ograniczenie hałasu |
| <input type="checkbox"/> odejście w ciche miejsce               | <input type="checkbox"/> pomoc jednej spokojnej osoby    |
| <input type="checkbox"/> chwila odpoczynku                      | <input type="checkbox"/> inne: .....                     |
| <input type="checkbox"/> ruch / spacer                          |                                                          |

## 3. Po czym widać, że dziecko potrzebuje wsparcia?

- |                                                      |                                                            |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> płacze                      | <input type="checkbox"/> powtarza pytania                  |
| <input type="checkbox"/> krzyczy                     | <input type="checkbox"/> unika zadania                     |
| <input type="checkbox"/> milczy / wycofuje się       | <input type="checkbox"/> skarży się na ból brzucha / głowy |
| <input type="checkbox"/> złości się                  | <input type="checkbox"/> trudno mu się skupić              |
| <input type="checkbox"/> wierci się / jest pobudzone | <input type="checkbox"/> inne: .....                       |

## 4. Najbardziej pomocne dla mojego dziecka



Najczęściej działa:

.....



Warto pamiętać o:

.....



Chcę omówić na spotkaniu:

.....



Ta karta nie służy do oceniania dziecka.

Pomaga zauważyć, co wspiera dziecko i co warto wzmacniać na co dzień.



PSYCHOLOG OD SERCA  
Izabela Kłak

# Karta mocnych stron i sukcesów

krótka karta dla rodzica — zauważ i zapisz to, co warto wzmacniać

 Imię dziecka: .....

 Tydzień / data: .....

 Osoba wypełniająca: .....

## 1. Mocne strony mojego dziecka

Możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi.

- |                                          |                                                   |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ciekawość       | <input type="checkbox"/> współpraca               |
| <input type="checkbox"/> empatia         | <input type="checkbox"/> odpowiedzialność         |
| <input type="checkbox"/> poczucie humoru | <input type="checkbox"/> otwartość na ludzi       |
| <input type="checkbox"/> samodzielność   | <input type="checkbox"/> dobra pamięć             |
| <input type="checkbox"/> wytrwałość      | <input type="checkbox"/> spostrzegawczość         |
| <input type="checkbox"/> kreatywność     | <input type="checkbox"/> odwaga                   |
| <input type="checkbox"/> wrażliwość      | <input type="checkbox"/> poczucie sprawiedliwości |
| <input type="checkbox"/> komunikatywność | <input type="checkbox"/> inne: .....              |

## 2. Sukcesy, które zauważyłam / zauważyłem

- |                                                                       |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spokojniej poradziło sobie z trudną sytuacją | <input type="checkbox"/> poradziło sobie ze zmianą            |
| <input type="checkbox"/> szybciej się wyciszyło                       | <input type="checkbox"/> lepiej dogadało się z innymi         |
| <input type="checkbox"/> poprosiło o pomoc                            | <input type="checkbox"/> zrobiło coś samodzielnie             |
| <input type="checkbox"/> nazwało swoją emocję                         | <input type="checkbox"/> podjęło wysiłek mimo trudności       |
| <input type="checkbox"/> lepiej współpracowało                        | <input type="checkbox"/> było bardziej otwarte / pewne siebie |
| <input type="checkbox"/> dokończyło zadanie                           | <input type="checkbox"/> miało dobry dzień lub dobry moment   |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> inne: .....                          |

## 3. Z czego moje dziecko może być dumne?

.....

.....

.....

.....

## 4. Co warto dalej wzmacniać?

 Najczęściej pomaga: .....

 Chcę szczególnie wzmacniać: .....

 Chcę omówić na spotkaniu: .....



Ta karta pomaga zauważyć zasoby dziecka,  
małe postępy i sytuacje, w których radzi sobie coraz lepiej.

# Podsumowanie przed konsultacją

krótka karta dla rodzica — uporządkuj najważniejsze obserwacje przed spotkaniem



PSYCHOLOG OD SERCA

Izabela Kłak



Imię dziecka: .....



Osoba wypełniająca: .....



Tydzień / data: .....



Data konsultacji: .....

## 1. Co najbardziej mnie zaniepokoiło?

---

---

---

---

## 2. Co było lepsze niż wcześniej?

---

---

---

---

## 3. Jaki wzorec zaczynam zauważać?

np. kiedy jest trudniej, kiedy jest łatwiej, co poprzedza trudność

---

---

---

---

## 4. Obszary, które chcę omówić

- |                                           |                                           |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> emocje / nastrój | <input type="checkbox"/> szkoła / nauka   |
| <input type="checkbox"/> zachowanie       | <input type="checkbox"/> lęk / napięcie   |
| <input type="checkbox"/> sen              | <input type="checkbox"/> samodzielność    |
| <input type="checkbox"/> apetyt           | <input type="checkbox"/> komunikacja      |
| <input type="checkbox"/> koncentracja     | <input type="checkbox"/> regulacja emocji |
| <input type="checkbox"/> relacje          | <input type="checkbox"/> inne: .....      |

## 5. Co pomaga dziecku?

---

---

---

## 6. Co nie działa lub nasila trudność?

---

---

---

## 7. Pytania do psychologa

---

---

---

## 8. Najważniejszy temat na to spotkanie

---

---

---

### Jak trudny był ostatni tydzień?



0 = bardzo spokojny

5 = bardzo trudny



Ta karta nie służy do oceniania dziecka.  
Pomaga uporządkować obserwacje  
i lepiej przygotować się do konsultacji.



PSYCHOLOG OD SERCA

Izabela Kłak