

**Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky**

Bakalářská práce

**Akceptace zrakového postižení v produktivním věku s důrazem
na resilientní zdroje**

**Acceptance of visual impairment in working age with an emphasis
on resilient resources**

Autor bakalářské práce:	Karel Pavlík
Vedoucí bakalářské práce:	doc. PhDr. Lea Květoňová, PhD.
Studijní program:	Speciální pedagogika

2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Akceptace zrakového postižení v produktivním věku“ vypracoval samostatně a použil jsem jen zdrojů a pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Praze dne:

Podpis: _____

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Lee Květoňové, PhD. za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky. Také bych chtěl poděkovat všem, kteří mi při psaní poskytli jakoukoliv pomocnou ruku a podporovali mě.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma *Akceptace zrakového postižení v produktivním věku s důrazem na resilientní zdroje* je založena na analýze dvou stávajících studií, které se věnují tématům dosud ne příliš známým, tj. resilientním zdrojům a důvěřivostí lidí se zrakovým postižením. Teoretická část se zabývá psychosociálními dopady ztráty zraku na různé etapy lidského života, věnuje se nejčastějším příčinám ztráty zraku a fázemi, kterými si člověk s postižením prochází a resilienci, která v české literatuře není dostatečně popsána. Ve výzkumné části se nachází dvě studie, které se věnují tématu psychické odolnosti a důvěry. Cílem práce je analýza a interpretace dotazníků zjišťující resilientní zdroje a demonstrace použití těchto škál a jim podobných na již zmiňovaných studiích. Při posouzení výsledků z obou studií lze za odolného jedince se zrakovým postižením, který se dokáže přizpůsobit změnám v jeho životě nejlépe, považovat dospělého zaměstnaného vzdělaného muže s kongenitální slepotou, který patří do střední třídy a zároveň patří i k jedincům s vyšší důvěřivostí k lidem ve svém okolí. Za člověka, který žije v největší psychické pohodě, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž, který je slabozraký, žije ve vyšší třídě, ale je nejméně důvěřivý k lidem ve svém okolí. Výsledky jsou analyzovány v diskuzi a shrnuty v závěru.

Klíčová slova

Zrakové postižení, produktivní věk, akceptace, příčiny ztráty zraku, klasifikace ztráty zraku, resilience, škála resilience

Abstract

The bachelor thesis on acceptance of visual impairment in the productive age with an emphasis on resilient source is based on the analysis of two existing studies, which dedicate to topics not so well known among academics, which are resilience and trustfulness of visual disabled people. The theoretical part deals with the psychosocial impacts of the loss of vision at various stages of human life, it deals with the most frequent causes of visual impairment and phases, through the person with disabilities passes, and with a resilience which is not yet sufficiently described in the Czech literature. In the research section, there are two studies dealing with the topic of psychological resilience and trust. The aim of the thesis is to analyse and interpret the questionnaires to find resilient resources and to demonstrate the use of these scales and similar them in the studies mentioned above. When assessing the results of the two studies, can be a tough visually impaired individual able to adapt to the changes in his or her life best when he is an adult educated man with congenital blindness who belongs to the middle class, and he also belongs to individuals with greater trust in people in his surroundings. The person who lives in the greatest mental well-being is an adult employed, educated man who is sighted individual, lives in a higher class and is, however, the least trustworthy of the people in his neighbourhood. The results are discussed in the discussion and summarized at the conclusion.

Key words

Visual impairment, working age, acceptance, causes of visual loss, classification of visual loss, resilience, resilience scale

Obsah

Úvod	8
1. Ztráta zraku jako fenomén socio-psychologický	9
1.1. Ztráta zraku v pracovním procesu	11
1.2 Ztráta zraku v rodinném životě	12
2. Ztráta zraku	16
2.1. Diagnostika ztráty zraku	16
2.2. Klasifikace ztráty zraku	16
2.3. Příčiny ztráty zraku	18
3. Resilience.....	24
3.1. Resilienci lze dělit na:	24
3.2. Mezi zdroje resilience patří	25
3.3. Jak se resilience zjišťuje.....	27
4. Cíle výzkumu.....	35
Studie č.1	36
Studie č.2	39
Diskuze	41
Závěr	43
Seznam použitých online informačních zdrojů	44
Seznam použité literatury	46
Seznam Tabulek	50

Úvod

Práci na téma Akceptace zrakového postižení v produktivním věku s důrazem na resilientní zdroje jsem si vybral z toho důvodu, protože mě problematika nevidomých ze všech oborů speciální pedagogiky zaujala nejvíce. Možná je to proto, že si bez zraku sám život nedovedu představit. Říká se: „*Ztráta zraku odděluje od věcí, kdežto ztráta sluchu odděluje od lidí*“, ale v dnešní době, kdy se sice vzdálenosti ve světě zkracují, mi přijde, že lidé se sobě vzdalují, a proto se mnoho lidí soustředí jen na materiální krásy světa.

Ačkoliv se za posledních 20 let počet lidí se ztrátou zraku kvůli infekčním nemocem snížil, pořád žije na světě více než 285 miliónů lidí, kteří mají zrakovou vadu, a dokonce téměř 40 miliónů z nich je nevidomých.

V dnešním moderním světě je otázka nevidomých stále více skloňována a tato problematika se dostává čím dál více do povědomí lidí. Je tedy dobré, aby se svět intaktních přiblížil světu lidí nevidomých a lidem bylo demonstrováno, jak je možné se s nepříznivou situací vyrovnat. Nejen ve světě, ale i v naší republice se uskutečňují různé stavební úpravy či přestavby, které mají spoluobčanům se zrakovým postižením usnadňovat orientaci v našem světě. Obzvlášť skvělý je v České republice systém pro orientaci nevidomých na veřejných místech a ve veřejné dopravě, kdy nevidomý vlastní vysílačku pro nevidomé a každý dopravní prostředek je opatřen akustickým systémem ohlašující podrobnosti nejen o směru jízdy MHD. Tento systém je velice rozsáhlý a tím světově unikátní.

Podklady pro napsání bakalářské práce jsem získával studiem českých, anglických a španělských písemných pramenů a studií. Cílem práce je analýza a interpretace dotazníků zjišťující resilientní zdroje a demonstrace použití těchto škál.

První kapitola se zabývá potížemi, se kterými se člověk může setkat v každodenním životě, jaký vliv má tento handicap na psychiku člověka, pracovní uplatnění či obstarávání domácnosti, péče o dítě i partnerské soužití.

Druhá kapitola řeší diagnostiku a klasifikaci ztráty zraku z medicínského hlediska a věnuje se nejčastějším příčinám ztráty zraku.

Poslední teoretická část se věnuje resilienci, jejímu členění a škálám používaným k vyšetřování resilience.

Náplní praktické části jsou 2 ojedinělé studie, které souvisejí s psychickou odolností jedince a s důvěrou cizím lidem. Výsledky jsou následně analyzovány v diskuzi.

1. Ztráta zraku jako fenomén socio-psychologický

Co je to vůbec ztráta zraku a jaký je rozdíl mezi ztrátou zraku a náhlou ztrátou zraku? Kdo se považuje za osobu zrakově postiženou? „Za osobu se zrakovým postižením se považuje ten jedinec, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické či brýlové) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru atd.)“ (Slowík, Speciální pedagogika, s. 59).

Susan Houde vytyčuje problém ztráty zraku jako „běžný problém, který má zásadní dopad na sociální, psychologické a fyzické fungování starších osob a jejich rodin“ (Houde, Vision Loss in Older Adults, s. 1)

„Náhlá ztráta zraku je častým důvodem pro konzultaci s pacienty různého věku s různými formami projevů. Někteří pacienti jej mohou označit za černo – šedou kouřovou clonu, která postupně klesá, anebo jako formu skvrny, oparu či oslabení zraku. Může trvat několik minut, ale může trvat až hodinu. Ischemie je mechanismus nejčastějších akutních dysfunkcí zraku a může ovlivnit každý prvek zrakového systému“ (John, Manual de Urgencias Oftalmologicas, s. 381).

Náhlá ztrátou zraku

Období po náhlé ztrátě zraku lze velmi často charakterizovat jako krizi. U každého člověka se projevy i čas trvání reakce, která se v psychologii přirovnává k truchlení nad ztrátou osoby blízké, u každého jedince liší v závislosti na osobnostních rysech.

Postupná ztráta zraku

Člověk může o zrak přicházet v procesu, který u každého jedince může trvat v řádu několika let až po desítky let. Pro jedince i jeho okolí může postupné přicházení o zrak znamenat dlouhodobou psychickou zátěž, na kterou můžou mít vliv i proměnlivé stavy vizu, jako je tomu například u diabetes mellitus. Míra deprese záleží na postoji jedince k úbytkům zraku a nevidomosti (Kimplová, 2010, s. 27).

Fáze vyrovnávání se ztrátou zraku

Podle Pugnerové a Konečného vyrovnávání s těžkou životní situací, jako je ztráta zraku, závisí na množství různých faktorů a je u každého individuální, přesto lze obecně popsat 4 prožitkové fáze, kterými si většina lidí s postižením projde.

Mezi první takovéto reakce patří *šok a popření*. Pro osoby s postižením je těžké přijmout zprávu o nezvratné diagnóze. Často se lidé ptají, proč zrovna oni jsou ti, kterým se musela přihodit tato situace. Lidé se snaží najít nějaký zázračný lék a často se obracejí k bohu.

Druhým stádiem je *strach, hněv, úzkost a smutek s příměsí nespravedlnosti*. Lidé se snaží obvinít lidi kolem sebe, jen aby ulevilo jim samotným. Není výjimka agresivního chování.

Následuje stádium *akceptace*. Člověk si uvědomuje, že jeho stav je neměnný, opadá úzkost a agrese a dochází k postupné akceptaci svého stavu.

Posledním stádiem je *reorganizace*. V této fázi dochází k hledání cesty do budoucna. Často dochází k porovnávání stavu před získáním handicapu. V některých případech dochází namísto fáze přijetí k fázi nepřijetí a nevyrovnání se s novou životní situací (Pugnerová, a Kvintová, 2016, s. 265; Kunhartová, Potměšil a Potměšilová, 2017, s. 24)

Na rozdíl od 4 fází Pugnerové a konečného Kübler-Rossová popisuje fázi 5 mezi něž patří fáze popírání, hněv či agrese, smlouvání, deprese a smíření (Špatenková, 2004, s. 33).

Význam věku u ztráty zraku

Při vyrovnávání se se ztrátou zraku záleží na mnoha faktorech, kdy mezi velmi významné faktory patří věk. Příkladem můžou být dva slabozrací jedinci, kteří zbytky zraku využívají k orientaci v prostoru, přičemž jeden je dokáže dobře využívat a druhý ne. V tomto příkladu hraje roli právě onen věk. Pokud člověk přijde o zrak před dovršením 7 let, neuchová si do dospělosti zrakovou představu o světě, kterou by mohl použít při orientaci. Kdežto při ztrátě zraku v pozdějším věku si člověk zachovává zrakovou představu o světě, kterou dále využije při vykonávání činností a prostorové orientaci. Zraková představa pomáhá i při využívání hmatu, kdy si člověk dokáže předmět lépe představit.

Z hlediska subjektivního zpracování zátěže hraje věk taktéž důležitou roli. Ztráta v pozdějším věku působí jako trauma a mění kvalitu jeho života, se kterým se člověk musí patřičně vypořádat, kdežto vrozená porucha je větší zátěž pro celkový vývoj (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 240-241).

Socializace lidí se zrakovým postižením

„Socializace je širším pojmem než výchova a obsahuje veškeré vědomé i nevědomé, přírodní i společenské vlivy, které ovlivňují osobnostní vývoj. Je také procesem, jehož prostřednictvím se jedince učí, čemu lidé v okolní kultuře věří a jaké od něj očekávají

chování. V průběhu socializace, která představuje proces zespolečenštění člověka, nebývá smysl i osobní identita jedince“ (Jedlička, Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence, 15).

Z výzkumu realizovaného na katedře psychologie a patopsychologie pedagogické fakulty v Bratislavě vyplynulo, že ani nedirektivní a spontánní kontakt jedinců intaktních a zrakově postižených nevede k lepšímu pochopení. Ve verbální rovině je intaktní populace k jedincům s postižením tolerantní, což se ovšem neprojevuje v interakci mezi oběma skupinami. Prováděné výzkumy poukázaly na pozitivní progres postojů vůči zrakově postiženým, jestliže jsou intaktní populaci informace předávány dospělými. Ke změně postojů intaktní populace taktéž přispívají hromadné sdělovací prostředky, jelikož téma problematika lidí s postižením je v masmédiích daleko populárnější než doposud (Požár, 2007, s. 151-152).

V adolescenci a dospělém věku lidé, kteří přijdou o zrak zaujímají buďto pozitivní nebo negativní postoj, který lze pojmenovat jako akceptaci nebo nonakceptaci zrakového postižení. „Akceptace postižení znamená v podstatě využití a osvojení si všech životních možností, které toto zrakové postižení zanechává. Při takovém chápání postižení je akceptace předpokladem celkového zdravého a činorodého životního přizpůsobení“ (Pugnerová, Kvintová, Přehled poruch psychického vývoje, s. 245). „Jako nonakceptaci vady lze označit nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada zanechává. Jevové podoby, které nonakceptace přináší lze rozdělit do dvou kategorií, a to zveličování důsledků defektu a popírání důsledků defektu“ (Čálek, Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince, s. 11-12). Jak při akceptaci, tak i při nonakceptaci člověk prochází několika fázemi vyrovnávání se s postižením.

1.1. Ztráta zraku v pracovním procesu

Práce je nezbytnou součástí života pro každého člověka na světě a člověk se zrakovým postižením není výjimkou. Společnost už si uvědomila, že člověk se znevýhodněním by se jí neměl přizpůsobovat, nýbrž naopak. Práce je důležitá nejen pro zisk financí, které člověku pomohou se osamostatnit a řídit si svůj vlastní život samostatně, ale také jako náplň času, kdy práce rozděluje denní režim na pracovní čas a volný čas. Práce člověka plně integruje do společnosti čili je důležitým socializačním procesem a zbavuje znevýhodněného nálepky člověka žijícího jen ze sociálních dávek (Opatřilová & Procházková, 2011, s. 104-105).

Pro člověka se znevýhodněním je těžké se na trhu práce uplatnit anebo se udržet na získaném místě. Proto jsou v zákoně zakotvené určité podmínky, které k získání nebo udržení

si stávajícího pracovního místa mají napomocť. Jde například o zákon zakazující diskriminaci na pracovišti z důvodu znevýhodnění; zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon). Mezi další podpůrná opatření patří úlevy na daních či příspěvek na zaměstnávání člověka se zdravotním znevýhodněním (Opatřilová & Procházková, 2011, s. 106-107).

„V Rakousku bylo definováno pět překážek při vstupu na trh práce, mezi hlavní problémy se řadí nekvalifikovanost lidí s postižením, kdy nemají dostatečnou kvalifikaci. Na pracovišti i při přijímacím rozhovoru stále převažují předsudky vůči osobám se znevýhodněním. Dalšími překážkami jsou ochranná opatření v legislativě, které souvisí s nedostatečným množstvím informací a s tím i nedostatečný počet poradenských služeb (Opatřilová & Procházková, Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením, 2011, s. 108).

V dnešní době se přepokládá, že lidé se znevýhodněním nejsou dostatečně kvalifikováni, aniž by jejich dovednosti a kvalifikace byly ověřeny. Jsou tak často zaškátulkováni do tradičních povolání jako telefonista či ladič nástrojů. V dnešní době je mezi nevidomými velké procento lidí, kteří se věnují překladatelství. Toto smýšlení jde ruku v ruce s předsudky, že lidé při výkonu práce budou pomalí a nebudou zvládat zadávanou práci v termínu, protože nebudou schopni podat výkon jako člověk bez znevýhodnění.

Nedostatek informací v kombinaci s legislativou může způsobovat mylné situace, kdy se zaměstnavatel bojí, že v případě nutnosti nebude z právních důvodů zaměstnance propustit. Z tohoto ústí problém nedostatku poradenských služeb jak pro zaměstnavatele a podniky, tak pro osoby se znevýhodněním. Pro osobu se zrakovým postižením je důležité přesné seznámení s pracovištěm, především kolik osob se na pracovišti vyskytuje, jak je místnost velká či jaké je složení pracovního týmu. Pro takového zaměstnance je těžké navázat kontakt se svými spolupracovníky, protože málokdy ví, koho oslovuje (Opatřilová & Procházková, 2011, s. 109).

1.2 Ztráta zraku v rodinném životě

Péče o dítě či udržování partnerského vztahu je velmi nelehký úkol pro každého člověka, tím spíš, když má člověk ztíženou situaci. Spousta lidí si myslí, že nevidomí lidé by neměli mít děti, protože nebudou schopni se o ně postarat. Též si myslí, že děti zdědí onemocnění po svých rodičích. Nevidomí rodiče své rodičovství častěji plánují, a jestliže je jejich onemocnění dědičné, častěji děti adoptují či si rodičovství rozmyslí.

1.2.1 Péče o dítě

Pro rodiče i dítě je důležité, aby bylo s dítětem zacházeno s jistotou, oba se tak budou cítit bezpečněji a jistěji. S tímto krokem pomáhají nevidomému zdravotní sestry ve spolupráci s Tyfloservisem. Je potřeba, aby se klient naučil držet dítě pouze v jedné ruce, aby měl druhou ruku volnou (Schindlerová, 2007, s. 80-81).

Jsou 2 hlavní způsoby, jak nosit dítě: „Rodič má dítě opřené o vrchní část hrudi a předloktím mu podepírá záda. Hlavička dítěte spočívá na rameni a rodič ji podepírá dlaní. (Druhá, volná ruka může podepřít zadeček.) Dítě má rodič na předloktí své ruky tak, že předloktím podpírá jeho břicho a prsty ho přidrží za pokrčenou nohu (tu, která je odvrácena od těla rodiče). Hlava dítěte je v ohybu ruky rodiče položena na bok tak, aby oči dítěte směřovaly do prostoru. Pokud se tento způsob přenášení dítěte člověk se zrakovým postižením dobře naučí, může si v orientaci velmi efektivně pomáhat orientačními dotyky celého těla. Často pak postupuje stranou (ne čelem vpřed), kdy nohou či zadní stranou těla sleduje vodící linii, či dokonce couvá zúženými místy a chrání tak dítě celým tělem“ (Schindlerová, Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých 2007, s. 18-23).

Koupání dítěte nevidomý člověk provádí v plastové vaničce, která se umístí do teplé místnosti na podlahu. V okolí vaničky by se neměly nacházet žádné předměty, aby měl rodič spoustu místa na manipulaci. Vanička je uložena na zemi, aby si k ní rodič mohl kleknout a byl dostatečně stabilní. Do vaničky lze umístit protiskluzovou podložku a vyvýšené lehátko. Před uložením dítěte do vaničky je třeba vyzkoušet teplotu vody. Dítě se omývá žínkou nebo houbou a je nezbytné neztrácet s dítětem hmatový kontakt (Schindlerová, 2007, s. 82-83).

Krmení dítěte se zpočátku příliš neliší. Nejpohodlnější pro nevidomou maminku je kojení. Kdy kojit lze bez předchozí přípravy, přičemž matka je s dítětem ve stálém kontaktu. Krmení dítěte z lahve už je komplikovanější. Nevidomá maminka potřebuje více času na přípravu jídla. Pro jednodušší přípravu lze zakoupit lahve s hmatovým značením a širším hrdlem pro jednodušší plnění. Při přechodu na tuhou stravu je krmení dítěte komplikované. Dítě si při jídle hraje a brání se, proto sedí rodiči na klíně a zády se o něj opírá. Rodič nabere trochu potravy na lžičku a přiloží ji k ústům dítěte, a přitom druhou rukou přidrží bradu dítěte, aby měl přehled o jeho pohybech (Schindlerová, 2007, s. 84-85).

1.2.2 Partnerský a sexuální život

Při výběru životního partnera se nevidomý nemůže spoléhat na smysl, který hraje ve výběru velkou roli – zrak. Musí se spoléhat na své ostatní smysly. Nejdůležitější roli v sexuálním životě hraje hmat a v partnerském životě řeč, kdy nevidomý vnímá svého

partnera na základě prostředků modulace řeči, mezi něž patří: Barva hlasu, síla hlasu, tempo řeči, výška hlasu či pauza v řeči (Kracík, 1991, s. 24).

V takovýchto vztazích nevidomý nevybírá partnera podle předsudků, podobně jako v dokumentu *Slepé lásky*. Dokument demonstruje život párů, ve kterých jsou oba partneři nevidomý. V jednom z nich se dívka líbil Rom, na rozdíl od její rodiny, ale byla s ním ráda, protože nehleděla pouze na jeho fyzický aspekt, ale hleděla na jeho vlastnosti.

„U lidí se zrakovým postižením je podobně jako u tělesně postižených rozdíl v sexualitě mezi jedinci s vrozeným postižením a těmi, kteří ztratili zrak vlivem onemocnění či úrazem. V sexualitě jsou zrakově postižení velmi citliví, vnímají partnera sluchem, hmatem, chutí a čichem, tedy ostatními kompenzačně vyvinutými smysly. U jedinců se získanou vadou zraku probíhá, tak jako u jiných získaných postižení, adaptace na nový trvalý handicap. Toto období je často spojeno se ztrátou sexuální chuti a sexuální dysfunkce se vyskytují spíše v závislosti na nemoci, která ke ztrátě zraku vedla nejčastěji u diabetiků následkem diabetické retinopatie“ (Drábek, Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením 2013, s. 70).

Obtíže v partnerském životě jsou často způsobeny nonakceptací postižení jedním z partnerů. Dle Čálka lze za nonakceptaci zrakového postižení považovat „nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada zanechává“. Vedoucí úlohu zde má konec konců citová složka tohoto postoje, která bývá zabarvena odmítavostí a záporností. Ve spojitosti s jednostranným hodnocením životní situace zrakově těžce postiženého člověka brání pravdivému poznání jeho možností i omezení a tím pochopitelně brzdí také jejich uskutečnění a respektování ve prospěch postižené osoby samé i jejího okolí“ Čálek, Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince, s. 10).

Tato situace často ústí v neuznávání nevidomého jakožto dospělé osoby odpovědné za své chování v oblasti vlastní sexuality. Proto je velice důležité, aby se nevidomý člověk, obzvláště v období dospívání, kdy hledá vlastní identitu, naučil přijmout své zrakové postižení a dokázal se s ním vyrovnat. K dalším obtížím můžeme řadit neschopnost nevidomých doma vykonávat některé domácí práce, práci na zahradě či nemožnost řídit auto. Tyto problémy jsou nejen výsadou párů, kde jeden partner je nevidomý, ale i páru intaktních. Stejně tak jako u páru intaktních, tak i párů s nevidomým partnerem, záleží na domluvě mezi partnery a harmonii vztahu (Kracík, 1991, s. 25-26).

Sexuolog Petr Weiss ve své publikaci popisuje sexuální život lidí se získanou vadou takto: „U jedinců se získanou slepotou probíhá po ztrátě zraku adaptační proces na trvalý handicap. V tomto období přichází i fáze deprese, která je spojena se ztrátou sexuální chuti a sociální izolací. Pokud byl postižený premorbidně sociosexuálně zadaptovaný, po čase potřebném ke smíření se s handicapem znovu obnovuje svůj sexuální život“ (Weiss, Sexuologie 2010, s. 388). Dále Weiss doporučuje zvýšenou pozornost a prevenci v oblasti sexuálního života, ač si to sami nevidomý sami neuvědomují a nejsou častými návštěvníky sexuálních poraden.

2. Ztráta zraku

Zrak je nejcennější z našich smyslů, ač se za závažnější znevýhodnění považuje ztráta sluchu. Zrakem získáváme až 80 % všech informací kolem nás. V naší populaci se ovšem vyskytují určité skupiny lidí, které by se bez zraku neobešly, ať jde o lékaře, policisty, fotografy, ale i cestovatele, toužící poznat krásy našeho světa.

„Slepota je neschopnost vidět. Mezi hlavní příčiny chronické slepoty patří katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, diabetická retinopatie a oční stavy u dětí (například způsobené nedostatkem vitamínu A). Slepota související s věkem se zvyšuje po celém světě, stejně jako slepota způsobená nekontrolovaným diabetem. Na druhé straně, slepota způsobená infekcemi se snižuje v důsledku akce veřejného zdraví. Tři čtvrtiny veškeré slepoty lze předcházet nebo léčit“ (WHO, © 2007).

2.1. Diagnostika ztráty zraku

Většinu zrakových vad člověk odhalí sám, protože vychází se subjektivních obtíží. Při těchto obtížích navštěvuje svého obvodního lékaře, který provede základní vyšetření, mezi které patří vyšetření pomocí optotypu. Toto vyšetření je součástí screeningového zkoumání zrakové ostrosti. Tímto způsobem se odhalí převážně lehká postižení oka.

Vrozené zrakové vady odhalí již po narození lékař nebo rodina, jelikož dítě často reaguje na předměty neobvyklým chováním, a to zejména v psychomotorickém vývoji. Specializovaná diagnostika osob se zrakovým postižením se provádí ve třech diagnostických vyšetřeních: Oftalmologickém, psychologickém a speciálněpedagogickém (Slowík, 2007, s. 60-61).

2.2. Klasifikace ztráty zraku

Na vidění se kromě oka a nervů významnou měrou podílí i mozek, na kterém závisí zpracování očních vjemů. Rozlišujeme dva druhy vnímání: Centrální, jímž přijímáme informace o detailech a barvách, a vidění periferní, které vnímá prostor a pomáhá nám se v něm orientovat a pohybovat.

Jedince se zrakovým postižením můžeme definovat ze 3 hledisek:

- **„medicínské** – osoba má postižení zrakových funkcí trvajících i po medicínské léčbě, anebo po korigování standardní refrakční vady a má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potencionálně schopna užívat zrak na plánování a vlastní provádění činností.

- **psychologické** – zrakové postižení omezuje či ztěžuje u postiženého jedince schopnost přijímat vizuální informace, a tudíž zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince, a to v jeho psychickém i fyzickém vývoji. Důsledky porušených zrakových funkcí na projevy psychiky mohou být kvantitativního i kvalitativního charakteru a způsobují senzorickou deprivaci.
- **edukační** – za zrakově znevýhodněné dítě se považuje takové dítě, jehož školní výkonnost je zrakovým postižením při jeho maximální korekci negativně ovlivněna“ (Květoňová-Švecová, Oftalmopedie, s. 10).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se nemoci oka a očních adnex, neboli přídatných orgánů, označují kódy H00–H59.

Zrakové vady a poruchy lze klasifikovat z několika hledisek. Lze je dělit z etiologického hlediska, kdy se jedná o poruchy orgánové, jako jsou například vady sítnice či čočky, nebo funkční, mezi které řadíme poruchy binokulárního vidění. Podle doby vzniku je rozdělujeme na vady vrozené a získané. Jedná-li se o stupeň postižení, rozlišujeme, zdali se jedná o osoby slabozraké, se zbytky zraku či osoby nevidomé. Z hlediska postižení zrakových funkcí klasifikujeme poruchy barvocitu, akomodace, zrakové adaptace, okohybné aktivity, hloubkového (3D) vidění, snížení zrakové ostrosti a omezení zorného pole („Slowík, Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání, s.“).

„Podle stavu zrakové ostrosti navrhla Světová zdravotnická organizace následující kategorie zrakových postižení, které s určitými modifikacemi také respektuje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, jež posuzuje stupeň zrakového postižení u jednotlivých osob a přiřazuje invalidní důchod či mimořádné výhody postiženým občanům“ (Květoňová, Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání, s.18-19).

„Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí, kdy maximum poklesu zrakové ostrosti menší než 6/18 a minimum rovné nebo lepší než 6/60 se nazývá střední slabozrakost. Při silné slabozrakosti je maximum zrakové ostrosti menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší 3/60. Pro těžce slabý zrak je zraková ostrost definována pro maximum menší než 3/60 a minimum rovné nebo lepší než 1/60 a koncentrické zúžení zorného pole obou očí je pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů. Pro praktickou slepotu je typická zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena. Ztráta zraku zahrnující stavy od

naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí se klasifikuje jako praktická slepota“ (SONS, © 2002).

Ztráta zraku z pohledu zrakových funkcí

„U nevidomých jsou zrakové funkce natolik sníženy nebo úplně chybějí, že kontakt s okolím přebírají ostatní smysly, zejména sluch a hmat“ (Kuchynka, Oční lékařství. 2., přepracované a doplněné vydání, s. 866).

Achromatopsie je kongenitální neschopnost diskriminace barev, jedná se tedy o poruchu barvocitu. Dělí se na úplnou a částečnou achromatopsii, kdy při částečné je narušeno pouze vnímání modré barvy. Obě formy jsou doprovázeny přítomností nystagmu (Hartnett, 2004, s. 109).

Pro oční albinismus je typický nedostatečné množství melaninu. Největším problémem při očním albinismu je nadměrné oslnění. (Wright, Spiegel and Thompson, 2006, s. 249).

Aniridie se charakterizuje jako nedostatečné vyvinutí duhovky a jiných očních struktur jako je rohovka, čočka, optický nerv nebo sítnice. Aniridie je způsobena genovou mutací a ze 70 % je dědičná. Vyskytuje se od lehkých forem až po aplazii (Parekh, Poli, Ferrari, Teofili and Ponzin, 2015, s. 1-2).

Člověk je za nevidomého klasifikován, jestliže zraková ostrost lepšího oka při dobré korekci nepřesahuje 20/200, nebo zorné pole, i při zrakové ostrosti lepšího oka 20/20, je nižší než 20 stupňů. Výpadek zorného pole může způsobit výpadek periferního vidění a může mít za následek tunelovité vidění. Při výpadku centrálního vidění má člověk s postižením problémy s viděním předmětů centrální rovině (Sardegna, 2002, s. 29).

Při vrozené afakii se jedinec rodí s chybějící čočkou. Čočka může být také odoperována při kataraktě. Oko bez čočky se stává silně hypermetropické a má ztráty v mládí 30 dioptrií a v dospělosti asi 20 dioptrií. Bez čočky je oku zcela znemožněna akomodace. Postižené oko může být světloplaché a může mít za příčinu vznik dalších onemocnění. V České republice je tento stav operovatelný (Moravcová, 2004, s. 62-63).

2.3.Příčiny ztráty zraku

Pravděpodobnost ztráty zraku stoupá s věkem, ačkoliv ztratit zrak člověk může v jakémkoliv věku nebo při narození. Ztrátu zraku způsobují různé oční poruchy, (infekční onemocnění či traumata).

Celosvětově lze předejít více než 75 % případům slepoty. Mezi nejčastější příčiny ztráty zraku na světě patří glaukom a katarakta, což jsou ovšem operativně léčitelné nemoci, které způsobují slepotu hlavně z důvodu nedostupnosti lékařské péče, přičemž operativní léčba v rozvojové zemi nestojí více než 25 dolarů. Ve vyspělých státech především západní Evropy je nejčastější příčinou slepoty věkem podmíněná makulární degenerace (Rozsival, 2006, s. 2).

2.3.1 Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD)

Jak již samotný název napovídá, jde o postižení makuly (žluté skvrny), tedy místa s největší hustotou čípků na sítnici, kde je zároveň nejostřejší vidění. Onemocnění je problémem hlavně ve vyspělých zemích, jelikož se objevuje u lidí starších 60 let. Postupným dožíváním se vyššího věku bude toto onemocnění častější a představuje tak velkou zátěž pro stát, jelikož starost o nevidomé je finančně náročná. Hledají se proto způsoby, jak tomuto onemocnění předejít či oddálit následky (Kolář, 2008, úvod)

„Jedná se o onemocnění multifaktoriální. Kromě věku, který je „přirozenou“ příčinou, mají velký vliv další rizikové faktory. Jsou to: Kouření cigaret, nesprávná výživa, obezita a diabetes mellitus, hypertenze, oxidační stres a kardiovaskulární rizikové faktory, pohlaví, rasa a familiární dědičnost (častější výskyt u žen bílé rasy a rodin postižených VPMD), vliv genů, jejichž produkty se účastní procesu angiogeneze, tedy novotvorbu krevních kapilár“.

„Základními klinickými příznaky, kterými se onemocnění projevuje, jsou metamorfopsie (deformace vnímaného obrazu), centrální skotom (výpadek zorného pole) a pokles centrální zrakové ostrosti (zejména na blízko) (Kolář, Věkem podmíněná makulární degenerace, úvod).“

Věkem podmíněná makulární degenerace se dělí na dvě formy; suchou a vlhkou, přičemž suchá se považuje za méně závažnou z důvodu pozvolného nástupu. Nejdříve se u pacienta objevují drúzy, nahromaděný odpadový materiál v zrakovém nervu, poté změny na retinálním pigmentovém epitelu a důvodem, proč postižení touto nemocí přicházejí o zrak, je geografická atrofie, degradace sítnicových buněk. Druhá, vlhká forma, se vyskytuje méně, ale je invazivnější a pokud nedojde záhy k léčbě, pacienti přicházejí velmi rychle o zrak. „Základní charakteristikou vlhké formy VPMD je přítomnost choroideální neovaskulární membrány. Jedná se o patologický shluk cév cévnatky, který, pokud není jeho růst zastaven, vede k tvorbě disciformní jizvy, která představuje terminální stadium vlhké formy“ (Kolář, Věkem podmíněná makulární degenerace, úvod).

Pacient nejprve pociťuje zhoršené vidění při čtení a postupně je neschopný číst ani psát. Toto onemocnění postihuje pouze makulu, čímž nedochází k postihu periferního vidění a orientace a pohyb v prostoru jsou tak zachovány. V nejhorších případech se pacient při centrálním vizu zmůže pouze na počítání prstů.

Při diagnostice lékař provede základní oftalmologické vyšetření pomocí optotypů. Důležité je opět pracovat s pacientovou anamnézou. Dalším vyšetřením, které lékař provádí, jsou Amslerovy mřížky. „Jde o čtverečkovou síť s fixačním bodem uprostřed. Pacient se zaměří jedním okem na tento střed ze vzdálenosti 20–30 cm s vlastní korekcí na čtení. Známkou poškození centrální krajiny sítnice v rozsahu 20° je pokroucení linií či vypadávání některých čtverců. Detekuje deformace a skotomy v centrálním zorném poli.“ Mezi další vyšetření patří optická koherenční tomografie, indocyaninová angiografie či fluorescenční angiografie (Solen, Věkem podmíněná makulární degenerace, 210).

Léčba suché formy tohoto onemocnění doposud není možná, lze pouze zpomalit nebo zastavit postup onemocnění. „U vlhké formy je cílem destrukce nebo odstranění CNV (choroidální neovaskularizací). Terapie je omezena lokalizací a rozsahem CNV. Současnými dostupnými léčebnými metodami u vlhké formy VPMD jsou především anti-VEGF terapie a fotodynamická terapie (PDT), méně používaná přímá fotokoagulace extrafoveálně uložené léze termálním laserem, transpupilární termoterapie (TTT), různé techniky mikrochirurgické léčby, epimakulární brachyterapie beta radiací a lokální aplikace kortikosteroidů. Revoluci v léčbě vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace s CNV přineslo zavedení anti-VEGF přípravků (protilátek proti růstovým faktorům). Tyto látky inhibují VEGF, který je důležitý v růstu novotvořených cév“ (Solen, Věkem podmíněná makulární degenerace, 212).

Možnostmi, jak se snažit předejít tomuto onemocnění, je vyhýbat se kouření a žít zdravým životním stylem. Ve vyšším věku pravidelně chodit na oční prohlídky a při jakémkoliv subjektivním pocitu zhoršeného vidění navštívit očního lékaře. Nemoc ale nejdříve postihuje jedno oko, a tak je těžké tyto změny vnímat.

2.3.2 Diabetická retinopatie (DR)

Diabetická retinopatie patří mezi další nemoci, které způsobují slepotu, a to zejména u pacientů diagnostikovaných nemocí diabetes mellitus. Ohroženy jsou veškeré věkové skupiny a riziko oslepnutí u diabetiků se zvyšuje 10 – 20x. U nemocných diabetem mellitus jsou krátce po propuknutí znatelné změny na sítnici. Více než 4/5 pacientů s diabetem 1. typu se setkají s diabetickou retinopatií, přičemž hodnota u pacientů s diabetem 2. typu se

pohybuje kolem 3/5, ale pouhá 0,4 % pacientů se nakonec ocitne bez zraku (Rybka, 2007, s. 90).

„Při diabetes mellitus dochází v určitém stupni vývoje angiopatie k poškození anatomické stavby a funkce sítnicových kapilár. Jak v patogenezi, tak v dynamice progresu DR se uplatňují faktory genetické a metabolické. Zásadní roli hraje protrahovaná hyperglykemie, na přímý toxický účinek glukózy a protrahovanou hyperglykemií navazují další patologické metabolické cesty, které zapříčiňují poškození a destrukci pericytů, ztlustění bazální membrány, endotelu kapilár, změny osmotického nárůstu perfuzního tlaku, k výraznější exsudaci, zeslabení stěn kapilár a ke vzniku mikroaneuryzmat. Dochází k poškození integrity vnitřní hemoretinální bariéry a na sítnici se objevují bílkovinné a lipidové exsudáty. Dochází k uzávěru kapilár a vznikají okrsky sítnice bez perfuze“ (Rybka, Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy., s. 91).

Změny, které se objevují na duhovce a na sítnici, jsou zjistitelné na biomikroskopickém vyšetření na šterbinové lampě a oftalmoskopii. Pro zjištění stádia DR se používá stereoskopická fotografie a fluorescenční angiografie a stereografie slouží ke zjišťování mikroaneuryzmat.

Retinopatie se dělí na neproliferativní diabetickou retinopatii, a dále na počínající a pokročilou, a proliferativní diabetickou retinopatii. Pro počínající neproliferativní diabetickou retinopatii jsou typická mikroaneuryzmata, což jsou okrouhlé červené tečky. Dále se objevují neškodná tělíska, která se nazývají intraretinální hemoragie. Žlutá tělíska, která mohou poškodit zrakovou ostrost, se nazývají exsudáty. „Pokročilá retinopatie je charakterizována vatovými exsudáty, venózními abnormalitami, intraretinálními mikrovaskulárními abnormalitami a ischemií střední periferní sítnice. Proliferativní diabetická retinopatie je charakterizována neovaskularizací na sítnici“ (Rybka, Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy., s. 94).

Pro léčbu retinopatie je důležité zvládnutí kompenzace diabetu a přidružených faktorů. Jedním z mnohých řešení léčby je léčba medikamentózní, kdy existuje široká škála léků, které nepřinesly kýžené výsledky. V současnosti lékaři zkouší jiný druh léků, u kterých jsou vidět pozitivní výsledky. Druhou možností léčby je použití laseru. Zásah laserem se liší u obou typů diabetu, ale obecně lze říci, že laser retinopatii nevyлéčí, ale zabrání zhoršení vize a nemoc stabilizuje. „Pokročilá stadia DR lze řešit vitrektomií. Jde o mikrochirurgický výkon ve

sklivci a sítnici s možností endolaserové panretinální fotokoagulace. Principem operace je odstranění zkaleného sklivce, preparace a odstranění membrán na sítnici a její opětovné přiložení“ (Solen, Diabetická retinopatie, s.273).

Prevence závisí opět na navštěvování lékaře při pravidelných kontrolách u oftalmologa, které je pro diabetiky 1x ročně a pro diabetiky s retinopatií je frekvence jednou za čtvrt roku nebo 6 měsíců. Další důležitou složkou prevence je udržení glykémie na dlouhodobě stabilních číslech.

2.3.3 Glaukom

Glaukom, nazývaný zelený zákal, je název nikoliv pro zakalení oka, ale pro onemocnění očního nervu, ke kterému dojde z různých příčin. Propuknutí nemoci si pacient často nevšimne, zvláště když se nemoc může prvních pár let projevovat bez bolestivých symptomů. Prvních potíží, kterých si pacient může všimnout, jsou výpadky centrálního vidění, přesněji dojde k výpadkům zorného pole a později dojde i k výpadkům periferního vidění, což může způsobit velký problém při řízení automobilu (Orel, 2009, s. 91).

„Glaukom se dělí na primární, který nemá zjistitelnou příčinu, sekundární, způsobený očními vadami či traumaty, kongenitální, příčinou jsou vývojové poruchy oka, otevřený duhovko-rohovkový úhlem, když při vyšetření vidíme všechny jeho struktury, a glaukom s úzkým úhlem, kdy je vidět jen část úhlu.“ (Solen, Glaukóm – zelený zákal, s. 15).

Nejčastější formou glaukomu je glaukom s otevřeným úhlem, který se objevuje u starších lidí a jeho největší rizikovým faktorem je nitrooční tlak, který je také prvním subjektivním příznakem a první věc, která se objeví při oftalmologickém vyšetření, kde se k měření tlaku používají speciální tonometry. Když pacient nemá zvýšený nitrooční tlak, což se stává u velmi malého procenta pacientů, má ostatní příznaky glaukomu. Jedním z takových je exkavace, fyziologická prohlubenina na terči (Solen, 2009, s. 15).

2.3.4 Katarakta

Za častou příčinu zhoršení zraku u starší populace a nejčastější důvod ztráty zraku na světě často považujeme kataraktu, česky šedý zákal. „Projevuje se pomalou ztrátou nebo pocitem zamlženého vidění, které se postupně horší měsíce až roky.“ Zamlžené vidění se projevuje změnou struktur bílkovin, kdy se průhledná tkáň čočky začne zneprůhledňovat (Rozsival, oční lékařství, 386).

„Rozdělujeme 3 druhy katarakta, vrozenou, senilní a získanou katarakta. Vrozená katarakta je buď dědičná, nebo vzniká během embryonálního života jako komplikovaný zákal

při nitroočních zánětech, při poruchách vývoje, při intoxikacích a při infekčních chorobách matky během gravidity. Infantilní katarakta se rozvíjí v průběhu 1. roku života. Získané katarakty se dělí na senilní katarakta, kdy se šedý zákal projevuje po 50. roce života a u kterého nelze určit jinou příčinu. Traumatologická katarakta vzniká při perforujícím očním poranění, po kontuzi oka, vlivem ionizujícího záření, dlouhodobé působení infračerveného záření nebo při zasažení elektrickým výbojem. Komplikovaná katarakta jedná se o šedý zákal, který se vyskytuje jako komplikace celkové nebo oční choroby, případně je nežádoucím projevem jejich léčby. Toxická katarakta vzniká v souvislosti s některými průmyslovými otravami, při požití závadné stravy nebo při pokusech o sebevraždu, na podkladě působení dlouhodobě podávaných kortikosteroidů celkově i místně dochází rovněž ke vzniku katarakty“ (Přikrylová, Slezáková, Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy, 104).

„Mezi příčiny katarakta se řadí dědičnost, virové záněty matky, úrazy oka, ionizující záření, dlouhodobé působení léků a toxinů, věk, metabolické poruchy a chronická oční onemocnění“ (Přikrylová, Slezáková, Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy, 105).

Katarakta se může rozvíjet i několik měsíců a rozeznání příznaků proto není snadné. Prvním ukazatelem je pokles zrakové ostroty, kdy u některých lidí dojde ke krátkozrakosti a u někoho k dalekozrakosti. Mezi další příznaky patří šedé zbarvení zornice, které je u pokročilejšího onemocnění viditelné okem. Dalšími příznaky, které lze jmenovat, jsou například šeroslepost, poruchy vidění za jasného dne či pocity mlhy před očima (Přikrylová, Slezáková, 2014, 105).

Léčba se provádí pouze operativně. Šedému zákalu nelze předejít, ale můžeme jej oddálit, a to především kvalitní ochranou očí před UV zářením a stravou obsahující antioxidanty a vitamíny A, C a E.

3. Resilience

Každá osoba na světě je jedinečná, je jinak odolná vůči stresovým situacím a s problémy běžného života se vyrovnává jinak. Ovšem vyrovnat se se ztrátou našeho předního smyslu není už tak jednoduché, a proto existují poradny, které mají pomoci klientům se s novou životní situací vyrovnat, obeznámit se s riziky spojenými s nevidomostí a kompenzovat je. Ve vyrovnání se se situací osobám s postižením napomáhají resilientní zdroje.

Podle Greena in Šolcová lze resilienci u dospělých chápat jako „univerzální schopnost, která umožňuje osobě, skupině či společnosti předejít, minimalizovat či překonat poškozující dopad/důsledky nepřízní či protivenství“ (Šolcová, Vývoj resilience v dětství a dospělosti, s. 53)

3.1. Resilienci lze dělit na:

Resilience u dětí se hledala, jako u osob dospělých, v osobnostních rysech a schopnostech vypořádat se se stresem a nepřízní. Pozdější definice se shodovaly v procesu, ve kterém hrála velkou roli fluktuace času a faktory stojící mimo dítě. Hlavní roli u dětí hraje pozitivní adaptace. Jde o lepší adaptaci, než by se od dítěte čekalo i při znalosti všech negativních okolností. Resilience je diferenciována, což znamená, že překonání jedné nepříznivé situace automaticky neúští k překonání jiné (Šolcová, 2009, s. 11).

„*Resilience u dospělých* bývá definována jako univerzální schopnost, která umožňuje osobě, skupině či společnosti předejít, minimalizovat či překonat poškozující dopad/důsledky nepřízní či protivenství“. Za protivenství se nejčastěji považují stresující situace nejrůznějšího druhu (Šolcová, Vývoj resilience v dětství a dospělosti, s. 53).

U *resilience rodiny* jde především o sounáležitost rodiny a schopnosti čelit společně nepříznivým a stresujícím situacím, socio-ekonomického zázemí rodiny, adaptability a vzájemné podpory a schopnost rodiny vzájemné komunikace, empatie a společného prožívání emocí. Resilienci rodiny lze charakterizovat jako rovnováhu, udržení soudržnosti a funkce rodiny v zátěžových situacích a schopností rodinných příslušníků vzájemně se podporovat (Šolcová, 2009, s. 67-68).

Resilience skupiny je v literatuře zřídka popisována, ale obvykle je věnována skupinám, které společně plní náročné a stresující situace. Sledována je především odchylka mezi heterogenními a homogenními skupinami (Šolcová, 2009, s. 70-71).

Resilience komunity autoři připodobňují k resilienci osob, přičemž stejně jako u osob záleží na opoře či soudržnosti. Resilience u komunity se může dále vyvíjet a je možné se jí naučit (Šolcová, 2009, s. 73).

„Pojem *resilience kultury* se vyvinul z pojmu kontinuita kultury, kdy kultury, které poskytují mladým jedincům pocit kontinuity vlastní kultury zabraňují sebevražedným sklonům“ (Šolcová, Vývoj resilience v dětství a dospělosti, s. 74).

3.2. Mezi zdroje resilience patří

O zdrojích resilience můžeme uvažovat ve dvou základních rovinách. V první rovině můžeme popsat základní charakteristiky osobnosti, ale nejsou popisovány jako přímé zdroje resilience. Druhá simplexní rovina psychické odolnosti obsahuje jednu konkrétní, obsahově ohraničenou charakteristiku.

Temperament je z prvních vlastností osobnosti, které se podílejí na resilienci. Rothbartova teorie temperamentu zohledňuje existenci několik dimenzí temperamentu, které určují reaktivitu na podněty a jejich regulaci. Jedním z nich je *extraverze*, která zahrnuje úroveň aktivity nebo pozitivní emocionalitu jako je radost nebo zájem. Jedinci s častější pozitivní emocionalitou jsou méně častěji zasaženy negativními vlivy postižení. U *sociability* záleží, v jaké míře si jedinec užívá sociálního života a vyhledává interakce s ostatními lidmi. Čím více jedinec interaguje, tím více je chráněn před stresory. Třetí dimenzí je *adaptibilita* neboli přizpůsobení se prostředí a případným změnám, aniž by člověk byl rozrušený. Tyto dimenze umožňují jedinci hledat oporu i ve vnějším prostředí, konstruktivně se vyrovnat se stresující situací a získat oporu u lidí ve svém okolí.

Kognitivní faktory patří mezi další významné činitele v oblasti resilience. Práce s informacemi a strategiemi řešení problémů pomáhá jedincům nejen ve studiu, ale také pomáhá rozvíjet copingové strategie. U kognitivních faktorů také záleží na sebehodnocení, kdy si jedinec uvědomuje, jakými hodnotami pro druhé disponuje.

Mezi další činitele osobnostních rysů resilience patří **Big five**, mezi které můžeme zařadit otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, extraverci, přívětivost a neuroticismus. *Neuroticismus* negativně ovlivňuje postoj jedinců k resilientním zdrojům. Jedinci jsou více náchylní v selhávání při vyrovnávání se s náročnou životní situací. U neurotických jedinců není primárně zhoršená schopnost s vyrovnáním se s novou situací, ale projevuje se silnějším negativním emočním nastavením. Z výzkumu souvislosti resilience a dimenzí jako jsou extraverci, svědomitost či otevřenost vůči zkušenosti vyplývá, že k resilienci přispívá

otevřenost jedince vůči sociálnímu okolí či přijímání nových životních situací. Mezi další důležité resilientní zdroje patří vzdělání a učení se, jelikož se jedinec má možnost naučit různé copingové strategie a získat pocit vlastní hodnoty (Novotný, 2015, s. 21-28).

Míra *extroverze* určuje míru pohodlí ve vztahu k ostatním lidem. Extroverti mají sklony být družní, asertivní a sociální, naopak introverti bývají rezervovaní, stydliví a tiší.

Rozměr *přívětivosti* se vztahuje ke sklonu jednotlivých osob podvolit se ostatním lidem. Vysoce přívětiví lidé jsou kooperativní, vřelí a důvěřiví, kdežto lidé na stupnici přívětivosti s nízkým skóre jsou chladní, nepříjemní a odtažití.

Rozměr *svědomitosti* je měřítkem spolehlivosti. Vysoce svědomitý člověk je zodpovědný, organizovaný, spolehlivý a vytrvalý. Ti, kteří dosahují nízkého skóre, jsou roztržití, chaotičtí a nespolehliví.

Otevřenost vůči zkušenosti se zaměřuje na rozsah zájmů a fascinaci novými věcmi. Extrémně otevření lidé jsou kreativní, zvědaví a mají umělecké cítění. Ti, kteří jsou na druhé straně této kategorie, jsou konvenční a nacházejí uspokojení ve věcech a situacích, které znají (Robbins, 2004, s. 94).

Neméně důležitá je pro děti a dospívající školní resilience. Ve škole zažívá jedinec pocit vlastní kompetence, při němž jedinec pocítí úspěch a schopnost zvládnutí různých úkolů a vyrovnávání se s problémy. Škola umožňuje žákovi uniknout na chvíli z nežádoucího prostředí, čímž dítě zakusí stimulující prostředí a funkční vztahy. Mimoškolní aktivity podporují žáky ve studiu a nižší kriminalitě. Zkušenosti s prací pomáhají dospívajícím v získání sebedůvěry a úspěšného přechodu do dospělosti.

Jako poslední významná oblast resilience jsou stabilní sociální vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli. Jedna z teorií vyzdvihuje ústavní péči, díky možnosti navázání vztahů s více dospělými jedinci. Tyto děti jsou méně ohroženy selháváním vztahů s dospělými v budoucnosti, mezi nevýhody ale patří nižší schopnost navázání citové vazby. Velmi důležitý je vztah mezi sourozenci, protože se nejčastěji jedná o nejdelsší vztah v životě. Přátelé a kamarádi jsou významným zdrojem podpory a pomoci a dokáží si vytvořit podpůrné a dlouhotrvající přátelství.

V současné době mezi nejznámější simplexní teorie osobnosti patří *hardiness* (odolnost), „která odkazuje na soubor postojů ve vztahu k životu, orientovaných na vnímání smyslu, hodnoty a potencionálu růstu ve stresových situacích“. Základem teorie jsou 3 základní charakteristiky, které lidé využívají při setkání se stresovou situací. Mezi tyto

charakteristiky patří kontrola, což je schopnost ovlivňovat události, závazek, schopnost cítit se angažovaný, a výzva, což je vnímání změn jako pozitivních výzev. Mezi další koncepty patří *pocit kontroly*, *Ego-resiliency*, což je flexibilní adaptace na měnící se situace, *self-efficacy*, která vyjadřuje míru vnímané schopnosti zvládat problémy, a *sense of coherence*, u níž se jedná o společenskou a vnitřní soudržnost (Novotný, 2015, s. 21-28).

3.3. Jak se resilience zjišťuje

Existuje několik druhů dotazníků, které se věnují zjišťování přítomnosti zdrojů resilience. Mezi nejkratší z dotazníků, obsahující pouhých šest otázek, patří **Brief Resilience Scale** (BRS). Tento test posuzuje resilienci jako schopnost „odrazit se zpět“ nebo se zotavit ze stresu. BRS není věkově omezený (Kumar, 2017, s. 441). Tato škála byla vytvořena jako rychlý a jednoduchý nástroj k rozlišení toho, je-li možné spolehlivě posoudit „odražení se zpět od stresu“ a zda se jedná o zdroje resilience a zda souvisí s důležitými zdravotními výsledky. Cílem týmu, který na škále pracoval, bylo použít co nejmenší množství položek a stále zachovat důvěryhodnou škálu a jednotný koncept. Brief resilience scale byla testovaná na 4 různých vzorcích. První vzorek se skládal ze 128 vysokoškolsky vzdělaných lidí, druhý vzorek byl obdobný, ale studentů byla polovina. Třetí vzorek čítal 112 pacientů se srdeční rehabilitací a poslední vzorek tvořilo 50 žen s fibromyalgií či bez onemocnění. Otázky 1, 3 a 5 jsou kladně formulovány, kdežto otázky 2, 4 a 6 jsou negativně formulovány. BRS je vyhodnocována pomocí reverzního kódování otázek 2, 4 a 6 a nalezením průměru ze šesti položek. Měřítka: 1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = neutrální, 4 = souhlasím, 5 = velmi souhlasím (Bruce, 2008, s. 194-196)

Položka		Vzorek 1	Vzorek 2	Vzorek 3	Vzorek 4
1.	Mám tendenci „odrazit se rychle zpět“ po těžkých časech	.77	.79	.70	.89
2.	Je pro mě těžké zvládat stresové situace	.73	.78	.68	.91
3.	Netrvá mi dlouho zotavit se ze stresujících událostí	.78	.78	.71	.71
4.	Je těžké, abych se vrátil, když se stane něco špatného	.85	.90	.70	.85
5.	Obvykle procházím těžkými časy s malými potížemi	.69	.69	.71	.68
6.	Trvá mi dlouho, než se dostanu přes překážky v mém životě	.84	.81	.67	.68
BRS score		3.53 (0,68)	3.57 (0.76)	3.98 (0,68)	3,61 (0.85)

Tabulka č. 1 Brief resilience scale (Bruce, 2008, s. 196,197)

BRS SCORE	INTERPRETACE
1.00-2.99	Nízká resilience
3.00-4.30	Běžná resilience
4.31-5.00	Vysoká resilience

Tabulka č. 2 Brief resilience scale skóre (Psytoolkit, ©2018)

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) předpokládá, že odolnost může být měřena jako ohrožení osobnostních rysů, názorů na sebe, vnímání podpory od ostatních a reakce na zvládání stresu. Kromě úplné heterogenity tohoto konkrétního měření, které vyvolává otázku toho, co hodnotí, je širší otázka, co znamená posílit odolnost jako rys. V souvislosti s touto otázkou stojí za zmínku, že ego resilience scale (viz níže) měří "motivační kontrolu a vynalézavou adaptaci jako realisticky trvající, strukturální aspekty osobnosti." Jinými slovy, měřítko resocialismu ego resilience scale je výslovně určeno k měření osobnostního konstruktů, zatímco CD-RISC podle názoru autorů obklopuje koncepční odlišnost mezi vlastností osobnosti, která může podporovat odolnost, a rozvíjející se adaptivní reakcí na nepříznivost, která představuje odolnost (Reich, 2010, s. 259). CD-RISC se skládá z 25 položek obodovaných pětibodovou škálou. Škála není věkově omezena a obsahuje 5 faktorů osobních kompetencí, jako je vysoký standard a houževnatost, důvěra ve své smysly a tolerance negativního vlivu, pozitivní akceptace změny a bezpečné vztahy,

kontrola a duchovní vliv. Měřítko: 1 = zcela nesouhlasím, 2 = spíše nesouhlasím, 3 = někdy souhlasím, někdy nesouhlasím, 4 = spíše souhlasím, 5 = zcela souhlasím Ačkoliv stupnice obsahuje 5 faktorů, nezmiňuje se o důležitých zdrojích resilience, kterými jsou rodina a vnější zdroje (Kumar, 2017, s. 441).

1.	Jsem schopný přizpůsobit se změnám	14.	I když jsem pod tlakem, soustředím se a myslím jasně
2.	Mám blízké a pevné vztahy	15.	Při řešení problému preferuji vedoucí roli
3.	Někdy může pomoci osud nebo Bůh	16.	Nenechám se jen tak odradit neúspěchem
4.	Poradím si se vším, co přijde	17.	Považuji se za silného člověka
5.	Předchozí úspěchy poskytují sebedůvěru pro nové výzvy	18.	Dokážu udělat nepopulární nebo nepříjemné rozhodnutí
6.	Dívám se na věci s humorem	19.	Umím si poradit s nepříjemnými pocity
7.	Vyrovnat se se stresem člověka posiluje	20.	Jednám na základě intuice
8.	Po nemoci nebo obtížích jsem schopný se vzpamatovat	21.	Mám silný pocit, že to, co dělám, má smysl
9.	Věci se nedějí bez důvodu	22.	Mám svůj život pod kontrolou
10.	Snažím se, jak nejvíc můžu, nezávisle na tom, o co jde	23.	Mám rád výzvy
11.	Člověk může dosáhnout svých cílů	24.	Pracuji, abych dosáhl svých cílů
12.	I když věci vypadají beznadějně, nevzdávám se	25.	Jsem hrdý na to, co jsem dokázal
13.	Vím, kam se mohu obrátit o pomoc		

Tabulka č. 3 Connor-Davidson resilience scale (Švarcová, 2015, s. 118)

Opakem je škála vyvinuta **Wagnildem and Youngem**, která jako ostatní škály je koncipovaná tak, aby měřila schopnost osob vyrovnat se se změnami a nepřízní osudu. Byla vyvinuta z kvalitativních rozhovorů s lidmi, kteří úspěšně reagovali na neštěstí, znovu získali rovnováhu a pokračovali dál v životě. Je nutné poznamenat, že být resilientní neznamená se „odrazit zpět“ po prožití náročné životní situace a vrátit se do bytí před onou situací, ale naopak, význam resilience tkví v obnovení rovnováhy, tedy že už se jednou člověk naučil vyrovnat se s nevyhnutelnými obtížemi. Více než 2 dekády výzkumu objevily, že resilience je

ochranný faktor před depresemi, úzkostí, strachem, bezmocností a negativními emocemi (Simmons, Lehmann, 2013, s. 243). Škála obsahuje 25 otázek týkajících se pouze osobní kompetence a akceptace sebe a života, obodovaných 1–7 bodů. Tato škála je nevyhovující z důvodu obsahu výhradně individuálních aspektů (Kumar, 2017, s. 441). Škála se zaměřuje na *vyrovnanost*, která zahrnuje udržení vyváženého pohledu na život, *vytrvalost*, což znamená pokračování v úsilí a vyrovnání se i přes nepříznivé události, *soběstačnost*, zahrnující víru ve své schopnosti, *existenciální osamělost* a její odhalení své vlastní jedinečnosti a *duchovnost*, což je víra v kontinuitu sebe sama v průběhu času (Resnick, 2011, s. 2).

1.	Když plánuji, dotahuji věci do konce	14.	Mám sebedisciplínu
2.	Většinou to zvládám, ať už tak nebo tak	15.	Dokážu si udržet zájem o věci
3.	Jsem schopen záviset na sobě víc než kdokoliv jiný.	16.	Obvykle najdu něco, čemu se smát
4.	Dlouhodobý zájem o věci je pro mě důležitý	17.	Moje víra v sebe sama mě dostane přes těžké časy
5.	Můžu být sám, pokud budu muset	18.	V případě nouze se na mě lidé mohou obecně spolehnout
6.	Jsem hrdý, že jsem dokázal nějaké věci v životě	19.	Na situaci se dokážu podívat z několika různých směrů
7.	Zvládám věci za pochodu	20.	-----
8.	Jsem sám sobě přítelem	21.	Můj život má smysl
9.	Cítím, že zvládnou více věcí najednou	22.	-----
10.	Jsem odhodlaný	23.	Když jsem v těžké situaci, můžu obvykle najít cestu ven
11.	-----	24.	Mám spoustu energie abych udělal to, co mám
12.	Zvládám více věcí v jeden den	25.	Je v pořádku, že jsou lidé, kteří mě nemají rádi
13.	Mohu se dostat přes těžká období, protože jsem je zažil předtím		

Tabulka č. 4 Wagnild and Young's Resilience Scale (Oladipo, 2015, s. 61). Škála je v neúplném znění, jelikož plné znění není bezplatné.

Nejaktuálnější a v poslední době nejrozšířenější škálou je **Resilience Scale for Adults** (RSA). Obsahuje 37 položek, ačkoliv jiné zdroje píšou o 45 a dokonce jsem našel dotazník o 43 otázkách. Škála obsahuje otázky o sobě samém, přičemž každé otázce je přidělena pětibodová stupnice, která měří ochranné zdroje, které podporují resilienci dospělých. Škála se v roce 2003 zabývala personální kompetencí, sociální kompetencí, sociální podporou, rodinnou soudržností a osobní strukturou. Následně, v roce 2006, byla personální kompetence rozdělena do dvou oddělených kategorií, kterými jsou vnímání sebe sama a plánování budoucnosti a ostatní kategorie se nově nazývají sociální kompetence, strukturovaný styl, rodinná soudržnost a sociální zdroje. Obsahem ostatních faktorů jsou *vnímání sebe sama* – měří důvěru v jeho schopnosti a úsudek, vlastní účinnost a realistické očekávání; *plánování budoucnosti* – měří schopnost být cílevědomý, schopnost mít pozitivní výhled do budoucnosti a plánování dopředu; *sociální kompetence* – měří extraverci, sociální adaptaci, veselou náladu, schopnost podněcovat aktivity a pozitivní využití humoru, dobré komunikační schopnosti a pružnost ve společenských záležitostech; *strukturovaný styl* – měří schopnost zachovávat každodenní rutiny, plánovat a organizovat; *rodinná soudržnost* – měří rodinné konflikty či hodnoty, podporu spolupráce, věrnost a stabilitu; *sociální zdroje* – měří dostupnost externí podpory od přátel, příbuzných a mimo rodinu, intimitu a schopnost jednotlivce poskytovat podporu. RSA zahrnuje všechny 3 důležité kategorie jmenované v literatuře, jako jsou predispoziční atributy, rodinná soudržnost a externí podpůrné systémy, což má za následek zjišťování zdrojů resilience ve všech kategoriích (Boyle, 2015, s. 298; Kumar, 2017, s. 441). RSA je platné a spolehlivé opatření ve zdravotnictví a klinické psychologii s cílem posoudit přítomnost ochranných faktorů důležitých pro obnovení a udržování duševního zdraví (Lavretsky, 2004, s. 168).

OSOBNÍ KOMPETENCE		SOCIÁLNÍ KOMPETENCE	
1.	Věřím ve své schopnosti	1.	Dobře se seznamuji s novými lidmi
2.	Věřit v sebe mi pomáhá překonat těžké časy	2.	Snadno zakládám nová přátelství
3.	Vím, že uspěji, když se budu snažit	3.	Je pro mě snadné přemýšlet o dobrých konverzačních tématech
4.	Vím, jak dosáhnout svých cílů	4.	Snadno se přizpůsobuji novému sociálnímu prostředí
5.	Bez ohledu na to, co se děje, vždycky najdu řešení	5.	Snadno rozesměji ostatní lidi

6.	Cítím se příjemně s ostatními osobami	6.	Mám rád společnost ostatních lidí
7.	Moje budoucnost vypadá slibně	7.	Vím, jak začít konverzaci
8.	Vím, že si můžu vyřešit své osobní problémy	8.	Snadno se rozesměji
9.	Jsem spokojený se sebou	9.	Je důležité, abych byl v sociálních podmínkách flexibilní
10.	Mám realistické plánu do budoucnosti	10.	Mám dobré vztahy s muži i ženami
11.	Věřím svým úsudkům a rozhodnutím	SOCIÁLNÍ PODPORA	
12.	V těžkých časech vím, že dobré zase přijdou	1.	Mám nějaké blízké přátele / členy rodiny, kterým na mě opravdu záleží
RODINNÁ SOUDRŽNOST		2.	Mám pár přátel / členů rodiny, kteří mě podporují
1.	V mé rodiny jsou pevné vztahy	3.	Vždy mám někoho, kdo mi pomůže, když je potřeba
2.	Mám rád společnost mé rodiny	4.	Mám nějaké blízké přátele/členy rodiny, kteří mě povzbuzují
3.	V naší rodině jsem všichni k sobě loajální	5.	Jsem rychle upozorněn, pokud se někteří členové rodiny dostanou do krize
4.	Rádi hledáme společné aktivity v rodině	6.	Dokážu diskutovat o osobních záležitostech s přáteli/rodinnými příslušníky
5.	Dokonce i v těžkých dobách má moje rodina pozitivní pohled na budoucnost	7.	Mám pár blízkých přátel/rodinných příslušníků kteří si cení mých schopností
6.	V mé rodině máme společné chápání toho, co je důležité v životě	8.	Pravidelně udržuji kontakt s rodinou
7.	V naší rodině jsou nové konflikty	9.	Mezi mými přáteli jsou silné vazby
OSOBNÍ KULTURA			
1.	Pravidla a pravidelné rutiny mi usnadňují každodenní život	4.	Pracuji nejlépe, když dosáhnu cíle
2.	Dodržuji své pravidelné rutiny i v těžkých obdobích	5.	Jsem nejlepší v organizování svého času

3.	Preferuji plánování svých událostí		
----	------------------------------------	--	--

Tabulka č. 5 Resilience scale for adults (Salisu, 2017, s. 27)

Ego-Resilience scale (ERS) je škála, která byla koncipovaná pro měření toho, jak se člověk efektivně adaptuje na jeho stále se měnící bytí ve stále se měnícím světě. Autoři uznávají, že lidé se liší v jejich vynalézavosti a přizpůsobivosti v průběhu svého života. Výzkum zjistil, že osoby, které uvádějí vysokou úroveň odolnosti, mají vyšší pravděpodobnost pozitivního vlivu, vyšší míru sebedůvěry a lépe se psychologicky přizpůsobí než osoby s nízkou úrovní odolnosti (Simmons, Lehmann, 2013, s. 237). Škála se zaměřuje pouze na jednu oblast stability osobnosti, na kterou se dotazuje 14 otázkami. K hodnocení používá 4 bodovou stupnici, přičemž 1 = vůbec neplatí, 2 = platí velmi málo, pokud vůbec, 3 = poněkud platí a 4 = platí velmi silně. Tato stupnice hodnotí schopnost jednotlivce demonstrovat kontrolu z hlediska impulzů a inhibitorů v reakci na požadavky prostředí, ve kterém žije, aby byla zajištěna nebo argumentována rovnováha ega (Wykle, Hall, 2011, s. 569).

1.	K přátelům jsem štědrý	8.	Jsem zvědavější než většina lidí
2.	Rychle se dostanu přes to, že mě někdo vystraší	9.	Většina lidí, které potkám jsou sympatičtí
3.	Rád se vypořádávám s novými a neobvyklými situacemi	10.	Nejdříve si něco promyslím, a pak jednám
4.	Obvykle se mi podaří na lidi udělat dobrý dojem	11.	Rád zkouším nové a různé věci
5.	Rád ochutnávám nová jídla, která jsem ještě neochutnal	12.	Můj každodenní život je plný věcí, které mě zajímají a udivují
6.	Jsem považován za energickou osobu	13.	Popsal bych se jako „silná“ osobnost
7.	Rád se vydávám různými cestami na známá místa	14.	Přestanu se na někoho vztekat velmi rychle

Tabulka č. 6 Ego resilience scale (Cuyahogacounty.cz, © 1996)

SKÓRE	47-56	35-46	23-34	11-22	0-10
LEVEL RESILIENCE	Velmi vysoká úroveň resilience	Vysoká úroveň resilience	Průměrná úroveň resilience	Nízká úroveň resilience	Velmi nízká úroveň resilience

Tabulka č. 7 Ego resilience scale score (Cuyahogacounty.cz, © 1996)

Predictive 6-Factor Resilience Scale (PR6) byla vyvinuta na neurobiologických základech resilience a teoretického vztahu s hygienickými zdravotní faktory. PR6 měří odolnost jako funkci šesti domén, které se týkají několika vzájemně propojených konceptů. Koncepty se rozumí *vidina* – vnímání vlastní účinnosti a stanovování si cílů; *rozvaha* – regulace emocí a schopnost identifikovat, pochopit a jednat na interních výzvách a fyzických signálech; *houževnatost* – odolnost a vytrvalost, vyšší kognitivní vlastnosti; *uvažování* – jako je řešení problémů, vynalézavost a prosperita; *spolupráce* – psychosociální interakce, jako je bezpečná vazba, podpůrné sítě a zdraví (Positive psychology program, ©2018).

4. Cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce je analýza a interpretace škál týkající se resilientních zdrojů, což je demonstrováno v kapitole číslo 3.3 a analýza dokumentu používající škálu Ego resilience scale. Škála obsahuje 14 položek, ke kterým zpovídaný subjekt přiřazuje možnosti 1 = vůbec neplatí, 2 = platí velmi málo, pokud vůbec, 3 = poněkud platí a 4 = platí velmi silně. Následně se sečtou body ze všech položek. Maximální bodová hodnota je 56 bodů. Škála zkoumá, jak se člověk efektivně adaptuje na jejich stále se měnící bytí ve stále se měnícím světě. Dalším cílem je propojit poznatky ze získané studie se studií věnující se tématu důvěřivosti lidí se zrakovým postižením k lidem ve svém okolí, kdy tato škála používá škálu od Yamagishiho (1988) a lze ji rozdělit na dvě části, z nichž každou reprezentuje tvrzení: lidé jsou vykořisťovatelé a důvěřování lidem je riskantní a lidé jsou nečestní.

Studie č.1

Resilience a psychologická pohoda u lidí s vrozenou nevidomostí, lidí později osleplých a lidí slabozrakých

(Aslam, N., Resilience and psychological well-being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. 2013)

Výzkum se za použití Ego resilience scale a Well-being affectomete-2 scale snaží zjistit, při jaké kombinaci faktorů je člověk nejodolnějším jedincem čili má vyšší bodovou hodnotu na stupnici Ego resilience scale a stejně tak, která skupina oplývá větší psychickou pohodou. Studie byla realizována v Pákistánu a navazuje na poznání z předchozích studií a snaží se verifikovat studie, ze kterých čerpá.

Cíle:

Současný výzkum se zaměřuje na zkoumání fenoménu resilience a psychické pohody u lidí s vrozenou nevidomostí, později osleplých a slabozrakých. Kromě toho vysvětluje vliv jiných proměnných, jakými jsou věk, pohlaví, vzdělání, sociálně-ekonomický status a zaměstnanost na resilienci a psychickou pohodu.

Hypotézy:

1. Lidé s kongenitální slepotou mají odolnější oproti později osleplým a slabozrakým. – tato hypotéza byla potvrzena.
2. Slabozrací mají vyšší skóre v oblasti psychické pohody ve srovnání s kongenitálně nevidomými a později osleplými. – tato hypotéza byla potvrzena.
3. Muži mají vyšší skóre resilience a psychické pohody ve srovnání se ženami. – tato hypotéza byla potvrzena.
4. Dospělí mají vyšší skóre resilience a psychické pohody ve srovnání s dospívajícími. – tato hypotéza byla potvrzena.
5. Vzdělaní a zaměstnaní jednotlivci mají vyšší skóre resilience a psychické pohody ve srovnání s nevzdělanými a nezaměstnanými osobami. – tato hypotéza byla potvrzena.
6. Jednotlivci, kteří patří do střední socioekonomické třídy, jsou odolnější, zatímco osoby s vyšším socioekonomickým postavením mají větší psychickou pohodu. – tato hypotéza byla potvrzena.

Metodologie:

Ego resilience scale – viz. strana 33-34

Well-being affectomete-2 scale – skládá se z 39 položek rozdělených do 2 částí rozdělených v polovině na 19 a 20 tvrzení. Škála je ohodnocena 5 bodovou stupnicí, čímž je rozsah skóre od 39 do 195.

Vzorek:

Vzorek studie sestával ze 150 jedinců včetně kongenitálně nevidomých (n = 50, 33,39%), později osleplých (n = 50, 33,39%) a slabozrakých (n = 50, 33,39%). Výzkumu se zúčastnili muži (n = 120, 80%) a ženy (n = 30, 20%) z Pákistánu. Z hlediska vzdělání byla ve vzorku (n = 129, 86%) vzdělaných a (n = 21, 14%) nevzdělaných, přičemž za nevzdělaný se považovali lidé bez středoškolského vzdělání. Věkové rozložení respondentů bylo mezi 18-30 lety, přičemž vzorek 18-23 let obsahoval (n = 122, 81%) dopívajících, 24-30 let obsahoval (n = 38, 19%) dospělých. Zaměstnaných respondentů bylo (n = 24, 16%) a nezaměstnaných (n = 126, 84%). Dle sociálního postavení odpovídali respondenti ze 3 socioekonomických tříd, přičemž z vyšší socioekonomické třídy bylo (n = 15, 10%) respondentů, střední socioekonomické třídy (n = 90, 60%) a nižší socioekonomické třídy (n = 45, 30%).

Výsledky:

Variables	Congenitally Blind (n = 50)		Late Blind (n = 50)		Sighted Individuals (n = 50)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Ego Resiliency	23.47	1.664	19.21	2.320	21.13	2.321
Well Being	14.78	2.619	13.93	2.584	14.87	3.722

M = průměr, SD = směrodatná odchylka

Tabulka č. 8 výsledky pro skupiny kongenitálně nevidomých, později osleplých a slabozrakých (Aslam, 2013, s. 4)

Z tabulky číslo 8 vyplývá, že podle Ego resilience scale lidé s kongenitální slepotou jsou ze všech tří skupin nejodolnější (nejvyšší míra resilience), následují slabozrací jedinci a nejnižší míru resilience prokázala skupina lidí později osleplých. Skupina slabozrakých

prokázala nejvyšší psychickou pohodu společně s lidmi s kongenitální slepotou, kdežto skupina lidí později osleplých se prokázala jako skupina s nejnižší mírou psychické pohody.

Scales		Variable	N	M	SD
a.	Ego Resiliency	Male	120	20.46	2.256
		Female	30	19.43	2.482
b.	Well Being	Male	120	19.10	3.064
		Female	30	18.04	2.042
c.	Ego Resiliency	Educated	129	20.34	2.315
		Uneducated	21	19.53	2.091
d.	Well Being	Educated	129	18.34	3.087
		Uneducated	21	17.14	2.511
e.	Ego Resiliency	Adolescence	112	18.34	3.089
		Adulthood	38	17.14	2.531
f.	Well Being	Adolescence	112	18.54	3.501
		Adulthood	38	17.26	3.081
g.	Ego Resiliency	Employed	24	19.51	4.211
		Unemployed	126	17.81	3.452
h.	Well Being	Employed	24	18.23	3.332
		Unemployed	126	17.39	3.237

Tabulka č. 9 výsledky pro skupiny mužů, žen, vzdělaných, nevzdělaných, dospělých, adolescentů, zaměstnaných a nezaměstnaných (Aslam, 2013, s. 5)

Z tabulky číslo 9 vyplývá, že muži prokázali jak vyšší míru resilience, tak i psychické odolnosti než ženy, stejně tak jako skupina vzdělaných prokázala jak vyšší míru resilience, tak i psychické odolnosti než skupina nevzdělaných. V obou kategoriích vyšších výsledků dosáhla skupina dospělých nad adolescenty a zaměstnaní nad nezaměstnanými.

Scales	High SES (n = 15)		Middle SES (n = 90)		Lower SES (n = 45)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Ego Resiliency	19.21	2.449	21.73	2.189	20.18	2.320
Well Being	13.64	4.191	12.98	4.025	10.52	3.128

Tabulka č. 10 výsledky pro vyšší, střední a nižší třídu (Aslam, 2013, s. 5)

Data z tabulky číslo 10 ukazují, že nejodolnější jsou lidé ze střední třídy, po nich následují lidé z nižší třídy a jako nejméně odolné se ukázali lidé z vyšší třídy, kteří ovšem dosáhli v průzkumu psychického pohodlí nejvyšších čísel, následovaný střední třídou a nižší třídou.

Z tabulek vyplývá, že nejdolnějším jedincem je dospělý zaměstnaný vzdělaný muž s kongenitální slepotou, který patří do střední třídy. Za člověka, který žije v největší psychické pohodě, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž, který je slabozraký a žije ve vyšší třídě.

Studie č.2

Ovlivňuje slepota důvěru? Srovnávací studie o sociální důvěře mezi nevidomými a slabozrakými.

(Oleszkiewicz, A.; Pisanski, K.; Sorokowska, A. Does blindness influence trust? A comparative study on social trust among blind and sighted adults, 2017)

Studie, která probíhala na území Polska, se zabývá důvěrou nevidomých a slabozrakých lidí k ostatním lidem, vzhledem k tomu, že částečná závislost nebo občasná výpomoc je pro lidi se zrakovým postižením od intaktní populace nevyhnutelná. Studie navazuje na předchozí zkoumání studie nevidomých kojenců, kteří sice byli schopni se zapojit do časně konverzace s matkou, ale bránili se sdílením názorů na vnější předměty. Ve školním věku ztrátu důvěry může způsobit časté odloučení dítěte se zrakovým postižením od rodiny. U lidí, kteří přišli o zrak po zachování zrakové zkušenosti dochází k pomalejšímu osvojování si dovedností se ztrátou spojených a u jedince se mohou rozvíjet deprese, což může vést k izolaci a následné nedůvěře k lidem v jeho okolí.

Vzorek:

Studie se zúčastnilo 124 zdravých mužů a žen v produktivním věku, přičemž 65 z nich bylo slabozrakých s věkovým průměrem 33,7 let; mužů bylo 25 a žen 40. Ve skupině s kongenitální slepotou bylo 32 jedinců, přičemž počet zastoupených mužů i žen byl stejný s věkovým průměrem 34,4 let. V poslední skupině čítající vzorek 27 poději osleplých bylo 17 žen a 10 mužů s věkovým průměrem 48,3 let. Všichni zúčastnění byli kontaktováni pomocí neziskových agentur a pocházeli ze všech koutů země.

Škála:

K měření důvěry byla použita škála důvěry od Yamagishi (1988), kde respondenti měli za úkol odpovídat na každou otázku 7 bodovou škálou, kdy 1 znamenala absolutně nesouhlasím a 7 korespondovala s absolutně souhlasím. Vyšší skóre naznačuje vyšší nedůvěru, kdežto nižší skóre značí větší důvěru.

Škála se může rozdělit na dvě části: první představuje víru, že lidé jsou vykořisťovatelé a důvěřování lidem je riskantní a druhá část reprezentuje víru, že lidé jsou nečestní.

Výsledek:

	People are exploitative		People are dishonest		General trust ^a	
	Female	Male	Female	Male	Female	Male
Sighted	4.5 (0.2)	4.5 (0.2)	3.4 (0.2)	3.4 (0.2)	4.3 (0.1)	4.4 (0.2)
Late blind	4.8 (0.2)	5.3 (0.2)	3.5 (0.2)	4.0 (0.2)	4.3 (0.2)	3.8 (0.2)
Congenitally blind	5.0 (0.3)	4.5 (0.3)	3.0 (0.3)	3.4 (0.3)	4.3 (0.2)	4.2 (0.2)

Tabulka č. 11 výsledky škály důvěry (Oleszkiewicz, A.; Pisanski, K.; Sorokowska, 2017, s.239)

Z tabulky vyplývá, že nejvíce cizím lidem důvěřují slabozrací jedinci bez rozdílu na pohlaví, naopak později osleplí muži jsou nejméně důvěřivý vůči cizím lidem. Ve skupině lidí s kongenitální slepotou jsou více důvěřivější ženy.

O tom, že lidé jsou nečestní jsou nejvíce přesvědčeni později osleplí muži, kdežto o čestnosti lidí jsou nejvíce přesvědčeny ženy s kongenitální slepotou. Skupina slabozrakých je mezi muži a ženami opět vyrovnaná, ale muži patří společně se skupinou mužů s kongenitální slepotou k těm, kteří věří v čest lidí.

V celkových výsledcích se ženy shodují ve všech 3 skupinách a dosahují téměř nejmenší nedůvěry, menší nedůvěru v lidi mají pouze muži ze skupiny slabozrakých. Největší důvěru v lidi mají muži, kteří přišli o zrak v průběhu života.

Diskuze

Ze studií, které proběhly v nedávné době a věnují se málo prozkoumanému tématu, vyplynulo několik zajímavých výsledků. Podle první studie a tabulky č. 8 která se zajímá o resilienci lidí se zrakovým postižením, je nejodolnějším jedincem člověk s kongenitální slepotou, což by mohlo být způsobeno tím, že tato skupina nevidomých se s tímto postižením narodila, nemá zrakové zkušenosti, a proto je se svoji životní situací většinou vyrovnaná. S touto teorií by koreloval výsledek lidí později osleplých, jejichž bodová hodnota je na seznamu o pětinu nižší. V souladu s tím jsou i výsledky dotazníku psychické pohody, u kterého lidé později osleplí dosáhli horšího výsledku, než zbývající 2 skupiny, které jsou na tom téměř shodně. U skupiny slabozrakých, která dosáhla o desetinu bodu lepšího výsledku, by příčinou mohlo být při vhodné korekci stále použitelný vizus a u skupiny lidí s kongenitální slepotou stejné podmínky jako u hodnocení odolnosti.

Z deváté tabulky vyplývá, že muži jsou odolnější a ve větší psychické pohodě než ženy, což mě osobně překvapilo, protože jsem si myslel, že ženy jsou psychicky odolnější, kdežto v každé škále získali o bod méně a jeví se tak jako psychicky labilnější. Z obou kategorií vzešla skupina vzdělaných jedinců lépe než skupina nevzdělaných lidí. Větší odolnost jedince vzdělaného může být způsobena snadnějším přístupem k informacím, větší informovaností a přirozenou zvědavostí spojenou s větší chutí dozvědět se o svém postižení více, z čehož by pramenil i život ve větší psychické pohodě, protože ze získaných informací a větší informovanosti mají přístup k dostupné péči a kompenzačním pomůckám, což ovšem neznamená, že tu samou péči a pomůcky nemůže mít i člověk ze skupiny nevzdělaných lidí. Vyšší odolnosti a psychické pohody také dosahují dospělí jedinci v porovnání s dospívajícími, což může být zapříčiněno již ukončeným tělesným a psychickým vývojem a možností vyrovnání se s handicapem v průběhu života, kdy rozdíl může být u skupiny lidí později osleplých, kteří se ale v dospělém věku mohou se ztrátou vyrovnat lépe než adolescenti. Zaměstnaní respondenti z průzkumu taktéž dosahovali v obou škálách lepších výsledků než skupina nezaměstnaných. Na škále psychické pohody je to pochopitelné, protože stálé pracovní místo dává pocit finančního zajištění, jistoty a pohody, stejně tak jako socializace, což má de facto vliv i na odolnost jedince.

Z tabulky číslo deset vyplývá, že v největší psychické pohodě žijí lidé ve vyšší třídě, což je podle všeho důsledkem velkého množství finančních prostředků k nákupu kvalitních a moderních kompenzačních pomůcek nebo dostupnější péče. Za nejodolnější jedince pak patří respondenti ze střední třídy. Může být trochu překvapující, že se nejedná o respondenty

z vyšší třídy, kteří ale můžou mít strach ze ztráty svého postavení a finančních prostředků. Skupina respondentů z nižší třídy výrazně zaostává ve škále psychické pohody, zřejmě ze strachu z ještě větší finanční ztráty pro rodinu.

Z poslední, jedenácté, tabulky vyplývá, že celkově nejvíce lidem věří později osleplí muži. Toto zjištění může být zapříčiněno právě zrakovou zkušeností a znalostí světa a chování lidí kolem sebe, stejně tak jako větší stabilitou mužů vycházející z předchozí studie. Lidem nejvíce nedůvěřují slabozrací muži, ale výsledky jsou téměř srovnatelné mimo již zmíněnou skupinu později osleplých mužů. Části, která tvrdí, že lidé jsou vykořisťovatelé a důvěrování lidem je riskantní, nejvíce věří později osleplí muži, a naopak s tvrzením nejvíce nesouhlasí skupina slabozrakých mužů a žen a skupina mužů s kongenitální slepotou. S tvrzením, že lidé jsou nečestní, nejvíce souhlasí opět později osleplí muži a nejméně ženy s kongenitální slepotou. Výsledky zbylých skupin jsou vyrovnané.

Z celkových výsledků lze vyčíst, že za odolného jedince se zrakovým postižením, který se dokáže přizpůsobit změnám v jeho životě nejlépe, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž s kongenitální slepotou, který patří do střední třídy a patří i k jedincům s vyšší důvěřivostí k lidem ve svém okolí. Za člověka, který žije v největší psychické pohodě, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž, který je slabozraký, žije ve vyšší třídě a je ovšem nejméně důvěřivý k lidem ve svém okolí.

Samozřejmě z těchto studií nelze vyvozovat jasná pravidla a je potřeba tuto oblast prozkoumat hlouběji, což nabízí otevřený prostor pro další výzkum.

Pro speciálně pedagogickou teorii a praxi bych doporučil realizovat hlubší výzkum s reprezentativním prvkem. Potvrzení, vyvrácení či jiná zjištění plynoucí z výzkumu by mohla více napomoci speciálním pedagogům, lékařům a jiným odborným pracovníkům spolupracujícím s lidmi se zrakovým postižením, najít vhodná řešení volby pracovních postupů a komunikačních stylů při práci s lidmi se zrakovým postižením.

Závěr

Cílem práce byla analýza a interpretace dotazníků zjišťující resilientní zdroje a demonstrace použití těchto škál a jim podobných. Pracoval jsem se dvěma studii, na kterých jsem demonstroval použití jednoho z dotazníků na resilientní péči a zároveň přinesl zajímavé poznání a srovnání toho, jak se které skupiny lidí se zrakovým postižením efektivně adaptují na jejich stále se měnící bytí ve stále se měnícím světě.

Druhá studie byla zaměřena na důvěru různých skupin lidí se zrakovým postižením k intaktní populaci. Obě tyto studie přinesly zajímavé poznání a jsou v tomto oboru ojedinělé.

První dvě kapitoly teoretické části vycházejí především z české literatury a věnují se důsledkům ztráty zraku z medicínského, psychosociálního a speciálně-pedagogického hlediska. Druhá část je podpořena převážně anglickými prameny, neboť otázka resilience není v české literatuře natolik popsána, natož v oblasti zrakového postižení.

Z celkových výsledků lze vyčíst, že za odolného jedince se zrakovým postižením, který se dokáže přizpůsobit změnám v jeho životě nejlépe, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž s kongenitální slepotou, který patří do střední třídy a patří i k jedincům s vyšší důvěřivostí k lidem ve svém okolí. Za člověka, který žije v největší psychické pohodě, je považován dospělý zaměstnaný vzdělaný muž, který je slabozraký, žije ve vyšší třídě, ale je nejméně důvěřivý k lidem ve svém okolí.

Pro speciálně pedagogickou teorii a praxi bych doporučil realizovat hlubší výzkum s reprezentativním prvkem. Potvrzení, vyvrácení či jiná zjištění plynoucí z výzkumu by mohla více napomoci speciálním pedagogům, lékařům a jiným odborným pracovníkům spolupracujícím s lidmi se zrakovým postižením, najít vhodná řešení volby pracovních postupů a komunikačních stylů při práci s lidmi se zrakovým postižením.

Tato práce odhalila nedostatečné prozkoumání této oblasti především v české literatuře a nedostatek provedených studií s lidmi se zrakovým postižením napříč speciální pedagogikou, může tedy sloužit jako inspirace lidem, kteří by se dále chtěli věnovat resilientním zdrojům a provést další šetření na scéně české speciální pedagogiky.

Seznam použitých online informačních zdrojů

ASLAM, N. Resilience and psychological well-being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. *Journal of Educational Research and Studies* [Online] 2013, *Vol. 1 (1): February*, 1-7.

https://www.researchgate.net/publication/235779674_Resilience_and_psychological_well-being_among_congenitallyblind_late_blind_and_sighted_individuals (accessed March 06, 2018).

Cuyahogacounty.cz [online]. The Ego Resilience Scale. © 1996 [03.02.2018] Dostupné z: http://ja.cuyahogacounty.us/pdf_ja/en-us/defendingchildhood/drcharlesfigley-scoring-scalesheets.pdf

How To Measure Resilience: 8 Scales For Youth & Adults at Work (+ PDF). 2017 [online] © 2018 Positive Psychology Program – Your One-Stop PP Resource! [cit. 06.03.2018]. Dostupné z: <https://positivepsychologyprogram.com/3-resilience-scales/>

OLADIPO, S. E.; IDEMUNIA, E. S. Reliability and Validity Testing of Wagnild and Young's Resilience Scale in a Sample of Nigerian Youth. *J Psychology*, [Online] 2015, 6, 57-65. [http://krepublishers.com/02-Journals/JP/JP-06-0-000-15-Web/JP-06-1-000-15-Abst-PDF/JP-06-1-057-15-137-Oladipo-S-E/JP-06-1-057-15-137-Oladipo-S-E-Tx \[7\].pdf](http://krepublishers.com/02-Journals/JP/JP-06-0-000-15-Web/JP-06-1-000-15-Abst-PDF/JP-06-1-057-15-137-Oladipo-S-E/JP-06-1-057-15-137-Oladipo-S-E-Tx [7].pdf) (accessed Feb 03, 2018).

Oleszkiewicz, A.; Pisanski, K.; Sorokowska, A. Does blindness influence trust? A comparative study on social trust among blind and sighted adults. *Personality and Individual Differences* [Online] 2017, 111, 238-241. https://www.researchgate.net/profile/Anna_Oleszkiewicz/publication/313798359_Does_blindness_influence_trust_A_comparative_study_on_social_trust_among_blind_and_sighted_adults/links/59e63a500f7e9b13aca3bebe/Does-blindness-influence-trust-A-comparative-study-on-social-trust-among-blind-and-sighted-adults.pdf (accessed March 26, 2018).

Resilience (BRS), 2018 [online]. © 2018 [cit. 06.03.2018]. Dostupné z: <https://www.psytoolkit.org/survey-library/resilience-brs.html>

SALISU, I.; Hashim, N. A Critical Review of Scales Used in Resilience Research. *IOSR Journal of Business and Management* [Online] 2017, Volume 19, Issue 4. Ver. III, 23-33. <http://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol19-issue4/Version-3/D1904032333.pdf> (accessed March 05, 2018).

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých [online]. © 2002 [cit. 07.11.2017].

Dostupné z: <http://archiv.sons.cz/klasifikace.php>

World Health Organization [online]. © 2007 [cit. 25.06.2017]. Dostupné z:

http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf

Seznam použité literatury

BOYLE, Gregory John, Donald H. SAKLOFSKE a Gerald MATTHEWS, ed. *Measures of personality and social psychological constructs*. Amsterdam: Academic press is an imprint of Elsevier, 2015. ISBN 978-0-12-386915-9.

BRUCE W. Smith, Jeanne DALEN, Kathryn WIGGINS, Erin TOOLEY, Paulette CHRISTOPHER, and Jennifer BERNARD. *The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back*. International Journal of Behavioral Medicine. New York: Springer US, 2008, 15, 194-200. ISSN 1532-7558.

ČÁLEK, Oldřich. *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. Praha: Novinář, 1988. Malá tyflogická knihovna.

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením. 1.st ed.* Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., 2013. ISBN 78-80-260-5282-1.

HARTNETT, Mary Elizabeth. *Pediatric retina disease*. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins, 2004. ISBN 0781747821

HOUDE Susan Croker. *Vision loss in older adults nursing assessment and care management*. New York, NY: Springer Pub. Co, 2007. ISBN 9780826103475.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

JOHN, Thomas. *Manual de Urgencias Oftalmologicas / Manual of Ophthalmological Emergencies - "The Chicago Eye and Emergency Manual"*. Jaypee Brothers Medical Pub, 2013. ISBN 9962678528.

KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-917-9.

KOLÁŘ, Petr. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2605-2.

KRACÍK, Jiří. *Specifika sexuálního života postižených osob*. Speciální pedagogika. 1991, 2(1), 24. ISSN: 0862-1632

KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5079-8.

KUMAR, Updesh, ed. *The Routledge international handbook of psychosocial resilience*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2017. Routledge international handbooks. ISBN 978-1-138-95487-8.

KUNHARTOVÁ, Monika, Miloň POTMĚŠIL a Petra POTMĚŠILOVÁ. *Náročný otcovství: být otcem dítěte s postižením*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3600-9.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 8085931842.

LAVRETSKY, Helen. *Resilience and aging: research and practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014. ISBN 9781421414980.

MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian. *Zdroje resilience a problémy s přizpůsobením u dospívajících*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015. ISBN 978-80-7464-700-0.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Lucie PROCHÁZKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5536-0.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.

PAREKH, Mohit, POLI, Barbara, FERRARI, Stefano, TEOFILI, Corrado and PONZIN, Diego. *Aniridia: recent developments in scientific and clinical research*. Cham : Springer, 2015. ISBN 3319197797

POŽÁR, Ladislav. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.

PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024743424.

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-9519-0.

REICH, John W., Alex. ZAUTRA a John Stuart HALL. *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press, c2010. ISBN 1606234889.

- RESNICK, Barbara., Lisa P. GWYTHYER a Karen A. ROBERTO. *Resilience in aging: concepts, research, and outcomes*. New York: Springer, c2011. ISBN 1441902317.
- ROBBINS, P. Stephen. *Organisational behaviour in Southern Africa, 2nd edition*. Cape Town: Pearson Education South Africa, 2009. ISBN 9781868918539
- ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-404-0.
- RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1671-8.
- SARDEGNA, Jill [ET AL.]. *The Encyclopedia of Blindness and Vision Impairment. 2nd ed.* New York: Infobase Pub, 2002. ISBN 9780816066230.
- SCHINDLEROVÁ, Olga. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Praha: Tyfloservis, 2007. ISBN 978-80-239-8822-2.
- SIMMONS, Catherine A. a Peter LEHMANN. *Tools for strengths-based assessment and evaluation*. New York: Springer Publishing Company, 2013. ISBN 9780826199584.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOLEN. *Diabetická retinopatie*. Medicína pro praxi. Olomouc: Solen, s. r. o., 2009, 270-275. ISSN - 1803-5310
- SOLEN. *Glaukóm – zelený zákal*. Ambulantná terapia. Bratislava: SOLEN, s.r.o., 2009, 14-17. ISSN 1336-6750
- SOLEN. *Stárnutí oka a věkem podmíněná makulární degenerace*. Interní medicína pro praxi. Olomouc: Solen, s. r. o., 2011, 209-213. ISSN - 1803-5256
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2947-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
- ŠVARCOVÁ, Tereza. *Resilience a vnímání životní smysluplnosti*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofické fakulta.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

WRIGHT, Kenneth W., SPIEGEL, Peter H. and THOMPSON, Lisa S. *Handbook of pediatric eye and systemic disease*. New York, NY : Springer, 2006. ISBN 0387279288

WYKLE, May L. a Sarah Hall. GUELDNER. *Aging well: gerontological education for nurses and other health professionals*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, c2011. ISBN 9780763779375.

Seznam Tabulek

Tabulka č. 1 Brief resilience scale (Bruce, 2008, s. 196,197)

Tabulka č. 2 Brief resilience scale skóre (Psytoolkit, ©2018)

Tabulka č. 3 Connor-Davidson resilience scale (Švarcová, 2015, s. 118)

Tabulka č. 4 Wagnild and Young's Resilience Scale (Oladipo, 2015, s. 61)

Tabulka č. 5 Resilience scale for adults (Salisu, 2017, s. 27)

Tabulka č. 6 Ego resilience scale (Cuyahogacounty.cz, © 1996)

Tabulka č. 7 Ego resilience scale score (Cuyahogacounty.cz, © 1996)

Tabulka č. 8 výsledky pro skupiny kongenitálně nevidomých, později osleplých a slabozrakých (Aslam, 2013, s. 4)

Tabulka č. 9 výsledky pro skupiny mužů, žen, vzdělaných, nevzdělaných, dospělých, adolescentů, zaměstnaných a nezaměstnaných (Aslam, 2013, s. 5)

Tabulka č. 10 výsledky pro vyšší, střední a nižší třídu (Aslam, 2013, s. 5)

Tabulka č. 11 výsledky škály důvěry (Oleszkiewicz, A.; Pisanski, K.; Sorokowska, 2017, s.239)