

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Enuréza u dětí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Skalička

Monika Zamazalová

4. ročník	bakalářský studijní program ošetrovatelství
forma studia:	kombinovaná
studijní obor:	ošetrovatelství

Příjmení a jméno autora: Zamazalová Monika
Instituce: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
Olomouc
Název práce: Enuréza u dětí
Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Skalička
Počet stran: 55
Počet příloh: 6
Rok obhajoby: 2010
Klíčová slova: enuréza, děti, rodina, nemocné dítě

Bakalářská práce se zabývá tématem enuréza u dětí. Jejím obsahem je zmapovat psychologickou problematiku u dětí s enurézou. Dále se snaží zmapovat rozdílnost dětí v psychologickém prožívání. Také se snaží zjistit, jaká je informovanost enuretických dětí o problematice enurézy. Údaje byly zjišťovány rozhovorem a dotazníkem. Vzájemně jsem srovnala skupinu patnácti enuretických dětí ve věku 9 – 12 let s kontrolní skupinou stejně starých dětí, které enurézou netrpí.

My bachelor work deals with children's enuresis. The aim was to find out about mental problems of the children suffering from enuresis, to find out differences in mental awareness and to find out what the knowledge of the children about their illness is. The facts have been found out by the dialogues with children and by questionnaires. I have compared two groups of children, both aged 9 – 12. The first group consisted of children suffering from enuresis and in the second one were children without this illness.

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

Souhlasím současně s využitím práce ke studijním účelům.

Olomouc 21. dubna 2010

Děkuji PhDr. Jaroslavu Skaličkovi za odborné vedení bakalářské práce a také všem dětem za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
1 Enuréza	8
1.1 Pojem enuréza.....	8
1.2 Fyziologie močení.....	11
1.3 Patofyziologie	12
1.4 Základní diagnostické postupy u dětí s enurézou	13
1.4.1 Anamnéza	14
1.4.2 Mikční a pitný deník	14
1.4.3 Fyzikální vyšetření.....	15
1.4.4 Vyšetření moči	15
1.4.5 Ultrasonografie močového ústrojí	15
1.4.6 Uroflowmetrie (UFM)	16
1.5 Léčba u dětí s monosymptomatickou enurézou.....	16
1.5.1 Režimová opatření	16
1.6 Farmakoterapie	17
1.6.1 Desmopresin	17
1.6.2 Tricyklická antidepresiva.....	18
1.6.3 Anticholinergika	18
1.7 Budící přístroje (alarm systém).....	18
1.8 Psychické důsledky enurézy	19
2 RODINA	21
2.1 Člověk v rodině.....	21
2.2 Základní funkce rodiny	22
2.3 Rodina a nemoc	23
3 MLADŠÍ ŠKOLNÍ OBDOBÍ	26
3.1 Vývoj základních schopností a dovedností.....	26
3.2 kognitivní vývoj.....	28
3.3 emoční vývoj a socializace	28
4 VÝZKUM.....	31
4.1 Cíle průzkumného šetření	31

4.2	Metodika výzkumu	31
4.3	Výsledky rozhovorů.....	31
4.4	Výsledky dotazníkového šetření – zmapování psychického prožívání u dětí ..	34
4.5	Výsledky informovanosti o enuréze	43
	DISKUSE.....	48
	ZÁVĚR	51
	Seznam literatury	53
	Seznam obrázků.....	54
	Seznam tabulek.....	55
	Seznam příloh	56

ÚVOD

Poruchy spojené s udržení moče ve spánku u dětí patří k častým problémům v pediatrii. Pracuji na dětském oddělení v Nemocnici Hranice a s těmito dětmi, které trpí poruchou pomočování, přicházím do kontaktu. Dalším velkým impulsem pro výběr tématu bakalářské práce byl odborný článek MUDr. Aleny Březákové, který se zabýval psychologií dětské enurézy.

Je zřejmé, že noční pomočování neohrožuje dítě tělesně, ale může mít neblahý dopad na jeho psychiku a vývoj. Enuréza také přináší řadě dětských pacientů určité potíže a omezení, jak v oblasti psychické, tak sociální. Mnozí autoři udávají, že u dětí trpících enurézou se může objevit nižší sebevědomí, odchylky v chování, poruchy pozornosti a výkonnosti nebo problémy se sebepojetím. Za významnou oblast považují u dětí postižených enurézou jejich rodinné zázemí. Proto je v mé bakalářské práci věnován rodině prostor.

Na základě teoretických úvah jsme přistoupili ke konkrétní výzkumné práci.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat psychologickou problematiku u dětí postižených enurézou. Dalším cílem je zmapovat rozdílnost dětí v psychologickém prožívání a zjistit informovanost enuretických dětí o problematice tohoto onemocnění.

Výzkumná část spočívala v rozhovoru a dotazníku, který byl uskutečněn s dětmi. Výzkumný vzorek byl sestaven z 15 dětí, které trpí monosymptomatickou enurézou a 15 dětí, které nemají žádné chronické onemocnění. Obě skupiny těchto dětí se pohybují ve věkovém rozmezí 9-12 let.

1 ENURÉZA

1.1 Pojem enuréza

„Problémy dětí s udržení moči v nočních hodinách v průběhu spánku jsou velmi častým problémem, který řeší ve svých ordinacích dětské lékaři, urologové, nefrologové i psychiatři. Historicky se setkáváme s řadou definic této poruchy, rovněž názvosloví je nepřehledné. Pod pojmem **enurézy** se často ukrývaly i jiné poruchy kontinence moče.“ (Doležal, 2007, s. 46)

Také pořadí a význam odborných vyšetření u dětí s nočním únikem moči se historicky měnil. Z psychiatrických ambulancí se pacienti přesouvali do rukou urologů, kteří se zaměřili na diagnostiku možných anatomických či funkčních poruch dolních cest močových. Výsledkem byl nárůst invazivních vyšetření, většinou však bez efektu. (Doležal, 2007)

Poznatky posledních patnácti let o funkci močového měchýře, struktuře spánku, vlivu nedostatečné noční produkce antidiuretického hormonu a vzájemné souhře mezi měchýřem a mozkem zčásti objasnily pochody vedoucí k úniku moči u dětí v průběhu spánku a umožnily rozdělení enuretiků do skupin dle pravděpodobné etiologie poruchy, a tím umožnily i stanovení pravděpodobného účinného léčebného postupu u jednotlivých pacientů. (Doležal, 2007)

Výraznou zásluhu na rozvoji diagnostiky a léčby má organizace ICCS (International Children Continence Society), založena v roce 1997. Dle jejího doporučení je od června 2006 nově používána definice a terminologie nočního úniku moče u dětí. (Doležal, 2007)

Primární enuréza je tedy stav, při němž se dítě nepřestalo pomočovat po dobu alespoň šesti měsíců. Je-li tento suchý interval přítomen, jedná se o **enurézu sekundární**. Sekundární enuréza tvoří asi 20% všech případů nočního pomočování, je s výjimkou lokálních zánětlivých faktorů téměř vždy psychogenního původu. (Doležal, 2007)

Monosymptomatická noční enuréza (MNE) je diagnostikována tehdy, jestliže na základě anamnestických dat nezjistíme denní příhody úniku moči, ani odchylky ve frekvenci a kvalitě močení (výjimku tvoří děti, které vedle noční enurézy mívají i příhody kompletního pomočení během odpoledního spánku). V opačném případě, lze hovořit o **enuréze nonmonosymptomatické**. Diagnózou noční enuréza jsou obvykle označovány děti s mimovolným nočním únikem moči za věkovou hranicí, kdy lze již očekávat dosažení „suchého lůžka“ – tj. starší 5 let. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Sekundární noční enuréza je stav, při kterém dochází recidivě pomočování alespoň po šestiměsíčním suchém období. Sekundární noční enuréza může být průvodním jevem dalších závažných onemocnění (např. diabetes mellitus, diabetes insipidus, infekce močových cest). Nejčastěji vzniká pod vlivem vnějšího prostředí, které dítě stresuje a vyžaduje si psychologickou péči. (Kovacs, 2006)

„Bylo arbitrárně stanoveno, že takto lze označit děti s více než dvěma příhodami za měsíc. Na základě mnoha studií bylo zjištěno, že se noční enuréza vyskytuje u 15 až 20% pětiletých dětí. Na druhé straně je však možno očekávat spontánní ústup pomočování u 15% enuretických dětí každým rokem, takže v patnácti letech zůstává jen 1% enuretických dětí.“ (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999, s. 28)

Většina studií nachází častější výskyt enurézy u chlapců než u dívek, v poměru okolo 2:1. Podle studie se enuréza vyskytuje vzácně u dívek starších jedenácti let a u chlapců starších třinácti let. Denní pomočování je méně časté než noční a je častější u dívek. Ve věku nad osm let je denní pomočování vzácné. (Barker, 2007)

Noční pomočování označuje mimovolné vyprazdňování močového měchýře během spánku. Stupeň pomočení může být různý, od zvlhčení spodního prádla až po úplné vyprázdnění celého obsahu močového měchýře, někdy i několikrát za noc. V ojedinělých případech může být noční pomočování projevem závažných chorob (začínající cukrovka, chronické onemocnění ledvin). Některé děti se pomočují i v průběhu odpoledního spánku, ale ne v bdělém stavu. Frekvence přes den je přiměřená, bez náhlého nucení na močení, zadržovacích postojů, zpravidla bez problémů s vyprazdňováním střeva a infekci močových cest. Děti se vyvíjejí psychomotoricky normálně. U většiny z nich nenacházíme žádné psychopatologie,

vrozené vady močového systému ani funkční poruchy dolních močových cest. (Gut, 2005)

Rostoucí poznatky ukázaly, že problematika dětí se odlišuje od poruch kontinence dospělých. A proto je oprávněně pohlíženo na problém noční enurézy jako na fenomén podmíněný opožděním v neurobiologickém vývoji, což otevírá nadále prostor nejen k tolerantnímu přístupu k těmto jedincům, ale k novým léčebným možnostem. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Výskyt enurézy má tři věkové vrcholy, nejvíce je rozšířený v předškolním věku okolo pěti let, potom ve školním věku okolo devíti let a překvapivě další vrchol, o kterém se příliš nemluví je věk okolo patnácti let. (Jabůrková, 2003)

U starších dětí je častější noční pomočování, méně často se už setkáváme s pomočováním denním nebo kombinací obou případů. (Jabůrková, 2003)

Zvláště je třeba zdůraznit aspekt sociální nepříjatelnosti pomočování. Děti prožívají pomočování stejně těžko jako dospělí, i když tvrdí, že se jich to vůbec netýká. Názorně to dokázala dotazníková akce. V rámci této akce měli školou povinné děti označit situaci, kterou by považovali za nejstresovější ve svém životě. Odpovědi ukázaly, že děti považují epizodu „mokrých kalhot“ za třetí nejstresovější a nejtragičtější problém hned po „ztrátě rodičů“ a „ztrátě zraku“. V této souvislosti se většina odborníků shoduje, že noční enuréza není důsledek psychických problémů. Naopak samotné neřešení, tedy přetrvávající pomočování se stává závažným sociálním stigmatem, které může dlouhodobě negativně ovlivnit psychický stav dítěte, jeho chování a společenskou adaptaci dítěte. (Kovács, 2006)

Nelze opomenout, že trestání (fyzické nebo ve formě ponižování či zákazů) patřilo, a v řadě případů i dnes patří, do klasických reakcí rodičů na pomočení dítěte. Lze shrnout, že noční pomočování většinou neohrožuje tělesné zdraví, ale může mít nepříznivý dopad na psychiku dítěte. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

1.2 Fyziologie močení

Vyprazdňování močového měchýře, mikce – je složitý děj, kterého se účastní různé svaly a svalové skupiny. Je řízen souhrou autonomních nervů a míchy. Začátek močení je vyvolán podrážděním stěny měchýře, ta se rozpíná a dráždí nervová zakončení ve stěně. (Dylevský, 2000)

Uvolňují se i svaly pánevního dna. Obzvlášť zevní svěrač močové trubice vytvořený v místě, kde močová trubice prochází svalovým dnem pánve. Zároveň je smršťována zevní vrstva svaloviny stěny močového měchýře. Obsah měchýře je vypouzen do močové trubice. Močová trubice je při mikci pasivní. Rozhodující pro vyprázdnění je smrštění svaloviny stěny měchýře a uvolnění zevního svěrače. Vnitřní svěrač močové trubice nemá při močení větší význam. Je při močení obvykle uvolněn. (Dylevský, 2000)

„Celý průběh mikce je koordinován nervy a řízen z dolního úseku bederní míchy. Vůlí je ovládán zevní svěrač močové trubice. Člověk se v dětství naučí ovládat smrštění tohoto svalu, a tím potlačovat močení. Pomocný význam při mikci má stah svalstva břišní stěny, které může zvýšením nitrobřišního tlaku napomáhat vyprázdnění močového měchýře.“ (Dylevský, 2000, s. 329)

Anatomicko-fyziologický přehled

U novorozence dochází k vyprazdňování močového měchýře reflexně, průměrně dvacetkrát za den. Vyprazdňování je závislé na velikosti objemu močového měchýře. V prvním půl roku se frekvence močení snižuje tak, jak se zvětšuje jeho kapacita. Po půl roce života se začíná uplatňovat i vyprávání centrálního močového systému. Znamená to, že dítě začne nejprve kontrolovat kontingenci stolice a následovně i kontrolu denního močení a posléze kontrolu mikce i v noci. (Novák, Langrová, 2000)

1.3 Patofyziologie

V první řadě jde o nezralost centrálního nervového systému. U těchto dětí je naděje, že enuréza ve starším školním věku vymizí. Určitou roli zde hraje i dědičnost. Jestliže matka i otec trpěli v dětství pomočováním, existuje pravděpodobnost, že jejich dítě s tímto problémem bude muset také bojovat. Další příčinou může být i stres a konfliktní rodinné prostředí, zanedbávání dítěte nebo vleklé hádky mezi rodiči. Jednoznačně psychologická souvislost enurézy se udává u dětí, které se takto mohou bránit proti nesnesitelným traumatům jako je sexuální zneužívání, týrání nebo smrt rodičů. Negativní vliv na rozvoj pomočování má i dlouhodobé odloučení od rodičů nebo hospitalizace v nemocnici. Další příčinou může být dětské nevědomé upoutávání pozornosti rodičů při narození sourozence nebo při nedostatečné citové výchově. Za jednu z příčin enurézy se také považuje maminkami tolik oblíbený velmi brzy započatý trénink na nočník nebo nesprávně prováděný trénink, kdy dítě není připraveno na tento způsob vyměšování. Mezi příčiny enurézy mohou patřit nedostatky ve funkčnosti vyměšovacích orgánů, příliš hluboký spánek či malá funkční kapacita močového měchýře. (Jabůrková, 2003)

Rodinná predispozice: až u 70% postižených lze zjistit přítomnost podobných obtíží některého z rodičů či sourozenců. Dítě enuretického rodiče má 3x větší pravděpodobnost stejných obtíží. Dítě obou enuretických rodičů dokonce 5x větší. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Psychopatologie, psychosociální stres: v somatické oblasti nebyly shledány zásadní rozdíly mezi dětmi s primární a sekundární enurézou. V psychopatologické sféře již však byl prokázán významný výskyt poruch chování a psychosociálních rizik mezi oběma podtypy. Práce von Gontarda ukázaly tento dříve tušený fenomén ve statistickém obraze u jednotlivých podskupin. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

U dětí s primární MNE našel nízký výskyt psychopatologií, avšak u dětí se sekundární MNE a u dětí s dysfunkčním močovým měchýřem prokázal vysokou četnost těchto poruch. Von Gontard sledoval převahu poruch expanzivních, především ADHD (hyperkinetický syndrom. Porucha, v níž se kombinuje deficit pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou v dětském věku), poruch výchovných a emočních,

enkoprézy (neschopnost udržet stolici). U dětí s primární MNE se jednalo především o hyperkinetické děti s poruchou pozornosti. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Podobných výsledků bylo prokázáno v oblasti **psychosociálního stresu**: samozřejmě v neprospěch sekundárních MNE. V této oblasti se objevovaly především rozvod, dysfunkce rodiny, stěhování, vstup do školky, narození mladšího sourozence, školní problémy. Úprava enurézy tedy může zlepšit sebevědomí dítěte, odstranit jeden ze stresujících faktorů, snížit napětí v rodinné atmosféře, ale nelze ji přisoudit rozhodující vliv na úpravu stávajících psychiatrických poruch. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Porucha cirkadiální regulace objemu moči: jedná se o poruchu zvýšení hladiny vazopresinu v nočních hodinách u enuretiků, čemuž odpovídá i vyšší objem moči o nižší osmolalitě. Sekrece vazopresinu u neenuretických dětí pochází diurnálním rytmem, to znamená, že během nočního spánku plazmatická hladina vazopresinu stoupá, což vede k poklesu diurézy. Vedle snížení noční sekrece se též uvažuje o zvýšení tabulární receptorové rezistence na vazopresin. Je realitou, že 70-80% nočních enuretiků je možno označit jako dDAVP-responder (osoby, odpovídající na léčbu desmopresinem), proto na jeho aplikaci odpovídají snížením až vymizením příhod. Téměř u 25% lze hovořit o trvalém vyléčení. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Poruchy probouzecích mechanismů: děti trpící enurézou mají porušeny normální probouzecí reakce při naplněném močovém měchýři. V minulosti byly tyto děti považovány za tvrdé spáče, většina posledních studií však ukazuje, že neexistují zásadní rozdíly ve struktuře spánku mezi dětmi s enurézou a bez ní. Přesto se u některých enuretických dětí předpokládá zvýšený práh probouzení. (Doležal, 2007)

1.4 Základní diagnostické postupy u dětí s enurézou

Vyšetřujeme-li enuretické dítě, řídíme se zásadou: minimálně invazivním přístupem získat maximální množství informací o příčinách potíží. Zvláště u dětských pacientů je tento přístup velmi žádoucí. Invazivním vyšetřením, zařazeným do popředí, můžeme dítě zcela odradit od spolupráce, další výsledky zkreslit. Navíc u většiny

pacientů se ukazuje jako zbytečné. Při prvních návštěvách se snažíme získat důležité informace za použití co nejméně traumatizujících vyšetření. Shrnutím těchto informací můžeme s poměrně velkou přesností vytipovat tu skupinu pacientů, u nichž se ke stanovení správné diagnózy bez použití invazivních postupů již neobejdeme. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

„Základní vyšetření potřebné u každého dítěte s pomočováním se skládá z pečlivé anamnézy, fyzikálního vyšetření, laboratorního a zobrazovacího vyšetření a vyplněného pitného a mikčního deníku.“ (Flögelová, Vrána, 2009, s. 146)

1.4.1 Anamnéza

Na začátku bychom se měli dítěte zeptat, zda ví, proč do ordinace přišlo. Pokud odpoví kladně, otázat se, zda mu pomočování vadí. Dítě, které nemá motivaci, se léčí obtížně. (Flögelová, Vrána, 2009)

Odebrání anamnézy je základem vyšetření u každého nemocného. Zajímáme se již o průběh porodu a další vývoj dítěte, přítomnost jiných vrozených vad – zvláště o neurologická postižení. Důležitá je informace, zda se dítě pomočovat již přestalo na dobu delší než šest měsíců (rozlišení primární a sekundární enurézy). Dále zjišťujeme i denní symptomatologie – unik moči v bdělém stavu, nutkavé pocity na močení, pálení či jiné nepříjemné pocity při mikci. Ptáme se rodičů na pitný režim dítěte. Výhodou je prostudování celé zdravotní dokumentace s ohledem na anamnézu infekce močových cest. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

1.4.2 Mikční a pitný deník

Důležitým pomocníkem při vyšetření dítěte s pomočováním je pitný a mikční deník. Vyžadujeme, aby pitné a mikční porce byly zaznamenávány minimálně po dva dny, lépe po dobu pěti dní, protože zaznamenávání první den nikdy zcela neodpovídá skutečnosti. Správná frekvence močení je 4-8x denně. Velikost mikční porce se mění podle věku a počítáme ji dle vzorce: objem mikční porce = (věk v rocích x 30ml) + 30ml. Nad 12 let věku je kapacita 390ml. Současně se mají zapisovat případné úniky

moči a stolice nebo vlhké kalhotky, pokud dítě nestihne doběhnout na WC. Významný je také objem první ranní porce moči, když se dítě v noci nepomočilo, protože nám udává maximální funkční kapacitu močového měchýře. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.4.3 Fyzikální vyšetření

U fyzikálního vyšetření se zaměřujeme na zevní genitál, všímáme si fimózy, synechií labií (vazivový pozánětlivý srůst pysků) a případné anomálie zevního ústí uretry, ta může být spojená se stenózou uretry. V lumbosakrální oblasti pátráme po známkách okultních míšních dysrafizmů (porucha uzavírání medulární ploténky nebo medulární trubice v období embryonálního vývoje mozku a míchy). Vyskytují-li se u dítěte s inkontinencí moči (případně také s inkontinencí stolice), je potřeba provést magnetickou rezonanci páteřního kanálu a míchy. Samozřejmostí je zaznamenávání výšky a hmotnosti dítěte (posouzení, zda jsou ve správném percentilovém rozmezí) a změření krevního tlaku. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.4.4 Vyšetření moči

Provádíme vyšetření moči chemicky a sedimentu. Při patologickém nálezu odesíláme moč na bakteriologické vyšetření. Při průkazu infekce v moči je nutné podrobným vyšetřením vyloučit závažnější anomálii močových cest. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

1.4.5 Ultrasonografie močového ústrojí

Ultrazvukové vyšetření patří pro svou poměrnou spolehlivost, dostupnost a neinvazivnost k standardním vyšetřovacím metodám močového ústrojí. U dětí s únikem moči zjišťujeme přítomnost a objem postmikčního rezidua. Vyšetření se provádí po vymočení. Hodnocení síly stěny močového měchýře nutno provádět s naplněným močovým měchýřem. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

1.4.6 Uroflowmetrie (UFM)

Jde o měření průtoku moči přístrojem – uroflowmetrem. Průtok moči je definovaný jako mikční objem za jednotku času a měří se v ml/s. Při tomto vyšetření získáváme grafický záznam průběhu mikce – uroflowmetrickou křivku a řadu dalších parametrů. K nejvýznamnějším patří maximální průtok, mikční objem, doba mikce a tvar křivky. U dětských pacientů je nutné v případě patologického nálezu vyšetření několikrát opakovat. Vždy dbáme na správnou přípravu k vyšetření – dítě necháme do uroflowmetru močit jen tehdy, kdy pociťuje výrazné nucení na moč. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

1.5 Léčba u dětí s monosymptomatickou enurézou

Cílem léčby je, aby se dítě nepomočilo při určitých příležitostech (na rodinné návštěvě, na táboře....), aby se snížil počet „mokrých“ nocí a zmenšil negativní vliv pomočování na životní styl dítěte. Ideálním cílem je, aby se dítě přestalo úplně pomočovat (za remisi enurézy je ve studiích považováno 14 po sobě následujících suchých nocí) a aby nedošlo k relapsu po ukončení léčby. Snažíme se volit léčbu s minimálními vedlejšími účinky. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.5.1 Režimová opatření

Velkou nutností je správný **pitný režim**. Jeho zásadou je správné rozložení příjmu tekutin během dne, což často vyžaduje pomoc nejen rodičů, ale i učitelů. Běžné doporučení zákaz příjmu tekutin ve večerních hodinách je přijatelný za podmínek, jestliže dítě pilo dostatečné množství tekutin během dopoledních hodin. Omezení tekutin ve večerních hodinách by mělo být jen krátkodobé. Dítě by nemělo vůbec přijímat tekutiny jen v průběhu poslední hodiny před spánkem. (Kovács, 2006)

Pouhou restrikcí tekutin na noc nelze tedy považovat za správné doporučení. Vždy dbáme na dostatečnou hydrataci dítěte. Frekvence mokrých nocí lze významně snížit odstraněním nápojů s kofeinem a perlivých nápojů ve večerní době. Mezi

dietetická opatření patří podávání nedráždivé stravy, vyhnout se kořeněným jídlům, doporučuje se užívání probiotik a brusinkových extraktů. (Kočnarová, 2008)

Mikční režim pak považujeme za správný, vyhoví-li dítě prvnímu nucení na moč, mikční akt provádí v naprostém klidu s důrazem na kompletní domočení. Přerušované močení, a tím posilování svěrače nelze doporučit pro možnost vývoje dysfunkce dolních močových cest. (Gut, Doležal, Ženíšek, 1999)

Pravidelný má být rovněž spánkový **režim dítěte**. Ke spánku se má dítě ukládat po řádném vymočení, za každou suchou noc má dítě dostat malou odměnu. Léčba vyžaduje motivaci nejenom dítěte, ale i jeho rodičů. Dostatečná motivace u dětí se očekává od sedmi let dítěte.

Je vhodné, když si enuretický kalendář vede sám malý pacient. Zjistí-li rodiče, ve kterou noční dobu se dítě pomočuje, lze ho touto dobou vzbudit budíkem. Efekt režimových opatření bývá všeobecně udáván ve 20%. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.6 Farmakoterapie

1.6.1 Desmopresin

Desmopresin je analog vazopresinu. Jsou popisovány 2 efekty účinku, specifický antidiuretický (působením na V2 receptory renálních tubulů zvyšuje zpětnou resorpci vody a tím snižuje noční produkci moči) a centrální (prostřednictvím mozkových receptorů V1b má efekt na snížení budoucího prahu). V České republice se lék nazývá Minirin a je dostupný ve formě tablet (0,1mg a 0,2mg) a sublinguálních tablet (60μg, 120μg). Počáteční dávka je na noc Minirin melt 120ug event. Minirin tbl 200mg. Pokud se podaří dosáhnout remise, má léčba trvat minimálně 3 měsíce, pak je vhodné Minirin na týden vysadit a pokud remise trvá, léčbu Minirinem postupně snižovat. Účelem tohoto postupného snižování Minirinu je zmenšení počtu relapsů po ukončení léčby. Pokud se dítě začne pomočovat ihned při zkušebním týdenním vysazení Minirinu, pokračujeme v léčbě stejnou dávkou. Jako vzácná komplikace léčby byla popsána intoxikace vodou. Při podání desmopresinu vždy musíme myslet na riziko

hyponatremie a edém mozku. Rodiče je třeba upozornit, že dítě nesmí 1 hodinu před a 8 hodin po podání léku pít. Při dodržení těchto pravidel je léčba bezpečná. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.6.2 Tricyklická antidepresiva

Účinnost tricyklických léků je srovnatelná s desmopresinem. Mechanismus účinku není zcela objasněn, je však přisuzován slabému anticholinergnímu působení, ovlivnění hloubky spánku a snad i stimulací vyplavování vazopresinu. Nežádoucí účinky se vyskytují až u 34% uživatelů. Mezi ně patří anorexie, strach, žaludeční a střevní potíže, závratě, ospalost, sucho v ústech a bolest hlavy. Intoxikace se projeví komorovou arytmií. Z tohoto důvodu jsou tricyklická antidepresiva volena k léčbě noční enurézy jen výjimečně. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.6.3 Anticholinergika

V současné době se preferuje propiverin (Mictonetten pro mladší děti, Mictonorm pro starší děti) v dávce 0,4 mg/kg. Má-li dítě normální mikční porce, lze anticholinergikum podat jen večer. Z praktického hlediska je léčba anticholinergikem ve dvou dávkách vhodná u dítěte s nonmonosymptomatickou enurézou (častější frekvence moči dle mikční karty, více než jedna epizoda nočního pomočení, mírné urgencye během dne bez doprovodných úniků moči bez noční polyurie). Mezi nežádoucí účinky anticholinergik patří obstipace a vznik postmikčního rezidua, které může být predispozicí pro infekci močových cest. (Flögelová, Vrána, 2009)

1.7 Budící přístroje (alarm systém)

Enuretický alarm je malý elektronický přístroj, který reaguje zvukovým signálem na mimovolný únik moče. Obsahuje malé kovové čidlo, které se uchytí k pyžamovým kalhotkám v oblasti genitálu. Předpokládá se, že při důsledném používání alarmu se děti naučí rozpoznat pocity přeplněného močového měchýře,

spontánně se probudit a vymočit. Enuretický alarm se doporučuje u pacientů starších, s frekvencí pomočování vyšší než tři krát za týden. U menších dětí je méně účinný, protože ty ještě nedokážou spolupracovat. Nedoporučuje se také u pacientů s nízkou frekvencí epizod. Terapie enuretickým alarmem si vyžaduje aktivní přístup dítěte, které by mělo alarm denně nastavit, vypnout ho po signalizaci, jít se vymočit na WC a znovu ho umět nastavit. Důležitá je míra pochopení a pomoci ze strany rodiny. Alarm je přínosem ve všech případech, ve kterých jsou pacienti a jeho rodina připraveni na takovou spolupráci. (Kovács, 2006)

1.8 Psychické důsledky enurézy

Enuréza je často spojována s dalšími emočními problémy a poruchami chování. Vznikají buď jako důsledek nekonečného pomočování nebo ze stejných příčin, jako vznikla enuréza. Děti s enurézou jsou často nejisté, nedůvěřivé a přecitlivělé. Mnohdy se u nich střídají nevypočitatelné nálady, mohou být smutné, uzavřené. Nemívají moc kamarádů a mají strach z další mokré havárie v posteli. Na druhou stranu mohou být rozpustilé, a tím se brání proti strachu a pocitům méněcennosti. Problémy se ještě víc zhoršují ve starším školním věku a v dospívání. Již těžko se skrývají karamboly s pomočováním před spolužáky: na táboře, ve škole v přírodě před prvním klukem či holkou. Nejhorší je, když se to dozví spolužáci ve třídě a začnou se dítěti posmívat. (Jabůrková, 2003)

Necitlivý přístup rodičů, kteří si myslí, že trestáním dosáhnou svého, je bez efektu. Enuréza má tedy vliv na celou rodinu. I děti mohou mít pocit, že v rodině selhaly, protože enuréza se neshoduje s očekáváním rodičů. Matky jsou nespokojené, protože si vyčítají enurézu jako svůj výchovatský neúspěch. Mohou obviňovat dítě, že nemá snahu se enurézou zbavit. (Jabůrková, 2003)

Bylo zjištěno, že matky enuretiků mají určité podobné vlastnosti, které mohou působit na vznik enurézy jejich dětí. Jedná se především o předčasné vyžadování udržování čistoty, perfekcionalismu a netolerantnost k dětem. Také se stává, že velká tolerance k dětskému pomočování vede k tomu, že děti, které se ve starším školním věku pomočují, nikdy nenavštívily lékaře. Otcové prožívají enurézu svých dětí jako

poskvrnu rodiny. Často z ní obviňují své manželky. Sourozenci většinou nedokážou potlačit kritické nebo výsměšné připomínky. (Jabůrková, 2003)

Mgr. Bohdana Plodková charakterizovala děti z letních enuretických táborů, které se uskutečnily v roce 2002 a 2003 na základě psychologického vyšetření. U valné většiny pozorovala křehkost CNS, kterou lze charakterizovat výraznou unavitelností, problémy s pozorností, kolísavou výkonností, sníženou schopností účelně nastavit energii na úkol apod. Enuretické děti mají potíže v kontaktu, které je podmíněno problematickým sebepojetím. Neúměrně se podceňují nebo naopak neadekvátně se přeceňují. Často jsou nápadně bezradné. Někteří jedinci se cítí tímto problémem podvědomě či dokonce vědomě „ocejchovaní“. V kontaktu s autoritou se obtížně podřizují, vzpírají se režimovým opatřením. Tyto děti prahnou po ocenění. Ocenění však obtížně přijímají a prožívají. U většiny těchto dětí lze nalézt emoční nevyzrálост. Obecně mají sklon k vyšší úzkosti. Jsou to jedinci s nápadně oslabeným volným úsilím, které lze hůře motivovat. Často se jedná o děti z vícečetných rodin, kde je akcentovaná sourozenecká rivalita. Rodinné zázemí lze označit za měkké, úzkostné, výchovně nedůsledné bez trvalejších režimových opatření. (Plodková, 2004)

Mgr. Bohdana Plodková dále uvádí, že poruchy s vyměšováním jsou pro starší dítě sociálně závažné. Dítě, které se pomočuje, může být terčem výsměchu a pohrdání. Může ohrozit prestiž dítěte ve skupině vrstevníků. Pomočování je velmi stigmatizující projev a děti jej proto velmi tají. (Plodková, 2004)

Dítě s enurézou si myslí, že všem přidělová práci, může být smutné a přestává si důvěřovat. Ostatním dětem se děti s enurézou na jedné straně vyhýbají, protože se za svoje pomočování stydí, na druhé straně by se s nimi chtělo kamarádit. Všechny starší děti s enurézou nemusejí mít takové prožitky. Naopak. Mohou být veselé, mohou se naučit žít i s pomočováním, mohou mít spoustu kamarádů a rodiče je berou i s občasnými mokřými karamboly v posteli. Celkové prožívání enurézy a postoj dítěte k ní totiž ovlivňuje stabilita rodinného kruhu a pocit bezpečí, postoj rodičů a sourozenců k pomočování. (Jabůrková, 2003)

2 RODINA

2.1 Člověk v rodině

Rodina je univerzální sociální skupina, ve které probíhají významné sociálněpsychologické jevy v životě jedince. Rodina a její intimním prostředí umožňuje jedinci zprvu vytvořit pevné sociální vazby. Později na základě této důvěry a emocionálně silných opětovávaných vztahů poskytuje jakési „tréninkové prostředí“ pro významné procesy dalšího psychosociálního vývoje. V rodině se utváří sebedůvěra, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému i personálnímu okolí obecně. Také se zde formují modely chování, přijímají se regulační činitelé těchto forem chování, dochází k předávání a zvnitřňování norem, k seznamování se s různými druhy rozhodnutí. V rodině dochází k procesu identifikace a k seznamování s identifikačními vzory odpovídajícími vlastní pohlavní roli. V rodině se osvojují formy komunikace, jak verbální, tak neverbální. (Výrost a kolektiv, 1998)

Dochází také k poskytování dovedností, které jsou potřebné k plynulému začlenění do společnosti. Formuje se též vlastní osobnost, jedinečnost, svébytnost v procesu individualizace. Je to právě rodinné prostředí, které – aniž bychom podceňovali biologické determinanty vývoje člověka – vtiskne specifické rysy každému jednotlivci. (Výrost a kolektiv, 1998)

„Autoři zaměření se na rodinu a její výzkum z hlediska jejího normálního fungování se shodují v tom, že nejdůležitější faktory rodinné harmonie, funkčnosti a stability jsou tvořivost, jasně vymezené role a schopnost jednotlivců zastupovat se v nich, jasně vymezená vedoucí role a podpora její autority ze stran ostatních, jasnost komunikace, způsob vyjadřování konfliktů a účinnost interakce při jejich řešení.“ (Výrost a kolektiv, 1998, s. 309)

Významné je, je-li rodina soudržná, ovšem s respektem k autonomii každého jednotlivce. Zdravá rodina umožňuje samostatnost, osobní zodpovědnost, nezávislost myšlení a hodnocení. Zároveň však poskytuje pocit emoční blízkosti, sounáležitosti, vzájemnosti. Důležitá je rodinná přizpůsobivost – adaptabilita. Rodina, která funguje

je schopna kreativně řešit situace, které přináší život, reagovat na ně adekvátně, měnit rodinnou strukturu, vztahy rolí a pravidel. Kromě tvořivosti je důležitá také podpora, vyjádření zájmu a zaujetí při společenských rozhovorech, možnost zástupnosti. Rodinný systém je tedy adaptabilní, ale též stabilní. Takto stabilní rodina se zdá být velkou podporou pro jedince, který je osobně rozkolísán. V této chvíli znázorňuje taková rodina pro jedince obrovskou hodnotou. (Výrost a kolektiv, 1998)

Rodina je jedinečným a nezastupitelným prostředím, ve kterém se dítě může optimálně vyvíjet, zrát a stávat se postupně dospělým. (Dunovský, Eggers, 1989)

2.2 Základní funkce rodiny

Přes nejednotnost autorů k funkcím rodiny jsou obecně uznávány tyto základní funkce:

- a. reprodukční
- b. materiální
- c. výchovná
- d. emocionální

Reprodukční funkce rodiny byla a je jedním z nejobvyklejších a nejpříjemnějších důvodů pro existenci rodiny. V dnešní době však ztrácí rodina svou nezastupitelnou úlohu v procesu reprodukce vlivem rozvoje genetiky a technického rozvoje v oblasti medicíny vůbec. (Výrost a kolektiv, 1999)

Materiální funkce byla v minulosti významnější než nyní. Slabší členové rodiny a děti byli plně odkázáni na materiální pomoc produktivních členů. Obecně lze říci, že v případě nefunkčnosti rodiny v oblasti materiálního zabezpečení jejích členů funguje ve společnosti poměrně dobře propracovaný systém sociálních podpor. I v této oblasti je rodina zastupitelná. (Výrost a kolektiv, 1999)

Výchovná funkce - rodina je prostředím, které poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě. Poskytuje vše potřebné pro plynulé zařazení do společnosti. V rámci rodinné interakce neprobíhá pouze výchova dětí, ale vzájemné působení

formuje všechny členy rodiny jak bezprostředně, tak dlouhodobě. Funkce výchovná je považována za velice podstatnou a jen obtížně nahraditelnou. Specifická dynamika probíhající v rodině tvoří zcela jedinečné prostředí pro formování postojů ke světu, blízkému okolí a sobě samému. Vytváří též hodnotové orientace, tvoří základ pro formování vlastního Já, koncepci vlastního života. (Výrost a kolektiv, 1999)

Emocionální funkce je považována za zcela jedinečnou a nezastupitelnou. Právě tato funkce určuje význam rodiny, který, ačkoli se v průběhu vývoje společnosti mění, stále tvoří nutný mezičlánek mezi společností jako celkem a jedincem. Tato funkce rodiny není vázaná na věk členů rodiny. Potřeba zázemí, bezvýhradného přijímání, podpory a pomoci, potřeba klidu a uvolnění, potřeba sdílení zážitků, společné historie, společných rituálů, potřeba známosti, důvěrnosti, potřeba společných perspektiv a plánů, potřeba vztažnosti sebe k něčemu trvalému, jistému, nrecipročnímu, je nutná pro všechny věkové kategorie. (Výrost a kolektiv, 1999)

V dysfunkční rodině je to právě oblast emoční, která nejvíce zraňuje, je nejhluběji postižena. Úzce souvisí s předchozí funkcí výchovnou. Stále jasněji se ukazuje, jak významnou roli sehrávají emoce v procesu socializace. Rodina poskytuje jakýsi protipól přetechizovanému životnímu stylu, který se zdá být stále více odlidšťován. (Výrost a kolektiv, 1999)

2.3 Rodina a nemoc

Průběh adaptace na nemoc či postižení je závislý na tom, jak se ke změně svého stavu staví samotný pacient. Adaptace na nemoc je určována také stylem, jakým rodina reaguje na stres. Tedy i tím, jak je rodina zvyklá řešit konflikty, jak zachází s emocemi, jak je schopna vyjadřovat postoje atd. Když je např. rodina zvyklá cenzurovat projevy všech negativních emocí, je pro ni obtížné vypořádat se s negativními emocemi. Je-li rodina naopak zvyklá zesilovat vyjadřování všech negativních pocitů, hrozí po propuknutí nemoci konflikty ještě vážnější než před tím. Ty mohou případně rodinu rozbít. (Matoušek, 1993)

Nemoc či postižení dítěte často vede k zesílení interakce mezi tímto dítětem a matkou. Tato přirozená reakce matky může být podpořena i doporučením zdravotníků, aby se matka pokud možno věnovala dítěti nemocnému a aby péči o ostatní děti přenechala otci či jinému členu rodiny. Matka je přirozeným výchovným a zdravotnickým expertem rodiny. Postižení dítěte tuto její roli akcentuje a hrozí odsunutí otce i nepostižené děti na vedlejší kolej. Dlouhodobé rozdělení rodiny na zdravou a nemocnou část není výhodné. Rodina se na nemoc dítěte dobře adaptuje tehdy, když jsou do péče zapojeni oba rodiče a podle svých možností i ostatní děti. (Matoušek, 1993)

Postižení či nemoc dítěte snáší rodiče pravidelně špatně. Časté je zesílení konfliktů v manželské dvojici. (Matoušek, 1993)

Dítě, které je nemocné získává, díky nemoci nad rodinou velkou moc. Regrese do infantilnějších způsobů chování pod vlivem nemoci je u dětí pravidlem. Ze strany rodiny, případně i zdravotníků, může být dítě naopak tlačeno do dospělejších, „rozumnějších“ způsobů chování. Dítě se pak dostává do tenze, která činí jeho chování nevypočitatelným, nepochopitelným. (Matoušek, 1993)

Rodina při střetu s nemocí či postižením nemá k dispozici vyzkoušené strategie a proto je nucena experimentovat, nacházet nová řešení nově vzniklých problémů. Je nutné, aby se rodina dopracovala k přijetí postiženého. Neodmítat ho a neodmítat ani jeho nemoc či postižení. (Matoušek, 1993)

Rodina bývá nucena přehodnotit své hodnoty. Do popředí zájmu se mohou dostat činnosti dříve téměř nevnímané, samozřejmé. Často je pozměněn životní styl rodiny. Musí si udržet kontakty s mimorodinným světem a také v tomto prostoru musí obhájit svou novou totožnost. (Matoušek, 1993)

Dětské lékaři a psychologové, kteří jsou v praxi vtaženi do rodinného „tajemství“, by neměli být při jakémkoliv ohrožení stability rodiny pouze v roli pozorovatelů. Určitým paradoxem je, že v éře molekulární genetiky, kdy lékařská věda proniká k samotné podstatě lidských nemocí, žije dnes v průmyslově rozvinutých zemích neočekávaně mnoho dětí v péči nesoustředěných rodičů, kteří věnují pozornost

sami sobě, televiznímu programu, svým přátelům, komukoli nebo čemukoli dalšímu, jen ne svému dítěti. (Mihál, 2003)

Nemoc dítěte téměř vždy naruší obvyklý chod rodinného života. U rodičů a sourozenců lze pozorovat napětí, neklid a úzkost, které se mohou přenášet nejenom na nemocné dítě, ale i na každého, kdo se dostává do styku s rodinou nemocného dítěte. Pro dětský organismus znamená jakákoliv nemoc vždy mimořádné zatížení. (Mihál, 2003)

Dnes již máme dostatek důkazů o tom, že sebelepší zdravotnická péče, která nepočítá s přítomností rodičů a jejich podílem na ní, není pro dítě optimální. Mělo by tomu tak být na všech úrovních zdravotnické starostlivosti. Zdravotní pracovníci společně s rodiči spolupracují a podílejí se na optimální péči. Je dobré, když je do této koordinované péče vhodně zainteresován i učitel dítěte. Je to právě on, kdo s ním ve školním roce tráví dlouhý čas, dítě dostatečně dobře zná a dovede proto včas a velmi přesně upozornit na jakoukoliv odlišnost v chování, která může signalizovat prvotní příznaky onemocnění. Když vážne přirozená komunikace mezi ním a rodiči, nebo když pedagogovi chybí vzdělání v biologii a zdraví dítěte, zbytečně může dojít k přehlédnutí včasných známek choroby. Vzájemná komunikace mezi rodiči, lékařem a učitelem by měla být základním předpokladem kvalitní péče. (Mihál, 2003)

Nezáleží ani tolik na objektivně zjištěném nález, ale spíše na tom, jak dítě svoji nemoc prožívá, jak ji percipují a interpretují jeho rodiče. Zde se uplatňují osobní vlastnosti rodičů, vzájemné vztahy v rodině před vypuknutím choroby, prožitky a zkušenosti rodičů ze svého dětství, zkušenosti s výchovou zdravého dítěte ale také míra a druh informovanosti o nemoci dítěte. (Dunovský, Eggers a kolektiv, 1989)

3 MLADŠÍ ŠKOLNÍ OBDOBÍ

Tato kapitola je věnována mladšímu školnímu období, ve kterém se děti našeho zkoumaného vzorku nacházejí. Považuji za vhodné přiblížení nejen schopností a dovedností, ale i kognitivního a emočního vývoje a procesu socializace. Poznatky jsem čerpala z knihy Vývojová psychologie, jejímž autorem je Prof. PhDr. Josef Langmeier, Csc a PhDr. Dana Krejčířová.

Mladší školní období se označuje období zpravidla od 6-7 let, kdy dítě vstupuje do školy až do 11 až 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy.

Běžný pohled na tuto životní etapu může nabýt dojmu, že je to období vcelku nezajímavé, ve kterém se toho s osobností dítěte tolik neděje. Změny se nezdají tak převratné jako v předešlých letech, ani tak bouřlivé jako v následujícím období dospívání. Vývojové studie ukazují, že tomu tak není: vývoj pokračuje trvale a plynule a ve všech směrech dosahuje dítě výrazných pokroků, které jsou pro jeho budoucnost často rozhodující.

Tento školní věk je často označován jako **střízlivý realismus**. Dítě chce pochopit okolní svět a věci v něm „doopravdy“. Tento charakteristický rys můžeme pozorovat v jeho mluvě, v kresbách, v písemných projevech, ve čtenářských zájmech i ve hře. Zajímá se o knihy, které ho poučují o věcech, lidech a zemích. Dává zpravidla přednost realisticky provedeným ilustracím – a to i dnes, kdy je ovlivňován moderně pojatými kresbami. Také ve hře se projevuje snaha o věrné zpodobení úloh.

3.1 Vývoj základních schopností a dovedností

Vývoj pohybových i ostatních schopností je do značné míry závislý na **tělesném růstu**. Ten je během tohoto období většinou rovnoměrně plynulý.

Během celého období se zlepšuje **hrubá i jemná motorika**. Pohyby jsou rychlejší, svalová síla je větší a zejména je nápadná zlepšená koordinace všech pohybů celého těla. Roste zájem o pohybové hry a o sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. Závisí na tom však i zlepšený výkon při psaní a kreslení. Motorické výkony nezávisí ovšem jen na věku, ale i na vnějších podmínkách: jsou-li vhodně podporovány, vykazují rychlejší a diferencovanější vzestup. Rozdíly mezi dětmi v pohybových dovednostech mohou být tedy podmíněny zčásti tím, jak je rodiče v tomto směru povzbuzují, nebo naopak tlumí ze strachu, aby si nějak neublížily.

Dítě ve školním věku si je dobře vědomo svých zdarů nebo nezdarů v této oblasti a začíná si své vlastní dovednosti poměřovat s výkony druhých dětí, eventuálně s výkony dospělých.

Také **smyslové vnímání** se soustavně vyvíjí. Ve všech oblastech vnímání – zejména zrakového a sluchového – pozorujeme ve školním věku právě z tohoto hlediska výrazné pokroky. Dítě je pozornější, vytrvalejší, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a ve vnímání méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách než mladší dítě. Je poměrně dobrým a stále kritičtější pozorovatelem. Nevnímá už věci v celku, ale prozkoumává je po částech, až do malých detailů. Nevnímá jen to, co se vnucuje, ale i to, na co záměrně dává pozor. Vnímání se tak stává více cílevědomým aktem – pozorováním.

Schopnost vybavit si v paměti dřívější vjemy – představivost – dosahuje u dětí školního věku až překvapivého vrcholu, že se usoudilo na zvláštní psychologický jev – eidetismus.

Také **řeč**, která lidskou činnost řídí a která dovoluje další rozvoj v celé oblasti chování prožívání, se výrazně vyvíjí. Ve školním věku roste výrazně slovní zásoba, roste délka a složitost vět, souvětí jsou stále složitější a vůbec postupuje celá větná vazba i užití gramatických pravidel na vyšší úroveň – jistě také vlivem formálního učení ve škole.

Rychlý vývoj řeči podporuje také zmíněný rozvoj **paměti**. Jak krátkodobá, tak i dlouhodobá paměť je proto ve školním věku stabilnější. Dítě dovede podstatně lépe

reprodukovat naučenou látku a vzestup v tomto směru je od začátku do konce mladšího školního věku podstatný.

Ve školním věku získává proces **učení** novou kvalitu tím, že se mnohem více opírá o řeč a že je daleko častěji plánovitý, jak to ostatně vyplývá už ze školních požadavků. Dítě se dovede soustředit současně na více aspektů učební látky, a tak roste složitost učení. S plánovitostí a záměrností učení souvisí i to, že si dítě osvojuje v širší míře i jisté obecnější postupy učení.

3.2 kognitivní vývoj

Teprve na počátku školního věku je dítě schopno skutečných logických „operací“, bez dřívější závislosti na viděné podobě. Stále se ovšem i toto logické usuzování týká jen konkrétních věcí, které si lze názorně představit. Až na počátku dospívání – kolem 11. roku – je správně se vyvíjecí dítě schopno vyvozovat soudy i zcela formálně, i když si nemůže obsah konkrétně představit.

Školák už také lépe chápe příčinné vztahy a nevykládá je čistě na základě antropomorfického (přenášení lidských vlastností, charakteristik a podob na předměty neživé přírody, přírodní síly, mytologické bytosti, představy bohů apod.) postoje jako dítě předškolní, kterému stačí vysvětlení, že žárovka svítí, protože jsem otočil vypínačem – zaměňuje tedy následnost za příčinnou souvislost.

3.3 emoční vývoj a socializace

Začlenění dítěte do lidského společenství postupuje výrazně vstupem do školy. Osobami, podle nichž se dítě učí modelovat své vlastní způsoby chování, nejsou už jen rodiče, ale přistupují k nim učitelé a spolužáci. Zvláště děti ve třídě i mimo ni přispívají k rozvoji civilizačního procesu.

Pokud jde o **způsoby sociální reaktivity**, dává skupina dítěti k četnějším a rozlišenějším interakcím. Reakce dítěte na druhé děti má jiný ráz než reakce na

dospělé, dítě je dítěti bližší svými vlastnostmi, svými zájmy i svým postavením mezi lidmi. Ve skupině se dítě učí sociálním reakcím, jako je pomoc slabším, spolupráce, ale i soutěživost.

Emoční vývoj a schopnost **seberegulace** ovšem v průběhu školních let rychle narůstá. Ve školním věku je dítě schopno podle potřeby vlastní vůli své city potlačit nebo naopak zřetelně vyjádřit. Teprve ve školním věku pak dítě poznává, že pocity, přání či motivy je možné před okolím skrývat (ale nelze je skrýt před sebou samým), dítě také dokáže v některých situacích výraz svých citů vůli potlačit. Až kolem deseti let připouští možnost současné přítomnosti několika protikladných emocí.

Vývoj sociálních kontrol a hodnotové orientace byl už zahájen. Dítě si je vědomo, co je „dobré“ a „zlé“. Během školního věku se začínají sociální normy morálního jednání stabilizovat. Dítě je schopno pochopit na určité rovině určité věci a jevy jako trvalé hodnotné cíle vlastního jednání. Abstraktní hodnoty jsou však dítětem pochopeny teprve na následujícím vývojovém stupni.

Vývoj morálního vědomí a jednání se brzy po začátku školního věku stává autonomní v tom smyslu, že dítě uznává určité jednání za správné či nesprávné samo o sobě, bez ohledu na autoritu dospělého, na jeho názor a příkaz. Dítě se tedy stává v této oblasti mravního hodnocení a jednání nezávislejší a vůči dospělým kritičtější. Je to však až do počátku období dospívání velmi rigidní morálka.

Ve školním věku se značně rozvíjí i třetí složka socializačního procesu – **osvojování sociálních rolí**. Zvnitřňuje se s novou rolí žáka, ale poznává i roli učitele, učí se novým způsobům v roli spolužáka, od něhož se v případě potřeby očekává pomoc nebo solidarita. Významné je také upevnění sexuálních rolí. Chlapecký či dívčí způsob chování upevňují většinou nevědomky rodiče ve shodě se společenským očekáváním tak, že projevují uznání, popřípadě nesouhlas. K ujasnění pohlavní role dítěte jistě napomáhají také informace, které si děti předávají mezi sebou. (Langmeier a kolektiv, 1998)

Přibližně od devíti do dvanácti let se objevuje tzv. rodičovské chování vůči malému dítěti to jak u děvčátek, tak u chlapců. Jde tedy o chování specificky druhově

lidské, nikoliv jen ženské a mateřské. V této době se rozhoduje mezi jiným také o zdravé utváření tzv. mužské a ženské identity člověka. (Matějček, 1994)

Ve skupině vrstevníků si dítě osvojuje i uvědomělejší **sebepojetí a sebehodnocení**. V deseti letech je introspektivní zaměření zřetelné. Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Předně rodiče dávají dítěti najevo, jak si ho váží nebo jak je podceňují, a tím mu jako v zrcadle ukazují jeho vlastní hodnotu. Na druhé straně jsou rodiče ovšem také vzorem chování – podle nich dítě modeluje samo sebe. Zejména ve školním věku významně ovlivňuje vývoj sebehodnocení dětská skupina. Vliv na vývoj sebehodnocení má i učitel. Může sebevědomí žáka podpořit, ale může v něm vyvolat pocit méněcennosti, zejména když ho ponižuje a ironizuje před ostatními dětmi.

Velmi důležitou činností pro poznávání světa věcí i začlenění do lidského společenství je vedle hry skutečná **práce**. Dítě, které začíná pracovat, si ovšem nepřestává hrát. Pro zdravý vývoj osobnosti je **hra** i ve školním věku nezbytná.

Hry školáka jsou podobné jako v předchozím období, její projevy jsou však bohatší a diferencovanější. Mění se i obliba her. Dítě dává přednost hrám se složitějšími pravidly. Už na počátku školní docházky se dítě učí, že má zvlášť vymezený čas na práci, při které se má soustředit a vynaložit úsilí bez hravého odbíhání. Na straně druhé má mít volnost při hře, která nemá být přímo svázána s žádným výchovným nebo vzdělávacím účelem. Neznamena to však, že by práce nemohla být zajímavá a lákavá jako hra a že by hra nemohla být vážná jako práce a nepřispívala k výchově. (Langmeier a kolektiv, 1998)

V teoretické části byly vysvětleny pojmy, jako jsou enuréza, její léčba, příčiny a psychologické důsledky tohoto onemocnění. Dále zde byl věnován prostor mladšímu školnímu období a blíže bylo též pojednáno o rodině a jejích funkcích. Nyní následuje praktická část bakalářské práce, ve které tyto pojmy byly podrobeny výzkumu se zaměřením na již dříve stanovené cíle.

4 VÝZKUM

4.1 Cíle průzkumného šetření

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat psychologickou problematiku u dětí postižených enurézou. Dalším cílem bylo zmapovat rozdílnost dětí v psychologickém prožívání a zjistit informovanost enuretických dětí o problematice tohoto onemocnění.

4.2 Metodika výzkumu

Základním impulsem pro sestavení částečně strukturovaného rozhovoru byla velkou inspirací studie Mudr. Aleny Březákové, která se zabývala nejen postojem dětí k enuréze, ale také úrovní představ o lidském těle, percepci okolím enuretického dítěte a jak tyto děti prožívají omezení potřeb. Studie byla uskutečněna v roce 1996. Některé z těchto otázek byly použity i v této bakalářské práci.

Jako výzkumný nástroj byl zvolen řízený strukturovaný rozhovor, kdy doplňující otázky byly pokládány v nejasných odpovědích. Rozhovoru se účastnilo jen dítě samotné, bez přítomnosti rodičů, ale samozřejmě s jejich souhlasem. Otázky pro rozhovor byly otevřeného charakteru a umožňují projektivní vyjádření dětí na vztahy v rodině, v kolektivu vrstevníků a na subjektivní prožívání onemocnění.

4.3 Výsledky rozhovorů

Ke zmapování rozdílnosti v psychickém prožívání dětí byla zvolena skupina dětí ve středním školním věku. Experimentální skupina byla sestavena z 15 dětí, které trpí monosymptomatickou enurézou. Navštěvují nefrologickou ambulanci v hranické nemocnici. V této skupince bylo 7 dívek a 8 chlapců. Kontrolní skupina byla složena

také z 15 dětí středního školního věku a obsahovala 9 děvčat a 6 chlapců. Tyto děti netrpí žádným chronickým onemocněním.

Při rozboru rodinného zázemí bylo zjištěno, že z enuretických respondentů 3 děti žijí v neúplné rodině, 7 dětí žije v rodině úplné (jedná se o rodinu doplněnou či nedoplněnou). Dvě děti jsou umístěny v ústavní péči. Průměrný počet sourozenců u dětí trpících enurézou je 1,3.

Srovnávací skupina dětí, které žije ve 13 případech v rodině úplné (též se jedná o rodinu doplněnou či nikoliv) a 2 děti žijí jen s matkou. Průměrný počet sourozenců u těchto dětí je 1,8.

K otázce: co o tobě říká maminka, děti trpící enurézou odpověděly v 7 případech pozitivní vyjádření a v 10 případech kritické. V kontrolní skupině se matky o dětech vyjadřovaly v 10 případech pochvalně a v 9 případech znělo vyjádření kritické.

K otázce: co o tobě říká tatínek, se u experimentální skupiny objevilo až příliš mnoho odpovědí, kde 7 chlapců odpovědělo, že se otec o nich nevyjadřuje vůbec či nevěděli, jaký k nim zaujímá postoj.

Respondenti obou skupin odpovídali velmi vyrovnaně. Z prvního kontaktu se nejevil rozdíl, kde by se odpovědi významně lišily. Enuretické děti odpověděly ve všech případech, že školní okolí není informováno o jejich potížích s nočním pomočováním. Obě skupiny dětí ve školním prostředí mají své kamarády, tráví rády čas ve společnosti ostatních spolužáků. Na otázku: jak se k tobě spolužáci chovají, byly zaznamenány ve většině případů pozitivní odpovědi jako např. „dobře“, „kamarádsky“, „hezky“, „normálně“.

Ve vývoji dětí středního školního věku je poukazováno na relativně nejlepší zdraví, vysokou tělesnou výkonnost a snad proto velká část dětí obou skupin odpověděla, že mezi nejoblíbenější předmět patří tělesná výchova. Samozřejmě nechyběly ani matematika, přírodopis, vlastivěda a angličtina. Mezi časté odpovědi patřila také přestávka a povídání či hra se spolužáky.

V oblasti týkající se onemocnění a jeho prožívání se odpovědi odlišovaly. V otázce: Na co myslíš, když se pomočíš, odpovídaly děti velmi negativně: např. „Je

mi to takové blbé.“, „Rozbrečuje mě to.“, „Vadí mi to.“, „Cítím se hrozně.“, „Stydím se.“, „Je mi to trapné.“

Osm enuretických dětí v našem vzorku je matkou velmi často kritizováno. Jedná se o 5 děvčat a 3 chlapce.

Děti z kontrolní skupiny si většinou postěžovaly na fyzický dyskomfort onemocnění jako mohou být např. únava, bolest, potřeba spánku. Čtyři chlapci se netajili radostí z přerušení školní docházky.

V otázce: na co myslíš, když jdeš večer spát, se děti s enurézou zaměřují na prevenci pomočení. Velká část těchto dětí si je vědoma, že již ve večerních hodinách přijímají velmi omezené množství tekutin a také před usnutím myslí na vyprázdnění močového měchýře a kontrolu užití medikace. Takto odpovědělo devět dotazovaných dětí. Ale také jako děti z kontrolní skupiny přemítají o proběhlém dni a co je čeká zítra, zda mají splněné povinnosti do školy. V tomto věku se již objevují myšlenky směřované k opačnému pohlaví.

V obou dotazovaných skupinách se objevily vyrovnaně odpovědi týkající se strachu z divokých snů, různých strašidel a příznaků. Též se objevila odpověď kontroly, zda je někdo z dospělých doma přítomen nebo zda jsou všichni v pořádku.

Na dotazy, kde byla provedena sonda do volného času, aktivita celých rodin o víkendu byly taktéž vyrovnané odpovědi. U obou skupin se jednalo o trávení času s ostatními dětmi, návštěva nepovinných kroužků, sledování TV, hra na PC, pomáhání při domácích pracích, čtení knih, hra s puzzle, stavebnicemi, ale také panenkami. Děti tráví víkendy také mnohdy společně s rodiči, kdy se aktivita rodiny zaměřuje na výlety do okolí, návštěvě prarodičů či práce na zahradě.

Na otázku: co by se změnilo, kdyby ses nepomočoval (a), odpovědělo šest dětí, že by se maminka méně zlobila nebo by na ně byla hodnější. Ve třech odpovědích bylo zaznamenáno, že rodiče by měli s dětmi méně starostí a dvě děti uznávají, že by se přestaly setkávat s posměchem v rodinném kruhu. Tři děti prohlásily, že by to pro ně byla velká úleva. Sedm dětí vypovědělo s nadšením, že by moc rády přespaly u svých kamarádů nebo jely na školní či jiný výlet, kde je možnost strávit den i s noclehem.

Čtyři děti z našeho vzorku se již zúčastnily i enuretického letního tábora a pozitivně si ho pochvalovaly.

V kontrolní skupině byla položena otázka: co bys u vás doma chtěl (a) změnit, šest dětí ve svých odpovědích uvedlo, že jsou zcela spokojeni a nemají potřebu změny. Dále bylo zaznamenáno ve 4 případech vylepšení domácnosti. Dvě dívky si přejí mít častěji doma otce a 1 chlapec touží po sourozencích.

4.4 Výsledky dotazníkového šetření – zmapování psychického prožívání u dětí

Další částí výzkumu byl sestaven dotazník, který byl shodný pro děti z obou skupin. Otázky byly směřovány na vnímání sebe sama, výchovné postupy rodičů, ale i zda dotazovaní dávají přednost osamocení před společností. Bylo položeno celkem 10 otázek, kde děti mohly odpovědět ano či ne. Kontrolní skupina se skládá z 15 dětí stejného věku jako děti enuretické. Tyto děti netrpí žádným chronickým onemocněním, proto jsou označeny jako: zdravé děti.

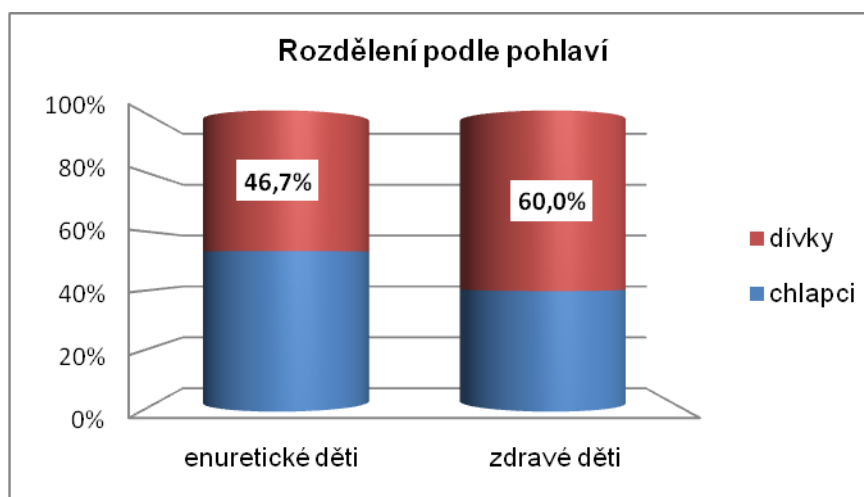
K popisu odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku byly použity kontingenční tabulky popisující distribuci (rozdělení) odpovědí ve skupině enuretických dětí a ve skupině zdravých dětí pomocí absolutních a relativních četností. Tabulky byly dělány pomocí statistického programu SPSS verze 15.

Rozdělení dětí podle pohlaví

Kontingenční tabulka

			Pohlaví		Celkem
			dívky	chlapci	
soubor	enuretické děti	Četnost	7	8	15
		%	46,7%	53,3%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	9	6	15
		%	60,0%	40,0%	100,0%
Celkem		Četnost	16	14	30
		%	53,3%	46,7%	100,0%

Tabulka 1: Rozdělení dětí podle pohlaví



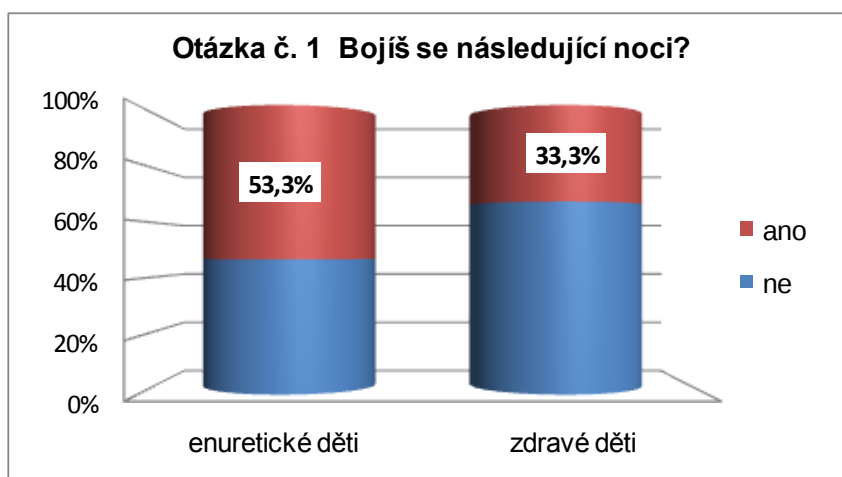
Obrázek 1: Rozdělení dětí podle pohlaví

Tabulka 1 i graf 1 znázorňují rozdělení dětí podle pohlaví. Skupina enuretických dětí byla složena ze 7 dívek a 8 chlapců. Kontrolní skupina dětí, označená jako děti zdravé, byla obsazena 9 dívkami a 6 chlapci.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 1 Kdy ž jdeš spát, bojíš se následující noci?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	8	7	15
		%	53,3%	46,7%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	5	10	15
		%	33,3%	66,7%	100,0%
Celkem		Četnost	13	17	30
		%	43,3%	56,7%	100,0%

Tabulka 2: Otázka č. 1



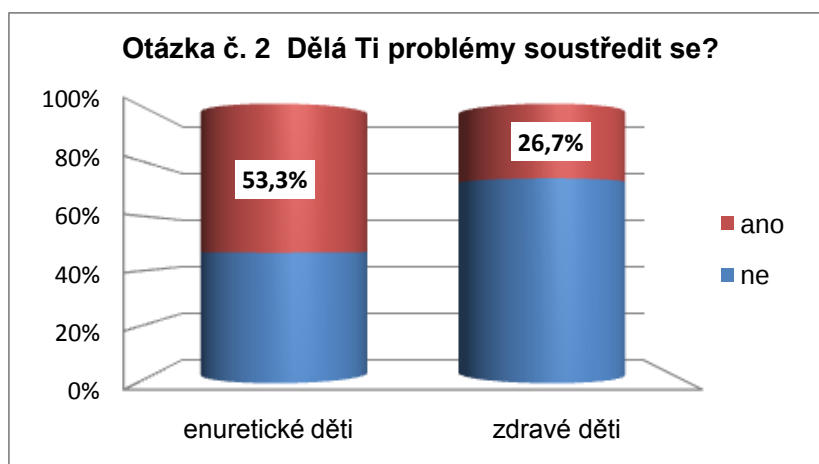
Obrázek 2: Otázka č. 1

Tabulka 2 i graf 2 znázorňují otázku č. 1: když jdeš spát, bojíš se následující noci. Osm z enuretických dětí odpovědělo, že prožívají strach a sedm dětí strach z následující noci nepocituje. Ve skupince zdravých dětí, tedy neenuretických odpovědělo 5 dětí, že má strach z následující noci a 10 dětí z této kontrolní skupiny strachem netrpí.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 2 Dělá ti problémy soustředit se při hře anebo práci?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	8	7	15
		%	53,3%	46,7%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	4	11	15
		%	26,7%	73,3%	100,0%
Celkem		Četnost	12	18	30
		%	40,0%	60,0%	100,0%

Tabulka 3: Otázka č. 2



Obrázek 3: Otázka č. 2

Tabulka 3 i graf 3 znázorňují otázku č. 2: dělá ti problémy soustředit se při hře anebo práci odpovědělo osm dětí z enuretické skupiny, že mají se soustředěním potíže a sedm dětem soustředění potíže nedělá. Z kontrolní skupiny odpověděly čtyři děti, že mají potíže se soustředěním a jedenáct dětí potíže se soustředěním neudává.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 3 Dostáváš rád(a) často povzbuzení nebo pochvalu od svých blízkých?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	14	1	15
		%	93,3%	6,7%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	14	1	15
		%	93,3%	6,7%	100,0%
Celkem		Četnost	28	2	30
		%	93,3%	6,7%	100,0%

Tabulka 4: Otázka č. 3

Tabulka 4 znázorňuje otázku č. 3: dostáváš rád (a) povzbuzení či pochvalu od svých blízkých, odpovědělo kladně čtrnáct enuretických dětí a záporně jen jedno dítě. Taktéž tomu bylo u kontrolní skupiny.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 4 Dělá ti problémy dodržovat pravidla a režim ve škole či zájmových kroužcích?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	4	11	15
		%	26,7%	73,3%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	3	12	15
		%	20,0%	80,0%	100,0%
Celkem		Četnost	7	23	30
		%	23,3%	76,7%	100,0%

Tabulka 5: Otázka č. 4

Tabulka 5 znázorňuje otázku č. 4: dělá ti problémy dodržovat pravidla a režim ve škole či zájmových kroužcích, odpověděly čtyři děti z enuretické skupiny působení problémů. Jedenácti dětem z této skupiny režim a pravidla potíže nepůsobí. V kontrolní skupině byly celkem tři odpovědi, kdy dětem pravidla a režim potíže činily a dvanáct dětí potíže nepocíťovaly.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 5 Říká se o tobě, že jsi velmi citlivý(á)?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	3	12	15
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	3	12	15
		%	20,0%	80,0%	100,0%
Celkem		Četnost	6	24	30
		%	20,0%	80,0%	100,0%

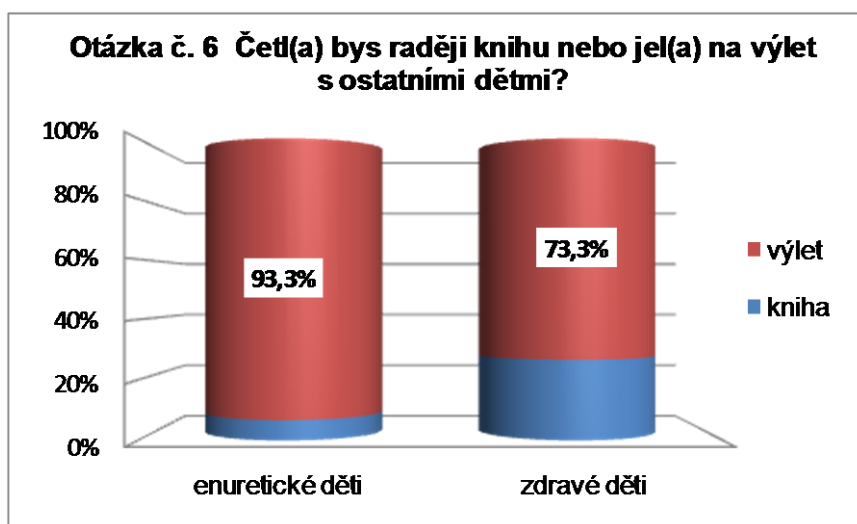
Tabulka 6: Otázka č. 5

Tabulka 6 znázorňuje otázku č. 5, která se dotazovala na citlivost dítěte. Tři děti z enuretické skupiny uznávají, že jsou okolím vnímány jako citlivé a 12 dětí toto tvrzení odmítá. Kontrolní skupina dětí odpovídá taktéž.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 6 Raději bys četl(a) zajímavou knihu anebo bys jel(a) na nějaký pěkný výlet s ostatními dětmi?		Celkem
			Kniha	Výlet	
soubor	enuretické děti	Četnost	1	14	15
		%	6,7%	93,3%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	4	11	15
		%	26,7%	73,3%	100,0%
Celkem		Četnost	5	25	30
		%	16,7%	83,3%	100,0%

Tabulka 7: Otázka č. 6



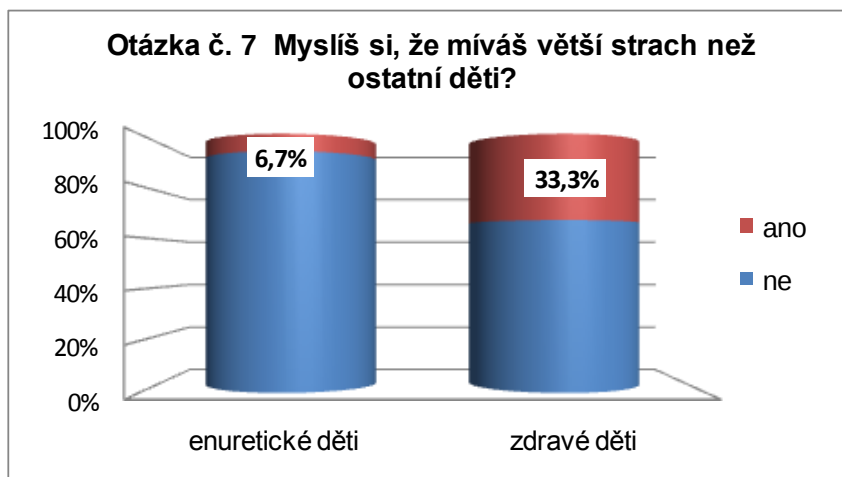
Obrázek 4: Otázka č. 6

Tabulka 7 i graf 4 znázorňuje otázku č. 6, která se dotazovala, zda by dítě raději četlo zajímavou knihu, nebo se zúčastnilo výletu s ostatními dětmi. V enuretické skupině by jedno dítě trávilo čas čtením zajímavé knihy a čtrnáct dětí by jelo na pěkný výlet s ostatními dětmi. V kontrolní skupině se odpovědi lišily a to tak, že čtyři děti by raději četly zajímavou knihu a jedenáct dětí by jelo na výlet s ostatními dětmi.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 7 Myslíš si o sobě, že míváš větší strach než ostatní děti?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	1	14	15
		%	6,7%	93,3%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	5	10	15
		%	33,3%	66,7%	100,0%
Celkem		Četnost	6	24	30
		%	20,0%	80,0%	100,0%

Tabulka 8: Otázka č. 7



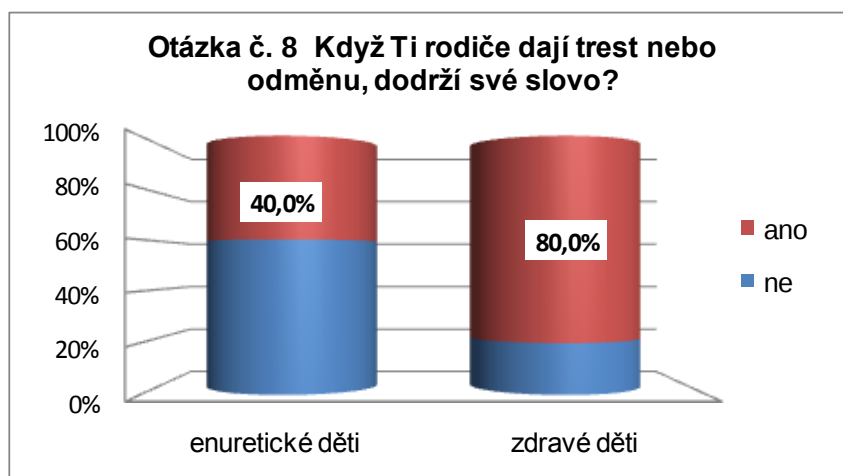
Obrázek 5: Otázka č. 7

Tabulka 8 i graf 5 znázorňuje otázku č. 7, která se dotazuje, zda si dítě myslí, jestli mívá větší strach než ostatní děti. Jedno enuretické dítě přiznává, že ano. Čtrnáct enuretických dětí tento pocit nemá. V kontrolní skupině si pět dětí myslí, že trpí větším strachem než ostatní a deset dětí nevnímá, že by mělo větší strach než ostatní děti.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 8 Když ti rodiče dají nějaký trest či odměnu, dodrží své slovo?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	6	9	15
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	12	3	15
		%	80,0%	20,0%	100,0%
Celkem		Četnost	18	12	30
		%	60,0%	40,0%	100,0%

Tabulka 9: Otázka č. 8



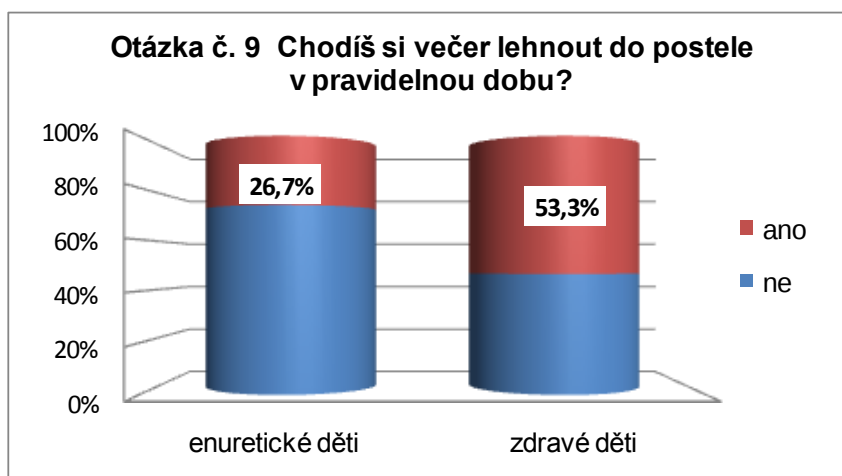
Obrázek 6: Otázka č. 8

Tabulka 9 i graf 6 znázorňuje otázku č. 8, která se dotazuje, zda rodiče dodrží své slovo v případě trestu či odměny. Šest dětí z enuretické skupiny udávají, že jejich rodiče jsou ve výchově důslední a devět dětí udává, že rodiče ve výchově příliš důslední nejsou. Dvanáct dětí z kontrolní skupiny odpovědělo, že jejich rodiče slíbené tresty a odměny dodržují a ve třech případech byla zaznamenána nedůslednost.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 9 Chodíš si večer lehnout do postele v pravidelnou dobu?		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	4	11	15
		%	26,7%	73,3%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	8	7	15
		%	53,3%	46,7%	100,0%
Celkem		Četnost	12	18	30
		%	40,0%	60,0%	100,0%

Tabulka 10: Otázka č. 9



Obrázek 7: Otázka č. 9

Tabulka 10 i graf 7 znázorňuje otázku č. 9, která je zaměřena na pravidelnost doby, kdy si děti chodí lehnout do postele. Čtyři děti z enuretické skupiny odpovědělo, že pravidelnost dodržují a jedenáct dětí uvedlo, že jejich režim je nepravidelný. Z kontrolní skupiny osm dětí odpovědělo, že chodí pravidelně do postele a sedm dětí přiznává nepravidelný režim.

Kontingenční tabulka

			Otázka č. 10 Má maminka s tatínkem o tebe velké starosti? (úraz, onemocnění)		Celkem
			Ano	Ne	
soubor	enuretické děti	Četnost	6	9	15
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	zdravé děti	Četnost	7	8	15
		%	46,7%	53,3%	100,0%
Celkem		Četnost	13	17	30
		%	43,3%	56,7%	100,0%

Tabulka 11: Otázka č. 10

Tabulka 11 znázorňuje otázku č. 10, která se dotazuje, jestli mají rodiče o dítě velké starosti. Šest enuretických dětí přiznává, že ano. Devět dětí nadměrnou starostlivost popírá. V kontrolní skupině souhlasilo sedm dětí s nadměrným strachem ze strany rodičů a osm dětí nemá pocit, že by rodiče trpěli velkou starostlivostí o tyto děti.

4.5 Výsledky informovanosti o enuréze

Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zmapovat informovanost enuretických dětí o problematice enuréza.

V této části bylo položeno patnácti enuretickým dětem ve věku 9-12 let celkem osm otázek. Otázky jsou blíže popsány v příloze č. 2. Otázky se týkaly pojmu enuréza, její příčině, její léčby a vyšetření tohoto onemocnění také pravidel enuretického režimu. Jednotlivé odpovědi byly zaznamenávány. Každá otázka poté vyhodnocena jedním či žádným bodem. Toto obodování bylo v konečné fázi zpracováno pro přehlednost do grafu, který je uveden níže. Správné odpovědi na dotazované otázky jsou uvedeny v teoretické části.

Otázka č.1: Co je to enuréza?

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	9	57
správná odpověď	6	43
celkem	15	100

Tabulka 12: Otázka č. 1

V první otázce: co je enuréza, šest dětí odpovědělo správně. Nejčastější odpovědi dětí byly: „Noční počůrávání“ nebo „Počůrávání v noci. Spím a ráno mám mokrou postel, na nic si nepamatuju.“ Také „Je to pomočování. Mám to já i ostatní děti, které s tím chodí k panu doktorovi.“ V devíti odpovědích bylo zaznamenáno „Nevím.“

Otázka č.2: Jak vzniká enuréza?

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	12	80
správná odpověď	3	20
celkem	15	100

Tabulka 13: Otázka č. 2

Ve druhé otázce v pořadí, která zněla: víš, jak enuréza vzniká, tři dotazovaní odpověděli správně. Děti udávaly příčinu dědičného charakteru a také zde bylo zaznamenáno konstatování, že ve spánku necítí velké množství moči v břiše. Nesprávně odpovědělo dvanáct dětí.

**Otázka č.3: Užíváš tabletky Minirin? Co po
požití této tabletky nesmíš udělat?**

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	2	12
správná odpověď	13	88
celkem	15	100

Tabulka 14: Otázka č. 3

Třetí otázkou bylo dotazováno na pravidla farmakoterapie. Všechny enuretické děti v našem vzorku medikují preparát Minirin. Třináct dotazovaných dětí odpovědělo správně, když uvedlo, že po požití této tablety by neměly již přijímat tekutiny. Vědí, že je to nebezpečné a byly by v ohrožení. Dvě děti správnou odpověď neznaly.

**Otázka č.4: Co bys měl(a) udělat večer
před ulehnutím do postele?**

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	4	27
správná odpověď	11	73
celkem	15	100

Tabulka 15: Otázka č. 4

Na čtvrtou otázku: co bys měl (a) udělat večer před ulehnutím do postele, odpovědělo správně jedenáct dotazovaných. Čtyři děti neznaly správnou odpověď.

**Otázka č.5: Ve kterou část dne si myslíš,
že je dobré pít víc tekutin?**

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	2	15
správná odpověď	13	85
celkem	15	100

Tabulka 16: Otázka č. 5

Ve které části dne si myslíš, že je dobré přijímat více tekutin. Takto zněla otázka č. 5. Správně odpovědělo třináct dětí. Nesprávná odpověď byla zaznamenána u dvou dětí.

Otázka č.6: Když máš nucení na močení, co uděláš?

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	3	22
správná odpověď	12	78
celkem	15	100

Tabulka 17: Otázka č. 6

Na šestou otázku v pořadí: co uděláš, když máš nucení na močení, odpovědělo správně dvanáct dětí. Tři děti měly nesprávnou odpověď.

Otázka č.7: Myslíš že je enuréza nemoc?

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	9	60
správná odpověď	6	40
celkem	15	100

Tabulka 18: Otázka č. 7

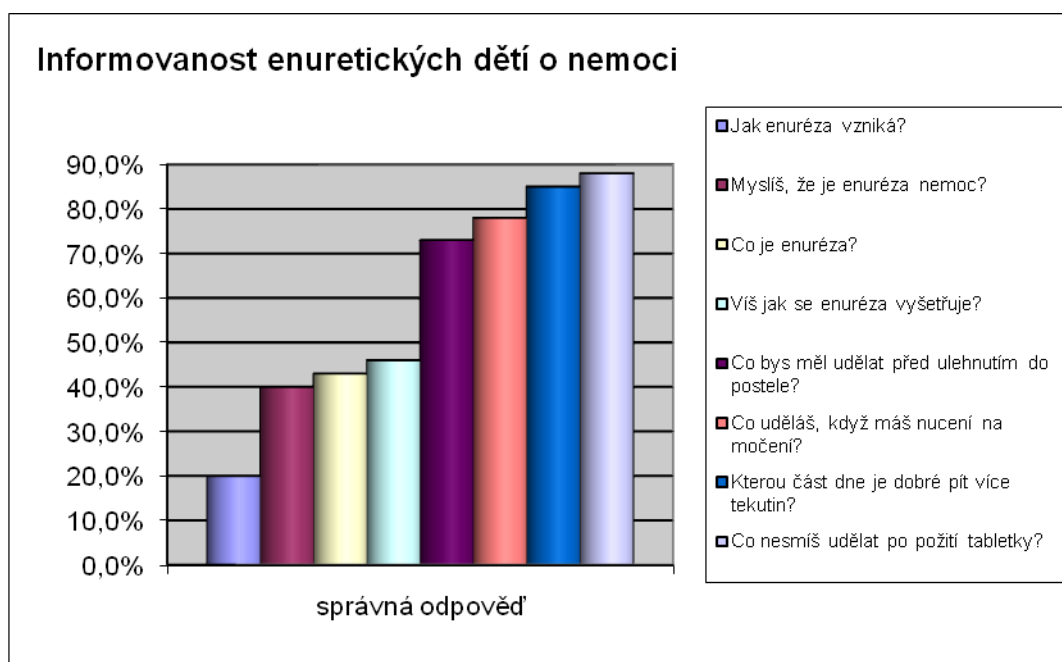
Velmi rozmanité odpovědi byly zaznamenány v sedmé otázce: Myslíš, že je enuréza onemocnění? Děti odpovídaly většinou po delším zaváhání následovně: „Je to onemocnění a hrozně nepříjemné.“, „Jo, je to nemoc a pěkně mě otravuje.“ Nebo naopak enurézu považovaly za maličkost, co brzy pomine. Bylo zaznamenáno šest správných odpovědí. U devíti dětí byla zaznamenána odpověď nesprávná.

Otázka č.8: Víš jak se tato nemoc vyšetřuje?

	Četnost	Procenta
nesprávná odpověď	8	54
správná odpověď	7	46
celkem	15	100

Tabulka 19: Otázka č. 8

Osmá otázka se týkala vyšetření enurézy a sedm dětí odpovědělo dobře. Odpovědi zahrnovaly převážně kontroly mikčního kalendáře, vyšetření moče, prohmatání břicha lékařem, kontroly hmotnosti nebo krevního tlaku v ordinaci, ale zaznělo i ultrazvukové vyšetření. U osmi dětí byla zaznamenána špatná odpověď.



Obrázek 8: Informovanost enuretických dětí o nemoci

Jak ukazuje grafické znázornění nejlepší informovanost u enuretických dětí je v oblasti pitného režimu a farmakoterapie.

Nastává však další otázka, a to zda tyto děti své poznatky a vědomosti o svém onemocnění uplatňují ve svém běžném životě.

DISKUSE

Bakalářská práce je věnována problematice enurézy u dětí. Pro potřeby šetření této problematiky byl připraven rozhovor s dětmi, který byl zaměřen na oblasti rodinného a školního prostředí, a také subjektivního prožívání nemoci. Též byl sestaven dotazník. Výsledky vyhodnocení rozhovoru i dotazníku přinesly zajímavé a přínosné výstupy, které byly popsány ve výzkumné části. V této části budou podrobeny hlubší analýze a srovnány s informacemi, prezentovanými v jiných zdrojích, věnujících se tomuto tématu. Pro lepší tematickou soudržnost byly primárně využívány zdroje, ze kterých bylo čerpáno v teoretické části.

Barker uvádí, že častější výskyt enurézy je u chlapců než u dívek, a to v poměru 2:1. Výzkumný soubor obsahoval 7 dívek a 8 chlapců, to je poměr téměř 1:1. Je nutné brát v potaz, že nešlo o náhodný výběr a také, že vzorek dotazovaných dětí byl velmi malý.

Doležal uvádí, že 20% dětí je postiženo sekundární enurézou. Devět dětí bylo postiženo primární enurézou, což je 60% a u šesti dětí byla diagnostikovaná enuréza sekundární, což je 40%. Vysvětlení může být opět malým počtem probandů nebo u takto velkých dětí je již problémem enurézu blíže diagnostikovat. Rodiče si nemusí pamatovat šesti měsíční období suché pauzy, která proběhla v raném období dítěte.

K otázce: co o tobě říká tatínek, se u experimentální skupiny objevilo sedm odpovědí, kdy chlapci tvrdili, že se otec o nich nevyjadřuje vůbec či nevěděli, jaký k nim zaujímá postoj. Tento „nezájem ze strany otce“ může být vysvětlen i tím, že se spolu otec a syn nestýkají nebo dotazovaní chlapci nesvědomitě vypovídali. Obzvlášť v tomto období je důležitý kontakt s otcem a to především u chlapců, proto si tento výsledek zaslouží další šetření. Tato práce si však neklade za cíl tento jev blíže objasnit.

MUDr. Březáková (1996) uvádí, že pro některé děti s enurézou jsou charakteristické pocity méněcennosti, viny, studu, negativní sebehodnocení, prožívání strachu a úzkosti. Překvapivě lze označit výsledky k šesté otázce v dotazníku.

V dotazníku na sedmou otázku jen jedno enuretické dítě uvádí, že se cítí být úzkostlivější než jeho vrstevníci. Jsme si opět vědomi, že vzorek enuretických dětí je malý, ale děti svou odpověď mají vyjadřovat subjektivní názor. Nabízí se zde také otázka, zda jsou děti schopny srovnání svého strachu s ostatními vrstevníky.

PhDr. Jabůrková (2003) uvádí, že enuretické děti nemají mnoho kamarádů. Děti zkoumaného vzorku odpověděly ve všech případech, že jejich spolužáci nejsou informováni o potížích s nočním pomočováním. Součet kamarádů ve třídě se pohyboval od čísel dvou až tří. V některých odpovědích byly zaznamenány u enuretických dětí i kamarádství a dobré vztahy s celou třídou. Vysvětlení může být opět omezeným vzorkem dotazovaných, možnou změnou společnosti a vývojem. Tyto děti jsou již ve věkové hranici, kdy jsou schopny své postižení skrýt před spolužáky nebo si najít kamarády v jiných zájmových činnostech a také z důvodu, že mokré epizody se stávají především v nočních hodinách.

Překvapivě lze označit výsledky k šesté otázce v dotazníku. Čtrnáct enuretických dětí odpovědělo, že by raději trávilo čas v přítomnosti ostatních dětí. Vysvětlení může být následující: tyto děti touží být součástí kolektivu, přejí si provádět stejné aktivity jako děti, které pomočováním netrpí.

Osm enuretických dětí ve zkoumaném vzorku je matkou velmi často kritizováno. Vzniká zde tedy zvláštní vazba, kdy tyto děti se s větší podrobností zaměřují před spánkem na prevenci „mokrý postýlky“. Edukace by se měla především zaměřit na rodiče pomočujících se dětí. Zdůraznit podporování dítěte, které je třeba vnímat jako jedinečnou bytost a nesnižovat její hodnotu tímto nepříjemným problémem.

Na otázku: když ti rodiče dají trest či odměnu, dodrží své slovo. Devět enuretických dětí odpovědělo, že jejich rodiče jsou ve výchově nedůslední. U kontrolní skupiny nedůslednou výchovu přiznaly jen tři děti. Dvanáct dětí z kontrolní skupiny své rodiče vidí jako důsledné. Šest dětí v enuretické skupině své rodiče označilo jako důsledné. Zde může být tedy položena otázka, proč jsou rodiče enuretických dětí nedůslední. Snad v nadměrném ochranitelství nad nemocným dítětem, různými ústupky ve výchově nebo v neúměrném přetěžování. Z tohoto poznatku vyplývá, že v devíti případech nemají enuretické děti jistotu, co je v určitých situacích správné nebo naopak. Dítě si může být nejisté, co se od něj očekává a jak v určitých situacích

reagovat. Takto může být vnímán přístup nedůsledných rodičů a také tak mohou reagovat.

Otázka č. 9 zněla: chodíš si večer lehnout do postele v pravidelnou dobu. Tyto odpovědi nám dávají nahlédnout, zda enuretické děti dodržují pravidelný režim či nikoliv. Zde lze vidět, že jen čtyři enuretické děti ulehají v pravidelnou dobu do lůžka, 11 dětí chodí většinou spát v pozdních nočních hodinách. Pravidelný spánek patří k základním léčebným doporučením enuretických dětí. Tento poznatek vybízí k opakované edukaci nejen dětských pacientů, ale především jejich rodičů o významu pravidelného režimu. S důrazem na klidnou, citlivou, ale zároveň důslednou výchovu. Po tomto zjištění rázem vyplynula zvýšená naléhavost vypracovat jednoduchý edukační letáček pro enuretické děti, který by měli znát především jejich rodiče. Je uložen v příloze č. 1.

Informovanost enuretických dětí o tomto onemocnění byla úspěšná v oblasti farmakoterapie a pitného režimu. Dětem činily otázky typu: jak vzniká enuréza, je enuréza onemocnění. Správné odpovědi na tyto otázky byly již zastoupeny v menším počtu. Nevědomost můžeme přikládat zahlcením dotazovaných jinými starostmi, ale také nezájmem nebo nepotřebností těchto vědomostí.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této bakalářské práce byla enuréza u dětí, jejímž cílem bylo zmapovat psychologickou problematiku u dětí, zmapovat rozdílnost dětí v psychologickém prožívání a také zmapovat informovanost enuretických dětí o problematice enurézy. Pro zjištění potřebných informací byl k této práci vytvořen rozhovor, zaměřený na projektivní vyjádření dětí na vztahy v rodině, kolektivu vrstevníků a na subjektivní prožívání onemocnění. Dále byl sestaven dotazník, kde byly otázky směřovány na vnímání své osoby, výchovné postupy rodičů a zda dítě dává přednost osamocení před společností. Celkem bylo patnáct dotazovaných enuretických dětí, byly ve věku 9-12 let. Kontrolní skupina obsahovala stejný počet dětí, které netrpěly žádným chronickým onemocněním a pohybovaly se také ve věku 9-12 let. Výsledky, kterých bylo šetřením dosaženo, mohou být ovlivněny výběrem dotazovaných respondentů.

Prvním cílem bylo zmapovat psychologickou problematiku u dětí postižených enurézou. Z výpovědí enuretických dětí vyplývá, že jejich prožívání je onemocněním ovlivněno. Enuréza přináší těmto dětem řadu nepříjemností, mnohdy zažívají pocity studu a úzkosti. Pociťují lítost nad přidělováním práce rodičům a v neposlední řadě je to omezení v činnostech, které mohou děti, bez pomočovací potíže běžně vykonávat. Celkové prožívání enurézy i postoj dítěte k ní je ovlivněno stabilitou rodinného zázemí a především postojem rodičů k dítěti.

Druhým cílem bylo zmapovat rozdílnost dětí v psychologickém prožívání. Při prvním kontaktu nebyl patrný rozdíl mezi oběma skupinami dětí. Po získání důvěry však byly poodhaleny potíže související s tímto onemocněním. Enuretické děti, na rozdíl od dětí v kontrolní skupině si často stěžovaly na omezení související s akcemi spojené s přenocováním v jiném než domácím prostředí. Což ovšem neznamená, že děti bez tohoto handicapu psychické potíže nemají. Život dětí bez enurézy je jednodušší, jelikož nemusí řešit problémy s ní spojené.

Třetím a zároveň posledním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat informovanost enuretických dětí o problematice enurézy. Zkoumaný vzorek těchto dětí byl nejlépe informován v oblasti farmakoterapie a pitného režimu. Zjištění, které odpovědi na otázky činily dětem problémy, mě motivovalo k vytvoření edukačního letáčku (viz. Příloha č. 1). Po dohodě s vedením nemocnice se tento edukační materiál chystám uvést do praxe.

Tato explorativní studie dětí s enurézou přináší více otázek než odpovědí. I přes metodologické limity studie (např. malý počet respondentů) se mi podařilo poukázat na mnoho oblastí, ve kterých by se mohly vyskytovat (či naopak nevyskytují) potíže. Tyto poznatky mohou být využity pro inspiraci budoucího výzkumu i při přímé práci s enuretickými dětmi. Do budoucna bych se tímto tématem chtěla více zabývat.

SEZNAM LITERATURY

1. BARKER, P., *Základy dětské psychiatrie*, 1.vyd. Praha: Triton 2007. 252s. ISBN 978-80-7254-955-9
2. BŘEZÁKOVÁ, Alena. *K psychologii dětské enurézy*. Československá psychologie. 1995, roč. XL, č.5, s463-442.
3. DOLEŽAL, Jiří. *Enuresis nocturna*. Urologické listy.[online]. 2007.[cit:2010-04-16]. Dostupné z:[://www.urologickelisty.cz/pdf/ul-07-01-10.pdf](http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul-07-01-10.pdf)
4. DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H., ed. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Avicenum 1989. 256s.
5. DYLEVSKÝ, I., *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: Epava 2000. 480s. ISBN 80-86297-05-5
6. FLÖGELOVÁ, Hana, VRÁNA, Jan. Noční pomočování – problém každé ambulance pediatra. *Pediatrie pro praxi*. 2009, roč. 10(3), s. 146-149.
7. GUT, J., DOLEŽAL, J., ŽENÍŠEK, J., *Pomočování u dětí*. 2.vyd. Praha: Galén 1999. 86s. ISBN 80-7262-010-X
8. GUT, J. O enuréze [online]. [cit:2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.enureza.cz/>.
9. JAVURKOVÁ, Alena. Enuréza očima dětí [online].2007.[cit:2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek2485.htm>
10. KOVÁCS, László. *Primárna nočná enuréza*. Ambulantná terapia. 2006, roč. 3.II, s.36-38.
11. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing 1998. 344s. ISBN 80-7169-195-X
12. MATĚJČEK, Z., *Co děti nejvíce potřebují*. 1.vyd. Praha: Portál 1994, 112s. ISBN 80-7178-006-5
13. MATOUŠEK, O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství 1993. 124s. ISBN 80-90142-7-8
14. MÍHAL, Vladimír. Nemocné dítě a rodina. *Pediatrie pro praxi*. Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc. 2003, roč. 4, s.198-201.
15. NOVÁK, Ivo, LANGROVÁ Eva. Enuresis nocturna z pohledu urologa a dětské sestry. *Ošetřovatelství*. 2000, roč.2, č.1/2, s.41-43, sign.nevaz.670a
16. PLODKOVÁ, Bohdana. Enuréza a letní tábory pro děti. *Pediatrie pro praxi*. Jihočeská Univerzita, České Budějovice. ISSN 1213-0494.2004, roč.5, č.2, s.91-92.
17. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., ed. *Aplikovaná sociální psychologie I*. 1.vyd. Praha: Portál 1998. 383s. ISBN 80-7178-269-6
18. <http://www.enurezis.sk>
19. <http://www.nocvsuchu.cz>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozdělení dětí podle pohlaví.....	35
Obrázek 2: Otázka č. 1	36
Obrázek 3: Otázka č. 2.....	37
Obrázek 4: Otázka č. 6.....	39
Obrázek 5: Otázka č. 7.....	40
Obrázek 6: Otázka č. 8.....	41
Obrázek 7: Otázka č. 9.....	42
Obrázek 8: Informovanost enuretických dětí o nemoci.....	47

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Rozdělení dětí podle pohlaví.....	34
Tabulka 2: Otázka č. 1.....	35
Tabulka 3: Otázka č. 2.....	36
Tabulka 4: Otázka č. 3.....	37
Tabulka 5: Otázka č. 4.....	38
Tabulka 6: Otázka č. 5.....	38
Tabulka 7: Otázka č. 6.....	39
Tabulka 8: Otázka č. 7.....	40
Tabulka 9: Otázka č. 8.....	41
Tabulka 10: Otázka č. 9.....	42
Tabulka 11: Otázka č. 10.....	43
Tabulka 12: Otázka č. 1.....	44
Tabulka 13: Otázka č. 2.....	44
Tabulka 14: Otázka č. 3.....	44
Tabulka 15: Otázka č. 4.....	45
Tabulka 16: Otázka č. 5.....	45
Tabulka 17: Otázka č. 6.....	46
Tabulka 18: Otázka č. 7.....	46
Tabulka 19: Otázka č. 8.....	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Edukační letáček

Příl. 2 – Rozhovor s enuretickými dětmi, otázky pro zjištění informovanosti dětí o enuréze

Příl. 3 – Rozhovor s dětmi z kontrolní skupiny

Příl. 4 – Otázky pro zmapování rozdílnosti dětí v psychickém prožívání

Příl. 5 – Vybrané odpovědi z rozhovorů

Příl. 6 – Užitečné rady pro rodiče

EDUKACE ENURETICKÝCH DĚTÍ

Přiblížení močového systému

Ledviny vyrábějí moč ve dne i v noci. Z ledvin do močového měchýře přitéká moč dvěma trubicemi, které se nazývají močovody. Močový měchýř funguje jako balónek, který se plní močí a přitom se nafukuje. Když je močový měchýř naplněný, začne se hlásit, začneš cítit tlak v dolní části břicha. To znamená, že se ti chce močit. Z močového měchýře vede ještě jedna trubice, kterou moč odtéká z těla ven. Nazývá se močová trubice.

Co je enuréza

Močový měchýř se začne hlásit vždy, když je naplněný močí. Přes den se jdeš vymočit, ale i v noci se měchýř plní močí. Jenže ty hluboko spíš a jeho volání neslyšíš. Plný močový měchýř tě neumí probudit. Když už se do něho nevejde více moči, tak se vyprázdní do tvé postele. Postupně se naučíš lépe vnímat volání svého močového měchýře a časem tě jeho plnost probudí. Je možné, že budeš zpočátku potřebovat pomoc, abys volání močového měchýře rozpoznal(a).

Pitný režim

Správné pití přes den může mít velký vliv na to, jak často se pomočíš. Za celý den by se mělo vypít kolem 1-1,5 litru tekutin, to je asi 6 hrnečků. Ze všeho nejdůležitější je přijímat tekutiny ráno, dopoledne a kolem oběda. V této době je jedno jaké piješ tekutiny, ale přednost dávej raději čisté vodě, čajům a ředěným džusům. Nezapomeň, že je dobré posnídat a také si nosit pití sebou do školy a popíjet o přestávkách. Pozdě odpoledne a večer bude lepší, když budeš pít méně. Večer není dobré pít slazené nápoje, nápoje s bublinkami nebo Coca-colu. Tyto nápoje totiž nutí ledviny, aby v noci vyráběly více moči. Také není dobré večeret polévky. Též se vyvaruj okurkám nebo melounům a dalším potravinám, co obsahují mnoho vody. Asi hodinu před spánkem zkus nepít vůbec.

Mikční kalendář

Přes den bys měl(a) chodit pravidelně močit. Nezapomeň se každý večer, než ulehneš do postele se jít pořádně vymočit. Začni si psát kalendář, do kterého si budeš malovat, zapisovat či vyškrabávat obrázky za každou suchou noc. Za mokré noci si políčko vynecháš. Kalendář ti ukáže, jak se zlepšuješ a uvidíš, že tě maminka s tatínkem i pan doktor při kontrole pochválí.

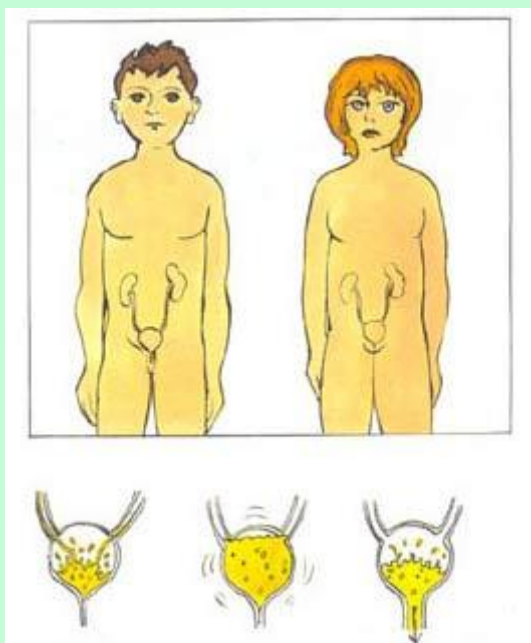
Rady ke spánku

Bylo by dobré, kdybys mohl(a) mít pod prostěradlem gumovou podložku. V žádném případě není dobré vracet se k plenám. Dobré je mít také volnou a jednoduchou cestu na záchod a také si dle potřeby rozsvítit světlo. Jestliže takto tvůj pokojík nevyhovuje, je lepší, aby ti maminka pořídila do pokoje nočník. A nezapomeň, že je dobré chodit pravidelně spát.

V ordinaci

Nejprve vysvětlí tobě i tvým rodičům pravidla, která bys měl(a) dodržovat. Když po dodržení těchto pravidel bude tvoje postel nadále mokrá, tak rozhodne o další léčbě. Může ti předepsat léky nebo ti nabídne budicí strojek, který tě vzbudí, když se začneš pomočovat do postele. Tento alarm tě naučí lépe cítit volání močového měchýře. Zásady pro dodržování tabletek ti také vysvětlí, většinou se užívají ve večerních hodinách a velmi důležité je, aby jsi pak už nepřijímal(a) tekutiny. Sestřička ti přeměří tlak, zváží a změří, pomůže ti odebrat moč na vyšetření a bude s tebou kontrolovat tvůj kalendář.

Buď trpělivý(á) a nesmutni, když se ti to náhodou hned nepodaří. Už teď jsi udělal(a) velký skok na cestě k suché postýlce. Víš, jak a proč se ti vše stává a věř, že se pomočováním netrápíš jen ty. A hlavně víš, na koho se můžeš se svým trápením obrátit a kdo ti může pomoci.



Zdroj: <http://www.enurezis.sk>

Při vytvoření edukačního materiálu byly inspirací stránky <http://www.enurezis.sk>

Rozhovor s enuretickými dětmi

Milé maminky a milí tatínkové,

jmenuji se Monika Zamazalová, jsem studentkou 4. ročníku Ošetřovatelství na FZV UP v Olomouci a pracuji na bakalářské práci, která se zabývá enurézou u dětí. Tímto bych Vás ráda požádala o spolupráci Vašich dětí při rozhovoru (jenž je níže uveden). Chtěla bych upozornit na skutečnost, že tento rozhovor je naprosto anonymní a s informacemi, které získám při povídání s dětmi, bude nakládáno dle platných etických a zákonných norem.

Děkuji za spolupráci a trpělivost Vaši i Vašich dětí.

Svým podpisem stvrzujete souhlas o poskytnutí rozhovoru s Vaším dítětem

.....

1. Otázky týkající se rodiny:

1. Kdo všechno bydlí u Vás doma?
2. Co o tobě říká maminka?
3. Co o tobě říká tatínek?
4. Máš sourozence? Co o tobě říkají?
5. Co by se změnilo u vás doma, kdyby ses nepomočoval(a)?
6. Jak tráví tvá rodina víkendy?
7. Co nejčastěji děláš doma?
8. Trávíš raději čas sám nebo s někým?
9. Jak reagují doma, když se pomočíš?

2. Otázky týkající se školního prostředí:

1. Co o tobě říkají spolužáci?
2. Máš ve škole dobré kamarády? Kolik?
3. Ví spolužáci ve škole, že se pomočuješ? Jak se k tobě chovají?
4. Co máš nejraději ve škole?
5. Trávíš raději čas sám(a) nebo s ostatními dětmi?

3. Otázky týkající se pocitů, jaké může přinášet onemocnění:

1. Co si myslíš, že je příčinou tvého onemocnění?
2. Na co myslíš, když jdeš večer spát?
3. Na co myslíš, když se ráno probudíš?

4. Jak se cítíš, když se pomočíš?

4. Otázky týkající se léčby enurézy:

1. Co je to enuréza?
2. Víš, jak vzniká?
3. Užíváš tabletky proti pomočení? Co po požití této tabletky nesmíš udělat?
4. Co bys měl(a) udělat večer před ulehnutím do postele?
5. Ve kterou část dne si myslíš, že je dobré pít více tekutin?
6. Když máš nucení na močení, co uděláš?
7. Myslíš, že je enuréza onemocnění?
8. Víš, jak se toto onemocnění vyšetřuje?

Rozhovor s dětmi z kontrolní skupiny

1. Otázky týkající se rodiny:

1. Kdo všechno bydlí u Vás doma?
2. Co o tobě říká maminka?
3. Co o tobě říká tatínek?
4. Máš sourozence? Co o tobě říkají?
5. Co bys u vás doma chtěl změnit?
6. Jak tráví tvá rodina víkendy?
7. Co nejčastěji děláš doma?
8. Trávíš raději čas sám nebo s někým?
9. Jak reagují doma, když něco provedeš?

2. Otázky týkající se školního prostředí:

1. Co o tobě říkají spolužáci?
2. Máš ve škole dobré kamarády? Kolik?
3. Jak se k tobě spolužáci chovají?
4. Co máš nejraději ve škole?
5. Trávíš raději čas sám nebo s ostatními dětmi?

3. Otázky týkající se pocitů, jaké může přinášet onemocnění:

1. Co si myslíš, že je příčinou jakéhokoliv onemocnění?
2. Na co myslíš, když jdeš večer spát?
3. Na co myslíš, když se ráno probudíš?
4. Na co myslíš, když zjistíš, že jsi onemocněl(a)? Jak se cítíš?

Otázky pro zmapování rozdílnosti dětí v psychickém prožívání:

1. Když jdeš spát, bojíš se následující noci?

Ano Ne

2. Dělá ti problémy soustředit se při hře anebo práci?

Ano Ne

3. Dostáváš rád(a) často povzbuzení nebo pochvalu od svých blízkých?

Ano Ne

4. Dělá ti problémy dodržovat pravidla a režim ve škole či zájmových kroužcích?

Ano Ne

5. Říká se o tobě, že jsi velmi citlivý(á)?

Ano Ne

6. Raději bys četl(a) zajímavou knihu anebo bys jela na nějaký pěkný výlet s ostatními dětmi?

Ano Ne

7. Myslíš si o sobě, že míváš větší strach než ostatní děti?

Ano Ne

8. Když ti rodiče dají nějaký trest či odměnu, dodrží své slovo?

Ano Ne

9. Chodíš si večer lehnout do postele v pravidelnou dobu?

Ano Ne

10. Má maminka s tatínkem o tebe velké starosti? (úraz, onemocnění)

Ano Ne

Vybrané odpovědi z rozhovoru s dětmi:

Co o tobě říká maminka?

„Když upeču kuře, pochválí mě. Říká mi Prcku.“

„Že jsem velké zlobidlo.“

„Abych tolik nejedl, že jsem tlustý.“

„Že si mne brzo vezme z domova domů.“

„Abych tolik nezlobil.“

„Že jsem hodná a někdy taky zlobivá.“

„Že se mám jít učit a abych tolik nezlobil.“

Co o tobě říká tatínek?

„Že jsem jeho koťátko. Je na mě moc hodný.“

„Můj tat'ka mi říká sovičko.“

„Nevím, je pořád v práci.“

„Táta je hajzl. Nezajímá mě, je hnusný, týral nás.“

„Že jsem celá maminka.“

„Že se mám jít učit, že jsem zlobivý. U nás se moc nechválí.“

„Říká mi brácho. Fandí mi a pokřikuje při fotbale.“

„Nevím, nevídáme se spolu.“

„Že jsem nešikovný.“

Jak se cítíš, když se pomočíš?

„Cítím se blbě. Nevím, proč se to zase stalo?“

„Cítím se hrozně. Řeknu to mamince a ta mi pomůže s úklidem.“

„Je mi trapně, hlavně když mi teta dá příští večer protipomočovací plachtu. Kluci se mi nesmějí, mají zase svoje problémy.“

„Rozbrečuje mě to.“

„Jsem z toho smutná, maminka se bude zase zlobit.“

„Je mi z toho tak nějak smutno, ale vím, že když se večer napiju, tak mám ráno mokrou postel.“

„Stydím se. Cítím se špatně. Moc špatně.“

„Cítím se divně. Nevím, jak to líp popsat.“

„Studí mě to. Je mi to takové blbé.“

Jak reaguji doma, když se pomočíš?

„Tatka mi říká, že jsem prase. Maminka se zlobí. Hlavně v zimě, protože nemá jak sušit matraci.“

„Máma to neřešila. V domově mě sledují, nasadili mi tabletky, pitný režim, vedu si kartu a tety mě budí na záchod.“

„Často nadávají. Občas taky nějakou schytnu.“

„Maminka se nezlobí, jen se zeptá, jestli jsem si vzala tabletky a kolik toho vypila. Pomůže mi s úklidem.“

„Maminku to moc mrzí, občas se i rozpláče.“

Co by se změnilo, kdyby ses nepomočoval(a)?

„Kdybych se nepomočovala, mohla bych spát na horní posteli.“

„Nevím, asi by maminka měla míň starostí.“

„Myslím, že by se mi doma neposmívali a byli by na mě hodnější.“

„Myslím, že by se mi asi nějak ulevilo.“

„Mohla bych přespávat u mé nejlepší kamarádky Elišky.“

„Ráno bych nemusela zakrývat před mamkou mokrou postel, mrzí mě, když se kvůli tomu zlobí.“

Užitečná doporučení pro rodiče

- Dohlédněte, aby se Vaše dítě šlo pravidelně vymočit před ulehnutím do postele.
- Zajistěte snadný přístup k WC a případně nechte rozsvíceno.
- Povzbuzujte Vaše dítě k pití během dne tak, aby dokázalo lépe rozpoznávat pocit plného měchýře a zároveň vypilo základní denní potřebu vody ještě před večerem.
- Vyvarujte se pití nápojů s kofeinem a šumivých nápojů v době před spánkem, protože zvyšují produkci moče.
- Zabezpečte dítěti dostatek ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva a tekutin. Předejdete tak zácpě, která se může spolupodílet na nočním pomočování.
- Zapojte dítě do výměny mokrého ložního prádla a pyžama, může mu to pomoci se vyrovnat s problémem.
- Připomeňte dítěti ranní koupel, když se v noci pomočilo. Předejdete tak problémům s posmíváním ze strany spolužáků.
- Pamatujte, že noční pomočování není ani Vaše chyba ani chyba Vašeho dítěte.
- Snažte se zabránit konfliktu, hněvu i trestání kvůli němu. Trpělivost, laskavost, povzbuzení a podpora jsou účinnější cestou.
- Nevracejte se k plenkám.
- Buzení dítěte je možnou cestou k dosažení suchého prádla, ale z dlouhodobého pohledu není dobrou strategií k překonání nočního pomočování.
(www.nocvsuchu.cz)

Paní
Alena Hlaváčová
Manažerka ošetrovatelství
Nemocnice Hranice a.s.
Zborovská 1245
Hranice

Věc: Žádost o povolení šetření na dětském oddělení a dětské nefrologické ambulanci

Ve Skaličce, 5. března 2010

Vážená paní Hlaváčová,

Obracím se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s dětským oddělením a nefrologickou ambulancí za účelem získání informací pro výzkumné šetření závěrečné práce studentky

Moniky Zamazalové, posluchačky kombinované formy bakalářského studia oboru Ošetrovatelství na FZV UP v Olomouci, zároveň též zaměstnankyní Nemocnice Hranice a.s. na dětském oddělení.

Šetření proběhne metodou strukturovaného rozhovoru. Se získanými daty bude nakládáno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů. Samozřejmě, že rozhovor s dětskými pacienty proběhne po souhlasu jejich rodičů. Jmenovaná studentka se bude pod vedením PhDr. Jaroslava Skaličky věnovat tématu **enuréza u dětí**.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Vyjádření nemocnice