

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V POJETÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Bakalářská diplomová práce

Studijní program: Sociální práce

Autor: Natalie Šlancarová

Vedoucí práce: Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Poruchy příjmu potravy v pojetí sociální práce*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 31. 3. 2024

Podpis

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce Mgr. Kataríně Banárové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a trpělivost.

Dále bych ráda poděkovala organizaci Anabell s.r.o. a sociálním pracovním za možnost realizace výzkumu.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu při psaní práce.

Anotace

Jméno a příjmení:	Natalie Šlancarová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Studijní program:	Sociální práce
Studijní program obhajoby práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Poruchy příjmu potravy v pojetí sociální práce
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se věnuje poruchám příjmu potravy v pojetí sociální práce. Cílem práce je popsat roli sociálního pracovníka při řešení problémů poruch příjmu potravy, identifikovat a analyzovat konkrétní metody, které sociální pracovník při své práci používá, jakož i strategie a nástroje, a jak tyto mají dopad na zlepšení stavu klientů. Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol, první se věnuje definici pojmu poruchy příjmu potravy. O typech poruch příjmu potravy a jejich srovnání pojednává druhá kapitola. Ve třetí kapitole se zaměřuji na rizikové faktory vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy. Čtvrtá kapitola definuje roli sociálního pracovníka, jeho kompetence, teorie a přístupy v sociální práci a metody sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy. V empirické části je popsán výzkumný problém a soubor, metoda získání a zpracování dat. Zvolený byl kvalitativní design práce a jako metoda zpracování dat byla zvolena metoda otevřeného kódování. Na základě výzkumného šetření jsem stanovila čtyři klíčová témata: úloha sociálního pracovníka, odbornost, metody v sociální praxi, výzvy a bariéry.</p>
Klíčová slova:	Sociální práce, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, přístupy sociální práce, metody sociální práce

Title of Thesis:	The approach of social work in working with people with Eating Disorders
Annotation:	The Bachelor's thesis is focusing on the approach of social work in working with people with Eating Disorders. The goal of this paper is to describe the role of social workers in addressing the problems of eating disorders, to identify and analyze specific methods used by social workers in their practice, as well as strategies and tools, and how these impact the improvement of clients' conditions. The theoretical part of this thesis is divided into four chapters, the first one clarifies the definition of the term eating disorders. The second chapter discusses the types of eating disorders and their comparison. The third chapter focuses on the risk factors leading to the development of eating disorders. The fourth chapter defines the role of the social worker, his competencies, theories and approaches in social work, and methods of social work with individuals with eating disorders. In the empirical part, the research problem, the research file, the method of acquirement, and the elaboration of data are described. A qualitative method was chosen for the study, and interpretative phenomenological analysis was selected as the data processing method. Based on the research, I have established four key themes: the role of the social worker, expertise, methods in social practice, challenges, and barriers.
Keywords:	Social work, eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, binge eating, approaches of social work, methods of social work
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru
Počet literatury a zdrojů:	57
Rozsah práce:	88 s. (127 377 znaků s mezerami)

OBSAH

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Poruchy příjmu potravy („PPP“)	11
1.1. Definice a základní informace.....	11
2. Typy poruch příjmu potravy a jejich srovnání	13
2.1. Mentální anorexie.....	13
2.1.1 Definice mentální anorexie.....	13
2.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10.....	14
2.1.3 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	15
2.1.4 Příznaky a projevy mentální anorexie.....	16
2.2. Mentální bulimie.....	17
2.2.1 Definice mentální bulimie.....	17
2.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10.....	17
2.2.3 Příčiny vzniku mentální bulimie.....	18
2.2.4 Příznaky a projevy mentální bulimie.....	19
2.3. Porovnání a rozdíly mezi jednotlivými poruchami.....	19
2.4. Příznaky a projevy dlouhodobého kalorického deficitu.....	21
3. Rizikové faktory pro vznik poruch příjmu potravy	23
3.1. Biologické faktory.....	23
3.1.1 Vliv pohlaví.....	23
3.1.2 Hmotnost a tělesné proporce.....	25
3.1.3 Glykemický index.....	26
3.2. Psychologické faktory.....	27
3.2.1 Deprese.....	27
3.2.2 Úzkost a strach.....	28
3.2.3 Perfekcionismus.....	28
3.2.4 Životní události.....	28
3.3. Sociální faktory.....	29

3.3.1 Rodina	29
3.3.2 Média a ideál krásy	30
3.3.3 Diety	31
4. Role sociálního pracovníka v prevenci poruch příjmu potravy	32
4.1. Definice role sociálního pracovníka ve vztahu k PPP	32
4.2. Osobnost a kompetence sociálního pracovníka.....	33
4.3. Sociální práce jako obor v kontextu poruch příjmu potravy	35
4.4. Teorie a přístupy v sociální práci s klienty s PPP	36
4.4.1 Kognitivně – behaviorální přístup.....	38
4.4.2 Humanistické a existenciální teorie.....	39
4.4.3 Psychosociální přístup.....	40
4.4.4 Sociálněpsychologické a komunikační přístupy	41
4.4.5 Systemický přístup.....	41
4.4.6 Úkolově orientovaný přístup	42
4.5. Metody sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy	43
4.5.1 Práce s jednotlivcem.....	43
4.5.2 Práce s rodinou	46
4.5.3 Práce se skupinou.....	46
4.6. Techniky využívané při práci s lidmi s poruchou příjmu potravy....	47
4.7. Multidisciplinární spolupráce v kontextu poruch příjmu potravy ...	48
4.8. Sociální prevence poruch příjmu potravy	50
EMPIRICKÁ ČÁST	54
5. Metodologie výzkumu.....	54
5.1. Výzkumný problém	54
5.2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	55
5.3. Výzkumný soubor	56
5.4. Metoda získání dat	58
5.5. Etika výzkumu	59

5.6. Metoda zpracování dat	59
5.7. Prezentace výsledků výzkumu	62
6. Diskuse	76
Závěr	79
Literatura a zdroje	81
Seznam tabulek	86
Seznam příloh	87
Přílohy.....	88

Úvod

Jídlo je základní fyziologickou potřebou každého živého organismu, a u člověka se tento instinkt projevuje již od narození. V raném období života, zejména během kojení, se kromě uspokojení hladu formují i hluboké psychosociální vazby mezi matkou a dítětem. Toto spojení mezi jídlem a emocemi je přirozené a zdravé. Problém však nastává, pokud se jídlo stává emocionálním nástrojem i v pozdějších fázích života.

Poruchy příjmu potravy představují v současné společnosti jeden z nejzávažnějších problémů. Tato bakalářská práce představuje komplexní zkoumání poruch příjmu potravy z pohledu sociální práce.

Celá práce je koncipována na dvě hlavní části: teoretickou a empirickou.

V teoretické části je nejprve představena základní charakteristika poruch příjmu potravy, včetně jejich definice, historického vývoje a psychosociálních aspektů. Následně část se věnuje představením typů poruch příjmu potravy jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání s důrazem na jejich příznaky, diagnostiku, etiologii a srovnání mezi nimi. Součástí teoretické části je také představení formy léčby poruch příjmu potravy a role sociální práce a poradenství v kontextu těchto poruch.

Praktická část pak zahrnuje výzkum, který se zaměřuje na konkrétní aplikaci teoretických poznatků v praxi. Zahrnuje formulaci výzkumného problému, stanovení cílů a výzkumných otázek, výběr výzkumného souboru, metody získání a zpracování dat, etické aspekty výzkumu a nakonec prezentaci a disku výsledků.

Cílem této práce je nejen poskytnout komplexní přehled o poruchách příjmu potravy a jejich léčbě, ale především zdůraznit klíčovou roli sociálního

pracovníka v prevenci těchto poruch, která může být často opomíjena. Práce ukazuje, jak může být sociální práce neocenitelným nástrojem v boji proti PPP, a to jak prostřednictvím přímé podpory lidí trpící poruchou, tak i skrze vzdělávací a preventivní programy.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy příjmu potravy („PPP“)

V této kapitole se zaměříme na objasnění pojmu PPP, včetně jejich definice a základních informací.

1.1. Definice a základní informace

Poruchy příjmu potravy jsou definovány jako neschopnost přijímat potravu v přiměřeném množství. V knize "Poruchy příjmu potravy" z roku 1999 popisuje Krch poruchy příjmu potravy (PPP) jako velmi vážnou nemoc, která nejčastěji postihuje dospívající dívky a mladé ženy. Přestože PPP může postihnout i muže, u dívek je pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění deset až dvacetkrát vyšší. Marádová (2007) upozornila, že to může být způsobeno vyššími společenskými očekáváními vzhledu u žen ve srovnání s muži. Toto vede dívky k většímu důrazu na vzhled a často hledají inspiraci v módních časopisech. Současné časopisy se předhánají v nabízení tipů a triků na hubnutí. Existuje mnoho takzvaných „zaručených receptů“ na ztrátu přebytečných kilogramů, a dívky využívají tyto rady a diety, aby dosáhly postavy, která odpovídá současným společenským standardům.

Bruch (1973) toto onemocnění označila jako touhu po štíhlosti a Crisp (1967) prosazoval termín „fobie z nadváhy“. (V Česku se v roce 2021 s poruchami příjmu potravy léčilo celkem 5167 lidí, což je podle statistik Ústavu zdravotnických informací o 15% více než před 10 lety. Nejvíce se zvýšil počet pacientů ve věku 15 až 17 let. V roce 2021 se léčilo celkem 1093 mladistvých, z nichž většina jsou ženy a dívky (Krch, 2010).

Existuje několik druhů poruch příjmu potravy. Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) společně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-V) a Americké psychiatrické asociace se pod pojem poruch příjmu potravy (PPP) řadí dva vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie, kterým se budu věnovat v následující kapitole. Avšak tyto dva typy nejsou jedinými. Mezi méně známé patří i další atypické a nespecifické poruchy, tzv. „Jiné poruchy jídla“, nebo také jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS). Mezi ně patří například „syndrom nočního přejídání“, který se projevuje večerní anorexií, či nočního přejídání a nespavostí, které bývají často spojovány s životním stresem. Dále pak EDNOS popisuje „záchvatovité přejídání“, které bývá spojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky, nadváhou a obezitou (Krch, 1999). V současné době se klade značný důraz na problematiku záchvatového přejídání, které se často objevuje v pozdějším věku.

2. Typy poruch příjmu potravy a jejich srovnání

Práce se zabývá nejčastějšími poruchami příjmu potravy – mentální anorexií a mentální bulimií. V jednotlivých podkapitolách jsou popsány definice onemocnění, její příznaky, diagnostika, příčiny a projevy.

2.1. Mentální anorexie

Z historie se pojem „anorexia“ nachází již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách se termín anorexie označoval jako stav nedostatečné „orexis“, neboli celková únava a apatie. Již ve 2. století jeden z nejvýznamnějších postav medicíny Galén a stejně tak i Hippokrates používali pro absenci a odpor k jídlu pojem „asitia“. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám. V pozdější době se lékaři více soustřeďovali především na somatické příčiny, a to hlavně na poruchy funkce žaludku, který byl také označován u anorexie za původce všeho zla. Termín „nervová anorexie“ se objevil na počátku 19. století ve Francii a od 90. let 19. století se již eviduje pod termínem mentální anorexie (Krch, 1999).

2.1.1 Definice mentální anorexie

„Mentální anorexie, neboli anorexia nervosa je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí“ (MKN-10, n. d).

Podle Papežové (2018) je mentální anorexie charakterizována jako úmyslné snížení tělesné hmotnosti, které si dotyčná osoba způsobuje a záměrně udržuje. Nejčastěji se projevuje u adolescentních dívek a mladých žen, přičemž autorka uvádí, že postihuje 90-95 % této skupiny. U mužů a mladých chlapců je výskyt této poruchy nižší, pohybuje se v rozmezí 5-10 %. Krch (2005) popsal anorexii jako poruchu charakterizovanou úmyslným omezováním příjmu potravy vedoucím ke snížení tělesné hmotnosti, což odpovídá tvrzení Papežové (2018).

Ačkoli se anorexie točí kolem jídla, je to duševní porucha a je více o emocionálním vypořádání se s problémy, perfekcionismem a touhou po kontrole. Lidé trpící mentální anorexií jsou posedlí svojí váhou a tvarem těla. Snaží se dosáhnout proporcí, které již neodpovídají jejich věku a výšce a často jim schází reálný pohled na své tělo.

2.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10

Dle diagnostických kritérií (MKN-10, n. d.) 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále „MKN-10“) mentální anorexie vyžaduje splnění všech těchto specifik:

- Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo BMI (body mass index) 17,5 (kg/m²) a nižší.
- Snížení tělesné hmotnosti je způsobeno samotným pacientem, tím že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, a k tomu využívá jeden nebo i více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nebo nadměrná fyzická aktivita.
- Přetrvávající strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle a obava z dalšího tloustnutí, které vedou jedince ke stanovení si velmi nízké cílové váhy.

- Rozsáhlá endokrinní porucha, která se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se však také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, hladiny kortizolu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Jestliže se onemocnění vyskytuje před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny.

2.1.3 Příčiny vzniku mentální anorexie

Konkrétní příčiny vzniku anorexie nejsou známy. Za nejčastější se považují biologické, psychologické a sociálně-kulturní faktory. Za biologické faktory se udává případná genetická souvislost vzniku anorexie. Například mladé ženy, jejichž sestry nebo matky měly nějakou poruchu příjmu potravy, mají zvýšené riziko onemocnění. Vliv genetiky potvrzují i studie na jednovaječných dvojčatech. Specifický výběr jednovaječných dvojčat, která sdílejí identickou genetickou výbavu, oproti dvojvaječným dvojčatům, jejichž genetické informace se liší podobně jako u běžných sourozenců, umožňuje přesněji posoudit vliv genetických faktorů na vývoj těchto poruch. Studie provedená do konce 80. let 20. století, zahrnující 100 párů dvojčat, ukázala, že výskyt poruch příjmu potravy (PPP) u jednovaječných dvojčat se pohybovala v rozmezí 25 až 50 %, zatímco u dvojvaječných byla tato prevalence pouze kolem 10 %. Tyto výsledky naznačují významný genetický přínos k riziku vývoje PPP. I přes určitou variabilitu ve výsledcích pozdějších studií, která mohla být ovlivněna omezeným počtem zkoumaných dvojčat, tyto výzkumy stále poukazují na významnou roli genetiky. Podle Krcha (2005) je tento nález důležitým ukazatelem, že genetická predispozice může být považována za jednu z příčin pro vznik poruch příjmu potravy. Krch (2005) též poukázal na roli serotoninu, který je považován za jeden z mediátorů v mozku uplatňující se u deprese, při vzniku anorexie. Mezi psychologické faktory patří například

nízké sebevědomí, emoční labilita či sklony k perfekcionismu, což vede k tomu, že nemocní s anorexií si o sobě nikdy nebudou myslet, že jsou dostatečně hubení.

Další příčina je také v sociálně-kulturních aspektech, kdy moderní západní společnosti pěstují touhu po štíhlosti. Média nás neustále zaplavují fotkami vyhublých modelek. Sláva a úspěch jsou často dávány do souvislosti právě se štíhlostí. Toto vytváří tlak a touhu být štíhlý především mezi mladými dívkami (Hall & Cohn, 2003).

2.1.4 Příznaky a projevy mentální anorexie

Anorexie má spoustu příznaků. Jsou to jednak příznaky fyzické, psychické, emoční či projevy změn v chování. Mezi fyzické projevy patří extrémní ztráta hmotnosti, která vede k vyhublému zjevu. Do zdravotního hlediska se řadí poruchy spánku a únava přes den. Mohou se také vyskytovat závratě a mdloby, které vznikají z časté dehydratace a nízkého tlaku. Mohou se objevovat poruchy srdečního rytmu neboli arytmie s bušením srdce. Vlivem úbytku hmotnosti, především tuků v těle přichází pacient o izolační vrstvu před teplotním šokem, což se projevuje neustálým pocitem chladu a zimy. Vzhledem k úbytku tuků také dochází ke ztrátě potřebných vitaminů, jako je například vitamin D a železo, které často způsobuje nedostatek červených krvinek neboli anemii. Dle klinického hlediska bývají přítomny další změny v krevním obrazu. Ztrátou vitaminu D a vápníku může docházet ke snížení hustoty kostí, což se projevuje osteoporózou a následkem bývá vyšší náchylnost ke zlomeninám. U žen dochází k nepravidelnosti, nebo k přerušení menstruačního cyklu, což do budoucna může způsobit neplodnost. Dalšími příznaky bývají poruchy trávicího traktu, a to v podobě bolesti břicha a střídání zácpy a průjmů (Anabell, n. d.).

2.2. Mentální bulimie

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo časté zejména mezi vysokou elitou společnosti, a stejně tak například na jarmarcích veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli při různých atrakcích. Pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. V lékařských kruzích byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí. V 18. století se rozlišovalo až 7 druhů bulimie. Některé z nich byly provázeny dalšími příznaky: cizopasníci, průjmy a křeče. Primární bulimie byla rozdělována do tří kategorií: nadměrný hlad, omdlávání z hladu a přejídání se zvracením. Až počátkem 20. století získala forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. Termín bulimia nervosa poprvé použil v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell (Krch, 1999).

2.2.1 Definice mentální bulimie

„Mentální bulimie, neboli bulimia nervosa, je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací“ (MKN10, n. d.).

2.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10

Dle diagnostických kritérií MKN-10 (n. d.) i mentální bulimie vyžaduje splnění všech těchto specifik:

- Nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíců opakované epizody přejídání, což znamená, že je v krátkém čase konzumováno velké

množství jídla.

- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- Snaha potlačit zkonsumované jídlo jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, anorektik, nebo diuretik a střídavá období hladovění. U diabetiků často dochází k vynechávání potřebného inzulínu.
- Pocit přílišné tloušťky s neodbytnou obavou z přibírání na tělesné hmotnosti.
- Jiná diagnostická kritéria, například DSM-IV rozděluje bulimii na dva specifické typy:
 - Purgativní typ, jenž je doprovázen pravidelným zvracením, zneužíváním laxativ nebo diuretik.
 - Nepurgativní typ, při němž pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení. Pokud dochází k úbytku tělesné hmotnosti, bývá nepurgativní typ propojen s mentální anorexií (Krch, 1999).

2.2.3 Příčiny vzniku mentální bulimie

Příčiny vzniku se shodují s příčinami mentální anorexie. Je to genetika, prodělané psychické trauma, nízké sebevědomí, emoční nestabilita a sociálně-kulturní faktory (viz podkapitola č. 2.1.3.) Riziko onemocnění ještě navíc zvyšuje držení diet, kdy pacient je svým okolím chválen za to, že zhubnul a tím je potencionální bulimik ke ztrátě hmotnosti ještě více motivován. Stejně jako u mentální anorexie je rizikovým obdobím právě dospívání, které je spojené s výraznými změnami postavy (Tancerová, 2009).

2.2.4 Příznaky a projevy mentální bulimie

Charakteristickým rysem je kombinace nutričního strádání, přejídání s neustálou touhou po jídle a následného vyprovokovaného zvracení, či zneužívání laxativ (Anabell, n. d.).

Pacienti požívají laxativa s pocitem, že zhubnou, avšak jejich účinek je naopak odlišný. Vylučování nestráveného jídla není to samé jako vylučování nadbytečného tělesného tuku. Z častého užívání laxativ pacienti přichází právě o důležité vitaminy, minerály a nejčastěji draslík, při jehož velmi nízké hladině může dojít až k selhání srdce. Dále mohou poškodit střeva, a to konkrétně tak, že zpomalují jejich pohyblivost a tím i vyprazdňování, tzv. lenivění střev, které se při dlouhodobém užívání těžce vrací do přirozeného normálního stavu. Nadměrná konzumace nejen laxativ, ale i diuretik také způsobuje poškození ledvin a dehydrataci, která se projevuje suchou kůží a na pokožce se mohou vyskytovat různé odřeninny, mozoly a jizvy (Krch, 2005).

Tyto záchvaty přejídání bývají u pacientů nejméně dvakrát do týdne. Dále poté chorobný strach z tloušťky, kdy hmotnostní práh je nižší než premorbidní hmotnost, avšak u této nemoci se nevyskytuje závažný úbytek hmotnosti jako při mentální anorexii (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

2.3. Porovnání a rozdíly mezi jednotlivými poruchami

Rozdíly mezi mentální anorexií a bulimií mohou být zavádějící. Mentální anorexie je charakterizována úmyslným výrazným omezením příjmu potravy a obavou ze zvýšení tělesné hmotnosti, vedoucí často k podvaze. Na druhé straně, mentální bulimie, zahrnuje období záchvatovitého přejídání, které jsou následovány kompenzačními chováními, jako je vyvolání zvracení, aby nedošlo k přibírání na váze.

Papežová (2012) tvrdí, že není vždy jednoduché určit, kterému typu poruchy příjmu potravy jednotlivci čelí, zejména pokud jde o onemocnění trvající delší dobu. Krch (2007) vypracoval tabulku, ve které rozlišuje tyto dvě poruchy:

Tabulka 1: Mentální anorexie, bulimie a jejich odlišnosti

	mentální anorexie	mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	20–40 %
Navozené zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	jí spíše rychleji, větší sousta, „patlá“ jídlo, někdy degradace jídel. chování, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později	14–30 rok
Pohlaví pacientů (ženy:muži)	10–15: 1	20: 1
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Sebepoškozování	výjimečně (u bulim. formy)	občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %	0–2 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	zvýrazněný v případech přejídání, nízký v případech diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

Zdroj: Medicína pro praxi, František David Krch, 2007

Z tabulky vyplývá, že u osob trpících bulimií je častější výskyt zvracení, sebepoškozování a konzumace alkoholu, zatímco u těch, kdo trpí anorexií, je běžnější ztráta menstruace. V oblasti sebekontroly existují výrazné rozdíly: u anorexie je sebekontrola silnější, naopak u bulimie je snížena. Stravovací návyky se také liší. Lidé s anorexií jí velice málo a jedí pomalu, zatímco ti s bulimií mají tendenci jíst rychle a často pít. V obou případech jsou ženy častěji postiženy než muži.

Celosvětově se výskyt mentální anorexie mezi mladými ženami odhaduje na 0,3-1%, zatímco mentální bulimie postihuje 1-3% této populace. V České

republice až 15% dospívajících vykazuje určité symptomy těchto psychických onemocnění. V adolescenci se tyto poruchy stávají třetím nejčastějším duševním onemocněním, přičemž míra úmrtnosti je dvojnásobná ve srovnání s ostatními duševními nemocemi a desetkrát vyšší oproti generální populaci. Alarmující je, že až 40 % lidí trpících těmito poruchami vykazuje sebevražedné myšlenky, což je často spojeno s emoční nestabilitou a impulzivním chováním (Kocourková & Koutek, 2001).

2.4. Příznaky a projevy dlouhodobého kalorického deficitu

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi velmi závažné onemocnění, které bez správného a včasného zásahu mohou skončit smrtí pacienta. Dle Richterové (1998) se tyto poruchy projevují jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Papežová (2010) uvádí mezi fyzické projevy úbytek tělesné hmotnosti, ztrátu svalové hmoty, problémy s vlasy a kůží, zvýšená únava, vyčerpanost, slabost a pocit nedostatku energie, což může vést až k nevolnosti, zejména při náhlých pohybech. Časté jsou také potíže se spánkem, kdy se dotyčný během noci opakovaně probouzí. Dále se může objevit citlivost na zimu, což zvyšuje riziko podchlazení. V rámci psychických změn dochází ke změnám nálad, které mohou vést k depresím, úzkostem či pocitu méněcennosti. Dochází k poklesu schopnosti soustředění, zpomaluje se pracovní výkon. Vyskytují se obtíže s rozhodováním a časté zapomínání. Celkově je nezajímá nic jiného než jídlo, což má za následek i pokles sexuálního libida. Dochází ke zhoršení i mezilidských vztahů, ať už partnerských, přátelských či rodinných. Je běžné, že osoby trpící PPP se často izolují, tráví spoustu času sami a díky tomu, nemají tak možnost ani komu se svěřit s tím, co prožívají (Krch & Richterová, 1998).

Mentální anorexie a bulimie mají negativní dopad na psychické, osobní a sociální aspekty života člověka, což může vést depresím. Dlouhodobé hladovění a podvýživa mohou v extrémních případech vést až k úmrtí (Marádová, 2007). Je důležité, aby tyto poruchy příjmu potravy byly včas rozpoznány a léčeny.

3. Rizikové faktory pro vznik poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou komplexní onemocnění s multifaktoriální etiologií, což znamená, že jejich vznik a rozvoj jsou ovlivněny několika různými faktory. Tyto faktory mohou být bio-psychosociální povahy, což odkazuje na to, že PPP jsou podmíněny kombinací biologických, psychologických a sociálních aspektů. Přesné příčiny těchto poruch nejsou plně známy, proto se v současné době zaměřujeme na identifikaci možných rizikových faktorů. Tyto faktory mohou zahrnovat určité události nebo charakteristiky, které zvyšují pravděpodobnost vzniku poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

3.1. Biologické faktory

Mezi faktory biologické povahy, které mohou přispívat k výskytu a rozvoji poruch příjmu potravy, patří zejména být ženské pohlaví, specifika tělesné hmotnosti, rozložení tělesného tuku a celkový tvar postavy. Důležitou roli v rozvoji těchto poruch hrají také určité klíčové etapy v životě ženy, jako je puberta a období těhotenství, která jsou charakterizována značnými fyzickými a psychologickými změnami.

3.1.1 Vliv pohlaví

Je opakovaně zaznamenáváno, že ženy čelí potížím s přijímáním potravy výrazně více než muži. Podle studie Krcha (2002) je pro ženu riziko rozvoje mentální anorexie alespoň desetkrát vyšší. Přestože jsou tyto problémy častější u žen, neměli bychom je označovat výhradně za ženská onemocnění. V poslední době se pozoruje nárůst mužů, kteří trpí narušenými stravovacími zvyklostmi a zkresleným vnímáním vlastního těla. Přesto tito muži stále představují menšinu pacientů s poruchami příjmu potravy. Vzniká otázka,

zda není skutečný počet postižených mužů vyšší, než ukazují statistiky, vzhledem k veřejnému vnímání anorexie a bulimie jako nemocí mladých dívek, což muže odrazuje od přiznání svých problémů.

Krch (2002) poznamenal, že společnost tradičně klade větší důraz na ženské tělo a jeho proporce než na mužské. Zatímco ženy jsou více zaměřeny na tělesný tuk a krásu, muži se soustředí na svaly a sílu. Toto vnímání muže a ženy je v rozporu s biologickými aspekty mužského a ženského těla a s pubertálními změnami. Chlapci se stávají vytáhlejšími a svalnatějšími, čímž se přibližují ideálu muže, zatímco dívky se zaoblovat a přibírat na váze, vzdalujíce se od propagovaného ideálu. Je rovněž známo, že ženy mají větší sklon k nadváze než muži a že ženské tělo má fyziologicky vyšší procentuální podíl tuku, což je přirozenou přípravou na těhotenství a mateřství.

Jak bylo zmíněno, puberta je pro ženy zvláště rizikové období. Jedná se o období s vysokým rizikem pro rozvoj poruch příjmu potravy. Crisp (1980) zdůrazňuje pubertální tělesné dospívání jako ústřední podnět při vzniku anorektických příznaků. V této fázi života je sebevědomí velmi křehké a nestabilní, což zvyšuje citlivost na sociální vnímání a zranitelnost. Hormonální změny, které jsou pro období puberty, typické, mohou vést k negativním emocím. Změny tělesných proporcí postihují jak dívky, tak chlapce, ale dívky mohou být k těmto změnám citlivější, zejména vzhledem k riziku vulgárních komentářů. Někdy se objevuje touha po návratu k dětským tělesným proporcím. Kromě výrazných tělesných změn je tato fáze doprovázena sociálními změnami, větší nezávislostí a častějšími konflikty s rodiči. Tyto faktory mohou v kombinaci s měnícím se tělem přispívat k vývoji poruch příjmu potravy (Málková & Krch, 2001).

3.1.2 Hmotnost a tělesné proporce

Poruchy příjmu potravy jsou definovány obavami z přibírání, nadměrným zaměřením se na vlastní vzhled a nerealistickým vnímáním vlastního vzhledu. Z toho vyplývá, že hmotnost má zásadní význam v příčinách těchto onemocnění. Lidé trpící těmito poruchami často mají v anamnéze samy nadváhu nebo se obezita vyskytuje mezi jejich rodinnými příslušníky. V rodinách můžeme také nalézt opačné případy, kdy extrémní hubenost vede k pocitům tloušťky u jinak normálně vázících jedinců (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Dívky, které v dětství zápasily s nadváhou nebo obezitou, čelí vyššímu riziku rozvoje poruch příjmu potravy. Na počátku se jejich problém může maskovat za snahu o zdravý životní styl, a pokud je jejich hubnutí okolím pozitivně hodnoceno, může to přispět k rozvoji poruchy. Příčinou snahy zhubnout může být často zdánlivě neškodný komentář o jejich plnější postavě (Rahn, 2000).

V dnešní době lze pozorovat trend rychlejšího růstu a dřívějšího dospívání u mladých lidí, což znamená, že jsou větší a těžší. Pro mnohé dívky může být tento trend znepokojující. Časný nástup menstruace a vývoj sekundárních pohlavních znaků, což zahrnuje i přibírání na váze, je často vnímán negativně. Dívky mají obvykle nižší sebevědomí a jsou náchylnější k vývoji stravovacích poruch (Pavlová, 2010).

Ženy s gynoidním typem postavy, kdy se tuk hromadí převážně na stehnech a hýždích, jsou náchylnější k stravovacím poruchám. Navíc, kolísání hmotnosti, ať už kvůli dietám nebo nemocem, představuje riziko, obzvláště pro rozvoj bulimie (Fraňková et al., 2013).

3.1.3 Glykemický index

Glykémie neboli hladina cukru v krvi, je ovlivněna množstvím přijaté potravy a následnou tvorbou inzulínu v Langerhansových ostrůvcích pankreatu. Inzulín, hormon umožňující buňkám využití a ukládání cukru z potravy, se vyrábí průběžně během dne, ale jeho produkce stoupá hlavně po konzumaci potravin, zvláště těch obsahujících jednoduché sacharidy. To vede k následnému snížení glykemických hodnot. Pocit hladu je přímo spojen s úrovní glykémie; klesne-li hladina cukru v krvi pod určitý limit, objeví se hlad. Po jídle, když se hladina cukru zvýší, hlad ustoupí. Potravin s vysokým glykemickým indexem, jako jsou sladkosti a bílé pečivo, rychle zvyšují hladinu cukru v krvi (Pelikánová & Bartoš, 2011).

Tělo na to reaguje uvolněním velkého množství inzulínu, což umožňuje buňkám zpracovat cukr a opět snížit glykémii až k hypoglykémii. Při častém nadměrném požívání sladkostí může dojít k neustále zvýšené produkci inzulínu a následné hypoglykémii. Tento stav se projevuje nepříjemnými symptomy, jako jsou slabost, zmatenost, silný hlad, roztržitost nebo bolesti hlavy. Tyto symptomy mizí po jídle. Avšak tento cyklus může vést k pocitu ztráty kontroly, vyhledávání a konzumaci velkého množství sladkostí, což posiluje produkci inzulínu a zhoršuje hypoglykémii (Krch, 2002). Osoby trpící hypoglykemií mají tak častější pocit hladu a riziko přejídání, což může vést k bulimii nebo kompulzivnímu přejídání.

Dalším faktorem, který může ovlivnit přejídání, může být podle Maloneyho & Kranz (1997) nedostatek určitých vitaminů nebo minerálů v jídelníčku. V případě, že tělu chybí některé živiny, například kvůli nevyvážené stravě, může se objevit potřeba přejídání, kdy tělo usiluje o doplnění chybějících živin.

3.2. Psychologické faktory

V souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy se často zmiňují specifické osobnostní charakteristiky a různé afektivní nebo kognitivní problémy (Krch, 2005). Krch (2005) uvádí, že u pacientek trpících anorexií je možné pozorovat tendence k úzkostnosti, kognitivní nepružnosti, vyhýbavému chování, perfekcionismu a obsedantním vlastnostem. U osob s bulimií jsou častější emocionální nestabilita, nedisciplinovanost, impulzivita, hraniční osobnost a sklony k depresi. Je důležité si uvědomit, že ne všechny osoby s těmito poruchami vykazují všechny zmíněné rysy, a že anorexie a bulimie mohou mezi sebou přecházet a prolínat. Mnohé psychologické změny se mohou objevit sekundárně jako reakce na hladovění nebo nezdravé stravovací návyky (Kocourková et al., 1997).

Dalšími podstatnými faktory, které mohou ovlivnit duševní zdraví člověka, jsou rozmanité životní situace a zkušenosti s alkoholem, drogami či jinými závislostmi, a to jak osobní, tak v rámci rodinného prostředí (Novák, 2010).

3.2.1 Deprese

Často se pozoruje, že deprese a poruchy příjmu potravy jsou vzájemně propojeny. Otázkou zůstává, zda deprese předchází vývoji stravovacích poruch, nebo zda je jejich následkem. Známým faktem je, že průběh stravovacích poruch může vést ke zhoršení depresivních příznaků (Novák, 2010). U osob s bulimií se často objevují vážnější formy deprese, což může souviset se záchvaty přejídání a následnými pocity viny a selhání. Pocity strachu z přibírání jsou často spojeny s vývojem deprese u osob s anorexií i bulimií. Nízké sebevědomí, negativní sebepojetí a pocit neúčinnosti, jak uvádí Krch (2005), jsou častými rizikovými faktory pro vznik těchto poruch. Kromě

toho, deprese může být také důsledkem nebo konečným stádiem podvýživy.

3.2.2 Úzkost a strach

Jak již bylo spousta krát zmíněno, hlavním impulsem pro rozvoj poruch příjmu potravy je obava z přibírání. Tato obava nutí osoby trpící anorexií k vynechávání jídel, zatímco ti s bulimií, aby se zbavili pocitu viny po přejídání, používají zvracení nebo jiné metody čištění. U lidí s anorexií tak přísná kontrola stravování snižuje úroveň úzkosti, zatímco u lidí s bulimií to mohou být cykly přejídání a následného čištění. Tyto vzorce chování a rituály spojené s jídlem mohou nakonec přerůst v obsedantně-kompulzivní poruchu (Kocourková et al., 1997).

3.2.3 Perfekcionismus

Perfekcionismus představuje klíčový rizikový faktor pro rozvoj mentální anorexie. U nemocné osoby to vyústí v extrémně pečlivé dodržování pravidel souvisejících s jídlem a sebekontrolou. Její soustředění je pak intenzivně zaměřeno na jediný cíl – ztrátu váhy, kterému podřizuje všechny ostatní aspekty svého života (Fraňková et al., 2013).

3.2.4 Životní události

Až dvě třetiny osob trpících anorexií nebo bulimií spojují vznik svého onemocnění s určitou významnou událostí ve svém životě (Krch, 2002). Tato událost může spočívat v poznámce nebo narážce na vzhled nebo v situaci, kdy se dotyčná stydí za své tělo. Dalším možným spouštěčem mohou být stresující životní okolnosti, které přinášejí psychickou zátěž. Někdy se uvádí souvislost vývoje poruch příjmu potravy se sexuálním zneužíváním, kde postižená může pomocí nemoci odmítat svou sexuální identitu (Kocourková, et al., 2007).

Dalšími potenciálními faktory mohou být rodinné problémy, jako je například rozvod rodičů. Začátek poruch příjmu potravy mohou vyvolat i jiné zdravotní problémy nebo těhotenství, které zahrnují změnu stravovacích návyků a ovlivňují vzhled. Pacientky mohou být citlivé na řadu dalších náročných životních situací, jako jsou například přepadení, ztráta blízkého, odmítnutí vrstevníků nebo existenční krize (Papežová, 2010). Krch (2002) však poukazuje na otázku, zda tyto události nejsou spíše vnímány a prožívány jinak v důsledku již probíhající nemoci.

3.3. Sociální faktory

Sociální faktory jsou klíčové pro primární prevenci a lze je považovat za velmi významné. Nejsme schopni ovlivnit fyzické charakteristiky, s jakými se jedinec narodí, jako je například nižší a robustnější postava nebo vysoký a štíhlý vzhled. Nicméně, naše vnímání těchto rozdílů a pohled mladých lidí na krásu lze do určité míry upravit (Navrátilová et al., 2000). Proto se v následujících odstavcích zaměřím na tyto rizikové faktory a možnosti jejich ovlivnění.

3.3.1 Rodina

V rámci rodinného prostředí, které je pro jedince nejdůležitější sociální skupinou, se vyskytují faktory, jež mohou ovlivnit psychický rozvoj a potenciálně i vznik psychických onemocnění. Neexistuje přitom specifický rodinný model přímo spojený s poruchami příjmu potravy, ale určité rodinné charakteristiky mohou zvyšovat riziko vzniku těchto poruch. Například v rodinách, kde se již poruchy příjmu potravy vyskytly, je větší pravděpodobnost jejich opětovného výskytu (Krch, 2002).

Důležité jsou také vzájemné vztahy a komunikační vzorce v rodině, jakož i přístup k výchově a stravování. Například v rodinách, kde panuje izolace od okolního světa a rigidita, může dojít k vyššímu výskytu mentální anorexie, zatímco v rodinách s chaotickými vztahy a nedostatkem pravidel se může objevovat vyšší výskyt bulimie (Kocábová, 2006).

Obecně lze říci, že v rodinách náchylných k poruchám příjmu potravy často dochází k nedostatku emocionální podpory a empatie v kombinaci s přehnaným kontrolním chováním, zaměřením na výkon a vnější vzhled. Někdy se projevy poruch příjmu potravy mohou jevit jako způsob, jakým se jedinec snaží upoutat pozornost nebo vyjádřit potřebu pomoci (Černá, 2010).

Důležitým aspektem může být i přílišný důraz na sportovní výkon, zejména v aktivitách, kde je důraz na tělesnou váhu a postavu. V těchto případech je důležité, aby rodiče, trenéři a pedagogové vnímali sport jako prostředek pro zábavu a rozvoj, nikoli jako prostředek pro dosahování výkonnostních cílů a ocenění (Dosil, 2008).

3.3.2 Média a ideál krásy

Poruchy příjmu potravy jsou často spojovány se současnými západními společenskými normami. Historicky se sice vyskytovaly rozličné případy narušeného stravovacího chování již ve starověku, avšak výrazný nárůst těchto poruch je charakteristický zejména pro 20. století. Ve společnosti, která je silně ovlivněna mediálním obrazem krásy, se mění i vnímání krásy a ideály tělesné postavy. V minulosti byly jako znak ženské krásy a zdraví považovány plné tvary a baculatější postavy. V některých kulturách, například v některých muslimských zemích, je toto vnímání krásy stále aktuální. V oblastech, kde byl nedostatek potravy, se obézní postavy vnímaly jako znak zdraví a bohatství, zatímco štíhlost jako znak chudoby a nemoci (Novák, 2010).

V současné době tělesný vzhled hraje v společnosti přehnaně důležitou roli. Štíhlost se stává nejen symbolem krásy, ale i nezbytnou podmínkou pro osobní štěstí, což vytváří tlak na ženy a mladé dívky cítit se nedokonalé a ohrožené obezitou. Dle Bordo je „ideálem tělo, které je absolutně pevné, zkrocené, spoutané, tuhé“ (Bordo, 1993, s. 190). Reklamy nabízejí snadné cesty ke kráse a štěstí, ale často nereálné cíle vedou k zoufalému úsilí o neustálé zlepšování. V důsledku toho někteří lidé, kteří nezvládají tlak společnosti, sklouzávají do problémů s poruchami příjmu potravy (Grogan, 2000).

3.3.3 Diety

Dnes je pojem diety běžně rozšířený mezi veřejností a mnozí lidé mají zkušenosti s různými druhy dietních režimů. Přesto je důležité si uvědomit, že správně by měl být dietní plán stanoven lékařem jako součást léčby. Avšak mnohé ženy jsou ovlivněny obrázky modelek v magazínech, které bývají doprovázeny články o "zdravém" stravování a hubnutí. To může vést k nebezpečnému cyklu extrémního omezování jídla, pečlivého sledování kalorií a vynechávání určitých potravin. Tento přístup nelze dlouhodobě udržet a často vede k narušení metabolismu a přibírání na váze po skončení diety. Z toho důvodu se některé ženy a dívky mohou uchýlovat k bulimii nebo anorexii pod záminkou diety (Krch, 2002).

Další znepokojivý aspekt je, že v naší kultuře je dieta často vnímána jako běžný způsob stravování, s očekáváním, že ženy budou neustále kontrolovat svou váhu a příjem potravy. Je alarmující, že diety dodržují i děti na základních školách, často ovlivněné svými matkami, které zaměňují dietní režim za normální stravování. To ztěžuje nalezení zdravého a vyváženého přístupu k jídlu a správnému výběru potravin (Fraňková et al, 2013).

4. Role sociálního pracovníka v prevenci poruch příjmu potravy

Sociální práce jako disciplína a profese hraje klíčovou roli v pomoci a podpoře jednotlivců s různými sociálními a osobními problémy. Mezi tyto problémy patří i poruchy příjmu potravy, které představují vážné zdravotní a psychosociální výzvy. Cílem této kapitoly je prozkoumat, jak sociální pracovníci přistupují k této problematice, jaké metody, techniky, strategie a intervence používají a jaké jsou výzvy a příležitosti v této oblasti sociální práce.

4.1. Definice role sociálního pracovníka ve vztahu k poruchám příjmu potravy

Sociální pracovník je v první řadě jedinec s hlubokým lidským cítěním, který se z osobních důvodů rozhodl věnovat pomoci potřebným. Jeho primární motivací obvykle není finanční odměna, osobní zisk nebo profesní postup, ale hluboké lidské pohnutky a touha pomáhat druhým a cítit se užitečnými.

Sociální pracovník z obecného hlediska je osoba, která zprostředkovává sociální službu a „pomáhá osobě, která ji potřebuje, zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány“ (Matoušek a kol., 2007, s. 47).

Podle Matouška et al. (2007) sociální pracovník vystupuje tedy v několika rolích: jako poskytovatel a zprostředkovatel služeb, pečovatel, terapeut, poradce, manažer případů a personálu a také jako administrativní pracovník. Tyto role předpokládají značné nároky na osobnost pracovníka, kde se očekává zralost, prosociální chování, sociální a emoční inteligence, schopnost vnímat a adekvátně reagovat na emoce druhých, což přesahuje rámec běžné slušnosti a zahrnuje schopnost akceptace, vyjádření soucitu a porozumění.

Woodsová & Hollisová (1990) popsaly funkce sociálního pracovníka, které mimo jiné zahrnují poskytování emocionální podpory klientům, projevování zájmu o jejich situaci, zkoumání problémů, umožnění klientům vyjádřit své pocity, aktivní ovlivňování klientů například sdělením vlastního názoru, dáváním rad, zasahováním do konfliktů, poskytováním odkazů na další služby a reflexi širších souvislostí.

V přístupu k praxi Banks (2001) identifikuje čtyři typy sociálních pracovníků: angažovaného, radikálního, byrokratického a profesionálního, přičemž každý z nich přistupuje k práci s klienty odlišně, v závislosti na svých morálních hodnotách, vnímání sociální spravedlnosti, pravidlech organizace nebo důrazu na profesní etiku.

V kontextu této práce je sociální pracovník chápán jako odborník a profesionál, který splňuje kritéria pro výkon pomáhající profese a disponuje specifickými osobními kvalitami a schopnostmi. V České republice musí sociální pracovník vyhovět požadavkům na vzdělání stanoveným zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaměřuje se na specifické oblasti, jako je práce s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy, a využívá přitom metody sociální práce, psychologie, psychoterapie a zdravotních věd.

4.2. Osobnost a kompetence sociálního pracovníka

Sociální pracovník v oblasti poruch příjmu potravy je odborník, který hraje klíčovou roli v podpoře a léčbě jednotlivců trpících těmito poruchami. S tím se pojí i vysoké a náročné požadavky, kterou jsou kladeny na sociálního pracovníka. Jak uvádí Laca (2016), sociální pracovníci jsou často prvním kontaktem a důležitými prostředníky, kteří umožňují přístup k sociálním službám pro klienty. Stávají se tak nezbytným spojníkem mezi pomocí a těmi, kdo ji potřebují. Z této perspektivy je zřejmé, že ideální kandidáti pro tuto roli

by měli mít nejen vhodné vzdělání a profesní zkušenosti, ale také určité charakterové rysy a osobnostní typologii, která umožňuje efektivní komunikaci a interakci s ostatními.

Mezi osobnostní předpoklady sociálního pracovníka patří vysoká úroveň inteligence, schopnost empatie, otevřenost vůči jedinečnosti každého člověka, spolehlivost, diskrétnost a komunikační schopnosti. V momentě střetu sociálního pracovníka s osobou trpící poruchou příjmu potravy je nejdůležitější komunikace. Komunikace zahrnuje, jak dialogy s danou osobou, tak s jejími rodiči, přičemž je důležité poskytnout relevantní a přesné informace. Je důležité si uvědomit závažnost a potenciální nebezpečí těchto poruch, proto je nezbytné, aby byl sociální pracovník nejen opatrný a citlivý, ale také empatický, otevřený a upřímný. Tyto vlastnosti umožňují sociálním pracovníkům lépe rozumět potřebám svých klientů a efektivněji s nimi komunikovat. Důležitou roli hraje i schopnost týmové práce, tvorba metodik a standardů, zaznamenávání důležitých informací, stejně jako schopnost sebereflexe a neustálý osobní rozvoj v profesním kontextu (Navrátil, 2001).

Mezi další požadavky patří ochota k dalšímu vzdělávání se. Vzdělání v oblasti sociální práce je základním předpokladem pro úspěšné působení v tomto oboru. Pracoviště mohou mít specifické požadavky, včetně absolvování sebezkušenostního výcviku, který podporuje hlubší sebepoznání a rozvoj schopnosti sebereflexe, což je klíčové pro pochopení a respektování potřeb klientů. Kromě toho, praxe a další vzdělávací příležitosti pomáhají sociálním pracovníkům rozvíjet své dovednosti a zlepšovat kvalitu poskytovaných služeb (Kopřiva, 2006).

Podle etického kodexu, který je součástí profesního standardu sociální práce v České republice, je každý sociální pracovník povinen dodržovat určité etické

normy a zásady, které zahrnují uznání a respektování lidské důstojnosti a práv, stejně jako závazek k poskytování kvalitních služeb. Tento kodex podtrhuje důležitost odbornosti, spolehlivosti a integrity v práci sociálních pracovníků (Laca, 2016).

Soubor kompetencí nutných pro účinnou sociální práci je široký a zahrnuje nejen profesní znalosti a dovednosti, ale i osobní vlastnosti, morální hodnoty a schopnost pozitivně ovlivňovat životy klientů. Tyto kompetence jsou nezbytné pro podporu klientů v zlepšování jejich životních podmínek a posílení jejich vlastních schopností řešit problémy. Práce sociálního pracovníka je dynamická a neustále se adaptuje k proměnlivým podmínkám společnosti. S vývojem a změnami v našem prostředí se také rozšiřuje a vyvíjí spektrum možností, kde a jak mohou sociální pracovníci působit (Navrátil, 2001).

4.3. Sociální práce jako obor v kontextu poruch příjmu potravy

Mülpachr (2006, s. 7) definoval sociální práci jako *„soubor činností, jejichž účelem je přímé a na člověka nebo jeho rodinu bezprostředně působící úsilí o zachování celistvosti člověka, tj., úsilí o zachování jeho vztahu ke společnosti, k nejbližšímu prostředí, ke vzdělání, k práci atd. Lze ji charakterizovat jako práci sociálně diagnostickou, konzultační a výchovnou a jako práci, již se zajišťují sociální služby v konkrétních případech za účelem odstranění poruchy celistvosti člověka“*.

Dle Hanvey & Philpot (1996) je zase *„sociální práce to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, police atd., nedělají“*. Matoušek (2001, s. 184) definoval cíle sociální práce jako *„1. pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování a 2. měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.“*

Poruchy příjmu potravy mají významný dopad na sociální funkce u osob jimi trpícími. Může se to projevit formou sociální izolace, problémů v komunikaci, konfliktů v rodinném či školním prostředí a dokonce i ve zhoršení školního výkonu (Leibold, 1995). Tato specifika odlišují sociální práci od psychologie a psychiatrie, které se zaměřují spíše na psychické a somatické aspekty. V literatuře se často opomíjí sociální aspekt poruch příjmu potravy, přesto je tento rozměr stejně důležitý (Cooper, 1995; Leibold, 1995; Papežová, 2000; Krch, 2005). Proto bude další text čerpat z obecných teorií a metod sociální práce a aplikovat je na problémy spojené s poruchami příjmu potravy.

4.4. Teorie a přístupy v sociální práci s klienty s poruchou příjmu potravy

V sociální práci se často využívají teoretické přístupy získané z jiných vědních oborů. Unikátnost těchto přístupů však spočívá v jejich aplikaci, kdy sociální pracovník tyto teorie upravuje a aplikuje na konkrétní situace svých klientů, což vede k jejich přizpůsobení individuálním potřebám. Porozumění teoretickým konceptům v oblasti sociální práce je klíčové pro profesní dovednosti sociálních pracovníků. Tyto teorie jim poskytují komplexní přístup k tomu, jakým způsobem postupovat, jaké metody aplikovat a zdůvodňují, proč jsou tyto kroky důležité. Navrátil (2001, s. 11) uvádí jako cíl sociální práce *„pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.“* Orientace na sociální fungování osob s poruchami příjmu potravy je to, co odlišuje sociální práci od psychiatrie, která se orientuje na vnitřní psychické procesy jedince a využívá mednický přístup a psychologie, jež se soustředí na jednotlivé patologické projevy z pohledu psychoterapie.

Podle Navrátila (2001) se v průběhu 20. století vyvinuly tři hlavní směry, které Payne (1997) uvádí jako tzv. malá paradigmatata. Ty se liší nejen filozofickými východisky, ale i praktickými důsledky. Jedná se o tři směry nabízející interpretaci sociálního fungování v kontextu sociální práce (Navrátil, 2001).

Navrátil (2001) je vymezil následujícím způsobem:

- Terapeutické paradigma klade hlavní důraz na duševní zdraví a osobní pohodu jako klíčové aspekty sociálního fungování. Tento přístup vnímá problémy psychického zdraví převážně z hlediska psychiky jedince a nabízí pomoc prostřednictvím individuální nebo skupinové psychoterapie, kde je velký důraz na komunikaci a vztahy mezi terapeutem a klientem. Metody léčby se v rámci tohoto paradigmatu soustředí primárně na terapeutické intervence.
- Reformní paradigma klade důraz na sociální rovnost jako hlavní aspekt sociálního fungování. Pomoc se zaměřuje na posílení schopností klientů, přičemž podpora spolupráce a solidárního jednání jim umožňuje aktivně ovlivňovat své životní podmínky a účastnit se na proměnách institucionálních a sociálních struktur.
- Poradenské paradigma identifikuje hlavní bariéry sociálního fungování v omezeném přístupu k informacím a službám. Sociální pracovníci se zaměřují na podporu klientů v naplňování jejich individuálních potřeb skrze poskytování sociálně-právního poradenství a zároveň usilují o změnu společenských institucí tak, aby lépe reflektovaly potřeby občanů.

Ke každému z uvedených paradigmat lze přiřazovat jednotlivé dílčí přístupy, které slouží jako praktické teorie pro vysvětlení a řešení konkrétních problémů skrze definované postupy (Matoušek, 2001). Ovšem k problematice

poruch příjmu potravy není možné přiřadit jednoznačně jedno z paradigmat, vzhledem k jedinečnosti každého jedince. Je důležité brát v úvahu osobní okolnosti klienta, které mohou ovlivnit průběh a úspěch terapie. Každé z paradigmat je možné přeformulovat do několika přístupů sociální práce, do nichž spadají teorie, které vymezují konkrétní postupy při interakci s klientem. Ovládnutí těchto teorií je nezbytné pro každého sociálního pracovníka, jelikož zvolená teorie nejenom identifikuje určitý typ práce, ale také detailně určuje, jakým způsobem se má postupovat. Nedostatek znalostí o těchto přístupech či technikách může vést k neefektivnosti a potenciálnímu riziku pro klienta (Navrátil, 2001). Mnoho teoretických modelů používaných dnes nebylo původně vyvinuto přímo pro sociální práci, ale pochází z přidružených disciplín jako je sociologie, psychologie, psychopatologie, právo, somatologie a další (Řezníček, 2000). V dostupných zdrojích také není přímo pojednáno o konkrétních přístupech sociální práce při interakci s lidmi s poruchou příjmu potravy. Proto se v dalším textu zaměřím na představení a integraci nejčastěji využívaných přístupů.

4.4.1 Kognitivně – behaviorální přístup

Kognitivně behaviorální přístup vychází z teorie evoluce podle Darwina, výzkumů I. P. Pavlova týkající se podmíněných reflexů a behaviorismu J. B. Watsona, který je pojímán jako věda o chování, které je pozorovatelné a objektivně poznatelné. *„Základní teze behaviorální teorie spočívá v přesvědčení, že všechno chování je naučeno v interakci s prostředím. Behavioristé se snaží porozumět těm okolnostem, které ovlivňují průběh učení“* (Navrátil, 2001, s. 100).

Model kognitivní behaviorální terapie se zaměřuje na rozpoznání a změnu úhlu pohledu klienta, který negativně ovlivňuje jeho běžný život a na jeho nahrazení pozitivnějším způsobem myšlení. V rámci tohoto přístupu se

sociální pracovník soustředí na chování, hledání řešení, pozitivní aspekty a budoucnost, přičemž jsou přítomni otevřeni změnám a postupují krok po kroku (Navrátil, 2001). Hlavním cílem této metody je umožnit klientům předvídání a řízení chování, které brání jejich sociálnímu fungování u osob s poruchami příjmu potravy.

Dle Papežové (2001) je kognitivně behaviorální terapie je nejúčinnější při léčbě mentální bulimie a vede k jejímu vyléčení v 40-60%. Peter J. Cooper v roce 1995 vydal knihu "Mentální bulimie a záchvatovité přejídání" nabízející šestistupňový program a brána jako nejuznávanější průvodce. Cooper (1995) uvádí, že pacienti, kteří mají obtíže s dodržováním programu, by měli vyhledat pomoc od někoho, kdo by je mohl podporovat ve splnění jednotlivých kroků, například od sociálního pracovníka. Tato podpora může zahrnovat odborné konzultace, pomoc s pochopením materiálu, psychickou podporu, nebo jen pocit, že někdo dohlíží a že pacienti nejsou se svými problémy sami.

Kognitivně behaviorální terapie poskytuje také teoretický základ pro léčbu mentální anorexie, a je doporučována klientům s mírnými až vážnými symptomy, pro které není vhodná rodinná terapie (Krch, 2005).

4.4.2 Humanistické a existenciální teorie

Humanistické a existenciální teorie se soustředí na vnitřní svět jednotlivce, zdůrazňují nutnost přijmout osobu jako unikátní a svobodnou entitu s přirozenou touhou po osobním rozvoji a kladením důrazu na přítomnost. Mezi humanistické teorie patří přístup orientovaný na klienta od Carla R. Rogerse, jenž nachází uplatnění především v poradenské praxi (Navrátil, 2001). Podle tohoto přístupu by pomocný pracovník měl směřovat k dosažení kongruence a autentičnosti. Je důležité, aby pracovník přijímal klienta

bezpodmínečně a bez hodnocení o jeho chování nebo postojích, usiloval o nedirektivní vedení ve vztahu, projevoval autenticitu, přátelský přístup, aktivně naslouchal a vykazoval empatii (Navrátil 2001).

Dva klíčové přístupy v rámci existencialismu v sociální práci je daseinanalýza a logoterapie. Daseinanalýza zdůrazňuje jedinečnost každého jedince, což vyžaduje od sociálních pracovníků individuální přístup k jednotlivým klientům. Terapeut pomáhá klientovi objevit jeho vlastní možnosti a porozumět důvodům svého chování. Důležité je, aby jakékoli řešení vycházelo přímo od klienta, bez vnějšího nucení (Kratochvíl, 2006). Na druhé straně, logoterapie se opírá o přesvědčení, že nalezení životního smyslu je klíčové pro duševní zdraví člověka. Absence smyslu může vést k různým psychickým problémům, včetně neuróz, depresí či poruchám příjmu potravy. Role sociálního pracovníka zde spočívá v pomoci klientovi nalézt znovu smysl života (Matoušek, 2007). Kratochvíl (2006) navíc uvádí, že v rámci logoterapie by sociální pracovník měl být schopen rozšířit klientovy hodnotové horizonty, což by mu pomohlo v hledání ztraceného smyslu existence.

4.4.3 Psychosociální přístup

Vznik psychosociálního přístupu lze datovat na počátek 20. Století a vychází z tvrzení Mary Richmond. Psychosociální přístup zohledňuje „*biologické, psychologické, interpersonální, sociální i kulturní faktory*“ (Navrátil, 2001, s. 43). Vychází z předpokladu, že každý člověk je jedinečný, s důrazem na individuální potřeby. Jeho základem je analýza životní situace klienta, která umožňuje vytvoření návrhu řešení s aktivní účastí klienta. Toto posouzení tvoří základ pro vývoj intervenčního plánu, jehož návrh je rovněž kooperativním procesem s klientem. Sociální pracovník by měl vykazovat

autentický zájem o klienta. Tento přístup se odlišuje od psychoterapie, i když využívá psychoanalytických metod, jde o širší koncept, ve kterém je vztah chápán jako cíl, nikoli jako prostředek. Je aplikován v individuální práci s klienty, v sociální práci s rodinami, skupinami a komunitami. Do psychosociálního přístupu patří rodinná terapie, skupinová terapie, svépomocné skupiny, které nastíním v následující kapitole pojednávající o způsobech léčby (Navrátil, 2001).

4.4.4 Sociálněpsychologické a komunikační přístupy

Sociálněpsychologické a komunikační přístupy se zabývají vznikem vztahů a chováním v různých situacích. Breakwell & Rowett (1982) tvrdí, že sociálněpsychologický model „klade důraz na to, jak se mezi lidmi vytvářejí vztahy a jak jsou vztahy modifikovány v rozmanitých sociálních situacích. Dále jsou v jejich práci probírány otázky identity, stigmatizace, skupinového chování, teritoriality, sociální a osobnostní změny apod.“ (Matoušek, 2001, s. 216). Klíčovými teoriemi spadající do těchto přístupů je teorie rolí a etiketizační teorie. Teorie rolí pracuje s předpokladem, že každá osoba zaujímá ve společnosti určitou pozici, neboli roli, která může být zdrojem konfliktů (např. role dítěte vs. dospělého). Na druhé straně etiketizační teorie se věnuje připisování štítků či nálepek, jež pomáhá ke stigmatizaci jednotlivců (Navrátil, 2001).

4.4.5 Systemický přístup

Systemický přístup, který se začal formovat ve druhé polovině 20. století, dnes představuje přední směr v humanitních vědách. Termín "systemický" má svůj původ v systemické rodinné terapii 70. let minulého století, jež analyzuje rodinu jako uzavřený a autonomní systém. Tento přístup je založen na sociálním konstruktivismu, který tvrdí, že realitu neobjevujeme prostřednictvím poznání, ale interpretujeme, a že každý rodinný člen má svou

vlastní "pravdu" (Matoušek, 2001). Terapeutův úkol není hodnotit, ale má pomoci umožnit komunikaci mezi členy rodiny. Systemicky orientovaný sociální pracovník by se sám měl brát jako součást systému poskytovaných služeb a při hodnocení životní situace klienta zohlednit svou osobní zapojení a očekávání. Dále by měl zvolit buď spolupráci s klientem, nebo převzetí odpovědnosti za klienta, pokud je spolupráce odmítnuta. Podle Matouška (2001) přináší systemický přístup krátkodobost a efektivitu díky jasně definovaným cílům, krokům a kritériím pro dosažení těchto cílů v rámci pracovního kontraktu.

4.4.6 Úkolově orientovaný přístup

Úkolově orientovaný přístup má základy přímo v sociální práci. Východiskem tohoto přístupu je teorie sociálního učení a systémová teorie. Soustředí se na systematické řešení praktických problémů klienta. Dle Navrátila (2001, s. 107) jeho efektivita *„spočívá v jednoduché myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že se lidé více angažují v úkolech, které si sami zvolili“*. Základem je partnerství a posilování vzájemných vztahů. Sociální pracovník především nabízí pomoc, místo aby se zaměřoval na léčení. Hlavní roli v tomto procesu hraje klient. Používané metody je přímé a srozumitelné. A. W. Reid a L. Epsteinová definovali krátkodobou intervenci jako metodu, kde klíčovým prvkem jsou konkrétní úkoly. Tento přístup se zaměřuje na osm problémových oblastí, které se často dotýkají i jedinců s poruchami příjmu potravy. Mezi tyto oblasti patří mezilidské konflikty (vztahy s rodiči a vrstevníky), nedostatečná spokojenost se sociálními vztahy, problémy s plněním sociálních rolí (např. role ženy, dítěte, dospělého), chování spojené se stravováním (přejídání, zvracení, dichotomické vnímání světa) a problémy vyplývající ze sociálních změn, např. během dospívání (Navrátil, 2001).

4.5. Metody sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je komplexní proces, který vyžaduje individualizovaný přístup a často spojuje různé terapeutické metody. V této kapitole se zaměřím na neúčinnější metody sociální práce pro jedince s poruchami příjmu potravy. Podrobněji prozkoumám základní metody, jako je práce s jednotlivcem, kde se zaměřím na poradenství a krizovou intervenci. Také se budu věnovat rodinné terapii, včetně zmínky o vícerodinné terapii. V závěrečné podkapitole pak představím práci se skupinou.

4.5.1 Práce s jednotlivcem

Při léčbě poruch příjmu potravy se nejvíce využívá individuální práce s klientem. Sociální práce s jednotlivcem se zakládá na principu, že každý jedinec má svobodu a právo rozhodovat o svém životě (Matoušek, 2008). Toto chápání předpokládá, že osoba trpící určitým onemocněním má možnost volby mezi léčbou a jinými cestami. Sociální pracovník v této situaci není rozhodující autoritou, ale spíše průvodcem a podporovatelem klienta, který se rozhodne pro změnu. Jeho role zahrnuje povzbuzování klienta, pomáhání s mobilizací vnitřních zdrojů a spolupráci při hledání alternativních řešení. Je důležité, aby sociální pracovník měl přehled o dostupných sociálních službách a odbornících, k nimž může klienta odkázat pro další pomoc. Klíčovou dovedností sociálního pracovníka je schopnost vést rozhovory, které jsou nezbytné pro pochopení problémů a úmyslů klienta a pro efektivní komunikaci s ním (Matoušek, 2008). Tato metoda je nejlepší pro osoby trpící mentální anorexií nebo emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu (Krch, 2005).

Při práci s jednotlivci se často uplatňují dva hlavní přístupy: poradenství a krizová intervence.

Sociální poradenství má v sociální práci nezastupitelné místo. Pojem sociální poradenství podle Lacy (2016, s. 396) je *„proces, který probíhá prostřednictvím rozvoje vztahu mezi sociálním klientem a sociálním poradcem, využívajíc při tom různé poradenské formy a metody práce, a kterého cílem je zvýšit kvalitu života klienta za pomoci mobilizace vnitřních a vnějších zdrojů jeho přirozeného prostředí. Cílem sociálního poradenství je pomáhat lidem při řešení jejich sociálních problémů tak, aby dokázali mobilizací svých možností tyto problémy řešit i jim předcházet.“*

V rámci poradenství se sociální pracovník soustředí na poskytování trvalé pomoci a rozvoje jednotlivce. Pomoc poskytovaná jednotlivcům by měla být přizpůsobena jejich specifickým potřebám a měla by je aktivně zapojovat, podporovat jejich nezávislost a motivovat je k aktivitám, které nevedou k trvalé závislosti nebo zhoršení jejich situace. Zároveň by měla posílit jejich schopnost začlenit se do společnosti. Sociální služby by měly být poskytovány s ohledem na nejlepší zájem jedinců a na vysoké úrovni kvality, přičemž je nezbytné zajistit dodržování lidských práv a základních svobod. Při poradenství sociální pracovník nabízí klientům podrobné informace o jejich zdravotním stavu a dostupných léčebných metodách. Kromě toho propojuje klienty s relevantními specialisty a podporuje je v interakci s těmito odborníky. Existuje množství způsobů, jak může sociální pracovník svým klientům pomáhat, včetně poskytování rad, informací a vzdělávání v nových oblastech. Zásadním cílem sociálního pracovníka je však pomoci klientovi objevit skryté zdroje a možnosti, jak překonat obtížné životní situace. Klient je ten, kdo nejlépe zná své potřeby a má schopnosti tyto situace zvládnout. Sociální pracovník je zde primárně jako průvodce a expert. Často lidé trpící určitými zdravotními problémy potřebují více než jen informace, hledají spíše

podporu a jistotu, že v těžkých chvílích nejsou sami (Matoušek, 2008).

Na rozdíl od poradenství, krizová intervence se primárně zaměřuje na rychlou a efektivní reakci v případě akutních situací.

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující“ (Vodáčková et al., 2002, s. 60).

Hlavním úkolem tohoto přístupu je poskytnout klientům okamžitou podporu v momentech krize. Pracovník v oblasti krizové intervence nehledá řešení v poučování či radách, ale spíše ve spolupráci s klientem, aby mu pomohl zvládnout stres, ovládat emoce a podpořit ho v hledání racionálních řešení v krizové situaci a přitom zohlednit jeho individuální potřeby. Tato intervence pokračuje, dokud není klient stabilní, uvědomuje si realitu, dokáže vyjadřovat své emoce, chápe svou situaci a myslí na budoucnost (Matoušek, 2008). Osoba s poruchou příjmu potravy má možnost vyhledat pomoc prostřednictvím telefonické krizové pomoci, online služeb, chatování nebo osobní návštěva v krizovém centru, poradně nebo na specializovaném pracovišti zaměřeném na problémy s příjmem potravy. Pracovníci v těchto zařízeních přistupují k jednotlivcům s porozuměním a citlivostí, poskytují podporu a ocenění za projevenou odvalu. Jsou si vědomi, že osoba vyhledávající pomoc může pocíťovat nejistotu, stydět se a váhat s rozhodnutím pro reálnou léčbu, a její motivace k zahájení léčby může být nejistá a křehká (Štichová, 2002).

Přestože odborná literatura často neprobírá krizovou intervenci v kontextu poruch příjmu potravy, v České republice existuje několik zařízení poskytujících právě takové služby. Jako příklad lze uvést poradny pro ženy a dívky nebo známou organizaci Anabell, která se specializuje přímo na problematiku poruch příjmu potravy a kterou jsem oslovila v souvislosti se svou praktickou částí.

4.5.2 Práce s rodinou

V posledních letech se práce s rodinou stala důležitou a významnou terapií užívanou při poruchách příjmu potravy, především když jde o mentální anorexii. Tato metoda původně vycházela z konceptu tzv. „psychosomatických rodin“, jež se vyznačovaly dysfunkčností v mezilidských vztazích a vzájemným nedostatkem respektu, což mělo za následek vznik poruch příjmu potravy u dětí. Hlavním cílem těchto terapeutických zásahů bylo transformovat vzorce chování v rámci rodiny. Současný terapeutický přístup se zaměřuje na podporu rodin při hledání vlastních řešení problémů a zdůrazňuje, že rodina nemusí být vždy primárním zdrojem potíží souvisejících s jídelními poruchami dítěte. Rodinná terapie umožňuje odborníkům identifikovat problémy, které mohou přispět k vývoji psychických poruch (Krch, 2005).

Další možností léčby jsou vícerodinné terapie, které umožňují rodinám řešit podobné problémy prostřednictvím vzájemné podpory a výměny informací. Tyto terapie, které mohou být uspořádány jako jednodenní nebo vícedenní setkání pod vedením psychiatrů a psychologů, podporují sociální kontakt a pomáhají odvrátit pozornost od PPP. Výběr vhodných rodin a správná koordinace terapeutického týmu jsou klíčové pro úspěch těchto terapií (Papežová, 2010).

4.5.3 Práce se skupinou

Poslední metodu, kterou zmíním, je práce se skupinou. Při skupinové práci dochází k procesu vzájemné podpory - když někomu pomáhám, také dostávám pomoc (Navrátil, 2000). Tento přístup nabízí mnoho výhod. Hlavními přínosy jsou sdílení zkušeností mezi jedinci ve srovnatelných situacích, úspora času pro odborníky a financí pro klienty, výměna pohledů a

nápadů a zejména podpora v hledání motivace a odvahy k provádění změn (Matoušek, 2008).

Při práci s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy existují skupiny, které se soustředí na šíření informací, rozvíjení mezilidských vztahů a řešení emocionálních problémů. Tyto edukativní skupiny mohou probíhat buď prostřednictvím klasických skupinových setkání, nebo ve formě přednášek. Hlavní témata zahrnují upravování stravovacích návyků, otázky spojené s tělesnou hmotností, dopady diet a předsudky týkající se jídla a obezity. Existují i skupiny, tzv. svépomocné skupiny, často vedené lidmi, kteří se z těchto poruch zotavili. Tyto skupiny se zaměřují na budování vztahů a na sdílení zkušeností s řešením podobných problémů (Krch, 2005).

4.6. Techniky využívané při práci s lidmi s poruchou příjmu potravy

Osoby trpící poruchami příjmu potravy často ignorují své základní tělesné potřeby a vyvíjí nadměrnou aktivitu, což představuje úkol pro sociálního pracovníka. Ten se snaží podporovat osoby s PPP v rozpoznávání a respektování tělesných signálů prostřednictvím různých terapeutických přístupů, jako jsou metody relaxace a dechová cvičení. Tyto techniky pomáhají klientům lépe vnímat své tělo a reagovat na jeho potřeby. V rámci terapie je kladen důraz na využití muzikoterapie, kreativního pohybu a tělesné exprese, což jsou formy aktivity, které podporují uvolnění a pozitivní vnímání vlastního těla. Masáže jsou rovněž doporučovány jako způsob, jak posílit tělesné uvědomění a zlepšit vztah ke svému tělu (Krch, 2005).

Pro skupinové terapie jsou ideální neverbální metody, jako je arteterapie, muzikoterapie a techniky založené na tělesném projevu, které umožňují

klientům vyjadřovat své pocity a zkušenosti bez nutnosti verbální komunikace. Tyto přístupy nabízejí alternativní způsob, jak se vyrovnat s emocemi a zlepšit psychické zdraví. V kontextu kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se často využívá technika expozice, která klienty postupně vystavuje situacím nebo objektům, které vyvolávají úzkost (například konzumace jídla ve veřejném prostředí nebo návštěva bazénu). Cílem je pomoci klientům překonat strach a naučit se zvládat úzkostné situace. Dalšími technikami jsou sebemonitorování, které umožňuje klientům sledovat své myšlenkové a behaviorální vzorce, a aktivní nácviky, jež se zaměřují na rozvoj nových, zdravějších způsobů chování a reakcí na výzvy spojené s jejich poruchou příjmu potravy. Tyto metody nabízejí komplexní přístup k léčbě, který se snaží adresovat nejen symptomy, ale i základní příčiny poruch příjmu potravy u dospělých (Navrátil, 2001).

4.7. Multidisciplinární spolupráce v kontextu poruch příjmu potravy

Sociální pracovník je charakteristický nejen svými specifickými znalostmi, ale také schopností projevit hluboké lidské cítění, což je klíčovým prvkem této profese. V procesu práce s klienty je zásadní vybudování profesního vztahu, který se opírá o získání důvěry od osoby, která nemusí být vždy připravena k otevřenosti nebo změně. Sociální pracovníci by měli vykazovat empatii, přátelskost, zájem a respekt vůči jednotlivcům, se kterými pracují. V rámci této profese jsou uplatňovány různé zásady, které nemusí být vždy snadno slučitelné s praxí. Mezi tyto zásady patří nezaujatý profesionální přístup, respektování rozličností, úcta a zachování důstojnosti klientů, snaha o aktivní zapojení klientů do procesu a podpora jejich schopností, v souladu s etickým kodexem (Řezníček, 2000).

Poruchy příjmu potravy, jako vážné psychické nemoci, vyžadují komplexní přístup, aby byly respektovány všechny potřeby a přání klientů. K léčbě těchto poruch se velmi doporučuje využití multidisciplinárního týmu (MDT), který se formuje primárně za účelem „*řešení komplexních a multidisciplinárních úkolů a naplnění individuálních potřeb klientů*“ (Tajanovská, 2015, s. 29). Multidisciplinární spolupráce mezi různými odborníky pomáhajících profesí je přínosná při léčbě těchto stavů, neboť poskytuje širší spektrum odborných znalostí, které mohou společně přispět k nalezení efektivního řešení (Holub, 2015). Existuje více modelů týmů, avšak klíčové je, že zahrnují odborníky z různých oborů, např. lékaře, psychology, psychiatry, dietology a fyzioterapeuty, kteří spolupracují na dosažení společného cíle (Matoušková & Vrabcová, 2015).

Důležitou roli v jakémkoli týmu nepochybně zastává sociální pracovník, jehož vybavenost sociálními dovednostmi, komunikativností a přístupem ke spolupráci je nezbytná. Úspěšná týmová práce vyžaduje komplexní přístup a je vhodné si stanovit alespoň jeden společný cíl nebo zájem, ke kterému se všichni členové týmu hlásí a který je spojuje ve snaze ho dosáhnout. V rámci profesní praxe sociálního pracovníka je důležité udržovat si vysokou úroveň odborných znalostí skrze celoživotní vzdělávání, což umožňuje postupné získávání klíčových dovedností (Tajanovská, 2015).

Jednou z hlavních rolí sociálního pracovníka je provádění komplexního sociálního posouzení potřeb klienta. To zahrnuje identifikaci psychosociálních faktorů, které mohou ovlivňovat zdraví a pohodu klienta, včetně rodinné dynamiky, sociálního prostředí a případných zdrojů stresu. Základem úspěšné práce v multidisciplinárním týmu (MDT) je rovněž zaměření pozornosti na rodiče dítěte, kteří jsou důležitým zdrojem informací, které dítě samo nemusí být schopné sdělit či si uvědomit (Jankovský, 2015).

Týmová práce přináší své výzvy, jelikož spojuje odborníky z různých oborů a vyžaduje otevřenost, empatii, sdílení zkušeností a ochotu přijmout pohledy ostatních. Cílem není dominovat s vlastním profesním názorem, ale najít společnou dohodu ve prospěch klienta (Holub, 2015). Mezi další potenciální výzvy patří etická dilemata, mezi která podle Kodymové (2015) patří otázky týkající se odborné praxe, postavení, moci, důvěrnosti, sdílení informací a vztahů s externími organizacemi.

Sociální pracovníci, díky svým dovednostem v oblasti komunikace a sociálního poradenství, jsou nepostradatelní při zajišťování podpory klientům a jejich rodinám. Nabízejí poradenství a vedení v otázkách, jako je zvládání stresu, vývoj zdravých mezilidských vztahů a navigace v sociálních službách a zdrojích podpory. Kromě toho často slouží jako spojnice mezi klienty a dalšími členy multidisciplinárního týmu, zajistí, aby byly informace o léčbě a péči sdíleny efektivně a že jsou plány léčby integrované a koordinované napříč různými odbornými disciplínami (Jankovský, 2015).

Ve výsledku sociální pracovníci v multidisciplinárním kontextu hrají zásadní roli v poskytování péče pro osoby s poruchami příjmu potravy. Jejich práce pomáhá zajistit, že klienti obdrží komplexní podporu potřebnou pro dosažení a udržení zdraví a pohody, zatímco navigují složitou cestu léčby poruch příjmu potravy (Tajanovská, 2015).

4.8. Sociální prevence poruch příjmu potravy

Růst počtu případů onemocnění a stálý rozvoj v oblasti poruch příjmu potravy vybízí k zamyšlení nad realitou, že patologické projevy a nezdravé chování vůči jídlu, postavě a kontrole hmotnosti jsou ve společnosti rozšířené. Je důležité tuto skutečnost reflektovat a zaujmout k ní jasný postoj. Jedním z efektivních přístupů může být zaměření se na prevenci a edukační aktivity

zaměřené na prevenci poruch příjmu potravy a podporu zdravého, vyváženého životního stylu. Preventivní a edukační aktivity jsou klíčové v oblasti sociální práce, kde by měly být pravidelně zdůrazňovány a získávat zvýšenou pozornost ve všech vrstvách společnosti. V kontextu prevence je důležité se soustředit na odvracení situací, které by mohly jakkoliv negativně ovlivnit přirozený průběh lidského života (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

Sociální prevence je *„činnost směřovaná na minimalizaci asociálních jevů, vyskytujících se v životě jednotlivců, rodin, komunit, skupin nebo společnosti jako celku. Součástí prevence je řízení, které brání vzniku těchto problémů. Ve všeobecné rovině se pojmem prevence označují ty činnosti, jejichž cílem je zabránit patologickým projevům v životě společnosti všeobecně“* (Laca, 2016, s. 383)

Primární cíl sociální prevence spočívá ve snaze předejít situacím sociální a materiální deprivace, nepříznivým sociálním situacím, omezit a bránit rozvoji a šíření jevů, které jsou sociálně patologické, poskytnout efektivní podporu v případech, kdy dochází k narušení psychického, fyzického a sociálního vývoje, zabraňovat dalšímu zhoršení těchto poruch a řešit následky sociálně patologického chování. Jedním ze specifických úkolů sociální prevence je nabízet poradenské, vzdělávací a nápravné resocializační působení na skupiny a jednotlivce, kteří jsou v latentním nebo vysokém riziku ovlivnění sociálně patologickými jevy, přičemž se klade zvláštní důraz na děti a mládež trpící poruchami chování (Laca, 2016).

Z globální perspektivy jsou rozlišovány tři základní stupně prevence. Na primární úrovni se opatření zaměřují jak na celou populaci, tak na specifické cílové skupiny. Tato úroveň se dělí na nespécifickou a specifickou prevenci. Nespécifická prevence je určena pro širokou veřejnost, zatímco specifická prevence se soustředí na konkrétní skupiny lidí, u nichž se předpokládá riziko

vzniku sociálně patologického jevu nebo problému, který ještě nebyl manifestován. Prostřednictvím filmů, reklamních spotů, diskusí, interaktivních přednášek a programů jsou implementovány již od raných ročníků základních škol je cílem šířit informace a zvyšovat povědomí mezi veřejností i osobami v riziku. Sekundární úroveň prevence je orientována na podskupiny v situaci zvýšeného rizika a zahrnuje různá preventivní a intervenční opatření k předcházení zhoršení situace a možným komplikacím, může zahrnovat krizovou intervenci, poradenství či terapii poskytovanou sociálním pracovníkem. Terciální úroveň se soustředí na jedince, kteří již projevují specifické znaky nebo symptomy, s cílem zmírnit negativní důsledky problému a pomoci jim vrátit se k běžnému životu. Opatření na této úrovni zahrnují reintegraci, sociální rehabilitaci, reedukaci a resocializační aktivity (Matoušek, 2008).

V rámci předcházení vzniku a šíření poruch příjmu potravy by měla prevence směřovat k odstranění faktorů, které zvyšují pravděpodobnost výskytu těchto problémů. Cílem je redukce počtu nově diagnostikovaných případů v populaci. Klíčovou roli v tomto procesu hrají kvalitní mezilidské vztahy ve zdravém rodinném prostředí, mezi vrstevníky a v přirozeném sociálním okolí. Preventivní opatření by se měla zaměřit na odhalování a kritiku nerealistických ideálů a vzorů, které mohou zejména mladí lidé nekriticky adoptovat, a na řešení mezilidských konfliktů. Důležitá je práce na posílení sebeúcty, sebejistoty a pocitu vlastní hodnoty, která by měla být zakotvena v akceptaci sebe sama a v hodnotách, jež nejsou založeny na povrchních kritériích (Papežová, 2010).

V teoretické části jsme se zaměřili na poruchy příjmu potravy, přičemž jsme se konkrétně věnovali mentální anorexii a bulimii. Podívali jsme se na příčiny a projevy těchto poruch a porovnali jsme mezi nimi rozdíly. Dále byly

zkoumány rizikové faktory, které přispívají k vzniku PPP. Klíčovou částí naší teoretické části byla úloha sociálního pracovníka v prevenci PPP, kde jsme se podrobněji zaměřili na jeho roli v kontextu těchto onemocnění. Představili jsme si přístupy, metody a techniky, jež sociální pracovníci využívají při spolupráci s klienty trpícími PPP. Nakonec byla probrána multidisciplinární spolupráce v kontextu PPP a sociální prevence. Následovat bude empirická část, ve které představíme náš výzkum.

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Metodologie výzkumu

V této kapitole objasníme výzkumný problém, představíme cíl práce a z něho vyplývající výzkumné otázky, popíšeme výzkumný soubor a etiku výzkumu, vysvětlíme metodu získání a zpracování dat. Následovat bude prezentace výsledků výzkumu a diskuse.

5.1. Výzkumný problém

Výzkumným problémem této bakalářské práce je zkoumání úlohy sociálního pracovníka v kontextu léčby a podpory jedinců trpících poruchami příjmu potravy, jako je anorexie, bulimie či záchvatovité přejídání. Tyto poruchy představují vážnou výzvu nejen z hlediska fyzického zdraví, ale také psychologického a sociálního blahobytu postižených. V minulém roce čelilo těmto problémům v České republice přes pět tisíc osob, přičemž největší nárůst počtu postižených byl zaznamenán mezi dospívajícími ve věku 15 až 17 let (Krch, 2010). Léčba a podpora jedinců s těmito poruchami často vyžaduje multidisciplinární přístup, kde kromě lékařů, psychologů a nutričních terapeutů hraje klíčovou roli také sociální pracovník.

Předmětem tohoto výzkumu je proto prozkoumat, jak mohou sociální pracovníci přispívat k léčbě a podpoře těchto jedinců. Navzdory značnému potenciálu jejich přínosu v tomto procesu je však jejich role často podceňována. Při pohledu na reálnou praxi v léčbě poruch příjmu potravy je zřejmé, že zatímco lékaři a terapeuti se často soustředí na fyzické a psychické aspekty poruchy, sociální pracovníci mají jedinečnou pozici, která jim umožňuje zabývat se širšími sociálními faktory. Jde o profesionální pracovníky, kteří mohou rozpoznat a řešit dopady poruchy na rodinné

vztahy, vzdělání, zaměstnanost a další aspekty života pacienta. Jejich práce zahrnuje komunikaci s rodinami, školami, zaměstnavateli a komunitou jako celkem, což jim umožňuje vytvářet podpůrné prostředí pro jednotlivce v léčbě.

Podstatou mého výzkumného problému bylo tedy zjistit, zda a v jaké míře může sociální pracovník přispívat k řešení poruch příjmu potravy. Tento výzkumný záměr vychází z mého profesního zájmu a osobní motivace lépe pochopit, jak může sociální práce efektivně přispět k léčbě a zlepšení situace těch, kteří se s těmito poruchami potýkají.

5.2. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce je identifikovat konkrétní metody, strategie a nástroje, které jsou využívány sociálními pracovníky v praxi a zjistit, jaký mají vliv na zlepšení stavu klientů. Téma je relevantní nejen v rámci současné praxe sociální práce, ale také přispívá k rozvoji nových intervencí a strategií pro efektivnější podporu osob trpících poruchami příjmu potravy.

Na základě stanoveného cíle výzkumu jsme zvolili pět **výzkumných otázek**:

VO1: Jakou roli má sociální pracovník v kontextu poruch příjmu potravy?

VO2: Jaké specifické metody a přístupy v sociální práci jsou považovány za nejúčinnější při práci s klienty trpící poruchami příjmu potravy?

VO3: Jaké konkrétní výzvy a bariéry se objevují v praxi sociální práce při pomoci jedincům s poruchami příjmu potravy?

VO4: Jaké vzdělání, případně praxe, jsou potřebná pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy?

VO5: Jak je vnímána týmová spolupráce a multidisciplinární přístup při léčbě

a podpoře jedinců s poruchami příjmu potravy? Existují nějaké konkrétní příklady týmové interakce v tomto kontextu?

5.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze sociálních pracovníků Centra Anabell. Centrum Anabell vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy a to v kontaktních centrech Anabell v Brně (sídlo organizace), Praze a Ostravě. Tým sociálních pracovníků, psychologů a terapeutů, lékařů, nutričních specialistů a dalších odborníků nabízí jak individuální, tak skupinovou pomoc a podporu. Služby jsou převážně ambulantní, k dispozici je telefonická krizová pomoc a internetové poradenství (Centrum Anabell, n. d.).

Centrum Anabell zaměstnává celkem 32 lidí, z čehož 11 tvoří sociální pracovníci. 5 sociálních pracovníků poskytuje služby v Brněnské pobočce, 2 sociální pracovníci v Praze a 4 pracovníci v Ostravě (Centrum Anabell, n. d.). Kromě Centra Anabell se v České republice věnuje pomoci osobám s poruchou příjmu potravy ještě Centrum pro poruchy příjmu potravy zřízené pod Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11 (1. lékařská fakulta Univerzita Karlova, n. d.).

Kritéria výběru sociálních pracovníků jsou následující:

a) **Vzdělání**

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost stanovená Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV, n. d.). Pro účely této bakalářské práce byla kritéria odborné způsobilosti specifikována jako:

- Ukončené vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího

programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 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 (§ 110 odst. 4 písm. a) ZSS).

- Ukončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.
- Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů a praxe v oboru při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, pokud bylo vysokoškolské vzdělání získáno v jiné než uvedené oblasti.

b) Praxe v oboru minimálně 2 roky

Toto kritérium bylo zvoleno s ohledem na skutečnost, že sociální pracovníci v prvních dvou letech své praxe často pracují pod supervizí. V rámci tohoto výzkumu jsou hledáni sociální pracovníci, kteří pracují samostatně a mají vlastní klientelu.

c) Specializace na sociální služby pro osoby s poruchou příjmu potravy

Z důvodu specifčnosti potřeb klientů s poruchou příjmu potravy bylo toto kritérium zahrnuto s cílem identifikovat metody a strategie, které sociální pracovníci v této oblasti využívají, a hodnotit jejich efektivitu.

Zvolená kritéria měla zajistit potřebnou homogenitu výzkumného souboru. Při výběru výzkumného souboru byla uplatněna metoda záměrného výběru, konkrétně záměrný výběr prostý. Výběr účastníků byl založen na splnění specifikovaných kritérií a jejich ochotě účastnit se výzkumu (Miovský, 2006).

Prvním krokem bylo kontaktování sociálních pracovníků z organizace Anabell. Z původně oslovených sociálních pracovníků souhlasila s účastí výzkumu vybraná skupina, z níž každý splňoval výše uvedená kritéria. Výzkumu se nakonec zúčastnily 3 sociální pracovnice Centra Anabell ve věku 39-45 let. Jednalo se o 3 ženy, dvě sociální pracovnice byly z Brněnské pobočky a jedna z pobočky v Praze. Z důvodu zachování anonymity jsou použita fiktivní jména mnou náhodně zvolená.

1. Paní Iva, 45 let, vysokoškolské vzdělání s 8letou praxí jako sociální pracovník
2. Paní Klára, 39 let, vysokoškolské vzdělání s 5letou praxí jako sociální pracovník
3. Paní Jana, 42 let, vysokoškolské vzdělání s 3letou praxí jako sociální pracovník

5.4. Metoda získání dat

Metoda sběru dat využitá v tomto výzkumu je polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006) uvádí, že rozhovor představuje jednu z nejprínosnějších technik kvalitativní sběr dat, přičemž polostrukturovaný rozhovor je jeho nejčastější variantou. Příprava na tento typ rozhovoru zahrnuje vytvoření okruhu témat a otázek, které by mohly být během rozhovoru adresovány.

Rozhovory probíhaly v období října a listopadu 2023. Dva z nich proběhly v centrální pobočce organizace v Brně v místnosti pro návštěvy. Poslední se uskutečnil v pobočce Anabell v Praze, rovněž v prostoru pro návštěvy. Místo konání rozhovoru bylo ponecháno na participantkách. Všechny účastnice souhlasily s nahráváním rozhovoru. První rozhovor s paní Ivou trval 48 minut, druhý s paní Klárou 52 minut, a poté rozhovor s paní Janou, který

trval 43 minut.

5.5. Etika výzkumu

Etika ve výzkumu v sociální práci je klíčovou součástí a vyžaduje značnou pozornost. Při výzkumném šetření, kdy dochází k získávání informací od osob, je nezbytné dodržet zásady etického jednání. Účastnice byly informovány o cíli výzkumu během procesu zjišťování jejich zájmu s účastí ve výzkumu. Bylo jim sděleno, že jejich účast je dobrovolná a anonymní, s možností kdykoliv odstoupit nebo rozhovor neposkytnout či ho kdykoliv ukončit. Dále byly požádány o souhlas s pořízením audio záznamu rozhovoru. Bylo jim vysvětleno, že záznam bude využíván výhradně pro účely bakalářské práce a bude odstraněn po obhájení práce. Ochrana dat bude zajištěna tak, že k nim nebude mít přístup nikdo jiný (data jsou uložena na soukromém počítači výzkumníka a chráněna heslem). Všechny účastnice souhlasily s nahráváním rozhovoru. Anonymita se účastnit bude zaručena použitím fiktivních jmen, která si mohly samy vybrat. Jakékoliv osobní údaje či pravá jména, které by se v nahrávce objevily, nebudou v textu uvedeny. Souhlas s nahráváním je na začátku každé nahrávky, což je první otázka, na niž účastnice odpovídají. Veškerá data slouží výhradně k výzkumným účelům bakalářské práce a nebudou zneužity ani šířeny bez jejich vědomí.

5.6. Metoda zpracování dat

Pro analýzu dat jsem se rozhodla použít metodu otevřeného kódování. Tato metoda je součástí zakotvené teorie, která se skládá ze tří typů kódování: selektivní, axiální a otevřené. V rámci mé bakalářské práce jsem se využila jen první část zakotvené teorie, tedy metodu otevřeného kódování.

„Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí pečlivého studia údajů...během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány“ (Strauss & Corbinová, 1999, s. 43).

Prvním krokem otevřeného kódování je nalezení daných konceptů, tedy významových jednotek. Jedná se o různě dlouhé úseky textu, které nesou informaci vztahující se k výzkumné otázce. Těmto významovým jednotkám je pak většinou přiřazen velmi krátký kód, který zachycuje jejich podstatu. Cílem je zůstat co nejbližší konkrétním datům, přičemž pojmenování kódu by mělo co nejvíce vycházet z reality textu. Vzhledem k tomu, že se těchto kódů může objevit velké množství, další fází otevřeného kódování je jejich seskupení do obecnějších konceptů. Kódům jsou také přiřazeny klíčové vlastnosti a dimenze, přičemž vlastnosti označují to, co mají všechny prvky v dané kategorii společné, zatímco dimenze zachycují jejich vnitřní variabilitu (Řiháček & Čermák, 2013).

Metoda otevřeného kódování slouží k identifikaci, kategorizaci a popisu vzorů, témat a kategorií. Umožňuje výzkumníkům analyzovat data bez předchozích předpokladů, což vede k objevování nových poznatků a teorií přímo z dat, místo abychom je snažili vtěsnat do již existujících teoretických rámců. Tato metoda se obvykle využívá pro kvalitativní data a jejím cílem je konceptualizace dat, tzn., že se snaží vytvořit pojmy, které účinně vystihují podstatu konkrétních analyzovaných událostí nebo jevů (Řiháček & Čermák, 2013).

Výsledky získané pomocí otevřeného kódování jsou dynamické a flexibilní. Hlavní výhoda této metody spočívá v tom, že umožňuje hlubší a přesnější analýzu dat (Řiháček et al., 2013).

Pro studenty se doporučuje pracovat se vzorkem o velikosti 3 – 6 participantů, což umožňuje podrobnou analýzu jednotlivých případů (Smith et al., 2009 in Řiháček et al., 2013).

Postup analýzy

Při analýze jsem se řídila metodologií otevřeného kódování, což znamená, že jsem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů shromažďovala kvalitativní data od vybraných účastníků odrážející jejich znalosti a zkušenosti.

Klíčové bylo objasnit participantům můj osobní vztah ke zvolenému tématu a důvody, proč jsem si vybrala právě toto zaměření. Role a úloha sociálního pracovníka při práci s osobami s poruchou příjmu potravy mně dlouhodobě zajímá, a to jak z profesního, tak z osobního hlediska. V minulosti jsem pracovala jako terénní pracovník u organizace Maltézská pomoc, kde jsem pracovala s klienty vyžadujícími pravidelnou podporu a kontakt se sociálními pracovníky. Často jsem byla u těchto setkání přítomna. Téma také věcně souvisí s oborem, který studuji na vysoké škole. Sebereflexe proběhla formou vnitřního dialogu.

Rozhovor byl přepsán do formátu Microsoft Word do 24 hodin od jeho uskutečnění, přičemž se jednalo o doslovný neupravený přepis. Už při přepisu jsem si nahrávku vyslechla opakovaně a následně si přepsaný text několikrát přečetla.

Každý rozhovor byl proveden individuálně, tak aby zúčastnění sociální pracovník nebyl ovlivněn postojem a názory ostatních. Dále byly všechny sociální pracovnice požádány, aby do skončení výzkumu mezi sebou otázky a odpovědi nekonzultovaly.

Po přepisu každého rozhovoru a opakovaném čtení jsem si vyznačila v textu barevně pasáže a témata, mezi kterými jsem následně hledala souvislosti. Témata se dále slučovala do logických celků, kdy postupně mezi nimi vznikla nadřazenost a podřazenost. Tento postup byl opakován u každého rozhovoru. Závěrečným krokem bylo porovnání výsledků všech rozhovorů s cílem identifikovat vzorce a shody. Výstupem bylo určení 4 nadřazených témat a 15 podtémat, jak je zaznamenáno v tabulce č. 2, viz níže.

Tabulka č. 2 – Seznam nadřazených témat a podtémat

Úloha sociálního pracovníka	Odbornost	Metody v sociální praxi	Výzvy a bariéry
Role sociálního pracovníka	Požadované vzdělání	Interakce s klienty	Výzvy
Multidisciplinární přístup	Znalosti a praxe	Počet klientů na soc. pracovníka	Bariéry
Cíle sociální pomoci	Motivace	Přístup ke klientovi	Re-intergace do společnosti
Měření úspěšnosti			Řešení krizových situací
Hranice kompetencí			

5.7. Presentace výsledků výzkumu

Jak je uvedeno výše, témata vzešlá z analýzy jsem rozdělila do čtyř nadřazených témat. V této kapitole budu jednotlivá témata prezentovat a doplním je přímými citacemi z rozhovorů.

Úloha sociálního pracovníka

Všechny tři sociální pracovnice splňovaly zvolená kritéria, zejména kritérium týkající se délky odborné praxe a kritérium práce s osobami trpícími PPP.

- Téma: Role sociálního pracovníka

Jak jsem již uvedla v teoretické části sociální pracovník z obecného hlediska je osoba, která zprostředkovává sociální službu a „pomáhá osobě, která ji potřebuje,

zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány“ (Matoušek et al., 2007, s. 47). Dále Matoušek et al. (2007) vnímá sociálního pracovníka jako poskytovatele a zprostředkovatele služeb, pečovatele, terapeuta a poradce. Všechny tři sociální pracovnice vnímaly svou roli velmi podobně: „svou roli vnímám primárně jako průvodce poskytujícího psychickou podporu, interakci s ostatními odborníky a terapeuta, v něhož klienti vkládají důvěru“ (paní Iva), „sociální pracovník je takový jako spojovací článek mezi ostatními odborníky jako jsou psychologové, psychiatři či nutriční terapeuti. Sociální pracovník pomáhá klientovi se prvotně zorientovat ve své životní situaci, pochopit, co se mu děje, proč se mu to děje, jaké mohly být příčiny vzniku nemoci a jaké jsou zhruba možné cesty ven“ (paní Klára), „sociální pracovník stojí na vrcholu pyramidy, směřuje klienta ke spolupráci s ostatními odborníky a často díky důvěře mezi ním a klientem odbourává nedůvěru klienta spolupracovat s psychologem, psychiatry, případně zvážit řešení problému formou hospitalizace. Navázání důvěry a chuť spolupracovat jsou klíčové faktory k možnému uzdravení“ (paní Jana).

- Téma: Multidisciplinární přístup

Všechny tři sociální pracovnice se shodly, že pro osoby trpící PPP je důležité a v mnoha případech nezbytné spolupracovat s různými odborníky, ať jde o psychology, psychiatry, nutriční terapeuty, či specializovaná centra nabízející možnost hospitalizace. Dle jejich vyjádření multidisciplinární přístup je klíčový pro úspěšné uzdravení: *„multidisciplinarita je důležitá. Často klienta odkazujeme na psychology, nutriční terapeuty, či psychiatry. Každý odborník má svou specifickou roli, někdo potřebuje podporu všech, někdo pomoc psychologa, někdo naopak nutričního specialistu. Sociální pracovník zde slouží jako pomoc a ukazatel, jakým směrem by se měl klient vydat. Klienti mnohdy nevědí, co by pro ně bylo vhodné, jestli psycholog nebo nutriční terapeut. Sociální pracovník by měl být schopen po pár sezeních klientovi pomoci se správným nasměrováním“ (paní Iva), „na základě*

úvodní analýzy se snažíme klientovi vysvětlit s jakými dalšími odborníky, by bylo vhodné spolupracovat. Snažíme se klienty motivovat, podpořit je, aby se nebáli obrátit se na specialisty, nicméně za ně nepřebíráme zodpovědnost. Ta zůstává na nich, případně na rodičích u nezletilých osob. Máme databázi kontaktů na odborníky v rámci celé České republiky, psychology, nutriční terapeuty, psychiatry i kliniky mající možnost hospitalizace“ (paní Klára), „týmová spolupráce je nesmírně důležitá. Bylo by ideální, pokud bychom v rámci naší organizace mohli klientům nabídnout nutričního specialistu, či psychiatra. V praxi nicméně musíme klienty odkázat na ty, se kterými spolupracujeme externě“ (paní Jana).

Panovala shoda, že s ohledem na 15% nárůst osob trpících PPP za posledních 10 let (Krch, 2010), je současný počet odborníků zabývajících se léčbou PPP a zařízení poskytující péči osobám trpícím PPP nedostatečný, aby bylo možno efektivně poskytovat odbornou péči všem a v potřebném rozsahu, „dnes jsou dlouhé čekací lhůty u psychologů a psychiatrů. V soukromých zařízeních jde navíc o službu hrazenou klientem, kdy někteří nemají dostatečnou finanční kapacitu na to, aby si za specialistu platili. Dalším úskalím je, že ne všichni psychologové si nevědí rady s poruchami příjmu potravy. Když se po mnoha měsících čekání ukáže, že spolupráce není efektivní, v tu chvíli jsme to my sociální pracovníci, kteří mohou odvést hodně dobrou práci“ (paní Iva).

- Téma: Cíle sociální pomoci

Podpora ze strany centra Anabell je časově omezená na 10 sezení, aby se zabránilo zacyklení. Ve zcela výjimečných případech, kdy klient čelí nenadálé krizové situaci, lze přidat maximálně další 3 sezení. Z praxe plyne, že pokud klient opravdu potřebuje více než 10 sezení, je třeba poskytnout mu širší odbornou podporu. Cíle jsou stanovovány individuálně pro každého klienta. Stanovování cílů a postupu si řídí každý sociální pracovník sám:

„na prvním sezení probíhá anamnéza. Cíle si s klientem stanovují hned na druhém sezení a to jak dlouhodobý cíl, tj. čeho bychom chtěli a měli dosáhnout po 10 sezeních, tak i krátkodobé cíle na další 1 až 2 sezení. Krátkodobé cíle se mohou měnit v závislosti na stavu klienta“ (paní Iva), „cíle se stanovují na začátku. Je důležité mít stanoveny a s klientem domluveny cíle, kterých chceme dosáhnout. Klient pak lépe chápe, čeho chceme dosáhnout a dokáže i lépe vyhodnotit, zda naše služba je pro něj přínosem“ (paní Klára), „cíle stanových s ohledem na to, s jakým problémem klient přišel. Jin cíl je u klienta trpící mentální anorexií a mající strach z jídla oproti klientovi trpící záchvatovým přejídáním. Cíle se též stanovují s ohledem na skutečnosti, které mohly být spouštěči PPP“ (paní Jana).

- Téma: Měření úspěšnosti

Paní Iva se pozastavila nad otázkou, zda v oboru, ve kterém pracuje, by se měl úspěch měřit. Snahou všech je, aby byly naplněny cíle, které si s klientem vytyčili a aby služba, kterou poskytuje v rámci centra Anabell byla pro klienta prospěšná. Paní Iva se vyjádřila: *„podaří-li se nám splnit cíle, které jsem si s daným klientem domluvila, pak lze hovořit o tom, že služba byla úspěšná“* (paní Iva). Paní Klára s paní Janou byly konkrétnější: *„každé třetí sezení se snažím s klientem zhodnotit dosavadní kroky, zhodnotit co se povedlo během naší spolupráce, co se naopak nepovedlo a kam jsme se společně posunuli. Hodnocení je součástí zápisů ze setkání. Hodnocení mnou poskytované služby probíhá i interně. Zpětná vazba a zejména pohled ostatních kolegů, kteří s daným klientem nepracují, jsou velmi cenné“* (paní Klára), *„snažím se, aby cíle byly co nejkonkrétnější, realisticky dosažitelní a měřitelné. Uvedu vám příklad, přijde-li klient s tím, že 8 let trpí bulimií, tak nelze očekávat, že po našich 10 sezeních přestane zvracet. Nicméně lze dosáhnout toho, aby si našel nové kompenzační mechanismy, jak se vyrovnávat se stresem, případně navázal spolupráci s nutričním terapeutem, nebo i to, že se svěří rodině, která je schopna mu dodat podporu. To já považuji za úspěch“* (paní Jana).

- Téma: Hranice kompetencí

V otázce kompetencí sociálního pracovníka panovala naprostá shoda. Kompetence jsou stanoveny a pospány v metodice, která je pro každého sociálního pracovníka závazná. Metodika dále stanoví, jak by služba sociálního pracovníka měla probíhat a jaké metody by měly být využity. Každý rok musí každý pracovník potvrdit, že se s metodikou a jejími případnými změnami seznámil a že jednotlivým bodům a ustanovením rozumí. Nad rámec metodiky stanovené centrem Anabell, paní Iva se vyjádřila: *„každý sociální pracovník má nastaveny určité hranice, má svoji tzv. stopku. Když cítím, že klient jde ve svých otázkách do hloubky a zachází do oblasti nutričního poradenství, či psychologie, tak ho informuji o tom, že toto překračuje mé kompetence a danou věc je třeba řešit s příslušným odborníkem“* (paní Iva).

Odbornost

Jak jsem uvedla již v kapitole 5. 3. Výzkumný soubor, předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (MPSV, n. d.).

- Téma: Požadované vzdělání

Všechny tři sociální pracovnice měly odpovídající vzdělání potřebné pro práci sociálního pracovníka: *„mám vysokoškolské vzdělání v humanitním oboru, který splňuje požadavky stanovené Ministerstvem práce a sociálních věcí“* (paní Iva), *„mám přímo vystudovaný obor Sociální práce na Filozofické fakultě UK“* (paní Klára), *„co se týká mého vysokoškolského vzdělání, tak mám vystudovanou speciální pedagogiku na Masarykově univerzitě“* (paní Jana).

- Téma: Znalosti a praxe

Praxe v oboru není podmínkou nutnou pro přijetí na pozici sociálního pracovníka v centru Anabell. Nicméně klíčové je pravidelné dozdělávání ať už v oblasti práce s lidmi trpícími PPP, či v oblasti krizové intervence. Dozdělávání probíhá formou intervizí, supervizí, odborných kurzů a seminářů organizovaných jak v rámci centra tak i třetími stranami. K tématu zvyšování odbornosti a praxe paní Iva uvedla: *„je dobré pokud nový kolega/kolegyně nějakou předchozí zkušenost s prací s lidmi trpícími PPP má, nicméně to není podmínkou přijetí. Je možné přijmout i člověka, který je absolventem vysoké školy a Anabell zajistí potřebné dozdělání. Navíc pro sociální pracovníky je povinné absolvovat dodatečné dozdělání minimálně v rozsahu 24 hodin ročně. V rámci centra Anabell máme možnost pravidelných intervizí, supervizí, sdílení zkušeností s ostatními kolegy a dozdělání formou seminářů a kurzů. Odborných kurzů a seminářů je na trhu dostatek“* (paní Iva). Paní Klára a paní Jana uvedly: *„předtím, než jsem začala pracovat v centru Anabell, jsem absolvovala hodně odborných seminářů zaměřených na problematiku práce s lidmi trpícími PPP a měla jsem za sebou 2,5, roku praxe v oboru. Přesto oceňuji supervize individuální, případně týmové, a semináře organizované ať už v rámci centra, či externě. Navíc pro sociální pracovníky, jak možná víte, platí povinnost minimálního dozdělání minimálně 24 hodin ročně“* (paní Klára), *„jako vystudovaného speciálního pedagoga mě zajímala oblast psychoterapie a práce s lidmi trpícími PPP. Když jsem nastoupila jako sociální pracovník do centra Anabell, měla jsem minimální zkušenosti s prací sociálního pracovníka. Na začátku jsem se učila od zkušenějších kolegů, pracovala jsem pod dohledem zkušenějších kolegů, studovala dostupnou literaturu pana prof. Krcha, či paní Papežová a absolvovala jsem kurz krizové intervence. Je dobré zmínit, že u sociálních pracovníků je povinného vzdělávání 24 hodin ročně“* (paní Jana).

- Téma: Motivace

Téma motivace se ukázalo jako poměrně citlivé. Všechny tři se shodly, že práce s lidmi trpícími psychickou poruchou je velmi náročná a že je velmi důležité se aktivně bránit syndromu vyhoření: *„jako sociální pracovník pracuji 8 let. Jde o zajímavou práci, která se asi nedá dělat celý život. Duševní hygiena je pro mě důležitá, stejně jako školení na zvládání krizových situací“* (paní Iva), *„během studia na vysoké škole mě zajímala krizová intervence, takže ještě během studia jsem absolvovala kompletní výcvik včetně výcviku na zvládání krizových situací. Toto mě velmi pomáhá v mé současné práci. Pracujeme s lidmi trpícími závažnou chorobou, s lidmi vyžadující okamžitou pomoc a s lidmi, u kterých plné vyléčení není samozřejmostí“* (paní Klára), *„co mě opravdu motivuje je, pokud se mým klientům podaří uvědomit si své priority, uvědomit si, že jejich situace vyžaduje řešení a jsou ochotni a připraveni svou situaci řešit za pomoci odborníků, rodiny a nás jako sociálních pracovníků“* (paní Jana).

Metody v sociální praxi

Centrum Anabell poskytuje služby klientům trpícím PPP ambulantně, v omezených případech i online. Sociální pracovníci mají k dispozici metodické příručky stanovující metody a postupy při stanovení anamnézy, zmapování rodinné situace, zjištění příčin a důvodů vzniku PPP, zdroje stresu a zdroje sebeopory. Následně se pak stanovují jednotlivé cíle.

- Téma: Interakce s klienty

Paní Iva uvedla: *„sociální praxi vykonávám ambulantně v prostorách centra. Terénní sociální pomoc neposkytujeme. Svým klientům vždy říkám, že se na mě mohou obrátit i mailem, nicméně jim nejsem schopna garantovat okamžitou odpověď. S klienty se setkávám na pravidelných, předem dohodnutých sezeních. Sezení je*

maximálně 10, ve výjimečných případech, po dohodě s ostatními kolegy, lze počet navýšit tak o dvě další sezení. S každým klientem mám stanoveny krátkodobé cíle a cíl konečný po deseti sezeních. Samozřejmě se může stát, že klient službu ukončí předčasně“. Paní Klára a paní Jana se vyjádřily velmi podobně: *„s klienty se setkávám v prostorách centra Anabell. Za klienty nedocházím a ani tuto možnost klientům nenabízím. Výjimečně se na mě klient může obrátit s dotazem mailem, ale formální sezení probíhá osobně. Počet sezení je ohraničen na 10, výjimečně lze počet navýšit o 1 až 3 sezení. Následně už by klient měly být v péči psychologů a terapeutů“* (paní Klára), *„poskytujeme sociální pomoc ambulantní formou, tzn., že se s klienty se potkáváme osobně v centru Anabell. Klient se objednává telefonicky, případně přes naše webové stránky. Přijde-li klient bez objednání, vždy se ho někdo ujme, ale zde se jedná spíše o akutní krizovou pomoc. Dané osobě je pak doporučeno, aby se objednala předem. Terénní pomoc lidem trpícím PPP nenabízíme“* (paní Jana).

- Téma: Počet klientů na sociálního pracovníka

Paní Iva a paní Klára shodně odpověděly, že kromě sociální pomoci pracují jako krizoví interventi: *„klientů, se kterými spolupracuji dlouhodoběji, tj. klienti docházející tři a více sezení, tak těch mám v průměru 7 - 8. Jinak ještě pracuji jako krizový intervent a poskytuji poradenství na online lince centra Anabell“* (paní Iva), *„týdně mám v průměru čtyři až pět klientů, dále se věnuji krizové intervenci a poskytuji poradenství přes internet. Co se týká nových klientů, tak těch mám v průměru 2 – 3 měsíčně. Nezřídka se stává, že po prvním/druhém sezení již klient nepřijde“* (paní Klára). Paní Jana se věnuje pouze práci sociální poradkyně: *„na otázku o počtu klientů je těžké odpovědět. Jsou klienti, kteří přijdou pouze jednou na konzultaci, jsou klienti, kteří spolupráci ukončí po prvních pár sezeních a pak jsou klienti, kteří dochází pravidelně. Takže odhadem mám zhruba 3 klienty denně“* (paní Jana).

- Téma: Přístup ke klientovi

Sociální pracovníci využívají většinu přístupů zmiňovaných v teoretické části (kapitola 4.4), zejména psychosociální přístup a kognitivně-behaviorální. Z pohledu metod v sociální práci, pak jde především o práci s jednotlivcem, případně práce s rodinou, jedná-li se o nezletilého. K přístupům se vyjádřily následovně: „v centru Anabell využíváme především psychosociálního přístupu, přístupu kognitivně-behaviorálního a částečně úkolově-orientovaného. Ptala jste se na metody, tak to je hlavně práce s jednotlivcem. Jak s klientem pracuji? Na úvodním sezení si mapuji situaci. Snažím se zjistit jak na tom klient je, jak u něj vznikla porucha příjmu potravy, jako vznikala, jaké má rodinné zázemí, jakou má práci, či zda stále studuje a s jakou představou a jakým cílem vyhledal naši pomoc. Pokud se ze strany klienta nejedná o jednorázovou konzultaci, snažíme se domluvit na dalším sezení a snažíme si domluvit nějaký cíl na další sezení. V každém případě se ctí princip anonymity, tzn., že obsah rozhovoru se nesděluje třetí osobě bez souhlasu klienta“ (paní Iva), „úvodní sezení je vždy seznamovací. Snažím se doptat klienta na vše, co se děje, co se dělo, jaký mohl být podle klienta spouštěč jeho potíží, jaké jsou vztahy v rodině, jaké jsou jeho koníčky, vztah se sourozenci, kamarády případně partnery. Snažím se nastavit si s klientem společné cíle naší spolupráce. Ty zohledňuji cíle, se kterými klient přichází a které vnímá pro něj jako užitečné. Následně se snažíme cíl rozdělit na několik dílčích cílů a ty postupně naplnit“ (paní Klára), „aby naše služba byla efektivní, klient musí věřit, že mu chceme pomoci a že mu můžeme pomoci. První sezení je v tomto ohledu velmi důležité. Pokud klient nevěří, že mu můžeme pomoci, pak obvykle na druhé sezení nedorazí. Lidé trpící PPP mají často nízké sebevědomí, mají negativní vztah ke svému tělu a velmi často dochází k sebepoškozování. Naším cílem je tento pohled změnit a vybudovat důvěru v možnost uzdravení“ (paní Jana).

Výzvy a bariéry

Klíčem k úspěchu je motivace, chuť se uzdravit, odhodlání a vůle vydržet. Dalším důležitým faktorem je podpora okolí, podpora rodiny a aktivní spolupráce s odborníky jako jsou psychologové, psychiatři a nutriční specialisté.

- Téma: Výzvy

Všechny tři sociální pracovnice se shodly, že největší výzvou je udržení motivace: *„hlavní je práce s motivací klienta. Ta bývá u lidí trpících PPP hodně kolísavá. Klient přijde na 2-3 plně motivovaný a na čtvrtém úplně zchladne. Najednou není motivace téměř žádná, spíše demotivace z toho, že jeho problémy nezmizely“* (paní Iva), *„velkou výzvou je už ta samotná nemoc samotná. Je nelehké udržet motivaci k léčbě. U lidí s PPP je typické, že jedna jejich část se léčit chce, kdy ta druhá jakoukoli léčbu odmítá a stahuje je zpátky“* (paní Klára), *„největší výzvou je, aby se klient chtěl opravdu uzdravit, aby tu počáteční motivaci a odhodlání udržel. Jde o psychické onemocnění, o závislost, kdy úspěch bez vůle a motivace nemoc překonat je minimální“* (paní Jana).

- Téma: Bariéry

Každá sociální pracovnice potvrdila, že se při své práci setkává s různými bariérami: *„bariérou může být paradoxně rodič, zvláště pokud rodič má zcela jiný názor a pohled, jak přistupovat k léčbě a jak postupovat v rámci našich sezení, než můj klient. Bez ohledu na to, zdali naším klientem je osoba dospělá nebo dítě, pracujeme individuálně a klientem a ten má právo si určit, zda si přeje přítomnost třetí osoby v rámci našich sezení“* (paní Iva), *„bariérou může být, pokud klient kromě PPP trpí ještě dalším psychickým onemocněním jako např. obsedantně kompulzivní poruchou nebo hraniční poruchou osobnosti. To se pak klienta snažíme nasměrovat na odbornou*

psychiatrickou pomoc“ (paní Klára), „jako bariéru vnímám, pokud klient nemá dostatečnou oporu v rodině, nebo partnerovi, pokud rodina, či partner, snaží klientův stav bagatelizovat. Dalším problémem, či bariérou, může být nedostatečné finanční zázemí. Veškerá odborná pomoc není hrazena ze zdravotního pojištění a někdy klient není schopen si náklady hradit sám“ (paní Jana).

- Téma: Re-integrace do společnosti

Porucha příjmu potravy velmi často lidi izoluje od okolí, od přátel, od koníčků, od aktivit, které měli rádi. Lidé zažívají určitý pocit desocializace. Zopakování si základních hodnot, které klient přestal díky nemoci vnímat, jsou důležité pro proces uzdravení: *„je důležité mluvit o situacích, které klient vnímá jako problematické z pohledu běžného rytmu života. Každý klient má jiné potřeby sociálního začlenění, jiný vztah k volnočasovým aktivitám a jiný vztah k jídlu. Proto se snažíme nalézt rovnováhu, podpořit klienta v návratu k jeho původním hodnotám“ (paní Iva), „znovu poznání sama sebe, uvědomění si, že život si mohu zařídit podle sebe a ne podle nemoci, návrat do společnosti, to jsou témata, která společně rozebíráme“ (paní Klára), „od narození žijeme ve společnosti, ve společnosti rodičů, později spolužáků a přátel. Proto s klienty mapujeme, co dělali předtím, než propukla jejich nemoc, diskutujeme, co by si klient přál dělat a nemoc mu to nedovolila a jak se k tomu nejlépe dopracovat. Hledáme zdroje sebeopor, sebedůvěry a ujištění, že je v klientově moci žít bez nemoci“ (paní Jana).*

- Téma: Krizové situace

Paní Iva a paní Klára téma krizových situací pojaly z pohledu jejich práce jako krizového intervenanta, kdy paní Jana na téma krizové situace reagovala z pohledu klienta: *„já jsem zároveň krizový intervent, ať už na naší lince nebo osobně v provozní době centra. Nabízíme též internetové poradenství, kdy většinou jde o jednorázovou podporu, kdy se snažím, aby klient dostal odpověď maximálně do tří*

pracovních dnů. Na krizovou linku mohou lidé volat i opakovaně bez jakéhokoliv objednání, ale hovory nenahrazují sezení. Na hovory nejde navazovat“ (paní Iva), „klientům, kteří už s námi zahájili spolupráci, doporučujeme, aby v případě akutní situace, která nepočká do dalšího sezení, využívali emailu. Mohou využít i krizové linky, ale ta nenahrazuje sezení, není určena pro opakované konzultace“ (paní Klára), „s relapsy nebo krizovými situacemi pracujeme pravidelně. Klientovi se vždy snažím vysvětlit, že je to zcela normální součást procesu uzdravení. Neznamená to, že vše co klient udělal je špatně, že jeho úsilí je zmařeno a že se nachází opět na začátku. Z každé krizové situace je třeba se nějakým způsobem poučit“ (paní Jana).

Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jakou roli má sociální pracovník v kontextu poruch příjmu potravy?

Všechny tři sociální pracovnice vnímají úlohu sociálního pracovníka při léčbě PPP jako velmi důležitou. Roli sociálního pracovníka chápou jako spojovací článek mezi ostatními odborníky jako jsou psychologové, psychiatři, či nutriční specialisté a napomoci odbourávat nedůvěru ke vzájemné spolupráci. Další rolí je pomoci klientovi se zorientovat ve své nemoci, zanalyzovat prostředí, ve kterém žije, rodinné zázemí a rodinné vazby a uvědomit si příčiny vzniku nemoci.

Výzkumné šetření poukázalo na skutečnost, že multidisciplinarita je pro léčení PPP klíčová. Každý odborník má svou specifickou roli a sociální pracovník nesmí, překročit své kompetence. Kompetence sociálního pracovníka jsou nastaveny vnitřní metodikou centra.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké specifické metody a přístupy v sociální práci jsou považovány za nejúčinnější při práci s klienty trpící poruchami příjmu potravy?

Výzkumné šetření poukazuje, že práce sociálního pracovníka je postavena na principech psychosociálního přístupu, kdy základem je analýza životní situace klienta umožňujícího vytvoření návrhu řešení s aktivní účastí klienta. Sociální pracovník analyzuje příčinu klientových potíží, analyzuje vztahy v rodině, se sourozenci, přáteli, mapuje klientovi koníčky a klientovo očekávání, kdy výstupem je nastavení společných cílů. Cíle se pravidelně vyhodnocují. Cíle se pokaždé nepodaří naplnit ať již z důvodu ztráty klientovi motivace nebo z důvodu předčasného ukončení spolupráce.

Sociální pomoc je poskytována ambulantně na principu anonymity s možností využití emailové komunikace v případě krizových situací.

Výzkumné šetření poukazuje, že lidé trpící PPP mají často nízké sebevědomí, mají negativní vztah ke svému tělu a jsou často od vnějšího světa izolováni. Cílem sociální pomoci je vybudovat důvěru klienta v možnost uzdravení a znovunavrácení k běžnému životu.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké konkrétní výzvy a bariéry se objevují v praxi sociální práce při pomoci jedincům s poruchami příjmu potravy?

Výzkumné šetření poukázalo, že hlavní výzvou je motivace a odhodlání klienta se uzdravit. Sociální pracovnice se setkávají s tím, že motivace je kolísavá, zejména pokud se změna nedostaví okamžitě. Relapsy a krizové situace jsou součástí procesu uzdravování a sociální pracovník na toto musí klienta připravit.

Sociální pracovnice se shodly, že bariérou může být, pokud klient trpí dalším

psychickým onemocněním, nedostatečné porozumění a podpora ze strany rodiny a partnerů, případně nedostatečné finanční zázemí klienta hradit si náklady spojené s léčením. V neposlední řadě se bariérou ukázala nedostatečná kapacity systému, tj. odborných profesí, efektivně zvládnout nárůst pacientů trpících PPP.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké vzdělání, případně praxe, jsou potřebná pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy?

Všechny tři sociální pracovnice měly odpovídající vzdělání potřebné pro práci sociálního pracovníka a to dle požadavků stanovených Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Předtím než sociální pracovník může poskytovat pomoc samostatně, pracuje pod dozorem starších kolegů.

Dovzdělávání probíhá formou intervizí, supervizí, odborných kurzů a seminářů zejména v oblasti psychologie a krizové intervence. Pro sociální pracovníky platí povinnost absolvovat dodatečné dovzdělání minimálně v rozsahu 24 hodin ročně.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nabídka odborných seminářů a školení je dostatečná.

6. Diskuse

Výsledky mého výzkumu poukazují na roli sociálního pracovníka, jak ji popisuje Matoušek (2007), tedy že sociální pracovník by měl působit jako zprostředkovatel, pečovatel, terapeut a poradce a měl by klientovi pomoci zajistit optimální rozsah poskytovaných služeb. Zajímavým aspektem bylo stanovování cílů, které se upravuje individuálně pro každého klienta s ohledem na jeho aktuální situaci, životní podmínky a rodinné či partnerské vztahy, a zahrnuje analýzu příčin klientova problému a jeho očekávání. Cíle se pravidelně revidují na společných setkáních, přičemž úspěch značně závisí na motivaci a odhodlání klienta k uzdravení.

Mezi omezení mého výzkumu patřila neochota některých odborných institucí se zapojit do mého výzkumu, což bylo částečně zapříčiněno skutečností, že centrum Anabell je jednou z mála organizací, které se problematikou poruch příjmu potravy (PPP) zabývají ze sociálního hlediska. Další omezení představoval odchod sociální pracovníce slovenské organizace Chuť žít na mateřskou dovolenou před začátkem výzkumu, a slovenská organizace neměla dostatečnou náhradu.

Vzhledem k použité kvalitativní metodě také nelze výsledky výzkumu zobecnit, nicméně výzkum vzhled do role sociálních pracovníků poskytující pomoc osobám trpícím PPP, včetně metod práce, kompetencí a řešení krizových situací.

Přínosem mé bakalářské práce je, že výsledky výzkumu a teoretická část přinesly užitečné informace nejen o roli sociálních pracovníků, o jejich přínosu při léčení PPP jako expertů na sociální problematiku, ale také o důležitosti multidisciplinárního přístupu a včasného zapojení všech odborných profesí

jako jsou psychologové, psychiatři a nutriční terapeuti, do léčebného procesu.

Výsledky svého výzkumu jsem porovnávala s výsledky výzkumu Terezy Šitinové, která se ve své bakalářské práci věnovala podpoře poskytované sociálním pracovníkem při léčbě dětí s poruchou příjmu potravy (Šitinová, 2023). Mohu konstatovat, že jsme došli k podobným výsledkům:

- Sociální pracovník, jako odborník na sociální problematiku, má stejně důležitou úlohu při práci s lidmi trpícími PPP jako ostatní odborné profese.
- Sociální pracovníci přistupují ke klientovi individuálně. Individuální cíle jsou stanoveny s ohledem na klientovi osobní cíle, na jeho životní situaci, rodinné či partnerské vztahy a vnější okolí, ve kterém se klient pohybuje. Součástí přístupu ke klientovi je i mapování příčin vzniku nemoci.
- Sociální pracovníci hrají důležitou roli při re-integraci klienta do společnosti.
- Klienti trpící PPP vnímají vyšší přidanou hodnotu u sociálních pracovníků pracujících v ambulantních centrech podobných centru Anabell.

S ohledem na poslední bod, viz výše, by bylo vhodné zvážit užší propojení nemocničních zařízení specializovaných na PPP s organizacemi jako je např. centrum Anabell. Sociální pracovník by mohl docházet externě a řešit sociální stránku problému. Taková spolupráce by mohla být efektivní. Z rozhovorů nad rámec otázek k výzkumnému šetření vyplynulo, že společnost je stále nedostatečně informována o poruchách příjmu potravy, což má za následek nedostatečnou schopnost společnosti poskytovat potřebnou podporu. Proto je osvětová a přednášková činnost zaměřená i na odborníky velmi důležitá.

Další výzkum by se mohl například zaměřit na možnost poskytování sociální péče formou terénní pomoci, kdy by sociální pracovník docházel za klientem a sezení by probíhala v prostředí klientovi známém a blízkém.

Závěr

Svou bakalářskou práci jsem věnovala zkoumání role sociálních pracovníků při práci s osobami trpícími PPP. Cílem bylo identifikovat a analyzovat konkrétní metody, strategie a nástroje, které sociální pracovníci využívají v praxi, a zjistit, jaký dopad mají na zlepšení stavu pacientů.

Bakalářská práce má dvě části teoretickou a empirickou. Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol, první se věnuje definici pojmu poruchy příjmu potravy. Druhá kapitola popisuje typy poruch příjmu potravy a jejich srovnání pojednává druhá kapitola. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na rizikové faktory vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy. Poslední čtvrtá kapitola definuje roli sociálního pracovníka, jeho kompetence, teorie a přístupy v sociální práci a metody sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy.

V empirické části byl vysvětlen výzkumný problém a soubor, byl stanoven cíl a výzkumné otázky. Dále jsem popsala metodu získání a zpracování dat. Zvolený byl kvalitativní design práce a jako metoda zpracování dat byla zvolena metoda otevřeného kódování. Témata vzešlá z analýzy jsem rozdělila do čtyř nadřazených témat a 15 podtémat.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální pracovníci mají důležitou roli při práci s lidmi trpícími PPP. V mnoha případech jsou článkem mezi osobou s PPP a odborníky, případně nemocničními zařízeními. Podařilo se propojit empirickou část s teoretickou. Výzkumné šetření poukázalo, že sociální pracovnice využívají většinu přístupů pospaných v teoretické části a to zejména psychosociální přístup a kognitivně-behaviorální. V neposlední řadě sociální pracovníci působí v oblasti krizové intervence.

Výzkumným šetřením se též poukázalo, že s ohledem na nárůst osob trpících PPP za posledních 10 let (Krch, 2010), je současný počet odborníků zabývajících se léčbou PPP a zařízení poskytující lůžkovou péči osobám trpícím PPP nedostatečný. Z tohoto důvodu větší zapojení sociálním pracovníků by mohlo současnou situaci vylepšit.

V závěru empirické části byly zodpovězeny výzkumné otázky a v diskusi jsem se vyjádřila k výsledkům svého výzkumu, jakož i limitujícím faktorům.

Literatura a zdroje

Banks, S. (2001). *Ethics and Values in Social Work*. Palgrave.

Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, And The Person Within*. Basic Books

Cooper, P. J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*. Votobia.

Crisp, A. H. (1967). *Anorexia nervosa*. Hospital Medicine

Černá, R. (n. d.). *Mentální anorexie v kontextu rodinného systému*. Občanské sdružení Anabell. <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontexturodinneho-systemu>

Dosil, J. (2008). *Eating disorders in athletes*. Wiley & Sons

Fraňková, S, Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Karolinum.

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D., (2006). *Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors*. Health Education Research

Hall, L., & Cohn, L., (2003). *Rozlučte se s bulimií*. ERA Group

Holub, M. (2015). *Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního dialogu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

- Jankovký, J. (2015). *Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Kocábová, Z. (2006). *Výzkum: Rodinné prostředí dívek s poruchami příjmu potravy*. Zpravodaj Anabell č. 4.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2001). *Poruchy příjmu potravy s raným počátkem onemocnění*. Psychiatrie pro praxi 3.
- Kocourková J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Galén
- Kodymová, P. (2015). *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Portál
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Portál
- Krch, F. (2002). *Mentální anorexie*. Portál
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie II*. Portál.
- Krch, F. (2008). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Grada Publishing
- Krch, F. a kol. (2005). *Poruchy příjmu potravy II*. Grada Publishing
- Krch, F. a kol. (1999). *Poruchy příjmu potravy I*. Praha: Grada Publishing
- Krch, F., & Richterová, I. (1998). *Chci ještě trochu zhubnout. Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. Motto.
- Laca, S. (2016). *Sociální pedagogika verzu sociální práce*. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Svoboda
- Maloney, M., & Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Nakladatelství Lidové noviny
- Málková, I., & Krch, F. (2001). *SOS nadváha*. Portál
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s.
- Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Portál
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby*. Portál
- Matoušek, O. (2001). *Základy sociální práce*. Portál
- Matoušková, I., & Vrabcová, D. (2015). *Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing
- Mülpachr, P. (2006). *Sociální práce jako životní pomoc*. Masarykova univerzita
- Návratil, P. (2000). *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Národní centrum pro rodinu.
- Navrátilová, M., Sobotka, L., & Češková, E. (2000). *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Maxdorf.
- Novotná, V., & Schimmerlingová, V. (1992). *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Univerzita Karlova

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Akademické nakladatelství CERM, s.r.o.

Papežová, H. & Hanusová, J. (2015). *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. Nakladatelství lidové noviny

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Grada publishing

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta.

Papežová, H. (2001). *Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy*. Psychiatrie v praxi. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>

Pavlová, B. (2010). *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. Grada Publishing.

Pelikánová, T., & Bartoš, V. (2011). *Praktická diabetologie*. Maxdorf.

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Pasparta.

Rahn, E. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Grada Publishing.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita Brno.

Řezníček, I. (2000). *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Sociologické nakladatelství.

Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Albert.

Šitinová, T. (2023). *Podpora poskytovaná sociálním pracovníkem při léčbě dětí s poruchou příjmu potravy*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Husitská Teologická fakulta]. <https://1url.cz/0u63g>

Štichová, Z. (2002). *Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy*. Portál.

Tajanovská, A. (2015). *Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu - předpoklady a dovednosti*. Sešit sociální práce.

Vodáčková, D. a kol. (2002). *Krizová intervence*. Portál.

1. lékařská fakulta (n. d.). *Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy*. <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

MKN-10 klasifikace (n. d.). *Mentální anorexie*.

<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.0>

MKN-10 klasifikace (n. d.). *Mentální bulimie*.

<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.2>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Mentální anorexie, bulimie a jejich odlišnosti

Tabulka č. 2 – Seznam nadřazených témat a podtémat

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru

Přílohy

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru

Otázky k rozhovoru

1. Jak vidíte svou roli a charakteristiku jako sociálního pracovníka v kontextu poruch příjmu potravy?
2. Jaké specifické metody a přístupy v sociální práci považujete za nejúčinnější při práci s klienty trpící poruchami příjmu potravy?
3. Jaké konkrétní výzvy a bariéry se objevují v praxi sociální práce při pomoci jedincům s poruchami příjmu potravy?
4. Jaké vzdělání, případně praxe, jsou potřebná pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy?
5. Jak důležitá je týmová spolupráce a multidisciplinární přístup při léčbě a podpoře jedinců s poruchami příjmu potravy? Máte nějaké konkrétní zkušenosti nebo příklady týmové interakce v tomto kontextu?