

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Klára Benešová

Metody vývojové psychodiagnostiky využitelné u dětí do 3 let

**Methods of developmental psychodiagnosics for children under
the age of 3**

Praha, 2014

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

Ráda bych tímto poděkovala prof. PhDr. Lence Šulové, CSc. za laskavé a inspirativní vedení, za ochotu a čas, který mi věnovala a za její milá a povzbuzující slova. Děkuji také PhDr. Ivě Štětovské, PhD. za konzultaci výzkumného projektu. Dále bych chtěla poděkovat psycholožkám Dětského centra při Thomayerově nemocnici PhDr. Markétě Hrdličkové, PhD. a PhDr. Miladě Matoušové, PhD., které mne vývojové diagnostiky zasvětily, a které mne prakticky seznamovaly s jejími metodami.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12.5.2014

.....

Klára Benešová

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá metodami vývojové diagnostiky, jež lze využít při hodnocení vývojové úrovně dítěte raného věku, tedy u dětí od narození do 3 let. Práce charakterizuje období raného dětství z pohledu obecně platných vývojových zákonitostí. Dále je pozornost věnována specifikům, která s sebou vyšetřování malého dítěte a raná diagnostika přináší. Jaké nároky klade na examinátora, jaká specifika se vyskytují na straně dítěte, čím je výjimečná situace vyšetření malého dítěte a co ji obvykle provází. Jádro práce tvoří vybrané diagnostické metody, jejich popis, pojednání o vývoji, jejich zaměření, využití, charakteristikách vyšetření, o jejich výhodách a možných rizicích. Každou metodu doplňuji krátkým úryvkem příkladu vyšetření pro lepší ilustraci administrace metody. Závěrem práce představuji návrh v rámci návrhu výzkumného projektu validizační studii zahraničního dotazníku „Ages and Stages Questionnaire“, který vyplňuje rodič, v porovnání s objektivně administrovanými Gesellovými škálami.

Klíčová slova:

raná vývojová diagnostika, rané dětství, vývojové vyšetření

Abstrakt:

This thesis focuses on methods of developmental psychodiagnostics for children under the age of 3. Characteristics of early childhood considering the general developmental patterns are introduced in the beginning. Then the focus is moved to the developmental psychodiagnostics, its specific situation, its demands from the examiner's point of view, as well as the specifics of infants and toddlers that can affect the process of making a developmental diagnosis. The essence of this thesis presents particular methods of developmental diagnostics, its development, description, use, advantages and possible disadvantages. For better demonstration of the administration process, each method is supplemented with a brief example of a possible examination. In the end of the thesis a research project is being proposed. That is a project of concurrent validity of the parent-completed „Ages and Stages Questionnaires“ with the Gesell scales.

Keywords:

early developmental diagnosis, early childhood, developmental examination

Obsah

Úvod	8
1. Dítě raného věku	9
1.1 Vývoj dítěte raného věku z pohledu obecných vývojových zákonitostí	9
2. Platnost vývojových norem	14
3. Vymezení vývojové diagnostiky	16
3.1 Účel a klinické využití vývojové diagnostiky	16
4. Specifika vyšetření dítěte raného věku	19
4.1 Přítomnost pečovatele	20
4.2 Anamnéza	21
4.3 Korekce věku	22
4.4 Specifika na straně dítěte	22
4.5 Nároky na examinátora	25
5. Metody diagnostiky raného vývoje	26
5.1. Brazeltonova škála chování novorozence	26
5.2 Gesellovy škály	32
5.3 Škály Bayleyové	37
5.4 Pražská metoda deskripce chování novorozence	42
6. Návrh výzkumného projektu	46
6.1 Teoretický úvod	46
6.2 Návrh projektu	47
6.3 Výběr vzorku	47
6.4 Metoda sběru dat	48
6.5 Metody zpracování	49

6.6 Diskuze	49
6.7 Závěr	51
Závěr	52
Seznam použité literatury	53

Úvod

K výběru tohoto tématu práce mne inspirovala stáž v Dětském centru při Thomayerově nemocnici (kojenecký ústav), kde se již druhým rokem pod supervizí věnuji právě diagnostice vývoje nejmenších dětí.

V první kapitole charakterizuji období raného dětství, tedy dítě od narození do 3 let. Vzhledem k omezenému rozsahu práce jsem nemohla popsat všechny vývojové změny, kterými dítě v tomto období prochází, a které by z hlediska diagnostiky vývoje byly relevantní. Zaměřila jsem se tedy na vývoj dítěte z hlediska obecně platných vývojových zákonitostí. Jednak proto, že jejich autorem je A. Gesell, který zároveň vytvořil jednu z nejnámějších a nejpoužívanějších metod vývojové diagnostiky, a také proto, že tyto zákonitosti se projevují napříč celým vývojem a ve všech jeho složkách. K jednotlivým zákonitostem uvádím příklady období či oblastí, kde je lze sledovat.

Do protikladu obecně platným vývojovým zákonům jsem postavila druhou kapitolu, která upozorňuje, že vývojové mezníky, a tedy i vývojové normy, nejsou zcela obecně platné a tento fakt ilustruji na třech vybraných výzkumech.

Třetí kapitola vymezuje vývojovou diagnostiku a pojednává o jejím účelu a možnostech využití v klinické praxi.

Čtvrtá kapitola se již zaměřuje na samotné vyšetřování dětí útlého věku a specifika, která jej doprovází a se kterými je třeba počítat a umět zacházet, má-li být vývojové hodnocení adekvátně provedeno a interpretováno. Jsou to aspekty na straně dítěte, na straně examinátora i specifické aspekty situace vyšetření, které jsou v této kapitole podrobněji rozebrány.

Kapitola pátá zaštiťuje čtyři metody, které jsem se rozhodla podrobněji popsat. Jsou to škály Brazeltonovy, Gesellovy škály, Pražská metoda deskripce chování novorozence a škály Bayleyové. Jsem si vědoma faktu, že tento výčet není v žádném případě kompletní a že metod hodnotící raný vývoj dětí je mnohem více. Rozsah práce bohužel nedovoluje věnovat se všem ani většině z těchto metod, a tak jsem vybrala tradiční metody a ty, se kterými jsem nabyla praktické zkušenosti v rámci praxe v kojeneckém ústavu.

V rámci jednotlivých metod se krátce zaměřuji na jejich vývoj a východiska. Metody jsou blíže popsány, jsou jmenovány jejich charakteristiky, specifika, odlišnosti od jiných metod, jejich obsah i strategie vyšetření. Pro lepší ilustraci administrace jsem každou metodu doplnila o krátký úryvek popisující možné vyšetření.

Závěrem práce navrhuji validizační studii dotazníku „Ages and Stages“, který vyplňují rodiče, v porovnání s profesionálem zadávanými a hodnocenými Gesellovými škálami.

1. Dítě raného věku

Pojem raný věk zahrnuje děti do tří let (Koluchová & Morávek, 1991). Rané dětství je charakteristické především mimořádně rychlým růstem mozku a tedy i rychlým psychickým vývojem (Damborská et al., 1978). V době od narození do tří let, se dítě rozvine po všech stránkách v takové míře, jako již nikdy v životě (Koluchová & Morávek, 1991). Za tuto dobu ovládne dítě lokomoci, řeč, rozvine množství dovedností rukou, naučí se rozlišovat spousty podnětů a vytvoří si celý systém sociálních vztahů (Damborská et al., 1978).

Jednotlivé oblasti, ve kterých se dítě rozvíjí, jsou navíc navzájem úzce provázány. Sama N. Bayley při tvorbě jedné z nejvýznamnějších metod hodnocení vývoje dítěte raného věku vycházela z předpokladu, že v prvních letech života dochází k velkým vývojovým změnám, řada schopností je málo diferencovaná a k jejich diferenciaci dochází až postupně s věkem dítěte se mění kvalita i struktura těchto schopností (Sobotková, 2007). Příkladem poukazujícím na provázanost vývojových oblastí, který udávají autorky Allen a Marotz (2002), jsou sociální dovednosti. Na sociálních dovednostech dítěte se v raném věku podílí například řeč, schopnost navazovat kontakt s druhými (Allen & Marotz, 2002), ale také hrubá motorika neboť do oblasti sociálního chování dle vývojových škál spadají i sebeobslužné dovednosti jako oblékání a stravování (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Další zásadní charakteristikou tohoto období je velké množství kritických či senzitivních period (Damborská et al., 1978). Uvedený kolektiv autorů se dokonce domnívá, že celé toto období lze považovat za jednu kontinuální kritickou periodu. Senzitivní periodu lze interpretovat jako období nejvyšší či neoptimálnější citlivosti vůči specifickým podnětům (Vágnerová, 1996). Jako příklad uvádím senzitivní období pro rozvoj zrakového vnímání, který dle Vágnerové (1996) spadá do novorozeneckého období, kdy své optimální úroveň nabývá zrak prostřednictvím učení, a pokud není dítě v této fázi přiměřeně stimulováno, může být zrakové vnímání v pozdější době omezené.

1.1 Vývoj dítěte raného věku z pohledu obecných vývojových zákonitostí

Psychomotorický rozvoj je nepřetržitý proces, který započal již za nitroděložního života a pokračuje dále po narození (Jouen, 2000).

Vývoj dítěte má zákonitý průběh a souvisí z velké části s tělesným růstem, zejména pak se zráním centrální nervové soustavy (Langmeier & Krejčířová, 2006). Ačkoli je psychomotorický vývoj nepřetržitým procesem, je zároveň chápán jako sled za sebou jdoucích fází, které se řetězí právě v závislosti na zrání centrálního nervového systému.

V tomto smyslu je vývoj, především pak v raném dětství, pojímán ve smyslu postupného přebírání kontroly kortikálních struktur nad subkortikálními, tedy, že reflexní fungování organismu přechází v chování na základě vůle (Jouen, 2000).

Systematicky se zákonitostmi dětského vývoje zabývala zejména vídeňská škola Ch. Bühlerové, a v Yalešském institutu pak A. Gesell (Langmeier & Krejčířová, 2006). Ten formuloval některé zákonitosti vývoje, které jsou obecně platné, ačkoli jsou odvozeny především z vývoje motoriky kojence (Šulová, 2010).

Pojednání o těchto zákonitostech je vzhledem k zaměření práce velmi důležité, neboť četné položky vývojových škál se na sledování těchto principů ve vývoji dítěte zaměřují. Vývoj, který kopíruje tyto obecné zákonitosti lze považovat za zdravý psychomotorický vývoj.

V první řadě je to princip vývojového gradientu, který naznačuje postupné ovládnutí jednotlivých částí těla podle tělesného růstu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tento motorický vývoj pak probíhá ve třech směrech. Je to směr kefalokaudální, společný všem obratlovcům, který naznačuje, že ovládnutí těla postupuje směrem od hlavy k patě (Langmeier & Krejčířová, 2006). Většina novorozenců hýbe hlavičkou ze strany na stranu, leží-li na zádech. V poloze na bříšku je pak dítě schopno hlavičku zvednout nad podložku. Ve 2. až 3. měsíci ji pak dítě zvedá stále výš, a je schopno ji pokládat s volní kontrolou. V této době dochází k dalšímu motorickému mezníku, kterým je schopnost přetočit se. Okolo 4. měsíce je pak většina dětí schopna udržet hlavičku ve vzpřímené poloze, zatímco jsou drženy u ramene (Papalia & Wendkos Olds, 1992). Později si dítě sedá. Nejdříve narovná páteř krční, posléze bederní (Šulová, 2010). Mezi 5. a 6. měsícem je pak schopno sedět bez opory (Lamb & Bornstein, 1987). Po 6. měsíci se většina dětí začne vlastními silami přemisťovat. Zprvu se jedná o plazení, kdy se dítě přitahuje ručkama, později zapojí i nohy (Papalia & Wendkos Olds, 1992). Dítě začíná lézt po kolenou okolo 10. měsíce. Okolo 9. měsíce se pak dítě začíná postavovat u nábytku, obchází ho zhruba v 10 měsících a k prvnímu kroku dochází po 1. roce života (Lamb & Bornstein, 1987). Postup kefalokaudální kopíruje rovněž rozvoj senzorytických analyzátorů (Šulová, 2010). Například hmatová senzitivita je zpočátku soustředěna do oblasti orální, postupně se přesouvá na trup a ke končetinám (Šulová, 2010).

Dalším směr je proximodistální, který naznačuje posun od centra těla k periférii (Langmeier & Krejčířová, 2006). Děti si nejdříve osvojí velké pohyby horních částí paží a nohou, které jsou nejbližší středové ose těla (Papalia & Wendkos Olds, 1992).

Zprvu spontánní pohyby kmitání a kopání se postupně stávají cílesměrnými a v reakci na zvukovou či vizuální odpověď podnětu jsou dále diferencovány v jemnou motoriku. Postup proximodistální je patrný taktéž při rozvoji smyslů, který postupuje od kontaktních k distálním (Šulová, 2010). Jako první je rozvinut hmat, který prokazatelně funguje již v prenatálním období (Lecanuet, Granier-Deferre, & Schaal, 2000), a jehož citlivost se týká především taktilních a bolestivých podnětů (Šulová, 2010).

Hmat je zastoupen řadou novorozeneckých reflexů jako je úchopový, magnetický nebo Babinského a dále se diferencuje ve volní úchop okolo 3. měsíce (Bee & Boyd, 2010), nebo později v adaptivní překládání předmětu z jedné ruky do druhé (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Zrak, ačkoli dozrává až po 5. měsíci po narození, je rovněž vybaven (Bornstein & Lamb, 1987). Zrak dítěte je zpočátku méně ostrý a chybí koordinace očních pohybů (Šulová, 2010), takže se oči zpozdí za pohybem hlavy, počátky oční koordinace však pozorujeme už 8 týdnů po narození (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). O aktivním vidění, kdy dítě očima hledá předmět, hovoříme okolo 5. měsíce a o pátravém pohledu, kdy dítě hledá předmět, který mu upadl, pak v měsíci osmém (Příhoda, 1977).

To, že je zrak dítěte vybaven, dokládá fakt, že dítě má jisté vizuální preference. Například výrazně déle pozoruje dítě lidskou tvář či předmět, který ji připomíná (Šulová, 2010). Preference vykazuje dítě také sluchové, jednoznačně preferuje lidský hlas, především ten mateřský, a to již krátce po porodu (Šulová, 2010). Dítě rovněž vybavuje úlekové reakce na výrazný, náhlý zvuk již ve 4 týdnech a ve stejném věku také stáčí hlavičku za zvukem, který slyší (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). Celý organizmus ve směru zvukového podnětu přizpůsobuje dítě roční, které již také velmi jemně mezi zvuky rozlišuje (Příhoda, 1977).

Další postup je ulnoriadiální, který se týká vývoje úchopu. Ten postupuje směrem od malíkové strany dlaně k palcové (Langmeier & Krejčířová, 2006). Do 3. měsíce má dítě dlaně reflexně sevřené, vložíme-li dítěti do ruky válcovitý předmět, uchopí jej bez účasti palce ještě do konce 8. týdne. (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). V 6 měsících uchopuje dítě celou rukou hrabavě, okolo 8. měsíce uchopuje nůžkovým úchopem, tedy za účastní jednotlivých prstů, v 10 měsících s částečnou opozicí palce (Příhoda, 1977). Drobné předměty začíná dítě uchopovat po 10. měsíci, takzvaným klíšťkovým úchopem, kdy pracuje palec a ukazováček (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Druhou vývojovou zákonitostí je takzvané střídavé proplétání antagonistických neuromotorických funkcí. Tento princip je patrný zejména ve střídání dominance flexorů a extenzorů (Langmeier & Krejčířová, 2006), a pozorujeme jej rovněž při střídání vývojových skoků a období uklidnění (Šulová, 2010). Jak vysvětlují Langmeier a Krejčířová (2006), dítě si osvojuje specifické funkce tak, že dosáhne určitého stupně dokonalosti a pak se zdánlivě vrací na nižší úroveň chování, aby mohlo konsolidovat své schopnosti a přejít k dalšímu stupni vývoje. Příkladem může být řečový vývoj dítěte. Mezi 14. a 22. měsícem dítěte dochází k náhlému a rychlému nárůstu množství používaných slov (Šulová, 2010). V této fázi takzvaného „naming explosion“ významně narůstá kvantita dětské slovní zásoby (Šulová, 2010). Kolem 2. roku dítěte nastupuje změna kvalitativní. Dítě osvojená slova začíná spojovat do dvouslovných výrazů, zpočátku používá memorované kombinace, později však začíná experimentovat a aktivně tyto výrazy produkovat (Šulová, 2010). Vztáhneme-li tyto procesy na výše zmíněný vývojový zákon, lze fázi, která následuje po „naming explosion“ považovat za období konsolidace nabyté kvantity, a aktivní produkci dvouslovných kombinací za následný kvalitativní vývojový skok.

Psychomotorický vývoj se rovněž organizuje podle principu funkční asymetrie. Tento princip odkazuje na postupné specializování pravé a levé strany na stále vyšší úrovni (Langmeier & Krejčířová, 2006). Jednou z nejlépe prozkoumaných asymetrií je asymetrická poloha hlavičky novorozence. Množství výzkumů dokládá, že novorozenec tráví většinu času s hlavičkou přetočenou vpravo. Toto upřednostňování jedné strany podmiňuje rozvoj dalších funkcí, například vnímání sluchových vjemů, oční pohyby nebo odpovědi na chuťové a hmatové stimulační. Původ této asymetrie je pravděpodobně komplexní a podílí se na ní řada faktorů, které na dítě působí prenatálně, perinatálně i postnatálně (Turkewitz, 2000). Tělo novorozence taktéž zaujímá asymetrickou polohu, takzvanou polohu šermíře (Šulová, 2010). Tato poloha okolo 3. měsíce vymizí, a dítě spontánně zaujímá polohu symetrickou, objevují se i symetrické pohyby končetin (Šulová, 2010). Tuto symetrii okolo 6. měsíce střídá další asymetrie, kdy dítě začíná uchopovat předměty jednou rukou, ale žádnou zatím nepreferuje (Langmeier & Krejčířová, 2006). Takto vývoj postupně pokračuje až k převažující dominanci jedné ruky, která se projevuje již před prvními narozeninami, ustálí se však až v předškolním věku (Bee & Boyd, 2010). Funkční asymetrii pozorujeme rovněž v procesu osvojování chůze po schodech. Dítě ve 21 měsících jde do schodů dominantní nohou napřed a druhou přisunuje (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). Okolo 30. měsíce pak jde již dospělým způsobem, to znamená, že nohy symetricky střídá (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Ačkoliv zákonitá sekvence vývoje je u všech dětí obecně zachována, každý jedinec je ve vývoji i aktuálních projevech zcela jedinečný (Šulová, 2010). Jak píše Gesell a Ilg (1943), děti jsou individuality od svého narození. Šulová (2010) poukazuje na to, že některé individuální rozdíly lze u dětí pozorovat již během intrauterinního vývoje. Gesell a Ilg (1943) demonstrují individualitu dětí na příkladu jednovaječných dvojčat, jejichž studiu se dlouhá léta věnovali na Yaleské klinice. Dlouholetá pozorování a zkoumání dvojčat je vedla k jednoznačnému závěru, že ani děti s identickou genetickou výbavou a vychovávané ve stejné rodině, nejsou zcela identické. Všechny děti se vyvíjí, ale každé se odlišuje stylem, jakým se vyvíjí. Tyto nejruznější styly se projevují v emočních charakteristikách dítěte, v jeho motorickém tempu, v jeho reakcích na nové a neznámé, v jeho reakcích na úspěchy i neúspěchy a v závislosti či nezávislosti na svém okolí (Gesell & Ilg, 1943). Novější studie, které se zabývají chováním dítěte raného věku, zaměřující se například na biorytmus nejmenšího dítěte, zjistily patrné interindividuální rozdíly v délce spánku a bdění (Dittrichová, Paul, Tautermannová, & Vondráček, 2004). Příkladem toho, jak individualita dítěte ovlivňuje jeho vývoj, může být rozdílná délka bdění u jednotlivých dětí. Rozdílná délka bdělosti totiž znamená také rozdílné možnosti dítěte nabývat zkušenosti se svým okolím, zejména možnosti sociální interakce (Dittrichová, Paul, Tautermannová, & Vondráček, 2004). Dittrichová, Papoušek a Paul (2004) pak upozorňují také na intraindividuální rozdíly, které jsou v chování dítěte raného věku obzvláště patrné.

S individualitou dítěte pak souvisí princip autoregulace. Jednotlivé pokroky ve vývoji nenastávají hladce a vyrovnaně, nýbrž dochází k různým výkyvům a fluktuacím, které se objevují před přechodem na vyšší stupeň vývoje, a které si dítě samo řídí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Gesell a Ilg (1943) pojednávají především o autoregulaci v uspokojování potřeb. Upozorňují, že dítě je nastaveno tak, aby sledovalo své vnitřní hodiny a uspokojení potřeb vyžaduje ve chvíli, kdy samo cítí jejich nedostatečné naplnění.

Dítě je vybaveno repertoárem signálů, kterými své okolí informuje o svém aktuálním stavu (Gesell & Ilg, 1943). Langmeier a Krejčířová (2006) pak dodávají, že tento režim, který respektuje přirozený rytmus dítěte, vede zpravidla k tomu, že dítě méně křičí, a jeho vývoj bývá příznivější.

2. Platnost vývojových norem

Je třeba mít na paměti, že vývojové mezníky nejsou napříč dětskou populací zcela univerzální. Jednotlivé děti procházejí velmi odlišným vývojem, a stane se jen velmi vzácně, že se dítě vyvíjí ve všech směrech zcela typicky (Allen & Marotz, 2002). Rovněž Damborská a kol. (1978) uvádí, že průměrné křivky vývoje nelze chápat jako normu. Dle uvedeného kolektivu autorů slouží tyto křivky pouze jako orientační vodítko pro porovnání vývojového stupně jedince s průměrem. A zjistíme-li v tomto porovnání odchylky, neznamená to, že je dítě opožděné či jinak abnormální.

Jak píše Kaplan a Dove (1987), ani nejuniverzálnější dětské dovednosti jako sezení a chůze, se napříč kulturami neobjevují ve stejném věku dítěte. V porovnání hrubé motoriky dětí Afričanů, Asiatů a Evropanů, jsou africké děti oproti jiným jednoznačně napřed (Kaplan & Dove, 1987). Tyto rozdíly lze dle uvedených autorů přikládat například jinému temperamentovému založení zmíněných kultur. Asijské děti jsou, jak autoři uvádějí, mnohem poslušnější, a tak se obecně drží v těsné blízkosti rodičů.

Se zajímavým postřehem rozdílu v dětském vývoji přichází rovněž Meadová (2001). Ta si u arapeshkých dětí na Nové Guiney povšimla, že tyto děti se naučí dříve stát s oporou, než samostatně sedět. Meadová (2001) pak původ tohoto jevu vysvětluje tím, že děti jsou rodiči často drženy v pozici ve stoje tak, aby se nožičkami odrážely od pevné podložky či nohou dospělého.

Jako poslední příklad rozdílů v dětském vývoji napříč kulturami, si dovolím zmínit rozdíl mezi dětmi z mexického Yucatanu a americkými dětmi, který citují autorky Papalia a Wendkos Olds (1992). Ve třech měsících věku je jemná motorika yucatánských dětí mnohem vyzrálejší než u amerických dětí. Ovšem v jedenácti měsících jsou yucatánské děti oproti americkým v hrubé motorice natolik pozadu, že v USA by takové opoždění značilo neurologické postižení. Důvod, proč jsou v jemné motorice yucatánské děti pokročilejší, je pravděpodobně dle autora ten, že mají k dispozici minimum hraček, a ke hře využívají veškerý volně dostupný materiál, což vede k tomu, že se naučí dříve uchopovat. Naopak jejich opožděné motorické tempo může být způsobeno tím, že jsou odmala zavazovány do pevných zavinovaček a s věkem jsou navíc v pohybu přísně omezovány z důvodu jejich bezpečnosti (Chisolm, 1983 citováno dle Papalia & Wendkos Olds 1992).

Z uvedených příkladů jednoznačně vyplývá, jak opatrně by se mělo přistupovat k zobecňování norem, a to i těch vývojových. Je nevhodné, abychom v českém prostředí využívali k hodnocení vývojové úrovně normy, které byly vytvořeny pro populaci výrazně odlišného kulturního prostředí.

Při hodnocení vývojové úrovně dítěte je tedy nezbytně nutné vycházet ze standardizace, jež byla provedena na kulturně odpovídající populaci dětí (Vágnerová & Klégrová, 2008). Proces standardizace v tomto smyslu slouží k tvorbě norem určité vlastnosti v reprezentativním vzorku populace. *Testy, které mají dobře zpracované a nezastaralé normy, umožňují přesnější srovnání individuálních výsledků s průměrem reprezentativního vzorku*, uvádí Vágnerová a Klégrová (2008, s. 16). Se značným vlivem sociálního prostředí, zejména rodiny, je ovšem nutné počítat u každého dítěte. Vliv rodiny na dítě útlého věku je pak ještě výraznější než u dětí starších (Koluchová & Morávek, 1991).

3. Vymezení vývojové diagnostiky

Pod pojmem vývojová diagnostika rozumíme diagnostiku věku významných změn. Zabývá se vývojem člověka od dětství do dospělosti a jejím úkolem je zjistit, jak probíhá vývoj chování dětí a mladistvých, zda se neodchyluje od normy, a v případě, že se chování skutečně vyvíjí odchýleně, má zjistit kvalitu a kvantitu odchylky (Koch, 1980).

Hlavním pracovním principem vývojové diagnostiky je dle Kocha (1980) srovnávání jedince určitého věku v určité situaci s chováním průměru reprezentativního vzorku stejně staré dětské populace ve stejných podmínkách.

Vývojové škály hodnotí celkový vývoj dítěte po stránce motorické i psychické, neboť v raném dětství je vzájemný vztah a podmíněnost těchto dvou oblastí úzce spjat a nelze je od sebe jednoznačně oddělovat (Koluchová & Morávek, 1991).

Komplexní jev, jako je celkové chování dítěte, nelze jednoduše porovnat s chováním jiného dítěte, upozorňuje Koch (1980). Dle něj je třeba najít určitá kritéria chování, která jsou objektivně zjistitelná a srovnatelná. Od takového kritéria požadujeme, aby se u dětí objevilo v určitém věku a rychle dozrálo, to znamená, aby se co největší počet případů kupil kolem určitého věkového průměru a rozptýl byl co nejmenší (Koch, 1980). Především je třeba nalézt taková kritéria, která jsou silněji závislá na maturaci a méně ovlivněna učením, ačkoli víme, že učení modifikuje každé chování (Koch, 1980). Jak doplňují autoři Koluchová a Morávek (1991), rozlišit tyto dva procesy je velmi obtížné, a dodávají, že vliv prostředí a výchovy se vždy do jisté míry projeví i u těch testů, které se vliv učení a vzdělání snaží vyloučit, neboť zrání, jakožto vnitřní proces probíhá optimálně nejen při naplnění vnitřních podmínek, ale zároveň za předpokladu přiměřené vnější stimulace.

3.1 Účel a klinické využití vývojové diagnostiky

Vývojová diagnostika má tedy za úkol včasně zachytit emoční poruchy, senzorické a neurologické deficity či nedostatky v prostředí dítěte (Anastasi, 1982). Má napomáhat při zjišťování příčin odchýleného chování a vývoje, a v neposlední řadě je jejím úkolem stanovit účinná výchovná a sociální opatření pro renormalizaci zjištěných deficitů ve vývoji (Koch, 1980). To uvádí také Langmeier a Krejčířová (2006) a doplňují několik dalších obecných cílů, které by hodnocení dětského vývoje mělo naplňovat:

- Hodnocení vývojové úrovně by mělo připravit vhodné podmínky pro vývoj dítěte na následující vývojové úrovni.

- Dále má poskytovat prognózy budoucího vývoje a podle toho usměrňovat očekávání rodičů.
- S tím souvisí také rozeznání zvláštností dítěte, které poslouží k sestavení výchovného plánu tak, aby respektoval potřeby celé rodiny.
- Důležité je hodnocení vývojové úrovně při sledování důsledků, které na vývoji zanechala nemoc nebo akutní psychosociální zátěž.

Vzhledem k významu, jaký rané etapy lidského vývoje mají, je klinická diagnostika odchylek ve vývoji dítěte velmi důležitá, neboť včasná léčba a náprava těchto odchylek je základem pro další optimální vývoj osobnosti (Ditrichová & Krejčířová, 2006). Například nový trend, který se zabývá mapováním chování novorozence a sestavováním novorozeneckých škál, slouží v klinické praxi k zachycení možných rizikových prenatálních a perinatálních vlivů na chování dítěte v nejranějších etapách jeho vývoje. Tyto poznatky mohou být dále využity v práci s rizikovými dětmi či rodiči, zejména pak v práci na vztahu dítě – rodič (Ditrichová & Krejčířová, 2006).

Průběžně jsou ovšem vývojovému vyšetření podrobovány všechny děti, a to v rámci preventivních pediatrických prohlídek (Koluchová & Morávek, 1991). Zde se jedná o takzvaný vývojový screening, což je metoda určená k orientačnímu zhodnocení psychomotorického vývoje, který má předběžně identifikovat děti s opožděním. Screeningové metody tedy ze své podstaty musí být nenáročné na čas i pomůcky. Komplexní vývojové vyšetření je pak potřeba vykonat u dětí, u kterých screening zachytil závažné odchylky v tempu vývoje, a u dětí rizikových či ohrožených (Koluchová & Morávek, 1991). K těmto dětem řadíme i ty, které vyrůstají v kojeneckých ústavech. Zde vyšetření slouží k průběžnému sledování vývoje dítěte a jeho odchylek, které zpravidla u těchto dětí nastávají vzhledem k charakteru instituce. Zároveň zde zhodnocení vývoje dítěte slouží k posouzení nejvhodnější formy náhradní ústavní či rodinné péče (Damborská et al., 1979).

Dle Ditrichové a Krejčířové (2006), je nejčastějším důvodem ke klinickopsychologickému vyšetření dítěte raného věku podezření na opoždění vývoje, či jeho složek, podezření na vývojovou poruchu, emoční poruchu nebo výchovné potíže v rodině.

U mnohých dětí dochází během vývoje k různým odchylkám, a tyto odchylky nemusí vždy působit dlouhodobý negativní dopad. Ovšem na druhé straně, u některých dětí zdánlivě neškodné odchylky od vývoje, značí vyšší riziko vývojových problémů, jak píší autorky Allen a Marotz (2002).

Opoždění ve vývoji a vývojovým problémům je tedy třeba věnovat okamžitou pozornost, a to nejen tehdy, jsou-li na první pohled zřejmé, ale i při pouhém podezření na ně. Včasné rozpoznání problému a vhodná intervence může podstatně zmírnit jeho závažnost. Včasná intervence dále může snížit celkový negativní dopad na další oblasti vývoje, popřípadě jim zcela předejít (Allen & Marotz, 2002). Jak výše citované autorky upozorňují tamtéž, bez vývojového vyšetření by se mohlo stát, že by se problematickým dětem dostala potřebná péče až v době nástupu do školy. V té době by však problém mohl již být natolik závažný, že by vyžadoval intenzivní léčbu a dítě by muselo být například umístěno do speciální školy.

K budoucí vulnerabilitě k poruchám se vyjadřují také Langmeier a Krejčířová (2006). Tito autoři upozorňují, že toto riziko budoucích poruch si nesou všechny děti, u kterých byla zachycena i relativně normální odchylka od vývoje, například motorická neobratnost, či opožděný řečový vývoj.

Při hodnocení vývoje dítěte je důležité pomýšlet také na zatím nerozpoznaný senzorický či motorický defekt (Dittrichová & Krejčířová, 2006). Během orientačního vyšetření může být například zjištěno určité opoždění v řečových projevech a následné vyšetření může odhalit například bilaterální nedoslýchavost (Allen & Marotz, 2002). Tyto autorky se dále domnívají, že je zcela nezbytné, aby se na celkovém hodnocení dítěte podílelo více odborníků. Obzvláště tehdy, je-li do jednoho roku zaznamenán výrazný deficit psychomotorického vývoje dítěte (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

Při podezření na behaviorální poruchu, při neprospívání dítěte anebo při výchovných potížích v rodině, je celkové hodnocení vývojové úrovně dítěte rovněž na místě (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

4. Specifika vyšetření dítěte raného věku

Diagnostika dětí útlého věku má jisté specifické rysy, kterými se značně odlišuje od diagnostiky školního dítěte či dospívajícího. Rozdíly nalézáme jednak ve stavbě testů i v diagnostických postupech (Koch, 1980).

Dle Švancary (1980) je všeobecně uznáváno, že psychologické vyšetření dítěte nemůže mít nikdy vysloveně laboratorní ráz, neboť osobní kontakt prolíná celý postup vyšetření. Stejně hovoří také Svoboda (2009), který zdůrazňuje, že psychologické vyšetření není pouze testováním, a že psycholog není pouze sběratelem a interpretátorem dat. Svoboda (2009) říká, že výsledkem práce psychologa je zpráva o zjištěních, ale také jeho úvahy a doporučení.

Oproti metodám určeným pro starší děti nebo dospělé, testy vytvořené pro děti raného věku je nutno administrovat vždy individuálně (Anastasi, 1982).

Charakteristickým znakem většiny vývojových testů pro raný věk je rovněž jejich tendence zjišťovat obvyklé, běžné, každodenní formy chování v situacích, které jsou dětem známé. Nezjišťují tedy maximální výkony, jichž mohou děti v dané oblasti dosáhnout. Nesnažíme se tedy malé děti motivovat k soutěživému chování, ani k práci ve vypětí. Naopak podněcujeme děti k určitým formám hry a pozorujeme jejich věkově typické chování. (Koch, 1980).

Vzhledem k tomu, že děti raného věku se teprve mluvit učí, je řeč jakožto prostředek ke zkoumání vývojové úrovně značně omezeným prostředkem (Anastasi, 1982). Verbální testy pro raný věk primárně zjišťují úroveň řeči samotné, zjišťování jiných položek pak bývá neverbálního charakteru (Koch, 1980). Většina položek pro hodnocení vývojové úrovně tedy vychází ze zkoumání senzomotoriky dítěte a zahrnuje takové položky, jako je schopnost dítěte zdvihnout hlavičku, pozorovat pohybující se předmět, či na předmět dosáhnout a uchopit jej (Anastasi, 1982). Existují dokonce testy, ze kterých je verbální složka téměř či zcela vyloučena, například metoda SON-R. SON-R je nástrojem k měření inteligence, není tedy metodou vývojové diagnostiky, ovšem lze jí vývojové vyšetření vhodně doplnit. Vzhledem k charakteru testu, který lze administrovat i neverbálně, jej lze využít k posuzování vývojové úrovně dětí, které s řečí mají problémy z jakéhokoli důvodu, a kde by řečový deficit nesprávně a zcela zbytečně podhodnotil výkon v dalších položkách sledovaného chování (Heider, Laros, & Tellegen, 2008).

Dalším specifikem vyšetření dítěte raného věku je jeho pružnost. Dittrichová a Krejčířová (2006) uvádějí, že většina škál sice poskytuje doporučenou sekvenci úkolů, nicméně je nutné je přizpůsobovat zájmu a aktuálnímu stavu dítěte.

Autorky rovněž uvádějí několik obecně platných zásad vyšetření dítěte raného věku:

- Vyšetření začínáme pozorováním dítěte při volné hře.
- Posléze nabízíme klidnou, soustředěnou hru, kterou pro děti do 5. měsíce mohou být například percepční položky na zádech.
- Staršímu dítěti, které již samostatně sedí u stolku, můžeme nabídnout kostky nebo knížku.

Dítě pozorujeme rovněž během samotného vyšetření. Máme tak možnost vidět, jak dítě reaguje na testový materiál, jak s ním zachází, jak reaguje na úspěch či neúspěch. Zda dítě položky odmítá, či je naopak se zájmem exploruje (Blau, 1991). Na konec vyšetření řadíme položky hrubé motoriky. Dítě tuto obměnu po situaci plného soustředění uvítá jako možnost pohybového uvolnění (Blau, 1991). Autoři zdůrazňují, že vyšetření by mělo probíhat plynule, neboť přiměřeně rychlé střídání položek udržuje pozornost a motivaci dítěte ke spolupráci (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

Dalším specifikem dětského vyšetření je možnost frakcionovaného vyšetření, které autor doporučuje zejména proto, že umožňuje vidět problém dítěte v určité dynamice (Říčan, 2006). K frakcionovanému vyšetření se přiklání i autorky Allen a Marotz (2002), které ho doporučují ve chvíli, kdy máme podezření na odchylku ve vývoji dítěte. Pro správné hodnocení dítěte je totiž důležité mít na paměti, že testové metody mapují pouze výkon dítěte v danou situaci a v daném čase (Allen & Marotz, 2002). Pokud ve vývoji dítěte nalezneme výrazný problém, je vhodné zahájit průběžné sledování dítěte, shoduje se s uvedenými autory Blau (1991). Při takovém nálezu totiž psycholog sestavuje doporučení, která by měla vést k překonání identifikovaných obtíží, a proto dítě nadále sledujeme, abychom mohli sledovat, zda a jak se dítěti daří potíže překonávat. Na základě kontrolních vyšetření pak doporučení a intervence můžeme průběžně modifikovat tak, aby pružně reagovaly na aktuální potřeby dítěte (Blau, 1991).

4.1 Přítomnost pečovatele

Důležitým specifikem vyšetřování malého dítěte je přítomnost pečovatele při vyšetření, které s sebou nese četné výhody i úskalí. Nevýhodou může být, že pečovatel, nejčastěji matka, mají tendenci do vyšetření různými způsoby vstupovat, a je třeba pečovatele důrazně informovat, kdy je jeho zásah žádoucí, kdy nikoliv a proč. Na druhou stranu, přítomnost pečovatele přináší spoustu cenných informací, například o vztahu mezi pečovatelem a dítětem, o postojích

pečovatele k dítěti (Dittrichová & Krejčířová, 2006) a jak pečovatel reaguje na úspěchy i neúspěchy svého dítěte (Allen & Marotz, 2002).

Pečovatel také přináší informace o tom, zda a jak dítě řeší situace podobné situace doma, zda se s podobným materiálem setkalo či ne (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

Zároveň můžeme přítomnost pečovatele využít k tomu, že jej upozorníme na nejrůznější problémy dítěte (Dittrichová & Krejčířová, 2006), poukážeme na to, co umí, a v čem jsou jeho případné deficity (Allen & Marotz, 2002). Výhodou může být přítomnost pečovatele také ve chvíli, kdy je dítě úzkostné, a snadněji splní instrukci pečovatele než psychologa (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

4.2 Anamnéza

Před samotným vyšetřením je potřeba se důkladně seznámit s dostupnými dokumenty, které obsahují informace o dítěti, s jeho problémem, s rodinnou i širší situací a se zdravotním stavem dítěte i jeho pečovatelů (Blau, 1991).

Důležité informace získáváme z lékařské dokumentace, kde pátráme po vykonaných vyšetřeních, prodělaných nemocech, i těch nejbanálnějších, a poskytnuté léčbě. Pokud získáme souhlas pečovatelů, můžeme využít také informací získaných z mateřské školy či jeslí, které dítě navštěvuje (Svoboda, 2009).

Vzhledem k tomu, že při vyšetřování dětí raného věku nelze využít rozhovoru se samotným dítětem, je pro psychologa nesmírně důležité získat co nejvíce informací od rodičů či pečovatelů, kteří mají dítě ve stálé péči (Blau, 1991). V tomto případě je však důležité mít na paměti, že ne vždy jsou informace získané od pečovatelů spolehlivé, neboť ti údaje někdy zkreslují, ať už bezděčně či záměrně (Říčan, 2006). Abychom spolehlivost anamnézy zvýšili, je třeba dodržovat určitá pravidla, která udává Krejčířová (2009). Neměli bychom na rodiče spěchat, dát jim příležitost vyjádřit své postoje i obavy a při rozhovoru velmi pečlivě formulovat otázky. Neptáme se například, kdy začalo dítě chodit, nýbrž odkdy je schopno udělat samostatně několik kroků (Krejčířová, 2009).

K informacím, ze kterých sestavujeme psychologickou anamnézu dítěte, a které získáváme od jeho pečovatelů, patří údaje rodinné anamnézy. V rámci rodinné anamnézy zjišťujeme choroby, pobyty na psychiatrii, kriminalitu a další relevantní údaje o příbuzných z obou stran rodiče (Svoboda, 2009).

Pak následují informace o nukleární rodině dítěte, zda je rodina úplná, jaký mají pečovatelé k dítěti vztah, emocionální a výchovné klima v rodině, způsob výchovy, způsob trávení volného času, ekonomické poměry rodiny a další (Svoboda, 2009).

Tážeme se rovněž na sourozence, jejich počet, pořadí, vzájemné vztahy a vzájemné podobnosti a rozdíly mezi nimi (Svoboda, 2009). Velmi důležitým bodem anamnézy dítěte raného věku je jeho prenatální, perinatální a těsně postnatální anamnéza.

Zde se zajímáme, zda dítě bylo chtěné, nechtěné, plánované, neplánované, na somatický i psychický stav matky během těhotenství, na průběh porodu a možné komplikace (Svoboda, 2009). Další položky anamnézy se věnují ranému vývoji dítěte, zda bylo kojeno, zda navštěvuje jesle či mateřskou školu, a v tomto ohledu jeho adaptaci na zařízení. Ptáme se rovněž na návyky dítěte a jeho zájmy, je-li to dítě starší (Svoboda, 2009).

4.3 Korekce věku

Při nedostatečné anamnéze by mohla uniknout taková zásadní skutečnost, jako je donošenost či nedonošenost dítěte (Krejčířová, 2009). Pokud vycházíme z Gesellova předpokladu, že psychomotorický vývoj dítěte je podmíněn hlavně zráním, pak má informace o donošenosti dítěte velký význam. V případě, že je dítě nedonošené, je nutné jeho věk korigovat, a hodnotit jej podle věku postkoncepčního (Krejčířová, 2009). Nezralé děti se totiž od prvních měsíců obvykle opoždějí v rozvoji všech funkcí – v rozvoji motoriky, smyslového vnímání, hry, řeči i sociálních vztahů (Damborská et al., 1978).

Dle Gesellovy koncepce je vyžadována plná korekce věku nedonošeného dítěte při hodnocení motorického vývoje do dovršení druhého, případně třetího roku, pak už rozdíly jednoho či dvou měsíců přestávají být významné (Krejčířová, 2009). V případě hodnocení psychického vývoje již situace takto jednoznačná není, neboť výzkumy ukázaly, že stimulace obohacené extrauterinním prostředím vývoj psychických funkcí spíše akcelerují (Krejčířová, 2009).

Krejčířová (2009) dále říká, že přesnější by byla korekce poloviční nebo tříčtvrtinová. Znalost donošenosti a nedonošenosti testovaného dítěte je velmi důležitá pro samotnou interpretaci výsledků. Krejčířová (2009) doporučuje považovat mírně podprůměrné výsledky plně korigovaného dítěte za významně podprůměrné.

4.4 Specifika na straně dítěte

Při vyšetřování dítěte útlého věku, především pak dítě kojeneckého věku, je třeba dbát na zajištění skutečně optimálních podmínek vyšetření (Krejčířová, 2009). Základním úkolem psychologa při vyšetření malého dítěte totiž je, zajistit mu co nejoptimálnější podmínky tak, aby mělo možnost předvést co nejlepší výsledek (Blau, 1991).

V souladu s touto zásadou nevyšetřujeme dítě, které je v rekonvalescenci i po banálním onemocnění. Dále nebereme k vyšetření například epileptické dítě po záchvatu nebo v období nakupení záchvatů (Krejčířová, 2009). Jakékoli drobné nepohodlí oslabuje výkonnost dítěte. Příčinami diskomfortu může být hlad nebo naopak situace bezprostředně po nakrmení, nevhodná teplota či únava (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

S respektováním posledního bodu, únavy, souvisí respektování přirozeného biorytmu dítěte (Gesell & Ilg, 1943). Pokud není přirozený biorytmus dítěte respektován, činí to problémy nejen ve vzájemném vztahu dítě – pečovatel, ale pro situaci vyšetření to rovněž není vhodné, neboť vyšetření dítěte v jiném stavu než stavu plné bdělosti by jeho kapacitu mohlo podcenit (Gesell & Ilg, 1943). A. Gesell sám před vyšetřením dítěte do domácnosti poslal sociální pracovníci, která měla vyzorovat dobu největší bdělosti dítěte, ve kterou pak sám A. Gesell dítě vyšetřil (Krejčířová, 2009). Stav plné bdělosti jsou u malých dětí velmi krátké a je tedy potřeba provést celé vyšetření co nejrychleji (Krejčířová, 2009). Krejčířová tamtéž na s. 52 pak zdůrazňuje zásadu, která říká: „*nikdy nespěchat na dítě, ale spěchat na sebe*“. Velmi rychle se u malého dítěte rovněž vytrácí jeho trpělivost, zájem, pozornost a ochota ke spolupráci (Koch, 1980). Z tohoto důvodu by dle Kocha (1980) nemělo vyšetření dítěte zabrat více než hodinu, a do tohoto času je třeba započítat dobu potřebnou k navázání kontaktu s dítětem a odtlumení jeho zábran.

Malý kojeneček, je-li v optimálním stavu, přijímá většinou bez větší nejistoty cizí osoby zcela spontánně (Dittrichová & Krejčířová, 2006). S navázáním kontaktu, stejně jako s udržením jeho motivace, bývá problém až okolo prvního roku dítěte. Vývojově je období prvního roku charakteristické strachem z cizích lidí a neznámého (Vágnerová, 2012). Proto je třeba ponechat dítěti dostatek času na to, aby se v novém prostředí zorientovalo a přivyklo si na nás (Krejčířová, 2009). Je-li vyšetření přítomný pečovatel, ponecháme například dítě na jeho klíně, a započneme rozhovor s pečovatelem (Krejčířová, 2009). Krejčířová (2009) dále doporučuje posadit se na opačnou stranu stolu, neboť ohraničený prostor mezi dítětem a examínátorem poskytuje dítěti pocit jistoty. Můžeme dítěti nabídnout hračku, která nepatří do testového materiálu, a pokud ji dítě z naší ruky přijme, je obvykle připraveno k samotnému vyšetření (Krejčířová, 2009).

U dětí, které se již naučily mluvit, stejně začínáme položkami, které verbální vyjádření nevyžadují, například kostky nebo kreslení (Krejčířová, 2009). Pokud dítě kontakt nenaváže, nesnažíme se o to násilnými prostředky (Říčan, 2006).

Vyšetření by ideálně mělo být započato ve chvíli, kdy se dítě zbaví strachu, ostychu a nejistoty. Z praxe je však zřejmé, že často, i přes snahu vyšetřujícího, mohou u dítěte obavy a ostych přetrvávat po celou dobu vyšetření. I tento fakt nakonec musíme brát v úvahu při administraci a při hodnocení výkonu a celkového chování dítěte (Blau, 1991).

V průběhu druhého a třetího roku života je dalším možným problémem vývojově zcela adekvátní negativismus dítěte. Takové dítě pak může položky odmítat a prosazovat vlastní způsob hry a interakce. Jiné dítě, naopak, může mít problém se předloženého materiálu vzdát a přejít k jinému. Ani v jednom z případů nereagujeme násilně, v případě odmítavého postoje dítěte můžeme na chvíli přistoupit na spontánní hru dítěte a postupně do hry zařazovat testový materiál (Krejčířová, 2009). Přejít od hry k samotnému vyšetření by měl být co nejméně nápadný (Blau, 1991). Dítěti, které má problém s přechodem k další položce, nebereme násilím předmět z ruky, ale snažíme se jej zaujmout jinou, atraktivnější položkou (Krejčířová, 2009).

Další příčinou negativismu či pasivity dítěte mohou být jeho očekávání založená na předchozí zkušenosti s lékařským vyšetřením (Svoboda, 2009). Krejčířová (2009) pak dodává, že děti, které jsou odeslány k psychologickému vyšetření, se s velkou pravděpodobností setkaly s řadou jiných a nepříjemných lékařských procedur či rehabilitacemi, což může negativně formovat jejich postoj k vyšetření psychologickému. Situace vyšetření může v dítěti vyvolat úzkost ze selhání (Svoboda, 2009). Proto by dítě mělo nabýt pocitu, že si jde hrát s různými materiály, nikoli, že má něčeho dosáhnout (Sobotková, 2007). Stává se také to, že rodiče, kteří dopředu očekávají neúspěch dítěte v testu, se vyšetření vyhýbají nebo jej přímo odmítají a tyto své postoje pak snadno přenáší na své děti (Krejčířová, 2009).

U mladších dětí mohou být tvrdým oříškem zejména útlumové reakce s mutismem, které při nejmenším značně prodlouží dobu vyšetření. Nezkoušený pracovník se leckdy vzdá dalších pokusů právě v okamžiku, který se jeví jako bod obratu (Švancara, 1980).

U dětí se zvýšeným psychomotorickým neklidem nutné takticky usměrňovat pozornost k daným úkolům, jinak získáváme artefakty dané nedostatečnou koncentrací a tenacitou pozornosti v okamžiku testování určité funkce (Švancara, 1980).

4.5 Nároky na examinátora

Základem úspěšné diagnostiky dětí útlého věku je teoretická znalost zákonitostí psychického vývoje malého dítěte a znalost norem pro jednotlivá věková období (Koluchová & Morávek, 1991). Citovaní autoři tamtéž dále zdůrazňují, že kromě teoretických znalostí, by psycholog s dětmi útlého věku měl mít rovněž zkušenost praktickou. Švancara (1980) pak dodává třetí rovinu, ve které by psycholog měl vynikat, je to hřejivý zájem o dítě a pohotovost citového přizpůsobení. Upozorňuje, že šíře a hloubka, ale především správnost psychologického nálezu je do jisté míry také výsledkem úspěšné osobní interakce psychologa s dítětem.

Navázání dobrého vztahu s dítětem vyžaduje značnou trpělivost, přizpůsobivost a vynalézavost psychologa (Švancara, 1980). I během vyšetření se snažíme být citově naladěni na dítě a bedlivě pozorujeme jeho emoční reakce. Je žádoucí, abychom udržovali dobré naladění dítěte a tím i jeho motivaci ke spolupráci.

Vyskytnou-li se negativní emoční projevy, snažíme se, aby nezesílily a citlivě na ně reagujeme útechou, povzbuzením či změnou předkládaného testového materiálu, k odloženému materiálu se lze vrátit ve chvíli, kdy jsou emoce dítěte stabilnější (Blau, 1991).

Examinátor by se měl zároveň vyvarovat toho, aby podlehl „haló efektu“ (Blau, 1991). Je totiž známé, že děti, které jsou milé a atraktivní, jsou častěji hodnoceny jako šikovnější či inteligentnější, než děti, které atraktivní nejsou, na examinátora nereagují či odmítají spolupracovat (Blau, 1991).

5. Metody diagnostiky raného vývoje

5.1. Brazeltonova škála chování novorozence

5.1.1 Vývoj škály

První škály zaměřené na rozlišování a popis rozdílů v chování novorozenců byly Graham Behavioral Tests for Neonates z roku 1956. Tento test byl v roce 1961 rozpracován Rosenblithovou v Graham-Rosenblith Scale. Krátce na to začal B. Brazelton a D. Freedman rozpracovávat The Cambridge Neonatal Scales. K ověření škály se rozhodli vydat do jižního Mexika, kde pozorovali tamní novorozence a své závěry porovnali se závěry z pozorování amerických novorozenců. Poté, co se škála v této studii osvědčila, byl vytvořen systém skórování a kódování. Tento proces dal vzniknout prvnímu vydání škály v roce 1973. Druhé vydání vyšlo v roce 1983 a obsahovalo navíc kritéria pro skórování rizikových dětí. Po třinácti letech vyšlo vydání třetí, které autoři J. K. Nugent a B. Brazelton zrevidovali a přepracovali ke klinickému využití. Toto vydání se užívá dodnes (Brazelton & Nugent, 2011).

5.1.2 Východiska

Autoři škály vycházejí zejména z předpokladu, které novorozené dítě vnímá jako sociální organismus predisponovaný k interakci s pečovatелеm a k tomu, aby ve svém pečovateli podnítil takové chování a péči, které je nutné k přežití dítěte a jeho úspěšné adaptaci na nové podmínky extrauterinního prostředí. Tyto predispozice se projevují v takzvané protó-sociální výbavě dítěte. Dítě například reaguje na matčin hlas, imituje výraz její tváře a bezpečně odliší její obličej od obličeje cizího člověka (Brazelton & Cramer, 1991).

V souvislosti s tímto hlediskem je i administrace škály vysoce interakční, přičemž examinátor výkon dítěte povzbuzuje. Škála tedy není prostou prezentací stimulů dítěti v izolovaných podmínkách a pozorování jeho reakcí (Brazelton & Nugent, 2011). Krejčířová (2009) považuje interakční charakter škály za jednu z nejvýznamnějších odlišností od jiných novorozeneckých škál. Dalším rozdílem proti jiným vývojovým škálám je dle autorky ten, že jsou u dítěte hodnoceny jeho maximální výkony, nikoli ty obvyklé.

5.1.2.1 Behaviorální stavy

Behaviorální stavy dítěte jsou důležitým kontextem pro porozumění reakcím novorozence. V souvislosti s jeho aktuálním stavem může být stimulace adekvátní či neadekvátní. Pokud je adekvátní podnět nabídnut ve vhodném stavu, můžeme pozorovat velice vyzrálé reakce i u těch nejmenších dětí (Brazelton & Cramer, 1991).

Jednotlivé stavy udávají, nakolik je dítě pozorné vůči vnějším podnětům. Einspieler a Prechtl (2004) rozlišují pět základních stavů. Brazelton pak rozlišuje navíc dva stavy přechodné (Brazelton & Cramer, 1991).

Prvním stavem je klidný spánek, ve kterém dítě podněty z vnějšku zcela či téměř úplně eliminuje (Brazelton & Cramer, 1991). Oči dítěte jsou zavřené, dech je hluboký a pravidelný. Nepozorujeme žádnou motorickou aktivitu, kromě občasných záškubů (Bee & Boyd, 2010).

Druhým behaviorálním stavem je aktivní neboli REM spánek, ze kterého lze dítě snadno probudit vnějšími podněty, neboť se jedná o lehký spánek (Brazelton & Cramer, 1991). Oči jsou zavřené, ale se zřetelnými pohyby. Motorická aktivita se pohybuje od neznatelných záškubů až k výrazným pohybům, které mohou dítě vzbudit (Bee & Boyd, 2010). Dech je nepravidelný a spíše mělký, někdy zrychlený. Pozorujeme také pohyby obličeje, jako úsměv, mračení apod. (Einspieler & Prechtl, 2004).

Přechodným stavem mezi spánkem a bdělostí je krátká fáze, kdy má dítě oči otevřené nebo zavřené, mohou se objevovat jemné pohyby končetin. Dech je pravidelný, trochu zrychlený. Vnější stimulace dítěte v této fázi jej probudí k plné bdělosti (Brazelton & Cramer, 1991).

Třetí a čtvrtý stav je stav bdělosti (Brazelton & Cramer, 1991). Dle míry motorické aktivity dělíme bdělost na klidnou a aktivní. Při klidném bdění má dítě do široka otevřené oči, dýchá pravidelně, ale nepozorujeme u něj větší motorickou aktivitu (Krejčířová, 2009). Dítě je motoricky aktivní, hýbe hlavičkou, trupem i končetinami ve stavu aktivní bdělosti (Einspieler, Prechtl, 2004). V těchto fázích dochází k nejvýraznějším reakcím na stimulaci (Brazelton & Cramer, 1991).

Brazelton a Cramer (1991) rozlišují další přechodný stav jakési rozladěné bdělosti, který trvá velmi krátce a plynule přechází ve stav číslo 6, v pláč. V tomto stavu dítě stále reaguje na stimulaci a lze jej utišit atraktivním podnětem. Naopak, je-li stimulace v této fázi nepřiměřená, dítě se naplno rozpláče (Brazelton & Cramer, 1991).

Posledním behaviorálním stavem je pláč, přičemž pláč dítěte nabývá různých kvalit v důsledku jeho příčiny (Bee & Boyd, 2010). Oči má dítě částečně nebo zcela zavřené, jeho pohyby jsou prudké a dezorganizované (Einspieler & Prechtl, 2004).

5.1.2.2 Synaktivní teorie vývoje novorozence

Dle autorů se děti po narození musí vyrovnávat s jistými hierarchicky uspořádanými vývojovými úkoly, jejichž zvládnutí vede k úspěšné adaptaci na extrauterinní svět (Brazelton & Nugent, 2011). Ačkoli sekvence těchto kroků není vždy rigidně zachována, obecně sleduje tento postup: nejdříve se dítě učí ovládat fyziologický systém, dále svůj behaviorální stav, své motorické projevy a v nakonec své sociálně interakční chování (VandenBerg, 2007).

Dosahování fyziologické stability zahrnuje přivyknutí centrálního nervového systému dítěte na extrauterinní prostředí. Toto přivyknutí zahrnuje stabilizaci dechu a barvy pokožky, klesající počet úlekových reakcí nebo schopnost udržovat tělesnou teplotu. Pakliže je dosaženo homeostázy, dítě se přesouvá k druhému úkolu (Brazelton & Nugent, 2011).

Tím je organizace motorické aktivity, která se projevuje ve zlepšování svalového tonu, v postupném přebírání kontroly nad náhodnými motorickými projevy a v jejich integraci do celkové motorické aktivity (Brazelton & Nugent, 2011).

Třetí výzvou pro novorozené dítě v extrauterinním prostředí je regulace jednotlivých behaviorálních stavů. To pro dítě znamená vyvinout stabilní a pravidelné fáze spánku i bdělosti, což vyžaduje schopnost dítěte ignorovat negativní podněty během spánku. Kontrola nad behaviorálními stavy se též projevuje ve schopnosti vyrovnávat se se stresem seberegulací, ke které slouží sebezklidňující manévry, jako například manévr ruka-ústa či schopnost komunikovat s pečovatelem skrz pláč (Brazelton & Nugent, 2011).

Posledním úkolem, před kterým novorozené dítě stojí, je regulace sociálně interakčního chování. Za úspěšné zvládnutí tohoto úkolu je považována zvyšující se schopnost udržovat stále delší úseky bdělosti, schopnost pozorovat vizuální podněty a naslouchat těm sluchovým v celém jejich rozsahu a schopnost vyhledávat a podněcovat sociální interakci s pečovatelem (Brazelton & Nugent, 2011).

5.1.3 Využití metody

Brazeltonovy škály jsou neurobehaviorálním vyšetřením vytvořeným ke sledování a popisu odpovědí novorozence na extrauterinní prostředí, zejména míru jeho adaptace na toto prostředí a ke zjišťování míry aktivity dítěte při vytváření vztahu dítě-rodíč. Zevrubným popisem chování novorozence, včetně jeho kompetencí a silných stránek, stejně jako možných obtíží a odchylek, chtěli autoři dosáhnout detailního profilu novorozeného dítěte. Hlavní úlohou této škály je nalézt a popsat individuální rozdíly v adaptivním chování novorozenců (Brazelton & Nugent, 2011).

Je to nejpodrobnější a v současnosti nejpoužívanější škála k hodnocení novorozenců a v současných výzkumech je hojně využívána (Dittrichová & Krejčířová, 2006). Její užití v současném výzkumu nalezneme například při studii porovnávací genderové rozdíly v chování novorozenců (Boatella-Costa, Costas-Moraga, Botet-Mussions, Fornieles-Deu, & Cáceres-Zurita, 2007) nebo ve studii, která sledovala chování novorozenců matek se zvýšeným rizikem poporodní deprese (Goodman, Rouse, Long, Ji, & Brand, 2011). Hlavní praktické využití škály však spočívá v oblasti interakčního poradenství či podpory optimální interakce, zejména při prevenci budoucí vztahové patologie u dětí postižených nebo zdravotně oslabených nebo při riziku budoucího zanedbávání či týrání v rodině (Krejčířová, 2009).

Rozsah škály pokrývá věk dítěte od jeho narození po konec prvního měsíce života a je vhodná pro hodnocení dětí narozených v termínu i těch narozených předčasně po náležité korekci věku. Vzhledem k tomu, že test ze svého charakteru vytváří pro dítě stresovou situaci, není vhodná škála využívat při hodnocení dětí, které vyžadují intenzivní neonatální péči, jsou monitorovány, krmeny intravenózně, děti, které mají potíže s dechem, či dětí příliš nezralých nebo zotavujících se z nemoci (Brazelton & Nugent, 2011).

5.1.4 Obsah testu

Z vývojových úkolů uvedených v předchozí části vychází obsah testu a zaměření jeho položek. Škálami lze vypořádat, kde v tomto hierarchickém postupu dítě zaostává, jak se dítěti daří jednotlivé oblasti ovládat, v jaké oblasti potřebuje podporu pečovatele a jaký druh podpory potřebuje (Lamb & Bornstein, 1987).

Položek je celkem 28 a každá z nich je hodnocena na devítistupňové škále. Dále test zahrnuje 20 položek zaměřených na hodnocení neurologické úrovně dítěte, které jsou hodnoceny na čtyřbodových škálách. Tyto neurologické položky slouží k identifikaci neurologických abnormalit, jejich výsledkem však není neurologická diagnóza (Brazelton & Nugent, 2011).

Všech 28 behaviorálních položek lze uspořádat do pěti skupin. Položky jsou do skupin sdružovány dle cíle, který sledují, a které je tedy výhodné administrovat krátce po sobě. Toto sdružování napomáhá také lepšímu zapamatování vyšetření (Brazelton & Nugent, 2011).

První takovou skupinou je skupina habituačních položek, které sledují postupné vymizení reakcí na podnětovou stimulaci.

Jedná se o habituaci na světlo baterky, na zvuk chrastítka, zvonku, na odkrytí příkrývky a rozbalení dítěte a na taktilní stimulaci špendlíkem (Brazelton & Nugent, 2011).

Druhý je motoricko-orální skupina položek, což jsou položky minimálně intruzivní. Tato skupina zkoumá výbavnost reflexů nohou, pátrací reflex, sací reflex, reflexní chůzi, reflexí plazivé pohyby, glabellární reflex a svalový tonus končetin (Brazelton & Nugent, 2011).

Další skupina zahrnuje položky, které sledují odchylky svalového tonu hlavy a očí, nystagmus, chování dítěte při svlékání, jeho reakce při držení v náruči a při přitahování do sedu (Brazelton & Nugent, 2011).

Čtvrtá skupina obsahuje položky maximálně stimulující. Zde sledujeme obranné pohyby, výbavnost tonicko-šijového reflexu a Moroova reflexu (Brazelton & Nugent, 2011).

Poslední skupinou jsou položky sledující sociální chování dítěte a obsahuje například položky vizuální a sluchové orientace (Brazelton & Nugent, 2011).

5.1.5 Specifika vyšetření

Zatímco cílem klasických vývojových škál pro malé děti je zmapovat motorické a senzorycké schopnosti dítěte, Brazeltonovy škály se na vývoj dítěte dívají z hlediska integrace jeho kompetencí. Výsledkem tohoto přístupu je vysoce interakční přístup k vyšetření, kdy examinátor usnadňuje dítěti v testové situaci předvést co nejlepší výkon a předvést své kompetence v co nejširším rozsahu. Flexibilita, pozornost a citlivost jsou klíčem k úspěšné administraci.

Škála nemá přesně předepsaný postup administrace položek. Každé vyšetření má tedy postup vlastní, který se řídí aktuálním behaviorálním stavem dítěte. Platí ale, že počáteční položky by neměly zahrnovat manipulaci s dítětem, k položkám, které vyžadují čím dál výraznější stimulaci a často u dítěte vyvolávají pocit diskomfortu, se přistupuje až ke konci vyšetření (Brazelton & Nugent, 2011). Ideálně samotnému vyšetření předchází pozorování dítěte ve stavu spánku (Krejčířová, 2009).

Reakce dítěte na podněty závisí hlavně na tom, v jakém behaviorálním stavu se aktuálně nachází a proto je nesmírně důležité tyto stavy pozorovat. Proměnlivosti stavů dítěte se podřizuje to, jaké položky budou administrovány, jednak aby byla dodržena zásada, že examinátor se snaží dítěti umožnit co nejlepší výkon a jednak proto, že některé položky lze administrovat jen v konkrétním behaviorálním stavu (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

Například habituační položky administrujeme pouze dítěti ve stavu 1 nebo 2. Položky vizuální a sluchové orientace administrujeme tehdy, nachází-li se dítě v optimálním stavu bdělosti. Specifickou situací je pláč dítěte, respektive, nachází-li se v behaviorálním stavu 6.

K této situaci může dojít v podstatě kdykoli během vyšetření a nastane-li, využijeme ji k administraci položek, které sledují schopnosti dítěte se utiřit samo či za pomoci examinátora (Brazelton & Nugent, 2011).

Přesně předepsaný je však postup administrace jednotlivých položek a skupin, jež se musí striktně dodržovat. Uvádím příklad habituačních položek, které provádíme se stále stejnou intenzitou, v předepsaných intervalech a s přesně stanoveným počtem opakování. Například habituaci na světelný podnět examinujeme ve dvousekundových intervalech a opakujeme ji, dokud reakce nevytizí, maximálně však desetkrát. Výše zmíněná situace pláče má rovněž přesně předepsaný postup. Dítě necháme plakat 15 sekund, a pokud se do této doby neutiří samo, přistupujeme k němu tak, aby vidělo náš obličej. Pokud tento manévr nezabere, přidáme promluvu. Pokračovat lze položením ruky na břicho, dále přidržení paží, nakonec lze dítě vzít do náruče. Kroky k utišení dítěte se kumulují, takže se ke každému manévru přidává další. Držení v náručí zahrnuje přidržení paží i ukázání obličeje a promluvu (Brazelton & Nugent, 2011).

5.1.6 Příklad vyšetření týden starého dítěte

Při administraci poslední habituační položky – taktilní stimulace nohy špendlíkem, začalo dítě plakat po druhé prezentaci podnětu. Po 15 sekundách, kdy dítě stále křičí, přicházíme k němu a nastavujeme svou tvář. Dítě nás však přes zavřené oči nevidí, a tak pokračujeme promluvou. Dítě nepřestává plakat, a tak mu pokládáme ruku na břicho. Mezi každým manévrem dáváme dítěti dostatek času k tomu, aby se uklidnilo. Nyní, když je dítě klidné, můžeme pokračovat ve vyšetření. Dítě je bdělé, což můžeme využít k administraci položek, jež tento stav vyžadují. Testujeme sací reflex. Vložíme dítěti do úst malíček a jemně jím hýbeme dopředu a dozadu. Pozorujeme sílu a rytmicitu sání, tlak vpředu úst, tah jazyka a stahování jícnu. Bdělost dítěte umožňuje administrovat položky vizuální a sluchové orientace. Pokládáme dítě na klín a rukou poskytujeme oporu hlavičky tak, aby byla zhruba v úhlu 45°. Prezentujeme dítěti červený míček zhruba ve vzdálenosti 25-30 cm od obličeje, dáme mu čas na to, aby jej zafixovalo a začneme s ním pohybovat jemně ze strany na stranu. Dítě sleduje míček zleva doprava i zpět. Pohybujeme s míčkem i směrem vertikálním, dítě však v tomto rozsahu míček sledovat přestává. Umístíme hlavičku dítěte do střední polohy a přistupujeme ke sluchové stimulaci. Zachrastíme chrastítkem 15-23 cm od ucha dítěte tak, aby bylo chrastítko mimo jeho pole vidění. Dítě nejdříve hledá očima zdroj zvuku a postupně přetáčí hlavičku směrem, odkud vychází sluchová stimulace. Podnět prezentujeme stejným způsobem i z druhé strany. (Vytvořeno podle Brazelton & Nugent, 2011).

5.2 Gesellovy škály

5.2.1 Vývoj metody

Dle Anastasi (1982) lze Gesellovy škály považovat za průkopnickou, systematickou a empiricky založenou metodu hodnocení vývoje chování malých dětí. Dle Krejčířové (2009) se jedná o nejnámější a nejrozšířenější vývojovou metodu pro hodnocení raného vývoje.

Na základě pozorování a podrobné analýzy filmových záznamů chování dětí útlého věku sestavil A. Gesell ve dvacátých letech vývojové tabulky určující charakteristické chování dětí pro každý vývojový stupeň a současně vytvořil teorii vývojových zákonitostí, které kopíruje fyzický i psychický vývoj dítěte, a které jsou s metodou vyšetření úzce spjaty (Dalton, 2005).

Tabulky s charakteristickým chováním dětí různých věkových kategorií vznikly již v roce 1925, nicméně publikovány byly až v roce 1947. Dnes je test používán v revizi z roku 1980 (Knobloch, Stevens, & Malone) a to i v České republice, ačkoli nebyla provedena žádná standardizační studie v na českých dětech (Krejčířová, 2009).

5.2.2 Východiska

A. Gesell věřil, že psychika, stejně jako anatomie, je podmíněna postupným biologickým zráním, což platí zejména v raném dětství. Primární impulzy k vývoji jsou dle něj endogenní, nikoli exogenní povahy. Vnější vlivy, dle Gesella, vývoj pouze podporují, tvarují a specifikují, ale nejsou jeho primárním původcem (Lamb & Bornstein, 1987).

Vzhledem k tomu, že A. Gesell byl vystudovaným lékařem, není jeho zaměření překvapující. V jeho myšlenkách ho dále ovlivnila spolupráce s Goddarem, který považoval inteligenci za vrozenou. I z těchto důvodů bylo jeho záměrem vytvořit takovou diagnostickou metodu, která by přinesla informace ohledně stupně vývoje neurologického, vývoje chování a emocionálního vývoje, která by byla přísně založena na věkových normách, a která by primárně posloužila pediatrům (Dalton, 2005).

Gesell pro rozvoj jednotlivých dovedností považoval za nejdůležitější podmínku právě maturaci a zdůrazňoval, že ani intenzivní nácvik dovednosti před dosažením této zralosti není efektivní (Gesell & Ilg, 1943). Ve svém důrazu na maturaci se podstatně liší od jiných vývojových škál, zejména pak od škál Bayleyové, která se naopak zaměřovala na studii vlivu sociálního prostředí na vývoj dítěte (Krejčířová, 2009).

Významnou charakteristikou dětského vývoje je dle Gesella ta, že vývoj postupuje v zákonitých sekvencích, kdy určitý stupeň dosažené zralosti je nezbytným předpokladem pro objevení nových forem chování (Krejčířová, 2009).

Položky, které jsou obsahem Gesellovy škály jsou vytvořeny tak, aby sledovaly formulované vývojové zákonitosti (Lamb & Bornstein, 1987).

5.2.3 Využití škály

Sám Gesell i jeho následovníci jednoznačně odmítají čistě kvantitativní hodnocení raného vývoje (Gesell & Ilg, 1943). Důraz je v této metodě kladen především na podrobné, kvalitativní hodnocení zralosti dítěte a jednotlivých projevů chování a uváženou interpretaci výsledků. Toto zaměření činí metodu vhodnou především pro klinické využití, méně však pro výzkum (Krejčířová, 2009).

Gesellovy vývojové škály jsou standardizovanou metodou určenou k pozorování a hodnocení směru vývoje chování, které se objevuje v každodenním životě dítěte (Anastasi, 1982). Autorka tamtéž dodává, že jsou tyto škály vhodným doplňkem lékařského vyšetření, neboť dokáží identifikovat neurologické defekty a odchylky chování organického původu.

Například hodnocení úrovně expresivní řeči pomáhá při vyloučení poruchy sluchu nebo celkové mentální retardace a nebo naopak může vést k podezření na některé lehčí sluchové vady. Hodnocení porozumění je kromě toho nezbytné k odhadu kognitivní kapacity u dětí pohybově postižených, kdy kvalita porozumění je často jedinou známkou dobře zachovaných mentálních schopností, pokud jsou další expresivní a manipulativní schopnosti omezeny (Krejčířová, 2009).

Nejčastějším účelem vyšetření je dle Krejčířové (2009) diagnostika poruch vývoje, současně však metoda přináší informace o temperamentu dítěte, jeho sociálních dovednostech, o jeho emoční stabilitě či dráždivosti, frustrační toleranci, a do určité míry také o povaze vztahů s rodiči.

V nové revizi je metoda určena pro děti od 4 týdnů po 36 měsíců, původní verze zahrnovala normy ještě i pro celý předškolní věk (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

5.2.4 Obsah metody

Některé položky škály lze považovat za testové, většina z nich má však pozorovací charakter. To znamená, že data jsou získávána přímým pozorováním dítěte a jeho reakcí na standardizované hračky (Anastasi, 1982).

V rámci metody je pro každý věkový stupeň určeno charakteristické chování, které pak sledují přiřazené položky. Tyto položky se dělí do pěti oblastí: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč a sociální chování (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

V prvním roce jsou stanoveny položky pro každé 4 týdny. Ve druhém roce jsou odstupňovány po 3 měsících. Od dvou let po 6 měsících (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

5.2.4.1 Adaptivní chování

Nejlépe koreluje s budoucím mentálním vývojem dětí, a proto je rozhodující pro závěrečný odhad intelektového potenciálu (Krejčířová, 2009). V rámci kojeneckého věku položky postihují vývoj zrakového vnímání, reakce na podněty, schopnost koordinace oko-ruka, vývoj pojetí permanence objektu, vnímání předmětných vztahů a počátky řešení jednoduchých problémových situací (např. dítě si přitáhne za provázek kroužek, na který nedosáhne), schopnost dítěte získávat nové zkušenosti a těžit z nich (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Pro batolecí věk jsou to především vizuokonstruktivní položky (např. hra s kostkami a zasouvačkami), vývoj kresby, přiřazování geometrických tvarů, manipulace s drobnými předměty (peletka, knoflíčky) a další (Krejčířová, 2009).

5.2.4.2 Hrubá motorika

V kojeneckém věku je hodnocena hlavně poloha dítěte, ovládání hlavičky, vývoj sezení, lezení a počátky chůze. U batolete je to pak stabilita a obratnost chůze, chůze po schodech, běh, skákání a další (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). Kromě jednotlivých mezníků zaznamenáváme také kvalitu pohybu. Sledujeme tedy svalový tonus, všechny asymetrie v reakcích, třes, přetrvávání primitivních reflexů a další neuromotorické abnormality, jako je například postavení nohou v sedu a stojí (Krejčířová, 2009).

5.2.4.3 Jemná motorika

Zde je hodnocena dovednost sahání po předmětech, kvalita úchopu, jeho uvolnění i manipulace s předmětem (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). U dětí bez motorického defektu koreluje s budoucím kognitivním vývojem koreluje jemná motorika poněkud lépe než hrubá motorika (Krejčířová, 2009).

5.2.4.4 Řeč

V rámci hodnocení řeči pozorujeme všechny viditelné a slyšitelné formy komunikace od pouhého výrazu obličeje dítěte, přes gesta a mimiku, předřečovou vokalizaci, až po slova a věty, ale i porozumění gestům a řeči druhých lidí (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). Lze hodnotit rozděleně receptivní a expresivní složku.

5.2.4.5 Sociální chování

Zde hodnotíme postupné získávání různých sociálních návyků, a to při krmení, při hře a oblékání a získávání hygienických návyků (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980). Dále zde nacházíme položky vztahující se k celkové sociální reaktivitě dítěte, kterou hodnotíme od prvního sociálního úsměvu po složitější dovednosti symbolické hry, a vývoji počátků sebepojetí (Krejčířová, 2009).

5.2.5 Specifika vyšetření

Postup vyšetření je pružný. Pro jednotlivá věková období je sice doporučené pořadí úkolů, ale lze jej obměňovat v závislosti na kvalitě pozornosti a motivaci dítěte (Krejčířová, 2009).

Jiné položky, například řečové oblasti lze administrovat v průběhu celého vyšetření i v rámci administrace položek jiných oblastí.

Vyšetření začíná položkami odpovídajícími chronologickému věku dítěte, případně na takové úrovni, kterou u dítěte předpokládáme například dle výpovědi rodičů (Krejčířová, 2009).

Důležitým pojmem je zde takzvaný klíčový věk dítěte. Klíčový věk představuje podstatná stadia zralosti dítěte a tvoří tak referenční body vyšetření. Je to období, v němž jsou určité podstatné vzorce chování nejvýraznější, zcela zřetelné, charakteristické (Krejčířová, 2009). Uvádí se klíčové věky 4, 16, 28 a 40 týdnů, 12, 18, 24 a 36 měsíců (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980) a charakteristiky těchto období je nutné bezpečně znát pro adekvátní navázání vztahu s dítětem, postup administrace položek i pro adekvátní interpretaci výsledků.

Dalším důležitým pojmem je zóna zralosti. Ta představuje delší vývojové období, které koresponduje s klíčovým věkem a je určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření i pro celkovou doporučenou sekvenci postupu vyšetření. Pro 4 a 16 týdnů staré dítě je to zóna lehu na zádech, pro dítě staré 28 a 40 týdnů je to zóna sedu, 12 a 18 měsíců staré dítě se nachází v zóně lokomoční a od 24 měsíců je to období staršího batolete (Krejčířová, 2009).

V každé sledované oblasti předkládáme dítěti položky z nejbližších vývojových úrovní dokud neurčíme bazální věk, což znamená, že dítě plní všechny položky předepsané pro jistý věk, a jeho strop, což je naopak úroveň, nad kterou již dítě neplní položku žádnou (Krejčířová, 2009).

Výsledná vývojová úroveň dítěte v rámci sledovaných oblastí je stanovena na základě rozložení splněných a nesplněných položek. Splněné položky značíme v záznamovém archu symbolem „+“, ty nesplněné „-“ (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

Na rozdíl od Bayleyové není vývojová úroveň jednoduchým záznamem počtu splněných úkolů. Některé položky mají různou závažnost a je nutné rozlišovat mezi trvalými a přechodnými vzorci chování, které jsou v průběhu vývoje nahrazeny zralejšími formami, jako je tomu v případě reflexního úchopu, který postupně mizí od 8. měsíce a zvolna nastupuje úchop volní (Krejčířová, 2009). Pokud již nastoupilo vyzrálejší chování, pak všechny předchozí vzorce chování vedeme jako splněné. Pokud se určité chování začíná objevovat, ale není zatím zcela integrováno do stálých vzorců chování, tedy, pokud examinátor musí k vybavení chování u dítěte vynaložit značné úsilí, lze jej v záznamovém archu označit symbolem „+ –“ (Krejčířová, 2009). Taková položka je pak hodnocena půlbodem. Pokud dítě splní alespoň polovinu položek dané oblasti, pak mu uznáme danou vývojovou úroveň. V případě, že plněné položky jsou rozptýleny do více vývojových úrovní, lze konečnou vývojovou úroveň vyznačit rozsahem, například vývojová úroveň v rozsahu 4 – 8 týdnů (Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

5.2.6 Příklad vyšetření dítěte ve věku 12 měsíců (adaptivita)

Upoutáme pozornost dítěte tím, že poklepeme kostkou o desku stolu, zatímco ji zleva přisouváme. Předvedeme věž ze dvou kostek a pobídneme dítě, aby nás napodobilo. Dítě uchopuje neobratně kostku a snaží se ji několikrát položit na tu první bez úspěchu. Pokus o věž bez úspěchu je pro tento věk adekvátní, tuto položku započítáváme jako splněnou. Přisuneme hrneček a vhodíme do něj obě kostky. Pobídneme dítě, aby nás napodobilo. Dítě tluče s kostkou o stůl, demonstrujeme tedy vhození do šálku znovu. Je zapotřebí ještě další demonstrace, než dítě kostky do šálku vhodí, mezi oběma vhody jsou značné latence. Proto tuto položku zaznamenáváme „+ –“. Posléze poklepeme kostkou o stůl, abychom upoutali pozornost dítěte a přikryjeme ji hrnečkem. Zvedneme hrneček a ukážeme dítěti ukrytou kostku. Pak ji znovu zakryjeme a pobídneme dítě, aby kostičku našlo. Po krátkém váhání dítě nadzvedává hrneček. Tuto položku zaznamenáváme jako splněnou. Pokračujeme prezentací peletek v lahvičce. Zatřepeme lahvičkou, abychom upoutali pozornost dítěte. Následně vysypeme peletky na stůl a hned vedle nich postavíme lahvičku.

Dítě v souladu s požadavky položky ihned sahá po peletce, ke které se přibližuje ukazováčkem napřed a uchopuje ji klíčkovým úchopem a směřuje ji do úst. Tuto položku rovněž zaznamenáváme jako splněnou. (Vytvořeno podle Knobloch, Stevens, & Malone, 1980).

5.3 Škály Bayleyové

5.3.1 Vývoj metody

Na své první vývojové škále začala Nancy Bayleyová pracovat již ve 20. letech minulého století na Kalifornské univerzitě v Berkeley v USA (Sobotková, 2007). Jako první vznikly California First Year Mental Scale, a to v roce 1933. Rozsáhlou revizí a po restandardizaci vznikla první verze škál Bayleyové – BSID. Vydána byla v roce 1969 a zahrnovala normy pro děti od 2 měsíců do 2,5 let (Lamb & Bornstein, 1987). Impulzem k vytvoření škály byl zvyšující se zájem o ranou diagnostiku, který byl vyvolán rozšiřujícími se programy pro vzdělávání mentálně postižených dětí a dětí kulturně znevýhodněných, jež bylo zapotřebí adekvátně posoudit (Anastasi, 1982). Při tvorbě metody vycházela autorka mimo jiné také ze škál Gesellových (Anastasi, 1982).

Postupem času se v klinické praxi i ve vědeckém prostředí ukázalo, že BSID děti nadhodnocuje, a to v průměru o deset bodů na mentální i motorické škále (Sobotková, 2007). Škála byla tedy podrobena revizi a v roce 1993 vychází BSID II, obohacena o modernější normy, modernější testový materiál i o věkové rozšíření a je využitelná pro děti od 1 měsíce do 3,5 let (Krejčířová, 2009).

V České republice byla BSID II publikována v roce 1983 a byla standardizována na reprezentativním vzorku českých dětí, což metodu činí unikátní, oproti například Gesellovým škálám, které jsou užívány bez standardizace v českém prostředí (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

V nedávné době vyšla třetí verze škál, BSID III, která se od předchozí verze liší ve struktuře jednotlivých škál i v jejich obsahu, neboť některé položky byly pozměněny a některé i nově přidány (Krejčířová, 2009).

5.3.2 Východiska

Škály Bayleyové i Gesella reprezentují tradiční psychometrický přístup k hodnocení raného vývoje. Tento přístup se na psychomotorický vývoj dítěte dívá z hlediska postupného zrání, které je vázáno na věk dítěte (Lamb & Bornstein, 1987).

N. Bayleyová vycházela z předpokladu, že v průběhu vývoje a zejména v prvních dvou letech života, dochází k velkým vývojovým změnám, řada schopností je málo diferencována a k jejich diferenciaci dochází až postupně s věkem dítěte a dále se mění kvalita i struktura těchto schopností (Sobotková, 2007). Z těchto důvodů jsou první dvě verze škály rozděleny pouze na dvě hlavní oblasti, které dle autorky není potřeba dále diferencovat (Sobotková, 2007).

Zatím co A. Gesell se snažil zachytit a popsat jasné vývojové normy, které by posloužili v praxi pediatrům, N. Bayleyová pracovala více psychologicky a zaměřila se na měření inteligence. Zajímalo ji, zda se mentální složka vyvíjí konzistentně již od raného dětství (Lamb & Bornstein, 1987).

5.3.3 Využití škály

Škály Bayleyové jsou individuálně administrovaným nástrojem pro hodnocení psychomotorického vývoje dětí raného věku (Sobotková, 2007). V současnosti používaná verze obsahuje normy pro děti od 1 měsíce do 3,5 let (Krejčířová, 2009). Metoda je navržena tak, aby jednotlivé položky vzbuzovaly zájem dítěte, a aby bylo schopné na ně reagovat dle svých vývojových možností (Sobotková, 2007). Sama N. Bayleyová uvádí, že tyto testy, stejně jako jiné testy hodnotící psychomotorický vývoj dítěte, by měly sloužit zejména k hodnocení aktuální úrovně psychomotorického vývoje, nikoli k predikci budoucích schopností nebo inteligence dítěte, neboť v tomto věku na vývoj dítěte působí tak velké množství vlivů, že predikce budoucího stavu nemá příliš velkou hodnotu (Anastasi, 1982). Testy dobře slouží k ranému rozpoznání neurologického defektu, poruchy smyslového vnímání, emočních poruch nebo nedostatků v prostředí dítěte (Anastasi, 1982).

Dle Sobotkové (2007) mohou být škály využity k účelům klinickým, výzkumným i edukačním a podrobněji se těmto využitím věnuji v předchozích kapitolách.

Škály Bayleyové se hojně v praxi využívají, například pro potřeby podpůrných programů pro děti, které se zabývají ranou intervencí. Ve výzkumu se pomocí této škály mapuje psychomotorický vývoj dětí narozených předčasně, dětí drogově závislých matek nebo dětí trpících genetickou poruchou (Lowe, Erickson, Schrader, & Duncan, 2012).

5.3.4 Obsah testu

Obsah testu, tedy testovací položky, jsou rozděleny do tří základních částí. Jsou jimi mentální stupnice, motorická stupnice a záznam o chování dítěte (Sobotková, 2007). Narozdíl od Gesella, který diferencuje jednotlivé oblasti chování podrobněji, rozlišuje Bayleyová pouze tyto tři oblasti. Zdá se, že Gesellovo pojetí je pro klinickou praxi užitečnější, neboť se snáze sestavuje individuální plán rozvoje či rehabilitace.

Nicméně indexy Bayleyové, jež jsou výstupem hodnocení mentální a motorické škály, jsou určeny daleko jednoznačněji než je tomu v Gesellově metodě, a tím mnohem lépe diferencují poruchu od normy (Krejčířová, 2009).

Pro účel jemnější diferenciace nabízí nejnovější revize možnost vypracovat podrobnější profil dítěte, který ukáže výsledky dítěte v oblasti kognitivního vývoje, pohybového vývoje, vývoje řeči, osobnostního vývoje a sebeobsluhy (Krejčířová, 2009).

Položky hodnotíme do záznamového archu tak, že bod dítěti přiznáme, pokud úkol splní, pokud jej nesplní, body nepřiznáváme. V případě, že položka administrována nebyla nebo ji dítě nesplnilo, ale rodič udává, že podobné úkoly dítě doma plní, rovněž to zaznameneáme, ovšem bez přiznání bodu (Sobotková, 2007). Součtem splněných úkolů v každé stupnici zvlášť získáme hrubé skóre. Hrubé skóre jsou převedeny na mentální vývojový index a na motorický vývojový index, který nalezneme v tabulkách pro příslušnou věkovou kategorii (Sobotková, 2007).

Tyto tabulky jsou odstupňovány po půlměsíci od dvou do šesti měsíců. Od šestého měsíce dále jsou odstupňovány po měsíci (Anastasi, 1982).

5.3.4.1 Mentální stupnice

Mentální škála obsahuje celkem 178 položek, které jsou řazeny postupně dle obtížnosti. Osahuje položky zhruba odpovídající Gesellově adaptivitě, řeči a částečně sociálnímu chování, od druhého roku do určité míry i jemné motoriky (Krejčířová, 2009). Dle Bayleyové tato škála zachycuje především percepční bystrost, diskriminační schopnosti, vokalizaci a počátky řeči a řešení jednoduchých problémů (Krejčířová, 2009). Do oblasti kognitivní jsou zařazeny položky, které se zaměřují na zrakové a sluchové vnímání, zrakovou ostrost, zrakovou výběrovost, schopnost habituovat zrakové a sluchové podněty, vývoj paměti, počátky řešení problémů, schopnost tvořit generalizace a klasifikace, což je považováno za základ abstraktního myšlení (Sobotková, 2007).

Na vývoj řeči Bayleyová usuzuje z vokalizace dítěte, podle porozumění řeči dospělých, podle řečové exprese, tedy dle počtu slov, jež dítě aktivně užívá a podle zvláštních gramatických pravidel, které by dítě mělo v určitém věku ovládat, jako je užívání zájmen nebo minulého času (Sobotková, 2007).

Položek mapujících sociální chování je méně a převážně jen pro prvních devět měsíců. Pro podrobnější posouzení sociálního chování dítěte slouží záznam o jeho chování během vyšetření (Sobotková, 2007).

V poslední revizi byla škála doplněna o nové položky pro kojence, které hodnotí vizuální paměť habituálními položkami, a o zachycení vizuálních preferencí složitých vzorců oproti jednoduchým (Krejčířová, 2009).

Mentální stupnice prošla ve třetí revizi radikální změnou, neboť řeč byla oddělena od kognitivní části, byla rozdělena na řeč receptivní a aktivní a každá z těchto složek má i svou vlastní škálu (Bos, 2013). Nové rozdělení přináší velkou výhodu, neboť na rozdíl od BSID II ukáže, zda dítě s nízkým skórem na mentální stupnici je opožděno v řeči, v kognitivním vývoji, nebo v obojím (Lowe, Erickson, Schrader, & Duncan, 2012).

5.3.4.2 Motorická stupnice

Motorická škála se skládá ze 111 položek, které jsou rovněž řazeny dle obtížnosti. Nacházíme zde položky hodnotící hrubou i jemnou motoriku a stupeň percepčně-motorické koordinace. Druhá revize oproti původní škále obsahuje podrobnější položky pro hrubou motoriku v kojeneckém věku, což je důležité pro včasné zachycení odchylek v neuromotorickém vývoji (Sobotková, 2007). Třetí revize pak motorickou škálu rozděluje zvlášť na jemnou a hrubou motoriku (Bos, 2013).

5.3.4.3 Škála chování

Záznam o chování dítěte během vyšetření charakterizuje dítě spíše kvalitativně. Tyto charakteristiky mohou mít klinický význam a tvoří důležité doplňující informace pro interpretaci výsledků mentální a motorické škály. Hodnotí interpersonální chování, sociální orientaci, obecné emoční ladění, bázlivost, cílsměrnost chování, rozsah pozornosti, vytrvalost, aktivitu a zájem dítěte o specifické smyslové zkušenosti (Sobotková, 2007). Právě v záznamu chování se často projeví zřetelněji některé odchylky nebo nápaditosti dítěte (Krejčířová, 2009). Nová revize přinesla zásadní změnu v záznamu o chování.

Posuzovací škály jsou sjednoceny do jednotného formátu a chování může být kvantitativně hodnoceno celkově v následujících oblastech: pozornost/aktivace, orientace/zaujetí, emoční regulace, kvalita motoriky (Bos, 2013). V klinické praxi se tato změna zdá být spíše krokem horšímu, neboť ochudila záznam o některé významné informace (Krejčířová, 2009).

5.3.5 Specifika vyšetření

Narozdíl od jiných vývojových škál je zde postup vyšetřování velmi přesně popsán a popsané postupy by měly být dodrženy, ačkoli jsou přípustné drobné obměny v pořadí položek v závislosti na pozornosti a motivaci dítěte (Koluchová & Morávek, 1991). Manuál přesně popisuje, jak administrovat každou položku testu a za jakých podmínek lze dítěti přiznat bod (Sobotková, 2007).

Zatímco některé testy jsou založeny výhradně na výpovědi rodičů, Bayleyová přísně stanovuje, že body lze přiznat jen za položky, které dítě splnilo v naší přítomnosti, i když pečovatel udává, že doma dítě podobný úkol řešit zvládá. K tomu přihlížíme jen při interpretaci výsledků. Tento fakt zvyšuje nároky na examinátora, který by měl být schopen navázat s dítětem skutečně dobrý kontakt a dostatečně jej motivovat (Krejčířová, 2009).

A narozdíl od Gesella, poskytuje Bayleyová přesnější pokyny k vyhodnocování, čímž eliminuje vkládání subjektivních dojmů psychologa do závěrečného hodnocení (Krejčířová, 2009).

5.3.6 Příklad vyšetření dítěte ve věku 9 měsíců (BSID II)

Posadíme dítě ke stolu pečovateli na klín, my si sedáme na opačnou stranu stolu naproti dítěti. Nejdříve využijeme kroužek, který podržíme ve vzduchu před dítětem ve vzdálenosti cca 25 cm od jeho obličeje a to tak, aby dolní okraj kroužku byl v rovině jeho očí. Jemně s ním zahoupeme, abychom upoutali pozornost dítěte a poté kroužek položíme na desku stolu provázkem směrem k dítěti tak, aby kroužek byl mimo jeho dosah a zároveň tak, aby byl v dosahu provázek. Dítě po krátké latenci neobratně uchopuje provázek a přitahuje si kroužek. Položku ohodnotíme jako splněnou. Když drží kroužek za provázek, můžeme administrovat další položku, která hodnotí, zda dítě provázek pohoupe. Pobídíme pečovatele, aby nepatrně změnil polohu tak, aby dítě mohlo provázek držet ve vzduchu. Dítě provázek neudrží a upouští jej, bod tedy nepřiznáme. Další položkou pro devátý měsíc je nápodoba vokalizace. Vybídeme pečovatele, aby vyzkoušel jednoduchou vokalizaci jako „gagaga“, „bababa“ a čekáme, zda ji dítě napodobí. Dítě reaguje pozitivně a opakuje „gaga“, za tuto položku přiznáváme bod. Dále administrujeme položku jemné motoriky. Vysypeme před dítě na stůl z krabičky peletky. Dítě ihned sahá po peletkách a snaží se je uchopovat.

Dvakrát se mu podaří uchopit peletku mezi bříško palce a prsteníčku, což je akceptovatelný způsob úchopu, položku tedy uznáváme. Pokračujeme examinační otáčení v sedu. (Vytvořeno podle Sobotková, 2007).

5.4 Pražská metoda deskripce chování novorozence

5.4.1 Vývoj metody

Brazeltonovy škály hodnotící novorozence se staly důležitým východiskem autorce E. Šulcové, která vytvářela Pražskou metodu deskripce chování novorozence. Ta kromě Brazeltonových škál navazuje rovněž na další metody hodnotící novorozence narozené v termínu i předčasně narozené, na metody, které hodnotí rodinné prostředí novorozence, na metody, které se zabývají raným vztahem matka – dítě i na metody, které kombinují neurologické a psychologické vyšetření novorozenců (Šulcová, 2000).

K vytvoření zcela nové metody vedla autorku absence behaviorální psychologické metody, jež by přinesla informace o chování matky k dítěti, o chování dyády matka – dítě při kojení a rovněž o chování samotného novorozence ve spontánním stavu bdění (Šulcová, 2000). Toto zaměření činí metodu unikátní a právě v těchto aspektech je zcela odlišná od již existujících škál pro novorozence.

Klinická forma metody byla vytvořena v roce 1994 na základě klinických zkušeností s její experimentální formou a po následném statistickém zpracování. O rok později byl v této metodě zahájen první výcvik. Data vyškolených hodnotitelů posloužila k formulaci a zpřesňování položek a škál. V letech 1996 a 1997 byl realizován sběr dat pro účel psychometrické analýzy (Šulcová, 2000). Dosud však byly publikovány pouze výsledky získané na experimentálním souboru (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

5.4.2 Východiska

Stejně jako pro Brazeltonovy škály i pro Pražskou metodu deskripce chování novorozence jsou základním východiskem behaviorální stavu novorozeného dítěte. Metoda se však od Brazeltonových škál liší v přístupu k těmto stavům. Zatímco metoda T. B. Brazeltona těží z položek averzivních, provokujících u dítěte neklid, neboť hodnotí schopnost dítěte zvládat stresující stimulaci (Brazelton & Nugent, 2011), Pražská metoda přirozený cyklus spánku a bdění zcela respektuje a její autoři považují za nepřijatelné dítě během vyšetření jakkoli zatěžovat nebo budit (Šulcová, 2000).

Tímto se dostávám k dalšímu východisku, které Pražská metoda respektuje, a tím jsou poznatky o novorozenecké pozornosti. Autoři vychází zejména z výzkumu Weisse a Zelaza z roku 1990 (citováno dle Šulcová, 2000), který ukazuje, že kvalita pozornosti a vigily se liší u spontánně dosaženého stavu bdění od kvality, která se vyskytuje u uměle vyvolaných stavů probouzením novorozence (Šulcová, 2000).

Dalším společným východiskem Brazeltonových škál a Pražské metody je takzvaná synaktivní teorie vývoje, která byla podrobněji popsána v kapitole o škálách T. B. Brazeltona.

Kromě poznatků o chování a psychologii novorozence jsou do metody integrovány rovněž poznatky o kojení. V situaci kojení dochází k nejdůvěrnějšímu vztahu mezi matkou a dítětem. Navazují se a rozvíjejí hluboké citové vazby matky k dítěti i dítěte k matce. V optimálním případě je tato situace zdrojem příjemných prožitků pro dítě i matku. Při této příležitosti se matka rovněž učí své dítě dobře poznávat, což ji pomáhá volit adekvátní způsoby interakce a komunikace s dítětem v každodenním životě (Šulcová, 1998).

5.4.3 Využití metody

Pražská metoda deskripce chování novorozence je primárně zaměřena na hodnocení individuálních charakteristik chování fyziologických novorozenců za relativně standardních a nestresových podmínek a na hodnocení optimálního výkonu novorozenců (Šulcová, 2000). To znamená, že vyšetření hodnotí spektrum chování novorozence, jeho individuální styl chování, zvláštnosti a případná rizika. Vyšetření má ukázat, jaké je spektrum chování novorozence a jaké jsou jeho kompetence (Soukupová, 1995). Metodou lze zjišťovat také chování novorozenců a jejich matek při kojení a spontánní reaktivní chování dítěte po kojení, dále metoda přispívá k mapování kompetencí novorozence pro sociální a předmětnou percepci (Soukupová, 1995).

V praxi je využitelná k poradenství ke kojení, k rané psychologické péči o novorozence a podporu intuitivního rodičovství (Šulcová, 2000).

Metoda svým rozsahem pokrývá období od narození do 30 dnů dítěte a je určena pro vyšetřování zdravých novorozenců (Dittrichová & Krejčířová, 2006).

5.4.4 Obsah metody

Metoda obsahuje 131 položek, přičemž 121 bylo nově vytvořeno na základě přímého pozorování a analýzy videozáznamů spontánního chování novorozenců. Šestnáct položek bylo převzato z již existujících metod, zejména pak z Brazeltonových škál chování novorozence. Byly přejaty například neaverzivní behaviorální položky, jako prezentace míčku, chrastítka nebo hlasu examinátora.

Téměř všechny položky jsou hodnoceny na pětibodových škálách, přičemž bod pět značí zcela normální, zdravé reakce dítěte, bod jedna pak naznačuje, že něco není v pořádku. Stavby dítěte jsou hodnoceny na desetibodových škálách, aby bylo docíleno jemnější diferenciaci. Některé položky, u kterých je to adekvátní, jsou hodnoceny frekvencí, časem a odhadem úhlu rotace hlavy dítěte za podnětem (Šulcová, 2000).

Postup vyšetření i položky lze rozdělit do tří základních částí. První část metody zahrnuje získávání anamnestických údajů o matce, otci, o průběhu gravidity a porodu, o zdravotním stavu matky a dítěte (Soukupová, 1995), i o postoji rodičů k dítěti, tedy zda bylo dítě plánované nebo neplánované a zda je dítě po narození vítáno nebo nevítváno (Šulcová, 2000). Dále také zahrnuje hodnocení podmínek vyšetření, jako je například behaviorální stav novorozence před vyšetřením.

Druhou částí je takzvané neobtrusivní vyšetření, které je pozorováním a hodnocením techniky kojení matky, spontánních reakcí v dyádě matka – dítě a chování dítěte při kojení nebo krmení z lahve. V této části hodnotíme stav dítěte před krmením a zda je dítě matkou ke krmení buzeno a pokud ano, jakým způsobem. Při hodnocení interakce mezi matkou a dítětem sledujeme například, zda dochází k intuitivnímu „pozdravu“, tedy, zda matka navazuje s dítětem oční kontakt, pokyvuje hlavou a promlouvá k dítěti. Matčina technika kojení je hodnocena polohou dítěte, způsobem, jakým je situace krmení zahájena, jak jsou aktivity matky a dítěte synchronizovány, jak je prs umístěn v ústech dítěte, jak matka prs drží, zda se matka na dítě během krmení dívá, zda jej ke kojení pobízí a dalšími položkami. Chování dítěte při kojení je hodnoceno způsobem, jakým reaguje na matčin „pozdrav“, jak reaguje při zahájení krmení, jak se přisaje a polyká, jaká je jeho motorická aktivita, zda se aktivně dívá na matku a další položkami. Hodnocena je rovněž empatičnost matky a zda je její chování synchronní s chováním dítěte (Soukupová, 1995).

Třetí částí je interakční a reaktivní vyšetření, které zahajujeme pouze tehdy, když je dítě ve stavu bdělosti. Pokud dítě bdí, vstupuje s ním examínátor do synchronní interakce a prezentuje dítěti strukturované sociální i nesociální podněty. Z reakcí na sociální podněty hodnotíme sledování pohledu dospělého, reakce na jeho hlas nebo sledování pohledu a hlasu zároveň. Hodnoceny jsou reakce na nesociální podněty, jako fixace a sledování míčku, reakce na zvuk chrastítka, fixování chrastítka a sledování chrastítka v pohybu (Soukupová, 1995).

Součástí této části vyšetření je také hodnocení pozornosti, kdy examínátor hodnotí rychlost nástupu pozornostních reakcí, jejich intenzitu a vytrvalost či unavitelnost dítěte při orientačních položkách, jakou je například sledování míčku.

Hodnotitel pozorně sleduje také mimiku dítěte, jeho hlasové projevy, třesy, ublinkávání, škytání a další emoční reakce dítěte (Soukupová, 1995).

Po vzoru Brazeltonových škál, i zde nacházíme položky pro hodnocení sebezklidňujících manévřů a uklidnitelnosti druhou osobou. Dále je hodnoceno chování dítěte v náruči, jeho reakce na tělesný kontakt nebo na zpěv hodnotitele (Soukupová, 1995).

5.4.5 Specifika vyšetření

Základní zásadou vyšetřování je zachování co největší přirozenosti a minimalizování zátěžovosti vyšetření. Podstatou vyšetření je také synchronní interakce hodnotitele s novorozencem, přičemž hodnotitel dítěti umožňuje předvést optimální výkon. Z tohoto důvodu zcela respektujeme přirozený behaviorální cyklus dítěte a položky třetí části metody administrujeme jen tehdy, dosáhne-li tohoto stavu dítě samo a spontánně, popřípadě je-li ze stavu neklidného bdění zklidněno dospělou osobou (Šulcová, 2000).

Postup vyšetření by měl kopírovat rozčlenění položek do částí, tedy, vyšetření vždy začíná rozhovorem s rodiči, pokračuje pozorováním situace krmení, do které hodnotitel nijak nezasahuje, a končí interakčními a reakčními položkami.

V poslední části je ovšem možné pořadí prezentovaných podnětů obměnit dle aktuálního zájmu a kvality pozornosti dítěte. Přehození položek často oživí pozornost dítěte, což nám umožní snáze získat jeho nejlepší výkon (Šulcová, 2000).

Některé děti jsou ke krmení brány již ze stavu bdělosti a naopak po kojení usínají. Máme-li od rodičů tyto informace, můžeme začít s prezentací orientačních položek ještě před začátkem krmení (Soukupová, 1995).

5.4.6 Příklad vyšetření 3 týdny starého dítěte

Ke kojení matka dítě nebudí, obvykle vyčká, až se vzbudí samo. Dítě mimicky a motoricky dává najevo, že má hlad. Pozorujeme plnohodnotný, komplexní pozdrav – matka naváže oční kontakt, přikyvuje hlavou a promlouvá klidným hlasem k dítěti, usmívá se a hladí dítě na bříšku. Kojení trvá 27 minut s krátkými pauzami, které si dítě samo určuje (plná synchronie matka-dítě, matka dává dítěti prostor samo se projevit, adekvátně reaguje na jeho signály), matka dítě ke kojení povzbuzuje jen občas a dítě neruší, aktivní oční kontakt je navázán po většinu času kojení, tělesný kontakt s matkou je trvalý a aktivní, dítě samo ukončuje kojení. Stav bdění nastal. Začínáme vyšetření sociálními položkami. Dítě snadno navazuje oční kontakt. Dítě se ve všech položkách otáčí ze střední polohy téměř či zcela plynule, doprava i doleva se otáčí za míčkem cca v rozsahu 60°. Za tvář, tvář a hlasem, za chrastítkem o 75°. Zvuku chrastítka naslouchá pozorně asi minutu, hlasu asi 20 sekund.

Pohyb očí nahoru a dolů je asi 10-15°. Za všemi podněty (tvář, tvář a hlas, míček, chrastítko) se tváří otáčí o 120-150°. Na zpěv reaguje se zájmem, celou dobu naslouchá bez aktivní odezvy. Při chování v náruči je uvolněné, tulí se. Samo podněty vyhledává, pozorně sleduje okolí, při únavě pozornost vypíná. (Vytvořeno podle Soukupová, 1995, Šulcová, 2000.)

6. Návrh výzkumného projektu

6.1 Teoretický úvod

V kapitole, kterou jsem věnovala vývojovým metodám, jsem popsala tradiční metody, jež zadává vyškolený odborník, nejčastěji psycholog, ve své ordinaci, popřípadě v domácím prostředí dítěte. Tento způsob vyšetřování dětí je spolehlivý, ovšem má i své limity. Kromě toho, že takové vyšetření bývá časově i finančně náročné, hodnotí pouze výkon dítěte v daném okamžiku a do situace vyšetření vstupuje řada proměnných, kterým jsem se věnovala v kapitole čtyři. Tyto metody kladou největší důraz na objektivitu hodnotitele a výpovědi rodičů mají jen doplňující hodnotu. Tyto důvody vedou v dnešní době v zahraničí stále více odborníků ke zjednodušenému, časově efektivnějšímu způsobu hodnocení dětského vývoje, na kterém by se podíleli zejména rodiče, neboť ti mají možnost pozorovat své dítě dlouhodobě v rozličných situacích. Jednou z metod, která tento nový přístup představuje, je dotazník pro rodiče „Ages and Stages Questionnaire (ASQ)“.

S vývojem dotazníku započali odborníci na univerzitě v Oregonu již v roce 1970. V současné době je k dispozici jeho třetí revize publikovaná v roce 2009, která je dostupná v angličtině, španělštině, francouzštině a norštině a je dále překládána do dalších jazyků (Ages & Stages Questionnaires, third edition, 2014).

Jedná se o dotazník, ve kterém rodiče na tříbodové škále hodnotí psychomotorický vývoj dítěte. Otázky sledují oblast komunikace, hrubé a jemné motoriky, řešení problémů a sociálního chování. Normy jsou dostupné pro děti od jednoho měsíce do 66 měsíců a jsou odstupňovány po dvou měsících až do 24. měsíce, dále po třech měsících.

Autoři udávají, že vyplnění dotazníku zabere rodičům 10-15 minut a jeho vyhodnocení pak trvá zhruba 3 minuty. Výsledkem dotazníku jsou skóry pro každou sledovanou oblast, které jsou porovnány s normami vytvořenými pro určitý věk (Ages & Stages Questionnaires, third edition, 2014).

Vzhledem k časové úspornosti se dotazník v praxi hojně využívá, zejména v USA, k vývojovému screeningu. Dále je využíván ve výzkumné oblasti, příkladem je výzkum

výživy dětí v severní Indii, v rámci něhož byla zkoumána vývojová úroveň tamních dětí (Kvestad et al, 2013).

6.2 Návrh projektu

V rámci bakalářské práce jsem se proto rozhodla navrhnout validizační studii tohoto dotazníku ve srovnání s Gesellovými škálami v českém prostředí. Podobná studie již v USA proběhla, zaměřovala se však na validizaci dotazníku ve srovnání se škálami Bayleyové (Gollenberg, Lynch, Jackson, Guinness, & Msall, 2009).

Gesellovy škály připouštějí skórování i těch položek, které dítě v přítomnosti examinátora nepředvede, ale u kterých rodič vypovídá, že dítě plní. Proto se domnívám, že dotazník by vývojové vyšetření obohatil a výsledek vyšetření by lépe vypovídal o schopnostech dítěte. Dále by jeho vyplnění šetřilo čas, který je jinak věnován rozhovoru s rodičem a dotazování na vývojové mezníky dítěte. Vyplňování dotazníku může rodiči poskytnout dostatek času se nad otázkou zamyslet a podat přesnější informaci, než když přímo odpovídá na kladené otázky. Domnívám se, že přínosné by rovněž bylo, kdyby rodič dotazník vyplnil on-line ještě před návštěvou psychologa, který by si na základě výsledků dotazníku mohl udělat představu o tom, co dítě zvládne a lépe se na samotné vyšetření připravit.

Dotazník by byl užitečný také k hodnocení vývoje dětí v předškolních zařízeních nebo jiných programech pro malé děti, které potřebují nenáročným způsobem zhodnotit svou efektivitu a schopnosti dětí.

6.3 Výběr vzorku

Základem je vybrat adekvátní vzorek rodičů a dětí, kterých by mělo být 100 (100 dvojic rodič – dítě), ideálně pro každou věkovou skupinu od jednoho měsíce po 36 měsíců, což je období, které pokrývají Gesellovy škály a zároveň dotazník. Pohlaví dětí by mělo být rovnoměrně zastoupeno, ideálně 50 chlapců a 50 dívek.

Dotazník by měl vyplňovat ten rodič, který s dítětem tráví většinu času. V českých podmínkách je to v drtivé většině případů matka, proto budu nadále hovořit o dvojici matka – dítě, ačkoli by do výzkumu mohli být zahrnuti i otci, kteří jsou se svým dítětem na rodičovské dovolené. Mohla by to být také chůva nebo prarodič, pokud jsou s dítětem tráví většinu času.

Za tímto účelem bych oslovila pediatry, kvůli lepší dostupnosti pravděpodobně pražské, a požádala je, aby oslovili rodiče s dětmi a nabídli jim účast ve výzkumu za určitou finanční kompenzaci. Rodičům by rovněž byl poskytnut výsledek vyšetření, což může být pro rodiče další motivace.

K tomu, aby mohl být rodič s dítětem osloven, musí splnit dva základní požadavky. Při preventivním vývojovém screeningu nesmí pediatr u dítěte odhalit žádnou abnormalitu a dítě musí být donošené. Dbáme tedy na čistotu vzorku.

6.4 Metoda sběru dat

Dotazník „Ages and Stages“ by bylo nutné nejdříve adekvátně přeložit. Z angličtiny do češtiny a zpět, nejlépe za pomoci rodilého mluvčího. Ideální by také bylo provést předvýzkum srozumitelnosti jednotlivých položek. Jde především o to, zachovat obsahovou přesnost položek, nikoli formální, tudíž je nutné hledat v českém jazyce adekvátní analogie.

Dotazník by byl rovněž doplněn o informace o matce a dítěti, které by později posloužily k charakterizování výzkumného vzorku. Byly by to otázky na věk matky, její vzdělání a rodinný stav. U dítěte bychom zjišťovali jeho pohlaví, gestační stáří v době porodu a počet sourozenců.

Sběr dat by uskutečnili psychologové, kteří mají praktické zkušenosti s vývojovou diagnostikou a především s Gesellovými škálami. Vzhledem k vysokému počtu dětí, jež by v rámci této studie bylo třeba vyšetřit, jsem navrhla, aby vyšetření vykonávalo více vyškolených hodnotitelů. Vzhledem k tomu by samotnému výzkumu předcházela výcvik pro hodnotitele, kde by byli proškoleni nejen v zadávání, vyhodnocování a interpretaci nového dotazníku, rovněž by se domluvili na společných principech vyšetřování a interpretace Gesellových škál. Gesellovy škály totiž nabízí poměrně široký prostor pro subjektivní interpretaci hodnotitele (Krejčířová, 2009). Tím dbáme na to, aby byla co nejvyšší shoda posuzovatelů. Těmto psychologům by tato ASQ byl poskytnut k užívání.

Sběr dat by probíhal ve standardizovaných podmínkách, to znamená ve stejném prostředí. Rodiče s dítětem by byli pozváni k vyšetření na místo, jež by k tomu bylo určeno. Rodičům by byly navrženy možné termíny a časy, dle kterých by se posléze sestavil program.

Upozorníme rodiče, že k vyšetření lze přijít jen tehdy, je-li dítě zdravé a nezotavuje se z nemoci, v takovém případě by rodiči byl navrhnout náhradní termín. To z toho důvodu, aby bylo dítěti umožněno předvést co nejlepší výkon.

Zde by vyškolený hodnotitel vyšetřil dítě Gesellovým testem a rodič by vyplnil dotazník. Gesellov test i dotazník by byly následně vyhodnoceny a výsledky by byly odeslány k dalšímu zpracování.

6.5 Metody zpracování

Validizační studie, kterou navrhuji, je zjišťováním takzvané kritériální validity dotazníku. To znamená, že výsledky dotazníku jsou porovnávány s výsledky testu, který je dostatečně reliabilní a validní a lze jej tedy považovat za jakýsi „zlatý standard“ (Ferjenčík, 2000).

Tímto způsobem zjistíme, zda existuje shoda mezi tím, co měří Gesellovy škály a ASQ a zda je tedy možné jejich výsledky v praxi kombinovat, porovnávat a jinak s nimi dále pracovat.

Vzhledem k tomu, že vyplňování dotazníku a vyšetření dítěte by proběhlo ve stejný čas, jedná se v tomto případě o souběžnou validizaci (Ferjenčík, 2000).

Navrhuji tedy dvě hypotézy. Nulová hypotéza zní: Mezi tím, co měří Gesellovy škály a ASQ nebude žádná shoda. Alternativní hypotéza zní: Nalezneme shodu mezi tím, co měří Gesellovy škály a ASQ.

Ke zjištění vztahů mezi dotazníkem a Gesellovou metodou by byl využit Spearmanův korelační koeficient. Korelaci bychom zjišťovali mezi odpovídajícími složkami dotazníku a škály. Například oblast komunikace dotazníku bychom korelovali s oblastí řeči Gesellovy škály, oblasti hrubé a jemné motoriky dotazníku bychom korelovali s totožnými oblastmi Gesellovy škály. Vždy pro každý věk zvlášť.

Každá metoda má stanovené normy v případě dotazníku a vývojové kvocienty v případě Gesellových škál, které nám říkají, zda výkon dítěte odpovídá jeho věku či nikoli. Tyto normy bychom rovněž podrobili korelaci.

Informace o matce a dítěti, které by byly součástí dotazníku, a které zmiňuji výše, by byly zpracovány deskriptivní statistikou.

6.6 Diskuze

V případě, že se naše výsledky budou lišit o výsledků již proběhlých kritériálních validizačních studií, lze tento fakt vysvětlit tím, že Gesellovy škály a ASQ jednoduše neměří totéž. Vysvětlit by se to dalo tím, že východiska nebo obsah těchto metod jsou příliš odlišné. Jiná studie, která by porovnávala ASQ konkrétně s Gesellovými škálami zatím neexistuje, opírám se tedy o validizační studii ASQ v porovnání s BSID II, kterou jsem zmínila výše. Její výsledky dokládají, že jisté oblasti ASQ a BSID II korelují (např. řešení problémů), jiné spolu nekorelují (jemná motorika) (Gollenberg, Lynch, Jackson, Guinness, & Msall, 2009).

K nejvýznamnějším limitům tohoto výzkumného projektu by patřil fakt, že Gesellovy škály nenabízí čistě kvantifikovatelné hodnocení vývoje dítěte, jako například škály Bayleyové.

Korelace vývojových kvocientů a norem dotazníku by tímto tedy mohla být značně zkomplikována. Dále je nutné brát v úvahu fakt, že ani Gesellovy škály, ani dotazník „Ages and Stages“ nebyly standardizovány na populaci českých dětí. Krejčířová (2009) uvádí, že i přes to se v praxi Gesellovy škály osvědčily a vývojové abnormality i přes tento nedostatek diferencují spolehlivě. S dotazníkem žádné praktické zkušenosti v českém prostředí nemáme, ale snad by nám mohly posloužit zprávy z validizačních studií i z praxe z jiných evropských zemí, kde tento dotazník využívají (např. Alvik, 2014). I zde je však dobré dbát jisté opatrnosti, neboť i v rámci evropských zemí se můžeme setkat s různými stereotypy v psychomotorickém vývoji dětí a jinými kulturními tlaky, jež na rodiče a děti v tomto ohledu působí.

Dotazník sám o sobě přináší jisté výhody, ale i nevýhody. Výhodou, kterou akcentují již autoři dotazníku, je úspora času a finančních prostředků. Nevýhodou naopak zůstává jeho menší pružnost, nelze se tedy pokládat doplňující otázky, i jeho menší důvěryhodnost. Důvěryhodnost matčiny výpovědi v dotazníku může ovlivnit řada okolností. Matka se může cítit v situaci výzkumného vyšetření pod tlakem a nemusí o schopnostech dítěte vypovídat pravdivě, může tedy dítě jak nadhodnocovat, tak podhodnocovat. Nadhodnocení či podhodnocení schopností dítěte matkou nemusí být vyvoláno jen situací testování. Hodnocení matky mohou ovlivňovat její dlouhodobé postoje vůči dítěti a jeho vývojovému tempu, rodinná situace, psychický stav matky a další. Matka ve svém hodnocení může například být ovlivněna svou referenční skupinou, se kterou srovnává vývoj svého dítěte. Zkreslování údajů pak může probíhat buď záměrně či bezděčně.

Otázkou také je, zda samotné otázky dotazníku nevybízí rodiče k určité odpovědi. Je-li otázka koncipována takto „Sebere vaše dítě drobeček či jiný drobný předmět ze stolu?“ a odpověď takto „Ano, vždy/ někdy/ nikdy“, může dojít k tomu, že rodič své dítě snadno nadhodnotí, protože to vypadá, že sebrat drobeček ze stolu je v tomto věku standardem.

Vzhledem k tomu, že jsme se rozhodli do výzkumného souboru zahrnout také otce na rodičovské dovolené, můžeme si klást otázku, zda existují nějaké rozdíly v hodnocení vývoje dítěte mezi ženou a mužem.

Tato otázka by mohla posloužit dalším výzkumníkům, kteří by se na ni ve své studii mohli zaměřit. Z dosavadních výzkumů totiž vyplývá, že mezi matkou a otcem existují rozdíly jak v mluvě, tak interakčním stylu s dítětem (Šulová, 2010).

Otázkou také zůstává, zda byl gestační věk při porodu všech dětí vypočten správně a nezahrnujeme do výzkumu děti, jejichž věk by bylo třeba korigovat.

K vyšetření dítěte se váží i další možné komplikace, jež s sebou vyšetřování dětí raného věku běžně přináší, a které jsou detailněji rozebrány v kapitole č. 4.

6.7 Závěr

Mým úkolem bylo v rámci praktické části bakalářské práce navrhnout hypotetický výzkumný projekt. Vzhledem k tomu, že jsem se v teoretické části své práce zabývala tradičními metodami vývojové diagnostiky, rozhodla jsem se navrhnout takový výzkum, který by pracoval s něčím novým, dosud v našich podmínkách nevyzkoušeným. Pokud by se dotazník „Ages and Stages“ podařilo úspěšně validizovat, otevřely by se nové možnosti dětské vývojové diagnostiky a stávající metody vyšetřování by mohly být doplněny o kvalitní nástroj k získávání poznatků o dítěti od jeho rodičů. Ani v případě, že se ukáže, že Gesellovy škály a ASQ spolu nekorelují, není nutné na metodu ASQ zcela zanevřít. Výpověď rodičů není zcela nehodnotná, je dobré s ní při vývojové diagnostice počítat a zahrnout ji do celkové interpretace výsledků. Jen by nebylo možné využít výpověď rodiče v dotazníku za adekvátní alternativu položkám, které dítě nesplnilo v naší přítomnosti a přiznávat mu za ně body v Gesellově testu.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na ranou vývojovou diagnostiku. Tato oblast se od diagnostiky dospělých či dospívajících v mnohém liší. Aby byly tyto rozdíly patrné, charakterizovala jsem hned na začátku vývoj dítěte v raném věku. Vývoj dítěte jsem zasadila do kontextu Gesellových vývojových zákonitostí, neboť právě na nich je založena jedna z významných vývojově diagnostických metod. Na druhou stranu je pro vývojového psychologa dobré si uvědomit, že zákonitosti a vývojové mezníky, které můžeme považovat za obecně platné, zcela univerzální nejsou a s tímto faktem by se mělo při sestavování vývojové diagnózy pracovat.

Vymezila jsem, co je to vývojová diagnostika a k čemu slouží. Dále jsem se věnovala jejím specifickým, ať už situačním, na straně dítěte či na straně examinátora. Všechny těchto specifických by si měl být vývojový psycholog vědom, brát je v úvahu během vyšetření i při interpretaci výsledků vyšetření.

V další části jsem se zabývala konkrétními metodami, které lze využít k diagnostice raného vývoje. Jejich výčet není zdaleka kompletní. Vybrala jsem metody, o kterých vím, že jsou v české praxi běžně užívány a se kterými jsem se i já během praxe v kojeneckém ústavu osobně setkala. U každé metody jsem popsala její vznik, využití, obsah, specifika a připojila jsem krátký úryvek možného vyšetření pro lepší představu její administrace.

Součástí práce je také návrh výzkumného projektu. Vzhledem k tomu, že jsem v předchozí části věnovala pozornost pouze metodám, které zadává a vyhodnocuje profesionál, připadalo mi zajímavé pokusit se do vývojového vyšetření zapojit ve větší míře pohled rodičů. Navrhla jsem tedy validizační studii amerického dotazníku „Ages and Stages Questionnaire“ ve srovnání s Gesellovými škálami. Dotazník by mohl vhodně doplnit vyšetření a podpořit komplexnější pohled na vývoj vyšetřovaného dítěte.

Seznam použité literatury

Ages & Stages Questionnaires, third edition (2014). ASQ-3 At-A-Glance. Citováno dne: 1.5.2014 z: <http://agesandstages.com/asq-products/asq-3/asq-3-at-a-glance/>

Ages & Stages Questionnaires, third edition (2014). How ASQ was Developed. Citováno dne: 1.5.2014 z: <http://agesandstages.com/what-is-asq/how-asq-was-developed/>

Allen, K., & Marotz, L. (2002). *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let.* (Vyd. 1., 187 s.) Praha: Portál.

Alvik, A. (2014). Variables predicting low infant developmental scores: Maternal age above 30 years is a main predictor. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 42(2), 113-119. doi:10.1177/1403494813510225

Anastasi, A. (c1982). *Psychological testing.* (5th ed., 784 p.) London: Collier Macmillan.

Bee, H., & Boyd, D. (c2010). *The developing child.* (12th ed., 544 p.) Boston: Allyn.

Blau, T. (c1991). *The psychological examination of the child.* (viii, 279 p.) New York: J. Wiley.

Boatella-Costa, E., Costas-Moragas, C., Botet-Mussons, F., Fornieles-Deu, A., & Cáceres-Zurita, M. (2007). Behavioral gender differences in the neonatal period according to the Brazelton scale. *Early Human Development*, vol. 83(2), 91-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.006>.

Bos, Arend F. Bayley-II or Bayley-III: what do the scores tell us? (2013). *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 55(11), 978-979. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/dmcn.12234>

Brazelton, T., & Cramer, B. (1991). *The earliest relationship: parents, infants, and the drama of early attachment.* Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/cuni/docDetail.action?docID=10497323>

Brazelton, T., & Nugent, J. (2011). *Neonatal behavioral assessment scale.* (4th ed., 184 p.) London: Mac Keith Press. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/cuni/docDetail.action?docID=10565410>

- Dalton, T. C. (2005). Arnold Gesell and the Maturation Controversy. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 40(4), 182-204. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=01d223ab-6110-484c-be09-0737e48774d9%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4112>
- Damborská, M. a kolektiv autorů (1978). *Psychologie a základy výchovy*. (1. vyd., 284 s.) Praha: Avicenum.
- Dittrichová, J., & Krejčířová, D. (2006), Metody hodnocení psychického vývoje dítěte raného věku. In: Řičan, P., & Krejčířová, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Dittrichová, J., Paul, K., Tautermannová, M., & Vondráček, J. (2004). Spánek a bdění. In: Dittrichová, J., Papoušek, M., & Paul, K. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. (Vyd. 1., 17-40). Praha: Grada.
- Einspieler, C., & Prechtel, H. (2004). *Prechtel's method on the qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants*. (xi, 91 p.) London: Mac Keith Press. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/cuni/docDetail.action?docID=10365215>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. (1. vyd., 256 s.) Praha: Portál
- Gesell, A. & Ilg, F. (c1943). *Infant and child in the culture of today: the guidance of development in home and nursery school*. (1. vyd., 399 s.) New York: Harper & Brother.
- Goodman, S., Rouse, M., Long, Q., Ji, S., & Brand, S. (2011). Deconstructing antenatal depression: What is it that matters for neonatal behavioral functioning?. *Infant Mental Health Journal*, vol. 32(3), 339-361. DOI: 10.1002/imhj.20300.
- Gollenberg, A. L., Lynch, C. D., Jackson, L. W., McGuinness, B. M., & Msall, M. E. (2010). Concurrent validity of the parent-completed ages and Stages Questionnaires, 2nd ed. with the Bayley Scales of Infant Development II in a low-risk sample. *Child: Care, Health And Development*, 36(4), 485-490. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.01041.
- Heider, D., Laros, J., & Tellegen, P. (2008). *SON-R 2½ – 7*. Praha: Testcentrum - Hogrefe.
- Jouen, F. (2000). Asymetrie a vývoj. In: Pouthas, V., & Jouen, F. *Psychologie novorozence*. (Vyd. 1., pp. 79-82). Praha: Grada.
- Kaplan, H. & Dove, H. (1987). Infant development among the Ache of eastern Paraguay. *Developmental Psychology*, 23 (2), 190-198. doi: 10.1037/0012-1649.23.2.190

- Knobloch, H., Stevens, F., & Malone, A. (1980). *Manual of Developmental Diagnosis: the Administration and Interpretation of the Revised Gesell and Amatruda Developmental and Neurologic Examination*. Philadelphia: Harper & Row.
- Koch, J. (1980). Vývojová diagnostika raného a předškolního vývoje. In: Švancara, J. *Diagnostika psychického vývoje*. (3. upravené vyd., 395 s.) Praha: Avicenum.
- Koluchová, J., & Morávek, S. (1991). *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. (2. vyd., 175 s.) Olomouc: Univerzita Palackého.
- Krejčířová, D. (2009). Vývojové škály. In: Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. (Vyd. 2., 49-85). Praha: Portál.
- Kvestad, I., Taneja, S., Kumar, T., Bhandari, N., Strand, T. A., & Hysing, M. (2013). The assessment of developmental status using the Ages and Stages questionnaire-3 in nutritional research in north Indian young children. *Nutrition Journal*, 12(1), 1-11. doi:10.1186/1475-2891-12-50
- Lamb, M. & Bornstein, M. (1987). *Development in infancy: an introduction*. (2. vyd., 500 s.) New York: Random House.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. (2., aktualiz. vyd., 368 s.) Praha: Grada.
- Lecannuet, J., Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (2000). Transnatální smyslová kontinuita. In: Pouthas, V., & Jouen, F. *Psychologie novorozence*. (Vyd. 1., 28-39). Praha: Grada.
- Lowe, Jean R, Sarah J Erickson, Ron Schrader & Andrea F Duncan. Comparison of the Bayley II Mental Developmental Index and the Bayley III cognitive scale: are we measuring the same thing? (2012). *Acta Paediatrica*, vol. 101(2), 55-58. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2011.02517.x>
- Mead, M. (2001). *Growing up in New Guinea: a comparative study of primitive education*. New York: HarperCollins.
- Papalia, D., & Wendkos Olds, S. (c1992). *Human development*. (5th ed., 632 p.) New York: McGraw-Hill.
- Příhoda, V. (1977). *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

- Říčan, P. (2006). Vedení klinickopsychologického vyšetření. In: Říčan, P., & Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. (4., přeprac. a dopl. vyd., 315-318). Praha: Grada.
- Sobotková, D. (2007). *BSID II: Využití BSID II v práci dětského psychologa*. Praha: Testcentrum - Hogrefe.
- Soukupová, M. (1995). *Novorozenecké období: experimentální ověření metody Pražská deskripce chování novorozence* (Diplomová práce). Univerzita Karlova. Katedra psychologie, Praha.
- Svoboda, M. (2009). Anamnéza. In: Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. (Vyd. 2., 44-47). Praha: Portál.
- Svoboda, M. (2009). Zvláštnosti dětské diagnostiky. In: Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. (Vyd. 2., 24-30). Praha: Portál.
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. (Vyd. 1., 247 s.) Praha: Karolinum.
- Šulcová, E. (2000). Pražská metoda deskripce chování novorozence. *Československá psychologie*(40/2), 148-164.
- Šulcová, E. (1998). Psychologie kojení. In: Klimová, A., Brázdová, Z., Mydlilová, A., Paulová, M., Schneidrová, D., & Šulcová, E. *Kojení: dar pro život*. (2., přeprac. vyd., 15-33). Praha: Grada.
- Švancara, J. (1980). Činitel osobního kontaktu v psychologické diagnostice. In: Švancara, J. *Diagnostika psychického vývoje*. (3. upravené vyd., 66-69.) Praha: Avicenum.
- Turkewitz, G. (2000). Původ a budoucnost funkčních asymetrií novorozence. In: Pouthas, V., & Jouen, F. *Psychologie novorozence*. (Vyd. 1., 46-54). Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (1996). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. (Vyd. 2., dopl. a přeprac.) Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M., & Klégrová, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. (Vyd. 1., 538 s.) Praha: Karolinum.
- VandenBerg, K. A. (2007). Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. *Early Human Development*, 83(7), 433-442.
doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.03.008