Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Katedra psychologie
Department of Psychology

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Psychometrické ověření české verze dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA)

Vypracoval(a): Bc. Denisa Řečinská
Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Bajgarová, Ph.D.

České Budějovice 2025

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracoval(a) pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 17. 4. 2025 Podpis .....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Zdeňce Bajgarové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost po celou dobu psaní této práce.

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je prvotní psychometrické ověření české verze dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA), který měří sociálně-emoční vývoj u dětí ve věku 12 až 36 měsíců, na běžné české populaci. Dále si tato bakalářská práce klade za cíl českou verzi dotazníku BITSEA validizovat, a to prostřednictvím vybraných dotazníků, které u dětí raného věku měří oblasti sociálně-emočního vývoje a které jsou navíc již v českém prostředí standardizovány a hojně používány. V rámci bakalářské práce se zkoumá faktorová struktura dotazníku, jeho reliabilita – vnitřní konzistence, vztah skóre dotazníku BITSEA s vybranými sociodemografickými údaji a dalšími osobními údaji týkajícími se respondenta či jeho dítěte a souvislost skóre dotazníku BITSEA s vybranými škálami či s celkovým skóre nástrojů, které měří stejné či příbuzné proměnné. Empirického šetření této bakalářské práce se zúčastnilo celkem 395 respondentů, kterými byli otcové a matky dětí ve věku 12 až 36 měsíců. Všechna data byla sesbírána pomocí online dotazníkového šetření. Výsledky šetření ukázaly, že dotazník BITSEA má potenciál stát se kvalitním nástrojem na měření sociálně-emočního vývoje dětí používaným v českém prostředí. Psychometrické vlastnosti dotazníku v rámci faktorové analýzy a vnitřní konzistence se jeví sice slabší, avšak dotazník disponuje signifikantní až silnou empirickou validitou.

Klíčová slova

Sociálně-emoční vývoj, batolecí věk, problémové chování, kompetence, Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA)

Abstract

The aim of this bachelor's thesis is to perform the primary psychometric validation of the Czech version of the Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA), which measures social-emotional development in children aged 12 to 36 months, in the general Czech population. Furthermore, this bachelor's thesis aims to validate the Czech version of the BITSEA questionnaire by means of selected questionnaires that measure areas of social-emotional development in young children and that are already standardized and widely used in the Czech environment. The thesis examines the factor structure of the questionnaire, its reliability – internal consistency, the relationship of the BITSEA score with selected socio-demographic data and other personal data concerning the respondent or his/her child, and the relationship of the BITSEA score with selected scales or with the total score of instruments measuring the same or related variables. A total of 395 respondents, who were fathers and mothers of children aged 12 to 36 months, participated in the empirical research of this bachelor's thesis. All data were collected using an online questionnaire survey. The results of the survey showed that the BITSEA questionnaire has the potential to become a quality instrument for measuring children's social-emotional development used in the Czech environment. The psychometric properties of the questionnaire in terms of factor analysis and internal consistency appear weaker, but the questionnaire has a significant to strong empirical validity.

Keywords

Social-emotional development, toddlerhood, problem behaviour, competence, Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA)

Obsah

Úvod ... 8
1 Vývoj dítěte v batolecím období v sociálně-emoční oblasti ... 9
1.1 Emoční a sociální vývoj batolete a jeho kompetence ... 9
1.1.1 Emoční vývoj dítěte v průběhu batolecího období ... 10
1.1.2 Sociální vývoj dítěte v průběhu batolecího období ... 12
1.1.3 Sociálně-emoční kompetence dítěte v průběhu batolecího období ... 13
1.2 Odchylky v sociálně-emočním vývoji batolete ... 16
1.2.1 Externalizační problémy ... 17
1.2.2 Internalizační problémy ... 19
1.2.3 Dysregulační problémy ... 20
1.3 Pervazivní narušení vývoje ... 21
2 Nástroje k určování sociálně-emočního vývoje a případných obtíží u dětí v batolecím období ... 24
2.1 Nástroje pro měření sociálně-emoční oblasti a chování dětí ... 24
2.1.1 Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) ... 25
2.1.2 Child Behavior Checklist (CBCL) 1.5–5 ... 25
2.1.3 Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE) ... 26
2.1.4 Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers (DECA-I/T) ... 27
2.1.5 Adaptive Behavior Assessment System (ABAS – II) ... 27
2.1.6 Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II) ... 27
2.1.7 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ... 28
2.1.8 Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI) ... 28
2.1.9 Behavior Assessment System for Children (BASC – 2) ... 29
2.1.10 Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory (KIPPPI) ... 29
2.1.11 Vývojové škály Bayleyové (BSID – III) ... 30
2.1.12 Dotazník chování předškolních dětí T-18 ... 30
2.2 Nástroje mapující riziko poruch autistického spektra u dětí ... 31
2.2.1 Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R) ... 31
2.2.2 Childhood Autism Rating Scale (CARS) ... 31
2.2.3 Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) ... 32
2.2.4 Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) - Toddler Module ... 32
2.2.5 Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children (STAT) ... 32
2.2.6 Early Screening for Autism and Communication Disorders (ESAC) ... 33
2.2.7 Early Screening of Autistic traits questionaire (ESAT) ... 33
3 Dotazník Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA) ... 34
3.1 Vznik dotazníku BITSEA ... 34

3.2 Položky a škály dotazníku BITSEA ... 35
3.3 Základní informace o vztahu BITSEA s dalšími charakteristikami ... 36
3.4 Adaptace a využití dotazníku BITSEA ... 37
4 Cíle výzkumu ... 39
5 Metodologie výzkumu ... 40
5.1 Výzkumné nástroje ... 40
5.1.1 Dotazník BITSEA ... 40
5.1.2 Dotazník Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) ... 42
5.1.3 Dotazník chování předškolních dětí T-18 ... 43
5.1.4 Dotazník M-CHAT-R ... 44
5.2 Výzkumný soubor ... 45
5.2.1 Popis vzorku ... 45
5.2.2 Postup sběru dat ... 48
5.2.3 Etické aspekty ... 49
5.3 Analýza dat ... 50
5.3.1 Analýza síly testu, korekce alfy ... 50
5.3.2 Využité testy ... 50
6 Výsledky ... 52
7 Diskuse ... 63
Závěr ... 69
Seznam literatury ... 71
Seznam tabulek ... 83
Seznam obrázků a grafů ... 85
Příloha 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu ... 86
Příloha 2: Deskripce výzkumného souboru dle pohlaví a věku dítěte respondenta ... 88
Příloha 3: Deskripce zkoumaných metrických proměnných ... 90
Příloha 4: Konfirmační faktorová analýza dotazníku BITSEA ... 91

Úvod

Nástroje určené k včasné detekci sociálně-emočních obtíží a problémového chování u dětí v raném dětství bývají čím dál významnější. Nejenže napomáhají určit, zda se u daného dítěte neobjevují určité vývojové odchylky či opoždění, ale také mohou umožnit včasnou intervenci, která může být pro dítě do budoucna velmi nápomocná a užitečná. Včasná detekce znaků problémového vývoje představuje také zásadní krok v prevenci rozvoje závažnějších psychických potíží v pozdějším věku dítěte. Studie Briggs-Gowan et al. (2001) uvádí, že u 10–15 % dětí ve věku jednoho až dvou let se projevují signifikantní opoždění v oblasti sociálně-emočního vývoje.

Z výše uvedených důvodů je nutné, aby nástroje pro včasné a efektivní zachycení těchto potíží u dětí raného věku byly spolehlivé a validní. Kvalitní nástroje pro měření sociálně-emoční oblasti u dětí v raném věku jsou obecně vzácné. Jejich důležitost stoupá i tím, že oblast sociálně-emočního vývoje dětí v raném dětství je jedna z nejstěžejnějších oblastí ve vývoji dítěte.

Jedním z takovýchto kvalitních nástrojů by mohl být krátký screeningový dotazník Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (zkráceně BITSEA), který byl vyvinut ke zjišťování sociálně-emočních problémů a úrovně sociálně-emočních kompetencí u dětí ve věku 12 až 36 měsíců a svými položkami u dětí mapuje i riziko přítomnosti poruch autistického spektra.

Vzhledem k absenci validizované české verze dotazníku BITSEA a rostoucí potřebě nástrojů pro včasné screeningové hodnocení u dětí v batolecím období je cílem této práce provést prvotní ověření a validizaci české verze nástroje BITSEA a posoudit jeho psychometrické vlastnosti a vztah s vybranými proměnnými.

Tato bakalářská práce představuje nejprve kapitolu zabývající se sociálně-emočním vývojem dětí v batolecím období. Popisuje emoční a sociální vývoj dítěte a jeho sociálně-emoční kompetence. Následně se věnuje vývojovým odchylkám a pervazivním narušením vývoje dítěte v tomto vývojovém období, kam spadají poruchy autistického spektra. Druhá kapitola bakalářské práce se zabývá představením nástrojů, které měří sociálně-emoční oblasti a chování u dětí v batolecím věku nebo u nich mapují riziko výskytu poruch autistického spektra. Poslední kapitola v rámci teoretické části této bakalářské práce se zabývá již screeningovým dotazníkem BITSEA. Závěrem bakalářská práce představuje cíle výzkumu, jeho metodologii a popisuje výsledky empirického šetření.

1 Vývoj dítěte v batolecím období v sociálně-emoční oblasti

Batolecí období je zpravidla vymezeno obdobím od jednoho do tří let věku dítěte. Bývá považováno za období první emancipace. Dítě si během tohoto období osvojí velké množství kompetencí a dochází u něj ke zřetelnému rozvoji jeho osobnosti (Vágnerová, 2005).

V rámci tohoto období u dítěte dochází k růstu jeho autonomie. Dítě si začíná uvědomovat samo sebe a postupně dokáže regulovat vlastní emoce a své chování (Brownell & Kopp, 2007). Na sociálně-emoční vývoj bývá nahlíženo jako na způsobilost prožívat a vyjadřovat emoce, účinně prozkoumávat své okolí, učit se ze sociálního prostředí a umět s ním komunikovat a rozvíjet své vztahy a udržovat je. K ideálnímu vývoji je potřeba, aby dítě pociťovalo stabilitu a jistotu ve vztazích s jeho hlavními pečovateli (Palmer et al., 2018). Klíčové jsou pro dítě proto jeho rané interakce s rodiči, při kterých by z rodičů měla být cítit dynamika podpůrného společného rodičovství (Nandy et al., 2020).

Sociálně-emoční oblast je komplexnější oblastí. Sociálně-emoční vývoj totiž nezahrnuje pouze sociální a emoční vývoj, ale také úzce souvisí s vývojem kognitivních procesů jedince (Campbell et al., 2016). Sociálně-emoční vývoj dítěte je do jisté míry daný geneticky, větší roli zde však zastává vliv prostředí (Denham et al., 2009).

Měření sociálně-emočního vývoje probíhá často pomocí zhodnocení přítomnosti či absence určitých problémů dítěte nebo jeho kompetencí, které se dotýkají sociálních či emočních oblastí. Může se například jednat o oblast, která se zaměřuje na interakce dítěte s druhými lidmi (Tervahartiala et al., 2024).

1.1 Emoční a sociální vývoj batolete a jeho kompetence

Batolecí období dítěte je považováno za kritickou vývojovou fázi pro oblast emočního a sociálního vývoje. Během tohoto vývoje si dítě osvojuje klíčové kompetence pro jeho budoucí fungování v životě.

To, jakým způsobem a jak kvalitně emoční a sociální vývoj batolete probíhá, je ovlivněno mnoha faktory. Důležitým faktorem je vztah mezi dítětem a jeho pečovatelem. Tento vztah může být narušen vlivy jako je třeba nežádoucí psychický stav matky, kam může spadat úroveň matkou zažívaného stresu či její depresivní sklony, nebo také míra chudoby, a tudíž celkové strádání v domácnosti. Podstatným faktorem je také špatné zacházení s dítětem a jeho případná deprivace (Morris & Williamson, 2019).

1.1.1 Emoční vývoj dítěte v průběhu batolecího období

Během batolecího období si dítě začíná uvědomovat svou nezávislost a své Já. Nastává tak u něj tzv. období vzdoru. Přirozenou součástí tohoto období jsou i záchvaty vzteku, prostřednictvím kterých se dítě snaží vyjádřit svou frustraci, se kterou si ještě jiným způsobem neumí poradit (Poláková, 2019). V tomto období chce dítě mnoho činností zkoušet samo, čímž podporuje svou samostatnost. Pokud mu v něčem dospělí nevyjdou vstříc, dítě se snadno rozhněvá a je tvrdohlavé. Pocity bezmoci a vzteku řeší často agresivitou, která postupem času a především vývojem vyjadřovacích schopností ubývá. Batolecí období je ale také plné bezprostředního smíchu a láskyplných emocí (Allen & Marotz, 2008).

Období vzdoru vrcholí kolem dvou a půl roku dítěte. Pokud se vzdor neprojevuje v nadměrné míře, lze usměrnit výchovou a netrvá příliš dlouho, nejedná se o patologický jev. Dítě si pomocí vzdoru hledá cestu k vlastní autonomii. Kromě vzdoru se u dítěte vyskytuje také jeho protipól – poslušnost, kdy děti poslouchají některé příkazy s vnitřním zapálením. Zvnitřňují si určité společenské normy, což přispívá k jejich socializaci (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Emoční procesy a projevy jsou u batolat stále diferencovanější. Emoce, které batole prožívá, vzbuzují a udržují jeho pozornost. Vývojovým úkolem batolete je, aby udrželo své emoce v rovnováze (Vágnerová, 2005). Během batolecího období se škála emocí dítěte rozrůstá. Ve dvou letech umí dítě vyjádřit emoce jako stud, vina a hrdost. Touto dobou se u dětí začíná objevovat také empatie (Kaywork, 2020). U batolete se také objevuje žárlivost, a to především v souvislosti s narozením sourozence (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Podle Saarni et al. (1998) je pro batolata typické prožívání hněvu a vzteku, prostřednictvím kterých se dítě snaží prosadit, což slouží také k sebeuvědomění a sebepoznání. Dále je pro ně charakteristické, že prožívají pocity studu, lítosti nebo napětí. Uvědomují si totiž už smysl pravidel a při jejich porušení na sebe nejsou hrdí. U dětí v batolecím věku se dále objevuje pocit strachu. Ten vzniká převážně z nejistoty nebo je reakcí na něco nového či neznámého. Objevují se u nich i sebehodnotící emoce jako zahanbení nebo naopak hrdost. Z důvodu svého kognitivního egocentrismu mají děti v batolecím období dojem, že s nimi vše souvisí. Nastávají tak situace, kdy má batole například pocit, že to, že je jeho matka smutná, je jeho chyba. U batolete se už objevují i pocity soucitu.

Vyjadřování emocí batolete je způsob, prostřednictvím kterého může dítě svému okolí něco sdělit, s ostatními lidmi se napojit a ovlivnit tak jejich vztah. Vnitřní stavy a chování člověka umí již batole oddělit. Zároveň se stále spoléhá na to, že pociťované emoce se automaticky

projevují i navenek, a to ve výrazu tváře nebo v chování. Když batole vidí u někoho úsměv na tváři, je si jistý tím, že je daný člověk šťastný (Vágnerová, 2005). Batolata se již do jisté míry umí i vcítit do jiných lidí, díky čemuž dokáží identifikovat jejich emoční stav a podle toho se chovat. Neumí však odlišit cizí emoce od vlastních a mají tendenci ostatní napodobovat, kvůli čemuž dochází k tomu, že pokud někdo v jeho okolí pláče, pláče taky. Následné oddělování cizích a vlastních emocí přispívá k rozvoji empatie, která se u dítěte rozvíjí především mezi druhým a třetím rokem života (Saarni et al., 1998).

Podle autorů Bowlby & Müller (2023) se do dovršení tří let života u dítěte stále silně projevuje citová závislost na matce. Šulová (2019) avšak zmiňuje termín „elastické pouto“, které zobrazuje stav, kdy je dítě šťastné ze svého pocitu nezávislosti, prozkoumává své okolí a vzdaluje se od své matky. Po určitém čase se ale k matce opět přiblíží, jelikož potřebuje získat pocit jistoty, emoční uklidnění či podporu a novou sílu k dalšímu objevování. Langmeier & Krejčířová (2006) dodává, že pokud je ale dítě od matky odloučeno i na kratší dobu z cizí vůle, objevují se u něj velmi silné reakce na tuto separaci. Dítě pociťuje úzkost proudící z jeho bezmoci a zoufalství. Tyto reakce mohou být o to znatelnější, jelikož dítě již má k dispozici širší škálu projevů, pomocí kterých na nelibé události umí reagovat. To, že dítě na separaci od matky v rámci tohoto období výrazně reaguje není nic, co by značilo jeho nepříznivý vývoj. Strach, že dítě přijde o blízký vztah se svou matkou, je přirozený. Nepřítomnost těchto reakcí by naopak mohla spíše naznačovat nepříznivý průběh vývoje dítěte.

Dítě v mladším batolecím věku stále vyhledává u svého hlavního pečovatele fyzický kontakt, ze kterého získává pocit komfortu. Hlavní pečovatel je dítěti oporou také při zvládání jeho emocí. Pečovatel by měl být vůči dítěti velmi vřelý, citlivý a vnímavý (Morris & Williamson, 2019). Kvalita vztahu s hlavním pečovatelem, nejčastěji s matkou, je klíčová pro práci s emocemi dítěte. Pokud není matka příliš vnímavá a ohleduplná vůči emocím dítěte, může být porozumění vlastním a cizím emocím pro dítě nesnadné. To může vést až k nepříznivému vlivu na rozvoj empatie, která se dále podepisuje na rozvoji prosociálního chování. Schopnost porozumět vlastním emocím má vliv také na schopnost sebekontroly (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Emoční vývoj batolete je propojený s citovou vazbou, kterou má vytvořenou s primárním pečovatelem, a jeho dosavadními zkušenostmi získanými ze sociálních interakcí s druhými lidmi. Děti v batolecím období získávají důležité informace ohledně toho, zda je jejich chování přijímáno, zda je jim nasloucháno a jestli je jejich vyjadřování emocí patřičné a akceptovatelné. Dále batolata získávají představu o možnostech objevování světa kolem sebe a pociťují, zda se mohou na své okolí při naplnění svých potřeb spolehnout. Rodiče či pečovatelé o dítě by měli

dítěti pomoci s poznáním různých emocí a dále mu pomoci s vhodným vyjádřením těchto emocí a jejich regulací (Kaywork, 2020).

Emoční vývoj bývá také propojen se schopností řeči dítěte, konkrétně jeho slovní zásobou. Dítě v batolecím věku již užívá více slov, pomocí kterých dokáže vyjádřit své emoce (Nandy et al., 2020). Vzhledem ke svým zkušenostem s vlastním prožíváním emocí, dovedou tříletá batolata identifikovat a pojmenovat slovy primární emoce lidí kolem sebe (Vágnerová, 2005).

1.1.2 Sociální vývoj dítěte v průběhu batolecího období

Batolecí období je považováno za klíčové období, během kterého dítě získává nové sociální zkušenosti a jeho sociální svět se tak intenzivně rozšiřuje. Fungování v sociálním světě s sebou nese to, aby dítě disponovalo určitými sociálními kompetencemi. Dítě v tomto období musí také poznat, jaké sociální chování je považováno okolím za adekvátní a podle toho se chovat. S poznáním vhodného sociálního chování dítěti pomáhají především jeho rodiče. Dochází k tomu například během hraní si rodičů s dítětem, při kterém rodiče dítěti předvádí vzájemnou spolupráci, půjčování a střídání si herních předmětů a další důležité aspekty sociálního chování (Nandy et al., 2020).

I přesto, že je dítě vázáno úzce na matku, počet jeho sociálních vztahů se zvyšuje. Předně k tomu dochází v rámci své širší rodiny, kde si dítě buduje svou roli. Své vztahy však začíná rozšiřovat už i mimo ni (Langmeier & Krejčířová, 2006). V batolecím období roste touha po interakcích s dalšími lidmi, hraní si s ostatními dětmi a komunikace s nimi. Toto období dítěti nabízí příležitost naučit se, jak si s ostatními dětmi má hrát, jakým způsobem s nimi má komunikovat a jakým způsobem případně má řešit konfliktní situace. Postupně by se dítě mělo učit řešit své neshody bez použití jakékoliv agrese (Kaywork, 2020). Při interakcích dítěte a budování vztahů s ostatními lidmi hraje důležitou roli úroveň jazykových schopností dítěte (Morris & Williamson, 2019). Šulová (2019) dodává, že sociální interakce dítěte s ostatními se odvíjejí i od jeho vývoje motoriky. Do svých interakcí má dítě tendenci často začleňovat svou matku či další své nejbližší.

Batolecí období je také období hledání a testování hranic. Děti tak postupně přichází na to, které chování si mohou ve společnosti dovolit a které už nikoliv. Zjištěné limity chování a poznaná pravidla si okolo věku dvou let internalizují, což jim pomáhá očekávat případný nesouhlas. Ve věku dvou až tří let jsou si děti vědomi, co je ve společnosti považováno za správné a co za špatné. V případě, že provedou něco špatného, uvědomují si to a pociťují tíseň či pocity viny (Kaywork, 2020). V tomto období se objevují i známky vzájemné pomoci, starosti o druhé, snaha o utěšování druhých a určitá míra sdílení svých hraček. Do věku tří let

ale stále zpravidla přetrvávají majetnické sklony vůči svým hračkám a jiným předmětům (Kaywork, 2020).

V průběhu batolecího období se dítěti zlepšuje i paměť, což mu umožňuje lépe interpretovat sociální podněty a následně na ně adekvátně reagovat pomocí svých již zažitých zkušeností. Postupem času umí batole i některé sociální jevy a interakce předvídat a je schopné poznat, co se od něj v určitých situacích očekává (Morris & Williamson, 2019).

V průběhu druhého roku života se dítě snaží porozumět druhým lidem okolo sebe. Vzniká u něj tak základní princip pro vývoj tzv. teorie mysli. S tímto úsilím vzniká prostor pro začátky prosociálního chování. Objevuje se zde také sdílená pozornost, která slouží ke společnému prožívání a sdílení emocí s další osobou (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.1.3 Sociálně-emoční kompetence dítěte v průběhu batolecího období

Sociálně-emoční kompetence mohou být základním ukazatelem toho, zda vývoj dítěte probíhá správně. Tyto kompetence bývají zpravidla spojovány s kognitivním vývojem dítěte a s jeho vývojem v oblasti komunikace. Mezi tyto kompetence řadíme například pozornost, imitaci a hru, empatii a prosociální chování (Haapsamo et al., 2012).

Kompetentní dítě je schopné si budovat a udržovat dobré vztahy s ostatními dětmi. Bývá ostatními dětmi oblíbené a disponuje správnou mírou sebevědomí (Denham et al., 2009). Pokud dítě nerozvine své sociálně-emoční kompetence na určitou úroveň, objevuje se zde do budoucna riziko výskytu psychopatologie (Carter et al., 2004).

Kompetence dítěte bývají převážně utvářeny v průběhu interakcí dítěte s některým z rodičů. Dochází k tomu třeba během společného hraní, při kterém je zároveň důležité, aby se dítě do hry zapojovalo s pozitivním nasazením (Cabrera et al., 2017). Saini et al. (2019) uvádí, že děti, které mají sourozence vykazují vyšší úroveň sociálně-emočních kompetencí než děti, které sourozence nemají.

1.1.3.1 Regulace emocí

Regulace emocí je kompetence, která souvisí s temperamentem dítěte a ovlivňuje oblasti jako prožívání emocí ve společnosti v rámci sociálních interakcí a budování vlastního sebevědomí. Pokud dítě navenek reguluje své vnitřní prožívání emocí může dosáhnout určitého výkonu, na který je následně náležitě pyšný, a docílí tím tak i lepší sebeprezentace. Úroveň emoční regulace bývá zpravidla podpořena tím, že dítě dokáže své emoce nejdříve správně identifikovat. Regulace emocí musí být zpravidla podporována dospělými, kteří se vyskytují v okolí dítěte (Denham et al., 2009). Batole tedy dokáže své negativní emoce už do jisté míry regulovat, ale do věku tří let se regulace emocí u batolete opírá ještě spíše o vnější kontrolu čili

za přítomnosti někoho jiného. Obecně je regulace batolat citlivější na sociální kontext (Cole, 1986).

Během druhého roku je schopno dítě regulovat své emoce pomocí určitých sociálních, behaviorálních i kognitivních strategií. Některé strategie či techniky regulace emocí pozorují děti u svých pečovatelů a následně se je snaží napodobit. Kompetence regulovat emoce mezi druhým a třetím rokem batolete roste. Děje se tomu tak i díky tomu, že se u batolete vyvíjí pozornost a dítě pak snadněji dokáže svou pozornost přeorientovat na jiný objekt zájmu (Poláčková Šolcová, 2018).

1.1.3.2 Empatie a prosociální chování

Empatie a prosociální chování spolu úzce souvisí. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 83) uvádí, že empatie je „jedním z nejdůležitějších předpokladů prosociálního chování.“.

Hartl (2004, s. 59) definuje empatii jako „schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby; je považována za součást emoční inteligence, kterou lze cíleně rozvíjet nácvikem“. Podle studie Geangu et al. (2010) je za začátek vývoje empatie již považován jev, kdy dítě během prvního roku svého života reaguje na pláč jiného dítěte. To se projevuje jak prostřednictvím hlasového projevu dítěte, tak prostřednictvím jeho výrazu v obličeji.

Denham et al. (2009) zmiňuje, že na konci batolecího období děti disponují základy k tomu, aby byly schopné porozumět emocím druhých lidí, zpravidla převážně emocím jejich pečovatelů. Belacchi a Farina (2012) uvádějí rozdělení empatie: afektivní a kognitivní empatie, kdy afektivní empatie je to, když dítě cítí to, co cítí i druhý člověk, a kognitivní empatie představuje porozumění dítěte emocím, které vidí u ostatních.

Prosociální chování bývá označováno za „sklon pomáhat druhému člověku jako vyvrcholení sociálního chování“ (Hartl, 2004, s. 202). Děti ve věku 14 až 24 měsíců již vykazují znaky prosociálního chování. Snaží se pomoci ostatním lidem. Tato tendence pomoci se neprojevuje pouze na jejich chování, nýbrž i na výrazu v jejich obličeji či na verbálních schopnostech dítěte. Množství způsobů, pomocí kterých dokáží batolata rozpoznat potřebu ostatních a následně jim pomoci, v průběhu druhého roku života batolete výrazně narůstá (Poláčková Šolcová, 2018).

Nichols et al. (2015) ve své studii zkoumali, jaká emocionální odezva a chování u batolat ve věku 12, 18 a 24 měsíců se objevuje v situaci, kdy je dítě v přítomnosti plačící panenky. Zjistili, že děti ve věku 12 měsíců o panenku nejeví velký zájem a neměly tendenci aktivně podnikat nějaké kroky, které by pro panenku mohly být potencionálně nápomocné. Děti ve věku 18 a 24 měsíců se o panenku zajímaly. Přestaly si hrát a šly se na panenku podívat zblízka. Děti ve věku 24 měsíců už o panenku jevily i zájem v emoční rovině, kdy u nich bylo

možné pozorovat změny v hlase, mimice či verbalizaci, prostřednictvím kterých projevovaly smutek či starost. Závěry studie naznačují, že v průběhu druhého roku života se stává dítě citlivější vůči emočnímu prožívání svých vrstevníků, lépe těmto emocím ostatních dokáže porozumět a je schopné čím dál více prosociálně jednat.

Vývoj prosociálního chování u batolat byl pozorován ve studii od Svetlova et al. (2010). Jednalo se konkrétně o batolata ve věku 18 a 30 měsíců, která byla sledována při pomoci dospělému na třech různých úrovních. První úroveň se odehrávala na základě toho, zda je dítě schopné dospělému pomoci tím, že mu například podá nějaký nástroj, který dospělý v danou chvíli potřebuje, tj. instrumentální pomoc. Druhá úroveň pomoci byla založená na empatii, jelikož dospělý v interakci s dítětem vyjadřoval negativní emoce a cílem batolete mělo být, aby toto negativní prožívání dospělého zmírnil. Poslední úroveň byla založena na altruismu, kdy by mělo být dítě pro blaho dospělého schopné obětovat něco na úkor sebe, například vzdát se vlastního předmětu, který v dané situaci potřebuje někdo jiný. Bylo zjištěno, že pro všechny sledovaná batolata nebyl problém pomáhat dospělým prostřednictvím instrumentální pomoci. Pomoc na základě empatie byla však pro děti ve věku 18 měsíců ještě velice obtížná a žádala větší míru komunikace ze strany dospělého. Nejtěžší forma pomoci byla pro batolata na základě altruismu. Tato forma pomoci se objevovala spíše až u dětí ve věku 30 měsíců, kdy je prosociální chování dítěte už samostatnější a založené na větší míře sociálního porozumění.

Poláčková Šolcová (2018) dodává, že dítě prosociálně reaguje také podle toho, jaký druh emoce u druhých shledává. Častěji přichází prosociální reakce batolete na emoci smutku či bolesti zpozorované u druhých než na emoci vzteku.

1.1.3.3 Vůle

Vůle dítěte v batolecím věku je velmi nezralou kompetencí – dítě tuto kompetenci teprve objevuje. Její počáteční znaky lze pozorovat pomocí projevu vzdoru dítěte, při kterém dítě vnímá svou osobnost a prosazuje se. Při prosazování nějakého záměru dítě nedbá ani tak o jeho obsah či význam, nýbrž klíčovým bodem je to, že jej prosazuje on sám. Prosazením sebe dítě pociťuje důkaz vlastní osoby a pocity uspokojení. Také díky němu dítě objevuje vlastní hranice a limity, které jsou často nastavené společností. Dítě ještě neovládá schopnost opravovat a redukovat vlastní chyby. Když se mu však něco opakovaně povede, posiluje to jeho pocit moci, což přispívá k posílení jeho zatím počátečního sebevědomí (Vágnerová, 2005).

1.1.3.4 Pozornost

U batolete se vyvíjí pozornost, což je „zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj“ (Hartl, 2004, s. 195). Je to také důležitá kompetence související s emočním

a sociálním vývojem dítěte. Dítě v tomto věku zaujme lehce jakýkoliv podnět, je nadmíru bdělé. Bdělost batolete by se měla v rámci vývoje spíše uklidňovat a dítě by časem nemělo reagovat na takové velké množství podnětů. Mimo to se časem zlepšuje také udržení pozornosti dítěte a jeho schopnost odolávat vlivům z okolí, které na něj působí rušivě (Vágnerová, 2020).

S vývojem pozornosti je spojena i volní kontrola. Ta bývá považována za „termín pro složku osobnosti, která je ve faktorové analýze osobnosti sycena vlastnostmi jako odpovědnost, vytrvalost, důkladnost, spolehlivost; též souhrnný pojem označující sebeovládání“ (Hartl, 2004, s. 293). Díky pozornosti je dítě schopné regulovat například hlasitost svého hlasu, dynamičnost svého pohybu a soustavné zaměření své pozornosti na určitý předmět (Poláčková Šolcová, 2018). Volní kontrola je temperamentovou složkou dítěte, která je dále důležitá pro přesunutí pozornosti, a mimo jiné bývá spojována také s regulací emocí (Denham et al., 2009).

1.1.3.5 Imitační a herní dovednosti

Děti v batolecím věku mají tendenci být závislé na svém okolí. Pozorují a následně napodobují chování, které vidí u ostatních. Dochází tak k učení nápodobou, při kterém si dítě osvojuje různé vzorce chování. Tím, že se dítě podobá ostatním lidem, dochází u něj k určité konformitě, která v dítěti vyvolává důležitý pocit jistoty. Nápodobování dále dítěti napomáhá k tomu, aby se zorientovalo a adaptovalo na prostředí, ve kterém se nachází. V některých případech může dojít dokonce až k identifikaci s vlastním rodičem (Vágnerová, 2005).

V období od 12 měsíců dítěte do jeho 24 měsíců se již dítě samo pokouší o iniciování herních činností. Dítě si rádo hraje samo. Každopádně se čím dál častěji objevuje i hra s ostatními dětmi. Během tohoto období upřednostňuje dítě spíše hru se staršími dětmi než se svými vrstevníky. Během interakce s ostatními dětmi probíhá tzv. paralelní hra, kdy si dítě hraje ve vzájemné blízkosti jiného dítěte, ale věnuje pozornost své vlastní hře. Postupně se při hře však už i mohou objevovat určité prvky spolupráce (Kaywork, 2020). V průběhu třetího roku života se během hry mohou vyskytovat také známky soutěživosti (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.2 Odchylky v sociálně-emočním vývoji batolete

Za odchylky v sociálně-emočním vývoji batolete jsou považovány znaky problémového chování u dítěte. Tyto pozorované znaky mohou být spojeny s budoucími obtížemi dítěte, které se mohou objevit v mnoha oblastech života. Může se například jednat o to, jak bude dítě schopné vycházet ve vztazích se svými vrstevníky.

V raném dětství jsou obtíže a zpoždění v sociálně-emoční oblasti běžné. Pouze zlomek behaviorálních projevů je natolik závažný, že dítě v tomto nízkém věku obdrží diagnózu. U dětí

v batolecím věku mohou být diagnózy v některých případech pouze přechodné. Závažné projevy u dítěte jsou ty, které naznačují vývoj některých poruch a do značné míry komplikují dítěti fungování v životě. Bývají déletrvající a někdy i celoživotní.

Psychopatologie se zaměřuje na odchylky ve vývoji jednotlivce a analyzuje znaky jak normálního, tak i abnormálního vývoje. Zkoumání patologických stavů nám pomáhá pochopit, jakým způsobem mohou vést vývojové problémy k poruchám, což nám následně umožňuje lépe určit, co je považováno za normální vývoj (Sroufe, 1990). Sociálně-emoční problémy a problémy chování, stejně jako psychopatologie, mohou být charakterizovány vývojovou odchylkou nebo neobvyklým chováním, které se liší od toho, co je běžné v daném věku. Přítomnost deviantního chování v jakémkoli vývojovém stádiu obvykle vyvolává obavy. Někdy je těžší stanovit hranici mezi normálním vývojem a psychopatologií. Rozlišování mezi typickým a atypickým vývojem je usnadněno analýzou chování nebo souvisejících symptomů, přičemž je důležité brát v úvahu vhodnost chování z hlediska vývoje v různých věkových obdobích. Využití normativních dat a dat o dětech s psychopatologií umožňuje stanovit hraniční hodnoty na určitých škálách, které se vztahují k daným projevům, což pomáhá k následné diagnostice. Rozhodnutí o stanovení diagnózy závisí na podobě chování, jeho počátku, průběhu a vlivu na fungování dítěte nebo jeho rodiny (Carter et al., 2004).

Problémové chování bývá řazeno do tří hlavních skupin, kterými jsou externalizační problémy, internalizační problémy a dysregulační problémy (Thurm et al., 2018).

1.2.1 Externalizační problémy

Za externalizační problémy bývají považovány zejména oblasti jako je hyperaktivita či impulzivita u dítěte a jeho agresivní chování (Thurm et al., 2018).

Hyperaktivita je termín, který zahrnuje označení pro soubor symptomů jako je motorický neklid a celkově přehnaná aktivita u dítěte. Bývá spojována s poruchou ADHD, která kromě hyperaktivity zahrnuje také impulzivitu, nedostatek pozornosti a problémy s jejím udržením (Hinshaw, 1987). Dle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch se porucha ADHD značí určitými projevy v chování. V oblasti nepozornosti se jedná o symptomy jako neschopnost věnovat pozornost detailům, či dopouštění se chyb z nedbalosti, problémy s udržením pozornosti při aktivitách jako je třeba plnění úkolů či herní činnosti, dojem, že dítě nedokáže poslouchat, co se mu zrovna říká, nedodržování požadavků a neschopnost dokončit zadané úkoly, problémy s organizací činností, vyhýbání se činnostem vyžadujícím déletrvající úsilí, ztráta věcí potřebných pro plnění úkolů či činností, snadné rozptýlení okolními podněty a zapomětlivost v činnostech každodenního života. Pro oblast hyperaktivity jsou zde popsány

typické symptomy jako neposednost a pohrávání si či vrtění s vlastními končetinami, odchod z místa v situaci, kdy je očekáváno, že dítě by mělo sedět, časté pobíhání či lezení někam, obtíže v hraní si v tichosti či zapojováním se do volnočasových aktivit, neustálý pohyb a nadměrné mluvení. Pro poslední oblast, kterou je impulzivita, jsou charakteristické symptomy jako potíže s doposlechnutím otázky a okamžité odpovídání, problémy s čekáním ve frontách či než na něj přijde řada v herních činnostech a časté přerušování nebo zasahování například v průběhu konverzace ostatních (American Psychiatric Association, 2013). Problémy s nepozorností, ale zejména s impulzivitou a hyperaktivitou u jedince, bývají uváděny v úzké souvislosti s výskytem agresivního chování (Hinshaw, 1987).

Agresivní chování lze u dítěte pozorovat již v druhé půlce jeho prvního roku života. Od této doby tendence dítěte chovat se agresivně, a to i vůči svým vrstevníkům, s narůstajícím věkem stoupá. Vrcholného období, kdy se u dítěte objevují agresivní tendence v jeho chování, dosahuje dítě kolem tří let života. Poté by tyto tendence agresivního chování měly začít klesat. Během této doby lze pozorovat také změny v podobě, v jaké se agresivní chování u dítěte objevuje. Může se jednat o proměny v oblasti motivace k tomuto chování, směru agresivního chování, jeho trvání a načasování jeho výskytu. Tendence agresivního chování se odvíjí od sociální, emoční, kognitivní a motorické vyspělosti daného dítěte a také od toho, v jakém sociálním prostředí dítě vyrůstá. V období dosažení 12 měsíců života dítěte končí fáze tzv. preagresivního chování, které se vyznačuje jednáním obsahujícím jemné znaky agresivního chování během hraní si dětí, například chování, které přímo směřuje k získání hračky jiného dítěte. Období, kdy je dítěti 12 až 18 měsíců, se označuje jako období primární diferenciace agrese. V tomto období dochází k výraznému zvýšení četnosti výskytu agresivního chování. U dítěte se objevuje nejčastěji chování jako zmocňování se hraček. Dále je čím dál mnohem častější a intenzivnější kousání a tahání za vlasy. Nově se objevuje u dítěte strkání a údery ostatním. Obvyklou motivací při těchto typech chování bývá to, že dítě chce získat nějaký předmět. V některých případech docházelo k tomuto chování i z důvodu upoutání na sebe pozornost či sebeobrany. Další fází, která nastává mezi 18 a 26 měsíci v životě dítěte, je fáze formování jednotlivých vzorců agrese. Pro tuto fázi je charakteristické stupňování agresivního chování až do konce této fáze. Do jisté míry se zde může objevovat i škádlení a obtěžování. Významnou roli při vývoji agresivního chování v této fázi může hrát učení nápodobou, kdy dítě některé vzorce agresivního chování může od svého okolí převzít. Další fáze vývoje agresivního chování nastává ve věku mezi 26 a 44 měsíci. Tato fáze je označována jako fáze sekundární diferenciace. Některé formy agresivního chování se objevují nově, některé formy naopak mizí. Okolo 30. měsíce života dítěte dochází k vrcholu agresivního chování, poté přichází pokles

agresivního chování. V této fázi se objevuje již verbální agrese. Chování jako kousání či tahání za vlasy mizí. Naopak se zvyšuje četnost výskytu chování jako bouchání, strkání a házení předmětů. V této fázi se objevuje také tzv. prosociální agrese, která představuje obranu sebe sama nebo svých vrstevníků. K poslední fázi dochází mezi 33 a 39 měsíci života dítěte. Je to fáze zvaná internalizace agrese, která je úzce provázaná s kognitivním vývojem dítěte. U jedince agresivní chování klesá, což může být způsobeno také nárůstem zažitých sociálních interakcí dítěte. Děti si v této fázi už zřídka násilím berou cizí hračky, častěji však dochází k verbální agresi či vyhrožování. Agrese však nemizí, pouze bývá přeorientována a ukazuje se ve formách, které jsou společností do jisté míry tolerované, například se objevuje tzv. symbolická agrese, či se agrese objevuje ve formě myšlenek, fantazií a snů (Szegal, 1985).

1.2.2 Internalizační problémy

Mezi zásadní a nejvíce zkoumané oblasti značící internalizační problémy patří výskyt projevů úzkosti či deprese daného jedince. Podle studie od Sterba et al. (2007) lze pozorovat projevy úzkosti a deprese již v batolecím období. Dle zjištění Whalen et al. (2017) se symptomy značící přítomnost úzkosti a deprese u batolat často protínají. Navíc se mezi úzkostí a depresí objevuje častá komorbidita. Pro rodiče může být rozpoznání symptomů úzkosti a deprese někdy obtížné, jelikož si na změny v chování u dítěte zvyknou a nepovažují je za varovné signály. Identifikace internalizačních problémů je navíc náročná z toho důvodu, že jejich příznaky bývají méně nápadné než u externalizačních problémů. I přesto, že bývá rozpoznání úzkosti a deprese celkově náročné, je důležité, aby odborníci v této oblasti zkoumali u dítěte všelijaké aspekty jeho každodenního fungování. Keller et al. (2019) dodává, že na riziko výskytu úzkostných a depresivních poruch má značný vliv dosažená úroveň ve vývoji pozornosti dítěte.

Úzkost je psychický stav, který může zasahovat do každodenního fungování člověka. Projevuje se určitými obavami a zasahuje také fyzickou a kognitivní úroveň jedince. U jedinců s opakujícími úzkostmi můžeme mluvit o tzv. úzkostných poruchách, pro které je typický nadměrný strach a symptomy jako nedůtklivost, neklid, problémy s koncentrací a svalový tonus (American Psychiatric Association, 2013). Mezi nejčastější úzkostné poruchy, které se objevují u dětí patří separační úzkostná porucha, fobická anxiózní porucha, sociální anxiózní porucha či generalizovaná úzkostná porucha. U podezření na úzkostnou poruchu je podstatné rozlišit, zda se nejedná pouze o strach, který je pro dítě v tomto vývojovém období do jisté míry přirozený a který se vyskytuje při pociťování určitých hrozeb ve svém okolí, nebo výskyt jednorázové úzkosti. Úzkost a strach se u dětí obvykle projevuje prostřednictvím pláče, vyhýbavého

chování, zlosti, záchvatů vzteku, pocitu mrazu a citové závislosti. Je důležité brát v potaz, že symptomy úzkosti mohou být do velké míry proměnlivé (Whalen et al., 2017).

Významné podezření na výskyt deprese u dítěte může nastat v situaci, kdy je dítě podrážděné, a ještě k tomu se u něj projevuje i sociální staženost, pocity přílišné viny či neschopnost na něco se těšit a prožívat pozitivní emoční stavy. Kromě těchto příznaků se může objevit i únava a horší kognitivní schopnosti (Luby, 2009). Za další obecně uznávané depresivní symptomy se považuje nadměrný smutek, negativní sebehodnocení, časté sebevražedné myšlenky či myšlenky na smrt obecně a odlišné chutě k jídlu. V některých případech může docházet také k znakům sebepoškozování (Whalen et al., 2017). Luby a Belden (2012) ve své studii uvádí, že klinické úrovně deprese může dosáhnout dítě už ve věku 24 měsíců svého života. Kromě výše zmíněných symptomů zde byla za významný depresivní symptom považována také přítomnost frustrace, pocity samoty, hněvu, nudy či pocity, že dítě není ostatními milované. Nejsilnějšími prediktory deprese i v pozdějším věku dítěte bylo sebepodceňování a nerozhodnost.

1.2.3 Dysregulační problémy

Do dysregulačních problémů řadíme zejména problémy se spánkem, potíže s jídlem a senzorickou citlivost jedince. Výzkumy ukazují, že dysregulační problémy v batolecím období ovlivňují budoucí úroveň regulace emocí a kognitivních schopností jedince (Mindell et al., 2017).

Potíže se spánkem bývají u dítěte považovány za signál budoucích emočních problémů a problémového chování. Spánek se mimo jiné objevuje také v rámci kritérii pro diagnózu různých duševních poruch. (Ivanenko et al., 2004). Nejčastěji bývá u dítěte zkoumána délka spánku a množství probouzení se během noci (Sivertsen et al., 2015).

Problémy se spánkem bývají v průběhu prvních dvou let dětí velmi časté. S rostoucím věkem mají spánkové obtíže spíše klesající tendenci. Navíc jsou tyto obtíže z velké části přechodné (Wake et al., 2006). Mezi spánkové obtíže, které významně souvisí s deregulačními problémy u batolat, řadíme kratší dobu spánku u dítěte, jeho delší usínání – to je doba, kdy se dítě ze stavu bdělosti dostane do stavu spánku, odmítání jít spát, buzení se během noci a znaky pomalejšího vývoje cirkadiánních rytmů dítěte. S dysregulačními problémy souviselo také to, pokud u batolat ve věku 24 měsíců a více byla pozorována častější přítomnost spánku během dne. Bylo zjištěno, že na přítomnost větší míry dysregulačních problémů mělo u holčiček v batolecím věku větší vliv množství probuzení se během noci a u chlapců v batolecím věku mělo větší vliv delší usínání. (Morales-Muñoz et al., 2020).

Problémy s jídlem jsou také úzce spojené s dysregulačními problémy chování v batolecím věku. V této oblasti bývají sledovány faktory jako obtížnost nakrmení dítěte či jeho pomalý průběh, snědení malého množství jídla, odmítání přijmout mateřské mléko či jiné mléko, vybíravost v jídle, odmítání pozření pevné stravy či obtíže s vytvořením si stravovacích návyků. (Winsper & Wolke, 2014). Některé studie naznačují, že určitá dysregulace souvisí s mírou příjmu potravy a případnou přítomností obezity u dítěte (Kelly et al., 2016).

Field et al. (2003) podotýkají, že je důležité vzít v úvahu, zda problémy s jídlem nemohou být u dítěte zapříčiněny tím, že dítě není z nějakého důvodu schopné využívat dovedností jako sání, žvýkání či polykání. Dále uvádí, že problémy s jídlem u batolat mohou být spojovány s výskytem vývojových poruch u dítěte. Riziku vývojových poruch může napovědět přítomnost projevů jako je vybírání stravy podle jejího typu či struktury.

Senzorická citlivost se značí mírou vnímavosti na smyslové podněty, a to v oblasti zrakové, sluchové, hmatové, čichové, chuťové, vnímání polohy a pohybu vlastního těla nebo zaznamenávání změn uvnitř těla. Existuje nadměrná senzorická citlivost, pro kterou je typické senzorické přetížení a často tak dochází k vyhýbavému či rušivému chování jedince. Opakem je snížená senzorická citlivost, při které je vnímavost jedince nedostatečná a dochází tak spíše k vyhledávání či zintenzivnění smyslových podnětů. Potíže v rámci senzorické citlivosti se vyskytují u jedinců v jejich každodenním fungování. Může se jednat například o situace spojené s jídlem, se sociálními interakcemi či během činností jako je u dětí třeba hra. Pokud má dítě narušenou senzorickou citlivost může se u něj objevovat také chování, které vede k sebepoškozování (Smees et al., 2023).

Z důvodu odlišné míry senzorické citlivosti může u dětí tak často docházet k vyhýbání se hlučným místům a přeplněným místnostem, držení se za uši, vrtění se, dotýkání se všeho, co mu přijde pod ruku, vytváření hlasitých projevů, bouchání hračkami či narážení do zdí. Odlišná senzorická citlivost ovlivňuje oblasti péče o děti jako jejich koupání, oblékání, stravování, hraní si, ukládání do postele a probouzení či vycházky ven. Senzorická citlivost je navíc jedním z faktorů, který bývá zkoumán při diagnostikování poruch autistického spektra (Dunn, 2007).

1.3 Pervazivní narušení vývoje

Termín pervazivní narušení vývoje slouží k označení pervazivních vývojových poruch, které se projevují již v raném věku dítěte a ovlivňují více oblastí jeho vývoje, a to především oblast komunikace, sociálních interakcí a chování. Thorová (2016) uvádí tzv. triádu problémových oblastí u těchto poruch, kam řadí již výše zmíněnou komunikaci a sociální interakce, ale přidává oblast představivost, zájmy a hra. Tyto poruchy bývají také zahrnuty pod pojmem poruchy

autistického spektra. Spadá sem především autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, dětská dezintegrační porucha či jiné pervazivní vývojové poruchy.

Autismus se rozlišuje na dětský a atypický autismus. Pro účely této bakalářské práce bude popsán dětský autismus, který by se zpravidla měl projevovat již před dovršením třetího roku života. Probíhá na různých stupních závažnosti a přítomnost určitých symptomů je variabilní, navíc s věkem se projevy autismu mění (Thorová, 2016). Dle MKN-10 se dětský autismus projevuje rysy kvalitativního narušení sociální interakce, kdy jedinec například nedokáže přiměřeně reagovat na emoce druhých lidí nebo se nedokáže přizpůsobit danému sociálnímu kontextu. Dále dochází k potížím v oblasti komunikace, kdy se objevuje třeba nedostačující gestikulace a narušení fantazie při hře. Jedinec dále vykazuje určité stereotypní chování a zájmy, dbá na dodržování určitých specifických rituálů a nerad přijímá změny ve svém prostředí. Nespecifickými rysy u dětského autismu mohou být různé fobie, poruchy spánku či příjmu potravy a výbuchy vzteku, u kterých může dojít až k agresivnímu chování, a to i agresi vůči sobě samému (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

Další poruchou, kterou je třeba více popsat je **Aspergerův syndrom**. Aspergerův syndrom je těžší stanovit, jelikož se může vyskytovat na hranici normy a poukazovat na pouhou společenskou neobratnost. Může se projevovat vyhraněnějšími zájmy jedince a jeho nápadnými osobnostními rysy. Co se týká intelektu jedince, nebývá zasažen a pohybuje se v rámci normy. Děti s Aspergerovým syndromem často nevykazují žádné známky opoždění v řeči – avšak nemusí tomu tak být vždy. Do dovršení svých pěti let každopádně řeč již bez problému ovládají. Řeč u Aspergerova syndromu může být velmi specifická, působí například příliš strojeně a formálně, navíc často neodpovídá sociálnímu kontextu dané komunikace. Mají problém s neverbalitou, špatně například rozeznávají výrazy tváře ostatních a nevhodně či nedostatečně se vyjadřují prostřednictvím mimiky či gest. Jedinci s Aspergerovým syndromem často pevně trvají na určitých pravidlech a rituálech. Pravidla společenského chování však nechápou a velmi těžce se zařazují do kolektivů. Často se intenzivně zaobírají úzkou škálou zájmů, nerozumí ironii, nedisponují empatií a nezvládají vyjádřit své emoce. Mají také tendenci k sebepodceňování a záchvatům vzteku. Aspergerův syndrom bývá mnohem častější u chlapců než u dívek (Thorová, 2016).

Rettův syndrom je naopak porucha, která byla doposud zjištěna pouze u dívek. Projevuje se obecně ztrátou kognitivních schopností, špatnou koordinací těla a neschopností vhodně a dle své vůle pohybovat rukama. V období 5 až 48 měsíců života dítěte bývají zaznamenány konkrétní projevy jako zpomalení růstu hlavy, stereotypními pohyby rukou, ztráta sociálních dovedností a opoždění či porucha řeči. Jinak u těchto dívek bývá často sledována vysoká

společenskost, krátká pracovní pozornost, lepší porozumění než vyjadřování řeči a nepřiměřené emoční reakce (Thorová, 2016). Nomura (2005) dále uvádí, že se u Rettova syndromu vyskytují rysy typické pro autismus či mentální retardaci.

Dětská dezintegrační porucha je charakteristická regresí ve vývoji dítěte. Dítě se zprvu vyvíjí zcela přirozeně a bez problémů, postupně pak ztrácí již nabyté schopnosti a horší se převážně v oblasti komunikace a sociálních dovedností. K tomuto obratu dochází v rozmezí 2 až 10 let života, nejčastěji však mezi 3. a 4. rokem života. Po regresi se někdy může stav dítěte zlepšit, nikdy už ale není dosaženo úrovně, která se vyskytuje v rámci normy. Při této poruše lze sledovat emoční labilitu, problémy se spánkem a agresivním chováním, výbuchy vzteku, úzkost, hyperaktivitu, nekoordinovanost v pohybech těla a dopady na kognitivní vývoj (Thorová, 2016).

Jiné pervazivní vývojové poruchy jsou kategorií, jejichž určení je komplikovanější vzhledem k nepřesně stanoveným diagnostickým kritériím. Řadí se sem děti, které mají obtíže v oblasti komunikace, sociálních interakcích a her, avšak narušení těchto oblastí u nich nedosahuje takové úrovně jako například u dětí s autismem. Některé projevy sice mohou být stejného druhu jako u poruchy autismu, nicméně se v rámci určité kategorie daných symptomů nevyskytují ve větším rozsahu. Některé jejich schopnosti se dokonce mohou přibližovat či dokonce odpovídat dané normě. Tuto diagnózu většinou dostávají děti, které mají velké obtíže s nadměrnou aktivitou, pozorností, rozvojem kognitivních schopností a vykazují vývojovou dysfázii, projevy mentální retardace či do jisté míry autistické rysy. Dále sem patří děti, které mají narušenou představivost. Je pro ně těžké například rozeznat, co je jejich fantazie a co je realita (Thorová, 2016).

2 Nástroje k určování sociálně-emočního vývoje a případných obtíží u dětí v batolecím období

Nástroje určené k diagnostice či screeningu využívané u dětí v raném dětství jsou stěžejní pro případné brzké odhalení vývojových poruch či opoždění zasahujících do správného vývoje dítěte. Tyto odhalení hrají také klíčovou roli pro následné zajištění určité intervence a možnosti minimalizovat negativní dopady na vývoj dítěte.

Důležitost těchto nástrojů je dána i vzrůstajícím počtem dětí, u kterých lze pozorovat problémové chování, a pro které by tak byly včasné intervence vhodné a prospěšné (Maag & Katsiyannis, 2010).

To, jak si dítě v budoucnu povede v oblasti duševního zdraví a sociálních schopností, zásadně ovlivňuje období raného dětství. Toto období v životě dítěte, během kterého si dítě osvojuje například regulaci emocí a učí se různorodé dovednosti v rámci sociálních reakcí, významně zasahuje do jeho celkové budoucí pohody a také může souviset s tím, jak bude dítě prospívat ve škole. I přesto, že je důležitost raného vývoje dítěte obecně uznávaná, není včasným intervencím věnována dostatečná pozornost. Přitom v rámci studií je jejich prospěšnost dlouhodobě dokazována a pro zlepšení průběhu vývoje dítěte jsou intervence považovány za klíčové (Shonkoff & Phillips, 2000).

Mimo nástroje k určení sociálně-emočního vývoje a případných problémů chování u dětí v batolecím věku nám také mohou napovědět nástroje pro měření temperamentu. Dle American Psychological Association (2018) je temperament podstatný základ osobnosti člověka, u kterého je uváděno, že je biologicky podmíněný a vyskytuje se u dětí v již raném věku. S temperamentem bývají nejčastěji spojovány oblasti jako je úroveň energie, emoční reaktivita, tempo reakcí, inhibice chování, nálada a tendence zkoumat svět kolem sebe.

Nástroje k měření temperamentu u dětí se v některých oblastech mohou do jisté míry s nástroji pro zhodnocení sociálně-emočních oblastí u dětí překrývat. Z tohoto důvodu bude v rámci praktické části této bakalářské práce použit známý nástroj pro měření temperamentu – Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ), který bude sloužit k porovnání určitých podobných znaků vyskytujících se u nástrojů určeným k měření sociálně-emoční oblasti.

2.1 Nástroje pro měření sociálně-emoční oblasti a chování dětí

Sociálně-emoční oblast je jedna z nejstěžejnějších oblastí ve vývoji dítěte. Problémy v sociálně-emoční oblasti v raném věku může představovat chování, které narušuje celkové

fungování dítěte. Tyto problémy dále mohou být překážkou pro osvojování si sociálně-emočních kompetencí, které by v danou chvíli měly odpovídat mentálnímu věku dítěte (Briggs-Gowan & Carter, 1998).

2.1.1 Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)

Dotazník Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (dále ITSEA) (Carter & Briggs-Gowan, 2000) je nástroj, který má za cíl měřit dimenze v oblasti sociálně-emočních problémů a kompetencí u dětí ve věku 12 až 36 měsíců. Je sestaven tak, aby zachytil u dítěte určité vývojové odchylky a opoždění. Dotazník je standardizovaným nástrojem, jehož manuál obsahuje stanovené normy. Jeho originální znění je v anglickém jazyce (Mapi Research Trust, 2023a).

Dotazník ITSEA vykazuje velice slibné psychometrické vlastnosti, a to například v test-retestové reliabilitě, validitě a konfirmační faktorové analýze. Je vytvořen tak, aby respondentům, v tomto případě převážně rodičům, byl srozumitelným, snáz dostupným a příjemným nástrojem. Navíc je jedním z nástrojů, který se zaměřuje na kompetence a bere v potaz důležité vývojové oblasti jako jsou vztahy s vrstevníky, empatie a emoční vnímavost. Dotazník má sloužit buď jako screeningový nástroj, nebo jako výzkumný či klinický nástroj, který by se ale neměl používat samostatně, ale měl by pouze jiné nástroje určené pro klinické a vývojové hodnocení doplňovat (Briggs-Gowan & Carter, 1998).

Dotazník má dvě podoby, a to buď ve formě pro rodiče, která obsahuje 166 položek, nebo ve formě pro pečovatele, kde je navíc přidáno pár položek, které se zaměřují na specifičnost dané péče o dítě (Carter et al., 2003).

ITSEA sleduje škálu problémů, ve které lze pozorovat oblast externalizace, internalizace, dysregulace a maladaptivní chování, a škálu sociálně-emočních kompetencí zahrnující mnoho oblastí. Oblast externalizace je složena z položek zaměřujících se na aktivitu dítěte, jeho agresivní či vzdorovité chování a jeho negativní emoční reaktivitu. Internalizace v sobě zase ukrývá projevy deprese, úzkosti či odtažení u dítěte a jeho zábrany či znaky separace. Dysregulace obsahuje problémy se spánkem, potíže s jídlem u dítěte a senzorickou citlivost. Škála kompetencí v sobě zahrnuje položky týkající se pozornosti dítěte, jeho prosociální interakce s vrstevníky, empatii, emociální pozitivitu, emocionální vnímavost, motivaci a dodržování pravidel u dítěte (Briggs-Gowan & Carter, 1998).

2.1.2 Child Behavior Checklist (CBCL) 1.5–5

Child Behavior Checklist 1.5-5 (dále CBCL/1.5-5) (Achenbach & Rescorla, 2000) je nástroj určený pro děti ve věku 1,5 až 5 let a patří do souboru nástrojů, které spravuje Achenbachův

systém empiricky založeného hodnocení. Samotný nástroj Child Behavior Checklist má hned několik různých verzí, které jsou určeny například podle věku dítěte. Dotazník může vyplnit rodič dítěte nebo jeho pečovatel či učitel. Společně vytvořili tento dotazník o 99 položkách a k tomu i doplňující otevřené otázky (The National Child Traumatic Stress Network, 2017a).

Tento dotazník se používá ke zjištění emocionálních problémů a problémů chování u dětí. Často slouží k identifikaci těchto problémů u dětí s vývojovými poruchami či opožděními. Bývá považován i za vhodný nástroj k určení rizika přítomnosti autistického spektra. Jeho výhodou je také to, že se používá v rámci mnoha zemí a napříč odlišnými kulturami (Cheng et al., 2022).

Dotazník CBCL/1.5-5 měří pět hlavních škál, a to externalizaci, internalizaci, celkové problémy, škálu problémů se stresem a škálu problémů se spánkem. Tyto škály obsahují položky, které jsou v souladu s diagnostickými kategoriemi DSM-5, mezi které patří problémy s depresí, problémy s úzkostí, problémy s poruchou autistického spektra, problémy s deficitem pozornosti/hyperaktivitou a problémy s opozičním vzdorem (ASEBA, 2019).

2.1.3 Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE)

Nástroj Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (dále jen ASQ:SE) (Squires et al., 2002) je nástrojem, který se zabývá měřením prosociálního a problémového chování.

Položky tohoto nástroje byly pečlivě vytvořeny pomocí výzkumných studií, jiných standardizovaných nástrojů zabývajících se hodnocením sociálního a emočního vývoje a dalších jiných zdrojů z oblasti vývojové psychologie. Položky v rámci tohoto nástroje by měly spolehlivě odpovídat úrovni zkoumaných vývojových období a měly by být pro respondenty (rodiče či pečovatele) srozumitelné. Tento nástroj by měl brát také ohled na kulturní odlišnosti cílové skupiny. Dotazník byl podle postřehů a názorů odborníků či rodičů dětí značně revidován. Nová verze dotazníku (ASQ:SE-2) má za cíl zaměřit se více na příznaky poruch autistického spektra, problémů v komunikaci a dalších vývojových problémů a kompetencí dětí v kojeneckém či batolecím období. V rámci této revize dotazníku ASQ:SE bylo i rozšíření jeho cílové skupiny. Dotazník se tak stal vhodným nástrojem pro děti ve věku od 1 měsíce do 6 let (Squires et al., 2002).

ASQ:SE-2 představuje skupinu 9 dotazníků. Každý z nich je určený pro děti v jiné věkové kategorii a obsahuje 16 až 36 položek, které se zaměřují na oblasti jako seberegulace, dodržování pravidel, adaptivní fungování, autonomii, emoce, komunikace a interakce s lidmi. Dále se v rámci dotazníku vyskytují otevřené otázky, kde se respondent může vyjádřit vůči

stravovacím návykům dítěte, jeho spánkovému režimu, chození na toaletu či jiným obtížím nebo naopak úspěchům dítěte (Squires et al., 2012).

2.1.4 Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers (DECA-I/T)

Nástroj Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers (dále DECA-I/T) (Powell et al., 2007) vychází z původní verze DECA.

Nástroj vznikl na základě studia schopnosti resilience u dětí a posouzení jiných nástrojů pro měření sociálně-emočního zdraví. Vytvoření položek proběhlo v rámci focus group s rodiči, učiteli a odborníky na duševní zdraví a ranou péči o děti. Ti měli určit oblasti a znaky problémů a projevů prospívání dětí v sociálně-emoční oblasti. Byly tak vytvořeny popisy chování, které představovaly jednotlivé položky, na které respondent odpovídá po intenzivním pozorování dítěte. Po pilotní studii vznikly dvě formy nástroje, a to formulář DECA-I pro děti ve věku od 4 týdnů až 18 měsíců o 33 položkách a formulář DECA-T pro batolata ve věku od 18 měsíců do 3 let o 36 položkách. DECA-I/T posuzuje 2 hlavní protektivní faktory u dítěte, kterými jsou iniciativa a vztahy neboli attachment. Forma DECA-T navíc zkoumá ještě další faktor, kterým je seberegulace. Faktory pak tvoří celkovou škálu protektivních faktorů u dítěte a poskytují obraz o tom, do jaké míry dítě disponuje sociálně-emoční odolností (Powell et al., 2007).

2.1.5 Adaptive Behavior Assessment System (ABAS – II)

Adaptive Behavior Assessment Systém (ABAS – II) (Harrison & Oakland, 2003) obecně posuzuje adaptivní chování u osob od narození po 89 let. Nástroj lze použít pro diagnostiku postižení (konkrétně například mentální retardaci), zjištění silných stránek a jistých omezení jedince. Konkrétněji se nástroj zabývá oblastmi jako komunikační dovednosti, užití komunity, funkční akademické dovednosti, život doma/ve škole, zdraví a bezpečnost, trávení volného času, péče o sebe, sebeřízení a sociální a pracovní dovednosti. Všechny tyto zmíněné oblasti jsou rozděleny do 3 faktorů: konceptuální dimenze, praktické dovednosti a sociální dovednosti. Pro měření těchto oblastí u malých dětí (0-5 let) slouží verze dotazníku, která je určena buď pro rodiče či primárního pečovatele daného dítěte nebo učitele (Richardson & Burns, 2005).

2.1.6 Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II)

Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II) (Sparrow et al., 2005) je nástroj měřící adaptivní chování, který lze použít u osob od narození až do 90 let. Obsahuje celkem 5 dimenzí, z nichž každá zahrnuje dvě až tři poddimenze. Mezi hlavní dimenze se řadí komunikace, dovednosti pro každodenní život, socializace, motorické dovednosti a maladaptivní chování. Tento nástroj bývá používán zejména pro měření nedostatků v oblasti adaptivního chování,

klinickou diagnostiku poruch autistického spektra či vývojových a genetických poruch, nebo také pro obecné hodnocení emočního fungování jedince a jeho problémového chování. Nástroj má dvě podoby, a to buď v podobě rozhovoru nebo v hodnotící škále pro rodiče či pečovatele jedince. VABS – II je nástroj, který ve studiích prokázal schopnost rozlišit osoby s poruchou pozornosti/hyperaktivity a poruchami emocí a chování (Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families, 2011a).

2.1.7 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg, 1980) je dotazník vytvořený pro identifikování problémového chování u dětí ve věku 2 až 16 let. Obsahuje jen 36 položek, tudíž je i poměrně časově nenáročným nástrojem. Vyhodnocení probíhá na základě dvou dimenzí, které představuje frekvence výskytu daného problémového chování a jeho identifikace jako problém. Respondentem zpravidla bývá rodič, který udává frekvenci problémového chování a zda popsané chování u dítěte pro něj představuje problém. Obě dimenze jsou zvlášť vyhodnoceny a vzniká tak celkové „Skóre intenzity“ a celkové „Skóre problémů“ (Eyberg & Ross, 1978). Je důležité zmínit, že tento nástroj není určen pro stanovení diagnóz (The National Child Traumatic Stress Network, 2017b).

2.1.8 Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI)

Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI) (Mouton-Simien et al., 1997) je nástroj, který má rychle vyhodnotit problémové chování u dětí ve věku 12-41 měsíců.

Dotazník je vyplňován matkami a obsahuje 40 položek. Dotazník byl vyvíjen za účelem využití pro pediatry, psychology a dalšími odborníky rané péče o děti (Mouton-Simien et al., 1997). Dotazník se zaměřuje na dvě hlavní dimenze, a to četnost daného problémového chování a vnímání tohoto chování od matky za problematické. Mezi zjišťované a hodnocené chování patří například záchvaty vzteku, podrážděnost, pláč před spaním či v noci, házení předmětů, odmítání zkusit nové jídlo a závislost na rodičích. Respondentky odpovídají na otázky podle zkušenosti s chováním dítěte v rámci předchozího měsíce. Hodnotí to, jak často u dítěte dané chování zaznamenaly a k tomu uvádí, zda toto chování považují za problematické. Výsledkem tedy je získání celkového skóre četnosti a celkového skóre problematičnosti. Dotazník disponuje vhodnými psychometrickými vlastnostmi a efektivně od sebe umí rozlišit klinický a neklinický výzkumný vzorek (McCain et al., 1999).

2.1.9 Behavior Assessment System for Children (BASC – 2)

Behavior Assessment System for Children (BASC – 2) (Reynolds & Kamphaus, 2004) je nástroj, který představuje multidimenzionální systém k posouzení chování a sebepercepce u dětí od 2 let až po mladé dospělé do věku 25 let. Nástroj má za cíl hodnotit mnoho aspektů chování. Posuzuje například adaptivní a maladaptivní chování a má posloužit i k diagnostice různých poruch. Možnosti měření v rámci nástroje BASC – 2 se odvíjejí od toho, do jaké věkové kategorie posuzovaný jedinec spadá. Pro účely této práce budou popsány údaje a možnosti měření týkající se pouze jedné věkové kategorie, a to kategorie dětí od 2 do 5 let. Pro tuto kategorii se používá buď škála hodnocení učitele nebo škála hodnocení rodičů, které se zaměřují na adaptivní dovednosti a problémové chování. Tento nástroj je rozdělen do mnoha škál. Výsledkem je pak skóre značící problémy především v oblasti externalizace a internalizace, plus také míru adaptivních dovedností. Problémové oblasti v rámci externalizace posuzují například hyperaktivitu dítěte nebo jeho agresivitu. Internalizace se zaměřuje třeba na úzkosti či deprese. U hodnocení rodičů je přidána škála aktivit každodenního života a u hodnocení učitelů se objevuje škála školních problémů (Tan, 2007).

Celkově se však v rámci BASC – 2 vyskytuje 7 obsahových škál, kterými jsou kontrola hněvu, šikana, vývojové sociální poruchy, emoční sebekontrola, exekutivní funkce, negativní emocionalita a odolnost. Tyto škály slouží především k tomu, aby odhalily určité vzorce chování (Tan, 2007). Dále se v BASC – 2 nachází klinické škály značící agresivitu, hyperaktivitu, úzkost, depresi, somatizaci, problémy s pozorností, atypičnost projevů a odtažitost. BASC – 2 obsahuje ještě adaptivní a kompozitní škály. Mezi adaptivní škály řadíme přizpůsobení, aktivity každodenního života, funkční komunikaci a sociální dovednosti. Do kompozitních škál patří škály: externalizace, internalizace, index behaviorálních symptomů a adaptivní dovednosti (Walker, 1999). BASC – 2 je nástroj, který lze použít jako podklad k plánování intervencí a dalších podpůrných programů pro dítě (Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families, 2011b).

2.1.10 Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory (KIPPPI)

Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory (KIPPPI) (Kousemaker, 1996) je nizozemský nástroj vytvořený pro měření psychosociálních a pedagogických problémů. Využívá se u dětí ve věku 2 let. Obsahuje 3 hlavní škály – škála wellbeingu, škála kompetencí a škála autonomie. V rámci škály wellbeing jsou měřeny oblasti jako obtíže s jídlem a pitím (4 položky), obtíže se spánkem (3 položky), aktivita dítěte (5 položek), nálada (5 položek) a chování (14 položek). Ve škále kompetencí můžeme nalézt měření oblastí jako

kognitivní vývoj (4 položky), jazykové obtíže (4 položky), hra (3 položky) a kontakt (14 položek). Škála autonomie je zase poskládaná z oblastí používání toalety (4 položky), motorické dovednosti (3 položky) a samostatnost (4 položky). Vedle těchto škál se měří ještě jedna škála, která však nespadá do celkového skóre dotazníku KIPPPI. Jedná se o škálu, která zjišťuje tělesné zdraví dítěte. Dotazník KIPPPI je využíván pro prevenci v oblasti péče a zdraví dítěte a v Nizozemsku je hojně využívaným nástrojem (Kruizinga et al., 2012a).

2.1.11 Vývojové škály Bayleyové (BSID – III)

Vývojové škály Bayleyové (BSID – III) (Bayley, 2006) jsou nástrojem, který lze používat pro měření určitých vývojových oblastí u dětí, které jsou ve věku od 1 do 42 měsíců. Jejich prostřednictvím lze posuzovat i vývojová opoždění a určit přednosti či nedostatky u dětí, což může případně sloužit jako důležitý podklad pro přípravu vhodné intervence. V rámci tohoto nástroje bylo stanoveno 5 hlavních škál k měření, které se konkrétně zabývají oblastí kognitivní, jazykovou, motorickou, sociálně-emoční a adaptivního chování. Sociálně-emoční škála je založena na nástroji Greenspan Social-Emotional Growth Chart. Pro škálu adaptivních dovedností v rámci BSID – III je použita podoba již výše zmíněného dotazníku ABAS– II (Albers & Grieve, 2007).

Zajímavostí tohoto nástroje je to, že škála pro kognitivní, jazykovou a motorickou oblast se zakládá na přímém hodnocení dítěte zkoušejícím, může se například jednat o nějaké herní úkoly. Pro hodnocení v rámci těchto škál se používají i různé pomůcky. Až sociálně-emoční škála a škála adaptivních dovedností spočívá v hodnocení dítěte rodičem prostřednictvím vyplnění dotazníku (Yun et al., 2018).

Vývojové škály Bayleyové (BSID – III) jsou jedním z nejrozšířenějších standardizovaných nástrojů na světě. K užívání BSID – III bývají nejčastěji vyškoleni kliničtí psychologové, ergoterapeuti, logopedi či výzkumní pracovníci (Del Rosario et al., 2021).

2.1.12 Dotazník chování předškolních dětí T-18

Dotazník chování předškolních dětí T-18 (McGuire & Richman, 1988) je dotazník, který má za cíl odhalit děti, které mají emocionální problémy a problémy s chováním. Tento dotazník je považován za rychlý screeningový nástroj k hodnocení chování u dětí ve věku 2 až 5 let. McGuire & Richman (1988) však uvádí, že tento nástroj nemůže nahradit hlubší posouzení odborníka, slouží pouze k prvotnímu zachycení možného problému dítěte.

Podle výsledků získaných z dotazníku lze dále usoudit, zda by pro dané dítě bylo zapotřebí zajistit určitou pomoc, například nějaký způsob intervence. Kromě učitele, který díky dotazníku může posuzovat i vývoj daného chování u dítěte, může být dotazník vyplněn také rodiči dítěte

(McGuire & Richman, 1988). Více informací k tomuto nástroji je vzhledem k jeho využití v rámci empirického šetření této bakalářské práce uvedeno v praktické části.

2.2 Nástroje mapující riziko poruch autistického spektra u dětí

Tato podkapitola se zaměřuje na nástroje, které jsou nejčastěji používány k mapování rizika poruchy autistického spektra (PAS). Všechny níže uvedené nástroje lze použít již u dětí v raném dětství a vykazují uspokojivé psychometrické vlastnosti. Včasné odhalení těchto rizik je podstatné pro poskytnutí následné podpory a pomoci dítěti.

2.2.1 Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R)

Dotazník M-CHAT-R (Robins et al. 2009) byl vytvořen jako screeningový nástroj pro poruchy autistického spektra u dětí ve věku 16 až 30 měsíců. Jeho cílem je detekovat riziko vývoje poruchy autistického spektra. Tento nástroj je velmi časově nenáročný, vyplnit ho lze během 5 minut. Tento dotazník je běžně využívaný i v rámci lékařských prohlídek u dětského lékaře, což je důležité pro případné naplánování včasné intervence (Robins et al., 2014b).

Aktuálně existuje ještě další verze tohoto dotazníku, a to M-CHAT-R/F, který by měl být ještě lepším a spolehlivějším nástrojem k odhalení poruchy autistického spektra u dítěte. Jedná se o dvoustupňový screeningový nástroj, který obsahuje nejen položky z dotazníku M-CHAT-R. V případě, že je dítě shledáno jako jedinec s vyšším rizikem PAS, je dotazník totiž doplněn také otázkami, které pokládá zpravidla odborník. Tyto otázky mají přinést další důležité informace, které buď riziko PAS potvrdí nebo vyvrátí (Robins et al., 2014b). Dotazník je více popsán níže v rámci popisu nástrojů využitých v empirickém šetření této bakalářské práce.

2.2.2 Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler et al., 1980) je nástroj určený k diagnostice poruch autistického spektra. Je používaný u dětí ve věku od 2 let a zaměřuje se na 14 hlavních oblastí, které značí typické chování u jedinců s poruchou autistického spektra. V rámci nástroje se vyskytuje ještě jedna sledovaná oblast, která se zabývá obecnými znaky vyskytujících se u jedinců s PAS. U tohoto nástroje platí, že čím vyšší hodnocení dítěte je se škálou spojeno, tím těžší úroveň poruchy autistického spektra by se u daného jedince mohla vyskytovat. CARS se opírá nejen o informace získané od rodičů daného dítěte, ale také o jeho pozorování (Chlebowski et al., 2010).

Do zkoumaných a hodnocených oblastí nástroje CARS patří: navazování kontaktů s lidmi, imitace, emocionální odezva, práce s tělem, používání předmětů, adaptování se na změnu, odezva na vizuální podněty, reakce na poslech či mluvený projev, odezva a užití chuti, čichu

a doteku, strach nebo nervozita, verbální komunikace, neverbální komunikace, úroveň aktivity, úroveň a konzistence intelektu a obecné dojmy. Nástroj je kvalitní a pomocí něj lze rozeznat dítě s PAS od dítěte s vývojovým opožděním (Moulton et al., 2019).

2.2.3 Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

Nástroj Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (Rutter et al., 2003) je široce používaným klinickým nástrojem pro diagnostiku PAS. Je ve formě polostrukturovaného rozhovoru, který je odborníkem veden s rodiči nebo pečovatelem o dané dítě. Lze jej použít již u dětí, které jsou starší 18 měsíců. Zaměřuje se na 3 samostatné oblasti: repetitivní a stereotypní chování, komunikace a sociální dovednosti (Lord & Rutter, 1994).

ADI-R celkem obsahuje 93 položek, se kterými pracuje zpravidla klinický psycholog nebo někdo, kdo byl k používání tohoto nástroje řádně vyškolen. Novější studie ukázala, že nástroj ADI-R by mohl být vhodný už i pro děti ve věku od 12 měsíců (Kim & Lord, 2012).

2.2.4 Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) - Toddler Module

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) – Toddler Module (Lord et al., 2012) je velmi rozšířený nástroj, který byl vytvořen za účelem diagnostiky PAS u malých dětí, konkrétně u dětí ve věku 12 až 30 měsíců. ADOS-2 - Toddler Module u dětí hodnotí především komunikaci, vzájemné vztahy a rozvoj dovedností v rámci používání a hry s určitými předměty. ADOS-2 - Toddler Module se skládá z 11 aktivit a 41 doplňujících hodnocení. Všechny pozorované aktivity a hodnocení by měly probíhat v menší místnosti, kde by se dítě mělo cítit komfortně a bezpečně. U hodnocení dítěte by měl být kromě hodnotitele vždy přítomný také hlavní pečovatel dítěte. V rámci hodnocených aktivit se mohou využívat určité pomůcky a materiály. Aktivitami běžně jsou: volná hra, odezva na jméno, hra s bublinami, předvídání rutiny vůči předmětům, blokovací hra s hračkami, předvídání sociální rutiny, odezva na společnou pozornost, responzivní sociální úsměv, čas na koupání a funkční a symbolická imitace (Luyster et al., 2009).

2.2.5 Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children (STAT)

Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children (STAT) (Stone et al., 2000) je empiricky podložený nástroj, který využívají odborníci, a to především za účelem brzkého zjištění přítomnosti rizika výskytu poruchy autistického spektra u dětí ve věku 24 až 35 měsíců.

Tento nástroj má za cíl odlišit děti s PAS od dětí, které trpí jinými vývojovými poruchami. Skládá se celkem z 12 položek, kdy většina položek tohoto nástroje jsou herního typu a během jejich plnění není potřeba umět se dorozumívat v daném jazyce. Dále se položky zaměřují

například i na imitaci nebo usměrňování pozornosti (Stone et al., 2000). Čím vyššího bodového hodnocení dané dítě dosáhne, tím má v rámci STAT slabší výkon (Stone et al., 2008).

2.2.6 Early Screening for Autism and Communication Disorders (ESAC)

Early Screening for Autism and Communication Disorders (ESAC) (Wetherby et al., 2021) patří k novějším screeningovým nástrojům určených pro děti ve věku 12 až 36 měsíců.

Tento nástroj vyplňují rodiče daného dítěte. Nástroj byl představen s 46 položkami, které by měly být schopny zaznamenat opoždění v oblasti sociálních a komunikačních dovedností dítěte, a postřehnout tak včasné projevy PAS. Dosažené skóre u tohoto nástroje je tím závažnější, čím nabývá vyšších hodnot (Wetherby et al., 2021).

2.2.7 Early Screening of Autistic traits questionaire (ESAT)

Early Screening of Autistic traits questionaire (ESAT) (Swinkels et al., 2006) je dotazník, který prostřednictvím 14 položek měří riziko výskytu poruchy autistického spektra u dětí od narození do 36 měsíců. Na položky odpovídají rodiče daného dítěte, a to buď odpovědí „Ano“, které značí výskyt typických znaků u dítěte, nebo odpovědí „Ne“, která představuje přítomnost atypických znaků u dítěte. Pokud dítě v rámci dotazníku dosáhne 3 a více odpovědí „Ne“, je považováno za jedince s vysokým rizikem výskytu PAS a je mu doporučeno následné diagnostické a komplexnější vyšetření (Dietz et al., 2006).

3 Dotazník Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA)

Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (zkráceně BITSEA) (Briggs-Gowan et al., 2004)) je screeningový dotazník zabývající se sociálně-emočním vývojem u dětí ve věku 18 až 36 měsíců (The National Child Traumatic Stress Network, 2014). Dotazník se zaměřuje na sociální a emoční projevy dětí, z nichž lze následně vyhodnotit problémové chování v sociálně-emočním vývoji dítěte či jeho úroveň v sociálních a emočních kompetencích. Pomocí dotazníku je možné identifikovat děti s nedostatky nebo opožděním v měřených oblastech, přičemž při podezření na tyto nedostatky a opoždění by mělo následovat použití delší verze tohoto dotazníku – Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA).

Dotazník BITSEA je dotazník tužka-papír. Samotné vyplnění dotazníku trvá okolo 6 minut. Vyhodnocení dotazníku poté trvá přibližně 5 minut. Administrátorem dotazníku by měl být nejlépe člověk, který byl zacvičen zkušeným klinickým pracovníkem. Mimo jiné by měl administrátor vědět, že výsledky z dotazníku BITSEA ohledně problémového chování dítěte a jeho případného opoždění v kompetencích by měly být následně ověřeny ještě jiným způsobem, aby byly považovány za klinicky významné (The National Child Traumatic Stress Network, 2014).

Dotazník BITSEA má dvě verze. První představuje dotazník, který má vyplňovat jeden z rodičů a druhá verze je dotazník, který je určen k vyplnění osobou, která o dítě nějakým způsobem pečuje. Pokud dotazník vyplňují oba z rodičů, měli by ho vyplňovat nezávisle na sobě (The National Child Traumatic Stress Network, 2014).

3.1 Vznik dotazníku BITSEA

Při tvorbě dotazníku BITSEA bylo cílem vytvořit takový nástroj, který bude kvalitní, ale zároveň časově a finančně nenáročný. Dále byla snaha o to, aby se dotazník snadno zadával, vyhodnocoval a interpretoval. Výhodou dotazníku BITSEA je dále to, že může být vyplněn rodičem samostatně, aniž by byla potřeba přítomnost či dohled nějakého experta na danou problematiku. Až po vyplnění dotazníku může začít rozhovor například mezi rodičem a pediatrem. Může tak dojít ke značné úspoře času personálu dané organizace, u které je screeningový nástroj zadán. Dotazník BITSEA bývá tedy také podkladem pro další rozhovor a získání informací od rodičů (Briggs-Gowan et al., 2004).

Dotazník BITSEA vychází z komplexnějšího dotazníku ITSEA. Dotazník BITSEA měří stejné oblasti, ale je používán v situacích, kdy je na zhodnocení těchto oblastí méně času a není

tak možné použít déle trvající nástroje. Je to nástroj, jehož cílem je tedy co nejspolehlivěji a zároveň jednoduše zhodnotit kompetence a projevy obtíží v oblasti sociálního a emočního vývoje u dětí raného věku.

Dalším aspektem, který hrál roli při tvorbě tohoto dotazníku, bylo to, že existovala snaha o vytvoření dotazníku, který by detekoval chování a míru kompetencí, které se objevují například u poruch autistického spektra. Mělo se jednat například o zkoumání oblasti sociálních vztahů či sociální odtažitosti. Dotazník BITSEA se proto mimo jiné také zaměřuje na zjištění případných vývojových opoždění či odchylek, které mohou upozornit na vývojové poruchy jako je například PAS (Briggs-Gowan et al., 2004).

3.2 Položky a škály dotazníku BITSEA

Dotazník BITSEA přebírá z dotazníku ITSEA položky z oblasti měřící internalizaci, externalizaci a dysregulaci. Dále dotazník BITSEA používá položky dotazníku ITSEA i z oblasti kompetence, sociability a z oblasti zaměřené na maladaptivní chování a na atypické chování. Zbývající položky jsou položky, které jsou považovány za klinicky významné (Briggs-Gowan et al., 2004).

Položky dotazníku BITSEA byly ze souboru položek dotazníku ITSEA vybrány dle určitých kritérií. Těmito kritérii byla hodnocení expertů na mentální zdraví dětí. Experti vyhodnocovali stěžejnost položek z hlediska jejich klinické významnosti (v tomto případě se jednalo o výběr 28 položek) a nejvyšších loadingů ve faktorové analýze v rámci dotazníku ITSEA (12 položek). Jedna položka byla vybrána jako nejsilnější zástupce prosociálního chování v rámci vrstevnické skupiny a jedna byla do dotazníku BITSEA zařazena z důvodu možného ublížení si na zdraví dítěte. Těchto 42 položek bylo z dotazníku ITSEA vybíráno také z hlediska toho, do jaké oblasti spadaly. Prvních 8 položek bylo vybráno z oblasti charakterizující internalizaci, dalších 6 bylo vybráno z oblasti externalizace, poté 8 položek bylo do dotazníku zařazeno z oblasti dysregulace, 7 položek z oblasti kompetence, 3 z oblasti sociálních vztahů, 3 z oblasti vztahující se k maladaptivnímu chování a 4 položky byly vybrány z oblasti týkající se atypického chování. Zbývající 3 položky reprezentovaly pouze klinickou významnost (Carter et al., 2003).

Položky dotazníku BITSEA tvoří 2 hlavní škály, tj. škálu problémů, která celkem obsahuje 31 položek, a škálu kompetencí, která se dohromady skládá z 11 položek. Oblasti, které vystihují škálu problémů jsou externalizace, internalizace a dysregulace. Do jisté míry se škálou problémů korelují také položky z oblasti maladaptivního chování a atypického chování (Briggs-Gowan & Carter, 2007). Škála problémů konkrétně měří projevy jako jsou například agrese,

nadměrná aktivita jedince, úzkost, rezervovanost, vzdor či negativní emocionalita. Ve škále kompetencí jsou hodnoceny dovednosti jako například projevování lásky a důvěry k ostatním, udržení pozornosti, empatie, dodržování pravidel, prosociální projevování a herní dovednosti (Briggs-Gowan et al., 2004; Briggs-Gowan & Carter, 2008).

Celkově 17 položek je v rámci dotazníku BITSEA označeno jako položky, které souvisí s rizikem přítomnosti PAS. Vyplývá to z faktu, že se v rámci škály kompetencí u daného dítěte určité chování buď nevyskytuje nebo se naopak u jedince na škále problémů objevuje. Rizikových položek značících možnou přítomnost PAS je na škále kompetencí 8 a na škále problémů 9. Giserman et al. (2017) ve své studii zmiňují, že dokonce až 19 položek v dotazníku BITSEA by se dalo považovat za relevantní k podezření na přítomnost poruchy autistického spektra u dítěte – 10 z nich se nachází ve škále problémů a 9 je obsaženo ve škále kompetencí.

Celý dotazník je členěn na dvě části. Před každou částí je upozornění, že respondenti mají odpovídat podle toho, co u dítěte zažili a jakého chování u něj byli svědkem v rámci posledního měsíce. Před druhou částí, která začíná položkou č. 35, dostává respondent informaci, že zbylé položky se věnují popisům chování a pocitů, které mohou být těžší k porozumění, a to zvlášť pro respondenty, kteří s daným chováním nepřišli do té doby u dítěte do kontaktu. Tato druhá část dotazníku se zabývá položkami, které mají za cíl zjistit míru výskytu závažnějšího a tím pádem i méně častého problémového chování u dítěte.

3.3 Základní informace o vztahu BITSEA s dalšími charakteristikami

V manuálu určeném k dotazníku BITSEA jsou dle pohlaví a věku dítěte uvedeny pro účely předběžného porovnání průměry a směrodatné odchylky celkového skóre u obou škál dotazníku. Kromě dvou kategorií dle pohlaví dítěte byla data rozdělena také do 4 věkových kategorií po 6 měsících. Věkové kategorie se dělí po měsících věku dítěte tedy následovně: 12–17 měsíců, 18–23 měsíců, 24–29 měsíců a 30–35 měsíců. Rozdíl mezi pohlavími byl potvrzen. Chlapci dosahovali oproti dívkám významně nižšího skóre u škály kompetencí, a to ve všech věkových kategoriích ($p<0.05$) kromě kategorie 12–17 měsíců, kde byl tento rozdíl nepatrný, a naopak, i když ne zcela tak významně, vyššího skóre u škály problémů ($p = 0.06$). Co se týká věku, tak už jen z hlediska přirozeného vývoje, dosahovala nejmladší věková kategorie i nejnižšího skóre v rámci škály kompetencí. Skóre získané na škále kompetencí se s věkem zvyšovalo (Briggs-Gowan et al., 2004). Na pohlaví a věku je také velmi závislé vyhodnocování dotazníku BITSEA. Dle těchto proměnných jsou stanoveny odlišné cut-off skóre. Hraniční hodnota je u škály problémů nastavena na 75. percentilu a u škály kompetencí na 15. percentilu. Za pozoruhodný neboli signifikantní výsledek lze tedy považovat 25 % dětí s nejvyšším

hrubým skóre u škály problémů a 15 % dětí s nejnižším hrubým skóre u škály kompetencí (Briggs-Gowan et al., 2004). U vyhodnocovacího formuláře je kladen velký důraz na aktuální věk dítěte. Věk je nutné uvést přesně, což znamená v počtu měsíců. V potaz se bere i to, pokud bylo dítě narozeno předčasně či později, než mělo.

Skóre BITSEA bývá zkoumáno i z hlediska respondentova vztahu k dítěti. Alakortes et al. (2015) ve své studii zkoumal rozdíly získaných hrubých skóre u dívek a chlapců podle toho, který z rodičů vyplňoval dotazník BITSEA. Udává, že u škály problémů získávali chlapci oproti dívkám významně vyšší skóre, pokud byl dotazník vyplňován matkou. Rozdíly na této škále, pokud byl dotazník vyplňován otcem, nebyly významné. Matky také oproti otcům hodnotily výše dívky na škále kompetencí.

Ve studiích bývá dále pozorován i vztah mezi skóre BITSEA a sociodemografickými údaji uvedenými respondenty. Výsledky dotazníku BITSEA se však z hlediska rodinného stavu, příslušnosti k etnické menšině, vzdělání nebo chudoby respondenta významně nelišily (Briggs-Gowan et al., 2004). Palmer et al. (2018) však udává, že vztah mezi mírou sociálně-emočních problémů u dítěte měřenou pomocí dotazníku BITSEA a úrovní dosaženého vzdělání rodiče je statisticky signifikantní. Studie Tervahartiala et al. (2024) zase uvádí statistickou významnost vztahu příjmu respondenta s mírou internalizačních problémů dětí měřených pomocí škály „Problémy“ dotazníku BITSEA.

3.4 Adaptace a využití dotazníku BITSEA

Dotazník BITSEA je standardizovaný screeningový nástroj. Tento dotazník byl již přeložen do mnoha jazyků, standardizován je však v menším množství těchto jazykových verzí. Například i v českých výzkumných studiích chybí validizační studie, která by dotazník BITSEA validizovala pomocí jiného již validovaného nástroje měřícího sociálně-emoční oblast u dětí v raném věku, a která by dotazník ověřovala na běžné české populaci.

K dotazníku BITSEA byl vytvořen také manuál, kde jsou uvedeny údaje k normám podle pohlaví a věku dítěte. Hrubé skóre je při vyhodnocování vždy převedeno podle manuálu na percentily, které ukazují, jaký výsledek dítěte je ještě v normě a jaký je již signifikantní vzhledem k interpretaci výsledku.

Dotazník BITSEA lze použít v různých situacích. Například se může využívat v rámci primární pediatrické péče, při které se vybrané děti vyhodnotí a dle jejich výsledků se posoudí, zda tito jedinci mohou být ohroženi sociálními a emočními problémy, a zda budou následně potřebovat další posouzení či vyšetření v těchto měřených oblastech. Dotazník může být používán i v rámci intervencí a může sloužit k posouzení ohrožených dětí a rodin. Obecně lze

dotazník uplatnit, jak u skupiny dětí normální populace, tak u klinické skupiny dětí (Briggs-Gowan et al., 2004).

Studie autorů De Wolff et al. (2013) porovnávala nástroje BITSEA, KIPPPI (Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory) a ASQ:SE (Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional) a měla za cíl určit, který z těchto nástrojů dokáže nejlépe rozpoznat psychosociální problémy u dětí. Výsledky byly porovnávány vzhledem k výsledkům v rámci dotazníku CBCL (Child Behavior Checklist), a to u dětí ve věku 6, 14 a 24 měsíců. U dětí ve věku 6 a 14 měsíců se ani jeden z porovnávaných nástrojů neprokázal jako dostatečně vhodným nástrojem. Každopádně u dětí ve věku 24 měsíců se právě dotazník BITSEA prokázal ze všech nástrojů jako nejkvalitnější. Vhodnost využití dotazníku BITSEA u dvouletých dětí podpořila také studie od autorů Kruizinga et al. (2015).

Aktuálně je dotazník často užívaný v anglicky mluvících zemích. Dále bývá užíván a byl přeložen například do nizozemského, francouzského, italského, německého, španělského, finského, tureckého a japonského jazyka (Mapi Research Trust, 2023b).

4 Cíle výzkumu

Pro tuto bakalářskou práci, jejíž výzkumný problém byl určen jako „Sociálně-emoční vývoj u dětí raného věku a jeho měření v české populaci“, byly stanoveny následující cíle práce.

Hlavním cílem realizovaného empirického šetření je prvotní psychometrické ověření české verze dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (dále dotazník BITSEA) na běžné české populaci. V rámci ověření bude sledována faktorová struktura dotazníku, jeho reliabilita a vztah získaného skóre v dotazníku BITSEA s vybranými sociodemografickými proměnnými a dalšími osobními údaji vztahujícími se k respondentovi či k jeho dítěti.

Součástí hlavního cíle empirického šetření je také českou verzi dotazníku BITSEA validizovat pomocí vybraných dotazníků, které jsou v českém prostředí pro měření sociálně-emoční oblasti u dětí v raném věku již standardizovány a běžně používány. Dojde tedy i k ověření empirické validity české verze dotazníku BITSEA. Konkrétně se jedná o validitu souběžnou.

Pro empirické šetření byly stanoveny 3 výzkumné otázky:

VO1: Jaké psychometrické vlastnosti vykazuje česká verze dotazníku BITSEA?

V rámci této výzkumné otázky je sledována vnitřní konzistence a faktorová struktura české verze dotazníku BITSEA.

VO2: Jaký je vztah mezi vybranými sociodemografickými a dalšími osobními údaji a skóre dotazníku BITSEA?

Druhá výzkumná otázka zkoumá, jak skóre české verze dotazníku BITSEA souvisí s pohlavím a věkem dítěte, se vzděláním, pohlavím, rodinným statusem a finanční situací respondenta a dále pak s počtem sourozenců a předčasným narozením sledovaného dítěte.

VO3: Jaká je souvislost skóre české verze dotazníku BITSEA s vybranými škálami či s celkovým skóre nástrojů, které měří stejné/příbuzné proměnné?

Třetí výzkumná otázka má za cíl zjistit korelaci mezi skóre české verze dotazníku BITSEA a vybranými škálami či celkovým skóre nástrojů měřících stejné či příbuzné proměnné. Konkrétně se bude jednat o zjištění korelace mezi:

- skóre dotazníku BITSEA dosaženém na škále „Kompetence“ a skóre dotazníku ECBQ dosaženém na škále „Volní kontrola“
- skóre dotazníku BITSEA dosaženém na škále „Problémy“ a celkovým skóre dotazníku T-18
- skóre dotazníku BITSEA dosaženém u položek mapujících riziko PAS a celkovým skóre dotazníku M-CHAT-R

5 Metodologie výzkumu

Empirické šetření této bakalářské práce bylo provedeno prostřednictvím kvantitativní výzkumné strategie – deskriptivní a korelační studie. Konkrétně se jednalo o dotazníkové šetření, které se skládalo z 5 částí. První část byla věnována otázkám týkajících se základních sociodemografických údajů a dalším důležitým údajům ohledně respondenta či jeho dítěte. Druhá část byla tvořena položkami dotazníku BITSEA. Třetí část byla sestavena z položek dotazníku s názvem Early Childhood Behaviour Questionnaire (ECBQ), konkrétně se jednalo o položky ze škály „Volní kontrola“. Další část byla složena z vybraných položek dotazníku chování předškolních dětí T-18, které se z obsahového hlediska shodovaly s položkami dotazníku BITSEA a vývojově odpovídaly věkovému rozpětí cílové skupiny dětí. Poslední část představovaly položky dotazníku M-CHAT-R.

Každou položku dotazníkového šetření byl respondent povinen zodpovědět. Žádný respondent tak nemohl být z důvodu nevyplnění některé položky dotazníku z empirického šetření vyřazen. Majoritní část dotazníkového šetření byla tvořena položkami představujícími uzavřené otázky s jedinou možnou odpovědí. Pouze 4 položky měly podobu otevřených otázek. Polouzavřené otázky se objevily pouze u 1 položky. U 2 položek bylo nastaveno podmíněné větvení položek.

5.1 Výzkumné nástroje

5.1.1 Dotazník BITSEA

Tato bakalářská práce využije český překlad dotazníku BITSEA, který byl přijat a je spravován organizací Mapi Research Trust.

5.1.1.1 Škály a položky dotazníku

Škály a položky dotazníku BITSEA byly již popsány výše v teoretické části této bakalářské práce.

Všechny položky dotazníku jsou měřeny pomocí tříbodové Likertovy škály, na které respondent může položku označit jako 0 = Není to pravda / výjimečně, 1 = Do jisté míry / někdy a 2 = Je to pravda / často. U dvou položek týkajících se vztahů dítěte s vrstevníky může respondent vybrat za odpověď také „N“, což znamená, že na otázku nemůže odpovědět z důvodu toho, že jeho dítě nebylo vystaveno takovéto situaci, podle které by se odpověď dala usuzovat. Skóre jednotlivých škál se odvíjí od celkového součtu bodů, kterými byly hodnoceny jednotlivé položky daných škál. Na konci dotazníku jsou pro rodiče uvedené navíc ještě dvě

doplňující otázky, které se ptají na to, do jaké míry rodiče znepokojuje chování, emoce nebo vztahy jejich dítěte a do jaké míry je znepokojuje vývoj řeči jejich dítěte. Na tyto otázky mohou rodiče odpovědět na škále od 1 do 4, kdy 1 znamená „Vůbec neznepokojuje“, 2 představuje odpověď „Trochu znepokojuje“, 3 vyjadřuje odpověď „Znepokojuje“ a 4 vystihuje odpověď „Velmi znepokojuje“. Tyto otázky se však nezapočítávají do celkového skóre žádné škály dotazníku BITSEA, pouze přináší informaci, zda si je rodič daných problémů u dítěte nějakým způsobem vědom.

5.1.1.2 Vyhodnocení dotazníku

Pro vyhodnocení dotazníku BITSEA jsou využívány prahy citlivosti, tzv. cut-off skóre, jejichž stanovená hranice je zmíněna výše v teoretické části této bakalářské práce.

5.1.1.3 Psychometrické vlastnosti dotazníku

Validita dotazníku BITSEA byla mnohokrát porovnávána ve vztahu k dotazníku ITSEA a k dalším vybraným metodám, které se zaměřují na sociálně-emoční vývoj dítěte.

Korelace škál kompetencí v rámci dotazníku BITSEA a dotazníku ITSEA byla velmi silná ($r=0,82$; $p<0,01$). Co se týká škály problémů, nejnižší korelace byla mezi celkovým skóre na škále problémů a škálou internalizace ($r=0,58$; $p<0,01$). Vyšší korelace se objevila mezi celkovým skóre na škále problémů a škálou dysregulace ($r=0,75$; $p<0,01$) a škálou externalizace ($r=0,75$; $p<0,01$) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Ve studii od Kruizinga et al. (2012b) byla validita dotazníku BITSEA akceptovatelná i vůči dotazníku Child Behavior Checklist For Ages 1,5-5 (CBCL/1,5-5), kdy skóre dotazníku CBCL/1,5-5 korelovalo silně se skóre škály problémů dotazníku BITSEA ($r=0,75$; $p<0,01$). Se škálou kompetencí korelovalo skóre dotazníku CBCL/1,5-5 negativně ($r= -0,26$; $p<0,01$).

Dále byl dotazník BITSEA porovnáván s dotazníkem The Ages and Stages Questionnaires (ASQ–SE), kde se také našla korelace podporující validitu dotazníku BITSEA. Mezi skóre dotazníku ASQ-SE a škálou problémů dotazníku BITSEA byla nalezena podstatná až velmi silná korelace ($r=0,55$). Mezi skórem dotazníku ASQ-SE a škálou kompetencí dotazníku BITSEA byla nalezena negativní korelace ($r=–0,55$) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Co se týká položek dotazníku BITSEA, které měří riziko výskytu PAS, jejich skóre bylo porovnáváno s celkovým skóre dotazníku M-CHAT-R. Mezi těmito proměnnými byla zjištěna velmi silná korelace ($r=0,82$; $p<0,01$) (Kamara et al., 2020).

Vnitřní konzistence pro škálu problémů byla adekvátní (Cronbachova $\alpha=0,79$) a pro škálu kompetencí byla hraniční až neadekvátní (Cronbachova $\alpha=0,65$) (Briggs-Gowan et al., 2004). Podobné hodnoty byly zjištěny i v rámci studie od Wendlanda et al. (2014).

Test-retestová reliabilita zkoumaná v rozmezí 10–45 dní po prvním vyplnění dotazníku je pro obě škály vynikající (škála problémů: ICC=0,87 a škála kompetencí: ICC=0,85) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Stabilita v čase (konkrétně během 1 roku) u škály problémů vyšla r =0,65 (p<0,01) a u škály kompetencí vyšla r =0,53 (p<0,01). Tato korelace byla konzistentní napříč věkovými skupinami a pohlavím (Briggs-Gowan et al., 2004).

5.1.2 Dotazník Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ)

Pro toto empirické šetření byl použit dotazník Early Childhood Behavior Questionnaire (dále ECBQ) (Putnam et al., 2006), konkrétně se jednalo o velmi krátkou verzi, která byla do češtiny přeložena doc. PhDr. Mgr. Petrou Potměšilovou, Ph.D. a prof. PhDr. PaedDr. Miloňem Potměšilem, Ph.D. a následně byla v české populaci úspěšně standardizována.

Dotazník ECBQ byl vytvořen pro měření temperamentu u dětí ve věku 18 až 36 měsíců. Putnam et al. (2010) ale uvádí, že i pro měření temperamentu dětí ve věku 13-17 měsíců je dotazník ECBQ nejvhodnějším nástrojem. Jeho vytvoření bylo snahou sestavit takový dotazník, který by poskytl komplexnější a podrobnější posouzení temperamentu než jiné již existující nástroje určené pro batolata.

5.1.2.1 Škály a položky dotazníku

Velmi krátká verze dotazníku ECBQ má 36 položek a využívá 3 škály jako je „Volní kontrola“, „Surgence“ a „Negativní afektivita“. Pro účely této práce budou použity pouze položky vyskytující se ve škále „Volní kontrola“, kterých je 15 a představují měření oblastí jako inhibiční kontrola, přesun pozornosti, klidná radost, mazlivost a vytrvalost pozornosti (Potměšilová & Potměšil, 2019).

5.1.2.2 Vyhodnocení dotazníku

Dotazník ECBQ je určený pro rodiče, kteří u každé položky odpovídají prostřednictvím sedmibodové Likertovy škály pohybující se od 1 (tj. Nikdy) až po 7 (tj. Vždy). Je zde také osmá možnost k zodpovězení položky, značena jako NR, kterou lze použít v případě, že položka není pro respondentovo dítě relevantní. Položky označené písmenem R (konkrétně se jedná o 3 položky v dotazníku) jsou položky tzv. reverzibilní, což znamená, že jsou hodnoceny obráceně. Dotazník ECBQ často využívá místo celkového skóre průměrné skóre dané škály, tj. celkové skóre vyděleno počtem položek, u kterých byla uvedena odpověď pomocí číselného údaje zahrnutého v dané odpovědi (Potměšilová & Potměšil, 2019).

5.1.2.3 Psychometrické vlastnosti dotazníku

Reliabilita české verze velmi krátkého dotazníku ECBQ byla ověřena vnitřní konzistencí, konkrétně Cronbachovou alfou. Tento test reliability byl proveden nejen celkově pro daný nástroj ECBQ, ale také pro jednotlivé věkové skupiny dětí respondentů plus také z hlediska jejich pohlaví. Hodnota Cronbachova alfa pro všechny škály dotazníku ECBQ byla adekvátní – u škály „Volní kontrola“ byla Cronbachova α=0,71 (Potměšilová & Potměšil, 2019).

Co se týká faktorové analýzy, konfirmační faktorová analýza ukázala, že faktorová struktura dotazníku je vyhovující (Potměšilová & Potměšil, 2019). Putnam et al. (2010) uvádí, že velmi krátká verze dosáhla na adekvátní kriteriální validitu. Ke konfirmační faktorové analýze představují následující údaje – TLI=0,977; CFI=0,980 a RMSEA=0,056, které vykazují velmi dobré výsledky.

5.1.3 Dotazník chování předškolních dětí T-18

5.1.3.1 Škály a položky dotazníku

Dotazník T-18 obsahuje celkově 22 položek, které se zaměřují na jiné oblasti problémového chování u dětí. Dohromady 5 položek měří emocionální problémy (tj. vyžadování si pozornosti, náladovost, přecitlivělost, ustrašenost) a 5 položek se týká problémů chování (tj. problém s vlastním sebeovládáním, bitky, vyrušování, trápení ostatních dětí). Dále dotazník obsahuje 1 položku, která se zaměřuje na výskyt záchvatů zuřivosti. Další 3 položky se zabývají oblastí schopnosti koncentrace a konstruktivních her, to zahrnuje úroveň aktivity, koncentraci pozornosti a bezcílné bloudění. Oblast fungování sociálních vztahů je měřena 3 položkami, které se konkrétně zajímají o odstup od ostatních, nekomunikování s učiteli nebo ostatními dětmi a oblíbenost. V dotazníku jsou i zahrnuty otázky na jazyk a řeč, návyky a osobní hygienu. Těchto otázek je celkem 5 (McGuire & Richman, 1988). Do empirického šetření této bakalářské práce bylo použito celkem 16 položek tohoto dotazníku.

5.1.3.2 Vyhodnocení dotazníku

U každé položky dotazníku T-18 má respondent možnost odpovědět pomocí 3 až 4 popisů chování, které se vždy odvíjí podle intenzity výskytu daného chování. Každá odpověď je jinak bodovaná. Za dítě s rizikem problémového chování je považováno dítě, u kterého celkové skóre dosáhne hranice 12 bodů a více. Těchto 12 bodů bývá označeno jako tzv. bod zvratu, který značí, že danému dítěti je třeba věnovat další pozornost (McGuire & Richman, 1988).

5.1.3.3 Psychometrické vlastnosti dotazníku

U dotazníku T-18 byla zjišťována míra reliability pomocí určení test-retestové reliability a vnitřní konzistence. Děti byly dotazníkem hodnoceny v intervalu 2 týdnů. Ukázalo se, že rozdíl mezi dvěma měřeními nebyl signifikantní. Korelační koeficient vykazoval hodnotu 0,88 ($p<0,001$). Stejné bodové hodnocení bylo zaznamenáno v 91 % případů. Z dětí, jež se vyskytovaly v prvním měření nad bodem zvratu, se i v rámci druhého měření nad bodem zvratu vyskytovalo 88 %. Z dětí, které dosáhly v prvním měření méně než 12 bodů a byly pod bodem zvratu, se i v druhém měření pod bodem zvratu vyskytovalo 93 % z nich. Dotazník také vykazoval dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachova $\alpha=0,83$) (McGuire & Richman, 1988).

Autoři dotazníku McGuire a Richman (1988) provedli faktorovou analýzu, ve které naznačují, že položky by bylo možné rozdělit do 3 faktorů: Chování – neklid, izolovanost – nezralost a emocionalita. Dotazník byl jimi také porovnáván s jiným nástrojem měřícím emocionální problémy a problémy chování u dětí – Dotazníkem předškolního chování od autorů Lenore Behar a Samuel Stringfield. Korelace mezi výsledky těchto dvou dotazníků byla 0,89 ($p<0,001$).

5.1.4 Dotazník M-CHAT-R

V empirickém šetření této bakalářské práce je použita verze dotazníku (M-CHAT-R), která upravuje některá znění a stylizaci položek původního M-CHAT dotazníku.

5.1.4.1 Škály a položky dotazníku

Dotazník M-CHAT-R obsahuje 20 položek, na které respondent odpovídá buď ANO nebo NE. Vyplnění tohoto dotazníku by nemělo zabrat více jak 5 minut. Položky se týkají různých projevů chování dítěte, jako například: „Pokud ukážete na něco na opačné straně místnosti, podívá se na to Vaše dítě?“ (Robins et al., 2014b).

5.1.4.2 Vyhodnocení dotazníku

U všech položek dotazníku M-CHAT-R, kromě položky č. 2, 5 a 12, je odpověď „NE“ považována za znak rizika vývoje poruchy autistického spektra. Každá tato odpověď je ohodnocena 1 bodem. U položek č. 2, 5 a 12 je jedním bodem ohodnocena odpověď „ANO“. Získané body u jednotlivých položek se následně sečtou a vznikne celkové skóre dotazníku M-CHAT-R. Podle celkového skóre se děti respondentů dělí do 3 kategorií: nízké riziko – součet bodů je 0–2; střední riziko – součet bodů je 3–7; vysoké riziko – součet bodů je 8–20. U kategorie nízkého rizika se uvádí, že pokud je danému dítěti respondenta méně než 24 měsíců, mělo by se vyplnění dotazníku opakovat po dovršení jeho 2 let. Pokud se při druhém

měření neprokáže vyšší riziko, není nutné podnikat žádná další opatření. Kategorie střední riziko značí, že je dítě považováno za pozitivní a je třeba jej dále sledovat a případně doporučit, aby u něj bylo provedeno diagnostické vyšetření. Pokud dítě spadá do kategorie vysoké riziko, je odkázáno rovnou na diagnostické vyšetření (Robins et al., 2014a).

Pokud je dítě vyhodnoceno jako pozitivní na riziko poruch autistického spektra, dojde následně k položení detailnějších otázek odborníkem a k doporučení dítě nadále sledovat (Robins et al., 2014b).

5.1.4.3 Psychometrické vlastnosti dotazníku

U dotazníku M-CHAT-R byla zjišťována reliabilita – vnitřní konzistence, která se ukázala jako adekvátní, i když byla velice blízko hranici, kdy už vnitřní konzistenci za adekvátní považovat nemůžeme (Cronbachova α=0,63). Toto ovšem autoři považují za přirozené zjištění, jelikož dotazník M-CHAT-R neobsahuje položky, které by spadaly pouze do jedné dimenze chování či projevů dítěte (Robins et al., 2014b).

U dotazníku M-CHAT-R byla měřena i test-retestová reliabilita, která vyšla velmi uspokojivě (ICC=0,96). Výsledné skóre dotazníku M-CHAT-R bylo porovnáváno se skóre získaném v dotazníku Child Behavior Checklist for Ages (CBCL/1.5–5). Výsledky ukázaly podstatnou až silnou korelaci (r=0,63; $p < 0,001$) (Tsai et al., 2019).

V rámci příspěvku od Wu et al. (2017) se objevilo rozřazení položek dotazníku M-CHAT-R do následujících 5 faktorů: sociální pozornost a hra (9 položek), komunikace (3 položky), zájem a imitace (3 položky), chování (3 položky) a motorika (2 položky).

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je složen z respondentů, což jsou matky a otcové dětí ve věku 12 až 36 měsíců. Žádná další podmínka pro to, aby jedinec mohl ve výzkumu participovat, nebyla stanovena.

5.2.1 Popis vzorku

V rámci sběru dat byly získány odpovědi od 395 respondentů (průměrný věk = 33,8; SD=5,02), z nichž 290 respondentů tvoří matky (73,4 %) a 105 respondentů tvoří otcové (26,6 %). Průměrný věk matek je 33,4 a průměrný věk otců je 35,0 let. Nejstaršímu respondentovi je 51 let a nejmladšímu je 16 let.

Mezi další zjišťované charakteristiky respondentů patří jejich nejvýše dokončené vzdělání, kdy základní vzdělání má 7 respondentů (1,8 %), středoškolské vzdělání zakončené výučním listem má 26 respondentů (6,6 %), středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou má

104 respondentů (26,3 %), vyšší odborné vzdělání má 12 respondentů (3,0 %), vysokoškolské vzdělání v rámci bakalářského studia má 68 respondentů (17,2 %), vysokoškolské vzdělání v rámci magisterského studia má 162 respondentů (41,0 %) a vysokoškolské vzdělání v rámci doktorského studia má 16 respondentů (4,1 %). Z toho aktuálně 21 respondentů (5,3 %) ještě studuje a zbylých 374 respondentů (94,7 %) již nestuduje.

Celkem 219 respondentů (55,4 %) je zaměstnaných a 176 respondentů (44,6 %) je v současnosti nezaměstnaných. Respondentů, kteří pobírají mateřskou či rodičovský příspěvek je 245 (62,0 %), 150 respondentů (38,0 %) příspěvek nepobírá.

Dále bylo sledováno pohlaví a věk dítěte respondenta. Chlapců bylo dohromady 195 (49,4 %) a dívek 200 (50,6 %). Věkové rozmezí dětí respondentů je 12 až 36 měsíců, s tím, že průměrný věk těchto dětí je 25 měsíců (SD=7,54). Jejich přesný poměr podle věkové kategorie je uveden v rámci Přílohy 2.

Diagnózu nějaké poruchy (mentální, behaviorální, neurovývojové apod.) či přítomnost nějakých specifických problémů u svých dětí uvedlo celkem 16 respondentů (4,1 %), zbylých 379 respondentů (95,9 %) žádnou poruchu či specifické problémy u svých dětí neuvádí.

Co se týká rodinného statusu respondentů, 375 respondentů (94,9 %) uvedlo, že žije s biologickým otcem/matkou svého dítěte, 4 respondenti (1,0 %) uvedli, že se rozvádí, 4 respondenti (1,0 %) uvedli, že žijí s jiným partnerem/partnerkou, než je biologický rodič dítěte, 1 respondent (0,3 %) uvedl, že žije ve stejnopohlavním páru a zbylých 11 respondentů (2,8 %) tvoří svobodné matky či otcové.

Ohledně bydliště respondentů, 136 respondentů (34,4 %) uvedlo, že jejich bydliště má více než 500 000 obyvatel, více než 100 000 obyvatel má bydliště 39 respondentů (9,9 %), 50 až 100 tisíc obyvatel má bydliště 34 respondentů (8,6 %), 10 až 50 tisíc obyvatel má bydliště 39 respondentů (9,9 %), 5 až 10 tisíc obyvatel má bydliště 43 respondentů (10,9 %) a méně než 5 tisíc obyvatel má bydliště 104 respondentů (26,3 %).

To, že se cítí respondent být dostatečně finančně zabezpečen, tj. má tolik peněz, kolik potřebuje k životu, uvedlo 271 respondentů (68,6 %). Dále 58 respondentů (14,7 %) uvedlo, že se cítí velmi dobře finančně zabezpečeni a mají více peněz, než potřebují. Respondentů, kteří cítí, že jejich finanční situace je nejistá a nemají dost peněz na to, co by potřebovali, bylo 62 (15,7 %) a 4 (1,0 %) respondenti uvedli, že je jejich finanční situace velmi nejistá a nemají dostatek peněz na základní životní potřeby.

Předčasné narození svého dítěte uvedlo 29 respondentů (7,3 %), zbylým 366 respondentům (92,7 %) se dítě předčasně nenarodilo.

Ke konci první části dotazníkového šetření bylo ještě zjišťováno, kolik mladších a starších sourozenců děti respondentů mají. Bylo zjištěno, že 210 dětí (53,2 %) nemá žádného staršího sourozence, 139 dětí (35,2 %) má jednoho staršího sourozence, 33 dětí (8,4 %) má dva starší sourozence, 11 dětí (2,8 %) má tři starší sourozence a zbylé 2 děti (0,5 %) má čtyři starší sourozence. Mladšího sourozence nemělo 356 dětí (90,1 %). Zbylých 39 dětí (9,9 %) mělo jednoho mladšího sourozence.

Za významné považuji popsat výzkumný soubor i z hlediska vyhodnocení dat o dětech respondentů pomocí tzv. cut-off skóre. Mapi Research Trust (2023b) uvádí oficiální cut-off skóre (Obrázek 1), pomocí kterého se dotazník BITSEA vyhodnocuje a stanovuje hranici, podle které lze určit, u kterého dítěte se může vyskytovat problém či opoždění v jeho sociálně-emočním vývoji.

Obrázek 1: Cut-off skóre u dotazníku BITSEA

Problem Score

Problem Total	Age in Months	Cut Scores		Possible Problem
		Girls	Boys	
	12–17	13	13	☐
PR	18–23	13	15	☐
	24–29	14	15	☐
	30–35	12	14	☐

Competence Score

Competence Total	Age in Months	Cut Scores		Possible Deficit/Delay
		Girls	Boys	
	12–17	12	12	☐
PR	18–23	14	14	☐
	24–29	15	14	☐
	30–35	16	14	☐

Zdroj: Mapi Research Trust (2023b)

Dle těchto stanovených cut-off skóre byl zjištěn počet dětí z daných kategorií, které se vyskytují nad bodovou hranicí určující přítomnost možných obtíží na škále „Problémy“, a pod bodovou hranicí určující přítomnost možných opoždění na škále „Kompetence“ – viz Tabulka 1. V této tabulce je mimo jiné vidět průměrné skóre daných kategorií dětí dosažené na škálách dotazníku BITSEA a jejich procentuální zastoupení v rámci všech dětí spadajících do dané kategorie.

Tabulka 1: Deskripce výzkumného souboru dle vyhodnocení pomocí autory určeného cut-off skóre

Škála		Věk (měsíce)	N	%	M
BITSEA_P	Chlapci	12–17	15	34,09	15,73
		18–23	9	22,50	18,11
		24–29	12	26,08	17,71
		30–35	8	18,60	23,12
	Dívky	12–17	11	26,83	17,64
		18–23	13	34,21	16,92
		24–29	7	11,67	17,43
		30–35	6	17,14	17,00
BITSEA_C	Chlapci	12–17	12	27,27	10,25
		18–23	8	20,00	11,38
		24–29	4	8,70	11,75
		30–35	5	11,63	11,80
	Dívky	12–17	6	14,63	11,00
		18–23	5	13,16	13,60
		24–29	7	11,67	13,14
		30–35	9	25,71	15,33

Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.2 Postup sběru dat

Výzkumný soubor byl získán pomocí nenáhodného výběru, a to konkrétně výběru příležitostného a snowballu.

Osloveno bylo hned několik skupin na sociálních sítích, kde se vyskytují rodiče menších dětí. Tito členové skupin na sociálních sítích byli osloveni s prosbou o vyplnění online dotazníkového šetření. Byla jim poslána úvodní slova a základní informace k dotazníku. Dále k tomuto textu byl přiložen odkaz na celé dotazníkové šetření, jehož součástí je i představení empirického šetření a informovaný souhlas pro účastníky výzkumu. Jedinci byli také poproseni o nasdílení odkazu svým známým a přátelům, kteří mají aktuálně také dítě ve věku 12 až 36 měsíců.

Někteří respondenti byli osloveni na místech častého výskytu rodičů dětí v tomto raném věku a přes vybrané organizace, které poskytují pro danou cílovou skupinu dětí různorodé služby, například kroužky či jiné zájmové činnosti. V těchto vybraných organizacích byly vyvěšeny letáčky s QR kódem odkazujícím na webovou stránku s dotazníkovým šetřením k empirické části této bakalářské práce.

Všichni respondenti byli do empirického šetření zapojeni pomocí elektronické verze dotazníkového šetření. Byla tak pro všechny respondenty zachována stejná podoba dotazníku, což mohlo obecně podpořit jistou reliabilitu tohoto empirického šetření.

Získávání dat pomocí online dotazníkového šetření bylo započato v listopadu roku 2024 a pokračovalo až do konce února roku 2025.

5.2.3 Etické aspekty

Tato bakalářská práce s sebou nese samozřejmě určité etické aspekty, na které byl brán při realizaci empirického šetření ohled a etické otázky týkající se práce byly adresovány. V procesu sběru dat potřebných k provedení výzkumu pro bakalářskou práci se odehrává mnoho kroků, které je třeba eticky ošetřit.

Respondentům byl před začátkem jejich zapojení se do empirického šetření prezentován informovaný souhlas pro účast ve výzkumu, ve kterém stojí, že je dotazník zcela anonymní. Dále je zde řečeno, že účast v empirickém šetření stojí na dobrovolné bázi a jimi poskytnutá data budou uložena a zabezpečena na důvěrném místě. Respondenti byli obeznámeni, že mají právo na odstoupení z výzkumu kdykoliv a bez udání důvodu, a také že k datům má přístup pouze výzkumník práce a eventuálně vedoucí bakalářské práce, a že slouží pouze pro účely této bakalářské práce, případně pro budoucí práce, které by na tuto práci mohly nějakým způsobem navazovat. Respondentům byl tedy sdělen účel i základní informace o výzkumném šetření, včetně instrukcí ke správnému vyplnění dotazníkového šetření a informace o jeho časové náročnosti. Pro potřeby získání dalších informací je respondentům k dispozici také kontakt na výzkumníka.

V informovaném souhlasu (viz Příloha 1) se nevyskytovaly informace, které by byly pro respondenta nepotřebné až zahlcující. Jedná se například o detailnější informace k použitým nástrojům v dotazníkovém šetření, při jejichž popisu by mohla být použita terminologie, která by mohla být pro respondenta cizí a mohlo by tak dojít k respondentově zmatení či odrazení od jeho participace na výzkumu.

Se získanými daty bylo v rámci empirického šetření nakládáno citlivě. Soubor s daty byl také pečlivě uschován a zabezpečen heslem, aby se předešlo zneužití citlivých informací o dětech respondentů. Vzhledem k tomu, že v rámci dotazníkového šetření nebyly sbírány žádné identifikační údaje a emailové adresy respondentů, nemohou být respondenty poskytnutá data žádným způsobem spojena s jejich osobou.

Co se týká případných důsledků výzkumu, které mohou respondenta v životě ovlivnit, je zde otázka, zda vyplňování dotazníku nemohlo v respondentech zanechat jakési nepříjemné pocity či starosti, zda se jejich dítě vyvíjí tím správným způsobem a v obvyklém časovém rozmezí. Některé otázky dotazníkového šetření totiž zjišťují známky chování, které by mohly signalizovat projevy od opoždění ve vývoji až po určité poruchy u dítěte. Tyto případné starosti

respondentů bohužel nejsou v rámci empirického šetření nijak ošetřeny. Bylo by dobré z tohoto důvodu rodičům poskytnout možnost nějakého debriefingu. Z hlediska časové dotace však nebude možné tuto podporu pro respondenty realizovat. V dotazníku ovšem není uvedeno, co přesně která část dotazníku měří. Konkrétně u dotazníku M-CHAT-R není uvedeno, že se jedná o dotazník, který měří přímo riziko přítomnosti poruchy autistického spektra. Respondenti se tak u vyplňování této části dotazníku nemusí obávat, že některé jejich odpovědi značí to, že jejich dítě má projevy autistického spektra.

5.3 Analýza dat

Pro práci se získanými daty a k jejich následné analýze byla vytvořena datová matice. V rámci ní byla data pročištěna, zkontrolována a poté proběhlo vyhodnocení škál jednotlivých dotazníků. K práci s daty byl využit program „Excel“ a statistický program „jamovi 2.3.21“, ve kterém byly vytvořeny tabulky a grafy vyobrazené v této práci.

5.3.1 Analýza síly testu, korekce alfy

Pro stanovení pravděpodobnosti, že statistický test bude schopen správně nalézt skutečný efekt, a pro zjištění potřebné velikosti výzkumného vzorku byla využita analýza síly testu prostřednictvím statistického softwaru „G*Power“.

Nejdříve však bylo třeba provést korekci alfy z důvodu vícenásobného testování, ke kterému v tomto empirickému šetření dochází. Korekce alfy byla provedena pomocí Šidákovy korekce (úprava pravděpodobnosti chyby 1. typu při vícenásobném testování), jejíž rovnice zní: $\alpha' = 1-(1-\alpha)1/m$, kde α je celková hladina významnosti, m je počet prováděných testů a α' je hladina významnosti pro jeden daný test. V případě tohoto empirického šetření se m=10. Z toho plyne, že pro toto empirické šetření je korekce alfy následující: $\alpha' = 0.0051$. Výpočet síly testu po korekci alfy ukázal, že pro statisticky spolehlivé výsledky je potřeba, aby se do empirického šetření zapojilo alespoň 385 respondentů.

5.3.2 Využité testy

V této bakalářské práci byly provedeny následující statistické testy: analýza reliability, konfirmační analýza, test pro zjištění rozložení dat, t-testy, ANOVA statistické analýzy a korelační testy. Jelikož u všech metrických proměnných, které jsou zkoumány v rámci výzkumných otázek, vyšlo dle Shapiro-Wilkova testu normality jiné než normální rozložení dat ($p < 0,05$) – viz Příloha 3, byly ve výzkumu použity neparametrické testy (Mann-Whitney U-test, Kruskall-Wallis ANOVA a Spearmanův korelační koeficient).

Konkrétně v rámci první výzkumné otázky byla testovaná reliabilita neboli vnitřní konzistence pomocí metody Cronbachova alfa a McDonaldovo omega. Pro zjištění faktorové struktury dotazníku BITSEA byla dále provedena konfirmační faktorová analýza. U druhé výzkumné otázky byla data testována pomocí t-testu – Mann-Whitney U-test, a ANOVA statistické analýzy – Kruskall-Wallis ANOVA. Třetí výzkumná otázka byla testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

6 Výsledky

VO1: Jaké psychometrické vlastnosti vykazuje česká verze dotazníku BITSEA?

V rámci výzkumné otázky VO1 byla zkoumána vnitřní konzistence jednotlivých škál ověřované české verze dotazníku BITSEA – škála „Kompetence“ a škála „Problémy“. Mimo jiné byla testována vnitřní konzistence i u položek dotazníku BITSEA, které mapují riziko výskytu poruch autistického spektra.

Vnitřní konzistence škály „Kompetence“ se pohybovala na neadekvátní úrovni (Cronbachova α=0,593; McDonaldovo Ω=0,597) – viz Tabulka 2. Za problematickou položku, která vnitřní konzistenci významně snižuje, lze považovat položku č. 10. Pokud by byla vyřazena položka č. 10 zvýšila by se vnitřní konzistence škály „Kompetence“ takto: Cronbachova α=0,617; McDonaldovo Ω=0,619.

Tabulka 2: Vnitřní konzistence škály „Kompetence“

	Cronbach's α	**McDonald's ω**
BITSEA_C	0.593	0.597

Zdroj: Vlastní výzkum

U škály „Problémy“ byla zjištěna adekvátní vnitřní konzistence (Cronbachova α=0,787; McDonaldovo Ω=0,802) – viz Tabulka 3.

Tabulka 3: Vnitřní konzistence škály „Problémy“

	Cronbach's α	**McDonald's ω**
BITSEA_P	0.787	0.802

Zdroj: Vlastní výzkum

Dále byla testována vnitřní konzistence položek, které mapují riziko PAS. Jejich vnitřní konzistence byla shledána za neadekvátní (Cronbachova α=0,579; McDonaldovo Ω=0,597) – Tabulka 4. Za problematické položky byly označeny položky č. 10 a 14. Pokud by tyto položky byly vyřazeny, vnitřní konzistence položek by se zvýšila následovně: při vyřazení položky č. 10 – Cronbachova α=0,589; McDonaldovo Ω=0,607 a při vyřazení položky č. 14 – Cronbachova α=0,580; McDonaldovo Ω=0,601.

Tabulka 4: Vnitřní konzistence položek mapujících PAS

	Cronbach's α	**McDonald's ω**
BITSEA_PAS	0.579	0.597

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro testování faktorové struktury české verze dotazníku BITSEA, byla využita konfirmační faktorová analýza. Výsledky konfirmační faktorové analýzy byly shledány do jisté míry za adekvátní, jelikož vztahy mezi daným faktorem a většinou položek byly dostatečně silné – p<0,001. Mezi nejvíce komplikované položky patří již výše zmíněné položky – položka č. 10 a položka č. 14 (viz Příloha 4). Hodnota CFI a TLI byla ovšem nízká (CFI=0,550; TLI=0,526). Nicméně hodnota RMSEA (RMSEA=0,0566) naopak vykazovala přijatelnou hodnotu, a dokonce hraničila s hodnotou, která je považována za výbornou (Tabulka 5).

Tabulka 5: Shoda modelu s daty

			RMSEA 90 % CI				
CFI	**TLI**	**RMSEA**	**Lower**	**Upper**	**χ^2**	**df**	**p**
0.550	0.526	0.0566	0.0532	0.0600	1853	818	< .001

Zdroj: Vlastní výzkum; pozn.: CFI=Comparative Fit Index – hodnocení kvality modelu, TLI= Tucker-Lewis Index – hodnocení kvality modelu, RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation – indikátor průměrné chyby aproximace modelu, χ^2 = Chí-kvadrát, df = stupně volnosti testu, p=p-hodnota

VO2: Jaký je vztah mezi vybranými sociodemografickými a dalšími osobními údaji a skóre dotazníku BITSEA?

Tato výzkumná otázka zkoumala, jak skóre české verze dotazníku BITSEA souvisí s pohlavím a věkem dítěte, se vzděláním, pohlavím, rodinným statusem a finanční situací respondenta a dále pak s počtem sourozenců a s předčasným narozením sledovaného dítěte.

Vztah skóre BITSEA s pohlavím a věkem respondentova dítěte

Pro zkoumání vztahu skóre BITSEA s pohlavím a věkem respondentova dítěte byly dle původní studie (Briggs-Gowan et al., 2004) stanoveny 4 věkové kategorie: 12–17 měsíců, 18–23 měsíců, 24–29 měsíců a 30–35 měsíců. Jelikož děti ve věku 36 měsíců byly ve studii vynechány, byla tato skupina dětí vůči zmíněným kategoriím zkoumána samostatně. Popis skóre BITSEA získaného na škále „Kompetence“ a na škále „Problémy“ dle pohlaví a věku je patrný z Tabulky 6.

K testování tohoto vztahu byl následně použit t-test (Mann-Whitney U-test) a ANOVA test (Kruskall-Wallis ANOVA). Bylo zjištěno, že skóre BITSEA se dle pohlaví a věku signifikantně liší na škále „Kompetence“ (p<0,001) – viz Tabulka 7 a 8. Skóre dotazníku BITSEA na škále „Kompetence“ byla signifikantně vyšší u dívek a s přibývajícím věkem se přirozeně dosažené skóre zvyšovalo. Rozdíly na škále „Kompetence“ z hlediska věku byly zkoumány pomocí DSCF testu. Statisticky signifikantní rozdíly nebyly nalezeny pouze mezi: věkovou kategorií 18–23 měsíců a věkovými kategoriemi 30–35 měsíců a 36 měsíců, věkovou kategorií 24–29

měsíců a věkovými kategoriemi jako 30–35 měsíců a 36 měsíců a také věkovou kategorií 30–35 měsíců a věkovou kategorií 36 měsíců – Graf 1.

Tabulka 6: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle pohlaví a věku

Škála	Věk	Pohlaví	N	M	Md	Mod	SD
BITSEA_C	12–17 měsíců	Chlapec	44	14.34	15.00	16.00	3.15
		Dívka	41	15.63	16	13.00	3.10
	18–23 měsíců	Chlapec	40	16.18	17.00	15.00	3.08
		Dívka	38	17.03	17.00	17.00	2.10
	24–29 měsíců	Chlapec	46	17.15	17.00	17.00	2.54
		Dívka	60	18.08	19.00	19.00	2.39
	30–35 měsíců	Chlapec	43	17.00	17	17.00	2.89
		Dívka	35	17.74	18	18.00	1.75
	36 měsíců	Chlapec	22	17.00	17.00	16.00	2.33
		Dívka	26	18.58	19.00	18.00	1.90
BITSEA_P	12–17 měsíců	Chlapec	44	10.41	10.00	9.00	4.74
		Dívka	41	9.98	8	6.00	5.88
	18–23 měsíců	Chlapec	40	10.55	9.00	5.00	4.94
		Dívka	38	10.63	10.00	5.00	5.73
	24–29 měsíců	Chlapec	46	10.76	9.00	4.00	7.03
		Dívka	60	8.00	7.00	6.00	4.36
	30–35 měsíců	Chlapec	43	9.58	7	4.00	8.37
		Dívka	35	9.17	8	11.00	4.45
	36 měsíců	Chlapec	22	10.91	9.50	7.00	6.25
		Dívka	26	9.08	9.00	11.00	3.72

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7: Rozdíl ve skóre BITSEA dle pohlaví (Mann-Whitney U-test)

Škála		Statistic	df	p
BITSEA_C	Student's t	-3.98	393	< .001
	Mann-Whitney U	15075		< .001
BITSEA_P	Student's t	1.99	393	0.047
	Mann-Whitney U	17876		0.151

Note. H_a $\mu_{Chlapec} \neq \mu_{Dívka}$

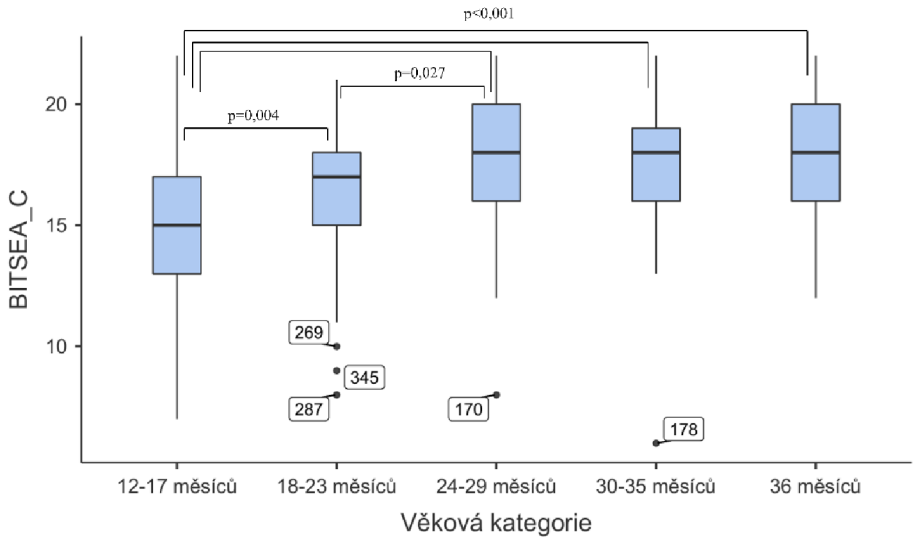
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 8: Rozdíl ve skóre BITSEA dle věku (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	51.50	4	< .001	0.1307
BITSEA_P	8.19	4	0.085	0.0208

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1: Rozdíly ve skóre BITSEA na škále „Kompetence“ dle věkových kategorií



Zdroj: Vlastní výzkum

<u>Vztah skóre BITSEA se vzděláním respondenta</u>

Skóre BITSEA bylo také zkoumáno ve vztahu k nejvýše dosaženému vzdělání respondentů. V Tabulce 9 byla nejdříve znázorněna deskriptivní statistika skóre BITSEA dle dosaženého vzdělání.

I přes odlišné průměrné skóre na škálách dotazníku BITSEA v rámci kategorie vzdělání nebyl ani u jedné škály dotazníku BITSEA zjištěn žádný významný vztah mezi skórem BITSEA a vzděláním respondentů (BITSEA_C: χ^2=5,58, p=0,472; BITSEA_P: χ^2=8,75, p=0,188) – Tabulka 10.

Tabulka 9: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle nejvýše dosaženého vzdělání

Škála	Vzdělání	N	M	Md	Mod	SD
BITSEA_C	Základní	7	14.57	16.00	16.00	5.00
	Středoškolské – výuční list	26	16.27	16.50	18.00	2.75
	Středoškolské – maturitní zkouška	104	16.85	17.00	16.00	2.72
	Vyšší odborné	12	16.50	16.00	15.00	2.47
	Vysokoškolské – bakalářské	68	17.01	17.50	18.00	2.95
	Vysokoškolské – magisterské	162	16.86	17.00	17.00	2.84
	Vysokoškolské – doktorské	16	17.88	18.00	17.00	2.22
BITSEA_P	Základní	7	10.86	11.00	11.00	5.73
	Středoškolské – výuční list	26	12.15	11.00	6.00	6.56
	Středoškolské – maturitní zkouška	104	9.85	9.00	5.00	5.98
	Vyšší odborné	12	11.50	12.00	4.00	7.45
	Vysokoškolské – bakalářské	68	9.97	9.50	8.00	5.13
	Vysokoškolské – magisterské	162	9.37	8.00	5.00	5.57
	Vysokoškolské – doktorské	16	7.94	5.50	5.00	5.09

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 10: Vztah skóre BITSEA se vzděláním respondentů (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	5.58	6	0.472	0.0142
BITSEA_P	8.75	6	0.188	0.0222

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah skóre BITSEA s pohlavím rodiče

Cílem bylo zjistit i to, zda se vyskytuje nějaký vztah mezi skóre BITSEA a pohlavím rodiče. Tabulka 11 značí deskriptivní statistiku skóre BITSEA dle pohlaví rodiče. Pomocí Tabulky 12 bylo zjištěno, že rozdíl u hodnocení matek a hodnocení otců na škálách BITSEA není statisticky signifikantní ($p > 0,05$).

Tabulka 11: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle pohlaví rodiče

Škála	Vztah	N	M	Md	Mod	SD	Min	Max
BITSEA_C	Matka	290	16.94	17.00	18.00	2.86	6	22
	Otec	105	16.54	16	16.00	2.80	8	22
BITSEA_P	Matka	290	9.85	9.00	4.00	5.82	1	49
	Otec	105	9.72	8	6.00	5.54	1	26

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 12: Vztah skóre BITSEA s pohlavím rodiče (Mann-Whitney U-test)

Škála		Statistic	df	p
BITSEA_C	Student's t	1.220	393	0.223
	Mann-Whitney U	13502		0.084
BITSEA_P	Student's t	0.190	393	0.849
	Mann-Whitney U	15078		0.883

Note. H_a $\mu_{Matka} \neq \mu_{Otec}$

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah skóre BITSEA s rodinným statusem respondenta

Nejdříve byla u vztahu skóre BITSEA a rodinného statusu respondenta provedena deskriptivní statistika – Tabulka 13. Nepoměr v zastoupení respondentů v kategorií rodinného statusu je zřejmý. Tabulka 14 ukázala, že mezi skóre BITSEA dle rodinného statusu respondenta nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl (p >0,05).

Tabulka 13: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle rodinného statusu respondenta

Škála	Rodinný status	N	Mean	Median	Mode	SD
BITSEA_C	Jsem svobodný otec/matka	11	15.73	16.00	15.00	2.76
	Žiji s biologickým otcem/matkou dítěte	375	16.91	17.00	18.00	2.77
	Žiji ve stejnopohlavním páru	1	15.00	15.00	15.00	NaN
	Žiju s jiným partnerem/partnerkou, než je biologický rodič dítěte	4	14.25	16.00	7.00	4.99
	Jsem v rozvodovém řízení	4	15.50	18.00	18.00	6.40
BITSEA_P	Jsem svobodný otec/matka	11	11.45	9.00	7.00	5.61
	Žiji s biologickým otcem/matkou dítěte	375	9.69	9.00	5.00	5.44
	Žiji ve stejnopohlavním páru	1	9.00	9.00	9.00	NaN
	Žiju s jiným partnerem/partnerkou, než je biologický rodič dítěte	4	9.00	10.00	10.00	2.71
	Jsem v rozvodovém řízení	4	17.75	8.50	5.00	20.93

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 14: Vztah skóre BITSEA s rodinným statusem respondenta (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	4.49	4	0.343	0.01141
BITSEA_P	1.46	4	0.833	0.00371

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah skóre BITSEA s finanční situací respondenta

V rámci výzkumné otázky byl zkoumán i vztah skóre BITSEA s finanční situací respondenta – deskriptivní statistika je znázorněna v Tabulce 15. Signifikantní rozdíl u skóre BITSEA dle finanční situace respondenta však dle Tabulky 16 nebyl nalezen (p >0,05).

Tabulka 15: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle finanční situace respondenta

Škála	Finance	N	Mean	Median	Mode	SD
BITSEA_C	Moje finanční situace je velmi nejistá (nemám dostatek peněz na základní životní potřeby).	4	15.25	18.00	18.00	6.18
	Moje finanční situace je nejistá (nemám dost peněz na to, co bych potřeboval/a).	62	16.27	17.00	17.00	2.94
	Jsem dostatečně finančně zabezpečen/a (mám tolik peněz, kolik potřebuji k životu).	271	16.94	17.00	18.00	2.74
	Jsem velmi dobře finančně zabezpečen/a (mám víc peněz, než potřebuji).	58	17.03	17.00	19.00	2.93
BITSEA_P	Moje finanční situace je velmi nejistá (nemám dostatek peněz na základní životní potřeby).	4	19.75	12.50	5.00	20.74
	Moje finanční situace je nejistá (nemám dost peněz na to, co bych potřeboval/a).	62	11.48	10.00	8.00	6.22
	Jsem dostatečně finančně zabezpečen/a (mám tolik peněz, kolik potřebuji k životu).	271	9.42	8.00	5.00	5.16
	Jsem velmi dobře finančně zabezpečen/a (mám víc peněz, než potřebuji).	58	9.17	8.50	4.00	5.18

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 16: Vztah skóre BITSEA s finanční situací respondenta (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	2.65	3	0.449	0.00672
BITSEA_P	6.70	3	0.082	0.01701

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah skóre BITSEA s počtem sourozenců dítěte

Skóre BITSEA bylo testováno i ve vztahu s počtem sourozenců dítěte, a to s počtem mladších sourozenců, starších sourozenců i celkového počtu sourozenců. Deskriptivní statistika je znázorněna v Tabulkách 17-19.

Bylo zjištěno, že vztah skóre BITSEA s počtem starších sourozenců dítěte (Tabulka 20) a s celkovým počtem sourozenců dítěte (Tabulka 21) není signifikantní ($p > 0,05$). Co se týká vztahu skóre BITSEA a počtem mladších sourozenců, byl nalezen signifikantní vztah u škály „Kompetence“ (Tabulka 22; $p = 0,048$). Test Mann-Whitney U ukázal, že se skóre na škále „Kompetence“ lišilo podle toho, zda mělo dítě jednoho nebo žádného mladšího sourozence. U škály „Problémy“ nebyl zjištěn žádný významný vztah (Tabulka 22; $p > 0,05$).

Tabulka 17: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle počtu starších sourozenců

Škála	Starší	N	Mean	Median	Mode	SD
BITSEA_C	0	210	16.80	17.00	18.00	2.80
	1	139	16.77	17	18.00	3.09
	2	33	17.12	17	16.00	2.32
	3	11	16.91	17	16.00	2.30
	4	2	19.00	19.00	18.00	1.41
BITSEA_P	0	210	10.10	9.00	5.00	5.72
	1	139	9.60	8	6.00	6.10
	2	33	8.06	8	5.00	3.98
	3	11	12.73	12	6.00	5.42
	4	2	8.00	8.00	7.00	1.41

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 18: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle počtu mladších sourozenců

Škála	Mladší	N	Mean	Median	Mode	SD
BITSEA_C	0	356	16.74	17.00	18.00	2.89
	1	39	17.72	18	19.00	2.31
BITSEA_P	0	356	9.80	9.00	5.00	5.71
	1	39	9.97	10	4.00	6.09

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 19: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle celkového počtu sourozenců

Škála	Počet sourozenců	N	Mean	Median	Mode	SD
BITSEA_C	0	179	16.67	17	18.00	2.86
	1	164	16.89	17.00	18.00	2.98
	2	37	17.05	17	16.00	2.31
	3	13	17.38	18	20.00	2.40
	4	2	19.00	19.00	18.00	1.41
BITSEA_P	0	179	10.17	9	9.00	5.62
	1	164	9.51	8.00	4.00	6.13
	2	37	8.78	8	5.00	4.52
	3	13	11.92	11	6.00	5.42
	4	2	8.00	8.00	7.00	1.41

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 20: Vztah skóre BITSEA s počtem starších sourozenců (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	1.61	4	0.807	0.00409
BITSEA_P	7.35	4	0.119	0.01864

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 21: Vztah skóre BITSEA s celkovým počtem sourozenců (Kruskall-Wallis ANOVA)

Škála	χ^2	df	p	ε^2
BITSEA_C	2.77	4	0.598	0.00702
BITSEA_P	5.68	4	0.225	0.01441

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 22: Vztah skóre BITSEA s počtem mladších sourozenců (Mann-Whitney U-test)

Škála		Statistic	df	p
BITSEA_C	Student's t	-2.054	393	0.041
	Mann-Whitney U	5611		0.048
BITSEA_P	Student's t	-0.182	393	0.856
	Mann-Whitney U	6866		0.911

Note. H_a $\mu_0 \neq \mu_1$

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah skóre BITSEA s předčasným narozením dítěte

Skóre BITSEA na obou škálách bylo zkoumáno také ve vztahu s tím, zda se dítě respondenta narodilo předčasně. Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle předčasného narození dítěte je patrná z Tabulky 23. Tabulka 24 ukázala, že ani u jedné škály BITSEA nebyl nalezen statisticky významný rozdíl podle toho, zda dítě bylo narozené předčasně.

Tabulka 23: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle předčasného narození dítěte

Škála	Group	N	Mean	Median	SD	SE
BITSEA_C	Ano	29	16.2	17.00	3.57	0.663
	Ne	366	16.88	17.00	2.78	0.145
BITSEA_P	Ano	29	10.2	8.00	8.72	1.620
	Ne	366	9.78	9.00	5.45	0.285

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 24: Vztah skóre BITSEA s předčasným narozením dítěte (Mann-Whitney U-test)

Škála		Statistic	df	p
BITSEA_C	Student's t	-1.163	393	0.245
	Mann-Whitney U	4855		0.442
BITSEA_P	Student's t	0.381	393	0.703
	Mann-Whitney U	5031		0.641

Note. $H_a\ \mu_{Ano} \neq \mu_{Ne}$

Zdroj: Vlastní výzkum

VO3: Jaká je souvislost skóre české verze dotazníku BITSEA s vybranými škálami či s celkovým skóre nástrojů, které měří stejné/příbuzné proměnné?

Co se týká empirické validity, konkrétně validity souběžné, byly výsledky uspokojující. Podstatná až velmi silná korelace byla nalezena mezi celkovým skóre na škále „Kompetence“ a skóre na škále „Volní kontrola“ dotazníku ECBQ (ρ=0,563; p<0,001) (Tabulka 25). Další podstatná až velmi silná korelace byla shledána u celkového skóre škály „Problémy“ a skóre dotazníku T-18 (ρ =0,586; p<0,001) (Tabulka 26). Střední až podstatná korelace pak byla nalezena mezi celkovým skóre položek dotazníku BITSEA mapujících riziko poruch autistického spektra a celkového skóre dotazníku M-CHAT-R (ρ =0,401; p<0,001) (Tabulka 27).

Tabulka 25: Korelace škály „Kompetence“ dotazníku BITSEA a škály „Volní kontrola“ dotazníku ECBQ

Škála		BITSEA_C	
EFFC_ECBQ	Spearman's rho	0.563	***
	p-value	< .001	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 26: Korelace škály „Problémy“ dotazníku BITSEA a celkového skóre dotazníku T-18

Škála		T-18	
BITSEA_P	Spearman's rho	0.586	***
	p-value	< .001	

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 27: Korelace celkového skóre položek BITSEA mapujících riziko PAS a celkového skóre dotazníku M-CHAT-R

Škála		M-CHAT-R	
BITSEA_PAS	Spearman's rho	0.401	***
	p-value	< .001	

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Zdroj: Vlastní výzkum

7 Diskuse

Tato bakalářská práce vznikla s cílem provést prvotní psychometrické ověření české verze dotazníku BITSEA na běžné české populaci a validizovat ji pomocí vybraných dotazníků, které jsou v českém prostředí pro měření sociálně-emoční oblasti u dětí v raném věku používány a standardizovány. V návaznosti s tímto cílem vznikla myšlenka do budoucna pomoci přinést do českého prostředí kvalitní nástroj pro měření sociálně-emočního vývoje dětí v batolecím období.

Právě dotazník BITSEA v mnoha studiích vykazuje velice dobré psychometrické vlastnosti a bývá považován za kvalitní nástroj zaměřený na rychlý screening sociálně-emočních kompetencí a problémového chování u dětí v raném věku (Briggs-Gowan et al., 2004; Kruizinga et al., 2012b). Denham et al. (2009) dále uvádí, že tento dotazník je jeden z mála, který se zaměřuje na tak široké množství aspektů v rámci sociálně-emočních kompetencí.

Výhodou tohoto dotazníku je navíc to, že by měl být schopný identifikovat skupinu dětí, která jeví známky například poruch autistického spektra nebo jiných vývojových či klinicky významných problémů a psychopatologií. Doposud takových nástrojů sloužících k brzkému odhalení případných rizikových projevů poruch u dětí v nízkém věku sestaveno nebylo. V budoucnu by jistě bylo přínosné, pokud by byly k dotazníku BITSEA stanoveny také cut-off skóre pro určitou klinickou skupinu dětí, a to například pro děti s PAS.

Aspektem, který lze naopak u tohoto screeningového nástroje považovat za nevyhovující, může být velké množství položek, které poskytují skóre pouze v rámci dvou škál (škála „Problémy“ a škála „Kompetence“). Položky jsou navíc zaměřené na velké množství oblastí sociálně-emočního vývoje a vykazují vysokou jedinečnost. Následně je při signifikantním výsledku dotazníku BITSEA stejně doporučováno provést s respondentem také původní a objemnější dotazník ITSEA.

První výzkumná otázka této bakalářské práce se vztahovala k hlavnímu cíli práce, a to k psychometrickému ověření české verze dotazníku BITSEA, ve kterém byla sledována reliabilita, tj. vnitřní konzistence jednotlivých škál, a faktorová analýza dotazníku.

Původní studie od Briggs-Gowan et al. (2004) uvádí, že dotazník BITSEA má v rámci škály „Problémy“ adekvátní vnitřní konzistenci (Cronbachova α=0,79) a v rámci škály „Kompetence“ je vnitřní konzistence hraniční až neadekvátní (Cronbachova α=0,65). Podobné zjištění bylo objeveno i v rámci dat této bakalářské práce, kdy vnitřní konzistence škály „Problémy“ byla adekvátní (Cronbachova α=0,787) a vnitřní konzistence škály „Kompetence“ byla neadekvátní (Cronbachova α=0,593). V rámci výzkumu této práce byla za problémovou

položku, která nejvíce snižovala vnitřní konzistenci škály „Kompetence“, stanovena položka č. 10. Pokud by byla položka č. 10 vyřazena, zvýšila by se vnitřní konzistence škály „Kompetence“ na Cronbachova α=0,617. I tak by ale vnitřní konzistence této škály nedosáhla hranice adekvátnosti. Položku č. 10 však za nejproblematičtější určují také výsledky studie od Wendlanda et al. (2014). Nižší vnitřní konzistence škály „Kompetence“ by se dala vysvětlit tím, že škála měří u dítěte různorodé sociálně-emoční oblasti. Navíc autoři dotazníku Briggs-Gowan et al. (2004) uvádí, že u některých měřených projevů chování nelze očekávat, že se u dítěte budou objevovat společně.

Co se týká testování faktorové analýzy dotazníku BITSEA, výsledky konfirmační faktorové analýzy v rámci výzkumu této bakalářské práce ukázaly, že většina položek dotazníku silně přispívá k měření daných dvou faktorů – „Problémy“ a „Kompetence“. Model dotazníku by dle hodnoty RMSEA (RMSEA=0,0566) měl navíc adekvátně odpovídat i získaným datům z empirického šetření. Nicméně byly zjištěny také další dvě hodnoty vyjadřující shodu modelu s daty, které byly shledány za nízké, tedy neadekvátní. Konkrétně se jedná o hodnotu CFI a hodnotu TLI (CFI=0,550; TLI=0,526). Společně tyto hodnoty naznačují, že daný model dotazníku BITSEA by nemusel vykazovat ideální shodu se získanými daty. Při testování konfirmační faktorové analýzy došel k podobným výsledkům také Wendland et al. (2014). V této studii je konfirmační faktorová struktura představena jako adekvátní, a to i při těchto hodnotách: RMSEA=0,04 a CFI=0,59. Neadekvátní hodnotu CFI studie vysvětluje citlivostí CFI na korelace mezi položkami dotazníku BITSEA, které jsou z důvodu komplexního zhodnocení sociálně-emočních oblastí u dětí v raném věku nízké. Studie Badera a Moshagena (2022) dodává, že pokud hodnota RMSEA vypovídá o adekvátní shodě modelu s daty, zatímco hodnota TLI ne, neboť je příliš nízká, nerozporuje to přímo shodu modelu se získanými daty, ale naznačuje to určitou nedostatečnost modelu. Důvodem této nedostatečnosti modelu může být jeho složitost, slabá souvislost mezi danými položkami či nedostatečné zachycení teoretických konstruktů. Také je důležité brát v potaz, že hodnota TLI je mnohem citlivější na velikost výzkumného vzorku.

Tyto nejasné výsledky podporují myšlenku, že by do budoucna měla být struktura modelu detailněji prozkoumána. Nízká hodnota TLI však nevypovídá o tom, že by struktura dotazníku nefungovala, nýbrž o tom, že vytvořený model dotazníku nemusí vystihovat vztahy mezi položkami přesně či efektivně.

Tato zjištění ohledně hodnot RMSEA, CFI a TLI by mohla do jisté míry vysvětlovat výsledky konfirmační faktorové analýzy v rámci výzkumu této bakalářské práce. Velikost výzkumného vzorku mohla být nedostatečná. Dále popis položek a škál dotazníku BITSEA

napovídá tomu, že z hlediska množství měřených oblastí v sociálně-emočním vývoji dítěte by mohl být model dotazníku příliš složitý. Musíme zmínit i fakt, že například škála dotazníku BITSEA „Problémy“ se skládá z položek měřících externalizaci, internalizaci a dysregulaci.

Další výzkumná otázka, která byla v rámci výzkumu stanovena, si kladla za cíl zmapovat vztahy mezi skóre BITSEA a vybranými proměnnými. Prvním zkoumaným vztahem byl vztah skóre BITSEA s pohlavím a věkem dítěte respondenta. Výsledky výzkumu v rámci této bakalářské práce podporují výsledky uvedené ve studii Briggs-Gowan et al. (2004). Signifikantní rozdíl ve skóre BITSEA dle pohlaví dítěte a jeho věku byl podpořen – skóre škály „Kompetence“ bylo statisticky vyšší u dívek než u chlapců a s rostoucím věkem dítěte se také skóre škály „Kompetence“ statisticky signifikantně zvyšovalo. Signifikantní rozdíl mezi chlapci a děvčaty na škále „Problémy“ nalezen nebyl. Signifikantní rozdíl nebyl zjištěn ani ve vztahu skóre škály „Problémy“ s věkem dítěte. Dalším vztahem, který byl v rámci výzkumné otázky zjišťován byl vztah skóre BITSEA se vzděláním respondenta. I přesto, že se tento vztah ukázal jako statisticky signifikantní ve studii od Palmer et al. (2018), v rámci výzkumu této bakalářské práce nebyl žádný statisticky významný vztah skóre BITSEA se vzděláním respondenta zjištěn. Dále byla testována významnost vztahu skóre BITSEA s pohlavím rodiče. Přestože ve studii od Alakortes et al. (2015) bylo zjištěno, že matky signifikantně hodnotily děti vyšším skóre na obou škálách dotazníku BITSEA než otcové, v rámci výzkumného šetření této bakalářské práce se tento vztah mezi skóre BITSEA a pohlavím rodiče jako statisticky signifikantní neprojevil. Dle studie od Nandy et al. (2020) bylo dále předpokládáno, že skóre BITSEA bude vykazovat signifikantní vztah s rodinným statusem respondenta. Tento vztah však v rámci výzkumu této bakalářské práce svou signifikantnost nepotvrdil. V návaznosti na výsledky studie Tervahartiala et al. (2024) byla očekávána také statistická významnost ve vztahu skóre BITSEA s finanční situací respondenta. Tento vztah však v rámci získaných dat určených k výzkumu v této bakalářské práci statisticky signifikantní nebyl. Co se týká vztahu skóre BITSEA s počtem sourozenců dítěte bylo dle výsledků studie Saini et al. (2019) předpokládáno, že vztah mezi skóre BITSEA a počtem sourozenců bude signifikantní. Konkrétně se předpokládalo, že děti, které mají sourozence, budou vykazovat vyšší úroveň v sociálně-emočních kompetencích. Výsledky výzkumu v této práci tento vztah za statisticky signifikantní potvrdily – signifikantní rozdíl byl však pouze potvrzen u vztahu skóre škály „Kompetence“ s přítomností mladšího sourozence dítěte. Poslední vztah, který byl v rámci druhé výzkumné otázky zkoumán, byl vztah s předčasným narozením dítěte. Tento vztah byl zkoumán vzhledem k tomu, že se údaj o předčasném narození vyplňuje u oficiální podoby

dotazníku BITSEA. V rámci sesbíraných dat pro tuto bakalářskou práci nebyl vztah skóre BITSEA s předčasným narozením dítěte shledán za statisticky signifikantní.

Poslední výzkumná otázka, která byla v rámci výzkumného šetření této bakalářské práce vytyčena, se zabývá souvislostí skóre české verze dotazníku BITSEA s vybranými škálami či s celkovým skóre nástrojů, které měří stejné/příbuzné proměnné. Tato výzkumná otázka měla za cíl zhodnotit empirickou validitu české verze dotazníku BITSEA. Empirická validita dotazníku BITSEA byla v zahraničních studiích již zkoumána pomocí mnoha standardizovaných nástrojů, které měří stejné či podobné oblasti. Jednalo se nejčastěji například o nástroje jako je Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA), Child Behavior Checklist For Ages 1,5-5 (CBCL/1,5-5) nebo The Ages and Stages Questionnaires (ASQ–SE). Souvislost mezi těmito nástroji byla významná až velmi silná (Kruizinga et al., 2012b; Briggs-Gowan et al., 2004).

Pro testování empirické validity dotazníku BITSEA v českém prostředí byly zvoleny nástroje jako Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ), Dotazník chování předškolních dětí T-18 a Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R). Tyto nástroje byly vybrány z toho důvodu, že jsou již v českém prostředí standardizované a často používané. Každý z těchto nástrojů měl za cíl zkoumat souvislost s určitou škálou dotazníku BITSEA či se souborem jeho specificky označených položek (položky mapující riziko PAS) – konkrétně se jednalo o zjištění korelace mezi danými proměnnými. Dotazník ECBQ byl vybrán, jelikož obsahuje škálu „Volní kontrola“, která odpovídá podobností škále „Kompetence“. Byla tedy zkoumána korelace mezi skóre dotazníku BITSEA dosaženém na škále „Kompetence“ a skóre dotazníku ECBQ dosaženém na škále „Volní kontrola“. Tato korelace se ukázala být podstatná až velmi silná (ρ=0,563; p<0,001). Dále byla korelace zjišťována mezi skóre dotazníku BITSEA dosaženém na škále „Problémy“ a celkovým skóre dotazníku T-18. Zde byla nalezena také podstatná až velmi silná korelace (ρ =0,586; p<0,001). Poslední korelací, která byla v rámci poslední výzkumné otázky zjišťována, byla korelace mezi skóre dotazníku BITSEA dosaženém u položek mapujících riziko PAS a celkovým skóre dotazníku M-CHAT-R. Tato korelace byla sice slabší, než uvádí Kamara et al. (2020), ale i tak vykazovala slibné hodnoty představující střední až podstatnou korelaci (ρ =0,401; p<0,001).

V rámci této diskuse je třeba zmínit několik limitů, které s sebou tato bakalářská práce přináší. Prvním limitem je použití dotazníků, které sloužily ke zjištění empirické validity dotazníku BITSEA. Tyto dotazníky totiž nejsou běžně používány u dětí v raném věku jako dotazník BITSEA – ECBQ je určený pro děti ve věku 18 až 36 měsíců, i když autoři uvádí, že je kvalitním nástrojem pro měření temperamentu dětí už ve věku 13-17 měsíců, dotazník T-18

je využívaný u dětí až od dvou let a dotazník M-CHAT-R se používá u dětí ve věku 16 až 30 měsíců. Pro účely této bakalářské práce však nebyly nalezeny vhodnější nástroje, které by byly snadno dostupné a standardizované v českém prostředí. Navíc pokud by bylo pro určité věkové kategorie použito odlišné složení dotazníků, hrozilo by, že by data nebyla vhodně saturována. Všechny položky dotazníků však byly řádně prozkoumány a žádná z finálních vybraných položek zvoleného dotazníkového šetření nebyla z vývojového hlediska dítěte shledána za nevyhovující.

Dalším limitem je nerovnoměrné zastoupení matek a otců ve výzkumném souboru. Nerovnoměrné zastoupení respondentů je také patrné v rámci dalších sledovaných proměnných. Kvůli nerovnoměrnému zastoupení respondentů tak mohlo v této bakalářské práci dojít k ovlivnění výsledků testů a jejich interpretace, což ohrožuje možnost zobecnění výsledků na běžnou českou populaci. Do budoucna by tak bylo k uvážení použití kvótního výběru výzkumného souboru.

Dále je třeba zmínit, že využití příležitostného výběru či snowballu s sebou nese také určitá úskalí. Při tomto výběru výzkumného souboru mohlo dojít k tomu, že respondenti dotazníkového šetření byli nějakým způsobem specifičtí a více motivovaní k zapojení se do výzkumu. Vzhledem k získávání respondentů prostřednictvím sociálních sítích mohlo dále dojít k větší homogenitě výzkumného souboru.

Je potřeba se také zamyslet nad nežádoucími proměnnými, které v rámci výsledků výzkumu této bakalářské práce mohly hrát určitou roli. Na straně respondentů se mohly objevovat nežádoucí proměnné jako stylizace jejich odpovědí, kdy například rodič může odpovídat na položky dotazníku takovým způsobem, aby na jeho dítě bylo nahlíženo v lepším světle. Někteří rodiče navíc nemají tendenci být ke svým dětem kritičtí. Poskytnuté informace mohou být tedy do jisté míry zkreslené či záměrně neupřímné. Dotazníky navíc neobsahují tzv. lži skóre. Může také nastat situace, kdy rodič není schopen položku vztahující se k určitému chování dítěte správně vyhodnotit. Limitem je i vlastní povaha použitých dotazníků, která je založena na subjektivním zhodnocení respondenta. Pokud jsou ale tyto sebeposuzovací nástroje kvalitní, měly by s výše zmíněnými limity počítat, a i tak vykazovat spolehlivé výsledky.

Je třeba myslet na to, že nebyla možná kontrola stejných podmínek respondentů při vyplňování dotazníkového šetření. Tyto podmínky mohly být u každého respondenta velmi odlišné. Respondenti se mohli v době vyplňování dotazníkového šetření lišit z hlediska jejich aktuálního psychického rozpoložení a výběru vhodného místa, které by mělo být co nejklidnější, aby se respondenti mohli na dotazník co nejlépe soustředit. Dotazníkové šetření je

poměrně časově náročné a při malé časové dotaci respondentů lze předpokládat, že dotazníku nemohli věnovat takovou péči, která by byla ke správnému vyplnění adekvátní.

Tato bakalářská práce by mohla být užitečná pro budoucí výzkum v této oblasti, jelikož představuje další psychometrický nástroj, který by do budoucna mohl být v českém prostředí více využívaný. Dotazník BITSEA by v budoucnu mohl být používán pro zjištění souvislostí dalších jevů a fenoménů se sociálně-emočním vývojem dětí v raném věku. Nástroj by také v budoucnu mohl napomáhat k odhalení určitých rizik vývojových poruch u dětí v raném věku.

Výzkum v rámci této bakalářské práce představuje velké množství nasbíraných dat, ze kterých by se dalo v dalších stejně či podobně zaměřených studiích vycházet. Bylo testováno několik vztahů skóre dotazníku BITSEA s vybranými sociodemografickými proměnnými a dalšími proměnnými týkajícími se osobních údajů respondenta či jeho dítěte. Budoucí výzkumy by se například mohly věnovat souvislostem dotazníku BITSEA s dalšími proměnnými jako je citová vazba dítěte či psychický stav rodičů. Bylo by také přínosné, aby budoucí výzkum reflektoval výše zmíněné limity a mohl stanovit normy pro českou populaci neboli ověřit stanovené cut-off skóre z původní studie dotazníku BITSEA.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo provést prvotní psychometrické ověření české verze dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assesment (BITSEA) – měřícího pomocí škály „Problémy“ a škály „Kompetence“ sociálně-emoční oblasti ve vývoji dítěte ve věku 12 až 36 měsíců. Toto ověření bylo provedeno na běžné české populaci. Dále bylo cílem tuto českou verzi dotazníku BITSEA validizovat. To proběhlo na základě použití vybraných nástrojů, které měří stejné či podobné oblasti jako dotazník BITSEA a jsou v českém prostředí již široce užívány a hlavně standardizovány.

V rámci teoretické části byly představeny stěžejní informace ohledně sociálního a emočního vývoje dítěte v batolecím období. Byly popsány i sociálně-emoční kompetence, které se v tomto vývojovém období u dítěte sledují. Také byly uvedeny informace o odchylkách v sociálně-emočním vývoji dítěte v batolecím věku a pervazivních narušení jejich vývoje. Pro přehled byly dále představeny nástroje, které buď měří sociálně-emoční vývoj a problémové chování u dětí v batolecím věku nebo mapují riziko poruch autistického spektra. V teoretické části práce byl také představen samotný nástroj BITSEA.

V empirické části práce byly stanoveny 3 výzkumné otázky, které byly prostřednictvím kvantitativního designu zodpovězeny. Empirického šetření se dohromady zúčastnilo 395 respondentů – otců a matek dětí ve věku 12 až 36 měsíců.

Psychometrické ověření dotazníku BITSEA ukázalo adekvátní vnitřní konzistenci škály „Problémy“ (α=0,787), neadekvátní vnitřní konzistenci škály „Kompetence“ (α=0,593) a konfirmační faktorovou analýzu, která ukázala, že většina položek dotazníku silně přispívá k měření daných dvou faktorů – „Problémy“ a „Kompetence“ a že hodnota RMSEA je adekvátní a měla by přispívat k potvrzení shody modelu dotazníku BITSEA s daty. Zároveň byly v rámci konfirmační faktorové analýzy zjištěny dva údaje neadekvátní hodnoty – CFI a TLI (CFI=0,550; TLI=0,526). Tyto hodnoty společně naznačují, že daný model dotazníku BITSEA by posléze nemusel vykazovat ideální shodu se získanými daty. Tyto neadekvátní výsledky by však mohly být odůvodněny povahou modelu dotazníku BITSEA, kdy se z důvodu měření různorodých sociálně-emočních oblastí mezi položkami nachází nízké korelace.

V rámci empirického šetření byly zjišťovány také vztahy skóre BITSEA s vybranými sociodemografickými údaji a dalšími osobními údaji týkajícími se respondenta či jeho dítěte. Jediné vztahy, které byly uznány za statisticky signifikantní byly: vztah mezi skóre škály „Kompetence“ a pohlavím dítěte – dívky dosahovaly na této škále statisticky významně vyšších hodnot než chlapci, vztah skóre škály „Kompetence“ s věkem dítěte – skóre na škále se

s přibývajícím věkem významně zvyšovalo a vztah skóre škály „Kompetence“ s počtem mladších sourozenců dítěte – dítě dosahovalo vyššího skóre, pokud mělo mladšího sourozence.

Empirická validita dotazníku BITSEA byla shledána za adekvátní. Testované korelace mezi dotazníkem BITSEA a vybranými nástroji (ECBQ, dotazník T-18 a M-CHAT-R) se pohybovaly v rozmezí podstatné až velmi silné.

Výsledky šetření ukázaly, že screeningový nástroj BITSEA má potenciál stát se kvalitním nástrojem používaným v českém prostředí. Psychometrické vlastnosti dotazníku v rámci faktorové analýzy a vnitřní konzistence se jeví sice slabší, avšak dotazník disponuje signifikantní až silnou empirickou validitou. Je zároveň časově nenáročný a představuje nástroj, který dokáže měřit problémové chování a sociálně-emoční kompetence u dětí již v raném věku.

Seznam literatury

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles.* Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.

Alakortes, J., Fyrstén, J., Carter, A. S., Moilanen, I. K., & Ebeling, H. E. (2015). Finnish mothers' and fathers' reports of their boys and girls by using the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior & Development*, *39*(1), 136–147. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.02.016

Albers, C. A., & Grieve, A. J. (2007). Test Review: Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant and Toddler Development– Third Edition. San Antonio, TX: Harcourt Assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *25*(2), 180–190. https://doi.org/10.1177/0734282906297199

Allen, K. E., & Marotz, L. R. (2008). *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. Portál.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. American psychiatric publishing.

American Psychological Association. (2018, 19. dubna). *Temperament*. https://dictionary.apa.org/temperament

ASEBA. (2019, 14. ledna). *Preschool (Ages 1½-5) Assessments.* https://aseba.org/preschool/

Bader, M., & Moshagen, M. (2022). Assessing the fitting propensity of factor models. *Psychological Methods*. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1037/met0000529

Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3rd ed.).* Pearson.

Belacchi, C., & Farina, E. (2012). Feeling and Thinking of Others: Affective and Cognitive Empathy and Emotion Comprehension in Prosocial/Hostile Preschoolers. *Aggressive Behavior, 38*(2), 150–165. https://doi.org/10.1002/ab.21415

Bowlby, J., & Müller, I. (2023). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.

Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (1998). Preliminary Acceptability and Psychometrics of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): A New Adult-Report Questionnaire. *Infant Mental Health Journal, 19*(4), 422–445. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199824)19:4<422::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-U

Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2007). Applying the Infant-Toddler Social & Emotional Assessment (ITSEA) and Brief-ITSEA in Early Intervention. *Infant Mental Health Journal*, *28*(6), 564–583. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/imhj.20154

Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-Emotional Screening Status in Early Childhood Predicts Elementary School Outcomes. *Pediatrics, 121*(5), 957–962. https://doi:10.1542/peds.2007-1948

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for Social-Emotional Problems and Delays in Competence. *Journal of pediatric psychology*, *29*(2), 143–155. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of Social-Emotional and Behavioral Problems in a Community Sample of 1- and 2-year-old Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(7), 811–819. https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016

Brownell, C. A., & Kopp, C. B. (2007). Transitions in Toddler Socioemotional Development: Behavior, Understanding, Relationships. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional Development in the Toddler Years: Transitions and Transformations* (s. 1–39). The Guilford Press.

Cabrera, N. J., Karberg, E., Malin, J. L., & Aldoney, D. (2017). The Magic of Play: Low-Income Mothers' and Fathers' Playfulness and Children's Emotion Regulation and Vocabulary Skills. *Infant Mental Health Journal, 38*(6), 757–771. https://doi.org/10.1002/imhj.21682

Campbell, S. B., Denham, S. A., Howarth, G. Z., Jones, S. M., Whittaker, J. V., Williford, A. P., Willoughby, M. T., Yudron, M., & Darling-Churchill, K. (2016). Commentary on the Review of Measures of Early Childhood Social and Emotional Development: Conceptualization, Critique, and Recommendations. *Journal of applied developmental psychology, 45*(1), 19–41. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.01.008

Carter, A.S., & Briggs-Gowan, M.J. (2000). *Manual of the Infant-Toddler Social-Emotional Assessment*. Yale University.

Carter, A. S., Briggs-gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of Young Children's Social-Emotional Development and Psychopathology: Recent Advances and

Recommendations for Practice. *Journal of child psychology and psychiatry*, *45*(1), 109–134. https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x

Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant Toddler – Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, Reliability, and Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 495–514. https://doi.org/10.1023/A:1025449031360

Cole, P. M. (1986). Children's Spontaneous Control of Facial Expression. *Child Development, 57*(6), 1309–1321. https://doi.org/10.2307/1130411

Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011a). *Review of the Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition (Vineland-II)*. Edmonton, Alberta, Canada.

Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011b). *Review of the Behavior Assessment System for Children –Second Edition (BASC-2)*. Edmonton, Alberta, Canada.

De Wolff, M. S., Theunissen, M. H. C., Vogels, A. G. C., & Reijneveld, S. A. (2013). Three Questionnaires to Detect Psychosocial Problems in Toddlers: A Comparison of the BITSEA, ASQ:SE, and KIPPPI. *Academic Pediatrics*, *13*(6), 587–592. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/j.acap.2013.07.007

Del Rosario, C., Slevin, M., Molloy, E. J., Quigley, J., & Nixon, E. (2021). How to Use the Bayley Scales of Infant and Toddler Development. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*, *106*(2), 108–112. https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319063

Denham, S. A., Wyatt, T. M., Bassett, H. H., Echeverria, D., & Knox, S. S. (2009). Assessing Social-Emotional Development in Children from a Longitudinal Perspective. *Journal of epidemiology and community health*, *63*(1), 37–52. https://doi.org/10.1136/jech.2007.070797

Dietz, C., Swinkels, S., van Daalen, E., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for Autistic Spectrum Disorder in Children Aged 14–15 Months. II: Population Screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and General Findings. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *36*(6), 713–722. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/s10803-006-0114-1

Dunn, W. (2007). Supporting Children to Participate Successfully in Everyday Life by Using Sensory Processing Knowledge. *Infants & Young Children, 20*(2), 84–101. https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000264477.05076.5d

Eyberg, S. (1980). The Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 9*(1), 22–28.

Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of Child Behavior Problems: The Validation of a New Inventory. *Journal of clinical child psychology*, *7*(2), 113–116. https://doi.org/10.1080/15374417809532835

Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of Specific Childhood Feeding Problems. *Journal of paediatrics and child health*, *39*(4), 299–304. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x

Geangu, E., Benga, O., Stahl, D., & Striano, T. (2010). Contagious Crying beyond the First Days of Life. *Infant behavior & development*, *33*(3), 279–288. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.004

Giserman Kiss, I., Feldman, M. S., Sheldrick, R. Ch. & Carter, A. S. (2017). Developing Autism Screening Criteria for the Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*, 1269–1277. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3044-1

Haapsamo, H., Kuusikko-Gauffin, S., Carter, A. S., Pollock-Wurman, R., Ebeling, H., Joskitt, L., Larinen, K., Soini, H., Pihlaja, P., & Moilanen, I. (2012). A pilot Longitudinal Follow-Up Study of the Brief Infant Toddler Social-Emotional Assessment (BITSEA) in Northern Finland: Examining Toddlers' Social-Emotional, Behavioural and Communicative Development. *Early child development and care*, *182*(11), 1487–1502. https://doi.org/10.1080/03004430.2011.622756

Harrison, P. & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition*. Harcourt Assessment.

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Hinshaw, S. P. (1987). On the Distinction between Attentional Deficits/Hyperactivity and Conduct Problems/Aggression in Child Psychopathology. *Psychological Bulletin*, *101*(3), 443–463. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1037/0033-2909.101.3.443

Cheng, Y. L., Chu, C. L., & Wu, C. C. (2022). How Do Children with Autism Spectrum Disorder and Children with Developmental Delays Differ on the Child Behavior Checklist 1.5-5 DSM-Oriented Scales?. *Children*, *9*(1), 111. https://doi.org/10.3390/children9010111

Chlebowski, C., Green, J. A., Barton, M. L., & Fein, D. (2010). Using the Childhood Autism Rating Scale to Diagnose Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *40*(7), 787–799. https://doi.org/10.1007/s10803-009-0926-x

Ivanenko, A., Crabtree, V. M., & Gozal, D. (2004). Sleep in Children with Psychiatric Disorders. *Pediatric clinics of North America*, *51*(1), 51–68. https://doi.org/10.1016/s0031-3955(03)00181-0

Kamara, D., Walton, K., & Witwer, A. N. (2020). Socioemotional and Autism Spectrum Disorder Screening for Toddlers in Early Intervention: Agreement Among Measures. *Journal of early intervention*, *42*(4), 359–380. https://doi.org/10.1177/1053815119880607

Kaywork, J. (2020). *An Educator's Guide to Infant and Toddler Development: Understanding and Responding Appropriately*. Routledge.

Keller, A. S., Leikauf, J. E., Holt-Gosselin, B., Staveland, B. R., & Williams, L. M. (2019). Paying Attention to Attention in Depression. *Translational psychiatry*, *9*(1), 279. https://doi.org/10.1038/s41398-019-0616-1

Kelly, N. R., Tanofsky-Kraff, M., Vannucci, A., Ranzenhofer, L. M., Altschul, A. M., Schvey, N. A., Shank, L. M., Brady, S. M., Galescu, O., Kozlosky, M., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2016). Emotion Dysregulation and Loss-of-Control Eating in Children and Adolescents. *Health psychology*, *35*(10), 1110–1119. https://doi.org/10.1037/hea0000389

Kim, S., & Lord, C. (2012). New Autism Diagnostic Interview-Revised Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers from 12 to 47 Months of Age. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *42*(1), 82–93. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/s10803-011-1213-1

Kousemaker, N. P. J. (1996). *Zoeken, vinden, zorgen delen: de ontwikkeling van een praktijkparadigma voor onderkenning en pedagogische preventie van psychosociale problematiek in deJeugdgezondheidszorg. [Searching, Finding, Sharing Care: The Development of a Practise Paradigm for the Discernment and Pedagogical Prevention of Psychosocial Problems in Youth Healthcare]*. Universiteit van Amsterdam.

Kruizinga, I., Jansen, W., De Haan, C. L., & Raat, H. (2012a). Reliability and Validity of the KIPPPI: An Early Detection Tool for Psychosocial Problems in Toddlers. *PloS one*, *7*(11), e49633. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049633

Kruizinga, I., Jansen, W., De Haan, C. L., Van der Ende, J., Carter, A. S., & Raat, H. (2012b). Reliability and Validity of the Dutch Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PloS one*, *7*(6), e38762–e38762. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038762

Kruizinga, I., Jansen, W., Van Sprang, N. C., Carter, A. S., & Raat, H. (2015). The Effectiveness of the BITSEA as a Tool to Early Detect Psychosocial Problems in Toddlers, a Cluster Randomized Trial. *PLoS ONE*, *10*(9), 1–18. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1371/journal.pone.0136488

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.

Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K., & Guthrie, W. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module*. Western Psychological Services.

Lord, C., & Rutter, M. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A Revised Version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *24*(5), 659–685. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/BF02172145

Luby J. L. (2009). Early Childhood Depression. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(9), 974–979. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111709

Luby, J., & Belden, A. (2012). Depressive-Symptom Onset during Toddlerhood in a Sample of Depressed Preschoolers: Implications for Future Investigations of Major Depressive Disorder in Toddlers. *Infant mental health journal*, *33*(2), 139–147. https://doi.org/10.1002/imhj.21314

Luyster, R., Gotham, K., Guthrie, W., Coffing, M., Petrak, R., Pierce, K., Bishop, S., Esler, A., Hus, V., Oti, R., Richler, J., Risi, S., & Lord, C. (2009). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Toddler Module: A New Module of a Standardized Diagnostic Measure for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *39*(9), 1305–1320. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/s10803-009-0746-z

Maag, J. W., & Katsiyannis, A. (2010). Early Intervention Programs for Children With Behavior Problems and At Risk for Developing Antisocial Behaviors: Evidence – and Research-Based Practices. *Remedial and Special Education*, *31*(6), 464–475. https://doi.org/10.1177/0741932509355992

Mapi Research Trust. (2023a, 6. září). *Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA).* https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/infant-toddler-social-emotional-assessment#basic_description

Mapi Research Trust. (2023b, 6. listopadu). *Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA).* https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/brief-infant-toddler-social-emotional-assessment#languages

McCain, A. P., Kelley, M. L., & Fishbein, J. (1999). Behavioral Screening in Well-Child Care: Validation of the Toddler Behavior Screening Inventory. *Journal of Pediatric Psychology*, *24*(5), 415–422. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1093/jpepsy/24.5.415

McGuire, J., & Richman, N. (1988). *Pre-School Behavior Checklist, Handbook*. NFER-NELSON Publishing Company.

Mindell, J. A., Leichman, E. S., Dumond, C., & Sadeh, A. (2017). Sleep and Social-Emotional Development in Infants and Toddlers. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *46*(2), 236–246. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188701

Morales-Muñoz, I., Lemola, S., Saarenpää-Heikkilä, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Paunio, T., Broome, M. R., & Paavonen, E. J. (2020). Parent-Reported Early Sleep Problems and Internalising, Externalising and Dysregulation Symptoms in Toddlers. *BMJ Paediatrics Open*, *4*(1), e000622–e000622. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000622

Morris, A. S., & Williamson, A. C. (Eds.). (2019). *Building Early Social and Emotional Relationships with Infants and toddlers: Integrating Research and Practice*. Springer International Publishing AG.

Moulton, E., Bradbury, K., Barton, M., & Fein, D. (2019). Factor Analysis of the Childhood Autism Rating Scale in a Sample of Two Year Olds with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *49*(7), 2733–2746. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2936-9

Mouton-Simien, P., McCain, A.P. & Kelley, M.L. (1997). The Development of the Toddler Behavior Screening Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(1), 59–64. https://doi.org/10.1023/A:1025759408417

Nandy, A., Nixon, E., & Quigley, J. (2020). Parental Toy Play and Toddlers' Socio-Emotional Development: The Moderating Role of Coparenting Dynamics. *Infant behavior & development*, *60*, 101465. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101465

Nichols, S. R., Svetlova, M., & Brownell, C. A. (2015). Toddlers' Responses to Infants' Negative Emotions. *Infancy*, *20*(1), 70–97. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/infa.12066

Nomura, Y. (2005). Early Behavior Characteristics and Sleep Disturbance in Rett Syndrome. *Brain & development*, *27*(1), 35–42. https://doi.org/10.1016/j.braindev.2005.03.017

Palmer, F. B., Graff, J. C., Jones, T. L., Murphy, L. E., Keisling, B. L., Whitaker, T. M., Wang, L., & Tylavsky, F. A. (2018). Socio-Demographic, Maternal, and Child Indicators of Socioemotional Problems in 2-Year-Old Children: A Cohort Study. *Medicine*, *97*(28), e11468–e11468. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000011468

Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života : funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Grada.

Poláková, P. (2019). *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. Grada.

Potměšilová, P., & Potměšil, M. (2019). The Early Childhood Behavior Questionnaire Very Short Form (ECBQ VSF) and its Adaptation to the Population of the Czech Republic. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *19*(3), 281–287. http://dx.doi.org/10.15557/PiPK.2019.0029

Powell, G., Mackrain, M., & Lebuffe, P. (2007). *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers Technical Manual*. Kaplan Early Learning Corporation.

Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of Fine-Grained Aspects of Toddler Temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant behavior & development*, *29*(3), 386–401. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.01.004

Putnam, S. P., Jacobs, J., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2010, březen). *Development and Assessment of Short and Very Short Forms of the Early Childhood Behavior Questionnaire*. https://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/instrument-descriptions/the-early-childhood-behavior-questionnaire/

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *The Behavior Assessment System for Children (2nd ed.)*. Pearson.

Richardson, R. D., & Burns, M. K. (2005). Adaptive Behavior Assessment System (2nd Edition) by Harrison, P. L., & Oakland, T. (2002). *Assessment for Effective Intervention*, *30*(4), 51–54. https://doi.org/10.1177/073724770503000407

Robins, D. L., Barton, M., & Fein, D. (2014a). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F)*. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t67574-000

Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014b). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, *133*(1), 37–45. https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813

Robins, D., Fein, D., & Barton M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F).* Self-published.

Rutter M., Le Couteur A., & Lord C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised*. Western Psychological Services.

Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development* (s. 237–309). Wiley.

Saini, T., Sharma, S., & Kaur, T. (2019). Social Emotional Learning and Temperament among Children with and without Siblings. *Indian journal of positive psychology*, *10*(3), 162–168. https://research-ebsco-com.ezproxy.is.cuni.cz/c/jcj4ea/viewer/pdf/kznng6zphb

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.* National Academy Press.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward Objective Classification of Childhood Autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 10*(1), 91–103. https://doi.org/10.1007/BF02408436

Sivertsen, B., Harvey, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., Torgersen, L., Ystrom, E., & Hysing, M. (2015). Later Emotional and Behavioral Problems Associated With Sleep Problems in Toddlers: A Longitudinal Study. *JAMA pediatrics*, *169*(6), 575–582. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0187

Smees, R., Rinaldi, L. J., Simmons, D. R., & Simner, J. (2023). The Parent-Completed Glasgow Sensory Questionnaire: Exploring Children's Sensory Sensitivities and Their Relationship to Well-being. *Journal of Child & Family Studies*, *32*(6), 1805–1822. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/s10826-022-02489-6

Sparrow, S. S., Cicchetti, D., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd Edition Manual*. NCS Pearson, Inc.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE User's Guide: For the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional.* Paul H. Brookes Publishing.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2012). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Paul H. Brookes Publishing.

Sroufe, L. A. (1990). Considering Normal and Abnormal Together: The Essence of Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology, 2*(4), 335–347. https://doi.org/10.1017/S0954579400005769

Sterba, S. K., Prinstein, M. J., & Cox, M. J. (2007). Trajectories of Internalizing Problems across Childhood: Heterogeneity, External Validity, and Gender Differences. *Development and psychopathology*, *19*(2), 345–366. https://doi.org/10.1017/S0954579407070174

Stone, W. L., Coonrod, E. E., & Ousley, O. Y. (2000). Brief Report: Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT): Development and Preliminary Data. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *30*(6), 607–612. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1023/A:1005647629002

Stone, W. L., McMahon, C. R., & Henderson, L. M. (2008). Use of the Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT) for Children under 24 Months: An Exploratory Study. *Autism*, *12*(5), 557–573. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/1362361308096403

Svetlova, M., Nichols, S. R., & Brownell, C. A. (2010). Toddlers' Prosocial Behavior: From Instrumental to Empathic to Altruistic Helping. *Child development*, *81*(6), 1814–1827. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01512.x

Swinkels, S. H. N., Dietz, C., van Daalen, E., Kerkhof, I. H. G. M., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for Autistic Spectrum in Children Aged 14 to 15 Months. In: The Development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). *Journal of autism and developmental disorders*, *36*(6), 723–732. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0115-0

Szegal, B. (1985). Stages in the Development of Aggressive Behavior in Early Childhood. *Aggressive behavior*, *11*(4), 315–321. https://doi.org/10.1002/1098-2337(1985)11:4<315::AID-AB2480110406>3.0.CO;2-U

Šulová, L. (2019). *Raný psychický vývoj dítěte*. Karolinum.

Tan, C. (2007). Test Review: Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). Behavior Assessment System for Children (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Assessment for Effective Intervention, 32(2), 121–124. https://doi.org/10.1177/15345084070320020301

Tervahartiala, K., Nolvi, S., Kataja, E. L., Seppälä, M., Autere, T. A., Hakanen, H., Karlsson, H., Carter, A., Karlsson, L., & Korja, R. (2024). Childcare Context and Socio-Emotional Development in Toddlers – A Quantitative Report from the FinnBrain Birth Cohort Study, Finland. *European early childhood education research journal*, *32*(1), 71-85. https://doi.org/10.1080/1350293X.2023.2234110

The National Child Traumatic Stress Network. (2014, 3. března). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment – Parent Form*. https://www.nctsn.org/measures/brief-infant-toddler-social-and-emotional-assessment-parent-form

The National Child Traumatic Stress Network. (2017a, 4. srpna). *Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5*. https://www.nctsn.org/measures/child-behavior-checklist-ages-15-5

The National Child Traumatic Stress Network. (2017b, 5. srpna). *Eyberg Child Behavior Inventory*. https://www.nctsn.org/measures/eyberg-child-behavior-inventory

Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra*. Portál.

Thurm, A., Manwaring, S. S., Cardozo Jimenez, C., Swineford, L., Farmer, C., Gallo, R., & Maeda, M. (2018). Socioemotional and Behavioral Problems in Toddlers with Language Delay. *Infant Mental Health Journal*, *39*(5), 569–580. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/imhj.21735

Tsai, J. M., Lu, L., Jeng, S. F., Cheong, P. L., Gau, S. S., Huang, Y. H., & Wu, Y. T. (2019). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up in Taiwanese Toddlers. *Research in developmental disabilities*, *85*, 205–216. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.011

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. ÚZIS.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie. I., Dětství a dospívání*. Karolinum.

Vágnerová, M. (2020). *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. Raabe.

Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S., & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, Stability, and Outcomes of Cry-Fuss and Sleep Problems in the First 2 Years of

Life: Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, *117*(3), 836–842. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0775

Walker, D. (1999). Behavior Assessment System for Children (BASC). *Diagnostique*, *24*(1), 17–31. https://doi.org/10.1177/153450849902401-403

Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saïas, T., Le Bail, M., Cazenave, M. T., Molina, T., Puccinelli, O., Chirac, O., Medeiros, M., Gérardin, P., Cohen, D., & Guédeney, A. (2014). French Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Questionnaire-BITSEA. *Journal of pediatric psychology*, *39*(5), 562–575. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu016

Wetherby, A. M., Guthrie, W., Hooker, J. L., Delehanty, A., Day, T. N., Woods, J., Pierce, K., Manwaring, S. S., Thurm, A., Ozonoff, S., Petkova, E., & Lord, C. (2021). The Early Screening for Autism and Communication Disorders: Field-Testing an Autism-Specific Screening Tool for Children 12 to 36 Months of Age. *Autism*, *25*(7), 2112–2123. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/13623613211012526

Whalen, D. J., Sylvester, C. M., & Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *26*(3), 503–522. https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006

Winsper, C., & Wolke, D. (2014). Infant and Toddler Crying, Sleeping and Feeding Problems and Trajectories of Dysregulated Behavior across Childhood. *Journal of abnormal child psychology*, *42*(5), 831–843. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9813-1

Wu, Y. T., Tsai, J. M., & Yang, Y. C. (2017, 13. května). *Construct and Predictive Validity of Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F) Taiwan Version for Toddlers in Taiwan.* International Meeting for Autism Research, San Francisco, Kalifornie.

Yun, J., Kim, E. K., Shin, S. H., Kim, H. S., Lee, J. A., Kim, E. S., & Jin, H. J. (2018). The Bayley-III Adaptive Behavior and Social-Emotional Scales as Important Predictors of Later School-Age Outcomes of Children Born Preterm. *Neonatal Medicine*, *25*(4), 178–185. https://doi.org/10.5385/nm.2018.25.4.178

Seznam tabulek

Tabulka 1: Deskripce výzkumného souboru dle vyhodnocení pomocí autory určeného cut-off skóre ... 48
Tabulka 2: Vnitřní konzistence škály „Kompetence“ ... 52
Tabulka 3: Vnitřní konzistence škály „Problémy“ ... 52
Tabulka 4: Vnitřní konzistence položek mapujících PAS ... 52
Tabulka 5: Shoda modelu s daty ... 53
Tabulka 6: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle pohlaví a věku ... 54
Tabulka 7: Rozdíl ve skóre BITSEA dle pohlaví (Mann-Whitney U-test) ... 54
Tabulka 8: Rozdíl ve skóre BITSEA dle věku (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 55
Tabulka 9: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle nejvýše dosaženého vzdělání ... 56
Tabulka 10: Vztah skóre BITSEA se vzděláním respondentů (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 56
Tabulka 11: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle pohlaví rodiče ... 56
Tabulka 12: Vztah skóre BITSEA s pohlavím rodiče (Mann-Whitney U-test) ... 57
Tabulka 13: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle rodinného statusu respondenta ... 57
Tabulka 14: Vztah skóre BITSEA s rodinným statusem respondenta (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 57
Tabulka 15: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle finanční situace respondenta ... 58
Tabulka 16: Vztah skóre BITSEA s finanční situací respondenta (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 58
Tabulka 17: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle počtu starších sourozenců ... 59
Tabulka 18: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle počtu mladších sourozenců ... 59
Tabulka 19: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle celkového počtu sourozenců ... 60
Tabulka 20: Vztah skóre BITSEA s počtem starších sourozenců (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 60
Tabulka 21: Vztah skóre BITSEA s celkovým počtem sourozenců (Kruskall-Wallis ANOVA) ... 60
Tabulka 22: Vztah skóre BITSEA s počtem mladších sourozenců (Mann-Whitney U-test) ... 60
Tabulka 23: Deskriptivní statistika skóre BITSEA dle předčasného narození dítěte ... 61
Tabulka 24: Vztah skóre BITSEA s předčasným narozením dítěte (Mann-Whitney U-test) 61
Tabulka 25: Korelace škály „Kompetence“ dotazníku BITSEA a škály „Volní kontrola“ dotazníku ECBQ ... 62

Tabulka 26: Korelace škály „Problémy“ dotazníku BITSEA a celkového skóre dotazníku T-18 62
Tabulka 27: Korelace celkového skóre položek BITSEA mapujících riziko PAS a celkového skóre dotazníku M-CHAT-R..... 62

Seznam obrázků a grafů

Obrázek 1: Cut-off skóre u dotazníku BITSEA 47

Graf 1: Rozdíly ve skóre BITSEA na škále „Kompetence“ dle věkových kategorií 55

Příloha 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Dotazníkové šetření na sociálně-emoční vývoj dítěte

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Řečinská a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia psychologie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o účast v dotazníkovém šetření, které představuje jednu z částí mé bakalářské práce, která se zabývá sociálním a emočním vývojem u dětí v raném dětství a nástroji, pomocí kterých lze tyto oblasti zkoumat.

Dotazníkové šetření je určeno **matkám a otcům dětí ve věku 12 až 36 měsíců**. Je sestaveno ze **4 hlavních částí** a jeho vyplnění by Vám mělo zabrat **přibližně 20 minut**.

První část dotazníkového šetření je zaměřena na zjištění Vašich základních sociodemografických údajů a základních informací o Vašem dítěti. Zbylé tři části jsou složeny z ověřených a běžně používaných dotazníků zabývajících se sociálně-emočním vývojem dětí a budou sloužit ke zjištění výskytu určitého chování u Vašeho dítěte.

Vyplnění dotazníkového šetření je **zcela anonymní**. Všechny Vámi poskytnuté informace budou **sloužit pouze k účelům bakalářské práce či k účelům jiné práce, která by na tuto bakalářskou práci v budoucnu navazovala.** Žádné Vámi uvedené údaje nebudou žádným způsobem spojeny s Vaší osobou. Chtěla bych Vás tímto poprosit **o co největší upřímnost při jeho vyplňování**.

Získaná data budou následně **uložena a zabezpečena na důvěrném místě**, ke kterému bude mít přístup pouze moje osoba, případně vedoucí mé bakalářské práce. Data budou dále na tomto místě uchována pouze pro případ vzniku jiné práce, která by v budoucnu na tuto bakalářskou práci chtěla navazovat či na ni určitým způsobem odkazovat.

Při vyplňování dotazníku prosím klikněte na konci každé jeho části na políčko **"Další" (toto tlačítko Vám bude fungovat pouze v případě, že jste vyplnili všechny povinné položky, tj. položky označené červenou hvězdičkou)**. Ke konci dotazníku nezapomeňte zvolit políčko **"Odeslat".**

Vaše účast ve výzkumu je **zcela dobrovolná** a **máte právo z výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu**. To znamená, že vyplňování dotazníkového šetření můžete **ukončit a dotazník tak neodeslat.**

Vyplněním a následném odesláním dotazníku potvrzujete svou ochotu zúčastnit se výzkumu a poskytnout vyplněná data pro jejich statistické zpracování.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek mě neváhejte kontaktovat (**kontaktní email: recind00@jcu.cz**).

Předem děkuji za Váš čas, který tomuto vyplnění dotazníku věnujete.

Denisa Řečinská

Prohlašuji, že jsem si přečetl/a informace a podmínky účasti ve výzkumu, těmto informacím a podmínkám rozumím a dobrovolně s účastí ve výzkumu souhlasím.

- Ano, souhlasím.

Příloha 2: Deskripce výzkumného souboru dle pohlaví a věku dítěte respondenta

"Věk_Dítě"	Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
12	Chlapec	10	2.5 %
	Dívka	10	2.5 %
13	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	4	1.0 %
14	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	7	1.8 %
15	Chlapec	9	2.3 %
	Dívka	5	1.3 %
16	Chlapec	4	1.0 %
	Dívka	3	0.8 %
17	Chlapec	9	2.3 %
	Dívka	12	3.0 %
18	Chlapec	11	2.8 %
	Dívka	7	1.8 %
19	Chlapec	5	1.3 %
	Dívka	7	1.8 %
20	Chlapec	4	1.0 %
	Dívka	5	1.3 %
21	Chlapec	11	2.8 %
	Dívka	6	1.5 %
22	Chlapec	4	1.0 %
	Dívka	3	0.8 %
23	Chlapec	5	1.3 %
	Dívka	10	2.5 %
24	Chlapec	15	3.8 %
	Dívka	7	1.8 %
25	Chlapec	1	0.3 %
	Dívka	9	2.3 %
26	Chlapec	7	1.8 %
	Dívka	8	2.0 %
27	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	11	2.8 %
28	Chlapec	9	2.3 %
	Dívka	13	3.3 %
29	Chlapec	8	2.0 %

"Věk_Dítě"	Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Dívka	12	3.0 %
30	Chlapec	9	2.3 %
	Dívka	7	1.8 %
31	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	8	2.0 %
32	Chlapec	9	2.3 %
	Dívka	6	1.5 %
33	Chlapec	7	1.8 %
	Dívka	5	1.3 %
34	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	4	1.0 %
35	Chlapec	6	1.5 %
	Dívka	5	1.3 %
36	Chlapec	22	5.6 %
	Dívka	26	6.6 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 3: Deskripce zkoumaných metrických proměnných

								Shapiro-Wilk	
Proměnná	**N**	**M**	**Md**	**Mod**	**SD**	**Min**	**Max**	**W**	**p**
BITSEA_C	395	16.83	17.00	18.00	2.846	6.00	22.00	0.946	< .001
BITSEA_P	395	9.82	9.00	5.00	5.743	1.00	49.00	0.900	< .001
BITSEA_PAS	395	4.21	4.00	2.00	2.917	0.00	21.00	0.918	< .001
EFFC_ECBQ	395	4.75	4.82	4.75	0.772	2.08	6.42	0.988	0.002
T-18	395	7.06	7.00	5.00	3.540	0.00	28.00	0.941	< .001
M-CHAT-R	395	1.02	0.00	0.00	1.567	0.00	11.00	0.668	< .001

Zdroj: Vlastní výzkum; Pozn.: N=počet, M=průměr, Md=medián, Mod=modus, SD=směrodatná odchylka, Min=minimální hodnota, Max=maximální hodnota, SW=Shapiro-Wilkův test normality, p=p-hodnota; BITSEA_C=skóre BITSEA na škále „Kompetence“, BITSEA_P=skóre BITSEA na škále „Problémy“, BITSEA_PAS=skóre BITSEA u položek mapující PAS, EFFC_ECBQ=skóre dotazníku ECBQ na škále „Volní kontrola“, T-18=celkové skóre dotazníku T-18, M-CHAT-R=celkové skóre dotazníku M-CHAT-R

Příloha 4: Konfirmační faktorová analýza dotazníku BITSEA

Faktor	Položka	Odhad	SE	Z	p
Kompetence	" [1_COMPETENCE]"	0.1415	0.0246	5.755	< .001
	" [5_COMPETENCE]"	0.2643	0.0324	8.152	< .001
	" [10_COMPETENCE]"	0.0303	0.0363	0.833	0.405
	" [13_COMPETENCE]"	0.1440	0.0266	5.413	< .001
	" [15_COMPETENCE]"	0.0631	0.0189	3.333	< .001
	"[19_COMPETENCE]"	0.2333	0.0360	6.485	< .001
	" [20_COMPETENCE]"	0.2406	0.0365	6.596	< .001
	" [22_COMPETENCE]"	0.3502	0.0405	8.653	< .001
	" [25_COMPETENCE]"	0.2165	0.0380	5.703	< .001
	" [29_COMPETENCE]"	0.1752	0.0345	5.076	< .001
	" [31_COMPETENCE]"	0.3212	0.0441	7.290	< .001
Problémy	" [2_PROBLEM]"	0.2172	0.0305	7.110	< .001
	" [3_PROBLEM]"	0.1351	0.0204	6.635	< .001
	" [4_PROBLEM]"	0.3071	0.0378	8.134	< .001
	" [6_PROBLEM]"	0.1838	0.0439	4.182	< .001
	" [7_PROBLEM]"	0.2196	0.0249	8.817	< .001
	" [8_PROBLEM]"	0.0824	0.0329	2.503	0.012
	" [9_PROBLEM]"	0.1114	0.0184	6.053	< .001
	" [11_PROBLEM]"	0.2258	0.0369	6.125	< .001
	" [12_PROBLEM]"	0.1572	0.0209	7.512	< .001
	" [14_PROBLEM]"	0.0252	0.0236	1.067	0.286
	" [16_PROBLEM]"	0.1369	0.0315	4.343	< .001
	" [17_PROBLEM]"	0.2579	0.0391	6.591	< .001
	" [18_PROBLEM]"	0.2229	0.0364	6.121	< .001
	" [21_PROBLEM]"	0.2482	0.0313	7.941	< .001
	" [23_PROBLEM]"	0.3135	0.0304	10.314	< .001
	" [24_PROBLEM]"	0.0493	0.0173	2.851	0.004
	" [26_PROBLEM]"	0.1940	0.0305	6.356	< .001
	"[27_PROBLEM]"	0.2097	0.0238	8.824	< .001
	" [28_PROBLEM]"	0.2751	0.0367	7.488	< .001
	" [30_PROBLEM]"	0.3403	0.0289	11.764	< .001
	" [32_PROBLEM]"	0.0776	0.0124	6.265	< .001
	" [33_PROBLEM]"	0.1862	0.0191	9.729	< .001
	" [34_PROBLEM]"	0.0929	0.0201	4.624	< .001
	" [35_PROBLEM]"	0.1673	0.0293	5.712	< .001
	" [36_PROBLEM]"	0.1047	0.0148	7.052	< .001

Faktor	Položka	Odhad	SE	Z	p
	" [37_PROBLEM]"	0.1002	0.0200	5.004	< .001
	" [38_PROBLEM]"	0.0909	0.0136	6.701	< .001
	" [39_PROBLEM]"	0.0363	0.0208	1.743	0.081
	" [40_PROBLEM]"	0.0375	0.0142	2.630	0.009
	" [41_PROBLEM]"	0.1474	0.0172	8.589	< .001
	" [42_PROBLEM]"	0.1139	0.0307	3.709	< .001

Zdroj: Vlastní výzkum; pozn.: Odhad=odhad nasycení faktoru, SE=standardní chyba, Z=výsledek z-testu, který určuje statistickou významnost faktorových nábojů, p=p-hodnota