



během pandemie zmiňováno zabývání se vlastní postavou a jídlem u 73 % pacientů a dále myšlenkami na cvičení. U 29 % pacientů se objevila také nižší motivace k další léčbě poruch příjmu potravy (7, 8). Kromě klasických symptomů poruch příjmu potravy se u pacientů zhoršily také komorbidní projevy a to deprese u 73 % a úzkosti u 77 % (7). Zhoršení symptomatiky je přičítáno hlavně sociální izolaci, snížené možnosti rozptýlení se a dostupnosti pohybových aktivit, nepravidelnosti v režimu, obzvláště v jídelním režimu, dále zvýšenému vystavení se stresujícím zprávám a v neposlední řadě omezené dostupnosti zdravotních služeb včetně psychologických během pandemie (6). U 16 % pacientů léčených pro poruchy příjmu potravy došlo ke zlepšení během pandemie, což je připisováno zmírněním stresu ze školního prostředí, lepší možnosti kontroly pravidelnosti jídla (6, 8). Všechna data se týkají celkové populace, nejen dětských a adolescentních pacientů. U těch byla provedena pouze jedna studie, která udává, že u 41,9 % pacientů dochází k návratu symptomů poruch příjmu potravy (9).

Kromě mentální anorexie byl zkoumán také vliv na obezitu. Více než 50 % pacientů s obezitou přibralo během pandemie (8).

Kvalita života a sociální chování

Velmi zajímavá data přinesla německá studie kvality života během pandemie. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že před pandemií udávalo nižší kvalitu života 15,3 % dětí a během pandemie už 40,2 % dětí. Vyšší je podíl dívek a postiženější je mladší věková skupina. A co trápilo děti nejvíce? V 82,8 % to bylo méně sociálních kontaktů, v 64,4 % děti považovaly domácí výuku za složitější, v 39,3 % uváděly, že utrpěly jejich vztahy s vrstevníky a ve 27,6 % je trápilo, že přibýlo hádek v rodině (2). Tato studie nám také potvrdila, že došlo ke vzestupu prevalence duševních poruch

u dětí a adolescentů, a to z 9,9 % na 17,8 %. Vyšší byl nárůst u dětí navštěvujících nižší stupeň základní školy. Značný byl počet hyperaktivity 14,6 %, emočních poruch 13,3 %, problémů s vrstevníky 11,5 % a poruch chování 10 %. Studie také potvrdila nárůst úzkostných symptomů a to z 14,9 % na 24,1 %. Překvapivě nebyl zjištěn nárůst depresivní symptomatologie (2).

Z dat je zřejmé, že pro děti a adolescenty je nejvíce vnímaným problémem ztráta sociálních vazeb. Obzvláště období adolescence je velmi senzitivní, kdy se získávají a upevňují sociální dovednosti a pro zdárný psychosociální vývoj je u adolescenta vyšší potřeba interakce s vrstevníky (10). Sociální kontakt je také nezbytný pro zdárný vývoj kognice, emocí, attachmentu (vztahové vazby) a partnerství (11). Nemůžeme opominout také vliv školy na vývoj dětí. Období bez školy je spojeno se snížením fyzické aktivity, zvýšením času u obrazovky, nepravidelným spánkem a horší životosprávou (12). V neposlední řadě je školní rutina důležitý copingový mechanismus (způsob zvládnání zátěže) obzvláště pro adolescenty s horší psychickou kondicí (13).

Během pandemie se také podstatně zvýšila incidence týrání a zneužívání dětí (CAN) (14).

Rizikové a protektivní faktory

Mezi rizikové faktory vzniku či zhoršení duševního onemocnění v době pandemie patří hlavně přítomný strach z nákazy onemocněním covidem-19, celkově negativní nastavení vůči karanténě a dalším protiepidemickým opatřením, chybějící komunikace mezi dětmi a rodiči. Rizikové jsou děti s nižším socioekonomickým statutem a již existující duševní poruchou, také děti migrantů. Dále jsou to rodiny žijící na malém prostoru. Mezi protektivní faktory naopak patří dobrá komunikace mezi dětmi a rodiči a cel-