

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Podpora poskytovaná sociálním pracovníkem při léčbě dětí s poruchami
příjmu potravy**

**Support provided by a social worker in the treatment of children with
eating disorders**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Kristýna Mlejnková, Ph.D.

Autor:

Tereza Šitinová

Praha 2023

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Kristýně Mlejnkové, Ph.D. za věnovaný čas, věcné rady a motivaci. Poté bych ráda poděkovala své rodině a svému příteli, kteří mi byli po celou dobu studia oporou a dále vyjadřuju své poděkování sociálním pracovnícům z Anabell, z. ú. a Psychiatrické nemocnici Bohnice za jejich ochotu zúčastnit se výzkumného šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací „*Podpora poskytovaná sociálním pracovníkem při léčbě dětí s poruchami příjmu potravy*“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 05. 05. 2023

Tereza Šitinová

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy u dětí v možnosti podpory ze strany sociálního pracovníka. Práce je členěna do dvou základních částí, přičemž první, teoretická, se věnuje základnímu vymezení a rozdělení poruch společně s rizikovými faktory ovlivňující rozvoj nemoci. Dále se zabývá využitím sociální práce, jejímž prvním krokem je posouzení životní situace dítěte pro zvolení vhodné intervence. Následně se věnuje možnostem léčby a poslední kapitola teoretické části přináší přehled institucí na území ČR, kde lze najít pomoc. Praktická část, jako druhá část práce, představuje realizaci výzkumného šetření, jehož cílem je zjistit, jak může sociální pracovník podpořit děti s poruchami příjmu potravy během léčby.

Klíčová slova

Děti, léčba poruch příjmu potravy, podpora sociálního pracovníka, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, multidisciplinární tým.

Annotation

This Bachelor thesis focuses on the children's eating disorders in and the possible support by a social work. The whole work is divided in to two main parts. The first, theoretical, part defines and gives a division of the eating disorders included the risk factor effecting the development of the decease. Further on the usage of social work is presented which first step is to judge the health status of a child to proceed with correct intervention. The next chapter aims on possible treatments and finally a list of institutions dealing with disorders in the Czech Republic is given. The second, practical, part is devoted to a research the main goal of which was to find out how can a social worker support a child with an eating disorder during the treatment.

Keywords

Children, treatment of eating disorders, support by a social worker, eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, multidisciplinary team.

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
A) TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Poruchy příjmu potravy	9
1.1 Mentální anorexie	10
1.2 Mentální bulimie	10
1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	11
2. Rizikové faktory při vzniku onemocnění PPP	12
2.1 Biologické faktory	12
2.2 Rodinné faktory	12
2.3 Sociální a kulturní faktory	13
3. Využití sociální práce u dětí s PPP	15
3.1 Přístupy v sociální práci	16
3.2 Metody v sociální práci	18
3.3 Techniky využívané při práci s PPP	19
4. Léčba poruch příjmu potravy	20
4.1 Kognitivně – behaviorální terapie	21
4.2 Interpersonální terapie	22
4.3 Rodinná terapie	22
4.4 Svépomocné skupiny	23
4.5 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu	23
5. Instituce na území České republiky poskytující pomoc při PPP	25
5.1 Anabell, z. ú.	25
5.2 Dětské oddělení – Psychiatrická nemocnice Bohnice	26
5.3 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze	26
B) PRAKTICKÁ ČÁST	27
6. Výzkumný projekt	27
6.1 Cíl výzkumu a hlavní výzkumná otázka	27
6.2 Metodologie	28
6.3 Metody a techniky sběru dat	29
6.3.1 Polostrukturovaný rozhovor	29
6.3.2 Zúčastněné pozorování	29
6.4 Operacionalizace	30
6.5 Výběr jednotky zkoumání a jednotky zjišťování	31
6.6 Popis zkoumaného vzorku	32
6.7 Etické aspekty výzkumného šetření	33

6.8	Realizace sběru dat	33
6.9	Metoda analýzy dat	34
7.	Interpretace výsledků	36
7.1	Popis společných témat	36
8.	Diskuze	46
	Závěr	49
	Seznam použité literatury	51
	Seznam příloh	56

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

DSM – Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace

DVO – Dílčí výzkumná otázka

HVO – Hlavní výzkumná otázka

IPT – Interpersonální psychoterapie

KBT – Kognitivně – behaviorální terapie

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MDT – Multidisciplinární tým

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSPOD – Orgán sociálně – právní ochrany dětí

PN Bohnice – Psychiatrická nemocnice

PPP – Poruchy příjmu potravy

SP – Sociální práce

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

Úvod

Poruchy příjmu potravy na našem území mají dlouhodobé historické trvání a nejsou pouze záležitostí dnešní doby, nicméně v současné době dochází k jejich rostoucímu trendu. Každodenně je člověk vystaven společenskému tlaku, který prosazuje zdravý životní styl, jenž vede ke zvýšenému zájmu o své tělo. Nelze konstatovat, že se nemoc týká pouze dívek, protože přibývá i případů chlapců, u nichž se objevuje problém s jídlem. Při propuknutí poruchy se musí děti vypořádat s náročnými období, které pro ně nejsou jednoduché, a právě sociální pracovník může být vhodnou osobou, která dětem porozumí. Cílem bakalářské práce je poukázat na využití profese sociálního pracovníka a jeho podpory při léčbě dětí s poruchami příjmu potravy.

V teoretické části práce nejprve nastíním základní popis a dělení poruch příjmu potravy včetně diagnostických kritérií spolu se souhrnem rizikových faktorů, které se mohou na rozvoji poruchy podílet. Následně se budu věnovat sociální práci, jež se uplatňuje při práci s dětmi včetně možnosti podpory od sociálního pracovníka směrem k rodičům či blízkým osobám dítěte. Podle dostupné odborné literatury shrnu nejčastěji využívané přístupy, metody a techniky sociální práce, které následně ověřím prostřednictvím realizovaného výzkumného šetření v praktické části. Dále ke konci teoretické části představím nabídku institucí na území České republiky, kde lze nalézt pomoc.

V praktické části představím metodologii zvoleného výzkumného šetření společně s představením osob z výzkumného vzorku. Cílem výzkumného šetření je zjištění, jak sociální pracovník podporuje děti v rámci léčby společně se zjištěním, zda ovlivňuje dítě během léčby jeho rodina, kamarádi či partneři. Dále se budu věnovat využití multidisciplinární spolupráce a pokusím se rozkrýt rozdíly v podpoře a roli sociálních pracovníků podle typu zařízení, v němž působí. Závěrem práce seznámím čtenáře se získanými daty v podobě hlavních témat a vyhodnotím výzkumné otázky a hlavní cíl práce.

A) TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy příjmu potravy

Podle Elliotta a Place (2002, s. 78) je „*jídlo spolu s dýcháním jedním ze základních předpokladů pro udržení života,*“ protože příjem potravy je obecně velmi důležitý pro správné fungování organismu. Spoustu životu důležitých látek tělo získává z konzumovaného jídla, jelikož některé není schopno samo vyprodukovat (Vokurka, 2018, s. 114). V posledních letech přibývají formy narušeného příjmu potravy jakožto odmítání jídla, záchvatovité přejídání, jež vede k vyvolávanému zvracení či užití purgativ¹ (Elliott a Place, 2002).

S nástupem pubertálního věku přichází spousta změn jako hledání osobní identity nebo zvýšený zájem o své tělo, což lze považovat za jednu z typických změn pro poruchy příjmu potravy (PPP). Konkrétně se jedná o image štíhlé postavy, která bývá vytoženým cílem. Rodičům a blízkým osobám dětí je doporučováno sledovat náznaky chování v jídle, které by mohly vést až k patologickému chování. Ovšem je důležité rozlišit PPP od zažívacích potíží, se kterými se pojí abnormální chování v jídle. Pokud se jedná o nápadné změny v jídelníčku, v podobě malých porcí, vyhýbání se určitému druhu potravin, vynechávání jídla nebo střídavému období přijímání malého množství potravy doplněno s obdobími naopak konzumování přehnaného velkého množství jídla, lze hovořit o PPP (Krch, 2005).

Krch (2007) poruchy příjmu potravy popisuje jako jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění postihující převážně dospívající dívky a mladé ženy. Jde o psychickou poruchu, kterou podle Vokurky (2018) můžeme nazývat poruchou vnímání tělesného schématu. Známky tohoto onemocnění je možné nalézt již v historii, konkrétně například u císařovny Alžběty Bavorské přezdívané „*princezna Sisi*“, která se ve zvýšené míře zabývala svým tělem prostřednictvím dodržováním různých diet a nadměrného cvičení.

V současné době jsou pro PPP rozlišeny Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN – 10) a Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM – IV) Americké psychiatrické asociace dva syndromy, kterými jsou mentální anorexie (F 50.0) a mentální bulimie (F 50.2). K těmto dvěma hlavním syndromům se vymezují navíc kategorie atypických a nespecifických poruch příjmu potravy, které představím na konci kapitoly. Všechny tyto druhy psychických poruch mohou mít za následek sociální izolaci dětí, jež vedou k vyhýbání se kontaktu s přáteli, neúčastnění společenských akcí a sklonům k depresím. Děti mohou být podrážděné, mít špatnou náladu nebo jejich chování může dojít až ke lhaní a podvádění z konzumovaného množství jídla (Elliott a Place, 2002).

¹ Purgativum či synonymum laxativum znamená ve farmakologii projímadlo, jedná se o léčivo v podobě tablet či kapek k vnitřnímu užití, které podporuje pohyby střev a tím tak snadnější vyprazdňování. Předávkováním je možné způsobit si průjem.

1.1 Mentální anorexie

Jedná se o onemocnění, které se objevuje nejčastěji ve věku 13 až 20 let s pomalým a nenápadným nástupem a z 90 % postihuje hlavně ženy. Mentální anorexie (MA) může proběhnout formou jedné epizody s remisí, při níž dojde k vymizení všech náznaků nebo naopak může jít o dlouhodobý a náročný proces. Ve většině případů se jedná právě o dlouhodobou formu a MA lze zařadit jako velmi letální psychickou poruchu s vysokou mírou úmrtnosti hlavně v prvních čtyřech letech od diagnostiky nebo poté co porucha trvá více než dvacet let (Krch, 2005).

Termín anorexie v překladu znamená nechutenství, jež se ale pacientovi rozvíjí až během onemocnění. Důležitým znakem MA je zkreslená míra vnímání vlastního těla, což představuje kritický způsob k sobě samému a domněnce mohutnosti a otylosti, i když lidé v jeho okolí nemají stejný názor (Krch, 2008). Ze strachu z nadváhy dítě úmyslně a aktivně omezuje příjem jídla, aby nedošlo ke zvýšení tělesné hmotnosti, užívá projímadla, nadměrně cvičí nebo si vyvolává zvracení (Janebová, 2006).

MKN – 10 určuje diagnostická kritéria pro MA:

- udržování tělesné hmotnosti pod 85 % očekávané váhy pro věk a výšku dítěte či udržování BMI² na úrovni 17,5 a méně,
- vyhýbání se jídlu či jeho odmítání ze strachu z tloušťky,
- vznik onemocnění s abnormálními hladinami hormonů vedoucí k nepravidelné menstruaci či úplnou její ztrátou a ke snížení sexuálního zájmu (Němečková, 2007).

DSM – IV uvádí shodně výše zformulovaná kritéria a rozlišuje navíc dva specifické typy MA. První typ je nebulimický (restriktivní), který se nevyznačuje opakovanými záchvaty přejídání během jedné epizody a druhým typem je bulimický (purgativní) typ, který se vyznačuje opakovanými záchvaty přejídání během jedné epizody (Krch, 2005).

Typickým znakem MA je dodržování přísné diety, která se stává pro jedince jediným přijatelným zdrojem chvály, protože dokázal odolat pokušení z jídla. Naopak pokud dojde k porušení diety, trestá své selhání několikanásobným hladověním. Mezi projevy MA z důsledku omezení příjmu potravy patří „*snižování tělesné váhy vedoucí až k extrémnímu vyhubnutí, suchá kůže, studené a namodralé končetiny, nos či uši, vypadávání vlasů*“ (Janebová, 2006, s. 75).

1.2 Mentální bulimie

Jedná se o onemocnění, které se objevuje nejčastěji ve věku 16 až 25 let, tedy o něco později než MA, ale většinou z ní vychází. Má taktéž pomalý a nenápadný nástup a rovněž je typické, že proběhne formou jedné epizody s remisí, přičemž dojde k vymizení všech náznaků nebo naopak se bude jednat o dlouhodobý a náročný proces. Ve srovnání s anorexií má z dlouhodobého hlediska

² Body Mass Index je měřítkem tělesné hmotnosti a zohledňuje váhu a výšku jedince. Váha zdravého člověka by se měla pohybovat v rozmezí 20 – 25, kdy BMI vyšší než 25 se klasifikuje jako nadváha a vyšší než 30 obezita. Podvýchýva se udává jako BMI nižší než 20 (Messiah, 2013).

lepší prognózu na vyléčení, ale provází jej častěji akutnější průběh. V souvislosti s mentální bulimií (MB) lze hovořit o opakovaných relapsech, jež se objevují během prvních šesti měsíců od ukončení terapie (Krch, 2005).

MB je spojena s přehnaným udržováním tělesné hmotnosti především ze strachu ztloustnutí a s opakovaným záchvatovitým přejídáním propojeným následně s vyvolávaným zvracením či užíváním purgativ (Krch, 2005). Vyvolávané zvracení poškozuje zubní sklovinu zubů a z důvodu přítomnosti žaludeční kyseliny v trávicí trubici může docházet ke tvorbě vředů nebo může způsobovat řadu somatických onemocnění (Elliott a Place, 2002).

MKN – 10 určuje diagnostická kritéria pro MB:

- opakované epizody záchvatovitého přejídání a nutková touha po jídle,
- vyvolávané zvracení, užívání laxativ či diuretik za účelem strachu z tloušťky (Němečková, 2007).

DSM – IV také uvádí shodně výše zformulovaná kritéria jako u MA, nicméně je podrobněji popisuje. Podobně jako u MA určuje dva specifické typy MB. Prvním typem je purgativní typ, který se vyznačuje pravidelným zvracením a zneužíváním laxativ či diuretik a druhým typem je nepurgativní typ, který souvisí s držetím přísných diet a nadměrného cvičení s občasným využíváním zvracení nebo zneužíváním projímadel (Krch, 2005).

1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Stále častěji je možné se setkat i s jinými formami PPP, které není možné nazývat mentální anorexií nebo mentální bulimií, z důvodu, že nesplňují všechna výše popsána diagnostická kritéria. Proto MKN – 10 specifikuje atypickou mentální anorexií (F 50.1) a atypickou mentální bulimií (F 50.3). Do této kategorie je možné zahrnout i jiné poruchy příjmu potravy (F 50.8), které se projevují picou³ u dospělých a psychogenní ztrátou chuti k jídlu. Mezi nespecifikované poruchy příjmu potravy se zařazuje přejídání a zvracení, které podle MKN – 10 jsou pojmenovány jako přejídání spojené s psychologickými poruchami (F 50.4) a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F 50.5) (MKN – 10, 2017).

DSM – IV rozlišuje pouze nespecifikované poruchy, kterými mohou být případy se splněním všech kritérií MA a se zachováním menstruace u dívek nebo se splněním všech kritérií MA a s poklesem tělesné hmotnosti, která stále odpovídá normě. Další formou jsou případy se splněním všech kritérií MB s méně častými záchvaty přejídání. Do nespecifikovaných poruch dále lze zařadit i syndrom nočního přejídání spojovaný se stresem a neúspěšným hubnutím nebo záchvatovité přejídání vyznačující se opakovanými epizodami přejídání. V posledních letech se vedou debaty, zda by záchvatovité přejídání nemělo být klasifikováno jako třetí hlavní syndrom PPP (Krch, 1999).

³ Pica či pika je porucha, kdy pacient konzumuje předměty, které nejsou považovány za jídlo, může jít o papír, látku, kov, hlinu atd.

2. Rizikové faktory při vzniku onemocnění PPP

Etiopatogeneze PPP není jednoznačná a v případě poruch příjmu potravy nelze hovořit o jedné či několika příčinách, které by měly za následek přímý rozvoj poruchy, protože žádné doposud nejsou známé. Vždy jde o souhrn rizikových faktorů, které přispívají k jejímu rozvoji a působí na sebe v těsné blízkosti, nicméně vliv a intenzita faktorů na každého jednotlivce je individuální (Vokurka, 2018).

Dle odborné literatury lze rozlišovat dva typy faktorů. Prvním je faktor zesilující, který má negativní vliv na rizikový faktor a podílí se na vzniku onemocnění, proto se mu nejčastěji věnuje v prevenci. Druhým typem je faktor udržovací, který se nepodílí na vzniku onemocnění, ale pouze ho udržuje, a proto se na něj zaměřuje především při léčbě (Pavlová, 2010). Do příloh přikládám převzatý obrázek (*Příloha č. 1*) z odborné publikace, jenž názorně popisuje rozvoj PPP s kroky, které se na sebe navzájem přidávají a spouští spirálu poruchy. Mezi zesilující faktory podílející se na vzniku PPP je možné zařadit kombinaci rodinných a sociokulturních faktorů podporující rozvoj onemocnění a následně k nim přidat faktory biologické a psychologické, přičemž dochází ke vzniku samotné poruchy (Brožková, 2018).

2.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory lze zařadit několik kategorií, které se navzájem prolínají. Převážně se jedná o pohlaví, období dospívání, tělesnou hmotnost a menstruační cyklus u žen. Různé studie a výzkumy ukazují, že ženy vždy byly a jsou několikanásobně náchylnější k rozvoji PPP, zejména v případě MB. Vcelku logickým vysvětlením je, že ženy jsou od pradávna vystavovány tlakům společnosti na dokonalá štíhlá těla (Krch, 2005).

Období dospívání je spojováno u dívek se zvýšením tělesné hmotnosti a zaoblením boků, což vede k vyššímu zájmu o své tělo⁴ a následné vyšší kritičnosti směřující až k celkové nespokojenosti se svým vzhledem. Krch (2004, s. 63) zdůrazňuje, že „*v průběhu dospívání se diferencuje vlastní Já, vzrůstá sebevědomování se a zájem o svět vrstevníků, ve vztahu k němu, k jeho hodnotám a kritériím se dospívající velmi citlivě vymezuje*“. Nespokojenost s vlastním tělem dále prohlubuje nespokojenost se svou osobností vedoucí až k poklesu sebevědomí a sociální izolaci (Krch, 2005).

2.2 Rodinné faktory

Rodina, jako základní jednotka společnosti, výrazně ovlivňuje chování, jednání a postoje dítěte k různým situacím. Způsob, jakým rodina funguje a nastavenými pravidly se předpokládá jeho budoucí vývoj. V rodině je velmi důležitá komunikace mezi jednotlivými členy, jejich schopnost

⁴ Tělo či představa o vlastním těle je součástí identity každého člověka, hovoří se také o termínu tělové schéma, které je mentálním obrazem, hodnotícím postojem a nejjednodušeji rozpoznatelnou součástí osobnosti (Vágnerová, 2002).

řešit konflikty a vyjadřování emocí. Další důležitým aspektem vývoje jsou zavedené rodinné stravovací návyky, jež výrazně ovlivňují vztah dítěte k jídlu (Krch, 2005).

Instituce rodiny hraje významnou roli při formování vlastní identity, a pokud dochází k určité patologii, je větší pravděpodobnost k rozvoji duševního onemocnění. V případě PPP mívají děti častější konflikty s rodiči a jejich vzájemný vztah bývá neutrální. Vztah ze strany rodičů může být bez zájmu nebo naopak od rodičů plynou nadměrná očekávání na vzhled a výkon jejich dětí a při nenaplnění očekávání jsou jimi kritizováni (Krch, 2008).

PPP se často rozvíjí na základě životních a různých rodinných situací, která dítě zasáhnou, proto nelze jednoznačně rodinnou záležitost vnímat jako rizikový faktor vzniku poruchy, ale může se stát spolu s dalším jevem jejím spouštěčem. Za spouštěcí záležitosti bývají považovány konflikty v rodině, rozvod rodičů, alkoholismus či pouze nemístná poznámka na vzhled či hmotnost (Brožková, 2018).

Nicméně rodina může působit i pozitivním způsobem. Pokud dojde k rozvoji poruchy na podkladě sociokulturního faktoru, může rodina poskytnout vhodnou podporu při léčbě (Papežová a Hanusová, 2012). Při rozvoji nemoci by dítě nemělo být středem pozornosti v rodině, ale zároveň ani nesmí být jeho problémy opomíjeny. Snahou rodičů je podporovat vzájemnou konverzaci členů, podporovat jeho rozhodnutí a věnovat se i jiným tématům než tématu jídla, dosažených pokroků či vzhledu (Krch, 2005).

2.3 Sociální a kulturní faktory

Již z historie je zřejmé, že určitá propojenost mezi PPP a tlakem společnosti existuje, protože společnost se snaží poukazovat na štíhlá a dokonalá těla, se kterými se mnozí adolescenti snaží ztotožňovat. Jenže jejich cesta ke štíhlé postavě vede přes různé diety a nadměrná cvičení k drastickému redukování hmotnosti přivolávající zdravotní komplikace (Krch, 2008). Tyto myšlenky přichází zejména ze západních vyspělých zemí a podle Krcha (2005, s. 60) jsou „sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory“. Společnost poruchy příjmu potravy nevnímá vážně a nepřijímá je jako globální problém. Spíše PPP označuje za problém konkrétní osoby, která neumí ovládat své chování k jídlu. Často dochází k momentům, kdy se nemocné dítě podle ostatních chová zvláště či nepředvídatelně a nikdo nechápe jeho smýšlení, což může vést až k pocitu osamění, čímž se opět zvyšuje riziko sociální izolace (Vágnerová, 2002).

Dle dostupných výzkumů se jeví, že PPP se v průběhu času mění a vyvíjí právě v důsledku sociální a kulturní podmíněnosti. Velký vliv mají sdělovací prostředky, které předkládají zkreslené představy o vzhledu. Dále se na změně smýšlení podílí i měnící se způsob života, postavení ženy ve společnosti a další sociální vlivy, mezi nichž je možné zařadit využití volného času a stravovací návyky (Krch, 2005). V dnešní době jsme stále častěji svědky situací, kdy média svým uživatelům předkládají upravené fotografie celosvětově úspěšných žen a později se na internetu objeví právě

fotografie, na kterých jsou zachyceny totožné ženy, ale již bez úprav s jejich nedokonalostmi. Sociální sítě se chovají obdobně a příliš nezjednodušují situaci, protože nabízejí různé filtry či úpravy před zveřejněním videa nebo fotografií na svůj profil. Snahou známých osob na internetu je tento fenomén negovat a snaží se bojovat za přirozenost, nepoužívání filtrů či programů na úpravu fotografií. Samozřejmě takové rozhodnutí nelze najít u každého uživatele, nicméně se tento trend snaží udržovat i z mého osobního pohledu, jakožto uživatele sociálních sítí.

3. Využití sociální práce u dětí s PPP

Sociální práce (SP) podle Novotné (2014, s. 5) je považována za „*vědecky fundovanou odbornou disciplínu, která speciálními pracovními metodami zajišťuje provádění péče o člověka na profesionálním základě*“. Realizuje se za pomoci různých přístupů a teorií, které definují postup řešení problémů. Klíčovými principy SP je naplňování lidských práv a společenské spravedlnosti. Podle Sheafor et al. (2000, cit. podle Navrátila, 2001, s. 11) je možné definovat sociální práci podle jejího cíle, a to „*pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování*“.

Z výše popsané definice vyvstává pojem sociální fungování, se kterým se následně pojí pojem životní situace. Termínem sociální fungování jsou myšleny podle Bartlettové (1970 cit. podle Musila a Navrátila, 2000, s. 132) „*sociální interakce odehrávající se mezi požadavky prostředí a člověkem*“. Člověk a prostředí jsou vždy v interakci a prostředí, ve kterém člověk žije mu klade určité požadavky, na něž je nucen odpovídat. Mezi těmito polaritami je rovnováha, ale ta může být narušena prostřednictvím nepředvídatelné životní situace. Může se projevit nezvládnáním požadavků plynoucí od prostředí buď ze strany člověka z důvodu nedostatku dovedností či schopností řešit nastalou životní situaci nebo ze strany prostředí, které mu začne klást nepřiměřené požadavky (Musil a Navrátil, 2000).

Ve chvíli narušené rovnováhy z důvodu nenadálé životní situace se objevuje sociální pracovník, který podporuje sociální fungování dítěte prostřednictvím obnovy či udržení rovnováhy mezi požadavky prostředí a jeho schopností je zvládat. Základem je posouzení životní situace dítěte, které je jednou z nejsložitějších oblastí sociální práce. Není možné tento počáteční krok přeskočit, protože na výsledcích, které posouzení přinese závisí další zprostředkování pomoci. V mnoha případech dochází k potřebě posoudit i rodinu dítěte s PPP. Posouzení se skládá z několika fází, které se dodržují podle daného předpisu a důležitou součástí je aktivní zapojení dítěte. Před setkáním s dítětem se sociální pracovník musí na proces připravit včetně vytvoření plánu posouzení a zahrnutí metod a technik, které budou v jeho rámci použity. Následuje samotné setkání, v němž je důležitým krokem navázání vztahu a poté počátek realizování plánu posouzení jenž si připravil. Ve třetí fázi dochází k analýze získaných informací směřující k doporučení vhodné intervence, což je poslední fáze (Navrátil, 2007).

Poruchy příjmu potravy se rozvíjejí v prostředí, ve kterém dítě přetrvává, čímž je výrazně ovlivněno, a to platí i při léčbě. Prostor lze rozlišit do tří úrovní, na úroveň mikrosociálního prostředí, jímž je myšlena nejužší rodina a blízcí přátelé. Druhou úroveň je myšleno mezosociální prostředí, v němž jsou zahrnuty skupiny kamarádů a vrstevníků ze školy a z volnočasových aktivit a poslední úroveň je prostředí makrosociálního zahrnující společnost, ve které dítě žije. Od všech těchto osob a institucí dítě získává potřebnou podporu a pomoc nebo v případě, že nezískává, se prostředí může stát zdrojem konfliktů a nepochopení, jež odráží jeho životní situaci, která může být různorodá a mnohdy velmi složitá na porozumění (Matoušek, 2008a).

Určité typické rysy osobností jsou již vyzorované, jenž mohou mít zvýšený sklon k jedné z forem PPP. Zejména jde o dívky, které svým chováním nevybočují a snaží se chovat tak, jak se od nich očekává, nicméně očekávání ze strany autorit s sebou přináší větší důraz na výkon spolu s pocitem uznání za dobré výsledky. Takové dívky proto bývají svědomité, perfekcionistické či sebekritické. Ve škole většinou dosahují skvělých výsledků s výbornými známkami a případné nezdary prožívají těžce, ale své emoce se snaží potlačovat. Bývají spíše uzavřené s menším počtem přátel a nižším sebevědomím. U dívek s MB navíc dominuje impulzivita nebo neschopnost ovládat své chování, například u přejídání mají pocit, že nemají dostatečnou vůli (Vágnerová, 2002).

3.1 Přístupy v sociální práci

Sociální práce využívá při interakci mezi sociálním pracovníkem a klientem paradigmat, jež představují určitý vzor či příklad vzájemné spolupráce, který by se měl využít. Paradigmata zahrnují možné faktory sociálního fungování, jimiž jsou myšleny různé bariéry nebo i předpoklady. Postupem času se rozdělila na tři malá paradigmata, které lze považovat za tři typy SP:

- sociální práce jako *terapeutická pomoc* fungující na podkladě terapeutické intervence s cílem pomoci skupinám a komunitám,
- sociální práce jako *reforma společenského prostředí*, při níž je potřeba naplnit předpoklad společenské rovnosti a zvýšit podíl osob, které se budou účastnit na změnách jednání,
- sociální práce jako *sociálně právní pomoc* snažící se pomoci zejména prostřednictvím poskytování informací a poradenstvím (Musil a Navrátil, 2000).

Nejen k problematice PPP není vždy možné jednoznačně přiřadit jedno z paradigmat, poněvadž každý klient je specifický a individuální, a proto je třeba věnovat pozornost okolnostem jeho života, které by mohly hrát významnou roli během léčby.

Každé z paradigmat lze analogicky převést do několika přístupů sociální práce, pod níž lze zařadit teorie, které definují konkrétní postup řešení při práci s klientem. Jejich znalost patří do povinné výbavy každého sociálního pracovníka, protože zvolená teorie nejenom pojmenovává určitou práci, ale také konkrétně specifikuje způsob postupu. Práce bez znalosti přístupů či technik společně s neporozuměním klienta může být kontraproduktivní a až nebezpečná (Navrátil, 2001). Většina v současnosti používaných teoretických konceptů nevznikla přímo v rámci sociální práce, ale spíše šlo o přidružené obory jako je sociologie, psychologie, psychopatologie, právo, somatologie a další (Řezníček, 2000). V odborné literatuře není možné nalézt souhrnné přístupy či teorie SP, které by se při práci s dětmi s PPP jevily jako nejužitečnější, proto níže uvádím subjektivní výčet přístupů.

Kognitivně – behaviorální přístup

V samém základu se zaměřuje na chování jednotlivce v určitém prostředí, což znamená, že chování vychází z jeho prostředí. Důležitým názorem je využití učení, které má pomoci se změnou nežádoucího chování, jež brání správnému sociálnímu fungování (Navrátil, 2001). Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) se nejčastěji využívá při léčbě MB, ale vytváří také teoretické základy pro léčbu klientů s MA. Bývá doporučována zejména klientům, pro které není vhodné využít rodinnou terapii a mají středně těžké až vážné příznaky (Krch, 2005).

Humanistické a existenciální teorie

Humanistické a existenciální teorie se zaměřují na vnitřní svět člověka a tvrdí, že je potřeba akceptovat člověka jako jedinečnou a svobodnou bytost s tendencí k osobnímu růstu s důrazem na přítomnost. Do této kategorie je možné zařadit přístup orientovaný na klienta od Carl R. Rogerse, který se využívá zejména v poradenské činnosti (Navrátil, 2001).

Psychosociální přístup

Vznik psychosociálního přístupu se datuje na počátek 20. století, jenž stojí na základě tvrzení od Mary Richmond. Přístup je založen na myšlenkách, že každý člověk je jedinečný a zohledňují se jeho potřeby. Základem je posouzení životní situace, které vede k návrhu řešení, na němž se spolupodílí i klient. Do psychosociálního přístupu je zařazena rodinná terapie, skupinová terapie, svépomocné skupiny a interpersonální terapie (IPT), které nastíním v následující kapitole pojednávající o způsobech léčby (Navrátil, 2001).

Sociálněpsychologické a komunikační přístupy

Sociálněpsychologické a komunikační přístupy se zabývají vznikem vztahů a chováním v různých situacích. Důležitými teoriemi spadající do těchto přístupů je teorie rolí, která předpokládá, že každý člověk má ve společnosti určitou pozici neboli roli, v níž může docházet ke konfliktům. Druhou teorií je etiketizační teorie, která se věnuje připisování nálepek, jež pomáhá ke stigmatizaci jedinců (Navrátil, 2001).

Systemický přístup

Systemický přístup se nejvíce využívá v oblasti práce s rodinami, ale v současné době má velmi široké užití. Rozebírá instituci rodiny, kterou vnímá jako uzavřený autonomní systém s názorem, že každý člen rodiny má pravdu. Vychází ze sociálního konstruktivismu, který předpokládá, že svět není možné odhalit svým poznáním, ale pouze jeho interpretací (Matoušek, 2001).

Úkolově orientovaný přístup

Úkolově orientovaný přístup je zásluhou sociální práce, v níž přímo vznikl. Základem je vytvoření systematického rámce pro zvládání problémů klienta, na kterých se spolupodílí a sociální pracovník mu pomáhá při rozhodování se. Přístup se skládá z osmi problémových okruhů,

z nichž se většina týká i osob s PPP, jedná se například o interpersonální konflikty nebo neuspokojení ze sociálních vztahů (Navrátil, 2001).

3.2 Metody v sociální práci

V sociální práci se rozlišují čtyři základní metody, mezi které se řadí individuální práce s klientem, práce se skupinou, práce s rodinou a komunitní sociální práce. Nejčastěji uplatňovanou metodou SP, při práci s osobami s PPP, je individuální práce s klientem. Veškerá pozornost je koncentrována na jedince, jenž je nadřazen nad vše a důležitým aspektem je pochopení jedince včetně jeho dalších okolností. Většina lidí se v případě krizové situace snaží vyřešit svůj problém samostatně, nicméně vyřešení vždy nemusí být v jejich možnostech, a proto potřebuje podporu ze strany pomáhajícího pracovníka, jenž jim může vhodnou volbu řešení nastínit a pobídnout je k dílčím změnám. V konečném důsledku pouze klient samotný musí chtít svůj problém řešit, což může být podpořeno prostřednictvím sociálního pracovníka k zachování dosavadních schopností a jejich rozvoji nebo naopak získání chybějících schopností. Důležitým aspektem je jeho individualita, která každou práci určuje a není možné jednat stejným způsobem jako u jiného klienta (Havránková, 2008).

Další základní metodou je práce se skupinou, která se také využívá u osob s PPP, jejíž součástí je skupinová dynamika, která může přinést cenné kroky vedoucí k uzdravení, protože „*aktivizuje energii, tvořivost a odvahu ke změně, aby se zlepšily podmínky klienta*“ (Havránková, 2008, s. 154). Člověk ve skupině žije a funguje od samotného dětství, tudíž je její přirozenou součástí a velmi přínosné je cítění sounáležitosti, přijímání ostatních a potřeby být přijímán od ostatních. Skupiny poskytují podporu, dodávají vzájemnou sílu mezi jednotlivými členy a představují různé programy, kurzy či další aktivity (Havránková, 2008).

Třetí významnou metodou a často využívanou je práce s rodinou. Rodina je základním zdrojem podpory svých členů, nicméně nemusí být vždy otevřená změně. Práce s ní představuje různé aktivity plánované pro členy jedné rodiny nebo i pro více rodin současně v případě vícerodinných terapií (Matoušek, 2008a). Více se budu věnovat tématu rodinné terapie v následující kapitole.

Poslední využívanou metodou v sociální práci je komunitní práce, která nemá příliš dlouhou historii na půdě sociální práce. Zásadním pojmem je komunita, která představuje skupinu osob žijících pospolu ve vymezeném teritoriu. Komunita funguje jako kooperující celek s cílem dospět k řešení problémů vlastními silami a uspokojovat vzájemně potřeby svých členů. Proces komunitní práce lze rozlišovat do 4 fází, jejímž výsledkem je důkladné vyhodnocení projektu. S vazbou na PPP se příliš komunitní práce nevyužívá, ale městské části Prahy nebo jednotlivá města realizují setkávání pro rodiče nebo zájemce k diskutování o určité problematice (Kinkor, 2008).

3.3 Techniky využívané při práci s PPP

Děti s PPP potlačují své fyziologické potřeby a nutí se k neustálému pohybu, což přináší úkol pro sociálního pracovníka, který se snaží prostřednictvím relaxačních technik nebo dýchacích cvičení pomoci dětem zvědomovat jejich potřeby a naučit se reagovat na signály těla. Dále se doporučuje tanec, kreativní pohyb, tělesná exprese nebo masáž (Krch, 2005).

V rámci skupinová psychoterapie se doporučuje využívat neverbální techniky, jimiž může být arteterapie, muzikoterapie či práce s tělem. U KBT se využívá technika expozice, která představuje proces, kdy je před klienta postaveno jídlo nebo je vystaven určité, pro něj nepříjemné sociální situaci, ve formě konzumace jídla v restauraci či návštěva bazénu. Dále může jít o sebemonitorování nebo techniky aktivních nácviků (Navrátil, 2001).

4. Léčba poruch příjmu potravy

Na počátku léčby je důležitá psychoedukace rodičů, protože většinou nedisponují všemi informacemi o PPP a o možnostech léčby. Velmi často nemají ani předchozí zkušenost s terapií, proto jim je vhodné nabídnout dostupnou literaturu, kterou si budou moci nastudovat. Poměrně často se stává, že rodiče jsou poté přehlcní novými informacemi a sociální pracovník může jednat jako zprostředkovatel informací, komunikovat s nimi a případné nesrovnalosti urovnávat. Rodiče se často vrací do minulosti a hledají okamžik, který současnou situaci změnil. Mohou se začít vzájemně obviňovat, kdo z nich je vinen za aktuální situaci dítěte, a proto je třeba těmto stavům předcházet a připomínat důležitost přítomnosti. V případě rozvedených rodičů nebo rodičů ve vzájemném rozporu se ze strany sociálního pracovníka doporučuje navrhnout smíření a sjednocení názorů pro oporu dítěte. Nabídka psychoterapeutických přístupů využívaných pro léčbu PPP přináší skvělé výsledky, zejména z důvodu, že „*terapie PPP se kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby*“ (Garner a Needleman, 1997 cit. podle Krcha, 2005, s. 123).

Úspěšná léčba závisí na splnění třech základních bodů, které vytváří vhodnou formu pomoci. Prvním základním bodem je využití psychoterapie, která může být poskytována individuálně nebo i skupinově. Často používanou formou je kognitivně – behaviorální terapie, interpersonální terapie, rodinné terapie či svépomocné skupiny (Mahrová, 2008). Druhým základním bodem je možnost využití farmakoterapie, jenž se doporučuje pouze v nejnutejších případech, a to převážně u osob, u nichž se léčba jeví jako zhoršující nebo stagnující. I tak je třeba mít na paměti, že medikamenty nejsou nejlepším řešením, protože hrozí relapsy⁵ po jejich vysazení nebo při nedokončení léčby či při nefungující psychologické pomoci. U léčby PPP se nejúčinnějšími farmaky jeví některé druhy antidepresiv, které slouží zejména u MB jako doplněk k psychologické léčbě, ale při léčbě MA se příliš nedoporučují. Posledním základním bodem pro předpoklad úspěšné léčby jsou režimová opatření, která pomáhají se správnými jídelními návyky (Krch, 2005). Důležitým předpokladem po celou dobu procesu léčby je třeba dítě udržovat ve stálém aktivním zapojení (Němečková, 2007).

Schéma (*Příloha č. 2*) převzaté z odborné publikace od Krcha (1999, s. 128) jasně vysvětluje a popisuje možnosti přistupování k léčbě. Na počátku je třeba určit v jakém stavu se dítě nachází, zda není příliš vyhublé, objevují se záchvaty přejídání či zvracení nebo požívá projímadla. Dalším kritériem hodnocení jsou případné somatické komplikace či suicidální chování. Pokud se některý z výše popsaných stavů potvrdí, je třeba vyhodnotit, zda je nutná hospitalizace, aby se zdravotní stav dítěte stabilizoval. Vyhodnocování potřeby hospitalizace je doporučována v každé fázi léčby. Podle Krcha (2005, s. 188) je hospitalizace nezbytná v případě, kdy „*hmotnostní*

⁵ Relaps představuje „*opětovné propuknutí choroby po klidové fázi*“ (Matoušek, 2008b, s. 173).

váha klesne více než o 25 %, hrozí dehydratace, objevují se známky oběhového selhávání, přetrvávající zvracení nebo zvracení krve či těžká deprese nebo suicidální chování“. Pochopitelně s její nutností nemusí rodiče zpočátku souhlasit a chtějí se této potenciální variantě vyhnout, nicméně je nutné rodiče informovat o závažném stavu dítěte a apelovat na jejím zvažení. Během hospitalizace se dítě stabilizuje a pracuje se na zvýšení hmotnosti spolu se správnými jídelními návyky, které vedou ke správné fyziologické činnosti včetně obnovy menstruace u dívek. Cílová tělesná hmotnost by měla odpovídat výšce dítěte, což znamená, že po dobu léčby dochází k dílčím úpravám cílové hmotnosti, jelikož dítě během procesu růstu. V průměru se udává, že přírůstek kilogramů za jeden měsíc by měl být zhruba 2 – 3 kg (Krch, 2005).

Vhodnou alternativou u již stabilizovaných dětí, u kterých nehrozí zdravotní komplikace či nespokojenost, jsou denní stacionáře, do nichž mohou děti pravidelně každý den docházet. V případě, že zvolená léčba probíhá dlouhodobě, ale není úspěšná, je k dispozici ambulantní péče, která probíhá ve formě skupinových či individuálních setkání, při nichž je dětem k dispozici lékař, který má dohled nad aktuálním zdravotním stavem dítěte včetně jeho hmotnosti. Skupinové formy terapie mají blahodárný vliv na vyléčení, protože pacienti se mohou setkávat a sdílet s ostatními své podobné prožitky a starosti. Skupinová psychoterapie může být zaměřena zejména na informovanost a úpravu návyků, což je v základu to nejdůležitější pro léčbu PPP. Navíc je možné se zaměřit na úpravu interpersonálních či emocionálních problémů, ale není to doporučováno využívat samostatně, ale spíše jako doplněk k dalším přístupům léčby, popřípadě využití rodinné terapie, která se jeví jako velmi účinná (Krch, 2005).

Pokud nehrozí závažné zdravotní riziko či dochází k minimálním potížím, je možné ukončit léčbu, ale doporučuje se udržovat kontakt s odborníkem i nadále s postupným prodlužováním doby od sezení až do úplného ukončení. Při dlouhodobé léčbě je třeba vyhodnocovat, zda má léčba stále význam nebo je možné dítě nasměrovat na ambulantní skupinovou terapii (Krch, 2005). Dále se v této kapitole budu věnovat jednotlivým formám psychologické léčby.

4.1 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie, jak již bylo zmíněno výše, je jednou z nejuspěšnějších variant psychoterapie, jejímž cílem je „*vypracování programu, který vede k navození žádoucí změny v nevhodném chování, myšlení a emocích na základě teorií učení*“ (Málková, 2006, s. 244). KBT se stala základem léčby MB, ale do určité míry lze využívat i u MA. Využití se preferuje převážně u pacientek, u kterých není možné využít rodinnou terapii a mají středně těžké až vážné příznaky. Mnoho oblastí terapie je pro léčbu MB a MA totožná, přičemž základní strategie spočívá ve změně přesvědčení ze strachu zvyšování hmotnosti. Děti s MB je potřeba v průběhu léčby ujišťovat, že dojde pouze k drobnému navýšení hmotnosti, jenž je žádoucí. U pacientů s MA je zvýšení tělesné hmotnosti hlavním cílem, se kterým se musí dítě ztotožnit v rámci procesu a polevit ze svých přesvědčení (Krch, 2005).

Varianta KBT konkrétně pro MB byla vytvořena CH. Fairburnem a jeho spolupracovníky a je založena na následujících bodech:

- „vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání a o myšlenkách, které toto chování vyvolávají,
- pravidelné vážení,
- změna schématu jídelního chování,
- kognitivní restrukturační,
- zavedení prevence relapsu“ (Krch, 2005, s. 128).

V případě využití KBT u MA je třeba počítat s delším časovým úsekem léčby a zahrnutím širších cílů včetně osobních a interpersonálních oblastí. U dlouhodobé léčby je možné zahrnout doplňkově interpersonální a rodinnou terapii. Pokud dochází ke zlepšení nebo naopak je léčba neúčinná lze využít ambulantní skupinovou terapii a při výrazném zhoršení je variantou hospitalizace (Krch, 2005).

4.2 Interpersonální terapie

Interpersonální psychoterapie původně byla zaměřena na léčbu deprese, ale v současné době se využívá i pro léčbu PPP, zejména u záchvatovitého přejídání, u léčby MB a u dlouhodobé léčby MA s neustupujícími příznaky. Nelze konstatovat, že se jedná o účinnější formu terapie než KBT, ale v porovnání s ní dosahuje lepších výsledků v budoucnosti pacienta. Po jednom roce od ukončení terapie jsou však výsledky totožné, nicméně jednoznačně přinášejí lepší výsledky než jiné formy terapie (Krch, 2005).

IPT se rozděluje do třech fází, přičemž první fáze je zaměřena na hledání a identifikování problémů, které přispěly k rozvoji poruchy. Ve druhé fázi je realizována terapie, která má za cíl odstranit objevené problémy a třetí fáze je charakteristická pro ukončení spolupráce (Krch, 2005).

4.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie se nejčastěji využívá u dětí žijících se svými rodiči. Funguje jako doplněk k dalším formám terapií nebo samostatně v případě dlouhodobé léčby. Zapojení rodiny do léčby může dopomoci k pochopení některých problémů, které se mohou u dítěte objevovat (Krch, 2005). Rodinná terapie není záležitostí pouze MA, ale využívá se i u MB, nicméně existuje málo výzkumných studií, které by úspěšnost léčby MB podporovalo. Rodina nemá za cíl nemoc vyléčit, ale spíše zlepšit psychický stav dítěte, poskytnout mu náležitou podporu a přeměnit fungování rodinných vztahů mezi jednotlivými členy (Robinson et al., 2012). Při výskytu PPP je pozornost upřena zejména na poruchu, rodina se upíná na jídlo, stravovací návyky a vzájemné konflikty. Následně může dojít k negativnímu rozložení rodiny a jejich vztahů, proto je třeba rodinné příslušníky podpořit, obnovit jejich narušený pohled na PPP a začít řešit společně vzniklý problém (Krch, 2005).

Zajímavým obohacením rodinné terapie je terapie vícerodinná, která představuje zapojení více rodin, prožívající podobné příběhy. Prostřednictvím terapie mohou navázat kontakt, sdílet své zkušenosti, navzájem si pomoci a poradit. Vícerodinná terapie funguje formou intenzivních jednodenních setkávání, jež mohou působit neformálněji než přímá rodinná terapie s pomáhajícím pracovníkem. Stanovený počet setkání není určen, ale bývají nejčastěji několikrát za rok ve skupinách po pěti až šesti rodin (Krch, 2005).

4.4 Svépomocné skupiny

Vhodnou formou terapie pro děti s MB s mírnými obtížemi jsou svépomocné skupiny, které mohou dopomoci k úplnému uzdravení nebo alespoň k výraznému zlepšení. Na základě výzkumů se nicméně prokázalo, že výsledky nejsou tak přesvědčivé jako například u KBT nebo nutričního poradenství (Krch, 2005).

Stejně jako u rodinné terapie nebo jiných podpůrných skupin je možné těžit ze setkávání zainteresovaných lidí, kteří se potýkají s podobnými problémy a mohou sdílet své zkušenosti a rady. Svépomocné skupiny fungují v rámci terapeutických programů vedených odborníkem nebo i na neprofesionální úrovni v otevřených skupinách s dobrovolnou účastí. Většina pacientů ji využívá na počátku léčby nebo některým může sloužit jako doplněk k dalším formám pomoci. V poslední době její popularita vzrůstá na internetu, kde vznikají různá diskuzní fóra, na kterých si lidé navzájem radí (Krch, 2005).

4.5 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu

Sociální pracovník se vyznačuje svými odbornými znalostmi, ale dále i určitou lidskostí, která je nezbytnou součástí profese. Při práci s klienty musí navázat profesionální či pracovní vztah vyznačující se získáním důvěry cizího člověka, který nemusí vždy být ochoten a otevřen ke změně. Sociální pracovník musí projevovat empatii, vřelost, zájem a respekt směrem ke klientovi. Sociální práce s sebou přináší několik profesionálních zásad, se kterými vždy nemusí být v souladu. Jde zejména o objektivní profesionální náhled, respekt k rozdílům, úctu a zachování důstojnosti ke klientům, snahu aktivně zapojovat klienta do procesu, podporovat jeho dovednosti a jednat v souladu etického kodexu (Řezníček, 2000).

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažným duševním onemocněním, a proto je třeba k nim přistupovat všestranně, aby byly zohledněny všechny potřeby a přání dětí. Velmi doporučenou volbou při léčbě PPP je využití multidisciplinárních týmů (MDT), které jsou vytvářeny především z důvodu „řešení složitých a interdisciplinárních úkolů a naplňování individuálních potřeb uživatele služby“ (Tajanovská, 2015, s. 29). Multidisciplinární spolupráce různých odborníků pomáhajících profesí je vhodná při léčbě PPP, protože je k dispozici více osob a více profesních znalostí, které mohou společně pomoci k nalezení vhodného řešení (Holub, 2015). Existuje několik typů či druhů týmů, ale důležitým předpokladem je, že zahrnují odborníky z různých oblastí, kteří spolu kooperují (Matoušková a Vrabcová, 2015).

Důležitým členem týmu je bezesporu sociální pracovník, který by měl disponovat nejen sociálními kompetencemi, komunikativností, ale také ochotou ke spolupráci v týmu. Práce v týmu je složitým jevem a doporučuje se stanovení alespoň jednoho společného cíle nebo zájmu, se kterým se členové týmu ztotožňují a společně k cíli postupují. Profese sociálního pracovníka v praxi zahrnuje udržování úrovně odborného vzdělání prostřednictvím celoživotního vzdělávání, a tím získávání v průběhu času klíčových kompetencí⁶ (Tajanovská, 2015).

Při práci v MDT lze rozlišovat dvě schémata spolupráce, buď se jedná o kruhovou podporu, v němž všichni zúčastnění mají rovné postavení a pro efektivnější podporu by měly být součástí týmu i rodiče klienta. Druhé schéma spočívá ve spolupráci sociálního pracovníka a dítěte společně s jeho rodiči, čímž pracovník zaujímá vyšší postavení než ostatní odborníci, protože především hájí zájmy dítěte a rodiny. Stává se prostředníkem v léčbě a v případě potřeby je k dispozici rodičům, kteří se nemusí orientovat ve všech dostupných informacích. Ať je zvoleno libovolné schéma spolupráce, je třeba, aby mezi všemi členy týmu probíhala vzájemná komunikace. Každý odborník nese odpovědnost za svou roli v týmu včetně své odbornosti a profesionality. Základním principem v MDT je zaměření zájmu i na rodiče dítěte, kteří jsou nepostradatelnou součástí, protože mohou být nápomocni s informacemi, které dítě neříká nebo si je neuvědomuje (Jankovský, 2015).

Práce v týmu není vždy snadná, protože sdružuje několik odborníků z různých pomáhajících profesí a je nutné, aby každý člen byl otevřený dialogu, vnímal klientovy potřeby, sdílel zkušenosti, navrhoval kroky řešení, ale zároveň byl ochoten přijmout názor jiného odborníka. Výsledkem spolupráce nemá být prosazování své profese a svého názoru jako jediného správného, ale vzájemná dohoda pro nejlepší možné řešení v zájmu klienta (Holub, 2015). Mezi další komplikace se řadí etická dilemata, kterými jsou nejčastěji podle Kodymové (2015, s. 50) „*modely odborné praxe, postavení a moc, důvěrnost a sdílení informací a vztahy s externími agenturami*“.

⁶ Klíčovými kompetencemi v oblasti sociálních služeb jsou myšleny „*komunikativnost a kooperace, schopnost řešit problémy a tvořivost, samostatnost a výkonnost, odpovědnost, schopnost uvažovat a učit se a schopnost zdůvodňovat a hodnotit*“ (Tajanovská, 2015, s. 31).

5. Instituce na území České republiky poskytující pomoc při PPP

V České republice (ČR) je celá řada pracovišť, která jsou možná vyhledat při podezření na rozvíjející se onemocnění, byť přímo specializovaní na PPP je pouze Anabell, z. ú. jež je jediným poskytovatelem odborného sociálního poradenství a disponuje třemi poradnami napříč republikou. Na území ČR je taktéž možná podpora a pomoc ze stran pedagogicko – psychologických poraden, které fungují ve většině velkých měst nebo prostřednictvím organizací poskytující primární prevenci na základních a středních školách (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

Druhou kategorií tvoří psychiatrické kliniky fungující buď samostatně nebo při nemocnicích. Mezi nejvýznamnější lze zařadit:

- Psychologickou (Dětskou kliniku) Fakultní nemocnice Olomouc,
- Dětskou psychiatrickou kliniku ve Fakultní nemocnici v Motole,
- Psychiatrickou kliniku s jednotkami pro léčbu PPP ve Fakultní nemocnici Brno,
- Dětské oddělení – Psychiatrická nemocnice Bohnice,
- Psychiatrickou kliniku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (LF UK) a Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze, která úzce spolupracuje s E – clinic, což je institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění, který nabízí širokou škálu terapií či anonymní internetové poradenství,
- Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice Plzeň.

Za samostatně fungující kliniku je možné zmínit psychologické centrum Psychoterapie Anděl v Praze, které z nedostatku volné kapacity funguje pouze na objednání, ale poskytuje celou řadu služeb včetně rodinných a skupinových terapií (Psychoterapie Anděl, 2020).

Další v nabídce je Terapeutické centrum Liberec, které také poskytuje celou řadu služeb včetně individuálních a rodinných terapií nebo kliniku Adicare, jež je psychologickou a psychiatrickou klinikou dlouhodobě se věnující odborné terapii poruch příjmu potravy u dětí a mladistvým prostřednictvím individuální či skupinové terapie (AdiCare, 2023).

5.1 Anabell, z. ú.

Centrum Anabell, z. ú. působí v České republice již 20 let s hlavním sídlem v Brně, dále má svá kontaktní centra v Praze, které funguje již 15 let a v Ostravě. V rámci svých poboček nabízí velké množství služeb pro osoby s PPP včetně jejich rodičů a blízkých osob. Úzce spolupracují s řadou externích pracovníků jako jsou psychologové, odborníci s psychoterapeutickým výcvikem či nutriční terapeuti. Anabell je jediným poskytovatelem sociálních služeb v ČR v oblasti odborného sociálního poradenství pro PPP. Mezi navazující služby lze zařadit rodinnou či skupinovou terapii a nutriční poradenství. Dále je možné využít v případě akutní krize telefonickou krizovou pomoc na bezplatné lince Anabell nebo internetové poradenství.

V každém kontaktním centru je k dispozici konzultace s peer konzultantem⁷ a všechny tři pracoviště rovněž nabízí svépomocné skupiny, které vedou peer konzultanti, psychologové či jiní pověřeni pracovníci centra. Všechny poskytované služby jsou zajištěny multidisciplinární spoluprací několika odborníků. Kontaktní centrum v Brně, jakožto hlavní sídlo poskytovatele, navíc nabízí služby následné péče určené osobám starším 12 let, které již byly hospitalizované nebo využívaly ambulantní péči z důvodu PPP a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s nutnou podmínkou trvalého pobytu v Brně (Centrum Anabell, z. ú., 2023).

5.2 Dětské oddělení – Psychiatrická nemocnice Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice (PN Bohnice) je zdravotnické zařízení v Praze fungující při nemocnici a skládá se z třiceti šesti léčebných oddělení, v jehož rámci pro PPP u dětí je klíčové Dětské oddělení skládající se z příjmového oddělení pro chlapce a dívky ve věku od 10 do 18 let a z uzavřeného oddělení pro chlapce ve věku od 13 do 18 let. Hospitalizace dětí s PPP bývá v trvání několika měsíců, nicméně záleží na vážnosti zdravotního stavu. Součástí terapeutického programu, který vede psycholog a nutriční terapeut během hospitalizace, jsou režimová opatření, individuální a skupinová terapie, edukace a práce s rodinou. Dále se specializují na využívání ergoterapie, artherapie, muzikoterapie a hipoterapie při práci s dětmi. K dětskému oddělení je přidružena i základní škola, v níž je zaveden speciální program pro děti s psychickými poruchami spolu s klasickou výukou přiměřenou stavu dětí. Pokračování výuky dětí vzdělávaných na střední škole v rámci hospitalizace je možné nejčastěji v podobě individuálního plánu, který si zařizuje sám student nebo jeho rodiče (Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2023).

5.3 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze je zdravotnické zařízení v Praze fungující při nemocnici, v níž je zřízeno specializované Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Centrum poskytuje tři formy péče, mezi které se řadí lůžkové specializované oddělení pro léčbu PPP. Pacienti jsou zde hospitalizováni podle aktuální závažnosti svého zdravotního stavu, nicméně oddělení primárně funguje pro pacienty, pro něž je ambulantní péče nedostatečná nebo se potýkají i s dalším závažným onemocněním. Další formou je denní stacionář pro pacienty s PPP, který je k dispozici klientům každý všední den. Stacionář využívají především pacienti, u nichž se nejvíce zvýšená potřeba hospitalizace. V jeho prostorách se navíc pořádají docházkové a doléčovací skupiny, dále je možné navštěvovat klub pro rodiče, příbuzné a partnery anebo klub určený pro pacienta a zájemce o léčbu. Poslední formou péče je specializovaná ambulantní péče, která je k dispozici po předchozím objednání pro první kontakt dítěte s odborníkem (Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, 2023).

⁷ Peer konzultant je osoba, která má vlastní zkušenost s poruchou příjmu potravy a zprostředkovaný kontakt s klientem může vést k účinnější léčbě prostřednictvím sdílení pocitů, zkušeností, podpory a dodání naděje úspěšného zvládnutí nemoci.

B) PRAKTICKÁ ČÁST

6. Výzkumný projekt

Druhá polovina práce se věnuje metodologické části, jejímž úkolem je ověřit platnost výše teoreticky vymezených pojmů z dostupných zdrojů, jenž se věnují problematice PPP u dětských klientů. Prvním krokem pro zahájení výzkumného procesu je nutné identifikovat vyvstalý problém, následně formulovat výzkumnou otázku a případně blíže specifikující dílčí výzkumné otázky (DVO). Důležitou součástí je zvolení vhodných metod sběru dat, které se vážou k vybrané strategii výzkumu, zvolení jednotek zkoumání a zjišťování. Jednotkami zkoumání jsou myšlena zařízení, v níž bude probíhat realizace výzkumu a jednotkami zjišťování jsou zvolení účastníci výzkumného šetření. Poslední, velmi důležitou částí, jsou získaná data, které jsou nutné podrobit analýze a následně je interpretovat.

Výzkumný proces je potřeba zahájit určením problému a oblastí, kterým se budu věnovat. Hendl a Remr (2017) zdůrazňují, že je nutné uvést i důvod zvolení problému. V mém případě vznikla otázka týkající se důležitosti role sociálního pracovníka působícího v zařízeních, kde probíhá léčba dětí⁸ s PPP. Sociální pracovník při řešení PPP nepracuje sám, ale je součástí multidisciplinárního týmu společně s dalšími odborníky, což má taktéž vliv na jeho roli. Zdroj výzkumného problému se objevil studováním odborné literatury, v níž postrádám tuto oblast sociální práce dostatečně zmapovanou a probádanou.

6.1 Cíl výzkumu a hlavní výzkumná otázka

Jak bylo zmíněno, v prvé řadě jde o zjištění, jak může sociální pracovník pomoci a podpořit děti s PPP během léčby. S tím souvisí způsob vnímání sociálního pracovníka ostatními členy MDT při spolupráci. Cílem práce je dokázat si odpovědět na následující otázky, na jejichž základě formuluju hlavní výzkumnou otázku (HVO).

Hlavní výzkumná otázka:

Jak může sociální pracovník podpořit děti s poruchami příjmu potravy během léčby?

K této hlavní výzkumné otázce jsem se rozhodla ještě formulovat tři DVO, které více specifikují a rozvíjí HVO.

Dílčí výzkumná otázka 1:

Jak sociální prostředí dětí zasahuje do léčby PPP?

Cílem první DVO je zjistit, jak sociální prostředí dětí zasahuje do léčby PPP, jaký vliv má rodina, škola a zájmová činnost nebo kamarádství či partnerství. Jak sociální pracovník může přispět ke změně sociálního prostředí a co může provést, aby došlo ke změně sociálního prostředí.

⁸ Dítě podle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí se rozumí nezletilou osobou do 18 let.

Otázku týkající se sociálního prostředí jsem zvolila z důvodu, že velmi zásadním způsobem ovlivňuje život klienta s PPP. Prostředí, ve kterém vyrůstá a pohybuje se, ovlivňuje jeho názory, myšlení, chování a rozvíjí jeho osobnost. Přičemž sociální pracovník vyjadřuje snahu poznat a porozumět jeho sociálnímu prostředí během léčby a určitým způsobem se jej snaží ovlivnit.

Dílčí výzkumná otázka 2:

Jaké metody sociální práce využívá sociální pracovník při léčbě dětí s PPP?

Cílem druhé DVO je zjistit, jaké jsou způsoby podpory sociálního pracovníka, jaké mohou být využívány přístupy, metody a techniky SP při léčbě. Jak sociální pracovník hodnotí přístup dítěte, který je příjemcem podpory.

Otázku týkající se způsobů podpory jsem zvolila z důvodu, že každá využitá metoda, přístup nebo technika SP, které využívá sociální pracovník nebo celé zařízení jinak ovlivňuje léčbu PPP.

Dílčí výzkumná otázka 3:

Jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?

Cílem poslední DVO je zjistit, jakou roli hraje sociální pracovník působící jako jeden z odborníků v multidisciplinárním týmu a jaké jsou jeho kompetence v týmu. Zda je nepostradatelným členem týmu a s jakými dalšími členy musí spolupracovat. Za co je v práci v MDT zodpovědný a jak vypadá jeho práce v týmu. Zda-li se objevují nějaké komplikace ve fungování v týmu a jestli je něco, co by sociální pracovníci chtěli změnit.

Otázku týkající se role sociálního pracovníka v MDT jsem zvolila z důvodu, že se využití multidisciplinárního týmu při léčbě PPP jeví jako velmi efektivní způsob a zajímá mě, jakou roli v něm hraje sociální pracovník a jak vypadá jeho spolupráce s ostatními odborníky, se kterými spolupracuje.

6.2 Metodologie

Jelikož jsem již vymezila znění HVO a třech DVO, je možné zvolit strategii výzkumu, jenž povede k jejich nejpřesnějším odpovědím. Hendl a Remr (2017, s. 27) vysvětluje strategii výzkumu jako „*množinu filozofických a teoretických přesvědčení výzkumníka, která mohou ovlivnit rozhodnutí o plánu výzkumu a výběru specifických metod získání dat a jejich analýzy*“. Mezi dvě hlavní strategie se řadí kvalitativní a kvantitativní výzkum, přičemž kombinací obou dvou vznikne výzkum smíšený.

Podle typu zformulovaných výzkumných otázek jsem se rozhodla pro aplikování kvalitativního výzkumu, který je definován Creswellem (1998 cit. podle Hendla, 2008, s. 48) jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému*“. Zvolila jsem ho z důvodu, že se budu zaměřovat na život lidí, jejich rozhodnutí a chování, které mohou ovlivňovat jejich činy nebo vztahy (Strauss a Corbinová, 1999). Na základě získaných dat budu schopná detailněji porozumět sociálním pracovníkům, kteří pracují s dětmi s PPP.

6.3 Metody a techniky sběru dat

Každá výzkumná strategie má své nejčastěji využívané metody sběru dat, konkrétně u kvalitativního výzkumu se jedná o rozhovory a pozorování, ale k dispozici jsou i dokumenty, knihy, videokazety a další. Zvolené metody by podle Hendla a Remra (2017) měly dokázat zachytit svět, tak jak je vidí účastníci a zvládnout popsat kontext situace. Nezbytné pro správnou volbu metod jsou informace, které chce výzkumník zjistit. Pro mé výzkumné šetření bude nejvíce vhodný rozhovor spojený s pozorováním.

6.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je základní technikou práce ve všech pomáhajících profesích a podle Novotné a Schimmerlingové (1992, s. 57 – 58) „slouží k poznání a zhodnocení sociálních obtíží klientů.“ Podle Miovského (2006) nelze považovat rozhovor za úspěšně zvládnutý nejen ve chvíli, kdy se výzkumník naučí správně vést rozhovor, ale zejména pokud je schopen s pomocí pozorování, jako další metodou sběru dat, přinést pro výzkum maximum.

Pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, jenž je Miovským (2006) považován za nejčastěji využívanou podobu rozhovoru, ač je technicky náročnější na přípravu v podobě předem připravených otázek, ale při samotné realizaci rozhovoru je možné jejich pořadí měnit podle uvážení a potřeby.

Vedení polostrukturovaného rozhovoru bylo pro mě novým zážitkem a myslím si, že u prvního rozhovoru jsem byla spíše pasivnější a příliš neinteragovala na možné doplňující otázky, které jsem si uvědomila až zpětně. Nicméně při dalších rozhovorech jsem se snažila z chyb poučit a doptávat se na témata, která z komunikace vyplývala. Všechny rozhovory proběhly spontánně a uvolněně a po ukončení rozhovoru jsem nahrávku přepsala do textového dokumentu.

6.3.2 Zúčastněné pozorování

Pozorování je velmi ceněnou metodou sběru dat, protože jeho prostřednictvím je možné zachytit mnohem více informací, které by mohly být důležitou součástí a mohly by doplnit získaná data z rozhovoru. Pozorování podle Miovského (2006, s. 142) „patří spolu s rozhovorem mezi vůbec nejstarší metody získávání psychologických poznatků.“ Lze ho členit do několika typů, může být skryté či naopak zjevné nebo nezúčastněné či naopak zúčastněné. Pro potřebu výzkumného šetření jsem zvolila zúčastněné pozorování jako druhou metodu sběru dat, které je podle Miovského (2006, s. 152) jedno z „forem pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje a stává se součástí jevů, tzn. že je jedním z aktérů“. Většinou probíhá v přirozených podmínkách a je třeba se zaměřovat jen na relevantní skutečnosti mající rozhodující význam při zkoumání. Důležité je psaní poznámek během pozorování, které po skončeném úseku je potřeba zkompletovat, aby nedošlo k zapomenutí podrobností, jež by mohly být klíčové.

Miovský (2006) řadí mezi výhody zúčastněného pozorování přímé navázání s účastníky a jevy, čímž je možné dosáhnout velmi pravdivý a vypovídající vhléd do situace. Naopak mezi nevýhody je potřeba uvést časovou a psychickou náročnost pozorovatele, a navíc může výzkumník svými chováním změnit nebo případně vytvořit události, které by se jinak nestaly.

Během rozhovorů jsem se snažila o aplikování zúčastněného pozorování, nicméně dva rozhovory probíhaly online⁹, tudíž nebylo možné si příliš všimnout prostředí. Rozhovory probíhaly po celou dobu jejich trvání nerušeně a časově byly přizpůsobeny oběma stranám, aby nedošlo k narušení navázaného vztahu. Na počátku každého rozhovoru jsem se snažila navázat formální vztah s dotazovanými a současně jsem se snažila o zmapování místnosti a případných osobních předmětů, které byly k dispozici.

6.4 Operacionalizace

Dalším nezbytným krokem po konceptualizaci, jenž zahrnuje formulování HVO a DVO je operacionalizace, která je nezbytná při aplikaci samotného výzkumu. Podle Hendla a Remra (2017, s. 57) se jedná se o „*přesný návrh procesu měření jednotlivých teoretických konstruktů použitých v teoretických úvahách a při formulaci výzkumných cílů a výzkumných otázek.*“ Dílčí výzkumné otázky slouží ke snadnějšímu nasměrování pro nejvýstižnější formulování otázek do rozhovoru. Pro přehlednost uvádím znovu znění DVO a k nim zformulované otázky.

Dílčí výzkumná otázka 1:

Jak sociální prostředí dětí zasahuje do léčby PPP?

- Jaké problémy nejčastěji řešíte s klienty?
- Na co se zaměřujete při řešení problému?
- Co bývá v sociální situaci klientů nejsložitější?
- Zapojuje se do léčby PPP rodina či škola?
- Jakým způsobem se zapojuje rodina do léčby?
- Jakým způsobem se zapojuje škola do léčby? Hraje nějakou roli?
- Mají na klienty vliv kamarádi? Jaký vliv na ně mají?
- Mívají klienti navázané partnerské vztahy? Jak může partner pomoci?

Dílčí výzkumná otázka 2:

Jaké metody sociální práce využívá sociální pracovník při léčbě dětí s PPP?

- Jak můžete podpořit klienta během léčby?
- Jaké přístupy využíváte při práci s klienty?
- Jaké techniky využíváte při práci s klienty?
- Domníváte se, že se liší podpora poskytovaná sociálním pracovníkem podle typu zařízení, kde pracujete?
- Jak byste ohodnotil/a přístup klienta, který se léčí s PPP?

⁹ Dva rozhovory byly uskutečněny přes platformu Google Meet z důvodu vzdálenosti.

Dílčí výzkumná otázka 3:

Jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?

- Jakou roli zastáváte v multidisciplinárním týmu?
- Z jakých dalších pracovníků se u Vás skládá multidisciplinární tým?
- Jak probíhá práce v týmu?
- Jaké jsou vaše kompetence v týmu?
- Cítíte se důležitým a nepostradatelným pracovníkem, když pracujete v multidisciplinárním týmu?
- Je práce v týmu vždy bez jakýchkoliv komplikací? Se kterými pracovníky je spolupráce v týmu komplikovaná a se kterými naopak není?
- Chtěli byste něco změnit při práci s dalšími pracovníky?
- Zasahují do Vaší práce v týmu i nějaké jiné instituce či zařízení?

6.5 Výběr jednotky zkoumání a jednotky zjišťování

Jednotkami zkoumání jsou definována zařízení, ve kterých bylo výzkumné šetření provedeno. Rozhodla jsem se pro dvě zařízení, přičemž každé z nich poskytuje jinou formu služeb pro pacienty s PPP. Jako první zařízení jsem zvolila Psychiatrickou nemocnici Bohnice v Praze, která v rámci dětského oddělení poskytuje dětem s PPP lůžkovou zdravotní péči. Dětské oddělení se skládá z příjmového oddělení pro chlapce a dívky a z uzavřeného oddělení pro chlapce. Součástí terapeutického programu jsou individuální a skupinové terapie, práce s rodinou a využívání ergoterapie, arterapie, muzikoterapie či hipoterapie.

Druhou jednotkou zkoumání jsem zvolila Kontaktní centrum Anabell, z. ú. v Praze, v níž jsem absolvovala povinnou školní praxi v roce 2021. Anabell je jediným přímým poskytovatelem sociálních služeb pro osoby s PPP formou ambulantních služeb s pobočkami v Praze, Brně a Ostravě. Jejím zaměřením je odborné sociální poradenství pro osoby s PPP. Další formou pomoci jsou rodinné terapie či svépomocné skupiny pro klienty nebo i pro jejich rodiče či osoby blízké, poněvadž pro ně celý proces léčby je také velmi náročný. V současné době jsou jejich nabízené služby velmi přetížené a lhůta na objednání je minimálně čtyři měsíce (Centrum Anabell, z. ú., 2023).

Jednotky zjišťování jsem si zvolila metodou záměrného výběru, někdy též nazývaného účelového výběru. Podle názvu je zřejmé, že se jedná o výběr s určitým záměrem se snahou nalézt osoby splňující předem nastavená kritéria výzkumníkem. Lze rozlišovat čtyři druhy, nicméně já si zvolila prostý záměrný (účelový) výběr, který spočívá ve výběru účastníků splňující daná kritéria spolu se souhlasem k zapojení do výzkumného šetření (Miovský, 2006).

Mým hlavním kritériem pro výběr zkoumaného vzorku bylo splnění podmínky odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka vyplývající ze zákona o sociálních službách. Potřebnou odbornou způsobilostí je myšleno „vyšší odborné vzdělání získané (...) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární

práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo jde o vysokoškolské vzdělání získané studium v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku (...)“ (§ 110 odst. 4 zákona č. 108, 2006 Sb., o sociálních službách). Dalším kritériem bylo splnění podmínky, aby se zkoumaný vzorek skládal pouze ze sociálních pracovníků či sociálních pracovníc vykonávající svou profesi ve zvolené jednotce zkoumání minimálně jeden rok a přicházejí do přímého kontaktu s dětmi s PPP.

Po vyhodnocení všech tří kritérií se jednotkami zjišťování staly tři sociální pracovnice ze dvou pracovišť Anabell, z. ú. pro získání objektivního náhledu na problematiku a z PN Bohnice splnila kritéria jedna sociální pracovnice působící na dětském oddělení.

6.6 Popis zkoumaného vzorku

V průběhu ledna letošního roku jsem kontaktovala jednu z poboček Anabell, z. ú., ve které jsem působila půl roku v rámci školní praxe. Bylo mi sděleno, že k dispozici je pouze jedna sociální pracovnice, která splňuje má definovaná kritéria. Při hledání účastníků či účastnic jsem pokračovala kontaktováním vedoucích pracovníc zbývajících poboček Anabell, z nichž u obou jsem se dočkala kladných odpovědí. Z další pobočky se nabídly na spolupráci dvě sociální pracovnice splňující kritéria a z poslední pobočky se nabídla jedna sociální pracovnice, nicméně nesplňovala jedno z kritérií, proto nemohla být zahrnuta do výzkumného šetření. Z povahy zařízení se výzkumu účastnily tři zástupkyně ambulantního zařízení a čtvrtou účastnicí splňující všechny kritéria se stala sociální pracovnice jakožto zástupkyně lůžkového zařízení.

Níže uvádím bližší specifikaci zvolených účastnic včetně délky působení ve vybraném zařízení spolu s krátkým popisem vykonávané pozice v zařízení. Účastnicemi výzkumu jsou pouze ženy, protože ani v jednom zařízení nepůsobí muž na pozici sociálního pracovníka.

Účastnice rozhovoru č. 1: K

První účastnicí rozhovoru byla žena, která v rámci Anabell, z. ú. pracuje již sedm let, nejdříve působila v jiné pobočce na pozici sociální pracovnice, následně pobočku několik let vedla, poté se přestěhovala do jiného města, kde opět nastoupila na pozici sociální pracovnice a v současné době je vedoucí sociální pracovnící. Navíc vykonává pozici adiktoložky a terapeutky v rámci zařízení.

Účastnice rozhovoru č. 2: V

Druhou účastnicí byla žena, která v rámci Anabell, z. ú. pracuje také již sedm let, krátce po nastoupení působila jako peer konzultantka, poté začala působit i jako sociální pracovnice a v současné době vede jednu z poboček.

Účastnice rozhovoru č. 3: Ž

Třetí účastnicí byla žena, která v rámci Anabell, z. ú. pracuje nejkratší dobu ze všech dotazovaných žen, konkrétně čtyři roky. Vykonává pozici sociální pracovnice, na kterou nastoupila krátce po absolvování magisterského studia na vysoké škole.

Účastnice rozhovoru č. 4: I

Čtvrtou účastnicí byla žena, která v rámci dětského oddělení PN Bohnice pracuje na pozici sociální pracovnice již 10 let a ve zdravotnictví se pohybuje celkem 23 let.

6.7 Etické aspekty výzkumného šetření

Etika ve výzkumu v sociální práci je nedílnou součástí, na kterou je potřeba klást velký důraz. Výzkumné šetření získává informace od osob, tudíž je potřeba dodržovat zásady etického jednání. V jakékoliv výzkumné činnosti musí být zajištěna práva všech účastníků výzkumu a výzkumník by měl dodržovat i obecné základní etické zásady. Jako příklad je možné uvést konání dobra, úcta k osobám, měl by být schopen empaticky vnímat a zdravě usuzovat, protože sociální práce je založena na respektu a důstojnosti všech lidí (Littlechild, 2014). Mezi etická pravidla chránící účastníka výzkumu se řadí souhlas s účastí pomocí poučeného informovaného souhlasu s právem být informován o celém průběhu šetření a s možností kdykoliv ukončit svou účast. Pokud v průběhu šetření byla účastníkovi zatajena jakákoliv informace, výzkumník je povinen, co nejdříve vysvětlit své jednání, čímž dochází k omezení informovaného souhlasu. Taktéž je velmi důležité zajistit ochranu soukromí a osobních údajů účastníků, která musí být v souladu s platným zákonem¹⁰ a zamezit přístup neoprávněným osobám ke zneužití získaných dat (Miovský, 2006).

Účastnice výzkumu jsem informovala na začátku rozhovoru ohledně etických aspektů výzkumného šetření, se kterými posléze souhlasily. Svůj souhlas stvrdily podepsáním informovaného souhlasu (*Příloha č. 3*), jehož vzor přikládám a originální dokumenty jsou k možnému nahlédnutí. Zaručila jsem se, že data budou využita výhradně k výzkumným účelům bakalářské práce a nebudou zneužity ani šířeny bez jejich vědomí.

6.8 Realizace sběru dat

Realizace sběru dat probíhala v rámci třech měsíců, konkrétně v období ledna až března 2023, kdy jsem postupně kontaktovala vedoucí poboček Anabell, z. ú. v Praze, Brně a Ostravě a později i vedoucí zdravotně-sociální pracovnici PN Bohnice. V obou zařízeních jsem se dočkala kladných odpovědí a následně jsem si domluvila termíny rozhovorů podle časových možností sociálních pracovnic. První tři rozhovory se uskutečnily v krátkém časovém rozpětí a poslední rozhovor asi o jeden měsíc později, z nichž dva rozhovory byly realizovány osobní formou a zbývající dva online formou, jelikož se pobočka nachází mimo Prahu.

¹⁰ Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Účastnice výzkumu jsem na počátku rozhovoru seznámila s tématem bakalářské práce včetně jejích cílů, dále jsem účastnicím představila znění třech DVO jako třech oblastí, ze kterých se rozhovor skládá. Po tomto úvodu jsem zapnula diktafon a začala pokládat jednotlivé otázky, případně intuitivně i doplňující otázky podle potřeby. Na konci všech rozhovorů jsem každé účastnici poděkovala za věnovaný čas a zastavila nahrávání a zvukovou nahrávku přepsala do písemné podoby. Získaná data jsem dále zpracovávala tématickou analýzou, jež představím níže.

6.9 Metoda analýzy dat

Pro svoji práci jsem použila často využívanou metodu tématické analýzy, kterou definuje Braun a Clarke (2006, s. 79) jako „*metodu pro identifikaci, analýzu a vykazování témat v datech*“. Při postupném procházení textu se začnou vynořovat témata, která se jím budou prolínat v různých formách, nicméně do souhrnu odkazují na určitou myšlenku (Hendl, 2016). Tématická analýza dává přednost hloubkovému porozumění danému jevu než ostatní analytické metody a její velkou výhodou je bezpochyby pružnost.

Rozhodla jsem se přistupovat ke zvolené analýze induktivním způsobem, která spočívá v kódování a návrhu témat vyplývajících ze získaných dat (Hendl, 2016). Kódování podle Strauss a Corbinové (1999, s. 39) představuje „*operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby*“. Kroky tématické analýzy je možné realizovat ve chvíli, kdy se napříč daty začnou objevovat vzorce a zajímavá témata, jež se začínají opakovat. Jedná se o proces, který Hendl (2016) rozebírá do šesti po sobě jdoucích fází:

FÁZE 1 – seznámení s daty

V první fázi tématické analýzy jsem se seznámila se čtyřmi nahrávkami rozhovorů, které jsem si několikrát poslechla a následně přepsala do elektronické podoby technikou doslovné transkripce¹¹. V elektronické podobě jsem je několikrát přečetla a začala si všimnout opakujících se slov či slovních spojení, která vytvářela náznaky témat napříč rozhovory.

FÁZE 2 – generování počátečních kódů

Elektronicky zpracované rozhovory představují velké množství dat, proto jsem je začala zpracovávat a redukovat pomocí kódů do nově pojmenovaných jednotek. Tento postup se nazývá otevřené kódování, jež dále pracuje s nově vzniklými jednotkami textu v podobě vět nebo celého odstavce. Pro lepší přehlednost jsem si vytvořila tabulku s kódováním, v níž jsem zaznamenala číslo kódu skládající se z iniciálu jména účastnice a číslem jdoucím od jedné výše. Další sloupec obsahuje název kódu většinou v podobě slovního spojení vystihující označenou jednotku. Poslední sloupec obsahuje zkopírované věty nebo odstavce vztahující se ke kódu, pro ukázkou kódování příkládám tabulku (*Příloha č. 4*) mezi přílohy. Postupným kódováním textu se začaly některé pasáže opakovat,

¹¹ Doslovná transkripce je technika zaznamenávající mluvený projev včetně nespisovných slov, opakujících se slov či přereknutí.

proto bylo možné kombinovat více kódů do jednoho nebo vytvářet nové. Na konci fáze jsem byla již schopná navrhnout témata a získávat vztahy mezi daty.

FÁZE 3 – vyhledávání témat

Po otevřeném kódování jsem pokračovala v prohlubování vztahů mezi daty a podařilo se mi objevovat konkrétní témata prolínající se celým textem vztahující se k HVO a třem DVO. Tato témata jsem zasadila do širších celků včetně kódů a snažila se objevit souvislosti a vztahy mezi nimi. Na konci fáze jsem došla k několika hlavním tématům, jež se prolínaly celým textem.

FÁZE 4 – propracování témat a jejich revize

V následující fázi jsem se snažila o propracování již objevených témat z předchozí fáze. Vyskytly se i celky, které jsem následně rozdělila do dalších témat nebo naopak došlo k jejich sloučení. Tuto fázi je možné rozdělit do dvou úrovní, přičemž tou první je myšleno revidování získané jednotky, zda splňuje provázanost mezi tématy a jelikož jsem toto kritérium úspěšně splnila, mohla jsem postoupit do úrovně druhé, kde jsem validovala témata v získaných datech.

FÁZE 5 – vymezení a pojmenování témat

V předposlední fázi jsem se zvolená témata snažila vymezit a pojmenovat, abych si uvědomila, co témata přináší a co je jejich obsahem.

FÁZE 6 – příprava zprávy

Posledním krokem tématické analýzy je šestá fáze, ke které se váže sepsání závěrečné zprávy či diskuze shrnující získaná témata včetně propojenosti k HVO. Jednotlivá pojmenovaná témata níže představím a popíšu v návaznosti na přímé citace z rozhovorů.

7. Interpretace výsledků

Při analýze dat metodou tématické analýzy byla potřeba třídit velké množství dat do menších celků, v nichž se poté začaly objevovat společná témata. Celkem jsem roztřídila 14 hlavních témat, přičemž některá do sebe zapadla a finálním počtem bylo 11 témat. Ke každé DVO jsem definovala několik témat, která níže představím a poté celkově shrnu pro zodpovězení HVO.

7.1 Popis společných témat

DVO 1: Jak sociální prostředí dětí zasahuje do léčby PPP?

Pro znění první DVO jsem zvolila následujících šest témat, která shrnují počáteční kontakt sociálního pracovníka s dítětem přicházejícího i s druhotnými obtížemi než PPP. Dále jaký postoj zaujímá rodina při léčbě a jak se proměňují vztahy v jejím rámci. Jakým způsobem může škola reagovat na neobvyklé chování dítěte a jakou roli mohou hrát kamarádi, ať už v negativním, tak pozitivním smyslu, případně proměna vztahu s partnerem či partnerkou během nemoci.

Téma 1: PRVOTNÍ KONTAKT S KLIENTEM

Na samém počátku je třeba odlišit důvod příchodu klienta do zařízení. V případě přijetí dítěte do nemocnice bývá ohrožena zejména somatická stránka, nejprve je třeba zdravotní stav stabilizovat a postupně pracovat na obnově správných stravovacích návyků. Jedna z účastnic hovořila o poměrně náročném stavu, protože je potřeba najít kompromis mezi požadavky dítěte a požadavky odborníků.

„No většinou ty začátky jsou těžký [...], nejrady by se stravovali podle svejch nějakých kritérií, což samozřejmě není možný, takže se dostáváme do nějakého takového, potažmo konfliktu, [...], musí se najít nějaký kompromis [...], pak jak se ten stav zlepšuje a začíná se to tělo z toho jako fyzicky vzpamatovávat, a i po nějakých psychoterapeutických zákrocích, tak se ta spolupráce pak zlepšuje [...].“ (I7)

Úloha sociálního pracovníka v nemocnici spočívá v momentu přijetí dítěte k hospitalizaci, při němž je sepsána jeho anamnéza, ze které je třeba zjistit, zda bude potřeba intervence sociálního pracovníka. Po dobu několika letého působení na dětském oddělení mi však dotazovaná sociální pracovnice dodala, že u PPP během hospitalizace nebývá nutný zásah, ale v případě potřeby je dětem k dispozici.

„[...] první krok je pročíst anamnézu, zaprvé, co se týká rodinného prostředí, školní nějaký výuky a pokud mě tam něco zaujme, tak cíleně za tím jdu, pokud mě pak v průběhu té léčby zaujme něco [...], tak zase zatím cíleně jdu [...].“ (I5)

V případě ambulantního zařízení, kam dítě přichází, je úkolem sociálního pracovníka během prvních sezení zmapovat jeho situaci, vyloučit případné ohrožení zdraví, které by bylo potřeba řešit doporučením k hospitalizaci.

„Nejdříve to zmapujeme a pak hledáme nějaký konkrétní kroky k řešení, což znamená, že se snažíme toho klienta dobře zasíťovat, aby měl dobrou odbornou podporu.“ (K3)

Důležitým druhým krokem je kvalitní zasíťování klienta, čímž je myšleno zajištění dítěte náležitými odborníky jako je psychoterapeut, nutriční terapeut, psycholog, případně je možné kontaktovat pediatra, psychiatra nebo i gynekologa.

Téma 2: DUÁLNÍ PROBLÉMY K PPP

„Nejčastěji řešíme poruchy příjmu potravy a s tím související nějaké duální diagnózy nebo s čím se ten klient potýká, takže třeba sebepoškozování, úzkosti, deprese [...].“ (K2)

Při otázce, zda děti přicházejí i s dalšími obtížemi se všechny sociální pracovnice shodly, že ano přicházejí i s dalšími, vždy jde o minimálně dva a více problémů, které zažívají. Většina problémů se týká vzhledu těla, ať už nadbytkem nebo úbytkem tělesné váhy očima klientů spojených s výčitkami během konzumace jídla.

Během sezení je třeba pracovat na sebepřijetí či na práci s uvědomováním si své hodnoty. Může se objevovat i určitá forma sebepoškozování nebo je možný výskyt dalších poruch, čímž bývá zejména porucha autistického spektra nebo obsedantně kompulzivní porucha.

„No tak samozřejmě klient většinou přichází [...], že řekne, že má problém s jídlem nebo že se potýká s výčitkami po jídle či nějakým špatným vztahem sama k sobě jo, samozřejmě, někdy to je doprovázené šikanou.“ (Ž1)

Téma 3: POSTOJ RODIČŮ DĚTÍ PŘI LÉČBĚ

Rodinné klima má zásadní vliv na život dítěte s PPP, ovlivňuje dítě samotné a může být těžké pracovat s dítětem, které se navrácí do patologického prostředí a je zcela evidentní, že porucha se rozvíjí na základě špatných rodinných vztahů.

„Ehm [...] z mého úhlu pohledu je nejsložitější ta situace v celém tom rodinném a širším systému toho dítěte, jo že to pak má vliv na to dítě samotný a nedá se řešit, když vím, že dítě pochází z nějakého patologického rodinného prostředí a ta porucha příjmu potravy je symptomem toho systému, tak je těžký pracovat jen na tom dítěti, když vím, že se pak vrací do toho patologického systému.“ (K5)

Zapojení rodičů do léčby je možné rozlišit ve dvou rovinách, prvně se týká dětí ve věku do 15 let, s nimiž rodiče většinou přichází. Dále záleží na míře jejich zapojení, zda jsou v roli iniciátorů řešení vzniklé situace a jsou otevřeni zpětné vazbě, díky čemuž mohou být oporou pro své dítě nebo naopak zaujímají odmítavý postoj a nespolupracují. Na první sezení mohou sice s dítětem přijít, ale poté se distancují a často svému dítěti nevěří nebo tvrdí, že si vymýšlí.

„Ehm jako u těch mladších klientů, tak tam skutečně ty rodiče bývají přítomni, minimálně aspoň na prvním sezení, kde si jako vysvětlíme, co a jak jako by ty rodiny mohly dělat a na čem by mohly jako zapracovat, jak by se mohly navzájem podpořit [...], řešíme společně nějaké pokroky,

řešíme nějaká společná témata [...], hodně pracujeme na tom, aby se i ty vztahy zlepšily, a především na tom, aby se jako pochopily obě dvě ty strany [...].“ (V7)

Druhou rovinou jsou děti ve věku od 15 let do 18 let, které již zpravidla přicházejí sami bez doprovodu rodičů, ať z důvodu opět nespolupracující rodiny nebo spíše nechtějí, aby rodiče věděli o problému. V takovém případě je snaha sociálního pracovníka během sezení s dítětem mluvit a motivovat ho, aby se rodičům svěřil, nicméně je to čistě jeho rozhodnutí. Pokud se nepodaří motivovat klienta ke svěřeni se rodičům, může se svěřit blízkému kamarádovi nebo někomu, komu důvěřuje, ale v případě ohrožení života je potřeba informovat rodiče i bez jeho vědomého souhlasu, protože je nezletilý.

„Pak je druhá skupina, a to jsou dejme tomu ty 15 a více děti a ty už velmi často přicházejí sami, a i třeba ani nechtějí, aby ta rodina byla zapojena, takže tam je naší prací nějakým způsobem i motivovat třeba, aby se svěřili někomu blízkému.“ (K7)

V případě, že dítě najde odvahu svěřit se rodičům, většinou se poté rodina začne aktivně zapojovat a je možné iniciovat společná sezení, na kterých sociální pracovník zprostředkovává vzájemnou komunikaci, i z důvodu, že dítě neví, jak rodičům vysvětlit svoji situaci.

„Někteří naopak jako mají jako zájem to řešit jako dohromady, že opravdu jde vidět, že tam ta komunikace mezi tím rodičem a dítětem je zcela jako transparentní [...], berou si tam toho rodiče i třeba z důvodu, že to sami neumí třeba úplně jako vysvětlit, nebo to rodič úplně neví, jak třeba s tím svým dítětem jako komunikovat [...].“ (Ž5)

Během léčby v rodině dochází k výrazné proměně vztahů, ať už s rodiči nebo i se sourozenci, kteří mohou hrát velkou roli podporovatele v nemoci. Postoj rodičů může být na počátku nechápající vůči potřebám dítěte a prostřednictvím rodinné terapie je možné pracovat na změně postoje.

„Pak samozřejmě sociální stránka rodiny, kdy ta rodina se vlastně výrazně mění [...], ten vztah mezi rodičem a dítětem a mezi tím klientem a sourozencem, ten se taky jako proměňuje a najednou ten vztah bývá velmi intenzivní [...], proměňuje se ta role s rodiči, že často právě rodiče využívají nějakou spíš jako direktivní složku z počátku, ale že v průběhu [...] mohou i ty změny jako vést k lepšímu, k lepšímu vztahu, i ty rodiny pak dokážou více držet pospolu [...].“ (V5)

Téma 4: VČASNÝ ZÁCHYT PŘÍZNAKŮ PPP ŠKOLOU

Škola se nejčastěji zapojuje na počátku při rozpoznání poruchy, protože dítě většinu času tráví právě ve škole, proto je možné, že si učitel nebo spolužáci všimnou neobvyklého chování. Škola pod vedením učitele nebo výchovného poradce většinou kontaktuje rodiče nebo další odborníky, mezi které nejčastěji patří Anabell, z. ú., Orgán sociálně – právní ochrany dětí (OSPOD) či pedagogicko – psychologická poradna.

„ [...] škola tam může hrát významnou roli, jednat, že to můžou podchytit, přece jenom to dítě je v té škole jako mnohem více času tráví než doma [...], v té škole si toho obvykle všimnou

jako první, ale zároveň tam ta škola může tam hrát tu roli, pokud ten rodič to neřeší a už o tom ví, že ten problém je, tak mohou do toho přizývat i další složky [...].“ (V8)

Školy se snaží realizovat primární prevence pro včasné rozpoznání nejen poruch příjmu potravy, ale ve většině případů se stává, že až na základě případu si škola vyžádá prevenci, ale v té chvíli se jedná spíše o sekundární prevenci.

„[...] škola na základě nějakého případu klienta uspořádá primární prevenci pro celou jako třídu, ale je to spíš už taková sekundární prevence než primární a pak jsou někdy i jako učitelé [...], kteří volají s tím, že mají tu zkušenost, že tam mají to dítě a neví, jak s tím pracovat.“ (V8)

Téma 5: KAMARÁDI JAKO ZDROJ PODPORY PROTI SPOUŠTĚČI NEMOCI

Roli kamarádů u dětí s PPP je možné rozlišit buď v pozitivní rovině, ale i v té negativní, přičemž ta negativní se projevuje narážkami nebo posměšky na vzhled dítěte, což mu přináší velké trápení. Stahuje se do ústraní, uzavírá se do sebe a až se izoluje od ostatních, protože se s nimi necítí komfortně, čímž může zažívat pocity osamění.

„Ehm je to jako nějaká sociální izolovanost, tím, že třeba klienti už mají ten problém, tak ehm samozřejmě pro spolužáky jako ve škole [...], jsou jednoduše pro ty spolužáky jako divní [...], takže tam může takový ten pocit, že do toho kolektivu nepatřím [...].“ (V4)

PPP může přinášet i špatné vztahy s vrstevníky, kteří na počátku měli zájem kamaráda podpořit, ale z důvodu častých konfrontací přestávají mít zájem o přátelské pouto. Některé špatné vztahy mohou vyústit v šikanu, která se může přidat nebo stát u samotného zrodu rozvoje poruchy spolu s dalšími vlivy.

„[...] ve většině případů, to jsou klienti, kteří opravdu přichází o ty kontakty, že ti kamarádi už o to moc nestojí [...], takže najednou ten člověk má pocit, že je jako izolován a že přichází o to okolí, a to okolí, byť se ze začátku snažilo něco s tím dělat, nějak toho člověka začlenit, tak najednou už neví, co a jak [...].“ (V10)

Zároveň lze kamarády vnímat i v pozitivní rovině, většinou se jedná o skupinku nejbližších přátel, kteří dítě do ničeho nenutí a tráví s ním volný čas. Dítě s PPP může zažívat pocit, že není na poruchu samo a že v jeho životě je něco více než každodenní řešení nemoci. Díky kamarádům setrvává ve školním kolektivu nebo se do něj opět začleňuje.

„[...] pokud jako ten člověk má kolem sebe nějakého fajn člověka nebo více jako lidí, kteří ho chápou, podporují a nenutí ho do nějakých jako změn, [...], ale furt ho udržují [...] v tom jako normálním, jako životě [...], tak to je určitě jako pozitivní [...].“ (Ž7)

Dítě může být doprovázeno blízkými kamarády na sezení a poté počkat venku nebo se přímo zúčastnit sezení s ním, což mu přináší psychickou podporu, že má někoho, komu se může svěřit a kamarádi mu pomáhají překonávat strach a celkově motivovat k řešení situace.

„[...] třeba když se s těma klientkama bavíme, komu by se mohli svěřit, když je něco trápí, tak často právě říkají, že to je nějaká jako kamarádka, které by třeba mohly zavolat nebo mohli jako trávit čas s někým, kdo jim takhle dokáže pomoci a často to právě bývají ti kamarádi [...].“ (V11)

Téma 6: PROMĚNA PARTNERSKÉHO VZTAHU BĚHEM LÉČBY

Otázka směřovaná na navázaný partnerský vztah u dětí, případně jeho vliv během léčby, je spíše pravidlem dětí nad 18 let s hlubším významem, ale v některých případech mají děti navázané vztahy již od 15 let, nicméně ve většině případů končí rozchodem během léčby. Důvodem rozchodu bývají zejména narážky či posměšky ze strany partnera, které podřívají sebevědomí dítěte.

„[...] v tom negativním smyslu, se můžou stát takové ty narážky jako od toho partnera, že jo ve stylu, no tady prostě zakulatil se ti jako zadek, vyrostly ti jako stehna [...] není to jako úplně fakt dobrý pro toho jako člověka..“ (Ž11)

V několika málo případech, ale může přijít od partnera podpora, což vzájemný vztah posílí. Partner může být jeden z prvních, kteří si všimnou změn na postavě nebo ve stravovacích návycích.

„[...] někdy to je právě ten partner, co si třeba jako všimne, že ne všechno, jakože úplně jako ok [...], tak samozřejmě ten už jako může jako všimnout, že třeba nejlí, tak jak by měla [...] a třeba je s ní schopen o tom jako v pohodě jako mluvit a být jako podporou.“ (Ž10)

Partner může být pro osobu oporou a motivací k řešení situace, může klienta či klientku doprovodit za sezení a pomáhat se zvládnutím dohodnutých kroků ze sezení.

„[...] v rámci té spolupráce můžeme dojít jako k takovým jako krokům, kde vlastně jako zaukolujeme toho tohle jako partnera, aby vlastně klientce pomohl v tomhle tom udělat ty kroky, které třeba pro ni samotnou můžou být jako těžké [...].“ (Ž10)

Klientka se může obávat před partnerem otevřít téma poruch příjmu potravy, nicméně často dochází, že se jednalo o zbytečné obavy, protože je naopak otevřen pro nabídnutí pomoci.

„[...] pro ty klienty to partnerství v těch 15 až 18 hraje jako významnou roli i v tom jako strachu z toho, co když se jako změní ta moje postava, co když mě tam můj jako partner a opustí [...].“ (V12)

DVO 2: Jaké metody sociální práce využívá sociální pracovník při léčbě dětí s PPP?

Pro znění druhé DVO jsem zvolila následující dvě témata, která se zabývají přístupem k dítěti včetně volených technik a metod. Druhé téma přináší porovnání podpory sociálního pracovníka podle zařízení, ve kterém působí.

Téma 1: INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP K DÍTĚTI

Ke každému dítěti je potřeba přistupovat individuálně podle jeho aktuálních potřeb a přání, protože je jedinečný a originální. Není možné definovat jeden konkrétní postup, který by byl možný

interpretovat na všechny děti s PPP. Nejvýstižněji lze použít termín individuální přístup nebo přístup zaměřený na člověka, který staví právě na individualitě každého jedince. Klient je sociálními pracovníky považován za jediného a nejlepšího experta na svůj problém a zkompetentňuje ho pro nastavené dílčí cíle a kroky zajišťující postup k uzdravení.

„Jo jako obecně nejčastěji jako používáme nějaký přístup orientovaný jako na člověka, jo že, opravdu se snažím pracovat individuálně podle jeho potřeb, podle jeho jako schopností [...], snažíme se samozřejmě ať hlavní aktér je samotný jako ten klient [...].“ (Ž13)

Některé dítě vyžaduje zvolení přístupu zaměřeného na úkoly, který spočívá ve společném nastavování úkolů na příští sezení. O jejich zvládnutí příště diskutuje se sociálním pracovníkem, zda se podařilo úkol splnit, jaké bylo jeho plnění nebo se naopak nepodařilo dosáhnout cílů, a tedy co vedlo k jejich nesplnění. Někdy je třeba přistoupit k formě direktivního přístupu, pokud sociální pracovník vyhodnotí jeho potřebu, ale jelikož se dítě účastní sezení dobrovolně, může je kdykoliv, v případě nezájmu, ukončit.

„[...] třeba u některých klientů, kteří opravdu potřebují trošku jako direktivnější přístup, tak je to spíš možná jako takový ten jako úkolově zaměřený [...], třeba mu fakt jako víc jako direktivně ji pomáháme stanovovat nějaké ty jako kroky, ale samozřejmě my se fakt snažíme nejvíc zkompetentňovat jako toho klienta [...].“ (Ž14)

Ekvivalentně jako u volení přístupů je tomu i u technik využívajících se při léčbě PPP, protože každé dítě je jedinečné a je potřeba při jejich volbě vycházet z individuálních potřeb a stavu dítěte.

„[...] jde hodně podle toho s čím přichází klient a pak hledají vlastně ty techniky, vlastně šijou trochu na míru, co ten klient potřebuje [...].“ (K15)

U některého z dětí je možné využít techniku jídelních záznamů, nicméně u jiného by mohlo dojít k patologickému chování. Často využívanou technikou je zázračná otázka, jež má za cíl navodit atmosféru zázraku a prostřednictvím otázek se sociální pracovník dotazuje, co by klient udělal, kdyby se přes noc stal zázrak. Obdobnou technikou jsou prsty vděčnosti, přičemž každý prst představuje jednu vděčnost klienta.

„Mám pocit, že úplně jako asi nejčastější technika se používá podle mě zázračná otázka [...], ta se používá hlavně když jako máme dojem, že ten klient se jako přizpůsobuje té poruše příjmu potravy a je to takové to navození takové té jako atmosféry [...].“ (V17)

Další možnou technikou je všímavé jezení, které lze aplikovat i mimo sezení. Jedná se o techniku zaměřenou na jídlo, při které se dítě snaží pojmenovávat vůni jídla a vyvolávané pocity či emoce. Techniku lze využít ve chvíli, kdy hrozí záchvat přejídání, čímž může pomoci oddálit nebo přerušit záchvat přesměrováním na jiné myšlenky. Podobným způsobem funguje i technika zvědomování si samotné poruchy, která spočívá v zaměření se na emoce spojené s akutním stavem nemoci a zvolení si alternativní činnosti, jež oddálí nebo přeruší záchvat.

„[...] u přejídání a bulimie hodně pomáhá jako všímavé jezení to jako zaměřit se na to kdy to jídlo jím, jak se u toho cítím, vychutnávat si to jídlo, jak vypadá, jak voní, aby právě se oddálil ten záchvat a u třeba poruchy příjmu potravy jako mentální anorexie může pomáhat i jako společné jezení [...]. (V18)

Dítě často při prvním setkání v ambulantním zařízení ještě nemá žádné zkušenosti s terapií, což znamená, že nevnímá své potřeby a emoce, a proto je třeba klienta naučit se je uvědomovat. Skvělou volbou u akutních případů jsou relaxační techniky, do kterých je možné zařadit různá dechová cvičení s cílem zpřítomnit klienta a pracovat s jeho úzkostí. Během hospitalizace sociální pracovník při práci s dítětem techniky nevyužívá, to je záležitost psychologa nebo nutričního terapeuta.

Téma 2: PODPORA OD SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PODLE TYPU ZAŘÍZENÍ

Při položení otázky sociálním pracovnícím, zda vnímají odlišnou poskytovanou podporu podle zařízení, jednoznačnou odpovědí bylo, že se podpora významně liší. Vnímáním důvodem je zcela odlišná role včetně jiné náplně práce. Z pohledu stráveného času s klientem by se dalo předpokládat, že léčba v nemocnici bude pro dítě přínosnější, intenzivnější a celkově komplexnější. Intenzivnější je bezpochyby oproti ambulantnímu, zejména ze strany lékařů a psychologů, ale sociální pracovník přichází do kontaktu s dětmi pouze ve chvíli, když se u nich objeví problém plynoucí ze sociálního prostředí nebo obecně na podkladě sociální problematiky.

Zpětné vazby od hospitalizovaných dětí taktéž dokládají, že příliš podpory od sociálního pracovníka nevnímaly a sama mi to potvrdila i sociální pracovnice z lůžkového zařízení s vysvětlením, že je v nemocnici velké množství dětí s různorodými poruchami a zrovna děti s PPP většinou nevyžadují její zásah.

„[...] ve chvíli, kdy z té anamnézy nevidím žádnéj jako pro sebe danej úkol nebo něco, co by se mělo řešit, tak nepátrám po důvodu onemocnění toho dítěte [...].“ (I1)

Sociální pracovník pracující v nemocnici má jinou roli a není běžně k dispozici všem dětem, se kterými by si mohl povídat. Často bývá kombinací zdravotně-sociálního pracovníka a více tíhne ke zdravotní stránce profese, přičemž je potřeba zajistit akutní stav dítěte a dále má spíše administrativní roli pro jejich přijímání a propouštění.

„[...] u nás je to opravdu ošetření akutního stavu, zaměřit se na tu výživu, ehm obnovit vlastně stravovací návyky, dohled na to, kolik jí, jaký, složení stravy [...].“ (I6)

Sociální pracovnice z lůžkového zařízení vnímá odlišnost své práce oproti roli v ambulantním zařízení, z důvodu domněnky většího prostoru pro děti a obecně větší motivace k léčbě PPP, jelikož jsou u dítěte uspokojené základní fyziologické potřeby.

„[...] v tom ambulantním zařízení mají na to daleko víc času a ten [...] klient už je v nějakým kompenzovaným stavu, kdy se můžou zaměřit i na ty jako širší okruhy, který ho ovlivňují [...].“ (I6)

Při ukončování hospitalizace, která v případě PPP převážně trvá několik měsíců, je třeba klienta napojit na ambulantní zařízení, kde bude dítě dále sledováno a podporováno v dalších krocích. Případně se doporučuje navázání s OSPOD, pokud hrozí zhoršení stavu v domácím prostředí.

„Když se propouštěj a ten stav [...] se dotáhne [...] do toho zdárného finále [...], tak se dítě navazuje i s rodičema na nějakou ambulantní, většinou rodinnou terapii, navazují se na výživového poradce [...], ale když je to ukončováný předčasně [...], a pokud mají lékaři tady obavu o to, že by ten stav se mohl hodně rychle doma zdekompenzovat [...], tak se může stát, že [...] zažádám na ospodu o monitorování rodiny [...].“ (I3)

Ze získaných informací lze tvrdit, že sociální pracovník v ambulantním zařízení má více prostoru pro klienta, protože pracuje během sezení pouze s jedním dítětem a věnuje mu po celou dobu svou pozornost. Významnou odlišností bývá dobrovolné docházení na sezení, přičemž dítě má větší motivaci svůj problém řešit než během hospitalizace, kde může být i proti své vůli.

„[...] klienti k nám chodí ve většině jako dobrovolně, že chodí buďto sami jako ze sebe, že chtějí. Někdy se stane, že opravdu přijdou jako s donucením rodiče [...], ale mám pocit, že jak se s nima jako bavíme a vysvětlujem, že vlastně jako nemusí, tak najednou jako vnímají, že mají nějakou možnost volby [...].“ (V21)

Při dobrovolném docházení však hrozí ztráta aktivního zapojení dítěte, protože většinu času stráví mimo sezení a v reálném světě musí fungovat sám za sebe, což může dítěti přinést častější selhání nebo ztížení stavu než při hospitalizaci, při které je pod neustálým dozorem.

„[...] ten člověk jako funguje, fakt reálně jako úplně jako sám za sebe [...], my jsme tady spolu hodinu a půl času jako na sezení, ale vy jste pak ten, co vlastně jako dělá ty změny v tom reálném jako v životě [...].“ (Ž17)

DVO 3: Jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?

Pro znění třetí DVO jsem zvolila následující dvě témata, která se týkají využití multidisciplinárního týmu během léčby PPP a jeho složení. Druhé téma se věnuje roli sociálního pracovníka jako odborníka při léčbě PPP, jeho roli v týmu a případným vzniklým konfliktům mezi odborníky.

Téma 1: VYUŽITÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Využití multidisciplinárního týmu při léčbě PPP je naštěstí naprostou samozřejmostí u obou typů zařízení, v nemocnici je více formalizovaný, nicméně i v ambulantním zařízení jím disponují. Multidisciplinární tým v Anabell, z. ú. je možný rozlišit na užší a širší, přičemž v užším je zahrnut psycholog, peer konzultant, nutriční terapeut, psychoterapeut a sociální pracovník. Do širšího týmu je možné navíc zařadit rodiče dítěte, pediatra, gastroenterologa, učitele, gynekologa a další

odborníky. Zařazení dalších odborníků je dále v individuálním měřítku každého klienta. Multidisciplinární tým v PN Bohnice disponuje klasickým rozvržením, v podobě začlenění lékařů, psychologů, zdravotních sester, sociální pracovníce a externě i nutriční terapeutky. Důležitým krokem na počátku sestavení týmu je správné nastavení a vydefinování role každého ze členů.

„Jo, rozhodně si myslím, že by to mělo být jako hnedka na začátku vymezení si nějakých jako jasných rolí a tak, aby to bylo jako pro všechny jasné, aby všichni věděli, od čeho tam jsou, proč tam jsou [...].“ (V35)

Každý tým funguje na jiném principu, ale u obou zařízeních je nastaven do varianty, ve které se klient schází v jeden čas pouze s jedním z odborníků a ti si dále předávají informace na pravidelných setkáních. Nebývá příliš časté, že by klient přicházel najednou do kontaktu se všemi členy týmu.

Téma 2: ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Profese sociálního pracovníka je velmi přínosná pro děti s PPP, protože jde o pracovníka s odborným vzděláním. Působí jako komplexní pracovník, jenž by měl mít přehled o komunitě a o nabízených službách v jejím rámci, čímž by měl být schopný klienta propojovat se službami podle potřeby a předávat kontakty na další odborníky. Zároveň ho lze považovat za lidského pracovníka vnímající a respektující klientovy potřeby. Má vyhraněný čas během sezení pro jednotlivé klienty, nabízí vyslechnutí, empatické jednání a chování, nasměrování, a proto může být považován za průvodce v nemoci.

„[...] může už jenom tím, že tam s tím klientem je, má na něho prostor a může ho vyslechnout [...], mají velmi dobrý přehled vůbec o komunitě, o službách ehm v tý komunitě a že dokáže propojovat toho klienta vlastně s různými službama [...].“ (K12)

Nicméně nedělá nic nad rámec dítěte, protože dítě musí chtít být zapojeno do spolupráce a dělat pokroky. Sociální pracovník mu může být akorát podporou a motivací při případných kolizích.

„Záleží samozřejmě na nějaké jako motivaci [...], občas [...] přicházejí jako přemotivovaný klient, který nám tak jako trošku jako zhasne a občas to je klient, který vlastně vůbec nevidí [...], to světlo na konci tunelu a jako tu motivaci jako probouzíme [...].“ (Ž20)

Obdobně lze vymezit roli sociálního pracovníka při léčbě PPP i v rámci multidisciplinárního týmu. Role pracovníka spočívá v nastavení týmu, prvně může být pouze administrativním pracovníkem, což je rozhodně nevyužitý potenciál všech jeho disponibilních vědomostí a zkušeností. V administrativní roli se většinou vyskytuje sociální pracovník působící v nemocnici. Druhou variantou role je koordinátor týmu a celkové péče o dítě. Sociální pracovník musí být schopen koordinovat jak potřeby dítěte, tak i ostatních odborníků a poté vyhodnocovat naplňování potřeb, zda se dítěti a členům dostává vhodné podpory a pomoci.

„[...] sociální pracovník je fakt takovým piliřem toho týmu, to znamená, že kolem něho je ten tým složený. Jo že on to vlastně organizuje tu péči podle potřeb klienta [...], a i ti odborníci se tak k němu chovají, jo že vlastně vnímají tu jeho odbornost [...] a váží si jeho názoru [...].“ (K21)

Ideální způsob nastavení týmu spočívá v uznávání odbornosti sociálního pracovníka pro sociální problematiku a stejně tak i ostatní členové týmu jsou uznáváni za experty na svou problematiku, čímž celkově tvoří skvěle rozložený a fungující tým.

„[...] jako co se týká mé profese a otázek směřujících k sociálním k sociálním otázkám, tak bych řekla, že mě berou jako prostě odborníka [...], a v týmu to funguje tak, že jsou otevřený i k diskuzi jo že nejen vůči mně, ale i já vůči nim [...].“ (I9)

Téma 3: ODLIŠNÝ NÁZOR JAKO MOŽNÝ KONFLIKT MEZI ČLENY

Formou pravidelných supervizí a intervizí je snaha minimalizovat množství konfliktů, jež mohou vzniknout při spolupráci několika odborníků, protože mít odlišný názor na určitou situaci je běžné, a proto se doporučuje komunikovat a vzájemně si naslouchat.

„Jo tak my máme dost ten tým ošetřený, tím, že jednak, že máme pravidelné intervize, taky máme pravidelné supervize [...], konflikty se objevují všude nebo rozdílné názory, ale myslím si, že se nám dobře daří vlastně vzájemně si naslouchat a ehm ve finále dojít nějakýho konsensu [...].“ (K25)

Každý člen zastupující svůj obor může disponovat jiným názorem, ale zároveň vznik konfliktu může vyvolat osobní nesympatie.

„Myslím si, že to může být spíš lidsky, že tam hraje roli taky nějaké vzájemné sympatie [...].“ (K26)

Nejčastěji lékaři, zejména kliničtí psychologové nebo psychoterapeuti jsou velmi časově zaneprázdnění a ostatní odborníci se jim musí často přizpůsobovat, což přináší řadu neshod. Někdy mohou zastávat i názor důležitosti své role a neuznávání hodnotově stejné role ostatních.

„[...] ty týmy takřka jako nikdy nejsou bezproblémové. Je to i o tom, že prostě dáváte dohromady jako různé typy povolání nebo profesí v různé věkové kategorii s různou jako zkušeností i náhledem na tu problematiku [...], tam potom jako opravdu jako vznikají jako fakt komunikační šumy [...].“ (V31)

8. Diskuze

Pomocí tématické analýzy jsem v získaných datech po otevřeném kódování objevila celkem 11 témat, která jsem rozčlenila podle tématického propojení k jednotlivým DVO a následně je popsala včetně vložených citací z rozhovorů v podobě doslovné transkripce. Níže přináším shrnutí poznatků vyplývajících z realizovaného výzkumného šetření.

Znění první DVO se zaměřovalo na sociální prostředí dítěte zejména v podobě jeho zásahu do léčby. Ukázalo se, že zásah sociálního prostředí v nemocnici během léčby je v podstatě minimální, protože po dobu hospitalizace je dítě vytrženo z jeho přirozeného sociálního prostředí a musí se adaptovat na nové prostředí. Hospitalizace u dětí s PPP bývá v délce několika měsíců, přičemž jejím účelem je stabilizovat stav mimo ohrožení života s následným obnovením správných stravovacích návyků. Děti jsou pod neustálým dohledem odborných pracovníků, ale samozřejmě jsou v kontaktu i s rodiči či s kamarády, nicméně se jedná pouze o formu pravidelných návštěv.

Naopak v ambulantním zařízení se oceňuje zásah a přínos rodičů, zejména u mladších dětí, kteří přicházejí v jejich doprovodu. Rodiče bývají iniciátorem řešení situace a zahájení léčby. Občas se mohou vyskytnout z obou stran nedorozumění, ale pro jejich vyřešení je k dispozici sociální pracovník, který vzájemnou komunikaci podporuje a případné komunikační šumy odstraňuje. U starších dětí nad 15 let nebývá časté zapojení rodičů, spíše přichází sami. Sociální pracovník se může na sezeních pokusit motivovat ke svěřením se rodičům, případně jiné blízké osobě, nicméně jakékoliv rozhodnutí dítěte je třeba respektovat a akceptovat, protože na sezení dochází dobrovolně.

Do léčby se zapojují někdy i další osoby, jimiž bývají kamarádi ze školy nebo z volnočasových aktivit či partneři. S nimi klient může trávit volný čas a zapomenout na své starosti a kamarádi mohou představovat zprostředkovatele podpory a motivace při plnění dílčích kroků k uzdravení. Zároveň však mohou představovat i nebezpečí v podobě nárážek či posměšků na vzhled. Dítě se poté většinou stahuje do ústraní a nemá zájem o kontakty s vrstevníky, což může vést až k sociální izolaci.

Znění druhé DVO se zaměřovalo na způsoby podpory sociálního pracovníka při léčbě, v podobě využívání přístupů, metod či technik sociální práce jakožto nutného předpokladu vybavenosti pracovníka. Pozitivní bylo zjištění, že každý sociální pracovník s dětmi pracuje podle jeho individuálních potřeb a přání. Respektuje ho jako člověka a bere ho za experta na svůj aktuální životní problém, což je možné definovat jako přístup orientovaný na člověka nebo individuální přístup ke klientovi. Stejným způsobem se přistupuje i při volbě technik během sezení, protože jsou opět voleny citlivě podle stavu každého dítěte. Sociální pracovnice působící v lůžkovém zařízení vypověděla, že žádné techniky při práci s dětmi nevyužívá, protože jejich užití je spíše v rukou psychologů nebo nutričních terapeutů.

Do této části výzkumného zjišťování jsem zařadila i vnímání role sociálního pracovníka podle typu zařízení. Všechny čtyři účastnice se shodly na tvrzení, že se role liší zejména z důvodu odlišné

náplně práce. Zaujal mě názor jedné sociální pracovníce z ambulantního zařízení, která měla pocit, že dítě během hospitalizace má mnohem větší psychickou podporu z důvodu celodenního zapojení sociálního pracovníka. Nicméně děti docházející ambulantně na sezení toto tvrzení vyvrací. Sama sociální pracovníce z nemocnice mi potvrdila, že psychická podpora je určitě zajištěna, nicméně neplyne ve velké míře zrovna od sociálního pracovníka. V nemocnici se setkává s dítětem při jeho přijímání a na konci při propouštění, kdy ho navazuje na další službu. Během hospitalizace s dětmi pracuje pouze pokud shledá potřebný důvod intervence a u PPP většinou nebývá. Naopak u ambulantního zařízení je délka sezení časově omezená s poměrně dlouhými intervaly mezi sezeními, ale pracovníkova podpora je věnována konkrétnímu dítěti průběžně po celý proces léčby.

Znění třetí DVO se zaměřovalo na roli sociálního pracovníka působícího v multidisciplinárním týmu a obecně k přistupování k multidisciplinárnímu týmu při léčbě v obou dvou typech zařízení. Součástí otázek bylo téma složení týmu a případných neshod či odlišných názorů mezi pomáhajícími pracovníky, jež se mohou objevit při práci v týmu. V obou zařízeních se využívá multidisciplinární tým během léčby PPP, přičemž v Psychiatrické nemocnici Bohnice je tým více formalizovaný, schází se každý den a pravidelně jednou týdně na poradách. Jeho složení odpovídá zdravotnickému zařízení, což znamená, že důležitým členem je lékař, poté psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník a externě zaměstnaná nutriční terapeutka. Překvapilo mě, jak ostatní členové týmu přistupují k profesi sociálního pracovníka, a to jako k uznávanému expertu na sociální problematiku. V Anabell, z. ú. se podle užšího vymezení multidisciplinární tým skládá ze sociálního pracovníka, psychologa, nutričního terapeuta a externě bývá součástí i psychiatr. V obou dvou dotazovaných pobočkách se účastnice shodují na tom, že sociální pracovník je pilířem týmu, koordinuje celou péči a je považován za nejdůležitějšího člena týmu. Všechny sociální pracovníce se shodly, že během práce v týmu může dojít ke konfliktu či odlišnému názoru. Nicméně odlišné názory jsou běžnou součástí společnosti, ale prostřednictvím supervizí jsou potenciální hrozby včas ošetřeny a vedeny k jejich překonání.

Hlavním cílem výzkumu a obecně celé práce bylo zodpovědět na otázku, jak může sociální pracovník podpořit děti s poruchami příjmu potravy během léčby. Předpokládala jsem, že budou odpovědi účastnic podobné, ale ve skutečnosti se ukázalo, že jednotné nebyly a přínosnější podporu během léčby přináší sociální pracovník v ambulantním zařízení. Jeho přínosnost vidím především v průběžném zájmu o dítě, který se projevuje vyhraněným časem, věnovanou pozorností, uměním vést rozhovor a empatickým jednáním. Cílem sociálního pracovníka během léčby je zmapovat situaci dítěte a porozumět jí, předat informace a kontakty na další odborníky v případě potřeby, nastavit dílčí kroky a cíle a k nim postupně směřovat prostřednictvím uplatňování jeho znalostí a dovedností získaných specifickým vzděláním.

Naopak přínosem sociálního pracovníka působícího v nemocnici jsem byla spíše zaskočena. Odlišnost může mít příčinu v tom, že bývá zaměstnán v roli zdravotně-sociálního pracovníka, proto do značné míry je sociální práce v nemocnici upozaděna. Dalším faktorem pro odlišnost

jeho role může být dána tím, zda se jedná o léčbu dobrovolnou či nedobrovolnou, protože dítě v nemocnici může být hospitalizováno i proti své vůli. Během hospitalizace má dítě odlišné potřeby, které je třeba nejprve zabezpečit, než může začít další léčba. V případě ambulantního zařízení má dítě uspokojené základní životní potřeby a je posléze jednodušší s ním pracovat, protože má daleko větší zájem se uzdravit.

Sociální pracovník podporuje dítě s PPP i prostřednictvím poskytující motivace k zapojení jeho sociálního prostředí, které může hrát velkou roli při léčbě. Často se stává, že rodiče neví, jak komunikovat se svým dítětem. Někdy mohou působit příliš direktivně a úkolem sociálního pracovníka je vytvořit prostor, v němž si mohou obě dvě strany ujasnit svá stanoviska. Sociální pracovník se může také pokusit dítě motivovat ke svěřeni se někomu ze svých přátel, kterým může být blízký kamarád nebo partner či partnerka. Během léčby sociální pracovník přistupuje ke každému dítěti individuálně, respektuje jeho potřeby a přání a stejným způsobem přistupuje i při volbě technik, které s ním během sezení využívá. Mezi nejčastěji využívané techniky lze zařadit zázračnou otázku nebo všímavé jezení, během kterého se dítě snaží vnímat vůni jídla a pojmenovávat emoce, které mu jídlo přináší. Za uvolňovací techniky je možné zmínit relaxační techniky včetně dechových cvičení, která slouží ke zpřítomnění dítěte a jeho uklidnění.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo představit problematiku poruch příjmu potravy u dětí v kontextu poskytované podpory od sociálních pracovníků během léčby. Práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. Na počátku teoretické části jsem se věnovala základnímu vymezení poruch příjmu potravy spolu s rizikovými faktory, na jejichž podkladě se nemoc rozvíjí. Mezi důležité faktory jsem zařadila rodinné a sociokulturní faktory, které hrály důležitou roli i v praktické části, kde jsem mapovala zásah sociálního prostředí dítěte během léčby. Ve třetí kapitole jsem se věnovala posouzení životní situace dítěte, jež je nezbytným krokem pro určení vhodné intervence, což ověřilo i mé výzkumné šetření. V další kapitole jsem se zaměřovala na léčbu poruch příjmu potravy spolu s využívanými přístupy či technikami. Při šetření se potvrdilo, že je třeba ke každému dítěti přistupovat individuálně podle jeho potřeb včetně volby technik sociální práce. Závěrem teoretické části jsem představila nabídku institucí působících na území České republiky, z nichž dvě jsem zvolila jako výzkumné jednotky pro realizované výzkumné šetření.

V praktické části jsem se věnovala realizaci kvalitativního výzkumu s cílem zodpovědět na hlavní výzkumnou otázku, jak může sociální pracovník podpořit děti s poruchami příjmu potravy během léčby. Výzkumné šetření jsem doplnila o porovnání vlivu sociálních pracovníků podle typu zařízení, v němž působí, konkrétně se jednalo o srovnání mezi ambulantním a lůžkovým zařízením. Sociální pracovník se v lůžkovém zařízení nachází zejména v administrativní roli a s dětmi přichází do kontaktu převážně při přijímání a následně při propouštění z nemocnice. Dětem je k dispozici i během hospitalizace, ale ve většině případů průběžně nezasahuje. Naopak přínosnost sociálního pracovníka v ambulantním zařízení spočívá jeho nenahraditelností z důvodu průběžného zájmu o dítě a provádí děti spolu s jejich rodiči během procesu léčby. Svou podporu dítěti poskytuje především vyhrazeným časem, věnovanou pozorností, uměním vést rozhovor a empatickým jednáním. Zásadní rozdíl v podpoře vnímám i z důvodu, že sociální pracovník v nemocnici přichází do kontaktu s dětmi, které mohou být hospitalizované proti své vůli z důvodu ohrožení na životě. Nejprve je třeba stabilizovat zdravotní stav dítěte, obnovit stravovací návyky a poté se věnovat psychologické pomoci. Naopak v ambulantním zařízení jsou děti mimo vážné ohrožení, které by vyžadovalo hospitalizaci, a i proto přicházejí převážně dobrovolně, což jednoznačně ulehčuje vzájemnou spolupráci.

Obě dotazovaná zařízení fungují v rámci multidisciplinární spolupráce, složení týmu se odlišuje podle typu zařízení, nicméně u obou je nepostradatelnou součástí při léčbě PPP. Ze stran dalších pracovníků, s nimiž přichází sociální pracovník do kontaktu je považován za jim rovným a je vnímán jako expert na sociální problematiku. Nejdůležitějším členem týmu v lůžkovém zařízení z podstaty služby je lékař, nicméně v ambulantním zařízení se jedná o sociálního pracovníka, který je pilířem týmu.

Důležitost uplatnění sociálního pracovníka během léčby PPP jsem předpokládala, ale po absolvování výzkumného šetření vnímám jeho roli ještě s větším významem a věřím v jeho uplatnění i u jiných onemocnění. Domnívám se, že by zasluhoval většího uznání mezi ostatními profesemi, které by mu přineslo větší ocenění. V povědomí široké veřejnosti není sociální pracovník vnímán jako dostatečně důležitý přispěvatel ke kladné léčbě jakéhokoliv onemocnění. Důvodem může být i to, že lidé nemají přehled, co se pod náplní práce sociálního pracovníka skrývá. Navíc odborná česká literatura se příliš nevěnuje přínosu sociálního pracovníka při léčbě PPP, proto jsem se snažila prostřednictvím této práce poukázat na jeho uplatnění a motivovat studenty sociální práce pro nenahraditelnost profese sociálního pracovníka. Nicméně si uvědomuju, že výsledky, k nimž jsem dospěla nelze plně zobecňovat. Z důvodu malého výzkumného vzorku lze vztáhnout odpovědi pro zvolená dvě zařízení.

Aplikace kvalitativního výzkumu přispěla k přiblížení profese sociálních pracovníků působících u poruch příjmu potravy a domnívám se, že by bylo poutavé se dále věnovat pohledu dětí, jak oni vnímají sociálního pracovníka během léčby a jakou podporu od nich získávají. Dále by mohly přinést cenné informace i rozhovory s dalšími odborníky, s nimiž sociální pracovník pracuje v multidisciplinárním týmu.

Seznam použité literatury

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 2006, 3(2), 77-101 [cit. 2022-04-24]. ISSN 1478-0887. Dostupné z: doi:10.1191/1478088706qp063oa.

BROŽKOVÁ, Kristýna. *Poruchy příjmu potravy a rodinní příslušníci - jak pomoci sobě i nemocnému* [online]. 2018. 2018 [cit. 2022-11-22]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <https://www.psychologon.cz/data/pdf/597-poruchy-prijmu-potravy-a-rodinni-prislusnici-jak-pomoc-tobe-i-nemocnemu.pdf>.

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. *Psychiatrická klinika I. LF a VFN* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>.

Dětské oddělení. *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/lecba/detske-oddeleni/>.

ELLIOT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002, 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

HAVRÁNKOVÁ, Olga. Případová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, s. 67-81. ISBN 978-80-7367-502-8.

HAVRÁNKOVÁ, Olga. Skupinová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, s. 153-168. ISBN 978-80-7367-502-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2016, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, 373 s. ISBN 978-80-2-2-1192-1.

HOLUB, Martin. Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního dialogu. In: JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, s. 14-19 [cit. 2023-04-21]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/3ssp.pdf/cb7c5303-4302-ca9c-3dd1-c56763ca4795>.

JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2006, 106 s. ISBN 80-7041-512-6.

- JANKOVSKÝ, Jiří. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, s. 7-13 [cit. 2022-11-25]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/3ssp.pdf/cb7c5303-4302-ca9c-3dd1-c56763ca4795>.
- KODYMOVÁ, Pavla. Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce. In: JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, s. 40-52 [cit. 2022-11-25]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/3ssp.pdf/cb7c5303-4302-ca9c-3dd1-c56763ca4795>.
- KINKOR, Milan. Komunitní práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, s. 253-270. ISBN 978-80-7367-502-8.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 3. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 2007(4), 420-422 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František. Rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, 2004(1), 14-16 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>.
- LITTLECHILD, Brian. Etika v kvalitativním výzkumu v sociální práci. BAUM, Detlef et al. *Výzkumné metody v sociální práci* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, s. 121-138 [cit. 2022-05-01]. ISBN 978-80-7464-390-3. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/vyzkumne-metody-v-soc-praci.pdf>.
- MAHROVÁ, Gabriela. Možnosti terapie duševních nemocí. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 92-97. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008a, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008b, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠKOVÁ, Ivana a Dana VRABCOVÁ. Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. In: JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, s. 20-27 [cit. 2022-11-25]. ISBN 978-80-7421-088-4.

Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/3ssp.pdf/cb7c5303-4302-ca9c-3dd1-c56763ca4795>.

MÁLKOVÁ, Iva. Kognitivně-behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaných v kurzech snižování nadváhy v České republice. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, 2006(5), 244-246 [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/05/09.pdf>.

MESSIAH, Sarah. Body Mass Index. In: GELLMAN, Marc D. et al., *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [online]. New York: Springer, New York, NY, 2013, s. 247-249 [cit. 2023-04-28]. ISBN 978-1-4419-1005-9. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_729

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize, obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, 876 s. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008374/mkn-10-tabelarni-cast-20220101.pdf>.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-90-0700-0.

NAVRÁTIL, Pavel. Posouzení životní situace: úvod do problematiky. *Sociální práce / sociální práce* [online]. Brno: Časopis Sociální práce/Sociální práce, 2007, 2007(1), 72-86 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2007-1.pdf>.

NAVRÁTIL, Pavel a Libor MUSIL. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia*. Brno: Fakulta sociálních studií, 2000, 2000(5), 105-141. Dostupné z: https://is.jabok.cz/el/jabok/zima2020/S302/080404095539_Socialni_prace_s_prislusni_ky_mensinovyh_skupin-1.pdf.

Služby. *Centrum Anabell*, z. ú. [online]. Brno, 2023 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz>.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 2007(4), 155-157 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>.

NOVOTNÁ, Jana. *Teorie sociální práce: skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014, 127 s. ISBN 978-80-87035-96-2.

NOVOTNÁ, Věra a Věra SCHIMMERLINGOVÁ. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy: Skripta pro posluchače filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, 1992, 128 s. ISBN 80-706-6483-5.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012, 49 s. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: https://psychologika.webnode.cz/_files/200001297-c9deacad97/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf.

PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, s. 36-55. ISBN 978-80-247-2425-6.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing, 2017, 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

Psychoterapie. *AdiCare: Psychologická a psychiatrická klinika* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://adicare.cz>.

Psychoterapie. *Psychoterapie Anděl: psychologické centrum* [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.psychoterapie-andel.cz>.

ROBINSON, Adèle Lafrance et al., 'I Know I Can Help You': Parental Self-efficacy Predicts Adolescent Outcomes in Family-based Therapy for Eating Disorders. In: *European Eating Disorders Review* [online]. 2012, s. 108-114 [cit. 2022-11-22]. ISSN 10724133. Dostupné z: doi:10.1002/erv.2180.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000, 80 s. ISBN 80-858-5000-1.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 105 s. ISBN 80-858-3460-X.

TAJANOVSKÁ, Andrea. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu - předpoklady a dovednosti. In: JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: Sešit sociální práce, 2015, s. 28-33 [cit. 2023-01-08]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/3ssp.pdf/cb7c5303-4302-ca9c-3dd1-c56763ca4795>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Vyd. 4. Praha: Karolinum, 2018, 320 s.
ISBN 978-80-246-3563-7.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Seznam příloh

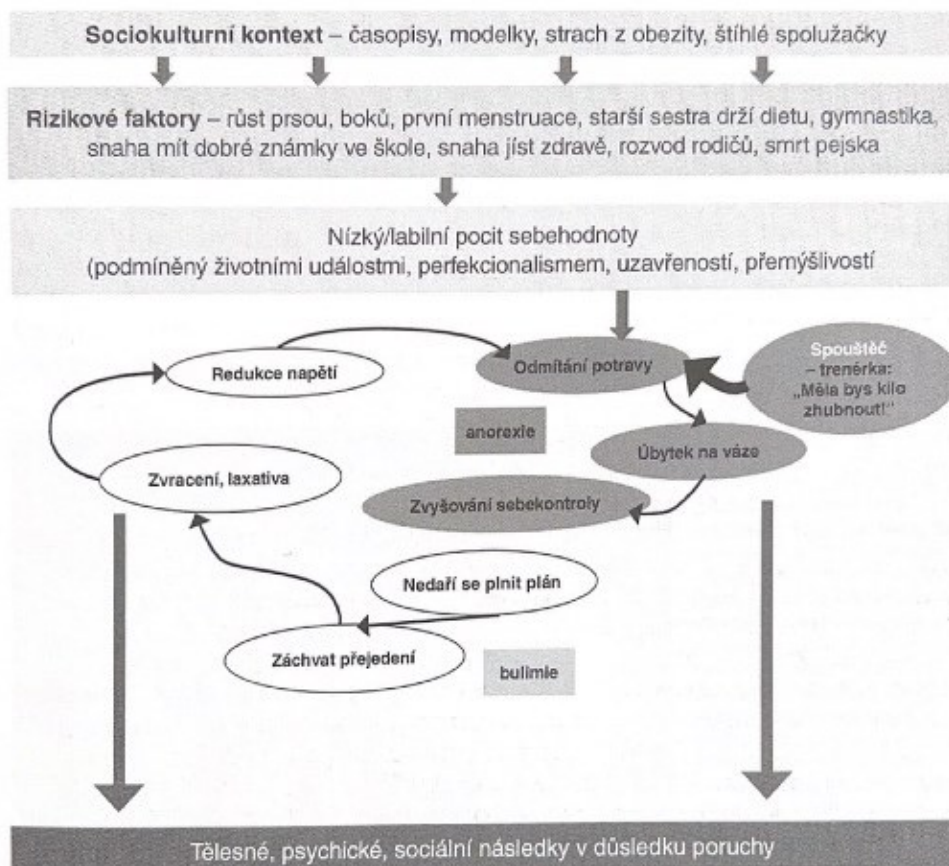
Příloha č. 1 – Rozvoj poruchy příjmu potravy.

Příloha č. 2 – Vodítka pro rozhodování při léčbě poruch příjmu potravy.

Příloha č. 3 – Vzor informovaného souhlasu.

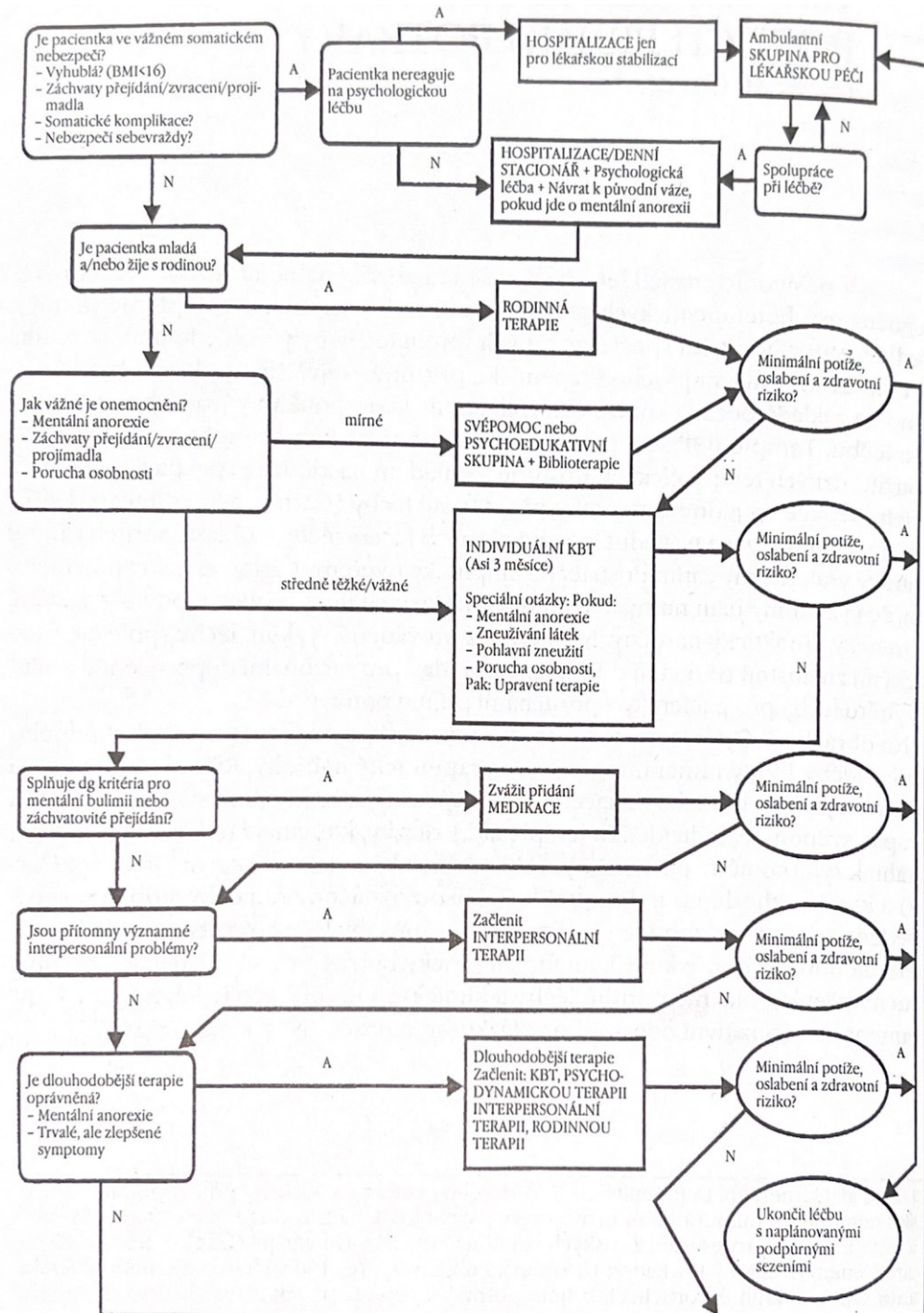
Příloha č. 4 – Vlastní ukázka kódování.

Příloha č. 1



Zdroj: Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 17.

Příloha č. 2



Zdroj: Krch, 1999, s. 128.

Příloha č. 3

**Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím
pro účely bakalářské práce
s názvem „Podpora poskytovaná sociálním pracovníkem při léčbě dětí s
poruchami příjmu potravy“**

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

Byl/a jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Terezy Šitinové s názvem Podpora poskytovaná sociálním pracovníkem při léčbě dětí s poruchami příjmu potravy.

Bylo mi sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku.

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu, až na části citované v textu práce, který bude volně přístupný online.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

Dávám své svolení k tomu, aby Tereza Šitinová použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Zdroj: vlastní zpracování autorky.

Příloha č. 4

Číslo kódu	Téma kódu	Text
Ž1	problémy klientů s PPP	No tak samozřejmě klient většinou přichází a první co chce jako řešit je, že řekne, že má samozřejmě problém s jídlem nebo že se potýká s výčitkami po jídle či nějakým špatným vztahem sama k sobě jo, samozřejmě, někdy to je doprovázené nějakou třeba formou sebepoškození či proběhnutou nebo nějakou takhle zkušeností, zkušeností a to se šikanou, takže často je to vlastně v doprovodu třeba ještě jako něčeho, ale samozřejmě nejčastější je to to jídlo a ten vztah k jídlu a popřípadě samozřejmě ehm nízká hmotnost podvýživa nebo naopak třeba nadváha.
Ž2	komplexní zmapování situace	Tak zaměřujeme se na to, aby bylo tomu problém vlastně řešený jako komplexně, takže když ten klient přijde jako napoprvé, tak samozřejmě tu situaci jako zmapujeme celistvě a zjistíme právě jak, jak to klientovi jako jde i v normálním jako v životě právě i třeba v tom jeho sociálním jako prostředí a taky mapujeme to, jestli nepotřebuje nakontaktovat takhle nějak jako další odborníky, třeba nutriční terapeutky, psychoterapeutky, psychiatry a tak dále.
Ž3	chybějící podpora od sociálního prostředí	Nesložitější samozřejmě bývá, když ten člověk je bez jakékoliv jako podpory nebo jakékoliv jako opory v jeho právě sociálním prostředí, či jestli právě třeba šikana, jako není stále probíhající v té škole nebo mezi jako kamarádama, prostě v jeho takhle společnosti vrstevníků.

Zdroj: vlastní zpracování autorky.