

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Natalie Keberlová

Ošetrovatelská péče u dětí s poruchami příjmu potravy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. 6. 2017

.....
podpis

Děkuji Mgr. Dominice Růžkové za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Psychiatrická ošetrovatelská péče

Název práce: Ošetrovatelská péče u dětí s poruchami příjmu potravy

Název práce v AJ: Nursing care for children with eating disorders

Datum zadání: 2017-01-31

Datum odevzdání: 2017-06-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Keberlová Natalie

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy v pediatrické ošetrovatelské péči. Cílem bylo předložit dohledané a aktuální poznatky, jak o prevenci těchto poruch, tak o ošetrovatelské péči. Z dohledaných informací vyplývá, že v prevenci poruch příjmu potravy je kladen hlavní důraz na edukaci populace o zdravém životním stylu a využití moderních internetových technologií. V ošetrovatelské péči je nezbytné komplexní posouzení potřeb pacienta, multioborový přístup a zapojení pacienta i rodiny do spolupráce. Předložené poznatky jsou čerpány z databází: EBSCO, Google Scholar, Medline, PubMed, ProQuest a Science Direct.

Abstrakt v AJ:

The overview bachelor thesis deals with problems of eating disorders in pediatric nursing care. The aim was to present traceable and up-to-date knowledge on how to prevent these disorders as well as on nursing care. The information provided shows that in the prevention of eating disorders, the main focus is on educating the population about a healthy lifestyle and using modern internet technologies. Nursing care requires a comprehensive assessment of the patient's needs, a multidisciplinary approach, and patient and family involvement in collaboration. The presented findings are drawn from the databases: EBSCO, Google Scholar, Medline, PubMed, ProQuest and Science Direct.

Klíčová slova v ČJ: poruchy příjmu potravy, ošetrovatelská péče, děti, dospívající, mentální anorexie, mentální bulimie

Klíčová slova v AJ: eating disorders, nursing care, children, adolescents, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Rozsah práce: 41 stran / 0 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	12
2.1 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ.....	16
2.2 POZNATKY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY	24
2.3 SHRnutí TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM.....	34
ZÁVĚR.....	35
REFERENČNÍ ZDROJE.....	36
SEZNAM ZKRATEK	41

ÚVOD

Vybrané téma je v současné době značně aktuální, neboť prevalence dětí s poruchami příjmu potravy má vzestupnou tendenci (Herpertz-Dahlmann et al., 2011, s. 1093). Diskutovaným tématem je, jak problém dětské obezity, tak i podvýživy v podobě mentální anorexie, či záchvatovitého přejídání u mentální bulimie (Raboch et al., 2012, s. 286). Tato práce se zabývá poruchami příjmu potravy, se kterými bývají dospívající děti hospitalizovány většinou na psychiatrických odděleních nemocnice. Podle statistiky ÚZIS České republiky, z listopadu 2016, je to především mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB) a dospívající pacienti představují většinovou skupinou nemocných s těmito diagnózami, kteří byli v roce 2015 hospitalizováni v nemocničním zařízení.

Tato přehledová bakalářská práce předkládá sumarizaci dohledaných poznatků o pediatrické problematice poruch příjmu potravy a využití těchto poznatků v praxi.

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku: „Jaké jsou aktuální poznatky o problematice ošetrovatelské péče u dětí s poruchami příjmu potravy?“

Pro vypracování bakalářské práce byly stanoveny dva dílčí cíle:

1. Sumarizovat publikované aktuální poznatky o prevenci poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých.
2. Sumarizovat publikované aktuální poznatky v ošetrovatelské péči u dětí a mladistvých s poruchami příjmu potravy.

Vstupní studijní literatura:

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, J. a MALICHOVÁ, E., *Dítě s nadváhou a jeho problémy*, 1. vyd., Praha: Portál, 2015, 254 s., ISBN 978-80-262-0797-9.

KRCH, František David, *Mentální anorexie*, 2. vyd., Praha: Portál, 2010, 259 s., ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David, *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, 3.doplňené a přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2008, 200 s., ISBN 978-80-247-2130-9.

NOVÁK, Michal, *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, 1. vyd., Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010, 105 s., ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana, et al., *Spektrum poruch příjmu potravy*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010, 424 s., ISBN 978-80-247-2425-6.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



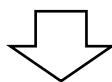
VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: poruchy příjmu potravy, ošetrovatelská péče, děti, dospívající, mentální anorexie, mentální bulimie

Klíčová slova v AJ: eating disorders, nursing care, children, adolescents, anorexia nervosa, bulimia nervosa

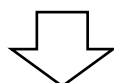
Jazyk: angličtina, čeština, slovenština

Období: 2007–2017

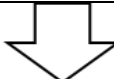


DATABÁZE:

Ebsco	52
Google scholar	19
Medline	8
ProQuest	29
PubMed	18
Science direct	31



Nalezeno 157 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články
Kvalifikační práce
Články nesplňující kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Ebsco	12
Google scholar	3
Medline	2
ProQuest	2
PubMed	3
Science direct	8



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK

Archives of Psychiatric Nursing	1 článek
Clinical Psychology Review	1 článek
Der Nervenarzt	1 článek
Eating Disorders	2 články
E-knihy Google Scholar	1 článek
European Eating Disorders Review	2 články
Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders: New Applications	1 článek
Hygiena	1 článek
Child and adolescent psychiatric clinics of North America	1 článek
International Journal of Nursing Studies	1 článek
Journal of Adolescent Health	1 článek
Journal of Clinical Nursing	2 články
Journal of Multidisciplinary Research	1 článek
Journal of Pediatric Nursing	1 článek
Journal of Psychiatry	1 článek
Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services	1 článek
Kontakt	1 článek
NASN school nurse	1 článek
Nursing Clinics of North America	1 článek
Nursing Made Incredibly Easy	1 článek
Pediatric nursing	2 články

Pediatrics	2 články
Plos One	1 článek
Profese Online	1 článek
Příručka pro zdravotníky	1 článek
Směrnice a zákony	1 vyhláška



Pro přehled publikovaných poznatků bylo použito 30 dohledaných článků.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) se řadí mezi psychiatrická onemocnění. Patří mezi ně mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB), záchvatovité přejídání a noční jedlictví, což může vést, až k některé formě obezity. Pozornost si PPP v poslední době získávají svou stále rostoucí incidencí a také souvislostí s problematikou obezity. Často se může stát, že se tyto nemoci střídají: přejedení – zvracení – hladovka – přejedení, takže se nemocný dostane do bludného kruhu (Raboch et al., 2012, s. 286). PPP jsou trvalé poruchy chování jednotlivce při jídle, které ovlivňují tělesný příjem potravy, což nakonec vede ke komplikacím ve fyzickém nebo duševním zdraví jednotlivce (Seah et al., 2016, s. 125).

Mentální anorexie je typ PPP, kdy jednatel omezuje svůj energetický příjem a má neustálý strach z přírůstku hmotnosti, přestože jeho tělesná hmotnost je již nezdravě nízká. Vyhublost, nutkavý pohyb, či nadměrná sebekontrola v jídle poukazují na tuto formu onemocnění. Vnímání svého vlastního těla má jedinec zkreslené a ovládají ho vtíravé myšlenky na udržení nízké váhy (Seah et al., 2016, s. 125; Raboch et al., 2012, s. 286; Krch a Švédová, 2013, s. 8-9). MA je typická úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Problém bývá často popírán a skrýván a pomoc odmítána. Tělesná váha klesá alespoň 15 % pod normální váhu, Queteletův index tělesné hmotnosti (BMI = váha v kg/výška v m²) je přinejmenším 17,5 a nižší, anebo dítě před pubertou nesplňuje očekávaný váhový přírůstek. Dalším znakem je snižování váhy dietami, nadměrným cvičením, vyvolaným zvracením, či užíváním laxativ, diuretik nebo anorektik. U dívek vede k opoždění nebo zastavení pubertálního vývoje, u žen nastává amenorea (Raboch et al., 2012, s. 286; Krch a Švédová, 2013, s. 8-9).

Zvláštní formou mentální anorexie je ortorexie. Nemocný s touto poruchou hájí své omezování se v jídle a nesprávné stravovací návyky právě „zdravou“ stravou a životním stylem, anebo svými, často pouze domnělými, zdravotními problémy. Vzhledem k tomu, že nachází oporu v oblasti zdravé výživy a jejich běžně respektovaných doporučení, bývá jeho léčba značně obtížná, neboť je tento jedinec mnohem více nepřístupný ke změně svého chování, než ostatní nemocní s anorexií (Krch a Švédová, 2013, s.9).

Adonisův komplex (bigorexie) je problém, který se týká zejména mladých chlapců. Jedná se o zkreslené vnímání vlastního těla spojené s nadměrným, až obsedantním, cvičením a zaobíráním se svými svaly a tělesnými proporcemi. Tato porucha je spojena s excesivním

cvičením a posilováním, nesprávnými jídelními zvyklostmi a někdy i užíváním různých prostředků na posílení svalstva (Krch a Švédová, 2013, s.9).

Jedinec s mentální bulimií obvykle pocítí ztrátu kontroly nad svým příjmem potravy a zažije pocit viny po jídle, což vede ke kompenzačnímu chování jako je užití projímadel nebo vyvolání si zvracení. Toto kompenzační chování se opakuje a jedinec má tendenci pohlížet na své tělo negativně (Seah et al., 2016, s. 125). K mentální bulimii patří opakované záchvaty přejídání, a to velkým množstvím kalorické stravy během krátké doby, jinak známé jako binge eating, a nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Podobně, jako u MA, se jedinec snaží snížit svou hmotnost zvracením nebo užitím laxativ, či diuretik, případně manipulací inzulinem, jedná-li se o diabetika. Pocit úlevy z vyprázdnění a někdy i z přejedení může nemocnému přinášet uspokojení, a to i v období spojeném s mnoha obtížemi. U MB se nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pokud je BMI velmi nízké, hovoříme o bulimické formě mentální anorexie (Raboch et al., 2012, s. 286; Krch a Švédová, 2013, s. 8-9).

Společné a typické pro obě tyto poruchy je velké úsilí o dosažení štíhlosti, které je spojené s omezováním energetického příjmu, strach z obezity a nespokojenost s vlastním tělem (Kožuchová a Bašková, 2014, s. 223).

Psychogenní, záchvatovité, přejídání může být reakcí na stres, či trauma. Vede k nárůstu váhy a některým formám obezity. Může vyústit ve snížené sebehodnocení, úzkostné stavy nebo poruchy nálady. (Raboch et al., 2012, s. 287). Dospívající s PPP má vysokou míru recidivy a bez požadované léčby, může jeho nemoc přejít do chronicity. PPP může také mít vážné důsledky ve formě komplikací jak fyzického, tak psychického zdraví, leckdy ohrožujícím život jedince. K těmto extrémům patří rozvrat elektrolytové rovnováhy způsobený vyvolávaným zvracením, či užitím projímadel, také prodloužená bradykardie může vést až k srdečnímu selhání, nebo extrémní dehydratace z nedostatečného příjmu tekutin může ohrozit až selháním ledvin. (Seah et al., 2016, s. 125). PPP mohou mít dopad i na kognitivní a sociální fungování a mozkovou aktivitu nemocného. Změny na mozku pak mohou být strukturální: atrofie šedé a bílé hmoty, i funkční. U pacientů s PPP se často vyskytují (cca 70 %) komorbidní psychiatrické poruchy. Nejčastějšími společně se vyskytujícími diagnózami jsou úzkostné poruchy a poruchy nálad, které mohou vést až k sebepoškození. Hospitalizovaní pacienti s MA a MB se mohou projevit zvýšeně agresivním a impulsivním chováním. U MB se může projevit hraniční porucha osobnosti, kdežto pro MA je typičtější obsedantně kompulzivní porucha osobnosti (Wolfe et al., 2016, s. 215).

Vybrané téma je značně aktuální, neboť prevalence dětí s poruchami příjmu potravy má vzestupnou tendenci. V západoevropských zemích je MA třetí nejčastější chronickou chorobou v dospívání. Existují důkazy o tom, že v posledních letech se tato porucha v dětství a dospívání stále zvyšuje: adolescenti tvoří až 40 % nových případů, zatímco prevalence MA u dospělých zůstává do značné míry stabilní (Herpertz-Dahlmann et al., 2011, s. 1093).

Epidemiologie poruch příjmu potravy v České republice je srovnatelná s případy Spojených států amerických a zemí západní Evropy. Je velmi obtížné určit přesný počet případů, neboť mnohé dívky si problém nechtějí připustit a nemají zájem hledat odbornou, terapeutickou pomoc. Nejrizikovější věková skupina zahrnuje dívky ve věku 13–19 let (Krch, 2010, 264 s.).

Podle aktuálních informací, z listopadu 2016, statistiky ÚZIS ČR, týkajících se péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v letech 2009–2015: „V roce 2015 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami F 50.0-F 50.9 (poruchy příjmu potravy) 3 561 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 428 případů.“ Tyto informace byly zjištěny z výkazů o činnosti psychiatrických ambulancí a z údajů Národního registru hospitalizovaných. Téměř 8 % ambulantně léčených pacientů s diagnózou mentální anorexie byly děti ve věkové skupině 0-14 let a téměř 29 % tvořila věková skupina dospívajících 15-19 let. V lůžkových psychiatrických zařízeních bylo v roce 2015 v naší republice 428 hospitalizací pro PPP a to u 327 osob. Diagnóza mentální anorexie se na uvedeném počtu případů podílela téměř 64 %, mentální bulimie zahrnovala více než 15 %, atypická mentální anorexie 10 % a ostatní poruchy příjmu potravy asi 10 %. Od roku 2009 se během sledovaného období zvýšil počet hospitalizací pro PPP o 46 hospitalizací v roce 2015, přičemž průměrná doba hospitalizace se v průběhu sledovaného období pohybovala kolem 40 dnů. Děti ve věku do 15 let tvořily v roce 2015 téměř čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací s PPP v psychiatrických zdravotnických zařízeních. Dospívající ve věku 15-19 let se podílely na hospitalizacích 37 %. Za sledované období došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u dětí ve věku 10-14 let.

V randomizované studii prováděné v Turecku byl výskyt PPP odpovídající západním zemím, s výjimkou prevalence MA u dospívajících, která zde byla nižší, než výskyt MB (Vardar a Erzengin, 2011, s.1).

Celosvětově se případy s PPP výrazně zvyšují. Podle Ministerstva zdravotnictví Singapuru (2004) jsou PPP mezi desítkou nejčastějších příčin specifických případů osob se zdravotním postižením u dívek a žen ve věku 14-44 let, což značí, že PPP nesou vyšší riziko smrti, než ostatní psychiatrické poruchy (Seah et al., 2016, s. 125). Nizozemský výbor

pro rozvoj multidisciplinárních směrnic v péči o duševní zdraví (2006) uvedl, že přibližně 15 % pacientů, trpících MA, zemře pro tuto poruchu (Ommen et al., 2009, 18, 20, s. 2801). Studie ze singapurské review poukázaly na nezbytnost hloubkových znalostí z oblasti PPP, řízení a pochopení této problematiky poskytovateli odborné zdravotnické péče, neboť pacienti s PPP vyžadují multidisciplinární péči. Znalosti jsou zásadní, protože s nimi mohou ošetřující pracovníci poskytovat moderní péči založenou na důkazech, která podporuje lepší kvalitu péče a zlepšuje výsledky pacientů (Seah et al., 2016, s. 125-126).

2.1 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ

Prevence těchto poruch je důležitým krokem ke zdravé mladé generaci, proto je diskutovaným tématem mezi našimi i zahraničními odborníky. V současné době se zdraví a zdravé stravování dětí stalo jednou z priorit i v naší republice, proto Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) připravilo soubor opatření ke zlepšení školního stravování, vydalo novou vyhlášku č. 282/2016 Sb. (Vyhláška o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních) a provedlo nové kroky k propagaci zdravého stravování na základních školách a výchově ke zdravému životnímu stylu žáků.

Zdraví americké mládeže je také národní prioritou, proto autorka dalšího článku (Funari, 2013, s. 162-166) popisuje nejen signály a příznaky jednotlivých poruch příjmu potravy, ale také důležitost školní sestry jako edukátorky a aktérky v prevenci těchto poruch, rozpoznání PPP a včasném zahájení léčby. Školní sestra je v jedinečné pozici k detekci nástupu PPP, neboť má pravidelný kontakt a interakce s dětmi při sledování zdraví žáků ve škole a během rutinních prohlídek nebo hodnocení může zaregistrovat signály nebo příznaky PPP. Jakmile školní sestra vznesne obavy, že dítě, nebo dospívající, může být ohroženo poruchou příjmu potravy, má odpovědnost poskytnout pokyny, jak žákovi, tak rodině. Prvním krokem je posouzení dítěte nebo dospívajícího v jeho chování ve vztahu k jídlu, jeho tělesné hmotnosti a proporcím těla a posouzení jeho fyzického i psychického zdraví a sociálního zázemí. Důležitou intervencí je také zapojení žáka do rozhovoru o svém domácím i školním životě, nebo jakýchkoliv zážitcích či zkušenostech, které prožívá. V rozhovorech s rodiči je doporučeno držet se faktů, které jsou důvodem obav, ne vyvolávat paniku nebo situaci popírat. Školní sestra obeznámí rodinu s agenturami pro léčbu PPP a dalšími možnostmi léčby. Po sepsání zprávy posouzení žáka, postoupí školní sestra případ dítěte nebo dospívajícího k další léčebné péči, zůstává ale s žákem a rodinou v pravidelném kontaktu pro případné poskytnutí pomoci. Aby bylo možné zastavit nárůst PPP mezi dětmi a dospívajícími, je nezbytné poskytnout dětem v této oblasti preventivní vzdělání, a to již v útlém věku. Ve Spojených státech amerických zastává tuto funkci právě školní sestra, která edukuje o tom, že žádné jídlo není dobré ani špatné, že vše může být součástí dětského jídelníčku, jak mrkev, tak pizza, až po cukroví. Jíst se má při hladu, zastavit při plnosti, nezahánět jídlem nudu, smutek či zlost, ale najít si někoho k rozhovoru nebo se zapojit do oblíbené aktivity. Vhodné je najít si sport nebo tanec či jiný pohyb s přáteli. Důležité je

pochopit, že každé tělo je odlišné, a dokonce i lidé, kteří vypadají velmi dobře, mohou také dobře jíst a udržovat si své zdraví. Není dobré zraňovat ostatní poznámkami o jejich těle nebo hmotnosti. Neplatí, že ten, kdo je tlustý, je špatný a kdo je tenký, je dobrý. Při nespokojenosti se svým tělem je dobré promluvit s někým dospělým. Školní sestra může poskytnout informace a podporu. U dospívajících dětí je dobré zapojit žáky samotné do vypracování osnov o zdravé třídě nebo naplánovat aktivitu proti držení diet a poruchám příjmu potravy, jako např. týden proti PPP, případně zavést každoroční tradici této akce a podobně. Edukační činnost školní sestry by měla zahrnovat i rodiče a pedagogy.

V naší republice byl prováděn výzkum primární prevence mentální anorexie (MA) u žáků základních škol v preventivním programu: Zdravý životní styl s názvem Prevence poruch příjmu potravy (PPP). Tento výzkum probíhal v Havlíčkově Brodě téměř dva roky u dětí ve věku 11-14 let a zahrnoval skupinu 425 dětí, rozdělených do dvou skupin: kontrolní a experimentální. Dětem byla, všem za stejných podmínek, měřena tělesná výška a hmotnost a byl použit k vyplnění standardizovaný dotazník EAT-26, což je test o 26 položkách týkajících se jídelního chování, jídelních postojů a vztahu k vlastnímu tělu. Dále metody práce zahrnovaly rozličnou edukační činnost. Cílem výzkumu bylo vytvoření proveditelného a efektivního preventivního edukačního programu. Výzkum se však nezaměřil pouze na prevenci PPP, ale i na zdravý životní styl a byla v něm použita metodika Harvardského centra pro PPP – Harvard Eating Disorders Center. Ve výsledcích se tento vytvořený program ukázal být bezpečným a použitelným a mohl by být účinným nástrojem v prevenci výskytu MA, respektive PPP. Výzkum prokázal v prevenci velké možnosti komunitního ošetřovatelství (Vrbatová a Borůvková, 2010, s. 195-205).

Autoři Suchopárová a Forejt (Suchopárová a Forejt, 2014, s. 157-161) popisují, že kromě složitosti problému PPP může její prevenci na základních školách v naší republice komplikovat neznalost a neinformovanost pedagogů v dané problematice, obavy z tématu, či nízká motivace zařazovat téma do výuky.

Slovenské autorky Kožuchová a Bašková v HBSC studii, což je mezinárodní průřezová studie, monitorující zdraví a se zdravím související chování školáků, zjišťovaly v oblasti středního Slovenska v roce 2010 výskyt držení diet a zkoumaly sebehodnocení postavy u školní mládeže ve věku 11, 13 a 15 let. Soubor tvořilo 1 187 žáků, z toho 620 děvčat a 567 chlapců. Mezinárodní dotazník vytvořený pro potřeby HBSC studie byl přeložený do slovenského jazyka a distribuován, do náhodným výběrem vybraných školních tříd základních škol a osmiletých gymnázií, týmům školených administrátorů. Autorky dospěly k závěru, že víc, než polovina dospívající mládeže nedrží žádnou dietu, jejich

hmotnost je v pořádku a hodnotí svou postavu, že je tak akorát. Autorky ale také poukazují na fakt, že v období dospívání, zvláště děvčata, čím dál víc dbají o svůj vzhled, proto k tomu, aby se předešlo držení diet, které mohou vyústit do poruch příjmu potravy, je důležitá primární prevence, která může ovlivňovat postoje k vlastnímu zdraví a tvořit životní styl jedince, či skupiny (Kožuchová a Bašková, 2014, s. e223-e227).

Golden a kolektiv (Golden et al., 2016, s. e1-e7) se zabývá v rozsáhlé klinické studii, prováděné ve Spojených státech amerických, prevencí obezity a prevencí PPP u dospívajících a jejich souvislostmi. Oboje je v dospívání běžné. Existuje předpoklad, že prevence obezity může vést ke vzniku PPP. Platí však, že u většiny dospívajících, u nichž vznikla PPP, se do té doby obezita neprojevila. Stejně tak jsou známé případy teenagerů, kteří ve své snaze snížit tělesnou hmotnost, přispěli ke vzniku PPP. V této studii se autoři zaměřili na vzájemný vztah mezi prevencí obezity a vznikem PPP u teenagerů, přičemž studie byla zaměřena na zdravotnický personál disponující nástroji identifikovat chování, které ústí jak do obezity, tak do PPP, a tomuto ošetřujícímu personálu předložili průvodce o vztahu mezi obezitou a prevencí PPP. Zaměřili se přitom spíše na zdravý životní styl než na vlastní práci s tělesnou hmotností. Cílem bylo předložit důkazy, že správně prováděná prevence obezity, stejně tak jako její správné léčení, nevytváří předpoklady k PPP. Ve výsledcích studie se projevilo, že dodržování diety, definováno jako omezení vstupu kalorií s cílem snížení váhy, je rizikovým faktorem pro oboje, obezitu i PPP. Ukázalo se, že dodržování diety, jak u chlapců, tak u děvčat ve věku 9-14 let, je spojeno s výraznějším přírůstkem váhy a zvýšením míry nezřízeného přejídání. Tyto výsledky ukazují, že dodržování diety má opačný efekt, než je správná strategie udržování váhy a stává se predispozičním faktorem PPP. Některé programy prevence obezity, jako např. the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) a the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-4), poukazují na snížení bulimického chování, požívání dietních tablet a snížení obav z vlastní váhy. Pokud se rodina zapojí do léčení jak obezity, tak PPP svých dospívajících, dosahuje lepší výsledky, než když toto řeší dospívající sám. Zdravotničtí pracovníci by měli rodiče podporovat, aby se stali pro své děti vzorem v pojmání významu zdraví a aby jim ukázali možnosti změněných stravovacích návyků tím, že vytvoří snadný přístup ke zdraví prospěšným potravinám (vejíčka, ovoce, zelenina, celozrnné pečivo, luštěniny, s důrazem na fazole, a čistou vodu), omezováním přístupu ke slazeným nápojům s umělými sladidly a dalším potravinám na bázi bílého pečiva. Všeobecné sestry by měli hovořit s rodiči o zvýšení fyzické aktivity v rodinách a omezení sledování televize na maximálně 2 hodiny denně. Dále se doporučuje rodičům společné stravování s dětmi

s důrazem na jídla vařená doma, což vše dohromady vede k nižší frekvenci diskusí okolo váhy a diet. Rodiče by měli pochopit, že budou-li jejich děti nespokojeni se svým tělem, může to vést k PPP a měli by tudíž méně komentovat témata týkající se tělesné hmotnosti a celou problematiku diet (Golden et al., 2016, s. e1-e7).

Cílem americké sekundární průřezové studie je průzkum výsledků použití škály EDI určené k diagnostice PPP u vzorku 44 zdravých mladých dívek, ve věku 12-17 let, navštěvujících taneční školu Magnet. U těchto dívek je předpoklad vysokého rizika vzniku PPP. Data jsou získána konzultací s cílem identifikovat riziko vývoje poruch příjmu potravy. Sekundární analýza zkoumá tři složky PPP: nespokojenost s tělem, snahu o štíhlost a bulimii, za účelem porovnání nálezů v jednotlivých složkách a věkových skupinách. Z výsledků vyplývá, že nespokojenost s tělem je v populaci dospívajících rozšířená a stoupá od 14 let, v 15 letech stoupá prudce a v 16 - ti letech je nejvyšší. Významná je také korelace mezi nespokojeností s tělem a snaha o dosažení štíhlosti. Ve věku 15 a 16 let může okamžik uvědomění si nespokojenosti s tělem a současně snaha o dosažení štíhlosti nastartovat vznik PPP. Je-li dospívající nespokojený se svým tělem a snaha o dosažení štíhlosti začne brzy, pak se riziko vzniku PPP výrazně zvyšuje již ve věku 14 a 15 let. Prevence musí začít v dětství a pokračovat v dospívání. Školní sestra se setkává s žáky v běžném každodenním životě a může sledovat stravovací návyky i ve vztahu k věku a kultuře vrstevníků, proto hraje důležitou roli ve včasném odhalení a posouzení PPP a také pozitivního působení na žáky školy i propagací zdraví a zdravého životního stylu (Jones et al., 2014, s. 21-25).

Finské autorky (Hautala et al., 2009, s 1439-1447) se ve své studii v roce 2008 zaměřují na zhodnocení proveditelnosti finské verze dotazníku SCOFF, což je soubor příznaků poruch příjmu potravy mezi dospívajícími. Účastníky výzkumu jsou dospívající děti ve věku 14-16 let, žáci 8. a 9. tříd základní školy, kteří spadají do dvou průřezových průzkumů, a jejich školní sestry spadající do dalšího průzkumu, za účelem zjišťování případných PPP mezi dospívajícími. Výzkum probíhá ve velkém městě v jihozápadním Finsku. Informace jsou čerpány z dotazníků vyplněných dětmi jako součást zdravotní prohlídky, další informace obsahují polostrukturované dotazníky pro školní sestry určené pro tuto studii a informace pro pozadí výzkumu jsou čerpány z evidence zdravotní péče žáků. Z výsledků vyplývá, že děti nemají problém s porozuměním konkrétním položkám. Odpovědi poukazují častěji na nevyhraněné postoje k jídlu a tělesné hmotnosti než chování vedoucí k PPP. 21 % dětí vyplnilo v dotazníku jeden symptom PPP a 16 % dětí přiznalo dva nebo více symptomů. Z dotazníků pro školní sestry vyplývá, že 91 % dětí, které prošly výzkumem, nevykazují příznaky pro PPP, 5 % představuje rizikovou skupinu a u ostatních žáků nedokáží

školní sestry riziko posoudit. Závěrem studie uvádí, že tato forma hodnotícího nástroje SCOFF se jeví jako vhodná a užitečná pro včasné odhalení příznaků PPP mezi dospívajícími v rámci školní zdravotní péče, a to za vzájemného doplnění zdravotní prohlídkou.

Kanadská studie je zaměřená na hledání vztahů mezi ADHD syndromem a PPP v různých věkových skupinách. Ze studie vyplývá, že děti s ADHD vytváří rizikovou skupinu pro vznik PPP. Vyskytne-li se ADHD v dětství, potom zákonitě v dospívání narůstá nebezpečí PPP (Levin a Rawana, 2016, s. 22-36).

Poruchy příjmu potravy souvisejí s vysokou morbiditou a úmrtností a jejich výskyt je vysoký. Celoživotní prevalence MA je mezi 0,5 % - 2 % s vrcholem nástupu ve věku 13-18 let a má úmrtnost 5 % - 6 %, což je nejvyšší úmrtnost v psychiatrických onemocněních. Celoživotní prevalence MB je 0,9 % - 3 % s nástupem ve věku 16-17 let. I když úmrtnost u MB se odhaduje na 2 %, je u této diagnózy po celou dobu života vysoké riziko sebevraždy a sebevražedných pokusů (Campbell a Peebles, 2014, 582-592). Navzdory dostupné možnosti jejich léčby nejsou tyto poruchy leckdy dostatečně diagnostikovány, proto se mnoho dospívajících vůbec neléčí, takže jejich PPP buď vůbec není odstraněna nebo se zlepši jen částečně. V současné době je pozorováno snížení věku těch, kdo trpí PPP a vyšší podíl těchto pacientů v národnostních menšinách a mezi chlapci. Stejně tak je registrován nárůst pacientů s PPP, kteří se dříve léčili na obezitu. Není možno za PPP vidět jednu konkrétní příčinu. V současné době se vychází z toho, že PPP není způsobena rodinami pacientů, stejně tak jako nemůže být pacientem zvolena. Aby se PPP včas diagnostikovala a časnými léčebnými zásahy pozitivně ovlivnil i její budoucí vývoj, zdravotnický personál musí vycházet z vysoké míry podezření na PPP použitím kvalitních hodnotících nástrojů. Za velmi efektivní se považuje léčení uvnitř rodin pacientů, zaměřené na dosažení původní váhy, snížení pocitu viny a zvýšení vnímání pozitivního významu ošetřujícího personálu. Není snadné u pacienta dosáhnout jeho výchozí váhy, i když se často používají vysoce kalorické diety a vše je směřováno k pokračujícímu tělesnému rozvoji pacienta. U mladistvých je dnes zanedbáno řízené udržování tělesné hmotnosti. Plné zdraví je záležitostí 4 složek: zdraví fyzické, výživové, psychologické a zdravé chování = zdravý životní styl. Pokud je péče o dospívající dítě s PPP správná, je jeho prognóza dobrá. Pro prevenci PPP by měl zdravotnický personál s rodinou pacienta spolupracovat a sdílet stejné principy, přičemž důležité je porozumět možným dopadům úsilí proti obezitě. Všeobecné sestry jako poskytovatelé péče mohou hrát důležitou roli v úspěšné léčbě. Aby došlo k vyhnutí se jak komplikacím, tak změny z akutního do chronického stavu, jsou zapotřebí dvě věci: včas PPP rozpoznat a následně ji razantně léčit. Vlastní léčení se zaměřuje na obnovení původní váhy, snížení pocitu viny, přičemž

zapojení všeobecných sester a rodin pacientů je velmi efektivní. Zdravotnický personál a rodiny musí spolupracovat, aby bylo dosaženo remise a zabránilo se recidivě v této skupině (Campbell a Peebles, 2014, 582-592).

Francouzská meta syntéza názorů na léčbu MA u dospívajících se zabývá pohledy dospívajících, rodičů i profesionálů – poskytovatelů zdravotní péče, na toto onemocnění. Tento kvalitativní výzkum prozkoumává 32 studií ze sedmi různých zemí zabývajících se MA u dospívajících dětí v časovém rozpětí od roku 1990 do roku 2015. Tento výzkumný přehled prezentuje pohledy na léčbu MA v dospívání od 322 dospívajících s MA, 164 rodičů a 109 zdravotnických pracovníků, z toho 41 všeobecných sester. Provedením tematické syntézy jsou vytvořena ústřední témata, která shrnují všechna témata uvedená ve studiích tohoto přehledu. Ústředními tématy jsou tedy cíle léčby a terapeutický vztah. Cílem výzkumu je rozvíjení kognitivních schopností adolescentů, pomoci jim lépe pochopit své vlastní myšlenky a umožnit dospívajícím samostatnou péči o sebe samé. Dospívající se domnívají, že cíle léčby by měly brát v úvahu i jejich společenský život a že nutnou součástí hospitalizace je spojení s vnějším prostředím. Některé všeobecné sestry se snaží toto spojení s vnějším prostředím dětem zajistit, zatímco jiné všeobecné sestry a terapeuti se snaží rozvíjet sociální dovednosti dospívajících. Rodiče dospívajících dětí věří tomu, že odborníci by měli řešit stres celé rodiny, který je nedílnou součástí onemocnění jejich dítěte. Rodiče se cítí zmateni, frustrováni a vyděšení, cítí se vinnými a bezmocnými v pomoci svým dětem. Rodiče očekávají, že jim všeobecné sestry a další odborníci poskytnou celkovou podporu: pohled zpět na důvody nemoci, praktické individuální poradenství, emoční podporu a zprostředkování setkávání se s rodiči ve stejné situaci, a to buď v podpůrných skupinách nebo v rodinných terapiích. Pro všeobecné sestry a ostatní zdravotníky zahrnuje terapeutický vztah s adolescenty aspekt kontroly, neboť považují za nutné, aby převzali kontrolu nad činnostmi dospívajících dětí pro umožnění normalizace a vymizení příznaků. Současně věří, že svými rozhodnutími udržují rámec strukturovaný pravidly a protokoly oddělení. Některé všeobecné sestry se snaží vyrovnat svůj kontrolní přístup laskavostí, ale většinu času tento přístup vyvolává boj o moc, který popisují jak všeobecné sestry, tak dospívající. Vztahy mezi vrstevníky dospívajících dětí s MA mají svá pozitiva, jako jsou přátelství a porozumění, ale i negativa v možném srovnávání chování a tím zesílení příznaků MA. Dospívající, rodiče i ošetřující personál považují za nejdůležitější k zajištění efektivity léčby terapeutický vztah, a to jako vztah důvěry a spolupráce, vztah motivující k dodržování plánu léčby. Přestože se dospívající, rodiče i všeobecné sestry shodli v podstatě ve stejné představě terapeutického vztahu, v praxi se objevují překážky vzájemné nedůvěry a nedostatku komunikace. Výsledky výzkumu

zdůrazňují tyto obtíže a překážky při vytváření terapeutického spojení, zejména riziko, že všeobecné sestry, dospívající a rodiče spolu nebudou mluvit o léčbě, přestože se zdá, že takový dialog je nezbytnou součástí tvorby terapeutického spojení. V cílech léčby se každá skupina zaměřuje na jiný časový úsek. Rodiče se zaměřují na historii rodiny, tedy na minulost, dospívající jsou zaměřeni na léčbu v každodenním životě dneška a všeobecné sestry předvídají rizika budoucnosti, což vytváří riziko dialogu a vzájemného porozumění (Sibeoni, 2017, s. 1-21).

V další studii bylo cílem vyhodnocení dvou vzdělávacích strategií v oblasti PPP ke zlepšení výběru strategie v primární pediatrické péči, a tudíž prevenci PPP. Studie není zaměřena na novou strategii v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s PPP, ale je čistě orientována na zlepšení kvality péče zdravotnického personálu jejich vzděláváním formou, buď dodávaných moderních tištěných učebních textů, které představuje příručka vytvořená akademií pro poruchy příjmu potravy (AED), nebo ve srovnání s odborníkem podanou přednáškou s následnou on-line výukou na PC nebo v mobilním telefonu, kdy účastníci obdrží každý týden (po dobu 6 - ti týdnů) 2 otázky z dané problematiky na zodpovězení. Cílem studie bylo zhodnotit implementaci AED příručky v pediatrické praxi, jak v tištěné, tak online formě. Výzkum probíhal v Bostonské dětské nemocnici v březnu až červenci roku 2015 a účastnilo se jej 280 zdravotníků ve strategii vzdělávání v oblasti PPP formou tištěné příručky a 23 zdravotníků v aktivní skupině vzdělávání on-line formou. Stejným vzděláváním pak prošla i riziková skupina dospívajících. Bylo shledáno, že skupina aktivního učení, to znamená v podobě hodinové interaktivní přednášky a následného on-line učení, má celkově lepší výsledky v obou skupinách, jak zdravotnických pracovníků, tak ve skupině potenciálních pacientů z řad dospívajících. Studie naznačuje, že tištěný materiál sám, i když účinný ve způsobu přenosu odborných informací, pravděpodobně nezmění chování respondenta, a tudíž dopad na péči o dospívajícího. Kvalita péče může být zlepšena prostřednictvím multifaktoriálních programů používajících kognitivní vědy a zahrnujícími závazky ke zlepšení a sdílenému učení, jejichž nevýhodou je však jejich nákladnost. Studie se jeví jako možný účinný nástroj v prevenci PPP (Gooding et al., 2017, s. 606-611).

Využití internetového programu v rámci rodinné terapie a prevence MA je značně diskutované téma, mající potenciál. Internet je v současné době běžně používaný již dětmi a preventivní i léčebné intervence jsou snadno dostupné i na mobilních aplikacích telefonů. Online programy mohou být nákladově efektivnější ve srovnání s intervencemi typu „tváří v tvář“ (Jones et al., 2015, s. 384-396).

Autoři (Darcy a Lock, 2017, s. 33-42) americké studie se zabývají moderními technologickými inovacemi v prevenci a léčbě PPP. Cílem studie je zlepšit výsledky u dětí a dospívajících s poruchami příjmu potravy tím, že se zabývají otázkami rozsahu, přístupu a generováním datových souborů dostatečně velkých k tomu, aby stimulovaly rozvoj léčby. Studie zkoumá využití rozsáhlých otevřených kurzů on-line (MOOC), což je vznikající metodika pro online učení a používání mobilních aplikací. Autoři prezentují tři případové studie, které provedli se 45 účastníky v šestiměsíčním období. První ze studií se zabývá modifikací metodologie MOOC pro psychotherapeutické školení v rodinné terapii FBT pro adolescenty s MA. Další z těchto studií s upravenou metodologií MOOC je určena pro pomoc rodičům dětí s MA a poslední ze studií se zaměřuje na vývoj mobilních aplikací jako prostředku k poskytování cílených intervenčních složek pro dospívající jednotlivce, kteří nejsou léčeni. Účastníci výzkumu jsou spokojeni s obsahem videozáznamů, jak didaktickým, tak klinickým, s podpůrnými materiály i domácími úkoly, ale nedostatek programu je spatřován v časové náročnosti. Výzkum zdůrazňuje, že ve studiích týkajících se léčby PPP založené na důkazech, bylo popsáno jen málo inovací za posledních 80 let. Z toho je zřejmé, že je zapotřebí modernizace, přizpůsobení a konkrétní řešení potřeb mladých lidí. Nové technologie mohou mít široké využití, jak v prevenci, tak v léčbě PPP, jak v aplikacích určených přímo mladým lidem, tak aplikacích určených rodičům, či jiným výchovně působícím osobám, majícím na dospívající mladé lidi vliv. Přestože aplikace byly původně vyvinuty pro usnadnění léčby založené na důkazech, předběžné analýzy naznačují, že téměř polovina uživatelů aplikací není v současné době léčena, tudíž jejich využití má velký význam.

2.2 POZNATKY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Rozsáhlá americká studie poskytuje přehled o klinických charakteristikách poruch příjmu potravy, typicky se projevujících u lůžkové péče, a zabývá se klíčovými oblastmi pro ošetřovatelské posouzení a intervence během hospitalizace. Autoři (Wolfe et al., 2016, s. 213-235) uvádí, že pro ošetřovatelskou péči je životně důležitý vztah mezi poskytovatelem péče a pacientem. Všeobecná sestra hraje zásadní roli při vytváření a podpoře terapeutické spolupráce. Atributy této spolupráce zahrnují vzájemné partnerství, zaměření na pacienta a patientské pravomoci. Empatie, respekt, přijetí, soucit, důvěra, naděje, vztah a schopnost nesoudit, jsou zvláště ceněné. Terapeutická spolupráce může značně ovlivňovat výsledky léčby MA. PPP může být pro člověka jeho totožností a myšlenka, že ji ztrácí může přispět k pocitu ohromující úzkosti. Komplexní hodnocení zahrnuje posouzení hlavních obtíží, duševního stavu, podrobné sociální, rodinné, lékařské a psychiatrické anamnézy a schopnosti adaptace. Přestože klinický obraz PPP může být velmi různorodý, většina ošetřovatelských diagnóz a požadovaných výsledků se jeví jako relevantní pro péči o pacienty s PPP. Intervence jsou určeny na základě potřeb konkrétního pacienta, cílů a interdisciplinárních plánů léčby. Hospitalizace se obvykle vyskytuje u pacientů, kteří jsou těžce zdravotně nestabilní, s myšlenkami na sebevraždu, mající závažně nízkou tělesnou hmotnost a při výskytu komplikací. Cílem hospitalizace je obnova tělesné hmotnosti, léčba fyzických komplikací, obnova zdravých stravovacích návyků, posílení motivace, výživová výchova, léčba komorbidit, podpora rodiny a prevence recidivy. U pacientů s MA je třeba stanovit cílovou hmotnost společně. Většinou je to hmotnost, při které se obnovuje menstruace nebo testikulární funkce. U mladších dětí je cílová hmotnost určena percentilem BMI. Při plánování jídelníčku je vhodné, aby si dospívající vybral jídlo, které mu více vyhovuje. Ukázalo se užitečné zavést protokol záznamu příjmu potravy. Jídlo je vhodné podávat v jídelním prostředí a ponechat 30 minut časového prostoru na jeho konzumaci. Nesněžené jídlo pak nahradit výživovými doplňky. Důležité je také strávit 1 hodinu po jídle ve společných prostorách. Tělesné cvičení je pro pacienty s MA zpočátku zakázáno, aby bylo dosaženo přírůstku na váze. Později cvičí pod dohledem fyzioterapeuta a učí se cvičit tak, aby cvičení bylo pro něj prospěšné. U dětí a mladistvých je důležité zapojit do terapie i rodinu. Nezbytná je jasná komunikace mezi zaměstnanci. Účinná ošetřovatelská péče pro hospitalizované dospívající pacienty s PPP je založená na komplexním hodnocení. Tato

ošetřovatelská péče je přizpůsobena individuálním potřebám jednotlivců k optimalizaci jejich zdravotního stavu.

Jiná americká studie (Silber et al., 2011, s. 331-333) uvádí, že všeobecné sestry mohou hrát důležitou roli při vzdělávání rodičů a jejich pochopení neurobiologické povahy poruch příjmu potravy a objasnění, že problém vůle, viny a chyby jsou zastaralé představy. MA není volbou nebo rozhodnutím, ale ve skutečnosti se jedná o mozkové mentální onemocnění. Z tohoto důvodu je úkolem všeobecných sester podporovat rodiče, aby jednali za své děti, které se staví do opozice vůči léčbě, neboť včasné zahájení léčby zabrání rozvinutí onemocnění. Je vhodné zapojit aktivně rodiče do léčby a ošetřovatelské péče o své dítě s PPP, neboť se tak vytváří partnerský vztah mezi rodinou a všeobecnou sestrou, což vede k efektivnější léčbě. Studie doporučuje rodinný přístup k léčbě dětí s MA, který vyvinula nemocnice Maudsley v Londýně. Metoda „Maudsley“ je založena na umožnění rodičům pomoci svým dětem zotavit se z váhového úbytku. První, ze tří fází této metody, je obnova hmotnosti, kdy jsou rodiče zodpovědní za předcházení hladovění, neboť mají zodpovědnost za růst a vývoj svých dětí. Vzhledem k obtížím v řešení potíží s touto diagnózou mohou rodiče potřebovat edukaci a podporu v nemocničním prostředí. Úkolem všeobecné sestry je nastinit rodičům model rovnováhy pozitivního přístupu a empatie s dítětem a současně zůstat pevní v postojích, že hladovění není volbou a že je nutné pokračovat v postupech zabránění poruch příjmu potravy. Dalšími fázemi této metody jsou kontrola stravování dítěte či dospívajícího a zaměření se na zdravý životní styl.

Kolektiv britských autorek (Goddard et al., 2013, s. 60-71) se ve svém systematickém přehledu zabývá zhodnocením efektivity asistenční pomoci, jak pro dospívající pacienty s MA, tak pečovatelům o tyto pacienty, kteří byli hospitalizováni v nemocnici pro vážnost jejich stavu, chronicitu a u osob rezistentních na léčbu. Celkovým cílem této studie je zhodnotit odbornou přípravu osob pečujících o pacienta s MA přijatého k hospitalizaci nebo denní léčbě pacientů v UK. Primární hypotézy se vztahují k výsledkům pro pečovatele a pacienty za 12 - ti měsíční sledovací období. Primární výsledek u pacientů odráží zachování léčby po určitou dobu hospitalizace. Relaps je definován jako zpětné převzetí k hospitalizaci pro MA nebo pokles indexu tělesné hmotnosti BMI o 2 nebo více bodů. Hlavním problémem pečovatelů je, ve 12 měsících po ukončení léčby, deprese, úzkost a příznaky stresu. Výzkum zkoumal obojí, jak zlepšování výsledků dospívajících pacientů, tak i vliv na pečovatele o tyto pacienty. Ve výzkumu se jedná o pragmatickou dvouramennou multicentrickou paralelní skupinu RCT. Se souhlasem pečovatelů o dospívající pacienty, kteří splňují kritéria způsobilosti, je koordinačním centrem náhodně přidělována asistenční pomoc. Výběr pacientů

a jejich pečovateli zajišťuje The National Health Service (NHS) poskytující pacientům s PPP lůžkovou péči. Projektu se účastní 15 nemocničních zařízení ve Velké Británii. Asistenční pomoc sestává z knižní příručky, 5 DVD, z nichž jsou 3 teoretické a 2 praktické a 10 telefonních relací motivačního rozhovoru s odborně proškoleným asistentem. Tým asistentů je tvořen z řad proškolených dobrovolníků s osobní nebo profesní zkušeností s PPP. Tento výzkum by mohl připravit cestu pro integrovanou a spolupracující asistovanou pomoc, která má potenciál zlepšit výsledek v péči o MA za nízké náklady pro zdravotní systém.

Francouzská meta syntéza názorů na léčbu MA u dospívajících se zabývá pohledy dospívajících, rodičů i profesionálů – poskytovatelů zdravotní péče, na toto onemocnění. Tento kvalitativní výzkum prozkoumává 32 studií ze sedmi různých zemí zabývajících se MA u dospívajících dětí v časovém rozpětí od roku 1990 do roku 2015. Tento výzkumný přehled prezentuje pohledy na léčbu MA v dospívání od 322 dospívajících s MA, 164 rodičů a 109 zdravotnických pracovníků, z toho 41 všeobecných sester. Provedením tematické syntézy jsou vytvořena ústřední témata, která shrnují všechna témata uvedená ve studiích tohoto přehledu. Ústředními tématy jsou tedy cíle léčby a terapeutický vztah. Cílem výzkumu je rozvíjení kognitivních schopností adolescentů, pomoci jim lépe pochopit své vlastní myšlenky a umožnit dospívajícím samostatnou péči o sebe samé. Dospívající se domnívají, že cíle léčby by měly brát v úvahu i jejich společenský život a že nutnou součástí hospitalizace je spojení s vnějším prostředím. Některé všeobecné sestry se snaží toto spojení s vnějším prostředím dětem zajistit, zatímco jiné všeobecné sestry a terapeuti se snaží rozvíjet sociální dovednosti dospívajících. Rodiče dospívajících dětí věří tomu, že odborníci by měli řešit stres celé rodiny, který je nedílnou součástí onemocnění jejich dítěte. Rodiče se cítí zmateni, frustrovaní a vyděšení, cítí se vinnými a bezmocnými v pomoci svým dětem. Rodiče očekávají, že jim všeobecné sestry a další odborníci poskytnou celkovou podporu: pohled zpět na důvody nemoci, praktické individuální poradenství, emoční podporu a zprostředkování setkávání se s rodiči ve stejné situaci, a to buď v podpůrných skupinách nebo v rodinných terapiích. Pro všeobecné sestry a ostatní zdravotníky zahrnuje terapeutický vztah s adolescenty aspekt kontroly, neboť považují za nutné, aby převzali kontrolu nad činnostmi dospívajících dětí pro umožnění normalizace a vymizení příznaků. Současně věří, že svými rozhodnutími udržují rámec strukturovaný pravidly a protokoly oddělení. Některé všeobecné sestry se snaží vyrovnat svůj kontrolní přístup laskavostí, ale většinu času tento přístup vyvolává boj o moc, který popisují jak všeobecné sestry, tak dospívající. Vztahy mezi vrstevníky dospívajících dětí s MA mají svá pozitiva, jako jsou přátelství a porozumění, ale i negativa v možném srovnávání chování a tím zesílení příznaků MA. Dospívající, rodiče i ošetřující personál

považují za nejdůležitější k zajištění efektivity léčby terapeutický vztah, a to jako vztah důvěry a spolupráce, vztah motivující k dodržování plánu léčby. Přestože se dospívající, rodiče i všeobecné sestry shodli v podstatě ve stejné představě terapeutického vztahu, v praxi se objevují překážky vzájemné nedůvěry a nedostatku komunikace. Výsledky výzkumu zdůrazňují tyto obtíže a překážky při vytváření terapeutického spojení, zejména riziko, že všeobecné sestry, dospívající a rodiče spolu nebudou mluvit o léčbě, přestože se zdá, že takový dialog je nezbytnou součástí tvorby terapeutického spojení. V cílech léčby se každá skupina zaměřuje na jiný časový úsek. Rodiče se zaměřují na historii rodiny, tedy na minulost, dospívající jsou zaměřeni na léčbu v každodenním životě dneška a všeobecné sestry předvídají rizika budoucnosti, což vytváří riziko dialogu a vzájemného porozumění (Sibeoni, 2017, s. 1-21).

Cílem Singapurského výzkumného přehledu je přezkoumat znalosti, postoje a výzvy, jimž čelí zdravotničtí pracovníci pečující o pacienty s PPP. V tomto výzkumném přehledu je zdůrazněno, že znalosti jsou zásadní, neboť s příslušnými znalostmi mohou zdravotničtí pracovníci poskytovat moderní péči založenou na důkazech, která podporuje lepší kvalitu péče a zlepšuje výsledky pacientů. Výzkum také zjišťuje, zda mohou faktory jako věk, pohlaví nebo úroveň odborné přípravy a znalosti zdravotnického pracovníka ovlivnit jeho postoje k nemocnému, zkoumá úroveň znalostí odborníků v oblasti zdravotnictví týkající se PPP. Výzkumný přehled se zabýval studii kvantitativními, kvalitativními i smíšenými, v časovém období od roku 2004 do roku 2015. Výzkum přichází s myšlenkou, že většina zdravotnického personálu vidí pacienta s PPP negativně a vnímá tyto pacienty jako sebepoškozující se. Tito pacienti jsou vnímáni tak, že jsou schopni řídit své vlastní pohnutky. Kromě toho mají pacienti s PPP často recidivy, takže potřebují odbornou pomoc opakovaně. Zdravotnický personál je také nahlíží jako osoby odmítající jejich rady a přístupy, což vzbuzuje pocit, že zdravotnický personál je vůči těmto pacientům bezmocný. Tento výzkum také konstatuje, že zdravotnický personál má o PPP obecně nízkou znalost. Pro úspěšné vyléčení z PPP je velmi důležitá včasná diagnóza, a tudíž je vysoce doporučeníhodné nepřetržité proškolení zdravotnického personálu, včetně všeobecných sester, formou teoretických seminářů o PPP a praktických nácviků (Seah et al., 2016, s. 125-136).

Nizozemská kvalitativní studie má za cíl vyvinout předběžný teoretický model, z pohledu anorektického dospívajícího pacienta, jemuž bylo vysvětleno, jak napomáhat účinnosti lůžkové ošetrovatelské péče o něj. Pro léčbu anorexie je dlouhodobé a přímé zapojení všeobecných sester do pacientova vnímání léčby důležité. Na druhé straně jsou však známy jen velmi omezené poznatky, že by dospívající pacienti sami sebe a svůj poměr

k léčení považovali za důležitý. Autoři (Ommen et al., 2009, s. 2801-2808) aplikovali tento model na 13 dospívajících, ve věku 13-17 let, formou rozhovorů a dotazů, v časovém rozmezí 10 měsíců, a jeho výsledkem bylo konstatování, že všeobecné sestry významně přispěly k jejich návratu do normálního života. Pacienti měli s modelem zaměřeným na zvýšenou účinnost ošetrovatelské péče všeobecných sester dobrou zkušenost a získané poznatky dále aplikovali jako důležité pro obnovu jejich tělesné hmotnosti. Období efektivní péče všeobecných sester o dospívajícího pacienta s PPP se dá rozdělit do 3 fází. První fáze začíná pacientovým, respektive rodičovským, souhlasem s hospitalizací. Tamní zkušenost říká, že pro průběh léčení z mentální anorexie je důležitý první týden léčení, kdy je veškerá pozornost zaměřená na učení dospívajícího pacienta znovu přijímat potravu. Všeobecné sestry musejí být velmi důsledné a neústupné ve všem, co s pacienty řeší. Je třeba vycházet z toho, že dospívající děti jsou při prvních jídlech mimořádně stresováni; jíst v nich vyvolává přímo averzi. V počáteční fázi byla dětem odebrána veškerá zodpovědnost za stravování i cvičení, aby překonali své kompulzivní vzorce chování. Pevné ošetrovatelské intervence, jako např. teplé jídlo, zákaz cvičení po jídle a stálá přítomnost všeobecné sestry byly velmi důležité. Významným se také ukázal stálý tok informací o MA a vysvětlení přímých fyzických i psychických důsledků podváhy. Rovněž skupina pacientů se stejnými problémy působila pozitivně a pomáhala překonat různé obtíže spojené s překonáváním vlastních vzorců chování. V další fázi se pozornost zaměřuje na dvě oblasti: uvědomění si pacienta samotného, že on sám bez přispění všeobecných sester musí vzít odpovědnost za své stravování a cvičení. Další oblastí je normalizace každodenního života, jak ve vztahu ke škole, tak ve vztahu k volnočasovým aktivitám. Platí přitom, že při tvorbě svého individuálního denního plánu by měl dospívající pacient cítit podporu ze strany všeobecných sester. Tato podpora je směřována k tomu, aby pacient dostal pocit, že má osobní moc nad svým jídlem a cvičením, která vyplývá právě z konzultací a odborného vedení sestry. Všeobecné sestry by měli v této době s dospívajícími pacienty mluvit a měli by jim zdůrazňovat jejich aktivní zapojení a spoluzodpovědnost za výsledek léčení. Ve třetí fázi by měl být pacient za své stravovací a cvičební návyky již víceméně stoprocentně zodpovědný. Je zde využíváno zkušenosti, že jakmile se dětský pacient rutinně zapojí do školních a volnočasových aktivit, jeho důvěra ve svoji vlastní ochotu převzít odpovědnost za vše spojené s udržováním své tělesné hmotnosti spontánně roste. Všeobecné sestry by měly vycházet z toho, že návrat anorektického dospívajícího dítěte do normálního života je velice jemný proces, proto by přitom měly nepřetržitě vnímat proměnlivost vztahu mezi aktuálními, silnými versus slabými stránkami pacienta, a to s tím, že jakákoliv porucha tohoto vztahu může vést k rychlé recidivě. Je tedy

jasné, že ošetrovatelská péče o anorektické dospívající pacienty je vysoce specializovaná. Na závěr článku dokládá potřebu specializovaných kurzů pro všechny kategorie zdravotního personálu ve styku s anorektickými dospívajícími pacienty (Ommen et al., 2009, s. 2801-2808).

Podobný cíl, jako předchozí nizozemská studie, sleduje tým australských autorů (Zugai et al., 2013, s. 2020-2029) kvalitativní studie zjišťující zkušenosti dospívajících anorektických pacientů s ošetrovatelskou péčí při jejich hospitalizaci a vnímání vztahů a péče z jejich perspektivy. Studie se zabývá třemi tématy ošetrovatelské péče: zajištění přírůstku hmotnosti, udržováním terapeutického prostředí a ošetrovatelským vztahem. Z výsledků vyplývá, že jak na přírůstek váhy, tak na vnímanou kvalitu hospitalizace má největší vliv kvalita vztahu mezi všeobecnou sestrou a dospívajícím pacientem. Všeobecné sestry mohou přispívat k produktivním fyzickým výsledkům a k pozitivní hospitalizaci. Dle pacientů je motivace k dodržování péče odvozena od silných vztahů s všeobecnými sestrami. Při stanovování pravidel, je vhodná spolupráce a spolupodílení se dospívajícího pacienta. Je také důležité, aby dětský pacient porozuměl odůvodnění některých pravidel a byl tak schopen pravidla přijmout. Z tohoto důvodu je nutné vytvářet atmosféru porozumění a povzbuzení. Vhodné je zapojení pacientů i do rekreačních činností, které zlepšují vztahy, minimalizují pocit nudy a izolace.

Autorka amerického článku (Ahacic, 2016, s. 28-36) se zabývá řízením péče o dospívajícího pacienta s PPP z pozice všeobecné sestry. U mentální anorexie se pozornost zaměřuje do čtyř směrů: obnova tělesné hmotnosti, vyváženost výživy, rehydratace – pitný režim, případně bilance tekutin a úprava nerovnováhy vnitřního prostředí. Ošetrovatelský personál by měl dospívajícímu dodávat výživově vyrovnaná jídla (nejen hlavní chody, ale i svačiny), kterými se postupně zvyšuje kalorický příjem. Pokud je adolescentní pacient vážně zdravotně postižený, je možné vyživování pomocí sondy, aby dostal předem znalý a vybalancovaný výživový vstup. Pokud ošetrovatelé dosáhnou u pacienta fyzicky a výživově stabilizovaného stavu, je vhodné změnit postup léčby podle individuálních přání adolescentního pacienta. V této fázi pak vlastní léčení zahrnuje: poradenství ohledně výživy, klasické sledování a je-li to nutné, tak pokračující lékařské intervence, psychoterapii, cílenou medikaci a naučení se postupů plánování jídelníčku s cílem udržení dosažené tělesné hmotnosti. V psychoterapii se pro mentální anorexii aplikují všechny tři osvědčené terapie: individuální, skupinová a rodinná, přičemž pozornost je zaměřená jak na techniky odstraňující psychické problémy, tak na postupy zaměřené na vyhnutí se pocitu viny, nepřiměřené sebekritiky a vůči sobě orientovaného nepřátelství. Medikace je také důležitá. Jak

antidepresiva, tak anxiolytika mohou být při MA důležité, jak pro aktivní kontrolu chování pacienta, tak pro odstranění jeho návalů úzkosti. U mentální bulimie jsou priority z pozice všeobecné sestry podobné jako u mentální anorexie. Na začátku je potřeba zastavit opakované záměrné vyvolávání zvracení. Pokud je tohoto dosaženo, pak se pozornost soustřeďuje do tří oblastí: obnovení výchozí váhy, doplnění chybějících tekutin a upravení nerovnováhy vnitřního tělesného prostředí. Součástí zdravotnické péče je samostatné hodnocení srdeční a gastrointestinální činnosti pacienta. Zvláště v tom případě, kdy daný adolescent do té doby užíval projímadla nebo prostředky vyvolávající zvracení. Dospívající s MB by měli dostávat výživově vybalancovanou stravu, která u nich nevyvolá pocit hladu, ani nenastartuje zvracení (dráždivá, kořeněná jídla). Z medikace jsou pro léčení MB vhodné preparáty s fluoxetinem, neboť mají tři účinky: snižují míru tendence k zvracení a k projímání, snižují možnost recidivy a zlepšují vztah k příjmu potravy.

Kvalitativní popisná studie kolektivu amerických autorek (Harken et al., 2017, s. 1-8) se zabývá vnímáním péče o dospívající s PPP hospitalizovaných na standardním všeobecném dětském oddělení. Studie popisuje proces způsobu zdravotní péče ze strany: odborných pediatrických lékařů, všeobecných sester a zdravotních asistentů na všeobecné pediatrické jednotce. Pozornost je zaměřena na ošetrovatelskou péči o děti s poruchami příjmu potravy, které jsou hospitalizovány s cílem stabilizace jejich zdravotního stavu. Studie vychází ze statisticky zpracovaných dotazníků, přičemž jejich struktura byla individuálně přizpůsobena typu poruchy výživy a věku pacienta. Cílem zpracování strukturovaných dotazníků bylo vymezení konkrétních plánovaných kroků pro budoucí léčbu dětí a dospívajících, kdy základem tohoto vymezení bylo postižení předchozích lékařských a ošetrovatelských aktivit. Dotazování byli přítomni ti pacienti, u nichž bylo zřejmé, že péči o ně je třeba transformovat. Veškerá činnost vázaná na zpracování strukturovaných dotazníků byla zaměřená na čtyři cíle: tvorba standardizovaných postupů pro pacienty s PPP, seskupování pacientů do jednotlivých oddělených skupin v rámci diagnostikované PPP, tvorba týmu odborníků zaměřených na konzultace s pacienty a jejich rodinami a tvorba systému vzdělávání zaměstnanců pro oblast diagnostikovaných PPP. Celkový počet pečujícího personálu, který vyplnil strukturované dotazníky byl 20, přičemž tyto pracovníci reprezentovali tři výše uvedené skupiny. Většina z daných 20 osob měla zkušenosti s realizovanými změnami péče o pacienty s PPP a tyto změny považovala za pozitivní, přičemž bylo vyzdvihováno, že péče o pacienty po daných změnách je důslednější. Statistické zpracování dotazníků vedlo k pojmenování klíčových témat pro budoucnost: vyhnout se nejistotě ve volbách způsobu léčby; směřování podpory rodin pacientů žádoucím směrem;

nastavení terapeutických hranic a nalezení způsobu motivace pro pečující personál: jak jej motivovat, aby dodržoval důslednější péči. Ve studii se konstatuje, že zaměstnanci všeobecné pediatrické jednotky byly předmětem nového systému vzdělávání a jejich následného přerozdělení podle nově pojmenovaných kritériích. Součástí těchto změn byl i důraz na motivaci zaměstnanců v péči o děti a dospívající. Zaměstnanci celkově konstatovali, že provedené změny v ošetrovatelské péči u dětí s PPP na všeobecné pediatrické jednotce vnímají pozitivně, přičemž zdůraznili, že pro budoucí plán rozvoje terapeutického prostředí je vhodné zahrnutí názorů jak pacientů, tak jejich rodin. Závěr studie shrnuje, že posílení terapeutického prostředí pro dospívající s PPP sestává ze tří částí: tvorby standardizovaných postupů péče, tvorby týmů odborníků pro konzultace a trvalého plánu zvyšování kvalifikace vlastních zaměstnanců. Je konstatováno, že mají-li standardní všeobecná pediatrická oddělení zajišťovat excelentní péči pro děti s PPP, pak je nutné, aby byly schopny motivovat své vlastní zaměstnance pro jejich rozhodnutí zlepšovat terapeutické prostředí dobrovolně.

Autoři (Gould a Hendrickson, 2016, s. 5-14) dalšího retrospektivního výzkumu, prováděného v USA od ledna 2008 do září 2013, uvádí, že základem péče o dospívající pacienty s PPP je víceoborový přístup, jehož významnou součástí je i ošetrovatelská péče všeobecných sester. Platí přitom, že chceme-li koordinovat vlastní péči s jejími výsledky, pak toto vyžaduje vysoké nasazení od veškerého ošetrujícího personálu, přičemž výzkum ve vlastní koordinaci péče a jejich výsledků je dosud velmi omezený. Průměrný věk studované skupiny pacientů bylo 14,5 roku a těchto pacientů bylo do výzkumu vzato 171. Vlastní výsledky výzkumu zdůrazňují potřebu užší koordinace péče s očekávatelnými výsledky, přičemž oba autoři studie konstatují, že je-li péče promyšleně koordinována s očekávatelnými výsledky, pak se zlepšení ve výsledcích dostaví velmi brzy.

Kolektiv autorů kanadské studie (Zaitsoff et al., 2015, s. 99-114) vychází ze tří rozsáhlých databází psychiatricky léčených pacientů, zaměřuje se na pacienty, dospívající i dospělé, s PPP a hodnotí způsoby terapeutických spojeneckých vztahů. Závěry tohoto článku jsou přitom systematickým přehledem, jak výsledků, srovnání těchto 3 databází, tak 19 - ti jednotlivých odborných studií, publikovaných v letech 1994-2014, zaměřených na terapeutická spojení. Studie konstatuje, že terapeutické spojenecké vztahy mohou integrovat jednotlivá dílčí zlepšení svých účastníků do celkově pozitivního posunu. Terapeutická spojení hodnotí tři klíčové aspekty: kvalitu vazby mezi dospívajícím pacientem a všeobecnou sestrou, dohodu o úkolech, které mají být provedeny a dosažení dohodnutých cílů. Studie zdůrazňuje, že terapeutické spojenecké vztahy dokládají svůj

význam pro anorektické pacienty, zatímco jejich význam pro pacienty bulimické a pacienty s kombinací obou diagnóz, je nejasný.

V americkém státě Illinois provozuje velice zajímavou ošetrovatelskou práci s pacienty s PPP autorka dalšího článku (De Zutti, 2013, s. 24-31), který předkládá důkazy o účinnosti psychoterapie pomocí koní-hipoterapie. Autorka sama vede svůj výukový chov koní, určených k asistované psychoterapii, je mezinárodní terapeutickou jezdeckou instruktorkou a edukátorkou všeobecných sester. Je přesvědčená, že všeobecné sestry potřebují inovativní léčebné zásahy založené na důkazech, aby pomohly svým pacientům, dětským i dospělým, s PPP na jejich cestě k obnově. Článek pomáhá všeobecným sestřím porozumět tomu, jak psychoterapie asistovaná koňmi (EAP) a psychoterapie u koní funguje a jaký může mít dopad na pacienta. Zdůrazňuje také roli všeobecné sestry během terapie pomocí koní. Pacient s PPP nosí často masku, za kterou skrývá své vlastní pocity. Kůň, jako zvíře kořisti, umí pro své přežití číst jazyk těla, proto se pacient s PPP musí naučit být v souladu se svými pocity, aby mohl přistupovat ke koni. Říká se, že kdo se rozhodne vzít otěže svého koně a jet samostatně, převezme i řízení svého života. K této terapii je potřebný souhlas rodičů dítěte. Všeobecná sestra s psychoterapeutickým výcvikem sleduje dospívající pacienty během péče o koně a jízdy na koni. Monitoruje také alergie, hydrataci, míru únavy a podobně. EAP je přístup založený na zkušenostech a použitelný pro jednotlivce nebo skupiny dospívajících i dospělých pacientů s PPP. Zlepšení lze pozorovat v komunikaci a soudržnosti uvnitř skupiny, stejně jako se zlepšuje individuální smysl pro úspěch a důvěru. Všeobecným sestřím a terapeutům, kteří pracují na psychiatrických odděleních s pacienty s PPP je doporučeno zvážit tuto hipoterapii. Existují důkazy o účinnosti terapie za pomoci koní u pacientů s různými poruchami, ovšem další kvantitativní a kvalitativní studie dokládají dlouhodobé výhody této metody speciálně u PPP, neboť mohou napomoci k obnově, snížení relapsu a v neposlední řadě snížení úmrtnosti u PPP, což jistě stojí za vynaložené úsilí (De Zutti, 2013, s. 24-31).

Australská studie kolektivu autorů (Fogarty et al., 2016, s. 66-75) se zabývá účinností a zkušenostmi s mentoringem v oblasti léčby poruch příjmu potravy. Tato práce předkládá důkazy o tom, že mentorský vztah je užitečný jak pro mentora, tak pro dítě či osobu s PPP a neměl by být tudíž podceňován. Pro toho, kdo dostává rady, má tento vztah význam jako jeho osobní podpora a zvýšení pocitu komfortu. Všeobecná sestra v roli mentora má porozumět osobní cestě pacienta, zvláště dospívajícího, a dodávat mu jak inspiraci, tak ho pozitivně povzbuzovat. Mentor by měl pacienta vést k tomu, aby si proměnil své vlastní já na zacílenou snahu o uzdravení, přičemž každý uzdravený pacient zlepšuje jeho profesionální

vedení pro budoucnost. Dojde-li k transformaci vlastního já dospívajícího pacienta, pak by mentor měl u pacienta nově získané návyky tak upevnit, že se stanou cestou k jeho úplnému uzdravení. K tomu, aby se pacient skutečně uzdravil, je zapotřebí sounáležitost mezi všeobecnou sestrou, coby mentorem a dospívajícím pacientem. Porucha příjmu potravy uspokojuje intenzivní touhu, která je v tomto případě společensky nenaplněná po sounáležitosti a nedojde-li tudíž ke vzniku takovéto sounáležitosti mezi mentorem a pacientem, je velmi obtížné motivovat dospívajícího pacienta k tomu, aby se uzdravil. Obecně platí, že má-li pacient pocit, že není pochopen, je ke změně svého přístupu ke svému tělu jen nízko motivován. Pocit, že pacientovi není porozuměno, je vnímán jako jeden z klíčových faktorů v nemožnosti změnit chronickou mentální anorexii. Má-li se pacient vyléčit, pak musí mít dva pocity: zaprvé, že je mu rozuměno a zadruhé, že je přijat. Pro toto je role mentora nezastupitelná.

2.3 SHRnutí TEoretických Východisek a Jejich Význam

Základem prevence PPP u dětí a dospívajících je primární prevence. Z dohledaných poznatků je patrné, že nejdůležitější pro tuto prevenci je edukace populace o problému, jaký PPP představují, o prevalenci těchto onemocnění, příznacích a možnostech léčby, ale hlavně je důležité přesvědčit populaci o nutnosti osvojení si zdravého životního stylu. Edukace je nutná napříč různými věkovými skupinami. Je potřeba vzdělávat v této oblasti již děti na základních školách a k tomu také učitele, které je někdy nutné k této činnosti motivovat. V neposlední řadě je nezbytná výchova a edukace rodičů i celých rodin. Někdy může mít PPP souvislost a původ v léčené obezitě, proto je důležité od malička vést děti ke zdravému stylu života, nejen, co se stravování týče, ale i ke zdravému, ale ne přehnanému, pohybu. Také děti s ADHD syndromem mohou být náchylnější ke vzniku PPP v dospívání, proto je dobré mít o tomto faktu povědomí, aby se dalo problému předejít. Ze studií také vyplývá vhodnost využití k prevenci PPP u dětí a dospívajících médií, především internetových vzdělávacích programů a strategií.

Sumarizace dohledaných poznatků dokládá velký význam komplexnímu posouzení dětského dospívajícího pacienta a individuálnímu ošetrovatelskému plánu z tohoto posouzení vycházejícímu. Péče o pacienty s PPP předpokládá víceoborový přístup a vysoké nasazení od veškerého ošetrojícího personálu, má-li být úspěšná. Vyžaduje také dobré znalosti, vzdělání a nepřetržité proškolení vlastního zdravotnického personálu, aby byla efektivní. Při hospitalizaci dětí s PPP na standardním dětském oddělení zahrnuje posílení terapeutického prostředí tvorba standardizovaných postupů, tvorba týmů odborníků pro konzultaci a trvalý plán zvyšování kvalifikace zaměstnanců. Ukázalo se také jako potřebné být pacientovi rádcem a průvodcem po celou dobu léčby. Spolupráce však musí být založena na partnerství, musí mít pevné vedení a být důsledná, chceme-li, aby byla účinná. K posílení osvojených si návyků a udržení si zdravého životního stylu je užitečné nasměrování ke spolupráci s nutričním terapeutem. Důležité je zvážit a zapojit do léčby všechny, dané osobě prospěšné, složky, jako je úzký terapeutický vztah, psychoterapie individuální, skupinová i rodinná, hipoterapie, která je praktikována i v naší republice, nebo zajištění asistenční pomoci.

ZÁVĚR

Zásadním krokem prevence PPP u dětí a mladistvých je edukace populace ke zdravému stravování, zdravému životnímu stylu a eliminace rizikových faktorů. Toto je také úkolem zdravotnického personálu, především všeobecných sester. Edukace je záležitostí především komunitní péče, jejíž absenci, v naší republice pociťujeme. Velký potenciál preventivních programů, nejen v předcházení poruch příjmu potravy, je zajisté, v dnešní technické době, spatřován ve využití médií, sociálních sítí a internetových programech využitelných jak na PC, tak v aplikacích mobilních telefonů. Zvláště děti a mladiství jdou s technikou ruku v ruce a je jim tento způsob podání informací vlastní.

V ošetrovatelské péči je kladen důraz na komplexnost posouzení potřeb dané osoby, partnerskou spolupráci a individuálně stanovený plán ošetrovatelské péče. Pro efektivitu této péče je nezanedbatelná i odbornost a specializace ošetrovatelského personálu a jeho neustálé vzdělávání se. Potřebná je multioborová spolupráce všeobecných sester, lékařů, psychologů, ergoterapeutů, nutričních terapeutů a fyzioterapeutů. Také rodinu je třeba zahrnout do spolupráce.

V naší zemi je ošetrovatelská péče o děti a mladistvé s poruchami příjmu potravy koordinována standardy ošetrovatelské péče o pacienty s těmito poruchami, a dle dohledaných poznatků, se jeví, že zahrnuje téměř všechny zmiňované poznatky v ošetrovatelské péči dané problematiky.

REFERENČNÍ ZDROJE

AHACIC, J. A.: A look at eating disorders. *Nursing Made Incredibly Easy* [online]. 2016, 14(2), s. 28-36 [cit. 2017-05-24]. DOI: 10.1097/01.nme.0000479864.48566. ISSN 15445186.

CAMPBELL, K., PEEBLES, R.: Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review, *Pediatrics*, 2014, 134(3), s. 582-592. DOI: 10.1542/peds.2014-0194.

DARCY, A. M. a LOCK, J.: Using Technology to Improve Treatment Outcomes for Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2017, 26.1: 33-42. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2016.07.010>.

DE ZUTTI, J. E., RN, BSN: Eating disorders and equine therapy: A nurse's perspective on connecting through the recovery proces, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 2013, 51(9), s. 24-31. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20130612-01>.

FOGARTY, S., RAMJAN, L. a HAY, P.: A systematic review and meta-synthesis of the effects and experience of mentoring in eating disorders and disordered eating. *Eating Behaviors* [online]. 2016, 21, s. 66-75 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.004. ISSN 14710153.

FUNARI, M. Detecting symptoms, early intervention, and preventative education: eating disorders & the school-age child. *NASN school nurse (Print)*, 2013, 28(3), s. 162-166. DOI: 10.1177/1942602X12473656.

GODDARD, E., et al. Carers' assessment, skills and information sharing: theoretical framework and trial protocol for a randomised controlled trial evaluating the efficacy of a complex intervention for carers of inpatients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 2013, 21(1), s. 60-71. DOI: 10.1002/erv.2193.

GOLDEN, N. H., SCHNEIDER, M. a WOOD, CH.: Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents; Committee on Nutrition, committee on adolescence, section on obesity, *Pediatrics*, 2016, 138 (3), s. e1-e10. DOI: 10.1542/peds.2016-1649.

GOODING, H. C. et al.: Original article: Implementation and Evaluation of Two Educational Strategies to Improve Screening for Eating Disorders in Pediatric Primary Care. *Journal of Adolescent Health* [online]. 2017, 60(5), s. 606-611 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.12.002. ISSN 1054139X.

GOULD, S. a HENDRICKSON, K.: Coordination of Care and Early Adolescent Eating Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Multidisciplinary Research* [online]. 2016, 8(2), s. 5-14 [cit. 2017-05-04]. ISSN 19472900.

HARKEN, W., MAXWELL, J., HAINLINE, M., POLLACK, L. a ROBERTS, C.: Perceptions of Caring for Adolescents With Eating Disorders Hospitalized on a General Pediatric Unit. *Journal of Pediatric Nursing* [online], 2017 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.02.008. ISSN 08825963.

HAUTALA, L., JUNNILA J., ALIN J. et al.: Uncovering hidden eating disorders using the Scoff questionnaire: Cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2009, 46(11), s. 1439-1447 [cit. 2017-06-20]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.04.007. ISSN 00207489.

HERPERTZ-DAHLMANN, B., BÜHREN, K. a SEITZ, J.: Anorexia nervosa in childhood and adolescence: course and significance for adulthood, *Der Nervenarzt* [online]. 2011, 82(9), 1093-9 [cit. 2017-05-16]. DOI: 10.1007/s00115-010-3231-1. ISSN 14330407.

JONES, L. E., BUCKNER E. a MILLER R.: Chronological Progression of Body Dissatisfaction and Drive for Thinness In Females 12 to 17 Years of Age. *Pediatric Nursing* [online]. 2014, 40(1), 21-25 [cit. 2017-06-20]. ISSN 00979805.

JONES, M., JACOBI, C., TAYLOR, C. B.: Internet Assisted Family Therapy and Prevention for Anorexia Nervosa. *Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders: New Applications*, 2015, s. 384-396. ISBN: 978-1-315-88244-4.

JONES, M., et al.: Family-based early intervention for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 2012, 20, s. e137–e143. DOI:10.1002/erv.2167.

KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M., Dieting and self-evaluation of figure in school-aged youth in the area of Central Slovakia. *Kontakt* 2014; 16(4): s. e223-e227. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.001>.

KRCH, F. D. a ŠVÉDOVÁ J.: *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Anabell, 2013, 41 s. ISBN 978-80-905436-5-2.

LEVIN, R. L. a RAWANA, J. S.: Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan. *Clinical Psychology Review* [online]. 2016, 50, s. 22-36 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.09.010. ISSN 02727358.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2016): Vyhláška č. 282/2016 Sb.: *Vyhláška o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních*. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolni-stravovani>.

RABOCH, J., CESKOVÁ, E., BERAN, J., a PAVLOVSKÝ, P., 2012, *Psychiatrie*, [Prague, Czech Republic]: Charles University in Prague, Karolinum Press, eBook Collection (EBSCOhost), EBSCOhost, viewed 24 May 2017. *Psychiatrie*. 2012. ISBN 9788024619859.

SEAH, X. Y., THAM, X. C., KAMARUZAMAN, N. R. a YOBAS, P. (K.): Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating

Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2017, 31(1), s. 125-136 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.apnu.2016.09.002. ISSN 08839417.

SIBEONI, J., ORRI, M., VALENTIN, M. et al.: Metasynthesis of the Views about Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents: Perspectives of Adolescents, Parents, and Professionals. *PLoS ONE* [online]. 2017, 12(1), s. 1-21 [cit. 2017-06-20]. DOI: 10.1371/journal.pone.0169493. ISSN 19326203.

SILBER, T. J., LYSTER-MENSH, L. C. a DUVAL, J.: Anorexia nervosa: patient and family-centered care. *Pediatric nursing*, 2011, 37(6), s. 331-333. PMID 22256697.

SUCHOPÁROVÁ L. a FOREJT M., Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách, *Hygiena*, 2014, 59(4), s. 157-161, ISSN 1803-1056 (elektronická verze). Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc15001805>.

VAN OMMEN J., MEERWIJK E., KARS M., VAN ELBURG A., & VAN MEIJEL B., 'Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective', *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18, 20, s. 2801-2808, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 24 April 2017. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x.

VARDAR, E. a ERZENGIN, M.: The Prevalence of Eating Disorders (EDs) and Comorbid Psychiatric Disorders in Adolescents: A Two-Stage Community-Based Study. *Turkish Journal of Psychiatry* [online], 2011, 22(4), s. 1-7 [cit. 2017-05-16]. ISSN 13002163.

VRBATOVÁ, N. a BORŮVKOVÁ, J.: Primární prevence mentální anorexie u školních dětí. Preventivní program: Zdravý životní styl (Prevence poruch příjmu potravy). *Profese Online*, 2010, 3(3), s. 195-206, ISSN 1803-4330.

WOLFE, B. E., DUNNE, J. P. a KELLS, M. R.: Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Nursing Clinics of North America* [online]. 2016, 51(2), s. 213-235 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.01.006. ISSN 00296465.

ZAITSOFF, S., PULLMER, R., CYR, M. a AIME, H.: The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders* [online]. 2015, 23(2), s. 99-114 [cit. 2017-04-24]. ISSN 10640266.

ZUGAI, J., STEIN-PARBURY, J. and ROCHE, M.: Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22, s. 2020–2029. DOI: 10.1111/jocn.12182.

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorders
AED	Academy for Eating Disorders
BMI	Body Mass Index
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EAP	Equine-assisted psychotherapy
EDI	Eating Disorders Inventory
FBT	Family-based treatment
HBSC	Health Behaviour in School Age Children
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MOOC	Massive Open Online Course
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NHS	National Health Service
PC	Personal computer
PPP	Poruchy příjmu potravy
UK	United Kingdom
USA	The United States of America
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky