

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Barbora Ptáčková

Mentální anorexie u dětí a dospívajících

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Urbášková

Olomouc 2024

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

V Olomouci 2024

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Lence Urbáškové za odborné vedení, věcné připomínky a ochotu při psaní mé bakalářské práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče o pediatrické pacienty s mentální anorexií

Název práce: Mentální anorexie u dětí a dospívajících

Název práce v AJ: Anorexia nervosa in children and adolescents

Datum zadání: 2023-8-31

Datum odevzdání: 2024-4-18

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Barbora Ptáčková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Urbášková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče o děti a adolescenty s mentální anorexií. Sumarizuje aktuální dohledané informace o typech péče zaměřené na pediatrické pacienty a poskytuje vhled do problematiky rizikových faktorů, cílů a forem léčby mentální anorexie. Rovněž předkládá aktuální dohledané poznatky o kompetencích dětských sester a možnostech jejich vzdělávání v oblasti psychiatrické péče v České republice a ve světě. Získané poznatky, by měly být přínosné nejen pro studium pediatrického ošetrovatelství, ale i přispět jako podklad pro prevenci či rozšíření obzorů. A to v rámci problematiky poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexií. Tímto lze přispět ke zdokonalování péče v oblasti mentálních poruch stravování u dětí a adolescentů. Informace byly dohledány v českých i zahraničních recenzovaných periodikách. Jsou použity databáze EBSCO, PubMed, Google Scholar a Google.

Abstrakt v AJ: This thesis is a systematic review study focuses on the specifics of nursing care for children and adolescents with anorexia nervosa. Summarises currently researched information

on types of care which is aimed at pediatric patients. It thus provides insight into the issues of risk factors, goals and forms of treatment or disease prevention. Presents up-to-date knowledge about the competencies of children's nurses and the possibilities of their education in the field of psychiatric care in the Czech Republic. The findings should be beneficial not only for the study of pediatric nursing, but also as a contribution to the basis for prevention or broadening horizons of the issue of eating disorders with a focus on anorexia nervosa. This can contribute to the improvement of care in the area of eating disorders in children and adolescents. The findings in the bachelor thesis were found in Czech and foreign periodicals. Reviewed documents from EBSCO, PubMed, Google Scholar a Google databases are used here.

Klíčová slova v ČJ: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, děti a adolescenti s mentální anorexií, ošetrovatelské intervence, ošetrovatelská péče, dětská sestra, prevence, prevence v anorexii, vzdělání v psychiatrii

Klíčová slova v AJ: anorexia nervosa, eating disorders, children and adolescents with anorexia nervosa, nursing interventions, nursing care, children's nurse, prevention, prevention in anorexia, education in psychiatry

Rozsah: 45 stran

Obsah

Úvod.....	7
1 Popis řešeršní činnosti.....	9
2 Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie.....	12
2.1 Rizikové faktory vzniku onemocnění.....	14
2.2 Cíle a formy léčby mentální anorexie.....	16
3 Ošetrovatelská péče o pacienta s mentální anorexií	21
3.1 Vliv terapeutického vztahu a vzdělání dětských sester na péči o pediatrického pacienta s mentální anorexií.....	24
3.2 Ovlivnění léčby mentální anorexie rodinnými příslušníky.....	27
4 Prevence mentální anorexie	30
4.1 Význam a limitace dohledaných zdrojů.....	33
Závěr	35
Referenční seznam.....	37
Seznam zkratk	46

Úvod

Mentální anorexie představuje komplexní psychiatrické onemocnění, které postihuje nejen fyzické, ale i psychické zdraví pacienta. Jedná se o poruchu stravování, charakterizovanou intenzivním strachem z nárůstu hmotnosti a patologickým vnímáním vlastní postavy. Onemocnění se může projevit již v mladším školním věku nebo adolescenci s tím, že vykazuje tendenci s přesahem trvání až do dospělosti (Hosák et al., 2015). Prevalence onemocnění poruchou příjmu potravy podle studie z roku 2020 byla 17,9 % u žen a 2,4 % u mužů (Silén et al., 2020). Obecně se rovněž uvádí, že častěji jsou postiženy dívky než chlapci, u kterých je uváděn poměr přibližně 1: 10 v relaci k dívkám (Papežová et al. 2014).

Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění, které se manifestuje jednak fyzickými, ale i psychologickými a sociálními faktory, je nutné na něj nahlížet z multidisciplinárního pohledu. Proto je v rámci poskytované ošetrovatelské péče důležitý holistický přístup k pacientům. Dětské sestry by měly k nemocnému přistupovat individuálně, s vírou, že se pacient dokáže vyléčit a změnit své patologické stravovací návyky. Pomáhají mu prostřednictvím stanovených intervencí a pravidelné komunikace a zároveň aktivně spolupracují s rodiči/pečovateli (Tomáš & Marková, 2014).

Tato práce se opírá o relevantní vědecké poznatky z oblasti psychiatrie, psychologie, pediatrie a ošetrovatelství s cílem poskytnout ucelený pohled na problematiku mentální anorexie u dětí a dospívajících. Zaměřuje se především na analýzu problematiky mentální anorexie u dětí a dospívajících z perspektivy pediatrického ošetrovatelství. Detailní porozumění této problematice může být v oboru pediatrického ošetrovatelství užitečné pro identifikaci a efektivní péči o pacienty trpící mentální anorexií.

Cílem bakalářské práce je předložit aktuální dohledané poznatky o onemocnění mentální anorexie spolu s informacemi o ošetrovatelské péči u pediatrického pacienta s diagnózou mentální anorexie.

Cíl práce byl dále definován ve třech dílčích cílech:

- 1) Pomocí rešeršní činnosti sumarizovat informace o onemocnění mentální anorexie. Důraz bude kladen na pochopení diagnostických kritérií, rizikových faktorů a cílů a forem léčby mentální anorexie u pediatrického pacienta.

2) Informovat o důležitosti vztahu mezi dětskými sestrami a pacienty s mentální anorexií, porovnat možnosti vzdělání dětských sester v psychiatrii v ČR a ve světě a prezentovat, jakou roli v léčbě hraje rodina nemocného.

3) Představit možnosti prevence v oblasti onemocnění poruch příjmu potravy.

Jako vstupní literatura byly prostudovány následující publikace:

Corral-Liria, I., Alonso-Maza, M., González-Luis, J., Fernández-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. (2021). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 840–849. <https://doi.org/10.1111/ppc.12858>

Kocourková J., Koutek J. (2018) Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie, *Česko-slovenská pediatrie*, 73(5), 320-323. <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2018-5-7/mentalni-anorexie-s-ranym-zacatkem-diagnostika-a-terapie-106362/download?hl=cs>

Wu, W. L., & Chen, S. L. (2021). Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. *International journal of mental health nursing*, 30 (1), 1386–1394. <https://doi.org/10.1111/inm.12886>

Salzmann-Erikson, M., Dahlén. J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>

1 Popis rešeršní činnosti

V následujícím textu je popsána rešeršní činnost, na jejímž základě došlo k dohledání validních a dostupných zdrojů pro tvorbu této práce.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, děti a adolescenti s mentální anorexií, ošetrovatelské intervence, ošetrovatelská péče, dětská sestra, prevence, prevence v anorexii, vzdělání v psychiatrii

Klíčová slova v AJ: anorexia nervosa, eating disorders, children and adolescents with anorexia nervosa, nursing interventions, nursing care, children's nurse, prevention, prevention in anorexia, education in psychiatry

Jazyk: český, anglický

Období: 2013–2023



DATABÁZE

PubMed, EBSCO, Google scholar, Google

Nalezeno 188 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní články

Kvalifikační práce

Články neodpovídající tématu

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ

A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO – 12 článků

Google Scholar – 4 články

PubMed – 32 článků

Google – 4 články

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Acta Universitatis Carolinae Philosophica et Historica	1 článek
Archives of disease in childhood. Education and practice edition	1 článek
Advances in Eating Disorders	1 článek
American Psychiatric Association	1 článek
Appetite	1 článek
Archives of Disease in Childhood	1 článek
BMC Nursing	1 články
Canadian Medical Association journal	1 článek
Clinical psychology review	1 článek
Complementary therapies in medicine	1 článek
Current opinion in psychiatry	1 článek
Česko-slovenská pediatrie	1 článek
Early intervention in psychiatry	1 článek
Eating disorders	1 článek
Frontiers in psychiatry	1 článek
Children	2 články
International journal of environmental research and public health	2 články
International journal of mental health nursing	1 článek
International journal of nursing studies	1 článek
International journal of qualitative studies on health and well-being	1 článek

JAMA network open	1 článek
Journal of affective disorders	1 článek
Journal of clinical medicine	1 článek
Journal of clinical nursing	1 článek
Journal of eating disorders	4 články
Journal of Child and Family Studies	1 článek
Journal of psychiatric and mental health nursing	1 článek
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	1 článek
Mental Health Practice	1 článek
Nursing 2024	1 článek
Nutrients	1 článek
Nutrition in clinical practice	1 článek
Pediatrie pro praxi	1 článek
Perspectives in Psychiatric Care	1 článek
Physiology & behavior	1 článek
Psychiatrie pro praxi	1 článek
The international journal of eating disorders	7 článků
The Spanish Journal of Psychology	1 článek
The Lancet	1 článek
The Lancet. Child and adolescent health	1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 52 dohledaných článků, 5 webových stránek, 1 vyhláška, 2 věstníky a 5 knižních publikací.

2 Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou definovány jako soubor onemocnění charakterizovaný přetrvávajícími patologickými návyky v chování při jídle, které doprovází úzkostné myšlenky a negativní emoce. Jedná se o velmi závažné stavy ovlivňující fyzickou, psychickou i sociální složku života (American Psychological Association [APA], 2020). Rozlišujeme několik typů PPP. Mezi hlavní typy jsou zařazeny mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Nově je mezi ně od roku 2013 dle DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zařazena i méně známá porucha pojmenovaná jako restriktivní vyhubávací porucha příjmu potravy, kdy jedinec konzumuje pouze některé druhy potravin. Není ale výjimkou, že se symptomy jednotlivých poruch vzájemně prolínají (Krch, 2016). Mentální anorexie (dále jen MA) je porucha příjmu potravy, která je nejvíce spojována se sebekontrolou (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Jako první ji definoval v roce 1868 William Gull a druhý Ernest – Charles Lasègue v roce 1873, který použil termín *anorexia nervosa*¹ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Popisována je dobrovolným hladověním, které vede k nekontrolovatelnému úbytku tělesné hmotnosti. Nízký příjem stravy vede následně i k nízkému BMI neboli indexu tělesné hmotnosti, který je u anorexie nižší než 17,5. Pro dětský a adolescentní věk je nutné hodnoty BMI upravit. Do 10 let je tomuto kritériu odpovídající BMI o hodnotě 13,5, pro 12 let následně 14,2. Je nutné přizpůsobit zejména hodnoty biologické zralosti pacienta a přihlídnout ke skutečnosti, že v důsledku omezování příjmu potravy dochází k opoždění nástupu puberty (Kocourková & Koutek, 2018). Není pravidlem, že pro diagnózu anorexie je nutná nízká hodnota BMI. Důležité je brát v potaz i atypickou formu anorexie, kdy pacienti splňují všechna kritéria kromě nízké hodnoty BMI (Kocourková et al., 2013). Studie z roku 2022 upozornila na skutečnost, že problémy v diagnostice MA způsobovalo hodnocení přítomnosti ztráty menstruace jakožto hlavního kritéria. U pacientek, které trpěly atypickou anorexií, totiž nemusí být amenorea přítomna. Tyto dívky menstruaci měly, ale ostatní body pro diagnostiku splňovaly. V důsledku těchto skutečností byla amenorea z podmínek pro stanovení diagnózy z DSM-5 manuálu vyřazena. Nyní je uznávána spíše jako fyziologická reakce na úbytek hmotnosti, než hlavní psychologický aspekt tohoto stavu (Saldanha & Fisher, 2022). Pro diagnostiku

¹ *Anorexia nervosa* = mentální anorexie

onemocnění se využívají mezinárodně uznávané modely MKN-10² nebo DSM -5³. MKN-10, který vyžaduje splnění všech kritérií, není pro stanovování diagnózy u dětských pacientů příliš vhodný. Tento způsob se nedoporučuje proto, že jedno z kritérií je právě ztráta menstruace. Stupnice DSM - 5 je variabilnější a umožňuje diagnostiku dle následujících kritérií: Znepokojení s vlastní tělesnou hmotností či tvarem těla, sebehodnocení ovlivněné tělesnou hmotností, neuznávání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Dalším kritériem je intenzivní strach z tloustnutí a k tomu doplňující chování, které přibývání na váze brání. Například se může jednat o snižování kalorického příjmu vyprovokovaným zvracením, nadměrným cvičením nebo zneužíváním projímadel. Dalším důležitým předmětem klasifikace je omezení příjmu energie vzhledem k potřebám. To vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti v kontextu věku, pohlaví, vývojové trajektorie a fyzického zdraví (APA,2022). U části pacientů jsou extrémní diety doprovázeny nadměrnou pohybovou aktivitou, která kompenzuje i malé množství jídla, které je v průběhu dne přijato (National Eating Disorders Association [NEDA], 2022). Důsledky nemoci se manifestují v jejích prvních stádiích zejména na psychice pacienta. U dívek a chlapců se změny mohou projevit například úzkostí, únavou, samotářstvím a zhoršenou schopností koncentrace. Fyzické symptomy se dostávají až po delší době nedostatečného příjmu potravy. Jedná se například o zvýšenou lámavost vlasů a nehtů, suchou kůži, svalovou slabost, stresové zlomeniny způsobené neustálým cvičením, pocity chladu, pálení žáhy a reflux. Reflux se objevuje v případech, kdy adolescenti používají vyvolávané zvracení jako kompenzační metodu ke snížení váhy (APA, 2023). MA je onemocnění projevující nejčastěji v období mezi pubertou a ranou dospělostí, tj. ve věku 12-21 let. Přesto se tato porucha příjmu potravy může rozvinout také u starších pacientů, i když u osob nad 40 let je výskyt vzácnější (van Eeden et al., 2018). Stále ale platí, že nejvíce ohroženou skupinou jsou dospívající. V adolescentním věku se nemoc projevuje i v sexuálním životě, například ztrátou sexuálního zájmu a u chlapců impotencí. Vzhledem k charakteru onemocnění se nemoc nemusí vždy odhalit v jejích počátcích, což zvyšuje riziko komplikací a oddaluje začátek léčby. I kvůli této skutečnosti je anorexie choroba s nejvyšší úmrtností ze všech psychiatrických diagnóz (Auger et al., 2021). Až 10 % osob s anorexií zemře přibližně do 10 let od onemocnění a až 20 % zemře po 20 letech. K úmrtí dochází nejčastěji

² MKN-10 = 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

³ DSM-5 = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání

v důsledku srdečních problémů, endokrinní poruchy, gastrointestinálního onemocnění, refeeding syndromu nebo sebevraždy (van Eeden et al., 2018).

2.1 Rizikové faktory vzniku onemocnění

Vzhledem k velkému počtu okolností, které mají vliv na rozvoj nemoci, se MA řadí mezi multifaktoriální onemocnění. V odborném článku časopisu pediatrie pro praxi Mgr. Slezáková a Ing. Ševčíková uvádějí, že „*Multidisciplinarita znamená úzkou, funkční spolupráci a aktivní participaci všech těch, kteří svou profesí či blízkostí k osobě s poruchou příjmu potravy či jinou duševní obtíží jsou pro něj užiteční a důležití, všichni společně hledají cesty k řešení a řídí se společnými zásadami*“ (2021, e38 – e39). Na vzniku choroby se většinou spolupodílí více rizikových činitelů, které pravděpodobnost výskytu MA u daného jedince zvyšují (Kocourková & Koutek, 2018). Rizikové faktory pro vznik MA dělíme na biologické, psychologické a sociální. Biologické faktory představují genetické predispozice, kdy se PPP vyskytla u blízkého příbuzného, např. u rodiče nebo prarodiče. Právě tyto faktory se na vzniku MA podílejí až z 50-90 % (Hosák et al., 2015). Holandská studie z roku 2019 zkoumala, jaký dopad má onemocnění PPP u matek na jejich potomstvo. Kohortu matek a jejich dětí tvořilo 4 851 zástupců. Ze všech zúčastněných matek mělo 8,6 % v anamnéze PPP a 2,5 % MA. Pro hodnocení stravování u dětí byl využit dotazník Child Eating Behaviour Questionnaire (Dotazník o stravovacím chování dětí), který se skládá z osmi škál. Studie byla zaměřena především na subškály: emoční nedojídání, emoční přejídání a škála hodnotící reaktivitu dítěte na jídlo. Výsledky ukázaly, že potomci matek s diagnózou PPP v anamnéze, měli průměrné skóre na škále emočního stravovacího chování dětí 11,0 pro emoční podjídání a 5,8 pro emoční přejídání. Toto zjištění může odrážet vliv PPP u matek na rozvoj neuspořádaných stravovacích návyků jejich potomků (de Barse et al. 2015). Podobně se v rodinách mohou vyskytovat problémy jako úzkost, deprese, sociální fobie, OCD⁴, u nichž bylo rovněž zjištěno, že zvyšují pravděpodobnost vzniku PPP. Řadí se sem i dlouhodobá negativní energetická bilance, tedy nedostatečný příjem energie a držení diet nebo problémy s krmením v dětství. Mezi psychosociální faktory, které mohou být společné i pro další duševní poruchy spadá věk, pohlaví a etnicita. Dále pak osobnostní rysy, kterými jsou např. impulzivita, perfekcionismus a s ním související nespokojenost s postavou (Hosák et al., 2015). Dalším negativním faktorem je i striktní výchova spojená s nedostatečnou volností v dětství a dospívání nebo vliv negativních

⁴ Obsessive compulsive disorder – Obsedantně kompulzivní porucha

postojů členů rodiny související se vzhledem. S tím je spojen i dopad traumatizujících či nepříznivých životních událostí (sexuální zneužívání, šikana, separace od rodiče v dětství) a riziková povolání nebo zájmové aktivity (balet, vrcholové sporty, modeling, a tak dále) (S. Q. Lie et al., 2021). Na vzniku se podílejí i poruchy fungování mozku, zejména oblastí souvisejících s odměňováním a seberegulací (Frank et al., 2019). Jak bylo již zmíněno výše, rizikovým faktorem může být i věk, s tím, že se MA vyskytuje nejčastěji u adolescentů. Jedná se o citlivé období, protože zde dochází k mnoha změnám, kterými si tělo během puberty prochází, a mladiství se s nimi musí vyrovnat. Skupina adolescentů, tedy 12-21 let, je zejména v pubertálním období citlivější na kritiku. Stanoviska či náhodné poznámky od vrstevníků či rodiny týkající se váhy a tvaru těla, tedy vzhledu, mohou odstartovat kaskádu dějů směřujících k poruše příjmu potravy (Krch, 2016). Dalším činitelem, který způsobuje nátlak a s ním zvýšené riziko projevu onemocnění, je sociální sféra. Zejména v současné době má tento faktor značný vliv na sebepojetí a přijetí našeho těla. V dospívání je přijetí měnícího se těla problematické a adolescent pod vlivem sociálních sítí může sklouznout k patologickému vnímání postavy. Španělská studie z roku 2021 přikládá důraz skutečnosti, že vliv sociálních sítí má dopad na zdraví a může hrát důležitou roli při vzniku určitých onemocnění, jako je anorexie, mentální bulimie nebo záchvatovité přejídání. MA a ostatní typy PPP představují třetí nejčastější onemocnění mezi dospívající populací. Riziko vzniku se odhaduje na 4-12 %. Prevalence MA u žen je 0,2 %-1 % (Corral-Liria et al., 2021). Muži představují 25 % osob s mentální anorexií a jsou vystaveni vyššímu riziku úmrtí. Důvodem je pozdní diagnostika, která komplikuje včasný záchyt onemocnění a následné zajištění adekvátní léčby. (Mond et al., 2014). Problém diagnostiky MA u chlapců zvyšuje historické stigma, které prohlašuje, že péče o tělesný vzhled a onemocnění MA je výhradně ženskou záležitostí. Jedná se o androcentrický a genderově zaujatý pohled (Corral-Liria et al., 2021). Zvyšující se čísla onemocnění v chlapecké kategorii mohou souviset s rostoucím společenským tlakem (Pugnerová & Kvintová, 2013). Dále se ukazuje, že vliv na zvýšený výskyt MA měla i pandemie Covid-19. Dle dostupných informací z kanadské studie bylo zjištěno, že během pandemie Covid-19 a po ní počet pacientů s mentální anorexií vzrostl. Data byla sbírána v Quebecu od roku 2006 až 2021, zahrnovala i první a část druhé vlny pandemie. Celkový počet hospitalizovaných dětí s PPP ve věku 10-19 let byl 8 156, přičemž největší procentuální zastoupení měla právě mentální anorexie. Před pandemií se jednalo o 57 % hospitalizovaných s MA. V průběhu první vlny tvořil tento soubor 60 % a v druhé vlně celkem 51 %. Skupiny, u kterých došlo k největšímu nárůstu

hospitalizací během pandemie, byly dospívající ženy věku 15-19 let (Auger et al., 2023). Potvrzují to i další prameny. Například ze studie, prováděné rovněž na území Kanady, kde skupinu zkoumaných dětí tvořilo 1 883 pacientů, kteří byli během první vlny Covid-19 hospitalizováni v prostředí terciární péče. Měsíční případy nově vzniklé mentální anorexie nebo atypické mentální anorexie⁵ se zde zvýšily o více než 60 %. Počet hospitalizací se za jeden měsíc ve srovnání s mírou hospitalizovaných dětí před pandemií téměř ztrojnásobil (Agostino et al., 2021). Po druhé vlně Covid-19 bylo zjištěno, že u dívek ve věku 10-14 let byla nutnost hospitalizace dvakrát častější než u dívek stejného věku před pandemií. U chlapců ve věku 10-14 let se počet hospitalizací během první i druhé vlny zvýšil z 0,7 na 1,6 na 10 000 hospitalizovaných dětí. Protože pandemie zřejmě zvýšila podíl pacientů s poruchami příjmu potravy, měly by být posíleny preventivní a podpurné programy zejména u dětí ve věku 10 až 14 let (Auger et al., 2023).

2.2 Cíle a formy léčby mentální anorexie

Cílem léčby u MA je znovu-navození normálních stravovacích návyků a navrácení tělesné hmotnosti, která odpovídá tělesným proporcím nemocného. V průběhu léčby by měl být přítomen kontinuální přírůstek na váze 0,5 kg-1 kg za týden do doby, než bude dosaženo cílové hmotnosti (Tomáš & Marková, 2014). Parametr cílové hmotnosti byl přijat jako optimální cíl na základě zpráv o vysoké pravděpodobnosti opakované hospitalizace u jedinců s MA, kteří jsou propuštěni z lůžkových oddělení před jejím dosažením (Fennig et al., 2017). Existuje více metod, které stanovují cílovou váhu pacienta. Například pomocí naměřené aktuální hmotnosti a hmotnosti, kterou by pacient měl mít dle percentilových grafů. Alternativou je metoda pomocí historie percentilu BMI dospívajícího naměřeného v průběhu jeho vývoje. Alternativní metoda má tu výhodu, že se opírá o několik měření a může zohlednit poruchy růstu spojené s dopadem MA a individuální rozdíly v BMI (Herpertz-Dahlmann, 2021). Dosažení cílové hmotnosti je klíčovou složkou hospitalizace. Děje se tak prostřednictvím pravidelného jídelníčku, na jehož dodržování v nemocnici dohlíží dětské sestry. Jak pacienti, tak specializované či dětské sestry považují tuto podporu během stolování za zásadní ošetrovatelskou intervenci v první fázi léčby. Fyzická přítomnost sester během jídla spolu se skupinou vrstevníků poskytuje podporu nemocným a pomáhá s vyrovnáváním se s porcí, kterou musí za daný časový usek pacienti sníst. Zároveň s tím se pacienti znovu učí jíst před ostatními a dochází tak k obnově sociálních dovedností,

⁵ Atypická mentální anorexie = Obecně lze tvrdit, že se jedná o případy, kdy pacienti splňují všechna kritéria MA s výjimkou nízké tělesné hmotnosti.

kteře byly nemocí potlačeny (Baukers et al., 2015). Během hospitalizace mají pacienti tři jídla denně (snídaně, oběd, večeře) a čtyři svačiny v souladu s pokyny Americké dietetické asociace (Fennig et al., 2015). Velmi nízká tělesná hmotnost a strach z přibývání na váze jsou klíčovými rysy s možnými vážnými důsledky pro kardiovaskulární systém, mozek, endokrinní systém, hustotu kostní tkáně a lineární růst. Proto je jedním z hlavních cílů léčby u dětí a dospívajících pacientů s MA obnovení příjmu potravy (Pientka et al., 2018). Součástí léčebného procesu je rovněž psychoterapie a edukace pacienta včetně jeho rodiny. Psychoterapii je vhodné naplánovat ve chvíli, kdy pacient dosáhne určitého přírůstku na váze a je ochotný spolupracovat. Nízká hmotnost má záporný vliv na efektivitu psychoterapie, protože snižuje kognitivní schopnosti nemocného (Krch & Švédová, 2013). V některých případech pacient užívá antidepresiva pro snížení pocitu úzkosti a lepší vyrovnávání se s přibývajících kilogramy. Pro úspěšnou léčbu je třeba, aby se o pacienta staral multidisciplinární tým, složený z lékaře psychiatra, dětské sestry, psychologa a nutričního terapeuta (Starostková, 2015). U děvčat je důležitá spolupráce s gynekologem a endokrinologem. Dlouhodobá malnutrice negativně ovlivňuje hormonální rovnováhu nemocného a způsobuje sekundární amenoreu a další potíže popsané v předešlé části této práce (Saldanha & Fisher, 2022). Možnosti léčby zahrnují ambulantní, ústavní nebo denní/stacionární péči. Případy odhalené včas je možno řešit cestou primární péče, tedy ambulantně. Nemocný dochází na pravidelné kontroly k pediatrovi, kde jej dětská sestra váží a kontroluje fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace, dýchání, tělesná teplota). Četnost jednotlivých návštěv je individuální. Záleží na aktuálním stavu pacienta a domluvě s rodiči, nejméně by však měli docházet jednou týdně (Hosák et al., 2015). NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu), anglická organizace, doporučuje pro ambulantní léčbu kombinaci s tzv. službou ECHO (Experienced Carers Helping Others). ECHO je intervence, která klade za cíl vytvořit vzdělávací síť poskytovatelů v oblasti medicíny, výživy, duševního zdraví a dalších oborů, a zlepšit tak péči i výsledky u lidí postižených PPP. Prostřednictvím didaktických vzdělávacích setkání a konfrontací s konkrétními případy, získají účastníci znalosti pro lepší péči o pacienty. Dalším efektem má být i snížení množství pacientů, které je nutno odesílat ke specialistům (Tantillo et al., 2019). Psychologická terapie a psychiatrická dispenzarizace hraje zásadní roli v primární péči a je podmínkou pro její úspěšnou realizaci. Další možnou variantou péče je denní stacionář specializující se na mentální anorexii a další PPP. Podmínkou pro přijetí je BMI nad 16 a doporučení od ošetřujícího lékaře, pediatra,

psychiatra nebo psychologa (Starostková, 2015). Do stacionáře docházejí pacienti denně v průběhu pracovního týdne od 8:00 do 15:00 hodin a po skončení se vracejí domů. Výhodou této formy péče je, že pacient není vytržen ze svého přirozeného prostředí, jako tomu je v případě hospitalizace na lůžkovém oddělení. Možnost denního stacionáře mohou využít i pacienti propuštění z lůžkového oddělení. Lékaři to doporučují z mnoha důvodů. Pomalejší návrat do běžného života není pro pacienty tolik stresující a může snížit riziko relapsu onemocnění. V České republice je denní stacionář například v Praze pod vedením Psychiatrické kliniky Veřejné fakultní nemocnice (Fišar, 2022). V případech, kdy pacient odmítá léčbu a nespolupracuje s lékaři ani rodiči, je nutná hospitalizace na lůžkovém oddělení. Pro pediatrické pacienty jsou v ČR zřízena oddělení na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol a Fakultní nemocnice Bohunice, samostatné pedopsychiatrické oddělení je ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze. Případně je možná hospitalizace na dětských odděleních v psychiatrických nemocnicích a léčebnách pro dospělé, například Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Psychiatrická nemocnice Kroměříž, Psychiatrická nemocnice Liberec a další. Pacienti v bezprostředním ohrožení života jsou přijímáni na jednotkách intenzivní péče (Tomáš & Marková, 2014). Denní režim v léčebně je složen z terapeutických aktivit, které mají za úkol podporovat pacienta v léčbě. Zahrnuje kombinaci režimové terapie (denní a jídelní režim), psychofarmakoterapie, pracovní terapie, individuální a skupinové terapie. Terapeutický tým v nemocnici je veden psychiatrickým lékařem (Starostková, 2015). Podle dat dostupných na webu ÚZIS bylo v roce 2017 v ČR hospitalizováno 454 pacientů s diagnózou PPP, což je o 115 pacientů více než při posledním průzkumu z roku 2011. Téměř 65 % hospitalizací bylo pro diagnózu MA. V rámci ambulantní péče bylo léčeno celkem 3 731 pacientů, z toho bylo 90 % žen. Z celkového počtu pacientů tvořilo 37 % těch, kterým byla PPP diagnostikována poprvé. Podle věku bylo téměř 12 % z celkového počtu pacientů ve věku 0-14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % starších 20 let (2018). Dalším tématem diskutovaným v rámci problematiky onemocnění MA a celkově PPP je hospitalizace neboli lůžková péče a ambulantní forma péče. Pokud lékař nazná, že stav dítěte či adolescenta je vážný a dítě/adolescent není schopný racionálního úsudku, je možná nedobrovolná hospitalizace se souhlasem zákonného zástupce (Šimůnková, 2021). Německá studie z roku 2015 zkoumala, zda je efektivnější denní léčba (day patient treatment), nebo lůžková péče (in-patient treatment). Zúčastnilo se jí celkem 660 pacientů. Léčba byla náhodně přidělena 172 pacientům, z nichž 87 adolescentů podstoupilo denní léčbu a 85 lůžkovou péči. Výsledky ukázaly, že denní léčba

u pacientů s nechronickou MA, nebyla méně účinná než ve druhé skupině. Obnovení a udržení hmotnosti během prvního roku po přijetí bylo v obou kohortách srovnatelné. Závěrem studie bylo stanovisko prezentující fakt, že denní léčba MA může být bezpečnou a méně nákladnou alternativou (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). V izraelské studii z roku 2015, do které bylo zapojeno 41 pacientek a 3 pacienti ve věku 11,8 – 18,8 let, bylo zjištěno, že i když adolescenti dosáhli v 70 % případech své cílové hmotnosti (u 25 % pacientů 90 % cílové hmotnosti), nedošlo k žádným významným změnám v anorektických myšlenkách (nespokojenost s tělem a touha po štíhlosti). Zbylých 5 % byli pacienti, kteří ze studie vystoupili na začátku léčby. Například úroveň úzkosti se v průběhu času významně nezměnila (Fennig et al., 2015). Pokud není zabezpečena péče o obě složky (psychická i fyzická) existuje riziko vzniku takzvaného „pseudouzdravení“, kdy dojde k fyzickému zotavení, ale s nezměněnými psychickými složkami MA, což zvyšuje nebezpečí a vysvětluje značný výskyt relapsu po propuštění z nemocničního zařízení (Sibeoni et al. 2017). Potvrzuje to skutečnost, že ústavní léčba MA u adolescentů, v některých případech, významně nemění základní anorektické myšlenky a vnímání vlastního těla. Změny v základních přesvědčeních mohou být zásadní pro zotavení a prevenci relapsu mentální anorexie v tomto kritickém věku (Fennig et al., 2015). Další studie z Rakouska publikována roku 2021 na podobné téma, sledovala kohortu 126 dospívajících žen s MA ve věkovém rozmezí 11–17 let, a to od přijetí až do propouštění, přičemž průměrná délka pobytu pacientek byla 77 dní. K hodnocení využívaly manuál DSM-5 spolu s údaji z klinických rozhovorů a self-reports (sebehodnocení). Výsledkem byl menší strach a nižší míra omezování se v jídle. Nižší účinky léčby byly zaznamenány v oblasti hodnocení míry obav o tvar těla a snahu o hubenost. Při propuštění vykazovalo 23,2 % pacientů plnou remisi z MA, 31,3 % částečnou remisi a 45,5 % žádnou remisi podle kritérií DSM-5. Vyšší změna BMI byla ovlivněna i další faktory. Jednalo se například o delší dobu hospitalizace či skutečnost, zda pacient žil s oběma rodiči nebo jestli užíval antipsychotickou medikaci. Studie uvedla, že koncept lůžkové léčby se zaměřuje zejména na somatickou stabilizaci, nutriční rehabilitaci a změny stravovacího chování. Reflektuje to důvody, proč došlo k nízkému snížení anorektických myšlenek u pacientů. Terapeutické procesy zaměřené na tělesný obraz a faktory temperamentu dle studie začínají až později v průběhu hospitalizace a nabývají na intenzitě během následné ambulantní léčby (Mairhofer et al., 2021). Stále platí, že obnova hmotnosti u MA je velmi důležitá, ale orientování se jen na fyzické příznaky MA není dostačující a je zapotřebí i specifitější psychoterapie

se zaměřením na osobnostní rysy dotyčného. Příkladem je perfekcionismus a interpersonální nedůvěra, stejně jako komorbidní příznaky deprese, úzkosti, častý je i výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy nebo zneužívání návykových látek (Quadflieg et al., 2023). Mnoho zdravotnických zařízení, která poskytují léčbu dospívajícím s poruchami příjmu potravy, má institucionální směrnice pro konzistentní péči. Například cíle hospitalizace v bostonské dětské nemocnici Boston Children's Hospital (BCH) zahrnují nárůst hmotnosti a stabilizaci výživy, stabilizaci vitálních funkcí a elektrolytů, psychiatrické konzultace a výchovu rodičů. Ošetřovatelská schémata a protokoly poskytují jasné pokyny a zajišťují konzistenci ošetřovatelské péče. Součástí komplexního hodnocení je fyzické a psychiatrické vyšetření. Dětské sestry hodnotí stravovací návyky pacienta a tělesnou spokojenost, hodnotí příjem potravy, kolísání hmotnosti, tělesný obraz a cvičení. Dotazník SCOFF (Sick, Control, One Stone, Fat, Food – Nemoc, Kontrola, Jeden kámen, Tloušťka, Jídlo)⁶ používá sérii pěti otázek ke změření rizika pacientů pro poruchy příjmu potravy, jako je MA (Peterson & Fuller, 2019). „S – Dělá se Vám špatně, protože se cítíš nepříjemně sytý?“ „C – Bojíte se, že jste ztratili kontrolu nad tím, kolik sníte?“ „O – Zhubli jste v poslední době více než jeden kámen⁷ (6,35 kg) za tři měsíce?“ „F – Myslíte si, že jste tlustí, když ostatní říkají, že jste příliš hubení?“ „F – Řekl byste, že jídlo ovládá váš život?“. Odpověď „ano“ na dvě nebo více otázek vyžaduje další dotazování a komplexnější hodnocení (Botella et al., 2013). Navzdory rozsáhlému výzkumu v této oblasti stále převládá vysoká míra nerespektování a potíže s dodržováním specializované léčby. Houževnatost, s jakou lidé s anorexií odolávají terapeutickým strategiím, může souviset s neschopností rozpoznat poruchu příjmu potravy jako problém, protože restriktivní stravovací návyky jedince lze vnímat jako životní styl (Maia et al., 2023).

⁶ SCOFF= Zkratka popisující pět klíčových screeningových otázek pro PPP, které lze vyvolat pomocí mnemotechnické pomůcky “.

⁷ „Kámen“ neboli „stone“ je britská imperiální jednotka hmotnosti

3 Ošetrovatelská péče o pacienta s mentální anorexií

V České republice se ošetrovatelské postupy v péči o nezletilého pacienta odvíjí od vyspělosti dítěte a jeho aktuálního zdravotního stavu. Důležité je neslibovat pacientům návrat ke konkrétní postavě, „ideální postavě“, ale zdůrazňovat, že léčba je dovede zpět do reálného světa, kde „ideální postava“ neexistuje. Při konfrontaci pacienta s tématem „ideální váha“ a celkový tělesný vzhled, bývá užitečné nechat dospívající sebe sama nakreslit. Mnozí pacienti mají v důsledku nemoci problém své vjemy verbalizovat a komunikace na téma postava je pro ně nepříjemná (Krch & Švédová, 2013). Většina mladých dívek trpí nespokojeností se svou postavou či hmotností. Proto je důležité brát v potaz tento faktor a při léčbě pacientům vysvětlovat, že každý má takovou postavu/hmotnost, která je pro něho samého ideální. *„Očekávání, že změně nevhodných návyků předchází cíleně modifikovaná změna vnitřních pocitů, může být nebezpečným terapeutickým mýtem.“* (František Krch, 2016, e12). Přijetí pacienta do specializovaného lůžkového zařízení zahrnuje odebrání podrobné anamnézy nejen lékařské, ale i ošetrovatelské. Při fyzikálním vyšetření pacientů s MA by sestry měly sledovat fyziologické funkce. Běžně se může vyskytovat hypotenze, bradykardie, hypotermie a může docházet i k ortostatickým kolapsům. Dále by mělo následovat vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření, funkce ledvin, jater a štítné žlázy, EKG, přesné údaje o váze, výšce a výpočet BMI (Peterson & Kathleen, 2019). Lékař, dětská či všeobecná sestra a posléze především nutriční specialista vyhodnocují informace o jídelníčku pacienta. Během příjmu si dětská sestra dítě či mladistvého prohlédne. Soustředí se zejména na kůži, kde kontroluje, zda se na ní nevyskytují řezné rány nebo popáleniny, případně zapíše, na kterých místech se traumatizované místo nachází, a následně zjistí hmotnost a výšku pacienta (Kocourková et al., 2014). V průběhu přijetí probíhá rovněž poučení pacienta a rodiny o tom, jaká jsou na oddělení pravidla a informování rodiče o návštěvním řádu. Na konci se stanoví takzvaný terapeutický plán, který může být v průběhu léčby upravován v závislosti na vývoji zdravotního stavu pacienta (Tomáš & Marková, 2014). Dětské sestry poskytují dětem a adolescentům v léčbě trvalý dohled a autoritativní přístup. Autoritu využívají zejména ve chvílích, kdy dospívajícího povzbuzují k předepsanému stravovacímu a pohybovému režimu. V případě, že dospívající nespolupracuje a je ohroženo jeho zdraví, může být od dětských sester vyžadováno, aby uplatnily svou autoritu tím, že poskytnou péči, s níž pacient nemusí nutně souhlasit – například při podávání umělé výživy prostřednictvím nazogastrické sondy. V ústavní péči o duševní zdraví dětí a dospívajících je projevení nesouhlasu s poskytovanou péčí časté.

Dětské sestry mohou být samy vystaveny pocitu viny, frustrace a morální úzkosti, protože vnímají nekonzistenci mezi svými klinickými povinnostmi a svými vlastními osobními morálními standardy (Zugai et al. 2018). Lůžková péče u osob s anorexií zahrnuje dobře vybalancovanou rovnováhu interpersonální péče, stejně jako schopnost autoritativních zásahů. Role a kompetence sester musí být nově definovány a vyjasněny, aby nedocházelo k překrývání s výkony jiných odborníků, a je třeba stanovit pole působnosti každého z nich (Corral-Liria et al., 2021). Ošetřovatelská péče, která zahrnuje neodsouhlasené úkony nebo sílu, omezující autonomii pacienta, je často označována jako nátlak. V ošetřovatelství definujeme nátlak v oblasti duševního zdraví jako jakékoli použití autority k převážení rozhodnutí druhého. Dětské sestry využívají své autority na základě předpokladu, že tak činí v konečném důsledku v celkovém nejlepším zájmu osoby, o kterou pečují (Zugai et al. 2018). Nedílnou součástí je motivace pacienta k léčbě. Tento faktor je u pacientů nezbytné prozkoumat a dokázat zachytit v rané fázi, abychom jej v něm mohli podporovat v průběhu celého ošetřovatelského i léčebného procesu. Pomáhá pacientům udržet si pozitivní postoj ke změně na cestě k uzdravení (Salzmann-Erikson & Dahlé, 2017). Dětská sestra by měla správně vyhodnotit, jakou formu ošetřovatelské péče bude poskytovat s důrazem na individualitu každého pacienta. Řešením je, dle informací z odborné literatury, „otevřený přístup“. Nemocný je informován o aktuálním zdravotním stavu s tím, že mu lékař nastíní i variantu, co by se stalo, když by se vrátil k předchozím praktikám (restrikce, zvracení). Samotné „strašení“ obtížemi bez vysvětlení souvislostí většinou nejsou dostačující (Krch & Švédová, 2013). Během pobytu na psychiatrii si pacienti vedou deníky, do kterých zaznamenávají své pocity, zážitky, obavy týkající se pobytu a léčby v zařízení. Deníky mohou sloužit jako pomocník pro dětské sestry, aby pomocí něj mohly zachytit obavy a motivace pacientů a následně tak uzpůsobit ošetřovatelské cíle a poskytnout pacientům zpětnou vazbu (Tomáš & Marková, 2014). Mezi kompetence dětské sestry spadá hodnocení fyzického stavu a příjmu potravy, kolísání hmotnosti, tělesný obraz a cvičení. V návaznosti na učení pacientů tomu, jak dodržovat výživová doporučení a jak nahradit anorektické stravovací návyky těmi normálními (Peterson & Fuller, 2019). V rámci lůžkové péče by dětské sestry měly poskytovat především soucitnou a empatickou péči a podporovat dospívající při řešení nepříjemného úkolu, kterým je přibývání na váze. V první fázi ošetřovatelského procesu, tedy posouzení, dětské sestry zjistí tělesnou hmotnost podle grafu hmotnostně výškový poměr. Přesné změření hmotnosti je prvním krokem v počátečním hodnocení. Hmotnost se používá jako základ pro kalorické a nutriční požadavky. Dále hodnotí nutriční stav

pacienta. Informace o aktuálním nutričním stavu pacienta pomohou identifikovat problém a jeho závažnost. Vzhledem k tomu, že pacienti s MA nedostávají dostatek živin z potravy, je pravděpodobnost podvýživy extrémně vysoká, ne-li zcela jistá, vyjma případů atypické anorexie. Nutriční nerovnováhu lze vizualizovat pomocí laboratorních testů na elektrolyty, hladiny bílkovin, albumin a další. Poté dětská sestra odebere další část anamnézy týkající se stravovacích návyků pacienta. Pochopení stravovacího vzorce pacienta poskytne základní údaje a pomůže zdravotnickému personálu určit, jaké intervence mohou být užitečné v dosažení stanovených cílů, tedy minimální hmotnosti a denních nutričních požadavků (Wagner, 2023). Vzhledem k tomu, že se pacienti s anorexií obávají přibírání na váze, je dobré namísto poskytování informací o cílové hmotnosti, která ve většině případů může způsobit pocity zoufalství až deprese, informovat pacienta o váhovém přírůstku za týden (Peterson & Fuller, 2019). Důležité při zavádění stravovacího režimu je postupné navyšování, kdy dětské sestry poskytují menší jídla nebo svačiny. Opětovné zavedení normální stravy je složité, protože její rychlé navýšení může způsobit dilataci žaludku, zvláště po dlouhé době intenzivních diet (Wagner, 2023). V některých případech, například u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče, je třeba podávání parenterální či enterální výživy. Stále je ale na prvním místě obnovení stravy klasickým způsobem, tedy ústy. Parenterální výživa bez závažné indikace nebo její špatné nastavení, může u pacientů způsobit elektrolytový rozvrat (O'Connor et al., 2016). Nutriční terapeut, který sestavuje stravu pro tyto pacienty, by měl mít dostatek informací o léčbě MA, aby mohl poskytnout co nejužitečnější a nezaujatou nutriční podporu. Dalším aspektem, který může pomoci, je umožnění pacientovi vybrat si, co bude jíst ze selektivního menu, které je vyvážené. V případě, že danou porci nechce sníst z důvodu velikosti, je možné nabídnout mu energeticky stejně hodnotný nutriční doplněk (Smith et al., 2016). Tímto způsobem má pacient pocit, že má situaci pod kontrolou, a zároveň mu pomáhá získat určitou důvěru v pečovatele/dětskou sestru (Vera, 2023). Poté co pacient začne lépe trávit a obnoví se fyziologické funkce včetně návratu menstruace u děvčat, zlepší se i energie a spánek. Přispěje to rovněž k psychické stabilitě dospívajícího, čímž vznikne prostor pro intenzivnější psychologické intervence. V případech MA se rodičům doporučuje, kromě individuální terapie, docházet i na rodinnou formu terapie či „vícerodinnou formu terapie“, která se dle kontrolních studií jeví jako účinnější. Jedná se o formu terapie, při které se setkává najednou více rodin s adolescentem, který trpí PPP. Nejčastěji bývá využívána právě u pacientů s MA. (Hosák et al., 2015). Terapie je důležitá i v průběhu léčby. S normalizací

jídelního chování se mohou u pacientů objevit úzkosti a stavy, kdy pacient vzdoruje dalšímu postupu v léčbě. Dětská sestra by v takovém případě měla užívat trpělivý a věcný postoj k nemocnému a podporovat ho pomocí dlouhodobých a udržitelných výsledků (Krch & Švédová, 2013). Péče o pacienty s mentální anorexií zahrnuje i kontrolu nemocného, zda u něj nedochází i k jiným symptomům, např. sebepoškozujícím praktikám. U nemocných s diagnózou MA či jinou poruchou příjmu potravy se právě sebepoškozování vyskytuje asi ve 30-40 % případů. Jde obvykle o vědomé a opakované pokusy si ublížit, bez přímé suicidální motivace. Toto chování se označuje jako syndrom záměrného sebepoškozování. Příkladem takového chování je například pořezání žiletkou, sprchování studenou vodou, pálení se, tvorba otlaků pomocí gumiček/pásků. V nemocničních zařízeních jsou proto pacientům při příjmu do zařízení odebrány předměty, které by mohly nemocnému toto chování usnadnit (Kocourková et al., 2014). Studie publikovaná roku 2021 ze Spojeného království zkoumala, kolik procent pacientů trpících MA se zároveň i sebepoškozuje. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno sebepoškozování spolu s MA či jinou PPP u 63,7 % žen a 32,7 % mužů ve věku 16-24 let. Zkoumaná skupina se skládala z 5 710 jedinců (3 384 žen, 2 326 mužů). Dle této studie může být komorbidita mezi sebepoškozováním a narušeným stravováním způsobena sdílenými rizikovými faktory, které přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy i sebepoškozování (Warne et al., 2021). Potvrzuje to i Irsko – anglická studie z roku 2023, kde průzkum na vzorku 9 184 712 pacientů ve věku 10–24 let ukázal, že se výskyt PPP a sebepoškozování u dívek ve věku 13–16 let zvýšil o 42,4 % a o 32 % u dívek starých 17–19 let. Naproti tomu u chlapců byl, ve všech věkových skupinách, výskyt PPP a sebepoškozování nižší. Mezi chlapci byl pozorovaný výskyt PPP o 22,8 % nižší a u sebepoškozování o 11,5 % (Trafford et al., 2023). Pro porovnání z norské studie, publikované roku 2023 vyšlo, že nejvyšší výskyt PPP spolu se sebepoškozujícím chováním byl u adolescentů, kteří měli v anamnéze NSSI (Nonsuicidal Self-Injury, sebepoškozování bez sebevražedných úmyslů). Signifikantně vyšší výskyt PPP byl nalezen u žen, které uváděly, že se bily až do modřin, vážně se škrábaly a pálily zapalovačem (Reas, D. L. et al., 2023).

3.1 Vliv terapeutického vztahu a vzdělání dětských sester na péči o pediatrického pacienta s mentální anorexií

V psychiatrickém ošetřovatelství je vztah/aliance mezi dětskými sestrami a pacienty klíčový. Pro dosažení změny, která pomůže pacientovi překonat patologické návyky a obnovit kladný přístup k vlastní postavě, je důležité, aby si dětská sestra a pacient vytvořili vztah,

ve kterém si budou vzájemně důvěřovat a respektovat se (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Navzdory uznání důležitosti terapeutické aliance pro léčbu MA se zdravotníci potýkají s obtížemi při vytváření tohoto vztahu. Komplikací bývá skutečnost, že pacienti s MA bývají defenzivní, proto zpočátku není snadné kladný terapeutický vztah navázat, což u zdravotníků/sester vyvolává pocit frustrace, beznaděje a může ohrozit i míru empatie, která je při péči o pacienty s těmito diagnózami nezbytná (Maia et al., 2023). Obtíže při vytváření aliance s adolescenty s MA jsou často způsobeny rovněž silnou identifikací pacienta s nemocí a tím, že dlouhodobě nízký energetický příjem má vliv na jejich kognici. Pacienti se velice snadno fixují na patologické stravovací návyky a pocit hladu, který jim po čase setrvání v režimu nízkého příjmu potravy přináší uspokojení. Proto je součástí procesu zotavování se z MA překonávání těchto návyků. Adolescenti k léčbě často nastupují nedobrovolně, což zvyšuje její náročnost. (Westwood & Kendal, 2012). Hospitalizace bývá z větší míry nařízena od rodičů, ošetřujícího lékaře či psychiatra, nikoliv proto, že by se pacienti rozhodli vyhledat pomoc sami (Salzmann-Erikson & Dahlé, 2017). Studie z Taiwanu provedená na skupině deseti zdravotních sester ve věku od 27 do 40 let, navrhovala absolvování specifických školení, která by zdravotním sestřím pomohla vyrovnat se se zkušenostmi, které přináší péče o pacienty s MA. Například jak zvládnout emoce vyvolané pro ně traumatizujícím vzhledem a fyzickým stavem adolescentů s MA. Dále upozornila na komplikaci spojenou s lékaři, kteří používají nepřiměřených metod ve snaze pacienty zastrašit, což vede ke zhoršení vztahu sestra-pacient. Studie ukázala, že pacienti s MA jsou defenzivní a vykazují behaviorální a kognitivní rigiditu. Neustálá pozornost jejich stravě a hmotnosti během hospitalizace v kombinaci s povinnými léčebnými procedurami u nich může rychle vyvolat změny nálad. Pro ošetřující personál je tedy obtížné vytvořit si s nimi terapeutické vztahy (Wu & Chen, 2021). Aby bylo možné vytvořit kladné spojení mezi nemocným a zdravotníkem, musí dětské sestry věnovat pozornost psychickému/emocionálnímu stavu, a to včetně informací týkajících se fyzického rozpoložení, které pacient sestře hlásí. Je nutné brát tuto skutečnost v potaz i proto, že diagnóza MA může ovlivnit pacientovu schopnost racionálně posoudit signály, které mu tělo vysílá. Časté jsou symptomy týkající se fyzického nepohodlí, například bolesti břicha, hlavy, meteorismus a tak dále. Zdravotníci by se měli dokázat oprostit od pocitu ohromení z fyzického vzhledu mladistvých s MA a pokusit se přiblížit tomu, jak adolescenti nemoc prožívají (Sibeoni et al., 2017). Naslouchání a rozhovory o „normálních věcech“ jim mohou připomenout, že jejich životy nebyly vždy ovládány obavami z tělesné hmotnosti a sledováním stravování (Smith et. al.,

2016). Australská studie zabývající se pohledem pacientů na terapeutický vztah, který dětské sestry navazovaly s pacienty při poskytované akupunkturní a akupresurní intervenci v rámci dotazníkového šetření zjistila zajímavé poznatky. Celkem 26 pacientů ve věku od 15 do 20 let na konci zkoumání vyplnilo dotazníky zaměřující se i na témata empatie, důvěry, respektu a neodsuzující reakce. Ze souboru 26 pacientů odevzdali 18, přičemž 100 % z dotazovaných vypovědělo, že je pro ně důležitá empatie při poskytování intervencí, a 77 % potvrdilo, že je pro ně důležitý respekt a přijetí pečovateli. Silný terapeutický vztah, který byl navázán při poskytování akupunktury nebo akupresury pozorovaný v této studii, může poskytnout prospěšnou doplňkovou terapii pro hospitalizované pacienty s MA. Vzhledem k problémům při navazování vztahu mezi dětskými sestrami a pacienty s MA může být prospěšné přidat do lůžkového programu terapii, která není zaměřena přímo na prosazování změny ve stravovacích návycích (Fogarty et al., 2013). V oblasti ošetrovatelské péče o pediatrické pacienty se ukázalo, že specializace sester v péči o duševní zdraví, spolu s kladným vztahem mezi dětskou sestrou a pacientem představuje důležitou složku efektivní péče a má vliv na pozitivní výsledky u nemocných (Farrington et al., 2020). Dle informací ze studie provedené ve Švédsku by registrovaným sestrám⁸ v psychiatrickém ošetrovatelství mohla ulehčit práci předem stanovená struktura ošetrovatelských intervencí a léčebný program. Studie byla provedená na specializačním oddělení pro adolescenty a dospělé s PPP. Jednalo se o pět registrovaných sester, z nichž čtyři byly odborné sestry v psychiatrické péči, a dále šest pomocných sester (asistentek). Všechny účastnice měly speciální vzdělání v psychiatrické péči. Jedním z výsledků studie bylo, že předem stanovený plán ošetrovatelských intervencí pomáhá léčebnému programu. Zároveň snižuje míru úzkosti zdravotnického personálu a zvyšuje efektivitu poskytovaných intervencí. Zejména tehdy, když se dětská sestra s pacientem setká poprvé, anebo v situacích, kdy jsou pacienti ambivalentní nebo vykazují rezistentní přístup k léčbě (Davén et al., 2022). Dětské sestry pracující v psychiatrickém odvětví by se měly dále specializovat. Ve Velké Británii byl proveden průzkum zaměřený na vzdělání dětských sester v oblasti duševního zdraví. Kohortu tvořilo 45 studentů (17 pediatrického ošetrovatelství a 28 v oblasti duševního zdraví). Prostřednictvím vyplněných formulářů studenti hodnotili zkušenosti před a po workshopech zaměřených na vzdělání a práci s dětmi a dospívajícími s psychickými

⁸ Registrovaná sestra = Ve Švédsku se používá označení registrovaná sestra pro zdravotníky s bakalářským titulem, zatímco „asistentky“ studují ošetrovatelskou péči na středoškolské úrovni, ale nemají vysokoškolské vzdělání jako RN.

problémy. Pouze 12 % studentů pediatrického ošetrovatelství uvedlo, že se cítí sebevědomě, ve srovnání s 25 % studentů duševního zdraví. Po dni studia však 93 % z oblasti duševního zdraví uvedlo, že se cítí jistější ve svých znalostech; 7 % nehlásilo žádnou změnu. V konečném důsledku se většina studentů (obor duševní zdraví: 79 %; dětský obor: 76 %) domnívala, že jim studijní den pomohl k větší pohodě při práci s dospívajícími s duševními problémy (Lowe & Campbell, 2014). Vzdělávání budoucích dětských či všeobecných sester prověřovala irská studie z roku 2019. Výzkum byl proveden na skupině 38 studentek oboru duševního zdraví. Jednalo se vždy o studentky posledního ročníku bakalářského studia v oboru duševního zdraví se zkušenostmi s prací s jedním nebo více dospívajícími s PPP na lůžkovém oddělení dětí a dospívajících. Všechny účastnice uvedly, že jejich vzdělání jim usnadnilo pochopení PPP z fyzického a klasifikačního hlediska. Přesto se ale 100 % zúčastněných shodlo a vyjádřilo přání získat v této specializované oblasti další vzdělání, zejména ve sféře komunikačních dovedností a technik poskytování psychologické podpory dospívajícím. Účastnice věřily, že by jim tato skutečnost v klinické praxi mohla pomoci. Nevyrovnanost vzdělávacího systému podle nich vedla rovněž k nejednotnosti ošetrovatelské péče a následným problémům při navazování vztahů s pacienty v dětských lůžkových zařízeních (Farrington et al., 2020). V České republice je možné absolvovat specializační vzdělávací program Ošetrovatelská pediatrická péče v klinických oborech, kdy se jedná o specializující se vzdělání pro dětské sestry. Tento program není zaměřen jen na psychiatrickou problematiku, ale i ta je jeho součástí (Věstník 13/2020). Dále je možné vzdělání rozšířit i prostřednictvím vzdělávacího programu s názvem Ošetrovatelská péče v dětské a dorostové psychiatrii pro dětské sestry (Věstník 7/2020).

3.2 Ovlivnění léčby mentální anorexie rodinnými příslušníky

Do léčby mentální anorexie by měli být zapojeni i rodiče (Watson a Bulik, 2013). Prostřednictvím rodičů se děti lépe zapojí do léčby a jejich účast je tak v tomto kroku ošetrovatelského i léčebného procesu zásadní. Touto problematikou se zabývá i tzv. rodinná forma terapie (family-based-treatment, dále jen FBT). Pokud je pacient stabilní, tedy není v ohrožení života, většina odborníků upřednostňuje FBT před hospitalizací (Sheldon-Dean, 2023). V terapeutickém kontextu se předpokládá, že primárním mechanismem účinku u FBT je rodičovská spoluúčast na obnově hmotnosti. Zejména v rané fázi onemocnění je dle výsledků zkoumání zapojení rodičů pro rychlejší zotavení klíčové. Tvrzení podporuje i informace o tom, že na rozdíl od individuální terapie, která je využívána u dospělých pacientů, u FBT dochází

k vyšším procentům uzdravení a menší míře relapsů (Byrne et al., 2015). Podle doktorky Le Grande, která se specializuje v oblasti FBT terapie, je pro rodinu tato metoda sice velmi náročná, ale zvládnutelná. Silnou stránkou FBT je, že rodiče své děti milují. Do FBT by se měli v ideálním případě zapojit i sourozenci, což nemusí být vzhledem k rodinným okolnostem vždy možné. Pokud to ale situace umožňuje, mohou být právě sourozenci důležitým podpůrným systémem. Zejména mimo dobu jídla, kdy nemocnému poskytnou prostor pro odpočinek. Při FBT vede lékař rodiče nebo pečovatele k tomu, aby napodobili dvě hlavní složky ústavní léčby. První je empatie a následně vytvoření prostředí, které podobně jako při hospitalizaci, nepodporuje přístup nedostatečného příjmu potravy. Pokud FBT nefunguje nebo není proveditelná, jsou k dispozici i jiné způsoby léčby. Například rozšířená kognitivně-behaviorální terapie, zvaná CBT-E (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy), a terapie zaměřená na dospívající, zvaná AFT. Tyto formy terapií, ale nepomáhají dětem získat cílovou váhu zpět tak rychle jako FBT (Sheldon-Dean, 2023). Například australská studie z roku 2016 provedla na vzorku 107 pacientů v rozmezí 12-18 let porovnávání relativní účinnosti FBT a léčby zaměřené na rodiče (PFT, Parent-focused treatment). U PFT se terapeut schází pouze s rodiči, zatímco dětská sestra sleduje pacienta. Remise byla vyšší u PFT než u FBT v poměru 43 % ku 22 % (Le Grange et al., 2016). Walker et al. Ve studii z roku 2017 přezkoumali téma FBT a PFT, kde zahrnuly rovněž výsledky z předešlé studie. Zjištěním byla opět vyšší remise ve skupině s PFT na začátku léčby, ale při sledování po 6 a 12 měsících nebyly mezi oběma skupinami významné rozdíly. Ve studii z roku 2015, která byla provedena v prostředí specializovaného centra pro pediatrické pacienty s PPP v Nizozemsku odborníci uvedli, že rodiče doma často nad dítětem/adolescentem s MA ztráceli kontrolu a byli rádi, když jejich dítě snědlo i to nejmenší sousto jídla. Cítili se neschopní přesvědčit své dítě k návratu k normálnímu stravovacímu režimu. Tvrzení potvrzuje důvod, proč by měli být rodiče součástí léčby. Studie se zaměřovala především na intervence, které jsou nemocným poskytovány. Jde například o situace, kdy by se rodiče mohli spolu s ošetřovateli pokoušet přesvědčit a podpořit dítě při jídle. Do studie bylo zahrnuto osm zdravotníků, kteří byli během intervenování u pacientů natáčeni na video. Všichni zdravotníci měli vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo sociální práce. Zdravotníci zde fungovali jako vzor pro rodiče a ukazovali jim, jak postupovat a pomoci tak přimět nemocného k jídlu. Představili pacientovi a jeho rodičům pravidla stravování, například jak lidé manipulují s jídlem a rovněž upozornili na to, aby byla porce

zkonsumována v časově přijatelné době. Učili tak rodiče, jak znovu získat kontrolu nad stravovacími návyky svého dítěte (Beukers et al. 2015).

4 Prevence mentální anorexie

Prevence MA může být v boji proti této vážné poruše ve stravovacích návycích klíčovým prvkem. Prostřednictvím poskytovaných informací veřejnosti, včetně studentů, rodičů, učitelů a zdravotnických pracovníků, lze povědomí o příznacích a rizicích anorexie zvýšit. Jedná se o témata týkající se tělesného obrazu, sebepřijetí a zdravého stravování. Děti a mladí lidé tak mohou získat lepší přístup k vnímání vlastního těla a podpoře sebepřijetí. Lze se tak částečně vyhnout tlaku spojeným s nerealistickými standardy krásy, které se v současné na sociálních sítích době šíří. Důležitou součástí prevence je i ošetrovatelský personál, jako jsou dětské sestry (Burton, 2020). Právě ony, zde zastupují klíčovou roli proto, že poskytují podporu rodinám a vytvářejí prostředí, které podporuje zdravý vývoj dětí v oblasti stravovacích návyků a tělesného obrazu. V České republice mají dětské sestry kompetence edukovat rodiče o správném vývoji a stravovacích návycích u dětí a adolescentů. Zahrnuje to například podporu kojení a zdravého stravování již od raného věku (Vyhláška č. 158/2022 Sb., 2022). Dětské sestry usilují i o to, aby byla dítěti nabídnuta emocionální podpora a bezpečné prostředí pro vyjádření emocí. V Chorvatsku má dětská sestra v rámci svých kompetencí možnost poskytovat prevenci prostřednictvím přípravy zdravých jídelníčků pro školky, školy, nemocnice a další zařízení, kam jsou děti a dospívající umístěny. Cílem této prevence je naučit děti a další věkové skupiny se zdravě stravovat, seznámit je s obecnými výživovými doporučeními, poučit je o hlavních živinách ve stravě, které jsou nezbytné pro správné fungování lidského organismu (Sajko et al., 2015). Tyto intervence pomáhají dětem zvládat stres a tlak, bez používání nezdravých stravovacích nebo omezujících mechanismů, které by později mohly vést ke zvýšenému riziku výskytu MA (Davén et al., 2022). S tím souvisí i včasná identifikace případných problémů spojených s patologickým vnímáním vlastního těla nebo nedostatečným stravováním. Pro prevenci je klíčová mezioborová spolupráce dětských sester s psychology, psychiatry, výživovými poradci a dalšími odborníky. Platí, že prevence nebo včasná intervence může snížit závažnost a následky MA. V tomto kontextu je pro snížení nástupu poruchy zásadní, zaměřit se na faktory, které lze ovlivnit, jsou specifické, převládající a silné (Barakat et al., 2023). Podle kalifornské studie z roku 2023 mají vysokou prevalenci následující rizikové faktory: obavy z vysoké hmotnosti nebo nelichotivého tvaru těla, perfekcionismus, sekundární amenorea, podváha a nadměrné cvičení. Dětské sestry, zejména v primární péči, by se měly zaměřit na prevalenci rizikových faktorů a podle toho následně stanovit účinné preventivní intervence. Ty by se měly zaměřovat

na konkrétní rizikové faktory, například v rámci edukace pacienta a rodiny (Völker et al., 2023). V Austrálii byl vytvořen program s názvem Confident Body, Confident Child (CBCC). Zmíněný program je založený na důkazech a je primárně určený pro rodiče dětí ve věku 2-6 let. Vzdělává rodiče a poskytuje jim strategie, které jim umožní podporovat pozitivní vnímání těla a stravovací návyky u jejich dětí. Primární pediatriká péče tak poskytuje zdravotní kontroly zaměřené na sledování vývoje, které provádějí komunitní dětské sestry (CHN), ty jsou sdružovány v komunitních klinikách. Financují je státní a místní samosprávy pro děti od narození do školního věku. Každé dítě má přístup k nejméně pěti konzultacím (v 18 měsících, 2,5-3,5 letech a 4-5 letech). Výzkum ukázal, že zvyšování kvalifikace těchto dětských sester v oblasti šíření CBCC je pravděpodobně účinným, efektivním a udržitelným způsobem, jak investovat do podpory zdravého obrazu těla a stravovacích návyků a v konečném důsledku do prevence poruch příjmu potravy u malých dětí (Norton et al., 2020). Výuka a podpora zdravých stravovacích návyků, může pomoci zabránit rozvoji nebo zhoršení MA. Klíčovou roli rovněž hraje přijetí vyváženého stravovacího režimu. Přispívá ke snížení výskytu obezity, poskytuje ochranu před rozvojem diabetu a kardiovaskulárních onemocnění (Gkiouleka et al., 2022). Studie z Portugalska zkoumala důležitost výchovy ke zdraví poskytované zdravotními sestrami. Zúčastnilo se 311 zdravotních sester. Z celkového počtu dotazovaných sester 65,9 % považovalo důležitost praxe výchovy ke zdraví, ve srovnání s jinými ošetrovatelskými intervencemi, za stejně hodnotnou. Za důležitější než jiné ošetrovatelské intervence ji považovalo 19,6 % a 13,2 % ji považovalo za schopnou nahradit jiné ošetrovatelské intervence. Zbytek dotazovaných sester 0,6 % vypovědělo, že je méně důležitá než jiné ošetrovatelské intervence (Pereira et al. 2023). Ačkoli je ve většině států předškolní až středoškolská výchova ke zdraví povinná, neexistuje žádné formální hodnocení jako je tomu u jiných předmětů, např. matematiky a jazyků. V důsledku toho je výchova ke zdraví zařazena do učebních plánů jako dodatečná záležitost a není prioritou. Kromě toho téměř neexistují preventivní aktivity u dospělých s výjimkou programů zaměřených na vysokoškolské studenty. Nedostatečné vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče tento problém u dětí, dospívajících a dospělých ještě zhoršuje (Blackwell D. et al., 2021). WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) ve zprávě s názvem „Zdraví pro světovou mládež: Druhá šance ve druhé dekádě“ poukazuje na to, že celosvětově 80–90 % dospívajících nedodrží normy zdravého stravování (Núñez-Rocha et al., 2020). Zdravé stravování bylo v této studii považováno za nejdůležitější intervenci (61,4 %), které je třeba v rámci výchovy ke zdraví věnovat (Pereira et

al. 2023). Pro šíření osvěty je důležité zapojit do preventivních programů i osoby s životní zkušeností s PPP či jejich blízké, kteří se s nemocí konfrontovali. Například v organizaci Centrum Anabell, která nabízí pomoc a podporu osobám s PPP i jejich blízkým, pracují tzv. peer konzultanti. Jedná se o lidi, kteří si v minulosti prošli MA. Pro to abyste se mohli stát peer konzultantem musíte splnit tu podmínku, že jste plně zotaven s remisí trvající nejméně 2 roky. Díky vlastním prožitkům, tak mohou peer konzultanti poskytovat interpersonální podporu a vedení na základě podstoupeného školení a osobních zkušeností (Ranzenhofer et al., 2020). V České republice má již zmiňované Centrum Anabell založenou práci s klienty na několika principech. Jedná se o princip dialogismu, recovery⁹, resilience¹⁰ a zkompetentňování klientů (Slezáková & Ševčíková, 2021). Dále mohou podporu nabízet nezisková organizace 3pe, zahraniční Young Minds a česká aplikace Nepanikař. Nepanikař byla vytvořena v roce 2019 Veronikou Kamenskou. Jedná se o první českou mobilní aplikaci, která je volně dostupná na Google play či App Store, zdarma pomáhá a poskytuje rychlou psychologickou pomoc. Od roku 2020 nabízí i služby anonymního chatu a e-mailové poradny a od roku 2021 i formu online terapií. V současné době je tým Nepanikař tvořen více než sty dobrovolníky z oborů psychologie, sociální práce, ošetrovatelství a psychoterapie. Na webových stránkách aplikace je možné dohledat i rozsáhlou Mapu pomoci, která obsahuje přes tisíc kontaktů na psychology, psychoterapeuty, psychiatry, pedagogicko-psychologické poradny a krizová centra. Tým Nepanikař organizuje rovněž workshopy, kterými vzdělává veřejnost a navštěvuje školy, kde vystupuje s tématy duševního zdraví a přispívá tak k prevenci duševních onemocnění (Kamenská, 2019). Zabezpečení efektivního propojení mezi komunitní péčí a obecnými pediatrickými službami představuje klíčový prvek pro dosažení vyšší kontinuity péče, jež je poskytována jedincům trpícím anorexií. V prostředí akutní péče je rovněž nezbytné poskytovat mladým lidem a jejich rodinám relevantní informace a zdroje, které odpovídají jejich věkové skupině (Pehlivan et al., 2022). Neméně důležité jsou vědecké studie zaměřené na zkoumání pozitivních sociálních interakcí dětských sester v akutním pediatrickém nemocničním prostředí. Poskytují klíčové poznatky pro citlivější přístup k léčbě adolescentů s anorexií. Poznatky lze dále využít v oblasti pediatrického ošetrovatelství s cílem zdokonalit poskytování péče a podpory pro pacienty trpící MA (Sajko et

⁹ Recovery = zotavení ve smyslu toho, že pacient je oproštěn od anorektických myšlenek a je schopen vést normální život ve všech aspektech (bio-psycho-sociální sféra).

¹⁰ Schopnost pacienta odolávat například nepříznivým/stresujícím situacím a životním krizím.

al., 2015). V metaanalýze z roku 2021, která zkoumala vliv preventivních programů na snížení výskytu PPP, bylo identifikováno 15 studií, které zahrnovaly 5 080 účastníků s průměrným věkem 14-22 let. Bylo zjištěno, že modifikace životního stylu a programy prevence založené na disonanci (např. Body Project) snížily budoucí výskyt PPP až o 54-77 %. To naznačuje, že široké zavedení těchto preventivních programů by mohlo snížit prevalenci PPP v populaci (Stice et al., 2021). Další možností v rámci poskytované prevence, byly virtuální programy zaměřené na prevenci PPP. Programy byly původně zavedeny pro prevenci sebevražd, kde poskytovaly systematický přehled intervencí pro mládež prostřednictvím webu a mobilních zařízení. Díky tomu bylo zjištěno, že tyto intervence významně snižují rizikové faktory sebevraždy (sebevražedné myšlenky, deprese a beznaděj). Na podobném principu bylo zjištěno snížení rizika PPP u dětí, dospívajících a dospělých. Testovány byly různé programy virtuální prevence PPP, včetně programů Student Bodies a eBody Project, které významně snížily výskyt a symptomatologii onemocnění a kognici související s vnímáním obrazu vlastního těla a hmotnosti. Důležité bylo i zjištění, že pro mnoho účastníků bylo jednodušší o svých problémech hovořit na sociální platformě než problémy řešit osobním setkáním. Přesto je v této oblasti třeba dalších výzkumů zaměřených na intervence v oblasti prevence PPP u osob mladších 18 let, aby se u této populace vytvořily silnější závěry (Blackwell et al., 2021).

4.1 Význam a limitace dohledaných zdrojů

Bakalářská práce popisuje problematiku onemocnění mentální anorexie u dětí a dospívajících, na kterou nahlíží z perspektivy ošetrovatelské péče. Zaměřuje se na prozkoumání postupů v oblasti péče o duševní zdraví, jejich odlišnosti a případné rezervy v této oblasti. Rovněž zmiňuje důležitost vzdělávání dětských sester v psychiatrii, které může mít vliv na efektivitu a úspěšnost poskytovaných intervencí v nemocničních zařízeních (Lowe & Campbell, 2014 Farrington et al., 2020). V rámci poskytované péče řešily dohledané studie otázku, zda je pro dítě či adolescenta vhodnější lůžková péče nebo ambulantní forma léčby. Významné rozdíly mezi těmito přístupy, ale nebyly dosud prezentovány v důsledku nízkého počtu výzkumných šetření a malého vzorku pacientů. Studie, které se touto problematikou zabývaly ale uvedly, že způsob, jakým je léčba v nemocnicích vedena, výrazně neovlivnil psychickou stránku pacienta. Po propuštění u pacientů přetrvávaly anorektické myšlenky i přesto, že dosáhly cílové hmotnosti. Východiskem bylo usnesení, že je nutné dalších průzkumů, zaměřujících se především na identifikaci faktorů, které mohou předpovídat relaps a dlouhodobý úspěch léčby (Fennig et al.,

2015; Mairhofer, D. et al., 2021). Práce se rovněž dotýká prevence MA a toho, jak mohou dětské sestry přispět k lepší edukaci různých věkových skupin pacientů, například pomocí preventivních programů a workshopů na téma PPP pořádaných ve školách. Zajímavý pohled na prevenci měla studie z roku 2021, která zkoumala, jaký efekt na léčbu mohou mít virtuální preventivní programy. I když zjištění ukázala, že tyto programy mohou být v léčbě prospěšné, limitací projektu bylo nízké procento dětí a adolescentů zapojených do studie oproti dospělé kohortě. Proto je zapotřebí dalšího výzkumu, který by se zabýval dopadem virtuálních programů na děti a dospívající.

V této bakalářské práci nebyla použita žádná česká výzkumná studie. Zdroje, které byly využity, byly z větší části publikovány v anglickém jazyce. Z toho důvodu nebylo možné dostatečně srovnat ošetrovatelskou péči o pacienty s MA v ČR a v zahraničí, protože nebyly nalezeny potřebné studie, které by popisovaly práci sester a vývoj ošetrovatelských intervencí v ČR. Limitací některých studií, které byly při tvorbě použity, jsou nízké počty účastníků. Vzhledem k tomu, že se práce soustředí na pediatrického pacienta, bylo komplikované dohledat zejména publikace v mladší věkové kategorii 9-14 let. Velká část výzkumných publikací byla soustředěna spíše na celkovou skupinu onemocnění PPP, ne vyloženě na mentální anorexii. Další limitací bylo samotné téma. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které je pro mnoho lidí stále tabuizované. Vzhledem k nedostatečnému povědomí široké veřejnosti a prevenci v oblasti PPP je onemocnění na vzestupu. Summit, který se konal roku 2020 v USA ustanovil pět kritérií, které by přispěly ke zlepšení preventivního úsilí. Například zavedení kreativních iniciativ v oblasti výchovy ke zdraví, které se zaměřují na společenské vnímání, včasné odhalení a účinnou intervenci. Tyto iniciativy by měly být zaměřeny především na rodiče/opatrovníky a další pečovatele a poskytovatele zdravotní péče v první linii (Blackwell D. et al., 2021). V České republice je veřejně publikující osobou MUDr. Hana Papežová, která aktivně vystupuje s tématy týkající se PPP a o dané problematice přednáší.

Závěr

Mentální anorexie představuje velmi závažné onemocnění manifestující se především v adolescentním věku. Cílem bakalářské práce bylo předložit aktuální dohledané poznatky o daném onemocnění a prezentovat informace o ošetrovatelské péči. Hlavní cíl bakalářské práce byl poté rozdělen do tří dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo představit onemocnění poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii, spolu s rizikovými faktory a cíli léčby. Mentální anorexie je multifaktoriální onemocnění, kde se na vzniku podílí biologické, psychologické a sociální rizikové faktory. Například jedním z biologických faktorů je genetická predispozice, kdy je zvýšená pravděpodobnost výskytu MA v případě, že chorobou trpěl jeden z rodičů. Dalšími rizikovými faktory jsou věk, pohlaví a povahové rysy, zejména perfekcionismus. Cílem léčby je především návrat k zdravé tělesné hmotnosti, jenž odpovídá tělesným proporcím pediatrického pacienta. Pravidelný příjem potravy je jednou z intervencí v dosažení takové tělesné hmotnosti zejména u dětí. U většiny pacientů jsou rovněž pro snížení pocitu úzkosti a lepší vyrovnávání se s přibývajícím kilogramy předepsány antidepresiva. První dílčí cíl práce byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo poskytnout informace o oblasti ošetrovatelské péče včetně pediatrických pacientů s MA a zaměřit se na roli, kterou hraje terapeutický vztah mezi dětskou sestrou a pacientem. Ošetrovatelská péče o pediatrické pacienty s mentální anorexií zahrnuje široké spektrum postupů, které mají nejen fyzický, ale i psychologický a sociální rozměr. V léčbě je důležitá jak nutriční podpora, tak psychologické intervence, které pomáhají sestrám v navázání terapeutického vztahu s pacientem. Důležité je si spolu s pacientem stanovit reálné cíle, které budou pro dotyčného motivující a budou mu pomáhat posouvat se v léčbě dál. Strukturované ošetrovatelské intervence podporované multidisciplinárním přístupem hrají klíčovou roli v úspěšném zotavování pacientů. Jedná se především o sledování stravovacích návyků a pravidelné hodnocení fyzického stavu pacienta. Neméně důležitá je i motivace pacienta, respektování jeho individuality a postupné zavádění intervencí, což jsou hlavní aspekty ošetrovatelské péče. Z dohledaných studií bylo zjištěno, že terapeutický vztah se ukazuje jako klíčový pro úspěšný průběh léčby. Přičemž empatie, respekt a důvěra jsou jeho nezbytnými složkami. Současně se zdůrazňuje důležitost začlenění rodiny do léčebného procesu, přičemž terapie zaměřená na rodinu se ukazovala jako účinná forma léčby u dospívajícím s MA. Dětské

sestry musí být schopny s adolescenty komunikovat o jejich pocitech v souvislosti se změnou postavy a zdůrazňovat, že neexistuje univerzální standard pro tělesnou postavu, a rovněž jim poskytovat pravdivé informace týkající se následné péče. Vzhledem k náročnosti péče o pacienty s MA se čím dál více akcentuje význam specializace sester v psychiatrii. V rámci rešeršní činnosti bylo zjištěno, že právě vzdělávací programy a školení pro dětské sestry v oblasti duševního zdraví se pro zlepšení péče poskytované pediatrickým pacientům s MA ukazují jako efektivní. Druhý dílčí cíl práce byl splněn.

Ve třetím cíli se práce zaměřuje na oblast prevence, kde je důležitá včasná identifikace rizikových faktorů, edukace a podpora od odborníků směřující na ochranu dětí a dospívajících před poruchami příjmu potravy. V postupu léčby zde může sehrát klíčovou roli především čas. Například australský program *Confident Body, Confident Child*, ukazuje, že investice do kvalifikace komunitních dětských sester v oblasti prevence může být jednou z možností, jak podporovat zdravý vývoj tělesného obrazu a stravovacích návyků u dětí. Pro efektivní prevenci a kontinuitu péče je podstatné zajistit propojení mezi jednotlivými službami v oblasti duševního zdraví a komunitní péče. Lze tedy konstatovat, že prevence mentální anorexie vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup, kde dětské sestry hrají klíčovou roli. Třetí dílčí cíl byl splněn.

Přehledová bakalářská práce může sloužit jako materiál pro studenty zdravotnických oborů a dětské či všeobecné sestry, které se chtějí specializovat v oboru pediatrického ošetřovatelství v psychiatrii. Prostřednictvím tohoto textu mohou získat hlubší vhled do problematiky poruch příjmu potravy a lépe porozumět specifickým potřebám, které jsou spojeny s péčí o děti a dospívající trpící mentální anorexií.

Referenční seznam

Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., Taddeo, D., Grady, R., Vyver, E., Dimitropoulos, G., Dominic, A., & Coelho, J. S. (2021). Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA network open*, 4(12), e2137395. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37395>

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

Blackwell, D., Becker, C., Bermudez, O., Berrett, M. E., Brooks, G. E., Bunnell, D. W., Cabrera, D., Costin, C., Hemendinger, N., Johnson, C., Klump, K. L., Levinson, C. A., Lutter, M., Maine, M., McAdams, C. J., McGilley, B. H., Murray, S. B., Myers, E., Ouellette, J. D., Peat, C. M., ... Setliff, S. (2021). The legacy of hope summit: a consensus-based initiative and report on eating disorders in the U.S. and recommendations for the path forward. *Journal of eating disorders*, 9(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00501-w>

Botella, J., Sepúlveda, A., Huang, H., & Gambara, H. (2013). A Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the SCOFF. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E92. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.92>

Burton Maddie (2020) Understanding and supporting children and young people with eating disorders. *Practice Nursing*, 30(10), <https://doi.org/10.12968/pnur.2020.31.10.412>

Centrum Anabell, z.ú. (2018). *Metodika multidisciplinární spolupráce Centra Anabell*. Centrum Anabell

Corral-Liria, I., Alonso-Maza, M., González-Luis, J., Fernández-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. (2021). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 840–849. <https://doi.org/10.1111/ppc.12858>

- Datta, N., Matheson, B. E., Le Grange, D., Brandt, H. A., Woodside, B., Halmi, K. A., Wilfley, D. E., & Lock, J. D. (2020). Exploring Differences in the Role of Hospitalization on Weight Gain Based on Treatment Type From Randomized Clinical Trials for Adolescent Anorexia Nervosa. *Frontiers in psychiatry*, 11, 609675. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.609675>
- Davén, J., Hellzen, O., & Häggström, M. (2022). Encountering patients with anorexia nervosa – An emotional roller coaster. nurses' lived experiences of encounters in psychiatric inpatient care. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2069651. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2069651>
- de Barse, L. M., Tharner, A., Micali, N., Jaddoe, V. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Franco, O. H., Tiemeier, H., & Jansen, P. W. (2015). Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite*, 85, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.031>
- Dušek K., Večeřová-Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. (2rd ed.). Grada
- Farrington, A., Huntley-Moore, S., & Donohue, G. (2020). "I found it daunting": An exploration of educational needs and experiences of mental health student nurses working with children and adolescents with eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(6), 678–688. <https://doi.org/10.1111/jpm.12619>
- Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z., & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early intervention in psychiatry*, 11(3), 200–207. <https://doi.org/10.1111/eip.12234>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D., & Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders*, 50(9), 1018–1030. <https://doi.org/10.1002/eat.22736>
- Filipponi, C., Visentini, C., Filippini, T., Cutino, A., Ferri, P., Rovesti, S., Latella, E., & Di Lorenzo, R. (2022). The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16237. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316237>

Fišar Z. *Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy*. Psychiatrická klinika. Retrieved September 15, 2022, from <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/>

Fitzgerald E., Keel P., (2023) *Encyclopedia of Mental Health* (3rd ed., pp.92-98.) Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00050-3>

Fogarty, S., Smith, C. A., Touyz, S., Madden, S., Buckett, G., & Hay, P. (2013). Patients with anorexia nervosa receiving acupuncture or acupressure; their view of the therapeutic encounter. *Complementary therapies in medicine*, 21(6), 675–681. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.08.015>

Frank, G. K. W., DeGuzman, M. C., & Shott, M. E. (2019). Motivation to eat and not to eat – The psycho-biological conflict in anorexia nervosa. *Physiology & behavior*, 206, 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.04.007>.

Gkiouleka, M., Stavradi, C., Sergentanis, T. N., & Vassilakou, T. (2022). Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. *Children*, 9(3), 365. <https://doi.org/10.3390/children9030365>

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., Simpson, S., Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 50(4), 323–340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>

Guarda A. (2023, February). *Eating disorders*. American Psychiatric Association. Retrieved November 11, 2023, from https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders#section_1

Herpertz-Dahlmann B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 13(4), 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Scherag, A., Holtkamp, K., Hagenah, U., Bühren, K., Konrad, K., Schmidt, U., Schade-Brittinger, C., Timmesfeld, N., & Dimpfle, A. (2014). Day-patient treatment after short

inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* (London, England), 383(9924), 1222–1229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)

K. Peterson, R. Fuller. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing 2024*, 49(10), 24-30, <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15>

Kamenská, V. (2019, November 20). *Rychlá pomoc v kapse? To je aplikace Nepanikař. Šance dětem*. Retrived Ferbruary 27, 2023, from <https://sancedetem.cz/rychla-pomoc-v-kapse-je-aplikace-nepanikar>

Kocourková J., Koutek J. (2018). Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie, *Česko-slovenská pediatrie*, 73(5), 320-323. <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2018-5-7/mentalni-anorexie-s-ranym-zacatkem-diagnostika-a-terapie-106362/download?hl=cs>

Kocourková, J., Koutek, J., Papežová, H. (2014) Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci. *Acta Universitatis Carolinae Philosophica et Historica* (2), 105-111. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=297213>

Krch F. D. (2016) Poruchy příjmu potravy. *Pediatrie pro praxi*, 17(4), 238–239. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/88/03.pdf>

Krch F. D., Švédová J. (2013). *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Občanské sdružení Anabell https://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf

Látalová K., Kamarádová D., Praško J. (2015) Suicidialita u psychických poruch. Grada

Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 683–692. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007>

- Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø., & Bang, L. (2021). The association between bullying and eating disorders: A case-control study. *The International journal of eating disorders*, *54*(8), 1405–1414. <https://doi.org/10.1002/eat.23522>
- Lowe L., Campbell A. (2014). Evaluation of a study day on child and adolescent mental health services. *Mental Health Practice*, *17*(5), 19-24. <https://doi.org/10.7748/mhp2014.02.17.5.19.e826>
- Lyza N. Norton, Laura M. Hart, Francoise E. Butel & Shelley Roberts. (2020). Child health nurse perceptions of using confident body, confident child in community health: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, *19*(103). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00499-7>
- Mairhofer, D., Zeiler, M., Philipp, J., Truttmann, S., Wittek, T., Skala, K., Mitterer, M., Schöfbeck, G., Laczkovics, C., Schwarzenberg, J., Wagner, G., & Karwautz, A. (2021). Short-Term Outcome of Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa Using DSM-5 Remission Criteria. *Journal of clinical medicine*, *10*(14), 3190. <https://doi.org/10.3390/jcm10143190> - použito hospitalizace
- Núñez-Rocha, M., G., López-Botello, C., K., Salinas-Martínez, A., M., Arroyo-Acevedo, H., V., Martínez-Villarreal, R., T., & Ávila-Ortiz, A., N. (2020). Lifestyle, Quality of Life, and Health Promotion Needs in Mexican University Students: Important Differences by Sex and Academic Discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21) 8024. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218024>
- O'Connor, G., Nicholls, D., Hudson, L., & Singhal, A. (2016). Refeeding Low Weight Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Nutrition in clinical practice*, *31*(5), 681–689. <https://doi.org/10.1177/0884533615627267>
- Palavras, M. A., Hay, P., Touyz, S., Sainsbury, A., da Luz, F., Swinbourne, J., Estella, N. M., & Claudino, A. (2015). Comparing cognitive behavioural therapy for eating disorders integrated with behavioural weight loss therapy to cognitive behavioural therapy-enhanced alone in overweight or obese people with bulimia nervosa or binge eating disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *16*, 578. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1079-1>

- Pehlivan, M. J., Miskovic-Wheatley, J., Le, A., Maloney, D., Research Consortium, N. E. D., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders, 10*(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00671-1>
- Pereira, A. F., Escola, J., Rodrigues, V., & Almeida, C. (2022). Nurse's Evaluation on Health Education in Portuguese Pediatric Hospitals and Primary Care for Children/Young and Parents. *Children, 9*(4), 486. <https://doi.org/10.3390/children9040486>
- Pugnerová M., Kvintová J. (2016). Přehled poruch psychického vývoje. Grada Publishing
- Ranzenhofer, L. M., Wilhelmy, M., Hochschild, A., Sanzone, K., Walsh, B. T., & Attia, E. (2020). Peer mentorship as an adjunct intervention for the treatment of eating disorders: A pilot randomized trial. *The International journal of eating disorders, 53*(5), 497–509. <https://doi.org/10.1002/eat.23258>
- Reas, D. L., Wisting, L., & Lindvall Dahlgren, C. (2023). Co-occurrence of nonsuicidal self-injury and eating disorder pathology in adolescents. *The International journal of eating disorders, 56*(2), 439–445. <https://doi.org/10.1002/eat.23826>
- Salzmann-Erikson, M., J. Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- Sheldon-Dean, H. (2023, October 23). *Family-Based Treatment for Eating Disorders*. Child Mind. from <https://childmind.org/article/family-based-treatment-for-eating-disorders/>
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J., & Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International journal of nursing studies, 65*, 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International journal of eating disorders, 53*(5), 520–531. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>

Slezáková E., Ševčíková J. (2020). Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy, *Psychiatrie pro praxi*, 22(e2), e37-e40. <https://doi.org/10.36290/psy.2021.027>

Smith, K., Lesser, J., Brandenburg, B., Lesser, A., Cici, J., Juenneman, R., Beadle, A., Eckhardt, S., Lantz, E., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with Anorexia Nervosa and atypical Anorexia Nervosa at Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. *Journal of eating disorders*, 4(35). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0124-0>

Stice, E., Onipede, Z. A., & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical psychology review*, 87, 102046. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>

Tantillo, M., Starr, T., & Kreipe, R. (2020). The recruitment and acceptability of a project ECHO® eating disorders clinic: a pilot study of telementoring for primary medical and behavioral health care practitioners. *Eating disorders*, 28(3), 230–255. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1580125>

Trafford, A. M., Carr, M. J., Ashcroft, D. M., Chew-Graham, C. A., Cockcroft, E., Cybulski, L., Garavini, E., Garg, S., Kabir, T., Kapur, N., Temple, R. K., Webb, R. T., & Mok, P. L. H. (2023). Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study. *The Lancet. Child & adolescent health*, 7(8), 544–554. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00126-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00126-8)

ÚZIS. (2018). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017. https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

Věstník 13/2023. (2023). Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Ošetrovatelská pediatriká péče v klinických oborech. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2016/01/Priloha-c.-74---Osetrovatelska-pediatricka-pece-v-klinicky-oborech-Vestnik-c.-13-2023.pdf>

Věstník 9/2020. (July 2020). Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Dětská sestra – Ošetrovatelská péče v dětské a dorostové psychiatrii. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2010/08/Přiloha-č.-69-DS---Ošetrovatelská-péče-v-dětské-a-dorostové-psychiatrii-vestník-MZ-č.-7_2020.pdf

Völker, U., Jacobi, C., Jones, M., Lock, J., & Taylor, C. B. (2014). Potential risk factors and early symptoms of anorexia nervosa: prevalence in 11–16-year-old girls. *Advances in Eating Disorders*, 2(1), 19-30, <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.794521>

Výbor ADDP (n.d.). Sít pedopsychiatrických lůžek v ČR. ADDP. <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>

Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. (2022, June 10). <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlaskey-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>

Walker, S., Srinivasan, R., Fialko, L., & Cini, E. (2018). Comparing family-based treatment with parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*, 103(1), 54–55. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313002>

Warne, N., Heron, J., Mars, B., Moran, P., Stewart, A., Munafò, M., Biddle, L., Skinner, A., Gunnell, D., & Bould, H. (2021). Comorbidity of self-harm and disordered eating in young people: Evidence from a UK population-based cohort. *Journal of affective disorders*, 282, 386–390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.053>

Wu, W. L., & Chen, S. L. (2021). Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. *International journal of mental health nursing*, 30 (1), 1386–1394. <https://doi.org/10.1111/inm.12886>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-

methods study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 416–426.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
BMI	Body mass index
CBCC	Confident Body, Confident Child
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECHO	Experienced Carers Helping Others
CHN	Community health nurses
MA	Mentální anorexie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
OCD	Obsessive–compulsive disorder
PPP	Poruchy příjmu potravy
SCOFF	Sick, Control, One Stone, Fat, Food
WHO	World Health Organisation