

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# VLIV AKNÉ NA SEBEPOJETÍ ADOLESCENTŮ

THE IMPACT OF ACNE ON SELF-CONCEPT IN  
ADOLESCENCE



Bakalářská diplomová práce

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

Olomouc  
2022

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Radkovi Obereignerů, PhD. za ochotu, vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se do výzkumu zapojili a umožnili tak jeho realizaci. V neposlední řadě je nezbytné poděkovat také mé rodině a blízkým přátelům za podporu a trpělivost nejen při psaní této práce, ale i v průběhu celého studia.

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

V Olomouci dne 15. 3. 2022

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
<b>OBSAH</b> .....		<b>3</b>
<b>ÚVOD</b> .....		<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....		<b>6</b>
<b>1 Adolescence</b> .....		<b>7</b>
1.1 Dělení adolescence .....		7
1.2 Vývojové změny v adolescenci .....		8
1.2.1 Kognitivní změny .....		8
1.2.2 Emocionální změny .....		9
1.2.3 Změny ve vztazích .....		10
1.2.4 Utváření osobní identity .....		11
<b>2 Sebepojetí</b> .....		<b>13</b>
2.1 Vývoj sebepojetí v období dospívání .....		13
2.2 Současný pohled na sebepojetí .....		14
2.3 Aspekty sebepojetí .....		15
2.3.1 Kognitivní aspekt .....		15
2.3.2 Afektivní (emoční aspekt) .....		16
2.3.3 Konativní aspekt .....		18
2.4 Tělesné sebepojetí .....		19
2.5 Náhled vybraných psychologických směrů na sebepojetí .....		20
<b>3 Akné</b> .....		<b>22</b>
3.1 Epidemiologie .....		23
3.2 Druhy akné .....		23
3.2.1 Acne vulgaris .....		23
3.2.2 Acne rosacea .....		24
3.3 Léčba akné .....		25
3.3.1 Lokální léčba .....		25
3.3.2 Systémová léčba .....		26
3.3.3 Další možnosti léčby – chemická a fyzikální léčba .....		26
3.4 Emocionální dopady akné .....		27

3.5 Akné v psychosociálním kontextu .....	29
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>4 Výzkumný problém .....</b>	<b>33</b>
<b>5 Výzkumné cíle a hypotézy .....</b>	<b>34</b>
<b>6 Popis metodologického rámce a použité metody .....</b>	<b>36</b>
6.1 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 .....	36
6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	39
<b>7 Výzkumný soubor a sběr dat.....</b>	<b>40</b>
7.1 Kritéria a proces sběru dat .....	40
7.2 Populace a popis výzkumného souboru .....	41
<b>8 Práce s daty a jejich výsledky.....</b>	<b>44</b>
8.1 Vyřazení respondentů.....	44
8.2 Analýza dat a výsledky testování hypotéz.....	45
8.2.1 Testování hlavních hypotéz .....	47
8.2.2 Testování vedlejších hypotéz.....	48
<b>9 Diskuze .....</b>	<b>50</b>
<b>10 Závěr .....</b>	<b>55</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>56</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>59</b>

# ÚVOD

Fyzický vzhled je velmi důležitým faktorem, který se podílí na formování sebepojetí každého člověka. V této práci se zaměřím na velmi časté dermatologické onemocnění, kterým je akné. Domnívám se totiž, že právě dermatologická problematika může do jisté míry také ovlivňovat sebepojetí jedinců.

Akné je vůbec nejrozšířenější kožní onemocnění, se kterým se v průběhu života setká až 80 % populace. Přináší s sebou nejen četné fyzické problémy, ale také psychické obtíže. Hladká, jemná pokožka patří k základním ideálům krásy, a proto hraje právě akné jednu z ústředních rolí při vnímání a hodnocení vlastního těla. Ačkoliv doba v této oblasti pokročila a existuje velké množství metod, které by měly akné léčit, jedná se stále o velmi komplexní problém, jehož psychické dopady jsou, dle mého názoru, stále podceňovány.

Osobně se nejvíce zamýšlím nad akné v souvislosti se sebepojetím, jelikož toto propojení vnímám jako klíčový pilíř při budování lidského sebevědomí a pohledu na sebe sama. Právě proto jsem se rozhodla zvolit tuto problematiku jako ústřední motiv mé bakalářské práce. Cílovou skupinou výzkumu budou adolescenti, jelikož právě u nich dochází dle mnohých výzkumů k výskytu akné vůbec nejčastěji. Tito jedinci také bedlivě a intenzivně vnímají veškeré tělesné změny a troufám si tvrdit, že jsou jimi ovlivňováni mnohem více než zbytek populace.

V teoretické části práce se nejprve zaměřím na představení tématu adolescence. Hlavním cílem je především definovat četné vývojové změny, které jsou s tímto obdobím spojeny. Ve druhé kapitole je věnován prostor sebepojetí, včetně jeho vývoje či aspektů. Klíčovou roli v této části hraje otázka tělesného sebepojetí. Třetí kapitola mapuje problematiku akné. Zde je kladen důraz na jeho vznik, příčiny či léčbu. Důležitou součástí práce tvoří také emocionální dopady akné či psychosociální kontext daného problému.

Praktická část obsahuje výsledky výzkumu, jehož realizace probíhala prostřednictvím dotazníkového šetření. Byla využita česká verze standardizovaného Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers–Harris 2. Tato baterie byla předložena adolescentům, kterým bylo diagnostikováno akné a také adolescentům bez těchto obtíží. Výsledky šetření byly dále podrobně analyzovány a srovnávány.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ADOLESCENCE

Adolescence je velice specifickým a proměnlivým obdobím lidského života. Jedná se o fázi, která je doprovázena mnoha psychickými i fyzickými změnami. Pojem adolescence pochází z latinského slova *adolescere*, které v překladu znamená dospívat či mohutnět. Tento výraz začal být v souvislosti s vývojovým obdobím člověka používán již v 15. století. Dnes je hojně rozšířen a označuje především druhé desetiletí lidského života (Muuss, 1989).

Věkové vymezení adolescence se v pojetí jednotlivých autorů zásadně odlišuje. Dnes nejpoužívanější dělení zavedli Langmeier a Krejčířová (2006), kteří definují adolescenci jako období mezi 15. – 20. (22.) rokem života. Velice často je však uváděna obecná definice, jež předpokládá, že adolescence zahrnuje všechny vývojové fáze, které se nachází mezi dětstvím a dospělostí. Ve všech případech by však měl být kladen důraz na variabilitu a individualitu jednotlivých aspektů psychofyzického vývoje (Macek, 1999).

Mezi charakteristické znaky období adolescence můžeme zařadit ukončení pohlavního vývoje, fyzické i psychické dozrávání a nalézání vlastní identity. Jedinec v této vývojové fázi rozvíjí svoji osobnost také po stránce sociální, přijímá nové životní role a zaujímá nové postoje. Celá problematika má svůj kulturní, politický i ekonomický přesah (Bandura, 1999).

## 1.1 Dělení adolescence

Dle Vágnerové (2012) lze toto vývojové období rozdělit na ranou a pozdní adolescenci. Raná (11-15 let) i pozdní (15-22 let) adolescence se shodují s věkovým vymezením Langmeiera a Krejčířové (2006), kteří tyto fáze označují jako pubescence a adolescence.

### **Raná adolescence**

Hlavním znakem rané adolescence je rychlý nástup fyzických změn, které jsou spojeny především s pohlavním dozráváním. Kromě fyzických atributů dochází také k radikální změně v myšlení. Dospívající hojně využívají logické operace a abstraktní myšlení. Pro období dětství je typická absolutní závislost na rodičích a potřeba neustálé jistoty, nicméně během rané adolescence jedinec potřebuje spíše větší volnost. Je nutné, aby byl schopen udělat krok do neznáma a čelit komplikovanějším situacím. Důležitým životním milníkem

je dokončení povinné školní docházky, na kterou navazuje další studium či nástup do zaměstnání. Ačkoliv je tento krok nezbytnou součástí zdravého vývoje, dochází ke ztrátě jistot, které jedinec pociťoval celý život. V případě, že dospívající vynakládá určitý výkon, dokáže však hledat jistoty nové a souběžně také formovat vlastní osobnost (Vágnerová, 2012).

### **Pozdní adolescence**

Pozdní adolescence se vymezuje jako období mezi 15. – 20. rokem života. Pojí se s ukončením pohlavního dozrávání, a ve většině případů s sebou tato fáze přináší první pohlavní styk. Ze sociálního hlediska dochází ke komplexnějšímu utváření lidské osobnosti, která je do značné míry ovlivněna společenskou rolí. U adolescentů dochází k postupné ekonomické nezávislosti, která patří k hlavním milníkům dospělosti. Osamostatnění nastává nejdříve u lidí v dělnických profesích, později se k němu uchylují lidé studující. Pro jedince je v tomto vývojovém období typický nástup do zaměstnání či na vysokou školu, kde začíná budovat svoji pracovní kariéru. Součástí tohoto období je navazování partnerských vztahů, které již mají větší váhu a mohou předurčovat životní cestu jedince. Přelomový je 18. rok života, kdy dochází k oficiálnímu přechodu do dospělosti a přebírání plné zodpovědnosti za svoje chování a jednání. Dospělost je obdobím mnoha možností a svobodného rozhodování, je však nutné, aby adolescent dokázal tento velký krok zpracovat a všechny nové příležitosti správně a prospěšně využívat (Vágnerová, 2012).

## **1.2 Vývojové změny v adolescenci**

V následující podkapitole budou uvedeny hlavní vývojové změny, které jsou charakteristické pro období adolescence. Tyto změny jsou jednotlivými autory vnímány odlišně, avšak jejich jádro je zpravidla podobné.

### **1.2.1 Kognitivní změny**

Významným milníkem dospívání je raná adolescence, jelikož právě zde jedinec dle kognitivní teorie J. Piageta (Piaget & Inhelderová, 2007) přechází do stádia formálních operací. Jak již bylo zmíněno výše, v tomto období dochází souběžně k rozvoji abstraktního myšlení. Jedinec je tedy schopen představovat si i neexistující skutečnosti, hledat alternativy při řešení problémů a reflektovat svoje vlastní myšlenky. Do popředí se dostává řešení složitých úkonů, zamýšlení se nad fyzikálními či matematickými jevy nebo



prostorová představivost. Kognitivní změny nastávají také v souvislosti s morálním myšlením. Adolescent dokáže posoudit, co je dobré a co špatné, přebírá větší zodpovědnost za svůj přístup ke světu i k lidem, a buduje si svá osobní přesvědčení. Zpravidla dochází k rozvoji filozofického a duchovního myšlení. Neméně významná je snaha experimentovat, bouřit se a prosazovat svoje názory (Macek, 1999).

I samotná paměť jedince prochází v období adolescence četnými změnami. V dlouhodobé paměti se zvyšuje množství i kvalita uložených informací. Informace se vzájemně propojují, dochází k jejich pevnému uchování a v případě potřeby dokáží být správně využity. Adolescenti mají vůbec největší schopnost zapamatování informací, proto se v tomto věku naučí velké množství nových poznatků. S přibývajícím věkem roste také schopnost koncentrace (Vašutová & Panáček, 2013).

V praxi se tyto nově nabyté funkce projevují efektivnějším přemýšlením, rozšiřováním úhlů pohledu nebo dovedností flexibilně reagovat na přicházející změny. Jedinci se více zamýšlí nad budoucností, konstruují svoje vize a stanovují si nové cíle. Vrací se však také myšlenky na minulost, dochází k reflexi vlastního jednání a ponaučení se z vlastních chyb (Macek, 2003).

### **1.2.2 Emocionální změny**

Z hlediska emocionálních změn je adolescence významná především rozvojem vyšších citů. City se obecně formují do komplexnějších celků, které se podílejí na vývoji osobnosti člověka. V porovnání s dětstvím se mění reakce na okolní podněty a v mnoha ohledech dochází k aktivní desenzibilizaci. Je však nutné mít na paměti, že adolescence je poměrně dlouhým obdobím, kde každý rok hraje zásadní roli. Proto nemůže být překvapením, že i city se v jednotlivých etapách vývoje mění (Švancara, 1979).

Na vývoj a změny v emočním prožívání má vliv individualita každého jedince, sociální prostředí, výchova nebo také kulturní a ekonomické podmínky. Obecně však můžeme považovat období rané adolescence za stádium emoční lability. Pro toto stádium jsou charakteristické časté výkyvy nálad a emocionální zvraty. Kolísá také sebehodnocení jedince a sebeúcta je spíše na nižší úrovni. Tyto změny se pojí především s hormonální nerovnováhou a vysokou mírou egocentričnosti. Emoce jsou mimo jiné ovlivňovány nadměrnou únavou, která je však v ostrém kontrastu s vysokou úrovní aktivity, která se v tomto období nekontrolovaně dostavuje (Příhoda, 1983).

Pozdní adolescence je naopak charakteristická větší stabilitou a odezníváním výkyvů nálad. Jedinci jsou méně impulzivní, méně extravertní, a také egocentričnost ustupuje do pozadí. Do popředí se dostávají mravní pohnutky a estetické citění. Mnozí autoři vnímají pozdní adolescenci jako období „prvního vystřízlivění“, kdy dochází ke střetu očekávání s realitou a představy jedinců se obvykle rychle rozplynou. Představy se obvykle týkají vysněné budoucnosti, partnerských, přátelských a rodinných vztahů (Vašutová & Panáček, 2013).

### **1.2.3 Změny ve vztazích**

V období adolescence dochází k proměně většiny vztahů, které jedinec ve svém okolí prožívá. Jedná se nejen o vztah k okolí, ale především o vztah k sobě samému. Právě vztah k vlastní osobě je charakteristický zvýšenou sebereflexí a intenzivní sebepercepčí. Dospívající si uvědomuje, že je součástí systému, ve kterém zastává různé role, všímá si, jak reaguje v běžných situacích, a stále častěji uplatňuje introspekci. S vlastní osobou se pojí myšlenky, jaký by člověk chtěl být, a co od něj očekává společnost. Během rané adolescence se může projevovat spíše negativní vztah k sobě samému, v průběhu vývoje však dochází ke zvratu a během pozdní adolescence jedinec směřuje k postupnému sebepřijetí (Tyrlík, Macek, & Širůček, 2010).

Neméně důležité jsou také vztahy s druhými lidmi. Ty mimo jiné ovlivňují budoucí směřování dospívajícího jedince, pro kterého mohou být rodiče, vrstevníci či partneři vzorem a ideálem v různých oblastech života. Důležitým prediktorem úspěšných sociálních vztahů je schopnost a rozvoj komunikace (Tyrlík, Macek, & Širůček, 2010).

Vztahy k rodičům mohou nabývat různých podob. Pro ranou adolescenci jsou běžné časté spory, hádky či vzájemný nesouhlas. Tyto negativní aspekty jsou však považovány za běžnou součást lidského vývoje a v pozdní adolescenci se vytrácejí. Intenzivní konflikty většinou přetrvávají pouze v domácnostech, kde je patrné tzv. rizikové chování dospívajícího. V ideálním případě jedinec s rostoucím věkem považuje rodiče za zdroj podpory a inspirace (Macek, 1999; Vašutová & Panáček, 2013).

Velice významnou roli hrají vrstevnické a přátelské vztahy. Jejich vliv na dospívajícího jedince je výrazný a zcela nenahraditelný. V okruhu přátel člověk zjišťuje nové informace, ventiluje svoje pocity a názory a chová se mnohem přirozeněji než ve vztahu s rodiči či jinými autoritami. Skupina může v jedinci posilovat pocit vlastní hodnoty a v rámci oceňování a uznání také zlepšovat sebehodnocení. Hlavní příčinou pozitivního

vlivu přátelských vztahů na člověka je především podobná životní situace, aktuálnost probíraných témat a podobné mentální naladění. Pro časnou adolescenci jsou typické především malé skupiny, neboli party, které mají zhruba 3-10 členů (Dunphy, 1963). Chlapecké skupiny se většinou separují od dívčích a mezi oběma pohlavími panuje nezájem. V pozdějším věku se však skupiny obou pohlaví začínají scházet společně a vytváří tak větší sociální skupiny, ve kterých poté mohou vznikat první partnerské vztahy. Pro skupiny adolescentů jsou typické různé fráze, vyhraněné názory nebo styl oblékání, kterým se jedinci identifikují se skupinou (Lloyd, 1985).

Partnerské vztahy jsou také nedílnou součástí psychosexuálního vývoje jedince. První vztahy mají počátek již v rané adolescenci, kdy dochází k uvědomování si vlastní sexuality a prvnímu experimentování. U chlapců jsou tyto první projevy spojeny s potřebou okamžitého uspokojení sexuálních pudů, dívky jsou však v tomto ohledu zdrženlivější. Sexuální témata mají svoje čestné místo v chlapecké konverzaci a případné zkušenosti zvyšují postavení jedince ve skupině. Naopak pro dívky je téma sexuality a vztahů citlivější. Dívky častěji hledají ideál vysněného partnera a jejich sexualitu probouzí až zájem potenciálního nápadníka. Je nutné zmínit, že v tomto období dochází i k rozvoji a uvědomování si případné homosexuální orientace, která má na další směřování adolescenta zásadní vliv. Ve většině případů se však jedná o traumatizující uvědomění, které se často nemusí setkat s pochopením sociálního okolí. Často proto dochází k vyvolání mezilidských konfliktů a silnému zásahu do psychiky adolescenta (Vašutová & Panáček, 2013).

#### **1.2.4 Utváření osobní identity**

Podle E. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem období adolescence utváření vlastní identity. Dospívání vnímal jako konflikt mezi identitou a zmatením rolí. Tato problematika však s ukončením dospívání nekončí, rozvíjí se dále i v průběhu života. Identita je obvykle složena z osobního a sociálního aspektu. Osobní aspekt vychází z nitra našeho „já.“ Jeho součástí je sebereflexe a schopnost introspekce. Sociální aspekt je utvářen pocitem náležitosti ke skupině a výrazně jej determinují rodinné, vrstevnické i partnerské vztahy (Tyrlik, Macek, & Širůček, 2010).

Výsledná identita je podmíněna především osobnostními charakteristikami, morálním a hodnotovým vývojem, plánováním budoucích cílů či schopností reagovat na měnící se situace a řešit problémy.

Z hlediska morálního vývoje dochází ke vnímání pocitů opravdovosti a poctivosti, které v předchozích vývojových etapách nebyly intenzivně zaznamenávány. Dále dochází k rozvoji osobní a konvenční morálky. Osobní morálka je založena na subjektivním vnímání toho, co je dobré a co je špatné. Naopak konvenční morálka vychází z pozorování lidského chování, následování sociálních norem a snahy jevit se jako dostatečně dobrý pro své okolí. Součástí morálního vývoje je formování žebříčku hodnot, který vychází z nitra jedince. Hraje mimo jiné významnou roli také v sociálním kontextu a budoucím směřování člověka (Vašutová & Panáček, 2013).

Nedílnou součástí vývoje identity je formování krátkodobých a dlouhodobých cílů. Tyto cíle se odvíjí nejen od vlastních potřeb a očekávání, ale také od požadavků společnosti. Adolescenti začínají plně chápat, že rozhodnutí, která činí, mohou zásadně ovlivňovat jejich budoucí život, a proto volí své kroky s větší rozvahou. Právě tato skutečnost nasvědčuje tomu, že adolescent postupně vstupuje do světa dospělých. Cíle mají velice často hierarchickou strukturu. Je postupováno od plnění jednoduchých a základních cílů ke složitějším a komplexnějším (Tyrlik, Macek, & Širůček, 2010).

Během procesu formování identity jsou adolescenti konfrontováni s řadou problémů. Jedná se o chronické starosti a obtíže (daily hassles), které se pojí s rodinnou situací, vrstevnickými a partnerskými vztahy, vzděláním či trávením volného času. Dále můžeme mluvit o tzv. normativních událostech, které souvisí především s přebíráním nových rolí nebo prožíváním závažných životních situací. Řešením zmíněných problémů může být nejčastěji správné osvojení a budování zvládacích strategií (Lazarus & Folkman, 1987).

V procesu budování vlastní identity hraje zásadní roli tzv. subjektivní model pohody. Pojí se s pocity štěstí, spokojenosti a radosti. Tento model je formován nejen osobnostními charakteristikami, ale také zdravotním stavem, sociálním prostředím či situačními vlivy. Obecně je ovlivňován také ekonomickou a politickou situací, sociálními i kulturními standardy a legislativními normami. Jedná se o součást jedincovy sebereflexe, která právě v období adolescence nabývá na významu (Macek, 1999).

Dle koncepce R. Josselsonové patří budování vlastní identity do období konsolidace vztahu k sobě. J. Marcia dále popisuje 4 formy identity, které jsou během dospívání budovány. Řadíme sem předčasně uzavřenou, difúzní, odloženou a zralou autentickou identitu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

## 2 SEBEPOJETÍ

Sebepojetí je komplikovaným konstruktem, jehož definice se v pojetí jednotlivých autorů značně odlišuje. Obecně bychom však mohli říci, že se jedná o „*percepci sebe samého*“ (Blatný & Plháková, 2003, 92). Sebepojetí obsahuje veškeré představy, očekávání a soudy, které si jedinec vytváří vůči vlastní osobě. Tyto prvky ovšem nevznikají pouze v důsledku vlastní aktivity daného jedince, ale také pod vlivem vnějšího prostředí nebo druhých lidí. V této souvislosti je však nezbytné zmínit, že sebepojetí je pouze hypotetickým konstruktem. Klade si za cíl popsat chování a prožívání člověka, nejedná se ale o podstatu, která by ve světě reálně existovala (Blatný & Plháková, 2003).

*„Psychologie studuje sebepojetí ze tří úzce souvisejících hledisek: z hlediska procesu formování sebepojetí, z hlediska sebepojetí jako produktu procesu sebeuvědomění člověka a z hlediska funkcí sebepojetí v psychické regulaci chování“* (Blatný & Plháková, 2003, 92).

Otázkou sebepojetí se zabývá především „self psychologie.“ U jejího zrodu stál William James, jenž je zároveň považován za autora termínu sebepojetí. Podle Jamese existují dva základní aspekty Já, které označujeme jako tzv. „I-self“ a „Me-self.“ Právě toto „Me-self“ nebo také „self-concept“ dodnes v zahraniční terminologii značí oblast sebepojetí. Ve starší literatuře bychom sebepojetí našli pod pojmem „Jáství“ (Blatný & Plháková, 2003).

Zásadním přínosem Jamesova pohledu na sebepojetí je především jeho hierarchická struktura. Definuje tzv. materiální, sociální a duchovní Já, jež k sobě neoddělitelně patří. Zároveň však vyzdvihuje jejich rozdílnost, která se odvíjí od individuality každého jedince. Tyto složky mohou být ve vzájemném souladu nebo disonanci (Blatný & Plháková, 2003).

### 2.1 Vývoj sebepojetí v období dospívání

Rozvíjení sebepojetí patří ke stěžejním vývojovým úkolům každého člověka. Je podstatnou součástí vývoje lidské psychiky a formuje se na základě životních interakcí, zkušeností a zážitků. Jedná se o produkt, který je podmíněn řadou sociálních, psychických a tělesných faktorů. Jeho podobu do velké míry ovlivňuje rodinné prostředí, později však ústřední roli přebírají vrstevníci, kolegové, autority nebo také partneři. Za významné etapy vývoje

sebepojetí lze považovat období mezi 9.-11. rokem života, a také období adolescence (Balcar, 1991; Obereignerů a kol., 2016).

Počátek dospívání je složitou fází, a to především kvůli klesajícímu sebehodnocení. Nejméně stabilní a nejvíce ohroženou skupinou z hlediska sebepojetí jsou jedinci ve věku 12–13 let. V tomto období se výrazně projevuje zranitelnost, rozkolísanost a nejistota. Pohled na vlastní osobu je značně kritický. Tato kritika vůči sobě samému má však ve výsledku pozitivní vliv, jelikož jedinec se na jejím základě dokáže rozhodovat, kam by chtěl v životě směřovat a jaký by chtěl být (Obereignerů a kol., 2016). Sebepojetí je do značné míry ovlivněno výkonem, který tvoří jakousi vizitku každého jedince. Výkon a volní úsilí směřují k hledání profesního uplatnění a přebírání zodpovědnosti za svůj život. V adolescenci však ještě jedinec neoplývá dostatkem zkušeností, proto jeho očekávání a plány mohou selhávat (Vágnerová, 2012).

Neopomenutelným úkolem tohoto vývojového období je později navazování partnerských vztahů, postupná separace od rodiny a naplňování životních vizí. Všechny tyto aspekty se odrážejí v měnícím se sebepojetí, které by však na sklonku dospívání mělo dozrát do stabilní fáze (Vágnerová, 2012).

## 2.2 Současný pohled na sebepojetí

Sebepojetí bylo dlouho vnímáno pouze jako celistvý konstrukt, konzistentní v čase a situacích. Současný pohled (který mimo jiné vychází z Jamesova rozdělení) však klade důraz na aspekty, jako je multifacetovost, hierarchické uspořádání, dynamika a vzájemná spojitost procesuální a strukturální stránky Já.

1. Multifacetové sebepojetí – tento aspekt hovoří o rozdělení sebepojetí na „řadu dílčích mentálních reprezentací Já, označovaných různými autory percepce, schémata či prototypy“ (Blatný & Plháková, 2003, 97). Mezi mentálními reprezentacemi můžeme nalézt značné odlišnosti v jejich vlastnostech. Jedná se například o rozdíly v pozitivitě, negativitě nebo časové lokalizaci (zabývá se přítomným, minulým i budoucím Já).
2. Hierarchické sebepojetí – vyznačuje se veškerými informacemi a poznatky, které máme o vlastní osobě. Tyto poznatky nejčastěji hierarchicky řadíme od těch obecných až po konkrétní a specifické.

3. Dynamické sebepojetí – zabývá se změnou dynamiky mentálních reprezentací v různých situacích. V daném kontextu tvoří vždy jedna ze složek Já centrální kategorii sebepojetí a ostatní na chvíli ustupují do pozadí.
4. Sebepojetí jako Jáský systém – rozlišuje tzv. subjektivní a objektivní „Já“. Subjektivní „Já“ je v tomto ohledu vnímáno jako aktivní činitel nebo také proces. Objektivní „Já“ je výsledkem tohoto procesu, který je označován jako sebepojetí. Ačkoliv tyto aspekty „Já“ plní rozdílné funkce a odlišují se svými vlastnostmi, v kontextu sebepojetí jsou neoddělitelné a vzájemně se doplňují. Jejich vztah je základní složkou tzv. „Jáského systému,“ jenž je obecně označován jako self-system. V českém jazyce je dále překládán jako „sebe systém“ (Blatný & Plháková, 2003).

## 2.3 Aspekty sebepojetí

Sebepojetí je komplexním systémem, který je tvořen třemi základními aspekty. Jedná se o složku kognitivní, afektivní (nebo také emoční) a konativní.

### 2.3.1 Kognitivní aspekt

Kognitivní aspekt je zaměřen na samotný obsah a strukturu sebepojetí. Obsah je tvořen veškerými informacemi, které si o sobě vytváříme. Množství těchto informací během lidského vývoje neustále narůstá. Jejich zdrojem je naše vlastní aktivita a vynaložené úsilí, které věnujeme vnímání duševních procesů a stavů, které probíhají v nás samotných. U adolescentů se obsah veškerého vědění vyvíjí mnohem rychlejším tempem než v ostatních vývojových stádiích. Nové poznatky jsou spojovány především s intenzivnějším vnímáním emocí nebo fyzickým vzhledem. Tyto informace o nás samotných lze získávat i v rámci reflexe při pozorování a analyzování našich činností, dovedností a schopností. Nedílnou součástí této problematiky je zajisté i okolní prostředí, které nám poskytuje zpětnou vazbu vztahující se k našemu chování (Blatný & Plháková, 2003).

Sebepojetí má z hlediska obsahu jeden neopomenutelný znak, kterým je tzv. princip význačnosti. *„Tento princip vyjadřuje skutečnost, že jednotlivé obsahy sebepojetí se utvářejí kolem význačných aspektů já, které člověka odlišují od okolí“* (Blatný & Plháková, 2003, 106).

V souvislosti s kognitivním aspektem mluví Balcar (1991) o pěti složkách, které tvoří strukturu sebepojetí:

- a) **Zobrazení:** „Jsem“ – vytvoření obrazu o sobě samém na základě toho, kým jsme, jaké máme vztahy s ostatními, jakými vlastnostmi a dovednostmi oplýváme. Jedná se o vše, co je nám vlastní a co člověka jako bytost definuje. Tento obraz může být plně pravdivý, avšak také zkreslený nebo skutečné realitě vzdálený.
- b) **Hodnocení:** „Mám být“ – vytváření nároků a hodnocení sebe samého na základě očekávání okolního prostředí. Učíme se lásce i nenávisti k vlastní osobě. Dochází k přijetí či nepřijetí toho, kým jsme. Současně také vzniká rozpor mezi představou o tom, jací jsme a jací bychom měli být.
- c) **Směřování:** „Chci být“ – ideální obraz sebe samého, kterým bychom se jednoho dne chtěli stát. Jedná se o motivaci, na základě které postupně formujeme naši budoucnost. Tato motivace nás vede k vysněnému ideálu. Nemluvíme však pouze o hypotetických představách. Místo toho vynakládáme volní úsilí a podnikáme reálné kroky k naplnění našich cílů.
- d) **Moc:** „Mohu učinit“ – schopnost nás samotných ovlivňovat druhé lidi, věci i situace, které v našem životě nastávají. Konáme rozhodnutí, za která neseme vlastní zodpovědnost, avšak tato rozhodnutí mohou pozitivně i negativně přispět k formování naší osobnosti a našeho sebepojetí. Rozlišujeme tzv. vnější a vnitřní kontrolu. V případě vnější kontroly můžeme do daných situací sami zasahovat. Mluvíme-li však o vnější kontrole, dochází k dosažení daného výsledku na základně náhody, okolností, které nemůžeme ovlivnit nebo volního rozhodnutí druhých lidí.
- e) **Role:** „Mám učinit“ – společenská role, kterou zaujímáme v různých životních situacích. Ovlivňuje naše chování, prožívání i vztah k druhým lidem. Tato role je neodmyslitelnou složkou sebevymezení. „*Cattell (1965) ji označuje za jednoho ze tří „modulátorů“ chování (vedle vlastností a stavů)*“ (Balcar, 1991, 157).

### **2.3.2 Afektivní (emoční aspekt)**

Sebepojetí není pouze produktem, složeným z obsahů a struktur, které si o své osobnosti vytváříme. Neodmyslitelnou součástí tohoto konstruktů je i emocionální složka zahrnující



veškeré vnitřní prožitky, a především také vztah k nám samotným. Na základě přítomnosti emočního aspektu dokážeme vnímat a hodnotit pozitivní či negativní vlivy, které se podílí na formování našeho Já. Určují jeho kvalitu a intenzitu citových prožitků. S emočním aspektem souvisí pojmy jako je sebeúcta, sebehodnocení nebo i sebevědomí a sebedůvěra (Blatný & Plháková, 2003).

Afektivní aspekt hraje důležitou protektivní roli. Díky kognitivním a behaviorálním koncepcím dochází v případě nutnosti k ochraně našeho Já před poškozením. V důsledku působení těchto strategií můžeme předcházet vzniku zátěže a stresových reakcí.

### **Sebeúcta**

Ústředními pojmy emočního aspektu je sebeúcta. „*Je to proces, v němž subjekt hodnotí svou vlastní činnost, své schopnosti a vlastnosti; tento proces zahrnuje i jeho pocity a představy*“ (Nakonečný, 1995, 347) či „*představa sebe z hlediska vlastní kompetence*“ (Blatný & Plháková, 2003, 115). Sebeúctu můžeme také vnímat jako základní osobní charakteristiku, která vzniká v důsledku úspěšného překonání náročné situace (Khosla, 2021).

Lidé vyvíjí mnoho strategií, jejichž cílem je vytváření a udržování zdravé sebeúcty. Podle Learyho a Baumeistera hraje stěžejní roli budování vztahů a začleňování se do sociálních skupin, kde jsou jedinci plně přijímáni. Naopak Cast a Burke předpokládají, že jedinec musí nalézt sebeúctu uvnitř sebe sama v průběhu osobního rozvoje a naplňování životních cílů či hodnot. Klíčová je v tomto případě víra ve vlastní schopnosti (Khosla, 2021).

### **Sebehodnocení**

Neopomenutelnou složkou je také sebehodnocení, jehož základy jsou pokládány již v raném dětství. „*Subjekt hodnotí svou vlastní činnost, své schopnosti a vlastnosti; tento proces zahrnuje i jeho pocity a představy, jak je vnímán druhými lidmi, směřuje k vytváření sebepojetí, struktury, která je těžištěm egocentrického duševního života*“ (Nakonečný, 2009, 347). Podstatný vliv má v tomto případě rodinné prostředí a výchova. Pomyslné otěže přebírá v období adolescence postoj vrstevníků, avšak rodiče jsou stále velkou autoritou a oporou (Blatný & Plháková, 2003).

Lze vnímat rozdíl mezi lidmi s nízkým a vysokým sebehodnocením. Jedinci, jež vykazují vyšší sebehodnocení touží po obdivu a uznání druhých. Nebojí se veřejně

projevovat svoje přednosti a mají o sobě obecně vysoké mínění. To se však může pojit se sebezpřečehováním a v mnoha případech také s narcismem. Naopak jedinci s nízkým sebehodnocením jsou nejistí až bázliví. Vykazují velký strach z neúspěchu, neradi přijímají nové situace a mohou trpět nedostatečným pocitem vlastní hodnoty (Nakonečný, 2009).

Ve společnosti převažuje tendence působit v očích druhých lidí co nejlépe, proto jedinci rozvíjí svoje sebehodnocení tzv. managementem sebe sama (self-management). Jedná se o souhrn strategií, které podporují pozitivní sebehodnocení a brání vzniku negativních myšlenek o vlastní osobě (Nakonečný, 2009).

### **Sebevědomí**

Třetím významným konceptem, který se pojí s afektivním aspektem je sebevědomí. Jedná se o vědomou vlastnost, která je spojována s našimi schopnostmi, dovednostmi, fyzickým vzhledem či sociálními vztahy (Cilečková, 2015). V rámci sebevědomí dochází k analýze naší osobnosti, která je nezbytným krokem v procesu formování emocionální dospělosti (Kohoutek, 2001).

V lidském životě pozorujeme dvě věková stádia, která mají zásadní vliv na vznik a rozvoj sebevědomí. První stádium přichází v období časné adolescence, a to zpravidla mezi 9-13 lety. Druhé stádium je poté ohraničeno 18.-23. rokem. Obě fáze jsou charakteristické mnohými změnami, které jedinec nikdy dříve nezažil, a které ho formují nejen z hlediska sebevědomí (Rani, Kamboi, Malik, & Kohli, 2015).

### **2.3.3 Konativní aspekt**

Konativní, někdy též motivační či behaviorální aspekt souvisí s regulací lidského chování v průběhu celoživotního vývoje. Toto psychické řízení chování ovlivňuje nejen aktuální podoba našeho „Já,“ ale také jakási představa ideálního „Já,“ kterým bychom chtěli nebo měli být. V této souvislosti je nezbytné zmínit osobní standardy, které hrají v přístupu k nám samotným nenahraditelnou roli. Mezi tyto standardy řadíme námi vytyčené cíle, normy, které respektujeme nebo veškeré úsilí, které během života vynakládáme za účelem dosažení určitého výkonu, úspěchu nebo spokojenosti. Hlavním prediktorem pro vhodnou formulaci standardů je především vlastní iniciativa každého jedince. Nedílnou součástí je však také sociální prostředí, které na člověka klade tlak a snaží se předurčovat cestou, kterou by bylo vhodné či dokonce nezbytné následovat (Blatný & Plháková, 2003).

Konativním aspektem sebepojetí se zabýval také A. Bandura. Zaměřoval se konkrétně na seberegulaci a stejně jako jeho předchůdci také na osobní standardy. Samotná seberegulace má podle Bandury svoje subfunkce, mezi které patří procesy sebezpozorování, sebehodnocení a reakce na vlastní chování. Za jeho důležitou myšlenku je považován také fakt, že velké množství teorií seberegulace mluví o rozporu mezi očekáváním a realitou, co se lidských pocitů, očekávání a standardů týče. Je však nevyhnutelnou pravdou, že člověk si pocity selhání či nespokojenosti nejčastěji navozuje sám, a to především v důsledku chybně stanovených standardů (Blatný & Plháková, 2003).

## 2.4 Tělesné sebepojetí

Lidské tělo je objektem, který se mění v důsledku sociálního a kulturního vývoje. Každé období stanovuje své vlastní normy, které na jedince kladou určitý tlak a ovlivňují tak jeho sebepojetí. Především v posledních letech jsou naše těla vystavena vysokým požadavkům společnosti a jsou vnímána jako symbol úspěchu a krásy. Právě proto hrají v moderní době ústřední roli při formování lidského sebepojetí (Fialová, 2001).

Dle Fialové (2001) je lidské tělo naší vizitkou. Na jeho základě můžeme určit alespoň přibližný věk člověka, pohlaví, zdravotní kondici, rasovou příslušnost či společenskou vrstvu. Naše tělo ovlivňuje postoj k sobě i ostatním lidem a do velké míry předurčuje lidské chování. Bylo také dokázáno, že nadměrné lpění na fyzickém vzhledu může vyústit v destruktivní tendence, které vznikají mimo jiné v důsledku tlaku na aktuální ideál krásy (Grogan, 2000).

Tělesné sebepojetí může mít mnoho složek. Dle Foxe (1990) se jedná o sportovní kompetence, tělesný vzhled, tělesnou sílu a tělesnou kondici. Obecně bychom tyto složky mohli zařadit do kategorií zdraví, zdatnost a vzhled. Právě vzhled a zdatnost těla jsou základními kameny psychického naladění, chování i formování osobnosti. Svoji roli hají také v každodenních mezilidských interakcích (Fialová, 2001).

Každý jedinec ke svému tělu zaujímá různé postoje, ať už akceptující či odmítavé. Transformace, která přichází zejména v období adolescence s sebou může přinášet mnohé nepříjemnosti a snižovat tak celkové sebehodnocení. V tomto období však představy o vlastním těle nemusí odpovídat realitě. Na konkrétních aspektech vzhledu (jako je např. akné) lpí velice často pouze jedinec sám, ačkoliv si myslí, že jsou zásadní i pro sociální okolí a určují jeho hodnotu (Röhr, 2013).

V posledních letech dochází ke snižování věkové hranice v souvislosti s vnímanou spokojeností či nespokojeností s vlastním tělem. Již osmiletí jedinci vykazují zvýšený zájem o své tělo, porovnávají se s vrstevníky i dospělými a nadměrně se starají o svůj vzhled (Fialová, 2001). Vzhled těla má obecně větší vliv na dívky než na chlapce. Největší rozdíly mezi pohlavími lze pozorovat ve věku 14-15 let. Zde u dívek dochází ke zvýšené péči o obličej a vlasy, a zároveň se do popředí dostávají také tělesné proporce a hmotnost. Od dívek se také obecně očekává, že budou vypadat lépe než chlapci. Dospívající jedinci mají v tomto období poměrně jednoduchý přístup k informacím a vyhledávají rady, jak lépe vypadat a jak se lépe starat o vlastní tělo. Tento přísun informací však někdy bývá označován jako tzv. „nucení k atraktivitě“ (Fialová & Krch, 2012).

## **2.5 Náhled vybraných psychologických směrů na sebepojetí**

Mnohé psychologické směry přináší svůj pohled na konstrukt sebepojetí. V této práci krátce zmíním dva, ke kterým mám osobně velmi blízko. Jedná se o náhled Alfreda Adlera, představitele individuální psychologie a Viktora Frankla, zakladatele logoterapie.

Alfred Adler popisuje tři hlavní faktory, které mají zásadní vliv na formování sebepojetí jedince. Mluví o pocitech méněcennosti, sounáležitosti a nadřazenosti. Méněcennost je dle Adlera hnacím motorem každého člověka. Jedná se o zdroj motivace, který nutí jedince překonávat překážky a dosahovat vytyčených cílů. Může se však stát, že cíle nejsou opakovaně naplňovány. Poté tyto pocity přechází v tzv. komplex méněcennosti. Pocit sounáležitosti se pojí s dodržováním společenských norem a začleňováním jedince do sociálních celků. Pozitivní vztah k ostatním je základní předpoklad spokojeného života a zdravého sebepojetí. Adler v této souvislosti zmiňuje také neopomenutelnou roli rodiny, ve které dominují především sourozenecké vztahy. Posledním faktorem je pocit nadřazenosti, který se projevuje snahou vyniknout a odvádět dobré výsledky ve všech vykonávaných činnostech. Jedinci chtějí vynikat zejména v oblastech, ve kterých se cítí méněcenní nebo ve kterých se jim dlouhodobě daří. Zdravá podoba pocitu nadřazenosti se projevuje láskou k vykonávaným aktivitám. Patologická forma vede naopak k ponižování ostatních lidí a ke snaze získat nad nimi moc (Adler, 1995).

Adler předpokládá, že člověk je „sebeurčující.“ Formuje tedy svoje sebepojetí tak, aby korespondovalo s jeho osobností a prožitými zkušenostmi. Klíčovou myšlenkou je v tomto případě tvrzení, že důležitější, než zkušenosti samotné je způsob, jakým jsou interpretovány a hodnoceny (Adler, 1995).

K tématu sebepojetí významně přispěl také rakouský psychiatr Viktor E. Frankl. Jeho pohled na tuto problematiku byl výrazně ovlivněn utrpením, které prožil v koncentračním táboře. Nelidské zacházení v této kruté době přežil díky vůli, která se váže ke smyslu života. Právě hledání smyslu považoval Frankl za klíčový proces ovlivňující celou osobnost, včetně sebepojetí. Z výše zmíněného vyplývá ústřední termín Franklova učení, kterým je tzv. vůle ke smyslu. Jedná se o základní potřebu člověka, jejíž snahou je dosažení plnohodnotného života, který má pro jedince neopakovatelný význam (Frankl, 1994).

Frankl vnímá člověka jako jedinečnou nezávislou bytost. Její přirozeností je svobodná vůle, díky které může směřovat k vytyčeným cílům. Svoboda však musí být užívána s rozvahou. Jedinec by si měl uvědomit, že ačkoliv se může rozhodovat podle svého uvážení, přebírá plnou zodpovědnost za svoji volbu a veškeré činy, které s ní souvisí. Benefit svobody a vlastní vůle může lidské sebepojetí formovat správným směrem ku prospěchu jedince. Pokud však člověk nedokáže unést váhu zodpovědnosti, kterou s sebou svobodné jednání přináší a začne jej zneužívat, jeho sebepojetí v důsledku tohoto přístupu výrazně trpí (Frankl, 1994).

Důležitým faktorem, který se podílí na vývoji lidské osobnosti, je snaha o sebetranscendenci. Dle Frankla se člověk stává sebou samým v momentech, kdy upozadí vlastní potřeby a zaměří se na činy, které jsou prospěšné pro jeho okolí. Jedinec by se tedy měl oddávat úlohám, jež jsou naplněny láskou a konány ve prospěch druhých. Na sebe by měl v těchto situacích spíše zapomínat (Frankl, 1999).

### 3 AKNÉ

Akné je neinfekční multifaktoriální dermatologické onemocnění, které se vyskytuje u jedinců po celém světě. Podle Aliance pro efektivní léčbu akné jde o chronicky relabující chorobu, která nepředstavuje pouze estetický problém, jak by se mohlo na první pohled zdát. Akné nejčastěji postihuje jedince v období dospívání a mizí zpravidla kolem 25. roku života. V mnoha případech však může akné přetrvávat až do dospělosti nebo se v pozdějším věku teprve začíná objevovat (Benáková, 2006).

Mezi hlavní příčiny vzniku akné můžeme zařadit zvýšenou produkci mazu, genetické predispozice, poškození procesu rohovatění kůže či nadměrný výskyt bakterií v mikrobiální flóře. Tyto fyziologické obtíže však mohou být často umocňovány nepříznivým psychickým stavem či špatnou životosprávou. Akné se nejčastěji vyskytuje na obličeji, a to asi v 99 % případů, dále také na zádech a hrudníku. Primárním projevem akné jsou otevřené či uzavřené komedony. V závažnějších případech mohou prvotní komedony přerůst v papuly a pustuly, které pronikají do hlubších vrstev kůže a způsobují vážné následky zejména ve formě jizev (Vantuchová, 2014).

Volba léčebného postupu je dána závažností tohoto onemocnění. Na výběr správné léčebné metody má vliv rozsah postižení, délka onemocnění a způsob hojení. Dle Bienové a Kučerové (2009) vyhledává léčbu asi 15–30 % pacientů, přičemž zhruba 7 % z nich zůstane postiženo nevzhlednými jizvami. Dle náročnosti můžeme léčbu dělit na fyziologickou, kam řadíme především užití lokálních přípravků a dermokosmetiky nebo klinickou, která je zaměřena na závažnější formy akné (Benáková, 2006).

Jelikož akné postihuje především jedince v období dospívání, kdy dochází k formování jejich identity a utváření pohledu na sebe sama, je nutné doplnit klasickou léčbu starostí o psychické zdraví. Akné je psychosomatickým problémem, jehož projevy lze vhodně zvoleným přístupem zmírnit. Je však nutné zmínit, že tato komplexní léčba musí být pravidelná a dlouhodobá. Prvotní efekt lze totiž obecně pozorovat nejdříve po 3-6 měsících, trvalejší změny poté přichází průměrně po dvou letech (Benáková, 2006).

V odborných textech se můžeme setkat s různými typy akné. Za prvotní můžeme považovat tzv. *acne neonatorum* nebo-li novorozenecké akné. V kojeneckém věku poté zaznamenáváme výskyt *acne infantum*. Mezi 1.-7. rokem života se někteří jedinci setkávají

s acne juvenilis a vůbec nejrozšířenější forma akné, acne vulgaris, se u jedinců vyskytuje v období dospívání. Dospělí jedinci mohou dále trpět formou acne rosacea nebo-li akné růžovkou a acne tarda.

### **3.1 Epidemiologie**

Prevalenci akné není možné jednoznačně popsat. Doposud totiž neexistuje dostatek standardizovaných diagnostických kritérií, na základě kterých lze výsledky výzkumů o akné zobecňovat na populaci (Schäfer, Kahl, & Rzany, 2010).

Pro příklad však uvedeme studii NHANES z USA. Podle této studie se v lidské populaci setká s akné asi 29,9 % žen a 31,7 % mužů. U dívek se akné začíná vyskytovat v průměru kolem 13. roku života, u chlapců je to asi ve 14 letech. Nejčastěji bývají tímto problémem zasaženi jedinci v období střední adolescence, u kterých se akné vyskytuje až v 85 % případů. Jedná se konkrétně o tzv. acne vulgaris. Asi u čtvrtiny postižených osob akné přetrvává i po 20. roce života (Schäfer, Kahl, & Rzany, 2010). Přibližně v 8 % případů se akné poprvé projeví až v dospělém věku. Zde hovoříme o tzv. acne tarda, které svými příznaky připomíná acne vulgaris s pozdějším nástupem (Šimková, 2020).

### **3.2 Druhy akné**

Výše byly již zmíněny některé druhy akné. V této práci však bude kladen stěžejní důraz především na acne vulgaris a acne rosacea, jelikož tyto formy onemocnění byly diagnostikovány u adolescentů, kteří se účastnili výzkumného šetření.

#### **3.2.1 Acne vulgaris**

Vůbec nejznámějším druhem akné je tzv. acne vulgaris. Jedná se o 8. nejběžnější onemocnění na světě. Obvykle se vyskytuje v období dospívání a podle studie Global Burden of Disease (GBD) se s ním potýká asi 85 % jedinců ve věku 12–25 let (Lynn, Umari, Dunnick, & Dellavalle, 2016). Bylo prokázáno, že akné ovlivňuje nejen fyzický vzhled, ale také psychosociální chování a vnímání vlastní osoby (Ulvestad, Halvorsen, Bjertness, & Dalgard, 2021).

Na vzniku acne vulgaris se podílí především androgeny, v nejvyšší míře konkrétně hormon testosteron. Ačkoliv se jedná především o mužský hormon, objevuje se také v ženském těle a jeho zvýšená produkce může u obou pohlaví vyvolat specifické kožní reakce. Testosteron je v lidském těle v období dospívání přeměněn na dihydrotestosteron –

látku, která způsobuje zvýšenou sekreci mazu do vlasových folikulů. Hromadí se maz zapříčiňuje uzavření vlasového folikulu a dále blokuje jeho otevření. Kůže proto nemůže dýchat a na jejím povrchu vznikají tzv. komedony, které jsou zároveň primárním nezáznětlivým projevem akné. V důsledku zvyšování množství mazu můžeme pozorovat výskyt dvou druhů komedonů. Pupínky s bílou hlavičkou obsahující hnis se nazývají uzavřené komedony. Naopak ty s černou hlavičkou mají otevřený povrch, a proto se jedná o tzv. otevřené komedony. Komedony mohou být nejprve pouze povrchové, avšak zánět se velmi často dostává i do hlubších vrstev kůže a podporuje tak vznik podkožních uzlíků či závažných cyst (Lynn, Umari, Dunnick, & Dellavalle, 2016).

V roce 1990 vyvinula Americká akademie dermatologie schéma, které dělí *acne vulgaris* na tři základní podskupiny. Jedná se o mírné, střední nebo závažné akné. Mírné a střední akné je většinou povrchové a lze jej poměrně snadno léčit díky mnohým přípravkům, které jsou dostupné na trhu. Tento druh akné postihuje horní vrstvu kůže a zpravidla mizí, jakmile jedinec opustí fázi dospívání. Závažné neboli hluboké akné, zasahuje do hlubších vrstev kůže a vyznačuje se zanícenými pupínky, po kterých obvykle zůstávají nevzhledné jizvy. V tomto případě dochází k masivnímu výskytu komedonů, které se nemusí vyskytovat pouze na obličeji, ale pokrývají často také krk, hrudník či záda. Těžké akné vytváří tzv. krátery na kůži, jejichž přítomnost provází člověka často po zbytek života (Falcon, 2019).

Bylo zjištěno, že v současné době dochází ke zvýšenému výskytu *acne vulgaris* také v pozdním dospívání a v dospělém věku. Doposud však není známo, co tyto změny zapříčiňuje. Spekuluje se o horší kvalitě stravy, která obsahuje potraviny s vysokým glykemickým indexem či nadměrném množství mléčných výrobků. Dalším možným činitelem jsou genetické predispozice či okolnosti, které mají spojitost s chátřáním životního prostředí. Za zmínku stojí také kouření nebo psychosociální faktory, avšak tyto informace nejsou výzkumy pevně podloženy (Lynn, Umari, Dunnick, & Dellavalle, 2016).

### **3.2.2 Acne rosacea**

Dalším velice významným druhem akné je *acne rosacea*. Jedná se o formu akné, která se vyskytuje především u jedinců mezi třicátým a padesátým rokem života, někdy však postihuje také adolescenty. Tzv. akné růžovka popsal ve 14. stol. francouzský chirurg Guy de Chauliac. Vyskytuje se častěji u žen, avšak závažnější průběh má u mužů. Je charakteristické růžovými až červenými skvrnami, které se objevují převážně ve střední



části obličeje. Přesná příčina acne rosacea dodnes není známá, nicméně k hlavním spouštěčům řadíme genetiku, nadměrnou konzumaci kofeinu či alkoholu, špatnou kosmetiku nebo vystavování extrémním klimatickým podmínkám. Na tuto formu akné neexistuje spolehlivý lék, ale její příznaky mohou být potlačovány především antibiotickou léčbou (Falcon, 2019; Sardinia, 2019).

Akné růžovka se ve většině případů zhoršuje s přibývajícím věkem. Pravděpodobněji se vyskytne u jedinců, kteří se častěji červenaají nebo zrudnou v důsledku pocíťovaného studu. Pokud se tyto děje opakují často, začervenání již nemizí a stává se trvalým. To způsobí rozšíření povrchových cév a zarudnutí nabývá na intenzitě. Kromě červených skvrn a běžných pupínků dochází zejména u mužů ke zvětšení a napuchnutí nosu, který svým tvarem může připomínat cibuli. Narůstající zánět může ovlivnit také okolí očí a v těch nejzávažnějších případech vyvolat problémy se zrakem (Falcon, 2019; Sardinia, 2019).

### **3.3 Léčba akné**

V této části práce budou krátce zmíněny základní postupy, které se využívají při léčbě akné. Jedná se o lokální léčbu, systémovou terapii, a také chemické a fyzikální postupy. Aby však všechny zmíněné metody fungovaly správně, je příznivé doplnit léčbu kvalitním spánkem, vhodným stravováním, odpovídající dermokosmetikou a pozitivním psychickým naladěním. Právě psychický stav má zásadní vliv při výskytu akné a bylo prokázáno, že např. stres akné zhoršuje a v některých případech je dokonce jejich hlavním původcem.

#### **3.3.1 Lokální léčba**

Lokální léčba je klíčová zejména při počátečních projevech akné. Svoje uplatnění však nalézá i v případě výskytu lehkého až středního akné. Z dlouhodobého hlediska poskytuje významnou oporu v tzv. udržovací fázi léčby, v rámci které se pacient snaží zabránit opětovnému výskytu akné (Hurtová, 2011). Při lokální léčbě jsou využívány retinoidy, benzoylperoxid, kyselina azelaová či lokální antibiotika (Vantuchová, 2014).

Retinoidy mohou být buď přírodní či uměle vytvořené látky. Vychází z retinolu, což je forma vitamínu A, který významně podporuje regeneraci lidské pokožky. Jejich hlavní funkcí je redukce vyskytujících se komedonů a normalizace procesu rohovatění pokožky (Hurtová, 2011; Macháčková, 2018).

Další neméně významnou látkou je benzoylperoxid, jehož hlavní funkcí je redukce bakterií způsobujících akné. V důsledku tohoto procesu dochází k utlumení zánětu a výraznému snížení počtu komedonů. Jeho hlavním benefitem je fakt, že nevyvolává bakteriální rezistenci (Vantuchová, 2014; Macháčková, 2018).

K lokálním léčivům řadíme dále kyselinu azelaovou, jež vyniká svými antibakteriálními a protizánětlivými účinky. Hlavní předností je především velmi dobrá snášenlivost, a to i u pacientů, které obecně trápí alergické reakce na tyto druhy léčiv či u pacientů, jejichž pokožka je vysoce senzitivní (Vantuchová, 2014).

### **3.3.2 Systémová léčba**

V případě středně závažných a těžkých problémů je velmi často nutné přejít na systémovou (perorální) léčbu, která svojí komplexností zaručuje prokazatelně lepší účinky. Mezi perorální léčiva řadíme antibiotika, isotretinoin a hormonální antikoncepci. Systémová léčba je obvykle dlouhodobá. Antibiotika jsou užívána po dobu několika měsíců, hormonální antikoncepce u žen zpravidla i několik let (Ackermannová, 2020).

Terapie antibiotiky patří jistě ke klíčovým formám při léčbě akné. Jejich hlavní funkcí je redukce bakterie *Propionibacterium acnes*, jejíž eliminace výrazně snižuje zánět (Rulcová, 2007). Mezi nejčastěji používaná antibiotika řadíme tetracyklinová antibiotika, konkrétně teracyklin, doxycyklin či minocyklin. Tyto látky brání nárůstu mikrobů v těle a prokázány je i jejich protizánětlivý účinek (Bienová & Kučerová, 2009).

Hormonální antikoncepce je metoda, kterou v České republice využívá asi 44 % žen. Její indikace je doporučována především ženám, které trpí těžkým či nepředvídatelným průběhem akné. Dle Křepelky (2011) je prevalence akné u žen v adolescentním věku 40 %, u žen kolem 25 let 12 % a ve 45 letech asi 5 %. Kombinovaná hormonální antikoncepce, která je používána vůbec nejčastěji, je složena ze steroidních hormonů estrogeneru a progestinu, jejichž funkcí je především úprava rozkolísané hormonální hladiny (Hrušková, 2009).

### **3.3.3 Další možnosti léčby – chemická a fyzikální léčba**

Kromě výše zmíněných metod léčby akné přináší moderní doba také jiné šetrnější cesty, které umožňují člověku zbavit se těchto obtíží. Veřejnost zaujala zejména chemická léčba, pro kterou je typické užití chemického peelingu. Jedná se o proceduru, v rámci které je na kůži aplikována chemická látka. Nejčastěji se jedná o ovocné kyseliny (AHA kyseliny, a to

v koncentraci 20–70 %), dále také kyselinu trichloroctovou, jablečnou či mléčnou. Cílem těchto látek je způsobit částečnou exfoliaci pokožky. Po jejich aplikaci dochází k několikadenní regeneraci pokožky, jež nabyde pružnější a jasnější vzhled. Kožní buňky se rychleji obnovují, elastická vlákna zvyšují svoji kvalitu a kůže je více hydratovaná. Souběžně se také snižuje produkce mazových žláz a rohovatění kůže probíhá za normálních podmínek. Rovněž je nezbytné zmínit i prokázaný antioxidační účinek. Jestliže dochází k aplikaci hlubšího typu peelingu, lze pozorovat také remodelaci kolagenu, která je patrná až po dobu jednoho roku od zákroku. Chemický peeling má mimo jiné svoji preventivní funkci a může nežádoucím dermatologickým obtížím předcházet (Bienová & Kučerová, 2009; Mansfeldová, 2011).

Závěrem zmíním také fyzikální léčbu, jež zpravidla doplňuje klasickou terapii, má preventivní účinek a podíl se na zlepšování nevzhledně vypadající pokožky po akné. K formám fyzikální léčby řadíme laserovou terapii, fototerapii, kryoterapii a karboxyterapii (Hurtová, 2011).

### **3.4 Emocionální dopady akné**

Akné je vážným problémem, který může mít krátké trvání, avšak některé jedince doprovází po celý život. Zanechává fyzické i emocionální jizvy a jak mnohé výzkumy potvrzují (Fried & Wechsler, 2006; Pawin a kol., 2007; Gül & Çölgeçenz, 2015), ovlivňuje do velké míry také duševní blaho lidí a vnímání sebe sama. Novější studie potvrdily (Yoqub, Bajwa, & Batoool, 2019; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020), že existuje souvislost mezi fyziologickým a emočním stavem pacienta. Bylo prokázáno, že právě akné může být původcem depresí, úzkosti a frustrace. Duševní stav a všudypřítomný stres mohou mimo jiné akné zhoršovat, obecně snižovat kvalitu života a negativně ovlivňovat sebepojetí. Psychické obtíže v souvislosti s kožním onemocněním dnes trápí asi 25–30 % zasažených jedinců (Fried & Wechsler, 2006).

Je velmi obtížné predikovat emocionální dopady akné, jelikož tato informace závisí na mnoha faktorech. Mezi ně zcela jistě patří věk jedince, psychosociální vývojové období, ve kterém se nachází, schopnost zvládat zátěžové situace a stres, sebevědomí nebo také genetické predispozice. Dospívající obecně zvládají výskyt akné hůře, protože právě v tomto životním období je kladen velký vliv na atraktivitu těla, image a sexualitu. Akné může osobní život člověka v těchto sférách výrazně narušovat a v důsledku hormonálních změn vyvolat odmítavé pocity vztahující se k vlastní osobě. Pokud se k tomuto problému

přidají i negativní komentáře v sociálních skupinách či zkušenost s odmítnutím nebo zavržením, dostávají se obvykle psychické následky, které ovlivňují každodenní život a mají negativní dopady na sebepojetí (Fried & Wechsler, 2006).

Někteří dermatologičtí pacienti mohou vnímat výskyt akné jako důsledek životních nezdarů, ať už v oblasti pracovní, finanční či v rovině mezilidských vztahů. Tyto pocity mohou vyústit především u chronického onemocnění v psychosomatické obtíže (Šimková, 2020).

Yoqub, Bajwa a Batool ve své studii z roku 2019 (n=250), která je zaměřena na emocionální dopady akné, zjistili, že existuje pozitivní korelace mezi obrazem lidského těla a sebeúctou. Pokud tedy jedinci pozitivně vnímají svoje tělo – v tomto případě především svoji pokožku, odráží se tento pocit v jejich sebevědomí. Pozitivní korelace byla také potvrzena v souvislosti s kvalitou života. Zajímavým poznatkem je ovšem fakt, že mezi různými věkovými skupinami a životní spokojeností nebyla nalezena v tomto kontextu žádná souvislost. Mezi chlapci a dívkami také nebyl nalezen významný rozdíl. U obou pohlaví se v podobné míře vyskytují deprese, nízké sebevědomí a pocity nedostatečnosti či zbytečnosti. Naopak u jedinců bez akné je mnohem nižší prevalence těchto psychických neduhů.

Studie Güla a Çölgeçena z roku 2015 (n=80) potvrdila, že lidé, kteří mají akné, vykazují velký problém v regulaci vlastních emocí. Důsledkem jsou poté opakující se pocity úzkosti, které se projevují především v sociální sféře a v některých případech mohou vést i k sociální fóbii. Neobvyklý není ani výskyt neurotického chování. Dle studie Pawina a kol. z roku 2007 (n=1566) akné také výrazně ovlivňuje každodenní život. Způsobuje nejistotu při seznamování, je příčinou vyhýbavého chování ve společnosti a vyvolává pocity, které jedince přesvědčují o nižší kvalitě jeho života. Typickým rysem zasažených pacientů je také nadměrné soustředění na jednotlivé nedokonalosti na kůži a snaha skrýt tyto nevzhledné pupínky či jizvy. V případě, že to není možné, dochází k sociální izolaci, která podporuje pocity samoty, úzkosti a méněcennosti. Dle Mallona a kol. (1993), jejichž studie se zúčastnilo 111 pacientů s akné, jsou emocionální dopady a psychické obtíže těchto jedinců srovnatelné s lidmi, jež trápí astma, epilepsie či diabetes. Většina postižených však nebere akné jako nemoc, ačkoliv jsou související symptomy na stejné úrovni jako příznaky jiných onemocnění. Ve společnosti je akné často vnímáno jako nedokonalost na kráse, avšak jádro problému je mnohem závažnější (Blechová, 2020).

Některé studie (Garrie & Garrie, 1978; Wu, Kinder, Trunnell, & Fulton, 1988) prokázaly, že úzkostnost u pacientů koreluje se závažností akné – tedy čím závažnějším akné člověk trpí, tím vyšší stupeň úzkosti se u něj projeví. Ke stejnému zjištění dospěl také výzkum Van der Meerena, Van der Schaara a Van den Hurka (1985), kteří pro svoji studii oslovili 40 pacientů s těžkou formou akné.

Velmi často lze pozorovat také poruchu sebeúcty, která může vyústit až do klinické deprese. Deprese spojená s akné se zpravidla projevuje nedostatkem koncentrace, vyhybavostí v sociálních interakcích, zvýšenou plačtivostí či myšlenkami na sebevraždu. Mezi další příznaky lze zařadit nespavost, nechutenství, zhoršení prospěchu ve škole, sociální poruchy nebo delikventní chování (Nevoralová, 2012).

V roce 2014 byl prováděn výzkum, který hledal souvislost mezi somatickou závažností acne rosacea a depresí, úzkostí nebo kvalitou života pacientů. Studie se zúčastnilo 168 respondentů, kterým byly administrovány dotazníky QES (Questionnaire on Experience with Skin Complains), HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) a DLQI (Dermatology Life Quality Index). Výsledky ukázaly, že více než 50 % účastníků cítí v souvislosti s akné psychické obtíže, zvýšenou hladinu stresu a všeobecný diskomfort. Bylo zjištěno, že závažnost a rozsah akné má vliv na kvalitu života – rozsáhlejší a závažnější akné tedy koresponduje s nižší kvalitou života. Studie dále potvrdila, že pacienti s akné jsou rizikovou skupinou, která má sklony propadat depresi a úzkosti více než zdravá populace. Ze závěrů vyplývá doporučení propojit psychologickou a dermatologickou léčbu. Vhodná je i spolupráce psychiatra, navštěvování podpůrných skupin či zaměření na holistický přístup (Böhm a kol., 2013).

### **3.5 Akné v psychosociálním kontextu**

Četné výzkumy (Newell & Marks, 2000; Fried & Wechsler, 2006; Raudenská & Javůrková, 2011; Loh, Chan, & Fang, 2020; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020) se zaměřily na akné v psychosociálním kontextu a přinesly informace, které mohou doložit závažné sociální dopady tohoto onemocnění. Dle Frieda a Wechslerové (2006) akné ve vysoké míře ovlivňuje sociální interakce jako je např. seznamování, stravování, navštěvování vzdělávacích institucí a v neposlední řadě také sport.

The All Party Parliamentary Group on Skin vytvořila zprávu, která se věnuje psychologickému a sociálnímu vlivu kožních onemocnění na lidské životy. Z té mimo jiné

vyplývá, že dopady akné mohou mít na sebevědomí adolescentů fatální vliv a zřetelně se poté odráží v komunikaci a navazování vztahů. Kromě pocitů méněcennosti či snahy stranit se společnosti byla v této souvislosti potvrzena i vyšší prevalence sebevražd. Výsledky vychází z dlouhodobého kontaktu s pacienty v klinické praxi (De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020).

Newell a Marks (2000) ve své studii (n=112) prokázali, že lidé se závažným akné vykazují problémy v sociálních interakcích. Pro mnohé jedince je komplikací především seznamování s novými lidmi. Někteří autoři však uvádějí, že pro postižené jedince může být nepříjemný také kontakt s blízkými osobami.

Velkou výzvou pro adolescenty, u kterých se vyskytuje akné, je školní prostředí a kontakt s vrstevníky. Studie, které se zúčastnilo 435 respondentů do 18 let odhalila, že především závažnější formy akné jsou velmi problémové a dávají tak příležitost ke stigmatizaci daného jedince. Ten se může stát terčem poznámek či posměšků, které často graduji a vrcholí různými formami šikany. V mladším věku se mohou šířit teorie o přenositelnosti akné, které člověka izolují ze sociálních skupin. Není proto neobvyklé, že jedinci s akné nemají moc přátel a vyhledávají samotu, která je pro ně bezpečným útočištěm (Loh, Chan, & Fang, 2020). Loh, Chan a Fang (2020) ve své studii také předkládali respondentům fotografie stejných lidí s akné a bez akné. Výsledky ukázaly, že jedinci s akné jsou vnímáni spíše jako neatraktivní, nezdraví a méně chytrí než lidé bez akné. Zároveň byli jedincům s akné přisuzovány negativní vlastnosti. Naopak u lidí bez akné respondenti očekávali vyšší vzdělání, lepší zdravotní stav a spíše pozitivní vlastnosti.

Akné má nepopíratelný vliv i na partnerské vztahy, které jsou často navazovány již v adolescentním věku. Komunikace s objektem zájmu u dermatologických pacientů bývá ostýchavá, často však také úplně vyhýbavá. Tito jedinci se bojí navázat partnerský a sexuální vztah, jelikož pociťují strach z odmítnutí. Jedná se zejména o pacienty, u kterých se vyskytuje akné nejen na obličeji, ale také na jiných částech těla. Dochází tedy k zahalování těchto nevzhledně vypadajících míst a snaze vyhnout se odhalování a intimnostem (Raudenská & Javůrková, 2011).

Významné informace přinesl výzkum Jowettové a Ryanové již z roku 1985 (n=100), ve kterém respondenti uváděli, že akné má vliv na budoucí výběr povolání. Mnozí jedinci s kožními problémy se obávali nastoupit do zaměstnání, ve kterém budou na očích velkému množství lidí, a i z toho důvodu četné pracovní příležitosti zavrhlí již na

počátku. Na základě jiného výzkumu, který byl prováděn ve Velké Británii bylo prokázáno, že procento nezaměstnaných respondentů, kteří trpí akné bylo vyšší než procento účastníků kontrolní skupiny. U mužů se jednalo o rozdíl 7 %, u žen poté o rozdíl 5,6 % (Nevoralová, 2012).

Pacienti s akné uvádí jako výrazný protektivní faktor sociální oporu. V případě, že jedinec zažívá úzkostné mezilidské vztahy, nízkou míru podpory nebo hyperprotektivní výchovu, může docházet k negativnímu vnímání vyskytujícího se akné (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016). Raudenská a Javůrková (2011) v této souvislosti potvrdily, že existuje vztah mezi nedostatečnou sociální oporou a zvýšeným výskytem kožních nemocí. Dále zmiňují, že u pacientů s akné lze pozorovat zvýšenou hladinu stresu, která však více než se zdravotním stavem a výskytem symptomů souvisí s nedostatečnou podporou ze strany nejbližšího okolí. Raudenská a Javůrková (2011) se také zaměřily na vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem na dermatologickém pracovišti. Došly k závěru, že tento vztah výrazně ovlivňuje následky onemocnění, efekt léčby, spolupráci postiženého či komorbiditu.

# VÝZKUMNÁ ČÁST



## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Akné je nejrozšířenějším kožním onemocněním, které postihuje jedince všech věkových kategorií. Nejvyšší prevalenci výskytu lze zaznamenat v období adolescence, kdy dochází k diametrální proměně člověka, ať už po stránce fyzické či psychické. Klíčovým vývojovým úkolem adolescence je formování identity a lidského sebeobrazu. Ten vychází mimo jiné z fyzického vzhledu daného jedince. Proto nemůže být překvapením, že viditelný kožní problém jako je akné hraje při budování sebepojetí velmi důležitou roli.

Existuje řada výzkumů, které se zabývají vztahem dermatologického onemocnění a jeho dopadů na sebepojetí a psychické zdraví jedinců. Výsledky těchto studií potvrzují, že akné může mít vliv na vznik úzkostí, depresí či frustrace (Yoqub, Bajwa, & Batool, 2019; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020). U postižených jedinců lze zaznamenat poruchy sebeúcty, které pramení především z nevzhledně vypadajících pupínků či stigmatizace v sociální sféře (Nevoralová, 2012; Loh, Chan, & Fang, 2020). V této souvislosti byly také potvrzeny pocity méněcennosti, snížená kvalita života, vyšší prevalence sebevražd nebo obecný diskomfort ve vlastním těle (Böhm a kol., 2013; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020).

Ne všechny výsledky odborných studií souvislost mezi akné a sebepojetím potvrdily. Byly však nalezeny výzkumy, díky kterým lze potvrdit, že sebepojetí jedince bude akné pokožkou alespoň do nějaké míry ovlivněno (Newell, & Marks, 2000; Fried, & Wechsler, 2006; Pawin a kol., 2007; Böhm a kol., 2013; Gül, & Çölgeçenz, 2015). Problematice dermatologického onemocnění a sebepojetí se u nás ve své bakalářské práci věnovala Jansová (2020), která ale signifikantní rozdíly mezi postiženými a zdravými jedinci nenašla. Inspirovala mě však k pokračování v badatelské činnosti v této oblasti. Vzhledem ke sníženému zájmu o danou problematiku jsem se tedy rozhodla věnovat se tématu hlouběji a zjistit, zda u námi vybraného vzorku jedinců s akné můžeme pozorovat problémy se sebepojetím či nikoliv.

## 5 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem empirické části je prozkoumat vliv akné na sebepojetí oslovených adolescentů. Experimentální skupina postižených jedinců je srovnávána se skupinou kontrolní, u které akné nebylo diagnostikováno. Dalším cílem je poté zjistit, zda pohlaví respondentů s akné ovlivňuje sebepojetí. Práce se také zaměřuje na to, jestli se akné odráží v subjektivním hodnocení fyzického vzhledu, ve štěstí a spokojenosti nebo v úzkostných pocitech. Vedlejšími cíli je ověřit, zda výskyt akné výrazně ovlivňuje přizpůsobivost jedince, intelektové a školní postavení nebo popularitu v sociálním prostředí. Tyto předpoklady byly zjišťovány prostřednictvím Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2). Zde byl klíčový především celkový skóre (TOT) u obou skupin. Neméně důležité byly však také rozdíly ve výsledcích dílčích subškál dotazníku. Jedná se o subškály Fyzický vzhled a vlastnosti (PHY), Štěstí a spokojenost (HAP), Nepodléhání úzkosti (FRE), Přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT) a Popularita (POP).

### **Hlavní hypotézy:**

**H<sub>1</sub>:** Adolescenti, jež mají akné, dosahují významně nižšího celkového skóre (TOT) v dotazníku PHCSCS-2 než adolescenti, kteří akné nemají.

**H<sub>2</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v celkovém skóre (TOT) dotazníku PHCSCS-2 mezi chlapci a dívkami, kteří mají akné.

**H<sub>3</sub>:** Adolescenti, jež mají akné, dosahují v subškále PHY (Fyzický zjev a vlastnosti) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre než adolescenti, jež akné nemají.

**H<sub>4</sub>:** Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále HAP (Štěstí a spokojenost) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.

**H<sub>5</sub>:** Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále FRE (Nepodléhání úzkosti) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.

**Vedlejší hypotézy:**

**H<sub>6</sub>:** Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále BEH (Přizpůsobivost) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.

**H<sub>7</sub>:** Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále INT (Intelektové a školní postavení) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.

**H<sub>8</sub>:** Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále POP (Popularita) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.

## 6 POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCE A POUŽITÉ METODY

V rámci praktické části této práce byl prováděn kvantitativní výzkum, jenž probíhal formou dotazníkového šetření. Pro sběr dat byl zvolen standardizovaný Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Dotazník byl administrován ve formě tužka-papír na osobním setkání 72 adolescentům. Ti byli zařazeni buď do experimentální nebo kontrolní skupiny podle toho, zda jim bylo diagnostikováno akné či nikoliv. Dosažené skóry v dotaznících jednotlivých respondentů byly dále srovnávány a podrobně analyzovány.

### 6.1 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

Využitý standardizovaný nástroj je sebehodnotící dotazník s podtitulem Jak vnímám sám/sama sebe. Vychází z původní Škály sebepojetí dětí Piers-Harris, která vznikla na počátku 60. let v Americe. Autory tohoto nástroje jsou Ellen V. Piersová a David S. Herzberg (Obereignerů a kol., 2015).

Zmínění autoři předpokládali, že sebepojetí je komplikovaným konstruktem, jenž však nelze zkoumat přímo, jelikož pramení ze subjektivního hodnocení jedince. Na jeho vzniku se významně podílejí biologické a kulturní faktory, interakce v sociálním prostředí a výchova i přístup druhých lidí (zejména v období dětství). Výsledné sebehodnocení je tedy komplexní strukturou, která má klíčové organizační a motivační funkce (Obereignerů a kol., 2015).

Dnes využíváme druhou revizi dotazníku, který bývá označován zkratkou PHCSCS-2. Jeho česká standardizace je určena primárně dětem a adolescentům ve věku 9-18 (20) let. Skládá se z 60 výroků, které jsou spojeny s vnímáním vlastní osoby. Respondenti mohou na jednotlivé výroky odpovídat pouze ANO/NE, podle toho, zda je tvrzení vystihuje či nikoliv. Dotazník lze administrovat individuálně i skupinově a jeho vyplnění trvá obvykle 10-15 minut (Obereignerů a kol., 2015).

Dotazník PHCSCS-2 zahrnuje 6 subškál, které dohromady tvoří Celkový skór (TOT), jenž odráží celostní sebepojetí jedince. Vyšší hodnoty značí celkové pozitivní sebepojetí, nižší jsou naopak spojeny s negativním vnímáním vlastní osoby. Jednotlivé

subškály jsou zaměřeny na specifické oblasti sebepojetí. Jak již bylo zmíněno výše, jedná se konkrétně o Přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev a vlastnosti (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularitu (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP). Zde opět platí, že vyšší dílčí skóry odpovídají pozitivnímu hodnocení, nižší pak negativnímu. Dotazník obsahuje také Index nekonzistentních odpovědí (INC), jehož cílem je zjistit, zda jsou jednotlivé odpovědi dílem náhodného výběru. Závěrem je nezbytné zmínit také Index předpojatosti (RES), který odhaluje pozitivní a negativní předpojatost vůči jednotlivým položkám bez ohledu na jejich obsah (Obereignerů a kol., 2015).

Na další straně následuje tabulka, jež popisuje jednotlivé subškály a uvádí příklady konkrétních výroků, které jsou obsaženy v dotazníku PHSCS-2.

**Tab. 1:** Popis subškál a ukázkové položky Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (Obereignerů a kol., 2015).

Subškála	Popis	Příklady položek
<b>Přizpůsobivost</b>	Subškála měří připuštění nebo popření problematického chování. Obsahuje tvrzení, která se vztahují k situacím doma i ve škole.	„Často se dostávám do konfliktu s druhými.“ „Naše rodina má se mnou potíže.“
<b>Intelektové a školní povinnosti</b>	Subškála odráží, jak děti a dospívající vnímají své schopnosti a dovednosti v souvislosti s intelektuálními a školními výkony. Zabývá se také ambicemi.	„V naší rodině jsem stejně důležitý jako ostatní.“ „Kamarádům se líbí mé nápady.“
<b>Fyzický zjev a vlastnosti</b>	Subškála reflektuje vztah jedince k vlastnímu tělu. Zaměřuje se také na vlastnosti jako je vůdcovství či schopnost sdílet své nápady.	„Vypadám dobře.“ „Jsem tělesně zdatný/á.“
<b>Nepodléhání úzkosti</b>	Subškála zachycuje širokou škálu emocí včetně stydlivosti, strachu, smutku, úzkosti a celkové psychické rozladění.	„Často se bojím.“ „Často jsem smutný/á.“
<b>Popularita</b>	Subškála nahlíží na oblast sebepojetí z hlediska sociálních interakcí dětí a adolescentů. Pokrývá nejen popularitu, ale také schopnost navazovat přátelské vztahy.	„Jsem neoblíbený/á.“ „Spolužáci si ze mě dělají legraci.“
<b>Štěstí a spokojenost</b>	Subškála odráží pocit štěstí a spokojenosti, které jedinec v životě zažívá. Pouze jedna položka je formulována konkrétně, jinak se jedná o obecná tvrzení.	„Jsem šťastný člověk.“ „Mám štěstí.“

## 6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Při realizaci výzkumného šetření byla dodržena základní etická pravidla. Respondentům byl sdělen přesný účel výzkumu, účast v něm byla zcela dobrovolná a všichni zúčastnění měli možnost z šetření kdykoliv odstoupit. Od respondentů byly zjišťovány základní demografické údaje, avšak v rámci výzkumu došlo pouze ke zpracování dat týkajících se věku a pohlaví.

Při administraci dotazníku byl respondentům souběžně předložen také informovaný souhlas, jenž obsahoval podrobnosti o výzkumném šetření a potvrzení účasti. Dospělí jedinci souhlas vyplnili samostatně, u nezletilých participantů bylo nutné, aby jej vyplnil rodič či jiný zákonný zástupce. Účastníkům byla přislíbena ochrana osobních údajů, a i přesto, že se data nepovedlo zcela anonymizovat, všichni respondenti byli s touto situací obeznámeni a svůj souhlas dobrovolně potvrdili. Za účast ve výzkumu nebyla žádnému z respondentů přislíbena finanční či materiální odměna.

Osloveným adolescentům byly dále poskytnuty kontaktní údaje na mou osobu a možnost zaslání výsledků výzkumného šetření.

## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT

V této kapitole bude věnován prostor kritériím, která byla vytyčena pro výběr respondentů do experimentální a kontrolní skupiny. Dále bude následovat podrobný rozbor procesu sběru dat, který byl však v mnoha ohledech omezen kvůli epidemiologické situaci. Pozornost zaměřím také na popis vytyčené populace a výzkumného souboru.

### 7.1 Kritéria a proces sběru dat

Před započítím výzkumu byly specifikovány dvě skupiny respondentů, které plní úlohu experimentální a kontrolní skupiny. Věková hranice obou skupin byla stanovena v rozmezí 14-19 let. Jedincům experimentální skupiny muselo být dále diagnostikováno akné, jehož rozsah však nebyl brán v potaz. Respondenti kontrolní skupiny naopak s tímto dermatologickým onemocněním nesměli mít žádnou osobní zkušenost. Tuto skutečnost však účastníci podložili pouze osobním tvrzením. Není tedy vyloučeno, že údaje mohou být mírně zkresleny. V dotazníku nebyly konkrétní položky, které by se této otázce podrobněji věnovaly.

Vybrané věkové rozhraní splňuje kritérium využití dotazníkové metody, která je určena adolescentům od 13 do 18 (20) let. Primárním cílem bylo zaměřit se pouze na adolescenty ve věku 15-19 let, jelikož jedinci tohoto věku navštěvují střední školy a střední odborná učiliště, jež byly v popředí mého zájmu. Tento záměr byl však později přeformulován v důsledku epidemie koronaviru, která mi znemožnila navštívit konkrétní vybrané instituce. Respondenty jsem tedy nakonec vyhledávala individuálně. Ačkoliv byla stanovena dostatečně dlouhá doba pro sběr dat, nepodařilo se mi získat dostatek respondentů v rozmezí 15-19 let. Z tohoto důvodu byla tedy věková hranice posunuta a byli osloveni jedinci ve věku 14-19 let. Přesto, že jsou skupiny z hlediska pohlaví vyrovnané, vykazovali muži mnohem nižší ochotu zapojit se do výzkumu. I proto trval samotný sběr dat déle, než bylo očekáváno.

Respondenti byli získáni prostřednictvím metody sněhové koule. Cíleně jsem oslovila příbuzné a přátele ve svém okolí, kteří mi pomohli vhodné jedince pro experimentální i kontrolní skupinu vyhledat. Respondenti ve výzkumu pochází z Jihomoravského kraje, majoritní část jedinců konkrétně z okresu Blansko. Data byla získávána po dobu osmi měsíců (květen-prosinec 2021).



S většinou respondentů jsem se setkala na osobní schůzce, kde jim byl po krátkém úvodním rozhovoru administrován Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 ve formě „tužka-papír“. Současně byl předložen také informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Vyplnili jej buď sami zletilí respondenti, nebo jejich rodiče, kteří byli v některých případech přítomni i u samotného vyplňování.

Osobní setkání však nebylo možné zrealizovat se všemi respondenty, proto byly některým jedincům instrukce z mé strany vysvětleny formou telefonického rozhovoru či písemné korespondence. Administraci samotného dotazníku poté provedl rodič či jiný blízký příbuzný. Je tedy možné, že i tato skutečnost ovlivnila celkové výsledky výzkumného šetření.

Setkání s respondenty probíhalo téměř vždy v klidném prostředí, kde byly eliminovány rušivé vlivy. Denní doba byla zvolena dle preferovaných možností respondentů, a kromě občasné účasti rodičů nebyly u samotného vyplňování přítomny jiné osoby. Před začátkem vyplňování byl účastníkům opětovně popsán účel výzkumného šetření. Zároveň proběhla také krátká konverzace, která se týkala aktuální nálady respondenta, jeho koníčků a problematiky akné (v případě experimentální skupiny). Cílem bylo navodit alespoň částečnou blízkost a pocit bezpečného přátelského prostředí. Vzhledem k tomu, že mám sama s problematikou akné mnohaletou osobní zkušenost, nebylo těžké naladit se na emoční vlnu participantů. Zmíněna byla opět dobrovolnost a možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit. Poté byly respondentům sděleny podrobné instrukce k vyplnění dotazníku. Všichni účastníci dostali možnost doptat se v případě, že by instrukcím nerozuměli. Vzhledem k jejich věku a jednoduchému principu vyplňování však většina tuto možnost nevyužila. Konkrétní čas na vyplňování nebyl stanoven, avšak všem se povedlo dotazník dokončit do 20 minut.

## **7.2 Populace a popis výzkumného souboru**

Jak již bylo zmíněno výše, respondenti pochází z Jihomoravského kraje. Celkový počet adolescentů ve věku od 14 do 19 let v Jihomoravském kraji je 64 302 jedinců (k 31. 12. 2020). Podrobné demografické údaje týkající se zastoupení dermatologické problematiky v této populaci však nebyly nalezeny. Výzkumný soubor bakalářské práce čítá 72 respondentů. Toto číslo však není dostatečně vysoké, proto nalezené výsledky nelze zobecňovat na celou populaci.

Počet respondentů v experimentální i kontrolní skupině je rovnoměrný z hlediska pohlaví. V každé skupině se tedy nachází 36 jedinců (18 děvčat a 18 chlapců) ve věku 14 až 19 let. Od účastníků byly zjišťovány osobní demografické údaje, z etického hlediska jsou však v této práci využity pouze informace o pohlaví a věku.

Následující tabulka zobrazuje zastoupení jednotlivých respondentů ve výběrovém souboru. Kromě výše zmíněných informací z ní lze vyčíst také průměrný věk adolescentů a směrodatnou odchylku.

**Tab. 2:** Deskriptivní charakteristiky celkového výběrového souboru z hlediska věku ( $n=72$ )

Pohlaví	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odch.
<b>Muži</b>	36	16,61	14	19	1,65
<b>Ženy</b>	36	16,39	14	19	1,62
<b>Celkem</b>	72	16,5	14	19	1,64

Do experimentální skupiny byli zařazeni adolescenti, kterým bylo diagnostikováno akné. Rozsah onemocnění přitom nebyl brán v potaz. V následující tabulce jsou přehledně zobrazeny údaje týkající se experimentální skupiny.

**Tab. 3:** Deskriptivní charakteristiky v experimentální skupině z hlediska věku ( $n=36$ )

Pohlaví	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odch.
<b>Muži</b>	18	16,61	14	19	1,77
<b>Ženy</b>	18	16,5	14	19	1,61
<b>Celkem</b>	36	16,56	14	19	1,69

Kontrolní skupinu tvoří adolescenti, jež potvrdili, že s problematikou akné nemají žádnou osobní zkušenost. V předloženém dotazníku však nebyla položka, která by se na tuto skutečnost zaměřila. Ačkoliv jsou tedy respondenti kontrolní skupiny považováni za zdravé, není vyloučeno, že mohlo dojít ke klamání. Následující tabulka podrobně zobrazuje charakteristiky vztahující se ke kontrolní skupině.

**Tab. 4:** Deskriptivní charakteristiky v kontrolní skupině z hlediska věku ( $n=36$ )

<b>Pohlaví</b>	<b>Počet</b>	<b>Průměr</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Sm. odch.</b>
<b>Muži</b>	18	16,61	14	19	1,53
<b>Ženy</b>	18	16,28	14	19	1,63
<b>Celkem</b>	36	16,44	14	19	1,59

## 8 PRÁCE S DATY A JEJICH VÝSLEDKY

Data byla po sesbírání přepsána v číselné podobě do programu Microsoft Excel 2016. Dle vyhodnocovací šablony byly vypočítány hrubé skóry jednotlivých subškál (BEH, INT, PHY, POP, HAP) i hrubý skór celkového výsledku sebepojetí (TOT). Hrubé skóry byly dále převedeny na t-skóry, které byly využity při následných výpočtech v programu Statistica 13.

Před samotným ověřováním hypotéz byla testována normalita souboru. Data byla nejprve zobrazena pomocí histogramu. Ten již na první pohled nevykazoval známky normálního rozdělení. Pro upřesnění byl dále využit Shapiro-Wilkův test. Jeho p-hodnota, která byla nižší než stanovená hladina 0,05 potvrdila, že data opravdu nemají normální rozdělení. Uchýlila jsem se tedy k využití testů neparametrických metod. Pro testování všech hypotéz byl zvolen Mann-Whitneyův U-test s pětiprocentní hladinou významnosti alfa.

### 8.1 Vyřazení respondentů

Před vyhodnocováním bylo nezbytné vyřadit dotazníky, které nebyly vyplněny podle zadaných kritérií. Jednalo se o dotazníky, ve kterých chyběla více než jedna vyplněná položka nebo kde byly naopak duální odpovědi u několika otázek. V důsledku této skutečnosti bylo vyřazeno 8 dotazníků – 3 z experimentální skupiny a 5 ze skupiny kontrolní.

Po výpočtu hrubých skóru jednotlivých dotazníků byla zaměřena pozornost na ukazatele INC a RES, jež ověřují validitu výsledků. Index předpojatosti (RES) odhalil jeden dotazník, jehož výsledky přesahovaly horní hranici požadovaného skóre. Hodnota HS byla tedy vyšší než 40. Dle příručky v takových případech není vhodné dotazník interpretovat. Proto došlo k jeho vyřazení z výzkumu. V kontrolní skupině se dále vyskytl dotazník, jehož hodnota RES dosahovala krajní vytyčené hranice 40 HS, proto bylo na základě doporučení autorů rozhodnuto, že dotazník bude ve výzkumu ponechán (Obereignerů a kol., 2015).

Neméně důležitým ukazatelem je také Index konzistentních odpovědí (INC). Přijatelná hranice hrubého skóru je v tomto případě 4 a nižší. Ve výzkumném souboru byly

však odhaleny 2 dotazníky (v kontrolní skupině), které toto pravidlo porušily. INC nabýval hodnot 5 a 6 HS. Proto byli i tito respondenti z výzkumu vyřazeni.

V souboru se vyskytlo 5 jedinců, jejichž výsledná hodnota INC dosáhla 4 HS, což je dle autorů spodní přijatelná hranice tohoto ukazatele. Na základě této informace byly tedy zmíněné dotazníky ve výzkumu ponechány a následně podrobeny statistické analýze. Hraniční hodnoty RES a INC mohou být částečně nahodilé. Není proto vhodné dotazník hned vyloučit. Efektivním řešením je zjistit, zda respondenti všem instrukcím a položkám porozuměli či zda se u nich v průběhu vyplňování nevyskytly jiné obtíže (Obereignerů a kol., 2015).

Před statistickým zpracováním byla věnována pozornost také hodnotě celkového skóre (TOT). V případě, že TOT dosahuje hodnoty 57 HS a vyšší, je nutné být opatrnější ve výsledné interpretaci. Jedná se o situaci, kdy respondent odpověděl ve směru negativního sebepojetí na 3 nebo méně položek. Důvodem může být nejčastěji snaha o sociální žádoucnost nebo nedostatek realistického náhledu na vlastní osobu. Často však vysoká hodnota TOT opravdu odráží pozitivní sebehodnocení jedince. Ve výzkumném souboru byly nalezeny 2 dotazníky (jeden v experimentální a jeden v kontrolní skupině), které dosáhly hraniční hodnoty 57 HS v celkovém sebepojetí TOT. Stejně jako v případech krajních hodnot u RES a INC padlo tedy rozhodnutí tyto dotazníky ve výzkumu ponechat (Obereignerů a kol., 2015).

Pro rovnoměrné zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách byli vyřazeni jedinci nahrazení novými, kteří výzkumný soubor kompletně doplnili.

## **8.2 Analýza dat a výsledky testování hypotéz**

V následující kapitole bude věnován prostor deskriptivní statistice, stanoveným hypotézám a jejich výsledkům. Jak již bylo zmíněno výše, provedli jsme testování normality, které nás nasměrovalo k využití neparametrických metod. Ty jsou charakteristické zejména tím, že nepracují s původními naměřenými hodnotami, ale redukuje je na proměnné nižšího typu. Pro testování všech hypotéz byl zvolen konkrétně Mann-Whitneyův U-test.

U každé hypotézy bude kromě hodnoty testové statistiky U a p-hodnoty prezentována také míra účinku. Mann-Whitneyův U-test se pyšní několika variantami míry účinku. V tomto případě však byla zvolena statistika AUC nebo-li *area under curve*. AUC

vyjadřuje pravděpodobnost, že náhodně vyložený prvek z jedné skupiny bude mít vyšší hodnotu než náhodně vyložený prvek ze skupiny druhé.

Na získaných datech byla před testováním samotných hypotéz provedena deskriptivní statistika, jež se zaměřovala na základní informace o experimentální a kontrolní skupině. Popisná charakteristika se zaměřuje nejen na Celkové skóre (TOT) dotazníku PHCSCS-2, ale také na jednotlivé subškály, které byly podrobněji charakterizovány výše. Výsledky deskriptivní statistiky přehledně zobrazují následující tabulky č. 5 a 6.

*Tab. 5: Deskriptivní statistiky Dotazníku PHCSCS-2 pro experimentální skupinu (n=36)*

	<b>Počet položek</b>	<b>Průměr</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>SD</b>
<b>TOT</b>	60	52,17	29	66	8,16
<b>BEH</b>	14	54,64	39	62	6,13
<b>INT</b>	16	52,56	34	66	8,61
<b>PHY</b>	11	53,47	30	64	9,78
<b>FRE</b>	14	49,56	20	65	10,53
<b>POP</b>	12	50,14	28	63	8,87
<b>HAP</b>	10	50,78	22	59	8,48

*Tab. 6: Deskriptivní statistiky Dotazníku PHCSCS-2 pro kontrolní skupinu (n=36)*

	<b>Počet položek</b>	<b>Průměr</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>SD</b>
<b>TOT</b>	60	49,69	28	66	10,37
<b>BEH</b>	14	52,61	36	62	7,22
<b>INT</b>	16	49,56	24	63	10,19
<b>PHY</b>	11	51	27	64	11,1
<b>FRE</b>	14	48,22	31	65	10,79
<b>POP</b>	12	49,28	28	63	10,19
<b>HAP</b>	10	50,58	22	59	9,62

## 8.2.1 Testování hlavních hypotéz

**H<sub>1</sub>: Adolescenti, jež mají akné, dosahují významně nižšího celkového skóre (TOT) v dotazníku PHCSCS-2 než adolescenti, kteří akné nemají.**

První hypotéza se zaměřuje na ústřední myšlenku celé práce. Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významný rozdíl v celkovém skóre TOT mezi experimentální a kontrolní skupinou. Počet respondentů v každé skupině byl 36. Celkové skóre (TOT) pokrývá všechny složky sebepojetí, které obsahuje Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Je tedy komplexním ukazatelem a stěžejní zkoumanou hodnotou. Mann-Whitneyův U-test byl proveden s korekcí na spojitost a neprokázal mezi stanovenými skupinami statisticky významný rozdíl,  $U = 576$ ;  $p = 0,42$ ;  $AUC = 0,44$ .

Na základě zjištěných výsledků můžeme potvrdit, že nebylo nalezeno dostatečné množství důkazů k tomu, abychom nulovou hypotézu zamítli. **Alternativní hypotézu tedy neleze přijmout.**

**H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významný rozdíl v celkovém skóre (TOT) dotazníku PHCSCS-2 mezi chlapci a dívkami, kteří mají akné.**

Ověření druhé hypotézy se zaměřovalo pouze na jedince v experimentální skupině. Bylo zjišťováno, zda bude v tomto případě nalezen signifikantní rozdíl v celkovém skóre TOT mezi chlapci a dívkami. Ani v tomto případě však mezi skupinami nebyl pozorován statisticky významný rozdíl,  $U = 147$ ;  $p = 0,65$ ,  $AUC = 0,45$ . **Nulovou hypotézu tedy nezamítáme, alternativní nepřijímáme.**

Další testované hypotézy se budou zaměřovat na rozdíly v dílčích subškálách dotazníku PHCSCS-2 mezi respondenty, kterým bylo diagnostikováno akné a mezi jejich vrstevníky bez těchto obtíží.

**H<sub>3</sub>: Adolescenti, jež mají akné, dosahují v subškále PHY (Fyzický zjev a vlastnosti) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre než adolescenti, jež akné nemají.**

Třetí hypotéza se věnuje předpokladu, že výskyt akné u jedinců adolescentního věku ovlivňuje jejich pohled na subjektivní spokojenost s vlastním fyzickým vzhledem. Pramení především z domněnky, že dnešní moderní doba klade převážně na dospívající jedince velký tlak a směřuje do popředí zájmu téměř nedosažitelné ideály krásy. Akné tedy pro některé zcela jistě představuje vadu na kráse, která nemusí být sociálně žádoucí.

Srovnávání byli opět jedinci experimentální skupiny s respondenty z kontrolní skupiny. Avšak ani tato hypotéza nepotvrdila vytyčená očekávání. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami,  $U = 579$ ;  $p = 0,44$ ;  $AUC = 0,45$ . **Nulovou hypotézu v tomto případě nelze zamítnout, alternativní hypotézu nemůžeme přijmout.**

**H<sub>4</sub>: Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále HAP (Štěstí a spokojenost) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje**

Dále bylo srovnáváno skóre v subškále Štěstí a spokojenost mezi experimentální a kontrolní skupinou. Statistický test navzdory očekávání i tuto hypotézu nepotvrdil,  $U = 629$ ;  $p = 0,83$ ;  $AUC = 0,49$ . Nebylo tedy nalezeno dostatek důkazů pro zamítnutí nulové hypotézy. **Alternativní hypotézu nelze přijmout.**

**H<sub>5</sub>: Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále FRE (Nepodléhání úzkosti) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.**

Poslední z hlavních hypotéz ověřovala předpoklad, že jedinci, u kterých bylo diagnostikováno akné, budou skórovat v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) níže než adolescenti bez akné. Po ověření však bylo prokázáno, že mezi skupinami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl,  $U = 596$ ;  $p = 0,56$ ;  $AUC = 0,46$ . **Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout, alternativní nemůžeme přijmout.**

## **8.2.2 Testování vedlejších hypotéz**

Ačkoliv v popředí zájmu tohoto výzkumu stojí zejména otázky spojené s komplexním sebepojetím jedince, považuji za nezbytné a zajímavé vyjádřit se ke všem subškálám Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2 a jejich výsledkům.

**H<sub>6</sub>: Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále BEH (Přizpůsobivost) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.**

Pomocí šesté hypotézy bylo zjišťováno, zda existuje signifikantní rozdíl ve schopnosti přizpůsobit se mezi experimentální a kontrolní skupinou. Tato subškála zkoumá zejména připuštění nebo popření problematického chování ať už mezi vrstevníky či



v rodinném prostředí. Výsledky statistického testování na vybraném souboru však nepotvrdily statisticky významný rozdíl mezi skupinami,  $U = 550$ ;  $p = 0,27$ ;  $AUC = 0,42$ .

Ani v tomto případě **nezamítáme nulovou hypotézu a námi vytyčenou alternativní hypotézu nelze přijmout.**

**H<sub>7</sub>: Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále INT (Intelektové a školní postavení) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.**

Sedmá hypotéza zaměřuje pozornost na rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou v subškále Intelektové a školní postavení (INT). Tato subškála zkoumá, jak adolescenti vnímají své schopnosti a dovednosti v souvislosti se školními úlohami a úspěšností. Statistický test v tomto případě neodhalil signifikantní rozdíl mezi pozorovanými skupinami,  $U = 552,5$ ;  $p = 0,28$ ;  $AUC = 0,43$ . **Nulovou hypotézu nelze zamítnout, alternativní hypotézu nelze přijmout.**

**H<sub>8</sub>: Adolescenti, u kterých se vyskytuje akné, dosahují v subškále POP (Popularita) v dotazníku PHCSCS-2 významně nižšího skóre v porovnání s adolescenty, u kterých se akné nevyskytuje.**

Poslední vytyčená hypotéza zkoumá rozdíly v subškále Popularita (POP) opět mezi adolescenty s akné a jejich vrstevníky bez těchto dermatologických obtíží. Subškála je zaměřena na roli jedince v sociálních situacích. Odráží schopnost nacházet si přátele a budovat mezilidské vztahy především ve školním prostředí. Mezi skupinami však ani v tomto případě nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve výsledném skóre,  $U = 618$ ;  $p = 0,74$ ;  $AUC = 0,48$ .

Nebyl tedy nalezen dostatek důkazů pro zamítnutí nulové hypotézy. **Alternativní hypotézu nepřijímáme.**

## 9 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zaměřovala na problematiku fyzického vzhledu a jeho vlivu na sebepojetí adolescentů. Pozornost byla věnována konkrétně problematice akné u dospívajících jedinců. Následující část bude obsahovat celkové shrnutí zjištěných poznatků. Postupně budou představeny a interpretovány výsledky výzkumného šetření, které budou dále porovnávány s jinými studiemi podobného charakteru. V závěru diskuze budou představeny také limity a slabé stránky výzkumu či doporučení pro další badatelskou činnost.

Práce byla založena na předpokladu, že viditelné dermatologické onemocnění chronického charakteru bude mít negativní dopad na sebepojetí dospívajících jedinců. Zejména období adolescence je totiž charakteristické četnými fyzickými i psychickými změnami, které se dle několika výzkumů (Fried & Wechsler, 2006; Pawin a kol., 2007; Gül & Çölgeçenz, 2015) zásadně podepisují na vnímání vlastní osoby. Nedílnou složkou celkového sebepojetí je také tělesné sebepojetí, do něhož přímo spadá problematika akné. V této souvislosti se dostává do popředí ideál krásy, který je charakteristický pro každou dobu a může se podílet na budování sebehodnocení či sebeúcty (Fialová, 2001). Mezi obecně uznávané ideály krásy patří právě hladká neporušená pokožka, která sehrává ve formování sebepojetí neopomenutelnou roli (Fialová & Krch, 2012).

Zmíněné předpoklady sehrávaly důležitou roli při tvorbě konceptu této bakalářské práce. Jak bylo později zjištěno, některé výzkumy (Fried & Wechsler, 2006; Pawin a kol., 2007) potvrdily, že u pacientů s akné se může objevovat snížené sebehodnocení, narušená sebeúcta či pocity nedostatečné hodnoty. Jiné studie (Yoqub, Bajwa, & Batool, 2019; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020) prokázaly, že právě akné může být původcem frustrace, úzkosti a depresivních stavů. Tyto stavy mohou být navíc umocněny každodenním stresem, hormonálními změnami a sociálním prostředím, které také nese svůj podíl na kvalitě života jedince (Fried & Wechsler, 2006). Především stigmatizace postižených jedinců dále vede k nepříjemným pocitům, snaze izolovat se od kolektivu nebo k degradaci osobnosti (Loh, Chan, & Fang, 2020).

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo prozkoumat, zda akné negativně ovlivňuje sebepojetí adolescentů. Bylo zformulováno 8 hypotéz, které vycházely ze standardizovaného Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHSCS-2),

jenž byl hlavním a jediným použitým diagnostickým nástrojem. První hypotéza se zaměřila na výzkumy, které potvrdily (Fried & Wechsler, 2006; Pawin a kol., 2007; Gül & Çölgeçenç, 2015; De Vere Hunt, Howard, & McPherson, 2020) vliv akné na sebepojetí. Po statistickém vyhodnocení dat jsme však byli nuceni akceptovat fakt, že na námi vybraném souboru nebyl pozorován signifikantní rozdíl v sebepojetí mezi jedinci s akné a bez něj. Základním zjištěním tohoto výzkumu je tedy informace, že akné nemá významný vliv na sebepojetí oslovených adolescentů. Svou roli v tomto případě mohla sehrát velikost výzkumného souboru, rozsah akné, který nebyl brán v potaz či jiné faktory ovlivňující sebepojetí, na které nebyl brán zřetel. Přípustný je i fakt, že se jedinci při vyplňování dotazníku chtěli přiblížit sociálně žádoucím odpovědím.

Druhá hypotéza byla zaměřena na rozdíl v sebepojetí mezi dívkami a chlapci, kterým bylo diagnostikováno akné. Vycházela z předpokladu, že dívky obecně věnují zvýšenou pozornost fyzickému vzhledu a změnám, které lidské tělo v průběhu života provázejí (Vágnerová, 2012). Největší rozdíl mezi pohlavími lze dle Fialové (2001) sledovat mezi 14.-15. rokem života. Proti tomuto tvrzení však stojí studie (Yoqub, Bajwa, & Batoool, 2019), která mezi oběma pohlavími v otázce sebepojetí nenalezla signifikantní diferenci. Ani statistické testování v našem případě však neodhalilo významný rozdíl mezi chlapci a dívkami. Proto druhá hypotéza nebyla přijata.

Využitý dotazník PHSCS-2 je složen ze šesti subškál, které se podrobně zaměřují na jednotlivé komponenty sebepojetí. I jim byla tedy v rámci tohoto výzkumu věnována velká pozornost. Jedná se o subškály Fyzický vzhled a vlastnosti (PHY), Štěstí a spokojenost (HAP), Nepodléhání úzkosti (FRE), Přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT) a Popularita (POP). Na jejich základě bylo formulováno zbývajících šest hypotéz výzkumu.

Třetí hypotéza se soustředila otázku fyzického vzhledu. S problematikou akné má vůbec nejužší souvislost. Nadměrné lpění na fyzickém vzhledu v souvislosti se sebepojetím může dle Grogana (2000) vyústit až v destruktivní tendence. Röhr (2013) však vynáší na světlo myšlenku, že hodnocení vlastního těla nemusí v adolescenci odpovídat realitě a je intenzivně umocněno proměnlivými emocionálními stavy. S tématem souvisí i přísun informací, který se v moderní době zásadně navyšuje a ovlivňuje tak pohled dospívajících na sebepojetí více než kdy dříve (Fialová & Krch, 2012). Ve třetí hypotéze byl tedy pomocí statistického testu ověřován předpoklad, že jedinci s akné budou

v subškále Fyzický vzhled a vlastnosti (PHY) skórovat významně níže než jejich vrstevníci bez těchto obtíží. Výsledky však neprokázaly signifikantní rozdíl mezi oběma pozorovanými skupinami.

Ve výzkumu byla věnována zvýšená pozornost také prožívanému štěstí a životní spokojenosti u oslovených jedinců. Právě tuto problematiku mapuje čtvrtá hypotéza, která předpokládá rozdíl v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) mezi experimentální a kontrolní skupinou. Vychází mimo jiné z výzkumu Yoquba, Bajwa a Batoola (2019), kteří u jedinců s akné našli korelaci mezi tímto onemocněním a spokojeností a kvalitou života. Sníženou kvalitu života a nižší spokojenost potvrdila studie Pawina a kol. (2007) nebo Německá organizace pro rosaceu, která v této oblasti prováděla rozsáhlé šetření v roce 2014. Zde byla potvrzena přímá úměra mezi rozsahem dermatologického onemocnění a životní spokojeností. Navzdory očekávání však v našem výzkumu nebyla nalezena statisticky významná diference mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Následující klíčová myšlenka se vztahovala k akné a jeho souvislosti s úzkostným prožíváním. Na jejím základě byla vytvořena pátá hypotéza, jež zkoumá, zda existuje významný rozdíl v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) mezi porovnávanými skupinami. Navazuje tak na výzkumy Pawina a kol. (2007) nebo Güla a Çölgeçena (2015), ve kterých byla nalezena spojitost mezi akné a úzkostnými stavy. Několik starších studií (Garrie, & Garrie, 1978; Van der Meeren, Van der Schaar, & Van den Hurk, 1985; Wu, Kinder, Trunnell, & Fulton, 1988) dále též prokázalo korelaci mezi akné a pocíťovanou úzkostí. V našem případě však výzkum nepotvrdil signifikantní rozdíl mezi skupinami a námi vytyčená hypotéza proto nemohla být přijata.

Dále byly stanoveny tři vedlejší hypotézy, které se vztahovaly ke zbývajícím subškálám dotazníku PHCSCS-2. Avšak tyto předpoklady nestály v popředí našeho zájmu. První z hypotéz se týkala Přízpůsobivosti (BEH), která je dle příručky (Obereignerů a kol., 2015) charakterizována připuštěním či popřením problematického chování u adolescentů. Staví na výzkumu (Nguyen, Koo, & Cordoro, 2016), ve kterém byla nalezena souvislost mezi problémovým chováním a výskytem akné. Příčinou tohoto chování může být zejména hyperprotektivní výchova rodičů. Přes veškeré snahy potvrdit toto tvrzení však v našem výzkumu nebyla nalezena statisticky významná odpověď.

Sedmá hypotéza byla zaměřena na Intelektové a školní postavení (INT). Dle výzkumu Jansové (2020) byl nalezen signifikantní rozdíl mezi jedinci s dermatologickým

onemocněním (konkrétně s atopickým ekzémem) a bez něj. Ačkoliv bylo její výzkumné šetření zaměřeno na jinou dermatologickou problematiku, inspirovalo mě k ověření této hypotézy i na námi stanoveném souboru. Výsledky však nepřinesly uspokojivou odpověď a diference mezi oslovenými skupinami nebyla potvrzena.

Osmá hypotéza hledala rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v subškále Popularita (POP). Stojí na výsledcích výzkumu Loha, Chana a Fanga (2020), podle kterých má akné vliv na stigmatizaci dětí a dospívajících v sociálním prostředí. Ta může v některých situacích gradovat i do různých forem šikany a snižovat popularitu mezi vrstevníky. V důsledku této skutečnosti poté mají postižení jedinci tendenci izolovat se a vyhledávat samotu. S touto problematikou souvisí i otázka partnerských vztahů, které pro zasažené jedince bývají velmi často citlivým tématem. U adolescentů byl potvrzen strach z odmítnutí a vyhýbání se odhalování či intimnostem (Raudenská & Javůrková, 2011). Přestože zmíněné výzkumy potvrzují negativní vliv akné na prožívanou popularitu a roli v kolektivu, náš výzkum nepotvrdil stanovenou hypotézu. Nebyl tedy nalezen signifikantní rozdíl mezi jedinci s akné a bez něj, proto nelze vytyčené očekávání přijmout.

### **Limity výzkumu**

Ačkoliv byla práce podložena množstvím výzkumů, ani v jednom případě nebyla nalezena předpokládaná odpověď a hypotézy našeho šetření nemohly být přijaty. V této souvislosti stojí za zmínku limity a slabé stránky, které práci doprovázely a mohly mít, dle mého názoru, významný vliv na finální výsledky.

Za zmínku stojí zajisté malý rozsah výzkumného souboru. Ten čítal dohromady 72 respondentů (z toho 36 náleželo experimentální skupině, 36 kontrolní). Dále předpokládám, že i nepravděpodobnostní metoda výběru participantů narušila reprezentativnost celého souboru. Proto tedy nelze výsledky generalizovat na celou populaci. Příčinou této formy výběru byla mimo jiné epidemiologická situace, která znemožnila návštěvu škol, případně dermatologických klinik.

Svoji roli mohly zajisté sehrát také podmínky, za kterých byl dotazník vyplňován. Ačkoliv byla vyvinuta snaha eliminovat rušivé vlivy a zajistit klidné a tiché prostředí, nelze potvrdit, že podmínky byly pro všechny účastníky stejné. V některých případech byl při vyplňování dokonce přítomen rodič dítěte. S tímto bodem velice úzce souvisí také administrace dotazníku. V několika situacích dotazník administroval rodič či starší sourozenec dospívajícího jedince, tudíž i zde mohlo dojít k jistému zkreslení.

V souvislosti s akné je nezbytné zopakovat, že rozsah onemocnění v rámci výzkumu nebyl brán v potaz. Samotný dotazník neobsahoval položku, která by tuto skutečnost zohledňovala a od respondentů nebyl požadován lékařský záznam týkající se závažnosti akné. Některé studie (Garrie, & Garrie, 1978; Van der Meeren, Van der Schaar, & Van den Hurk, 1985; Wu, Kinder, Trunnell, & Fulton, 1988) se však na tento faktor zaměřily a přinesly tak významnější výsledky než tento výzkum. Ke slabým stránkám je důležité zařadit i fakt, že v rámci výzkumu nebyly zohledněny jiné faktory, které mají vliv na formování sebepojetí a byla využita pouze jedna diagnostická metoda.

Je nezbytné podotknout, že v období adolescence je dle výše zmíněných výzkumů a statistik akné velmi obvyklým problémem, který jedince postihuje. Právě častý výskyt v námi zvolené věkové skupině může negativní vnímání sebe samotného redukovat, jelikož jedinci jsou smířeni s tím, že tento nedostatek trápí i jejich vrstevníky. Proto jej možná snáší lépe, než bylo předpokládáno. Je tedy možné, že i tento faktor měl v našem výzkumu vliv na finální výsledky.

Závěrem je vhodné zmínit doporučení a případné rady pro další badatelskou činnost v této oblasti. Doporučení vychází zejména z výše prezentovaných limitů. Jistě by bylo přínosné zaměřit se na více faktorů, na základě kterých je budováno sebepojetí jedinců a pro komplexnější výsledky zařadit do výzkumného šetření také anamnézu, rozhovor či pozorování. Dále doporučuji zapojit větší množství respondentů z důvodu vyšší reprezentativnosti výsledků. V neposlední řadě se domnívám, že je nezbytné zaměřit se na rozsah dermatologického onemocnění u vybraných jedinců.

## 10 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala hledáním souvislostí mezi akné a sebepojetím adolescentů. Na základě statistického testování stanovených hypotéz můžeme z výzkumné části vyvodit následující poznatky:

- Akné nemá statisticky významný vliv na sebepojetí oslovených adolescentů.
- V celkovém skóre (TOT) dotazníku PHCSCS-2 nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou.
- V žádné ze šesti subškál dotazníku PHCSCS-2 nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou.
- Nebyly nalezeny rozdíly v celkovém skóre (TOT) sebepojetí mezi chlapci a dívkami, kterým bylo diagnostikováno akné.

## SOUHRN

Bakalářská práce se zaměřovala na problematiku fyzického vzhledu a jeho dopadů na sebepojetí adolescentů. Pozornost byla věnována konkrétně problematice akné. Bylo zjišťováno, zda toto dermatologické onemocnění v různé míře ovlivňuje pohled jedinců na sebe sama. V potaz byl brán mimo jiné i sociální kontext, který při formování sebepojetí zastává jednu z hlavních rolí. Cílovou skupinou výzkumu byli adolescenti, jelikož právě oni vnímají veškeré změny se zvýšenou citlivostí. Především fyzické proměny se poté odráží v jejich sebehodnocení a ovlivňují do jisté míry také formování identity. Teoretická část práce pokrývá základní informace a odborná východiska. Praktická část poté zahrnuje výzkumné šetření, které bylo prováděno na vybraném souboru jedinců.

První kapitola teoretické části je věnována období adolescence. Adolescence je velice bouřlivým a proměnlivým obdobím plným fyzických i psychických změn. Charakteristickými znaky jsou ukončení pohlavního vývoje, utváření identity, rozvoj osobnosti, přijetí nových rolí a formování životních hodnot a postojů (Macek, 1999). Vývojové změny jsou u jedinců pozorovány především v oblasti kognitivní, emocionální a vztahové. Dle Vágnerové (2012) lze adolescenci dělit na ranou (11-15 let) a pozdní (15-22 let). Jedná se však o jedno z mnoha členění, proto je nutné brát v potaz zejména variabilitu a individualitu každého jedince.

Ve druhé kapitole je přesouvána pozornost na konstrukt sebepojetí. Dle Blatného a Plhákové (2003, 92) se v případě sebepojetí jedná o „*percepci sebe samého*“, která obsahuje veškeré představy, očekávání a soudy, jež se vztahují k vlastní osobě. Pozornost je v této kapitole zaměřena na vývoj sebepojetí v období dospívání, současný pohled na sebepojetí a na tělesné sebepojetí, které má s problematikou akné velice úzkou souvislost (Fialová & Krch, 2012). Klíčovou roli zde hrají zejména aspekty sebepojetí. Jedná se o aspekt kognitivní, afektivní a konativní. V rámci afektivního aspektu je zaměřena pozornost na sebeúctu, sebehodnocení a sebevědomí. Závěr kapitoly nabízí pohled individuální psychologie a logoterapie na danou problematiku.

Třetí kapitola se zaměřuje na akné. Akné je chronické dermatologické onemocnění, jež má výrazné dopady na emocionální i fyziologickou podstatu člověka (Benáková, 2006; Ulvestad, Halvorsen, Bjertness, & Dalgard, 2021). V této kapitole je věnován prostor příčinám vzniku, epidemiologii i druhům akné. Nejrozšířenějším druhem je *acne vulgaris*,



jež stálo v popředí mého zájmu, jelikož postihuje zejména jedince v adolescentním věku (Lynn, Umari, Dunnick, & Dellavalle, 2016). Dále jsou zmíněny také rozličné formy léčby akné. Závěr kapitoly pokrývá ústřední koncept celé práce. Otevírá problematiku emocionálních dopadů akné a jeho vlivu na jedince v psychosociálním kontextu. Odráží výsledky výzkumů, které se zabývaly tím, zda akné podporuje výskyt úzkostných a depresivních stavů nebo jestli zvyšuje prevalenci sebevražedného chování. Kapitola nahlíží také na to, jakou roli zastává postižený jedinec v kolektivu vrstevníků a v rodinném prostředí. Prostor je věnován i otázce navazování partnerských vztahů nebo úspěšnosti v pracovním prostředí.

Cílem praktické části bylo na základě stanovených hypotéz ověřit, zda výskyt akné ovlivňuje sebepojetí oslovených adolescentů. Dílčími cíli bylo poté zjistit, zda můžeme pozorovat rozdíl v sebepojetí mezi muži a ženami nebo jestli se dopad akné u jedince podepíše na konkrétních pocitech v různých oblastech. Byly vytvořeny dvě skupiny. Experimentální, jež byla naplněna jedinci, kterým bylo diagnostikováno akné a kontrolní, ve které figurovali adolescenti bez těchto obtíží. Výzkumný soubor dohromady čítal 72 adolescentů, z nichž 36 náleželo do skupiny experimentální, 36 do skupiny kontrolní. Poměr mužů a žen byl v obou skupinách vyrovnaný. Respondenti byli osloveni nepravidelnou metodou výběru, a to konkrétně metodou sněhové koule. Sběr dat výrazně zkomplikovala epidemiologická situace v naší republice, proto nebylo možné navštívit předem zvolené instituce a realizovat výzkum podle původního plánu. I přesto se však do výzkumného šetření podařilo zapojit potřebný počet participantů.

Všem respondentům byl předložen standardizovaný Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2. Souběžně s ním účastníci obdrželi také informovaný souhlas, který vyplnili sami zletilí respondenti nebo jejich zákonní zástupci. Výsledky dotazníku byly převedeny do programu Microsoft Excel 2016 a následně s nimi byly prováděny výpočty v programu Statistica 13. Na počátku výzkumu bylo stanoveno 8 hypotéz, které vyplývaly z kompozice využitého dotazníku. Pozornost byla zaměřena nejen na celkové sebepojetí, ale také na dosažené výsledky v jednotlivých subškálách. Pro výpočet hypotéz byl zvolen Mann-Whitneyův U-test, který se řadí mezi neparametrické testové metody.

Ústřední hypotéza výzkumu se zaměřovala na otázku, zda adolescenti postižení akné dosahují v celkovém skóre (TOT) dotazníku PHCSCS-2 nižšího výsledku než jejich vrstevníci bez těchto obtíží. Statistické testy však nepřinesly očekávanou odpověď.

Signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami nebyl nalezen a hypotéza tak nemohla být přijata. Druhá hypotéza se věnovala rozdílu v celkovém skóre (TOT) mezi chlapci a dívkami, jimž bylo diagnostikováno akné. Ani v tomto případě však nebyl nalezen statisticky významný rozdíl a stanovená hypotéza nebyla přijata. Zbýlých šest hypotéz se zaměřovalo na šest subškál dotazníku PHSCS-2. Jednalo se o subškály Přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev a vlastnosti (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularita (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP). Bylo zjišťováno, zda existuje významný rozdíl ve výsledném skóre mezi experimentální a kontrolní skupinou. Výsledky Mann-Whitneyova U-test však ani v těchto případech neodhalily signifikantní diferenci. Z toho důvodu nemohly být vytyčené hypotézy přijaty. Závěrem tedy lze potvrdit, že v tomto výzkumu nebyl prokázán vliv akné na sebepojetí adolescentů.

Neúspěšné výsledky stanovených hypotéz mohly být zcela jistě ovlivněny limity, které tento výzkum provázely. Sebepojetí je komplexním a individuálním konstruktem, proto je možné se domnívat, že pouze jeden diagnostický nástroj není přesně schopen detailně popsat jeho strukturu. Shledávám, že hlavním limitem byl v tomto případě poměrně malý výzkumný soubor, který dohromady čítal pouze 72 respondentů, což jistě přispělo k narušení reprezentativnosti. Další problém může představovat také fakt, že účastníci byli do výzkumu vybíráni na základě metody sněhové koule, která sama o sobě již dosti limituje náhodnost při výběru respondentů. Závěrem je nutné vyzdvihnout také myšlenku, že nebyl brán v potaz rozsah dermatologického onemocnění adolescentů, který může mít na výsledné sebepojetí stěžejní vliv.

## LITERATURA

1. Ackermannová, V. (2020). *Topická a systémová léčba akné vulgaris*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
2. Adler, A. (1995). *Smysl života*. Praha: Portál.
3. Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
4. Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
5. Benáková, N. (2006). Léčba akné v praxi. *Practicus*, 5(3), 106-110.
6. Benáková, N. (2011). *Metody a mechanismy fototerapie v dermatovenerologii*. (Disertační práce). Univerzita Karlova v Praze.
7. Bienová, M., & Kučerová, R. (2009). Léčba akné. *Klinická farmakologie a farmacie*, 23(1), 19-23.
8. Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, Inteligence, Sebepojetí: Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
9. Blechová, L. (2020). *Dopad akné na psychosociální oblast u žen*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
10. Böhm, D., Schwanitz, P., Gissendanner, S. S., Schmid-Ott, G., & Schulz, W. (2013). Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: Results of a survey. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 586-591.
11. Cilečková, I. (2015). *Prožívaná úroveň sebevědomí adolescentů ve vztahu ke zkušenostem se sociálně patologickými jevy*. (Bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
12. De Vere Hunt, I. J., Howard, E., & McPherson, T. (2020). The impact of chronic skin disease in adolescence and the need for specialist adolescent services. *Clinical and Experimental Dermatology*, 45(1), 5 – 9.
13. Dunphy, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent peer groups. *Sociometry*, 26(2), 230–246.
14. Falcon, C. R. (2019). Acne. *Magill's Medical Guide (Online Edition)*.
15. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Univerzita Karlova.
16. Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla-zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.

17. Fox, K. R. (1990). *The Physical Self: Perception Profile Manual*. PRN Monograph: Northern Illinois University.
18. Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
19. Frankl, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz. Úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Praha: Grada.
20. Fried, R. G., & Wechsler, A. (2006). Psychological problems in the acne patient. *Dermatologic Therapy*, 19(4), 237-240.
21. Garrie, S. A., & Garrie, E. V. (1978). Anxiety and skin diseases. *Cutis*, 22(2), 205 – 208.
22. Grogan, S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
23. Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *The British journal of dermatology*, 139(5), 846-850. doi: 10.1046/j.1365-2133.1998.02511.x
24. Gül, A. İ., & Çölgeçen, E. (2015). Personality traits and common psychiatric conditions in adult patients with acne vulgaris. *Annals of dermatology*, 27(1), 48-52. doi: 10.5021/ad.2015.27.1.48
25. Haider, A., & Shaw, C. J. (2004). Treatment of acne vulgaris. *American Medical Association*, 292(6), 726-735.
26. Hrušková, H. (2009). Hormonální antikoncepce – novinky, přínosy, rizika, nové preparáty. *Interní medicína pro praxi*, 11(12), 569-572.
27. Hurtová, K. (2011). *Lokální léčba akné*. (Diplomová práce). Vyšší odborná škola MILLS.
28. Chaloupecká, J. (2008). Využití laserů v dermatologii. *Dermatologie pro praxi*, 2(2), 96-99.
29. Jansová, B. (2020). *Dopady atopického ekzému na sebepojetí adolescentů*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
30. Jowett, S., & Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Social Science & Medicine*, 20(4), 425-429.
31. Khosla, S. (2021). Adolescents' belief in their selves: A study of self-esteem and locus of control. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 9(2), 66-70.
32. Kohoutek, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM.

33. Křepelka, P. (2011). Hormonální antikoncepce v léčbě akné. *Dermatologie pro praxi*, 5(3), 126-130.
34. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
35. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169. doi: 10.1002/per.2410010304
36. Lloyd, M. A. (1985). *Adolescence*. New York: Harper & Row, Publishers.
37. Loh, K. C., Chan, L. C., & Fang, L. P. (2020). Perceptions and psychosocial judgement of patients with acne vulgaris. *The Medical Journal of Malaysia*, 75(1), 18- 23.
38. Lynn, D. D., Umari, T., Dunnick, C. A., & Dellavalle, R. P. (2016). The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 1(1), 13-25.
39. Macek, P. (1999). *Adolescence*. Praha: Portál.
40. Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
41. Macháčková, K. (2018). Lokální léčba akné vulgaris. *Pediatric pro praxi*, 12(1), 20–24.
42. Mallon, E., Newton, J. N., Klassen, A., Stewart-Brown, S. L., Ryan, T. J., & Finlay, A. Y. (1999). The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *The British Journal of Dermatology*, 140(4), 672- 676. doi: 10.1046/j.1365-2133.1999.02768.x
43. Mansfeldová, L. (2011). Chemický peeling – přehled a využití v korektivní dermatologii. *Dermatologie pro praxi*, 5(3), 160-162.
44. Muuss, R. E. (1989). *Theories of Adolescence. 5<sup>th</sup> edition*. New York: Random House.
45. Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
46. Nevoralová, Z. (2012). Akné a psychika. *Dermatologie pro praxi*, 6(3), 131-134.
47. Newell, R., & Marks, I. (2000). Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 177-181.
48. 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.

49. Obereignerů, R., Orel, M., Reiterová, E., Mentel, A., Malčík, M., Petružjová, T., Fac, O., & Friedlová, M. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2*. Praha: Hogrefe TestCentrum.
50. Obereignerů, R., Orel, M., & Mentel, A. (2016). *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
51. Obereignerů, R., Orel, M., Mentel, A., & Vohradská, R. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
52. Pawin, H., Chivot, M., Beylot, C., Faure, M., Poli, F., Revuz, J., & Dréno, B. (2007). Living with acne. *Dermatology*, 215(4), 308-314. doi: 10.1159/000107624
53. Piaget, J., & Inhelderová, B. (2007). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
54. Příhoda, V. (1983). *Ontogeneze lidské psychiky II*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
55. Rani, V., Kamboi, S., Malik, A., & Kohli, S. (2015). A study of emotional maturity in relation to self-confidence and insecurity in adolescents. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(4), 393-396.
56. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). Psychosociální aspekty smíšených dermatóz. *Dermatologie pro praxi*, 5(4), 210-212.
57. Röhr, H. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty*. Praha: Portál.
58. Rulcová, J. (2007). Acne vulgaris – od etiopatogeneze po terapii. *Pediatric pro praxi*, 1(1), 17-18.
59. Sardinia, L. M. (2019). Rosacea. *Magill's Medical Guide (Online Edition)*.
60. Schäfer, T., Kahl, C., & Rzany, B. (2010). Epidemiology of acne. *JDDG – Journal of the German Society of Dermatology*, 8(1), 4-6.
61. Šimková, Z. (2020). *Psychosomatické aspekty acne vulgaris*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
62. Švancara, J. (1979). *Emoce, city a motivace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
63. Tyrlík, M., Macek, P., & Širůček, J. (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Masarykova univerzita Brno.
64. Ulvestad, M., Halvorsen, J. A., Bjertness, E., & Dalgard, F. (2021). Acne and dairy products in adolescence: results from a Norwegian longitudinal study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 31(3), 530-535.

65. Van der Meeren, H. L., Van der Schaar, W. W., & Van den Hurk, C. M. (1985). The psychological impact of severe acne. *Cutis*, 36(1), 84-86.
66. Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
67. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
68. Vantuchová, Y. (2014). Lokální léčba akné. *Dermatologie pro praxi*, 8(4), 140-143.
69. Vašutová, M., & Panáček, M. (2013). *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
70. Wu, S. F., Kinder, B. N., Trunnell, T. N., & Fulton, J. E. (1988). Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18(2), 325 – 332. doi: 10.1016/S0190-9622(88)70047-X
71. Yoqub, F., Bajwa, R. S., & Batool, I. (2020). Impact of acne vulgaris on self-esteem, body image perception and quality of life among adolescents. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 30(1), 26-31.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

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



## **Příloha č. 1: Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu**

Jmenuji se Magdaléna Koupá a jsem studentkou bakalářského studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Momentálně píši bakalářskou práci, ve které se věnuji **vlivu dermatologického onemocnění na sebepojetí adolescentů**. Cílem této práce je nejen zmapovat danou problematiku, ale především porovnat výsledky dotazníků adolescentů, kteří těmito problémy trpí a adolescentů bez těchto problémů. Respondentům bude předložen Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2), jehož vyplnění zabere maximálně 15 minut.

Výsledky výzkumného šetření budou anonymní a budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Od výzkumu lze kdykoliv odstoupit.

V případě dotazů, nejasností či zájmu o výsledky výzkumného šetření mě neváhejte kontaktovat na e-mailové adrese koupma01@upol.cz nebo na tel. čísle 604 740 153.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s informacemi o výzkumu a souhlasím s tím, aby se

můj syn/moje dcera \_\_\_\_\_ narozen/a dne \_\_\_\_\_

zúčastnil/a výzkumného šetření, které se zaměřuje na sebepojetí adolescentů.

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Podpis účastníka výzkumu: \_\_\_\_\_

## **Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce**

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vliv akné na sebepojetí adolescentů

**Autor práce:** Magdaléna Koupá

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Radko Obereignerů, PhD.

**Počet stran a znaků:** 63 stran, 115 315 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 71

#### **Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se věnuje problematice akné a jeho souvislosti se sebepojetím adolescentů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda má akné významný dopad na celkové sebepojetí nebo alespoň na jeho dílčí složky. Vedlejším cílem bylo poté zmapovat, jestli můžeme najít rozdíly v sebepojetí mezi chlapci a dívkami, kterým bylo diagnostikováno akné. Výzkumný soubor tvořilo 72 adolescentů ve věku 14-19 let. Z toho 36 jedinců náleželo experimentální skupině, 36 kontrolní. Poměr mužů a žen byl v obou skupinách vyrovnaný. Respondenti byli do výzkumu vybíráni nepravděpodobnostní metodou sněhové koule. Všem participantům byl předložen standardizovaný Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2) a informovaný souhlas s účastí na výzkumu.

Pro vyhodnocení výsledků a ověření stanovených hypotéz byl v programu Statistica 13 využit neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Ten však neprokázal statisticky významný vliv akné na sebepojetí. Zároveň nebyl odhalen rozdíl ve výsledcích jednotlivých subškál dotazníku PHCSCS-2 mezi oběma skupinami. Testování také nepotvrdilo signifikantní rozdíl mezi chlapci a dívkami v experimentální skupině.

**Klíčová slova:** fyzická vzhled, akné, sebepojetí, adolescence, Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2

### **Příloha č. 3: Abstrakt v anglickém jazyce**

#### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** The impact of acne on self-concept in adolescence

**Author:** Magdaléna Koupá

**Supervisor:** doc. PhDr. Radko Obereignerů, PhD.

**Numberofpages and characters:** 63 pages, 115 315 characters

**Numberofappendices:** 3

**Numberofreferences:** 71

#### **Abstract:**

This bachelor thesis focuses on the issue of acne and its relation to self-concept in adolescence. The main aim of the thesis was to find out whether acne has a significant impact on overall self-concept or at least on its subcomponents. The secondary aim was to detect whether we can find differences in self-concept between boys and girls who have been diagnosed with acne. The research group consisted of 72 adolescents between the ages of 14-19. Of these, 36 individuals belonged to the experimental group and 36 to the control group. The ratio of males and females was balanced in both groups. The respondents were selected for the research by non-probability snowball sampling method. All participants were given the standardized Piers-Harris Children Self-concept Scale 2 (PHCSCS-2) and informed consent to participate in the research.

The non-parametric Mann-Whitney U-test was used in Statistica 13 to evaluate the results and verify the established hypotheses. However, it did not show a statistically significant effect of acne on self-concept. At the same time, no difference in the results of the individual subscales of the PHCSCS-2 questionnaire was revealed between the two groups. Testing also did not confirm a significant difference between boys and girls in the experimental group.

**Key words:** physical appearance, acne, self-concept, adolescence, Piers-Harris Children Self-concept Scale 2