

Magdalena Czub (red.)

Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

IBE




*entuzjaści
edukacji*

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Magdalena Czub (red.)



**DIAGNOZA
FUNKCJONOWANIA
SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO
DZIECKA W WIEKU
OD 1,5 DO 5,5 LAT**



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

IBE



*entuzjaści
edukacji*

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Redakcja naukowa

Magdalena Czub

Recenzenci

prof. dr hab. Elżbieta Hornowska – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

prof. dr hab. Barbara Bokus – Uniwersytet Warszawski, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
w Warszawie

Autorzy

Magdalena Czub

Konrad Piotrowski

Wydawca:

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8

01–180 Warszawa

tel. (22) 241 71 00; www.ibe.edu.pl

ISBN 978-83-61693-96-3

© Copyright by: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014

Skład i druk:

Drukarnia TINTA, Z. Szymański

ul. Żwirki i Wigury 22

13–200 Działdowo

www.drukarniatinta.pl

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu: *Badanie jakości i efektywności edukacji oraz instytucjonalizacja zaplecza badawczego*

Egzemplarz bezpłatny

Publikacja została wydrukowana na papierze ekologicznym.

spis treści

Wprowadzenie	7
CZĘŚĆ 1.	
ROZWÓJ SPOŁECZNO-EMOCJONALNY	9
Rozdział 1.	
Rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych dziecka (Magdalena Czub)	11
1.1. Kompetencje społeczno-emocjonalne: definicja	11
1.2. Znaczenie kompetencji społeczno-emocjonalnych	13
1.2.1. Konsekwencje rozwoju w pierwszych latach życia	13
1.2.2. Kompetencje społeczno-emocjonalne a osiągnięcia edukacyjne	17
1.3. Przebieg rozwoju społeczno-emocjonalnego w pierwszych latach życia	18
1.3.1. Wczesne dzieciństwo	20
1.3.2. Okres przedszkolny	21
Rozdział 2.	
Diagnoza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego (Magdalena Czub)	25
2.1. Model teoretyczny jako podstawa diagnozy	25
2.1.1. Model ekologiczno-transakcyjny	26
2.1.2. Zastosowanie modelu ekologiczno-transakcyjnego	27
2.1.2.1. Analiza rozwoju indywidualnego dziecka (ontogeneza)	28
2.1.2.2. Analiza sytuacji rodzinnej dziecka (mikrosystem)	30
2.1.2.3. Analiza środowiska lokalnego (egzosystem)	31
2.1.2.4. Analiza zebranych informacji i planowanie oddziaływań opartych na diagnozie rozwoju społeczno-emocjonalnego	32
2.2. Zdefiniowanie obserwowalnych wskaźników w rozwoju społeczno-emocjonalnym dziecka	34
2.3. Wybór narzędzi diagnostycznych	38

CZĘŚĆ 2.	
NARZĘDZIA DO DIAGNOZY ROZWOJU SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO DZIECKA	39
Rozdział 3.	
Charakterystyka projektu badawczego (Konrad Piotrowski)	41
3.1. Badanie pilotażowe	41
3.2. Badanie główne	42
3.2.1. Cele badawcze	42
3.2.2. Uczestnicy badań	43
3.2.3. Stosowane narzędzia	45
3.2.4. Procedura badań	46
Rozdział 4.	
Kwestionariusz Styl adaptacji (Konrad Piotrowski)	49
4.1. Zarys teoretyczny	49
4.2. Charakterystyka narzędzia	51
4.3. Parametry psychometryczne	51
4.3.1. Rozkład wyników	51
4.3.2. Struktura czynnikowa	52
4.3.3. Rzetelność	53
4.4. Różnice międzygrupowe	53
4.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka	54
4.4.2. Wykształcenie rodziców	55
4.4.3. Sytuacja materialna rodziny	56
4.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	57
4.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna	58
4.4.6. Sen	59
4.4.7. Samokontrola	61
4.4.8. Korelacje wymiarów kwestionariusza Styl adaptacji i wymiarów kwestionariusza Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych	62
4.4.9. Wnioski	64
4.5. Posługiwanie się kwestionariuszem	66
4.5.1. Procedura badania	66
4.5.2. Obliczanie wyników	68
4.5.3. Ocena i interpretacja wyników	68
4.6. Podsumowanie	74

Rozdział 5.

Skala *Reakcja na nowość* (Konrad Piotrowski) 79

5.1. Zarys teoretyczny	79
5.2. Charakterystyka narzędzia	80
5.3. Parametry psychometryczne	81
5.3.1. Rozkład wyników	81
5.3.2. Struktura czynnikowa	81
5.3.3. Rzetelność	82
5.4. Różnice międzygrupowe	82
5.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka	83
5.4.2. Wykształcenie rodziców	83
5.4.3. Sytuacja materialna rodziny	84
5.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	85
5.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna	86
5.4.6. Sen	86
5.4.7. Samokontrola	88
5.4.8. Korelacje skali <i>Reakcja na nowość</i> i wymiarów kwestionariusza Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych	89
5.4.9. Wnioski	90
5.5. Posługiwanie się kwestionariuszem	92
5.5.1. Procedura badania	92
5.5.2. Obliczanie wyników	93
5.5.3. Ocena i interpretacja wyników	94
5.6. Podsumowanie	97

Rozdział 6.

Skala *Koncentracja* (Konrad Piotrowski) 103

6.1. Zarys teoretyczny	103
6.2. Charakterystyka narzędzia	104
6.3. Parametry psychometryczne	105
6.3.1. Rozkład wyników	105
6.3.2. Struktura czynnikowa	105
6.3.3. Rzetelność	106
6.4. Różnice międzygrupowe	106
6.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka	107

6.4.2. Wykształcenie rodziców.....	108
6.4.3. Sytuacja materialna rodziny	108
6.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	109
6.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna	110
6.4.6. Sen	110
6.4.7. Samokontrola.....	111
6.4.8. Trudności emocjonalne matki w okresie poporodowym	113
6.4.9. Przedwczesny poród i niska waga urodzeniowa.....	113
6.4.10. Częstotliwość podejmowania zabaw wymagających koncentracji uwagi ..	114
6.4.11. Korelacje skali Koncentracja i wymiarów kwestionariusza Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych.....	116
6.4.12. Wnioski.....	117
6.5. Posługiwanie się kwestionariuszem.....	119
6.5.1. Procedura badania	119
6.5.2. Obliczanie wyników.....	120
6.5.3. Ocena i interpretacja wyników.....	120
6.6. Podsumowanie	123
Rozdział 7.	
Związki między uspołecznieniem, eksternalizacją, koncentracją i reakcją na nowość (Konrad Piotrowski).....	129
CZĘŚĆ 3.	
ZASTOSOWANIE NARZĘDZI DO DIAGNOZY ROZWOJU SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO.....	133
Rozdział 8.	
Diagnoza rozwoju społeczno-emocjonalnego. Analiza przypadku (Konrad Piotrowski, Magdalena Czub).....	135
8.1. Stosowanie narzędzi do diagnozy rozwoju społeczno-emocjonalnego.....	135
8.2. Opis przypadku	136
8.2.1. Wprowadzenie	136
8.2.2. Wyniki badań testowych.....	137
8.2.3. Informacje pochodzące z wywiadu z matką.....	138
8.2.4. Diagnoza rozwoju dziecka	141
8.2.5. Kolejne działania diagnostyczne.....	143
8.3. Podsumowanie	144
Zakończenie.....	145
Literatura	147

Wprowadzenie

Wczesny rozwój społeczno-emocjonalny tworzy podstawy funkcjonowania człowieka w ciągu całego życia. Pierwsze lata życia dziecka stwarzają okazję do wyposażenia go w kompetencje umożliwiające efektywną i dającą satysfakcję adaptację w środowisku – zarówno w danym momencie życia, jak i w przyszłości.

Odpowiednia opieka i edukacja oraz wdrażanie programów prewencyjnych i interwencyjnych w trakcie pierwszych pięciu lat życia dziecka, wspierają rozwój umiejętności niezbędnych do osiągania sukcesów edukacyjnych i społecznych. Planowanie oddziaływań, skierowanych na optymalizację rozwoju społeczno-emocjonalnego lub jego kompensację, wymaga rozpoznania słabych i mocnych stron funkcjonowania dziecka w tym obszarze. Aby było to możliwe, konieczna jest wiedza dotycząca przebiegu i prawidłowości rozwoju we wczesnym okresie życia oraz narzędzia umożliwiające monitorowanie rozwoju dziecka.

Proponowane opracowanie przedstawia współczesną wiedzę o rozwoju społeczno-emocjonalnym dzieci do szóstego roku życia oraz przygotowane przez Zespół Wczesnej Edukacji Instytutu Badań Edukacyjnych narzędzia do monitorowania prawidłowości przebiegu rozwoju dzieci, przed rozpoczęciem nauki szkolnej.

W pierwszej części opracowania przedstawione zostały teoretyczne ramy dla analizy przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego oraz procesu diagnozy. Rozdział pierwszy prezentuje przebieg rozwoju kompetencji społecznych i emocjonalnych w pierwszych latach życia dziecka a rozdział drugi przedstawia propozycję schematu przeprowadzania kompleksowej diagnozy funkcjonowania psychospołecznego dziecka.

Część drugą opracowania stanowi przedstawienie efektów projektu badawczego zrealizowanego przez Instytut Badań Edukacyjnych, którego celem było przygotowanie znormalizowanych, przesiewowych narzędzi do diagnozy rozwoju dziecka. Omówiono główne założenia i sposób realizacji projektu, zaprezentowano trzy narzędzia kwestionariuszowe pozwalające na ogólną ocenę dotychczasowego przebiegu rozwoju dziecka. Ostatnią część (rozdział 8) poświęcono z kolei praktycznym aspektom zastosowania omówionych narzędzi w ramach proponowanego schematu diagnozy.

Należy podkreślić, iż przygotowane w projekcie metody mają **charakter przesiewowy**, a więc dają jedynie możliwość określenia obszarów rozwoju, w których mogą już występować lub pojawić się w przyszłości trudności w funkcjonowaniu dziecka. Proponowane narzędzia umożliwiają wyodrębnienie obszarów potencjalnych trudności, a wyniki badań uzyskane za ich pomocą winny stanowić jedynie przyczynek do dalszych, pogłębionych badań z użyciem innych metod diagnostycznych umożliwiających weryfikację wstępnych hipotez na temat przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka.

Magdalena Czub

CZĘŚĆ 1. ROZWÓJ SPOŁECZNO-EMOCJONALNY

Rozdział 1.

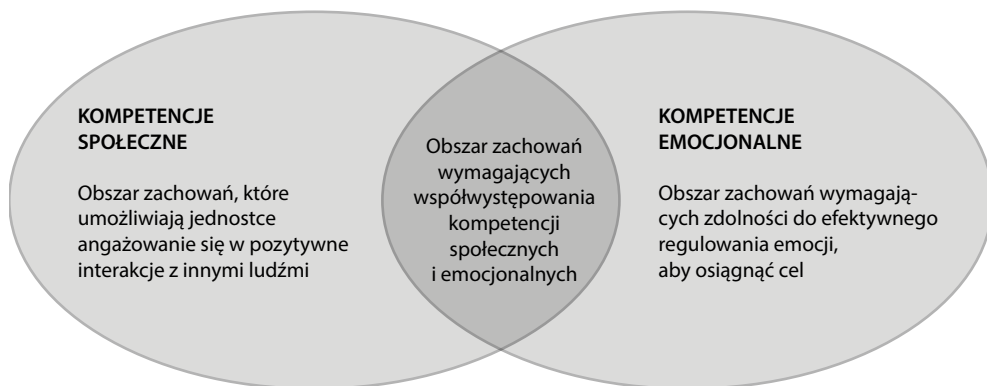
Rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych dziecka

Magdalena Czub

W prezentowanym, w niniejszym opracowaniu, podejściu do analizy rozwoju w obszarach społecznym i emocjonalnym przyjęto założenie, iż należy je rozpatrywać łącznie. Rozdzielanie ich w procesie diagnostycznym powoduje zubożenie uzyskiwanego obrazu funkcjonowania dziecka, a co za tym idzie ogranicza projektowanie oddziaływań profilaktycznych bądź interwencyjnych. Poniższy rozdział poświęcony będzie wyjaśnieniu przyjętego podejścia do analizy rozwoju społeczno-emocjonalnego.

1.1. Kompetencje społeczno-emocjonalne: definicja

Badanie i analiza kompetencji społecznych i emocjonalnych oraz przebiegu ich rozwoju powinny być traktowane jako dotyczące jednego obszaru lub, dokładniej, obszarów nakładających się na siebie. Wielu autorów opisuje trudności w jednoznacznym definiowaniu zachowań społecznych i emocjonalnych, traktowanych oddzielnie (Waters, Sroufe, 1983; Thompson, 1994; Bost i in., 1998; Emde i in., 2000; Sroufe i in., 2005). Wskazują oni, iż możliwość rozumienia zachowania dziecka (i dorosłego) wymaga ujmowania wzajemnych zależności pomiędzy zachowaniami będącymi wyrazem emocji a zachowaniami uznanymi za społeczne (por. Rys.1.1.). Na przykład: angażowanie się w relacje z innymi, będąc zachowaniem społecznym, wymaga zdolności do modyfikowania reakcji emocjonalnych i kierowania ekspresją emocji.



Rysunek 1.1. Związek pomiędzy kompetencjami społecznymi i emocjonalnymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie Squires, Bricker, Twombly, 2003

Ważne argumenty przemawiające za łącznym ujmowaniem rozwoju społecznego i emocjonalnego płyną również z obszaru badań nad rozwojem przywiązania. *Explicite* wyrażał to m. in. A. Sroufe w swojej konceptualizacji przywiązania jako diadycznej regulacji emocji. Opisował on rozwój zdolności do samoregulacji pobudzenia jako proces, w którym pierwszym „regulatorem” afektu u dziecka jest partner społeczny (opiekun) a interakcja z nim umożliwia dziecku utrzymanie równowagi emocjonalnej (Sroufe, 1995, Czub, 2003a, 2003b; Sroufe i in., 2005). Także według R. Thompsona (1994, s. 41) „[...] kontakty społeczne tworzą najbardziej istotny kontekst dla ćwiczenia umiejętności radzenia sobie z emocjami, a efektywność tych umiejętności zależy w znaczący sposób od reakcji partnerów społecznych i wyzwań środowiska społecznego [...]”.

W analizach dotyczących rozwoju kompetencji społecznych czynnikiem uznawanym za niezwykle istotny są mechanizmy regulacji emocji umożliwiające rozpoznawanie emocji i kierowanie nimi w taki sposób, aby być zdolnym do zaspokajania swoich potrzeb i realizacji potencjału rozwojowego zgodnie z normami społecznymi, oraz utrzymywania pozytywnych relacji z innymi (Saarni, 1999; Schaffer, 2006, 2006a; Samerof, Lewis, Miller, 2000).

Z kolei badacze zajmujący się kompetencjami emocjonalnymi definiują je w odniesieniu do otoczenia społecznego, podkreślając, iż kontekstem funkcjonowania emocjonalnego są inni ludzie, a kompetencje w tym obszarze wiążą się w dużej mierze ze sposobem wymiany emocjonalnej w relacjach z innymi (komunikowania, kontrolowania i odwzajemniania emocji) (Saarni, 1999; Schaffer, 2006). Badacze rozwoju emocjonalnego podkreślają znaczenie udziału partnerów społecznych w kształtowaniu się regulacji emocji, twierdząc wręcz, iż emocje są produktem interakcji społecznej, a także wskazując, że różnice w zdolności do ich regulacji odgrywają kluczową rolę w wielu aspektach funkcjonowania społecznego (Eisenberg, Fabes, Losoya, 1999; Haviland-Jones, Gebelt, Stapley, 1999).

Dla potrzeb praktyki psychologicznej i opisu możliwych do zaobserwowania zachowań przyjmuje się, że kompetencje społeczno-emocjonalne to zdolność do rozumienia i kontrolowania własnych uczuć i zachowań, do rozumienia uczuć innych osób oraz do nawiązywania harmonijnych, przyjaznych związków i relacji z innymi ludźmi. W modelach służących diagnozie oraz konstruowaniu programów profilaktycznych i interwencyjnych bierze się najczęściej pod uwagę pięć kategorii kompetencji społeczno-emocjonalnych: samoświadomość, świadomość społeczną, odpowiedzialne podejmowanie decyzji, zarządzanie własnym zachowaniem oraz zarządzanie relacjami z innymi (por. Tab. 1.1.) (Zins i in., 2004).

Każda z tych umiejętności rozwija się począwszy od narodzin, zgodnie z kolejnymi etapami rozwoju i w oparciu o poprzednie, ukształtowane już kompetencje. Człowiek rodzi się ze zdolnością do nawiązywania relacji z innymi ludźmi (uśmiech, wokalizacja) i na tej bazie rozwijają się kolejne umiejętności społeczne i emocjonalne.

Tabela 1.1. Kategorie kompetencji społeczno-emocjonalnych

kategoria	kompetencje składowe
Samoświadomość	<ul style="list-style-type: none"> • Identyfikowanie i rozpoznawanie własnych emocji • Postrzeganie siebie adekwatne do rzeczywistości • Adekwatne rozpoznawanie swoich cech (silnych i słabych stron) • Efektywność w osiąganiu celów
Świadomość społeczna	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do przyjmowania perspektywy (punktu widzenia) innych osób • Empatia • Akceptacja różnic pomiędzy ludźmi • Szacunek do innych
Odpowiedzialne podejmowanie decyzji	<ul style="list-style-type: none"> • Umiejętność analizowania sytuacji w celu identyfikacji głównego/najważniejszego problemu • Umiejętność rozwiązywania problemów • Zdolność do refleksji nad własnym zachowaniem • Zdolność do podejmowania odpowiedzialności
Zarządzanie własnym zachowaniem	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola impulsów (hamowanie, modulowanie, akceptowana społecznie ekspresja) • Wewnętrzna motywacja do działania • Autodyscyplina • Umiejętność stawiania sobie celów i organizowania działania
Zarządzanie relacjami z innymi	<ul style="list-style-type: none"> • Umiejętności komunikacyjne (przekazywania i odbierania/interpretowania informacji) • Zdolność do emocjonalnego angażowania się i budowania związków z innymi ludźmi • Umiejętność negocjacji • Umiejętność odmawiania w sposób akceptowany społecznie • Umiejętność rozwiązywania konfliktów z innymi • Zdolność do zwracania się po pomoc i udzielania pomocy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zins i in., 2004

1.2. Znaczenie kompetencji społeczno-emocjonalnych

Praktycy i badacze pozostają zgodni co do tego, że wczesna identyfikacja trudności społeczno-emocjonalnych i potencjalnych problemów w funkcjonowaniu w przyszłości jest najbardziej efektywną strategią wspomagania rozwoju we wszystkich jego sferach (Zeanah, 2000; Walker i in., 1998), a analizując przebieg rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka w pierwszych latach życia można wnioskować o jego późniejszej zdolności do uczestniczenia w kontaktach z innymi ludźmi i regulowania swoich stanów emocjonalnych oraz zdolności do nauki i realizowania potencjału intelektualnego (Sroufe i in., 2005).

1.2.1. Konsekwencje rozwoju w pierwszych latach życia

Rozwój wczesnych więzi społecznych czy, inaczej mówiąc, ustanowienie bezpiecznej relacji przywiązaniowej pomiędzy dzieckiem a opiekunem, jest jednym z najważniejszych zadań rozwojowych w pierwszych latach życia. Stanowi ono podstawę zdolności efektywnego, zgodnego ze standardami społecznymi i, co niezwykle istotne, samodzielnego regulowania swoich stanów

Tabela 1.2. Konsekwencje jakości przywiązania

Wzorzec przywiązania	Przywiązanie bezpieczne	Przywiązanie unikowe	Przywiązanie ambiwalentne	Dezorganizacja przywiązania
strategie zachowania społecznego	<ul style="list-style-type: none"> • swobodna eksploracja – skłonność do poznawania nowych ludzi, sytuacji, informacji, motywacja do nauki • dobry kontakt z otoczeniem • swobodne zwracanie się do innych po wsparcie i pomoc • zdolność do udzielania pomocy 	<ul style="list-style-type: none"> • pozorna, okazywana niezależność od innych • unikanie bliskiego kontaktu emocjonalnego z innymi • brak bezpośredniego poszukiwania wsparcia w sytuacjach dystresu (trudności w otwartym zwracaniu się po pomoc) 	<ul style="list-style-type: none"> • niepewność w kontakcie z innymi • brak swobodnej eksploracji – koncentracja na utrzymywaniu kontaktu z innymi • silny lęk przed separacją, brakiem poczucia akceptacji • zmienność nastrojów (złość, obrażanie się) 	<ul style="list-style-type: none"> • brak spójnego wzorca zachowania • okazywanie lęku lub agresji wobec innych • dezorientacja w kontakcie z innymi
sposoby regulacji emocji	<ul style="list-style-type: none"> • zdolność do diadycznej, a później samodzielnej regulacji emocji • skuteczność w obniżaniu nadmiernego napięcia • zdolność do rozróżniania stanów emocjonalnych i adekwatnej ekspresji emocji • umiejętność odczytywania i prawidłowego interpretowania emocji innych ludzi 	<ul style="list-style-type: none"> • hamowanie uczuć dystresu i złości • prezentowanie fałszywych emocji (np. spokoju i/lub uśmiechu w sytuacji złości) • trudności w rozpoznawaniu własnych emocji • przypisywanie innym negatywnych emocji 	<ul style="list-style-type: none"> • labilność emocjonalna • manipulacyjne wykorzystywanie ekspresji emocjonalnej w celu wpływania na innych • dostosowywanie ekspresji emocji do wymagań otoczenia • niebranie odpowiedzialności za regulowanie swoich stanów emocjonalnych 	<ul style="list-style-type: none"> • zawiązenie świadomości własnych stanów emocjonalnych • nagłe zmiany w ekspresji różnych emocji • niezdolność do normatywnej samoregulacji emocji (nieefektywne mechanizmy modulowania napięcia)
umysłowe reprezentacje siebie i innych (WMO)	<ul style="list-style-type: none"> • przekonanie o własnej wartości • pozytywna atrybucja wydarzeń • pozytywna atrybucja intencji innych ludzi 	<ul style="list-style-type: none"> • przekonanie o niskiej własnej wartości • negatywna atrybucja wydarzeń • negatywna atrybucja intencji innych ludzi 	<ul style="list-style-type: none"> • niepewność co do własnej wartości • przekonanie o braku stałości/stabilności • sprzeczna atrybucja wydarzeń i intencji 	<ul style="list-style-type: none"> • dezorientacja co do obrazu siebie i innych • zmienne, lękowe atrybucje intencji • atrybucja świata zewnętrznego jako zagrażającego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sroufe, 1995; Crittenden, 1997

emocjonalnych. Zdolności te są jednym z głównych czynników modyfikujących realizację potencjału poznawczego i społecznego. Analizując wczesny rozwój społeczno-emocjonalny dziecka, zyskujemy zatem istotne informacje na temat podstaw jego funkcjonowania w świecie (Schaffer, 2005; Sroufe i in., 2005).

Odwołując się do teorii przywiązania Bowlby'ego (2007, 1973, 1980) oraz prac badaczy zajmujących się problematyką wczesnego rozwoju (Cassidy, Shaver, 1999; Sameroff, Lewis, Miller, 2000; Sroufe i in., 2005) można stwierdzić, że doświadczenia wynikające z jakości doznawanej przez dziecko opieki mają decydujące znaczenie dla zdolności do samoregulacji emocji, która zasadniczo wpływa na zakres eksploracji (jako podstawy uczenia się i realizacji potencjału rozwojowego) oraz na sposób radzenia sobie z przeszkodami i trudnościami. Traktując, za A. Sroufem (1995), przywiązanie jako diadyczną regulację emocji, można powiedzieć, że w pierwszych latach życia dziecko przechodzi od zewnętrznych sposobów regulacji (tzn. modulowania pobudzenia i emocji przez opiekuna/rodzica) w stronę zdolności do samodzielnego regulowania swoich stanów emocjonalnych (por. Czub, 2003 a i b).

Prowadzone w oparciu o teorię przywiązania badania i analizy wskazują, iż szczególna rola wczesnego okresu życia związana jest z powstającymi w tym czasie a wynikającymi z rodzaju i jakości doświadczonej przez dziecko opieki, wzorcami nawiązywania relacji społecznych (wzorce przywiązania), poznawczo – afektywnymi reprezentacjami siebie i innych (wewnętrzne modele operacyjne – WMO) oraz wzorcami regulacji emocji (Czub, 2003 a i b; Sroufe i in., 2005; Siegel, 2009).

Konsekwencje wczesnego rozwoju można więc analizować w kategoriach wzorców przywiązania, tzn. wzorców nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi ludźmi. Kształtują się one na podstawie relacji z opiekunem i odzwierciedlają jakość opieki oraz ustosunkowanie figury przywiązania (tzn. osoby głównie sprawującej opiekę) do dziecka i określają sposób zachowania dziecka wobec niej, a w późniejszym okresie, przekładają się na sposób nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi, sposoby uzyskiwania opieki i pomocy, rozwiązywanie konfliktów, a także rozwiązywanie zadań i stosunek do różnego rodzaju wyzwań (Ainsworth i in., 1978; Czub, 2003a i b; Sroufe i in., 2005; Siegel, 2009).

Na podstawie szeroko prowadzonych badań dotyczących wpływu wzorców przywiązania na funkcjonowanie jednostki stwierdzono, że poziom poczucia bezpieczeństwa w relacji z opiekunem ma odzwierciedlenie w jakości późniejszej adaptacji, a wynikające z niego strategie zachowania i regulacji emocji wykazują stałość także okresie późnego dzieciństwa i adolescencji (por. Tab. 1.2.).

Prowadzone przez ponad trzydzieści lat badania podłużne, potwierdzają znaczenie wczesnych doświadczeń w relacji z opiekunem i ich znaczenie dla funkcjonowania w późnym dzieciństwie, adolescencji i dorosłości. Obszary rozwoju społeczno-emocjonalnego, w których analizowano wpływ jakości opieki w pierwszym okresie życia, na dalsze funkcjonowanie jednostki dotyczyły: (1) poczucia własnej wartości, (2) kompetencji społecznych, (3) zależności od innych, (4) empatii

i (5) prężności ego (*ego resilience*) (Sroufe i in., 2005; Czub, 2005). We wszystkich tych obszarach stwierdzono, iż funkcjonowanie dzieci charakteryzujących się bezpiecznymi wzorcami przywiązania jest bardziej efektywne i pożądane społecznie. Szczególnie istotne wydają się wyniki badań dotyczące prężności ego, czyli kompetencji do elastycznego reagowania na zmieniające się okoliczności (w szczególności na frustrację), wytrwałości w działaniu oraz zaradności i pomysłowości. U dzieci z historią przywiązania bezpiecznego rejestrowano istotnie wyższy poziom prężności ego, podczas gdy dzieci z przywiązaniem ambiwalentnym miały trudności z zachowaniem kontroli w sytuacji trudnej i reagowały impulsywnie, a dzieci charakteryzujące się przywiązaniem unikowym zdradzały objawy skrępowania i nadmiernej kontroli (Arend i in., 1979).

Ważnym wymiarem dla analizy konsekwencji wczesnych doświadczeń jest zdolność do eksploracji, która stanowi podstawę uczenia się, rozwiązywania zadań i podejmowania wyzwań oraz wszelkich przejawów ciekawości i dążenia do poznawania świata. Poziom poczucia bezpieczeństwa w relacji z opiekunem wyznacza zakres zdolności dziecka do eksploracji, a co za tym idzie bezpieczny wzorzec przywiązania sprzyja koncentracji uwagi na świecie zewnętrznym, poznawaniu nowych obszarów rzeczywistości i zdobywaniu nowych umiejętności (Shaver, Mikulincer, 2002).

Analizując poszczególne wzorce przywiązania, a co za tym idzie style atrybucji i sposoby regulacji emocji, można tworzyć przewidywania dotyczące przyszłych trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym (Sameroff, Lewis, Miller, 2000; Friedrich, 2002; Cicchetti, Cohen, 2006). Badania prowadzone na adolescentach wykazały, że bezpieczne przywiązanie nie koreluje bądź koreluje ujemnie zarówno z różnorodnymi zaburzeniami osobowości, jak i zaburzeniami zachowania (Nakash-Eisikovits i in., 2002). Wzorzec bezpiecznego przywiązania wykazuje silne związki z efektywnym i dającym satysfakcję uczestnictwem w grupach rówieśniczych oraz zdolnością do otwartości w kontaktach z innymi (Sroufe i in., 2000). W każdym wieku, począwszy od wczesnego dzieciństwa, poprzez wiek szkolny i adolescencję, dzieci charakteryzujące się bezpiecznym wzorcem przywiązania, a więc także efektywną regulacją emocji, prezentują mniej problemów emocjonalnych niż dzieci z niedającym poczucia bezpieczeństwa wzorcem przywiązania.

Dzieci i młodzież charakteryzujące się ambiwalentnym stylem przywiązania, mając trudności z bezpośrednim zwracaniem się po pomoc, mogą przejawiać trudności w funkcjonowaniu w szkole oraz, służące pośredniej sygnalizacji trudności, zachowania nieakceptowane społecznie (Friedrich, 1995, 2002; Cicchetti, Cohen, 2006). Dzieci z unikowym stylem przywiązania, których funkcjonowanie emocjonalne charakteryzuje się hamowaniem afektu (tłumieniem zarówno przeżywania jak i ekspresji emocji) i skłonnością do samodzielnego radzenia sobie z trudnościami, są często nadmierne skupione na informacjach poznawczych i osiągnięciach szkolnych, przy równoczesnej tendencji do wycofywania się z relacji rówieśniczych (Nakash-Eisikovits i in., 2002; Cicchetti, Cohen, 2006). Prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu psychospołecznym występuje u dzieci przejawiających dezorganizację przywiązania, będącą wynikiem krzywdzenia

emocjonalnego i/lub fizycznego. U osób z takimi doświadczeniami we wczesnym dzieciństwie obserwuje się symptomy dysocjacyjne, poważne trudności w orientacji w otoczeniu społecznym oraz niezdolność do integrowania różnych aspektów doświadczenia emocjonalnego i poznawczego (Sroufe i in., 2000).

Nieprawidłowości występujące w pierwszych latach życia same w sobie nie są przyczyną trudności w funkcjonowaniu, ale tworzą podatność na negatywne efekty późniejszych sytuacji stresowych, osłabiają zdolność do pozytywnego rozwiązywania kolejnych kryzysów rozwojowych i utrudniają integrację kolejnych doświadczeń, a co za tym idzie mogą powodować narastające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym (Shaver, Mikulincer, 2002; Cicchetti, Cohen, 2006).

Podsumowując i uogólniając wyniki badań w tym obszarze, można powiedzieć, że „małe dzieci charakteryzujące się zdrowymi relacjami przywiązaniowymi i dobrymi zasobami adaptacyjnymi, z dużym prawdopodobieństwem będą miały dobry start w życie, wyposażone w zasoby jednostkowe i społeczne, które umożliwią im sukces w szkole i w społeczeństwie” (Masten, Gewirtz, 2006).

1.2.2. Kompetencje społeczno-emocjonalne a osiągnięcia edukacyjne

Badania mózgu wskazują na wzajemne zależności pomiędzy rozwojem emocjonalnym a rozwojem poznawczym. Niektóre badania prowadzone w ramach neuronauki sugerują, że te same mechanizmy neuronalne leżą u podstaw regulacji emocji i procesów poznawczych (Bell, Wolfe, 2004). W pierwszych latach życia większość procesów uczenia się wspieranych jest przez procesy emocjonalne (Panksepp, 2001). Zarówno emocje, jak i procesy poznawcze, biorą udział w przebiegu procesów uwagi, podejmowania decyzji i uczenia się (Cacioppo, Bernston, 1999; Barrett i in., 2007). W związku z tym dzieci rozwijające się prawidłowo w obszarze społeczno-emocjonalnym w pierwszych latach życia osiągają później dobre wyniki w nauce szkolnej (Raver, 2002; Cohen i in., 2005).

Współczesna, oparta na wynikach badań naukowych, wiedza psychologiczna wskazuje na kluczowe znaczenie funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dla sukcesów odnoszonych w trakcie nauki szkolnej (Raver, 2002; Zins, Bloodworth, Weissberg, Walberg, 2004; Shala 2013). Wskazuje się, że podstawą osiągnięć w nauce w pierwszych latach uczęszczania do szkoły są kompetencje emocjonalne i społeczne, takie jak zdolność do podejmowania wyzwań, koncentracji na zadaniu, postępowania zgodnie z regułami, nawiązywania kontaktów z dorosłymi i rówieśnikami oraz kontrolowania negatywnych emocji (Raver, 2002, Shala, 2013).

Szczególne znaczenie kompetencji społeczno-emocjonalnych dla osiągnięć w nauce stwierdzono w pierwszych trzech klasach szkoły podstawowej. U dzieci charakteryzujących się wysokim poziomem umiejętności do nawiązywania interakcji z innymi, rozpoznawania i wyrażania emocji oraz regulowania własnych stanów emocjonalnych, obserwuje się wyższą gotowość

szkolną i, co za tym idzie, dobre wyniki w nauce w pierwszych jej latach (Webster-Stratton, Reid, 2004; Shala, 2013).

Zdolność do nawiązywania opartej na zaufaniu relacji z nauczycielem zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu w szkole, na co wskazują wyniki badań mierzących związki pomiędzy jakością związku ucznia z nauczycielem a osiągnięciami w czytaniu i matematyce (Wentzel, 1997; Hughes i in., 2008).

Szczególne znaczenie dla przebiegu nauki (a także funkcjonowania w innych dziedzinach życia) ma poczucie autonomii, które warunkuje akceptację dla podejmowanych aktywności, poczucie wolnej woli i wyboru, a co za tym idzie odgrywa znaczącą rolę w powstawaniu wewnętrznej motywacji do działania i realizowania zadań (Ryan i in., 2006). Wiele badań wskazuje na samonagradzające działanie aktywności podejmowanych z własnej woli, tzn. motywowanych wewnętrznie. Działania takie nie wymagają zewnętrznego motywowania w postaci nagród lub wzmocnień (Ryan i in., 2006). Dla przykładu, dzieci matek mających skłonność do kontrolowania potrafią rozwiązywać zadania równie dobrze jak dzieci matek wspierających autonomię, ale wyłącznie w obecności matki. Kiedy zostają same (bez zewnętrznej kontroli) wykonują zadania mniej dokładnie i wykazują niższy poziom kreatywności (Grolnick i in., 2002). Co więcej, częste stosowanie przez dorosłych zewnętrznych nagród i kar („sterowanie” zachowaniem dziecka) obniża skłonność dziecka do eksploracji, obniża motywację do samodzielnego stawiania sobie celów i skłania do unikania podejmowania wyzwań, nie tylko w nauce, ale nawet w trakcie swobodnej zabawy (Grolnick, 2002; Ryan, Deci, 2000; Assor i in., 2004).

Badania wskazują, iż interwencja dotycząca problemów emocjonalnych i behawioralnych, podejmowana wobec dzieci przedszkolnych wymaga stosunkowo małych nakładów finansowych i przynosi wymierne rezultaty w późniejszym funkcjonowaniu dzieci w szkole. Dlatego też jednym z głównych elementów w programach edukacji przedszkolnej powinny zawierać oddziaływania skoncentrowane na wspieraniu społeczno-emocjonalnego przystosowania dzieci (Raver, Knitzer, 2002). Analiza wielu badań dotyczących efektów programów profilaktycznych i interwencyjnych nastawionych na wzmacnianie kompetencji społeczno-emocjonalnych u uczniów, wskazuje na ich wysoką skuteczność w podnoszeniu wyników w nauce oraz obniżaniu absencji szkolnej (Zins i in., 2000; Wilson i in., 2001; Zins i in., 2004).

1.3. Przebieg rozwoju społeczno-emocjonalnego w pierwszych latach życia

Diagnoza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego oraz określenie obszarów, w których dziecko i/lub rodzina powinni uzyskać wsparcie, wymaga znajomości przebiegu rozwoju od początku życia oraz określenia najważniejszych procesów i głównych osiągnięć tego okresu.

Tabela 1.3. Wzrost autonomii we wczesnym dzieciństwie (2–3 r.ż.)

Wzrost niezależności	<ul style="list-style-type: none"> • Większa autonomia w funkcjonowaniu dzięki rozwojowi motoryki małej i dużej • Rozwój języka i reprezentacji symbolicznej oraz teorii umysłu • Wzrost samodzielności (funkcjonowanie w dystansie do opiekuna dzięki komunikacji werbalnej) • Odnoszenie społeczne (<i>social referencing</i>), tzn. wykorzystywanie przez dziecko wyrazu twarzy dorosłego do oceny tego, jak się czują i co powinny zrobić
Rozwój samoświadomości	<ul style="list-style-type: none"> • Rozpoznawanie siebie w lustrze • Postępy w rozwoju poznawczym umożliwiające wgląd we własne potrzeby i uczucia
Rozwój rozumienia autonomiczności swojej i innych (odróżnianie siebie od innych)	<ul style="list-style-type: none"> • W drugim roku życia – rozpoznawanie granic pomiędzy działaniem swoim i innych • W trzecim roku życia – początki rozumienia indywidualności swojej i innych i różnych ról społecznych (np. większe zadowolenie z samodzielnego wykonania zadania niż wówczas, gdy wykonają je inni)
Podstawy świadomości zasad i standardów oraz początki samoregulacji	<ul style="list-style-type: none"> • Początki rozumienia zakazów i nakazów • Początki rozpoznawania prawidłowości w otoczeniu i zachowaniu • Wrażliwość na oznaki dystresu u innych • Wrażliwość na negatywne sygnały emocji • Negatywne emocje na własne działanie przekraczające normy
Zmiany rozwojowe w doświadczaniu emocji	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do utrzymania zorganizowanego zachowania pomimo doświadczania pobudzenia • Zdolność do tolerowania wysokiego poziomu pobudzenia (zarówno negatywnego jak i pozytywnego) • Emocje pojawiające się z powodu antycypacji wydarzenia • „Emocje wtórne” powstające w wyniku oceny siebie i swojego działania (duma, wstyd, zakłopotanie, poczucie winy)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sroufe, 1995; Sroufe i in., 2005

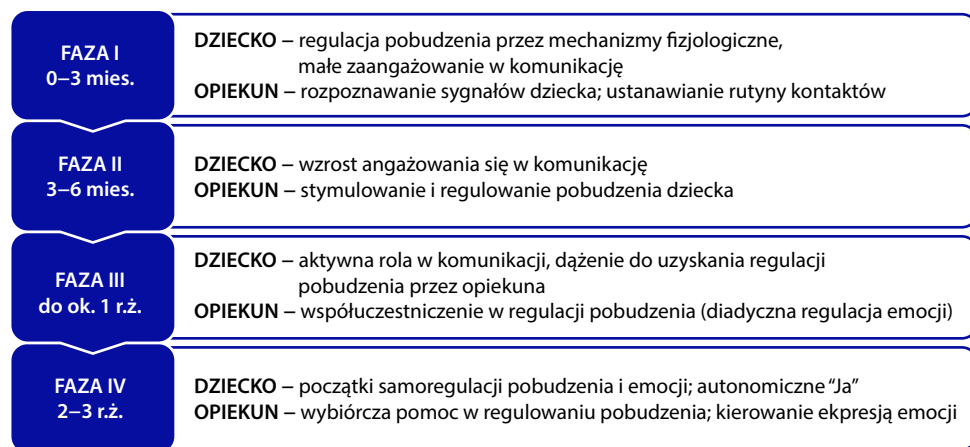
Tabela 1.4. Normatywne aspekty rozwoju emocjonalnego w okresie przedszkolnym

Wzrost samokontroli	<ul style="list-style-type: none"> • Wzrost zdolności do kierowania i monitorowania swojego zachowania • Wzrost zdolności do hamowania zachowania • Wzrost zdolności do maskowania ekspresji emocji • Wzrost zdolności do zorganizowanego działania w obliczu frustracji (przeszkody) • Wzrost zdolności do negocjowania rozwiązań w przypadku niezadowolenia lub frustracji potrzeby
Internalizacja standardów	<ul style="list-style-type: none"> • Postęp w przenoszeniu kontroli z czynników zewnętrznych (np. poleceń) na wewnętrzne (np. myśli) • Wzrost wrażliwości na sukces i porażkę, nawet w sytuacjach nieobecności dorosłych (uwewnętrznienie społecznych wskaźników oceny) • Wzrost reaktywności na stan emocjonalny innych osób (opiekuńczość) • Realizowanie reguł nawet pod nieobecność kontrolujących dorosłych („<i>moral self</i>”)
Emocje jako efekt procesów wewnętrznych	<ul style="list-style-type: none"> • Reakcje emocjonalne stają się coraz bardziej zależne od uwewnętrznionych standardów a nie bezpośrednich poleceń lub reakcji zewnętrznych • Miejsce uogólnionych reakcje emocjonalnych zajmują bardziej specyficzne reakcje (np. są odpowiedzią na przekroczenie konkretnej reguły w zachowaniu) • Zwiększenie wrażliwości na samoocenę w miejsce oceny przez innych • Wzrost potrzeby własnych osiągnięć (np. większa przyjemność z zadań rozwiązanych samodzielnie niż przy pomocy z zewnątrz)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sroufe, 1995

1.3.1. Wczesne dzieciństwo

W oparciu o współczesną wiedzę na temat więzi i jej znaczenia dla rozwoju dziecka można stwierdzić, że pierwszym etapem w rozwoju emocjonalnym i społecznym jest formowanie się przywiązania i wynikające z tego konsekwencje dla dalszego rozwoju. (Sroufe, 1995; Solomon, George, 1999; Sroufe i in., 2005). „Przywiązanie, odnosi się do szczególnej organizacji zachowań w odniesieniu do opiekuna i do specyficznej roli jaką ta diadyczna organizacja pełni w regulacji emocji” (Sroufe, 1995, s. 175), a podstawy zdolności do samoregulacji emocji, która jest jednym z głównych zadań w rozwoju emocjonalnym w wieku przedszkolnym, tworzą się w pierwszych dwóch latach życia, w procesie składającym się z kilku faz (Rys. 1.2.).



Rysunek 1.2. Fazy rozwoju regulacji emocji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sroufe, 1995

Jakość diadycznej regulacji emocji jest czynnikiem determinującym późniejsze funkcjonowanie emocjonalne jednostki. Historia bezpiecznego przywiązania daje podstawy do zdolności właściwego modulowania pobudzenia oraz zdolności do nawiązywania kontaktu z innymi i pozostawania w nim, stosunkowo niezależnie od poziomu napięcia emocjonalnego.

Zanim dziecko wejdzie w okres przedszkolny, w 2. i 3. roku życia, w jego zachowaniu pojawiają się współwystępujące emocje (np. równocześnie wstyd i złość), a przyczyny powstawania emocji nie leżą już tylko w rzeczywistej sytuacji, ale także, w związku z postępowaniem w rozwoju poznawczym, w symbolicznych reprezentacjach wcześniejszych doświadczeń (Schaffer, 2005). Na początku wieku przedszkolnego dziecko zaczyna również używać języka w celu nazywania swoich przeżyć i opisywania uczuć innych ludzi. W czwartym i piątym roku życia język emocji dynamicznie się rozwija i dziecko nie tylko nazywa uczucia innych, ale również zaczyna widzieć i opisywać przyczyny obserwowanych u innych emocji. Rozszerzenie doświadczeń społecznych

poprzez kontakty z nowymi dorosłymi i rówieśnikami zwiększa zainteresowanie emocjami i wywołuje potrzebę ich zrozumienia (Dunn, Bretherton, Munn, 1987).

W drugim roku życia ważnym procesem rozwojowym staje się wzrost autonomii związany z przechodzeniem od diadycznej regulacji pobudzenia do samoregulacji. Dziecko staje się stopniowo zdolne do samokontroli, tolerowania coraz wyższego poziomu frustracji (np. przy pokonywaniu trudności) oraz dysponuje coraz szerszym zakresem reakcji emocjonalnych (Sroufe i in., 2005). W jego zachowaniu pojawiają się współwystępujące emocje (np. równocześnie wstyd i złość), a przyczyny powstawania emocji nie leżą już tylko w rzeczywistej sytuacji, ale także, w związku z postępowaniem w rozwoju poznawczym i rozwoju języka, w symbolicznych reprezentacjach wcześniejszych doświadczeń. Od drugiego roku życia rozwija się samoświadomość oraz zdolność do przestrzegania reguł i standardów społecznych (Tab. 1.3.).

W związku z rozwojem autonomii wzrasta świadomość siebie dziecka, przejawiająca się w zdolności do odróżniania siebie od innych osób. Dowodzą tego eksperymenty z użyciem lustra, w których dzieci między 15. a 24. miesiącem życia rozpoznają siebie na podstawie odbicia (Amsterdam, 1972; Lewis, Brooks-Gunn, 1979). Pod koniec pierwszego roku życia dziecko zaczyna zdawać sobie sprawę, że inni ludzie mogą robić rzeczy, których ono nie potrafi, a w drugim roku życia zaczyna rozumieć, że może skłonić drugą osobę do zrobienia czegoś dla niego (uczy się np. zwracać po pomoc). Pod koniec drugiego roku życia dziecko zaczyna być świadome pełnej rozdzielności siebie i drugiej osoby oraz odrębności działań podejmowanych przez siebie i innych (Sroufe, 1995). W tym okresie bardzo istotne jest wspieranie autonomii dziecka (np. umożliwianie mu podejmowania decyzji i samodzielnego wykonywania zadań), co wspiera zarówno rozwój społeczno-emocjonalny (samodzielne regulowanie napięcia, duma z własnych działań, zdolność do współpracy), jak i poznawczy (eksploracja, osiągnięcie nowych kompetencji).

1.3.2. Okres przedszkolny

Do szóstego roku życia dziecko nabywa i doskonali zdolność do rozumienia własnych i cudzych emocji oraz do regulowania napięcia i ekspresji uczuć (Tab. 1.4).

Bardzo ważnym elementem rozwoju emocjonalnego w wieku przedszkolnym jest związana ze zwiększającymi się możliwościami poznawczymi zdolność do rozumienia stanów emocjonalnych, ich uwarunkowań i zróżnicowania pomiędzy ludźmi w tym zakresie (por. Tab. 2.7. i 2.8.).

Trudnym wyzwaniem rozwojowym w okresie przedszkolnym jest uczenie się tego, co określa się jako reguły ekspresji emocji. Jest to element rozwoju emocjonalnego silnie uwarunkowany społecznie i kulturowo. W każdym społeczeństwie istnieją określone, możliwe do zaakceptowania, sposoby wyrażania emocji i doskonalenie tej kompetencji, umożliwia dziecku przystosowanie zarówno w najbliższym otoczeniu jak i w szerszym środowisku kultury, w której żyje. Reguły ekspresji emocji odnoszą się do zwyczajów okazywania i komunikowania uczuć, umożliwiając wzajemne

przewidywanie reakcji (Schaffer, 2005). Dzieci przedszkolne nabywają zdolności do kierowania wyrazem swoich emocji (np. maskowania ich, gdy jest to społecznie wymagane), ale dopiero około 6 r. ż. zaczynają zdawać sobie sprawę z różnicy pomiędzy uczuciami rzeczywistymi a ujawnianymi oraz konwencji społecznych, które to warunkują (Schaffer, 2005).

Najdynamiczniej ćwiczoną w okresie przedszkolnym kompetencją jest samokontrola emocji. Jest to okres, w którym dziecko, zanim rozpocznie naukę w szkole, zaczyna samodzielnie regulować swoje stany emocjonalne. W trakcie całego okresu dzieciństwa trwa etapowe przechodzenie od kontroli sprawowanej z zewnątrz, przez dorosłych, do autonomicznej regulacji swojej emocjonalności. Na okres przedszkolny przypadają dwa główne zadania w tym zakresie, polegające na kontroli werbalnej i tłumieniu odczuć emocjonalnych (Schaffer, 2005). Dzieci między 3. i 5. r. ż. dzięki doskonaleniu funkcji języka zaczynają stosować go do myślenia na temat emocji, a co za tym idzie do obiektywizowania zjawisk emocjonalnych i dystansowania się do nich. Dzięki zabawie i rozwojowi myślenia zdobywają umiejętność symulowania emocji, a dzięki temu zwiększa się ich zdolność do zgodnego z konwencjami społecznymi minimalizowania lub maksymalizowania okazywanych uczuć. W procesie nabywania kontroli nad swoimi uczuciami i zachowaniami, dużą rolę odgrywa rozwijający się język. Mówienie do siebie ułatwia dziecku monitorowanie swojego zachowania, stosując polecenia i reguły słyszane wcześniej od innych jako własne, wypowiedziane do siebie samego (Bee, 2004).

Poziom rozwoju kompetencji emocjonalnych w danym okresie życia, zależy od wielu czynników biologicznych, środowiskowych i interpersonalnych (Cicchetti, Ganiban, Barnett, 1991; Sroufe i in., 2005). Wiele badań wskazuje, iż możliwe jest minimalizowanie wpływu niesprzyjających optymalnemu rozwojowi uwarunkowań biologicznych (np. trudny temperament) oraz środowiskowych (np. niski status społeczno – ekonomiczny) dzięki optymalizowaniu i zwiększaniu jakości opieki i edukacji w pierwszych latach życia i w okresie przedszkolnym (por. van den Boom, 1994; Belfield i in., 2006; Olds, 2007; Campbell i in., 2012).

Aby dziecko mogło efektywnie funkcjonować w grupie, w środowisku pozarodzinnym i instytucjonalnym, jego zachowanie musi nabrać charakteru społecznego, czyli przebiegać zgodnie z normami obowiązującymi w danej grupie czy społeczności oraz uwzględniać potrzeby i stany emocjonalne innych ludzi. Już w drugim roku życia dzieci stają się świadome istnienia standardów zachowania i oczekiwań z nimi związanych ze strony dorosłych. Nauka reguł postępowania odbywa się początkowo podczas codziennych czynności, w domu rodzinnym (Schaffer, 2006). Stwierdzono, że w wieku przedszkolnym wpływ środowiska rodzinnego, w zakresie nauki zasad społecznych, jest bardzo znaczący i dotyczy 5 ważnych czynników: (1) szerokiego zakresu aktywności przebiegających w domu i dających okazję do rozmów, (2) możliwości odnoszenia aktualnych wydarzeń do wcześniejszych doświadczeń związanych z historią rodziny, (3) większych okazji do kontaktu „jeden na jeden” i większego skupienia uwagi na dziecku,

(4) silnego zaangażowania emocjonalnego dziecka w sytuacje rodzinne oraz (5) silnego związku emocjonalnego dziecka z „nauczającym” rodzicem (Tizard, Hughes, 1984 za: Schaffer, 2006). Badania te wskazują, iż rozpatrując możliwości rozwoju społecznego w okresie przedszkolnym należy zwrócić szczególną uwagę na jakość środowiska rodzinnego, a w oddziaływaniach instytucjonalno – edukacyjnych, uwzględnić możliwość oparcia się na wzorcach domowych dziecka lub konieczność kompensowania braków w socjalizacji.

Fakt, iż dziecko w wieku przedszkolnym spędza coraz więcej czasu poza środowiskiem rodzinnym, powoduje jego większe zaangażowanie w relacje rówieśnicze i w kontakt z autorytetami innymi niż rodzice. Im większa autonomia dziecka i jego wiara we własne możliwości, tym większe zaangażowanie w te relacje, a co za tym idzie więcej okazji do urealniania swoich wyobrażeń na temat świata i innych ludzi oraz samego siebie (Smykowski, 2005).

Na początku okresu przedszkolnego sposób nawiązywania relacji z innymi, zdobywania zainteresowania, uzyskiwania pomocy i interpretowania zachowań innych ludzi, jest głównie efektem uwewnętrznionych doświadczeń z rodzicami w pierwszych dwóch latach życia, funkcjonujących w formie konstruktów kognitywno-afektywnych (wewnętrzne modele operacyjne) (Bretherton, Munholland, 1999). W miarę poszerzania się pozarodzinnych doświadczeń dziecka, szczególnie tych dotyczących nawiązywania bliskich relacji z rówieśnikami (pierwsze przyjaźnie) lub autorytetami, sposoby te (choć mające tendencję do utrzymywania się) ulegają modyfikacjom, a pozytywne doświadczenia w tym zakresie mogą zmieniać nastawienie dziecka do innych oraz jego zachowanie w relacjach społecznych. Przyjaźnie dzieci przedszkolnych mają charakter nietrwały oraz koncentrują się wokół wspólnych aktywności i przedmiotów (Kielar-Turska, 2003; Bee, 2004). Przyjaźnie w tym wieku nawiązują się głównie pomiędzy dziećmi tej samej płci i utrzymują taki charakter do rozpoczęcia nauki szkolnej (Bee, 2004).

Wiek przedszkolny to również okres kształtowania się świadomości płci oraz poznawania i identyfikowania się z wzorcami kulturowymi dotyczącymi tego aspektu funkcjonowania społecznego. Większość dzieci około czwartego roku życia osiąga stabilność przynależności do danej płci, czyli rozumie, że płeć pozostaje niezmienna do końca życia. Natomiast pojęcie stałości płci, tzn. faktu, że płeć jest niezależna od wyglądu (ubioru, makijażu, itp.), pojawia się pod koniec okresu przedszkolnego, około 5., 6. r.ż. i jego pojawienie się jest związane z powstaniem pojęcia stałości przedmiotu w rozwoju poznawczym (Bee, 2004).

W okresie przedszkolnym rozwijają się zachowania prospołeczne, których początki można zaobserwować w wieku 2–3 lat, takie jak pocieszanie innych dzieci i zachowania altruistyczne (Bee, 2004). Równocześnie przedszkolak często prezentuje zachowania agresywne wobec innych – około czwartego roku życia stopniowo zanika agresja instrumentalna przejawiana w celu zdobycia czegoś (np. przedmiotu) i jej miejsce zajmuje agresja wroga, skierowana na zadanie bólu fizycznego lub emocjonalnego (Kielar-Turska, 2003).

W wieku przedszkolnym jedną z ważniejszych aktywności związanych zarówno z rozwojem społeczno-emocjonalnym jak i poznawczym jest zabawa. Określana jest ona jako najważniejsza linia rozwoju w tym okresie życia (Wygotski, 2002). Za pośrednictwem zabawy dziecko realizuje swoje pragnienia, uczy się oddzielać rzeczywistość od wyobraźni, rozwija myślenie abstrakcyjne, poznaje i ćwiczy sytuacje społeczne, podporządkowywanie się regułom, przechodzi od spontanicznego działania do realizowania zaplanowanych wcześniej aktywności (ćwiczy regulację emocji i zachowania). Dzięki ćwiczeniu i doskonaleniu wszystkich tych umiejętności staje się zdolne do podjęcia wyzwań związanych z nauką szkolną, zorganizowaną w zupełnie inny sposób i wymagającą sprawnego korzystania z wypracowanych w zabawie kompetencji. Dziecko cztero- i pięcioletnie najwięcej uczy się podczas zabawy, ponieważ aby coś zrozumieć musi to samodzielnie odkryć. Wymaga to eksperymentowania, próbowania i realizowania własnych pomysłów w dochodzeniu do wiedzy i rozumienia.

Zabawa, chociaż obecna w działaniach dziecka już wcześniej (por. Tab. 1.5.), nabiera szczególnego znaczenia w okresie przedszkolnym, gdy pojawia się zabawa „na niby”, która umożliwia ćwiczenie wielu funkcji poznawczych i społeczno-emocjonalnych w bezpiecznych, nie niosących za sobą realnych następstw, warunkach. W zabawie „na niby” dziecko (1) stopniowo zdobywa wiedzę o regułach rządzących rzeczywistością i ćwiczy je, (2) zaczyna funkcjonować w odniesieniu do sensu zjawisk a nie do pola wizualnego (np. dowolne przypisywanie znaczenia przedmiotom) oraz (3) zaczyna planować działanie, zanim je zacznie (uczy się planowania, przypominania sobie, uzgadniania z innymi swoich pomysłów) (Wygotski, 2002).

Najwyższą formą zabawy, dostępną dziecku pod koniec wieku przedszkolnego jest gra z regułami, która wymaga wysokiego poziomu samokontroli i zdolności do podporządkowania się zasadom gry. Wymaga również uwzględniania pozostałych uczestników zabawy jako równorzędnych partnerów.

Tabela 1.5. Typy zabawy poznawczej

zabawa funkcjonalna (sensomotoryczna)	jakikolwiek powtarzający się ruch z wykorzystaniem przedmiotów lub bez, taki jak np. toczenie piłki lub ciągnięcie zabawki
zabawa konstrukcyjna	manipulowanie przedmiotami w celu skonstruowania czegoś lub stworzenia
zabawa dramatyczna („na niby”)	stwarzanie wymyślonej sytuacji, aby zaspokoić indywidualne pragnienia i potrzeby dziecka; udawanie, że jest się czymś lub kimś (lekarzem, pielęgniarką, supermanem, koniem) począwszy od względnie prostych aktywności, aż do bardziej wypracowanych fabuł
gry z regułami	jakakolwiek aktywność z występowaniem reguł, strukturą działania i celem (takim, jak wygrywanie), np. zabawa w berka, gra w klasy, gra w kulki; akceptacja wcześniej ustalonych reguł i respektowanie ich

Źródło: opracowanie na podstawie Brzezińska, 2000.

Rozdział 2.

Diagnoza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego

Magdalena Czub

Diagnoza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego w pierwszych latach życia jest istotnym elementem oceny funkcjonowania dziecka i predyktorem realizacji kolejnych zadań rozwojowych oraz realizacji wyzwań edukacyjnych (por. rozdz. 1).

We współczesnej psychologii rozwojowej wiedza dotycząca wczesnego rozwoju społeczno-emocjonalnego ma szczególne zastosowanie do rozumienia jakości adaptacji oraz psychopatologii procesów rozwojowych (Cassidy, Shaver, 1999; Denham i in., 2003; Siegel, 2009). Analiza jakości więzi dziecka z osobami znaczącymi, jego interakcji ze środowiskiem pozarodzinnym oraz zakresu kompetencji w poszczególnych obszarach funkcjonowania społeczno-emocjonalnego pozwala na przewidywanie możliwych skutków wpływu różnych czynników działających na jednostkę, a co za tym idzie planowanie działań wspierających i profilaktycznych.

Szczególny wkład do współczesnego rozumienia rozwoju społeczno-emocjonalnego jednostki wnieśli A. Sroufe – tworząc koncepcję rozwoju emocjonalnego człowieka w pierwszych latach życia (Sroufe, 1995, Sroufe i in., 2005), P. Crittenden – badając rozwój wzorców przywiązania w wieku przedszkolnym (1997), M. Main – rozwijając badania różnych wzorców przywiązania (Solomon, George, 1999), M. Rutter – badając skutki pozbawienia dzieci kontaktu z matką (Rutter, 1997), a także A. Masten, badając zjawisko rezyliencji (Masten, Obradovic, 2006; Masten, Tellegen, 2012). Analiza literatury i wyników badań w tym obszarze wskazuje na wielowątkowość i złożoność procesów i uwarunkowań rozwoju społeczno-emocjonalnego. Dlatego też przystępując do diagnozy przebiegu tego rozwoju i oceny kompetencji dziecka konieczne jest:

1. Przyjęcie modelu teoretycznego jako podstawy diagnozy i określenia obszarów analizy problemu
2. Zdefiniowanie obserwowalnych wskaźników w rozwoju dziecka (kompetencji)
3. Dokonanie wyboru narzędzi diagnostycznych.

2.1. Model teoretyczny jako podstawa diagnozy

Analizę przebiegu i efektów rozwoju można prowadzić w odniesieniu do różnych obszarów, które powinny być uwzględniane przy wyciąganiu wniosków z zebranych na temat dziecka i jego sytuacji informacji. Każdy proces diagnostyczny powinien być poprzedzony przyjęciem modelu teoretycznego umożliwiającego spójne pojęciowo podejście do analizowanego zjawiska i pozwalającego na określenie obszarów wymagających analizy. Umożliwia to zbieranie i porządkowanie

danych, a także wyciąganie wniosków z posiadanych informacji. Poniżej omówiony zostanie proponowany model ułatwiający planowanie, zbieranie i analizę danych diagnostycznych.

2.1.1. Model ekologiczno-transakcyjny

Dla uchwycenia wzajemnie oddziałujących na siebie czynników zewnętrznych (środowiskowych, rodzinnych) i wewnętrznych (związanych z charakterystyką dziecka), których interakcje kształtują indywidualną ścieżkę i poziom rozwoju oraz sposób funkcjonowania dziecka, użytecznym może być, uwzględniający szeroką gamę czynników, model ekologiczno-transakcyjny (Cicchetti, Rogosch 1997; Cicchetti i in., 2000; Schaffer, 2006). Model ekologiczno-transakcyjny powstał w oparciu o dwie propozycje analizy przebiegu rozwoju: (1) ekologiczne podejście J. Belsky'ego (1980), który na podstawie sformułowanej przez U. Bronfenbrenera (1979) ekologii rozwoju¹, stworzył model szerokiej analizy środowiska, w którym wzrasta dziecko oraz (2) opracowany przez Cicchetti'ego i Rizley'a (1981, za: Cicchetti i in., 2000), transakcyjny model mechanizmów rozwoju. Model ten, choć opracowany został pierwotnie do wyjaśniania procesu powstawania konsekwencji krzywdzenia dzieci, stanowi użyteczną podstawę do analizy przebiegu i efektów rozwoju w różnych obszarach.

Model ekologiczno-transakcyjny obejmuje cztery poziomy analizy czynników wpływających na jednostkę oraz na siebie nawzajem:

- A. ontogeneza (przebieg rozwoju indywidualnego dziecka)
- B. mikrosystem (czynniki związane z rodziną dziecka)
- C. egzosystem (czynniki związane z najbliższym środowiskiem społecznym, w którym żyje rodzina)
- D. makrosystem (czynniki związane z wartościami narodowymi i kulturowymi).

Na każdym z powyższych poziomów można zaobserwować czynniki ryzyka dla rozwoju i czynniki wspierające go. Mogą one mieć charakter przejściowy lub trwałe (por. Tab. 2.1.).

¹ U. Bronfenbrenner (1979) twierdził, że na przebieg rozwoju wpływają relacje zachodzące między różnymi siedliskami, w których żyje człowiek oraz kontekst społeczny, w którym są one zanurzone (s. 21). Wyróżnił on: (1) mikrosystem – wzorzec aktywności, ról i relacji interpersonalnych doświadczanych przez rozwijającą się jednostkę w danym, charakteryzującym się cechami fizycznymi i materialnymi, siedlisku, (2) mezosystem – dotyczący wzajemnych relacji pomiędzy siedliskami, w których aktywnie uczestniczy rozwijająca się jednostka, (3) egzostystem – dotyczący siedlisk, w których jednostka nie uczestniczy bezpośrednio, ale które wpływają na lub pozostają pod wpływem mezosystemu, oraz (4) makrosystem – ideologiczna lub związana z systemem przekonań treść i forma podrzędnych systemów (mikro-, mezo- i egzostystemu), która może istnieć w ramach danej kultury lub subkultury.

Tabela 2.1. Przykłady czynników wspierających i zakłócających rozwój

	ROZWÓJ INDYWIDUALNY (ontogeneza)	RODZINA (mikrosystem)	ŚRODOWISKO LOKALNE (Egzosystem)
Trwałe czynniki ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> „Trudny” temperament dziecka Chroniczne problemy zdrowotne Nieprawidłowa opieka i relacje z rodzicami we wczesnym okresie życia 	<ul style="list-style-type: none"> Przemoc domowa (trwająca od lat lub międzypokoleniowa) Trudności finansowe Stale bezrobocie Zaburzenie psychiczne rodzica/ów 	<ul style="list-style-type: none"> Przemoc w środowisku lokalnym Spoleczna akceptacja dla przemocy Izolacja społeczna Rasizm, nietolerancja
Przejęciowe czynniki ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> Choroby Trudne wydarzenia życiowe Czasowe niepowodzenia 	<ul style="list-style-type: none"> Utrata pracy Rozwód Codzienne problemy 	<ul style="list-style-type: none"> Utrata wsparcia społecznego Czasowy konflikt sąsiedzki
Trwałe czynniki wspierające	<ul style="list-style-type: none"> „Łatwy” temperament dziecka Wysoka inteligencja Dobra adaptacja przedszkolna Dobre zdrowie fizyczne 	<ul style="list-style-type: none"> Dobre relacje małżeńskie i rodzinne Stale zatrudnienie Wysoki poziom umiejętności rodzicielskich 	<ul style="list-style-type: none"> Wspierająca sieć lokalna Wsparcie Kościoła Dobre służby społeczne
Przejęciowe czynniki wspierające	<ul style="list-style-type: none"> Duma z własnych osiągnięć Dobre relacje z nauczycielami/opiekunami 	<ul style="list-style-type: none"> Zdobycie pracy Znalezienie mieszkania 	<ul style="list-style-type: none"> Uzyskanie wsparcia społecznego i/lub służb społecznych

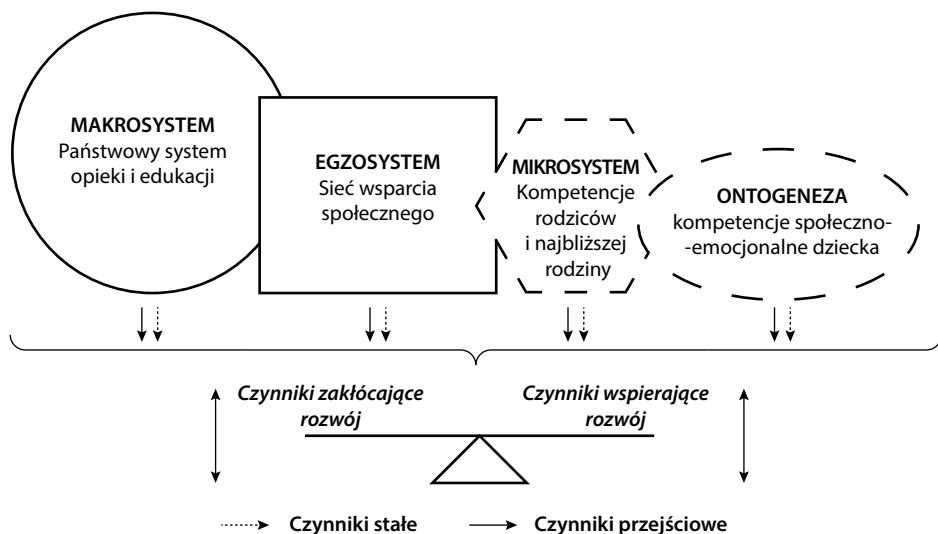
Źródło: opracowanie własne na podstawie Cicchetti i in., 2000.

Stosując model ekologiczno-transakcyjny dla rozumienia przebiegu i efektów rozwoju wykorzystuje się szeroką analizę kontekstu życia dziecka, badając równocześnie wiele, wzajemnie oddziałujących na siebie czynników zewnętrznych (związanych z charakterystyką środowiska) i wewnętrznych (związanych z charakterystyką dziecka), których interakcje kształtują indywidualny rozwój (Cicchetti i in., 2000). Umożliwia to spojrzenie na dziecko jako na rozwijającego się człowieka, funkcjonującego w określonych warunkach i podlegającego różnym wpływom, co stanowi dobrą ramę teoretyczną do diagnozy, opracowywania indywidualnych programów wspierania rozwoju oraz udzielenia pomocy terapeutycznej. (Czub, 2003c).

2.1.2. Zastosowanie modelu ekologiczno-transakcyjnego

Stosując model ekologiczno-transakcyjny do diagnozy kompetencji dziecka, można stworzyć ustrukturowaną metodę zbierania danych umożliwiających zarówno ocenę funkcjonowania dziecka jak i ocenę czynników wspierających i zakłócających jego funkcjonowanie. Zastosowanie proponowanego modelu umożliwi więc wzbogacenie uzyskiwanych informacji i porządkowanie ich tak, aby mogły stanowić podstawę do formułowania diagnozy i przewidywań co do przyszłego rozwoju dziecka oraz planowania działań pomocowych lub profilaktycznych. Analiza

informacji na temat dziecka, rodziny i środowiska według modelu ekologiczno-transakcyjnego pozwala na wyodrębnienie najważniejszych obszarów, w których konieczna jest pomoc dziecku i rodzinie, a także na wskazanie zasobów (zarówno wewnątrz- jak i zewnątrzrodzinnych), które można wykorzystać dla poprawienia sytuacji dziecka (por. Rys. 2.1.)



Rysunek 2.1. Model ekologiczno-transakcyjny

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Cicchetti i in., 2000).

W oparciu o model ekologiczno-transakcyjny, można zdefiniować kolejne obszary, czy inaczej poziomy, na których zbiera się informacje i przeprowadza analizę w celu dokonania diagnozy sytuacji psychospołecznej dziecka. Poziomy te zostaną omówione poniżej.

2.1.2.1. Analiza rozwoju indywidualnego dziecka (ontogeneza)

Pierwszy obszar zbierania danych to informacje dotyczące przebiegu rozwoju indywidualnego dziecka, jego relacji z rodzicami, rodzeństwem i innymi bliskimi osobami oraz jego aktualnych kompetencji społeczno-emocjonalnych. Do przeprowadzenia diagnozy i sformułowania wniosków dotyczących aktualnego i przyszłego funkcjonowania dziecka należy zebrać informacje o zachowaniach dziecka i rodzica lub opiekuna w sytuacjach nowych lub wiążących się z podwyższonym poziomem stresu u dziecka, a także sposoby sygnalizowania potrzeb przez dziecko i zaspokajania ich przez rodzica. Należy pamiętać, że w przypadku małego dziecka analizę jego zachowania należy prowadzić w kontekście analizy zachowania rodzica lub opiekuna.

Tabela 2.2. Kompetencje społeczno-emocjonalne rodzica/opiekuna

KOMPETENCJA	PRZEJAWY W ZACHOWANIU
<p>wrażliwość vs brak wrażliwości</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdolność do dostrzegania sygnałów i komunikatów zawartych w zachowaniu dziecka • umiejętność adekwatnego ich interpretowania • właściwy sposób reagowania na sygnały 	<p>Wrażliwość:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdolność do postrzegania świata z perspektywy dziecka • dostrzeganie i poprawna interpretacja sygnałów dziecka • szybka i adekwatna reakcja • spójność i przewidywalność działań <p>Brak wrażliwości:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nieadekwatne (zgodne z własnymi, często błędnymi interpretacjami) reakcje na komunikaty dziecka • inicjowanie kontaktu z dzieckiem, w zależności od swoich potrzeb i nastrojów
<p>akceptacja vs odrzucenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdolność do utrzymania pozytywnego nastawienia do dziecka • zdolność do utrzymania pozytywnych emocji własnych • zdolność do radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami 	<p>Akceptacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • akceptacja dla złości i trudnych zachowań dziecka • akceptacja dziecka, gdy trudno nawiązać z nim kontakt • branie odpowiedzialności za swoje stany emocjonalne (nie obarczanie dziecka) • zadowolenie z rodzicielstwa i odpowiedzialności za dziecko <p>Odrzucanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • złość lub inne negatywne uczucia w stosunku do dziecka • negatywna ocena faktu pojawienia się dziecka • prezentowanie zachowań odrzucających wobec dziecka (agresja, irytacja)
<p>dostępność vs ignorowanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdolność do kierowania uwagi na dziecko • zdolność do angażowania się w opiekę nad dzieckiem 	<p>Dostępność:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utrzymywanie uwagi skierowanej na dziecko w trakcie wykonywania innych czynności • utrzymywanie zainteresowania stanem i nastrojem dziecka • nastawienie na odbiór sygnałów płynących od dziecka <p>Ignorowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaabsorbowanie własnymi myślami i czynnościami • niezauważanie sygnałów płynących od dziecka w trakcie własnych czynności
<p>współdziałanie vs ingerowanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdolność do respektowania autonomii dziecka • zdolność do dostosowania się do aktualnych potrzeb i nastrojów dziecka 	<p>Współdziałanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • respektowanie odrębności i autonomii dziecka • niezakłócanie naturalnej aktywności dziecka (poza sytuacjami koniecznymi) • monitorowanie aktywności dziecka bez nadmiernej kontroli <p>Ingerowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działania nie biorące pod uwagę potrzeb i nastroju dziecka (np. przytulanie na siłę, zmuszanie do jedzenia) • nadmierna kontrola i kierowanie zachowaniem dziecka

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ainsworth, 1971, 1978

Poniżej znajdują się przykładowe sytuacje, których analiza ułatwia określenie poziomu rozwoju dziecka i jego sytuacji społeczno-emocjonalnej (Tab. 2.2.).

Tabela 2.3. Analiza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka

ZAKRES ANALIZY	ANALIZOWANE CZYNNIKI
Zachowania dziecka w sytuacji nowej, trudnej, stresowej	<ul style="list-style-type: none"> • Sposób reagowania na obecność obcej osoby • Sposób reagowania w nowej sytuacji • Sposób reagowania na: <ul style="list-style-type: none"> » ból » strach » zmęczenie » chorobę • Sposób wyrażania niezadowolenia, frustracji
Potrzeby dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • Sposób wyrażania potrzeb (np. komunikacja bezpośrednia, prezentowanie symptomów) • Czynniki łagodzące napięcie dziecka (np. kontakt fizyczny, rozmowa, słodycze) • Sposób wyrażania potrzeby bliskości oraz sytuacje, w których ta potrzeba się ujawnia • Sposób reagowania w kontakcie z rodzicem/opiekunem (np. inicjowanie kontaktu, podporządkowanie, współpraca) • Sposób reagowania w kontakcie z dorosłymi spoza rodziny (np. inicjowanie kontaktu, podporządkowanie, współpraca) • Zainteresowanie światem zewnętrznym (poziom eksploracji, kontakty z rówieśnikami, kontakty z innymi dorosłymi)
Zachowania rodzica/opiekuna	<ul style="list-style-type: none"> • Sposób reagowania na prośby dziecka • Zdolność do odczytywania aktualnych i stałych potrzeb dziecka • Ekspresja nastawienia do dziecka (co mówi o dziecku, jak je opisuje, jak je ocenia, jak interpretuje trudności) • Sposób rozwiązywania konfliktów z dzieckiem • Sposób dyscyplinowania dziecka
Kompetencje społeczno-emocjonalne dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • Por. Tab. 2.8. i 2.9.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sroufe, 1995; Solomon, George, 1999; Bee, 2004; Schaffer, 2006

2.1.2.2. Analiza sytuacji rodzinnej dziecka (mikrosystem)

Kolejny poziom analizy to sytuacja rodzinna dziecka i wszelkie informacje dotyczące kwestii formalnych i ekonomicznych, a także osobistej sytuacji rodziców lub opiekunów dziecka, historii rodziny i możliwych do zaobserwowania czynników wspierających lub zakłócających przebieg rozwoju dziecka. Zakres istotnych dla tej analizy informacji zawarto w Tab. 2.3.

Tabela 2.4. Analiza sytuacji rodzinnej dziecka

ZAKRES ANALIZY	ANALIZOWANE CZYNNIKI
Status ekonomiczno-społeczny	<ul style="list-style-type: none"> • Wykształcenie, zatrudnienie, dochody • Wielodzietność vs dziecko jedyne • Rodzina rekonstruowana, zastępcza, adopcyjna • Kwestie zdrowotne (przewlekłe choroby, dziedziczne choroby, niepełnosprawność) • Poziom obciążenia rodziców pracą zawodową
Relacje małżeńskie	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikty pomiędzy partnerami (tło i przedmiot) • Poziom zgodności poglądów nt. wychowania, zasad postępowania, itp. • „Kultura” wzajemnych relacji (np. uznawanie agresji fizycznej lub werbalnej; otwartość komunikacji vs izolacja) • „Rozkład sił” w związku (np. sposób podejmowania decyzji, odpowiedzialność za wychowanie dziecka)
Umiejętności wychowawcze	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetencje społeczno-emocjonalne: <ul style="list-style-type: none"> » wrażliwość – dostępność – współdziałanie – akceptacja (patrz Tab. 2.4.) • Sposób zaspokajania potrzeb dziecka • Sposób dyscyplinowania dziecka • Sposób radzenia sobie z własnymi emocjami • Sposób wprowadzania dziecka w nowe środowisko, sytuacje
Sposoby rozwiązywania problemów	<ul style="list-style-type: none"> • Dostrzeganie i podejmowanie problemów vs ignorowanie ich • Zdolność do dzielenia się problemami z bliskimi • Zdolność do zwracania się o pomoc i przyjmowania jej
Historia rodziny	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatyczne zdarzenia rodzinne • Przemoc w poprzednich pokoleniach • Tajemnice rodzinne • Historia uzależnień w rodzinie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cicchetti i in., 2000; Schaffer, 2006a

Jednym ze szczególnie ważnych do uwzględnienia w diagnozie przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego czynników są osobiste kompetencje osoby/osób sprawujących opiekę nad dzieckiem. Dlatego też informacje na ten temat znacząco wzbogacają materiał diagnostyczny i pozwalają na lepsze formułowanie przewidywań i rekomendacji do dalszej pracy z dzieckiem i rodziną (Tab. 2.4.).

2.1.2.3. Analiza środowiska lokalnego (egzosystem)

Ostatnim, istotnym poziomem analizy jest lokalne środowisko dziecka i rodziny. Są to potencjalnie wspierające lub zakłócające funkcjonowanie dziecka i rodziny czynniki związane zarówno z formalnymi i nieformalnymi organizacjami, instytucjami czy osobami, z którymi rodzina ma kontakt. Dziecko i jego rodzina najwięcej czasu spędzają w bliskim środowisku sąsiedzkim (podwórko, plac zabaw, kamienica) oraz instytucjonalnym (żłobek, klubik, przedszkole, ośrodki oferujące

różnego rodzaju pomoc, Kościół, świetlice, organizacje pozarządowe, itp.). W każdym z tych środowisk znajdują się czynniki bezpośrednio lub pośrednio wpływające na funkcjonowanie dziecka (Tab. 2.5). Dane te są szczególnie istotne w kontekście planowania oddziaływań pomocowych lub profilaktycznych, gdyż poszerzają obraz sytuacji dziecka i dostarczają wiedzy o możliwościach udzielenia mu pomocy poprzez wzmocnienie działania czynników wspierających, oraz poprzez ograniczanie działania czynników ryzyka.

Tabela 2.5. Analiza środowiska lokalnego

ZAKRES ANALIZY	ANALIZOWANE CZYNNIKI
Kontakty z najbliższym środowiskiem	<ul style="list-style-type: none"> • Sąsiedzi – dobre, dające wsparcie kontakty vs izolacja, konflikty • Znajomi – szeroka sieć kontaktów vs izolacja, brak wsparcia w otoczeniu znajomych • dalsza rodzina – możliwość skorzystania z pomocy rodzeństwa, kuzynostwa, dziadków vs osamotnienie wobec problemów
Sieć wsparcia lokalnego	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoc społeczna – łatwy dostęp i możliwość uzyskania pomocy vs brak kontaktu • Szkoła, przedszkole – dobre kontakty z nauczycielami, rodzicami innych dzieci vs izolacja • Świetlice środowiskowe, organizacje pozarządowe – obecność i dostęp do zajęć dodatkowych i wspierających dziecko vs brak zaplecza instytucjonalnego • Opieka zdrowotna
Specyfika kulturowa rodziny w środowisku	<ul style="list-style-type: none"> • Kwestie wyznaniowe • Kwestie światopoglądowe (społeczne, polityczne) • Kwestie związane ze stylem bycia rodziny (np. zachowania odbiegające od przyjętych w środowisku norm)

Źródło: opracowanie własne

2.1.2.4. Analiza zebranych informacji i planowanie oddziaływań opartych na diagnozie rozwoju społeczno-emocjonalnego

Podstawową zasadą analizy danych zgodnie z podstawami teoretycznymi modelu ekologiczno-transakcyjnego jest analiza sposobu funkcjonowania i kompetencji dziecka w odniesieniu do czynników wspierających i zakłócających przebieg jego rozwoju, w kontekście wszystkich poziomów funkcjonowania (ontogenezy, mikrosystemu i egzosystemu) (por. Rys. 2.1.). Analiza zebranych informacji na temat dziecka i jego rodziny służy planowaniu pomocy poprzez określenie czynników równoważących ewentualne trudności lub deficyty dziecka, a co za tym idzie, określenie potrzebnych działań, realizowanych przez odpowiednie instytucje lub specjalistów (Cicchetti i in., 2000; Magnusson, Stattin, 2006).

Jeżeli czynniki zakłócające prawidłowy przebieg rozwoju społeczno-emocjonalnego przeważają nad czynnikami wspierającymi tenże, diagnoza winna zakończyć się opracowaniem

planu pomocy dziecku i rodzinie. Plan pomocy może dotyczyć (1) krótkoterminowej strategii interwencji lub (2) strategii długofalowego wsparcia dziecka i rodziny (Czub, Wiliński, 2014).

W pierwszym przypadku efekty analizy zebranych informacji mogą przyjąć formę zaleceń kierowanych do rodziny i otoczenia społecznego (w tym instytucjom mającym kontakt z rodziną) koniecznych do wypełnienia, aby wesprzeć funkcjonowanie społeczno-emocjonalne dziecka. Podczas formułowania warunków, należy uwzględnić najbliższe zadania rozwojowe dziecka i wyzwania społeczne (np. rozpoczęcie edukacji przedszkolnej lub szkolnej).

W przypadku drugim – formułowania długofalowej strategii pomocy – efektem analizy zebranych informacji jest wyznaczenie kierunków pomocy dziecku, jego rodzinie oraz środowisku społecznemu, w formie zaleceń dotyczących:

1. Wzmacniania czynników wspierających rozwój społeczno-emocjonalny dziecka oraz jego rodzinę w podejmowaniu aktualnych i przyszłych zadań rozwojowych oraz
2. Korygowania i kompensowania czynników leżących w dziecku, rodzinie i otoczeniu społecznym (w tym w przedszkolu i szkole) zakłócających aktualny rozwój społeczno-emocjonalny oraz mogących utrudnić realizowanie kolejnych zadań rozwojowych (np. adaptacji w instytucji edukacyjnej).

Poniżej przedstawiony został schemat analizy danych zebranych w procesie diagnostycznym, w oparciu o model ekologiczno-transakcyjny (Tab. 2.6). Schemat ten został przygotowany w taki sposób, aby ułatwić podsumowanie i uwzględnienie zebranych w trakcie diagnozy istotnych informacji dotyczących funkcjonowania dziecka oraz czynników je wspierających i zakłócających. Może służyć do analizy zebranych informacji o dziecku i rodzinie oraz planowaniu zarówno krótkoterminowych oddziaływań pomocowych, jak i długofalowych planów pomocy (Czub, Wiliński, 2014).

Tabela 2.6. Schemat analizy danych diagnostycznych wg modelu ekologiczno-transakcyjnego

	ZASOBY (czynniki wspierające rozwój)	TRUDNOŚCI (czynniki zakłócające rozwój)	PLANOWANE ODDZIAŁYWANIA WSPIERAJĄCE ROZWÓJ
ROZWÓJ INDYWIDUALNY (ontogeneza)			
RODZINA (mikrosystem)			
ŚRODOWISKO LOKALNE (egzosystem)			

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cicchetti i in., 2000

W celu ujednoczenia i uporządkowania procedury diagnostycznej w sposób, który ułatwia formułowanie problemów, poszukiwanie odpowiednich danych oraz w efekcie formułowanie

kierunków, obszarów i metod dalszej pracy z dzieckiem i rodziną poniżej przedstawiono sugerowane etapy prowadzenia pracy diagnostycznej (Tab. 2.7).

Tabela 2.7. Etapy analizy danych diagnostycznych

Etap analizy	Czynności
I. Wstępna analiza sytuacji dziecka	<ul style="list-style-type: none"> • Wstępna analiza zebranych danych pod kątem ewentualnych problemów (trudności, które mogą wystąpić w funkcjonowaniu dziecka, problemów praktycznych wynikających ze statusu ekonomiczno – społecznego rodziny, specyficznych potrzeb dziecka lub rodziny, szczególnego profilu kompetencji dziecka) • Wykorzystanie wszystkich dostępnych danych z wywiadów, badania, obserwacji, wyników badań z wykorzystaniem narzędzi diagnostycznych
II. Wyróżnienie problemów	<ul style="list-style-type: none"> • Wpisanie wszystkich wyróżnionych, ważnych kwestii dotyczących dziecka, rodziny i środowiska lokalnego • Opisanie indywidualnych potrzeb danego dziecka na podstawie wniosków z analizy uwzględnionych na schemacie czynników wspierających i zakłócających
III. Analiza problemów	<ul style="list-style-type: none"> • Poszukiwanie czynników równoważących obecne lub przewidywane trudności w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym dziecka spośród zdiagnozowanych czynników wspierających (na każdym z poziomów)
IV. Sformułowanie kierunków pomocy	<ul style="list-style-type: none"> • Sformułowanie kierunków pomocy: • Co wzmacniać w dziecku? • Co wzmacniać w rodzinie? • Co wzmacniać w środowisku lokalnym (w tym w przedszkolu, szkole) • Co korygować i kompensować w dziecku • Co korygować i kompensować w rodzinie • Co korygować i kompensować w środowisku lokalnym (w tym w przedszkolu, szkole)
V. Sformułowanie rekomendacji	<ul style="list-style-type: none"> • Sformułowanie rekomendacji ukierunkowanych na rozwiązanie problemów, w formie zaleceń i warunków kierowanych do odpowiednich osób i instytucji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Czub, Wiliński, 2014

2.2. Zdefiniowanie obserwowalnych wskaźników w rozwoju społeczno-emocjonalnym dziecka

Prowadzenie diagnozy przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego wymaga również znajomości, możliwych do zaobserwowania w zachowaniu dziecka, wskaźników adekwatnych do wieku kompetencji w tym obszarze. Wczesny rozwój charakteryzuje się dużą dynamiką i znacznymi zmianami (zarówno ilościowymi jak i jakościowymi) w zakresie kompetencji dziecka. W trakcie diagnozy konieczne jest odwoływanie się do prawidłowości rozwojowych w danym obszarze przy równoczesnym uwzględnianiu różnic indywidualnych w tempie rozwoju poszczególnych dzieci. Tabele 2.8. i 2.9. przedstawiają normatywny rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych od niemowlęctwa do około piątego roku życia i mogą stanowić punkt odniesienia do analizy funkcjonowania diagnozowanego dziecka.

Podczas analizy obserwowanych kompetencji badanego dziecka konieczne jest uwzględnianie kontekstu badania (np. tego czy odbywa się w nowym dla dziecka otoczeniu, tego jak obecność badającego wpływa na zachowanie dziecka, samopoczucia dziecka w danym momencie lub dniu, ogólnego stanu zdrowia, itp.) i weryfikacja zebranych danych z obserwacji z danymi z wywiadu z rodzicem i/lub innymi opiekunami dziecka.

Tabela 2.8. Kompetencje społeczno-emocjonalne małych dzieci

Obszar rozwoju społeczno-emocjonalnego	około 8 mies. życia	około 18 mies. życia	około 36 mies. życia
relacje z dorosłymi	<ul style="list-style-type: none"> Celowe angażowanie się w interakcje i dążenie do wpływu na zachowanie innych Poszukiwanie bliskości z wybraną osobą (szczególnie w sytuacjach dyskomfortu) 	<ul style="list-style-type: none"> Uczestnictwo w zabawach polegających na wymianie, podążanie za wzrokiem dorosłego, poszukiwanie wsparcia u dorosłego Bezpieczna eksploracja otoczenia w obecności bliskiego dorosłego, poszukiwanie u niego bezpieczeństwa w sytuacji dystresu 	<ul style="list-style-type: none"> Kontakty z dorosłymi w celu rozwiązywania problemów, komunikowania swoich doświadczeń i pomysłów Sporadyczne nawiązywanie kontaktu wzrokowego, werbalnego lub fizycznego z bliskim dorosłym, w trakcie własnej aktywności
relacje z rówieśnikami	<ul style="list-style-type: none"> Okazywanie zainteresowania rówieśnikami – patrzywanie, dotykanie twarzy i ciała Reagowanie na obecność rówieśników 	<ul style="list-style-type: none"> Krótkotrwałe angażowanie się w wymiany z rówieśnikami Preferencja kontaktu z wybranymi jednym lub dwoma dziećmi i powtarzania tej samej zabawy 	<ul style="list-style-type: none"> Angażowanie się w proste zabawy oparte na współpracy Rozwój pierwszych przyjaźni i angażowanie się w bardziej złożone zabawy z tymi, wybranymi rówieśnikami
ekspresja emocji	<ul style="list-style-type: none"> Wyrażanie wielu zróżnicowanych emocji, takich jak zadowolenie, radość, smutek, złość, strach, obrzydzenie 	<ul style="list-style-type: none"> Wyrażanie emocji wyraźnie i intencjonalnie, ekspresja złożonych emocji (np. dumy) 	<ul style="list-style-type: none"> Wyrażanie złożonych, wynikających z samoświadomości emocji takich jak duma, zażenowanie, poczucie winy Werbalny opis emocji własnych i cudzych Udawanie emocji (np. w zabawie)
empatia	<ul style="list-style-type: none"> Reagowanie na wyrazy emocji u innych 	<ul style="list-style-type: none"> Zmiana zachowania w reakcji na emocje innych Okazywanie zrozumienia przyczyn emocji innych ludzi 	<ul style="list-style-type: none"> Rozumienie, że uczucia innych ludzi są różne od uczuć własnych Początki zdolności do pocieszania drugiej osoby

Obszar rozwoju społeczno-emocjonalnego	Około 8 mies. życia	około 18 mies. życia	około 36 mies. życia
regulacja emocji	<ul style="list-style-type: none"> • Proste zachowania w celu samouspokojania się • Komunikowanie potrzeby pomocy w sytuacji dystresu 	<ul style="list-style-type: none"> • Zróżnicowane zachowania samouspokajające • Aktywne unikanie lub ignorowanie sytuacji stresowych • Proste komunikowanie potrzeb (słowa, gesty) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do antycypowania potrzeby uspokojenia się i przygotowywanie się do tego • Wybór spośród wielu zachowań samouspokajających takiego, które jest odpowiednie do sytuacji
kontrola impulsów	<ul style="list-style-type: none"> • Zachowania impulsywne 	<ul style="list-style-type: none"> • Pozytywne reakcje na możliwość wyboru i granice stawiane przez dorosłych w celu udzielenia dziecku pomocy w kontrolowaniu zachowania 	<ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenie kontroli swojego zachowania i kontroli ekspresji emocji – z własnej inicjatywy
teoria umysłu [rozumienie stanów umysłowych (emocji, potrzeb i intencji) innych ludzi]	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do rozpoznawania czegoś może oczekiwać od bliskich dorosłych • Rozumienie tego, co należy zrobić aby uzyskać uwagę drugiej osoby • Naśladowanie wyrazu twarzy i prostych zachowań innych osób 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do uzyskania odpowiedniej reakcji znanego dorosłego, poprzez użycie gestów, wokalizacji, kierowania uwagi • Korzystanie z ekspresji emocjonalnej dorosłego jako wskazówki „jak się zachować” w nowej sytuacji • Uczenie się złożonych zachowań i reakcji poprzez modelowanie 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do mówienia o uczuciach i potrzebach własnych i innych ludzi • Zdolność do uczestniczenia w zabawie „na niby”, odgrywania ról
samoświadomość	<ul style="list-style-type: none"> • Świadomość bycia odrębną osobą • Świadomość bycia w relacji z innymi ludźmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Świadomość bycia odrębną osobą posiadającą określone cechy, myśli, uczucia 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do rozpoznawania własnych uczuć, potrzeb i określania przynależności do grup (np. rodziny, żłobka)
poczucie kompetencji	<ul style="list-style-type: none"> • Początki rozumienia wpływu na rzeczywistość 	<ul style="list-style-type: none"> • Eksperymentowanie z różnymi działaniami, mającymi skutkować jakimś efektem, uporczywość w podejmowaniu prób, okazywanie satysfakcji z efektu 	<ul style="list-style-type: none"> • Widoczna świadomość własnego wpływu na rzeczywistość (konkretnych umiejętności) i komunikowanie jej podczas opisywania siebie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Marvin, Britner, 1999; McCarty, Clifton, Collard, 1999; Bronson, 2000; Lerner, Dombro, 2000; Fogel, 2001; Lamb, Bornstein, 2002; Schaffer, 2006; Thompson, 2006; Lagattuta, Thompson, 2007; Siegel, 2009

Tabela 2.9. Kompetencje społeczno-emocjonalne dzieci w wieku przedszkolnym

Obszar rozwoju społeczno-emocjonalnego	około 48 mies. życia	około 60 mies. życia
relacje z dorosłymi	<ul style="list-style-type: none"> • Swobodne i pewne nawiązywanie kontaktu ze znanymi dorosłymi, szczególnie w znanym otoczeniu • Utrzymywanie przyjaznych, pozytywnych relacji z najbliższymi opiekunami • Poszukiwanie uspokojenia w obecności najbliższych dorosłych • Zdolność do radzenia sobie z oddzieleniem od najbliższych, przy pomocy innych znanych dorosłych • Poszukiwanie uspokojenia w kontakcie z wychowawcą, nauczycielem • Podporządkowanie regułom, ograniczone przez frustrację lub stres 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do pozostawania w trwającym dłuższy czas kontakcie ze znanymi dorosłymi, częste wymiany, przejmowanie inicjatywy • Inicjowanie współpracy z bliskimi dorosłymi, znaczący wkład we współpracę • Poszukiwanie uspokojenia w obecności najbliższych dorosłych • Zdolność do komfortowego przebywania z dala od najbliższych dorosłych, przez dłuższy czas • Poszukiwanie uspokojenia w kontakcie z wychowawcą, nauczycielem • Wzrastająca zdolność do podporządkowywania się regułom, szczególnie w sytuacjach otrzymania pochwały, akceptacji
relacje z rówieśnikami	<ul style="list-style-type: none"> • Swobodne nawiązywanie interakcji z rówieśnikami, okazjonalna współpraca • Uczestnictwo w prostych zabawach „na niby” • Poszukiwanie pomocy w sytuacjach konfliktów z rówieśnikami • Uczestnictwo w aktywnościach grupowych, podporządkowywanie się regułom 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktywne i intencjonalne nawiązywanie relacji z rówieśnikami • Uczestnictwo w zabawach „na niby” – planowanie, koordynowanie i współpraca • Podejmowanie negocjacji z rówieśnikami w sytuacjach konfliktu i poszukiwanie pomocy dorosłych • Zdolność do współpracy w grupie
ekspresja emocji	<ul style="list-style-type: none"> • Posługiwanie się słowami do opisu różnorodnych emocji własnych i cudzych • Częste wyrażanie silnych emocji (pozytywnych i negatywnych) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprawne posługiwanie się językiem dla opisu stanów emocjonalnych • Ćwiczenie ekspresji emocji w zabawie
empatia	<ul style="list-style-type: none"> • Okazywanie troski wobec osób w stanie stresu • Dbałość o potrzeby innych 	<ul style="list-style-type: none"> • Reakcje troski wobec osób w stanie stresu i podejmowanie prób pomocy
regulacja emocji kontrola impulsów	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do samouspokojenia i kontrolowania impulsów w sytuacjach o niskim i średnim natężeniu napięcia (nadal potrzeba wsparcia ze strony dorosłych) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wzrastająca zdolność do samouspokajania przy coraz wyższym napięciu (potrzeba monitorowania i sporadycznej pomocy ze strony dorosłych)

Obszar rozwoju społeczno-emocjonalnego	około 48 mies. życia	około 60 mies. życia
teoria umysłu	<ul style="list-style-type: none"> • Dążenie do zrozumienia uczuć i zachowań innych ludzi • Zainteresowanie podobieństwami i różnicami pomiędzy ludźmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Początki rozumienia psychologicznych przyczyn ludzkiego zachowania • Początki autobiograficznego porządkowania doświadczeń z rozdzieleniem na doświadczenia własne i cudze
samoświadomość	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do opisywania swoich cech fizycznych, zachowania i pozytywnych cech 	<ul style="list-style-type: none"> • Porównywanie własnych cech do cech innych osób • Wzrastająca świadomość własnych cech psychicznych takich myśli i uczucia
poczucie kompetencji	<ul style="list-style-type: none"> • Dążenie do samodzielnego wykonywania zadań, do „wykazania się” umiejętnościami 	<ul style="list-style-type: none"> • Zdolność do podejmowania odpowiedzialności za wykonanie prostych zadań i dzielenia się zadaniami podczas współpracy z innymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sroufe, 1995; Bronson, 2000; Squires, Bricker, Twombly, 2003; Schaffer, 2006; Thompson, 2006; Lagattuta, Thompson, 2007; Siegel, 2009; Fonagy i in., 2010

2.3. Wybór narzędzi diagnostycznych

Podczas diagnozy funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka warto korzystać z różnych form zbierania danych, takich jak obserwacja, wywiad, opinie wychowawców czy pisemne lub ustne informacje z instytucji, z którymi rodzina ma kontakt (żłobek, przedszkole, placówki pomocy społecznej, poradnie zdrowia). Zebrane informacje należy zestawić z wynikami uzyskanymi na podstawie wystandaryzowanych metod diagnostycznych opracowanych do diagnozy rozwoju w obszarze społeczno-emocjonalnym.

W kolejnych rozdziałach przedstawione zostaną krótkie metody kwestionariuszowe, opracowane w Instytucie Badań Edukacyjnych w ramach projektu „Standaryzacja baterii narzędzi do diagnozy psychospołecznego funkcjonowania dziecka w wieku 1,5–5,5 lat”. Metody te mają charakter narzędzi przesiewowych, służących do wstępnego rozpoznania ewentualnych obszarów problemowych w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym małych dzieci. Umożliwiają one jedynie wyodrębnienie potencjalnych trudności, a wyniki uzyskane za ich pomocą winny stanowić przyczynek do dalszych, pogłębionych badań z użyciem innych metod diagnostycznych umożliwiających weryfikację wstępnych hipotez na temat przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka.

CZĘŚĆ 2. NARZĘDZIA DO DIAGNOZY ROZWOJU SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO DZIECKA

Rozdział 3.

Charakterystyka projektu badawczego

Konrad Piotrowski

We wrześniu 2013 roku w Instytucie Badań Edukacyjnych rozpoczęto realizację projektu badawczego „Standaryzacja baterii narzędzi do diagnozy psychospołecznego funkcjonowania dziecka w wieku 1,5–5,5 lat”, którego celem było przygotowanie zestawu narzędzi kwestionariuszowych pozwalających na diagnozę rozwoju społecznego i emocjonalnego małych dzieci. Skoncentrowano się na grupie dzieci w okresie od 1,5 do 5,5 roku życia, a więc w okresie wczesnego dzieciństwa i okresie przedszkolnym (Brzezińska, 2000). Projekt składał się z dwóch głównych etapów: badania pilotażowego i badania głównego.

3.1. Badanie pilotażowe

Przed przystąpieniem do pilotażowych badań terenowych przygotowano zestaw autorskich narzędzi testowych. Wstępna ocena ich właściwości psychometrycznych była głównym celem tego etapu badań. Badanie pilotażowe było realizowane od września 2013 roku do grudnia 2013 roku na reprezentatywnej dla całego kraju, losowej próbie 784 rodziców i opiekunów prawnych dzieci w wieku 18–66 miesięcy (od 1,5 do 5,5 roku życia), losowanej z operatu PESEL (Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności). W pierwszym kroku, do rodziców wylosowanych dzieci wysłano list zapowiedni z informacją o badaniu oraz fakcie wylosowania danego dziecka z bazy PESEL. W trakcie kolejnych dni do miejsca zamieszkania osoby badanej przychodził ankieter firmy badawczej zachęcając do wzięcia udziału w badaniu.

Osobami badanymi byli jedynie rodzice lub opiekunowie prawni dzieci. Wywiad realizowany był z tą osobą (matką lub ojcem), która zadeklarowała, że w ciągu ostatnich sześciu miesięcy spędzała z dzieckiem więcej czasu i miała większą wiedzę na temat jego rozwoju. 90% respondentów w badaniach pilotażowych stanowiły kobiety, matki lub opiekunki prawne wylosowanych dzieci.

Po wyrażeniu przez rodzica lub opiekuna zgody na udział w badaniu, przystępowano do realizacji procedury badawczej w miejscu zamieszkania osoby badanej. Pierwszym krokiem było wyjaśnienie celu badania oraz omówienie procedury badania. Po upewnieniu się, że respondent zrozumiał procedurę, badacz przystępował do realizacji badania.

Sytuację badawczą zaaranżowano w ten sposób, że badacz odczytywał kolejne stwierdzenia wchodzące w skład poszczególnych testów, a respondent ustosunkowywał się do nich ustnie, korzystając z odpowiedniej skali odpowiedzi. Przed przystąpieniem do wypełniania każdego

z testów respondentowi wręczano wydrukowaną kartę odpowiedzi na której znajdowała się skala odpowiedzi do testu (patrz: załączniki do poszczególnych narzędzi opisanych w rozdziałach 4–6), np.:

NIGDY – CZASEM – CZĘSTO – BARDZO CZĘSTO LUB ZAWSZE

Interakcja badacza i respondenta sprowadzała się więc do odczytywania kolejnych stwierdzeń (badacz) oraz udzielania na nie odpowiedzi (respondent). Każda odpowiedź była przez badacza zaznaczana na arkuszu testowym mającym postać elektroniczną. Po ustosunkowaniu się osoby badanej do wszystkich stwierdzeń procedurę badawczą kończono.

Wyniki badań pilotażowych pozwoliły na modyfikację narzędzi badawczych w kierunku zwiększenia ich rzetelności i trafności. Jednym z celów była również selekcja pozycji testowych, mająca na celu uzyskanie jak najkrótszych narzędzi przy jednoczesnym zachowaniu ich jak najwyższych parametrów psychometrycznych. Testy przygotowane na podstawie wyników badań pilotażowych zostały następnie wykorzystane na etapie badań głównych – normalizacyjnych.

3.2. Badanie główne

Etap badania głównego realizowano od stycznia 2014 roku do czerwca 2014 roku na reprezentatywnej dla całego kraju, losowej próbie rodziców i opiekunów prawnych dzieci w wieku 18–66 miesięcy (od 1,5 do 5,5 lat) wylosowanych z operatu PESEL (Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności).

3.2.1. Cele badawcze

Najważniejszymi celami badawczymi realizowanymi na etapie badań głównych była (1) ocena parametrów psychometrycznych narzędzi testowych przygotowanych na podstawie wyników badań pilotażowych oraz (2) ich normalizacja.

Psychometryczna ocena narzędzi skoncentrowana była na analizie rzetelności pomiaru (metodą alfa Cronbacha mierzącą jednorodność, czyli homogeniczność skal) oraz trafności teoretycznej. Oceniając trafność skal, stosowano następujące metody (Hornowska, 2003):

1. Konfirmacyjna analiza czynnikowa, w celu oceny zakładanej struktury czynnikowej testów
2. Analiza różnic międzygrupowych, mająca na celu ocenę tego czy uzyskiwane za pomocą testów wyniki pozostają w zgodzie z wynikami innych badaczy oraz przewidywaniami płynącymi z teorii
3. Korelacja wymiarów mierzonych przez testy z innymi narzędziami mierzącymi zbliżone lub powiązane konstrukty.

Normalizacja testów polegała na przygotowaniu norm pozwalających diagnostom, przede wszystkim psychologom i pedagogom, na szybką ocenę poziomu rozwoju społeczno-emojonalnego dzieci w różnym wieku i różnej płci oraz ocenę ryzyka występowania trudności rozwojowych.

3.2.2. Uczestnicy badań

Próba badawcza dobrana na etapie badań głównych miała na celu zapewnienie reprezentatywności uzyskanych wyników dla grupy dzieci w wieku od 18. do 66. miesiąca życia. Schemat doboru próby do badania głównego został opracowany po przeprowadzeniu części pilotażowej projektu, z uwzględnieniem danych zebranych w procesie realizacji badania w terenie. Próba została wylosowana przy użyciu procedury dwustopniowej z zastosowaniem 48 warstw uwzględniających (Tab. 3.1.):

1. Podział populacji na „kwartały” wieku (dobierano dzieci do grup wiekowych określonych w ramach trzymiesięcznych przedziałów)
2. Klasy wielkości miejscowości zamieszkania:
 - a. wieś i małe miasta (do 5000 mieszkańców)
 - b. średnie miasta (od 5001 do 100 000 mieszkańców)
 - c. duże miasta (powyżej 100 000 mieszkańców)

Dla każdej z wyróżnionych w ten sposób subpopulacji wylosowano bezzwrotnie 13 miejscowości, z których następnie dobrana została ustalona liczba dzieci. Na poziomie jednego „kwartału” wieku oznaczało to dobór 39 miejscowości różnej wielkości oraz około 384 respondentów. Ostatecznie do próby głównej wylosowanych zostało 477 różnych miejscowości. W trakcie badań zrealizowano wywiady z 4156 osobami, rodzicami lub opiekunami prawnymi wylosowanych dzieci w wieku od 18. do 66. miesiąca życia (Tab. 3.1.). Znaczną większość, 90% respondentów ($n = 3744$), stanowiły kobiety, czyli matki ($n = 3729$; 99,6%) lub opiekunki prawne ($n = 15$; 0,40%) wylosowanych dzieci. Ze względu na relatywnie niedużą liczbę badanych mężczyzn to kobiety stanowiły grupę normalizacyjną dla każdego z testów.

Tabela 3.1. Liczba wywiadów z matkami i opiekunkami prawnymi zrealizowanych w poszczególnych warstwach

Grupa wiekowa	Wielkość miejscowości zamieszkania						Ogółem
	Wieś i małe miasta do 5000 mieszkańców		Średnie miasta od 5001 do 100 000 mieszkańców		Duże miasta powyżej 100 000 mieszkańców		
	Płeć						
	Chłopiec	Dziewczynka	Chłopiec	Dziewczynka	Chłopiec	Dziewczynka	
18–21 mies.	47	40	39	39	40	38	262
22–24 mies.	41	36	47	30	42	35	249
25–27 mies.	34	40	34	41	36	45	250
28–30 mies.	38	45	36	40	39	46	268
31–33 mies.	36	39	40	41	41	37	255
34–36 mies.	44	39	35	39	43	29	259
37–39 mies.	40	32	34	39	52	34	257
40–42 mies.	46	43	28	46	41	40	265
43–45 mies.	29	45	34	39	42	34	251
46–48 mies.	41	41	37	33	40	33	261
49–51 mies.	38	38	49	41	33	39	260
52–54 mies.	46	33	38	35	41	33	253
55–57 mies.	44	36	33	39	37	48	266
58–60 mies.	50	28	34	42	44	30	258
61–63 mies.	31	44	34	38	41	23	245
64–66 mies.	35	53	42	52	34	54	297
Ogółem	640	632	594	634	646	598	3744
Ogółem	1272		1228		1244		3744

3.2.3. Stosowane narzędzia

W badaniu wykorzystano trzy narzędzia kwestionariuszowe pozwalające na pomiar funkcjonowania dziecka w różnorodnych obszarach²:

1. **Kwestionariusz Styl adaptacji** pozwalał na diagnozę dwóch wymiarów funkcjonowania społecznego: (1) uspołecznienie, charakteryzujące się posiadaniem kompetencji społecznych prowadzących do zaangażowania dziecka w nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych oraz (2) eksternalizacja, przejawiająca się w podejmowaniu przez dziecko zachowań buntowniczych, negatywistycznych i agresywnych
2. **Kwestionariusz Reakcja na nowość** pozwalał na ocenę szybkości adaptacji dziecka do nowych warunków oraz sposobu reagowania przez dziecko na nowe bodźce: osoby, miejsce, przedmioty
3. **Kwestionariusz Koncentracja** pozwalał na ocenę zdolności dziecka do wykonywania zadań wymagających skupienia uwagi i wytrwałości.

Każdy z kwestionariuszy wymienionych powyżej został bliżej scharakteryzowany w dalszej części podręcznika.

W badaniu wykorzystano również *Kwestionariusz Rozwoju Dziecka w Rodzinie* (KRDR), który pozwolił na uzyskanie dodatkowych, głównie społeczno-demograficznych (tzw. metryczkowych), informacji na temat dziecka oraz jego rodziny. Kwestionariusz składał się z czterech części: status społeczno-ekonomiczny rodziny dziecka, rozwój w okresie pre- i perinatalnym, środowisko rozwoju dziecka, rozwój w okresie dzieciństwa³.

Dodatkowo, w badaniu rodziców dzieci w wieku od 25 do 66 miesięcy ($n = 3645$ osób) wykorzystywano kwestionariusz *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych*. Narzędzie to stanowi polską adaptację (Czub, Piotrowski, 2015 – w przyg.) kwestionariusza *Social Competence and Behavior Evaluation Inventory* (SCBE; LaFreniere, Dumas, 1996) pozwalającego na ocenę funkcjonowania dziecka na trzech wymiarach:

1. **Kompetencje społeczne:** wysoki wynik na tym wymiarze uzyskuje dziecko, które chętnie pomaga innym osobom, potrafi dostosować swoje zachowanie do sytuacji społecznej, potrafi dzielić się z innymi oraz zmienić własne zdanie pod wpływem rozmowy
2. **Lęk-wycofanie:** wysoki wynik na tym wymiarze uzyskuje dziecko, które często doświadcza takich negatywnych emocji jak wstyd, lęk, obawy, zakłopotanie oraz wykazuje skłonność do pozostawiania na marginesie grupy rówieśniczej, wycofywania się z relacji społecznych

² W badaniach realizowanych na etapie głównym kolejność stosowanych narzędzi w każdym badaniu była ustalana losowo.

³ Autorami kwestionariusza KRDR są pracownicy Instytutu Badań Edukacyjnych: prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska, dr Magdalena Czub, dr Radosław Kaczan, dr Konrad Piotrowski.

3. **Złość-agresja:** wysoki wynik na tym wymiarze uzyskuje dziecko, które często reaguje złością i agresją w sytuacjach społecznych, ma trudności z tolerowaniem frustracji, często krzyczy, bije, gryzie, rzuca przedmiotami, wchodzi w konflikty z dziećmi i dorosłymi.

Rzetelność (alfa Cronbacha⁴) poszczególnych podskal kwestionariusza wyniosła, odpowiednio: 0,84, 0,79 i 0,84; przy zastosowaniu confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) potwierdzono również, na poziomie akceptowalnym (Hu, Bentler, 1999), trójczynnиковą strukturę narzędzia: $\chi^2 (df = 359) = 3176,11$, AGFI = 0,93, CFI = 0,91, RMSEA = 0,05.

Kwestionariusz *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* jest narzędziem o międzynarodowej renomie i udowodnionej wartości, stosowanym w wielu badaniach prowadzonych w różnych kulturach (LaFreniere i in., 2002). Kwestionariusz ten zastosowano w niniejszych badaniach w celu analizy trafności teoretycznej (Hornowska, 2003) stworzonych narzędzi kwestionariuszowych. *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* pozwala na pomiar konstruktów zbliżonych do większości tych mierzonych narzędziami stworzonymi w ramach opisywanego tu projektu badawczego. Z tego też powodu wymiary tego kwestionariusza powinny, w sposób możliwy do przewidzenia, wiązać się (korelować) z wymiarami mierzonymi przez nowe narzędzia opisane w podręczniku.

3.2.4. Procedura badań

Badaną populację stanowili rodzice lub opiekunowie prawni dzieci w wieku od 18 do 66 ukończonych miesięcy. Po udaniu się do miejsca zamieszkania wylosowanego dziecka ankieter/badacz przedstawiał zastanej osobie dorosłej cel badania oraz prosił o wskazanie tego z rodziców lub opiekunów prawnych, który w okresie ostatnich sześciu miesięcy spędzał z wylosowanym dzieckiem więcej czasu i miał na jego temat szerszą wiedzę. Informowano, że ta właśnie osoba jest preferowana z punktu widzenia trafności zbieranych danych oraz proszono o zgodę na udział w badaniu. Ankieter informował również, że wzięcie udziału w badaniu będzie się wiązało z otrzymaniem zestawu książek z bajkami dla dzieci, co miało zachęcić respondentów do udziału w badaniu i zapewnić jak najwyższy poziom realizacji próby, a tym samym jej reprezentatywność.

Po uzyskaniu zgody respondenta na udział w badaniu, ankieter informował o warunkach niezbędnych do przeprowadzenia badania. W pomieszczeniu mógł przebywać jedynie ankieter oraz respondent. W sytuacji gdy w miejscu zamieszkania obok respondenta przebywało

⁴ Ta i inne analizy prezentowane w niniejszej pracy zostały wykonane przy zastosowaniu procedury ważenia obserwacji. Ważenie ma na celu zapewnienie reprezentatywności próby badawczej dla populacji z której próba została wylosowana. Dokonuje się to poprzez zwiększanie rangi, czyli wagi, odpowiedzi tych osób badanych, które są niedoreprezentowane w próbie oraz zmniejszenie rangi odpowiedzi osób badanych, które są nadreprezentowane. W niniejszym opracowaniu zostało zastosowane ważenie wieńcowe względem wieku dziecka, płci, miejsca zamieszkania.

jedynie dziecko (brak było innych dorosłych), ankieter pytał czy respondent będzie mógł mimo to uczestniczyć w badaniu. Jeśli uzyskano informację, że dziecko nie będzie utrudniało przebiegu procedury badania, dopuszczano możliwość, aby obok rodzica/opiekuna w pomieszczeniu przebywało także dziecko⁵.

Po zajęciu miejsc, ankieter przechodził do wyjaśnienia procedury badania. Procedura badawcza została przygotowana w taki sposób, że to ankieter odczytywał kolejne pytania i stwierdzenia wchodzące w skład wszystkich narzędzi testowych, a respondent udzielał odpowiedzi. W przypadku pytań „metryczkowych”, to jest dotyczących kwestii społeczno-demograficznych badanych przy pomocy kwestionariusza KRDR, ankieter odczytywał możliwe odpowiedzi, z których respondent wybierał najlepiej opisującą jego sytuację (np. *Proszę powiedzieć, które z podanych określić najlepiej opisuje obecną sytuację materialną Pana(i) gospodarstwa domowego?* 1 – Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby, 2 – Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniędzy starczyło na życie, 3 – Na co dzień pieniądze starcza, ale nie stać nas na większe wydatki, 4 – Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć, 5 – Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki). Przed rozpoczęciem badania każdym z narzędzi testowych (*Styl adaptacji, Reakcja na nowość, Koncentracja, Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych*) ankieter wręczał osobie badanej arkusz zawierający możliwe odpowiedzi na stwierdzenia/pytania kwestionariusza, aby ułatwić respondentowi odpowiedź (np. arkusz zawierający odpowiedzi: *tak – nie* w przypadku skali *Koncentracja*; arkusz zawierający odpowiedzi: *nigdy – czasem – często – zawsze* w przypadku kwestionariusza *Styl Adaptacji*).

Po upewnieniu się że respondent dobrze zrozumiał procedurę badania, ankieter przystępował do odczytania „instrukcji szczerości”, mającej na celu zmotywowanie respondenta do udzielania prawdziwych informacji:

Przy odpowiadaniu na pytania dotyczące nas samych albo naszych najbliższych może pojawić się pokusa, aby wybierać te odpowiedzi, które pokazują nas w jak najlepszym świetle. Jednak od szczerości odpowiedzi zależy pełen obraz czynników dotyczących rozwoju dzieci. Zależy nam bardzo na tym, aby planowane na podstawie otrzymanych wyników działania wspomagające rozwój wszystkich dzieci mogły być faktycznie pomocne i skuteczne. Dlatego prosimy, aby odpowiadała Pani zgodnie ze swoimi przekonaniem i wiedzą.

Po odczytaniu „instrukcji szczerości” ankieter przechodził do odczytywania kolejnych pozycji zawartych w narzędziach testowych. Po odczytaniu każdego stwierdzenia następowało

⁵ Rodzic był informowany, że w przypadku pytań dotyczących kwestii, których nie chciałby poruszać przy dziecku (np. dotyczących zachowań agresywnych dziecka), może udzielać odpowiedzi poprzez wskazanie jej palcem na arkuszu odpowiedzi lub poprzez wskazanie odpowiedzi na ekranie komputera wykorzystywanego przez ankietera.

oczekiwanie na udzielenie odpowiedzi przez respondenta. Po uzyskaniu odpowiedzi, ankieter zaznaczał ją na arkuszu testowym. Po odczytaniu wszystkich pozycji wchodzących w skład każdego z narzędzi procedura badawcza kończyła się.

Należy pamiętać, że choć dobór do próby badawczej obejmował losowanie dziecka w określonym wieku, to rzeczywistymi uczestnikami badania byli rodzice lub opiekunowie dziecka. Informacje, które uzyskano, dotyczą więc oceny zachowań dziecka dokonywanej przez rodzica, czyli tego jak rodzic postrzega swoje dziecko. Negatywną stroną tego rozwiązania jest fakt, że nie istnieje możliwość przedstawienia obiektywnych danych na temat zachowań dziecka zdobytych w toku jego obserwacji i badań bezpośrednio angażujących dziecko. Główną zaletą jest, z kolei to, że stworzone w toku projektu badawczego narzędzia testowe, pozwalają na dokonanie szybkiej oceny rozwoju dziecka i zaplanowanie dalszych kroków diagnostycznych, mających na celu pogłębienie wiedzy na temat funkcjonowania dziecka i rodziny.

Rozdział 4.

Kwestionariusz *Styl adaptacji*

Konrad Piotrowski

4.1. Zarys teoretyczny

W szerokim spektrum zachowań dziecka, jednymi z najważniejszych, zwłaszcza z punktu widzenia codziennych interakcji, są zachowania związane z nawiązywaniem i uczestniczeniem w relacjach społecznych, zarówno z dorosłymi jak i z innymi dziećmi. Na wymiarze aktywności społecznej można zaobserwować wyraźne różnice między dziećmi. Niektóre z nich odczuwają wiele przyjemności, nawiązując nowe relacje, chętnie bawią się z innymi dziećmi, chętnie odpowiadają na pytania i prowadzą rozmowy z dorosłymi, nawet gdy są to osoby nieznanne. W przypadku innych dzieci można zauważyć pewną rezerwę w kontaktach z innymi, wynikającą często z konstelacji temperamentu zahamowanego i, co się z tym wiąże, wysokim poziomem lęku (Strelau, 2012) lub też brakiem motywacji do wchodzenia w kontakty społeczne i odczuwania przez dziecko przyjemności z przebywania w małych grupach albo samodzielnego podejmowania różnorodnych aktywności (*social disinterest*; Coplan, Prakash, O'Neil, Armer, 2004). Trudności w kontaktach z innymi mogą być również efektem wcześniejszych, niekorzystnych doświadczeń z opiekunami lub innymi osobami znaczącymi (por. Rozdz. 1).

Uspołecnienie

jest przez autorów kwestionariusza *Styl adaptacji* rozumiane jako poziom rozwoju kompetencji społecznych, znajdujący swoje odzwierciedlenie w sposobie nawiązywania przez dziecko kontaktów z innymi osobami.

Sam w sobie fakt mniejszego lub większego zainteresowania dzieci nawiązywaniem kontaktów społecznych nie wydaje się być czynnikiem zaburzającym rozwój (Coplan, Rubin, 1998; Coplan, Rubin, Fox, Calkins, Stewart, 1994). Może jednak być czynnikiem ryzyka rozwoju. Dzieci mające trudności z wchodzeniem w kontakty społeczne częściej spotykają się z brakiem akceptacji ich zachowania ze strony rodziców, są zagrożone rozwojem niskiej samooceny i zaburzeń lękowych (Coplan, Prakash, O'Neil, Armer, 2004). Wśród czynników związanych z rozwojem kompetencji społecznych małego dziecka wymienia się przede wszystkim warunki panujące w rodzinie (Anthony i in., 2005). Wyższy poziom kompetencji społecznych obserwuje się wśród dzieci, których rodzice odczuwają na co dzień niski poziom napięcia, stresu oraz nie doświadczają problemów emocjonalnych, jak również w rodzinach, w których dominuje doświadczanie emocji pozytywnych i odznaczających się lepszą sytuacją finansową.

W okresie wczesnego dzieciństwa obserwuje się także wzrost kompetencji społecznych wraz z wiekiem dziecka (Rose-Krasnor, 1997). Ich rozwój jest także istotnie związany z jego

kompetencjami emocjonalnymi, takimi jak kontrola emocjonalna oraz umiejętność radzenia sobie z frustracją (Denham i in., 2003). Dzieci odznaczające się lepszym panowaniem nad własnymi emocjami odczuwają mniejszy lęk w obecności innych osób, są mniej skłonne do wycofywania się, bardziej „śmiałe” w nawiązywaniu kontaktów.

Innym istotnym elementem codziennych zachowań dziecka w relacjach społecznych jest skłonność do reagowania złością i podejmowania agresywnych zachowań w stosunku do innych osób. Takie zachowania jak negatywizm i buntowanie się przeciwko nakazom i zakazom rodziców/opiekunów, są w okresie wczesnego dzieciństwa tak często spotykane, że uważa się je za normę rozwojową (Smykowski, 2004a, 2004b). Tym niemniej, zbyt wysoka skłonność do podejmowania tego typu zachowań, wybiegająca poza poziom typowy dla dzieci w określonym wieku, może być przejawem zbyt wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego i/lub zbyt mało rozwiniętej kontroli emocjonalnej (Tremblay i in., 2004). Okresem, w którym dziecko w znacznym stopniu rozwija zdolność kontroli zachowań buntowniczych i agresywnych jest wiek przedszkolny. Dzieci, które w tym okresie przejawiają wysoki poziom tego typu zachowań, mogą należeć do grupy zwiększonego ryzyka powstawania dalszych trudności rozwojowych w kolejnych latach oraz utrwalania się tendencji do reagowania złością i agresją. Częstsze przejawy problemów eksternalizacyjnych obserwuje się wśród chłopców, wśród dzieci z rodzin będących w trudnej sytuacji materialnej oraz wówczas, gdy rodzice stosują metody wychowawcze związane z nadmierną kontrolą i karaniem dziecka (Kerr, Lopez, Olson, Sameroff, 2004). Zachowania eksternalizacyjne są także częściej podejmowane przez te dzieci, u których obserwuje się problemy z koncentracją uwagi, nadpobudliwość, niską zdolność kontroli emocjonalnej (Caspi, Henry, McGee, Moffitt, Silva, 1995; Granic, Patterson, 2006), czyli charakterystyki leżące u podłoża zdolności dziecka do kontrolowania własnego zachowania.

Eksternalizacja

jest przez autorów kwestionariusza *Styl adaptacji* definiowana jako podejmowanie przez dziecko zachowań eksternalizacyjnych (np. niszczenie przedmiotów, bicie), czyli takich, które związane są z silną behawioralną reakcją w odpowiedzi na doświadczenie negatywnych emocji takich jak złość, zdenerwowanie (tzn. uzewnętrznianiem reakcji emocjonalnych).

Prawidłowa adaptacja dziecka jest więc przez twórców kwestionariusza *Styl adaptacji* rozumiana jako zbiór zachowań dziecka należących do dwóch sfer. Po pierwsze, jako umiejętność nawiązywania i uczestniczenia w relacjach społecznych, zarówno z dorosłymi jak i dziećmi, czyli wysoki poziom kompetencji społecznych określanych jako **uspołecznienie** oraz, po drugie, jako niską skłonność do reagowania złością i agresją w kontaktach z innymi, czyli niskie natężenie **zachowań eksternalizacyjnych**. Położenie na obu tych wymiarach jest efektem wielu czynników, zarówno biologicznych, związanych z temperamentem, jak i społecznych, będących efektem socjalizacji. Niska adaptacja dziecka, jest tutaj traktowana nie jako zaburzenie jego rozwoju, ale jako obecność w jego rozwoju

specyficznych czynników ryzyka związanych, odpowiednio, z trudnościami na polu nawiązywania i uczestniczenia w relacjach społecznych oraz częstego reagowania złością i agresją. Stwierdzenie, że położenie dziecka na którymś z wymiarów może świadczyć o jego przynależności do grupy dużego ryzyka rozwojowego, powinno pociągać za sobą udzielenie mu stosownego wsparcia w celu wyeliminowania ryzyka trudności rozwojowych w przyszłości.

4.2. Charakterystyka narzędzia

Kwestionariusz *Styl adaptacji* składa się z 18 pozycji⁶ mających postać stwierdzeń dotyczących różnorodnych zachowań dziecka w sytuacji kontaktu z innymi osobami. Każde ze stwierdzeń jest oceniane przez rodzica lub opiekuna prawnego poprzez wskazanie *jak często dziecko zachowuje się w określony sposób*. W celu dokonania oceny osoba badana korzysta z czteropunktowej skali odpowiedzi: 1 – *nigdy*, 2 – *czasem*, 3 – *często*, 4 – *zawsze*.

Pozycje kwestionariusza składają się na dwie skale:

1. **Skala Uspołecznienie** (8 pozycji): opisuje zachowania dziecka związane z posiadaniem kompetencji społecznych, ze swobodą i zaangażowaniem w podejmowaniu kontaktów społecznych
2. **Skala Eksternalizacja** (7 pozycji): dotyczy częstości doświadczania przez dziecko negatywnych emocji (złości, zniecierpliwienia, zdenerwowania) i częstości podejmowania zachowań wynikających z doświadczania negatywnych emocji, np. niszczenie zabawek, rzucanie przedmiotami, tupanie, krzyk.

4.3. Parametry psychometryczne

4.3.1. Rozkład wyników

W Tab. 4.1. przedstawiono podstawowe statystyki opisowe skal kwestionariusza *Styl adaptacji*. Szczególnie istotne są wartości skośności⁷ i kurtozy⁸, które pozwalają uznać rozkład

⁶ Trzy pozycje kwestionariusza nie są uwzględniane w obliczaniu wyników.

⁷ Skośność to jeden z parametrów określających kształt rozkładu wyników w porównaniu z idealnym rozkładem normalnym (tzw. krzywa Gaussa, krzywa dzwonowa). Skośność określa stopień asymetrii rozkładu, co może oznaczać odchylenie w prawo, gdy skośność przyjmuje wartości ujemne (rozkład lewoskośny; nadreprezentacja wyników wysokich) lub w lewo, gdy skośność przyjmuje wartości dodatnie (rozkład prawoskośny; nadreprezentacja wyników niskich). Na ogół przyjmuje się, że wartość skośności z przedziału od -1 do 1 można traktować jako niewielkie odchylenie od rozkładu normalnego.

⁸ Kurtoza wskazuje na stopień koncentracji wyników wokół wartości średniej, informując na ile wyniki osób badanych są zbliżone do średniej grupowej. Jeśli kurtoza przyjmuje wartości dodatnie, to znaczy, że wyniki osób badanych są do siebie podobne (małe zróżnicowanie; duża koncentracja wyników wokół średniej), jeśli kurtoza jest ujemna, to znaczy, że wyniki osób badanych są zróżnicowane (większa liczba wyników skrajnych, mała koncentracja wyników wokół średniej).

wyników, w różnych grupach wiekowych i płciowych, za bliski rozkładowi normalnemu (wszystkie wartości znajdują się w przedziale od -1 do 1).

Tabela 4.1. Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtოza skal kwestionariusza *Styl adaptacji* w różnych grupach dzieci

Grupa	Uspołecznienie				Eksternalizacja			
	M	SD	Skośność	Kurtοza	M	SD	Skośność	Kurtοza
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.); n = 953	25,82	3,30	-0,45	0,22	14,97	3,52	0,42	-0,27
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.); n = 933	25,90	3,30	-0,58	0,73	14,28	3,51	0,66	0,50
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); n = 927	26,38	3,43	-0,96	0,33	13,91	3,45	0,68	0,50
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); n = 931	26,61	3,10	-0,44	-0,09	13,04	3,30	0,75	0,33

4.3.2. Struktura czynnikowa

Ocenę struktury czynnikowej kwestionariusza *Styl adaptacji* przeprowadzono z zastosowaniem procedury konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA)⁹. Dane na temat struktury czynnikowej narzędzia w grupach chłopców i dziewczynek przedstawiono w Tab. 4.2.

Tabela 4.2. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury dwuczynnikowej kwestionariusza *Styl adaptacji*

Podgrupa	Chi kwadrat/df	CFI	RMSEA
Chłopcy, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1880)	$\chi^2 = 592,20$, df = 88	0,93	0,06
Dziewczynki, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1864)	$\chi^2 = 658,87$, df = 88	0,91	0,06

Uwaga: istotność wszystkich testów chi kwadrat przedstawionych w tabeli wynosiła $p < 0,001$

⁹ Zastosowano oprogramowanie AMOS 20. W celu oceny jakości dopasowania danych do zakładanej struktury zastosowano często stosowane wskaźniki: wartość porównawczego indeksu zgodności (CFI; *comparative fit index*) nie powinna być niższa niż 0,90, a najlepiej, aby wynosiła minimum 0,95; preferowana wartość średniokwadratowego błędu aproksymacji (RMSEA; *root mean square error of approximation*) powinna być z kolei niższa niż 0,08 (Hu, Bentler, 1999). Wartość testu chi kwadrat, która także jest jednym z podstawowych wskaźników dopasowania w konfirmacyjnej analizie czynnikowej (na dobre dopasowanie danych do zakładanej struktury wskazuje istotności statystyczna testu wyższa niż 0,05, czyli sytuacja, gdy test chi kwadrat jest nieistotny statystycznie) w obecnej sytuacji ma niewielkie zastosowanie z racji na dużą liczebność próby. W przypadku tak dużej grupy osób badanych uzyskanie nieistotnej wartości chi kwadrat jest raczej niespotykane.

Ze względu na silny związek między wariancjami błędów dwóch pozycji wchodzących w skład skali *uspołecznienie* (pozycje numer 6 i 7), ujawniony za pomocą indeksów modyfikacji (wartość M.I. powyżej 100), w analizie uwzględniono korelację między nimi zarówno w grupie chłopców, jak i dziewczynek.

Struktura czynnikowa kwestionariusza *Styl adaptacji* okazała się dość dobra. Wartość CFI była umiarkowanie wysoka, jednak pozwoliła na uznanie, że struktura narzędzia jest dopasowana do zakładanego modelu dwuczynnikowego.

4.3.3. Rzetelność

Rzetelność obu podskal kwestionariusza *Styl adaptacji*, określoną za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej (homogeniczności skali) alfa Cronbacha, przedstawiono w Tab. 4.3. Rzetelność skali *uspołecznienie* wynosiła, w różnych grupach dzieci, od 0,72 do 0,78, a skali *eksternalizacja* od 0,81 do 0,83. Są to wartości umiarkowanie wysokie, jednak pozwalające na rzetelny pomiar badanych konstruktów. Skala *eksternalizacji* jest nieco bardziej rzetelna, co wynikać może z faktu, że zachowania opisane w stwierdzeniach kwestionariusza składających się na ten wymiar są do siebie bardziej podobne, przez co uzyskuje się silniejsze korelacje między pozycjami, a sama skala jest bardziej homogeniczna.

Tabela 4.3. Rzetelność podskal kwestionariusza *Styl adaptacji* w różnych grupach osób badanych

Podgrupa	Rzetelność skali <i>Uspołecznienie</i>	Rzetelność skali <i>Eksternalizacja</i>
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.) <i>n</i> = 953	0,75	0,83
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.) <i>n</i> = 933	0,73	0,83
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.) <i>n</i> = 927	0,78	0,83
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.) <i>n</i> = 931	0,72	0,81

4.4. Różnice międzygrupowe

W celu oceny trafności teoretycznej narzędzia przeprowadzono szereg analiz, w których poszukiwano związków między wymiarami mierzonymi przez kwestionariusz *Styl adaptacji*, a innymi zmiennymi. Szczególnie ważna była analiza tego, czy natężenie *uspołecznienia* i *eksternalizacji* będzie odmienne w grupach dzieci różniących się wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, warunkami panującymi w środowisku rozwoju, jak również odznaczających się odmiennym funkcjonowaniem w codziennych sytuacjach.

Przewidywano, że:

1. *Uspołecznienie*
 - a. będzie wyższe wśród starszych dzieci
 - b. będzie wyższe wśród dzieci z rodzin o lepszej sytuacji finansowej
 - c. będzie wyższe wśród dzieci uczęszczających do placówki edukacyjnej (żłobek, klubik malucha, przedszkole)
 - d. będzie wyższe wśród dzieci odznaczających się wyższą samokontrolą zachowania
 - e. o trafności teoretycznej skali *uspołecznienie* będzie także świadczyła dodatnia korelacja z natężeniem kompetencji społecznych mierzonych innymi narzędziami
2. *Eksternalizacja*
 - a. będzie niższa wśród starszych dzieci
 - b. będzie wyższa w grupie chłopców niż w grupie dziewczynek
 - c. będzie wyższa wśród dzieci z rodzin o gorszej sytuacji finansowej
 - d. będzie niższa wśród dzieci uczęszczających do placówki edukacyjnej (żłobek, klubik malucha, przedszkole)
 - e. będzie wyższa wśród dzieci odznaczających się niższą samokontrolą zachowania
 - f. o trafności teoretycznej skali będzie także świadczyła dodatnia korelacja z wynikami innych narzędzi mierzących skłonności dziecka do przejawiania zachowań buntowniczych i agresywnych.

4.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka

W celu oceny różnic między chłopcami i dziewczynkami oraz dziećmi w różnym wieku (grupę dzieci podzielono na dwie grupy wiekowe: (1) 18–42 miesiące, tj. 1,5–3,5 roku i (2) 43–66 miesięcy, tj. 3,5–5,5 roku) przeprowadzono wielozmiennową analizę wariancji (MANOVA). Zarówno płeć (Lambda Wilksa = 0,98, $F(2,4114) = 27,00$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,01$), jak i przynależność do odmiennej grupy wiekowej (Lambda Wilksa = 0,97, $F(2,4114) = 58,59$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,03$) okazały się istotnie związane z oboma wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Styl adaptacji*. Nie zaobserwowano interakcji obu tych czynników.

Wyniki analiz jednoczynnikowych pozwalających na wgląd w uzyskane zależności przedstawiono w Tab. 4.4. Na wymiarze *uspołecznienia* między chłopcami i dziewczynkami nie zaobserwowano istotnych różnic. Z kolei w przypadku wymiaru *eksternalizacji* wyższy wynik uzyskano w grupie chłopców.

Oba wymiary kwestionariusza *Styl adaptacji* okazały się związane z wiekiem dziecka. *Uspołecznienie* w grupie dzieci w wieku 18–42 miesiące (1,5–3,5 lat) było niższe niż wśród dzieci starszych, w wieku 43–66 miesięcy (3,5–5,5 lat). Na wymiarze *eksternalizacji*, z kolei, to dzieci młodsze uzyskały wynik wyższy.

Tabela 4.4. Płeć i wiek dziecka a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem Styl adaptacji

Zmienne	Płeć					Wiek				F (η^2)
	Chłopiec (n=1880)		Dziewczynka (n=1864)		F (η^2)	18–42 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1886)		43–66 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1858)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,16	3,38	26,30	3,24	ni	25,88	3,31	26,54	3,27	40,68** (0,01)
Eksternalizacja	14,50	3,57	13,68	3,43	53,71** (0,01)	14,63	3,56	13,60	3,42	86,47** (0,02)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Dzieci zamieszkujące w miejscowościach o różnej wielkości nie różniły się pod względem wyników testu. Nie wystąpiła również interakcja wielkości miejscowości zamieszkania z wiekiem i płcią dziecka.

4.4.2. Wykształcenie rodziców

Wykształcenie rodziców (mierzone na czterech poziomach: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie/pomaturalne oraz wyższe), zarówno matki dziecka (Lambda Wilksa = 0,99, $F(6,8212) = 6,45$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,01$; Tab. 4.5.), jak i ojca (Lambda Wilksa = 0,99, $F(6,8160) = 5,46$, $p < 0,001$, $\eta^2 < 0,01$; Tab. 4.6.), wiązało się jedynie z wymiarem uspołecznienia.

Dzieci, których matki posiadały wykształcenia zasadnicze zawodowe, uzyskały niższy wynik na wymiarze uspołecznienia niż pozostałe dzieci, to jest te, których matki posiadały wykształcenie podstawowe, średnie/pomaturalne lub wyższe. Między trzema ostatnimi grupami nie wystąpiły istotne różnice.

Tabela 4.5. Wykształcenie matki a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem Styl adaptacji

Zmienne	Wykształcenie matki								F (η^2)
	Podstawowe (n = 140)		Zasadnicze zawodowe (n = 465)		Średnie lub pomaturalne (n = 1230)		Wyższe (n = 1905)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,14 ^a	3,61	25,54 ^b	3,54	26,21 ^a	3,31	26,41 ^a	3,20	12,65** (0,01)
Eksternalizacja	14,15	4,30	14,19	3,65	14,15	3,65	14,03	3,32	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy (np. a, b, c), różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

W przypadku wykształcenia ojca różnice były mniej wyraźne. Jedyna różnica, która przekroczyła poziom istotności dotyczyła dzieci ojców z wykształceniem zasadniczym zawodowym i wyższym. W pierwszej z tych grup zaobserwowano u dzieci niższy wynik na wymiarze *uspołecznienia*.

Zarówno w przypadku wykształcenia matek, jak i wykształcenia ojców, nie zaobserwowano istotnej interakcji tych czynników z wiekiem.

Tabela 4.6. Wykształcenie ojca a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Wykształcenie ojca								F (η^2)
	Podstawowe (n = 192)		Zasadnicze zawodowe (n = 935)		Średnie lub pomaturalne (n = 1293)		Wyższe (n = 1296)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,22 ^{ab}	3,26	25,87 ^a	3,49	26,30 ^{ab}	3,27	26,45 ^b	3,18	8,11 ^{**} (0,01)
Eksternalizacja	14,13	3,70	14,31	3,79	13,91	3,43	14,13	3,37	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

4.4.3. Sytuacja materialna rodziny

Sytuacja materialna mierzona była jako subiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny: 1 – *Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby*, 2 – *Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie*, 3 – *Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki*, 4 – *Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć*, 5 – *Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki*. W toku analiz połączono ze sobą kategorie 1 i 2 oraz 4 i 5, tworząc zmienną przyjmującą trzy poziomy. Oprócz tego proszono osobę badaną o wskazanie wysokości miesięcznych dochodów netto rodziny.

Między dziećmi z rodzin różniących się subiektywną oceną sytuacji materialnej wystąpiły (Tab. 4.7.) istotne różnice pod względem wymiarów mierzonych kwestionariuszem *Styl adaptacji* (Lambda Wilksa = 0,99, $F(4,8160) = 7,26$, $p < 0,001$, $\eta^2 < 0,01$). Dzieci z rodzin najgorzej sytuowanych, których rodzice stwierdzili, że *Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby* lub, że *Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie* (średni dochód netto rodziny $M = 2337,85$, $SD = 1089,82$) uzyskały niższy wynik na wymiarze *uspołecznienia* oraz wyższy wynik na wymiarze *eksternalizacji* niż dzieci rodziców, którzy lepiej oceniali sytuację finansową swojej rodziny. Nie wystąpiła interakcja między oceną sytuacji finansowej rodziny i wiekiem dziecka a wymiarami kwestionariusza.

Tabela 4.7. Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Ocena sytuacji finansowej rodziny						F (η^2)
	Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby LUB Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie (n = 448)		Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki (n = 1916)		Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć LUB Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki (n = 1338)		
	Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 2337 zł; SD = 1089 zł		Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 3664 zł; SD = 2768 zł		Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 5738 zł; SD = 3460 zł		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	25,76 ^a	3,76	26,24 ^b	3,23	26,39 ^b	3,21	7,47* (0,01)
Eksternalizacja	14,59 ^a	4,01	14,13 ^b	3,48	13,94 ^b	3,41	8,49** (0,01)
Średni dochód netto rodziny	2337,85	1089,82	3664,07	2768,12	5738,26	3460,38	209,98* (0,15)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Osoby badane proszono także o ocenę tego, czy w trakcie ostatniego roku sytuacja materialna rodziny uległa istotnej zmianie (1 – uległa pogorszeniu, 2 – nie zmieniła się, 3 – uległa polepszeniu). Stwierdzono jedynie [F (2,4098) = 5,54; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,01$], że dzieci z rodzin, w których sytuacja finansowa uległa pogorszeniu, odznaczały się wyższą eksternalizacją ($M = 14,47$, $SD = 3,75$) niż dzieci z rodzin, w których sytuacja materialna nie zmieniła się ($M = 13,97$, $SD = 3,43$). Nie wystąpiła interakcja między zmianą sytuacji materialnej rodziny i wiekiem dziecka a wymiarami kwestionariusza.

4.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa

Nie zaobserwowano różnic pod względem wyników na wymiarach *uspołecznienia* i *eksternalizacji* między dziećmi wychowującymi się w pełnych rodzinach ($n = 3300$; Tab. 4.8.) oraz w takich, gdzie jedynym opiekunem była matka ($n = 382^{10}$). Nie wystąpiła także interakcja tego czynnika z wiekiem.

¹⁰ Oprócz dzieci wychowanych w pełnych rodzinach oraz takich, gdzie jedynym opiekunem była matka wystąpiły także przypadki samotnego ojcostwa, wychowywania dziecka przez dalszych krewnych itp. Były to jednak pojedyncze przypadki, które usunięto z analizy.

Tabela 4.8. Sytuacja rodzinna a wynik skali *Styl adaptacji*

Zmienne	Sytuacja rodzinna				F (η^2)
	Rodzina pełna (n = 3300)		Samotna matka (n = 382)		
	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,22	3,29	26,36	3,50	ni
Eksternalizacja	14,06	3,46	14,32	4,01	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Ani w grupie dzieci młodszych (1,5–3,5 lat), a nie dzieci starszych (3,5–5,5 lat) nie zaobserwowano istotnej korelacji między wymiarami mierzonymi testem *Styl adaptacji*, a czasem (w minutach) jaki dziecko spędza z rodzicami (oddzielnie z matką i ojcem) na wspólnym „robieniu różnych rzeczy” (np. wspólne zabawy, wspólne wykonywanie obowiązków domowych).

4.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna

W badaniach analizowano czy dzieci uczestników badań uczęszczały do placówek edukacyjnych (Tab. 4.9). W przypadku dzieci w wieku 18–36 miesięcy (1–3 lata) sprawdzano czy uczęszczały one do żłobka, klubiku dziecięcego, lub innego rodzaju placówki, czy też opieka nad nimi odbywa się w domu rodzinnym. Kwestia ta nie okazała się istotnie związana ani z wymiarem *uspołecznienia*, ani *eksternalizacji*.

W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym, powyżej trzeciego roku życia (37–66 miesięcy), ujawniono, z kolei, istotne różnice zarówno między dziećmi, które między pierwszym a trzecim rokiem życia (w przeszłości) uczęszczały do żłobka lub klubiku dziecięcego [Lambda Wilksa = 0,99, $F(2,2591) = 5,86, p < 0,01, \eta^2 < 0,01$] oraz między dziećmi, które w momencie badania uczęszczały lub nie uczęszczały do przedszkola [Lambda Wilksa = 0,99, $F(2,2446) = 5,10, p < 0,01, \eta^2 < 0,01$].

Tabela 4.9. Edukacja dziecka w wieku przedszkolnym (37–66 miesięcy) a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Uczęszczanie do żłobka/klubiku w okresie między 1 a 3 rokiem życia					Aktualne uczęszczanie do przedszkola				
	Nie uczęszczał/-a (n = 1739)		Uczęszczał/-a (n = 597)		F (η^2)	Nie uczęszcza (n = 530)		Uczęszcza (n = 1713)		F (η^2)
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,35	3,36	26,82	3,06	9,61* (0,01)	26,46	3,24	26,45	3,41	ni
Eksternalizacja	13,90	3,37	13,71	3,49	ni	14,23	3,78	13,69	3,35	10,16* (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uspołecznienie dzieci w wieku przedszkolnym okazało się być związane jedynie z uczęszczaniem do placówki edukacyjnej w przeszłości. Te z dzieci, które miały za sobą pobyt w żłobku lub klubiku dziecięcym w okresie między pierwszym a trzecim rokiem życia charakteryzowały się wyższym *uspołecznieniem*. Poziom tej kompetencji nie wiązał się natomiast z aktualnym, na chwilę badania, uczęszczaniem lub nie uczęszczaniem do przedszkola. Z kolei w przypadku *eksternalizacji* zależności były odmienne. To czy dzieci w wieku przedszkolnym uczęszczały wcześniej do żłobka lub klubiku nie miało związku z natężeniem tej charakterystyki. Jednak te dzieci, które w momencie badania uczęszczały do przedszkola odznaczały się niższą *eksternalizacją* niż dzieci nad którymi opieka odbywała się raczej w warunkach domowych.

4.4.6. Sen

Istotnymi czynnikami związanymi z położeniem dziecka na wymiarach *uspołecznienie* i *eksternalizacja* były kwestie związane z zasypianiem. Jedną z takich istotnych spraw było to czy dziecko miało, w opinii rodzica, trudności z zasypianiem, co było traktowane jako jeden ze wskaźników zdolności dziecka do samokontroli oraz klimatu emocjonalnego panującego w rodzinie (Zuckerman, Stevenson, Bailey, 1987). Kwestia ta okazała się istotnie związana z wynikami testu (Lambda Wilksa = 0,97, $F(4,8224) = 27,39$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,01$). Dzieci, które w opinii rodziców *zawsze lub prawie zawsze* miały trudności z zasypianiem (Tab. 4.10.) uzyskały niższy wynik na wymiarze *uspołecznienia* niż dzieci, które takich trudności nie miały *nigdy lub prawie nigdy*. Znacznie większa różnica dotyczyła jednak wymiaru *eksternalizacji*.

Dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* miały trudności z zasypianiem w największym stopniu przejawiały zachowania *eksternalizacyjne*, istotnie niższy wynik wystąpił wśród dzieci, które takich trudności doświadczały *czasem*, a najniższa *eksternalizacja* wystąpiła wśród dzieci, które *nigdy lub prawie nigdy* nie miały kłopotów z zaśnięciem.

Innym aspektem związanym z zasypianiem była jego strona organizacyjna, to jest kwestia tego czy dziecko zasypia samodzielnie czy też ktoś mu wtedy towarzyszy oraz to czy dziecko zasypia we własnym łóżku czy też śpi w łóżku rodziców. Kwestia tego, jaki może to mieć związek z rozwojem dziecka nie jest jednoznaczna (Goldberg, Keller, 2007; Hayes i in., 2007; Hayes, Roberts, Stowe, 1996). Główna różnica jaką się obserwuje między dziećmi to fakt, że dzieci śpiące z rodzicami (*co-sleeping*) oraz takie, którym rodzice regularnie towarzyszą w zasypianiu częściej budzą się nocy oraz rzadziej przywiązują się do obiektów przejściowych, głównie maskotek i miękkich zabawek, które zabierają ze sobą do łóżka. Z kolei dzieci śpiące oddzielnie i zasypiające samodzielnie w większym stopniu korzystają z metod samouspokajania (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, Anders, 2002), co może sprzyjać ich większej stabilności emocjonalnej wynikającej z rozwiniętej samokontroli.

Tabela 4.10. Trudności z zasypianiem a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Czy dziecko ma trudności z zasypianiem?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 2501)		Czasem (n = 1115)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 128)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,39 ^a	3,29	25,94 ^{ab}	3,30	25,42 ^b	3,65	7,96* (0,01)
Eksternalizacja	13,71 ^a	3,44	14,79 ^b	3,49	16,12 ^c	4,04	50,17* (0,02)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Jak wynika z naszych badań (Tab. 4.11.) wyższe natężenie *eksternalizacji* wystąpiło u tych dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* zasypiały w obecności rodzica. Podobne wyniki uzyskano w odniesieniu do miejsca w którym zwykle zasypia dziecko (Tab. 4.12.; Lambda Wilksa = 0,97, $F(4,8224) = 27,39$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,01$). Te z dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* zasypiały we własnym łóżku charakteryzowały się niższą *eksternalizacją* niż dzieci, które przynajmniej czasami zasypiały w łóżku rodziców. Trudniejszy do przewidzenia był związek miejsca w którym zasypia dziecko i jego poziomu *uspołecznienia* (Tab. 4.12.). Okazało się, że najniższe *uspołecznienie* przejawiały te dzieci, które czasami zasypiały w łóżku rodziców, a czasami we własnym łóżku. Zarówno te dzieci, które *zawsze* spały z rodzicami jak i te, które *zawsze* zasypiały oddzielnie uzyskały wyższe wyniki.

W przypadku żadnego z czynników związanych z organizacją zasypiania w rodzinach dziecka, nie wystąpiła interakcja z wiekiem.

Tabela 4.11. Obecność innych osób a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Czy ktoś jest w pomieszczeniu dopóki dziecko nie zaśnie?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 1180)		Czasem (n = 818)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 1746)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,38	3,23	26,19	3,40	26,14	3,32	ni
Eksternalizacja	13,72 ^a	3,46	13,89 ^a	3,39	14,47 ^b	3,60	9,70* (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Tabela 4.12. Zасыpianie w łózkę rodziców a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Czy dziecko zasypia w swoim łózkę, to jest innym niż rodzice?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 767)		Czasem (n = 594)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2383)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	26,23 ^a	3,44	25,83 ^b	3,38	26,33 ^a	3,25	5,09* (0,01)
Eksternalizacja	14,59 ^a	3,74	14,41 ^a	3,47	13,87 ^b	3,46	9,23** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

4.4.7. Samokontrola

Jednym z czynników, co do których zakładano, że mogą wiązać się z wynikami w teście, była umiejętność kontroli emocji, przejawiająca się w umiejętności powstrzymania się od określonych zachowań i kierowania zachowaniem w sposób celowy. Odpowiedź na pytanie o to czy dziecko potrafi się uspokoić w ciągu 10–15 minut, gdy jest zdenerwowane (Tab. 4.13), okazało się wyraźnie związane z oboma wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Styl adaptacji* (Lambda Wilksa = 0,92, $F(4,8224) = 82,32$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,04$). Dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* potrafiły się uspokoić w ciągu kilkunastu minut, charakteryzowały się wyższym *uspołecznieniem* niż dzieci mające z tym trudności. Była to także ta grupa dzieci, w której zaobserwowano najniższą *eksternalizację*. Najwyższa *eksternalizacja* wystąpiła, z kolei, wśród dzieci, które w opinii rodziców, *nigdy lub prawie nigdy* nie potrafiły uspokoić się w ciągu 10–15 minut.

Nie wystąpiła interakcja między wiekiem dziecka i umiejętnością uspokojenia się w krótkim czasie a poziomem *uspołecznienia* i *eksternalizacji*.

Tabela 4.13. Umiejętność uspokojenia się a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Czy dziecko, kiedy jest zdenerwowane, potrafi się wyciszyć w ciągu 10–15 minut?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 223)		Czasem (n = 1153)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2368)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	25,59 ^a	3,85	25,70 ^a	3,27	26,54 ^b	3,24	29,24** (0,01)
Eksternalizacja	16,86 ^a	3,85	14,85 ^b	3,50	13,50 ^c	3,32	145,27** (0,07)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Rodziców pytano również czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym takim jak siadanie do stołu podczas posiłku lub sprzątanie zabawek, kiedy jest o to proszone (Tab. 4.14.). Kwestia ta również okazała się związana z oboma wymiarami kwestionariusza (Lambda Wilksa = 0,92, $F(4,8224) = 92,93$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,04$).

Dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* podejmowały tego typu zachowania, gdy były o to proszone, odznaczały się najniższą *eksternalizacją* i najwyższym *uspołecznieniem*. Na przeciwnym biegunie znajdowały się dzieci, które tego typu zachowań nie podejmowały *nigdy lub prawie nigdy*. W ich przypadku *uspołecznienie* było najniższe, a *eksternalizacja* najwyższa.

Nie wystąpiła interakcja między wiekiem dziecka i podporządkowywaniem się podstawowym zwyczajom domowym a poziomem *uspołecznienia* i *eksternalizacji*.

Tabela 4.14. Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a uspołecznieniem i eksternalizacją mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji*

Zmienne	Czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym (np. siada przy stole do posiłku, sprząta zabawki gdy jest o to proszone)?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 67)		Czasem (n = 1239)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2438)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Uspołecznienie	24,01 ^a	4,81	25,49 ^b	3,38	26,66 ^c	3,14	64,86** (0,03)
Eksternalizacja	16,70 ^a	4,03	15,26 ^b	3,60	13,45 ^c	3,30	134,45* (0,06)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

4.4.8. Korelacje wymiarów kwestionariusza *Styl adaptacji* i wymiarów kwestionariusza *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych*

W tabelach 4.15. oraz 4.16. zamieszczono współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wymiarami mierzonymi kwestionariuszami *Styl adaptacji* (uspołecznienie, eksternalizacja) oraz *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (kompetencje społeczne, lęk-wycofanie, złość-agresja) w grupach chłopców i dziewczynek należących do dwóch grup wiekowych: 25–42 miesiące oraz 43–66 miesięcy. Związki między poszczególnymi zmiennymi okazały się być bardzo zbliżone we wszystkich wyróżnionych grupach dzieci.

Wymiary *uspołecznienia* i *eksternalizacji* były ze sobą bardzo słabo skorelowane. W większości przypadków związek nie był istotny, jedynie w grupie dziewczynek w wieku od 3,5 do 5,5 lat uzyskano istotną, ujemną korelację. Był to jednak związek bardzo słaby (-0,12), co pozwala uznać, że kwestionariusz *Styl adaptacji* mierzy dwa niezależne od siebie konstrukty, tj. położenie na wymiarze *uspołecznienia* nie implikuje położenia na wymiarze *eksternalizacji* i odwrotnie.

Tabela 4.15. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami *Styl adaptacji* oraz *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 572$) i dziewczynek ($n = 543$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 lat)

Zmienne	Uspołecznienie (SA)	Eksternalizacja (SA)	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Uspołecznienie (SA)	--	-0,06	0,55**	-0,46**	-0,12
Eksternalizacja (SA)		-0,10	0,53**	-0,50**	-0,14
Kompetencje społeczne (SCBE)		--	-0,26**	0,10	0,74**
Lęk-wycofanie (SCBE)			-0,25**	0,17**	0,72**
Złość-agresja (SCBE)			--	-0,27**	-0,30**
				-0,32**	-0,28**
				--	0,21**
					0,27**
					--

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Tabela 4.16. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami *Styl adaptacji* oraz *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 961$) i dziewczynek ($n = 965$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)

Zmienne	Uspołecznienie (SA)	Eksternalizacja (SA)	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Uspołecznienie (SA)	--	-0,09	0,56**	-0,46**	-0,13**
Eksternalizacja (SA)		-0,12**	0,54**	-0,45**	-0,18**
Kompetencje społeczne (SCBE)		--	-0,35**	0,27**	0,75**
Lęk-wycofanie (SCBE)			-0,31**	0,24**	0,69**
Złość-agresja (SCBE)			--	-0,42**	-0,39**
				-0,35**	-0,40**
				--	0,34**
					0,34**
					--

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Oba wymiary mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji* korelowały z wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE), przy czym widoczna była wyraźna różnica między *uspołecznieniem* i *eksternalizacją*.

Pierwszy z tych wymiarów, *uspołecznienie*, wiązał się wyraźnie, i niemal jednakowo silnie, z dwoma wymiarami SCBE: dodatnio z *kompetencjami społecznymi* i ujemnie z *lękiem-wycofaniem*,

co stanowi wsparcie teoretycznej trafności narzędzia. Z kolei *eksternalizacja* mierzona kwestionariuszem *Styl adaptacji* była dość silnie, dodatkowo związana z wymiarem *złość-agresja* SCBE. Obie zmienne, w swoim założeniu, mają na celu pomiar podobnych konstruktów, a uzyskany wynik przemawia za trafnością wskaźnika będącego częścią *Stylu adaptacji*.

4.4.9. Wnioski

Przedstawiona w tym rozdziale analiza różnic pod względem *uspołecznienia* i *eksternalizacji* w różnych grupach dzieci oraz analiza związków z wynikami badania kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE) dowodzi, że *Styl adaptacji* prowadzi do uzyskania teoretycznie trafnych wyników. Istotne związki *uspołecznienia* i *eksternalizacji* z innymi badanymi charakterystykami podsumowano w Tab. 4.17.

Oba wymiary mierzone kwestionariuszem *Styl adaptacji* wiązały się z wiekiem dziecka. Dzieci starsze, powyżej 3,5 roku życia, odznaczały się wyższym *uspołecznieniem* i niższą *eksternalizacją*, co jest przejawem naturalnego rozwoju dziecka w kierunku lepszego panowania nad własnymi emocjami i wzrostem kompetencji społecznych (LaFreniere, Dumas, 1996). Wykazano także, obserwowane również przez innych badaczy (LaFreniere, Dumas, 1996; Kerr, Lopez, Olson, Sameroff, 2004), związki *eksternalizacji* z płcią i sytuacją finansową rodziny: wyższe wyniki zaobserwowano u chłopców oraz dzieci pochodzących z rodzin doświadczających trudności finansowych. Gorsza sytuacja finansowa rodziny była także związana z niższym poziomem *uspołecznienia* dziecka.

Niższe *uspołecznienie* dziecka zaobserwowano także gdy rodzice, zarówno matki, jak i, w mniejszym stopniu, ojcowie, posiadali wykształcenie zasadnicze zawodowe. Dzieci matek mających wykształcenie zawodowe, posiadały najniższy, wśród porównywanych grup, poziom *uspołecznienia*, natomiast dzieci ojców o takim właśnie poziomie wykształcenia były „uspołecznione” w stopniu mniejszym niż dzieci ojców mających wykształcenie wyższe. Wynik ten częściowo jest zgodny z przewidywaniami. Można założyć, że niskie wykształcenie będzie pozostawało w związku z niską pozycją społeczną, a to może stanowić czynnik zwiększający poziom stresu i napięcia odczuwanego przez rodziców, co, z kolei, może się przekładać na występowanie trudności w relacji z dzieckiem i prowadzić do niższych kompetencji społecznych (Kerr, Lopez, Olson, Sameroff, 2004). Okazało się jednak, że dzieci rodziców mających wykształcenie podstawowe uzyskały wynik podobny do rodziców mających wykształcenie średnie lub wyższe, co jest wynikiem trudnym do jednoznacznej interpretacji. Należy zwrócić uwagę, że grupa rodziców mających podstawowe wykształcenie była dużo mniej liczna od pozostałych, co zmusza do przeprowadzenia kolejnych badań dających, być może, więcej informacji na temat relacji między wymiarami mierzonymi kwestionariuszem, a wykształceniem rodziców.

Związek z wymiarami adaptacji dziecka miała także historia wczesnej edukacji, ale jedynie w wieku przedszkolnym, czyli powyżej trzeciego roku życia. Wśród dzieci młodszych, uczęszczenie, na przykład do żłobka, nie wiązało się ani z poziomem *uspołecznienia*, ani *eksternalizacji*.

Tabela 4.17. Podsumowanie: wyniki skali *Styl adaptacji* a inne badane czynniki

ZMIENNA	ZWIĄZKI SKALI USPOŁECZNIE- NIE Z INNYMI CZYNNIKAMI	ZWIĄZKI SKALI EKSTERNALIZACJA Z INNYMI CZYNNIKAMI
Wiek	Dzieci starsze uzyskują wyższe wyniki niż dzieci młodsze <i>Nie zaobserwowano różnic między chłopcami i dziewczynkami</i>	Dzieci starsze uzyskują niższe wyniki niż dzieci młodsze
Płeć	<i>Nie zaobserwowano różnic między chłopcami i dziewczynkami</i>	Chłopcy uzyskują wyższe wyniki niż dziewczynki
Wielkość miejscowości zamieszkania	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi mieszkającymi w miejscowościach różnej wielkości</i>	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi mieszkającymi w miejscowościach różnej wielkości</i>
Wykształcenie rodziców	Dzieci rodziców z wykształceniem zasadniczym zawodowym uzyskują niższe wyniki niż dzieci rodziców o innych poziomach wykształcenia	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi rodziców mających różne wykształcenie</i>
Sytuacja materialna rodziny	Dzieci z rodzin mających złą sytuację finansową uzyskują niższe wyniki	Dzieci z rodzin mających złą sytuację finansową uzyskują wyższe wyniki
Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi wychowującymi się w rodzinach pełnych i niepełnych</i> <i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi spędzającymi mniej lub więcej czasu z rodzicami na wykonywaniu wspólnych czynności</i>	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi wychowującymi się w rodzinach pełnych i niepełnych</i> <i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi spędzającymi mniej lub więcej czasu z rodzicami na wykonywaniu wspólnych czynności</i>
Opieka i edukacja instytucjonalna	Dzieci w wieku przedszkolnym mające za sobą uczęszczanie do żłobka lub klubu dziecięcego w wieku 1–3 lat uzyskują wyższe wyniki	Dzieci w wieku przedszkolnym uczęszczające do przedszkola uzyskują niższe wyniki
Sen	Dzieci, które często doświadczają trudności z zasypianiem uzyskują niższe wyniki Dzieci które zasypiają w różnych miejscach (czasami w łóżku rodziców, czasami we własnym) uzyskują niższe wyniki	Dzieci, które często doświadczają trudności z zasypianiem uzyskują wyższe wyniki Dzieci, których rodzice przebywają z nimi do momentu zaśnięcia uzyskują wyższe wyniki Dzieci śpiące w łóżku rodziców uzyskują wyższe wyniki
Samokontrola	Dzieci, które potrafią szybko się uspokoić, gdy są zdenerwowane, uzyskują wyższe wyniki niż dzieci mające z tym trudności Dzieci, które podporządkowują się podstawowym zycząjom domowym (siadanie do stołu, sprząatanie po sobie) uzyskują wyższe wyniki niż dzieci niezachowujące się w tym sposób	Dzieci, które mają trudności z szybkim uspokojeniem się, gdy są zdenerwowane, uzyskują wyższe wyniki niż dzieci niemające z tym trudności Dzieci, które nie podporządkowują się podstawowym zycząjom domowym (siadanie do stołu, sprząatanie po sobie) uzyskują wyższe wyniki niż dzieci zachowujące się w tym sposób
Korelacje z wymiarami kwestionariusza SCBE	Wynik na skali <i>uspołecznienie</i> koreluje dodatnio z kompetencjami społecznymi dziecka oraz ujemnie ze skłonnością dziecka do reagowania lękami i wycofaniem w relacjach społecznych	Wynik na skali <i>eksternalizacja</i> koreluje dodatnio ze skłonnością dziecka do odczuwania złości i podejmowania zachowań agresywnych

Być może wpływ uczęszczania do placówki edukacyjnej nie zaznacza się jeszcze wystarczająco silnie w poziomie uspołecznienia i eksternalizacji mierzonych kwestionariuszem *Styl adaptacji* u tak małych dzieci. Fakt wcześniejszego uczęszczania do żłobka/klubiku dziecięcego znajduje jednak swoje odzwierciedlenie w *uspołecznieniu* dzieci w wieku przedszkolnym. Może to świadczyć o tym, że kluczową kwestią jest tu liczba miesięcy/lat jaką dziecko uczęszcza do placówek edukacyjnych. Dzieci uczęszczające do żłobka, a potem przedszkola gromadzą w tym czasie kolejne kompetencje społeczne, a w okresie 3–6 lat różnice pod względem *uspołecznienia* i *eksternalizacji* między dziećmi o odmiennej historii edukacyjnej stają się na tyle wyraźne, że są łatwiejsze do obserwowania.

Wyraźne potwierdzenie trafności narzędzia uzyskano także, analizując związki *uspołecznienia* i *eksternalizacji* ze wskaźnikami emocjonalnego funkcjonowania dziecka i jego umiejętnością kontroli własnego zachowania. Wyższe *uspołecznienie* zaobserwowano wśród dzieci niemających trudności z zasypianiem, potrafiących szybko się uspokoić, gdy są zdenerwowane, podporządkowujących się codziennym domowym rytuałom. Z kolei *eksternalizacja* była wyższa wśród tych dzieci, które zasypiały z trudem, miały problemy z uspokojeniem się, przeciwstawiały się spełnianiu próśb rodziców.

Ciekawy wynik dotyczył miejsca w którym zasypiało zwykle dziecko (łóżko rodziców, własne łóżko) a jego *uspołecznieniem*. Najniższe kompetencje społeczne wystąpiły u tych dzieci, które zasypiały w różnych miejscach, czasami było to łóżko rodziców, czasami inne łóżko. Wyższe *uspołecznienie* wiązało się zarówno z codziennym zasypianiem we własnym łóżku, jak i codziennym zasypianiem w łóżku rodziców. Może to świadczyć o negatywnym wpływie braku przewidywalności, albo „rozproszenia” procesu zasypiania na rozwój uspołecznienia dziecka. Fakt, że dziecko zasypia w różnych miejscach może dowodzić braku kontroli rodziców i ich pozostawienie tej sprawy „samej sobie”. Jest to jednak wstępna hipoteza wymagająca potwierdzenia.

Teoretyczna trafność skali *Styl adaptacji* została także potwierdzona poprzez analizę związków z wynikami kwestionariusza *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE). *Uspołecznienie* korelowało dodatnio z wymiarem kompetencji społecznych i ujemnie ze skłonnością do wycofywania się z relacji społecznych mierzonych SCBE, a *eksternalizacja* korelowała dodatnio ze skłonnością dziecka do odczuwania złości i podejmowania zachowań agresywnych, czyli charakterystyką zbliżoną do tej mierzonej *Stylem adaptacji*.

4.5. Posługiwanie się kwestionariuszem

4.5.1. Procedura badania

Kwestionariusz *Styl adaptacji*, w obszarze praktyki psychologicznej i pedagogicznej, przeznaczony jest do badań indywidualnych ukierunkowanych na wsparcie rozwoju małego dziecka. Narzędzie może być przydatne w diagnozie dziecka dokonywanej w żłobku, przedszkolu, poradni psychologiczno-pedagogicznej. Badanie odbywa się z udziałem matki lub opiekunki prawnej dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia. Obecność dziecka nie tylko nie jest konieczna,

ale nie jest również zalecana ze względu na możliwe zakłócenia procedury badawczej. Skala może być także stosowana w badaniach naukowych, zarówno indywidualnie jak i grupowo. W przypadku naukowych badań grupowych należy zmodyfikować procedurę tak, aby to osoby badane samodzielnie odczytywały stwierdzenia skali.

W badaniu indywidualnym (diagnostycznym) osoba prowadząca badanie (diagnosta) odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład skali, a uczestnik badania (osoba badana, czyli matka lub opiekunka prawna dziecka) udziela ustnej odpowiedzi korzystając z karty odpowiedzi będącej elementem testu. Zmiana procedury badawczej na taką, w której osoba badana samodzielnie odczytuje pozycje testu i udziela odpowiedzi poprzez ich zaznaczenie na arkuszu testowym, nie była elementem procedury walidacyjnej i może prowadzić do zmiany trafności pomiaru. Z tego też powodu nie jest zalecana w badaniach indywidualnych.

Pierwszym etapem badania musi być nawiązanie kontaktu z osobą badaną oraz przedstawienie celu („Diagnoza społecznego i emocjonalnego funkcjonowania dziecka”) i przebiegu badania (stwierdzenia będą odczytywane przez diagnostę). Należy poprosić osobę badaną, aby udzielała szczerych odpowiedzi, gdyż będzie to pomocne w diagnozie rzeczywistej sytuacji dziecka, a tym samym może wspomagać planowanie późniejszych oddziaływań. W tym celu należy odczytać treść instrukcji szczerości zamieszczonej na stronie 47 niniejszego podręcznika. Po omówieniu przebiegu badania diagnosta powinien odczytać instrukcję, której treść zamieszczona jest na arkuszu testowym, a następnie wręczyć osobie badanej kartę odpowiedzi stanowiącą część arkusza testowego i poprosić o zapoznanie się z instrukcją do niej. Po wykonaniu tej procedury wskazane jest upewnienie się, że zarówno procedura badania jak i udzielania odpowiedzi jest dla osoby badanej zrozumiała.

Badanie musi być prowadzone w miejscu zapewniającym maksymalny komfort fizyczny i emocjonalny. Osoba badana oraz diagnosta powinni usiąść naprzeciw siebie, przy stole lub biurku, bez obecności osób trzecich. Jeśli nie można tego uniknąć, dopuszcza się obecność dziecka którego dotyczy badanie lub innego dziecka, jednak rolą diagnosty jest takie aranżowanie sytuacji badania, aby unikać tego typu sytuacji. Niedopuszczalna jest jednak obecność innych osób dorosłych w momencie badania.

Osoba prowadząca badanie odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład kwestionariusza, a osoba badana, wspomagając się otrzymaną kartą odpowiedzi, ustnie udziela informacji na temat dziecka. Odpowiedzi muszą być nanoszone przez diagnostę na arkusz testowy poprzez zakreślenie kółkiem odpowiedzi wskazanej przez osobę badaną.

Czas badania nie jest ograniczony, osoba badana może dowolnie długo zastanawiać się przed podaniem ostatecznej odpowiedzi. Po zakończeniu badania diagnosta przystępuje do procedury obliczania wyników zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 4.5.2., wykorzystując arkusz oceny wyników badania kwestionariuszem *Styl adaptacji* będący elementem testu (patrz: Załącznik nr 4 do tego rozdziału).

4.5.2. Obliczanie wyników

Badanie kwestionariuszem *Styl adaptacji* prowadzi od uzyskania dwóch odrębnych wyników, jednego dla skali *uspołecznienie* i jednego dla skali *eksternalizacja*. Wynikiem każdej ze skal jest suma punktów obliczona przy uwzględnieniu wszystkich pozycji wchodzących w skład danej skali zgodnie z kluczem.

Wynikiem skali **uspołecznienie** jest suma punktów ze wszystkich pozycji wchodzących w jej skład. Obliczając wynik surowy uzyskany przez osobę badaną, należy zastosować następujący sposób punktacji:

Odpowiedź „1” (nigdy) – otrzymuje 1 punkt

Odpowiedź „2” (czasem) – otrzymuje 2 punkty

Odpowiedź „3” (często) – otrzymuje 3 punkty

Odpowiedź „4” (zawsze) – otrzymuje 4 punkty

Ponieważ skala składa się z ośmiu pozycji wyniki minimalny skali wynosi 8, a wynik maksymalny wynosi 32. Im wyższy jest wynik uzyskany przez osobę badaną, tym wyższe jest uspołecznienie dziecka, rozumiane jako posiadanie przez dziecko kompetencji społecznych. Po obliczeniu wyniku surowego, konieczne jest przekształcenie go na wynik znormalizowany (oparty na skali staninowej) wykorzystując dane zawarte w Tab. 4.18. (s. 69) i 4.19. (s. 72).

Wynikiem skali **eksternalizacja** jest suma punktów uzyskanych na podstawie wszystkich pozycji skali. Obliczając wynik surowy uzyskany przez osobę badaną należy zastosować następujący sposób punktacji:

Odpowiedź „1” (nigdy) – otrzymuje 1 punkt

Odpowiedź „2” (czasem) – otrzymuje 2 punkty

Odpowiedź „3” (często) – otrzymuje 3 punkty

Odpowiedź „4” (zawsze) – otrzymuje 4 punkty

Skala **eksternalizacja** składa się z siedmiu pozycji, stąd wynik surowy zawiera się w przedziale od 7 do 28. Im wyższy jest wynik osoby badanej, tym wyższa częstotliwość doświadczania negatywnych emocji złości i zdenerwowania oraz częstsze podejmowanie przez dziecko zachowań buntowniczych i agresywnych. Po obliczeniu wyniku surowego, konieczne jest przekształcenie go na wynik znormalizowany (oparty na skali staninowej) wykorzystując dane zawarte w Tab. 4.18. (s. 69) i 4.19. (s. 72).

4.5.3. Ocena i interpretacja wyników

Ocena wyników badania musi zostać dokonana przez odniesienie ich do wyników charakterystycznych dla ogólnopolskiej próby normalizacyjnej składającej się z matek i opiekunek prawnych dzieci w wieku od 1,5 do 5,5 roku życia.

Ponieważ jakość pomiaru uzależniona jest nie tylko od przebiegu samej sytuacji testowej, ale także konstrukcji – w tym rzetelności – samego kwestionariusza, ocena wyników powinna być przeprowadzona po obliczeniu przedziałów ufności dla wyniku otrzymanego. Wynik surowy uzyskany w pomiarze należy traktować jedynie jako pewną wskazówkę, przybliżenie prawdziwego natężenia badanej charakterystyki. Aby określić w jakim przedziale mieści się wynik prawdziwy osoby badanej należy zastosować dane zawarte w Tab. 4.18. według wzoru (patrz: PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW, s. 70):

<wynik uzyskany w teście – wartość półprzedziału ufności (PU); wynik uzyskany w teście + wartość półprzedziału ufności (PU)>

Tabela 4.18. Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów kwestionariusza Styl adaptacji

Grupa wiekowa	Chłopcy				Dziewczyny			
	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%
USPOŁECZNIENIE								
18–24 mies.	0,74	1,70	2,45 (2)	3,34 (3)	0,71	1,80	2,60 (3)	3,54 (4)
25–30 mies.	0,73	1,69	2,43 (2)	3,31 (3)	0,72	1,66	2,39 (2)	3,26 (3)
31–36 mies.	0,77	1,58	2,28 (2)	3,10 (3)	0,74	1,63	2,34 (2)	3,19 (3)
37–42 mies.	0,76	1,65	2,37 (2)	3,23 (3)	0,75	1,68	2,42 (2)	3,29 (3)
43–48 mies.	0,75	1,64	2,35 (2)	3,20 (3)	0,71	1,64	2,37 (2)	3,22 (3)
49–54 mies.	0,76	1,62	2,34 (2)	3,18 (3)	0,78	1,58	2,27 (2)	3,09 (3)
55–60 mies.	0,77	1,66	2,39 (2)	3,25 (3)	0,70	1,69	2,44 (2)	3,32 (3)
61–66 mies.	0,81	1,60	2,30 (2)	3,14 (3)	0,70	1,62	2,33 (2)	3,17 (3)
EKSTERNALIZACJA								
18–24 mies.	0,83	1,49	2,15 (2)	2,93 (3)	0,86	1,41	2,04 (2)	2,77 (3)
25–30 mies.	0,84	1,42	2,04 (2)	2,78 (3)	0,82	1,42	2,04 (2)	2,78 (3)
31–36 mies.	0,84	1,42	2,04 (2)	2,78 (3)	0,79	1,48	2,14 (2)	2,91 (3)
37–42 mies.	0,82	1,47	2,12 (2)	2,89 (3)	0,83	1,45	2,08 (2)	2,84 (3)
43–48 mies.	0,84	1,49	2,15 (2)	2,92 (3)	0,81	1,46	2,11 (2)	2,87 (3)
49–54 mies.	0,84	1,41	2,03 (2)	2,77 (3)	0,78	1,45	2,09 (2)	2,85 (3)
55–60 mies.	0,85	1,39	2,00 (2)	2,73 (3)	0,77	1,39	2,00 (2)	2,73 (3)
61–66 mies.	0,81	1,44	2,07 (2)	2,82 (3)	0,82	1,51	2,18 (2)	2,97 (3)

PU – półprzedział ufności dla wyniku otrzymanego w teście

PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW

Chłopiec w wieku 39 miesięcy, na podstawie badania matki, uzyskał w teście wyniki surowe:

USPOŁECZNIENIE: 15 punktów

EKSTERNALIZACJA: 12 punktów

Aby obliczyć przedziały, w których z prawdopodobieństwem 85% mieści się wynik prawdziwy chłopca, należy do wartości wyniku surowego dodać (w celu obliczenia górnego przedziału ufności) oraz odjąć (w celu utworzenia dolnego przedziału ufności) wartości zapisane pogrubioną czcionką¹¹ w Tab. 4.18, w wierszu zawierającym dane odpowiedniej grupy wiekowej (tu: 37–42 mies.):

USPOŁECZNIENIE: <15 – 2; 15 + 2>

EKSTERNALIZACJA: <12 – 2; 12 + 2>

Efektom tej procedury jest uzyskanie przedziałów 85% ufności dla wyniku otrzymanego w teście. Wyniki prawdziwe badanego chłopca, z 85% prawdopodobieństwem, zawierają się w przedziałach:

USPOŁECZNIENIE: 13–17 punktów

EKSTERNALIZACJA: 10–14 punktów

Tak obliczone wyniki, uzyskane w teście, należy porównać z normami dla testu zamieszczonymi w Tab. 4.19. określając, czy na którymkolwiek z wymiarów mierzonych testem, dziecko znajduje się w grupie dużego ryzyka wystąpienia trudności rozwojowych czy też nie.

W omawianym przykładzie, wynik na skali *eksternalizacji* należy do zakresu wyników niskich i przeciętnych, nie wskazując na duże ryzyko występowania trudności rozwojowych związanych z poziomem zachowań eksternalizacyjnych przejawianych przez dziecko. Jednak w przypadku *uspołecznienia* przedział ufności dla wyniku otrzymanego w całości znajduje się w obszarze wyników niskich, co w tym przypadku jest wskaźnikiem potencjalnie dużego ryzyka trudności rozwojowych.

Chłopiec, którego dotyczyło badanie, niechętnie nawiązuje kontakty społeczne, jest wycofany i zamknięty w sobie. Taki układ wyników stanowić może czynnik ryzyka dla rozwoju społecznego i emocjonalnego obecnie oraz w kolejnych latach.

¹¹ Ponieważ w badaniach naukowych może zaistnieć potrzeba posłużenia się dokładnymi wartościami półprzedziałów ufności, także te wartości zostały zamieszczone w tabeli. Z punktu widzenia praktyki psychologiczno-pedagogicznej wartości zaokrąglone i zapisane pogrubioną czcionką są wystarczające.

Wyniki na skali *uspołecznienie*, które zostały określone jako wskazujące na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych, znajdowały się poniżej pierwszego odchylenia standardowego od średniej (od -3z do -1z; od 1 do 3 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników bardzo niskich i niskich (Hornowska, 2003). Wyniki określone jako wskazujące na małe ryzyko trudności rozwojowych na wymiarze *uspołecznienie* znajdowały się powyżej pierwszego odchylenia standardowego poniżej średniej (od -1z do +3z; od 4 do 9 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników średnich i wysokich.

Dziecko, które na wymiarze USPOŁECZNIENIA uzyskuje wynik wskazujący na MAŁE RYZYKO trudności rozwojowych jest pewne siebie, chętnie podejmuje kontakty społeczne, jest otwarte, chętnie wyraża własne zdanie i dzieli się pomysłami.

Dziecko, które na wymiarze USPOŁECZNIENIA uzyskuje wynik wskazujący na DUŻE RYZYKO trudności rozwojowych jest zamknięte w sobie i rzadko zwraca się do dorosłego z prośbą o pomoc, ma trudności z nawiązywaniem kontaktów z dorosłymi i rówieśnikami. Dzieci uzyskujące niski wynik na wymiarze uspołecznienia, mogą spotykać się z nieakceptowaniem ich zachowania przez rodziców, są również zagrożone rozwojem niskiej samooceny oraz trudnościami emocjonalnymi.

Wyniki na skali *eksternalizacja*, które zostały określone jako wskazujące na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych, znajdowały się powyżej pierwszego odchylenia standardowego od średniej (od +1z do +3z; od 4 do 9 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników wysokich i bardzo wysokich (Hornowska, 2003). Wyniki określone jako wskazujące na występowanie małego ryzyka trudności rozwojowych znajdowały się poniżej pierwszego odchylenia standardowego powyżej średniej (od -3z do 1z; od 1 do 3 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników niskich i średnich.

Dziecko, które na wymiarze EKSTERNALIZACJI uzyskuje wynik wskazujący na MAŁE RYZYKO trudności rozwojowych odznacza się wysoką samokontrolą emocjonalną i nie ma dużych skłonności do podejmowania zachowań agresywnych.

Dziecko, które na wymiarze EKSTERNALIZACJI uzyskuje wynik wskazujący na DUŻE RYZYKO trudności rozwojowych często doświadcza negatywnych emocji, z którymi nie potrafi sobie poradzić oraz dokonuje ich rozładowania poprzez podejmowanie zachowań buntowniczych i agresywnych. Wysoka skłonność do podejmowania zachowań eksternalizacyjnych może być wskaźnikiem niedostatecznie rozwiniętej kontroli emocjonalnej i/lub wskaźnikiem wysokiego poziomu napięcia doświadczanego przez dziecko. Skłonność do podejmowania zachowań eksternalizacyjnych wykazuje tendencję do utrwalania się w czasie.

Tabela 4.19. Ocena położenia dziecka na wymiarach *uspołecznienie i eksternalizacja* mierzonych kwestionariuszem *Styl adaptacji*. Normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia

Grupa wiekowa	Chłopcy		Dziewczynki	
	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych
USPOŁECZENIE				
18–24 mies.	8–22	23–32	8–21	22–32
25–30 mies.	8–22	23–32	8–23	24–32
31–36 mies.	8–22	23–32	8–23	24–32
37–42 mies.	8–22	23–32	8–22	23–32
43–48 mies.	8–22	23–32	8–23	24–32
49–54 mies.	8–23	24–32	8–22	23–32
55–60 mies.	8–22	23–32	8–23	24–32
61–66 mies.	8–22	23–32	8–23	24–32
EKSTERNALIZACJA				
18–24 mies.	19–28	7–18	19–28	7–18
25–30 mies.	19–28	7–18	18–28	7–17
31–36 mies.	19–28	7–18	17–28	7–16
37–42 mies.	19–28	7–18	18–28	7–17
43–48 mies.	19–28	7–18	18–28	7–17
49–54 mies.	18–28	7–17	17–28	7–16
55–60 mies.	18–28	7–17	16–28	7–15
61–66 mies.	17–28	7–16	17–28	7–16

W Tab. 4.20. i 4.21. zaprezentowano efekt analiz przeprowadzonych w dwóch grupach dzieci: od 1,5 do 3,5 roku życia oraz od 3,5 do 5,5 roku życia. Dane te, w sposób uogólniony, przedstawiają jaki procent dzieci znalazł się w grupie dużego ryzyka lub w grupie małego ryzyka występowania trudności rozwojowych.

W grupie dzieci od 1,5 do 3,5 roku życia (18–42 mies. ż.; Tab. 4.20.) do grupy dużego ryzyka należało: na wymiarze *uspołecznienie* – 12%, a na wymiarze *eksternalizacji* 13% dzieci. Sytuacja, w której dziecko na obu wymiarach mierzonych kwestionariuszem *Styl adaptacji* znalazłoby się w grupie dużego ryzyka należała do rzadkości. W grupie „podwójnego ryzyka” znalazło się jedynie 3% badanych dzieci. Łącznie, 28% dzieci badanych testem *Styl adaptacji*, znalazło się

w grupie dużego ryzyka przynajmniej na jednym z wymiarów. Niemal trzy czwarte dzieci, 72%, na żadnym z wymiarów nie znalazło się w grupie dużego ryzyka.

Tabela 4.20. Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka trudności rozwojowych na wymiarach *uspołecznienie* i *eksternalizacja* w grupie dzieci w wieku od 1,5 do 3,5 lat

		Wiek 1,5–3,5 lat.	Eksternalizacja		Ogółem
			Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych	
Uspocznienie	Duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczebność	52	219	271
		% całej próby	3%	12%	15%
	Małe ryzyko trudności rozwojowych	Liczebność	243	1371	1614
		% całej próby	13%	72%	85%
Ogółem		Liczebność	295	1590	1885
		% całej próby	16%	84%	100%

Wśród dzieci starszych, to jest w wieku od 3,5 do 5,5 lat, uzyskane wyniki były niemal identyczne (Tab. 4.21.). Jak z tego wynika, w badaniu kwestionariuszem *Styl adaptacji*, w różnych grupach wiekowych, ponad 70% dzieci nie znajduje się w ogóle w grupie dużego ryzyka, a w pozostałej grupie przeważają dzieci, które znajdują się w grupie dużego ryzyka tylko na jednym z wymiarów.

Tabela 4.21. Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka trudności rozwojowych na wymiarach *uspołecznienie* i *eksternalizacja* w grupie dzieci w wieku od 3,5 do 5,5 lat

		Wiek 3,5–5,5 lat.	Eksternalizacja		Ogółem
			Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych	
Uspocznienie	Duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczebność	55	255	310
		% całej próby	3%	14%	17%
	Małe ryzyko trudności rozwojowych	Liczebność	202	1345	1547
		% całej próby	11%	72%	83%
Ogółem		Liczebność	257	1600	1857
		% całej próby	14%	86%	100%

Czynniki, które można traktować jako sprzyjające znalezieniu się grupie dużego ryzyka lub grupie małego ryzyka, to jest związane z niższym lub wyższym położeniem na wymiarach *uspołecznienia* i *eksternalizacji*, przedstawiono w rozdziale 4.4. (Różnice międzygrupowe).

4.6. Podsumowanie

Kwestionariusz *Styl adaptacji* pozwala na pomiar natężenia zachowań przejawianych przez dziecko w dwóch obszarach:

1. *Uspołecznienie*, czyli swoboda i pewność siebie z jaką dziecko angażuje się w kontakty z innymi osobami.
2. *Eksternalizacja*, czyli skłonność dziecka do doświadczania złości i zniecierpliwienia i przejawiania zachowań takich jak rzucanie przedmiotami, niszczenie przedmiotów, krzyk, tupanie.

Wyniki badań normalizacyjnych wykazały, że kwestionariusz *Styl adaptacji* pozwala na pomiar tych wymiarów w sposób rzetelny oraz trafny.

Kwestionariusz *Styl adaptacji* służy do badania zachowań dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia (1,5–5,5 lat) w opinii ich matek lub opiekunek prawnych. Test pozwala jedynie na pomiar indywidualny, a badanie można prowadzić w obecności jedynie matki lub opiekunki prawnej dziecka, a gdy nie ma innego wyjścia także w obecności dziecka. Kwestionariusz posiada normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesiąca życia.

ZAŁĄCZNIK 1

KWESTIONARIUSZ „STYL ADAPTACJI”

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub

Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Przeczytam Pani opis różnych zachowań, które może Pani obserwować u swojego dziecka. Dla każdego z nich proszę określić jak często obserwuje Pani dane zachowanie. Proszę posłużyć się skalą od 1 do 4 gdzie 1 oznacza *nigdy*, 2 *czasem*, 3 *często* a 4 *zawsze*.

DIAGNOSTA: WRĘCZYĆ RESPONDENTOWI KARTĘ ODPOWIEDZI z opisanymi wartościami.

NR	TREŚĆ	SKALA
		1 – nigdy, 2 – czasem, 3 – często, 4 – zawsze
1.	Chętnie bawi się z innymi dziećmi	1 – 2 – 3 – 4
2.	W jego kontaktach z dorosłymi jest sporo złości i agresji	1 – 2 – 3 – 4
3.	Ma swoje pomysły w różnych sytuacjach	1 – 2 – 3 – 4
4.	Zdarza się, że rzuca zabawkami, gdy mu się czegoś odmówi	1 – 2 – 3 – 4
5.	Krzyczy albo tupie, gdy mu się coś nie podoba	1 – 2 – 3 – 4
6.	Szybko oswaja się z nowymi sytuacjami	1 – 2 – 3 – 4
7.	Łatwo nawiązuje kontakty z rówieśnikami	1 – 2 – 3 – 4
8.	Gdy jest z czegoś niezadowolone złości się	1 – 2 – 3 – 4
9.	Z powodzeniem bierze udział w różnych, proponowanych mu zajęciach	1 – 2 – 3 – 4
10.	Potrafi wyrażać swoje upodobania	1 – 2 – 3 – 4
11.	Jest otwarte i ciekawe tego, co dzieje się wokół	1 – 2 – 3 – 4
12.	Stawia silny opór, gdy mu się coś nie podoba	1 – 2 – 3 – 4
13.	Potrafi powiedzieć albo pokazać, czego potrzebuje	1 – 2 – 3 – 4
14.	Radzi sobie w zakresie podstawowych czynności – ubierania się, jedzenia, mycia	1 – 2 – 3 – 4
15.	Spontanicznie zwraca się o pomoc do dorosłego	1 – 2 – 3 – 4
16.	Widać, że jest twórcze w tym, co robi, ma swoje pomysły	1 – 2 – 3 – 4
17.	Szybko się niecierpliwi i denerwuje	1 – 2 – 3 – 4
18.	Wyładowuje swoją złość na zabawkach albo innych przedmiotach	1 – 2 – 3 – 4

ZAŁĄCZNIK 2

KWESTIONARIUSZ „STYL ADAPTACJI”

KARTA ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Oceniając, jak często obserwuje Pani dane zachowanie u dziecka proszę posłużyć się poniższą skalą. Odpowiedzi proszę udzielać albo przez wymówienie ETYKIETY/NAZWY punktu na skali najlepiej opisującego dziecko (np. „*nigdy*”) albo poprzez podanie WARTOŚCI LICZBOWEJ odpowiadającej odpowiedzi (np. „*jeden*”).

- 1 – nigdy**
- 2 – czasem**
- 3 – często**
- 4 – zawsze**

ZAŁĄCZNIK 3

KWESTIONARIUSZ „STYL ADAPTACJI”

KLUCZ ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Wynikiem jest suma punktów z pozycji wchodzących w skład poszczególnych skal. Odpowiedzi są punktowane zgodnie z tym jak zapisano to na arkuszu testowym: 1 – nigdy, 2 – czasem, 3 – często, 4 – zawsze.

1. Uspołecznienie: 3, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16
2. Eksternalizacja: 2, 4, 5, 8, 12, 17, 18

Pozycje 1, 9 i 14 nie są uwzględniane w obliczaniu wyników

ZAŁĄCZNIK 4

KWESTIONARIUSZ „STYL ADAPTACJI”

ARKUSZ OCENY WYNIKÓW

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub

Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Data badania:				
Wiek dziecka w latach:				
Wiek dziecka w miesiącach:				
Płeć dziecka:	<table border="1"><tr><td>Dziewczynka</td><td>Chłopiec</td></tr></table>	Dziewczynka	Chłopiec		
Dziewczynka	Chłopiec				
Wyniki surowe:					
Skala USPOŁECZNIE NIE:				
Skala EKSTERNALIZACJA:				
Przedziały ufności:					
Skala USPOŁECZNIE NIE: (85% 95% poprawne zakreślić)				
Skala EKSTERNALIZACJA: (85% 95% poprawne zakreślić)				
Wyniki przeliczone:					
Skala USPOŁECZNIE NIE					
Czy dziecko należy do grupy dużego ryzyka trudności rozwojowych:	<table border="1"><tr><td>TAK</td><td>NIE</td></tr><tr><td colspan="2"><i>poprawne zakreślić</i></td></tr></table>	TAK	NIE	<i>poprawne zakreślić</i>	
TAK	NIE				
<i>poprawne zakreślić</i>					
Skala EKSTERNALIZACJA:					
Czy dziecko należy do grupy dużego ryzyka trudności rozwojowych:	<table border="1"><tr><td>TAK</td><td>NIE</td></tr><tr><td colspan="2"><i>poprawne zakreślić</i></td></tr></table>	TAK	NIE	<i>poprawne zakreślić</i>	
TAK	NIE				
<i>poprawne zakreślić</i>					

Rozdział 5.

Skala *Reakcja na nowość*

Konrad Piotrowski

5.1. Zarys teoretyczny

Jednym z wymiarów, na których można obserwować wyraźne różnice między dziećmi, jest sposób reagowania na nowe obiekty/bodźce, zarówno społeczne, (inni ludzie, nowe sytuacje), jak i fizyczne, takie jak nieznanne dziecku przedmioty czy budynki. W nowym miejscu lub w obecności nieznanymi osób niektóre dzieci zachowują się całkowicie lub niemal całkowicie naturalnie, podczas gdy u innych można w takich sytuacjach obserwować wzrost napięcia emocjonalnego, lęku, przerwanie dotychczasowej zabawy i chęć zbliżenia się do rodzica/opiekuna. Różnice indywidualne między dziećmi w zakresie sposobu reagowania na nowe bodźce można obserwować już na początku pierwszego roku życia.

Reakcja na nowość

jest przez autorów skali *Reakcja na nowość* rozumiana jako charakterystyczny dla dziecka sposób reagowania w sytuacjach związanych z nieznanymi osobami, przedmiotami, miejscami.

Podłużne badania nad zahamowaniem (*behavioral inhibition*), jak określa się wzorzec zachowania w odpowiedzi na nowe bodźce (Kagan i in., 1988), doprowadziły do dwóch głównych obserwacji (Fox i in., 2005). Po pierwsze, skłonność dziecka do określonego sposobu reagowania na nowe bodźce wykazuje dość dużą stałość w czasie ze względu na to, że jest związana z funkcjonowaniem mózgu. Po drugie, czynniki środowiskowe i cechy dziecka mogą oddziaływać na trajektorię rozwoju zahamowania, osłabiając je lub wzmacniając z biegiem lat.

Różny sposób reagowania przez dzieci na nowe bodźce wiązany jest z pobudliwością układu limbicznego (zwłaszcza ciała migdałowatego), co wiąże się z mniejszą lub większą skłonnością dziecka do powstawania reakcji lęku (Kagan i in., 1988). Badania prowadzone w tym obszarze pozwoliły jednak stwierdzić, że sposób w jaki dziecko reaguje na nowość istotnie zmienia się w trakcie jego życia w odpowiedzi na warunki rozwoju. Choć więc początkowa skłonność do określonego sposobu reagowania na nowe bodźce może być efektem wrodzonych mechanizmów, to obserwuje się istotne zmiany poziomu zahamowania dziecka w okresie dzieciństwa i dorastania w zależności od jakości otoczenia społecznego.

Kluczowym czynnikiem związanym z zachowaniem się dziecka w kontakcie z nowością są oddziaływania wychowawcze podejmowane przez rodziców/opiekunów. Nadopiekuńczość i nadmierna kontrola zachowania dziecka, poprzez ograniczanie zakresu eksploracji otoczenia,

utrudnia rozwój kompetencji związanych z samodzielnym radzeniem sobie z rozwiązywaniem wewnętrznych (emocjonalnych) i interpersonalnych (społecznych) trudności. Z tego też powodu może prowadzić do negatywnego reagowania przez dziecko na nowość ze względu na jego niskie kompetencje społeczno-emocjonalne (Rubin, Burgess, 2001). Niskiemu zahamowaniu (pozytywnemu reagowaniu na nowość) sprzyja, z kolei, zachęcanie dziecka do angażowania się w nowe relacje społeczne poprzez budowanie zróżnicowanego społecznie środowiska rozwoju. W zgodzie z tym pozostaje obserwacja, że edukacja przedszkolna, poprzez dawanie dziecku okazji do kształtowania zdolności do radzenia sobie ze zróżnicowanym środowiskiem społecznym, może przyczyniać się do zmniejszania się poziomu zahamowania społecznego.

Bardziej pozytywne reagowanie na nowość wiąże się także z posiadaniem przez dziecko wysokich kompetencji w zakresie samoregulacji zachowania, w tym regulacji emocji, oraz dużej wiedzy o świecie (Fox i in., 2005) wynikającej z doświadczenia oraz przekazywanej bezpośrednio przez rodziców (np. bajki, rozmowy).

Rodzicielstwo dające poczucie bezpieczeństwa, ale nie ograniczające nadmiernie naturalnej dla dziecka skłonności do poznawania swojego otoczenia, wpływa na wzorzec przywiązania dziecka do opiekuna (por. rozdział 1), a tym samym bierze udział w budowaniu przez dziecko ogólnej opinii na temat otaczającego go świata (Bowlby, 2007). Dzieci reprezentujące bezpieczny wzorzec przywiązania do opiekuna, czują się bardziej pewne siebie i odczuwają wyższy poziom bezpieczeństwa, gdy stykają się z nowymi bodźcami. Z kolei dzieci charakteryzujące się pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania, mogą mieć większą skłonność do reagowania na nowość lękiem i wycofaniem.

Wyniki badań nakazują traktowanie tego jak dziecko reaguje na nowość jako ważnej cechy pozwalającej na ocenę ryzyka rozwoju w kolejnych latach. Dzieci zahamowane (negatywnie reagujące na nowość), już w okresie dzieciństwa, są częściej odrzucane przez rówieśników, częściej doświadczają negatywnych emocji, częściej funkcjonują na obrzeżach grupy rówieśniczej, należą do grupy ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych i depresji, a w okresie szkolnym częściej są samotne i mają niskie kompetencje społeczne (Fox i in., 2005; Rubin, Burges, 2001). Z tego też powodu jest to cecha, która w szczególny sposób powinna stanowić obszar zainteresowania psychologów i pedagogów zainteresowanych wczesną identyfikacją obecności czynników ryzyka w rozwoju dziecka. Prezentowana skala *Reakcja na nowość* ma na celu wsparcie tego procesu.

5.2. Charakterystyka narzędzia

Skala *Reakcja na nowość* składa się z ośmiu pozycji mających postać stwierdzeń dotyczących zachowań dziecka w obliczu nowych miejsc, sytuacji i osób. Każde ze stwierdzeń jest oceniane przez rodzica lub opiekuna prawnego poprzez wskazanie czy dziecko *właśnie tak się na ogół zachowuje*. W celu dokonania oceny, osoba badana korzysta z dwupunktowej skali odpowiedzi: 1 – *nie*, 2 – *tak*.

Wszystkie pozycje kwestionariusza tworzą jedną skalę:

1. **Skala Reakcja na nowość** (8 pozycji): opisuje zachowania dziecka związane ze sposobem reagowania w sytuacjach związanych z nieznanymi osobami, przedmiotami i miejscami. Stwierdzenia kwestionariusza dotyczą takich reakcji dziecka jak odczuwanie zakłopotania w sytuacji pojawienia się nowych osób, szybkość adaptacji do nowych osób i miejsc, „naturalność zachowania” w nowych sytuacjach i w obecności nieznanymi osób.

5.3. Parametry psychometryczne

5.3.1. Rozkład wyników

W Tab. 5.1. przedstawiono podstawowe statystyki opisowe skali *Reakcja na nowość*. Szczególnie istotne są wartości skośności¹² i kurtozy¹³, które pozwalają uznać rozkład wyników, w różnych grupach wiekowych i płciowych, za bliski rozkładowi normalnemu (wszystkie wartości znajdują się w przedziale od -1 do 1).

Tabela 5.1. Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza wyników skali *Reakcja na nowość* w różnych grupach dzieci

Grupa	Reakcja na nowość			
	M	SD	Skośność	Kurtoza
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat (18–42 mies. ż.); n = 953	12,99	2,09	-0,63	-0,36
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat (18–42 mies. ż.); n = 933	12,84	2,12	-0,57	-0,48
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); n = 927	13,01	2,18	-0,66	-0,44
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); n = 931	13,01	2,14	-0,62	-0,40

5.3.2. Struktura czynnikowa

Ocenę struktury czynnikowej skali *Reakcja na nowość* przeprowadzono z zastosowaniem procedury konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA)¹⁴. Dane na temat struktury czynnikowej narzędzia w grupach chłopców i dziewczynek przedstawiono w Tab. 5.2.

Tabela 5.2. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury jednoczynnikowej kwestionariusza *Reakcja na nowość*

Podgrupa	Chi kwadrat/df	CFI	RMSEA
Chłopcy, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1880)	$\chi^2 = 228,56$, df = 19	0,92	0,07
Dziewczynki, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1864)	$\chi^2 = 205,87$, df = 19	0,93	0,07

Uwaga: istotność wszystkich testów chi kwadrat przedstawionych w tabeli wynosiła $p < 0,001$

¹² Por. przypis 7 na s. 51.

¹³ Por. przypis 8 na s. 51.

¹⁴ Por. przypis 9 na s. 52.

Ze względu na silny związek między wariacjami błędów dwóch pozycji (nr 1 i nr 5) wchodzących w skład skali, ujawniony za pomocą indeksów modyfikacji (wartość M.I. powyżej 100), w analizie uwzględniono korelację między nimi zarówno w grupie chłopców, jak i dziewczynek. Uwzględniając te związki w analizie czynnikowej, stwierdzono, że struktura czynnikowa skali *Reakcja na nowość* okazała się zadowalająca w obu grupach.

5.3.3. Rzetelność

Rzetelność skali *Reakcja na nowość*, określoną za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej (homogeniczności skali) alfa Cronbacha, przedstawiono w Tab 5.3. Rzetelność skali wynosiła, w różnych grupach dzieci, od 0,72 do 0,76. Są to wartości umiarkowanie wysokie, jednak pozwalające na rzetelny pomiar badanego konstruktów.

Tabela 5.3. Rzetelność skali *Reakcja na nowość* w różnych grupach osób badanych

Podgrupa	Rzetelność skali <i>Reakcja na nowość</i>
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat (18–42 mies. ż.), $n = 953$	0,72
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat (18–42 mies. ż.), $n = 933$	0,73
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.), $n = 927$	0,76
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.), $n = 931$	0,75

5.4. Różnice międzygrupowe

W celu oceny trafności skali, przeprowadzono analizy, w których poszukiwano związków między charakterystycznym dla dziecka sposobem reagowania w sytuacjach związanych z obecnością nowych bodźców (ludzi, sytuacji, przedmiotów), a innymi zmiennymi takim jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz warunki panujące w środowisku rozwoju.

Z punktu widzenia oceny trafności teoretycznej narzędzia szczególnie ważna była analiza tego czy reakcja na nowość będzie odmienna w grupach dzieci podlegających wpływom czynników, o których wiadomo, że mogą modyfikować tę charakterystykę (patrz: rozdział 5.1.). Przewidywano, że *reakcja na nowość*:

1. będzie bardziej pozytywna wśród dzieci, które uczęszczają do placówek edukacyjnych (żłobek, przedszkole) niż wśród ich rówieśników, których rodzice zdecydowali się pozostawić je w domu
2. będzie bardziej pozytywna wśród dzieci, których rodzice w większym stopniu podejmują zachowania związane z promowaniem niezależności i samodzielnego radzenia sobie
3. będzie bardziej pozytywna wśród dzieci, które w większym stopniu potrafią panować nad własnymi reakcjami emocjonalnymi
4. będzie tym bardziej pozytywna im niższa będzie skłonność dziecka do reagowania lękiem i wycofaniem w sytuacjach społecznych mierzonych innymi narzędziami.

5.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka

W celu oceny różnic między chłopcami i dziewczynkami oraz dziećmi w różnym wieku (1: 18–42 miesiące, tj. 1,5–3,5 roku; 2: 43–66 miesięcy, tj. 3,5–5,5 roku) przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Między chłopcami i dziewczynkami nie zaobserwowano istotnej różnicy pod względem wyniku na skali *Reakcji na nowość*. Także między dziećmi w różnym wieku nie wystąpiła istotna różnica pod tym względem. Nie zaobserwowano także interakcji płci i wieku dziecka.

Tabela 5.4. Płeć i wiek dziecka a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Płeć				$F(\eta^2)$	Wiek				$F(\eta^2)$
	Chłopiec (n=1880)		Dziewczynka (n=1864)			18–42 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1886)		43–66 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1858)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	13,00	2,12	12,90	2,15	ni	12,90	2,10	13,00	2,16	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Dzieci zamieszkujące w miejscowościach o różnej wielkości nie różniły się pod względem wyników testu. Nie wystąpiła również interakcja wielkości miejscowości zamieszkania z wiekiem i płcią dziecka.

5.4.2. Wykształcenie rodziców

Wykształcenia matki (Tab. 5.5.) oraz wykształcenie ojca (Tab. 5.6.) dziecka nie okazały się istotnie związane ze *reakcją dziecka na nowość*. Nie wystąpiła także interakcja między wykształceniem rodzica i wiekiem dziecka a analizowaną charakterystyką.

Tabela 5.5. Wykształcenie matki a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Wykształcenie matki								$F(\eta^2)$
	Podstawowe (n = 140)		Zasadnicze zawodowe (n = 465)		Średnie lub pomaturalne (n = 1230)		Wyższe (n = 1905)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,70	1,95	12,66	2,11	13,03	2,11	12,99	2,15	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Tabela 5.6. Wykształcenie ojca a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Wykształcenie ojca								F (η^2)
	Podstawowe (n = 192)		Zasadnicze zawodowe (n = 935)		Średnie lub pomaturalne (n = 1293)		Wyższe (n = 1296)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,73	1,99	12,94	2,14	12,97	2,13	13,00	2,15	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

5.4.3. Sytuacja materialna rodziny

Sytuacja materialna mierzona była jako subiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny: 1 – Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby, 2 – Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie, 3 – Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki, 4 – Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć, 5 – Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki. W toku analiz połączono ze sobą kategorie 1 i 2 oraz 4 i 5, tworząc zmienną przyjmującą trzy poziomy. Oprócz tego proszono osobę badaną o wskazanie wysokości miesięcznych dochodów netto rodziny.

Ocena sytuacji finansowej rodziny okazała się istotnie związana z tym, jak dziecko reaguje na nowość (Tab. 5.7.). Dzieci pochodzące z rodzin których, zgodnie z oceną matki/opiekunki, możliwości finansowe są znacznie ograniczone reagowały na nowości bardziej negatywnie niż dzieci pochodzące z rodzin najlepiej sytuowanych.

 Tabela 5.7. Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Ocena sytuacji finansowej rodziny						F (η^2)
	Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby LUB Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie (n = 448)		Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki (n = 1916)		Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć LUB Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki (n = 1338)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,75 ^a	2,13	12,90 ^{a,b}	2,16	13,11 ^b	2,09	7,49*

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Osoby badane proszono także o ocenę tego czy w trakcie ostatniego roku sytuacja materialna rodziny uległa istotnej zmianie (Tab. 5.8.). Dzieci z rodzin, których sytuacja finansowa poprawiła się w ostatnim roku reagowały na nowości bardziej pozytywnie niż dzieci z rodzin, w których sytuacja finansowa albo pozostała bez zmian, albo uległa pogorszeniu.

Nie wystąpiła istotna interakcja między sytuacją finansową rodziny a wiekiem dziecka.

Tabela 5.8. Zmiana sytuacji finansowej gospodarstwa domowego w ostatnim roku a wynik skali Reakcja na nowość

Zmienne	Zmiana sytuacji finansowej rodziny w trakcie ostatniego roku						F (η^2)
	Uległa pogorszeniu (n = 585)		Nie uległa zmianie (n = 2373)		Uległa poprawie (n = 771)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,71 ^a	2,27	12,93 ^a	2,14	13,20 ^b	2,00	9,76** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

5.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa

Nie zaobserwowano różnic pod względem wyników na wymiarze *reakcji na nowość* między dziećmi wychowującymi się w pełnych rodzinach ($n = 3300$; tabela 5.9.) oraz w takich, gdzie jedynym opiekunem była matka/opiekunka prawna ($n = 382$ ¹⁵). Nie wystąpiła także interakcji tego czynnika z wiekiem.

Tabela 5.9. Sytuacja rodzinna a wynik skali Reakcja na nowość

Zmienne	Sytuacja rodzinna				F (η^2)
	Rodzina pełna (n = 3300)		Samotna matka (n = 382)		
	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,91	2,10	13,01	2,16	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Ani w grupie dzieci młodszych (1,5–3,5 lat), a nie dzieci starszych (3,5–5,5 lat) nie zaobserwowano także istotnej korelacji między wymiarem *reakcji na nowość* a czasem (w minutach) jaki dziecko spędza z rodzicami (oddzielnie z matką i ojcem) na wspólnym „robieniu różnych rzeczy” (np. wspólne zabawy, wspólne wykonywanie obowiązków, domowych).

¹⁵ Oprócz dzieci wychowywanych w pełnych rodzinach oraz takich, gdzie jedynym opiekunem była matka wystąpiły także przypadki samotnego ojcostwa, wychowywania dziecka przez dalszych krewnych itp. Były to jednak pojedyncze przypadki, które usunięto z analizy.

5.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna

W badaniach analizowano czy dzieci uczęszczały do placówek edukacyjnych. W przypadku dzieci w wieku 18–36 miesięcy (1–3 lata) sprawdzano czy uczęszczają one do żłobka, klubiku dziecięcego, lub innego rodzaju placówki dostosowanej do dzieci w tym wieku czy też opieka nad nimi odbywa się w domu rodzinnym. Wśród dzieci powyżej trzeciego roku życia analizowano to czy uczęszcza ono do przedszkola. Kwestie te okazały się istotnie związane z tym jak dziecko reagowało na nowości (Tab. 5.10.). Zarówno w grupie młodszej, jak i starszej, dzieci, które w momencie badania uczęszczały do placówki edukacyjnej reagowały na nowości bardziej pozytywnie niż dzieci nad którymi opieka odbywała się w domu.

Tabela 5.10. Uczęszczanie do placówki edukacyjnej w różnych grupach wiekowych a wynik skali Reakcji na nowość

Zmienne	Grupa wiekowa 18–36 mies. (1,5–3 r. ż.)				F (η^2)	Grupa wiekowa 37–66 mies. (3–5,5 r. ż.)				F (η^2)
	Uczęszcza do żłobka, klubiku dziecięcego, lub innego rodzaju placówki (n = 269)		Opieka odbywa się w domu rodzinnym (n = 1139)			Uczęszcza do przedszkola (n = 1713)		Opieka odbywa się w domu rodzinnym (n = 530)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	13,32	2,03	12,83	2,07	12,02* (0,01)	13,06	2,15	12,75	2,17	8,63* (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

W grupie wiekowej 3–5,5 lat istotna różnica wystąpiła także między dziećmi, które przed ukończeniem trzeciego roku życia uczęszczały do żłobka oraz tymi, które w tym okresie „przebywały w domu”. W pierwszej z tym grup reakcja na nowość była istotnie bardziej pozytywna ($M = 13,32$, $SD = 2,01$; w grupie nieuczęszczających do żłobka: $M = 12,86$, $SD = 2,20$; $F(1,2592) = 22,26$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,01$).

5.4.6. Sen

Istotnie związane z tym jak dziecko reagowało na nowości było to, jak rodzice organizowali proces zasypiania. Jedną z takich istotnych kwestii było to czy dziecko miało, w opinii rodzica, trudności z zasypianiem (Tab. 5.11.). Te dzieci, które, w opinii rodzica/opiekuna, zawsze lub prawie zawsze miały trudności z zasypianiem, uzyskały niższy wynik na wymiarze reakcji na nowość niż pozostałe dzieci, które takich trudności albo nie miały, albo doświadczały ich rzadko.

Tabela 5.11. Trudności z zasypianiem a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Czy dziecko ma trudności z zasypianiem?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 2501)		Czasem (n = 1115)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 128)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	13,03 ^a	2,10	12,83 ^a	2,17	12,34 ^b	2,34	8,16**

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Istotnie związane z *reakcją na nowość* było także to, czy dziecko zasypiało w czyjejś obecności (Tab. 5.12.). Najbardziej pozytywnie na nowości reagowały te dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* zasypiały bez obecności rodzica. Dzieci, którym przynajmniej czasami ktoś towarzyszył w zasypianiu reagowały na nowości istotnie gorzej.

Bardziej pozytywną *reakcję na nowości* zaobserwowano również u tych dzieci, których rodzice *nigdy lub prawie nigdy* nie przebywali z nimi w tym samym pomieszczeniu do momentu zaśnięcia lub przebywali jedynie *czasami*. Dzieci, których rodzice *zawsze lub prawie zawsze* przebywali z nimi do chwili zaśnięcia charakteryzowały się bardziej negatywną *reakcją na nowości*.

Tabela 5.12. Obecność innych osób przy zasypianiu a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Czy ktoś jest w pomieszczeniu dopóki dziecko nie zaśnie?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 1180)		Czasem (n = 818)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 1746)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	13,21 ^a	2,10	13,16 ^a	2,06	12,69 ^b	2,16	27,16** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Również kwestia tego czy dziecko, rzadziej lub częściej, zasypiało we własnym łóżku, a nie w łóżku rodziców, miało związek ze sposobem reagowania na nowości (Tab. 5.13.). Dzieci, które *nigdy lub prawie nigdy* nie zasypiały w łóżku rodziców, odznaczały się istotnie bardziej pozytywną *reakcją na nowości* niż dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* zasypiały w łóżku rodziców.

W przypadku żadnego z czynników związanych z organizacją zasypiania, nie wystąpiła interakcja z wiekiem.

Tabela 5.13. Miejsce w którym zasypia dziecko a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Czy dziecko zasypia w swoim łóżku, tj. innym niż rodzice?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 767)		Czasem (n = 594)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2383)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,68 ^a	2,21	12,85 ^{a,b}	2,08	13,06 ^b	2,11	10,30** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

5.4.7. Samokontrola

Samokontrola przejawiająca się w umiejętności powstrzymania się od określonych zachowań i kontrolowania własnego zachowania w odpowiedzi na wymagania otoczenia, okazała się istotnie związana z *reagowaniem na nowości*.

Dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* potrafiły się uspokoić w ciągu 10–15 minut, gdy były zdenerwowane, reagowały bardziej pozytywnie na nowości (Tab. 5.14.) niż dzieci mające z tym większe trudności.

Tabela 5.14. Umiejętność uspokojenia się w krótkim czasie a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Czy dziecko, kiedy jest zdenerwowane, potrafi się wyciszyć w ciągu 10–15 minut?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 223)		Czasem (n = 1153)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2368)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,68 ^a	2,30	12,74 ^a	2,18	13,08 ^b	2,09	12,04** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Rodziców pytano również, czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym takim jak siadanie do stołu podczas posiłku lub sprzątanie zabawek, kiedy są o to proszone (Tab. 5.15.). Kwestia ta nie okazała się jednak istotnie związana z tym jak dziecko reagowało na nowości.

Tabela 5.15. Tabela Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali *Reakcja na nowość*

Zmienne	Czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym (np. siada przy stole do posiłku, sprząta zabawki gdy jest o to proszone)?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 67)		Czasem (n = 1239)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2438)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Reakcja na nowość	12,37	2,32	12,87	2,16	13,01	2,11	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Nie wystąpiła interakcja między wiekiem dziecka i analizowanymi tu czynnikami a tym jak dziecko reagowało na nowości.

5.4.8. Korelacje skali *Reakcja na nowość* i wymiarów kwestionariusza *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych*

W Tab. 5.16. oraz 5.17. zamieszczono współczynniki korelacji r -Pearsona między wymiarem *reakcji na nowość* oraz wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (kompetencje społeczne, lęk-wycofanie, złość-agresja) w grupach chłopców i dziewczynek należących do dwóch grup wiekowych: 25–42 miesiące oraz 43–66 miesięcy. Związki między poszczególnymi zmiennymi okazały się być podobne we wszystkich grupach dzieci.

Najsilniejsze związki, we wszystkich wyróżnionych grupach, wystąpiły między sposobem reagowania na nowość a skłonnością dziecka do reagowania lękiem i wycofaniem w relacjach z innymi. W każdym przypadku okazało się, że im bardziej pozytywnie dziecko reagowało na nowość, tym rzadziej reagowało lękowo w sytuacjach społecznych.

Związki z pozostałymi wymiarami mierzonymi *Oceną Zachowania i Kompetencji Społecznych* były znacznie słabsze. Pozytywna reakcja na nowość, w niewielkim stopniu, wiązała się dodatnio z poziomem kompetencji społecznych dziecka. Jeśli chodzi o skłonność dziecka do reagowania złością i agresją, to związek ze sposobem *reagowania na nowość* była w zasadzie nieistotna. Co prawda wystąpił istotny, ujemny związek między tymi wymiarami wśród dzieci w wieku 3,5–5,5 roku jednak wielkość współczynnika korelacji ($r = -0,11$ i $-0,12$) nakazuje traktować ten wynik jako mało znaczący.

Tabela 5.16. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą *Reakcja na nowość* oraz *Ocenę Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 697$) i dziewczynek ($n = 715$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 lat)

Zmienne	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Reakcja na nowość	0,16**	-0,52**	-0,10
	0,15*	-0,51**	0,01

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Uwaga: współczynniki korelacji między wymiarami SCBE zamieszczono w Tab. 4.15. i 4.16. na s. 63.

Tabela 5.17. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą *Reakcja na nowość* oraz *Ocenę Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)

Zmienne	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Reakcja na nowość	0,25**	-0,52**	-0,11*
	0,22**	-0,50**	-0,12*

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Uwaga: współczynniki korelacji między wymiarami SCBE zamieszczono w Tab. 4.15. i 4.16. na s. 63.

5.4.9. Wnioski

Przedstawiona analiza różnic pod względem *reakcji na nowość* w różnych grupach dzieci oraz analiza związków z wynikami badania kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE) dowodzi, że skala *Reakcja na nowość* prowadzi do uzyskania teoretycznie trafnych wyników. Istotne związki *reakcji na nowość* z innymi badanymi charakterystykami podsumowano w Tab. 5.18.

Tabela 5.18. Podsumowanie: wyniki skali *Reakcja na nowość* a inne badane czynniki

ZMIENNA	ZWIĄZKI SKALI REAKCJA NA NOWOŚĆ Z INNYMI CZYNNIKAMI
Wiek	Nie zaobserwowano różnic między dziećmi w różnym wieku
Płeć	Nie zaobserwowano różnic między chłopcami i dziewczynkami
Wielkość miejscowości zamieszkania	Nie zaobserwowano różnic między dziećmi mieszkającymi w miejscowościach różnej wielkości
Wyszkolenie rodziców	Nie zaobserwowano różnic między dziećmi rodziców mających różne wykształcenie
Sytuacja materialna rodziny	Dzieci wychowujące się w rodzinach o lepszej sytuacji finansowej uzyskują wyższe wyniki (odznaczają się bardziej pozytywną reakcją na nowość) niż dzieci z rodzin mających trudności finansowe

ZMIENNA	ZWIĄZKI SKALI REAKCJA NA NOWOŚĆ Z INNYMI CZYNNIKAMI
Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi wychowującymi się w rodzinach pełnych i niepełnych</i> <i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi spędzającymi mniej lub więcej czasu z rodzicami na wykonywaniu wspólnych czynności</i>
Opieka i edukacja instytucjonalna	Dzieci uczęszczające do placówek edukacyjnych (np. żłobek, przedszkole) uzyskują wyższe wyniki (odznaczają się bardziej pozytywną reakcją na nowość) niż dzieci, nad którymi opieka odbywa się w domu
Sen	Dzieci, które często doświadczają trudności z zasypianiem uzyskują niższe wyniki (odznaczają się mniej pozytywną reakcją na nowość) niż dzieci niemające takich trudności Dzieci, które zasypiają w obecności rodziców lub w ich łóżku uzyskują niższe wyniki (odznaczają się mniej pozytywną reakcją na nowość) niż dzieci zasypiające w samotności i we własnym łóżku
Samokontrola	Dzieci, które potrafią szybko się uspokoić, gdy są zdenerwowane, uzyskują wyższy wynik (odznaczają się bardziej pozytywną reakcją na nowość) niż dzieci mające z tym trudności
Korelacje z wymiarami kwestionariusza SCBE	Wynik na skali <i>Reakcji na nowość</i> koreluje ujemnie ze skłonnością dziecka do odczuwania lęku i wycofywania się z relacji społecznych

Wiele spośród analizowanych zależności nie przekroczyło progu istotności statystycznej. To jak dziecko reagowało na nowości nie wiązało się z jego płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem rodziców oraz tym czy dziecko wychowywało się w pełnej rodzinie, czy też było wychowywane jedynie przez matkę/opiekunkę, ani to jak wiele czasu w ciągu dnia spędzało z rodzicami/opiekunami. Istotna zależność wystąpiła natomiast w przypadku dzieci pochodzących z rodzin różnie oceniających swoją sytuację materialną. Dzieci pochodzące z rodzin lepiej sytuowanych (warto tu nadmienić, że im lepiej osoby badane oceniały własną sytuację finansową, tym wyższe były także ich miesięczne dochody netto) charakteryzowały się bardziej pozytywną reakcją na nowości niż dzieci pochodzące z rodzin będących w gorszej sytuacji finansowej oraz takich, których sytuacja finansowa pogorszyła się w ostatnim roku (zmiana sytuacji materialnej także była związana z zamożnością; osoby, które mówiły, że ich sytuacja materialna pogorszyła się miały istotnie niższe miesięczne dochody niż osoby, których sytuacja polepszyła się w ostatnim roku). Dzieci z rodzin o niskich dochodach są generalnie uważane za zagrożone większym ryzykiem występowania zarówno zaburzeń eksternalizacyjnych jak i internalizacyjnych niż dzieci z rodzin lepiej sytuowanych (Holtz, Fox, 2012). Zwłaszcza do tego drugiego przypadku można odnieść uzyskane wyniki, gdyż negatywna reakcja na nowości w okresie dzieciństwa jest traktowana jako predyktor późniejszych zaburzeń internalizacyjnych (Fox i in., 2005). Być może dzieci wychowujące się w rodzinach gorzej sytuowanych, mają bardziej ograniczoną możliwość kontaktu z nowymi bodźcami, czy to z powodu tego, że rodziców nie stać na wiele rzeczy, takich jak nowe przedmioty, wyjazdy, wspólne wyjścia „dla rozrywki” albo też z powodu tego, że więcej energii muszą oni wkładać w finansowe zabezpieczenie rodziny i nie mogą poświęcać dziecku tak dużo czasu. Jest to jednak obserwacja wymagająca dalszych analiz.

Pozostałe wyniki pozwalają potwierdzić postawione wcześniej hipotezy pozwalające ocenić trafność skali. Zgodnie z przewidywaniami okazało się, że dzieci, które uczęszczały do placówek edukacyjnych (np. żłobek, przedszkole), niezależnie od wieku, reagowały na nowości bardziej pozytywnie. Również te dzieci, które zasypiały bez towarzyszenia dorosłego oraz spały we własnym łóżku – a więc musiały radzić sobie z zasypianiem w większym stopniu samodzielnie, niż dzieci którym towarzyszyli rodzice – reagowały na nowości bardziej pozytywnie. Podobnie przedstawiała się kwestia kontroli emocjonalnej. Te dzieci, które potrafiły szybciej się uspokoić, gdy były zdenerwowane cechowały się także bardziej pozytywnym reagowaniem w kontakcie z nowymi osobami i sytuacjami. W zgodzie z przewidywaniami przedstawiały się również związki skali *Reakcja na nowość* i *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE). Tak jak można było przewidzieć, dzieci, które bardziej pozytywnie reagowały na nowości, w mniejszym stopniu reagowały lękiem i wycofaniem, gdy uczestniczyły w relacjach społecznych.

Reakcja na nowość, mierzona prezentowanym tu narzędziem, to charakterystyka uwarunkowana w znacznej mierze biologicznie, ale podlegająca istotnym zmianom w odpowiedzi na warunki środowiskowe. Jednocześnie, wiąże się ona silnie z przebiegiem rozwoju w innych sferach, nie tylko w okresie wczesnego dzieciństwa, ale także w kolejnych okresach życia (Fox i in., 2005; Rubin, Burges, 2001).

5.5. Posługiwanie się kwestionariuszem

5.5.1. Procedura badania

Skala *Reakcja na nowość* przeznaczona jest do badań indywidualnych, przede wszystkim w obszarze praktyki psychologicznej i pedagogicznej ukierunkowanej na wsparcie rozwoju małego dziecka. Narzędzie może być przydatne w diagnozie dziecka dokonywanej w żłobku, przedszkolu, poradni psychologiczno-pedagogicznej. Badanie odbywa się z udziałem matki lub opiekunki prawnej dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia. Obecność dziecka nie tylko nie jest konieczna, ale nie jest również zalecana ze względu na możliwe zakłócenia procedury badawczej. Skala może być także stosowana w badaniach naukowych, zarówno indywidualnie jak i grupowo. W przypadku naukowych badań grupowych należy zmodyfikować procedurę tak, aby to osoby badane samodzielnie odczytywały stwierdzenia skali.

W badaniu indywidualnym (diagnostycznym) osoba prowadząca badanie (diagnosta) odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład skali, a uczestnik badania (osoba badana, czyli matka lub opiekunka prawna dziecka) udziela ustnej odpowiedzi, korzystając z Karty odpowiedzi będącej elementem testu. Zmiana procedury badawczej na taką, w której osoba badana samodzielnie odczytuje pozycje testu i udziela odpowiedzi poprzez ich zaznaczenie na arkuszu

testowym nie była elementem procedury walidacyjnej i może prowadzić do zmiany trafności pomiaru. Z tego też powodu nie jest zalecana w badaniach indywidualnych.

Pierwszym etapem badania musi być nawiązanie kontaktu z osobą badaną oraz przedstawienie celu („Ocena tego jak dziecko reaguje na nowe sytuacje”) i przebiegu badania (stwierdzenia będą odczytywane przez diagnostę). Należy poprosić osobę badaną, aby udzielała szczerych odpowiedzi, gdyż będzie to pomocne w diagnozie rzeczywistej sytuacji dziecka, a tym samym może wspomagać planowanie późniejszych oddziaływań. W tym celu należy odczytać treść instrukcji szczerości zamieszczonej na stronie 47 niniejszego podręcznika.

Po omówieniu przebiegu badania diagnosta powinien wyraźnie odczytać instrukcję, której treść zamieszczona jest na arkuszu testowym, a następnie wręczyć osobie badanej kartę odpowiedzi stanowiącą część arkusza testowego i poprosić o zapoznanie się z instrukcją do niej. Po wykonaniu tej procedury wskazane jest upewnienie się, że zarówno procedura badania jak i udzielania odpowiedzi jest dla osoby badanej zrozumiała.

Badanie musi być prowadzone w miejscu zapewniającym maksymalny komfort fizyczny i emocjonalny. Osoba badana oraz diagnosta powinni usiąść naprzeciw siebie, przy stole lub biurku, bez obecności osób trzecich. Jeśli nie można tego uniknąć, dopuszcza się obecność dziecka, którego dotyczy badanie lub innego dziecka, jednak rolą diagnosty jest takie aranżowanie sytuacji badania, aby unikać tego typu sytuacji. Niedopuszczalna jest jednak obecność innych osób dorosłych w momencie badania.

Osoba prowadząca badanie odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład skali, a osoba badana, wspomagając się otrzymaną kartą odpowiedzi, ustnie udziela informacji na temat dziecka. Odpowiedzi muszą być nanoszone przez diagnostę na arkusz testowy poprzez zakreślenie kółkiem odpowiedzi wskazanej przez osobę badaną.

Czas badania nie jest ograniczony, osoba badana może dowolnie długo zastanawiać się przed podaniem ostatecznej odpowiedzi. Badanie trwa zazwyczaj około 5 minut. Po zakończeniu badania diagnosta przystępuje do procedury obliczania wyników zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 5.5.2, wykorzystując arkusz oceny wyników badania skalą *Reakcja na nowość* będący elementem testu (patrz: Załącznik nr 4 do tego rozdziału).

5.5.2. Obliczanie wyników

Badanie wykorzystujące skalę *Reakcja na nowość* prowadzi do uzyskania jednego wyniku, będącego sumą punktów obliczoną zgodnie z kluczem, na podstawie wszystkich ośmiu pozycji kwestionariusza. Do każdego ze stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się na dwupunktowej skali odpowiedzi: *nie – tak*.

Ponieważ skala składa się z ośmiu pozycji, wynik minimalny skali wynosi 8, a wynik maksymalny wynosi 16. Im wyższy jest wynik uzyskany przez osobę badaną, tym bardziej pozytywnie dziecko,

w opinii matki/opiekunki prawnej, reaguje na nowości (nowi ludzie, miejsca, przedmioty, sytuacje). Po obliczeniu wyniku surowego konieczne jest przekształcenie go na wynik znormalizowany (oparty na skali staninowej) wykorzystując dane zawarte w Tab. 5.19. (s. 94) i 5.20. (s. 96).

5.5.3. Ocena i interpretacja wyników

Ocena wyników badania musi zostać dokonana przez odniesienie ich do wyników charakterystycznych dla ogólnopolskiej próby normalizacyjnej składającej się z matek i opiekunek prawnych dzieci w wieku od 1,5 do 5,5 lat.

Ponieważ jakość pomiaru uzależniona jest nie tylko od przebiegu samej sytuacji testowej, ale także konstrukcji – w tym rzetelności – samego kwestionariusza, ocena wyników powinna być przeprowadzona po obliczeniu przedziałów ufności dla wyniku otrzymanego. Wynik surowy uzyskany w pomiarze należy traktować jedynie jako pewną wskazówkę, przybliżenie prawdziwego natężenia badanej charakterystyki. Aby określić, w jakim przedziale mieści się wynik prawdziwy osoby badanej, należy zastosować dane zawarte w Tab. 5.19. według wzoru (patrz: PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW, s. 95):

< wynik uzyskany w teście – wartość półprzedziału ufności (PU); wynik uzyskany w teście + wartość półprzedziału ufności (PU)>

Tabela 5.19. Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów skali *Reakcja na nowość*

Grupa wiekowa	Chłopcy				Dziewczynki			
	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%
REAKCJA NA NOWOŚĆ								
18–24 mies.	0,66	1,13	1,62 (1)	2,21 (2)	0,70	1,13	1,62 (1)	2,21 (2)
25–30 mies.	0,73	1,07	1,54 (1)	2,10 (2)	0,73	1,12	1,61 (1)	2,19 (2)
31–36 mies.	0,75	1,10	1,58 (1)	2,15 (2)	0,72	1,10	1,58 (1)	2,16 (2)
37–42 mies.	0,75	1,10	1,58 (1)	2,16 (2)	0,74	1,10	1,58 (1)	2,15 (2)
43–48 mies.	0,75	1,07	1,54 (1)	2,10 (2)	0,74	1,07	1,53 (1)	2,09 (2)
49–54 mies.	0,75	1,09	1,56 (1)	2,13 (2)	0,72	1,10	1,58 (1)	2,15 (2)
55–60 mies.	0,75	1,06	1,53 (1)	2,08 (2)	0,77	1,05	1,51 (1)	2,06 (2)
61–66 mies.	0,76	1,06	1,52 (1)	2,07 (2)	0,77	1,06	1,52 (1)	2,07 (2)

PU – półprzedział ufności dla wyniku otrzymanego w teście

PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW

Dziewczynka w wieku 22 miesięcy, na podstawie badania matki, uzyskała w teście wynik surowy: 9.

Aby, przykładowo, obliczyć 85% procentowy przedział ufności (wartość procentowa wskazuje prawdopodobieństwo, z jakim wynik prawdziwy mieści się w obliczonych przedziałach ufności) dla wyniku otrzymanego w teście (9) przez dziewczynkę, należy od wyniku surowego uzyskanego w teście odjąć, oraz do niego dodać, wartość zaznaczoną pogrubioną czcionką¹⁶ (półprzedział ufności) w wierszu dla określonego przedziału wieku (Tab. 5.19.). W tym przypadku będzie to wartość 1, stąd:

Przedział ufności dla wymiaru *reakcji na nowość*: 9 – 1 (= 8); 9 + 1 (= 10)

Z prawdopodobieństwem równym 85% wynik prawdziwy na wymiarze *reakcji na nowość* zawiera się w przedziale od 8 do 10. Po obliczeniu przedziału ufności w jakim znajduje się wynik prawdziwy osoby badanej, należy dokonać interpretacji wyników, korzystając z danych z próby normalizacyjnej zawartych w Tab. 5.20. Na podstawie danych zawartych w Tab. 5.20. można przyjąć, że jest to wynik mieszczący się na granicy grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka rozwojowego. Z całą pewnością jest to wynik, który należy rozpatrzyć w kontekście innych danych na temat funkcjonowania dziecka, przy założeniu, że sposób reagowania na nowość może być dla dziecka źródłem trudności rozwojowych.

Wyniki na skali *reakcji na nowość*, które zostały określone jako wskazujące na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych, znajdowały się poniżej pierwszego odchylenia standardowego od średniej (od $-3z$ do $-1z$; od 1 do 3 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników bardzo niskich i niskich (Hornowska, 2003). Wyniki określone jako wskazujące na małe ryzyko trudności rozwojowych na wymiarze *reakcji na nowość* znajdowały się powyżej pierwszego odchylenia standardowego poniżej średniej (od $-1z$ do $+3z$; od 4 do 9 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników średnich i wysokich.

¹⁶ Ponieważ w badaniach naukowych może zaistnieć potrzeba posłużenia się dokładnymi wartościami półprzedziałów ufności także te wartości zostały zamieszczone w tabeli. Z punktu widzenia praktyki psychologiczno-pedagogicznej wartości zaokrąglone i zapisane pogrubioną czcionką są wystarczające.

Dziecko, które na wymiarze REAKCJI NA NOWOŚĆ uzyskuje wynik wskazujący na MAŁE RYZYKO trudności rozwojowych na nowości reaguje pozytywnie, nie doświadcza silnego lęku, gdy wchodzi w kontakt z nowymi osobami, znajduje się w nowych miejscach albo ma do czynienia z nowymi przedmiotami, bez większego trudu potrafi adaptować się do nowych warunków i osób.

Dziecko, które na wymiarze REAKCJI NA NOWOŚĆ uzyskuje wynik wskazujący na DUŻE RYZYKO trudności rozwojowych, przejawia silną skłonność do reagowania lękiem, zakłopotaniem i zagubieniem w odpowiedzi na wejście w kontakt z nowymi osobami, gdy znajduje się w nowych miejscach albo ma do czynienia z nowymi przedmiotami. Adaptowanie się do nowych warunków i osób sprawia mu widoczne trudności. Dzieci, które silnie negatywnie reagują na nowości, są zagrożone rozwojem niskiej samooceny, zajmowaniem niskiej pozycji w grupie rówieśniczej, rozwojem niskich kompetencji społecznych, trudności szkolnych i zaburzeń lękowych.

Tabela 5.20. Ocena położenia dziecka na wymiarze reakcji na nowości. Normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia

Grupa wiekowa	Chłopcy		Dziewczynki	
	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych
	1–3 punkty na skali staninowej	4–9 punktów na skali staninowej	1–3 punkty na skali staninowej	4–9 punktów na skali staninowej
REAKCJA NA NOWOŚĆ				
18–24 mies.	8–11	12–16	8–10	11–16
25–30 mies.	8–11	12–16	8–10	11–16
31–36 mies.	8–10	11–16	8–10	11–16
37–42 mies.	8–10	11–16	8–10	11–16
43–48 mies.	8–10	11–16	8–10	11–16
49–54 mies.	8–10	11–16	8–10	11–16
55–60 mies.	8–11	12–16	8–10	11–16
61–66 mies.	8–10	11–16	8–10	11–16

W Tab. 5.21. zaprezentowano efekt analiz przeprowadzonych w dwóch grupach dzieci: od 1,5 do 3,5 lat oraz od 3,5 do 5,5 lat. Dane te, w sposób uogólniony, przedstawiają jaki procent dzieci znalazł się w grupie dużego ryzyka lub grupie małego ryzyka występowania trudności rozwojowych.

Tabela 5.21. Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka w dwóch grupach wiekowych na wymiarze reakcji na nowość

18–42 mies. (1,5–3,5 lat)		43–66 mies. (3,5–5,5 lat)	
Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych	Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych
284 (15%)	1602 (85%)	281 (15%)	1577 (85%)
1886 (100%)		1858 (100%)	

W obu grupach wiekowych nieco ponad jedna szóstka dzieci (15%), których matki lub opiekunki prawne zbadano za pomocą skali *Reakcja na nowość*, charakteryzowały się niskim natężeniem badanej cechy wskazującym na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych, czyli reagujących na nowości w sposób wysoce negatywny. Czynniki, które można traktować jako sprzyjające znalezieniu się w którejś z dwóch wyróżnionych grup (grupie dużego ryzyka lub grupie małego ryzyka), to jest związane z niższym lub wyższym położeniem na wymiarze reakcji na nowość przedstawiono w rozdziale 5.4. (Różnice międzygrupowe). Pamiętać jednak należy, że sposób reagowania na nowość jest w znacznym stopniu uwarunkowany biologicznie i zmiana tej charakterystyki w okresie dzieciństwa odbywa się w ograniczonym zakresie.

5.6. Podsumowanie

Skala *Reakcja na nowość* pozwala na pomiar jednej z ważnych cech dziecka, związanych z tym jak zachowuje się ono w obliczu nowości:

1. *Reakcja na nowość*, czyli charakterystyczny dla dziecka sposób reagowania w sytuacjach związanych z kontaktem z nieznanymi osobami, przedmiotami, miejscami.

Skala służy do diagnozy zachowania dziecka w ocenie matki lub opiekunki prawnej. Wyniki badań normalizacyjnych wykazały, że skala *Reakcja na nowość* pozwala na pomiar tej charakterystyki w sposób rzetelny oraz trafny.

Skala *Reakcja na nowość* służy do badania zachowań dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia (1,5–5,5 lat). Test pozwala jedynie na pomiar indywidualny, a badanie można prowadzić w obecności jedynie matki lub opiekunki prawnej dziecka. Jeśli nie można tego uniknąć, dopuszcza się obecność dziecka, którego dotyczy badanie lub innego dziecka, jednak rolą diagnosty jest takie aranżowanie sytuacji badania, aby unikać tego typu sytuacji. Kwestionariusz posiada normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia.

ZAŁĄCZNIK 1

SKALA „REAKCJA NA NOWOŚĆ”

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Dzieci, tak jak i ludzie dorośli, różnią się między sobą – niekiedy dość znacznie – cechami i postępowaniem w różnych sytuacjach. Przeczytam Pani szereg stwierdzeń opisujących różne zachowania. Proszę określić, czy odnoszą się one do Pani dziecka.

Jeśli dane stwierdzenie pasuje do zachowania dziecka, jeśli właśnie tak się na ogół zachowuje – proszę udzielić odpowiedzi TAK, ale jeżeli dziecko raczej się tak nie zachowuje proszę udzielić odpowiedzi NIE.

Niektóre ze stwierdzeń są do siebie podobne, gdyż na różne sposoby opisują podobne zachowania. Proszę się tym nie przejmować i udzielić odpowiedzi kolejno na wszystkie pozycje.

DIAGNOSTA: WRĘCZYĆ RESPONDENTOWI KARTĘ ODPOWIEDZI z opisanymi wartościami

NR	TREŚĆ	SKALA
		1 – nie, 2 – tak
1.	W obecności nowych osób okazuje zakłopotanie	nie – tak
2.	Szybko przyzwyczajają się do nowego miejsca	nie – tak
3.	Gdy kogoś nie zna – powoli przekonuje się do nowej osoby	nie – tak
4.	Lubi zmiany	nie – tak
5.	W nowych warunkach jest zagubiony/zagubiona	nie – tak
6.	Szybko przyzwyczajają się do nowych opiekunów	nie – tak
7.	W nowym miejscu długo nie jest sobą	nie – tak
8.	Szybko przyzwyczajają/przyzwyczai się do żłobka/przedszkola	nie – tak

ZAŁĄCZNIK 2

SKALA „REAKCJA NA NOWOŚĆ”

KARTA ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Oceniając, czy dane stwierdzenie pasuje do zachowania dziecka proszę posłużyć się poniższą skalą. Odpowiedzi proszę udzielać albo przez wymówienie ETYKIETY/NAZWY punktu na skali najlepiej opisującego dziecko (np. „tak”) albo poprzez podanie WARTOŚCI LICZBOWEJ odpowiadającej odpowiedzi (np. „dwa”).

1 – nie

2 – tak

ZAŁĄCZNIK 3

SKALA „REAKCJA NA NOWOŚĆ”

KLUCZ ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Wynikiem skali jest suma punktów z pozycji 1–8. Obliczając wynik surowy uzyskany przez osobę badaną, należy zastosować następujący sposób punktacji:

W przypadku pozycji numer 1, 3, 5 i 7:

Odpowiedź „1” (nie) – otrzymuje 2 punkty

Odpowiedź „2” (tak) – otrzymuje 1 punkt

W przypadku pozycji numer 2, 4, 6, 8:

Odpowiedź „1” (nie) – otrzymuje 1 punkt

Odpowiedź „2” (tak) – otrzymuje 2 punkty

Pozycja	Odpowiedź: Nie	Odpowiedź: Tak
	Liczba punktów przyznawana za wybór odpowiedzi	Liczba punktów przyznawana za wybór odpowiedzi
1	2	1
2	1	2
3	2	1
4	1	2
5	2	1
6	1	2
7	2	1
8	1	2

ZAŁĄCZNIK 4

SKALA „REAKCJA NA NOWOŚĆ”

ARKUSZ OCENY WYNIKÓW

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski

Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Data badania:

Wiek dziecka w latach:

Wiek dziecka w miesiącach:

Płeć dziecka:

Dziewczynka

Chłopiec

Wyniki surowe:

Skala REAKCJA NA NOWOŚĆ

Przedziały ufności:

Skala REAKCJA NA NOWOŚĆ

*(85% 95% poprawne zakreslić)***Wynik przeliczony:**

Skala REAKCJA NA NOWOŚĆ

Czy dziecko należy do grupy dużego ryzyka
trudności rozwojowych

TAK

NIE

poprawne zakreslić

Rozdział 6.

Skala *Koncentracja*

Konrad Piotrowski

6.1. Zarys teoretyczny

Zdolność dziecka do podtrzymania koncentracji uwagi na bodźcu na tyle długo, aby wykonać jakieś zadanie, jest uznawana za jedną z najważniejszych kompetencji, związanych z rozwojem poznawczym, ale także rozwojem emocjonalnym dziecka (NICHD, 2005).

Aby wykonać większość czynności poznawczych lub motorycznych niezbędny jest określony poziom koncentracji. Jako przykład można przytoczyć zamiar namalowania rysunku przedstawiającego domowników, ułożenie zaplanowanej „budowli” z klocków lub wysłuchanie bajki czytanej przez dorosłego. Aby tego dokonać, dziecko musi skoncentrować się na zadaniu przez wystarczająco długi czas, jak również posiadać zdolność do kontynuowania podjętego działania mimo pojawiających się dystraktorów w postaci hałasu, innych osób i konkurencyjnych form aktywności.

Pomiar zdolności do koncentracji uwagi prowadzić można na dwa sposoby (Graziano, Calkins, Keane, 2011). Pierwszy z nich oparty jest głównie na wskaźnikach fizjologicznych, takich jak pomiar akcji serca w trakcie wykonywania różnorodnych czynności. Drugi sposób oparty jest na wskaźnikach behawioralnych (tj. związanych z zachowaniem) i bazuje głównie na pomiarze długości czasu, jaki dziecko potrafi spędzić na wykonywaniu określonego zadania. Prezentowane w tym rozdziale narzędzie oparte jest na tym drugim podejściu. Ponieważ jednak prowadzenie obserwacji dziecka wykonującego zadania w wystandaryzowanych warunkach jest trudne do realizacji, proponowana skala *Koncentracja* wykorzystuje opinię rodzica/opiekuna na temat zdolności dziecka do skoncentrowania się na wykonywanych zadaniach.

Koncentracja

jest przez autorów kwestionariusza *Koncentracja* rozumiana jako zdolność dziecka do utrzymania uwagi na zadaniu, mimo występujących w otoczeniu dystraktorów oraz kontynuowanie działania, mimo pojawiających się trudności

Trudności z utrzymywaniem koncentracji na zadaniu są charakterystycznym objawem m. in. zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzeń zachowania, zaburzeń lękowych i emocjonalnych (Pennington, Ozonoff, 1996). Znajdują swoje odzwierciedlenie w niższych osiągnięciach szkolnych (NICHD, 2005) oraz gorszym funkcjonowaniu społecznym (Andrade, Brodeur, Waschbusch, Stewart, McGee, 2009) dzieci i nastolatków.

Badania nad uwarunkowaniami rozwoju kompetencji uwagowych, do których należy zaliczyć zdolność utrzymywania koncentracji na określonym zadaniu, pozwoliły stwierdzić, że obok najczęściej wymienianych kwestii biologicznych, związanych z dojrzewaniem struktur mózgowych oraz temperamentem dziecka (Blair, 2002), znaczenie mają także czynniki środowiskowe. Jednym z ważnych uwarunkowań rozwoju poznawczego, w tym zdolności do koncentrowania uwagi, jest częstotliwość występowania w relacji dziecka i dorosłego epizodów wspólnego zaangażowania (*joint involvement episodes*), kiedy to uczestnicy interakcji „wspólnie zwracają uwagę na jakiś zewnętrzny temat i wspólnie względem niego działają” (Schaffer, 1994, s. 153). Na przykład wówczas, gdy opiekun angażuje się w interakcje z dzieckiem i, początkowo, pomaga mu sterować procesem koncentrowania uwagi, poprzez wskazywanie jakichś obiektów, pokazywanie palcem tego o czym czyta w książce, zadawaniem pytań i oczekiwaniem na odpowiedź, opisywaniem przedmiotów będących w zasięgu wzroku, wspólnym manipulowaniem przedmiotami. Im więcej jest tego typu zachowań w relacji dziecka i opiekuna, tym sprawniej następuje rozwój zdolności „zarządzania” zasobami uwagi.

Z drugiej strony, zachowania matki nacechowane negatywnymi emocjami i niecierpliwością, poprzez wyzwalanie reakcji stresowych u dziecka, oraz nadopiekuńczość i intruzywność, poprzez uniemożliwianie dziecku samodzielnego zmagania się z problemami, sprawiają, że zdolność do długotrwałej koncentracji na zadaniu może być niższa (Graziano, Calkins, Keane, 2011; NICHD, 2005). Potwierdzają to także badania wykazujące, że depresja matki, także depresja poporodowa, wiąże się z ryzykiem zaburzenia rozwoju poznawczego dziecka (Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, Kumar, 1986; Grace, Evindar, Stewart, 2003).

Kolejnym czynnikiem, którego rola w warunkowaniu kompetencji w zakresie koncentracji uwagi w pierwszych latach życia jest dobrze udokumentowana, to przedwczesny poród (Weijer-Bergsma, Wijnroks, Jongmans, 2008) oraz – co często, choć nie zawsze, się z tym wiąże – niska waga urodzeniowa. Dzieci urodzone przedwcześnie (przed 37 tygodniem ciąży) oraz te ważące w momencie porodu mniej niż 2500 gram (niska waga urodzeniowa), a zwłaszcza mniej niż 1500 gram (bardzo niska waga urodzeniowa) znajdują się grupie zagrożonej trudnościami z uczeniem się, a jako jedną z przyczyn tej sytuacji podaje się właśnie ich problemy z koncentracją uwagi (Davis, Burns, 2001).

W pierwszych latach życia rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny są ze sobą bardzo silnie sprzężone i oddziałują na siebie nawzajem. Stąd też obserwacje badaczy, z których wynika że dzieci odznaczające się wysoce rozwiniętą zdolnością do koncentracji uwagi charakteryzują się również lepszym rozwojem społecznym i emocjonalnym (Kochanska, Murray, Harlan, 2000).

6.2. Charakterystyka narzędzia

Skala *Koncentracja* składa się z siedmiu pozycji mających postać stwierdzeń dotyczących zachowań dziecka w obliczu zadań wymagających wzmożonej koncentracji oraz zdolności

do kontynuowania podjętych czynności, mimo pojawiających się trudności. Każde ze stwierdzeń jest oceniane przez rodzica lub opiekuna prawnego poprzez wskazanie *czy dane zachowanie jest charakterystyczne dla dziecka*. W celu dokonania oceny osoba badana korzysta z dwupunktowej skali odpowiedzi: 1 – *nie*, 2 – *tak*.

Wszystkie pozycje kwestionariusza tworzą jedną skalę:

1. Skala *Koncentracja* (7 pozycji): opisuje zachowania dziecka związane (1) ze zdolnością do wykonywania zadań w skupieniu oraz (2) ich kontynuowania mimo pojawiających się trudności.

6.3. Parametry psychometryczne

6.3.1. Rozkład wyników

W Tab. 6.1. przedstawiono podstawowe statystyki opisowe skali kwestionariusza *Koncentracja*. Szczególnie istotne są wartości skośności¹⁷ i kurtozy¹⁸, które pozwalają uznać rozkład wyników, w różnych grupach wiekowych i płciowych, za bliski rozkładowi normalnemu (wszystkie wartości znajdują się w przedziale od -1 do 1).

Tabela 6.1. Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza wyników skali *Koncentracja* w różnych grupach dzieci

Grupa	Koncentracja			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.); <i>n</i> = 953	11,20	2,04	-0,31	-0,90
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.); <i>n</i> = 933	11,30	2,10	-0,37	-0,88
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); <i>n</i> = 927	11,39	2,09	-0,43	-0,85
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.); <i>n</i> = 931	11,67	2,03	-0,61	-0,63

6.3.2. Struktura czynnikowa

Ocenę struktury czynnikowej skali *Koncentracja* przeprowadzono z zastosowaniem procedury confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA)¹⁹. Dane na temat struktury czynnikowej narzędzia w grupach chłopców i dziewczynek przedstawiono w Tab. 6.2.

¹⁷ Por. przypis 7 na s. 54

¹⁸ Por. przypis 8 na s. 54

¹⁹ Por. przypis 9 na s. 55

Tabela 6.2. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury jednoczynnikowej kwestionariusza *Koncentracja*

Podgrupa	Chi kwadrat/df	CFI	RMSEA
Chłopcy, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1880)	$\chi^2 = 64,14$, df = 10	0,98	0,05
Dziewczynki, wiek 1,5–5,5 lat (n = 1864)	$\chi^2 = 70,28$, df = 10	0,98	0,06

Uwaga: istotność wszystkich testów chi kwadrat przedstawionych w tabeli wynosiła $p < 0,001$

Ze względu na silny związek między variancjami błędów kilku pozycji wchodzących w skład skali, ujawniony za pomocą indeksów modyfikacji (wartość M.I. powyżej 100), w analizie uwzględniono korelację między nimi zarówno w grupie chłopców, jak i dziewczynek (dopuszczono korelację między: pozycjami 2 i 7 – oba stwierdzenia dotyczą umiejętności długotrwałego wykonywania zadania w skupieniu; 4 i 5; 4 i 6; 5 i 6 – wszystkie trzy wymienione tu pozycje dotyczą wytrwałości w realizowaniu zadań). Uwzględniając te związki w analizie czynnikowej, struktura czynnikowa skali *Koncentracja* okazała się zadowalająca.

6.3.3. Rzetelność

Rzetelność obu podskal kwestionariusza *Styl adaptacji*, określoną za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej (homogeniczności skali) alfa Cronbacha, przedstawiono w Tab. 6.3. Rzetelność skali wynosiła, w różnych grupach dzieci, od 0,71 do 0,75. Są to wartości umiarkowanie wysokie, jednak pozwalające na rzetelny pomiar badanego konstruktów.

Tabela 6.3. Rzetelność skali *Koncentracja* w różnych grupach osób badanych

Podgrupa	Rzetelność skali <i>Koncentracja</i>
Chłopcy, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.), n = 953	0,71
Dziewczynki, wiek 1,5–3,5 lat. (18–42 mies. ż.), n = 933	0,74
Chłopcy, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.), n = 927	0,75
Dziewczynki, wiek 3,5–5,5 lat (43–66 mies. ż.), n = 931	0,74

6.4. Różnice międzygrupowe

W celu oceny trafności skali przeprowadzono analizy, w których poszukiwano związków między zdolnością dziecka do wykonywania zadań w skupieniu, a innymi zmiennymi takim jak: wiek i płeć, miejsce zamieszkania, warunki panujące w środowisku rozwoju.

Z punktu widzenia oceny trafności teoretycznej narzędzia szczególnie ważna była analiza tego czy poziom tej kompetencji będzie odmienny w tych grupach dzieci, o których wiadomo

(patrz: rozdział 6.1.), że różnią się zasobami uwagi i zdolnością do koncentracji. Przewidywano, że koncentracja:

1. będzie niższa wśród dzieci, których matki doświadczały trudności emocjonalnych związanych z wychowywaniem dziecka, w tym depresji poporodowej
2. będzie niższa wśród dzieci, które urodziły się przedwcześnie i/lub urodziły się z niską wagą urodzeniową
3. będzie niższa wśród dzieci, które rzadko lub wcale nie włączają do swoich zabaw przedmiotów wymagających skupienia uwagi: książek, puzzli, gier planszowych, klocków
4. będzie niższa wśród dzieci mających skłonność do doświadczania lęku i wycofywania się z relacji społecznych oraz wśród dzieci mających skłonność do podejmowania zachowań agresywnych.

6.4.1. Wiek, płeć i wielkość miejscowości zamieszkania dziecka

W celu oceny różnic między chłopcami i dziewczynkami oraz dziećmi w różnym wieku (1: 18–42 miesiące, tj. 1,5–3,5 roku; 2: 43–66 miesięcy, tj. 3,5–5,5 roku) dwuczynnikową analizę wariancji (ANOVA).

Dziewczynki odznaczały się nieco wyższą zdolnością do koncentracji uwagi niż chłopcy. Także przynależność do odmiennej grupy wiekowej okazała się istotnie związana z badaną charakterystyką. Dzieci starsze (3,5–5,5 lat) uzyskały wynik wyższy niż dzieci młodsze (1,5–3,5 lat). Nie zaobserwowano interakcji płci i wieku dziecka.

Tabela 6.4. Płeć i wiek dziecka a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Płeć				F (η^2)	Wiek				F (η^2)
	Chłopiec (n=1880)		Dziewczynka (n=1864)			18–42 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1886)		43–66 mies. (1,5–3,5 lat) (n=1858)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,30	2,07	11,50	2,06	8,98* (0,01)	11,27	2,06	11,61	2,07	13,02** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Dzieci zamieszkujące w miejscowościach o różnej wielkości nie różniły się pod względem wyników testu. Nie wystąpiła również interakcja wielkości miejscowości zamieszkania z wiekiem i płcią dziecka.

6.4.2. Wykształcenie rodziców

Wykształcenia matki (Tab. 6.5.) oraz wykształcenie ojca (Tab. 6.6.) dziecka nie okazały się istotnie związane z jego zdolnością do koncentracji uwagi. Nie wystąpiła także interakcja między wykształceniem rodzica i wiekiem dziecka a analizowaną charakterystyką.

Tabela 6.5. Wykształcenie matki a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Wykształcenie matki								F (η^2)
	Podstawowe (n = 140)		Zasadnicze zawodowe (n = 465)		Średnie lub pomaturalne (n = 1230)		Wyższe (n = 1905)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,43	2,04	11,37	2,00	11,42	2,04	11,39	2,11	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Tabela 6.6. Wykształcenie ojca a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Wykształcenie ojca								F (η^2)
	Podstawowe (n = 192)		Zasadnicze zawodowe (n = 935)		Średnie lub pomaturalne (n = 1293)		Wyższe (n = 1296)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,30	2,17	11,30	2,07	11,45	2,03	11,44	2,08	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

6.4.3. Sytuacja materialna rodziny

Sytuacja materialna mierzona była jako subiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny: 1 – Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby, 2 – Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyły na życie, 3 – Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki, 4 – Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć, 5 – Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki. W toku analiz połączono ze sobą kategorie 1 i 2 oraz 4 i 5, tworząc zmienną przyjmującą trzy poziomy. Oprócz tego proszono osobę badaną o wskazanie wysokości miesięcznych dochodów netto rodziny.

Ocena sytuacji finansowej rodziny (Tab. 6.7.) oraz wysokość miesięcznych dochodów nie wiązały się istotnie z wynikiem na skali koncentracji.

Tabela 6.7. Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a wynik skali *Koncentracja*

Zmienne	Ocena sytuacji finansowej rodziny						F (η^2)
	Pieniądzy nie starcza nawet na najpilniejsze potrzeby LUB Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniądze starczyło na życie (n = 448)		Na co dzień pieniędzy starcza, ale nie stać nas na większe wydatki (n = 1916)		Pieniądzy starcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć LUB Nie musimy oszczędzać nawet na większe wydatki (n = 1338)		
	Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 2337 zł; SD = 1089 zł		Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 3664 zł; SD = 2768 zł		Średni dochód miesięczny netto rodziny: M = 5738 zł; SD = 3460 zł		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,28	2,00	11,42	2,07	11,43	2,08	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Osoby badane proszono także o ocenę tego czy w trakcie ostatniego roku sytuacja materialna rodziny uległa istotnej zmianie. Także ta kwestia nie była związana ze zdolnością dziecka do koncentracji uwagi.

6.4.4. Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa

Nie zaobserwowano różnic pod względem wyników na wymiarze *koncentracji* między dziećmi wychowującymi się w pełnych rodzinach ($n = 3300$; Tab. 6.8.) oraz w takich, gdzie jedynym opiekunem była matka ($n = 382^{20}$). Nie wystąpiła także interakcja tego czynnika z wiekiem.

Tabela 6.8. Sytuacja rodzinna a wynik skali *Koncentracja*

Zmienne	Sytuacja rodzinna				F (η^2)
	Rodzina pełna (n = 3300)		Samotna matka (n = 382)		
	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,43	2,06	11,20	2,14	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Ani w grupie dzieci młodszych (1,5–3,5 lat), a nie dzieci starszych (3,5–5,5 lat) nie zaobserwowano także istotnej korelacji między wymiarem *koncentracji*, a czasem (w minutach) jaki

²⁰ Oprócz dzieci wychowywanych w pełnych rodzinach oraz takich, gdzie jedynym opiekunem była matka wystąpiły także przypadki samotnego ojcostwa, wychowywania dziecka przez dalszych krewnych itp. Były to jednak pojedyncze przypadki, które usunięto z analizy.

dziecko spędzało z rodzicami (oddzielnie z matką i ojcem) na wspólnym „robieniu różnych rzeczy” (np. wspólne zabawy, wspólne wykonywanie obowiązków domowych).

6.4.5. Opieka i edukacja instytucjonalna

W badaniach analizowano czy dzieci uczestników badań uczęszczały do placówek edukacyjnych (Tab. 6.9). W przypadku dzieci w wieku 18–36 miesięcy (1–3 lata) sprawdzano czy uczęszczają one do żłobka, klubiku dziecięcego, lub innego rodzaju placówki, czy też opieka nad nimi odbywa się w domu rodzinnym. Kwestia ta nie okazała się istotnie związana ze zdolnością do *koncentracji*.

Tabela 6.9. Uczęszczanie do placówki edukacyjnej w różnych grupach wiekowych a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Grupa wiekowa 18–36 mies. (1,5–3 lata)				F (η^2)	Grupa wiekowa 37–66 mies. (3–5,5 lat)				
	Uczęszcza do żłobka, klubiku dziecięcego, lub innego rodzaju placówki (n = 269)		Opieka odbywa się w domu rodzinnym (n = 1139)			Uczęszcza do przedszkola (n = 1713)		Opieka odbywa się w domu rodzinnym (n = 530)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,15	2,08	11,28	2,05	ni	11,48	2,09	11,42	2,01	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Również w przypadku dzieci powyżej trzeciego roku życia (37–66 miesięcy) fakt uczęszczania lub nie uczęszczania do przedszkola nie wiązał się ze zdolnością *koncentracji*. W tej grupie wiekowej (3–5,5 lat) nie wystąpiły także różnice pod względem zdolności do *koncentracji* między tymi dziećmi, które w wieku od 1 do 3 lat uczęszczały do żłobka lub innej placówki edukacyjnej oraz tymi, które nie uczęszczały do placówki edukacyjnej w tym okresie.

6.4.6. Sen

Istotnymi czynnikami związanymi ze zdolnością dziecka do wykonywania zadań wymagających *koncentracji* były kwestie związane z tym, jak rodzice organizują proces zasypiania.

Jedną z takich istotnych kwestii było to czy dziecko miało, w opinii rodzica, trudności z zasypianiem (Tab. 6.10.). Te dzieci, które, w opinii rodzica/opiekuna, *zawsze lub prawie zawsze* miały trudności z zasypianiem uzyskały najniższy wynik na wymiarze *koncentracji*, istotnie wyższy wynik uzyskano w grupie dzieci doświadczających trudności z zasypianiem jedynie *czasami*, a najwyższą zdolność do *koncentracji* uwagi zaobserwowano w grupie dzieci, które *nigdy lub prawie nigdy* nie miały trudności z zasypianiem.

Tabela 6.10. Trudności z zasypianiem a wynik skali *Koncentracja*

Zmienne	Czy dziecko ma trudności z zasypianiem?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 2501)		Czasem (n = 1115)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 128)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,59 ^a	2,02	11,03 ^b	2,09	10,66 ^c	2,14	35,98** (0,02)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie
Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Istotnie związane z *koncentracją* było także to czy dziecko zasypia w czyjejś obecności (Tab. 6.11.). Wyższą zdolność do *koncentracji* zaobserwowano u tych dzieci, których rodzice *nigdy lub prawie nigdy* nie przebywali z nimi w tym samym pomieszczeniu do momentu zaśnięcia lub przebywali jedynie *czasami*. Dzieci, których rodzice *zawsze lub prawie zawsze* przebywali z nimi do chwili zaśnięcia charakteryzowały się niższą zdolnością do *koncentracji*.

Tabela 6.11. Obecność innych osób przy zasypianiu a wynik skali *Koncentracja*

Zmienne	Czy ktoś jest w pomieszczeniu dopóki dziecko nie zaśnie?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 1180)		Czasem (n = 818)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 1746)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,68 ^a	2,00	11,52 ^a	2,01	11,14 ^b	2,11	22,55** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie
Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Kwestia tego czy dziecko, rzadziej lub częściej, zasypiało w łóżku rodziców, czy też we własnym nie miało związku z poziomem zdolności do *koncentracji*. W przypadku żadnego z czynników związanych z organizacją zasypiania w rodzinach dziecka, nie wystąpiła interakcja z wiekiem.

6.4.7. Samokontrola

Jednym z czynników, co do których zakładano, że mogą wiązać się z wynikami skali *Koncentracja* była umiejętność kontroli emocji przejawiająca się w umiejętności powstrzymania się od określonych zachowań i kontrolowania własnego zachowania w odpowiedzi na wymagania otoczenia.

Odpowiedź na pytanie o to czy dziecko potrafi się uspokoić w ciągu 10–15 minut, gdy jest zdenerwowane, okazała się istotnie związana ze zdolnością do wykonywania zadań wymagających skupienia i wytrwałości (Tab. 6.12.). Dzieci, które *zawsze lub prawie zawsze* potrafiły się uspokoić w ciągu tych kilkunastu minut, charakteryzowały się lepszą *koncentracją* niż dzieci mające z tym trudności. Szczególnie niską zdolność do wykonywania czynności w skupieniu miały dzieci, których rodzice opiekunowie, stwierdzili, że *nigdy lub prawie nigdy* nie potrafią się uspokoić w ciągu 10–15 minut.

Tabela 6.12. Umiejętność uspokojenia się w krótkim czasie a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Czy dziecko, kiedy jest zdenerwowane, potrafi się wyciszyć w ciągu 10–15 minut?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 223)		Czasem (n = 1153)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2368)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	10,25 ^a	2,11	11,10 ^b	2,10	11,64 ^c	1,99	69,48** (0,03)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Rodziców pytano również, czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym takim jak siadanie do stołu podczas posiłku lub sprzątanie zabawek, kiedy są o to prośzone (Tab. 6.13.). Kwestia ta okazała się wyraźnie związana z analizowaną tu charakterystyką. Im częściej dzieci zachowywały się w ten sposób, tym wyższa była ich zdolność do *koncentracji* uwagi i wytrwałości.

Tabela 6.13. Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Czy dziecko podporządkowuje się podstawowym zwyczajom domowym (np. siada przy stole do posiłku, sprząta zabawki gdy jest o to prośzone)?						F (η^2)
	Nigdy lub prawie nigdy (n = 67)		Czasem (n = 1239)		Zawsze lub prawie zawsze (n = 2438)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	9,90 ^a	1,96	10,77 ^b	2,12	11,75 ^c	1,95	120,38** (0,06)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Nie wystąpiła interakcja między wiekiem dziecka i podporządkowywaniem się podstawowym zwyczajom domowym a *koncentracją*.

6.4.8. Trudności emocjonalne matki w okresie poporodowym

Wśród pytań zadawanych matkom²¹ było pytanie dotyczące ich stanu emocjonalnego w okresie poporodowym (*Czy w tygodniach, które nastąpiły po narodzinach dziecka doświadczała Pani trudności w radzeniu sobie z własnymi uczuciami?*). Przewidywano, że może to być wskaźnik klimatu emocjonalnego panującego w rodzinie, a tym samym wiązać się z położeniem dziecka na wymiarze koncentracji. Wyniki przedstawiono w Tab. 6.14.

Tabela 6.14. Stan emocjonalny matki w okresie poporodowym a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Przygnębienie, zmęczenie, wątpliwości, co do swoich możliwości, jako mamy					Zdiagnozowana depresja poporodowa				
	Nie (n = 3096)		Tak (n = 633)		F (η^2)	Nie (n = 3680)		Tak (n = 49)		F (η^2)
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,50	2,03	10,83	2,16	60,19** (0,01)	11,41	2,06	10,42	2,12	11,69* (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ () lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie*

Dziewięć matek które stwierdziły, że w tygodniach po urodzeniu dziecka odczuwały przygnębienie, zmęczenie i wątpliwości co do swoich kompetencji rodzicielskich, odznaczały się istotnie niższą zdolnością do koncentracji uwagi. Jeszcze większa różnica wystąpiła w przypadku dzieci matek, które miały zdiagnozowaną depresję poporodową. Dzieci matek, które doświadczyły depresji poporodowej uzyskały istotnie niższe wyniki na skali koncentracji. Kobiet tych nie było wiele, zaledwie 49, co każe traktować ten wynik z ostrożnością, jednak zgodność tego wyniku z danymi obecnymi w literaturze (Cogil, Caplan, Alexandra, Robson, Kumar, 1986; Grace, Evindar, Stewart, 2003; Graziano, Calkins, Keane, 2011) pozwala ufać w jego trafność.

6.4.9. Przedwczesny poród i niska waga urodzeniowa

Dzieci, które urodziły się przedwcześnie, to jest przed 37 tygodniem ciąży, nie różniły się zdolnością do koncentracji uwagi od dzieci, które przyszły na świat w terminie (Tab. 6.15.)

Tabela 6.15. Przedwczesny poród a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Przedwczesny poród				F (η^2)
	Tak (przed 37 tygodniem ciąży; n = 392)		Nie (n = 3352)		
	M	SD	M	SD	
Koncentracja	11,18	2,10	11,42	2,06	ni

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ () lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie*

²¹ Pytania tego nie zadano 15 opiekunkom prawnym niebędącym biologicznymi matkami dziecka

Istotna różnica wystąpiła natomiast w przypadku dzieci różniących się wagą urodzeniową. Te dzieci, które w momencie urodzenia ważyły nie więcej niż 1500 gramów, a więc charakteryzowały się bardzo niską wagą urodzeniową odznaczały się istotnie niższą zdolnością do koncentracji uwagi niż pozostałe dzieci (Tab. 6.16.). Podobnie jak w przypadku występowania u matki depresji poporodowej (rozdział 6.4.8.), liczba dzieci z bardzo niską wagą urodzeniową była niewielka. Niemniej uzyskany wynik pozostaje w zgodzie z doniesieniami innych badaczy (Davis, Burns, 2001), co może przemawiać za jego trafnością.

Tabela 6.16. Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali Koncentracja

Zmienne	Waga urodzeniowa						F (η^2)
	Bardzo niska < 1500 g, n = 28		Niska 1500–2500 g, n = 201		Przeciętna > 2500 g, n = 3515		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Koncentracja	10,00 ^a	1,93	11,38 ^b	2,02	11,41 ^b	2,06	7,67** (0,01)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

6.4.10. Częstotliwość podejmowania zabaw wymagających koncentracji uwagi

Kwestią, o której należało sądzić, że będzie związana ze zdolnością dziecka do koncentracji uwagi, była częstotliwość podejmowania zabaw angażujących oraz pozwalających rozwijać tę właśnie kompetencję. Dokonano więc analizy tego czy dzieci²², które różniły się częstotliwością podejmowania zabaw takich jak na przykład oglądanie książek z obrazkami, granie w gry planszowe, układanki, budowanie z klocków, malowanie, różniły się także na wymiarze koncentracji (Tab. 6.17).

²² Kwestia ta była badana tylko w grupie dzieci powyżej 36 miesięcy.

Tabela 6.17. Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali *Koncentracja*

Zmienne	Jak często Pan(i) dziecko zajmuje się następującymi czynnościami						F (η^2)
	Nigdy/rzadziej niż 1 raz w mies./1 raz w mies./kilka razy w mies.		Raz w tygodniu/kilka razy w tygodniu		Raz dziennie/kilka razy dziennie		
	M	SD	M	SD	M	SD	
OGLĄDANIE KSIĄŻEK Z OBRAZKAMI							
Koncentracja	11,22 ^{ab}	2,09	11,30 ^a	2,10	11,57 ^b	2,05	4,69* (0,01)
GRANIE W GRY PLANSZOWE, KOŚCI, ITP.							
Koncentracja	11,16 ^a	2,09	11,60 ^b	2,04	11,73 ^b	2,04	16,72** (0,01)
UKŁADANKI LUB PUZZLE, ITP.							
Koncentracja	10,95 ^a	2,15	11,41 ^b	2,09	11,75 ^c	1,99	21,84** (0,02)
ZABAWY KONSTRUKCYJNE I INŻYNIERYJNE NP. BUDOWANIE Z KŁOCKÓW LEGO, ITP.							
Koncentracja	10,97 ^a	2,08	11,50 ^b	2,06	11,62 ^b	2,06	12,82** (0,01)
MALOWANIE, LEPIENIE Z PLASTELINY, CIASTOLINY, GARNCARSTWO, ITP.							
Koncentracja	10,82 ^a	2,28	11,49 ^b	2,06	11,70 ^b	1,97	24,64** (0,02)

Uwaga: ze względu na dużą liczebność próby, za różnicę istotną statystycznie uznawano jedynie taką, gdzie $p < 0,01$ (*) lub $p < 0,001$ (**). Jeśli obok wartości F umieszczono gwiazdkę (jedną * lub dwie **) oznacza to, że różnica osiągnęła zakładany poziom istotności, jeśli w kolumnie F umieszczono „ni” oznacza to, że różnica była nieistotna statystycznie

Uwaga: wartości średnie, obok których umieszczono odmienne indeksy, różniły się od siebie istotnie statystycznie (test post-hoc: Tukey HSD)

Uzyskane wyniki ujawniły, że – zgodnie z przewidywaniami – im częściej dzieci angażowały się w zabawy wymagające i pozwalające rozwijać zdolność koncentracji tym wyższy był u nich poziom tej kompetencji.

6.4.11. Korelacje skali *Koncentracja* i wymiarów kwestionariusza *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych*

W Tab. 6.18. oraz 6.19. zamieszczono współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wymiarem *koncentracji* oraz wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (kompetencje społeczne, lęk-wycofanie, złość-agresja) w grupach chłopców i dziewczynek należących do dwóch grup wiekowych: 25–42 miesiące (2–3,5 lat) oraz 43–66 miesięcy (3,5–5,5 lat). Związki między poszczególnymi zmiennymi okazały się być podobne we wszystkich grupach dzieci.

Zdolność dziecka do skoncentrowania się i wytrwałego wykonywania podjętych czynności korelowała, we wszystkich wyróżnionych tu grupach dzieci, dodatnio z posiadanymi *kompetencjami społecznymi* i ujemnie ze *złością-agresją*. Wystąpił także istotny, choć słabszy od pozostałych, ujemny związek z *lękiem-wycofaniem*. Można więc stwierdzić, że dzieci, które odznaczały się lepszym funkcjonowaniem w relacjach społecznych i rzadziej przejawiały zachowania internalizacyjne oraz eksternalizacyjne, charakteryzowały się także lepiej rozwiniętą zdolnością do koncentracji uwagi.

Tabela 6.18. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą *Koncentracja* oraz *Ocenę Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 697$) i dziewczynek ($n = 715$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 roku życia)

Zmienne	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Koncentracja	0,33**	– 0,13*	– 0,27**
	0,24**	– 0,13*	– 0,34**

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Uwaga: współczynniki korelacji między wymiarami SCBE zamieszczono w Tab. 4.14. i 4.15. na s. 62–63.

Tabela 6.19. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą *Koncentracja* oraz *Ocenę Zachowania i Kompetencji Społecznych* w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)

Zmienne	Kompetencje społeczne (SCBE)	Lęk-wycofanie (SCBE)	Złość-agresja (SCBE)
Koncentracja	0,33**	– 0,24**	– 0,33**
	0,34**	– 0,20**	– 0,34**

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Uwaga: współczynniki korelacji między wymiarami SCBE zamieszczono w Tab. 4.15. i 4.16. na s. 63.

6.4.12. Wnioski

Przedstawiona analiza różnic pod względem *koncentracji* w różnych grupach dzieci oraz analiza związków z wynikami badania kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE) dowodzi, że skala *Koncentracja* prowadzi do uzyskania teoretycznie trafnych wyników. Istotne związki *koncentracji* z innymi badanymi charakterystykami podsumowano w Tab. 6.20.

Tabela 6.20. Podsumowanie: wyniki skali *Koncentracja* a inne badane czynniki

ZMIENNA	ZWIĄZKI SKALI KONCENTRACJA Z INNYMI CZYNNIKAMI
Wiek	Dzieci starsze uzyskują wyższe wyniki niż dzieci młodsze
Płeć	Dziewczynki uzyskują wyższe wyniki niż chłopcy
Wielkość miejscowości zamieszkania	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi mieszkającymi w miejscowościach różnej wielkości</i>
Wykształcenie rodziców	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi rodziców mających różne wykształcenie</i>
Sytuacja materialna rodziny	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi pochodzącymi z rodzin o różnym statusie materialnym</i>
Sytuacja rodzinna dziecka i opieka domowa	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi wychowującymi się w rodzinach pełnych i niepełnych</i> <i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi spędzającymi mniej lub więcej czasu z rodzicami na wykonywaniu wspólnych czynności</i>
Opieka i edukacja instytucjonalna	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi uczęszczającymi i nieuczęszczającymi do placówek edukacyjnych (żłobek, przedszkole)</i>
Sen	Dzieci, które często doświadczają trudności z zasypianiem, uzyskują niższe wyniki niż dzieci niemające takich trudności
Samokontrola	Dzieci, które potrafią szybko się uspokoić, gdy są zdenerwowane, uzyskują wyższe wyniki niż dzieci mające z tym trudności Dzieci, które podporządkowują się podstawowym zwyczajom domowym (siadanie do stołu, sprzątanie po sobie), uzyskują wyższe wyniki niż dzieci niezachowujące się w ten sposób
Trudności emocjonalne matki w okresie poporodowym	Dzieci matek, które w okresie poporodowym doświadczały trudności emocjonalnych, w tym także depresji poporodowej, uzyskują niższe wyniki niż dzieci matek niemające tego typu problemów
Przedwczesny poród i niska waga urodzeniowa	<i>Nie zaobserwowano różnic między dziećmi urodzonymi przedwcześnie (przed 37 tygodniem ciąży) i tymi urodzonymi terminowo</i> Dzieci, które w momencie urodzenia posiadały bardzo niską wagę urodzeniową (nie więcej niż 1500 gramów) uzyskują niższe wyniki niż dzieci, które w momencie porodu ważyły więcej
Częstotliwość podejmowania zabaw wymagających koncentracji uwagi	Im częściej dzieci angażują się w zabawy wymagające koncentracji uwagi i pozwalające na jej rozwój (np. gry planszowe, układanki, puzzle, zabawy konstrukcyjne, malowanie), tym wyższy uzyskują wynik
Korelacje z wymiarami kwestionariusza SCBE	Wynik na skali <i>Koncentracja</i> koreluje dodatnio z kompetencjami społecznymi dziecka oraz ujemnie ze skłonnością dziecka do odczuwania złości i podejmowania zachowań agresywnych

Między dziećmi różniącymi się zdolnością do długotrwałej koncentracji uwagi na określonym zadaniu nie wystąpiły różnice pod względem wykształcenia i statusu materialnego rodziców, wychowywania się w rodzinie pełnej lub niepełnej, czasu spędzanego przez dziecko na wspólnych aktywnościach z rodzicami, faktem uczęszczania lub nieuczęszczania do placówek edukacyjnych (np. żłobek, przedszkole) oraz zamieszkiwania w miejscowościach różnej wielkości.

Okazało się, z kolei, że *koncentracja* była wyższa wśród dzieci starszych, a także była związana ze wskaźnikami ich społecznego i emocjonalnego funkcjonowania. Dzieci, które charakteryzowały się wyższą zdolnością do *koncentracji* uwagi na zadaniu rzadziej doświadczaly problemów z zasypianiem, szybciej potrafiły się uspokoić, gdy były zdenerwowane, chętniej podporządkowywały się codziennym domowym zwyczajom. Te zależności potwierdziła także analiza związków między *koncentracją*, a wymiarami mierzonymi kwestionariuszem *Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych* (SCBE). Wyższa zdolność do *koncentracji* uwagi związana była z wyższymi kompetencjami społecznymi i niższą skłonnością do reagowania złością i podejmowaniem agresywnych zachowań.

Istotne okazały się także warunki rozwoju w okresie poporodowym. Dzieci, które urodziły się z niską wagą urodzeniową oraz dzieci matek mających problemy emocjonalne w okresie poporodowym, odznaczały się niższą zdolnością do koncentrowania się na realizowanym zadaniu. Kwestie badane w tym przypadku dotyczyły początków rozwoju postnatalnego, ale nie można ich traktować jedynie jako czynników oddziałujących na dziecko w tamtym okresie. Bardzo niska waga urodzeniowa znacznie zwiększa ryzyko różnorodnych trudności rozwojowych nawet wiele lat później (Weijer-Bergsma, Wijnroks, Jongmans, 2008), a skłonność do doświadczania negatywnych emocji, w tym także ryzyko występowania epizodów depresyjnych, to kwestie związane z podstawowymi wymiarami funkcjonowania psychicznego. Nawet jeśli od porodu minęło kilka lat, to ryzyko rozwojowe związane z niską wagą urodzeniową i problemami emocjonalnymi matki może być wciąż obecne i wywierać wpływ na rozwój zdolności do koncentracji uwagi.

Dzieci, które uzyskały wyższe wyniki na wymiarze *koncentracji*, okazały się także znacznie częściej angażować w zabawy takie jak układanki, puzzle, budowanie z klocków czy malowanie. Wszystkie te zabawy wymagają od dziecka skupienia, ale także, zwłaszcza we współpracy z rodzicem (Dornowska 2007; Mundy, Newell, 2007; Wygotski, 2005), pozwalają na rozwój kompetencji poznawczych. Uzyskane wyniki przemawiają więc za teoretyczną trafnością skali *Koncentracja*.

Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że *koncentracja* mierzona prezentowanym tu narzędziem to kompetencja związana z psychicznym rozwojem dziecka, wynikającym zarówno z wieku (i jak można sądzić rozwojem struktur mózgowych zaangażowanych w procesy uwagowe; Blair, 2002), jak i rozwojem emocjonalnym i społecznym, co potwierdza tezy innych badaczy (Andrade, Brodeur, Waschbusch, Stewart, McGee, 2009; Pennington, Ozonoff, 1996), zgodnie z którymi umiejętność wykonywania zadań w skupieniu jest sprzężona z prawidłowym rozwojem w innych sferach.

6.5. Posługiwanie się kwestionariuszem

6.5.1. Procedura badania

Skala *Koncentracja*, w obszarze praktyki psychologicznej i pedagogicznej, przeznaczona jest do badań indywidualnych ukierunkowanych na wsparcie rozwoju małego dziecka. Narzędzie może być przydatne w diagnozie dziecka dokonywanej w żłobku, przedszkolu, poradni psychologiczno-pedagogicznej. Badanie odbywa się z udziałem matki lub opiekunki prawnej dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia. Obecność dziecka nie tylko nie jest konieczna, ale nie jest również zalecana ze względu na możliwe zakłócenia procedury badawczej. Skala może być także stosowana w badaniach naukowych, zarówno indywidualnie jak i grupowo. W przypadku naukowych badań grupowych należy zmodyfikować procedurę tak, aby to osoby badane samodzielnie odczytywały stwierdzenia skali.

W badaniu indywidualnym (diagnostycznym) osoba prowadząca badanie (diagnosta) odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład skali, a uczestnik badania (osoba badana, czyli matka lub opiekunka prawna dziecka) udziela ustnej odpowiedzi, korzystając z Karty odpowiedzi będącej elementem testu. Zmiana procedury badawczej na taką, w której osoba badana samodzielnie odczytuje pozycje testu i udziela odpowiedzi poprzez ich zaznaczenie na arkuszu testowym nie była elementem procedury walidacyjnej i może prowadzić do zmiany trafności pomiaru. Z tego też powodu nie jest zalecana w badaniach indywidualnych.

Pierwszym etapem badania musi być nawiązanie kontaktu z osobą badaną oraz przedstawienie celu („Diagnoza zdolności dziecka do koncentracji”) i przebiegu badania (stwierdzenia będą odczytywane przez diagnostę). Należy poprosić osobę badaną, aby udzielała szczerych odpowiedzi, gdyż będzie to pomocne w diagnozie rzeczywistej sytuacji dziecka, a tym samym może wspomagać planowanie późniejszych oddziaływań. W tym celu należy odczytać treść instrukcji szczerości zamieszczonej na stronie 47 niniejszego podręcznika.

Po omówieniu przebiegu badania diagnosta powinien odczytać instrukcję, której treść zamieszczona jest na arkuszu testowym, a następnie wręczyć osobie badanej kartę odpowiedzi stanowiącą część arkusza testowego i poprosić o zapoznanie się z instrukcją do niej. Po wykonaniu tej procedury wskazane jest upewnienie się, że zarówno procedura badania, jak i udzielania odpowiedzi, jest dla osoby badanej zrozumiała.

Badanie musi być prowadzone w miejscu zapewniającym maksymalny komfort fizyczny i emocjonalny. Osoba badana oraz diagnosta powinni usiąść naprzeciw siebie, bez obecności osób trzecich. Jeśli nie można tego uniknąć, dopuszcza się obecność dziecka którego dotyczy badanie lub innego dziecka, jednak rolą diagnosty jest takie aranżowanie sytuacji badania, aby unikać tego typu sytuacji. Niedopuszczalna jest jednak obecność innych osób dorosłych w momencie badania.

Osoba prowadząca badanie odczytuje kolejne stwierdzenia wchodzące w skład kwestionariusza, a osoba badana, wspomagając się otrzymaną kartą odpowiedzi, ustnie udziela informacji na temat dziecka. Odpowiedzi muszą być nanoszone przez diagnostę na arkusz testowy poprzez zakreślenie kółkiem odpowiedzi wskazanej przez osobę badaną.

Czas badania nie jest ograniczony, osoba badana może dowolnie długo zastanawiać się przed podaniem ostatecznej odpowiedzi. Po zakończeniu badania diagnosta przystępuje do procedury obliczania wyników zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 4.3.5.2., wykorzystując arkusz oceny wyników badania kwestionariuszem *Koncentracja* będący elementem testu (patrz: Załącznik nr 4 do tego rozdziału).

6.5.2. Obliczanie wyników

Badanie wykorzystujące skalę *Koncentracja* prowadzi do uzyskania jednego wyniku, będącego sumą punktów obliczoną zgodnie z kluczem, na podstawie wszystkich pozycji kwestionariusza. Do każdego ze stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się na dwupunktowej skali odpowiedzi: *nie – tak*.

Ze względu na to, że skala składa się z siedmiu pozycji, wynik minimalny skali wynosi 7, a wynik maksymalny wynosi 14. Im wyższy jest wynik uzyskany przez osobę badaną, tym silniej dziecko, w opinii matki/opiekunki prawnej, potrafi się skoncentrować na realizowanym zadaniu i nie zraża się początkowymi niepowodzeniami. Po obliczeniu wyniku surowego, konieczne jest przekształcenie go na wynik znormalizowany (oparty na skali staninowej), wykorzystując dane zawarte w Tab. 6.21. (s. 121) i 6.22. (s. 122).

6.5.3. Ocena i interpretacja wyników

Ocena wyników badania musi zostać dokonana przez odniesienie ich do wyników charakterystycznych dla ogólnopolskiej próby normalizacyjnej składającej się z matek i opiekunek prawnych dzieci w wieku od 1,5 do 5,5 lat.

Ponieważ jakość pomiaru uzależniona jest nie tylko od przebiegu samej sytuacji testowej, ale także konstrukcji – w tym rzetelności – samego kwestionariusza, ocena wyników powinna być przeprowadzona po obliczeniu przedziałów ufności dla wyniku otrzymanego. Wynik surowy uzyskany w pomiarze należy traktować jedynie jako pewną wskazówkę, przybliżenie prawdziwego natężenia badanej charakterystyki. Aby określić w jakim przedziale mieści się wynik prawdziwy osoby badanej, należy zastosować dane zawarte w Tab. 6.21. według wzoru (patrz: PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW, s. 121):

< wynik uzyskany w teście – wartość półprzedziału ufności (PU); wynik uzyskany w teście + wartość półprzedziału ufności (PU)>

Tabela 6.21. Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów kwestionariusza *Koncentracja*

Grupa wiekowa	Chłopcy				Dziewczynki			
	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%	Alfa	SEM	PU 85%	PU 95%
KONCENTRACJA								
18–24 mies.	0,75	0,97	1,40 (1)	1,90 (2)	0,76	1,06	1,52 (1)	2,07 (2)
25–30 mies.	0,75	1,06	1,53 (1)	2,08 (2)	0,72	1,08	1,55 (1)	2,12 (2)
31–36 mies.	0,73	1,08	1,55 (1)	2,11 (2)	0,70	1,07	1,55 (1)	2,10 (2)
37–42 mies.	0,75	1,06	1,53 (1)	2,08 (2)	0,75	1,06	1,52 (1)	2,07 (2)
43–48 mies.	0,71	1,10	1,58 (1)	2,15 (2)	0,68	1,08	1,56 (1)	2,12 (2)
49–54 mies.	0,73	1,08	1,56 (1)	2,12 (2)	0,73	1,04	1,50 (1)	2,04 (2)
55–60 mies.	0,77	1,04	1,50 (1)	2,04 (2)	0,76	1,03	1,49 (1)	2,03 (2)
61–66 mies.	0,75	1,04	1,49 (1)	2,03 (2)	0,75	1,03	1,48 (1)	2,02 (2)

PU – półprzedział ufności dla wyniku otrzymanego w teście

PRZYKŁAD OBLICZANIA WYNIKÓW

Dziewczynka w wieku 37 miesięcy, na podstawie badania matki, uzyskała w teście wynik surowy: 10

Aby przykładowo obliczyć 85-procentowy przedział ufności (wartość procentowa wskazuje prawdopodobieństwo, z jakim wynik prawdziwy mieści się w obliczonych przedziałach ufności) dla wyniku otrzymanego w teście (wynik surowy: 10) przez dziewczynkę w wieku miesięcy należy od wyniku surowego uzyskanego w teście odjąć oraz do niego dodać wartość zaznaczoną pogrubioną czcionką (półprzedział ufności) w wierszu dla określonego przedziału wieku (Tab. 6.21.). W tym przypadku będzie to wartość 1, stąd:

Przedział ufności dla wymiaru *koncentracja*: 10 – 1 (= 9); 10 + 1 (= 11)

Z prawdopodobieństwem równym 85% wynik prawdziwy na wymiarze *koncentracja* zawiera się w przedziale od 9 do 11. Po obliczeniu przedziału ufności, w jakim znajduje się wynik prawdziwy osoby badanej, należy dokonać interpretacji wyników, korzystając z danych z próby normalizacyjnej zawartych w Tab. 6.22. Na podstawie danych zawartych w Tab. 6.22. można przyjąć, że jest to wynik mieszczący się na granicy grupy małego ryzyka i grupy dużego ryzyka rozwojowego. Wynik ten należy rozpatryć w kontekście innych danych na temat funkcjonowania dziecka przy założeniu, że istnieje ryzyko, iż zdolność do koncentracji dziecka może być dla niego źródłem trudności rozwojowych.

Wyniki na skali *koncentracji*, które zostały określone jako wskazujące na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych znajdowały się poniżej pierwszego odchylenia standardowego od średniej (od $-3z$ do $-1z$; od 1 do 3 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników bardzo niskich i niskich (Hornowska, 2003). Wyniki określone jako wskazujące na małe ryzyko trudności rozwojowych na wymiarze *koncentracji* znajdowały się powyżej pierwszego odchylenia standardowego poniżej średniej (od $-1z$ do $+3z$; od 4 do 9 punktów na 9-punktowej skali staninowej), czyli w zakresie wyników średnich i wysokich.

Dziecko, które na wymiarze KONCENTRACJI uzyskuje wynik wskazujący na MAŁE RYZYKO trudności rozwojowych potrafi silnie skoncentrować się na realizowanym zadaniu i nie zraża się początkowymi niepowodzeniami.

Dziecko, które na wymiarze KONCENTRACJI uzyskuje wynik wskazujący na DUŻE RYZYKO trudności rozwojowych łatwo się rozprasza, jego zachowanie łatwo ulega zaburzeniu w obecności dystraktorów, ma skłonność do szybkiego porzucania aktywności w obliczu trudności.

Tabela 6.22. Ocena położenia dziecka nawymiarze *koncentracji* mierzonym kwestionariuszem *Koncentracja*. Normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia

Grupa wiekowa	Chłopcy		Dziewczynki	
	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na duże ryzyko trudności rozwojowych	Liczba punktów wskazująca na małe ryzyko trudności rozwojowych
	1–3 punkty na skali staninowej	4–9 punktów na skali staninowej	1–3 punkty na skali staninowej	4–9 punktów na skali staninowej
USPOŁECZENIE				
18–24 mies.	7–9	10–14	7–8	9–14
25–30 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
31–36 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
37–42 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
43–48 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
49–54 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
55–60 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14
61–66 mies.	7–9	10–14	7–9	10–14

W Tab. 6.23. zaprezentowano efekt analiz przeprowadzonych w dwóch grupach dzieci: od 1,5 do 3,5 lat oraz od 3,5 do 5,5 lat. Dane te, w sposób uogólniony, przedstawiają jaki

procent dzieci znalazł się w grupie dużego ryzyka lub grupie małego ryzyka występowania trudności rozwojowych.

Tabela 6.23. Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka w dwóch grupach wiekowych na wymiarze koncentracji

18–42 mies. (1,5–3,5 lat)		43–66 mies. (3,5–5,5 lat)	
Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych	Duże ryzyko trudności rozwojowych	Małe ryzyko trudności rozwojowych
414 (22%)	1472 (78%)	358 (19%)	1500 (81%)
1886 (100%)		1858 (100%)	

W obu grupach wiekowych około jednej piątej dzieci, których matki lub opiekunki prawne zbadano za pomocą skali *Koncentracja*, charakteryzowały się niskim natężeniem badanej cechy wskazującym na występowanie dużego ryzyka trudności rozwojowych. Czynniki, które można traktować jako sprzyjające znalezieniu się w którejś z dwóch wyróżnionych grup (grupie dużego ryzyka lub grupie małego ryzyka), to jest związane z niższym lub wyższym położeniem na wymiarze koncentracji przedstawiono w rozdziale 4.3.4. (Różnice międzygrupowe).

6.6. Podsumowanie

Skala *Koncentracja* pozwala na pomiar jednego z przejawów poznawczego funkcjonowania dziecka:

1. *Koncentracja*, czyli umiejętności dziecka do skoncentrowania się na realizowanym zadaniu i nie zrażania się początkowymi niepowodzeniami.

Tak jak pozostałe narzędzia zawarte w niniejszym opracowaniu skala służy do diagnozy dziecka wykorzystując opinię matki lub opiekunki prawnej. Wyniki badań normalizacyjnych wykazały, że skala *Koncentracja* pozwala na pomiar tej charakterystyki w sposób rzetelny oraz trafny.

Skala *Koncentracja* służy do badania zachowań dziecka w wieku od 18 do 66 miesięcy życia (1,5–5,5 lat) w opinii ich matek lub opiekunek prawnych. Test pozwala jedynie na pomiar indywidualny, a badanie można prowadzić w obecności jedynie matki lub opiekunki prawnej dziecka. Jeśli nie można tego uniknąć, dopuszcza się jedynie obecność dziecka, którego dotyczy badanie lub innego dziecka, jednak rolą diagnosty jest takie aranżowanie sytuacji badania, aby unikać tego typu sytuacji. Kwestionariusz posiada normy dla dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia.

ZAŁĄCZNIK 1

SKALA „KONCENTRACJA”

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Dzieci, tak jak i ludzie dorośli, różnią się między sobą – niekiedy dość znacznie – cechami i postępowaniem w różnych sytuacjach. Przeczytam Pani szereg stwierdzeń opisujących różne zachowania. Proszę określić, czy odnoszą się one do Pani dziecka.

Jeśli dane stwierdzenie pasuje do zachowania dziecka, jeśli właśnie tak się na ogół zachowuje – proszę udzielić odpowiedzi TAK, ale jeżeli dziecko raczej się tak nie zachowuje proszę udzielić odpowiedzi NIE.

Niektóre ze stwierdzeń są do siebie podobne, gdyż na różne sposoby opisują podobne zachowania. Proszę się tym nie przejmować i udzielić odpowiedzi kolejno na wszystkie pozycje.

DIAGNOSTA: WRĘCZYĆ RESPONDENTOWI KARTĘ ODPOWIEDZI z opisanymi wartościami

NR	TREŚĆ	SKALA 1 – nie, 2 – tak
1.	Prawie zawsze doprowadza to co robi do końca	nie – tak
2.	Umie bawić się długo w skupieniu jedną zabawką	nie – tak
3.	Bez trudu może się skupić mimo tego że wokół jest szum czy rozgardiasz	nie – tak
4.	Gdy robi coś nowego, jest wytrwały/wytrwała	nie – tak
5.	Gdy mu coś nie wychodzi, próbuje aż do skutku	nie – tak
6.	Łatwo zraża się niepowodzeniami	nie – tak
7.	Może długo w skupieniu coś robić	nie – tak

ZAŁĄCZNIK 2

SKALA „KONCENTRACJA”

KARTA ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Oceniając, czy dane stwierdzenie pasuje do zachowania dziecka proszę posłużyć się poniższą skalą. Odpowiedzi proszę udzielać albo przez wymówienie ETYKIETY/NAZWY punktu na skali najlepiej opisującego dziecko (np. „tak”) albo poprzez podanie WARTOŚCI LICZBOWEJ odpowiadającej odpowiedzi (np. „dwa”).

1 – nie

2 – tak

ZAŁĄCZNIK 3

SKALA „KONCENTRACJA”

KLUCZ ODPOWIEDZI

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski

Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Wynikiem skali jest suma punktów z pozycji 1–7.

Obliczając wynik surowy uzyskany przez osobę badaną, należy zastosować następujący sposób punktacji:

W przypadku wszystkich pozycji z wyjątkiem stwierdzenia 6, tj. 1–5 i 7:

Odpowiedź „1” (nie) – otrzymuje 1 punkt

Odpowiedź „2” (tak) – otrzymuje 2 punkty

W przypadku pozycji numer 6:

Odpowiedź „1” (nie) – otrzymuje 2 punkty

Odpowiedź „2” (tak) – otrzymuje 1 punkt

Pozycja	Odpowiedź: Nie	Odpowiedź: Tak
	Liczba punktów przyznawana za wybór odpowiedzi	Liczba punktów przyznawana za wybór odpowiedzi
1	1	2
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	2	1
7	1	2

ZAŁĄCZNIK 4

**SKALA „KONCENTRACJA”
ARKUSZ OCENY WYNIKÓW**

Autorzy: Anna I. Brzezińska, Magdalena Czub, Konrad Piotrowski
Zespół Wczesnej Edukacji, Instytut Badań Edukacyjnych

Data badania:

.....

Wiek dziecka w latach:

.....

Wiek dziecka w miesiącach:

.....

Płeć dziecka:

Dziewczynka	Chłopiec
-------------	----------

Wyniki surowe:

Skala KONCENTRACJA

.....

Przedziały ufności:

Skala KONCENTRACJA

.....

(85% 95% poprawne zakreślić)

Wynik przeliczony:

Skala KONCENTRACJA

Czy dziecko należy do grupy dużego ryzyka
trudności rozwojowych

TAK	NIE
<i>poprawne zakreślić</i>	

Rozdział 7.

Związki między uspołecznieniem, eksternalizacją, koncentracją i reakcją na nowość

Konrad Piotrowski

Kolejnym etapem analizy wyników badania była ocena związków między wszystkimi przygotowanymi narzędziami, tj. *Styl adaptacji*, *Koncentracją* i *Reakcją na nowość* (Tab. 7.1. i 7.2.). Charakterystyki dziecka mierzone poszczególnymi testami są ze sobą słabo związane, co przemawia za wnioskiem, że opracowane narzędzia odnoszą się do charakterystyk, które albo są niezależne od siebie (np. praktycznie nieistotny był związek między *eksternalizacją* i *reakcją na nowość*), albo związane w niewielkim stopniu. W żadnym przypadku nie stwierdzono bardzo silnego związku między badanymi charakterystykami, co przemawia za zasadnością stosowania w diagnozie konkretnego dziecka nawet wszystkich trzech narzędzi traktując je jako baterię testów, aby uzyskać zróżnicowaną wiedzę na jego temat.

Wymiary *uspołecznienia* (Styl adaptacji) i *eksternalizacji* (Styl adaptacji), co zostało zaprezentowane w rozdziale 4.4.8., słabo się ze sobą wiązały. Kompetencje społeczne dziecka oraz swoboda, z jaką potrafi ono nawiązywać kontakty z innymi ludźmi nie pozostaje więc w wyraźnym związku z jego skłonnością do podejmowania zachowań eksternalizacyjnych (np. niszczenie przedmiotów, bicie). Eksternalizacja jest natomiast, niezależnie od wieku dziecka, ujemnie związana z jego zdolnością do *koncentracji* uwagi. Panowanie nad zachowaniami eksternalizacyjnymi jest silnie powiązane z funkcjonowaniem poznawczym dziecka (Heller, Baker, Henker, Hinshaw, 1996), co jest dobrze widoczne w przypadku dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), w przypadku których obie te sfery są zaburzone. Zdolność do *koncentracji* uwagi jest powiązana również z innymi kompetencjami związanymi ze zdolnością do kontrolowania emocji i zachowania – co zaprezentowano w rozdziale 6.4. Stąd też nie dziwi ujawniona zależność, zgodnie z którą im mniejsza jest zdolność dziecka do *koncentracji* uwagi, tym wyższe natężenie zachowań eksternalizacyjnych.

Eksternalizacja nie była natomiast związana (lub była związana bardzo słabo) z tym jak dziecko *reagowało na nowość*. Poziom zahamowania dziecka (pozytywna lub negatywna reakcja na nowość) jest uważany, przede wszystkim, za ważny predyktor zachowań internalizacyjnych, takich jak nieśmiałość i wycofanie w relacjach społecznych. Stąd też istotna, dodatnia korelacja tego wymiaru (*reakcji na nowość*) z *uspołecznieniem* oraz, przedstawiony w rozdziale 4.4.8, ujemny związek z *lękiem-wycofaniem*. Jak z tego wynika, dzieci które negatywnie reagują na nowość odznaczają się także większą nieśmiałością i wycofaniem. Jak pokazują wyniki badań (Williams i in., 2009; Sanson i in., 1996), to jak dziecko zachowuje się w obliczu nowości jest, z kolei, w niewielkim stopniu powiązane

z podejmowaniem przez nie zachowań agresywnych w okresie wczesnodziecięcym, a w okresie szkolnym i okresie dorastania jest często czynnikiem zmniejszającym ryzyko angażowania się w zachowania związane z fizyczną agresją i przestępczością. W okresie wczesnego dzieciństwa, takie zachowania jak bicie, kopanie, niszczenie przedmiotów, jest do pewnego stopnia normą rozwojową i zachowaniem stosunkowo powszechnym i nie musi być związanym z poziomem zahamowania.

Dodatni związek *reakcji na nowość* z poziomem uspołecznienia dziecka, czyli jego kompetencjami społecznymi i swobodą w nawiązywaniu kontaktów potwierdza tezę, że wczesnodziecięce trudności w relacjach społecznych są często jedną z konsekwencji lęku przed nowymi sytuacjami i ludźmi.

Tabela 7.1. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami *Styl adaptacji, Koncentracja i Reakcja na nowość* w grupach chłopców ($n = 953$) i dziewczynek ($n = 933$) w wieku od 18 do 42 miesięcy (1,5–3,5 lat)

Zmienne	Uspołecznienie (Styl adaptacji)	Eksternalizacja (Styl adaptacji)	Koncentracja (Koncentracja)	Reakcja na nowość (Reakcja na nowość)
Uspołecznienie (Styl adaptacji)	--	-0,06 -0,10	0,23** 0,23**	0,27** 0,29**
Eksternalizacja (Styl adaptacji)		--	-0,31** -0,31**	-0,10 -0,01
Koncentracja (Koncentracja)			--	0,09 0,08
Reakcja na nowość (Reakcja na nowość)				--

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Uwaga: jako istotne statystycznie oznaczono jedynie te współczynniki, których poziom istotności przekroczył $p < 0,001$ (**)

Tabela 7.2. Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami *Styl adaptacji, Koncentracja i Reakcja na nowość* w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)

Zmienne	Uspołecznienie (Styl adaptacji)	Eksternalizacja (Styl adaptacji)	Koncentracja (Koncentracja)	Reakcja na nowość (Reakcja na nowość)
Uspołecznienie (Styl adaptacji)	--	-0,09 -0,12**	0,25** 0,24**	0,37** 0,33**
Eksternalizacja (Styl adaptacji)		--	-0,34** -0,32**	-0,09 -0,13**
Koncentracja (Koncentracja)			--	0,27** 0,15**
Reakcja na nowość (Reakcja na nowość)				--

* $p < 0,001$

Uwaga: w górnym wierszu zamieszczono współczynniki korelacji uzyskane w grupie chłopców, w dolnym wierszu korelacje uzyskane w grupie dziewczynek

Różnica między dziećmi młodszymi i starszymi, pod względem związków między mierzonymi obszarami, wystąpiła w odniesieniu do *reakcji na nowość* i *koncentracji*. W grupie dzieci młodszych, w wieku od 1,5 do 3,5 lat zdolność do koncentracji uwagi nie była związana z tym jak, dziecko reagowało na nowość. Natomiast wśród dzieci starszych, w wieku powyżej 3,5 lat, bardziej pozytywna reakcja na nowość współwystępowała z wyższą zdolnością do koncentracji. Trudno tu o jednoznaczną interpretację, choć można zakładać, że związek między tymi sferami rozwoju zmienia się z wiekiem dziecka. Zdolność do koncentracji na zadaniu jest kompetencją, która w pierwszych latach życia rozwija się intensywnie i można przypuszczać, że *reakcja na nowość* może mieć tu swoją rolę. Dzieci, które chętniej angażują się w nowe sytuacje, lubią zróżnicowanie i zmiany, mogą mieć większe możliwości rozwijania zdolności do koncentrowania uwagi. Być może właśnie między 4 a 6 rokiem życia większa różnorodność doświadczeń dzieci pozytywnie reagujących na nowość zaczyna być widoczna także w ich wyższej zdolności do koncentracji.

CZĘŚĆ 3. ZASTOSOWANIE NARZĘDZI DO DIAGNOZY ROZWOJU SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO

Rozdział 8.

Diagnoza rozwoju społeczno-emocjonalnego. Analiza przypadku

Konrad Piotrowski, Magdalena Czub

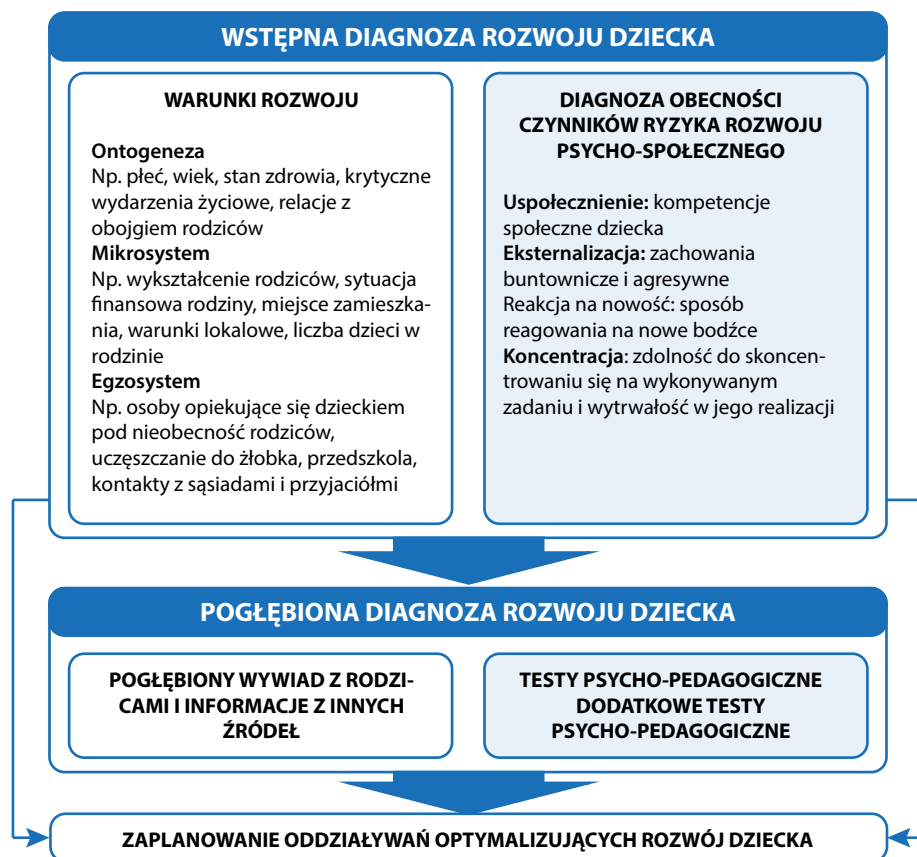
8.1. Stosowanie narzędzi do diagnozy rozwoju społeczno-emocjonalnego

Narzędzia zaprezentowane w rozdziałach 4–6 (*Styl adaptacji, Reakcja na nowość, Koncentracja*), zostały przygotowane z myślą o wsparciu procesu wstępnej, „przesiewowej”, diagnozy nastawionej na wykrywanie obecności czynników ryzyka rozwoju w okresie wczesnego dzieciństwa. Z tego powodu zdecydowano się nie przygotowywać szczegółowych norm, a jedynie takie, których celem jest umożliwienie diagnoście ocenę tego czy dane dziecko należy do grupy dużego ryzyka rozwojowego, z punktu widzenia poszczególnych wymiarów funkcjonowania, czy też nie. Zabieg ten prowadzi oczywiście do pewnego uproszczenia obrazu dziecka. Przygotowane narzędzia nie dają możliwości różnicowania stopnia „dużego ryzyka”, a więc odróżnienia dzieci w przypadku których ryzyko jest „duże” od tych, w przypadku których jest ono „bardzo duże”. Przyjęcie takiej zasady podyktowane było tym, że diagnoza wykorzystująca opisane narzędzia, powinna być pierwszym krokiem (albo jednym z kroków) w procesie dochodzenia do zbudowania całościowego obrazu rozwoju dziecka, uwzględniającego jego przeszłe doświadczenia oraz aktualny przebieg rozwoju. Wiedza wynikająca z diagnozy wykorzystującej prezentowane narzędzia, powinna otwierać drogę do dalszej, pogłębionej analizy, budowanej w oparciu o wywiad z rodzicami, informacje uzyskane od wychowawców oraz wyniki innych metod diagnostycznych wybranych przez psychologa lub pedagoga.

Na Rys. 8.1. zaprezentowano na którym etapie diagnozy dziecka narzędzia opisane w niniejszym opracowaniu (*Styl adaptacji, Reakcja na nowość, Koncentracja*) mogą w sposób szczególny, znaleźć zastosowanie. Proponujemy, aby wykorzystanie opisanych tu narzędzi, uzupełnione o zebranie informacji na temat podstawowych warunków rozwoju dziecka w różnych obszarach (na rysunku przedstawiono przykładowe obszary, na które warto zwrócić uwagę, ale decyzję na temat istotnych, w danym procesie diagnostycznym, obszarów musi podjąć diagnosta) stanowiło podstawę wstępną diagnozy.

Przeprowadzenie badania z wykorzystaniem trzech opisanych narzędzi zajmuje niewiele czasu, około 15–20 minut. Możliwe jest więc ich zastosowanie już na pierwszym spotkaniu z rodzicem/opiekunem zgłaszającym się do instytucji wspierającej rodzinę w procesie wychowania (np. poradni psychologiczno-pedagogicznej, gabinetu terapeutycznego itp.). W połączeniu z podstawowymi informacjami na temat warunków rozwoju dziecka, pochodzącymi z wywiadu z rodzicem/opiekunem,

daje to szansę na zbudowanie wstępnej diagnozy (sformułowanie hipotezy) i zaplanowanie dalszych kroków diagnostycznych przy, relatywnie, niewielkim nakładzie czasu.



Rysunek 8.1. Planowanie oddziaływań skoncentrowanych na dziecku i wykorzystanie omawianych narzędzi

8.2. Opis przypadku

8.2.1. Wprowadzenie

Poniżej przedstawiono przebieg diagnozy wykorzystującej opisane w niniejszym opracowaniu narzędzia (*Styl adaptacji, Reakcja na nowość, Koncentracja*) na podstawie rzeczywistego badania przeprowadzonego w sierpniu 2014 roku. Badanie zostało przeprowadzone na potrzeby niniejszego podręcznika, jednak zachowano wszelkie standardy i procedury użytkowania narzędzi. Osoba badana (matka dziecka) oraz diagnosta nie znali się przed badaniem.

Badanie przeprowadzono w miejscu zamieszkania dziecka, którym była dziewczynka w wieku 3 lat i 9 miesięcy (45 miesięcy). W trakcie badania dziecko nie było obecne. W mieszkaniu, oprócz diagnosty, przebywała jedynie matka. Badanie rozpoczęto od przedstawienia celu badania (przygotowanie podręcznika testowego) oraz opisu procedury badania. Matka dziecka uzyskała informację, że po badaniu zostanie jej przekazana ogólna informacja zwrotna na temat znaczenia wyników testowych. Zgodnie z procedurą badania przedstawiono matce „instrukcję szczerości”, zachęcając ją, aby udzielała jedynie informacji zgodnych z prawdą, gdyż tylko wtedy wyniki diagnozy pozwolą na ocenę rzeczywistej sytuacji dziecka. Należy przy tym zauważyć, iż podejmowanie z rodzicem tematu szczerości w trakcie badania jest kwestią delikatną i wymaga uprzedniego nawiązania z nim dobrego kontaktu oraz wrażliwości na jego reakcje. Należy szczególnie zadbać o to, aby postawa badającego nie budziła w rodzicu poczucia zagrożenia i obaw związanych z oceną.

Diagnozę rozpoczęto od wypełnienia trzech narzędzi testowych (kolejność: *Styl adaptacji*, *Reakcja na nowość*, *Koncentracja*), następnie przeprowadzono krótki wywiad mający na celu zdobycie podstawowych informacji na temat warunków w jakich przebiegał rozwój dziecka. Zastosowanie testów na początku miało na celu wykluczenie potencjalnego wpływu wywiadu na sposób udzielania odpowiedzi w testach. Całość procedury zajęła około 35–40 minut.

Przedstawiona tu diagnoza została zaaranżowana jedynie w celu edukacyjnym, warto więc pamiętać o istotnej różnicy tej sytuacji od większości rzeczywistych diagnoz. W przypadku rzeczywistej diagnozy psychologicznej wykonywanej przez specjalistę, diagnosta otrzymuje na początku, najczęściej od samego rodzica, wstępną informację na temat celu w jakim ten nawiązał z nim kontakt. Może to być na przykład skierowanie do poradni psychologiczno-pedagogicznej wystawione przez psychologa lub pedagoga szkolnego albo trudności wychowawcze, z którymi rodzice nie potrafią sobie sami poradzić. Często ten wstępny „problem” może być punktem wyjścia do podejmowanych przez diagnostę kroków. Konieczne jest wówczas, aby przed zastosowaniem narzędzi diagnostycznych podjąć rozmowę z rodzicem i umożliwić mu przedstawienie swoich wątpliwości i obaw. W opisywanej tu sytuacji to diagnosta nawiązał kontakt z matką dziecka, prosząc ją o pomoc w zdobyciu danych potrzebnych do przygotowania rozdziału niniejszego podręcznika.

Uzyskane dane zostały przedstawione w tej samej kolejności w jakiej przybiegała diagnoza, tj. najpierw zaprezentowane zostaną wyniki testów, a następnie informacje z wywiadu z matką.

8.2.2. Wyniki badań testowych

Styl adaptacji. Zgodnie z wynikami testu (Tab. 8.1.) dziecko nie należy do grupy charakteryzującej się dużym ryzykiem trudności rozwojowych jeśli chodzi o poziom *eksternalizacji*. O ile jednak można stwierdzić, że diagnozowane dziecko miało małe skłonności do podejmowania zachowań *eksternalizacyjnych* (złość, agresja), to wynik na skali *uspołecznienia* powinien sugerować konieczność

dalszych badań w tym obszarze rozwoju. Dolna granica przedziału ufności wskazała bowiem zagrożenie występowaniem dużego ryzyka trudności rozwojowych na wymiarze *uspołecznienia*. Istnieją więc przesłanki, że dziecko może doświadczać trudności z nawiązywaniem kontaktów z dorosłymi i rówieśnikami w stopniu wyraźnie wyższym niż jego rówieśnicy.

Reakcja na nowość. Uzyskane wyniki ujawniły, że dziecko wykazuje skłonność do negatywnego reagowania na nowe osoby i sytuacje. Odczuwa zakłopotanie i skrępowanie, gdy pojawiają się osoby, których nie zna i wolno adaptuje się do takich sytuacji; jego zachowanie staje się wówczas nienaturalne, co trwa przez dłuższy czas. Duże natężenie tego typu zachowań sugeruje, że może to być istotny czynnik ryzyka rozwoju dziecka w kolejnych latach. Ze względu na przesiewowy charakter zastosowanego narzędzia konieczne byłoby prowadzenie dalszych badań i uzyskanie dodatkowych informacji na ten temat, pochodzących z innych źródeł oraz przy zastosowaniu innych metod pomiaru.

Koncentracja. Oceniana przez matkę zdolność dziecka do skoncentrowania się na wykonywanym zadaniu oraz jego kontynuowania w obliczu trudności nie wskazuje na występowanie w tym obszarze trudności rozwojowych. Dziecko posiada dobrze rozwiniętą zdolność do koncentracji uwagi, co może stanowić czynnik wsparcia dalszego rozwoju.

Tabela 8.1. Opis przypadku: wyniki surowe, przedziały ufności i szacowane ryzyko trudności rozwojowych

NARZĘDZIE	WYMIAR	WYNIK SUROWY	PRZEDZIAŁ UFNOŚCI (85%)	WYNIK PRZELICZONY RYZYKO TRUDNOŚCI ROZWOJOWYCH
<i>Kwestionariusz Stylu Adaptacji</i>	Uspołecznienie	25	23–27	Konieczność weryfikacji uzyskanych danych. Wynik niejednoznaczny.
	Eksternalizacja	12	10–14	Małe ryzyko trudności rozwojowych
<i>Skala Reakcji na Nowość</i>	Reakcja na nowość	10	9–11	Duże ryzyko trudności rozwojowych
<i>Skala Koncentracji</i>	Koncentracja	14	13–14	Małe ryzyko trudności rozwojowych

8.2.3. Informacje pochodzące z wywiadu z matką

Informacje pozyskane w trakcie krótkiego – około 20-minutowego – wywiadu z matką (Tab. 8.2.), zostały przedstawione w podziale na poziomy analizy postulowane w modelu ekologiczno-transakcyjnym (por. rozdział 2.). Przyjęcie takiej ramy teoretycznej pozwala uporządkować posiadane informacje na temat warunków rozwoju dziecka oraz pomaga w identyfikacji czynników wsparcia i czynników ryzyka występujących w jego otoczeniu.

Ontogeneza (przebieg rozwoju indywidualnego dziecka). W momencie diagnozy, dziewczynka miała 3 lata i 9 miesięcy (45 miesięcy). Jej stan zdrowia matka określiła jako bardzo dobry. Nie cierpiała na żadne przewlekłe choroby, nie miała żadnych alergii, o których matka

by wiedziała. W jej dotychczasowym życiu nie miały miejsca wydarzenia, które matka określiłaby jako krytyczne lub powodujące bardzo silne emocje negatywne (np. zerwanie relacji z osobą bliską, hospitalizacja, wypadek, duża zmiana warunków życia). Dziecko nie sprawiało problemów wychowawczych, chętnie angażowało się w obowiązki domowe. W opinii matki dziewczynka miała dobre relacje z obojgiem rodziców i równie chętnie spędzała czas zarówno z matką, jak i z ojcem. Jednak w sytuacjach związanych z doświadczaniem emocji negatywnych (na przykład gdy coś ją bolało), preferowała kontakt z matką.

Mikrosystem (funkcjonowanie rodziny dziecka). Rodzice dziecka wzięli ślub pół roku przed narodzinami córki, która jest ich jedynym dzieckiem. W momencie diagnozy matka miała 28, a ojciec 34 lata. Oboje posiadają wykształcenie wyższe. Ojciec pracuje w międzynarodowej firmie (pełny etat), matka jest grafikiem komputerowym i przez większość czasu pracuje w domu, współpracując z różnymi firmami i instytucjami, wykonując prace zlecane. Ze względu na charakter pracy to ona jest głównym opiekunem dziecka, spędzając z dziewczynką większość czasu. Przeciętny, miesięczny dochód rodziny wynosi około 7500 złotych netto. W opinii matki, związek małżeński można zaliczyć do udanych. Rodzice chętnie spędzają czas wspólnie, konflikty (kłótnie) między nimi są raczej rzadkie.

Rodzina zamieszkuje w bloku, w jednym z podwarszawskich miast, w mieszkaniu, którego właścicielami są rodzice dziecka. Jeden z pokoi przeznaczony został na pokój dziecka.

Egzosystem (związki dziecka i rodziny z otoczeniem społecznym). W momencie badania dziecko nie uczęszczało do przedszkola, we wcześniejszym okresie życia nie uczęszczało również do żłobka. Edukację przedszkolną miało rozpocząć we wrześniu 2014 roku (tj. około dwa miesiące po diagnozie). Matka stwierdziła, że z racji na charakter wykonywanej przez nią pracy, nie było konieczności posłania dziecka do żłobka. Przedszkole jest natomiast, w jej opinii, naturalnym etapem edukacji, stąd decyzja o zapisaniu dziecka do tej placówki. Oprócz rodziców, dzieckiem opiekują się babcia i dziadek, rodzice matki, którzy spędzają z dziewczynką kilka godzin w tygodniu (przeciętnie 6–8 godzin). Rodzice nie utrzymują bliższych kontaktów z sąsiadami z bloku, posiadają niewielką grupę znajomych, z którymi spotykają się jeden, dwa razy w miesiącu.

W opinii matki, dziecko niezbyt często bawi się z innymi dziećmi. W trakcie spotkań towarzyskich nawiązuje kontakty z innymi dziećmi, ale, jak twierdzi matka, ona i ojciec dziecka niezbyt często biorą udział w tego typu spotkaniach. Średnio raz w tygodniu dziecko spędza czas na jednym z okolicznych placów zabaw, gdzie również ma kontakt z innymi dziećmi, z którymi czasami wchodzi w interakcje. W opinii matki, gdy dziecko spotyka nieznaną dziecięcą początkowo jest nieśmiała, ale po pewnym czasie staje się bardziej otwarta i bierze udział w zabawach. Stwierdziła także, że w ostatnich miesiącach obserwuje u dziecka wyraźną zmianę w kontaktach z innymi dziećmi związaną z większą motywacją do nawiązywania takich relacji.

Tabela 8.2. Opis przypadku: charakterystyka podstawowych warunków rozwojowych dziecka

	ZMIENNE	CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI DZIECKA
Onto- geneza	Płeć i wiek dziecka	Dziewczynka, 3 lata i 9 miesięcy (45 miesięcy)
	Stan zdrowia dziecka	Brak przewlekłych chorób i niepełnosprawności
	Problemy wychowawcze	Według słów matki, dziecko nie sprawia problemów wychowawczych
	Krytyczne wydarzenia w życiu dziecka	Brak nienormalnych wydarzeń mogących zakłócać prawidłowy rozwój
	Relacje dziecka z rodzicami	W opinii matki, dziecko ma pozytywną relację z obojgiem rodziców. Równie chętnie spędza czas z matką, jak i z ojcem. W sytuacjach dyskomfortu (ból, choroba, odczuwany lęk) preferuje opiekę matki, a pod jej nieobecność chętnie korzysta z opieki ojca
Mikro- system	Wiek rodziców	Matka: 28 lat, Ojciec: 34 lata
	Wykształcenie rodziców	Matka i ojciec posiadają wykształcenie wyższe magisterskie
	Praca i sytuacja finansowa rodziny	Matka wykonuje prace zlecone (grafika komputerowa, programowanie) w domu. Nie jest na stałe związana z żadną firmą. Ojciec pracuje na stanowisku specjalistycznym w prywatnym przedsiębiorstwie. Żadne z rodziców nie miało w ostatnich latach problemów ze znalezieniem pracy. Łączne, miesięczne dochody rodziny (netto): około 7 500 zł
	Relacje między rodzicami	W opinii matki, jej relacja z mężem (biologicznym ojcem dziecka) jest pozytywna, satysfakcję ze związku określiła jako „dość wysoką”
	Miejsce zamieszkania	Niewielkie miasto w okolicach Warszawy
	Warunki lokalowe	Rodzice są właścicielami trzypokojowego mieszkania w bloku w Warszawie, jeden z pokoi to pokój dziecięcy
	Posiadanie rodzeństwa	Brak
Egzo- system	Osoby opiekujące się dzieckiem pod nieobecność rodziców	Oprócz rodziców, dzieckiem opiekują się babcia i dziadek ze strony matki. Dziecko spędza z nimi około 6–8 godzin w tygodniu bez obecności rodziców. Pozostały czas dziecko spędza z przynajmniej jednym z rodziców.
	Kontakty rodziny z sąsiadami, przyjaciółmi	Rodzina nie utrzymuje kontaktów z sąsiadami. Rodzice posiadają niewielką (3–4 osoby) grupę przyjaciół z którymi spotykają się 1–2 razy w miesiącu.
	Uczęszczanie do żłobka, przedszkola	Dziecko nie uczęszczało do żłobka ani innej placówki edukacyjnej między pierwszym a trzecim rokiem życia. W chwili badania dziecko było już zapisane do przedszkola, do którego ma pójść we wrześniu 2014.
	Kontakty z innymi dziećmi	Dziecko spotyka się z innymi dziećmi około 1–2 razy w miesiącu, w trakcie spotkań towarzyskich rodziców. Oprócz tego wchodzi w kontakty z dziećmi w miejscach publicznych, głównie na placach zabaw na które uczęszcza średnio raz w tygodniu

8.2.4. Diagnoza rozwoju dziecka

Dziewczynka, której dotyczy diagnoza (3 lata i 9 miesięcy), znajduje się w okresie przedszkolnym, w którym rozwój społeczny i emocjonalny następuje bardzo dynamicznie. Na podstawie zebranych informacji, pochodzących z zastosowanych narzędzi testowych oraz krótkiego wywiadu skoncentrowanego na podstawowych charakterystykach tworzących warunki rozwoju dziecka, zdobyto dane na temat zarówno czynników wspierających rozwój dziecka, jak i mogących stanowić potencjalne czynniki ryzyka dalszego rozwoju (Tab. 8.3.).

Wśród ważnych mikro- i egzosystemowych zasobów wspierających rozwój dziecka znajdują się pozytywne relacje łączące dziewczynkę z najbliższymi, to jest matką, ojcem i dziadkami ze strony matki. Dziecko dobrze się czuje w ich obecności, łączy ją z nimi pozytywne relacje. Również relacja małżeńska jest, dla matki, satysfakcjonująca. W rodzinie nie dochodzi do poważnych konfliktów, rodzice mają stabilną sytuację zawodową i finansową, poświęcają dziecku dużo uwagi. Wydaje się więc, że najbliższe otoczenie społeczne dziecka można uznać za istotny zasób mogący wspierać jego dalszy rozwój.

Dziecko nie doświadcza także poważnych problemów zdrowotnych, nie ma problemów z kontrolą złości i agresji, jest wytrwałe w realizowaniu zadań i posiada dobrze rozwiniętą zdolność koncentracji uwagi. Jego rozwój poznawczy i rozwój samokontroli emocjonalnej wydają się więc, w odniesieniu do badanych wymiarów, przebiegać poprawnie.

Badanie testowe i wywiad pozwoliły także uzyskać wstępne dane na temat potencjalnych obszarów ryzyka trudności rozwojowych. Dziewczynka negatywnie reaguje na nowe osoby i sytuacje. Jej kompetencje społeczne, również wymagają dalszej diagnozy, gdyż istnieje ryzyko, że pozostają na dość niskim poziomie. Reakcja na nowość może być warunkowana czynnikami biologicznymi, należy więc dokonać dalszej diagnozy nastawionej na ocenę tego czy u dziecka nie występuje trudny temperament (Strelau, 2002). Rodzice niezbyt często kontaktują się z osobami spoza rodziny, a dziecko raczej rzadko bawi się z innymi dziećmi, nie uczęszczało również do żłobka, ani, jak dotąd, do przedszkola. Mogą to być dodatkowe czynniki przyczyniające się do sposobu reagowania dziecka na nowość oraz ewentualnych, dalszych problemów w funkcjonowaniu z innymi ludźmi (rówieśnikami i dorosłymi).

Tabela 8.3. Analiza danych diagnostycznych wg modelu ekologiczno-transakcyjnego

	ZASOBY (czynniki wspierające rozwój)	TRUDNOŚCI (czynniki zakłócające rozwój)	PLANOWANE ODDZIAŁYWANIA WSPIERAJĄCE ROZWÓJ
ROZWÓJ INDYWIDUALNY (ontogeneza)	<ul style="list-style-type: none"> Niewielka skłonność do podejmowania zachowań eksternalizacyjnych, brak problemów wychowawczych Dobrze rozwinięta zdolność do koncentracji uwagi Dobry stan zdrowia, brak krytycznych wydarzeń w życiu dziecka 	<ul style="list-style-type: none"> Skłonność do negatywnego reagowania na nowe osoby i sytuacje Możliwy dość niski poziom kompetencji społecznych (<i>konieczność pogłębienia diagnozy</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Angażowanie dziecka w nowe dla niego sytuacje przy wsparciu rodzica/rodziców Działania rodziców powinny w większym stopniu być nastawione na zwiększenia różnorodności doświadczeń dziecka Odwiedzanie przyjaciół, rodziny, nowych miejsc i zachęcanie dziecka do nawiązywania kontaktu z nowo poznanymi osobami
RODZINA (mikrosystem)	<ul style="list-style-type: none"> Stabilna sytuacja zawodowa, finansowa i mieszkaniowa Dobre relacje dziecka z obojgiem rodziców Dobre relacje małżeńskie 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Brak danych na temat trudności w tym obszarze</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Planowanie ewentualnych oddziaływań po pogłębieniu wiedzy na temat funkcjonowania rodziny (patrz: rozdział 8.2.5.)
ŚRODOWISKO LOKALNE (egzosystem)	<ul style="list-style-type: none"> Możliwość otrzymania wsparcia ze strony dziadków 	<ul style="list-style-type: none"> Rzadkie kontakty rodziców z osobami spoza rodziny Rzadkie kontakty dziecka z innymi dziećmi 	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie częstotliwości kontaktów dziecka z osobami spoza rodziny oraz promowanie otwartości w kontaktach z innymi

W najbliższym czasie dziewczynka rozpocznie edukację przedszkolną. Zgodnie z informacją otrzymaną od matki, jest już zapisana do placówki. W świetle uzyskanych wyników można przewidywać, że adaptacja dziecka w tych nowych warunkach może początkowo wymagać szczególnego wsparcia ze strony dorosłych.

W grupie krótkoterminowych strategii interwencji (Czub, Wiliński, 2014) należy zasugerować rodzicom, aby proces adaptacji przedszkolnej skonsultować z nauczycielami przedszkolnymi, przekazując im informacje na temat trudności dziecka w relacjach społecznych. Proces adaptacji do przedszkola powinien zostać zaplanowany tak, aby uwzględniać ten indywidualny wzorzec funkcjonowania dziecka. Dotyczy to zwłaszcza czasu jaki będzie przeznaczony na adaptację

dziecka w placówce. Ponieważ matka dziecka, jak sama stwierdziła, ma dość dużo wolnego czasu, który może poświęcić dziecku, warto zasugerować, aby brała czynny udział w adaptacji dziecka tak długo jak będzie to konieczne. Należy także omówić z rodzicami znaczenie kontaktów z osobami spoza rodziny w rozwoju społecznym i emocjonalnym dziecka. Zasugerować, aby częściej dawali dziecku możliwość przebywania z innymi, znanymi dziecku dorosłymi, także pod nieobecność rodziców. Może to przyczynić się do rozwoju kompetencji społecznych i wspierać rozwój zdolności radzenia sobie w nowych warunkach.

8.2.5. Kolejne działania diagnostyczne

W trakcie przesiewowego badania diagnostycznego wykorzystującego opisane w rozdziale czwartym narzędzia oraz krótkiego wywiadu na temat podstawowych warunków rozwoju zdobyto szereg informacji dotyczących kompetencji dziecka oraz jego otoczenia społecznego. Dane te pozwoliły, po pierwsze, na sformułowanie krótkoterminowych zaleceń związanych z dostrzeżonymi czynnikami ryzyka mogącymi negatywnie oddziaływać na dalszy rozwój. Uzyskane informacje należy jednak traktować jako wstępne i na ich podstawie sformułować kolejne kroki diagnostyczne mające na celu weryfikację niejednoznacznych obserwacji oraz rozszerzenie zakresu wiedzy na temat dziecka i rodziny. Szereg obszarów wartych uwagi przedstawiono w Tab. 2.2–2.7. zamieszczonych w rozdziale 2.1.2. („Zastosowanie modelu ekologiczno-transakcyjnego”). Ostateczna decyzja zależy oczywiście od celu diagnozy.

Wśród obszarów, które wyłoniły się podczas przygotowywania opisu przypadku, należy zwrócić uwagę na brak informacji na temat stylów wychowawczych stosowanych przez rodziców i, bardziej ogólnie, tego co można określić jako „filozofia” wychowania. Matka dziecka stwierdziła, że dziewczynka nie sprawia problemów wychowawczych, jednak warto dowiedzieć się, co rodzice rozumieją przez to pojęcie. Również sposób odnoszenia się rodziców do dziecka jest obszarem wymagającym dalszej diagnozy. Negatywne reagowanie na nowości może na przykład wyzwać w rodzicach skłonność do chronienia dziecka i nadmiernej opieki, co w długiej perspektywie może dodatkowo pogłębiać jego trudności.

Negatywne reakcje na nowe bodźce, a także możliwe trudności na polu kontaktów społecznych, mogą wiązać się także z temperamentem dziecka. Wydaje się wskazane wykorzystanie kwestionariusza temperamentu, w celu weryfikacji tego przypuszczenia. Temperament, jako jedna z najbardziej stabilnych w czasie cech psychologicznych (Strelau, 2002), wyznaczający styl funkcjonowania i bazujący na wrażliwości układu nerwowego, powinien być wzięty pod uwagę przy formułowaniu zaleceń dla rodziców.

Uzupełnienie wstępnej diagnozy, która może i powinna ukierunkować działania diagnosty w kolejnych krokach, powinna prowadzić do sformułowania, wspólnie z rodzicami, strategii długofalowego wsparcia dziecka i rodziny (Czub, Wiliński, 2014). W przypadku dziecka, którego

dotyczyła prezentowana tu diagnoza, wsparcie ze strony rodziców może być kluczowym zasobem mogącym przyczynić się do minimalizacji wpływu czynników ryzyka na jego rozwój. Rolą diagnosty powinno być z kolei wykorzystanie tego zasobu poprzez włączenia rodziców i współpracę z nimi w procesie optymalizacji rozwoju dziecka.

8.3. Podsumowanie

W rozdziale tym przedstawiono sugerowany sposób wykorzystania opisanych narzędzi testowych, zgodnie z którym ich stosowanie ma na celu dokonanie wstępnej diagnozy rozwoju dziecka. Informacje zdobyte dzięki testom, poparte danymi z krótkiego wywiadu z matką lub głównym opiekunem dziecka, mogą służyć przygotowaniu dalszych etapów, pogłębionej diagnozy. Opisane narzędzia są krótkie, a ich zastosowanie może odbyć się podczas pierwszego spotkania z matką lub opiekunką dziecka. Na zdobycie podstawowych informacji o dziecku, co zaprezentowano w opisanym przypadku trzyletniej dziewczynki, potrzeba relatywnie mało czasu, zwłaszcza w kontekście zakresu informacji jakie można uzyskać. Narzędzia posiadają aktualne normy dla dzieci w różnym wieku, pozwalając na rzetelną i trafną ocenę rozwoju dziecka. Po przeprowadzeniu wstępnej diagnozy, znając ogólną sytuację dziecka oraz jego rodziny, diagnosta może w sposób bardziej precyzyjny zaplanować dalsze kroki mające na celu uzyskanie pogłębionej wiedzy o rozwoju dziecka.

Oczywiście przedstawiony tu schemat postępowania jest jedną z możliwości. Opisane narzędzia pozwalają na przesiewową diagnozę ogólnych kompetencji i cech dziecka, a ich wykorzystanie w każdym przypadku opierać się powinno na doświadczeniu i wiedzy diagnosty.

Zakończenie

Narzędzia testowe przygotowane przez Zespół Wczesnej Edukacji Instytutu Badań Edukacyjnych w Warszawie i zaprezentowane w niniejszym opracowaniu, mają na celu wsparcie procesu diagnozy małych dzieci, między drugim a szóstym rokiem życia. Z punktu widzenia rozwoju charakterystyk psychologicznych jest to okres niezwykle ważny, w którym kształtują się podstawowe dla człowieka dorosłego wzorce funkcjonowania. Choć przebieg wczesnego dzieciństwa nie przesądza (a w każdym razie nie musi przesądzać) o tym, jak będzie przebiegał rozwój w trakcie całego życia, to jednak decyduje o jakości startu dziecka na drodze rozwoju. W zależności od uwarunkowań biologicznych, jakości opieki otrzymywanej w domu, organizacji relacji społecznych w jakich umocowana jest rodzina, start ten może być lepszy lub gorszy. Na przykład nieśmiałe dzieci doświadczają w dorosłości większych trudności z funkcjonowaniem społecznym niż ich „śmiali” rówieśnicy (Caspi, Bem, Elder, 1988).

Zestaw znormalizowanych, przesiewowych narzędzi, który tu przedstawiono, ma na celu wsparcie specjalistów, psychologów i pedagogów, w ich działaniach nastawionych na pomoc rodzinie w procesie wychowania i socjalizacji dziecka. Ocena tego, jak przebiega rozwój emocjonalny i społeczny oraz podjęcie stosownych działań korekcyjnych, gdy jest to konieczne, może przyczynić się do zmiany trajektorii rozwoju związanej z kumulowaniem się negatywnych doświadczeń już na samym początku drogi. Rozwinięcie przez małe dziecko wysokich kompetencji społecznych, emocjonalnych i poznawczych to zasób, który pomoże mu radzić sobie z wyzwaniami edukacyjnymi w okresie nauki szkolnej, a w przyszłości także wyzwaniami zawodowymi i rodzinnymi. Wsparcie rodziny w zakresie kształtowania rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka to inwestycja nie tylko w jego indywidualny rozwój, ale także w formowanie „zdrowego” społeczeństwa.

Literatura

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S., Stayton, D. (1971). Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds. W: H. R. Schaffer (red.), *The origins of human social relations*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Amsterdam, B. (1972). Mirror self-image reactions before age two. *Developmental Psychobiology*, 5, 297–305.
- Andrade, B. F., Brodeur, D. A., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., McGee, R. (2009). Selective and sustained attention as predictors of social problems in children with typical and disordered attention abilities. *Journal of Attention Disorders*, 12, 341–352.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Waanders, C., Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133–154.
- Arend, R. A., Gove, F. L., & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950–959.
- Assor, A., Roth, G., Deci, E. (2004). The emotional costs of parents' conditional regard: A self-determination theory analysis. *Journal of Personality*, 72, 47–88.
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373–403.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Belfield, C.R., Nores, M., Barnett, S., Schweinhart, L. (2006). *The High/Scope Perry Preschool Program. Cost-benefit analysis using data from age-40 followup*. "The Journal of Human Resources", nr 41(1), 162–190.
- Bell, M., Wolfe, C. (2004). Emotion and cognition: an intricately bound developmental process. *Child Development*, 75 (2), 366 – 370.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320–335.
- Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 111–127.

- Bost, K., Vaughn, B., Washington, W., Cielinski, K., Bradbard, M. (1998). Social competence, social support and attachment: demarcation of construct domains, measurement and paths of influence for preschool children attending Head Start. *Child Development*, 69(1), 192–218.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
- Bowlby, J. (1973/1985). *Attachment and loss: Volume 2. Separation. Anxiety and Anger*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980/1991). *Attachment and loss: Volume 3. Loss. Sadness and depression*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bretherton, I., Munholland, K. (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. W: J. Cassidy, Ph. R. Shaver (red.). (1999). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical application (s. 89–115)*. New York: The Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bronson, M. (2000). Recognizing and supporting the development of self-regulation in young children. *Young Children*, 55(2), 32–37.
- Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 713–725.
- Cacioppo, J., Berntson, G. (1999). The Affect System: Architecture and Operating Characteristics. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 133–37.
- Campbell, F. A., Pungello, E. P., Burchinal, M., Kainz, K., Pan, Y., Wasik, B. H., Barbarin, O. A., Sparling, J. J., Ramey, C. T. (2012). *Adult outcomes as a function of an early childhood educational program: An Abecedarian Project follow-up*. „Developmental Psychology”, vol. 48(4), 1033–1043.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age 3 to age 15. *Child Development*, 66, 55–68.
- Caspi, A., Bem, D. J., Elder, G. H. (1988). Moving away from the world: life-course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24, 824–831.
- Cassidy, J., Shaver, Ph. R. (red.) (1999), *Handbook of attachment. Theory, reaserch and clinical applications*., The Guilford Press.

- Cicchetti, D., Cohen, D. (red.) (2006). *Developmental psychopathology. Volume 3: Risk, disorder and adaptation. Second Edition.* (s. 739–795). Hoboken: John Wiley and Sons.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. W: J. Garber, K. A. Dodge (red.), *The development of emotion regulation and dysregulation.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*, 797–815.
- Cicchetti, D., Toth, S., Maughan, A. (2000). An ecological – transactional model of child maltreatment. W: A. Sameroff, M. Lewis, S. Miller (red.). *Handbook of developmental psychopathology* (s. 689–722). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal, 292*, 1165–1167.
- Cohen, J., Onunaku, N., Clothier, S., Poppe, J. (2005). *Helping Young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development.* Washington, DC: National Conference of State Legislatures and Zero to Three. <http://www.zerotothree.org/policy> (pobrano: 30.07.2014).
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K., Armer, M. (2004). Do you “want” to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology, 40*, 244–258.
- Coplan, R. J., Rubin, K. H. (1998). Exploring and assessing non-social play in the preschool: The development and validation of the Preschool Play Behavior Scale. *Social Development, 7*, 72–91.
- Coplan, R. J., Rubin, K. H., Fox, N. A., Calkins, S. D., Stewart, S. L. (1994). Being alone, playing alone, and acting alone: Distinguishing among reticence, and passive- and active-solitude in young children. *Child Development, 65*, 129–138.
- Crittenden, P. (1997). Patterns of attachment and sexual behavior: risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. W: L. Atkinson, K. J. Zucker (red.), *Attachment and psychopathology* (s. 47–97). New York: The Guilford Press.
- Czub, M. (2003a). Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe, 2* (29), 31–49.
- Czub, M. (2003b). Społeczna natura rozwoju emocjonalnego. W: A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow (red.), *Niewidzialne źródła. Szanse rozwoju w okresie dzieciństwa* (s. 55–70). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

- Czub, M. (2003c). Wzorzec przywiązania jako czynnik pośredniczący w konsekwencjach wykorzystywania seksualnego dzieci. *Dziecko Krzywdzone*, 5, 45–50.
- Czub, M., Piotrowski, K. (2015 – w przyg.). Polska adaptacja kwestionariusza *Social Competence and Behavior Evaluation Inventory*.
- Czub, M., Wiliński, M. (2014). *Diagnoza gotowości szkolnej w ujęciu interakcyjnym*. Warszawa: Wyd. IBE.
- Czub, T. (2005). Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. Brzezińska (red.) *Psychologiczne portrety człowieka*. (s. 67–95). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davis, D. W., Burns, B. (2001). Problems of self-regulation: A new way to view deficits in children born prematurely. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 305–323.
- Denham, A., Blair, K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74 (1), 238–256.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: pathway to social competence? *Child Development*, 74, 238–256.
- Dornowska, U. (2007). Scaffolding jako użyteczne narzędzie w procesie kształcenia. *Ruch Pedagogiczny*, 1–2, 13–20.
- Dunn, J., Bretherton, I., Munn, P. (1987). Conversations about feelings states between mothers and their young children. *Developmental Psychology*, 23, 132–139.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Losoya, S. (1999). Reakcje emocjonalne: ich regulacja, korelaty społeczne i socjalizacja. W: P. Salovey, D. Sluyter (red.) *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 223–281). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Emde, N., Korfmacher, J., Kubicek, F. (2000). Toward a theory of early relationship-based intervention. W: J. Osofsky, H. Fitzgerald (red.). *WAIHM Handbook of infant mental health: vol. 2. Early intervention, evaluation and assessment* (s. 3–24). New York: John Wiley i Sons.
- Fogel, A. (2001). *Infancy: Infant, family and society*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2010). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56, 235–262.

- Friedrich, W. N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys. An integrated approach*. London: Sage Publication.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. London: Sage Publication.
- Goldberg, W. A., Keller, M. A. (2007). Co-sleeping during infancy and early childhood: key findings and future directions. *Infant and Child Development*, 16, 457–469.
- Grace, S. L., Evindar, A., Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263–274.
- Granic, I., Patterson, G. R. (2006). Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach. *Psychological Review*, 113, 101–131.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., Keane, S. P. (2011). Sustained attention development during the toddlerhood to preschool period: associations with toddlers' emotion regulation strategies and maternal behaviour. *Infant and Child Development*, 20, 389–408.
- Grolnick, W. S. (2002). The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires. *Adolescence*, 37, 858–859.
- Grolnick, W. S., Gurland, S. T., DeCoursey, W., Jacob, K. (2002). Antecedents and consequences of mothers' autonomy support: An experimental investigation. *Developmental Psychology*, 38, 143–155.
- Haviland-Jones, J., Gebelt, J., Stapley, J. (1999). Zagadnienia rozwoju emocjonalnego. W: P. Salovey, D. Sluyter (red.) *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 389–426). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Hayes, M. J., Fukumizu, M., Troese, M., Sallinen, B. A., Gilles, A. A. (2007). Social experiences in infancy and early childhood co-sleeping.
- Hayes, M. J., Roberts, S. M., Stowe, R. (1996). Early childhood co-sleeping: parent-child and parent-infant nighttime interactions. *Infant Mental Health Journal*, 17, 348–357.
- Heller, T. L., Baker, B. L., Henker, B., Hinshaw, S. P. (1996). Externalizing behavior and cognitive functioning from preschool to first grade: stability and predictors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 376–387.
- Holtz, C. A., Fox, R. A. (2012). Behavior problems in young children from low-income families: the development of a new screening tool. *Infant Mental Health Journal*, 33, 82–94.
- Hornowska, E. (2003). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Hu, L. T., Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hughes, J., Luo, W., Kwok, O.-M., Loyd, L. (2008). Teacher-student support, effortful engagement and achievement: a 3-year longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 100(1), 1–14.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J., Johnson, M. O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59, 1580–89
- Kerr, D. C. R., Lopez, N. L., Olson, S. L., Sameroff, A. J. (2004). Parental discipline and externalizing behavior problems in early childhood: the roles of moral regulation and child gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 369–383.
- Kielar-Turska, M. (2003). Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2 (s. 83–130) Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kochanska, G., Murray, K. T., Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36, 220–232.
- LaFreniere, P. J. Masataka, N., Butovskaya, M., Chen, Q., Dessen, M. A., Atwanger, K., Shreiner, S., Montirosso, R., Frigerio, A. (2002). Cross-cultural analysis of social competence and behavior problems in preschoolers. *Early Education and Development*, 13, 201–220.
- LaFreniere, P. J., Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8, 369–377.
- Lagattuta, K., Thompson, R. (2007). The development of self-conscious emotions: cognitive processes and social influences. W: J. Tracy, R. Robins, J. Tangney (red.) *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Lamb, M., Bornstein, M. (2002). *Development in infancy: an introduction*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lerner, C., Dombro, A. (2000). *Learning and growing together: understanding and supporting your child's development*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Lewis, M., Brooks-Gunn, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of self*. New York: Plenum.
- Magnusson, D., Stattin, H. (2006). The person in context: a holistic-interactionistic approach. W: R. Lerner (red.) *Handbook of child psychology. Volume One: Theoretical models of human development*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Marvin R., Britner P. (1999). Normative development: the ontogeny of attachment. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (s. 44–46). New York: The Guilford Press.

- Masten A., Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13–27.
- Masten A., Tellegen, A. (2012). Resilience and developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345–361.
- Masten, A. S., Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. W: R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. Peters (red.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2006:1–6. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>. Accessed [10.07.2010].
- McCarty, M., Clifton, R., Collard, R. (1999). Problem solving in infancy: the emergence of an action plan. *Developmental Psychology*, 35(4), 1091–1101.
- Mundy, P., Newell, L. (2007). Attention, joint attention, and social cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 269–274.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1111–1123.
- NICHD (2005). Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home, child care, and school. *Developmental Psychology*, 41, 99–114.
- Olds, D. (2007). The Nurse-Family Partnership: From Trials to Practice. Federal Reserve Paper, 12/5. Pozyskane ze strony: <http://www.earlychildhoodrc.org/events/presentations/olds.pdf> (2.07.2012).
- Panksepp, J. (2001). The long-term psychobiological consequences of infant emotions: prescriptions for the twenty-first century. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 132–173.
- Pennington, B., Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 51–87.
- Raver, C. (2002). Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. Social Policy Report of the Society for Research in Child Development, 16(3), 1–20.
- Raver, C. (2002). Emotions matters: making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. Social Policy Report, 16(3), 3–19.
- Raver, C., Knitzer, J. (2002). Ready to enter: What research tells policymakers about strategies to promote social and emotional school readiness among three- and four-year old children. New York, NY: National Center for Children in Poverty. nccp@columbia.edu

- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: a theoretical review. *Social Development*, 6, 111–135.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B. (2001). Social withdrawal. W: M. W. Vasey, M. R. Dadds (red.), *The Developmental Psychopathology Of Anxiety* (s. 407–434). Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1997). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. W: L. Atkinson, K. J. Zucker (red.), *Attachment and Psychopathology*. The Guilford Press.
- Ryan, R., Deci, E., Grolnick, W., La Guardia, J. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. W: D. Cicchetti, D. Cohen (red.). *Developmental psychopathology. Volume 1: Theory and method. Second Edition.* (s. 795–850). Hoboken: John Wiley and Sons.
- Ryan, R., Deci, E. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11, 319–338.
- Saarni, C. (1999). Kompetencja emocjonalna i samoregulacja w dzieciństwie. W: P. Salovey, D. Sluyter (red.) *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 75–126). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (red.), (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sanson, A., Pedlow, R., Cann, W., Prior, M., Oberklaid, F. (1996). Shyness ratings: stability and correlates in early childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 705–724.
- Schaffer, H. R. (1994c). Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju poznawczego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 150–188). Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Schaffer, H. R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer, H. R. (2006). *Psychologia rozwojowa. Podstawowe pojęcia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schaffer, H. R. (2006a). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Shala, M. (2013). The impact of preschool social-emotional development on academic success of elementary school students. *Psychology*, 4(11), s. 787–791.
- Shaver, Ph., R., Mikulincer, M. (2002). Attachment – related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 2, 133–161.
- Siegel, D. J. (2009). *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Smykowski, B. (2004a). Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: A. I. Brzezińska (red.), *Portrety psychologiczne człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 165–206). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Smykowski, B. (2004b). Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. I. Brzezińska (red.), *Portrety psychologiczne człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 207–258). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Smykowski, B. (2005). Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. (s. 166–205). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Solomon, J., George, C. (1999). The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood. W: J. Cassidy, Ph. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, reaserch and clinical applications.*, The Guilford Press.
- Squires J., Bricker, D., Twombly, E. (2003). *The ASQ:SE User's Guide*. London: Paul. H. Brookes Publishing.
- Sroufe, A. (1995). *Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge University Press.
- Sroufe, A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). relationships, development and psychopathology. W: A. Sameroff, M. Lewis, S. Miller (red.), *Handbook of developmental psychopathology* (s. 75–93). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., Collins, A. (2005). The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: The Guilford Press.
- Strelau, J. (2012). *Psychologia temperamentu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. W: N. Fox (red.), *Monographs of the Society for Research in Child Development seria 240, vol. 59* (s. 25–53).
- Thompson, R. (2006). The development of the person: social understanding, relationships, self, conscience. W: N. Eisenberg (red.). *Handbook of child psychology. Volume 3: Social, Emotional and personality development*. Hoboken: Wiley and Sons.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zaccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114, 43–50.
- van den Boom, D. (1994). The influence of temperament and motherin on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457–1477.

- Walker, H., Kavanagh, K., Stiller, B., Golly, A., Severson, H., Feil, E. (1998). Early intervention for antisocial behavior. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 6(2), 66–80.
- Waters, E., Sroufe, A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79–97.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children – the foundation for early school readiness and success. *Infants and Young Children*, 17(2), 96–113.
- Weijer-Bergsma, E. van de, Wijnroks, L., Jongmans, M. J. (2008). Attention development in infants and preschool children born preterm: A review. *Infant Behavior & Development*, 31, 333–351.
- Wentzel, K. (1997). Student motivation in middle school: the role of perceived pedagogical caring. *Journal of Educational Psychology*, 89(3), 411–419.
- Williams, L. R., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., Steinberg, L., Fox, N. A. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1063–1075.
- Wilson, D., Gottfredson, D., Najaka, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247–272.
- Wygotski, L. S. (2005). *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- Wygotski, L. S. (2002). Zabawa i jej rola w rozwoju psychicznym dziecka. W: A. Brzezińska, M. Marchow (red.). Lew S. Wygotski. Wybrane prace psychologiczne II. Dzieciństwo i dorastanie.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Zins, J., Bloodworth, M., Weissberg, R., Walberg, H. (2004). The scientific base linking social and emotional learning to school success. W: J. Zins, R. Weissberg, M. Wang, H. J. Walberg (red.), *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* (s. 1–22). New York: Teachers Press, Columbia University.
- Zins, J., Elias, M., Greenberg, M., Weissberg, R. (2000). Promoting social and emotional competence in children. W: K. Minke, G. Bear (red.), *Preventing school problems – promoting school success: Strategies and programs that work* (s. 71–100). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80, 664–671.

Spis tabel

Nr	Tytuł tabeli	Str.
1.1.	Kategorie kompetencji społeczno-emocjonalnych	13
1.2.	Konsekwencje jakości przywiązania	14
1.3.	Wzrost autonomii we wczesnym dzieciństwie (2–3 r.ż.)	19
1.4.	Normatywne aspekty rozwoju emocjonalnego w okresie przedszkolnym	19
1.5.	Typy zabawy poznawczej	24
2.1.	Przykłady czynników wspierających i zakłócających rozwój	27
2.4.	Kompetencje społeczno-emocjonalne rodzica/opiekuna	29
2.2.	Analiza przebiegu rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka	30
2.3.	Analiza sytuacji rodzinnej dziecka	31
2.5.	Analiza środowiska lokalnego	32
2.6.	Schemat analizy danych diagnostycznych wg modelu ekologiczno-transakcyjnego	33
2.7.	Etapy analizy danych diagnostycznych	34
2.8.	Kompetencje społeczno-emocjonalne małych dzieci	35
2.9.	Kompetencje społeczno-emocjonalne dzieci w wieku przedszkolnym	37
3.1.	Liczba wywiadów z matkami i opiekunkami prawnymi zrealizowanych w poszczególnych warstwach	44
4.1.	Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza skal kwestionariusza <i>Styl adaptacji</i> w różnych grupach dzieci	52
4.2.	Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury dwuczynnikowej kwestionariusza <i>Styl adaptacji</i>	52
4.3.	Rzetelność podskal kwestionariusza <i>Moje dziecko</i> w różnych grupach osób badanych	53
4.4.	Płeć i wiek dziecka a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	55
4.5.	Wykształcenie matki a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	55
4.6.	Wykształcenie ojca a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	56
4.7.	Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	57
4.8.	Sytuacja rodzinna a wynik skali <i>Styl adaptacji</i>	58
4.9.	Edukacja dziecka w wieku przedszkolnym (37–66 miesięcy) a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	58
4.10.	Trudności z zasypianiem a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	60
4.11.	Obecność innych osób a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	60
4.12.	Zasypianie w łóżku rodziców a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	61
4.13.	Umiejętność uspokojenia się a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	61
4.14.	Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a uspołecznienie i eksternalizacja mierzone kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i>	62
4.15.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami <i>Moje dziecko</i> oraz <i>Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 572$) i dziewczynek ($n = 543$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 lat)	63
4.16.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami <i>Moje dziecko</i> oraz <i>Ocena Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 961$) i dziewczynek ($n = 965$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)	63

Nr	Tytuł tabeli	Str.
4.17.	Podsumowanie: wyniki skali <i>Styl adaptacji</i> a inne badane czynniki	65
4.18.	Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów kwestionariusza <i>Styl adaptacji</i>	69
4.19.	Ocena położenia dziecka na wymiarach <i>uspołecznienie i eksternalizacja</i> mierzonych kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i> . Normy dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia	72
4.20.	Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka trudności rozwojowych na wymiarach <i>uspołecznienie i eksternalizacja</i> w grupie dzieci w wieku od 1,5 do 3,5 lat	73
4.21.	Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka trudności rozwojowych na wymiarach <i>uspołecznienie i eksternalizacja</i> w grupie dzieci w wieku od 3,5 do 5,5 lat	73
5.1.	Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza wyników skali <i>Koncentracja</i> w różnych grupach dzieci	81
5.2.	Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury jednoczynnikowej kwestionariusza <i>Reakcja na nowość</i>	81
5.3.	Rzetelność skali <i>Reakcja na nowość</i> w różnych grupach osób badanych	82
5.4.	Płeć i wiek dziecka a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	83
5.5.	Wykształcenie matki a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	83
5.6.	Wykształcenie ojca a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	84
5.7.	Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	84
5.8.	Zmiana sytuacji finansowej gospodarstwa domowego w ostatnim roku a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	85
5.9.	Sytuacja rodzinna a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	85
5.10.	Uczęszczanie do placówki edukacyjnej w różnych grupach wiekowych a wynik skali <i>Reakcji na nowość</i>	86
5.11.	Trudności z zasypianiem a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	87
5.12.	Obecność innych osób przy zasypianiu a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	87
5.13.	Miejsce w którym zasypia dziecko a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	88
5.14.	Umiejętność uspokojenia się w krótkim czasie a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	88
5.15.	Tabela Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali <i>Reakcja na nowość</i>	89
5.16.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą <i>Reakcja na nowość</i> oraz <i>Oceną Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 697$) i dziewczynek ($n = 715$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 lat)	90
5.17.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą <i>Reakcja na nowość</i> oraz <i>Oceną Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)	90
5.18.	Podsumowanie: wyniki skali <i>Koncentracja</i> a inne badane czynniki	90
5.19.	Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów skali <i>Reakcja na nowość</i>	94
5.20.	Ocena położenia dziecka na wymiarze <i>reakcji na nowość</i> . Normy dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia	96
5.21.	Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka w dwóch grupach wiekowych na wymiarze <i>reakcji na nowość</i>	97
6.1.	Średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza wyników skali <i>Koncentracja</i> w różnych grupach dzieci	105

Nr	Tytuł tabeli	Str.
6.2.	Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej określające jakość struktury jednoczynnikowej kwestionariusza <i>Koncentracja</i>	106
6.3.	Rzetelność skali <i>Koncentracja</i> w różnych grupach osób badanych	106
6.4.	Płeć i wiek dziecka a wynik skali <i>Koncentracja</i>	107
6.5.	Wykształcenie matki a wynik skali <i>Koncentracja</i>	108
6.6.	Wykształcenie ojca a wynik skali <i>Koncentracja</i>	108
6.7.	Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego a wynik skali <i>Koncentracja</i>	109
6.8.	Sytuacja rodzinna a wynik skali <i>Koncentracja</i>	109
6.9.	Uczęszczanie do placówki edukacyjnej w różnych grupach wiekowych a wynik skali <i>Koncentracja</i>	110
6.10.	Trudności z zasypianiem a wynik skali <i>Koncentracja</i>	111
6.11.	Obecność innych osób przy zasypianiu a wynik skali <i>Koncentracja</i>	111
6.12.	Umiejętność uspokojenia się w krótkim czasie a wynik skali <i>Koncentracja</i>	112
6.13.	Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali <i>Koncentracja</i>	112
6.14.	Stan emocjonalny matki w okresie poporodowym a wynik skali <i>Koncentracja</i>	113
6.15.	Przedwczesny poród a wynik skali <i>Koncentracja</i>	113
6.16.	Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali <i>Koncentracja</i>	114
6.17.	Podporządkowywanie się zwyczajom domowym a wynik skali <i>Koncentracja</i>	115
6.18.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą <i>Koncentracja</i> oraz <i>Oceną Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 697$) i dziewczynek ($n = 715$) w wieku od 25 do 42 miesięcy (2–3,5 roku życia)	116
6.19.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych skalą <i>Koncentracja</i> oraz <i>Oceną Zachowania i Kompetencji Społecznych</i> w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)	116
6.20.	Podsumowanie: wyniki skali <i>Koncentracja</i> a inne badane czynniki	117
6.21.	Współczynniki alfa Cronbacha, standardowe błędy pomiaru wyniku otrzymanego (SEM) i półprzedziały ufności w różnych grupach wiekowych i płciowych dla wymiarów kwestionariusza <i>Koncentracja</i>	121
6.22.	Ocena położenia dziecka na wymiarach <i>uspołecznienie i eksternalizacja</i> mierzonych kwestionariuszem <i>Styl adaptacji</i> . Normy dzieci w wieku od 18 do 66 miesięcy życia	122
6.23.	Liczba dzieci należących do grupy dużego ryzyka i grupy małego ryzyka w dwóch grupach wiekowych na wymiarze <i>koncentracji</i>	123
7.1.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami <i>Styl adaptacji</i> , <i>Koncentracja i Reakcja na nowość</i> w grupach chłopców ($n = 953$) i dziewczynek ($n = 933$) w wieku od 18 do 42 miesięcy (1,5–3,5 lat)	130
7.2.	Współczynniki korelacji wymiarów mierzonych kwestionariuszami <i>Styl adaptacji</i> , <i>Koncentracja i Reakcja na nowość</i> w grupach chłopców ($n = 927$) i dziewczynek ($n = 931$) w wieku od 43 do 66 miesięcy (3,5–5,5 lat)	130
8.1.	Opis przypadku: wyniki surowe, przedziały ufności i szacowane ryzyko trudności rozwojowych	138
8.2.	Opis przypadku: charakterystyka podstawowych warunków rozwojowych dziecka	140
8.3.	Analiza danych diagnostycznych wg modelu ekologiczno-transakcyjnego	

Spis rysunków

Nr	Tytuł rysunku	Str.
1.1.	Związek pomiędzy kompetencjami społecznymi i emocjonalnymi	11
1.2.	Fazy rozwoju regulacji emocji	20
2.1.	Fazy rozwoju regulacji emocji	28
8.1.	Planowanie oddziaływań skoncentrowanych na dziecku i wykorzystanie omawianych narzędzi	136

Instytut Badań Edukacyjnych

Głównym zadaniem Instytutu jest prowadzenie badań, analiz i prac przydatnych w rozwoju polityki i praktyki edukacyjnej.

Instytut zatrudnia ponad 150 badaczy zajmujących się edukacją – pedagogów, socjologów, psychologów, ekonomistów, politologów i przedstawicieli innych dyscyplin naukowych – wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach, o różnorodnych doświadczeniach zawodowych, które obejmują, oprócz badań naukowych, także pracę dydaktyczną, doświadczenie w administracji publicznej czy działalność w organizacjach pozarządowych.

Instytut w Polsce uczestniczy w realizacji międzynarodowych projektów badawczych w tym PIAAC, PISA, TALIS, ESLC, SHARE, TIMSS i PIRLS oraz projektów systemowych współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przedstawione w podręczniku narzędzia kwestionariuszowe będą wielkim wsparciem diagnostyki funkcjonowania społeczno-emocjonalnego w okresie wczesnego dzieciństwa. Proponowana diagnostyka z zaplanowaniem oddziaływań optymalizujących rozwój dziecka jest także wzorcową aplikacją teoretycznego modelu. Psychologia teoretyczna i aplikacyjna są tu ściśle zespolone.

prof. dr hab. Barbara Bokus (Uniwersytet Warszawski)

Powstały trzy wartościowe metody, bardzo potrzebne szczególnie, że wzbogacają instrumentarium metod dedykowanych bardzo małym dzieciom. Wszystkie mają jasno opisane założenia teoretyczne, czytelną prezentację danych dotyczących rzetelności i trafności.

prof. dr hab. Elżbieta Hornowska (Uniwersytet im. A. Mickiewicza)

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa | tel. +48 22 241 71 00 | ibe@ibe.edu.pl | www.ibe.edu.pl
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.