

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Lukešová

Sebehodnocení u osob s diagnózou revmatoidní artritida

Praha, 2021

Vedoucí práce:

RNDr. MUDr. Mgr. Monika Červinková, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí své bakalářské práce RNDr. MUDr. Mgr. Monice Červinkové, Ph.D. za veškerý čas, cenné rady a velkou vstřícnost, kterou mi během vedení práce poskytla.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.



.....
Marie Lukešová

V Praze dne 22.7.2021

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá souvislostí sebehodnocení a revmatoidní artritidou. Obsahem literálně přehledové části je vymezení pojmu sebehodnocení, vývoj, specifikace jednotlivých zdrojů a změn v sebehodnocení, dále zohledňuje diskutuje mezipohlavní rozdíly. Navazující část literálně přehledové části je věnována specifikaci onemocnění revmatoidní artritidou, vlivu stresu a přidružených psychických obtíží. Poslední část se soustřeďuje na modifikaci zdrojů sebehodnocení onemocněním revmatoidní artritidou.

Navazující částí je návrh výzkumu, který si klade za cíl zjistit souvislost sebehodnocení a aktivity onemocnění revmatoidní artritidou v ČR, dalším cílem je identifikace jednotlivých faktorů, které ovlivňují zdroje sebehodnocení. Výsledky výzkumu by mohly přispět k odhalení, jak sebehodnocení ovlivňuje revmatoidní artritidu a posloužit jako teoretický podklad pro vytvoření adekvátních psychologických intervencí.

Klíčová slova

Sebehodnocení, revmatoidní artritida, zdroje sebehodnocení

Abstract

The presented bachelor thesis deals with the connection between self-esteem and rheumatoid arthritis. The content of the literary overview part is the definition of the concept of self-evaluation, development, specification of individual sources and changes in self-evaluation and takes into account possible gender differences. The second part of the literature review is dedicated to the specification of rheumatoid arthritis, the effects of stress and associated mental disorders. The last part focuses on the modification of self-esteem sources of rheumatoid arthritis.

The following part is a research proposal, which aims to determine the relationship between self-esteem and rheumatoid arthritis activity in the Czech Republic. Another goal is to identify individual factors that affect the sources of self-esteem. The results of the research could contribute to revealing how self-assessment affects rheumatoid arthritis and serve as a theoretical basis for the development of adequate psychological interventions.

Key words

Self-Esteem, Rheumatoid arthritis, Sources of Self-Esteem

Obsah

ÚVOD	7
LITERÁLNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	9
1. SEBEPOJETÍ V KONTEXTU SEBEHODNOCENÍ	9
2. SEBEHODNOCENÍ	10
2.1 VÝVOJ SEBEHODNOCENÍ	11
2.2 ZDROJE SEBEHODNOCENÍ	14
2.2.1 Sociální srovnávání	14
2.2.2 Kognitivní diskrepance v sebepojetí	16
2.2.3 Pozitivní a negativní afektivita	16
2.2.4 Vliv osobnostních charakteristik na sebehodnocení	17
2.3 MODELY SEBEHODNOCENÍ	17
2.4 FUNKCE SEBEHODNOCENÍ	18
2.4.1 Funkční změny sebehodnocení	19
2.5 GENDEROVÉ ROZDÍLY	19
3. REVMATOIDNÍ ARTRITIDA	21
3.1 LÉČBA	22
3.2 SELF MANAGMENT NEMOCI	24
3.3 ADAPTACE	24
3.4 STRES	25
3.5 KVALITA ŽIVOTA	26
3.5.1 Psychické obtíže	27
3.6 MODELY LÉČBY CHRONICKÉ NEMOCI	28
4. SPECIFIKA ZMĚN SEBEHODNOCENÍ V KONTEXTU REVMATOIDNÍ ARTRITIDY	29
4.1 FYZICKÝ VZHLED	29
4.2 ZAMĚSTNÁNÍ	29
4.3 SOCIÁLNÍ SROVNÁVÁNÍ	30
4.3.1 Svěpomocné skupiny	30
4.3.2 Sociální opora	31
4.4 SEBESTIGMATIZACE	32
4.5 MODEL ZDRAVÍ: KAUZÁLNÍ VZTAH SOCIALIZACE A SEBEHODNOCENÍ	33
NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	34
5. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
6. DESIGN VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	35
6.1 TYP VÝZKUMU	35
6.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	35
6.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
6.4 METODA ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT	36
6.5 ĚTIKA VÝZKUMU	41
7. DISKUZE	42
ZÁVĚR	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	45
SEZNAM TABULEK	57
SEZNAM ZKRATEK	58

Úvod

Prevalence chronických onemocnění v populaci každoročně stoupá, zároveň se díky pokrokům medicíny prodlužuje očekávaná délka dožití. Pro pacienty přítomnost chronického onemocnění představuje výzvu v podobě vyrovnání se s novým stavem a zakomponování role chronického onemocnění do svého sebesystému. Do popředí psychologického výzkumu se tedy dostává koncept kvality života nemocného, identifikace faktorů, které jsou pro subjektivně vnímanou kvalitu života z hlediska chronického onemocnění relevantní. Ve snaze poskytnutí pacientům relevantní nástroje pro zkvalitnění života.

Překládaná práce se zabývá chronickým autoimunitním onemocněním revmatoidní artritidou a psychologickým fenoménem sebehodnocení. První a druhá kapitola dává do kontextu pojmy sebestojetí, sebehodnocení a vymezuje jednotlivé relevantní zdroje sebehodnocení. Soustřeďuje se vyjma předložení teoretických přístupů k sebehodnocení na význam sociálních vazeb. Třetí kapitola předkládá základní informace o onemocnění revmatoidní artritidou, možnosti léčby a vlivu stresu. Dále diskutuje vliv adaptace, přijetí identity nemocného a zdůrazňuje význam self-managmentu nemoci jako jednoho z nástrojů úspěšné adaptace a zvýšení celkového well-beingu. Poslední kapitola se soustřeďuje na identifikaci zdrojů, jež mohou být vlivem revmatoidní artritidy modifikovány.

Veškeré poznatky se snaží diskutovat v propojení s psychikou člověka. Diskutuje vliv adaptace, přijetí identity nemocného a zdůrazňuje význam self-managmentu nemoci jako jeden z nástrojů úspěšné adaptace a zvýšení celkového well-beingu. S ohledem na multifaktrovou příčinu většiny fenoménů, má práce za cíl předložit aktuální poznatky převážně zahraničních studií a utvořit tak podklad pro kvalitní vytvoření vlastní dotazníkové metody v návaznosti na rozpoznané zdroje sebehodnocení.

Návrh výzkumu si klade za cíl zjistit, zda existují v ČR rozdíly v míře sebehodnocení u osob s revmatoidní artritidou v porovnání s neklinickou populací a jak případné změny souvisí s aktivitou onemocnění. Na tento fenomén dlouhodobě poukazují zahraniční studie, ovšem vzhledem ke kulturní podmíněnosti některých ze zdrojů sebehodnocení, by bylo přínosné zjistit, zda bychom v domácím prostředí došli k obdobným závěrům. Výzkumná část dále předkládá vlastní sestrojený dotazník, který byl vytvořen na základě provedené rešerše odborné literatury a vlastního uvážení, je zaměřen na identifikaci zdrojů sebehodnocení, které mohou být vlivem onemocnění revmatoidní artritidou ohroženy.

Přínosem návrhu výzkumu by bylo prohloubení znalostí ohledně souvislosti mezi sebehodnocení a funkční schopností pacientů s RA a identifikace jednotlivých relevantních změn, ke kterým ve zdrojích sebehodnocení dochází. Takto koncipovaný návrh výzkumu by poskytl teoretické zakotvení pro vytvoření adekvátních psychologických intervencí zaměřených na udržování a znovunabytí sebehodnocení.

Práce čerpá z domácí i zahraniční literatury věnující se tématu sebehodnocení a revmatoidní artritidy. Nejvíce se ovšem práce soustřeďuje na zahraniční výzkumné studie, které v posledních letech zkoumají vztah sebehodnocení a revmatoidní artritidy. V práci je citováno dle citační normy APA 7.vydání (American Psychological Association, 2020).

Literálně přehledová část

1. Sebepojetí v kontextu sebehodnocení

Předkládaná práce se zabývá možnými souvislostmi mezi sebehodnocením a onemocněním revmatoidní artritidou. Považuji za důležité v krátkosti vymezit sebehodnocení v kontextu definování vlastního Já a sebepojetí, jelikož spolu jednotlivé konstrukty neodlučitelně souvisí.

Neodmyslitelným základem pro koncepty sebepojetí i sebehodnocení je vědomí sebe sama, ve snaze nalézt počátek se dostáváme k otázce „Kdo jsem?“, „Co umím?“, „Jak je na mě nahlíženo?“. Právě uvědomění si sebe sama je ústředním motivem fenoménu Jáství. Vědomí Já, zahrnující reflexi vlastní existence, je ústředním motivem naší osobnosti a utváří základ pro rozvoj sebepojetí (Vágnerová, 2010).

Významnou studii o Jáství, z níž je dodnes čerpáno, představil James (1890). Lidské vědomí rozlišil James na „*Já poznávající*“ neboli subjekt duševní činnosti a „*Já poznané*“, já jako objekt duševní činnosti, které definuje jako souhrn všeho, co je mi vlastní, v současné terminologii zakotveno jako sebepojetí.

Blatný (2001) definuje sebepojetí jako strukturu organizovaných mentálních reprezentací Já, utvářející se v procesu interakce se sociálním prostředím. Jedná se o komplexní souhrn představ a hodnotících soudů, které k sobě zaujímáme (Blatný & Plháková, 2003). Takto utvořený rys ovlivňuje, jak jedinec nahlíží na okolí a své chování (Rogers, 1977).

Alternativně lze na sebepojetí nahlížet jako na dynamický, situačně podmíněný konstrukt složený z odlišných „self aspektů“, které zahrnují veškeré dostupné informace utvořené na základě minulé zkušenosti a kontextu situace, tedy zahrnuje například sociální role, identitu, odlišné afekty a sociální vazby. Jednotlivé „self aspekty“ se liší svou dostupností a centralitou a vyúsťují v odlišnou afektivní reakci (Markus & Wurf, 1987), každý „self aspekt“ je zároveň asociován s odlišným atributem (McConell, 2011). Takto utvořené „self aspekty“ slouží k selekci, který podnět ze sociálního prostředí je na základě znalostí o sobě relevantní a bude zahrnut do našeho sebepojetí, případně jaká důležitost mu bude přisouzena.

Dalším neopomenutelným faktorem, který souvisí se sebehodnocením, je jasnost sebepojetí reflektující, do jaké míry jsou jednotlivé obsahy sebepojetí jasně definovány. Jasnost, respektive vnitřní konzistence a časová stabilita mezi jednotlivými obsahy sebepojetí

vede ke kladnějšímu afektivnímu postoji k sobě (Campbell, 1990), osoby s nízko definovaným sebepojetím jsou více závislé na externí evaluaci při formování vlastních pozitivních a negativních kvalit a jejich sebehodnocení je více náchylné na změny při konfrontování s negativní evaluací (Guerrettaz et al., 2014). Ovšem nelze jasně definovat jasnost sebepojetí jako příčinnou proměnou ve vztahu ke změnám sebehodnocení, data napovídají, že vztah mezi rysy existuje, ale kauzalita může být obousměrná (Campbell et al., 1996).

Sebepojetí lze obdobně jako postoje charakterizovat třemi aspekty. Aspektem kognitivním, konativním a afektivním, který zastupuje emocionální vztah k sobě. Následující kapitoly budou věnovány právě afektivnímu aspektu, který je označován pojmem sebehodnocení (Blatný & Plháková, 2003).

2. Sebehodnocení

Překlad anglického pojmu „self-esteem“, který je ústředním tématem této práce, je v české literatuře různorodý. Například Řičan (2010) jej překládá jako sebevědomí. Smékal (2002) považuje naopak sebevědomí a sebedůvěru jako funkční prožitek sebehodnocení. Nesoulad panuje i v samotném vydělování pojmů sebepojetí a sebehodnocení, stále se můžeme v odborné literatuře setkat se synonymním užíváním pojmů sebepojetí a sebehodnocení (Watkins & Dhawan, 1989).

V této práci budeme vycházet z pojetí Blatného (2001), který pojem překládá jako sebehodnocení a nazírá na něj jako na hodnotící aspekt rysu sebepojetí a budeme jej tedy v souladu s Blatným (2003) považovat za složku sebepojetí. Sebehodnocení je považováno za jádro Jáství, kterým cítíme, prožíváme a oceňujeme sami sebe. Výše uvedená charakteristika postihuje jak aspekt hodnotící, tak aspekt emoční, kterým se sebehodnocení vyznačuje (Smékal, 2002). Takto utvořený emoční vztah k sobě je realizovaný prostřednictvím sebeuvědomování (Blatný, 2003) a manifestován na základní polaritě hodnocení negativní x pozitivní, případně nespokojenost a spokojenost (Smékal, 2002). Sebehodnocení lze z hlediska dimenzionality zakotvit v pojmech nahlížení na sebe sama z hlediska kompetence a vlastní hodnoty, kdy hodnocení vlastních kompetencí reflektuje, jak se jedinec vidí jako schopný a efektivní a dimenze vlastní hodnoty odkazuje na pojetí sama sebe jako hodnotného a prospěšného jedince (Blatný, 2010).

Jak usuzoval již James (1890), sebehodnocení je tvořeno poměrem mezi aspiracemi a nazíranými úspěchy, nelze na něj tedy nazírat pouze jako na deskripci a součet sobě

připisovaných schopností a charakteristik. Obdobně jako již diskutovaná centralita a dostupnost jednotlivých „self aspektů“ projevující se odlišnou mírou afektivity (Blatný, 2003) i určené aspirace budou individuální variabilní charakteristikou, sebehodnocení je tedy subjektivně prožívaný rys, který není odvozen z racionálního zhodnocení.

K sebehodnocení lze referovat ve třech podobách. Nejčastěji diskutovaným pojetím sebehodnocení je *globální sebehodnocení*¹, které vyjadřuje generalizovaný pocit člověka k sobě samému. Pokud nebude uvedeno jinak, bude k sebehodnocení referováno jako ke globálnímu sebehodnocení i v této práci. Dalším druhem je tzv. *stavové sebehodnocení*², které lze zakotvit jako teoretický protiklad globálního sebehodnocení. Stavové sebehodnocení je situačně podmíněné a odráží aktuálně prožívanou vlastní hodnotu prostřednictvím pocitů studu nebo hrdosti (Cast & Burke, 2002). Posledním druhem je *sebeevaluace*³, reflektuje jedincovo hodnocení vlastních atributů a schopností, je doménově podmíněno, jedinec tedy může mít vysoké hodnoty sebeevaluace ve školní sféře, ale nízké v oblasti atletické (Cast & Burke, 2002).

2.1 Vývoj sebehodnocení

Sebehodnocení se skládá z několika propojených obrazů sama sebe. Samotné hodnotící výstupy a přijatý citový vztah k sobě je závislý na sebe kladených nárocích (Balcar, 1991). Podklad pro utváření a internalizaci nároků a ideálů začíná již v raném dětství (Higgins, 1987). O sebehodnocení můžeme uvažovat jako o v čase relativně stabilní charakteristice osobnosti (Trzesniewski et al., 2003), míra hodnoty sebehodnocení se bude s věkem normativně proměňovat, lze usuzovat na méně či více konstantní změny v míře sebehodnocení v závislosti na vývojové periodě. Nejvýrazněji v období přechodu do adolescence a s příchodem stáří (Orth & Robins, 2014), a to například vlivem maturačních změn a vyplývajících nejistot, na které usuzuje Erikson v popisu *Osmi fází psychosociálního vývoje*, se zřetelem na nabývání a pozbývání sociálních rolí.

Nezbytnými atributy pro vývoj sebehodnocení je vědomí vlastního Já a schopnost verbalizace tohoto konceptu. První sebeuvědomování se objevuje u dětí mezi 2-3 rokem, v této vývojové fázi začínají užívat osobní zájmena a reflektovat sebebopisné charakteristiky (Vágnerová, 2000). Přestože v tomto věku nedochází vlivem kognitivní nezralosti k možnosti verbalizace a plného uvědomění si sebehodnocení, lze již pozorovat schopnost hodnocení

¹ Global/Trait Self-esteem

² State Self-Esteem

³ Self-Evaluations/Domain Specific Self-Esteem

vlastního chování v aspektech pozitivita-negativita. Studie Haltiwangera (1989), která hodnotila projevy míry sebehodnocení manifestující se v chování v útlém věku, našla, že děti s nižším hodnocením se projevují jako méně zvědavé a sebevědomé.

Děti jsou při formování svých standardů chování zcela závislé na externí evaluaci, se kterou se identifikují, a to nejprve prostřednictvím primárních pečovatelů (Tracy & Robins, 2004). Směrodatné je, jaký pocit vlastní hodnoty dítěti zrcadlí, a to jak verbalizovanou formou, tak nonverbálně nebo prostřednictvím vlastních činů (Röhr, 2013). Omasu (2016) usuzuje na důležitost vytvoření kvalitního vztahu mezi primárním pečovatelem a dítětem, za markantní pro utváření sebehodnocení považuje umožnění prožití pocitů úspěchu, respektu a hodnoty. Kvalitní vztah s primárním pečovatelem následně umožňuje přijetí kritiky bez ztráty funkčního sebehodnocení. Významným atributem usuzujícím na kvalitu vztahu mezi pečovatelem a dítětem je volený komunikační styl. Dítě, které je konfrontováno s frekventovanou dehonestací vlastní osoby, se složitě vyhýbá zpochybňování vlastní hodnoty a schopností (Harter, 1993). Negativní komunikační styly zahrnující velké množství kritiky, vulgarit, viny, nedostatku projevované náklonnosti vedou k nižšímu sebehodnocení a jeho menší stabilitě, za významnější prediktor stability aspektu sebehodnocení se ukazuje být postoj otce, nežli matky (Kerins et al., 1989).

V mezidobí před internalizací standardů hodnocení jsou pocity spojené s chováním manifestovány se zaměřením na okolí (jak bude okolí reagovat na mé chování), po internalizaci je směrodatné, jak my sami nahlížíme na své chování a úspěchy. Což ovšem neznamená, že děti, které nedosáhly období internalizace, nehodnotí své chování. Dokážou hodnotit specifické oblasti svého chování, ale ještě nedochází k zahrnutí těchto prvků do globálního hodnocení vlastní osoby jako celku (Kernis, 2006). V období dětství jsou měřené hodnoty sebehodnocení poměrně vysoké, důvodem může být ego-centrismus a nerealisticky pozitivní nahlížení invariance vlastních a požadovaných schopností (Robins & Trzesniewski, 2005).

K významné internalizaci vnějšího hodnocení dochází mezi 9.-11. rokem. V této fázi se formují standardy pro hodnocení vlastního chování, které se následně stávají obrazem tzv. *osobních vodítek*, kterým se jedinec bude pokoušet vyhovět (Higgins, 1987). Systematicky dochází ke snižování sebehodnocení v návaznosti na kognitivní vývoj dítěte a schopnost přesnějšího a vyrovnanějšího nazírání vlastních schopností, charakteristik a úspěchů (Robins & Trzesniewski, 2005).

S příchodem do stádia formálních operací dochází k utváření zdroje sebehodnocení na podkladu toho, co si o nás myslí druzí, (Langmeier & Krejčířová, 1998), zpřesňuje se schopnost sebereflexe, připisování si sociálních rolí (Macek, 2003) a rozvoji vlastní identity (Vágnerová, 2010). Období se vyznačuje poklesem sebehodnocení, pravděpodobně z důvodu velkých životních změn a rostoucích nároků a z nich plynoucích pocitů vlastní nedostačivosti (Robins et al, 2005).

Sebehodnocení v období adolescence a mladé dospělosti se ukazuje být jako velmi individuální proměnná závislá na intrapersonálních charakteristikách jako je například extraverze, emoční stabilita a svědomitost, které predikují vyšší hodnoty sebehodnocení (Erol & Orth, 2011). Lze ovšem očekávat, že k menším či větším poklesům sebehodnocení bude docházet až do 16 let (Erol & Orth, 2011). Významné je stále externí hodnocení vlastních kompetencí z důvodu stále nejasně zdefinované vlastní hodnoty (Vágnerová, 2010). Důležitost vlivu rodičů zůstává i s přechodem do adolescence, podstatná se zdá být přítomnost rodičů, jejich angažovanost a celková vnímaná kvalita vztahu. V případě vytvoření dostatečně kvalitního vztahu, který reflektuje již diskutované aspekty, rodič/primární pečovatel může sloužit jako tlumič stresorů, kterým jsou adolescenti vystavováni a které potencionálně ohrožují sebehodnocení (Papini & Roggman, 1992). Některé výzkumy dokonce ukazují, že v období adolescence podpora pocíťovaná od rodičů má na sebehodnocení větší vliv než ostatní zdroje, a to včetně vrstevníků (Heinonen et al., 2005), pouze v případě, že pečující výše zmíněné role nezastává a nefiguruje jako žádoucí model pro utváření sociálních standardů, přejímají tuto roli ve větším měřítku vrstevníci (Macek, 2003).

S příchodem do období mladé dospělosti nabírá na významu role partnerských vztahů (Wagner et al., 2014) a dosažené vzdělání (Orth et al., 2010). Velkým prediktorem sebehodnocení se také stává zdravotní stav (Paxton & Phythian, 1999). Celkově se období dospělosti vyznačuje poměrně velkou stabilitou sebehodnocení a sebejistotou (Vágnerová, 2000), lze předpokládat, že jedinec, který má vysoké sebehodnocení v období mladé dospělosti, si jej udrží až do pozdní dospělosti (Robins & Trzesniewski, 2005).

V seniorském věku dochází ke změnám sociálních rolí, ztrátám blízkých osob, úbytku fyzických a kognitivních sil a socioekonomickým nejistotám. Tyto významné, ireverzibilní změny takřka ve všech zdrojích sebehodnocení vedou k jeho poklesu. Dalším vysvětlením rapidního snížení sebehodnocení může být zvýšená ochota uznání svých nedostatků, limitů a menší potřeba pozitivní sebezprezentace před ostatními (Trzesniewski et al., 2003).

2.2 Zdroje sebehodnocení

V následující kapitole budou shrnuty základní zdroje sebehodnocení, vyjma klasicky pojímaných zdrojů sebehodnocení, mezi které se řadí pozitivní a negativní afektivita a kognitivní diskrepance v sebepojetí, bude v následující kapitole diskutován fenomén sociálního srovnávání. Jak již bylo diskutováno, sebepojetí je formováno na podkladu interakce osoba-svět (Blatný, 2003), lze tedy přepokládat významný vliv sociálního prostředí při formování sebehodnocení.

2.2.1 Sociální srovnávání

Sociální srovnávání je proces, kterým jedinec hodnotí sám sebe a zvyšuje svou míru sebepochopení prostřednictvím porovnávání s druhými. Prostřednictvím sociální komparace dále dochází k ověřování, jaké chování je žádoucí, případně oceňováno (Festinger, 1954), takové chování je poté aplikováno s vyšší četností. Je důležité taktéž neopomenout vliv interpersonálních charakteristik osobnosti souvisejících se sebehodnocením v procesu sociálního srovnávání. Můžeme zmínit dominanci a afiliaci, kdy dominantní chování sebehodnocení zvyšuje a tendence k afilaci naopak snižuje (Blatný & Osecká, 1994).

Dle teorie sociálního srovnávání (Festinger, 1954) dojde při sociálním srovnáváním k jedné ze tří situací:

- *Komparaci s někým, kdo je vnímán jako na vyšší úrovni, je na tom lépe než já*
 - o V tomto případě lze ze srovnávání bonifikovat v případě, že jedince komparace namotivuje a bude se snažit dosáhnout stejných úspěchů. S větší frekvencí ovšem dojde k pocitům vlastní nedostatečnosti a negativním afektům (Brickman & Bulman, 1977).
- *Komparace s někým, kdo je na tom hůře*
 - o Tento druh komparace může přinášet negativní afekty plynoucí z obavy zhoršení aktuální situace. Častěji ale dojde k pozitivním afektům a kladnějšímu hodnocení vlastních kompetencí (Wills, 1981), tento proces byl pozorován pouze u jedinců s nízkým sebehodnocením (Gibbons & Gerrard, 1989).

- *Komparace s někým na stejné úrovni*
 - o Sociální srovnávání s jedincem/jedinci, kteří jsou na stejné úrovni, nám může posloužit jako emoční buffer pro snížení úzkostnosti a pocitu izolace, nacházíme-li se v neznámé, potencionálně ohrožující situaci.

V době expanze internetových medií a sociálních sítí nelze opomenout potencionální vliv sociálních medií na sebehodnocení. Často diskutovaný negativní vliv sociálních sítí je soustředěn převážně na děti, a to především ve formativním věku, kdy dochází k internalizaci standardů pro hodnocení vlastní osoby. V návaznosti na specifikum prostředí internetu, kde jsou intenzivněji než kdekoliv jinde vystaveni idealizované sebezprezentaci ostatních. Ze studie Steinsbekka (2021) vyplývá, že v kritickém formativním věku (10-14 let) dochází u dívek, které užívají sociální sítě pasivně, tedy aktivně nevkládají vlastní obsah, k poklesu sebehodnocení. U chlapců i dívek, kteří užívají sociální sítě aktivně, respektive participují se přidáváním vlastního obsahu a prostřednictvím něj sekundárně získávají pozitivní zpětnou vazbu a dochází tak tedy k sebestvrzení, nebyl pozorován žádný rozdíl v hladinách sebehodnocení. Tyrlik et al. (2010) diskutuje možnost využití sociálních sítí jako protektivní faktor před poklesem sebehodnocení ve výše zmíněném vnímavém období, kdy aktivní využívání sociálních sítí umožňuje jednodušší sebezprezentaci ideálního Já a jedinec může nabýt dojmu, že jeho prezentované ideální Já na internetu odráží realitu.

Vzhledem k expanzi a aktivnímu využívání multimédií ve všech věkových kategoriích výzkumné studie začaly zkoumat, zda k obdobným fenoménům dochází i u dospělé populace. Studie (Schmuck et al., 2019; Stapleton et al., 2017) zjistily, že snižování sebehodnocení v on-line prostředí představuje srovnatelné riziko i pro dospělou populaci. Sociální srovnávání s jedinci, jejichž sebezprezentaci respondenti vnímali jako atraktivnější nebo úspěšnější, a tedy na *vyšší úrovni* než jejich, vedla stejně jako u dětí a adolescentů ke snižování sebehodnocení a celkovému zhoršení well-beingu. V souladu jsou i zjištění související s negativními dopady pasivního užívání sociálních sítí (Krause et al., 2019).

Nelze samozřejmě redukovat regulaci sebehodnocení pouze na explicitní zpětnou vazbu z okolí. Za další marginální zdroje je považována pozitivní a negativní afektivita a kognitivní diskrepance v sebestojetí.

2.2.2 Kognitivní diskrepance v sebepojetí

Kognitivní diskrepance v sebepojetí je teorie propojující prožívaný druh afektivity a kognitivní zhodnocení prostřednictvím sebereflexe a zpětné vazby z okolí (Higgins, 1989). Vše souvisí s disharmonií mezi jednotlivými reprezentacemi Já (reálnými, požadovanými a ideálními), manifestující se jako konflikty Já, vedoucí k odlišnému emočnímu rozladu (Higgins, 1987).

Jednotlivé rozpory a způsoby, zda hodnotíme nesoulad z osobní perspektivy, nebo usuzujeme, že ostatní o nás takto smýšlí, povedou k odlišným afektivním stavům (Výrost et al., 2019). Diskrepance mezi *ideálním Já* a *aktuálním Já* se dotýká pocitů nespokojenosti, zklamání a celkových negativních pocitů, nenaplníme-li očekávání druhých, pocítujeme pocity zahanbení a studu z percipovaného pocitu nedostačivosti. Nekoresponduje-li námi vytvořené *požadované Já* s *reálným Já*, cítíme vinu a pocity vlastní slabosti z nedostání závazků, v případě nenaplnování požadavků ostatních pocítujeme strach a obavy z odmítnutí (Higgins, 1989).

Jistá míra nesouladu mezi jednotlivými reprezentacemi je normální, záleží na četnosti a kontextu, ve kterém stavy nesouladu prožíváme. Například vnímání diskrepance mezi reálným a ideálním já, ke kterému aspirujeme, může sloužit jako pozitivní motivační činitel (Výrost et al., 2019). Velký motivační charakter mají také tzv. možná Já, koncept, který byl rozpracován Markusem & Nuriusou (1986), který pojednává o Já, kterým se chci v budoucnu stát a o Já, kterým se obávám, že se stanu. Autoři nahlízejí na možná Já jako na kognitivní projev dlouhodobých cílů a aspirací, který poskytuje spojení mezi sebepojetím a motivací. Nedávné studie ukazují, že pro skutečný motivační charakter *možných Já* je důležitá jejich dostupnost a proveditelnost (Norman & Aron, 2003), jejich samotné formování tedy není pro motivaci určující.

2.2.3 Pozitivní a negativní afektivita

Blatný (2010) charakterizuje afektivitu jako dispozici k určitému druhu prožívání. Jedná se tedy o faktor, který ovlivňuje, jak budeme sebe i ostatní hodnotit. Negativní a pozitivní afektivita ovšem neovlivňuje pouze nahlížení na vlastní sebeobraz a postoj k životu, ale ovlivňuje i proces v případě vypořádávání se s neúspěchem. Jedinci s pozitivním sebeobrazem se po neúspěchu dokážou snadněji přeorientovat na jiný zdroj svých kvalit a negeneralizují jej do celkového sebepojetí (Campbell, 1990). Fenomén můžeme pozorovat u afektivních poruch,

například jedinci s diagnostikovanou bipolární poruchou vykazovali signifikantně nižší hodnoty sebehodnocení než kontrolní vzorek, a to i v průběhu remise (Blairy, 2002), na čemž můžeme demonstrovat provázaný vztah kognitivních procesů a emočního prožívání.

2.2.4 Vliv osobnostních charakteristik na sebehodnocení

Při hledání zdrojů individuálních rozdílů sebehodnocení je vhodné věnovat pozornost i intrapersonálním charakteristikám a temperamentovým dispozicím osobnosti.

Emoční stabilita a dominance jsou nejspolehlivějším prediktorem míry sebehodnocení, ve studii Řehulková et al., (1995) vysvětlily 29 % rozptylu sebehodnocení. Studie taktéž ukazují, že stabilita sebehodnocení pozitivně koreluje s emoční stabilitou, svědomitostí a přívětivostí a zdůrazňují možnost recipročního vztahu mezi intrapersonálními charakteristikami a sebehodnocením (Zeigler-Hill et al., 2015), tedy například, že jedinec zažívající vysoké hodnoty sebehodnocení, bude ve svém chování více extravertní. Můžeme také diskutovat, zda již diskutované odlišné preference copingových strategií skutečně souvisí s mírou sebehodnocení, jak upozorňuje množství studií, volení konkrétních na stres zaměřených strategií zvládání není spolehlivým prediktorem míry sebehodnocení, jelikož více vypovídá o obecných sklonech k chování a prožívání, které jsou situačně podmíněny (Amirkhan et al., 1995; Řehulková et al., 1995).

2.3 Modely sebehodnocení

Modelů a zakotvených teorií sebehodnocení je opravdu velké množství, vzhledem k zaměření práce a omezenému prostoru, se budeme soustřeďovat na sociometrickou teorii. Z dalších významných modelů lze jmenovat *Fenomenologickou teorii* (C.R. Rogers), která předpokládá, že sebehodnocení je formováno na základě zvnitřněních sociálních norem, kdy pro udržení vysokých hodnot je zásadní, aby formované normy byly realistické, tedy který rozpor mezi tím, jaký člověk je (reálné Já) a kým by chtěl být (požadované Já) se přímo promítá do úrovně sebeúcty a rysu sebehodnocení (Rogers, 1961).

Sociometrická teorie

Sociometrická teorie předpokládá, že formující pro rys sebehodnocení je náš vztah s ostatními, co si o nás myslí a zda nás přijímají, nejvýznamnější je tedy prožívané sociální přijetí (Leary et al., 1998). Jak vyplývá, teorie staví na jedné ze základních lidských potřeb, potřebě sounáležitosti. Přesah sociometrické teorie od původního konceptu je v tom, že

sebehodnocení není pouhým odrazem hodnocení druhých, ale slouží primárně jako „index“ monitorování (imperativní funkce) a udržování kvality (induktivní funkce) mezilidských vztahů. Jedince motivuje k udržení rysu sebehodnocení snaha o přijetí ostatními, verifikace, že je cenným článkem pro skupinu, namísto usilování o rys sebehodnocení samotný (Leary & Baumeister, 2000). Můžeme definovat jeho motivační charakter, kdy obdobně jako u jiných potřeb při nedostatečném naplnění potřeby (náznak sociální exkluze) dochází k negativním afektům, které vedou k následné snaze o vyrovnání stavu prostřednictvím testování prosociálního chování a snahy o zvýšenou socializaci (Mahadevan et al., 2016).

V souladu se sociometrickou teorií je studie (Anthony et al., 2007), jejíž výsledky naznačují, že pro osoby s nízkým sebehodnocením je při rozhodování zásadní přijetí okolím. Referuje, že každý jedinec nejdříve zhodnocuje, zda bonifikace ze sociální interakce bude větší než možné ztráty (nepřijetí skupinou, negativní zpětná vazba...). Probandi s nízkým sebehodnocením svůj proces rozhodování soustředili na možná rizika, tedy na podkladu nízkého „indexu přijetí“ jejich ochota k sociální interakci klesala, na rozdíl od jedinců s vysokým sebehodnocením, kteří se soustředí primárně na možnou bonifikaci a sociální interakce vyhledávali intenzivněji.

2.4. Funkce sebehodnocení

Významnou funkci sebehodnocení vidí Greenwald a Pratkins (1984) v jeho adaptační funkci. Jedná se převážně o obranu Já, volené behaviorální a kognitivní strategie umožňující anticipaci a vyvarování se stresu. Význam hodnot rysu sebehodnocení je nezanedbatelný i při samotném zvládnání stresových situací, volení adaptivních na řešení zaměřených strategií zvládnání stresu je častější u osob s vyšším sebehodnocením (Mullis & Chapman, 2000). V opozici je výzkum Balaščíkové a Blatného (2003), který našel souvislost pouze mezi nízkými hodnotami sebehodnocení a častějším volením strategie zvládnání stresu únikem do fantazie. Významná je také funkce sebehodnocení při stresových situacích, panuje předpoklad, že funkční hodnoty sebehodnocení zprostředkovávají jedinci možnost udržení pozitivního sebeobrazu v konfrontaci s ohrožující situací, kdy s menší pravděpodobností dojde k dezintegraci sebesystému (Campbell 1990). Lze tedy hovořit o protektivní funkci sebehodnocení, kdy slouží jako buffer (Dolejš et al., 2014).

2.4.1 Funkční změny sebehodnocení

Sebehodnocení jako konstrukt je poměrně stabilním rysem osobnosti, jeho proměnlivosti v čase lze na podkladu nových výzkumů lépe rozumět. Přesto existuje v životě množství neočekávaných situací, které mohou sebehodnocení negativně ovlivnit, zpochybnit integritu jednotlivých reprezentací Já a ohrozit tak míru sebehodnocení, jedním z takových událostí je přítomnost onemocnění, která bude předmětem druhé části práce.

Nízké sebehodnocení

Nízké sebehodnocení se projevuje generalizovaným negativním pocitem o vlastní osobě, zahrnující neschvalování vlastních rysů a názorů (Rosenberg, 1965), jedinci jsou více náchylní k negativním stimulům a čtenějšímu výskytu somatizace po vystavení stresovému stimulu (Stinson & Fisher, 2020). Studie taktéž naznačují, že nízké sebehodnocení souvisí s vyšší prevalencí negativních afektů, depresivity (Orth et al., 2016) a vyšší tendencí k sebeobviňování (Blatný & Osecká, 1998).

Vysoké sebehodnocení

Míra sebehodnocení je spojována s celkově kladnějším well-beingem (Blatný, 2010) a ovlivňuje chování v oblastech jako je například soutěživost a výkon (Campbell 1990), taktéž lze pozorovat čtenější využívání na problém zaměřeného copingu, a to na řešení zaměřený coping a kognitivní restrukturuaci. Naopak se sníženým užíváním maladaptivních forem fantazijního úniku a sebeobviňování (Řehulková, 1995). Ovšem i vysoké hodnoty sebehodnocení s sebou přinášejí rizika, jedinec, jenž neadekvátně hodnotí své schopnosti může vlivem jejich nadhodnocení selhat (Blatný, 2010), což se pojí s vyšší prevalencí úzkostnosti (Dolejš et al., 2014).

2.5 Genderové rozdíly

Mezipohlavní rozdíly v sebehodnocení reflektují odlišná sociálně podmíněná očekávání od mužů a žen, a to i v případě zastávání podobných sociálních rolí, ať v rámci profesního života, nebo rodinného (Josephs, 1992). Kulturně podmíněné normy a očekávání zapříčiní tedy přítomnost odlišných zdrojů sebehodnocení, obdobně jako jejich dostupnost. Například genderově podmíněné dostupnost sociální opory, feminní kvality jsou více asociovány s vyhledáváním, obdržením a dáváním sociální opory (Reevy & Maslach, 2001), u mužů je dáván větší důraz na nezávislost a případná manifestace dependentního chování může vyústit ve ztrátu sebehodnocení (Barbee et al., 1993)

Rozdíly lze nalézt i v osobnostní charakteristice a jejich odlišného sycení rysu sebehodnocení, jak dokládá výzkum Blatného (2001), u chlapců přítomnost interpersonálních charakteristik přívětivost a otevřenost novým zkušenostem snižovaly hodnoty sebehodnocení, u dívek byl trend opačný. Zároveň lze pozorovat příkládání odlišné důležitosti fyzického zjevu u mužů a žen, ženy se spíše srovnávají na základě „ideálů ženské krásy“, muži za hlavní zdroj sebehodnocení v tělesném pojetí mají manifestaci fyzické síly (Heatherton & Wyland, 2003). Zajímavá zjištění v odlišných zdrojích sebehodnocení demonstruje studie Schwalbeho a Staplese (1991), dvou prohlášením byla přisuzována signifikantně odlišná důležitost, a to u prohlášení „*aby Vás ostatní považovali za dobrého člověka*“, která byla signifikantně významnější pro ženy a „*odvádět lepší práci než kdokoliv jiný v něčem, co je pro Vás důležité*“, byla hodnocena muži jako signifikantně významnější než pro ženy. Dimenze, ve kterých se muži a ženy odlišovali by se daly charakterizovat jako sociální hodnocení a nazírané kompetence.

Konzistentní výsledky mezipohlavních rozdílů v míře sebehodnocení se vyskytují v období adolescence, kdy dívky vykazují nižší hodnoty rysu (Kling et al., 1999; Blatný, 2001). Ovšem výzkumy testující fenomén genderových rozdílů dále v průběhu života nejsou konzistentní, studie provedena Klingem (1999) ukazuje, že muži mají vyšší sebehodnocení ve všech vývojových periodách, ovšem například Pattonen et al (2004) nenalezl žádná statisticky signifikantní data pro podpoření tohoto předpokladu. První mezikulturní studie, které se zúčastnilo více než 900 000 respondentů ze 48 zemí, ukázala, že nehledě na věk lze pozorovat malé, ale stále signifikantní rozdíly⁴ v očekávaném směru. Zároveň v zemích, které se vyznačují genderovou rovnoprávností, lze pozorovat nižší mezipohlavní rozdíly (Bleidorn et al., 2016).

Další významné moderátory sebehodnocení budou pro přehlednost uvedeny v kapitole Sebehodnocení v kontextu revmatoidní artritidy.

⁴ Cohenovo d 0,25

3. Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida (RA) je systémovým autoimunitním onemocněním manifestující se progresivním synoviálním zánětem kloubů projevující se nejčastěji bolestí a postupnou destrukcí kloubů (Suchý, 2003).

Klinický obraz nemocného je charakteristický symetrickým postižením převážně končetinových kloubů. Souběžně se frekventovaně onemocnění projevuje řadou mimokloubních projevů postihující mnoho orgánů a orgánových soustav, nejčastější komorbiditu představuje onemocnění kardiovaskulárního systému. Onemocnění způsobuje chronické bolesti, ztuhlost a často vede k pracovní neschopnosti a celkovému snížení kvality života (Pavelka, 2012).

Prevalence Onemocnění postihuje přibližně 1% celosvětové populace, až třikrát častěji se s tímto onemocněním potýkají ženy, nejčastěji dochází k rozvoji onemocnění v produktivním věku, nicméně nemoc se může projevit k jakémkoliv věku (Šenotl, 2018).

Etiologie Autoimunitní zánět se manifestuje poškozováním vlastních tkání, k porušení autotolerance je nutná interakce vnějších a vnitřních faktorů (Lukešová, 2006). I přes neznámou etiologii onemocnění RA, existuje předpoklad, že jeden z multifaktorových spouštěčů autoimunitních dějů je infekce, kdy dojde k počáteční aktivaci imunitního systému a za předpokladu přítomnosti genetické predispozicemi dochází k rozvoji onemocnění (Hořejší, 2013).

Prognóza Průběh onemocnění je značně individuální, charakteristické je střídání akutního vzplanutí nemoci s obdobím remise (Pavelka, 2012), což představuje jednu z dalších psychických zátěží. Díky pokročilým možnostem léčby a včasné diagnostice se daří snížit aktivitu onemocnění, zabránit ireverzibilním změnám na kloubech a u některých jedinců dosáhnout dlouhodobé klinické remise (Šedová, 2009). Taktéž vlivem rozvoje farmakologické léčby došlo v posledním desetiletí ke zvýšení očekávané délky dožití pacientů, která se nyní neliší od populačního průměru⁵

Hodnocení aktivity onemocnění Při volbě adekvátního léčebného plánu a identifikace progresu onemocnění je využívána řada kompozitních indexů, nejhojněji je používán tzv. DAS skór. DAS skór zohledňuje počet oteklých a bolestivých kloubů, dále pacientem subjektivně

⁵ Zpracováno na základě dostupných populačních dat jako analýza podporující strategické cíle programu Zdraví 2030, dostupné z: <https://inovaceprozivot.cz/file.php?id=52>

hodnocený zdravotní stav a zánětlivé parametry typické pro akutní fázi onemocnění (FW/CRP), následně dojde k výpočtu celkového skóru aktivity onemocnění. Za pacienty v remisi jsou považováni tací, jejichž hodnoty DAS skóre jsou nižší než 2,6 (nízká aktivita DAS $\leq 3,2$, střední aktivita DAS $\leq 5,1$, vysoká aktivita DAS $> 5,1$) (Bečvář et al., 2007).

Při holistickém nahlížení na onemocnění můžeme revmatoidní artritidu zařadit mezi psychosomatické onemocnění, respektive chorobu, jejíž existenci lze prokázat objektivním lékařským vyšetřením, u které je ovšem předpoklad, že na jejím vzniku a udržování se podílejí velkou měrou i psychosociální faktory (Poněšický, 2017). Příznaky a etiologii nemoci tedy nelze plně vysvětlit mechanismy biomedicínského přístupu. V širším pojetí lze na psychosomatiku nahlížet jako na holistický pohled na člověka, zahrnující oblast tělesnou, psychickou, vztahovou a spirituální (Orel, 2020).

3.1 Léčba

Kompletní vyléčení nemocného s RA není možné, lze dosáhnout různě dlouhých stavů klinické remise a při včasné terapeutické intervenci zabránit vzniku nevratných změn na kloubech, které mohou vést k invalidizaci pacienta (Šenolt, 2018). Terapeutickým cílem podávaných léčiv je ovlivnění bolesti, potlačení akutního zánětu, zvládnání běžných denních aktivit a snaha o zvyšování kvality života nemocného.

Základní farmakoterapií jsou *syntetické chorobu-modifikující antirevmatické léky*, které ovlivňují průběh nemoci a zpomalují progresi na strukturální úrovni (Šenolt, 2018). Dalším druhem je *biologická léčba*, která je průlomovou léčbou, jak napovídá název, léčiva nejsou syntetického původu, vyrábějí se pomocí živých organismů/buněk. Mechanismus účinku je komplexní a zacílený na konkrétní antigen/enzym, někteří pacienti vykazují klinickou remisi i po ukončení léčby (Sobotková & Bartůňková, 2018), jednu z nevýhod představuje vysoká finanční náročnost a nejistá vazba ke vzniku lymfomu, indikací biologické léčby je tedy stav nereagující na jinou formu farmakologické léčby a závažná progresse onemocnění (Pavelka, 2012). Další možností léčby jsou *nesteroidní antirevmatika*, která mají pouze symptomatický efekt, jsou tedy první volbou při léčbě bolesti a poslední využívanou farmakologickou léčbou jsou *glukokortikoidy*.

Velký vliv na úspěšnost léčby má míra spolupráce pacienta při dodržování stanovených léčebných schémat. Adherence k léčbě je určována rozdílem vnímané nutnosti léčby a obav spojených z léčebného procesu (Morgan et al., 2015), vyjma ochoty dodržovat stanovenou

léčbu, adherence reflektuje postoje nemocného k onemocnění, včetně míry přijetí nemoci (Gurková, 2011), vede k menšímu výskytu negativních afektů a celkové zvýšené spokojenosti pacienta (Broadbenta et al., 2011). I přes významný výzkumný zájem se doposud nepodařilo identifikovat jednotlivé zdroje predikující míru adherence, existuje předpoklad multifaktorové podmíněnosti, na které se podílejí oblasti zdravotního stavu, zvolené léčby, vztahu pacient-lékař se zřetelem na edukaci pacienta a individuální proměnné (Gurková, 2011)

Studie Shawa (2018) se zaměřila na identifikaci jednotlivých faktorů, které motivují pacienty s RA dodržovat, respektive nedodržovat stanovený léčebný plán. Tabulka níže znázorňuje jednotlivé dimenze motivace po narativní analýze 48 rozhovorů s respondenty z řad pacientů s RA.

Tabulka 1: **Motivy ovlivňující adherenci k léčbě**

Přijetí léčby	Odmítání léčby
1. Snaha o návrat do normálního života	1. Strach z léčby
2. Strach z možné progrese onemocnění	2. Udržování kontroly nad svých zdravím
	3. Odmítání identifikace s rolí nemocného
	4. Zklamání z dosavadní léčby
	5. Kognitivní zátěž způsobena rozhodováním

Poznámka: převzato a volně přeloženo z publikované studie *Rheumatoid Arthritis Patients' motivations for accepting or resisting disease-modifying antirheumatic drug treatment regimens* (Shaw et al., 2018)

Jak vyplývá z uvedeného schématu, komplexní adresování negativních pocitů plynoucí z rozhodování o léčbě a zahrnutí pacienta do procesu rozhodování a zdůvodnění volby léčebného schématu naznačuje, že by mohlo být bonifikující nejenom pro pacienta, ale i pro úspěch samotné léčby. Jedním z používaných nástrojů zplnomocňování pacienta v procesu léčby a komplexního vyrovnávání se s chronickým onemocněním je koncept self-managmentu nemoci, který předpokládá aktivní zapojení pacienta.

3.2 Self management nemoci

Tradiční přístup edukace pacienta spočívá v předání informací o podstatě onemocnění, režimových opatřeních, eventuálně vhodných dietních a environmentálních změnách. Oproti tomu techniky Self-managmentu jsou zaměřené na řešení problému, model pracuje s pacientem jako s „odborníkem na svou nemoc“, dovoluje pacientovi identifikaci a určení problémů, kterým ve vztahu k chronicitě onemocnění čelí (Bodenheimer, 2002). Poskytuje techniky, které napomáhají adekvátnímu ovlivňování, kontrole symptomů a afektů onemocnění (Bodenheimer, 2002). Ústředním tématem je zprostředkování prožití sebeúčinnosti, tedy přesvědčení člověka o svých schopnostech a percipované kontrole nad událostí (Bandura, 1977). Sebeúčinnost je jedním z prediktorů chování jedince v nemoci, souvisí s emočním prožíváním, hodnocením onemocnění a ovlivňuje míru úspěšné adaptace (Gurková, 2011).

Self management lze definovat třemi aspekty, a to aspektem *medicínským* zahrnujícím dodržování stanovených léčebných schémat a doporučení, *rolovým*, který obsahuje udržování, vytváření a proměňování vzorců chování v návaznosti na zdravotní stav se zřetelem na zastávané sociálních rolí (Lorig & Holman, 2003). A poslední komponentou *emocionální*, která referuje k zvládnání emocionálních důsledků chronického onemocnění včetně prospektivního přijetí chronicity onemocnění (Lorig & Holman 2003). Zastřešujícím cílem self-managmentu je tedy poskytnutí nástrojů pro efektivní zvládnání nemoci a zkvalitnění života ve všech sférách (Gurková, 2011).

3.3 Adaptace

Je zřejmé, že dva jedinci zažívající totožnou stresovou situaci budou reagovat odlišnými afekty, jinak to ohrozí integritu jejich Jáského systému a budou volit odlišné copingové strategie. Obdobně tomu je při adaptaci na život s chronickým onemocněním. V následující kapitole se pokusím o shrnutí základních faktorů, které ovlivňují úspěšnou adaptaci, sebebřijetí a zahrnutí identity chronicky nemocného do sebesystému.

Přizpůsobení se nemoci

Cílem kognitivních procesů zaměřených na adaptaci při percepci ohrožující události je návrat nebo kvalitativní překročení úrovně psychických funkcí před stavem ohrožení (Taylor, 1983), tohoto cíle ve většině případu při diagnostice chronického, progresivního onemocnění nelze dosáhnout. Modifikovanou definici cíle akceptace chronického onemocnění nabízí Gurková (2011, s.122): „[...]rozpoznání potřeby vyrovnat se s chronickým onemocněním

prostřednictvím vnímání vlastní schopnosti tolerovat nepředvídatelnost, nekontrolovatelnost svého chronického stavu a vypořádat se s jeho nepříznivými dopady“.

Všechny zmíněné komponenty představují permanentní zdroj stresu, na který je nutné reagovat. Volené kognitivní zpracování nemoci je mediátorem mezi stresem a onemocněním. Eversová et al. (2001) navrhla model tří možných zpracování nemoci při kognitivním zpracovávání se soustředěním na pozitivní a negativní emoce:

- Kognice zdůrazňující *bezmoc* se soustředěním na *negativní dopad* onemocnění/stresoru
- Kognice *přijetí redukující negativní dopad* onemocnění/stresoru
- Kognice *rozpoznávající vnímané výhody* jako vyzdvihování *pozitivních dopadů* onemocnění

Kognice s negativní konotací onemocnění může vést ke globálnímu očekávání negativních výsledků manifestující se do celkového hodnocení osoby a vyšší četnosti stresu (Gurková, 2011), obdobně jako již diskutované konsekvence pozitivní a negativní afektivity.

3.4 Stres

Vliv chronického stresu na somatické zdraví je již dobře znám, vzhledem k zaměření předkládané práce, budou v následující kapitole shrnuty základní souvislosti vlivu chronického stresu na imunitní systém, jenž jsou relevantní k tématu práce.

Reakce organismu na percipovaný stres se manifestuje ve všech oblastech, má vliv na fyziologické, kognitivní, emocionální a behaviorální složky. Při vystavení stresu dochází k reaktivním změnám homeostázy, tento adaptivní proces připravuje jedince na boj nebo útek a zvyšuje tím šanci organismu na přežití (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Problematický je stres chronického charakteru, který trvá řádově od týdnů po roky a může při něm docházet ke změnám v neurohumorální a imunitní oblasti (Kostiuk, n.d.). Při vzniku revmatoidní artritidy, jako u ostatních autoimunitních onemocnění je předpoklad spolu podmíněnosti stresem (Kryl, 2004), až 80% (resp. 50%) osob s diagnostikovaným autoimunitním onemocněním retrospektivně reflektují prožití emocionálního stresu před propuknutím onemocnění, jehož původ nebyli schopni identifikovat (Stojanovich & Marisavljevich, 2008). Tento psychosociální faktor nemusí být závažného, tragického charakteru (úmrtí v rodině, významná finanční tíseň...), ale může být způsoben kupíci se každodenními stresovými situacemi (Křivohlavý, 2001). Zároveň dlouhodobé vystavení

stresovým situacím neznamená lineární kauzalitu vzniku nemoci, je potřeba brát zřetel na multifaktorovou příčinu v podobě biosociálních činitelů (Raudenská, 2012). V opozici k diskutovanému vlivu stresu na vzplanutí nemoci stojí Snast et al. (2018), který ve své studii jasné souvislosti stresu a vzniku onemocnění u autoimunitních poruch nenalezl.

Jak vyplývá, je vhodné zaměřit pozornost na adaptaci a zvládání stresu nejenom jako protektivní faktor před vznikem onemocnění, ale i v průběhu léčby. Takový přístup umožní předejít stresem způsobeným změnám na imunitní úrovni organismu, které se podílejí na exacerbaci již existujícího onemocnění (Kozora et al., 2005). Význam práce se stresem umocňuje reciproční role stresu, kdy samotná přítomnost onemocnění vyvolává stresovou reakci, stejně tak jako její projevy v oblastech chronické bolestivosti, únavy, omezené mobility a percepce ohroženého sebehodnocení (Cuolo & Straub, 2007).

3.5 Kvalita života

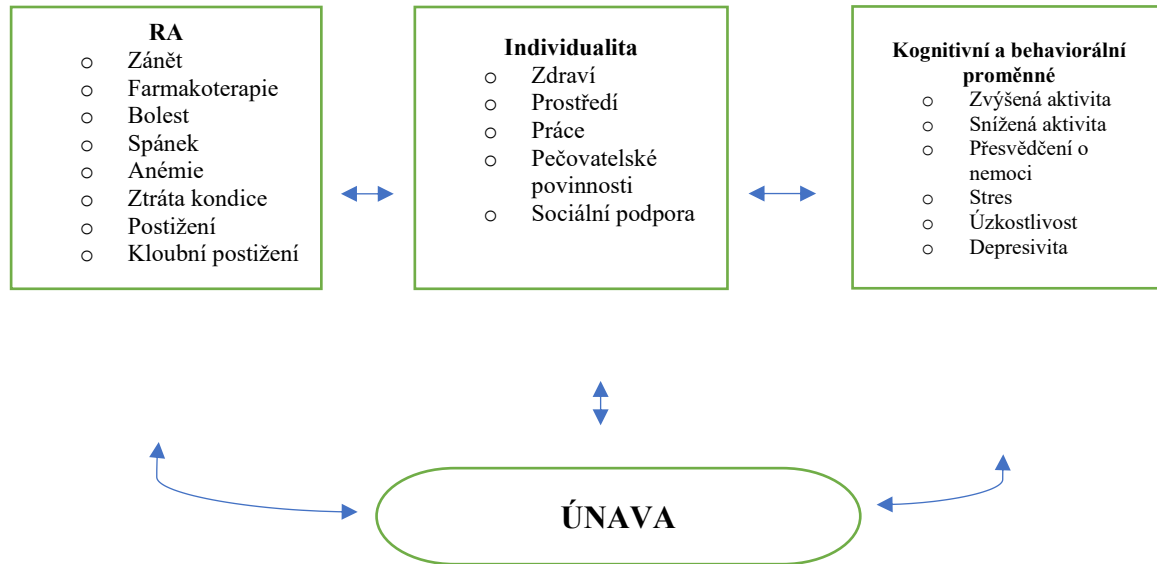
Kvalita života jedinců s RA je signifikantně snížena jednotlivými projevy onemocnění a s tím souvisejícími omezeními, chtělo by se usuzovat, že čím vyšší aktivita onemocnění, tím nižší percipovaná kvalita života, jak ukazují nové studie, tento předpoklad není platný. Zajímavý fenomén představuje perzistentní přetrvávání bolestivosti a únavy u pacientů v klinické remisi nebo s nízkou aktivitou onemocnění (Olsen et al., 2016).

Únava mezi pacienty je popisována jako odlišná od únavy v neklinické populaci, charakterizuje jí nekontrolovatelnost, nepřekonatelnost a nezávislost na energetickém výdeji a odpočinku (Katz, 2017). Mezikulturní studie Grøna et al. (2014) provedena na vzorku více než 8 000 respondentů odhalila, že únavou trpí každý čtvrtý jedinec.

Při hledání příčin vysoké prevalence únavy zjišťujeme, že neexistuje žádná jasná, kauzální příčina. Aktivní vzplanutí onemocnění, vyznačující se zánětem, se podílí na únavě minimálně (Bergman, 2012). Z toho důvodu došlo ke konceptualizaci dosavadních poznatků o možných proměnných, které se podílejí na únavě a byl vytvořen „Koncepční model únavy“, (viz přehled níže). Autoři identifikovali tři hlavní faktory, a to faktor *revmatoidní artritidy* s jednotlivými dimenzemi soustředujícími se na biologické procesy, faktor *individuálních proměnných* zohledňující případné komorbiditu, povinnosti a podporu a nakonec *kognitivní a behaviorální faktor* demonstrující souvislost racionálních přesvědčení, emocí, chování a symptomů vztahujících se k prožívané únavě (Hewlett, 2011). Jednotlivé faktory jsou vzájemně

propojené a jejich vztah je dynamický. Tento koncept kategorizuje základní proměnné a zároveň vytváří teoretické zakotvení pro budoucí studie.

Tabulka 2: **Koncepční model únavy**



Poznámka: volně přeloženo a upraveno z dostupné studie: *Fatigue in rheumatoid arthritis: time for a conceptual model* (Hewlett et al., 2010)

3.5.1 Psychické obtíže

Přestože lze revmatoidní artritidu charakterizovat jako psychosomatické onemocnění, je psychickým obtížím pacientů věnován malý prostor. K největší pozornosti vybízí prevalence depresivity, z meta-analýzy 73 studií zaměřených na měření výskytu depresivity bylo zjištěno, že celých 38,8 % pacientů vykazuje znaky depresivity (Matcham et al., 2013).

V České republice byla provedena studie měřící prevalenci depresivity, jejíž výsledky neukazují na zvýšený výskyt depresivity v klinické populaci, dalším neočekávaným zjištěním bylo, že neexistoval signifikantní rozdíl mezi prevalencí depresivity u mužů a žen (Kaas, 2014), jejíž prevalence u dospělé populace je vyšší u žen (Anders & Skopová, 2006).

Rizikovými faktory, které jsou asociovány se vznikem deprese u pacientů s RA jsou stres, volení maladaptivní copingových strategií, bolestivost a percepce závažnosti následků onemocnění (Sharpe et al., 2001). Studie Bisschopa (2004) zkoumala, zda protektivní psychosociální zdroje (sebehodnocení, sebeúčinnost, partnerství...) před depresivními projevy jsou konstantní napříč rozdílnými chronickými nemocemi. Sebehodnocení mělo protektivní charakter před rozvojem depresivních projevů pouze u revmatických a onkologických

pacientů. Společnou charakteristikou těchto odlišných onemocnění by mohla být přítomnost nejistoty z hlediska prognózy a její variabilita v čase (Bisschop et al., 2004). Nejistota je silným činitelem při přítomnosti jakékoliv nemoci, specifikace nejistoty při chronickém onemocnění je její perzistence, která ovlivňuje veškeré oblasti života jedince. Nejistota se v těchto případech dotýká více oblastí najednou. Můžeme mluvit o nejistotě plynoucí z vlastního nazírání svých kompetencí a zvládnání dané nemoci, to, jak já budu schopen situaci zvládnout. Dále se dotýká oblasti sociálního okolí, jak ostatní budou schopni nastalou situaci pojmout a naposledy vztahu k ostatním, jak nemoc ovlivní mé vztahy (Brashers, 2001)

3.6 Modely léčby chronické nemoci

Biomedicínský model

Biomedicínský model je zaměřen na prevenci, příčinu a léčbu onemocnění, kdy respektuje dualistický pohled na duši a tělo. Vyznačuje se lineární kauzualitou patofyziologie, vznikem a progresí onemocnění. I přes předpoklad multifaktorové etiologie onemocnění RA se soustřeďuje pouze na vlivy imunitní a neuroendokrinní a psychosociální faktory zanedbává. Vztah pacienta a lékaře je jednosměrný, kdy vychází z pojetí lékaře jako experta, mezi zdravotnickými profesemi stále převládá preference biomedicínského modelu léčby RA (Raudenská, 2012).

Biopsychosociální model

Autorem biopsychosociálního modelu nemoci je psychiatr George L. Engel, tento model předpokládá, že na vznik a trvání choroby mají vliv nejen faktory biologické, ale stejnou měrou i faktory psychologické a sociální. Cílem biopsychosociálního modelu léčby RA je edukace pacienta, snaha o změnu životního stylu, identifikaci a minimalizování rizikového chování. A s ohledem na znalosti vlivu stresu, techniky na zlepšení zvládnání (Raudenská, 2012).

4. Specifika změn sebehodnocení v kontextu revmatoidní artritidy

Udržení vysokých hodnot sebehodnocení úzce souvisí s tím, do jaké míry jsou zdroje sebehodnocení zachovány, jak se jedinci podařilo účinně adaptovat novým podmínkám. Nyní se podíváme na jednotlivé oblasti a jak mohou být vlivem RA modifikovány.

4.1 Fyzický vzhled

Dříve byla věnována pozornost ohledně vlivu fyzického vzhledu na sebehodnocení převážně u dětí a adolescentů se zvýšenou soustředěností na dívky. V posledních letech vzrůstá zájem o tuto problematiku u dospělé populace.

Je zřejmé, že nemoc může negativně ovlivňovat fyzický vzhled, lze tedy předpokládat, že podstatnou proměnnou bude, k jak významné manifestaci onemocnění na fyzický vzhled dochází. Dále lze usuzovat, že větší vliv bude pozorovatelný u žen na podkladu již diskutovaných rozdílných zdrojů sebehodnocení u mužů a žen, kdy ženy napříč věkovými kategoriemi skórovaly signifikantně níže ve specifické doméně vzhledu v sebehodnocení.

Postupující destrukce postižených kloubů vede k rozvoji deformit, nejčastěji postižené jsou malé klouby na rukách, spolu se zápěstím a klouby nohou (Suchý, 2003). Viditelné deformity se nejvíce projektují do negativního hodnocení vlastního body image, participant s RA ve studii Monaghana a Sharpeho (2007) hodnotili právě své ruce jako nejméně atraktivní v porovnání s kontrolní skupinou. A to i přes nesignifikantní meziskupinový rozdíl v hodnocení atraktivity obou skupiny prostřednictvím externího observátora. Tento fakt napovídá, že zjevné fyzické postižení nebude samostatným formujícím činitelem. Lze například uvažovat, do jaké míry se snížená mobilita projektuje do vlastní vnímané atraktivity a sebpřijetí dané části těla, a to i bez pozorovatelné manifestace na vzhledu postižené tkáně. Dalším podstatný vliv na fyzický vzhled mají změny ve váze, ta často narůstá vlivem degenerativních změn na kloubech, které vedou ke snížené mobilitě a přidružených příznaků ovlivňující denní aktivitu.

4.2 Zaměstnání

Pracovní uplatnění je zdrojem sebehodnocení a sebeúčinnosti. Udržení aktivního pracovního statusu je marginální i z důvodu nenarušení funkční sociální sítě, kolegové v práci jsou často zásadním zdrojem sociálního kontaktu. Specifikum pro jedince s RA představuje význam prožitku kompetence spojené s pracovním uplatněním, který přispívá ke kladnějšímu sebehodnocení a well-beingu (MacKinnon & Miller, 2003).

I přes diskutovanou významnou roli zaměstnání při udržování rysu sebehodnocení nelze opomenout přidružená rizika. Pracovní uplatnění s sebou přináší rizika psychosociálního stresu, tedy stresu vyznačujícího se nesouladem mezi požadavky na nás kladenými a našimi psychickými, ekonomickými a sociálními možnostmi (Večeřová et al., 2008). Zdrojem stresu v práci je například vysoké pracovní vytížení, monotónnost práce nebo nejasně zadávané pracovní úlohy (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2021).

Psychosociální stres plynoucí z práce je společný všem, nicméně osoby s RA zažívají na pracovišti i stresové situace podmíněné onemocněním. Nejčastěji diskutovaný stresor představoval strach ze ztráty pracovního místa z důvodu vysoké únavy a snížené jemné motoriky, dále potencionálně ohrožující pro své pracovní uplatnění hodnotili nemožnosti zvolit si čas své pracovní pauzy (Mancuso et al., 2000) Jak pro začleňování do pracovního procesu, tak pro udržení stávající pozice jako nejdůležitější podporu a vstřícnost ze strany zaměstnavatele, následovanou mírou sebezpřijetí, sebeúčinnosti a odborné poradenství zaměřené na coping na pracovišti (Detaille et al., 2003).

4.3 Sociální srovnávání

Jedinec, jenž pociťuje ohrožení své vlastní hodnoty prostřednictvím psychosociální zátěže, bude inklinovat ke srovnávání s jedinci, kteří jsou na tom hůře a prostřednictvím tohoto procesu bude usilovat o obnovu svého sebehodnocení (Taylor, 1983). Wills (1987) vidí takovou sociální komparaci jako druh aktivního copingového mechanismu usilujícího o udržování pozitivního náhledu na svou situaci se soustředěním na oblasti, ve kterých se vnímají v porovnání s ostatními jako funkčnější a šťastnější. V souladu s tím je studie provedena na probandech s RA, kdy jedinci v období vzplanutí onemocnění s vyšší četností volili komparace s někým, kdo je na tom hůře než oni (DeVellis et al., 1990).

4.3.1 Svěpomocné skupiny

Sociální komparace osob s chronickým onemocněním s neklinickou populací je problematická. Proto dochází často k srovnávání s jedinci se stejným onemocněním, internet nabízí jednoduše přístupnou možnost prostřednictvím svěpomocných skupin, které sdružují osoby nacházející se v obdobné životní situaci. Svěpomocné skupiny sdružují pacienty se stejnou charakteristikou, v tomto případě s RA, jsou charakterizovány společným sdílením osobních zkušeností, jsou orientované na úkol, fungují autonomně bez přítomnosti odborníka (Barak et al., 2008). Od psychoterapeutických skupin se významně odlišují, jejich cílem není

jakékoliv cílená profesionální intervence, ale ventilace emocí spojených s danou tématikou (Barak et al., 2008).

V tomto prostředí je norma standardu modifikována, například standard snížené denní aktivity, přítomnost chronické bolestivosti a omezená socializace vyplývající z fyzických omezení, toto prostředí tedy nabízí přístupnější komparaci s výsledným pozitivním afektem.

Specifikum sociální komparace u chronické nemoci je její perzistence a problematická příležitost přímo ovlivnit progresi a závažnost onemocnění. Na rozdíl například od srovnávání výsledků z testu z matematiky. Na podkladu této charakteristiky byly identifikovány specifické trajektorie sociální komparace pacientů s chronickým onemocněním mezi sebou (Dibb & Yardley, 2006).

Lze je rozdělit na komparaci se *soustředěním na nemoc* a

- komparace s někým, kdo je na tom hůře než já, vedoucí k pozitivním afektům prostřednictvím uvědomění, že jsem na tom lépe, než jsem se domníval
- komparace s někým, kdo je na tom hůře než já, vedoucí k negativním afektům a strachu z neisté budoucnosti, ve které se mohou také vyskytnout *se soustředěním na coping*
- komparace s někým, kdo je na tom lépe než já, vedoucí k pozitivním afektům pomocí zprostředkování mechanismů zvládnání nemoci

Specifickou kategorií představovala identifikace s jedincem, který se nachází v obdobné situaci, vedoucí k pozitivním afektům z důvodu ujištění, že se nenachází v situaci osamocení a mohou nalézt pochopení, jenž vede ke snížení úzkosti.

4.3.2 Sociální opora

Význam sociálního okolí jako zdroje sebehodnocení byl již diskutován, stejně jako jedna z teorií sebehodnocení usuzující na sebehodnocení jako na „index sociálního přijetí“, odkazující na možné příčiny fluktuace sebehodnocení.

Chronické onemocnění nepředstavuje stresovou situaci pouze pro nemocného, dotýká se celého jeho sociálního okolí. Studie Raversona et al. (1991) zkoumala formu sociální opory a její emocionální konsekvence. Sociální okolí může poskytovat *pozitivní* a *nápomocnou* podporu, například formou naslouchání, v takovém případě je podpora asociována s nižší

četností depresivních symptomů. Naopak problematická sociální opora, vyznačující se například prohlášeními, která považují za nenápomocné nebo rozrušující, vedla ke zvýšené prevalenci depresivity.

Celkově jedinci s diagnostikovaným revmatickým onemocněním měli vyšší prevalenci depresivity v případě, že hodnotili své onemocnění jako zatěžující faktor v procesu socializace (Gettings, 2010). Vztah mezi sebehodnocením a zhoršeným zdravotním stavem by se tedy mohl zdát být reciproční.

4.4 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace je proces, který vede k nekritickému přejímání negativního externího hodnocení, proces internalizace stigmatu je rozdělen na tři fáze. V první fázi se jedinec střetává s nižším sociálním přijetím, v následující druhé fázi se ocitne, jakmile propojí percipovanou sociální exkluzi se stereotypy, finální fází je, když se se stereotypy ztotožní a začne je sám aplikovat (Corrigan et al., 2009). Sebestigmatizace vede ke zvýšené sebekritice, studu, očekávání frekventovanějšího odmítnutí druhými, intenzivnější omezování sociálních kontaktů (Praško & Látalová, 2013) a z toho plynoucí zhoršenému well-beingu.

Přestože marginální množství studií se soustřeďuje na fenomén sebe/stigmatizace u psychiatrických pacientů, lze pozorovat obdobné vzorce u osob s diagnostikovanou RA. Jak ukázala nedávná studie Corkera (2016) prevalence sebestigmatizačních kritérií u osob s RA se vyskytovala ve 26 % (N=100). V porovnání s psychiatrickými pacienty skórovali účastníci s RA signifikantně nižším výskytem sebestigmatizace v subškále diskriminace a sociálního vyčlenění, lze tedy předpokládat, že s explicitní stigmatizací se pacienti s RA setkávají méně často. Jak studie ukázala, statisticky významná korelace existovala mezi nízkým sebehodnocením a přítomností sebestigmatizace. Otázkou zůstává, z jakého důvodu dochází ke snižování rysu, domnívám se, že důvodem by mohla být snížená vnímaná sebeúčinnost z důvodu modifikace vlastních kompetencí. V souladu s tím je nalezená souvislost mezi sebestigmatizací a empowermentem. Možným vysvětlením by taktéž mohla být tendence odmítat psychické faktory při vzniku a exacerbaci onemocnění u RA, která je lékaři stále podporován, i přes zvýšenou prevalenci depresivity mezi nemocnými, čímž by mohlo dojít k výskytu sebestigmatizace i na úrovni psychiatrických diagnóz.

4.5 Model zdraví: kauzální vztah socializace a sebehodnocení

V předcházejících kapitolách je diskutována důležitost socializace při udržování vysokých hodnot sebehodnocení, zároveň je v práci usuzováno na negativní dopady nízkého sebehodnocení. Nyní se tedy zaměříme na možné propojení těchto dvou konstruktů.

Vysvětlení diskutovaného fenoménu nabízí studie Stinsona et al., (2008), jejich předkládaný model zdraví předpokládá, že nízké sebehodnocení predikuje špatný zdravotní stav a za vysvětlující faktor této asociace považují kvalitu sociálních vazeb (Stinson et al., 2008). Prezentovaný model je tedy v souladu se sociometrickou teorií, která nahlíží na sebehodnocení jako na *index sociální přijetí*.

Percipovaná hrozba odmítnutí aktivuje neuroendokrinní systém, který spustí řetězec hormonálních změn charakteristických pro stresovou reakci. Jedinci s nízkým sebehodnocením, kteří jsou k hrozbě odmítnutí citlivější, tedy s větší četností zažívají v každodenním životě stresové reakce, zároveň den po prožitém odmítnutí vykazují na rozdíl od osob s vysokým sebehodnocením instantní pokles v doméně zdraví a well-beingu. Takto chronicky prožívaná neuroendokrinní reakce na stres může poškodit organismus a nabízí vysvětlení, proč jedinci s nižším sebehodnocením vykazují horší hodnoty v oblasti zdraví než jedinci s vysokým sebehodnocením (Stinson & Fisher, 2020).

Propojíme-li významné diskutované fenomény, že jedinci s nízkým sebehodnocením jsou častěji vystavováni stresovým situacím, jejich copingové mechanismy jsou méně adaptivní, trpí vyšší prevalencí depresivity, jež kauzálně vede ke zvýšené sociální izolaci.

Návrh výzkumného projektu

5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Při zpracování rešerší k literálně-přehledové části jsem zjistila, že souvislosti sebehodnocení k excalibraci a průběhu onemocnění revmatoidní artritidou je v domácím výzkumu věnována malá pozornost. A to přes velké množství zahraničních studií, které poukazují na nižší míru sebehodnocení u respondentů s revmatoidní artritidou.

Zahraníční studie zabývající se propojením dopadů sebehodnocení na aktivitu onemocnění je Nagyova et al. (2005) ve své studii zjistili, že jedinci, kteří reportovali vysoké hodnoty sebehodnocení, zažívali nižší psychologický distress. Zároveň sebehodnocení společně s prožívanou bolestivostí vysvětlovalo až 52 % změn ve well-beingu respondenta. Specificky u vzorku pacientů s RA nízké hodnoty sebehodnocení predikovaly vyšší četnost otoků, bolestivosti a ztuhlost kloubů, studie dále zkoumala, zda existuje vyšší prevalence stresu mezi respondenty s nižším sebehodnocení, v tomto bodě studie nenalezla souvislosti. Percepce stresu ovšem byla jedinci hodnocena jako závažnější (Smyth & Santuzzi, 2008).

Nebyla dohledána žádná výzkumná studie, která by se pokoušela o explicitní identifikaci zdrojů sebehodnocení u pacientů s RA. Veškeré dohledaná literatura se soustředovala na globální rys sebehodnocení.

Výzkumným problémem předkládaného návrhu projektu je zmapování souvislosti mezi mírou sebehodnocení a závažností onemocnění pomocí sebereportujícího dotazníku Health Assessment Questionnaire (HAQ) funkční schopnosti u pacientů s revmatoidní artritidou. Zjišťování míry sebehodnocení bude testováno dvěma nástroji, a to pomocí unidimenzionální Rosenbergovy škály sebehodnocení (RSES) a revidované verze dotazníku Self-Liking/Self-Competence Scale (SLCS-R) pojímající sebehodnocení jako dvoudimenzionální konstrukt.

Dalším cílem výzkumného návrhu je identifikace jednotlivých zdrojů sebehodnocení, které jsou vlivem přítomnosti onemocnění modifikovány. Při snaze nalézt vhodný výzkumný nástroj k měření zdrojů sebehodnocení u klinické populace, nebyl vyhledán žádný dotazník, jenž by vykazoval vhodné psychometrické vlastnosti a zakomponovával veškeré zdroje sebehodnocení, které jsou předkládány v literálně přehledové části. Bylo tedy přistoupeno k vytvoření vlastního návrhu dotazníku *Dotazník identifikace faktorů ovlivňující sebehodnocení* (podrobněji příloha 1).

Nakonec je cílem zjistit, jak souvisí pohlaví, socioekonomický status a délka trvání onemocnění s funkční schopností probandů.

Cílem úvodní části výzkumu je odpovědět na formulované výzkumné otázky:

V1: Jak souvisí sebehodnocení s revmatoidní artritidou?

V2: Jak souvisí míra sebehodnocení s délkou trvání onemocnění?

V3: Jak se liší sebehodnocení mužů a žen s diagnózou revmatoidní artritidy?

Pro zodpovězení formulovaných výzkumných otázek bude využito následujících hypotéz:

H1: Nízké sebehodnocení souvisí s onemocněním revmatoidní artritidou

H1b: Nízké sebehodnocení souvisí s vysokou aktivitou onemocnění

H2: Vysoké sebehodnocení pozitivně koreluje s délkou onemocnění

H3: Měřené sebehodnocení mužů je signifikantně vyšší než u žen

Teoretický podklad pro jednotlivé výzkumné otázky je zakotven v literálně přehledové části.

6. Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

Navrhovaný výzkum má kvantitativní charakter, pro sběr dat je využito dotazníkového šetření. Dotazník se bude sestávat ze čtyř testových částí, první bude měření sebehodnocení pomocí dvou standardizovaných dotazníků, dále identifikace jednotlivých faktorů, které mohou ovlivňovat sebehodnocení pomocí navrženého dotazníku a měření funkční schopnosti pacientů. Dále bude součástí dotazníku sběr demografický údajů a doplňujících otázek zaměřených na délku trvání onemocnění a rodinný stav.

6.2 Metody získávání dat

Oslov respondentů bude probíhat výhradně on-line formou prostřednictvím dotazníkového šetření. Důvody pro volbu on-line formy sběru dat jsou jednak menší časová náročnost a snaha o co největší zastoupení pacientů z celé České republiky, a to ve snaze redukovat možné intervenující proměnné plynoucí například ze snazší dostupnosti revmatologů

ve větších městech a vyšší četnosti specializovaných center bolesti, což může ovlivňovat, jak samotný průběh nemoci, tak přidružené psychologické fenomény.

Respondenti budou osloveni prostřednictvím svépomocných a informativních skupin nacházejících se na sociálních sítích. Zároveň bude požádán o distribuci nabídky s účastí na výzkumu mezi své členy spolek Revma Ligy České republiky, který sdružuje revmatické pacienty již přes 25 let. Tím se zároveň vyvarujeme možné homogenitě vzorku, pokud bychom sbírali data pouze skrze svépomocné skupiny na sociálních sítích.

Oslov potencionálních respondentů bude probíhat v průběhu 3 měsíců, interval může být prodloužen, nedojde-li k naplnění minimálního počtu respondentů. Finanční náročnost výzkumu je vzhledem k charakteru sběru dat on-line, jeho jednodušší administraci a účasti participantů bez nároku na odměnu odhadována jako nízká.

6.3 Výzkumný soubor

Výběr probandů je nenáhodný a kriteriální. Kritéria, která budou muset probandi splňovat pro účasti na výzkumu jsou následující:

- *diagnostikovaná revmatoidní artritida bez jiného závažného systémového onemocnění za účelem vyvarování se zkreslení symptomů*
- *plnoletost z důvodu odlišných symptomů a prognózy u juvenilní formy revmatoidní artritidy a standardizace vybraných výzkumných metod pro dospělé populaci*
- *čeština jako mateřský jazyk ve snaze minimalizace výskytu chyb použitého výzkumného instrumentu, který je standardizován do českého jazyka*

Zadefinovaný minimální počet respondentů je 70, počet respondentů je určen s ohledem na počet osob vyskytujících se v základní populaci a se zřetelem na dosaženou návratnost dotazníků v již provedených studiích na populaci osob s revmatoidní artritidou.

6.4 Metoda zpracování a vyhodnocení dat

Měření globálního sebehodnocení jako unidimensionálního konstruktů

Základním přístupem k sebehodnocení je Rosenbergův unidimensionální přístup, který pojímá sebehodnocení jako jednoduchou a jednotnou koncepci reflexe vlastní hodnoty (Rosenberg, 1965). Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES) je v návrhu využita pro měření globálního sebehodnocení, RSES je nejvyužívanější metodou pro měření sebehodnocení u dospělé populace (Robins et al., 2001). Obsahuje celkem 10 položek, z toho pět negativně

formulovaných a pět pozitivně (Rosenberg, 1965). Míra souhlasu s výrokem položky je měřena na 4 bodové posuzovací škále Likertova typu: silně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, silně nesouhlasím.

Škála nabývá hodnot od 10 do 70 bodů a čím vyšší hrubý skór, tím vyšší globální sebehodnocení jedinec má.

Pro užití v České republice byla škála administrována Blatným a Oseckou (1994), ti shodně s předchozími výzkumníky při testování psychometrických vlastností škály našli vydělující se faktory. Při faktorové analýze položek identifikovali přítomnost dvou až tří faktorů. První faktor zakládající se na sociálním srovnáváním, druhý faktor, který sytí pozitivní výroky o sobě a třetí faktor zohledňující popírání negativních výroků o sobě. Po provedené analýze navrhuje využívání RSES jako dvoufaktorového, či za ještě vhodnější považují tři faktorový konstrukt. Nejčastěji je ovšem konstrukt stále pojímán jako unidimenzionální, tak k němu budeme přistupovat i v tomto návrhu.

Průměr pro škálu RSES v České republice činí dle výzkumu Allik a Schmit (2005) 28,47 bodů, z tohoto údaje budeme vycházet při hodnocení míry sebehodnocení u zvoleného souboru klinické populace. Crombachovo alfa ve zmíněném mezikulturním výzkumu dosahovalo pro českou populaci hodnot 0,83, což vyjadřuje vysokou konzistenci a reliabilitu škály.

Měření globálního sebehodnocení jako dvoudimenzionálního konstrukt

Na základě faktorové analýzy inventáře RSES docházelo opakovaně k vydělování dvou korelujících, ale stále odlišujících se faktorů, které umožnily nahlížet na sebehodnocení jako na dvojdimenzionální konstrukt.

Nejčastěji diskutovaným z hlediska teoretického zakotvení i praktického měření je konstrukt Tafordiho a Swanna (2001). Výzkumníci usuzují, že stejně jako ostatní postoje i sebehodnocení jako postoj vlastní reflektované hodnoty není určován pouze na jedné škále negativní-pozitivní. Ale spíše je tvořen hodnocením generalizovaného pocitu přijetí-nepřijetí na škále sebepřijetí (self-liking), které odráží internalizovaný citový vztah druhých a reprezentuje tak míru sociálního začlenění a silný – slabý z hlediska hodnocení vlastních kompetencí (self-competence) reflektující schopnost jedince dosahovat žádoucích cílů (Blatný & Plháková, 2003). Kdy tyto dva faktory společně sytí rys globální sebehodnocení (Tafordi & Swann, 1995).

Dva související, ale stále odlišné faktory, které společně sytí rys globálního sebehodnocení, jsou tedy škála *sebeřijetí* odrážející internalizovaný citový vztah, představuje tak míru sociálního začlenění a percipované hodnoty a škálu *hodnocení vlastních kompetencí*.

Dotazník se sestává z 16 tvrzení, kdy 8 tvrzení sytí právě jeden faktor. Pro faktor sebeřijetí P3, P5, P9, P11 a reverzní P1, P6, P7, P15, pro faktor kompetencí položky P2, P4, P12, P14 a reverzní P8, P10, P13 a P16. Respondent hodnotí míru souhlasu s prohlášením na Likertově 5stupňové škále: 1. silně souhlasím, 2. spíše souhlasím, 3. ani nesouhlasím, ani souhlasím, 4. spíše nesouhlasím, 5. silně nesouhlasím. Minimální počet bodů je 18 a maximum 80, kdy čím větší počet bodů, tím vyšší sebehodnocení.

Provedená psychometrická analýza Machanové (2009) v českém prostředí ukázala na spolehlivou vnitřní kozištenenci. Cronbachova alfa 0,84 pro celkový konstrukt a 0,82 pro škálu sebeřijetí a 0,71 pro nazírané kompetence.

Tato škála je do návrhu výzkumu zahrnuta z důvodu snahy zohlednění vnitřní struktury sebehodnocení pomocí standardizované metody. Velký moderátorem sebehodnocení i zdraví jsou sociální vztahy, zohlednění škály sebeřijetí se zdá být tedy vhodné.

Identifikace faktorů ovlivňující sebehodnocení

K sestrojení vlastní metody bylo přistoupeno z důvodu nevyhovujících psychometrických vlastností již existujícího dotazníku Fleminga a Elovsona (1989) *The Adult Sources of Self-Esteem Scale (ASSEI)*, zároveň sestrojení dotazníku explicitně zaměřeného na osoby s revmatoidní artritidou umožní přesnější identifikaci důležitosti jednotlivých zdrojů.

Dotazník byl sestrojen s respektováním řešerše odborné literatury a vlastního zhodnocení, dotazník obsahuje celkem 6 tvrzení hodnocených na 6-stupňové škále Likertova typu (1- zcela nesouhlasím, 6 - zcela souhlasím), kdy čím vyšší hodnota, tím více je daná položka sycena a respondent hodnotí danou oblast za silně modifikovanou prostřednictvím onemocnění. Zároveň je respondent informován, že v případě identifikace dané oblasti jako silně modifikované (vyjádřeno numericky na škále číslem 3 a výše), aby specifikoval, čeho se změna týkala a jak jej ovlivnila. Takto dodatečná verbalizace umožní dodatečné specifikování možné tendru zprostředkuje lepší porozumění případnému fenoménu.

Dotazník se v souladu s literálně-přehledovou částí soustřeďuje na oblasti: fyzického vzhledu, zaměstnání, sebestigmatizaci, percipovanou kontrolu nad svým zdravotním stavem, socializaci a sociální oporu (viz příloha č.1)

Hodnocení zdravotního stavu pacienta

Pro zhodnocení zdravotního stavu by bylo využito sebereportujícího dotazníku funkční schopnosti pacientů dotazníkem *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*, který byl vytvořen specificky pro cílovou skupinu pacientů s RA. Pro jehož úspěšné vyplnění není nutné znát hodnoty zánětlivých parametrů (CRP, FW), ani DAS skóre a tím považujeme jeho vyplnění za jednodušší a predikujeme vyšší návratnost dotazníků.

Dalším důvodem pro volbu dotazníku HAQ je, že při validaci české verze dotazníku HAQ_{cz} dosáhl dotazník vyšší spolehlivosti než ekvivalentní dotazníkové metody SF-36 a EuroQol a prokázal vysokou míru spolehlivosti pro celkové HAQ skóre i jednotlivé kategorie (Šlégrová et al., 2010).

Dotazník obsahuje 20 otázek, které jsou rozděleny do 8 subkategorií, vyplnění dotazníku trvá 5-7 minut.

Kategorie české verze dotazníku jsou následující:

K1: oblékání, K2: vstávání,

K3: stravování, K4: chůze,

K5: hygiena, K6: dosažitelnost,

K7: stisk, K8: činnosti

Souhlas s jednotlivými položkami dotazníku je vyjádřen na čtyřstupňové škále, škála je verbalizován: „*bez obtíží*“, „*s určitými obtížemi*“, „*se značnými obtížemi*“, „*nejsem schopen*“, zároveň pacient uvádí, zda pro vykonání dané činnosti musí využívat nějakých kompenzačních pomůcek nebo pomoc další osoby.

Po následné administraci dotazníku získáváme *index disability*, který nabývá hodnot od 0 do 3, kdy čím vyšší číslo, tím je disability probanda výraznější.

Doplňkové otázky

Pro dodatkovou analýzu proměnných, které považujeme za možné mediátory by byly do dotazníku zahrnuty vyjma demografických dodatkových otázek, také otázky:

Jaký je Váš rodinný stav?

Jaký je Váš současný pracovní status?

Kdy Vám byla diagnostikována revmatoidní artritida?

Máte diagnostikované jiné autoimunitní onemocnění, které není přidruženým projevem/následkem revmatoidní artritidy?

Zpracování dat

Ke zpracování a analýze dat bude využito statistického programu Jamovi. Hladina významnosti bude určena $\alpha = 0,05$.

Nejdříve bude v návrhu výzkumu přistoupeno k vytvoření deskriptivní statistiky, budou vypočítány minimální a maximální hodnoty pro jednotlivé dotazníky i jejich subškály (HAQ, RSES, SLCS-R), průměrné hodnoty, mediány a směrodatné odchylky. Takto vytvořená deskriptivní statistika umožní porovnání dosažených hodnot respondentů s neklinickou populací a pojí se s výzkumnou hypotézou *H1: Nízké sebehodnocení souvisí s onemocněním revmatoidní artritidou.*

Spearmanův korelační koeficient bude využit pro zkoumání souvislosti mezi sebehodnocením (RSES) a funkční schopností u pacientů (HAQ). Obdobně bude postupováno u dvoudimenzionálního konstrukt sebehodnocení (SLCS-R) a funkční schopnosti pacientů (HAQ). Korelace bude taktéž využito pro statistické vyhodnocení dotazníku *Identifikace faktorů ovlivňující sebehodnocení.* Takto vyhodnocená data slouží k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy: *H1b: Nízké sebehodnocení souvisí s vysokou aktivitou onemocnění*

Pro zhodnocení, zda existuje signifikantní rozdíl mezi sebehodnocením u mužů a žen, bude použit t-test pro dva nezávislé výběry, jak pro hrubé skóry výsledků RSES, tak SLCS-R včetně jeho subškál. Regresní analýzy bude využito pro zhodnocení, zda délka trvání onemocnění souvisí s vyšší nebo nižší mírou sebehodnocení. Tato fáze analýzy dat se pojí s hypotézami: *H2: Vysoké sebehodnocení pozitivně koreluje s délkou onemocnění; H3: Měřené sebehodnocení mužů je signifikantně vyšší než žen.*

Pomocí analýzy rozptylu bude zkoumáno, zda se globální sebehodnocení (RSES, SLCS-R) a subškály sebezpřijetí a kompetence liší u jednotlivého pracovního statusu (zaměstnaný na HPP, zaměstnaný na poloviční úvazek, v invalidním důchodu, nezaměstnaný, student), obdobně budeme postupovat při analýze rodinného stavu (svobodný, v partnerském vztahu, ženatý/vdaná, rozvedený/rozvedená, ovdovělý/ovdovělá).

6.5 Etika výzkumu

Charakter zvolené metody sběru dat předpokládá, že výzkumník nebude přítomen při vyplňování dotazníků. Ještě před započítím účasti na testování budou respondenti informováni, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná, anonymní a svou účast ve výzkumu mohou kdykoliv v průběhu i po skončení vyplňování odvolat, a to bez udání důvodů. Dále budou informováni, že svou účastí poskytují souhlas se zpracováním uvedených dat a za účast na výzkumu jim nenáleží žádná odměna.

Respondentům bude poskytnut kontakt na výzkumníka a budou vyzváni, ať jej v případě jakýchkoliv nejasností či doplňující dotazů o výzkumu či zpracování dat kontaktují. Čímž se taktéž snažíme ošetřit zkreslení dat plynoucí z nepochopení či nejasného znění testových otázek.

Účastníci budou taktéž informováni o účelu sběru dat a názvu práce, ve které budou posléze anonymizovaná data publikována, zároveň jim bude umožněno poskytnutí svých kontaktních údajů v případě zájmu o zaslání vypracované bakalářské práce. Takto získané osobní údaje budou uchovávány na zabezpečeném externím disku a nebudou použity k jinému než schválenému účelu.

Získaná data budou využita pouze k vypracování bakalářské práce Sebehodnocení u osob s revmatoidní artritidou a k nezpracovaným datům nebude umožněn přístup třetím osobám. Data budou veřejně zpřístupněna až po statistické analýze, kdy nebude možné zpětně propojit jednotlivé účastníky s jejich konkrétními odpověďmi.

Z účasti na diskutované formě výzkumu neplynou žádná známá rizika, vyjma rizik spojených se standardní uživatelskou prací na počítači.

7. Diskuze

Silnou stránkou předkládaného výzkumu je jeho orientace na problematiku přímého vlivu psychosociálních faktorů na autoimunitní onemocnění, které není v domácím výzkumu dáván velký prostor. Děje se tak i přes stále naléhavější výzkumné závěry, že přeorientování na biopsychosociální kauzalitu onemocnění přináší bonifikaci pacientovi, a to jak v rovině psychologické, tak fyziologické.

Dále výzkum reaguje na novější studie, jež pojmají konstrukt sebehodnocení jako index sociálního přijetí, výzkum tyto skutečnosti zohledňuje a zařazuje do testové části i méně používaný dvoudimenzionální konstrukt sebepojetí, jehož dimenze sebepřijetí diskutuje právě komponenty sociálního začlenění. Silnou stránkou návrhu je taktéž zařazení dotazníku HAQ, jež byl konstruován specificky pro pacienty s diagnostikovanou revmatoidní artritidou a umožňuje tak obsáhnutí všech relevantních oblastí. Sestrojený dotazník identifikace zdrojů sebehodnocení by pomohl odhalit jednotlivé zdroje sebehodnocení, které jsou přítomností revmatoidní artritidy ovlivněny, což by umožnilo identifikaci jednotlivých psychosociálních komponent, které sebehodnocení u klinické populace ohrožují.

Jedním z limitů práce může představovat zvolený model sběru dat. Vzhledem k tomu, že respondenti budou osloveni na internetových portálech Revma Ligy a prostřednictvím online spravovaných svépomocných skupin, může dojít ke zkreslení reprezentativnosti základního souboru. Například je možné, že jedinci, kteří aktivně využívají a vyhledávají podpůrné skupiny, budou mít odlišný copingový mechanismus a s menší frekvencí se budou uchýlovat k maladaptivním copingovým strategiím. Obdobný efekt může mít také již diskutovaná jednodušší možnost sociálního srovnávání s pozitivními afekty u jedinců figurujících v podpůrných skupinách. Jedinci ve studii tedy mohou vykazovat odlišné intrapersonální charakteristiky, jež ovlivňují míru sebehodnocení a zvolená metodologie práce tyto proměnné neodhalí.

Dalším limitem při realizaci výzkumu by mohl být samotný sběr dat, kdy lze předpokládat obtížnější získávání respondentů z řad mužů. Jednak z důvodu nižší prevalence onemocnění u mužů a z celkově nižší participace mužů ve svépomocných skupinách. Limit taktéž představuje samotné měření sebehodnocení, dotazníky jsou vulnerabilní k sebeklamnému posílení, k němuž se jedinci vzhledem ke kulturní konotacím vysokého sebehodnocení mohou účelově uchýlovat

Přínosné pro další výzkumné směřování by mohlo být zahrnutí do statistické analýzy objektivně měřitelné hodnoty aktivity onemocnění. Například DAS skóre, případně hodnoty zánětlivých parametrů (CRP, FW) a pozorovat, zda existují statisticky signifikantní rozdíly v objektivně měřené progresi, průběhu onemocnění a subjektivně hodnocením obtíží pacienta, se zřetelem na míru sebehodnocení. Bylo by zajímavé pozorovat, zda jedinci, jež jsou v klinické remisi, ale stále pociťují fyzické obtíže, což s odkazem na již diskutovanou vysokou prevalenci těchto případů není ojedinělé, mohou pociťovat snížené sebehodnocení. A to například z důvodu, že jejich obtíže nejsou rozpoznávány a jsou klinicky považováni za pacienty v remisi, které není nutné léčit. A mohou tedy zažívat větší množství negativních afektů a zhoršenou adaptaci vzhledem k percipovanému pocitu beznaděje.

Výsledky této studie by mohly odhalit, zda existuje souvislost mezi sebehodnocením a funkční schopností pacientů s revmatoidní artritidou v České republice. Využití škály SLSC-R pro měření sebehodnocení by ukázalo, zda faktor sebezpřijetí a kompetence ovlivňuje onemocnění RA. Dále by dotazník identifikující jednotlivé faktory sebehodnocení poskytl teoretické zakotvení pro vytvoření efektivních podpůrných strategií prevence ztráty a/nebo znovunabytí sebehodnocení.

Závěr

Předložená bakalářská práce se soustředí na souvislost sebehodnocení a revmatoidní artritidy, včetně možných dopadů nízkého sebehodnocení na funkční schopnosti pacienta. Předkládá taktéž sestrojení vlastního dotazníku *Identifikace faktorů ovlivňující sebehodnocení*, který byl vytvořen explicitně pro osoby s revmatoidní artritidou.

Literálně přehledová část čtenáře seznamuje s pojmem sebehodnocení, vymezuje základní teoretická východiska, zdroje a vývojová specifika. Další část uceleně představuje základní charakteristiky onemocnění revmatoidní artritidu, diskutuje reciproční vliv stresu. Dále jsou diskutovány možné modifikace ve zdrojích sebehodnocení způsobené onemocněním. Práce se soustřeďuje na provedení obsáhlé rešerše převážně zahraničních výzkumných studií, která poskytuje teoretické zakotvení pro identifikaci zdrojů sebehodnocení, které jsou vlivem RA ohroženy.

Druhá část práce navazuje na vymezené teoretické poznatky a předkládá vypracovaný návrh výzkumného projektu. Design výzkumu je sestaven jako kvantitativní dotazníkové šetření zahrnující měření globálního sebehodnocení, doménově specifického sebehodnocení, dotazník sestrojený k identifikaci jednotlivých zdrojů sebehodnocení a sebereportující dotazník funkční schopnosti pacientů s revmatoidní artritidou. Návrh provedení statistické analýzy odpoví na základní výzkumné otázky.

Výsledky studie by mohly odhalit fenomény týkající se sebehodnocení a onemocnění revmatoidní artritidou. Nastíněná významnost jednotlivých zdrojů sebehodnocení by mohla posloužit jako teoretický podklad k vytvoření relevantních psychologickým intervencí.

Vzhledem k stále častějšímu výskytu chronických onemocnění je vhodné soustřeďovat pozornost na psychologické fenomény, které souvisí nejenom s průběhem onemocnění, ale jejich podíl je demonstrován i při samotném vzniku onemocnění. Kvůli tomu se téma psychosomatiky stává stále více aktuální a bylo by vhodné zaměřit budoucí výzkumy tímto směrem.

Seznam použité literatury

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., & Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A "Hidden" Personality Factor in Coping? *Journal of Personality*, 63(2), 189-212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00807.x>
- Anders, M., & Skopová, J. (2006). *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Galén.
- Anthony, D. B., Wood, J. V., & Holmes, J. G. (2007). Testing sociometer theory: Self-esteem and the importance of acceptance for social decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 425-432. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.03.002>
- Balaščíková, V., & Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání zátěže: osobnost, vnímání situace, sebepojetí*. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (2., opr. vyd). Mach.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 1867–1883. doi:10.1016/j.chb.2008.02.004
- Barbee, A. P., Cunningham, M. R., Winstead, B. A., Derlega, V. J., Gulley, M. R., Yankeelov, P. A., & Druen, P. B. (1993). Effects of Gender Role Expectations on the Social Support Process. *Journal of Social Issues*, 49(3), 175–190. doi:10.1111/j.1540-4560.1993.tb01175.x
- Bečvář, R., Vencovská, J., Němec, P., Suchý, D., Procházková, L. & Pavelka, K. (2007). Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Účinnost a strategie léčby. *Čes. Revmatol.*, 15(2), 73-90.
- Bergman, M. J., Shahouri, S. S., Shaver, T. S., Anderson, J. D., Weidensaul, D. N., Busch, R. E., ... Wolfe, F. (2009). Is Fatigue an Inflammatory Variable in Rheumatoid Arthritis (RA)? Analyses of Fatigue in RA, Osteoarthritis, and Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 36(12), 2788–2794. doi:10.3899/jrheum.090561

- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. ., Beekman, A. T. ., & Deeg, D. J. . (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59(4), 721–733. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.038
- Blairy, S. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 97-103. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00347-6
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Masarykova univerzita.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38, 6, 481-488.
- Blatný, M., Osecká, L (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie*. 42, 5, 385-394.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Bleidorn, Wiebke, Arslan, Ruben C., Denissen, Jaap J. A., Rentfrow, Peter J., Gebauer, Jochen E., Potter, Jeff, Gosling, Samuel D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3).
- Bodenheimer, T. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 288(19). https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469
- Brashers, D. E. (2001). Communication and Uncertainty Management. *Journal of Communication*, 51(3), 477–497. doi:10.1111/j.1460-2466.2001.tb02892.x
- Brickman, P., & Bulman, R. J. (1977). Pleasure and pain in social comparison. In J. M. Suls & R. M. Miller (Eds.), *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives* 149±186.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 34(2), 338–340. doi:10.2337/dc10-1779
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538-549. https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.538.

- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141–156.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041–1068. <https://doi.org/10.1353/sof.2002.0003>
- Corker, E., Brown, J., & Henderson, C. (2016). How does self stigma differ across people with psychiatric diagnoses and rheumatoid arthritis, and how does it impact on self-esteem and empowerment? *Psychology, Health & Medicine*, 21(8), 993–1005. doi:10.1080/13548506.2016.1139139
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). *Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices*. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x
- Cutolo, M., & Straub, R. H. (2006). Stress as a Risk Factor in the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 277–282. doi:10.1159/000104855
- DeVellis, R. F., Holt, K., Renner, B. R., Blabock, S. J., Blanchard, L. W., Cook, H. L., ... Harring, K. (1990). The Relationship of Social Comparison to Rheumatoid Arthritis Symptoms and Affect. *Basic and Applied Social Psychology*, 11(1), 1–18. doi:10.1207/s15324834basp1101_1
- Dibb, B., & Yardley, L. (2006). How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1602–1613. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.031>
- Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. <https://doi.org/10.1037/a0024299>
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
- Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. (2021). *Psychosociální rizika a stres při práci*. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/psychosocial-risks-and-stress>

- Festinger, L. (1954). *A theory of social comparison processes*. Human Relations,
- Gettings, L. (2010). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal Care*. doi:10.1002/msc.171
- Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (1989). Effects of upward and downward social comparison on mood states. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(1), 14–31.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.1.14>
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada.
- Greenwald, A. G., & Pratkanis, A. R. (1984). The self. In R. S. Wyer, Jr. & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*, Vol. 3, pp. 129–178. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grøn K, Ornbjerg L, Hefthland M, Aslam F, Khan N, Jacobs J, et al. The association of fatigue, comorbidity burden, disease activity, disability and gross domestic product in patients with rheumatoid arthritis: results from 34 countries participating in the Quest-RA program. *Clin Exp Rheumatol*, 32.
- Guerrettaz, J., Chang, L., Hippel, W., & Carroll, P., & Arkin, R. (2014). Self-Concept Clarity: Buffering the Impact of Self-Evaluative Information. *Individual Differences Research*. 12. 180-190.
- Haltiwanger, Jane. (1989). Behavioral Referents of Presented Self-Esteem in Young Children. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/234753075_Behavioral_Referents_of_Presented_Self-Esteem_in_Young_Children
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87–116). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_5
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. *American Psychological Association*, 219-233.
<https://doi.org/10.1037/10612-014>
- Heinonen, K., Rääkkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism–pessimism in adulthood: A 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 511–521. doi:10.1016/j.paid.2005.01.026

- Hewlett, S., Chalder, T., Choy, E., Cramp, F., Davis, B., Dures, E., Nicholls, C., & Kirwan, J. (2011). Fatigue in rheumatoid arthritis: time for a conceptual model. *Rheumatology*, 50(6), 1004-1006. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq282>
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-40.
- Higgins, E. T. (1989). Self-Discrepancy Theory: What Patterns of Self-Beliefs Cause People to Suffer? In *Advances in Experimental Social Psychology Volume 22* (pp. 93-136). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60306-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60306-8)
- Hořejší V., Bartůňková J., Brdiščka T., & Špišek R. (2013) *Základy imunologie*. Triton.
- James, W. (1890) *The Principles of Psychology*, Volume 1. Dostupné z: Etext Conversion Project- Nalanda Digital Library.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391–402. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.391>
- Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2008). How Do You Feel? *Journal of Health Psychology*, 13(7), 884–894. doi:10.1177/1359105308095062
- Kernis, M. H. (Ed.). (2006). *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*. Psychology Press.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Barclay, L. C. (1989). Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 1013–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.6.1013>
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470-500. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.4.470>
- Krause, H.-V., Baum, K., Baumann, A., & Krasnova, H. (2019). Unifying the detrimental and beneficial effects of social network site use on self-esteem: a systematic literature review. *Media Psychology*, 1–38. doi:10.1080/15213269.2019.1656646
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Grada.

- Leary, M. R., Haupt, A. L., Strausser, K. S., & Chokel, J. T. (1998). Calibrating the sociometer: The relationship between interpersonal appraisals and the state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1290-1299. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1290>
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Kass, J., Tothová, V., & Martinek L. (2014). Revmatoidní artritida jako psychický problém. *Psychologie a její kontexty* 5(2), 71-80. Dostupné z https://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Kaas_etal_2014_2.pdf
- Katz, P. (2017). Causes and consequences of fatigue in rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 29(3), 269-276. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000376>
- Kostiuk, P. (n.d.) Chronický stres, štítná žláza a imunita. *Endokrinologie*. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/BT%201-2018/10%20Stres.pdf>
- Kozora, E., Ellison, M. C., Waxmonsky, J. A., Wamboldt, F. S., & Patterson, T. L. (2005). Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14(5), 363-372. <https://doi.org/10.1191/0961203305lu2094oa>
- Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi*. dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/12.pdf>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Lukešová, Š. (2016) Imunologie, autoimunitní onemocnění. *Medicína pro praxi* 13(4): 171-174. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/04.pdf>
- Macek, P. (2003). *Adolescence* (Vyd. 2., upr). Portál.
- MacKinnon, J. R., & Miller, W. C. (2003). Rheumatoid Arthritis and Self Esteem: The Impact of Quality Occupation. *Journal of Occupational Science*, 10(2), 90-98. doi:10.1080/14427591.2003.9686515

- Mahadevan, N., Gregg, A. P., Sedikides, C., & de Waal-Andrews, W. G. (2016). Winners, Losers, Insiders, and Outsiders: Comparing Hierometer and Sociometer Theories of Self-Regard. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00334>
- Machanová, M. (2009). Fenomén sebehodnocení: Psychometrická analýza dotazníku SLCS-R [Diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- Mancuso, C. A., Paget, S., & Charlson, M. (2000) Adaptations made by rheumatoid arthritis patients to continue working: A pilot study of workplace challenges and successful adaptations. *Arthritis care and research the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 13(2), 89-99.
- Marcus, H. R., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954 – 969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299–337
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136–2148. doi:10.1093/rheumatology/ket169
- McConnell, A.R. (2011). The Multiple Self-Aspects Framework: Self-Concept Representation and Its Implications. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 3-27.<https://doi.org/10.1177/1088868310371101>
- Monaghan, S. M., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., & Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 57(2), 303–309. doi:10.1002/art.22553
- Morgan, C., McBeth, J., Cordingley, L., Watson, K., Hyrich, K. L., Symmons, D. P. M., & Bruce, I. N. (2015). The influence of behavioural and psychological factors on medication adherence over time in rheumatoid arthritis patients: a study in the biologics era. *Rheumatology*, 54(10), 1780-1791.
<https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev105>
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. J. A. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 55–62.doi:10.1016/j.pec.2004.06.011

- Norman, C. C., & Aron, A. (2003). Aspects of possible self that predict motivation to achieve or avoid it. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(5), 500-507. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00029-5](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00029-5)
- Omasu, F., Ueno, Y., Sakazaki, Y., & Nishimura, Y. (2016). Association between the Way of Being Scolded and Self-Esteem in University Students. *Open Journal of Preventive Medicine*, 06(02), 84-95. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2016.62007>
- Olsen, C. L., Lie, E., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2016). Predictors of Fatigue in Rheumatoid Arthritis Patients in Remission or in a Low Disease Activity State. *Arthritis Care & Research*, 68(7), 1043-1048. <https://doi.org/10.1002/acr.22787>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., & Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133-149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. doi:10.1037/a0018769
- Papini, D. R., & Roggman, L. A. (1992). Adolescent Perceived Attachment to Parents in Relation to Competence, Depression, and Anxiety. *The Journal of Early Adolescence*, 12(4), 420-440. <https://doi.org/10.1177/0272431692012004005>
- Patton, W., Bartrum, D. A., & Creed, P. A. (2004). Gender Differences for Optimism, Self-esteem, Expectations and Goals in Predicting Career Planning and Exploration in Adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 4(2-3), 193-209. <https://doi.org/10.1007/s10775-005-1745-z>
- Pavelka, K. (2012). *Revmatologie*. Maxdorf.
- Ponešický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (2., dopl. vyd). Triton.
- Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Mladá fronta.

- Paxton, S. J., & Phythian, K. (1999). Body image, self-esteem, and health status in middle and later adulthood. *Australian Psychologist*, 34(2), 116-121.
<https://doi.org/10.1080/00050069908257439>
- Raudenská, J. (2012). *Biopsychosociální model léčby revmatoidní artritidy v algésiologii. Paliat. med. liec. boles.*, 2012, 5(3), 91–93.
- Reevy, G. M., & Maslach, C. (2001). Use of social support: Gender and personality differences. *Sex Roles: A Journal of Research*, 44(7-8), 437–459. <https://doi.org/10.1023/A:1011930128829>
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Deborah Majerovitz, S., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine*, 33(7), 807–813. doi:10.1016/0277-9536(91)90385-p
- Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J., & Gosling, S. D. (2001). Personality Correlates of Self-Esteem. *Journal of Research in Personality*, 35(4), 463–482. doi:10.1006/jrpe.2001.2324
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). *Self-Esteem Development Across the Lifespan. Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Rogers, C. A. (1961). *On becoming a person: A therapist view of psychotherapy*. Constable.
- Rogers, T. B., Kuiper, N. A., & Kirker, W. S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 677–688. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.9.677>
- Ronald L. Mullis & Paula Chapman (2000) Age, Gender, and Self-Esteem Differences in Adolescent Coping Styles, *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 539-541, <https://doi.org/10.1080/00224540009600494>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156, American psychosocial Association. Dostupné z: <http://www.integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf#page=61>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Portál.

- Řehulková, O., Blatný, M., Osecká, L. (1995). Adolescents' coping styles: A relation to the temperament. *Studia psychologica*, 37, 3, 159-161.
- Řičan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2). Grada.
- Sarah, D., Haafkens, J., & van Dijk, F. (2003). What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(2), 134-142
- Sharpe, L., Sensky, T., & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 713–719. doi:10.1016/s0022-3999(01)00266-5
- Shaw, Y., Metes, I. D., Michaud, K., Donohue, J. M., Roberts, M. S., Levesque, M. C., & Chang, J. C. (2018). Rheumatoid Arthritis Patients' Motivations for Accepting or Resisting Disease-Modifying Antirheumatic Drug Treatment Regimens. *Arthritis Care & Research*, 70(4), 533–541. doi:10.1002/acr.23301
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). *Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642. doi:10.1037/0022-3514.89.4.623
- Schmuck, D., Karsay, K., Matthes, J., & Stevic, A. (2019). “Looking Up and Feeling Down.” The influence of mobile social networking site use on upward social comparison, self-esteem, and well-being of adult smartphone users. *Telematics and Informatics*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2019.101240>
- Schwalbe, M. L., & Staples, C. L. (1991). Gender Differences in Sources of Self-Esteem. *Social Psychology Quarterly*, 54(2), 158. doi:10.2307/2786933
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Barrister & Principal.
- Snast, I., Reiter, O., Atzmony, L., Leshem, Y. A., Hodak, E., Mimouni, D., & Pavlovsky, L. (2018). Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 178(5), 1044-1055. <https://doi.org/10.1111/bjd.16116>

- Sobotková, M. & Bartůňková, J. (2018). Současné trendy v imunosupresivní léčbě. *Vnitřní lékařství*, 65(2):136-142. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/02/10.pdf>
- Stapleton, P., L., G., & Chatwin, H. (2017). Generation Validation: The Role of Social Comparison in Use of Instagram Among Emerging Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(3), 142–149. doi:10.1089/cyber.2016.0444
- Steinsbekk, S., Wichstrøm, L., Stenseng, F., Nesi, J., Hygen, B. W., & Skalická, V. (2020). The impact of social media use on appearance self-esteem from childhood to adolescence – A 3-wave community study. *Computers in Human Behavior*, 106528. doi:10.1016/j.chb.2020.106528
- Stinson, D. A., Logel, C., Zanna, M. P., Holmes, J. G., Cameron, J. J., Wood, J. V., & Spencer, S. J. (2008). The cost of lower self-esteem: Testing a self- and social-bonds model of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(3), 412–428. doi:10.1037/0022-3514.94.3.412
- Stinson, D. A., & Fisher, A. N. (2020). *Self-Esteem and Health*. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 615–621. doi:10.1002/9781119057840.ch112
- Stojanovich, L., & Marisavljević, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity Reviews*, 7(3), 209–213. doi:10.1016/j.autrev.2007.11.007
- Suchý, D. (2003). Revmatoidní artritida – diagnóza a léčba. *Interní medicína pro praxi* 2003/7. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/07/05.pdf>
- Šedová, L., Štolfa, J., Horák, P., & Pavelka K. (2009). Doporučení České revmatologické společnosti pro monitorování bezpečnosti léčby revmatoidní artritidy. *Česká revmatologie*
- Šenolt, L. (2018). Rheumatoid arthritis. *Vnitřní lékařství*, 64(2), 98-106. <https://doi.org/10.36290/vnl.2018.017>
- Tafarodi, R., W., Swann, W., B., Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322 – 342
- Tafarodi, R., W., Swann, W., B. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653 – 673
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>

- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the Self Into Self-Conscious Emotions. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1502_01
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(1), 205-220. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.1.205>
- Tyrlík, M., Macek, P. & Širůček, J. (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Masarykova univerzita
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Večeřová- Procházková, A., & Honzák, R. (2008) Stres, eustres a distres. *Interní medicína*, 10(4), 188-192. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
- Výrost, J., Slaměnik, I., & Sollárová, E. (Eds.). (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada.
- Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2013). Self-esteem across adulthood: the role of resources. *European Journal of Ageing*, 11(2), 109–119. doi:10.1007/s10433-013-0299-z
- Watkins, D., & Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of Social Behavior & Personality*, 4(5), 555–562.
- Wills T.A. (1987) Downward Comparison as a Coping Mechanism. In: Snyder C.R., Ford C.E. (eds) *Coping with Negative Life Events. The Plenum Series on Stress and Coping*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9865-4_10
- Zeigler-Hill, V., Holden, C. J., Enjaian, B., Southard, A. C., Besser, A., Li, H., & Zhang, Q. (2015). Self-Esteem Instability and Personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(2), 183-198. <https://doi.org/10.1177/0146167214559719>

Seznam tabulek

Tabulka 1:	Motivy ovlivňující adherenci k léčbě	23
Tabulka 2:	Koncepční model únavy	27

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
CRP	C- reaktivní protein
DAS skór	Disease Activity Score
FW	Sedimentace erytrocytů, dle jmen autorů stanovené metody (R.Fahraeus a A. Westergren)
HAQ	Health assesment questionnaire
RA	Revmatoidní artritida
RSES	Rosenberg Self Esteem Scale
SLCS-R	Self Liking/Self Competence Scale- Revised version