

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DOPADY ATOPICKÉHO EKZÉMU
NA SEBEPOJETÍ ADOLESCENTŮ
IMPACT OF ATOPIC ECZEMA ON SELF-CONCEPT IN
ADOLESCENT



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Barbora Jansová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.**

Olomouc

2020

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu této práce doc. PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za veškeré rady a čas, který mi během psaní bakalářské práce věnoval. Dále chci poděkovat všem účastníkům výzkumu, bez jejichž ochoty zapojit se do výzkumu by tato práce nemohla vzniknout. Zvláštní dík patří lékařskému týmu na dermatologickém oddělení ve vojenské a fakultní nemocnici v Olomouci a MUDr. Ditě Vitovjakové za nevídanou ochotu pomoci při shánění dat. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým blízkým přátelům, rodině a příteli za jejich trpělivost, pomoc, projevenou empatii a podporu.

Děkuji.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Dopady atopického ekzému na sebepojetí adolescentů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 14.03.2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Sebepojetí	7
	1.1 Aspekty sebepojetí.....	8
	1.1.1 Kognitivní aspekt	8
	1.1.2 Afektivní aspekt	9
	1.1.3 Volní aspekt.....	10
	1.2 Úlohy a mechanismy sebepojetí.....	10
	1.3 Obranné mechanismy	12
	1.4 Tělesné sebepojetí	14
	1.5 Vývoj sebepojetí.....	16
	1.6 Adolescence.....	17
	1.6.1 Sebepojetí	17
	1.6.2 Tělesné sebepojetí	19
2	Zdraví a nemoc	21
	2.1 Chronická nemoc.....	22
	2.2 Chronicky nemocný adolescent.....	23
3	Atopický ekzém	26
	3.1 Druhy atopického ekzému.....	27
	3.2 Prevalence.....	28
	3.3 Atopický ekzém v psychosociálním kontextu.....	29
	3.3.1 Rodina	30
	3.3.2 Škola, vrstevníci, zájmy	31
	3.3.3 Psychologické dopady.....	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
4	Výzkumný problém	35
5	Výzkumné předpoklady a formulace hypotéz	36
6	Typ výzkumu a použité metody	38
	6.1 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2	38
7	Sběr dat a výzkumný soubor	40
	7.1 Proces sběru dat	40
	7.2 Popis výzkumného souboru.....	41
	7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	42

8	Práce s daty a její výsledky	44
	8.1 Práce s daty a jejich analýza	44
	8.2 Ověření psychometrické kvality PHCSCS-2.....	44
	8.3 Výsledky testování hypotéz.....	44
	8.3.1 Testování hlavních hypotéz.....	45
	8.3.2 Testování vedlejší hypotézy	47
9	Diskuze	49
10	Závěr.....	54
11	Souhrn	55
	LITERATURA.....	58

ÚVOD

Atopický ekzém patří mezi nejrozšířenější dermatologické onemocnění dnešní doby. Výskyt atopického ekzému rok od roku narůstá. Troufneme si tvrdit, že každý čtenář zná nějakého člověka s atopickým ekzémem nebo atopickým ekzémem sám trpí či trpěl. I přes všeobecné povědomí o atopickém ekzému málokdo ví, jaké starosti tato nemoc obnáší. Domníváme se, že vyrážka či absence kvalitního spánku je pouhým zlomkem trápení, s nímž se pacienti s atopickým ekzémem musí vypořádat. Rovněž si myslíme, že lékaři mírně podceňují psychologické aspekty tohoto onemocnění. Atopický ekzém komplexně zasahuje do celého života nemocného. Zda atopický ekzém dokáže ovlivnit i způsob vnímání sebe sama, to byla primární otázka, jenž mě vedla k vypracování této bakalářské práce.

Jako vhodnou populaci pro zkoumání této problematiky jsme zvolili adolescenty. Adolescenti jsou typičtí pro svou vnímavost vůči sobě a vůči okolí. Velmi bedlivě rozlišují jakékoli své fyzické i jiné nedokonalosti a srovnávají je s ostatními adolescenty. Zvláště pro ně může být atopický ekzém příčinou negativního sebepojetí.

V rámci své bakalářské práce jsem se rozhodla popsat atopický ekzém z psychologického pohledu. V první kapitole teoretické části jsem si kladla za cíl výstižně charakterizovat sebepojetí a jeho aspekty, úlohy, mechanismy a vývoj. V druhé a třetí kapitole teoretické části byly definovány pojmy jako chronická nemoc a atopický ekzém, jenž byly doplněny o psychologické poznatky. Praktická část se věnuje našemu výzkumu, který zkoumal sebepojetí u adolescentů s atopickým ekzémem prostřednictvím dotazníkového šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEPOJETÍ

Sebepojetí je hypotetický konstrukt, který vznikl za účelem vysvětlení chování a prožívání ostatních lidí. U různých autorů napříč literaturou najdeme mnoho definic pro sebepojetí, ale také mnoho označení pro tento pojem. V anglické literatuře se můžeme setkat s pojmem Me-self a self-concept, který je do českého jazyka překládán jako sebepojetí, potažmo sebe-obraz. Ve starší české literatuře se můžeme setkat s termínem Jáství (Blatný & Plháková, 2003).

Podle Smékala (2002, 368) *sebepojetí „je souhrnem názorů ne sebe sama, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé. Sebepojetí je také uvědomováním si svých osobnostních charakteristik, často zkresleně nebo stylizovaně se záměrem vyvolat o sobě v druhých určitý dojem. Do struktury sebepojetí patří i úroveň sebemonitorování a sebezprezentace a místo ovládnání. Ze sebepojetí vyrůstá charakter člověka.“*

Jedná se o složitou a komplexní strukturu, která zahrnuje vše, co je člověku jeho vlastní (Blatný & Plháková, 2003). Účastní se prožívání, kde má důležitou jednotící úlohu. Sebepojetí je výsledkem neustálé interakce mezi osobností a světem (Obereignerů, Orel, Mentel, & Vohradská, 2017).

Dříve bylo sebepojetí vnímáno jako představa, která je konzistentní a neměnná, vzhledem k času a prostředí. Dnes jsou v popředí teorie, které naopak vyzdvihují situační kontext a význam self-motivů jako důležitý determinátor sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003).

S věkem osobnosti se zvětšuje i obsah jeho sebepojetí. Tím, že osobnost neustále čerpá nové znalosti o sobě, můžeme zjistit, že jeho způsoby chování jsou v obdobných situacích variabilní. Teorie **multifacetového sebepojetí** říká, že sebepojetí je systémem, složeným z řady dílčích mentálních reprezentací Já, které se od sebe mohou různou mírou lišit. Tato myšlenka je důležitým opěrným bodem pro soudobé chápání sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003).

Markus (1997) nazývá reprezentace Já jako kognitivní schémata, která zahrnují informace o sobě pomocí vzpomínek na naše zkušenosti a způsob našeho chování. Schémata vznikají opakujícími se hodnoceními vlastního chování, nebo reakcí ostatních lidí. Díky tomu získáváme informaci, jací jsme a jak se chováme v různých situacích. Existence kognitivních schémat v určité oblasti predikuje lepší a sebevědomější zvládnání úkonů v dané oblasti než za jejich absence.

Dalším znakem sebepojetí, který současné výzkumy vykazují, je **hierarchická uspořádanost**. To znamená, že poznatky o sobě přeřazujeme do kategorií od konkrétních po abstraktnější, což napomáhá vytvořit si o sobě obecnější závěry (Obereignerů, Orel, Mentel, & Vohradská, 2017).

Poslední charakteristickou vlastností sebepojetí je jeho dynamika. Vlivem různých situací se do popředí dostávají různé mentální reprezentace, které dočasně převzou centrální funkci řídicí sebepojetí. Centrální mentální reprezentace bývají více propracované než mentální reprezentace periferní (okrajové) a určují, jak budou informace o sobě i o světě zpracovány (Markus & Wurf, 1987).

1.1 Aspekty sebepojetí

V rámci sebepojetí nehledíme pouze na jeho obsah, ale také na to, jakým způsobem se vnímáme, jak se hodnotíme a prožíváme. Proto mnozí výzkumníci přistoupili na vytvoření tří aspektů sebepojetí, které pojímají různé roviny sebepojetí (Smékal, 2004).

1.1.1 Kognitivní aspekt

Kognitivní aspekt se vyjadřuje k obsahu sebepojetí a sebepoznání (Čačka, 2002). Typy mentálních reprezentací udržují představu o tom, kdo jsem, kým bych mohl nebo nemohl být. Tvoří obsah sebepojetí. Balcar (1991) uvádí pět typů mentálních reprezentací:

- „Jsem“ – Představa shrnující všechny vlastnosti, které člověk považuje za své. Tento obraz není kopií reality, tudíž se může od ní více, či méně odlišovat. Přílišným rozdílem mezi vnímaným já a realitou se zabývá psychopatologie Balcar (1991). Smékal (2004) zmiňuje „Vnímané já“, jenž je ztělesněním všech myšlenek, které o sobě jedinec má v daný moment a v dané situaci.

- „Mám být“ – Je to touha vyhovět přání autority. Představa, jenž je nám rodiči a společností prostřednictvím výchovy dána, zinternalizuje do podoby ideálního já (Balcar, 1991). Ideální já představuje souhrn chtěných vlastností (Smékal, 2004). V případě modu „mám být“ se jedná o zdroj zklamání a nenávisti vůči sobě. (Říčan, 1972).
- „Mohu učinit“ – Vnímaná schopnost dosáhnout vytyčeného cíle. Podle Balcara (1991) souvisí s koncepcí locus of control.
- „Mám učinit“ – Je vymezeno společenskou rolí, kterou jedinec disponuje. S rolí je spjata chování, které z přidělené role vyplývá a je předmětem očekávání od společnosti (Balcar, 1991).

1.1.2 Afektivní aspekt

Emoční aspekt poskytuje důležitou roli v obraně ega, neboť umožňuje třídění podnětů na pozitivní a negativní, podle čehož jsou organizovány a zařazovány do sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003).

Sebeúcta (self-esteem) jako spokojenost se sebou samým je centrální komponentou afektivního aspektu sebepojetí. Je úzce spjata s kognitivní rovinou sebepojetí, jelikož vzniká jako reakce na vzdálenost mezi aktuálně vnímaným a ideálním já. Určitá nespokojenost sám se sebou se považuje za normu a může být motivací pro seberozvoj. Absolutní spokojenost, či naprostá nespokojenost jedince sám se sebou může být projevem patologie (Nakonečný, 1995).

Sebeúcta může do jisté míry souviset s aspirační úrovní člověka, což je úroveň, jakou hodnotíme své možnosti, na základě kterých stanovujeme své cíle. Přestože se může stát, že úroveň cílů nebude odpovídat jedincovým možnostem, většinou lze z vytyčených cílů poměrně přesně určit, jakou má jedinec sebeúctu (Kohoutek, 2001).

Zároveň lze vyzorovat jisté dělení cílů a jejich vztah se sebeúctou. Cíle mohou být děleny na vnitřní a vnější. Vnitřní cíle uspokojují vnitřní potřeby člověka a vedou k uspokojení člověka. Souvisí se seberozvojem, intimitou a autonomií. Naplňování vnitřních cílů navozuje stav duševní pohody (well-being) a souvisí s vyšší sebeúctou člověka. Vnější cíle jsou orientovány na finanční úspěch, popularitu nebo atraktivitu. Tento cíl nevyhází se samotného člověka, ale reaguje na představy o úspěchu ostatních lidí, prostřednictvím kterých se dostává jedinci pochvaly. Do jisté míry lidé s převahou vnějších

osobních cílů ignorují své vlastní přání a potřeby. Vnější cíle nejsou natolik asociovány se stavem duševní pohody a sebeúctou (Kasser, 2000).

Podmínkou sebeúcty je sebezpřijetí (Smékal, 2004). Sebezpřijetí je charakterizováno „*internalizovaný citový vztah druhých k vlastní osobě*“ (Blatný & Plháková, 2003, 120).

1.1.3 Volní aspekt

Volní aspekt, jinak označovaný jako behaviorální má v sobě zabudovanou motivační funkci, pomocí které jedinec může dosahovat sebeaktualizace či sebevýchovy. Díky volnímu aspektu se jedinec může vyvíjet ve směru ideálního já a zároveň ovlivňovat vlastní sebe prezentaci (Čačka, 2002).

Sebemonitorování se vyznačuje kontrolou a regulací vlastního chování za účelem udržení určité představy o sobě (sebe prezentace) v očích druhých s ohledem na jejich očekávání. V tomto kontextu rozlišujeme lidi podle míry sebemonitorování. Pro vysoko sebemonitorující lidi je důležité být s názory v souladu s ostatními lidmi. Svě chování přizpůsobují situaci a lidem, se kterými jsou zrovna v kontaktu. Vysoko sebemonitorující lidé snáze odhalí společensky žádoucí reakce a lépe pracují s vlastním neverbálním chováním. Díky tomu se dokáží prezentovat tak, aby byl o nich vytvořen dojem, jenž chtějí. Jsou komunikačně zdatnější a expresně nadanější než lidé s nízkou sebemonitorující schopností. Nízko sebemonitorující lidé jsou orientováni na svoje vnitřní nastavení. Dá se říci, že se nestarají o to, jak na lidi působí. Jejich chování je více imunní vůči momentální situaci a jsou tudíž více předvídatelnější než vysoko sebemonitorující lidé. (Snyder, 1974).

1.2 Úlohy a mechanismy sebepojetí

Sebepojetí nám slouží jako nástroj orientace v životě a zároveň je pro nás stabilizátorem činnosti (Fialová, 2001).

Nástrojem orientace se myslí to, že ve zdravém sebepojetí máme vhodně nastavené parametry pro očekávání chování od druhých i lepší nadhled o svých schopnostech. Díky tomu jedinec může vhodně přizpůsobovat své chování různým situacím (Fialová, 2001). Říčan upozorňuje, že na sebepojetí se obracíme v situacích, kdy „o něco jde“ a hraje jednu z nejdůležitějších rolí v naší osobní mapě světa (Říčan, 1991).

Stabilizátor činnosti v kontextu sebepojetí lze chápat jako odolnost sebepojetí vůči změnám (Fialová, 2001). Trefně tuto skutečnost pojmenoval Greenwald (1998), když sebepojetí označil jako „totalitní ego“ a tím ho svých chováním přirovnal k fungování totalitního režimu.

V této souvislosti Greenwald (1998) určil tři sklony, které jsou pro sebepojetí typické:

- Egocentrita – Ego si připisuje větší důležitost v situacích, které prožije, než jakou ve skutečnosti má. Tento jev dokládají výzkumy reflektující skutečnost, že si lépe pamatujeme informace v činnostech, ve kterých vystupujeme jako aktivní činitelé, anebo zapadají do našeho rámce sebepojetí.
- Benefektance – Ego přijímá větší zodpovědnost za úspěch a menší za neúspěch
- Kognitivní konzervatismus – Snaha ochránit současnou podobu sebepojetí a vyvarovat se jeho změnám (Greenwald, 1980).

Ochrana sebepojetí je také jednou třídou z Já-motivů. Já-motivy přímo souvisí s Egem a dá se říci, že se jedná o vůli ega ke stabilitě a celistvosti. Do této třídy patří motiv konzistence ega a motiv sebepotvrzení (Blatný & Plháková, 2003).

Konzistenci ega lze chápat jako harmonii mezi jednotlivými mentálními reprezentacemi, což napomáhá navození stavu duševní pohody (Blatný & Plháková, 2003). Jedná se o vyhledávání informací, které potvrzují aktuální formu sebepojetí. Tento motiv nejspíše vyplývá z potřeby soudržnosti. Napomáhá člověku snižovat stres a napětí a přispívá k lepší predikci a kontrole prostředí (Banaji & Prentice, 1994).

Do druhé třídy Já-motivů spadá sebesílení. Sebesílení představuje touhu po pozitivní zpětné vazbě a vyhýbání se negativní. Předmětem sebesílení je snaha o vytvoření pozitivního sebeobrazu. Zdrojem tohoto motivu je nejspíše tendence vyhledávat slast a vyhýbat se bolesti (Banaji & Prentice, 1994).

U lidí s negativním sebepojetím se může motiv sebepotvrzení dostat do konfliktu s motivem sebesílení. Tento jev pojmenovává Swann (1987) jako kognitivně-afektivní přestřelku, kdy hodnocení podnětu zvenčí probíhá na dvou trajektoriích. Sebepotvrzení je výsledkem kognitivního zhodnocení a sebepotvrzení je výsledkem afektivního hodnocení podnětu. Sebepotvrzení sbírá veškeré informace, které jsou v souladu se sebepojetím.

V tomto směru je jedno, zda se jedná o sebepojetí pozitivní či negativní, hlavní je, že spolu informace zvenčí a sebepojetí navzájem korespondují. V důsledku těchto mechanismů člověk s negativním sebepojetím přijímá o sobě lépe negativní informace než pozitivní informace. Za této situace se sebeposílení netýká celého konceptu sebepojetí, ale projevuje se jen v oblastech, ve kterých dotyčný vyniká (Swann, Griffin, Steven, Predmore, & Gaines, 1987).

Mechanismy mají jediný úkol – udržet celistvý stabilní obraz o sobě. To poskytuje jedinci možnost predikce svého života a vytváří v něm pocit kontroly, bezpečí a jistoty. Situace, kdy je jedinec vystaven nové zkušenosti, která narušuje jeho dosavadní sebepojetí, vyvolává silnou úzkost. Proto se může stát, že novou informaci, jenž je v rozporu se sebepojetím, člověk nepřijme hned, neboť by byla ohrožena funkce sebepojetí. V takovém případě se sebepojetí brání zkreslením situace, a to buď zkreslením vjemu, nebo tzv. obranným mechanismem (Balcar, 1991).

1.3 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou nevědomé procesy, které napomáhají chránit ego. Kern (1999) upozorňuje, že užití obranných mechanismů s sebou vždy přináší určitý druh omezení. Přesto se bez nich v životě neobejdeme.

Míra využívání obranných mechanismů může indikovat psychické zdraví, nebo naopak patologii. Snížené užívání obranných mechanismů vystavuje jedince nadměrnému a zbytečnému stresu a úzkosti. Nadměrná funkce obranných mechanismů má za následek zkreslení vnímání reality člověka (Nasirzadeh & Keraskian, 2017).

Na obraně sebepojetí se podílí dva základní mechanismy nazývané jako popření a vytěsnění. Popření funguje na podobné bázi, jako je například ve škole soustředění se na vykládanou látku. Umožňuje jedinci upřít pozornost jiným směrem než na skutečnost, jenž vyvolává stres nebo úzkost. Vytěsnění se projevuje jako „zapomenutí“ skutečností, které jsou ve výrazném rozporu se sebepojetím. Skutečnost se však málokdy podaří vytěsnit celou a nepřijatelné obsahy se chtějí prodat do vědomí. Aby nepoškodily stabilitu sebepojetí, jsou mnohdy transformovány do jiné formy, které jsou diferenciovány jako další obranné mechanismy (Balcar, 1991). Mezi takové obranné mechanismy patří:

- Regrese – Následkem silné frustrace nebo ohrožení sebepojetí se člověk vrací do již překonaného vývojového stupně.

- Projekce – Myšlenky, pohnutky nebo city, které jsou člověkem odmítané a jsou neslučitelné s vlastním sebepojetím, jsou přeneseny na jinou osobu, u níž je předpoklad, že jejich vnímání nevyvolá vnitřní konflikt.
- Izolace – Spočívá v odmítnutí afektivní složky nepříznivé situace. Jedinec se skutečnost snaží vyřešit „pouze hlavou“. Při větší míře řešení problému na základě abstraktních úvah se izolace transformuje do intelektualizace.
- Racionalizace – Projevuje se hledáním logického, osobně i společensky žádoucího důvodu neúspěchu či selhání.
- Somatizace – Přenesení nežádoucího psychického stavu do tělesného stavu.
- Odčínění – Odráží myšlenkový konstrukt, že špatné činy se dají vymazat či vyvážit činy dobrými.
- Reaktivní výtvor – Nežádoucí myšlenky či pocity jedinec nahradí přesně opačným projevem těchto emocí. Zpravidla jsou význačné svou přemrštěností.
- Přesunutí – Nežádoucí pohnutky jsou naplňovány jinou činností nebo na jiném předmětu. Druhem kladně hodnoceného přesunutí je sublimace, kdy jedinec přemístí tyto pohnutky do společensky žádoucího směru (Balcar, 1991).

Cramerová (2015) poukazuje na preferenci různých obranných mechanismů napříč věkem. Dalo by se říci, že užívání určitých obranných mechanismů může odrážet zralost člověka a do jisté míry souvisí s inteligencí.

V tomto kontextu Cramerová (1999) seřadila obranné mechanismy od nezralých po zralé podle toho, v jakém vývojovém období se běžně objevují a užívají. V období raného dětství se hojně vyskytuje popření. Ve středním dětství se objevuje zralejší projekce a v adolescenci výrazněji vystupuje identifikace. Za nejzralejší obranné mechanismy jsou považovány sublimace a intelektualizace.

V souvislosti s touto hypotézou je vyšší užívání obranných mechanismů nekorespondujících s věkem a inteligencí jedince považováno za patologické, jelikož obranný mechanismus ztrácí svou adaptační funkci (Cramer, 2015).

1.4 Tělesné sebepojetí

Hlavním projevem atopického ekzému je vyrážka, která mnohdy zasahuje i do obličeje. Předpokládáme, že atopický ekzém bude výrazně ovlivňovat tělesné sebepojetí, a proto tomuto tématu věnujeme následující kapitolu, která shrnuje základní specifika tělesného sebepojetí.

Tělesné sebepojetí se dá chápat jako postoj k vlastnímu tělu. V současné době je na tělo kladen velký důraz. Tělo je předmětem obchodu, do kteréhož by se mělo investovat. Dobře vypadající tělo je vyzdvižováno a považováno za predikátor úspěchu. Právě proto je tělesnému sebepojetí přičítán velký význam a je považován za jednu z nejdůležitějších částí sebepojetí (Fialová, 2001).

Tělo je rovněž předmětem stereotypizace, protože ve společnosti platí pořekadlo “co je krásné, je dobré”, prostřednictvím kterého toho atraktivním lidem připisovány dobré vlastnosti i bez jejich projevením (Fialová, 2006). Krása hraje důležitou roli už od dětství. Z výzkumů vychází, že dětem, které byly od mala hodnoceny jako krásné, bylo věnováno více pozornosti a pozitivního kontaktu než dětem, které takto hodnoceny nebyly. Přesto tělesné sebepojetí je poměrně nezávislé na skutečném vzhledu. I ti nejkrásnější lidé na svém těle mohou najít maličkost, která se jim úplně nelíbí a díky které si budou připadat oškliví. Naopak ne příliš atraktivní lidé mohou mít pozitivní tělesné sebepojetí. Záleží tedy na subjektivním pohledu každé osoby (Röhr, 2013).

Fialová (2006) uvádí, že 90 % lidí, kteří mají pozitivní tělesné sebepojetí, jsou v životě spokojeni, mají pozitivní celkové sebepojetí a netrpí depresemi či osamělostí.

Na tělesné sebepojetí člověka se dá nahlížet ve třech rovinách (Fialová & Krch, 2012).

- Kognitivní rovina – Zahrnuje vnímání těla, jeho tvaru, proporcí, složení apod. Zdrojem může být jak zhodnocení sebe sama, tak prostřednictvím hodnocení druhých (Fialová & Krch, 2012).
- Emocionální rovina – Zahrnuje hodnocení a důvěru ve vlastní tělo. Emocionální odezva vzniká dle teorie diskrepance na podobnosti aktuálně vnímaného těla a ideálu krásy. Je-li aktuálně vnímané tělo vyhodnoceno jako velmi odlišné od ideálu, je jedinec konfrontován s úzkostí a pocity ohrožení. Ohrožujícím faktorem se může stát celkové hodnocení sebepojetí. V tomto kontextu je ohrožujícím příliš vysoké sebehodnocení, neboť z něj

mohou vyplývat nadmíru vysoké cíle, jejichž nedosažení se může stát zdrojem zklamání a úzkosti. V případě nepřijetí vlastního těla může žena, či muž propadnout drastickým dietám či cvičením, které ohrožují zdraví jedince. Dalším negativním vyústěním může být, že se jedinec o sebe přestane úplně starat. Nespokojenost se může projevit nalomením psychického či fyzického zdraví (Fialová & Krch, 2012).

- Činnostně regulativní – Zahrnuje životní styl a jeho regulaci. Nespokojenost s vlastním tělem může stát za motivací změnit svůj životní styl (Fialová & Krch, 2012).

Vzhled, zdraví a zdatnost jsou základními kritérii, podle kterých je jedinec posuzován jak sám sebou, tak ostatními lidmi (Fialová, 2001). Kromě toho se předpokládá, že významný vliv na tělesné sebepojetí budou mít současné trendy v podobě ideálu krásy (Grogan, 2000).

V současné době je ideálem krásy štíhlá postava. Ačkoli by se mohl tento ideál zdát lehce zdůvodnitelný pro předpoklad zdraví, někteří odborníci, kteří se věnují studiu ideálu krásy napříč historií tvrdí, že ideál krásy je naučen a zdraví tudíž může být pouze okrajovým motivem pro dosažení ideálu krásy (Grogan, 2000).

Ideál ženské postavy tkví v jeho štíhlosti a drobnosti. Zároveň jsou ženská těla vystavována za účelem lepšího prodeje zboží, což samo o sobě vytváří z ženského těla předmět obchodu. V tomto smyslu je na ženy vyvíjen tlak, jenž může mít za následek právě problémy žen s vnímáním vlastního těla. Ideál krásy v sobě nese paradox štíhlosti a velkých ňader, jenž je mnohdy přirozenou cestou nedosažitelný. Většina žen je nespokojená se svým tělem (Grogan, 2000). Fialová (2001) tvrdí, že v sebepojetí ženy hraje její vzhled větší roli, než je tomu u mužů, jejichž sebepojetí může být více postaveno na jejich výkonnosti *“Žena je svým tělem více určována než muž, je prezentována především svým tělem, srdcem, expresivitou, zatímco muž spíše svým rozumem, racionalitou”* (Fialová, 2001, 56).

Mužská postava by dle společnosti měla být štíhlá a mírně svalnatá. Řada mužů je nespokojena se svou postavou, protože nesplňuje první nebo druhý aspekt ideálu, přesto jsou se svou postavou vyrovnanější než ženy (Grogan, 2000).

Výzkum zabývající se body-image ukazuje, že ačkoli ženy jsou se svým vzhledem stále více nespokojené než muži, oproti dřívějším studiím se ukázalo, že muži přikládají

svému vzhledu větší důležitost než ženy. Důvodem může být zvýšení produkce mužské kosmetiky, která zvyšuje tlak na větší péči o svůj vzhled u mužů. Zároveň dodává, že větší spokojenost se svým tělem může být u mužů dána lépe dosažitelným či více variabilním ideálem krásy, než je tomu u žen (Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe, & Ricciardelli, 2010).

Tím, že ideál krásy je staví na štíhlosti, většina výzkumu se věnuje právě tělesné konstituci a její hmotnosti (Grogan, 2000).

1.5 Vývoj sebepojetí

Svět a vnější prostředí už od narození působí na sebepojetí jedince. Pomáhá jedinci vytvořit sebeuposuzovací kritéria, na jejichž základech se bude sebepojetí formovat. V tomto procesu mají podstatný vliv významní druzí, kteří zprvu budou nabývat podoby rodičů, později oblíbení učitelé, vrstevníci, kolegové v práci či partneři a vlastní děti (Blatný & Plháková, 2003).

V batolecím věku děti poznávají základy své osobnosti. Od dvou let si uvědomují svou rozdílnost, příslušnost ke svému pohlaví či vlastní jméno (Fialová & Krch, 2012). Pro batolata je charakteristické období prvního negativismu, které je rovněž přezdíváno jako zrození psychologického já. V tomto čase dítě naplno projevuje svou individualitu, zkouší možnosti svých hranic a vynucuje si určitou svobodu (Orel, 2016). Balcar (1991, 157) definuje sebepojetí batolat jako „*Jsem to, co mohu svobodně dělat*“.

Sebepojetí dětí předškolního věku je charakterizováno pomocí fyzických vlastností jedince, věcí, které vlastní a věcí, které má dítě rádo (Fialová & Krch, 2012). Děti v tomto věku potřebují něco dokázat, proto je sebepojetí velmi navázané na vlastní aktivitu, prostřednictvím které je dítě hodnoceno. Hodnocení od autorit přijímá naprosto nekriticky a stává se součástí sebepojetí (Orel, 2016). Balcar (1991, 157) vymezuje sebepojetí předškolních dětí jako „*Jsem to, co učiním*“.

Děti školního věku se dokáží charakterizovat pomocí pocitu, které cítí. Začínají se také srovnávat s vrstevníky. Na základě svých vloh či pochybení se zařazují do různých kategorií. Sebepojetí je v tomto věku z podstatné části tvořeno tělesným sebepojetím (Fialová & Krch, 2012). V tomto období se u dětí objevuje spontánní sebereflexe. Sebepojetí tak vyvstává z informací o sobě, které dítě dostává z prožitých zkušeností. Vliv na vnímání svých zdarů a nezdarů může být atribuční tendence, která může stát na

působení rodičů (Orel, 2016). Sebepojetí je proto popisováno jako „*Jsem to, co dovedu*“ (Balcar, 1991, 157).

V adolescenci dochází k výrazné sebepercepci, která vede dospívajícího ke změně hodnocení vlastní osobnosti. Adolescent vnímá své dobré i špatné stránky (Fialová & Krch, 2012). Adolescenci vnímají své já jako „*Jsem to, čemu věřím*“ (Balcar, 1991, 157).

1.6 Adolescence

Adolescence je obdobím přechodu dítěte do dospělosti. Termín adolescence vychází z latinského *adolescere*, což znamená dospívat, mohutnět. Mezi autory neexistuje jednoznačná shoda ve věkovém vymezení adolescence. Autoři ji datují od 10 roku po 20 rok života (Macek, 1999). Jiní autoři se rozhodli období dospívání rozdělit na období pubescence od 11-15 let a adolescence od 15-20 let (Langmeier & Krejčířová, 1998). Pro teoretické účely bakalářské práce lépe poslouží věkové vymezení od 15 do 20 let, které je v naší zemi trochu tradičnější. V patnácti letech pubescentům dozrává reprodukční soustava. Tento jev se stává prvním milníkem, chceme-li adolescenci ohraničit. Konec adolescence je dán především dokončením vzdělání, dosažením autonomie a získání role dospělého (Macek, 1999)

Carr-Gregg (2012) uvádí, že na cestě k dospělosti adolescenti musí splnit 4 hlavní vývojové úkoly, mezi které patří:

- dosažení vlastní identity
- vybudování nezávislosti na ostatních
- vytvoření pevných přátelských vazeb
- nalezení svého místa na světě (Carr-Gregg, 2012)

1.6.1 Sebepojetí

Smyslem sebepojetí adolescentů je tedy dosáhnout stabilního pocitu vlastní identity. Hledání této identity od adolescenta vyžaduje experimentování, které se může projevit změnou vzhledu, postoji nebo střídáním zájmů. Adolescent aktivně vyhledává to, co mu „sedne“ a směřuje k tomuto ideálu všechny své projevy (Langmeier & Krejčířová, 1998).

V rámci vývoje identity jsou uváděny dvě fáze, kterými by měl adolescent projít.

- Fáze postupné senzibilitace – V této fázi si adolescent osvojil zralejší myšlení, díky kterému se postupně vylepšují vztahy mezi rodiči a adolescentem. I v této fázi může docházet ke kolísání mezi odmítáním a přijímáním rodiny. Na konci fáze by však adolescent měl najít způsob, jak si zachovat samostatnost a zároveň udržet dobré vztahy s rodinou (Josselson in Vágnerová, 2000).
- Fáze psychického osamostatnění – Adolescent je nyní samostatný a má vytvořenou pro sebe přijatelnou identitu, která není příliš v rozporu s hodnocením jedince ostatními lidmi. *„Taková identita může sloužit jako integrující a regulující mechanismus, který ovlivňuje budoucí směřování i aktuální chování a prožívání jedince. Dává jeho existenci řád a smysl“* (Josselson in Vágnerová, 2000, 263).

Pokud adolescenti nevyvinou dostatečnou aktivitu k vytvoření své vlastní identity, často převezmou identitu vyplývající ze skupiny, do které patří. Tato identita může být však v budoucnu jednodušeji nabourána pod nátlakem vnějších vlivů (Vágnerová, 2000).

Pro celé období adolescence je typická zvýšená sebereflexe, která vede ke konzistentnímu a stabilnímu sebepojetí. V kontextu sebepojetí můžeme zaznamenat změny ohledně vztahového rámce, kde nabývají na důležitosti názory subjektivně důležitých osob, vrstevníků a společnosti. Koncept uznání vlastní hodnoty určuje, do jaké míry adolescenti vnímají své Já za autentické. I v tomto konceptu se mění vztahový rámec, neboť už není založený na pocitu akceptace od druhých, ale je založen na pocitu vlastní autonomie (Macek, 1999).

Adolescenti se vracejí ke své minulosti, která bývá přehodnocována. Svůj zrak také upínají k budoucnosti, ve kterých se promítají možná Já, kterých by si adolescent přál dosáhnout (Macek, 1999).

Možná Já mají v průběhu adolescence proměnlivý charakter a postupně se blíže specifikují. Motivačním faktorem i zdrojem zklamání může být ideální Já. Ideální Já by mělo být v adolescenci, na rozdíl od možných Já, stabilním prvkem v sebepojetí. Běžně obsahuje složky chtěného a požadovaného Já. Zda bude mít ideální já pozitivní, či negativní vliv záleží především na možnostech jedince, jak ideálního Já dosáhnout. Při velké vzdálenosti reálného Já od ideálního se předpokládá konfrontace jedince

s nepříjemnými pocity. Naopak při malé vzdálenosti reálného Já od ideálního se jedinec může těšit z nabývající sebedůvěry a posílení vlastního snažení (Macek, 1999).

Zajímavostí může být odlišné vnímání sám sebe na základě pohlaví. Dívky dosahují zralosti rychleji. Samy sebe se dokázaly definovat na základě vztahů s ostatními lidmi více než jednotlivými charakterovými vlastnostmi. Chlapci sami sebe naopak charakterizovali podle získané individuální identity, vnímané kompetenci, výkonu a dosažené sociální pozice (Vágnerová, 2000).

Může se stát, že adolescenti, kterým se nedaří plnit požadavky ke vstupu do dospělosti, vstoupí do fáze tzv. adolescentního moratoria, jenž má zbrzdit dosavadní vývoj jedince. Během této fáze mohou odložit přijetí definitivní varianty identity a pokračovat v experimentování. Další možností je pak přijetí dočasné difuzní identity, která v sobě nese zmatek a dezorientaci v sobě samém. Jedinec ztrácí představu o svých možnostech, schopnost soustředit se a motivaci. Jako nepříjemné vyústění může vzniknout negativní identita, jenž je v přímém rozporu s očekáváním rodiny nebo společnosti (Vágnerová, 2000).

1.6.2 Tělesné sebepojetí

Důležitou složkou sebepojetí pro adolescenty je jeho tělesná složka. Zájem o tělo v tomto období extrémně narůstá (Vágnerová, 2005). Vágnerová (2000) tvrdí, že může jít o zaměření téměř narcistního charakteru. Dále uvádí, že i ti nejatraktivnější jedinci mají pochybnosti o kráse svého vzhledu.

Adolescenti se pozorují a porovnávají se se svými vrstevníky a ideálem krásy. Pokud se jeho vzhled, dle jeho mínění, podobá danému ideálu, může ho tato skutečnost posílit, pomůže mu získat jistotu a pozitivně ovlivní jeho sebevědomí. V opačném případě, když jeho vzhled neodpovídá daným normám, může pociťovat nespravedlnost, zklamání a hněv, který může vyústit až v autoagresi. Dosažení ideálu krásy je mnohdy vnímán jako úkol, který má být splněn, neboť poskytuje výhody společenského uznání, prestiže a potvrzení vlastní hodnoty. I přes všeobecné tendence podobat se ideálu krásy však mnozí adolescenti chtějí dát průchod své jedinečnosti a originalitě. Úprava zevnějšku se tak stává možností, jak projevit své emoce, postoje nebo příslušnost k nějaké skupině (Vágnerová, 2005).

Fialová & Krch (2012) zmiňují, že touha adolescentů nabýt určitého vzhledu může nabývat sebepoškozovacího rozměru, pokud vezmeme v úvahu poruchy stravovacích návyků, užívání různých chemických preparátů k nárůstu svalové hmoty či piercingy a tetování.

Na zevnějšku adolescenta se může podepsat vlastní nejistota, hledání vlastní identity. Někdy na sebe adolescenti mohou pomocí zevnějšku strhávat pozornost, skrze kterou chtějí získat pochvalu, či skrze kterou chtějí provokovat okolí (Vágnerová, 2005).

U adolescentů se málokdy zaobíráme důležitým kritériem pro hodnocení tělesného sebepojetí – zdravím, protože je u adolescentů vyhodnocováno jako samozřejmé (Fialová & Krch, 2012).

2 ZDRAVÍ A NEMOC

Pojem zdraví je i přes snadnou představitelnost obtížně definovatelný. Kebza (2005) tvrdí, že v současnosti neexistuje žádná definice, která by se jevila natolik komplexně, aby dokázala obsáhnout plnou šíři tohoto pojmu.

Přes toto zjištění považuji za chybu neuvést v této práci žádnou definici, která by zdraví charakterizovala. Navzdory nedostatkům, které tato definice jistě má, dodá práci celistvosti, již potřebuje. Účelům dobře poslouží definice Jara Křivohlavého (2001, 40) „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický a duchovní) stav, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“.

Na zdraví můžeme nahlížet z různých úhlů pohledu. Navzájem se tyto úhly pohledu nemusí nutně vylučovat a naopak si mohou být vhodným doplňkem. Příkladem může být pojmání zdraví jako stavu wellness, jakožto ideálního stavu bytí a fitness jako tělesná i duševní zdatnost, která nám pomáhá vyrovnat se s běžnými problémy. V opozici může mírně stát chápání zdraví jako zboží, které se dá koupit nebo darovat a je předmětem ke koupi ve farmakologickém průmyslu. Na zdraví se dá pohlížet také jako na spirituální, metafyzickou či osobní sílu, jenž je člověku uložena a o kterou má pečovat prostřednictvím životního stylu (Baštecká & Mach, 2015).

Zdraví je v běžném životě málokdy uvědomované, jeho cena zpravidla nabývá na hodnotě po kontaktu s nemocí (Baštecká & Mach, 2015). Pod pojem nemoc se mohou schovávat dva různé pojmy- „illness“ a „disease“. Disease, neboli choroba, je patologická odchylka od normy, jenž je provázena specifickými symptomy. Illness překládá Křivohlavý (2002) jako duševní nepohodu. Vyznačuje se subjektivním pocitem člověka, že mu „není dobře“. Pociťuje, že s ním není něco v pořádku, cítí se nemocný. Illness a disease spolu mohou souviset a vyléčením choroby se stabilizuje duševní pohoda jedince. Někdy se však může stát, že duševní nepohoda přetrvává navzdory absenci choroby. Zde se setkáváme s problémem, protože choroba může být léčena lékařskými postupy, nicméně duševní nepohoda může být vůči lékařským postupům imunní (Křivohlavý, 2002).

2.1 Chronická nemoc

Nemoci se dají dělit na akutní a chronické. Akutní nemoc je charakteristická svým rychlým nástupem. Lidé zpravidla velmi rychle vycítí, že jsou nemocní a pod náporom nepříjemných symptomů nemoci dochází k lékaři, který zahájí léčbu. Akutní nemoc je chápána jako dočasný stav a očekává se, že se člověku brzy navrátí ztracené zdraví (Křivohlavý, 2002).

Chronické onemocnění je takové onemocnění, které trvá déle než 6 měsíců a vyžaduje nepřetržitou lékařskou péči. Obvykle také obnáší změnu pacientova životního stylu a neustálé přizpůsobování se svému zdravotnímu stavu (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003). Na počátku chronické nemoci si nemocný mnohdy ani neuvědomuje ztrátu zdraví, neboť symptomy nemusí být tak zřetelné a nevyvolávají pocit okamžitého řešení. Mnohdy se lidé staví k chronickému onemocnění podobně jako k onemocnění akutnímu a očekávají, že je nemoc brzy „přejde“. Právě toto smýšlení může být předmětem sporu s jejich lékařem, protože pacient začne pociťovat zklamání a začne pochybovat o kompetenci svého lékaře, což může být startovacím můstkem pro nedodržování rad lékaře a vzájemný negativní vztah. Vyústěním nedůvěry v lékaře může být hledání pomoci v léčitelských či paramedicínských okruzích (Křivohlavý, 2002).

Chronické onemocnění může velmi ovlivnit sebepojetí jedince. Pacient se v myšlenkách svou nemocí často zaobírá a může vnímat odlišnost svého Já před nemocí a po nemoci. Někdy ho nemoc ovlivní natolik, že ztrácí schopnost kompetence řídit svůj život (Křivohlavý, 2002). Důležitým faktorem, který ovlivňuje, zda a jak bude onemocnění zařazeno do struktury osobnosti, je rozsah onemocnění. Onemocnění, jenž je snáze rozpoznatelné bude společností i jedincem hodnoceno na základě ideálu krásy a zdatnosti pravděpodobně negativně, rozsah onemocnění přitom může mít zásadní roli. Komplexy méněcennosti zasahují především jedince s tělesnými odchylkami, jenž jim nemoc způsobuje (Matějček, 2001). Velmi záleží i na tom, zda je onemocnění vrozené, či v jakém věku je získané. Čím dřív u člověka nastoupí chronické onemocnění, tím menší bude mít onemocnění psychosociální dopad. U dětí, které jsou chronicky nemocné je větší riziko poruch chování, které může být markantní hlavně okolo 1 roku po sdělení diagnózy. Riziko nabývá na síle se závažností diagnózy jedince (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003).

Dle statistiky chronickým onemocněním trpí až polovina populace, ne vždy ale jde o závažné onemocnění (Křivohlavý, 2002). Chronická onemocnění, jenž nemají fatální

následky, jsou mnohdy podceňována. I přestože nutně nevedou k úmrtí, dlouhodobé léčení, špatný zdravotní stav či tělesné změny mohou ovlivnit zdravý vývoj jedince (Lee, Park, Kwon, & Lee, 2019).

Výzkumy prokazují, že děti s diabetem mají negativní postoje ke společnosti, zažívají šikanu a mají konfliktní vztahy se svými vrstevníky a může docházet k izolaci jedince. Děti bývají také depresivnější a úzkostnější. To vše predikuje nízkou sebeúctu a negativní sebepojetí (Lee, Park, Kwon, & Lee, 2019). Jiná studie dodává, že pacienti s diabetem mohou mít větší tendence k agresí (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003).

Sklony k agresí byly také pozorovány u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. K tomu také vykazovali známky deprese a úzkosti a menší úroveň sociální zdatnosti. Pacienti s chronickým onemocněním ledvin tak s větší pravděpodobností nenaváží partnerský vztah a budou žít s rodiči (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003).

Tourettův syndrom je chronické onemocnění projevující se motorickými a vokálními tiky. Neexistuje jednoznačná shoda mezi studii, které zkoumaly vztah Tourettova syndromu a sebepojetí. Zatímco některé studie uvádějí, že sebepojetí takto nemocných pacientů jsou v normě, některé uvádějí výrazně nižší sebepojetí oproti kontrolní skupině. Pacienti byli však podle jedné studie učitelé hodnoceni jako introvertní, více agresivní a méně populární oproti zdravým vrstevníkům (Hanks, McGuire, Lewin, Storch, & Murphy, 2015).

2.2 Chronicky nemocný adolescent

„Tělesné postižení nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci“ (Matějček, 2001, 7). Pod tímto komentářem by se dala shrnout celá myšlenka následujícího textu.

Dospívající s chronickým onemocněním je vnímán stejně jako ostatní adolescenti. Adolescent je však v neobvyklé situaci, kdy je vystaven celé řadě stresorů, které běžně adolescenti nezažijí. Tyto problémy se mohou podepsat na celkovému přizpůsobení dítěte (Eiser, 1990). Mezi rizikové faktory patří například zpomalení vývoje nebo změny tělesného vzhledu. Nemoc může také ovlivňovat školní docházku, prospěch a zařazení do školního kolektivu, neboť nemoc většinou doprovází lékařská i sociální omezení. To vše

může stavět překážky na cestě ke splnění vývojových úkolů adolescentů (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003).

Tělesná zdatnost je vnímána jako prostředek k zapojení se do kolektivu, podnět ke srovnávání se s ostatními. Zároveň ovlivňuje vnímání sám sebe i ostatními jako sexuální objekt, který je pro adolescenty obzvláště důležitý. Adolescent si uvědomuje svůj handicap. Nemožnost dostatečného ovlivnění své nemoci může narušovat jako pozitivní vyhlídky do budoucna a tím podlamovat jeho motivaci (Matějček, 2001).

Z toho vyplývá statistika, že 20-50 % adolescentů s chronickým onemocněním zažívá současně psychickou komorbiditu, což je asi dvakrát více než zdraví adolescenti. (d'Emden, McDermott, Poulson, & McGahan, 2018). U adolescentů se nejčastěji objeví příznaky úzkosti, deprese či somatické stesky. Můžeme se setkat i se zvýšenou agresí. Ta však není obvyklou reakcí na život s chronickým onemocněním. Objeví-li se ale, může velmi nepříjemně ovlivnit stres a celkové klima v rodině (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003). Můžeme říci, že chronické onemocnění, jako například atopický ekzém, může mít vliv na emoce, chování sociální vztahy a prospěch ve škole (Lee, Park, Kwon, & Lee, 2019).

Onemocnění tedy nemá vliv pouze na jednotlivé orgány adolescenta, ale i na celkovou jeho osobnost (Matějček, 2001). Součástí osobnosti se také stává role pacienta v sociálním kontextu, která má svá specifika a dopady. Obvykle uvolňuje nemocného z různých činností a očekává snahu o zlepšení svého zdravotního stavu. Tím se nemoc dostává z měřítka komplexu osobnosti do komplexu sociálního prostředí, které nemocného obklopuje (Křivohlavý, 2002).

Nemocí je zasažena primárně rodina, neboť působí na celkové její fungování (Eiser, 1990). Rodiče chronicky nemocného dítěte mnohdy prožívají pocity viny a strachu. Čelí nelehkému úkolu uklidňovat jejich dítě, když mu není dobře. Přejí si pro dítě „normální“ život. Rodiny se taktéž mohou potýkat s finančními problémy, jelikož se stává, že jeden z rodičů musí skončit či omezit práci a pečovat o dítě. Taktéž léčba může být finančně nákladná (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003). Přesto je dobré rodinné zázemí a rodinná podpora zásadním faktorem pro sebepojetí adolescentů. Obecně se dá říci, že adolescenti vyrůstající v přijímajícím rodinném klimatu, výchově postavené na dialogu a projevované náklonnosti jsou sebevědomější a mají pozitivní sebehodnocení. Naproti tomu přílišná kontrola či hyperprotektivní výchova podporuje rozvoj negativního

sebepojetí. U adolescentů s chronickým onemocněním tento proces funguje stejně, ačkoli se dá říct, že efekt chronického onemocnění zesiluje důsledek výchovy. Z výzkumu, jenž se tímto tématem zabýval, vyplývá, že negativní styly výchovy ovlivňovaly sebepojetí adolescentů s chronickým onemocněním negativněji než jejich zdravé protějšky. Rodiče chronicky nemocných většinou tíhnou k hyperprotektivnímu stylu výchovy, jelikož své děti vnímají jako zranitelnější a jsou ostražitější k jejich fyzickému stavu. Výsledkem takové výchovy je právě negativní sebepojetí. Rodina a výchova má podle autorů výzkumu hlavní podíl na sebepojetí adolescentů s chronickým onemocněním (Ahn & Lee, 2016). Toto přesvědčení podporuje zajímavá skutečnost, že přizpůsobení dětí daleko lépe predikuje vnímání závažnosti rodičů, nežli závažnost vyplývající z medikace (Eiser, 1990).

Důležitost vrstevnické a rodičovské opory se snažila prokázat také jiná studie. Z jejích výsledků je patrné, že pro duševní pohodu jedince je do střední adolescence nejvýznamnější rodičovská podpora, která je spojena i s lepším dodržováním lékařských zásad a braním léků. Jakmile ale jedinci dorostou do pozdní adolescence je preferovaná a podstatná především vrstevnická opora (Oris et al., 2016).

Převzetí péče o svůj zdravotní stav může být v adolescenci předmětem sváru mezi adolescenty a jejich rodiči. Starost o své zdraví je postupně přemístěna na bedra adolescentů prostřednictvím budované nezávislosti na rodičích a pocitu vlastní autonomie. Rodiče adolescentů, kterým byla nemoc diagnostikována už jako malým dětem, si za tu dobu vybudovali sumu znalostí o nemoci a stali se „odborníky“ na tuto nemoc. Předání zodpovědnosti za zdraví adolescenta může rodičům dělat problém, neboť své potomky mohou vnímat jako nedostatečně kompetentní či že péči o své zdraví nebudou brát dostatečně vážně (Matthew, Lercha, & Thraneb, 2019).

3 ATOPICKÝ EKZÉM

Atopický ekzém je zánětlivé kožní onemocnění, které zpravidla trvá měsíce až roky a bývá často spojeno s astmatem nebo sennou rýmou (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Slovo atopie je odvozeno z řeckého „atopos“, které znamená něco neobvyklého, abnormálního (Novotný, 2009). V praxi atopie znamená, že atopik reaguje na běžné podněty z našeho prostředí jinak, než zdravá populace (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005). Atopie spadá pod alergická onemocnění. Čím se však atopie liší, je, že je to alergie vrozená, nikoli získaná. Ekzém způsobený atopií také bude vznikat přičiněním jiných druhů alergenů. Pro atopii jsou typické reakce na alergeny polykané a vdechované, méně však kontaktní, které jsou spojované s alergií získanou v průběhu života (Novotný, 2009).

Slovo ekzém z řeckého „ekdzein“ je něco mokvajícího a dříve bylo pod tímto názvem shromážděno více kožních poruch, dokud tento termín více neohraničil Robert Williem jako neinfekční dermatózu s výrazným svědivým charakterem (Novotný, 2009). Nyní ekzém chápeme jako obrannou zánětlivou (alergickou) reakci těla, která se snaží odstranit vyvolávající příčinu a její škodlivé účinky snížit na minimum (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Jako první projev ekzému můžeme vnímat zčervenání a zduření kůže, kterému předchází mnoho imunologických, biochemických a nervově-reflexivních procesů. Jestliže se podaří odstranit příčinu reakce, zánětlivé projevy pomalinku mizí. Pokud však příčina přetrvává, zánět se prohlubuje a na kůži se začínají objevovat svědivé puchýřky. Vlivem škrábání se kůže dostává ještě do horšího stavu. I přesto, že se kůže zotavuje a tvoří stroupky, opakovaným škrábáním se kůže znova narušuje, praská a stává se suchou a hrubou. Komplikací ekzému mohou být také infekce, která se vlivem škrábání může do rány zanést (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Atopický ekzém se může v průběhu času měnit, a to jak v jednotlivých ročních obdobích (například typické zhoršení v jarních a podzimních měsících a zlepšování v létě), tak i v různých věkových stádiích může ekzém být na vzestupu nebo naopak zcela vymizet (Nečas, 2011).

Výskyt atopického ekzému má stoupající tendenci (Novotný, 2009). Ačkoli přesná příčina vzniku není známá, víme, že se jedná o složitou souhru nejrůznějších vrozených, imunologických, biochemických, psychologických a klimatických mechanismů (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005). Klíčovou roli sehrává taktéž dědičnost. Podíl nejspíš nese i způsob života moderní doby. Vyšší míra znečištěného ovzduší, chemizace, umělých tkanin, nevhodného složení potravin, stresu a spoustu dalších nevhodných faktorů může souviset se vznikem atopického ekzému (Novotný, 2009).

3.1 Druhy atopického ekzému

Podle vývojových období a míst na těle, ve kterých atopický ekzém vzniká, můžeme atopický ekzém vymežit do čtyř forem (kojenecká, dětská, dospělá). Přestože jednotlivé formy mají svá specifika, může se stát, že se bude průběh nemoci u nějakého pacienta zcela vymykat (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Kojenecká forma

Kojenecká forma (ouročky) je nejčastější podobou atopického ekzému. Od druhého až šestého měsíce po narození můžeme pozorovat ekzém na tvářích a čele, odkud se může dostat na zbytek těla. Kůže je nejdříve červená a po výsevu drobných puchýřků mokvá a pokrývá se šupinkami. Dítě je neklidné a palčivé svědění narušuje dítěti spánek. Ekzém vyvolává nebo se zhoršuje zejména po kravském mléce, vejcích a citrusových plodech. K prítížení může dojít při prořezávání zoubků, infekčním onemocnění nebo při očkování. Většina dětí ztratí do dvou let svého života projevy atopického ekzému. Jestliže ekzém spontánně nevymizí, přechází do dětské formy (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Dětská forma

Do dětské formy atopického ekzému spadají malí pacienti od batolecího věku do 14 let (Novotný, 2009). Oproti kojenecké formě je dětská forma typická tím, že ekzém ustupuje z obličeje do loketních a podkoleních jamek, usazuje se na krku, zápěstí a hřbetu rukou. Kůže už nemá mokvající charakter. Stává se drsnou s ranami po škrábání. Charakteristickou se stává bledá kůže oproti tmavší kůži zbytku těla, chybějící části obočí a řas, které jsou následkem neustálého škrábání (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Onemocnění se může projevit i na psychice dětí, kdy se stávají neurotickými a náladovými, nebo naopak jsou více agresivní se sklonem k egoismu. Někdy se naučí využívat své nemoci k dosažení nějakých výhod. Je jim připisován vyšší inteligenční kvocient (Novotný, 2009). Teorii, že pacienti s atopickým ekzémem mají vyšší inteligenci, podporuje studie zaměřující se na psychologický profil pacienta s atopickým ekzémem, která zjišťuje signifikantně vyšší inteligenci u pacientů s atopickým ekzémem ve věku 16-45 oproti kontrolní skupině (White, Horne, & Varigos, 1990). Z velké části dochází u dětí ke zlepšení a samovolnému vymizení atopického ekzému (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

Forma v dospívání

V období dospívání se může stát, že dojde k novému vzplanutí nemoci v závislosti na hormonálních změnách. Nárůst obtíží s atopickým ekzémem nastává hlavně u dívek s nástupem menstruace. Rozesetí ekzému se podobá dětské formě, ale ekzém se může nově objevit i na horní části hrudníku a ramen. Dospívající taktéž zaznamenávají intenzivnější senné rýmy a obtíže s astmatickými záchvaty (Novotný, 2009). Vlasy adolescentů jsou bez lesku a může dojít k jejich řidnutí. Mezi příznaky patří absence laterální části obočí (Nečas, 2011). Adolescenti jsou díky atopickému ekzému často smutní, podráždění a vyčerpaní, což se podepisuje i na jejich duševní i tělesné produktivitě (Novotný, 2009).

Dospělá forma

Dospělá forma atopického ekzému není příliš častá. U většiny pacientů dojde k vymizení atopického ekzému ještě před dosažením dospělosti. Někomu však obtíže mohou přetrvat a někdy se stane, že atopický ekzém vypukne až v dospělém věku. Svědivost kůže je silnější než v předcházejících formách (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005). Místa vzniku ekzému jsou stejná jako při dospívající formě, ale ekzém je více ohraničen (Novotný, 2009).

U žen dochází během menstruace k zhoršení ekzému. Naopak v průběhu těhotenství je ekzém na ústupu. (Nečas, 2011). Kolem 40. nebo 50. roku můžeme pozorovat sklon k zhojení (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005).

3.2 Prevalence

Atopický ekzém může propuknout v různé míře rozsahu ve všech vývojových fázích (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2005). Pro většinu pacientů platí, že je atopický ekzém

nejhorší v prvním roce života a s přibývajícím věkem se projevy atopického ekzému mírní (Novotný, 2009). Totéž potvrzuje autor František Novotný (2009, 14), který uvádí, že: „téměř 70 % atopických dětí ztrácí projevy atopického ekzému do dvou let svého věku a dalších 10 % do devíti let.“ Dětská populace je tedy četnější, co se týče trpících atopickým ekzémem. Zatímco v dětské populaci se odhaduje okolo 13 % dětí trpících atopickým ekzémem v populaci, počet dospělých pacientů čítá okolo 2 až 3 % v populaci (Novotný, 2009).

Častěji atopickým ekzémem trpí děti narozené na podzim. V rámci pohlaví počet nemocných mírně převažuje u ženského pohlaví. Nicméně u kojenců a dětí trpících atopickým ekzémem je více zastoupeno pohlaví mužské (Nečas, 2011).

3.3 Atopický ekzém v psychosociálním kontextu

Budeme-li nahlížet na člověka pouze v tělesném nebo psychickém kontextu, jako jsme to dělali doposud, nebudeme schopni správně pochopit problematiku adolescentů s atopickým ekzémem. Následující kapitola se bude snažit propojovat všechny aspekty, které na adolescenty s atopickým ekzémem působí v různých kontextech, neboť slovy Danzera (2010, 13) „*U člověka vlastně nikdy ne onemocní primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochoří celá bio-psycho-sociální jednotka*“.

Atopický ekzém je především dán vrozenými dispozicemi k alergiím, přesto se psychologický determinant ukazuje jako důležitý faktor pro zhoršení, či zlepšení průběhu nemoci (Danzer, 2010). Z biologického hlediska se při stresu zvyšuje hladina neuropeptidů a dalších prozánětlivých cytokinů v těle, jenž mají za následek zhoršení atopického ekzému. Přičemž prohloubení špatného zdravotního stavu může zpětně působit na psychiku podnícením deprese či úzkosti. Mezi projevy deprese patří celková únava, narušená pozornost a koncentrace, ale také určité zanedbávání osobní hygieny či nedodržování režimu daným lékaři. Lidé trpícím atopickým ekzémem tak snadno zapadnou do cyklu, kdy onemocnění ovlivňuje psychický stav a psychický stav poškozuje fyzické zdraví. Celý tento proces je jádro problému psychosomatiky atopického ekzému (Tsintsadze, Beridze, Krichun, Tsivadze, Tsintsadze, & Murad, 2015).

3.3.1 Rodina

Atopický ekzém zasahuje do životů dětí, již od samého počátku. Sebepojetí dětí do tří let je utvářeno prostřednictvím vazby k rodičům. Efekt, který atopický ekzém na sebepojetí má, je ten, že rodiče, jimž se narodí dítě s atopickým ekzémem, se potýkají častěji s pocity smutku, beznaděje, viny, frustrace a vyčerpání než rodiče se zdravým dítětem. Ačkoli vazba mezi rodičem a dítětem je i nadále vnímaná jako bezpečná, pocity, se kterými se rodiče musí vypořádávat, mohou ovlivňovat chování k dítěti. Výzkumy naznačují, že depresivní nálada rodiče může souviset s negativním sebepojetím malých dětí (Chernyshov, 2016).

Rodina bývá zpravidla velmi vyčerpána, neboť kromě péče o nemocné dítě s sebou přináší řadu nepříjemných praktických problémů, jenž z běžného chodu domácnosti dělají velmi časově náročnou disciplínu. Mezi to patří například zvýšený úklid domu a frekvence praní pro co nejvyšší redukci roztočů v domácnosti. Protože atopický ekzém je většinou spojován s potravinovou alergií, je někdy nutné upravit stravu vyřazením některých potravin či aplikováním diety, což vyžaduje pravidelné vaření. Rodiče také musí být obezřetní s výběrem prádla, parfémů, mýdel a kosmetiky. Rodina je ochuzena o možnost výběru či vlastnictví domácího mazlíčka. Rovněž výběr dovolené je většinou podmíněn prostředím, jenž by byl v souladu s podmínkami, jenž vyžaduje stav nemocného dítěte. Do těchto omezení je potřeba investovat čas i peníze (Lewis-Jones, 2006).

Atopický ekzém je stejně nebo více finančně náročný než jiná chronická onemocnění. Není pro to divu, že se rodiče často potýkají s pocity frustrace, beznaděje, úzkosti, deprese, hněvu a viny (Lewis-Jones, 2006).

Spánek nemocného dítěte, rodičů i sourozenců je narušen častým škrabáním dítěte v noci (Lewis-Jones, 2006). Longitudinální studie od roku 1990-2008 nám prozrazuje, že noční probouzení, zdá se, není jen vlivem svědění, neboť kvalita spánku byla narušena i u dětí s mírnou nebo neaktivní formou atopického ekzému (Ramirez et al., 2019). Nedostatek spánku vede u dětí s atopickým ekzémem k podrážděnosti a snížené koncentraci, což ovlivňuje školní výsledky a poruchy chování (Lewis-Jones, 2006).

Chernyshov (2016) uvádí, že většina dětí je optimisticky naladěna. Přesto jsou děti s atopickým ekzémem spojovány s větším výskytem poruch chování a stresem v rodině, nežli zdravé děti (Chernyshov, 2016). To může být dáno benevolentní výchovou rodičů, jenž se u dětí s atopickým ekzémem často objevuje. Chování je kritizováno ostatními

dospělými, čímž se snižuje sebeúcta. Rizikem může být přijetí identity „vyvržence“ (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016).

3.3.2 Škola, vrstevníci, zájmy

I školní prostředí představuje pro děti s atopickým ekzémem výzvu, neboť dobrá viditelnost atopického ekzému zavdává možnost k stigmatizaci, jenž má za následek pocity nepřijetí a sociální izolaci. Někdy se stigmatizace mohou dopouštět i někteří učitelé, kteří mohou vnímat děti jako méně atraktivní (Chernyshov, 2016). Jindy se zdrojem stanou ostatní děti, které se bojí přenositelnosti atopického ekzému (Vivar & Kruse, 2018). Ačkoli poznámky o vzhledu nemusí být vždy proneseny s touhou ublížit dítěti s atopickým ekzémem, necitlivé narážení na vzhled negativně ovlivňuje sebeúctu dítěte. Děti s atopickým ekzémem se mohou stát terčem šikany. Díky zjevně nemocnému stavu pokožky, může být dítě pomluveno ze šíření nemoci, což se stává taky důvodem pro sociální vyloučení. Poškození sebeúcty a vznik úzkosti či sociální fobie pak může být přímým důsledkem takového jednání (Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2008). Z výzkumu také vyplývá, že děti a dospívající s atopickým ekzémem mají méně přátel a tráví méně času se svými přáteli, než zdraví jedinci téhož věku (Chernyshov, 2016).

Atopický ekzém připravuje také děti o možnosti sportování, protože teplo a zvýšené pocení podporuje svědivost a podráždění kůže (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016). Zároveň děti mohou odmítat chodit plavat, protože vysvlečení do plavek v nich vzbuzuje stud a stres (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010).

Navzdory tomu, že většina dětí s atopickým ekzémem bývá optimistická, vše se má změnit začátkem adolescence, kdy tělesná schránka dospívajících nabývá na hodnotě (Chernyshov, 2016).

3.3.3 Psychologické dopady

Magin (2011) vedle ideálu štíhlosti představuje ideál dokonalé kůže a poukazuje na podobnost jeho důsledků na psychologické úrovni. V minulosti bylo zjištěno, že zobrazování ideálu štíhlosti v mediích vedlo k psychologickým obtížím některých žen. Stejnou měrou jako ideál štíhlosti je zobrazován ideál dokonalé kůže. Výzkum vedl k zjištění, že ideál dokonalé kůže může být původcem psychologickým problémů u žen trpících atopickým ekzémem. U mužů nebyla nalezena souvislost mezi ideálem dokonalé kůže a psychickými obtížemi. Za psychickými obtížemi může být domněnka

dermatologicky nemocných pacientů, že špatný stav kůže je vnímán jako následek nedostatečné osobní hygieny, nesprávného stravování či špatného životního stylu (Magin, 2011).

Ideál dokonalé pleti může být jedním z mnoha faktorů, které ovlivňují dopad atopické dermatitidy na sebepojetí lidí trpících atopickým ekzémem. Pacienti s dermatologickým onemocněním se mohou potýkat s řadou psychologických komorbidit, mezi které může patřit deprese, úzkost, alexithymie, sebevražedné myšlenky a hněv. Vlivem nemoci může být narušeno sebepojetí (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010).

Studie zkoumající dopady dermatologických onemocnění na kvalitu života adolescentů upozorňuje, že účastníci (adolescenti s akné) vyjadřovali velkou nespokojenost ohledně svého vzhledu a z něj pramenící pocity studu a sociální inhibice. Tyto pocity pozitivně korelovaly s pocity smutku a s úzkostí. K překvapení výzkumníků však jejich sebepojetí, jenž bylo zkoumáno prostřednictvím dotazníku sebepojetí Piers-Harris, vycházelo v normě (Smith, 2001). Stejného výsledku se stejným dotazníkem zaznamenala studie pozorující děti s atopickým ekzémem. (Walker, Papadopoulos, Hussein, & Lipton, 2004).

Zvýšenou míru deprese a úzkosti potvrzuje výzkum, jenž uvádí, že z jejich vzorku lidí trpících atopickým ekzémem trpí rovněž 73 % úzkostí, 56,6 % depresí a 26 % depresí i úzkostí. Výzkum navíc zjistil, že častěji jsou depresí i úzkostí poznamenány ženy a mladší generace Tsintsadze, Beridze, Krichun, Tsivadze, Tsintsadze, & Murad, 2015).

Rozdíly v pohlaví byly zaznamenány také v jiných studiích. Ženy své zdraví vnímají jako více poškozené oproti mužům, kteří si udržují optimismus. Ženy také uvádí větší problémy při výběru oblečení či obuvi a větší dopad nemoci na jejich obvyklé činnosti. Sebeúcta adolescentních dívek s atopickým ekzémem byla výrazně nižší, než u adolescentů trpících stejnou nemocí (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016).

Výzkum zkoumající vztah mezi kožním onemocněním a sexualitou přinesl výsledky, které naznačují, že ačkoli místa okolo genitálií poškozena nemocí nejsou, nemoc výrazně narušila jejich intimní život. Účastníci výzkumu se cítili málo přitažliví. Nahota v nich vyvolávala pocity studu. Účastníci vykazovali v intimní oblasti snížené sebevědomí a sebeúctu a tendence k vyhýbání se intimitě (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010).

Atopický ekzém způsobuje stres prostřednictvím svých symptomů, způsobuje emoční poruchy, komplikuje využití volného času, narušuje spánek a působí obtíže ve

školní oblasti. Svými dopady snižuje kvalitu života nemocného (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Atopický ekzém patří mezi nejrozšířenější chronické nemoci moderní doby. Ačkoli je atopický ekzém nejběžnější především u kojenců a batolat, pacienty s touto nemocí lze najít téměř v každém věku. Prevalence onemocnění se navíc v průběhu věku zvyšuje (Novotný, 2009). Tím narůstá i zájem o výzkumy, které by reflektovaly dopady atopického ekzému na život pacientů.

V současnosti existuje řada studií, jež se věnují vztahu chronické nemoci a sebepojetí. Zejména u pacientů s atopickým ekzémem byla zjištěna snížená kvalita života, větší tendence k úzkosti či depresím (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016; Tsintsadze, Beridze, Krichun, Tsivadze, Tsintsadze, & Murad, 2015). Výzkumy ukazují, že projevy atopického ekzému mohou způsobit stigmatizaci vedoucí k sociální izolaci nemocných a následné újmě na sebeúctě (Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2008). Přestože se na našem území vyskytují diplomové či rigorózní práce věnující se psychosociální stránce atopického ekzému, v České republice toto téma není, dle mého názoru, dostatečně zmapováno.

Protože jsou životy pacientů denně vystavováni nejrůznějším nepříjemnostem, které jim atopický ekzém přináší, dá se předpokládat, že nemoc zasáhne jedincovo sebepojetí. Přestože některé výzkumy neprokázaly vztah mezi kožními nemocemi a sebepojetím (Smith, 2001; Walker, Papadopoulos, Hussein, & Lipton, 2004), jiné dokázaly, že atopický ekzém na sebepojetí, potažmo sebeúctu, má významný vliv (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010; Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016). S ohledem na novější výzkumy se přikláníme k názoru, že atopický ekzém má negativní dopad na sebepojetí. Cílem praktické části bakalářské práce s využitím Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 je prokázat, zda má atopický ekzém negativní dopad na sebepojetí adolescenta, či nikoli.

5 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY A FORMULACE HYPOTÉZ

V rámci teoretické části jsme se seznámili s problematikou atopického ekzému a jeho možných důsledcích na sebepojetí. Z těchto poznatků jsme sestavili několik předpokladů, na základě kterých jsme stanovili výzkumné hypotézy.

Předpokládáme, že adolescenti s atopickým ekzémem budou disponovat negativnějším sebepojetím než zdraví adolescenti.

H1: Experimentální skupina dosahuje nižšího celkového skóru (TOT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Předikujeme, že nemocným adolescentům, s ohledem na jejich zátěž v podobě atopického ekzému, bude dělat větší potíže přizpůsobit se.

H2: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Přizpůsobivost (BEH) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Dále se domníváme, že potíže se spánkem, stresem a hrozící stigmatizace a šikana spojené s atopickým ekzémem ovlivní adolescentovo vnímání školního úspěchu a školního postavení.

H3: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Atopický ekzém velice pravděpodobně negativně působí na sebeúctu adolescenta v oblasti vnímání vlastního těla, jelikož je v rozporu se současným ideálem krásy.

H4: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Studie pojednávající o zvýšené depresi a úzkosti u pacientů s atopickým ekzémem mohou posloužit jako dobrý argument v premise, že adolescenti s atopickým ekzémem mají sníženou toleranci vůči úzkosti a jejich nemoc znesnadňuje šance na spokojený život.

H5: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

H6: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Adolescenti s atopickým ekzémem se pro svůj vzhled mohou stát terčem šikany. Podobně stereotyp „co je krásné je dobré“ může být příčinou menší oblíbenosti jedinců s atopickým ekzémem ve společnosti.

H7: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Dále se pokusíme prozkoumat vztah mezi pohlavím a sebepojetím. V souladu s literaturou se domníváme, že dívky budou mít negativnější sebepojetí než chlapci, významný rozdíl může být nalezen v subškále Fyzický zjev a vlastnosti.

H8: Dívky dosahují v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 nižšího celkového skóru než chlapci.

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu, který byl naplněn formou dotazníkového šetření. Jako adekvátní dotazník byl vybrán Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2, jenž byl v obdobných výzkumech často využíván. Dotazník byl administrován celkem 62 adolescentům.

6.1 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů (zkráceně PHSCS-2) je velmi užitečný sebesuzující nástroj, sloužící k hodnocení sebepojetí dětí a adolescentů. Použitý dotazník je zrevidovanou verzí původní škály sebepojetí dětí Piers-Harris z roku 1963, jejichž autory jsou Ellen V. Piersová a David S. Herzberg (Obereignerů et al., 2015).

Autoři vychází z předpokladu, že sebepojetí je poměrně stabilní útvar, jenž nelze pozorovat přímo, neboť vychází z vlastního hodnocení jedince, jehož sebepojetí je zkoumáno. Toho hodnocení vychází ze subjektivní důležitosti více, či méně specifických aspektů vytvářející hierarchii sebepojetí. Úspěch, či neúspěch v důležitých aspektech sebepojetí, může poznamenat celkové sebepojetí jedince. Jako inspirace pro vytvoření původní škály sebepojetí Piers-Harris posloužila práce Jersida, jenž reflektoval aspekty, které na sobě děti mají a nemají rády (Obereignerů et al., 2015).

V této práci byla použita česká verze Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2, o jejíž vytvoření se zasadil především Radko Obereignerů. Z dotazníku se můžeme dozvědět buďto celkové skóre (TOT), jenž hodnotí celkové sebepojetí dítěte, nebo skóry pro jednotlivé subškály, kterými je dotazník tvořen. Subškály jsou pojmenovány jako Přízpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev a vlastnosti (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularita (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP). Dotazník představuje 60 tvrzení, na které respondent odpovídá formou ANO/NE podle toho, jak jej dané tvrzení vystihuje. Každá položka sytí jednu nebo více subškál. Dotazník

umožňuje díky subškálám komplexněji popsat jedincovo sebepojetí a snadněji odhalit, ve kterých oblastech hrozí potencionální deficit (Obereignerů et al., 2015).

Stručné popisy jednotlivých subškál a typické položky shrnuje tabulka 1.

Tab. 1: Subškály a ukázkové položky dotazníku PHCSCS-2

Subškála	Popis subškály a ukázka položek	α
Přizpůsobivost	Subškála pozoruje přiznání, či popření objektivně problematického chování. Nadprůměrné a průměrné skóre značí, že jedinci se vnímají jako dobře vychovaní. - „Často dělám, co se nemá“. - „Naše rodina má se mnou potíže“	0,77
Intelektové a školní postavení	Subškála zaznamenává, jak respondenti vnímají svůj intelekt, jaký mají vztah ke škole, a zkoumá jedincovi ambice. - „Jsem chytrý/á“ - „Až vyrostu, budu významná osobnost“	0,74
Fyzický zjev a vlastnosti	Subškála vyjadřuje vztah jedince k vlastnímu tělu a reflektuje schopnosti jako například vůdcovství. - „Vypadám dobře“ - „Při hře a sportu jsem vůdčí postava“	0,79
Nepodléhání úzkosti	Položky sytící tuto subškálu obsahují pocity smutku, nervozity, strachu. Subškála je oproti ostatním citlivější na vážné psychické poruchy. - „Často se bojím“ - „Často jsem smutná“	0,82
Popularita	Subškála pozoruje vnímanou popularitu, kvalitu přátelství, vztahy s vrstevníky a míru přijetí, nebo izolace. - „Jsem neoblíbený/á“ - „Obtížně si hledám kamarády“	0,77
Štěstí a spokojenost	Subškála se soustředí na vnímané pocity štěstí a spokojenosti s prožívaným životem. Subškála upozorňuje na možné psychické poruchy. „Jsem šťastný člověk“ „Mám štěstí“	0,80

Pozn.: Koeficienty reliability (Crobachova alfa) jsou čerpány z české příručky k dotazníku PHCSCS-2 (Obereignerů, et al., 2015).

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

7.1 Proces sběru dat

Před samotným sběrem dat byla stanovena kritéria pro účast ve výzkumu a byly klasifikovány dvě skupiny účastníků, jenž plnily úlohy experimentální a kontrolní skupiny. Pro začlenění do výzkumu museli všichni účastníci splnit věkové kritérium, které bylo stanoveno na adolescenty od 13 do 18 let. Pro zařazení do experimentální skupiny navíc respondentům musel být diagnostikován atopický ekzém. Rozsah onemocnění nebyl přítom brán v potaz.

S prosbou o pomoc při sběru dat pro experimentální skupinu jsem se obrátila na nemocnice a samotné lékaře v okresech Olomouc a Svitavy. Oslovovala jsem pediatry a dermatology prostřednictvím e-mailu, kde jsem jim vysvětlila podrobnosti výzkumu. Většina lékařů na e-mail nereagovala, nebo po informační schůzce nebyla ochotna se do výzkumu zapojit. Přesto se našli čtyři lékaři, kteří byli ochotní pomoci mi s výzkumem a administrovat dotazníky pacientům, kteří splňovali podmínky pro zařazení experimentální skupiny. Ačkoli lékaři souhlasili s pomocí při sběru dat a poctivě mě informovali o jeho průběhu, návratnost vyplněných dotazníků byla velmi nízká. Hlavním důvodem pro tak nízkou návratnost byl požadovaný věk pacientů, neboť naprostá většina pacientů s atopickým ekzémem se pohybuje ve věku kojenců a batolat nebo dětí do 9 let (Novotný, 2009). Sběr dat tedy probíhal nepravděpodobností metodou záměrného výběru přes instituce.

Zároveň jsem požádala svou rodinu a známé trpící atopickým ekzémem o vyplnění dotazníku a o jejich pomoc s hledáním dalších respondentů. Z části jsou tedy data nasbírána i metodou sněhové koule. Data byla sbírána po dobu pěti měsíců (09.2019-01.2020).

Rovněž kontrolní skupina byla nasbírána metodou záměrného výběru přes instituce, kdy byly dotazníky rozdány dětem na základní škole na Vsetíně a metodou sněhové koule

skrze známé a jejich příbuzné. Kontrolní skupina tak byla sbírána v okolí Vsetína, Svitav a Chomutova.

Všem respondentům byl předkládán současně Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 v papírové podobě a informovaný souhlas, který pro zařazení do experimentu museli vyplnit buďto samotní zletilí respondenti, nebo rodiče, v případě nedosažení plnoletosti respondenta.

Bohužel nebylo možné zajistit všem respondentům stejné podmínky pro vyplňování dotazníků. Někteří respondenti vyplňovali dotazník v čekárnách v nemocnicích, zatímco jiní doma. Rovněž administrace dotazníku probíhala z úst jak mé osoby, tak i různých lékařů, což mohlo zkreslit výsledky dotazníku.

Výsledky byly přepsány do programu Microsoft Excel 2016 a dále zpracovány v programu Statistica 13.

7.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá z 62 adolescentů ve věku 13 až 18 let. Účastníci byli tázáni na věk a pohlaví. V rámci výzkumu nebyly zjišťovány jiné demografické údaje. Průměrný věk adolescentů byl 15,08 let se směrodatnou odchylkou 1,81. Tyto údaje přehledně zobrazuje tabulka 2.

Tab. 2: Deskriptivní charakteristiky celkového souboru (n=62) mužů a žen z hlediska věku

Pohlaví	Počet	Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Ženy	44	15,07	1,87	13	18
Muži	18	15,11	1,71	13	18
Celkem	62	15,08	1,81	13	18

Můžeme si povšimnout, že ženy tvoří majoritní část souboru. Přestože jsme se snažili o vyrovnanější počty respondentů co se týče pohlaví, ženy projevíly daleko větší ochotu při vyplňování dotazníku. Muži daleko častěji odmítli podílet se na výzkumu poté, co jim byl oznámen rozsah dotazníku. Soubor tvoří dvě stejně velké skupiny, jenž plní úlohu experimentální a kontrolní skupiny.

Experimentální skupinu tvoří adolescenti, jimž byl diagnostikován atopický ekzém. 18 z nich tvořilo pacienty dermatologických pracovišť v Olomouci. Zbýlých 13

adolescentů bylo sbíráno metodou sněhové koule v okresech Svitavy a Brno. V tabulce 3 jsou zobrazeny deskriptivní údaje experimentální skupiny.

Tab. 3: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen v experimentální skupině (n=31) z hlediska věku

Pohlaví	Počet	Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Ženy	22	15,64	2,19	13	18
Muži	9	15,44	1,88	13	18
Celkem	31	15,58	2,08	13	18

Kontrolní skupina byla sbírána mezi žáky prvního ročníku gymnázia v Chomutově, osmého ročníku na základní škole na Vsetíně a metodou sněhové koule v okrese Svitavy. Do kontrolní skupiny byli vybíráni adolescenti, jenž netrpí atopickým ekzémem. Ačkoli je tato skupina brána jako zdravá a byla vybírána podle domnělého zdraví, není vyloučeno, že některé děti nějakou nemocí netrpí, neboť v dotazníku na tyto údaje nebyla položka, která by tuto skutečnost zohlednila. Tabulka 4 shrnuje popisné údaje kontrolní skupiny.

Tab. 4: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen v kontrolní skupině (n=31) z hlediska věku

Pohlaví	Počet	Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Ženy	22	14,5	1,3	13	16
Muži	9	14,78	1,56	13	18
Celkem	31	14,58	1,36	13	18

7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Respondenti obdrželi spolu s dotazníkem informovaný souhlas s informacemi o účelu výzkumu a kontaktními údaji na mou osobu, bez jehož vyplnění nebyl dotazník zahrnut do výzkumu.

Informovaný souhlas vyplňovali buďto samotní zletilí respondenti, nebo zákonní zástupci nezletilých adolescentů. Ačkoli dotazník byl anonymní, vzhledem k informovanému souhlasu nebylo možné zajistit úplnou anonymitu. Přesto eventuální zpětné propojení dotazníku a informovaného souhlasu u většiny respondentů není uskutečnitelné. Nicméně i tak považujeme obsah dotazníku za velmi citlivé údaje, i proto byla respondentům přislíbena ochrana soukromí a užití dat pouze k účelům výzkumu.

Respondentům byl dotazník představen jako dotazník sebepojetí. Nedošlo tudíž ke klamání. Účastníci za zapojení do výzkumu nedostali žádnou finanční ani materiální odměnu.

8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

8.1 Práce s daty a jejich analýza

Data byla přepsána do počítačové podoby do programu Microsoft Excel 2016, v němž byl z dat sumací získán hrubý skór celkového výsledku sebepojetí TOT. Stejným způsobem byly z dat vyprodukovány hrubé skóry pro jednotlivé subškály (BEH, INT, PHY, FRE, POP, HAP). Před dalšími výpočty jsme převedli hrubé skóry na t-skóry, s nimiž jsme nadále pracovali v programu Statistica 13.

V rámci programu Statistica 13 byla data zobrazena formou histogramu za účelem zjištění normality souboru. Data už od pohledu nepřipomínala normální rozdělení. Potvrzení přinesl Shapirův-Wilkův test, jehož p-hodnota nabývala menší hodnoty, než stanovená 0,05. Z důvodu absence normálního rozdělení jsme se uchýlili k využití testu neparametrických hypotéz. Konkrétně Mannův-Whitneyův U-test, který jsme použili k testování všech hypotéz s pětiprocentní hladinou významnosti.

8.2 Ověření psychometrické kvality PHCSCS-2

Abychom výsledky mohli považovat za věrohodné, rozhodli jsme se měření podrobit výpočtům reliability, abychom měli jistotu, že test měřil správně. Na měřeních jsme provedli výpočty reliability vnitřní konzistence, jejíž údaje uvádíme v koeficientu Cronbachova alfa. Cronbachova alfa byla vyčíslena na 0,87, jenž je brána jako uspokojivá a podobná v porovnání s hodnotou 0,84 udávanou v příručce (Obereignerů et al., 2015).

8.3 Výsledky testování hypotéz

V rámci této kapitoly vám budou postupně představeny jednotlivé hypotézy i s jejich výsledky. Jak již bylo řečeno v předešlé kapitole, nebylo prokázáno normální rozdělení dat. Z toho důvodu jsme se na všechny hypotézy rozhodli aplikovat Mannův-Whitneyův U-test. Hypotézy byly ověřovány s pětiprocentní hladinou významnosti.

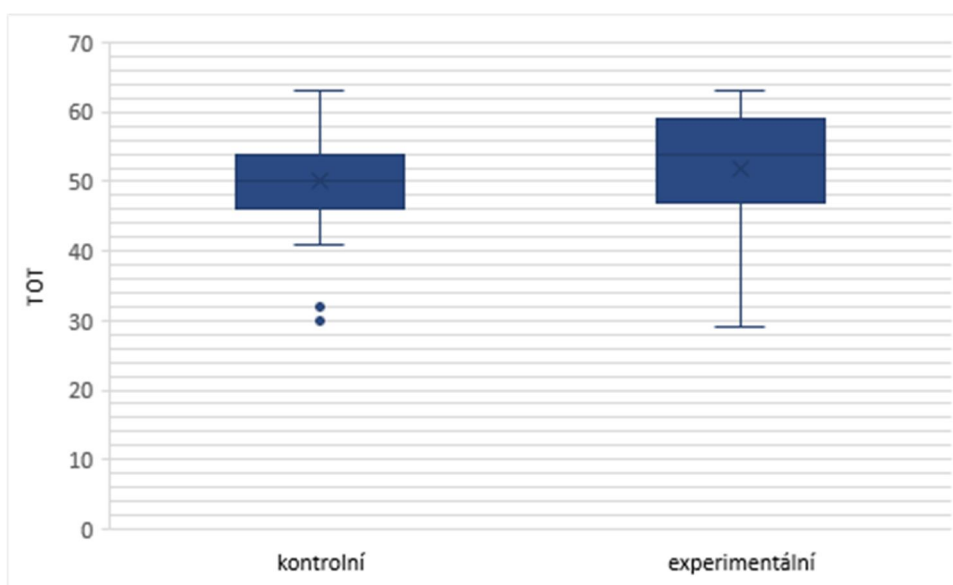
8.3.1 Testování hlavních hypotéz

H1: Experimentální skupina dosahuje nižšího celkového skóru (TOT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers – Harris 2 než kontrolní skupina.

Tato hypotéza je ústředním příspěvkem k tématu bakalářské práce. Pro její ověření jsme pracovali s t-skórem TOT, jenž je centrálním výsledkem dotazníku PHCSCS-2, jelikož zpracovává celý obsah toho nástroje. Pro přijetí či vyvrácení této hypotézy jsme hledali rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou, přičemž počet lidí v každé skupině se rovnal 31. Mannův-Whitneův U-test neprokázal mezi skupinami statistický významný rozdíl, $U = 380,5$; $p = 0,08$; $AUC = 0,6$.

Nulovou hypotézu jsme ověřili, ale nelze ji přijmout, k alternativní hypotéze se nelze vyjádřit. Výsledky celkového skóru (TOT) podle skupin přehledně zachycuje graf 1.

Graf 1: Výsledky celkového skóru (TOT) podle skupin (celkové $n=62$, kontrolní sk. $n=31$, experimentální sk. $n=31$)



V následujících hypotézách se zaměříme na to, jak adolescenti s atopickým ekzémem skórují v dotazníku PHCSCS-2, oproti zdravým jedincům v dílčích subškálách toho nástroje.

H2: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Přizpůsobivost (BEH) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Statistický test nenašel v subškále Přizpůsobivost (BEH) signifikantní rozdíl mezi adolescenty s atopickým ekzémem a adolescenty bez atopického ekzému,

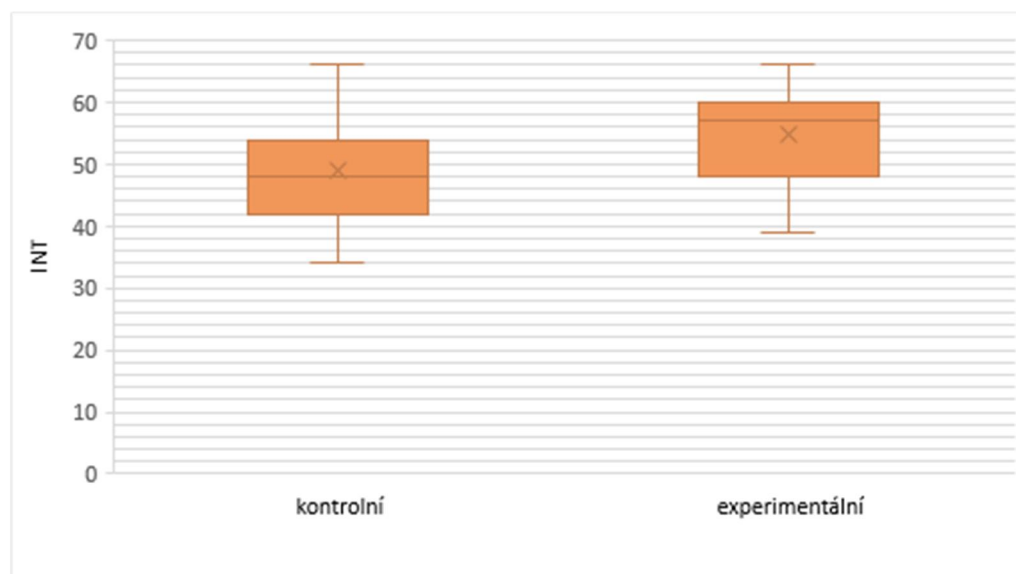
$U = 420,5$; $p=0,2$; $AUC = 0,56$. **Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout a alternativní nepřijímáme.**

H3: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Intelektové a školní postavení (INT) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

V hypotéze číslo 3 se setkáváme s případem, kdy statistický test vyhodnotil signifikantní rozdíl mezi adolescenty s atopickým ekzémem a adolescenty bez atopického ekzému v subškále Intelektové a školní postavení (INT), nicméně v opačném směru, než je námi stanovená hypotéza. Číselné charakteristiky testu jsou $U = 297$; $p = 0,005$; $AUC = 0,69$. Možným příčinám vzniklého jevu se budeme více věnovat v diskuzi.

Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme. Graf 2 vykresluje skórování jedinců dle skupin v subškále Intelektové a školní postavení.

Graf 2: Výsledky podle skupin (celkové $n=62$, kontrolní sk. $n=31$, experimentální sk. $n=31$) v subškále Intelektové a školní postavení (INT)



H4: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

V souboru, navzdory očekáváním, nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou v subškále Fyzický zjev a vlastnosti (PHY), $U = 412$; $p=0,17$; $AUC=0,57$. **Nulovou hypotézu nezamítáme, k alternativní se nemůžeme vyjádřit.**

H5: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Mannův-Whitneův U-test neprokázal mezi skupinami statistický významný rozdíl, $U=433,5$; $p=0,255$; $AUC=0,548$. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nemůžeme přijmout.**

H6: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Statistický test neprokázal významný statistický rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) s hodnotami $U=467,5$; $p=0,43$ a $AUC=0,51$. **Nulovou hypotézu nezamítáme, k alternativní se nelze vyjádřit.**

H7: Experimentální skupina dosahuje nižšího skóru v subškále Popularita (POP) v Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 než kontrolní skupina.

Mezi kontrolní a experimentální skupinou prostřednictvím statistického testu nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou v subškále Popularita (POP), $U=421,5$; $p=0,2$; $AUC=0,56$. **Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout a alternativní nelze přijmout.**

8.3.2 Testování vedlejší hypotézy

Poslední hypotéza byla směřována na rozdíl v sebepojetí mezi muži a ženami. Protože tento výzkum je primárně věnován sebepojetí adolescentů s chronickým onemocněním, nebude následující hypotéza rozčleněna na hypotézy subškál, jako tomu bylo v předešlé kapitole. Přesto v rámci explorační studie zde budou vloženy poznatky z jednotlivých subškál, o jejichž poznání bychom čtenáře nechtěli ochudit.

H8: Dívky dosahují v dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 nižšího celkového skóru než chlapci.

Hypotéza byla ověřována na souboru 18 mužů a 44 žen. Mannův-Whitneův U-test nenalezl signifikantní rozdíl mezi výsledky celkového skóru (TOT) mezi mužskými a ženskými účastníky výzkumu, $U= 307,5$; $p=0,09$; $AUC=0,61$. **Nulovou hypotézu proto nezamítáme a k alternativní se nemůžeme vyjádřit.**

Ačkoli mezi pohlavím nebyl nalezen signifikantní rozdíl, pokud se zaměříme na jednotlivé subškály dotazníku, zjistíme, že hned ve třech subškálách dívky skórují signifikantně níže nežli chlapci. Jedná se o subškálu Fyzický zjev a vlastnosti (PHY),

Nepodléhání úzkosti (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP). Přehled subškál a jejich výsledků naleznete v tabulce 5. Signifikantní p-hodnoty jsou vyznačeny červeně.

Tab. 5: *Výsledky subškál dle pohlaví (ženy n=44, muži n=18)*

Subškála	U	p-hodnota	AUC
BEH	349,5	0,23	0,56
INT	374	0,37	0,53
PHY	262,5	0,02	0,67
FRE	263	0,02	0,67
POP	392	0,45	0,51
HAP	286	0,04	0,64

Pozn.: Sloupec U obsahuje hodnota testové statistiky Mannova-Whitneova U-testu, p-hodnota značí míru pravděpodobnosti a AUC určuje míru účinku Mannova-Whitneova U-testu.

9 DISKUZE

Tato práce se zabývala vztahem mezi sebepojetím a atopickým ekzémem. Postupně vám budou představeny výsledky našeho výzkumu v kontextu s ostatními studiiemi a možnými vysvětleními. V neposlední řadě upozorníme na limity, jež náš výzkum provází.

Hlavním cílem práce bylo objasnit, zda má atopický ekzém negativní dopad na sebepojetí adolescentů. Za tímto cílem stála myšlenka pocházející z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, jež k člověku přistupuje holisticky, připouštějíc si propojenost různých složek osobnosti. Že nemoc chronického charakteru, jako je atopický ekzém, bude mít přesah do ostatních složek osobnosti, bylo základním předpokladem našeho výzkumu. Tento předpoklad podporovaly studie, které nás informovaly o větší tendenci k psychologickým komorbiditách u pacientů s atopickým ekzémem (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010) a snížené kvalitě života (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016).

Nutno dodat, že na jedince s atopickým ekzémem zřejmě působí i sociální faktor, který prostřednictvím ideálu krásy ovlivňuje vnímání sama sebe. Ideál dokonalé pleti má přímý vztah k degradaci sebeúcty pacientů s atopickým ekzémem, zvláštní pokles sebeúcty je vnímán v především v intimní oblasti (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010).

Proto není překvapením, že některé studie uvádějí, že pacienti s atopickým ekzémem častěji vykazují známky negativního sebepojetí, nežli zdraví jedinci (Magin, Heading, Adams, & Pond, 2010; Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016). Navzdory tomuto přesvědčení stojí výzkumy, jejichž výsledky neprokázaly vztah mezi atopickým ekzémem a sebepojetím (Smith, 2001; Walker, Papadopoulos, Hussein, & Lipton, 2004). Na rozporech výzkumů byla vytvořena **H1**, v které se přikláníme k názoru, že atopický ekzém má negativní dopad na sebepojetí.

V našem výzkumu nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou. Faktor, který dle našeho názoru mohl ovlivnit výsledky je rozsah onemocnění, který v rámci výzkumu nebyl brán v potaz a který může být velmi malý. Většina dětí se zbaví projevů atopického ekzému do devíti let (Novotný, 2009). Proto předpokládáme, že ačkoli v adolescenci se atopický ekzém ještě může prezentovat,

průběh onemocnění už může být velmi mírný. Navíc se v rámci onemocnění střídají období vzplanutí a klidu. Je tedy možné, že jedinci s atopickým ekzémem zrovna neprožívali akutní fázi onemocnění a vliv na život jedince či na jeho sebepojetí tedy nemusí být tak zásadní, jak předpokládáme. Svou roli také může sehrát to, že atopickým ekzémem děti většinou trpí od narození. LeBlan, Goldsmith, & Patel (2003) poukazují, že děti, které se s chronickým onemocněním narodily, zažívají menší psychosociální dopad nemoci nežli děti, které chronicky onemocněly později.

Naše výsledky jsou v souladu se studiemi z roku 2001,2004. Autoři těchto výzkumů využívají původní nezrevidovanou formu Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHSCS-2). Někteří autoři vyjádřili obavy o správné volbě nástroje. Podle nich, je možné, že nástroj není dostatečně citlivý, a proto nenašel mezi skupinami signifikantní rozdíl (Smith, 2001). Tuto domněnku by mohl potvrdit i fakt, že mnoho studií zkoumající chronické onemocnění tímto diagnostickým nástrojem nepotvrdilo negativnější sebepojetí (Obereignerů et al., 2015). Z toho důvodu litujeme, že jsme sebepojetí zkoumali pouze pomocí jednoho diagnostického nástroje a nemůžeme své výsledky podepřít jiným nástrojem zkoumající sebepojetí.

Základním východiskem z našeho výzkumu je zjištění, že atopický ekzém nemá negativní dopad na sebepojetí adolescentů. Přestože nás původně zajímalo celkové sebepojetí účastníků výzkumu, využili jsme možnosti dotazníku PHSCS-2 k prostudování jednotlivých subškál, na jejichž základech stojí **H2-H7**.

H2 byla postavena na poznatcích z pročtené literatury týkající se většího výskytu poruch chování u dětí s atopickým ekzémem (Chernyshov, 2016). Poruchy chování mohou souviset s nedostatkem kvalitního spánku, jenž je pro pacienty s atopickým ekzémem typický (Lewis-Jones, 2006). Za poruchami chování rovněž může stát hyperprotektivní výchova, ke které rodiče dětí s atopickým ekzémem často tíhnou (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016). Subškála Přizpůsobivost se zaměřuje právě na problematiku chování. V našem souboru nicméně nebyl odhalen signifikantní rozdíl mezi adolescenty s atopickým ekzémem a kontrolní skupinou. Výzkumnice se domnívá, že ačkoli výzkumy hovoří o zvýšeném riziku poruch chování u dětí s atopickým ekzémem, většina dětí musí vykazovat velkou disciplinovanost v rámci dodržování léčby, které obnáší obdivuhodné sebezapření v případě dodržování různých diet a medikace, což samo o sobě může vlastní vnímání posunout pozitivním směrem k normě.

Při stanovování hypotéz **H3** zkoumající subškálu Intelktové a školní postavení (INT) a **H7** zkoumající subškálu Popularita (POP) jsme stavěli na výzkumech prokazující stigmatizaci dětí s atopickým ekzémem vedoucí někdy až k šikaně (Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2008). Výzkumy také ukazují, že učitelé děti s atopickým ekzémem vnímají jako méně populární (Chernyshov, 2016). Tyto výzkumy naznačují spíše sociální izolaci jedinců než bezproblémové zařazení do kolektivu. Prospěch dítěte může být vlivem stresu z nemoci nebo nedostatkem spánku narušen (Lewis-Jones, 2006). Proto **H3** mluvila v rámci subškály Intelktové a školní postavení v negativním směru pro sebepojetí respondentů s atopickým ekzémem.

K našemu překvapení se potvrdil signifikantní rozdíl ve prospěch atopických dětí. Již v teoretické části bylo řečeno, že děti i dospělí s atopickým ekzémem mají v průměru vyšší IQ (White, Horne, & Varigos, 1990; Novotný, 2009). Zdá se, že tento faktor působí na sebepojetí jedince daleko významněji, než sociální izolace a narušená koncentrace, s níž se mohou adolescenti s atopickým ekzémem potýkat.

Že se adolescenti s atopickým ekzémem nepotýkají s pocity neoblíbenosti výrazně více, nežli kontrolní skupina potvrdilo testování **H7**, která zkoumala subškálu Popularita. Tím se rovněž vysvětlují výsledky **H3**, jejichž negativní prognóza se částečně opírala o popularitu ve školním kolektivu. Můžeme se domnívat, že adolescenti s atopickým ekzémem v našem souboru nejsou obětí stigmatizace na základě vzhledu.

Tělesný vzhled byl blíže prozkoumán v **H4** v subškále Tělesný zjev a vlastnosti. Základní premisou pro stanovení **H4** se stal současně působící ideál krásy. Tělo tvoří jednu z nejdůležitějších částí sebepojetí (Fialová, 2001). Význam těla je ještě více umocněn v období adolescence, kdy zaměření se na něj může mít až narcistní povahu (Vágnerová, 2000). Pokud je ideál krásy příliš vzdálen od vnímané postavy jedince, může docházet k silným stavům úzkosti. Tato diskrepance může ovlivnit nejenom složku tělesného sebepojetí, ale sebepojetí v celém jeho rozsahu (Fialová & Krch, 2012). Tyto poznatky jsou v souladu se studií pozorující dermatologické pacienty, jenž představuje ideál dokonalé kůže a jeho negativní dopady na psychiku dermatologicky nemocných žen (Magin, 2011). Na této bázi jsme zkonstruovali hypotézu, která predikuje významný rozdíl v tělesném sebepojetí mezi adolescenty s atopickým ekzémem a kontrolní skupinou. Z výsledků je však patrné, že se skupiny v tělesném pojetí statisticky neliší. Soudíme, že ačkoli respondenti s atopickým ekzémem mají objektivní důvod k úzkosti ze svého

vzhledu, řada adolescentů trpí na akné či jsou senzitivní a kritičtí k jiným aspektům své postavy.

Subškály Nepodléhání úzkosti (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP) byly zkoumány v **H5** a **H6**. Opěrným bodem při zhotovování hypotéz se nám stal výzkum, jenž dokládá častý výskyt depresí (73 %) a úzkostí (56,6 %) u pacientů s atopickým ekzémem Tsintsadze, Beridze, Krichun, Tsivadze, Tsintsadze, & Murad, 2015). Naše výsledky jsou však s touto studií v rozporu, neboť mezi adolescenty s atopickým ekzémem a kontrolní skupinou nebyl nalezen signifikantní rozdíl v subškálách Nepodléhání úzkostí (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP).

Poslední hypotéza se zaměřovala na rozdíly v sebepojetí mezi pohlavím, ve které jsme předpokládali, že dívky budou mít negativnější sebepojetí nežli chlapci. Náš výzkum tento předpoklad nepotvrdil. Poukázal však na rozdíly v pohlaví mezi jednotlivými subškálami. Dívky prokázaly signifikantně negativnější sebepojetí v subškále Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP). Náš výzkum tedy vyšel v souladu se studií zabývající se tělesným sebepojetím, jejíž poznatky mluví o větší nespokojenosti žen v oblasti svého vzhledu. (Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe, & Ricciardelli, 2010). Rovněž výsledky v subškále Nepodléhání úzkosti jsou v jednotě s předešlými výzkumy, u nichž se zdá, že chlapci mají obecně nižší tendence vykazovat známky úzkosti (Obereignerů et al., 2015). Rozpory s výzkumy jsme tedy našli jen v subškále Štěstí a spokojenost.

Je zde na místě zmínit limity, jenž náš výzkum provázejí. Náš výzkum byl prováděn na poměrně malém souboru lidí (n=62), přičemž chlapci (n=18) jsou ve výrazném nepoměru vůči dívkám (n=44). Taktéž využití nepravděpodobnostní metody záměrného výběru přes instituci a metody sněhové koule výrazně narušuje reprezentativnost souboru.

Výsledky mohla zkreslit různorodost administrátorů, jenž dotazník zadávali. Také podmínky, při nichž respondenti dotazníky vyplňovali, byly různé (někteří respondenti vyplňovali dotazník doma, jiní v čekárnách nemocnic).

Dalším nedostatkem výzkumu je absence otázky na jiná onemocnění a rozsah onemocnění. Pokud by respondenti v kontrolní skupině trpěli jiným chronickým onemocněním, nejspíše by tato skutečnost ovlivnila výsledky celého výzkumu. Její nezařazení do dotazníku považujeme za zásadní chybu. Výzkumnice se rovněž domnívá,

že pokud by otázka na rozsah onemocnění byla zakomponována do dotazníku, významně by pomohla při interpretaci výsledků.

10 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala vztahem mezi atopickým ekzémem a sebedojetím. Z výzkumné části práce vyplynuly následující poznatky:

- Atopický ekzém nemá negativní dopad na sebedojetí adolescentů.
- V žádné subškále adolescenti s atopickým ekzémem neskórovali signifikantně níže než adolescenti bez atopického ekzému.
- V subškále Intelektové a školní postavení (INT) adolescenti s atopickým ekzémem skórovali signifikantně výše než adolescenti bez atopického ekzému.
- Nebyly pozorovány rozdíly v celkovém sebedojetí (TOT) mezi dívkami a chlapci.
- Dívky skórovaly v subškálách Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP) signifikantně níže oproti chlapcům.

11 SOUHRN

Naše bakalářská práce se zabývala konceptem sebepojetí, který jsme zkoumali v kontextu adolescentů s atopickým ekzémem. Zajímalo nás, do jaké míry onemocnění chronického charakteru jako je atopický ekzém, může ovlivňovat život nemocného a zda svými dopady ovlivní vnímání sebe sama. Jako výzkumný soubor byla vybrána populace adolescentů pro svůj předpoklad zvýšené sebereflexe a zájem o své tělo, jenž u pacientů s atopickým ekzémem může nabýt negativního charakteru. Teoretická část bakalářské práce se skládá ze tří kapitol – Sebepečetí, Zdraví a nemoc, Atopický ekzém.

V první kapitole se věnujeme vymezení pojmu sebepečetí. Protože je sebepečetí poměrně složitý koncept, vžilo se rozdělování sebepečetí do tří aspektů, podle nichž jsou dále popisovány. Jedná se o aspekt kognitivní, afektivní a volní. Dále uvádíme úlohy a mechanismy sebepečetí, které vysvětlujeme podle Greenwaldova (1998) „totalitního ega“. V rámci obrany sebepečetí rovněž zmiňujeme důležitost obranných mechanismů. Jedna podkapitola je také věnovaná tělesnému sebepečetí. Tělesné sebepečetí může nemoc výrazně poškodit, jelikož jedním z kritérií pro jeho hodnocení je právě zdraví (Fialová, 2001). Tělesnému sebepečetí přikládán velký význam v adolescenci. Vývoj sebepečetí a adolescence jsou popsány v dalších podkapitolách.

V druhé kapitole stručně definujeme pojem zdraví a pojem nemoc. Podstatou této kapitoly bylo popsat specifika chronické nemoci. Pro lepší orientaci v problému byly do textu zařazeny výzkumy týkající se různých chronických onemocnění. Ústředním poznatkem, je zjištění, že chronická nemoc může velmi ovlivňovat jedincovo sebepečetí (Křivohlavý, 2002). Rovněž se zabýváme tím, jak chronická nemoc ovlivňuje život adolescentů. Zde se dozvídáme, že nemoc může zasahovat do sociálních vztahů, školní docházky a prospěchu (LeBlan, Goldsmith, & Patel, 2003). Adolescenti daleko častěji také trpí nějakou psychologickou komorbiditou (d'Emden, McDermott, Poulson, & McGahan, 2018). Významnou roli ve zvládnání nemoci a podpoře zdravého sebepečetí hraje rodinná a vrstevnická podpora (Ahn & Lee, 2016; Oris et al., 2016).

Ve třetí kapitole charakterizujeme Atopický ekzém, jeho prevenci, druhy a prevalenci. Mimo tělesné projevy jsme se zaměřili na sociální a psychologické dopady, jimiž atopický ekzém disponuje. V následujících podkapitolách shrnujeme, jaký vliv má atopický ekzém na rodinu nemocného, školní prostředí, koníčky, vrstevníky. Výzkumy však vesměs mluví o negativním vlivu atopického ekzému jak na sociální interakce, tak na psychiku nemocného.

Cílem praktické části bylo zjistit pomocí Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2, zda má atopický ekzém negativní dopad na sebepojetí adolescentů. K dispozici jsme měli soubor 62 adolescentů, z nichž 31 adolescentů trpělo atopickým ekzémem a 31 adolescentů tvořilo kontrolní skupinu. Dotazníky byly předkládány v papírové podobě i s informovaným souhlasem pro zletilé účastníky, či pro rodiče nezletilých účastníků. Sběr dat probíhal nepravděpodobnostními metodami – metodou záměrného výběru přes instituce a metodou sněhové koule. Data byla převedena do programu Microsoft Excel 2016, ve kterém byla dále zpracovávána. V rámci ověření kvality nástroje jsme ze získaných dat vypočítali reliabilitu, jenž nám vyšla uspokojivá.

Pro náš výzkum jsme formulovali 7 hypotéz. Z nich se 6 zabývá rozdíly mezi adolescenty s atopickým ekzémem a kontrolní skupinou v celkovém skóru sebepojetí, či ve skórech v jednotlivých subškálách. Poslední hypotéza se zabývá rozdílem v sebepojetí mezi dívkami a chlapci. Hypotézy byly ověřovány pomocí Mann-Whitneyova U-testu v programu Statistica 13.

Náš výzkum neprokázal, že by atopický ekzém svými dopady narušoval sebepojetí. Adolescenti s atopickým ekzémem ani v jedné subškále neskórovali signifikantně níže než kontrolní skupina. Dokonce adolescenti s atopickým ekzémem v subškále Intelektové a školní postavení (INT) skórovali signifikantně výše. Mezi chlapci a děvčaty nebyl nalezen signifikantní rozdíl v celkovém skóru sebepojetí (TOT). Rozdíly jsme však mohly pozorovat v jednotlivých subškálách. Dívky skórovaly signifikantně níže než chlapci v subškálách Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE) a Štěstí a spokojenost (HAP).

Na místě je také zmínit limity, jenž náš výzkum provázal. Náš výzkum byl proveden na poměrně malém souboru lidí (n=62), ve kterém dívky (n=44) a chlapci (n=18) nebyli v rovnoměrném zastoupení. Také se nám nepodařilo sladit respondentům podmínky při vyplňování dotazníku. V dotazníku chyběla otázka na působení jiné chronické nemoci

ne jedince a na rozsah atopického ekzému. Rozsah onemocnění přitom může být zásadní, pokud jde o vliv nemoci na struktury sebepojetí (Matějček,2001).

LITERATURA

1. Ahn, J. A., & Lee, S. (2016). Peer attachment, perceived parenting style, self-concept, and school adjustments in adolescents with chronic illness. *Asian nursing research, 10*(4), 300-304.
2. Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
3. Banaji, M. R., & Prentice, D. A. (1994). The self in social contexts. *Annual review of psychology, 45*(1), 297-332.
4. Baštecká, B., Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
5. Blatný, M., Plháková, A. (2003). *Temperament, Inteligence, Sebepojetí: Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
6. Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál.
7. Cramer, P. (1999). Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *Journal of personality, 67*(3), 535-554.
8. Cramer, P. (2015). IQ and defense mechanisms assessed with the TAT. *Rorschachiana*.
9. Danzer, G (2010). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
10. Čačka, O. (2002). *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti*. Brno: DOPLNĚK.
11. d'Emden, H., McDermott, B., Poulson, K., & McGahan, G. (2019). Protocol for psychosocial screening of adolescents and young adults with chronic illness. *Internal medicine journal, 49*(9), 1138-1145.
12. Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*(1), 85-98.
13. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
14. Fialová, L. (2006). *MODERNÍ BODY IMAGE: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing.
15. Fialová, L., Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla-zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
16. Grogan, S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.

17. Hanks, C. E., McGuire, J. F., Lewin, A. B., Storch, E. A., & Murphy, T. K. (2016). Clinical correlates and mediators of self-concept in youth with chronic tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 64-74.
18. Chernyshov, P. V. (2016). Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 9, 159.
19. Kasser, T. (2000). Two versions of the American dream: Which goals and values make for a high quality of life?. In *Advances in quality of life theory and research* (pp. 3-12). Springer, Dordrecht.
20. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
21. Kern, H. (1999). *Přehled psychologie*. Praha: Portál.
22. Kohoutek, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM.
23. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
24. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
25. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
26. LeBlanc, L. A., Goldsmith, T., & Patel, D. R. (2003). Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 50(4), 859-878.
27. Lee, B., Park, H. J., Kwon, M. J., & Lee, J. H. (2019). A sound mind in a sound body?: the association of adolescents' chronic illness with intrinsic life goals and the mediating role of self-esteem and peer relationship. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 14(4), 338-350.
28. Lerch, M. F., & Thrane, S. E. (2019). Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: A systematic review. *Journal of adolescence*, 72, 152-161.
29. Lewis-Jones, S. (2006). Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International journal of clinical practice*, 60(8), 984-992.
30. Macek, P. (1999). *Adolescence*. Praha: Portál.

31. Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2008). Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results of a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(3), 430-436.
32. Magin, P., Heading, G., Adams, J., & Pond, D. (2010). Sex and the skin: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychology, health & medicine*, 15(4), 454-462.
33. Magin, P., Adams, J., Heading, G., & Pond, D. (2011). 'Perfect skin', the media and patients with skin disease: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Australian Journal of Primary Health*, 17(2), 181-185.
34. Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of personality and social psychology*, 35(2), 63.
35. Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual review of psychology*, 38(1), 299-337.
36. Matejček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H.
37. Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex roles*, 63(9-10), 672-681.
38. Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
39. Nasirzadeh, S., & Keraskian, A. (2017). Comparing the relationship between early maladaptive schemas, defense mechanisms and type D personality among individuals with secure and insecure attachment style. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(2), 96-104.
40. Nečas, M. (2011). Atopický ekzém. *Česká dermatovenerologie*, 8-20.
41. Nguyen, C. M., Koo, J., & Cordoro, K. M. (2016). Psychodermatologic effects of atopic dermatitis and acne: a review on self-esteem and identity. *Pediatric dermatology*, 33(2), 129-135.
42. Obereignerů, R., Orel, M., Mentel, A., & Vohradská, R. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.

43. Obereignerů, R., Orel, M., Reiterová, E., Mentel, A., Malčík, M., Petružjová, T., Fac, O., Friedlová, M. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHSCS-2*. Praha: Hogrefe TestCentrum.
44. Orel, M. (2016). *VÝVOJ A SOUVISLOSTI POLOŽEK SEBEPOJETÍ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ V ČESKÉ REPUBLICE*. (Disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
45. Oris, L., Seiffge-Krenke, I., Moons, P., Goubert, L., Rassart, J., Goossens, E., & Luyckx, K. (2016). Parental and peer support in adolescents with a chronic condition: a typological approach and developmental implications. *Journal of behavioral medicine*, 39(1), 107-119.
46. Ramirez, F. D., Chen, S., Langan, S. M., Prather, A. A., McCulloch, C. E., Kidd, S. A., ... & Abuabara, K. (2019). Association of atopic dermatitis with sleep quality in children. *JAMA pediatrics*, 173(5), e190025-e190025.
47. Röhr, H. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty*. Praha: Portál.
48. Říčan, P. (1972). *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis.
49. Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: BARRISTER&PRINCIPAL.
50. Smith, J. A. (2001). The impact of skin disease on the quality of life of adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 12(2), 343.
51. Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 30(4), 526.
52. Swann, W. B., Griffin J. J., Predmore, S. C., Gaines, B. (1987) The Cognitive-Affective Crossfire: When Self-Consistency Confronts Self-Enhancement. *Journal of Personality & Social Psychology*
53. Tsintsadze, N., Beridze, L., Krichun, Y., Tsivadze, N., & Tsintsadze, M. (2015). PSYCHOSOMATIC ASPECTS IN PATIENTS WITH DERMATOLOGIC DISEASES. *Georgian medical news*, (243), 70-75.
54. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
55. Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

56. Vivar, K. L., & Kruse, L. (2018). The impact of pediatric skin disease on self-esteem. *International journal of women's dermatology*, 4(1), 27-31.
57. Walker, C., Papadopoulos, L., Hussein, M., & Lipton, M. (2004). Paediatric Eczema, Illness Beliefs and Psychosocial Morbidity: How Does Eczema Affect Children (in Their Own Words)?. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 5(3), 126-131.
58. White, A., Horne, D. J. D. L., & Varigos, G. A. (1990). Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australasian journal of dermatology*, 31(1), 13-16.

Přílohy

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Abstrakt v českém jazyce
3. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Jmenuji se Barbora Jansová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Právě pracuji na bakalářské práci na téma Dopady atopického ekzému na sebepojetí adolescentů. V rámci výzkumu k vypracování této práce porovnávám výsledky dotazníků participantů trpících atopickým ekzémem a participantů bez ekzému. Mého výzkumu se účastní adolescenti ve věku 13-18 let, kteří ode mě obdrží Dotazníky sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Dotazníky se týkají sebepojetí. Vyplněné dotazníky budou využity pouze k účelům výzkumu a nebudou dále šířeny.

Kontakt:

Barbora Jansová

Mánesova 15

56802 Svitavy

Mob.:

Souhlasím, aby můj syn/ moje dcera..... narozen/a

dne..... vyplnil/a Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 a účastnil/a se výzkumu.

Dne:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis účastníka výzkumu:

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Dopady atopického ekzému na sebepojetí adolescentů

Autor práce: Barbora Jansová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a počet znaků: 62 stran, 104 365 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 58

Abstrakt:

Tato práce se zabývá sebepojetím u adolescentů trpícími atopickým ekzémem. Ověřovali jsme, zda atopický ekzém podporuje rozvoj negativního sebepojetí u adolescentů. Realizovali jsme výzkum, jehož se zúčastnilo 62 adolescentů ve věku od 13-18 let. Polovině adolescentům byl diagnostikován atopický ekzém, zbytek tvořil kontrolní skupinu. Respondenti byli do výzkumu sbíráni nepravděpodobnostní metodou sněhové koule a záměrným výběrem přes instituce. Respondentům byl administrován Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHSCS-2) a informovaný souhlas. Mannův-Whitněův U-test neprokázal mezi adolescenty s atopickým ekzémem a kontrolní skupinou statisticky významný rozdíl. Rozdíly nebyly nalezeny ani v dílčích subškálách dotazníku. Výjimku tvoří subškála Intelektové a školní postavení (INT), která prokazuje pozitivnější sebepojetí u adolescentů s atopickým ekzémem oproti kontrolní skupině. Mezi muži a ženami nebyl nalezen signifikantní rozdíl v sebepojetí.

Klíčová slova: sebepojetí, adolescence, atopický ekzém, Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Abstract of thesis

Title: Impact of atopic eczema on self-concept in adolescent

Author: Barbora Jansová

Subervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Nuber of pages and characters: 62 pages, 104 365 characters

Number of appendixes: 3

Number of references: 58

Abstract:

The thesis examines the self-concept of adolescents suffering from an atopic eczema. A quantitative research was carried out to verify whether the atopic eczema develops a negative self-concept in adolescents. 62 respondents at the age between 13 and 18 participated in the research in total. Half of the respondents were diagnosed with the atopic eczema, whereas the other half were not and formed a control group. The respondents were chosen via snowball sampling method and through institutions, where the choice was intentional. A questionnaire Piers-Harris Children Self-concept Scale 2(PHCSCS-2) and an informed consent were presented to the respondents and filled in. The Mann-Whitney U-test did not establish any significant divergencies between the control group and the group that was diagnosed with the atopic eczema. Any significant divergencies were not found in any of the subscales either. An exception formed the subscale of Intellectual and School status (INT), where the atopic eczema patients indicated more positive self-concept in comparison with the control group. Differences in self-concept between males and females were not found.

Key words: self-concept, adolescence, atopic eczema, Piers-Harris Children Self-concept Scale 2