

Převod a možnosti využití britské diagnostické metody „Nottingham adjustment scale“ v psychologické praxi pro klienty se zrakovým postižením v České republice

Tereza Kimplová

Katedra pedagogické a školní psychologie, PdF, OU, Ostrava
tereza.kimplova@osu.cz

Abstrakt

Příspěvek shrnuje podstatné závěry disertační práce autorky s názvem „Převod a využití britské diagnostické metody „Nottingham adjustment scale“ v psychologické praxi pro klienty se zrakovým postižením v České republice“. Nottingham adjustment scale je psychodiagnostická metoda, která byla vytvořena na základě výzkumů psychologických proměnných, jež hrají důležitou roli v procesu přizpůsobení se ztrátě zraku. Jedná se o 55 otázek zaměřených na prožívání získaného zrakového postižení. Škála zachycuje symptomy deprese a úzkosti, ztráty sebehodnocení, postoje k postižení, místo sebeřízení atd. Škála je prakticky využívána v rehabilitačních centrech pro zrakově postižené v Anglii. V České republice dosud patrně nebyla konstruována diagnostická metoda pro tuto skupinu klientů, využívají se pouze subtesty známých metod, a to s omezeními, která přinášejí.

Výzkumná část disertační práce obsahuje překlad, úpravy, interpretace, výsledky a zhodnocení aplikace Nottinghamské škály přizpůsobení se zrakovému postižení. Následně pak možnosti a návrhy k dalšímu využití této metody v českých podmínkách.

Klíčová slova: zrakově postižení, psychologické služby, psychodiagnostika, Nottinghamská škála přizpůsobení.

Úvod

Cílem výzkumu v rámci disertační práce byl **převod a aplikace britské psychodiagnostické metody Nottingham adjustment scale v českých podmínkách** pro možnost využití v psychologické praxi u klientů se zrakovým postižením.

Tuto jedinečnou psychodiagnostickou metodu, která byla vytvořena na základě výzkumů psychologických proměnných, sehrávajících důležitou roli v procesu přizpůsobení se ztrátě zraku, se nám podařilo získat díky doc. PhDr. I. Sobotkové, CSc., která s autorem škály komunikovala. V tomto příspěvku však kvůli rozsahu předkládáme pouze zestručnělé závěry výzkumu, pro podrobnější údaje a data, originál a překlad NAS, statistická vyhodnocení a samotné interpretace je nutno obrátit se na původní zdroj, tedy disertační práci autorky.

Metoda Nottingham adjustment scale obsahuje 55 otázek zaměřených na prožívání získaného zrakového postižení. Je rozdělena na 7 částí:

- 1) Část A. Úzkost/Deprese (Anxiety/Depression),
- 2) Část B. Sebeúcta (Self Esteem),
- 3) Část C. Postoje (Attitudes),

- 4) Část D. Místo sebeřízení (Locus Of Control),
- 5) Část E. Akceptace (Acceptance),
- 6) Část F. Víra v osobní zdatnost (Self-Efficacy),
- 7) Část G. Atribuční styl (Attributional Style).

Výzkumu se zúčastnilo celkem **62 respondentů**, z toho 38 mužů a 24 žen s věkovým rozpětím 16 – 78 let, přičemž průměrný věk respondentů byl 41,3 let. 34 osob uvedlo, že má zrakové postižení získané, 25 osob vrozené. Dle stupně vidění se zařadili 4 respondenti na úroveň slabozrakosti, 34 osob na úroveň „se zbytky zraku“ a 20 respondentů uvedlo kategorii „nevidomí“.

Přidruženou diagnózu uvedlo 23 respondentů, z toho nejčastěji tělesné postižení, diabetes a hypertenzi.¹ Někteří respondenti uvedli více údajů.

	počet	průměrný věk
MUŽI	38	40,7
ŽENY	24	42,2
CELKEM	62	41,3

zrakové postižení	počet	úroveň zrakového postižení	počet	přidružená diagnóza	počet
vrozené	25	slabozrakost	4	tělesné postižení	6
získané	34	se zbytky zraku	34	hypertenze	4
-	-	nevidomí	20	diabetes	3
-	-	-	-	jiné	10
<i>neuedli</i>	3	<i>neuedli</i>	4	<i>žádná další dg.</i>	39
CELKEM	62		62		62

Výsledky výzkumu – závěry

1) Překlad

Škálu Nottingham adjustment scale jsme přeložili vícenásobným zpětným překladem třemi nezávislými překladateli. (Originál škály a její překlad naleznete, jak již bylo výše zmíněno, v originálním zdroji – disertační práci autorky příspěvku.)

2) Přizpůsobení škály pro výzkum

V Anglii je škála vyplňována klienty pouze prostřednictvím rehabilitačních pracovníků. Pro potřeby vyplňování samotnými respondenty se zrakovým postižením jsme škálu přizpůsobili jejich potřebám. Tj. zjednodušili jsme zaznamenávané odpovědi do podoby písmen a

¹ Kategorie „jiné“ zahrnovala tyto odpovědi: deprese, nedoslýchavost (2krát), dysthimie, skolióza, epilepsie od dětství, epilepsie získaná po úrazu, chybějící část rukou, lehká DMO, horší hmat v rukou, bez ruky, po infarktu myokardu, astma, mozkový benigní nádor, roztroušená skleróza, urologické obtíže (2krát), duodenální vředy, dechové a kožní obtíže.

odstranili číselné hodnoty odpovědí. Nabídku možností jak odpovídat jsme, oproti originální verzi, přiřadili před každou část.

3) Kvantitativní výsledky

Popisné statistické vyhodnocení a rozčlenění dat bylo provedeno přesně dle anglického originálu. Jelikož neznáme podrobnosti ohledně původního souboru respondentů, provedli jsme kromě popisné statistiky pouze základní srovnání za pomoci T testu. V částech C (Postoje), D (Místo kontroly) a F (Víra v osobní zdatnost) vyšly mezi výsledky anglických a českých respondentů statisticky významné rozdíly, a to ve prospěch anglických respondentů (tj. kladnější postoje, vnitřní místo kontroly, vyšší míra víry v osobní zdatnost).

4) Komentáře ke škále

- **pracovníci středisek**

Pracovníci středisek by tuto škálu, coby diagnostický nástroj, uvítali, ale pouze v rukou psychologa. Sami si netroufají s tématy, která škála při vyplňování může u klienta vyvolávat, dále pracovat.

- **komentáře respondentů**

Dotazník, zejména část A (Úzkost/Deprese), připadá klientům pesimistický. Dále se škála dle respondentů potýká s nedostatky typickými pro dotazníkové metody (nemožnost určit jednoznačně odpověď, malý výběr odpovědí apod.) Jinak by dotazník vyplňovali, když ztráceli zrak, jinak teď, „X“ let po ztrátě zraku. Více respondentů se rovněž dotýká přílišné obecnosti pojmu „zřakově postižený“ v souvislosti otázek typu „většina zřakově postižených...“.

- **komentáře psychologů (O. Čálek, J. Smýkal)**

O. Čálek se vyjádřil k formě dotazníku, připomínkoval překlad a vhodné přizpůsobení škály. J. Smýkal připomínkoval přílišnou obecnost pojmu „zřakově postižený“ a zaměření škály.

5) Interpretace

Originální metoda neobsahuje vysvětlení k výsledkům. K jednotlivým částem NAS jsme tedy, dle rozdělení originálních dat na nízké, střední a vysoká skóre, vytvořili stručné interpretace.

6) Aplikace v českých podmínkách

V zemi původu je NAS určena pro screeningové použití rehabilitačními pracovníky, kteří se poté rozhodují, zda může klient nastoupit k rehabilitaci a nebo jej doporučí k psychologovi. V našich podmínkách si pracovníci středisek, kteří se zúčastnili výzkumu, netroufají s tématy, které metoda „otevívá“, pracovat, jak již bylo uvedeno, a nechali by tento nástroj v rukách psychologa.

Psycholog může za pomoci NAS posoudit psychický stav klienta a dále dynamiku procesu přizpůsobení se zřakovému postižení a doporučit instruktorovi takový postup, aby rehabilitace měla pro klienta smysl a osobní důležitost.

Dle našich výsledků je škála vhodná zejména pro klienty po akutní získané ztrátě zraku, nebo před zahájením rehabilitace (bez ohledu na časové souvislosti se získaným zrakovým postižením), případně k orientačnímu zjištění „problémové“ oblasti pro klienty, u kterých se předpokládá nepřízpůsobení se zrakovému postižení.

Při interpretacích výsledků je nutno provádět kvalitativní analýzu, s přihlédnutím k orientačním českým či anglickým výsledkům, které se od sebe příliš neliší.

7) Doporučení pro další práci s NAS

- Provést položkovou analýzu v rámci mezikulturního pojetí, jelikož některé otázky mohou být v našich podmínkách zavádějící, případně celou standardizaci metody.
- Přihlédnout k poznámkám O. Čálka a reformulovat některé otázky.
- Kontaktovat autora NAS A. Doddse a získat bližší informace ohledně původního souboru respondentů, případně nová data.
- Korelovat NAS, resp. její části, s jinými metodami.
- Propracovat interpretace.
- Získat rozsáhlejší soubor respondentů a vytvořit „normy“ rozlišující výsledky dle pohlaví, věku, zrakových vad či dle stupně postižení.

Diskuse

Protože v ČR a GB existují rozdílné podmínky pro možnosti využití Nottinghamské škály přizpůsobení, bylo třeba se nejprve pokusit o první krok: škálu otestovat v praxi a získat zpětnou vazbu. Nemáme k dispozici také více než velmi stručné britské normy bez podrobnějších dat ohledně respondentů a interpretací výsledků. Proto byla naplněna pouze první část standardního postupu, a to vícenásobného zpětného překladu.

Ale i tento prostý převod a aplikace zahraniční škály s sebou přinesl nesnáze. Například už jen v podobě nedokonalého překladu, resp. nemožnosti přeložit některé věty či slova tak, aby dávaly shodný význam jako v češtině. U NAS je to kupříkladu konkrétně otázka č. 6. *If things go well it's because the system helped me.* (Když se mi daří, je to díky tomu, že mi pomohla společnost.) Pro další využití bude alespoň třeba škálu více přiblížit českému jazyku a zvolit vhodnější formulace – viz. poznámky O. Čálka (v originálu disertační práce).

Dalším úskalím je, že v zahraničí jsou jiné podmínky, jiný sociální systém než u nás. Klient v péči oftalmologa ve Velké Británii je kontaktován pracovníky mimolékařské péče, a tak rehabilitace opravdu může začít neprodleně. V ČR nic takového nefunguje, proto se klient do navazující mimolékařské péče a služeb dostává často i několik let po ztrátě zraku. NAS tak získává trochu jiné možnosti využití než v Anglii.

NAS byla vytvořena pro použití rehabilitačními pracovníky; z našeho výzkumu však vyplývá, že by čeští pracovníci tuto škálu viděli raději v rukou psychologa. Netroufají si jednotlivá témata (která ale otázky mnohdy otevírají) s klienty rozvíjet. Bylo by tedy třeba buď opravdu systematické práce psychologa při všech střediscích, anebo (a to s otazníkem) psychologických výcviků pracovníků, jako je tomu ve Velké Británii.

Komentáře samotných klientů ke škále jsou zčásti negativního rázu – škála jim připadá příliš pesimistická. Je tedy otázkou, zda by nebylo vhodné alespoň jiné uspořádání podškál (tedy zařadit např. část A. Úzkost/Deprese mezi pozitivnější části metody, nikoliv ji dávat hned na

začátek), protože při vyplňování škály se mnohdy klienti doslova „zasekli“ při prvních otázkách a následující části jakoby již byly subjektivně ovlivněny myšlenkami na část první.

Sami respondenti si rovněž všimají ve škále používaného obecného pojmu „zrakově postižený“, přestože se v teorii přísně doporučuje kategorie různého zrakového postižení, přinejmenším tedy „nevidomý – slabozraký – se zbytky zraku“, rozlišovat.

V britských výsledcích, resp. tabulce výsledků, jsme pravděpodobně našli překlepy v některých hodnotách. Rovněž nám není známo, jakým způsobem autor rozdělil intervaly nízkých, středních a vysokých skóre, tyto jsme pouze převzali. Dále se domníváme, že opačné skórování v části A. (Úzkost/Deprese) je matoucí a bylo by třeba jej přeskórovat dle ostatních částí, tedy nízké skóre = žádné projevy deprese.

Autor používá označení odpovědí (N n * m M) coby pomůcek pro zapamatování (N=not at all; n=no more than usual; m=rather more...; M=much more...), které ale v češtině ztrácí smysl. Ve výzkumu jsme použili upravenou verzi (v podobě písmen abecedy jdoucích za sebou). Ještě bychom však doporučili nerozlišovat dvojí rozdělení odpovědí na četnost a míru souhlasu a použít jednotného přiřazení písmen (A B C D E F). V tom případě se nám ale zdá nevhodné označovat částí písmeny A. – G. a navrhuje jejich číslování (1.-7.).

Kvantitativní zpracování jsme provedli pouze za pomoci jednoduchého T testu, jelikož nemáme podrobná data britských respondentů. Mohli bychom předpokládat rozdílné výsledky, protože sběr dat mohl být prováděn na různých souborech klientů se zrakovým postižením. Vzhledem k tomu, že u nás neexistuje systém návazných lékařských-mimolékařských služeb, nebylo možno výzkum uskutečnit s lidmi, kteří přicházejí o zrak, jak jsme předpokládali u originálního souboru respondentů. V souboru jsou tedy odpovědi lidí, kteří mají postižení jak vrozené, tak získané před mnoha lety, a těmto přitom tento dotazník není určen! Přesto výsledky vycházejí obdobně jako britské - je tedy možné, že i původní soubor byl složen z osob se zrakovým postižením bez ohledu na dobu trvání zrakového postižení; tedy v podstatě přizpůsobených zrakovému postižení? Statisticky významný rozdíl mezi výsledky anglických a českých respondentů vychází v částech C (Postoje), D (Místo sebeřízení) a F (Víra v osobní zdatnost), a to vždy ve prospěch anglických respondentů (kladnější postoje, vnitřní místo sebeřízení, vyšší míra víry v osobní zdatnost).

V pramenech, kde A. Dodds publikoval poznatky, ze kterých jsme čerpali, ani ve stručných originální „normách“ není uvedeno, zda škálu NAS autor např. koreloval s dotazníky, které jsou zaměřeny na proměnné, které podškály zahrnují (deprese, sebeúcta, místo sebeřízení apod.). Validizace a další metodologické aspekty, standardizace apod. podle daných postupů tedy u této škály nejsou známy. Nabízí se také myšlenka, zda opravdu pro některé části stačí menší počet otázek než pro jiné (například část D - Místo sebeřízení, obsahuje pouze čtyři otázky.).

Pro důkladnější analýzu výsledků v případném dalším výzkumu by bylo třeba rozdělit respondenty na muže a ženy, dále např. dle věku, a zcela určitě odlišit typy či stupně zrakového postižení.

Originální verzi metody zcela chybí interpretace výsledků a ty námi vytvořené nemusí přesně odrážet autorův úmysl.

Tato škála přes všechny „nedostatky“ však může přinést psychologům pracujícím s lidmi, jež ztratili zrak, cenný diagnostický nástroj, který zatím v ČR není. Za velmi přínosný pokládáme alternativní model A. Doddse, který autora vedl ke vzniku této metody. Tedy model, který předpokládá okamžitou pomoc a práci s klientem, který přichází (nikoliv „přišel“!) o zrak. Tradiční model opírající se o přirovnání ke „ztrátě blízké osoby“ a stádia truchlení má své

opodstatnění a psycholog s ním jistě musí počítat. V tu dobu již ale centra mimolékařských služeb mohou klientovi nabídnout své zázemí. Jeden z mnoha stesků klientů i v rámci jiného výzkumu autorky (Kimplová, rigorózní práce, 2003) totiž potvrzuje, že následná péče a služby přicházejí pozdě a klient stráví mnoho dní, týdnů, měsíců až let bez pomoci. A právě v této době se mnoho klientů setkává se sebevražednými myšlenkami, bohužel někteří se sebevražednými pokusy, a známe případy dokonaného činu. Alternativní model je tedy žádán i samotnými klienty.

V zahraničí je obvyklé měřit vstupní versus výstupní dovednosti klienta před a po rehabilitaci. Škála NAS je součástí tohoto měření, a i my zde vidíme možnosti jejího využití u nás.

V našich podmínkách zřejmě nebude možné, aby tuto metodu využívali pracovníci středisek. Avšak psycholog, který by od začátku s klientem pracoval, by jejím použitím získal informace, které jsou v přizpůsobení se zrakovému postižení a úspěchu v rehabilitaci důležité.

Budoucím cílem v ČR by měl být systém návaznosti oftalmolog – mimolékařská střediska pro zrakově postižené a možnost okamžité podpory a pomoci klientovi. Škála Nottingham adjustment scale a zamyšlení se nad možnostmi využití alternativního (a zda by vůbec měl být takto nazýván) modelu ztráty zraku může sloužit k prvnímu kroku.

Použitá literatura

DODDS, Allan. The psychology of rehabilitation. *The British Journal of Visual Impairment*. 1991, 9, 38-39.

DODDS, Allan. Psychology assessment and the rehabilitation process. *The new Beacon, The journal of blind welfare*. 1991, 65, 101-110.

DODDS, Allan et al. Psychological factors in acquired visual impairment: The development of a scale of adjustment. *The British Journal of Visual Impairment*. 1991, 306-310.

KIMPLOVÁ, T. Psychologické služby pro děti a dospělé se zrakovým postižením. 2003. FF UP, Olomouc. Rigorózní práce.

KIMPLOVÁ, T. Převod a využití britské diagnostické metody „Nottingham adjustment scale“ v psychologické praxi pro klienty se zrakovým postižením v České republice. 2008. FF UP, Olomouc. Disertační práce.

SOBOTKOVÁ, Irena. Psychologická rehabilitace zrakově postižených. *Varia psychologica VII*. 1995, 41-46.