

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny**

**Bakalářská práce**

12.5. 2008

Veronika Garaiová  
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

## **Abstrakt**

My Bachelor's thesis focused on the impact of chronic disease, in our case enuresis nocturna, on the functionality of the family. Every family is influenced by many factors. Families are especially weakened when a family member suffers from a chronic disease.

The Theoretical part of my Bachelor's Thesis attempts to define the term "family" through historical development and family division. The thesis describes how single parent families function and the qualities of functional families. In addition, it attempts to describe the characteristics of families in which domestic disturbances occur. Finally, our focus deals with the subject of enuresis nocturna. The thesis defines this disease, its treatment, and how it is diagnosed. Just as the family has an impact on the children, children also have an impact on the family, especially when children suffer from enuresis. This disease has serious physical implications on both the family and on the children in this system.

The aim of the work was to ascertain how family functioning impacts enuresis in children. In order to obtain this information, a qualitative research questionnaire was created using direct questions and standardized interviews. The interviews were conducted with 15 respondents in their home environment. Respondents were given information about my visits over the phone.

The research indicated lowered HRQL of mothers and family function. The research was created using seven hypotheses.

The Bachelor's Thesis can be used by university level students as a guideline for research on comparison outcome's with healthy population. Especially I tried questionnaire PedsQL Family impact module in Czech Republic as the first.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 12. 5. 2008

.....

Veronika Garaiová

**Poděkování:**

Děkuji vedoucímu práce prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za věnovaný čas, obětavou pomoc a věcné připomínky ke zpracování bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat za pomoc Mgr. Gabriele Burešové.

## **Obsah:**

<b>1</b>	<b>Současný stav</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Definice rodiny</b>	<b>9</b>
	1.1.1 Rodina jako systém	9
<b>1.2</b>	<b>Historie a vývoj rodiny</b>	<b>10</b>
	1.2.1 Historie rodiny	10
	1.2.2 Základní etapy ve vývoji lidské rodiny	10
	1.2.3 Vývoj rodiny	11
<b>1.3</b>	<b>Základní funkce rodiny</b>	<b>11</b>
	1.3.1 Biologicko-reprodukční funkce	11
	1.3.2 Ekonomicko-zabezpečovací funkce	12
	1.3.3 Funkce emocionální	12
	1.3.4 Funkce socializačně-výchovná	12
<b>1.4</b>	<b>Typy rodin</b>	<b>13</b>
	1.4.1 Rozdělení rodin podle složení	13
	1.4.2 Rozdělení rodin podle funkčnosti	13
	1.4.2.1 Funkční rodina	14
	1.4.2.2 Problémová rodina	14
	1.4.2.3 Dysfunkční rodina	14
	1.4.2.4 Afunkční rodina	14
<b>1.5</b>	<b>Vliv rodiny na dítě</b>	<b>15</b>
<b>1.6</b>	<b>Vlastnosti funkčních rodin</b>	<b>17</b>
<b>1.7</b>	<b>Poruchy rodiny</b>	<b>18</b>
<b>1.8</b>	<b>Pomočování u dětí</b>	<b>18</b>
	1.8.1 Historické poznámky o pomočování	18
	1.8.2 Enuréza versus inkontinence	19
<b>1.9</b>	<b>Inkontinence moči</b>	<b>19</b>
	1.9.1 Stresová inkontinence	20
	1.9.2 Urgentní inkontinence	20
	1.9.3 Reflexní inkontinence	20

1.9.4	<i>Inkontinence z přetékání</i>	20
<b>1.10</b>	<b><i>Enuréza a její typy</i></b>	<b>21</b>
1.10.1	<i>Denní enuréza</i>	21
1.10.2	<i>Noční enuréza</i>	21
1.10.3	<i>Primární enuréza</i>	22
1.10.4	<i>Sekundární enuréza</i>	22
<b>1.11</b>	<b><i>Příčiny a psychické důsledky enurézy</i></b>	<b>22</b>
1.11.1	<i>Psychické důsledky enurézy</i>	23
1.11.2	<i>Dopad enurézy na dítě</i>	23
1.11.3	<i>Dopad enurézy na rodinu</i>	24
<b>1.12</b>	<b><i>Diagnostika dětí s únikem moči, neinvazivní screeningová vyšetření</i></b>	<b>24</b>
1.12.1	<i>Anamnéza</i>	25
1.12.2	<i>Fyzikální vyšetření</i>	25
1.12.3	<i>Vyšetření moči</i>	25
1.12.4	<i>Mikční a pitná karta</i>	25
1.12.5	<i>Ultrasonografie močového ústrojí</i>	25
1.12.6	<i>Uroflowmetrie</i>	26
<b>1.13</b>	<b><i>Léčba enurézy</i></b>	<b>26</b>
1.13.1	<i>Pitný a mikční režim</i>	26
1.13.2	<i>Léčba zaměřená na psychiku</i>	26
1.13.3	<i>Budící přístroje (alarm systém)</i>	27
1.13.4	<i>Farmakoterapie</i>	27
<b>2</b>	<b><i>Cíl práce, hypotézy</i></b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b><i>Metodika výzkumu</i></b>	<b>30</b>
3.1	<i>Použité metody a techniky výzkumu</i>	30
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	30
<b>4</b>	<b><i>Výsledky</i></b>	<b>32</b>
4.1	<i>Základní údaje o dítěti</i>	32
4.2	<i>Údaje o rodině</i>	34
4.3	<i>Otázky kladené při rozhovoru</i>	36

<b>4.4</b>	<b><i>Dosažená skóre - s. HRQL rodiče, s. rodinných funkcí a celkové s.</i></b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>Diskuze</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b>	<b>56</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy</b>	<b>59</b>

## Úvod

Každá rodina a její funkčnost jsou ovlivňovány mnoha faktory. Obzvláště v dnešní době, kdy se rodina dostává tzv. „do krize“. Dost možná, že je to nedostatkem a neschopností kvalitní komunikace nebo jinými faktory.

Tato bakalářská práce se zabývá rodinami, které mají děti s enurézou a už tento fakt nás podmiňuje k otázce, zda-li taková rodina je ve své funkčnosti oslabena či nikoliv.

Většina rodin, které se potýkají s nějakou rozdílností oproti rodinám běžným, má problém se zachováním si své koheze a stability. Chronické onemocnění dítěte ovlivňuje jak rodiče, tak samotný vývoj jedince, který trpí danou chorobou. Pokud se rodina není schopna přizpůsobit dané diagnóze a uplatnit všechny své možnosti a snahy ve prospěch funkčnosti rodiny, nastává stav, kdy na rodinu nahlížíme jako na nefunkční. Prostředí takové rodiny může být frustrující nejen pro samotné dítě, ale pro všechny členy.

Z těchto důvodů jsem se pokusila vytvořit kvalitativní výzkum, který stanovil sedm hypotéz a ukázal, že funkčnost rodiny je v této situaci snižena. Výzkum jsem prováděla pomocí techniky řízeného rozhovoru. Otázky kladené v tomto rozhovoru jsem čerpala z dotazníku Jamese Waltera Varniho Ph.D., který byl vytvořen pro hodnocení funkčnosti rodiny s chronicky nemocným dítětem. Výhodou výzkumu je prokázání dobré aplikovatelnosti dotazníku, čímž se tento dotazník může vstoupit do podvědomí i v České republice a mohou ho tak využít i ostatní lidé zabývající se touto problematikou.



# 1 Současný stav

## 1.1 Definice rodiny

Rodinu můžeme chápat jako malou primární skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na vztahu rodičů a dětí, na společné domácnosti. Její členové plní společensky určené a uznávané role, vyplývající ze soužití a souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům a celé společnosti. (3)

Rodina je nejstarší základní společenskou skupinou či společenstvím, které je nejtěsněji spjaté nejrůznějšími vztahy uvnitř i navenek. Toto společenství má svou historii, prochází neustálými změnami co do své velikosti, významu i začlenění do společnosti. Adaptuje se přitom na její nejrůznější proměny či vývojové stupně. (3)

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Člověka provází nebo se ho alespoň dotýká ve všech fázích jeho života. (17)

Rodina může být definována i jako – institucionální zajištění lidské reprodukce, které je legitimní v dané společnosti, anebo společností uznávaný způsob, jak mít děti a vychovávat je. (13)

Rodina je univerzální lidská instituce a zároveň i prvotní příčinou sociální nerovnosti. To se projevuje v oblastech jako: reprodukční chování, rozdílný způsob péče o děti i povaha výbavy v podobě kulturního a sociálního kapitálu. Rodina působí jako nejmocnější prvek, který se staví proti dnešnímu úsilí západních společností vyrovnat lidské šance alespoň v době sociálního startu. (13)

### 1.1.1 Rodina jako systém

Koncepce systému „rodina“ se opírá o několik jednoduchých principů. Prvky tohoto systému nejsou jednotliví lidé sami o osobě, nýbrž lidé ve vzájemných interakcích a vztazích. Hovoříme o sítích vztahů. Systém je víc než součet jeho prvků. Rodiny nepoznáváme jen na základě znalosti jednotlivců, neboť chování každého

ovlivňuje všechny ostatní. Dobře je to patrné například u dítěte s chronickým onemocněním. (11)

Každý systém má zpravidla své subsystemy. V rodině jsou dány nejčastěji generační příslušností. Přirozeným subsystemem mohou být například děti. Pro nás je zvláště důležitý poznatek, že porucha v jednom prvku, v jedné části nebo v jednom subsystemu se nutně projeví ve funkci celku. (11)

## ***1.2 Historie a vývoj rodiny***

### *1.2.1 Historie rodiny*

Abychom pochopili život současné rodiny, neobejdeme se bez ohlednutí o 100 až 150 let zpět. Rodina v této době prošla mnohými proměnami jak kvantitativními, tak kvalitativními. (3)

### *1.2.2 Základní etapy ve vývoji lidské rodiny*

Počátky lidské párové rodiny můžeme datovat až milion let před naším letopočtem. Zde je typická silná sexuální vazba, doprovázená spoluprací na výchově dětí. Tato doba je důležitá vzhledem k dlouhému období nedospělosti a závislosti u člověka ve srovnání s ostatními živočišnými druhy. (13)

Vznik složitých příbuzenských systémů v kmenových společnostech nastává zhruba 8000 let před naším letopočtem. Jedná se o rozšířené příbuzenské sítě, kde jsou složitá pravidla v oblasti ekonomických a snubních výměn, které probíhají uvnitř i mezi příbuzenskými velkorodinami. (13)

Asi 3000 let před Kristem v Mezopotámii a Egyptě (v Řecku a Číně to bylo asi 600 let před Kristem) se objevují nepříbuzenské systémy sociální organizace. Dochází k úpadku složitých systémů výměn a počátek vzestupu patrimonální domácnosti. Nastává vznik prvních států majících převahu nad rodinnými systémy. Upadají kmenové a rodové systémy, které jsou nahrazovány patrimonálními domácnostmi. Těmto domácnostem vládou muži, kteří ve svých rukou drží vlastnictví domácnosti, do které patří i služebnictvo. (13)

Domácí soukromí se začíná objevovat při vzestupu byrokratického státu a kapitalistické ekonomiky. Jedná se o sedmnácté a osmnácté století našeho letopočtu v západní Evropě a Severní Americe. Obranu domácnosti přejímá obec a stát, díky tomu moc patriarchální hlavy upadá. Jako ideální typ se objevuje nukleární rodina. Muž rodinu zajišťuje ekonomicky a sociálně a spolu s ženou se starají o domácnost. Místo manželství, která sjednávali rodiče, nastupuje individualizovaný sňatkový trh. (13)

V druhé polovině devatenáctého století vzniká v bohatých průmyslových společnostech tendence k rovnoprávné pozici ženy a muže při vyjednávání vztahu o rodině. Vzniká tak různorodost rodinných forem, vzestup rozvodovosti a opakovaných manželství. Roste počet nesezdaných soužití, vynořují se tzv. „singles“ jako nová významná sociální skupina a stav. (13)

### *1.2.3 Vývoj rodiny*

Vývoj rodiny s sebou nese nároky i na její členy. Ti se musí stále znovu přizpůsobovat novým podmínkám a změnám u ostatních členů rodiny. Model cyklu rodinného vývoje může mít normativní význam. (5)

Vývoj rodiny v čase je uspořádán do rozlišitelných fází, mezi kterými jsou patrné přechody. Vnitřní vývojová struktura rodiny je relativně autonomní v tom, že mechanicky nesleduje biologický ani kalendářní čas. Všeobecně rozlišujeme sedm nebo osm fází vývojového cyklu rodiny. Období aktivního rodičovství zaujímá jen dvě nebo tři fáze. (13)

## **1.3 Základní funkce rodiny**

### *1.3.1 Biologicko-reprodukční funkce*

Zabezpečuje udržení života početím a porozením nového člověka. Někdy se označuje jako funkce sexuální, čímž se naznačuje oddělení sexuálních aktivit „pro radost“ od sexuálních aktivit pro „reprodukcii“. Vztah muže a ženy tu v podstatě nachází svůj vlastní smysl. Vznikne-li z něj nový jedinec, pak nachází novou genetickou výbavu. Tato funkce se sice může uplatnit mimo rodinu, a však v rodině nabývá svůj

plný význam. Nejde jen o to přivést dítě na svět, ale zabezpečit mu nezbytné podmínky pro život a jeho další vývoj. (3)

### *1.3.2 Ekonomicko zabezpečovací funkce*

Tato funkce se nevztahuje pouze na dítě v rodině, ale na všechny její členy. V minulosti byla zvláště důležitá její výrobní složka. V současné době se stala rodina spíše spotřební jednotkou, zcela závislou na výrobní činnosti společnosti. Ovšem i dnešní rodina si udržuje určité prvky výroby, za které lze především pokládat vnitřní činnosti rodiny, vytvářející její hmotné zajištění. Zabezpečovací funkce se týká i oblasti materiální, ale postupně přechází do oblasti sociální, duševní a duchovní. V nejširším pojetí má tedy také poskytovat svým členům životní jistoty. (3)

### *1.3.3 Funkce emocionální*

Protože životní jistoty moderní rodiny spočívají více ve vnitřních vztazích než ve vnějších vazbách, stává se tato další základní funkce rodiny zvláště významnou. Především s ohledem na zvýšenou labilitu moderní rodiny. Emocionální funkce v rodině je zcela vázána k plně rozvinutému jedinci, pro něhož citový vztah není ničím chvilkovým, ale trvalou bází jistoty a citový zázemím pro všechny její členy. Emocionalita se tak stává nejdůležitějším kohezivním faktorem rodiny. Ovšem poslední dobou v tomto směru vystupují v některých kruzích opět faktory hmotné povahy. Současně se stává jednou z nejdůležitějších podmínek či příčin, ale také jedním z následků společenské existence. Je potřebná jak pro děti, stejně tak pro dospělé, i když v různé podobě. Přitom je třeba zdůraznit, že zájem o dítě a sledování jeho prospěchu pramení především z emocionality, zajišťující harmonický život rodiny i pocit celkového uspokojení a životního naplnění pro všechny její členy. (3)

### *1.3.4 Funkce socializačně výchovná*

Pozitivní emocionální vztahy i celková atmosféra v rodině se stávají východiskem pro nejvýznamnější rodinnou funkci. Ta také zabezpečuje společenskou kontinuitu. Spočívá v opravdovém zájmu o dítě a kvalitní péči o ně, v jeho výchově,

v jeho přijetí takové jaké je. Dále je nutné porozumění v jeho vývoji potřeb a požadavků, které je nutno včas, náležitým způsobem a s plným zaujetím uspokojovat. Nezbytné je také rozvíjet všechny schopnosti a síly dítěte. Při tom vždy prosazovat jeho nejlepší zájem a prospěch, ochraňovat jej před nepříznivými situacemi a učit je, aby bylo samo schopno jim čelit a překonávat je. (2)

Hlavním bodem této funkce je v podstatě prosazování a ochrana dětských práv, tak jak jsou obsaženy v Úmluvě o právech dítěte. (3)

## **1.4 Typy rodin**

### *1.4.1 Rozdělení rodin podle složení*

Přirozená rodina - jedná se o rodinu, ve které muž a žena počali a zplodili dítě, o které se starají až do dospělosti. (16)

Neúplná rodina – jeden z rodičů rodinu opustí, rozvede se nebo zemře a celá výchova spočívá na bedrech druhého rodiče. (16)

Smíšená rodina – případ, kdy jsou děti vychovávány nevlastními, adoptivními či homosexuálními rodiči nebo pěstouny. (16)

Rodiny, které vzniknou dalšími sňatky, se z různých hledisek odlišují od rodin přirozených (biologických). Tyto rodiny chtějí, co nejrychleji žít klidně a normálně. Právě to však bývá zdrojem obtíží. Jeden nebo oba partneři mají za sebou vlastní rodinné historie. Respektovat je v nové rodině není vždy snadné. Není ani lehké získat si prostor pro přínos k nové rodinné kultuře. V běžném modelu se muž připojuje k rodině ženy s jejími dětmi a tradicemi. Takový model bývá snazší, než když vstupuje nová žena do rodiny otce s dětmi. (5)

Institucionální rodiny - v tomto případě se skupiny dospělých starají o skupiny dětí jako v ústavech, společenstvích nebo rozšířených rodinách. (16)

### *1.4.2 Rozdělení rodin podle funkčnosti*

Posuzování funkčnosti rodiny vyžaduje delší přímý kontakt s rodinou, čas a dovednosti, které se dají získat pouze tréninkem. (12)

Při posuzování funkčnosti rodiny využíváme tato kritéria:

- jakou má rodina stabilitu
- formální strukturu
- zda je v situaci, která členům umožňuje sociální zabezpečení
- posuzuje se osobnost rodičů a jejich zájem o dítě
- v neposlední řadě hodnotíme péči o dítě (1)

#### *1.4.2.1 Funkční rodina*

V této rodině je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho kladný prospěch. (2), (dále viz kapitola 1.6)

#### *1.4.2.2 Problémová rodina*

Rodina, kde se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí. Tyto poruchy však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit. Nebo je kompenzuje pomocí případné jednorázové či krátkodobé porady zvenčí. Pro pracovníky orgánů sociálně právní ochrany dětí představují tyto rodiny potřebu zvýšené pozornosti a sledování. (3)

#### *1.4.2.3 Dysfunkční rodina*

V takové rodině se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny. Ty bezprostředně ohrožují nebo poškozují především vývoj a prospěch dítěte a také rodinu jako celek. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, a proto je nutno učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Toto pásmo je nejsvízelnější, protože jde o to, kam až takovou rodinu podporovat a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv). (3)

#### *1.4.2.4 Afunkční rodina*

Poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná. Jediným řešením, které dítěti může prospět,

je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, popř. není-li to možné, najít jiné řešení. (3)

### **1.5 Vliv rodiny na dítě**

Rodina má pro dítě nezastupitelný význam. Dítě se do ní rodí, dostává od svých rodičů genetickou výbavu, která má rozhodující vliv na celkový rozvoj jeho osobnosti. Vliv je znatelný především v nejranějším období jeho dětství. K tomu dochází jak v oblasti somatické, duševní tak i sociální. (3)

Společenská adaptace dítěte a jeho začleňování do společnosti se děje v rodině a rodinou. V kontaktu s blízkým prostředím si dítě vytváří jakýsi vnitřní obraz světa. Ten do jisté míry odpovídá tomu, jak je dítěti realita předkládána a jak svět vidí rodiče. (3)

Rodina tak určuje společenský status dítěte, ten má vliv na sebeuvědomění a na jeho sociální prestiž. Prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje své místo a svou roli ve společnosti. (3)

Rodina zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte, je pro něj nejvýznamnější sociální skupinou. Všichni členové rodiny jsou ve vzájemné interakci, a tak se často i nevědomě, vzájemně ovlivňují a přizpůsobují. Rodina dítěti individualizovaně a pro ni typickým způsobem zprostředkovává sociokulturní zkušenosti. (20)

Rodina je důležitá, protože dítěti poskytuje základní zkušenosti, které ovlivňují způsob, jakým bude chápat různé informace a jak na ně bude reagovat. Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako model, který dítě napodobuje, eventuálně se s nimi může identifikovat. Pro dítě je rodina důležitým zdrojem informací, které zobecňuje a očekává, že se stejným způsobem budou chovat všichni lidé. Dítě si tak osvojí určitý způsob interpretace různých sociálních signálů, vzorce chování, které se ukázaly jako účelné, či jsou vyžadovány. Naučí se projevovat svoje city, názory apod. (20)

Rodina dítě ovlivňuje biologicky i sociálně. Rodiče děti vychovávají podle svých

schopností. Vývoj dětí je závislý na osobnosti i na míře vzdělanosti rodičů, jež jsou alespoň z části spoluurčeny genetickými předpoklady. To vše se odrazí i v jejich výchovném přístupu. Rodiče, kteří dosáhli vyšší sociokulturní úrovně, bývají v tomto směru motivovanější a považují vzdělání svých dětí za důležité. (20)

Pro dítě je rodina významným prostředím, které by mělo sloužit jako citové zázemí, zdroj jistoty a bezpečí. Rodina modifikuje základní postoj dítěte ke světu. Vysokou měrou se podílí na rozvoji pocitů sebejistoty a sebedůvěry, na nichž závisí uplatnění schopností dítěte. Jeho výkon, při školních i volnočasových aktivitách, není jen záležitostí kompetencí, ale i způsobu jejich využití. (13)

Rodinné prostředí určuje, které schopnosti a dovednosti jsou ceněny nebo naopak, co je považováno za zbytečné. Odráží se zde hodnotový systém rodičů i jejich celková úroveň, resp. nejen rodičů, ale všech dospělých členů rodiny. Rodinné prostředí posiluje rozvoj důležitých schopností a dovedností dítěte, a cíleně nerozvíjí ty, které jsou nevýznamné. Některé schopnosti i dovednosti může dokonce dítě potlačovat. Význam určitých kompetencí rodiče zdůrazňují různým způsobem – verbálními projevy, ale i svým vlastním chováním. Dítě je napodobuje. Hodnocením dětských projevů (odměnami a tresty) dítěti pomáhá, aby se v situaci orientovalo. (13)

Rozvoj dětské osobnosti ovlivňuje styl rodinné výchovy. Jako nejvýhodnější se ukázala kombinace rodičovské lásky a disciplíny, fungující jako opora a výzva. Dále propojení individuální citové vazby s tolerancí k individualitě a k vývojově přiměřenému odpoutávání. Požadavky rodiny, spojené s poskytnutím opory při zvládnutí těchto nároků přispívají k rozvoji dětských kompetencí, sebedůvěry a cílevědomosti. (20)

Ovšem na druhé straně vyvstávají nová fakta jako např.: postavení rodičů při socializaci začíná být potlačováno do pozadí mocným vlivem vrstevníků a jejich skupin. Vrstevnické skupiny si své hodnoty vytváří vlivem hromadných sdělovacích prostředků. Autonomie rodičů se stává omezenou v důsledku vlivu veřejných institucí. Socializace k mužské a ženské sociální roli se stává nesamozřejmou, protože právě tyto role prošly a dále procházejí hlubokou a historicky jedinečnou přestavbou. (13)



## **1.6 Vlastnosti funkčních rodin**

Jak již bylo řečeno, rodina funkční je rodinou, kde je zajištěn dobrý vývoj jedince a jeho kladný prospěch. (16)

Ve funkčních rodinách se členové rodiny respektují a berou na sebe ohledy. Tyto rodiny jsou charakteristické pevnou koalicí mezi rodiči, kterou žádný vnější vliv trvale neohrozí a mají jasně stanovenou hierarchii odpovědnosti. Jedinečnost jednotlivců je hodnocena pozitivně. V rodině se nachází rovnováha mezi intimitou a potřebou sdělení. (16)

Ve zdravé rodině jsou její členové na pohled půvabní, mají uvolněné obličej. Dívají se jeden na druhého, pohled nesměruje skrze druhého nebo na zem. Členové rodiny hovoří sytým, jasným hlasem. Jejich vzájemné vztahy jsou prostoupeny harmonií. Děti už jako velmi malé, jsou otevřené a přátelské. Zbytek rodiny se k nim chová do značné míry jako k osobnostem. (16)

Atmosféra je zde pozitivní, členové dávají najevo potěšení ze vzájemného kontaktu. Rodina zvládá hladce domácí provoz, bez velkého dohadování. Závažnější záležitosti řeší rodiče domluvou, kterou dodrží. Někdy může být dětem dovoleno s rodiči diskutovat a při konečném rozhodování je na ně brán ohled. (12)

Komunikace ve funkčních rodinách má zřetelné sdělování a jednoznačnost. Většina sdělení má jasné téma, které je účastníky komunikace sdíleno, lze při něm vyjadřovat souhlas i nesouhlas. Emoční doprovod komunikace není extrémně intenzivní, na druhé straně jsou emoce v komunikaci dobře patrné. (12)

Ve funkčních rodinách mluví každý sám za sebe. Promluvy jsou jasné, přímé a adresné. V komunikaci je hodně dialogů, které plynule přechází, a humor. Rodina je otevřená novým myšlenkám a řešení problémů. Dění v rodině i mimo ni je interpretováno nezkresleně. (15)

Funkčnost rodiny se soustřeďuje na schopnost jejích členů spolu efektivně komunikovat, řešit běžné i mimořádné problémy, udržovat si doplňkové role, přiměřeně emočně reagovat a určovat meze dovoleného chování. (15)

## **1.7 Poruchy rodiny**

Poruchou rodiny rozumíme takové situace, kdy rodina v různě velké míře neplní základní požadavky a úkoly, dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejích členů do společnosti. Poruchu rodiny lze také vyjádřit selháním některého člena nebo členů rodiny. Takové selhání se projevuje v nedostatečném plnění některých i většiny základních rodinných funkcí. (2)

Problémy v rodině mohou vznikat na vůli rodičů nezávisle, na vůli rodičů závisle nebo je vznik smíšený. (2)

## **1.8 Pomočování u dětí**

Pomočování patří k nejčastějším dlouhodobým obtížím v dětském věku. V současnosti převládá názor, že noční pomočování přetrvávající po 5. roce života považujeme za patologický jev. U denních úniků moče snižujeme věkovou hranici k 3. – 4. roku. (18)

Podle epidemiologických studií se noční pomočování vyskytuje u 15 až 20 % pětiletých dětí. Průměrně u 15 % z nich ročně inkontinence spontánně ustoupí, ale i tak se jich ještě 1 až 2 % v 15 letech v noci pomočuje. Novější studie zaznamenávají celkový výskyt pomočování u 7letých dětí až v 26 %. (18)

Únik moče ve věku, kdy je většina vrstevníků plně kontinentních, je vnímán dítětem a rodiči jako výrazný sociální problém, který omezuje aktivity dítěte a jeho psychosociální vývoj. (18)

### **1.8.1 Historické poznámky**

Na 3500 let starém Eberském papyru můžeme nalézt doporučení v podávání přípravku složeného z jalovcových plodů, cypřiše a piva. Z antické éry se dochoval jediný záznam věnovaný nočnímu pomočování, ve kterém je léčebně doporučován nápoj připravený z praženého kohoutího hřebínku a směsi rostlinných výtažků, popřípadě nápoje z vína se zaječími varlaty. Tyto a podobné recepty se objevují i ve

středověkých zdrojích. (6)

Na rozhraní středověku a renesance, v roce 1472, byla vytištěna první kniha o nemocích dětského věku od Paola Bagellarda, v níž se konstatuje, že rodiče jsou velmi zarmoucení, když se jejich dítě pomočuje po 3. roce života a že pomočování má mnoho příčin. (6)

Na přelomu 18. a 19. stol. dochází k výraznému zlepšování obecných hygienických podmínek, dochází ke změně přístupu k pomočování. Jsou konstruovány aparátky, jimiž byla zaškrcována močová trubice chlapců. V 19. stol. vystupují teorie jež akcentují neurogenní původ. Byla hledána souvislost s epilepsií a neurózou. Na druhé listině možných příčin se objevily anatomické odchylky genitálního a močového ústrojí, střevní paraziti, lascivní sny, ekzém a hereditární dispozice. V souhlase s těmito teoriemi je doporučeno omezení tekutin, časté buzení po 2h, studené, ale i teplé sedací koupele, studené obklady na perineum, dietní manipulace, avšak už i zaváděné léky. (6)

První polovina našeho století byla v oblasti enurézy pod vlivem psychologie a psychiatrie, resp. psychoanalýzy. Enuréza se považovala za různě interpretovaný příznak poruchy osobnosti, kladl se důraz na nezralost nervového systému. Pomočování bylo interpretováno jako symbol agresivního destruktivního jednání. Teprve v posledních letech bylo spolehlivě prokázáno, že naopak pomočování je zdrojem psychických poruch dítěte. (6)

### *1.8.2 Enuréza versus inkontinence*

Zásadní je určení úniků moči. Denní úniky moči zpravidla signalizují poruchu funkce dolních močových cest-inkontinenci, izolované noční úniky-noční enurézu. (7)

## **1.9 Inkontinence moči**

Mimovolní, objektivně prokazatelný únik moči přinášející sociální a hygienické problémy, ve věku, kdy se již očekává, že dítě udržuje čistotu. Většina inkontinentních dětí trpí úniky v průběhu dne a u významného procenta lze odhalit funkční poruchu

dolních močových cest klinický nebo urodynamickým vyšetřením. (7)

Inkontinenci dělíme na stresovou, urgentní, reflexní a z přetékání (paradoxní ischurie). Toto rozdělení je platné za předpokladu absence vrozených vývojových vad močového ústrojí. (6)

#### *1.9.1 Stresová inkontinence*

Je charakteristická únikem moči neporušenou močovou trubicí při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku. Stresová inkontinence je doménou dospělé urologie a zvláště pak urogynekologie, v dětském věku se s ní setkáváme velmi zřídka. (6)

#### *1.9.2 Urgentní inkontinence*

Tato forma je charakterizována stavu náhlého, neodolatelného nucení na moč, které je spojené únikem menšího množství moči, zřídka s kompletním pomočením. V tomto případě nalézáme poruchu samotného detruzoru. (6)

Výskyt urgentní inkontinence je převážně u dívek, řada dětí má přítomnou i noční komponentu. Doprovodným příznakem může být obstipace/enkoporeza a sklon k opakovaným infekcím močového systému. Funkční kapacita měchýře je zpravidla menší, než by odpovídalo věku dítěte. Mikční fáze je normální s kompletní relaxací pánevního dna. (7)

#### *1.9.3 Reflexní inkontinence*

Únik moči daný náhlou kontrakcí detruzoru, kdy dítě nepocituje nucení na moč. Současně je přítomen patologický neurologický nález. (6)

#### *1.9.4 Inkontinence z přetékání*

V tomto případě jde o mimovolní únik moči z přeplněného močového měchýře. Příčinou je funkční či organická překážka odtoku moči, popřípadě naprostá ztráta schopnosti detruzoru se kontrahovat při absenci překážky. (6)

## **1.10 Enuréza a její typy**

### *1.10.1 Denní enuréza*

Vedle noční enurézy můžeme vyčlenit denní enurézu, objevující se u dětí s výchovnými a psychologickými problémy, sloužící často i jako nástroj vzdoru dítěte vůči rodičům, dále u dětí výchovně a sociálně zanedbaných, mentálně retardovaných a hyperaktivních dětí. Jedná se prakticky vždy o kompletní denní pomočení bez projevů urgency. Případným vyšetřením nelze prokázat morfologické a funkční abnormality močového ústrojí. (6)

Základním doporučením v těchto případech je, aby si dítě vypěstovalo návyk na močení v pravidelných časových intervalech, pokud možno vázaných na dělítku dne. (9)

### *1.10.2 Noční enuréza*

Noční pomočování označuje mimovolné vyprazdňování močového měchýře během spánku. Stupeň pomočení může být různý od zvlhčení spodního prádla až po úplné vyprázdnění celého obsahu měchýře někdy i několikrát za noc. V ojedinělých případech může být noční pomočování projevem závažných chorob (začínající cukrovka, chronické nemoci ledvin). (8)

Některé děti se pomočují i v průběhu odpoledního spánku, ale ne v bdělém stavu. Frekvence močení přes den je přiměřená, bez náhlého nucení na močení, zadržovacích postojů, zpravidla bez problémů s vyprazdňováním střeva a infekcí močových cest. Děti se vyvíjejí psychomotoricky normálně. U většiny z nich nenacházíme žádné psychopatologie, vrozené vady močového systému ani funkční poruchy dolních močových cest. (8)

O monosymptomatické noční enuréze lze hovořit pouze tehdy, jestliže na základě anamnestických dat nezjistíme denní příhody úniku moči, ani odchylky ve frekvenci a kvalitě močení. Diagnózou noční enuréza se obvykle označují děti s mimovolným nočním únikem moči za věkovou hranicí, kdy již lze očekávat dosažení „suchého lůžka“-tj. starší 5 let. Bylo stanoveno, že takto lze označit děti s více než dvěma příhodami za měsíc. (6)

V běžné praxi termín monosympromatická noční enuréza (MNE) je užíván pro jedince bez uroinfekce a morfologické patologie ledvin a močových cest, bez denních úniků močí při bdění, bez urgentních projevů a zadržovacích postojů. (7)

U 70% postižených dětí lze anamnestickým rozbořem zjistit rodinnou predispozici, kdy přítomnost podobných obtíží některého z rodičů či sourozenců je zjevná, jak uvádí MUDr. Josef Gut. Dále také uvádí, že spolehlivými studiemi nebyla prokázána primární psychiatrická porucha ani odchylky v psychomotorickém vývoji, jež by predisponovaly k primární monosymptomatické noční enuréze. (6)

### *1.10.3 Primární enuréza*

Primární enuréza je běžná a způsobená opožděným zráním, často je přítomná rodinná anamnéza nebo sociální znevýhodnění. Nácvik kontroly udržení moči může být pozdržen nevhodným zaučováním toalety nebo emocionálními problémy. (14) Opoždění kontroly mikce je bez další poruchy morfologie nebo funkce uropoetického traktu. (9)

### *1.10.4 Sekundární enuréza*

Sekundární enuréza vzniká nově alespoň po 6měsíčním suchém období. (8) Může se manifestovat např. při polyurii, akutní nebo chronické infekci močových cest a anomáliích uropoetického traktu. (9)

V somatické a funkční oblasti nebyly shledány zásadní difference mezi dětmi s primární a sekundární enurézou. Naopak v psychopatologické sféře byl prokázán významný výskyt poruch chování a psychosociálních rizik mezi oběma podtypy. (7)

## **1.11 Příčiny a psychické důsledky enurézy**

V první řadě je to nezralost centrálního nervového systému – u takových dětí je naděje, že enuréza ve starším školním věku vymizí. Dále je to určitý podíl dědičnosti, který byl již zmíněn. Další příčinou neustávajícího pomočování může být i stres a konfliktní rodinné prostředí, zanedbávání dítěte, nebo vleklé hádky mezi rodiči.

Jednoznačně psychologická souvislost vzniku enurézy se udává u dětí v případě obrany proti nesnesitelným traumatům, jako je sexuální zneužití v dětství, 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. Také to může být maminkami tolik oblíbený velmi brzy započatý trénink na nočník, nebo nesprávně prováděný trénink, kdy dítě ještě není připraveno na tento způsob vyměšování. Příčinou enurézy ale mohou být i zcela zapeklité nedostatky ve funkčnosti vyměšovacích orgánů nebo příliš hluboký spánek či malá funkční kapacita močového měchýře. (10)

#### *1.11.1 Psychické důsledky enurézy*

Enuréza bývá většinou spojena s dalšími dětskými emočními problémy a poruchami chování. Ty mohou vzniknout jako důsledek nekonečného pomočování nebo ze stejných příčin, jako vznikla enuréza. Děti s enurézou jsou často nejisté, nedůvěřivé a přecitlivělé. Často se u nich střídají různé nevypočitatelné nálady. Mohou být smutné, uzavřené, nemají moc kamarádů, mají strach z další mokré havárie v posteli. Jindy zase mohou být dost rozpustilé, čímž se brání proti strachu a pocitům méněcennosti. Tyto problémy se ještě víc zhoršují ve starším školním věku a v dospívání. Nejhorší je, když se někdo ve třídě o pomočování dozví, a začne se dítěti posmívat. (10)

#### *1.11.2 Dopad enurézy na dítě*

Pomočující se děti, mají strach, že se o tom ostatní dozví. To zapřičiňuje, že jsou rozzlobené, náladové, stydí se a jsou zaražené. Cítí se trapně a nepříjemně a domnívají se, že jsou jediní, kterým se to stává. Taková izolace způsobuje jejich plachost a vyhýbají se účasti na jakýchkoli aktivitách, kde by musely zůstat přes noc mimo domov. Čím déle je noční pomočování ponecháno bez léčby, tím obtížnější je jeho zvládnutí a tím výraznější je jeho vliv na sebedůvěru dítěte. Dítě trpící nočním pomočováním může vyrůst v pomočujícího se dospělého a pomočující se dospělý má tendenci vyhýbat se blízkým vztahům ze strachu z prozrazení. (4)

Děti s neustálým pomočováním mají pocit, že v rodině selhaly, protože enuréza se neshoduje s očekáváním rodičů. (10)

### *1.11.3 Dopad enurézy na rodinu*

Rodiče rovněž trpí. Začnou být vyčerpaní přerušováním svého spánku a čištěním povlečení. Bylo spočítáno, že účet za dodatečné praní povlečení může překročit částku 1.500 euro ročně. Výsledkem toho je, že rodiče mohou být tím vším občas otráveni a začnou věřit, že se jejich dítě pomočuje svévole. (4)

Pokud rodiče zastávají necitlivý přístup k dítěti a myslí si, že trestáním za každé mokré prostěradlo ráno dosáhnou svého, je to bez efektu! Enuréza má vliv na celou rodinu. (10)

Matky jsou často nespokojené, protože si vyčítají enurézu jako svůj výchovný neúspěch. Mohou začít obviňovat dítě, že se samo nechce enurézy zbavit. Bylo zjištěno, že matky enuretiků mají určité podobné vlastnosti, které mohou působit na vznik enurézy u jejich dětí. Jedná se především o předčasné vyžadování udržování čistoty, perfekcionismus a netolerantnost k dětem. Někdy se však stává, že naopak až velká tolerance k dětskému pomočování vede k tomu, že děti, které se ve starším školním věku stále pomočují, nikdy nenavštívily lékaře. Otcové prožívají enurézu svých dětí jako poskvěru rodiny a často z ní obviňují svoje manželky. Sourozenci většinou nedokážou potlačit kritické nebo výsměšné připomínky. (10)

## ***1.12 Diagnostika dětí s únikem moči, neinvazivní screeningová vyšetření***

Jak uvádí MUDr. Gut: „*Vyšetřujeme-li dítě, které trpí únikem moči, řídíme se zásadou: minimálně invazivním přístupem získat maximální množství informací o příčinách potíží. Zvláště u dětských pacientů je tento přístup velmi žádoucí, neboť invazivní vyšetření zařazené do prvního sledu může dítě zcela odradit od spolupráce.*“ (18)



### *1.12.1 Anamnéza*

Diagnostiku enuretika je potřeba začít tím nejjednodušším - anamnézou. Při odběru anamnestických údajů je nutno především zhodnotit charakter úniku moče. Je potřebné zeptat se na průběh mikce. Důležitá je také informace o výskytu zácpy či úniku stolice. (18)

### *1.12.2 Fyzikální vyšetření*

Zaměřujeme se na pečlivé vyšetření zevního genitálu a páteře za účelem odhalení přítomnosti míšních dysrafismů. (6)

### *1.12.3 Vyšetření moči*

Chemické a mikroskopické vyšetření moče a vzorku na kultivaci bakterií. Z krevních vyšetření lze získat orientaci ve funkci ledvin. (8)

### *1.12.4 Mikční a pitná karta*

Jde o velmi důležité vyšetření, které provádějí rodiče s dítětem v domácím prostředí. Principem je zaznamenávání každé porce přijímaných tekutin a jednotlivých mikčních objemů během celých 24 hod. (6) Záznam je potřeba vést po dobu minimálně 2, lépe 5–7 dnů. Případný únik moče a stolice by měl být zaznamenáván nejméně 14 dnů. Pečlivě vyplněný mikční a pitný diář je nejen součástí diagnostického protokolu, ale je velmi potřebný ke sledování průběhu léčby a k získání dítěte pro léčbu. (18)

### *1.12.5 Ultrasonografie močového ústrojí*

Patří pro svou poměrnou spolehlivost, dostupnost a neinvazivnost ke standardním vyšetřovacím metodám ústrojí. Zvláště zjišťujeme-li přítomnost a objem mikčního nebo postmikčního rezidua. (6) Hodnocena je velikost ledvin, kvalita vlastní tkáně ledvin, stav močových cest a síla stěny močového měchýře. (8)

### *1.12.6 Uroflowmetrie*

Jde o měření průtoku moči přístrojem – uroflowmetrem. Průtok moči se měří v mililitrech za sekundu. Při tomto vyšetření získáváme grafický záznam průběhu mikce. Vyšetření je nutné opakovat v případě nálezu několikrát, vždy dbáme na jeho správnou přípravu. Dítě necháme močit ve chvíli, kdy pociťuje výrazné nucení na moč. (6)

### *1.13 Léčba enurézy*

Vzhledem k tomu, že příčina enurézy je multifaktoriální, nelze jednoduše určit jednotný léčebný postup. Je nutno vždy postupovat individuálně s ohledem na věk, anamnézu a nálezy získané při základním vyšetření. Základem léčby enurézy je úprava pitného a mikčního režimu a co největší pozitivní motivace dítěte i celé rodiny. (18)

Léčba by měla být odpovídající věku a jen zřídka je indikována před 5. – 6. rokem. Úspěch závisí na nasazení a povaze pediatra, rodičů a na použité metodě. (14)

Určitě např. zasluhuje pozornost i dítě mladší než 4 roky, které se pomočuje každý den v noci a přes den. (9)

#### *1.13.1 Pitný a mikční režim*

Příjem tekutin se doporučuje rozložit během dne s maximem příjmu v dopoledních hodinách. Mikční režim považujeme za správný, vyhoví-li dítě prvnímu nucení na moč a mikční akt provádí v naprostém klidu s důrazem na kompletní domočení. U části dětí lze pak dosáhnout průkazného zlepšení pouhým režimovým opatřením. (6)

#### *1.13.2 Léčba zaměřená na psychiku*

Hlavní podíl na léčení enurézy má psycholog ve spolupráci s dětským lékařem. Psychoterapie může být zaměřena na řešení problémů mezi sourozenci a rodiči – užívají se k tomu herní činnosti nebo rozhovory. Další metodou léčení je hypnóza, kterou provádí pouze odborně školený klinický psycholog, kdy se u dítěte v hluboké relaxaci

prostřednictvím slovních sugescí upevňuje kontrola a ovládání močového měchýře, zlepšuje se citová vyrovnanost dítěte a vytvářejí se podmínky k překonání neurotizujících vlivů prostředí. Cílem rodinné terapie je podporovat léčebnou úlohu rodiny, především laskavý, ale důsledný přístup, zamezit trestání za pomočování a doporučit kladnou motivaci dítěte. (10)

### *1.13.3 Budící přístroje (alarm systém)*

Jednou z možností léčby nočního pomočování je užití budícího aparátu. K dosažení úspěchu léčby budícím aparátem je nutná dobrá spolupráce s dostatečně motivovaným dítětem i s jeho rodiči. Vzhledem k nutné spolupráci je možné použít budící aparát většinou u dětí starších 7–8 let. Principem léčby je probuzení dítěte ihned po úniku malého množství moče. Rodič musí dohlédnout na to, aby dítě vstalo a dokončilo mikci na WC, a provede výměnu vložky či prádla. K dosažení efektu je nutno užívat aparát alespoň 8–10 týdnů. Způsob účinku léčby s užitím budícího aparátu nelze jednoznačně vysvětlit. Předpokládá se, že alarm může podmiňovat dozrání probouzecí reakce, která je u dětí s nočním pomočováním narušena, a daří se ji tak většinou tímto způsobem upravit. (18)

### *1.13.4 Farmakoterapie*

Krátkodobé úlevy lze dosáhnout desmopresinem aplikovaným buď intranazálně nebo perorálně. Má vysoké procento relapsů, ale je lepší a bezpečnější v porovnání s imipraminem. (14)

Desmopresin je synteticky připravená látka, která je velmi podobná antidiuretickému hormonu, jenž je vylučován podvěskem mozkovým – hypofýzou. Tímto hormonem je regulována tvorba moče. (8) Užívá se k léčbě nočního pomočování déle než 30 let. Největší efekt je pozorován u pacientů se sníženou noční sekrecí vasopresinu a noční polyurií. Vzhledem k možnému vzniku hyponatrémie a edému mozku je opět potřebná dobrá spolupráce s rodiči a dítětem, s nutností dodržování správného pitného režimu. (18)

Tricyklická antidepresiva – především imipramin – se využívala hojně v 60.-70. letech 20. století. Imipramin má nežádoucí vedlejší účinky s možností fatální intoxikace. (18)

Anticholinergika – oxybutinin, propiverin, tolterodin – mohou mít efekt u části dětí, u kterých dochází ve spánku k netlumeným kontrakcím detruzoru. Jejich empirické podávání je vhodné v případě selhání jiné terapie. (18)

## 2 Cíl práce

V rámci výzkumu nám vyvstala strategická otázka, zda-li ovlivňuje enuréza funkčnost rodiny.

Cílem práce je:

1. Vyzkoušet aplikaci otázek z dotazníku PedsQL - Modul vliv na rodinu a ověřit vhodnost použití, při zkoumání vlivu chronického onemocnění, v našem případě enurézy, na funkčnost rodiny.
2. Zjistit, jak velký může být vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny.

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Použité metody a techniky výzkumu**

Informace potřebné pro zpracování bakalářské práce byly získány prostřednictvím studia odborných materiálů. Pro sběr primárních dat užitých ve výzkumné části práce byl nejprve použit předvýzkum, který testoval srozumitelnost a jednoznačnost otázek dotazníku PedsQL – Family Impact Module, přeložených z anglického originálu do českého jazyka. (19) Dotazník byl přeložen na Zdravotně sociální fakultě z anglického originálu do českého jazyka. Předvýzkum byl i součástí podmínek k povolení copyrightu. Veškeré podmínky k umožnění copyrightu, byly splněny, a proto došlo k povolení užívání české verze dotazníku PedsQL – Modul vliv na rodinu. Šetření ukázalo jeho dobrou srozumitelnost. Tento dotazník, který sestavil James Walter Varni Ph.D., mi byl inspirací pro otázky kladené ve standardizovaném rozhovoru. Otázky jsem doplnila, a to o identifikační otázky, které byly zaměřené na anamnestické údaje týkající se rodiny a enuretického dítěte.

Pro splnění stanoveného cíle byl použit kvalitativní výzkum, jeho metoda dotazování a jako technika byl zvolen řízený rozhovor.

Následné výsledky jsem zpracovala do grafů a tabulek. Samotný dotazník jsem vyhodnocovala dle návodu, který je přiložen jako příloha 2.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinou pro vyplňování dotazníku byly rodiny, ve kterých je dítě s enurézou.

Kontakty na rodiny s dítětem s enurézou jsem získala pomocí Národního zdravotnického informačního systému. Rodiny s poskytnutím údajů souhlasily. Další kontakty jsem získala přes agendu dětí, které jezdí na tábory pro enuretické děti.

Respondenty jsem nejprve kontaktovala telefonicky a domluvila se s nimi na termínu schůzky. Rozhovory jsem prováděla v jejich domácím prostředí. Celkem jsem provedla 15 standardizovaných rozhovorů s matkami.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Základní údaje o dítěti

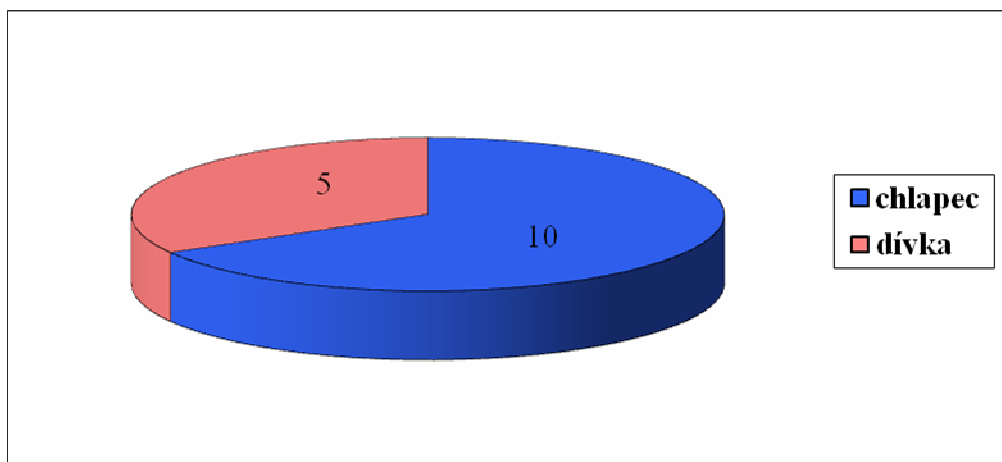
Tabulka 1: Věk

věk dětí	počet dětí
5 let	1
6 let	2
7 let	2
8 let	2
9 let	1
11 let	2
12 let	2
13 let	1
14 let	1
18 let	1
dětí celkem	15

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce je znázorněn různorodý věk dětí s enurézou. Celkový počet dětí byl 15. Věk se pohyboval v rozmezí poměrně širokém 5 – 18 let.

*Graf 1: Pohlaví dítěte*



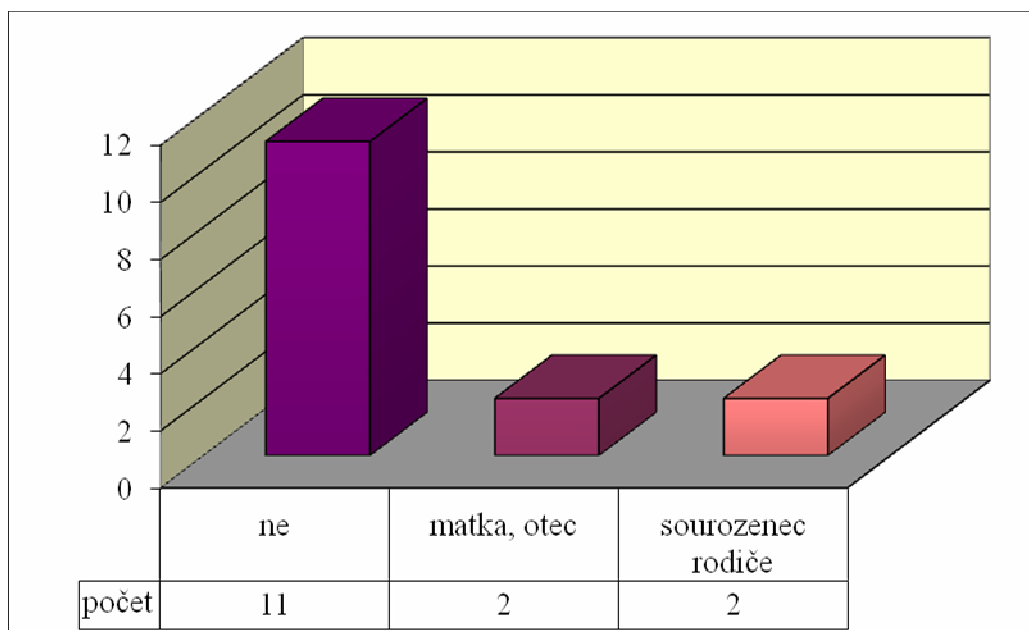
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je zřejmé, že chlapců s enurézou bylo více než dívek. Chlapců bylo 10 (75 %) a dívek 5, tedy (25 %) z celkového počtu.



## 4.2 Údaje o rodině

Graf 2: Trpí/ěl enurézou i někdo jiný z rodiny?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že pozitivní rodinná anamnéza byla ve 4 případech. 11 matek vyslovilo negativní rodinnou anamnézu, z celkového počtu 15 rodin.

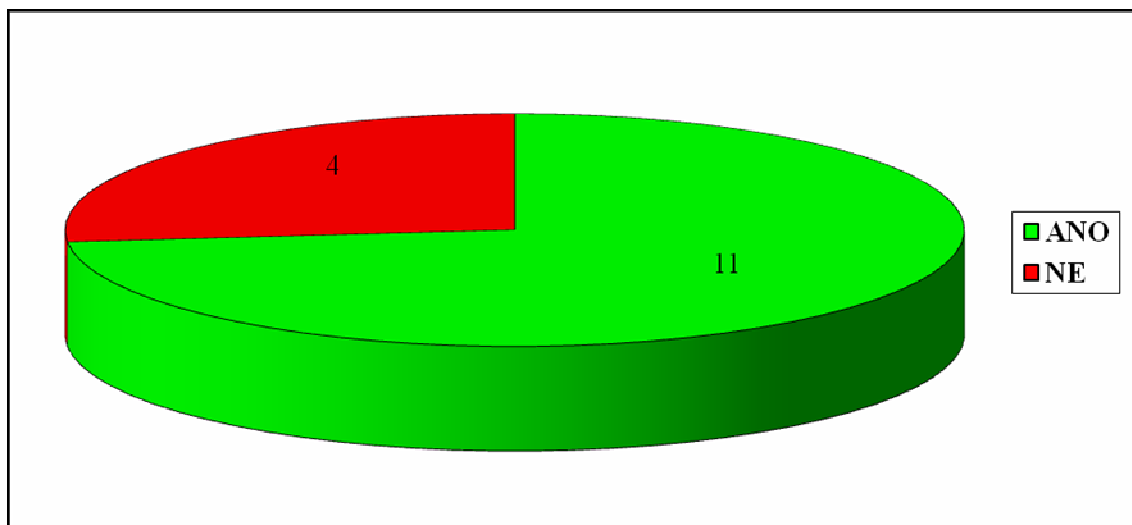
Tabulka 2: Rodinný stav matky

počet matek	15
vdané	15

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu matek (15), byly všechny vdané.

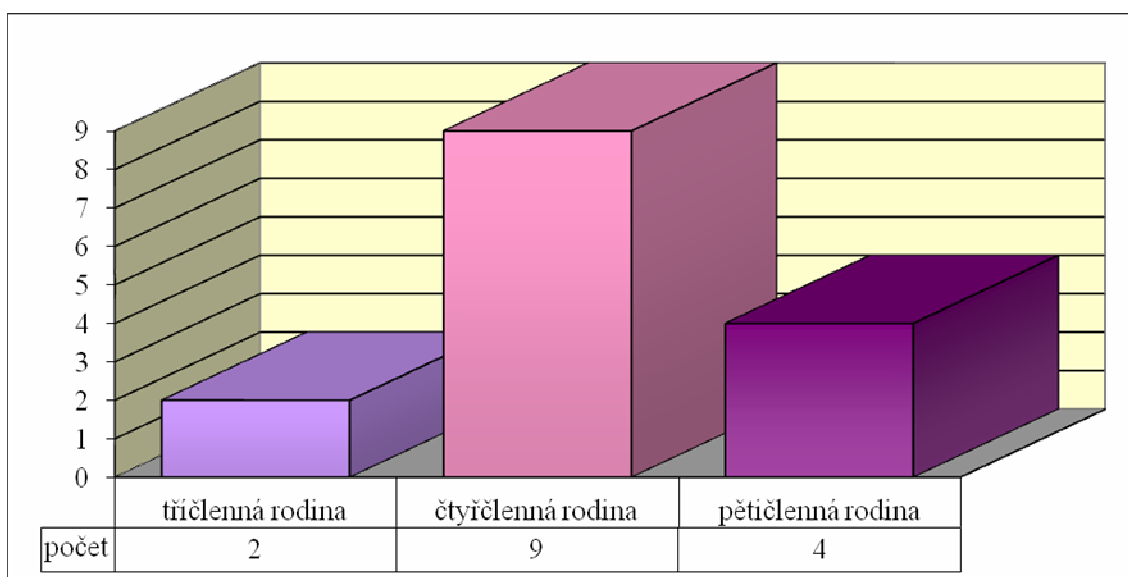
Graf 3: Žijete s otcem dítěte trpícího enurézou?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že většina matek (73,33 %), žije s otcem dítěte s enurézou, a to celkem 11. Matky, které nežijí s otcem enuretického dítěte (26,67 %), byly 4.

Graf 4: Počet členů v rodině

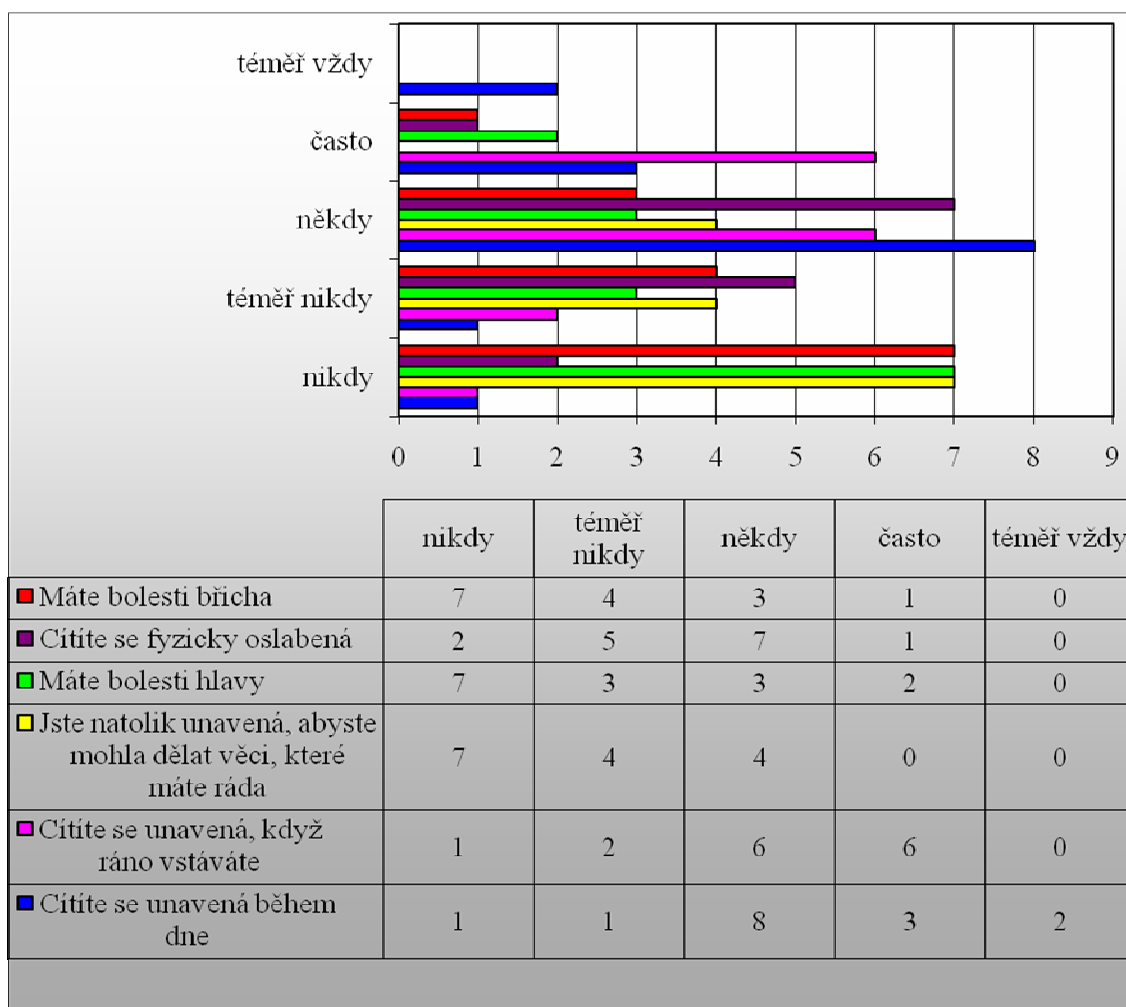


Zdroj: vlastní výzkum

Největší zastoupení měly rodiny se čtyřmi členy, bylo jich celkem 9. Dále byly 4 rodiny s pětičlenné a 2 rodiny, které byly tříčlenné.

### 4.3 Otázky kladené při rozhovoru

Graf 5: Fyzické funkce

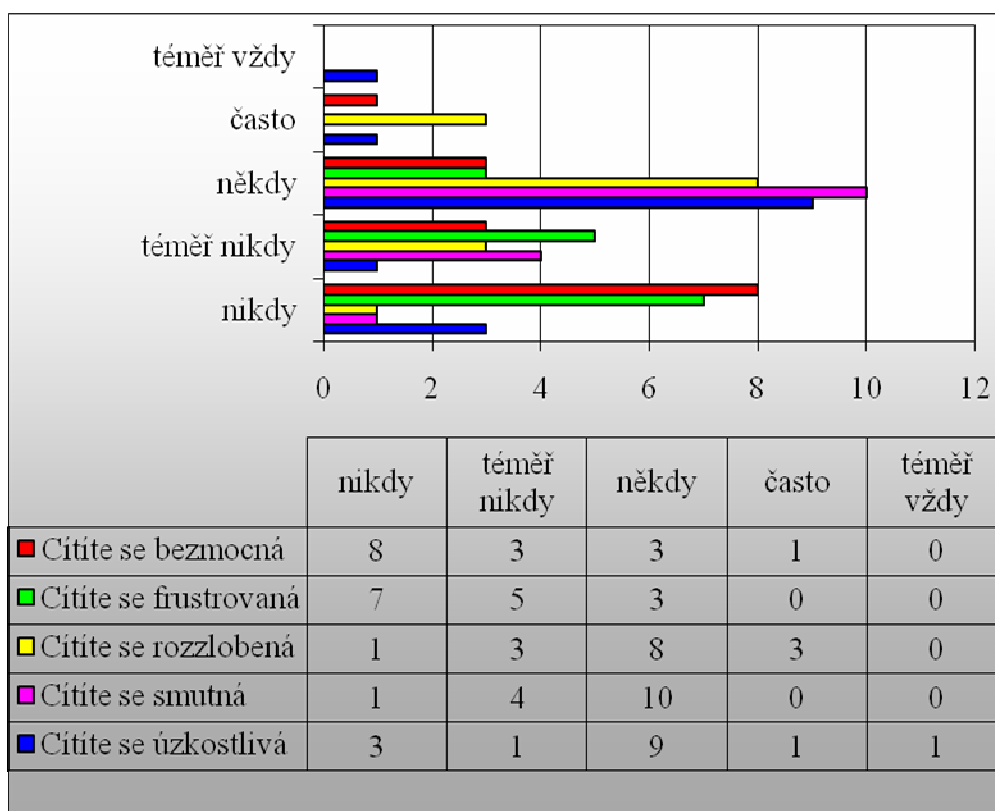


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje jednotlivé otázky z oblasti fyzických funkcí. V této oblasti bylo pokládáno šest otázek. „Nikdy“ odpověděly matky nejvíce na otázku, jestli jsou natolik unavené, aby mohly dělat věci, které mají rády a na bolesti břicha a bolesti hlavy (7).

„Někdy“ se cítí nejvíce matek unavených během dne a 7 fyzicky oslabených. Také „někdy“ odpovědělo 6 matek, které se cítí unavených, když ráno vstávají a ve stejném počtu i „často“.

Graf 6: Citové, emocionální funkce

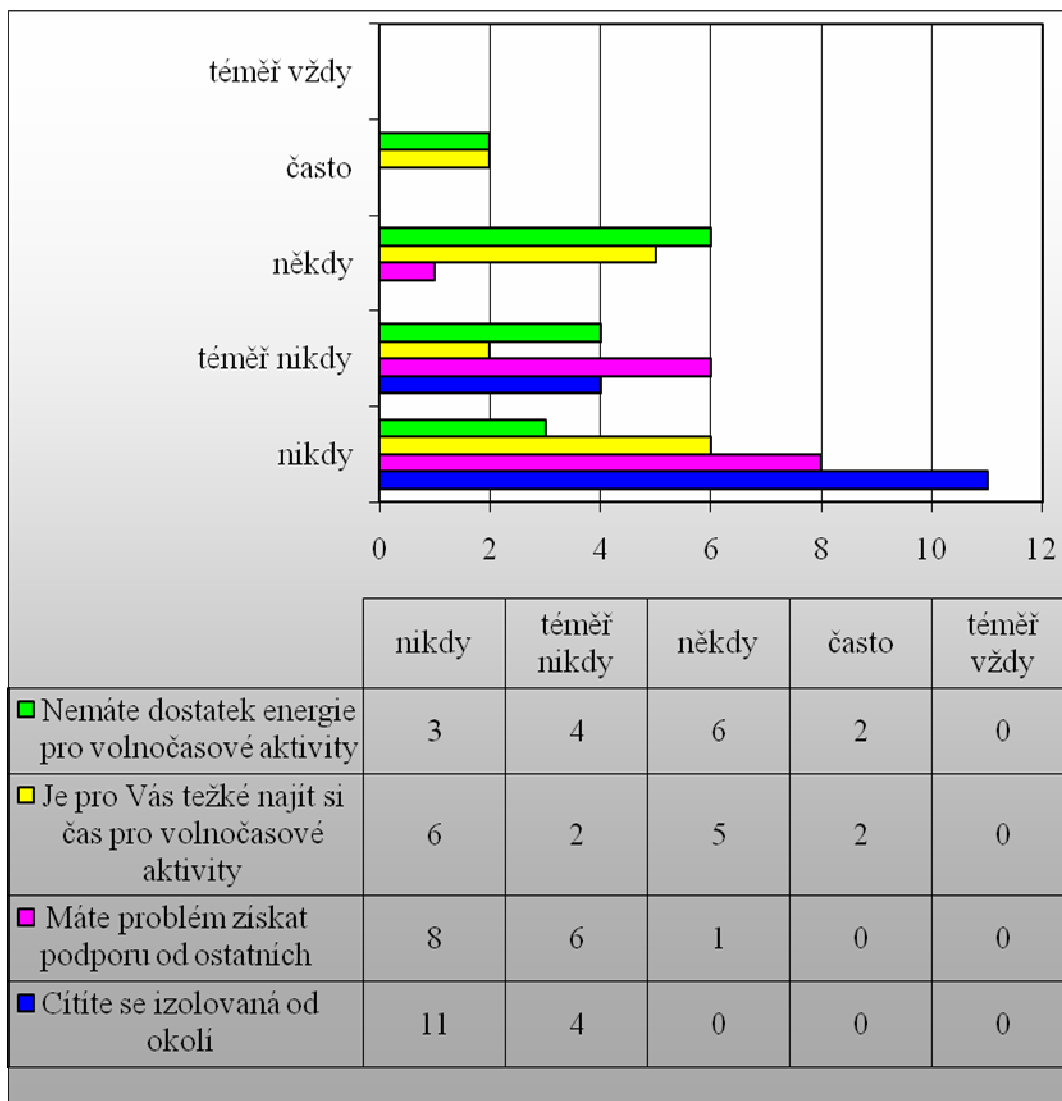


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že „nikdy“ odpovědělo 8 matek na otázku, jestli se cítí bezmocné a 7 na to, jestli se cítí frustrované.

„Někdy“ se cítí 10 matek smutných, 9 úzkostlivých a 8 rozzlobených.

Graf 7: Sociální funkce



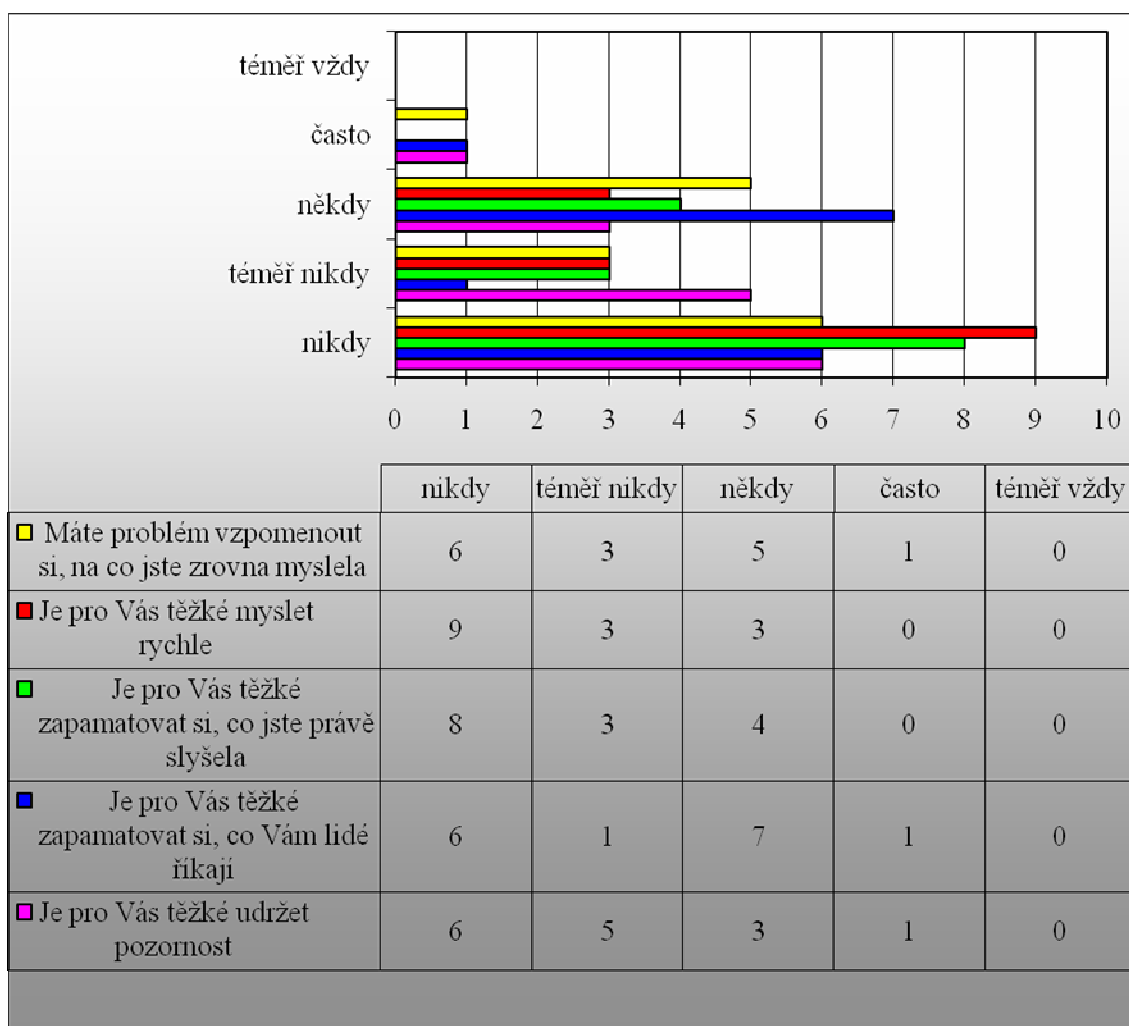
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jestli se matky cítí izolované od okolí, odpověděly ve většině (11), že „nikdy“.

„Nikdy“ také odpovědělo 8 matek na to, jestli mají problém získat podporu od ostatních a jestli je pro ně těžké, najít si čas pro volno časové aktivity.

„Někdy“ nemá dostatek energie pro volno časové aktivity 6 matek.

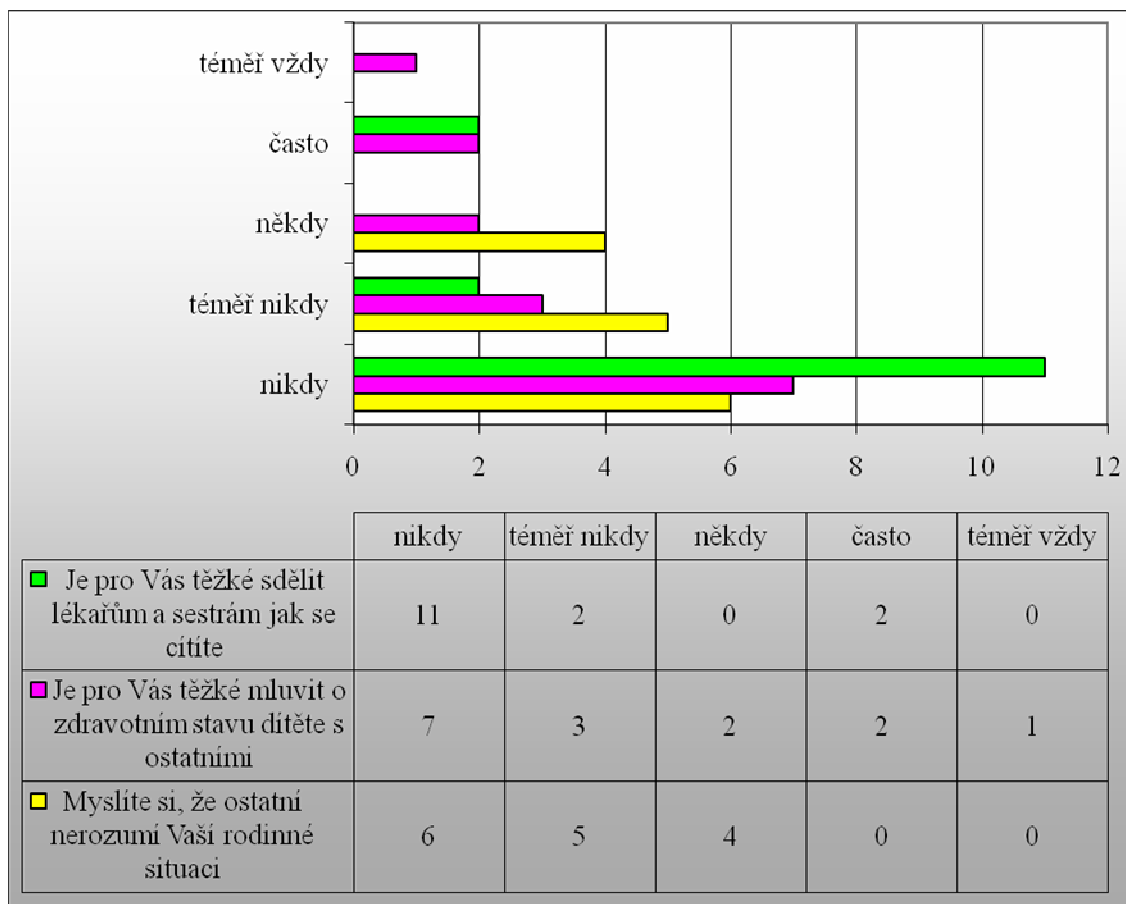
Graf 8: Poznávací funkce



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že nejmenší problém dělá matkám myslet rychle (9), zapamatovat si, co právě slyšely (8), vzpomenout si na co zrovna myslely (6) a udržet pozornost (6). Větší problém činí „někdy“ zapamatovat si, co jim lidé říkají (7).

Graf 9: Komunikace

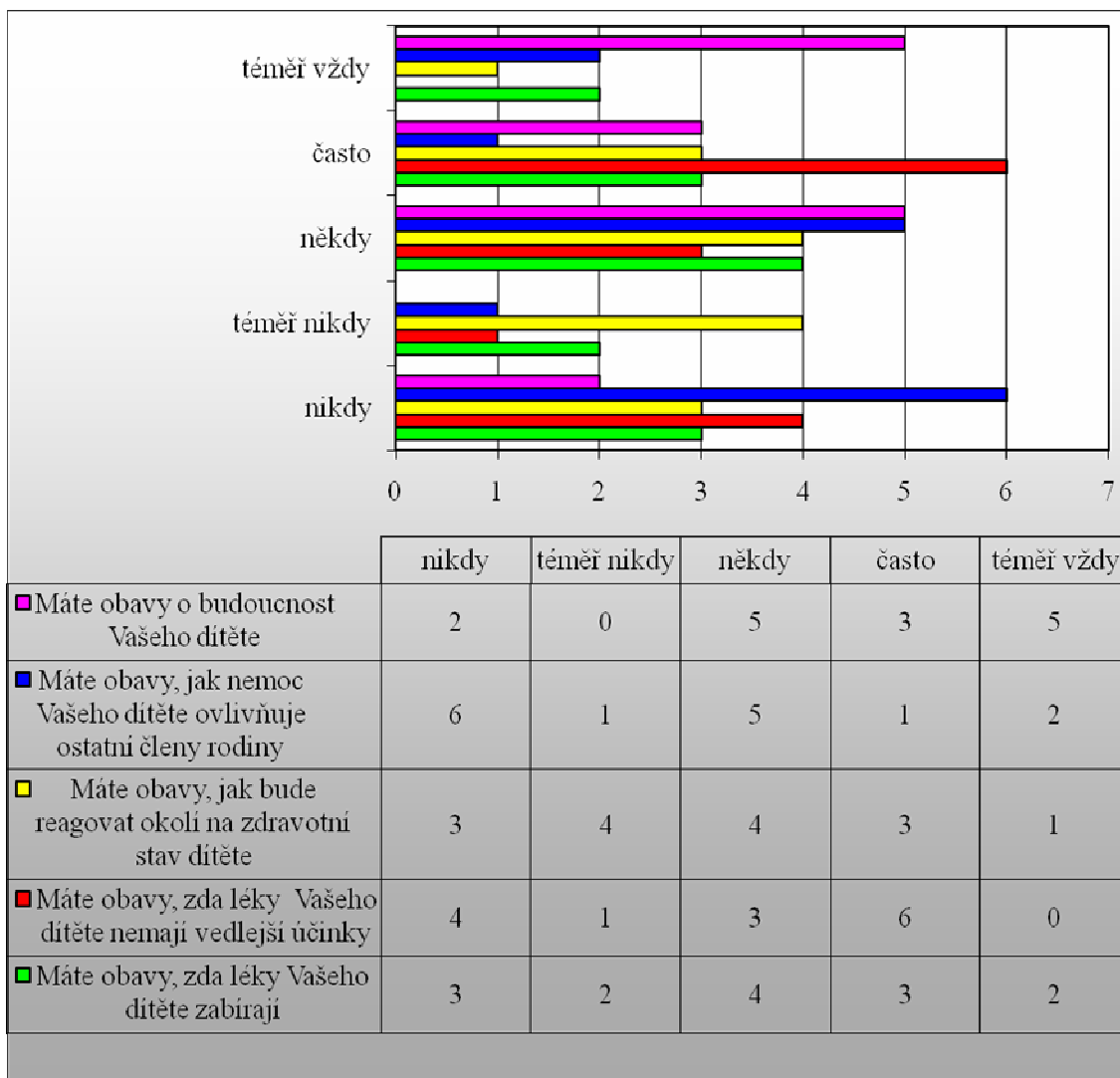


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je poznat, že nejmenší problém činí 11 matkám sdělit lékařům a sestřám jak se cítí. Dále pro 7 matek není těžké mluvit o zdravotním stavu dítěte s ostatními a 6 matek si „nikdy“ nemyslí, že ostatní nerozumí jejich rodinné situaci, ale na druhou stranu 4 matky vyslovily, že jim to dělá problémy „někdy“.



Graf 10: Obavy



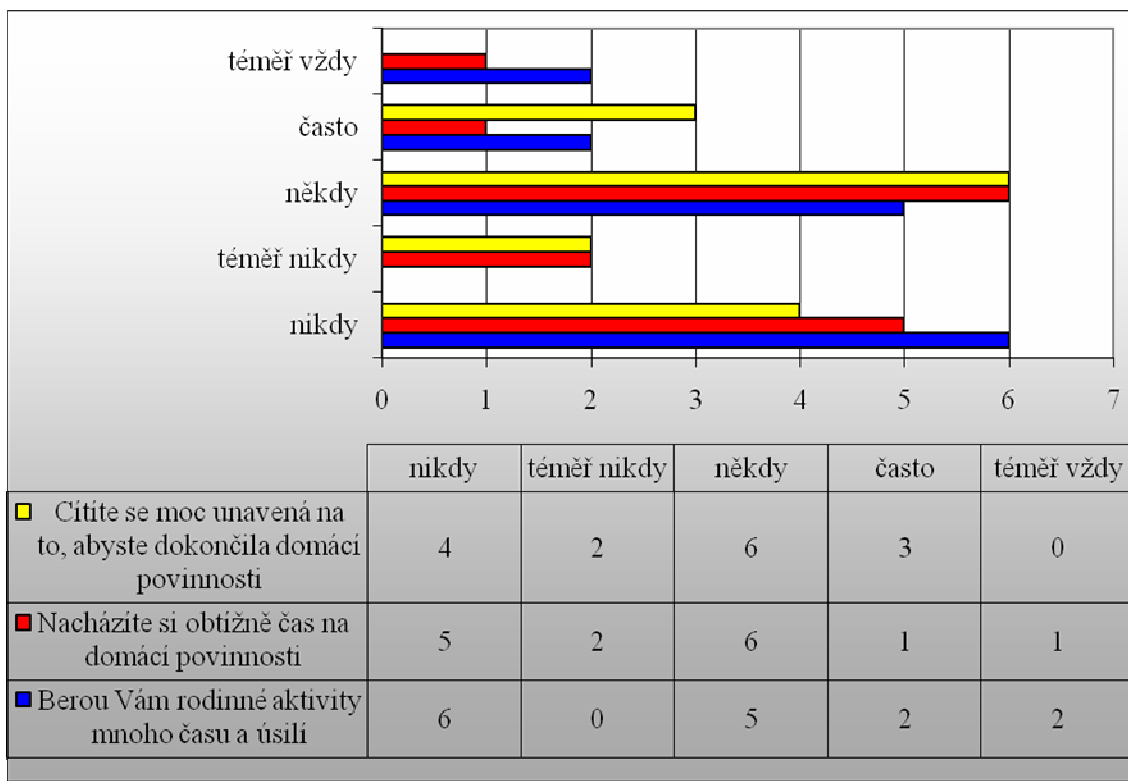
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vidíme, že obavy o budoucnost dítěte mají „někdy“ 5 matek a „téměř vždy“ tak též 5.

„Často“ mají obavy, zda léky dítěte nemají vedlejší účinky - 6.

„Někdy“ mají obavy zda zabírají léky dítěte (4) a jak bude reagovat okolí na zdravotní stav dítěte (4), taktéž tuto obavu mají 4 matky „téměř nikdy“. Nejmenší obavy mají z vlivu onemocnění dítěte s enurézou na ostatní členy rodiny (6). Ovšem „někdy“ má tyto obavy 5 matek.

Graf 11: Denní aktivity



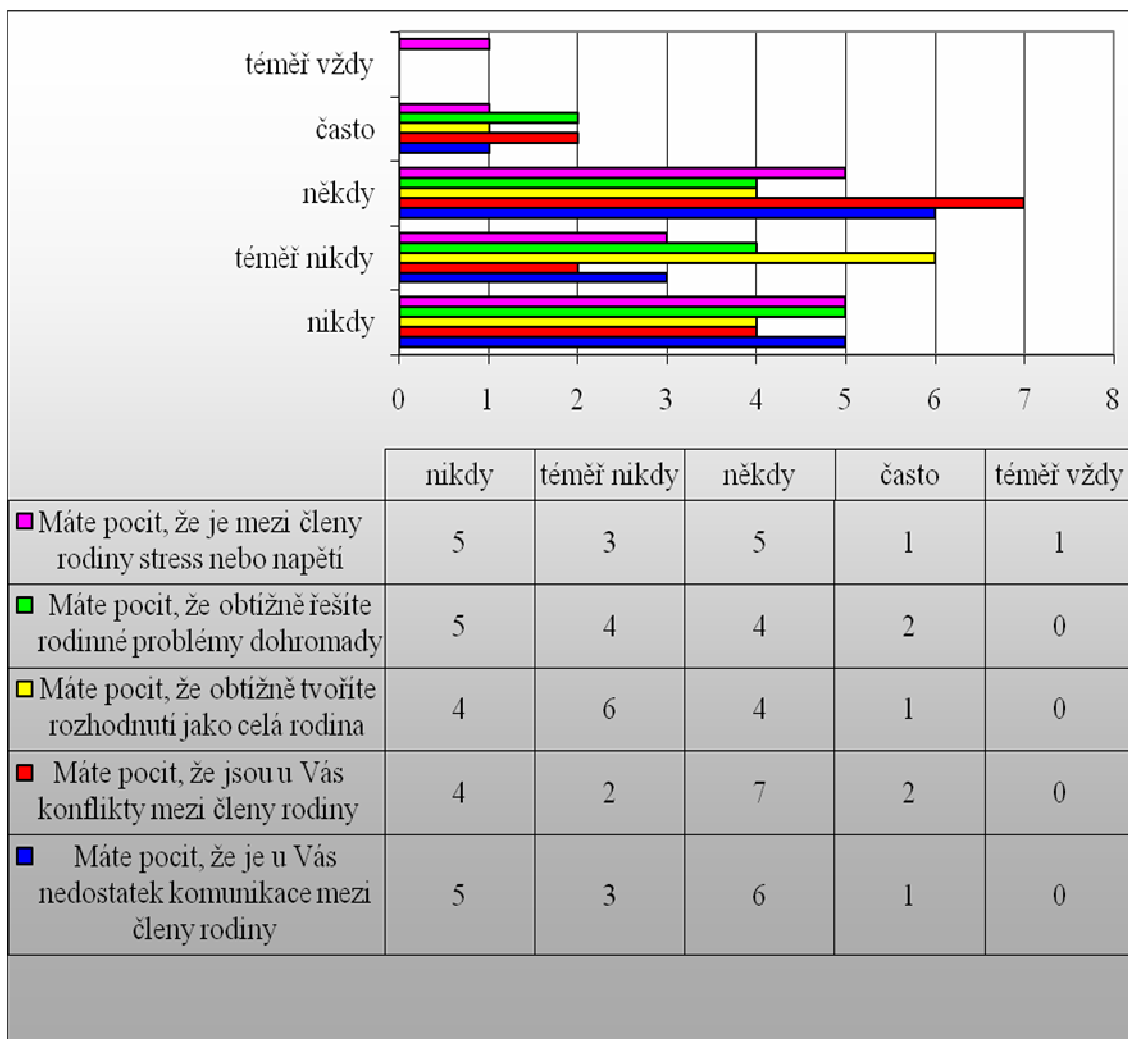
Zdroj: vlastní výzkum

V grafu vidíme, že 6 matek nemá „nikdy“ pocit, že jim rodinné aktivity berou mnoho času a úsilí a 5 má tento pocit jen „někdy“.

Čas na domácí povinnosti si obtížně hledá 5 matek „nikdy“ a 6 matek „někdy“.

Unaveny na dokončení domácích povinností se cítí 6 matek „někdy“.

Graf 12: Rodinné prostředí, vztahy



Zdroj: vlastní výzkum

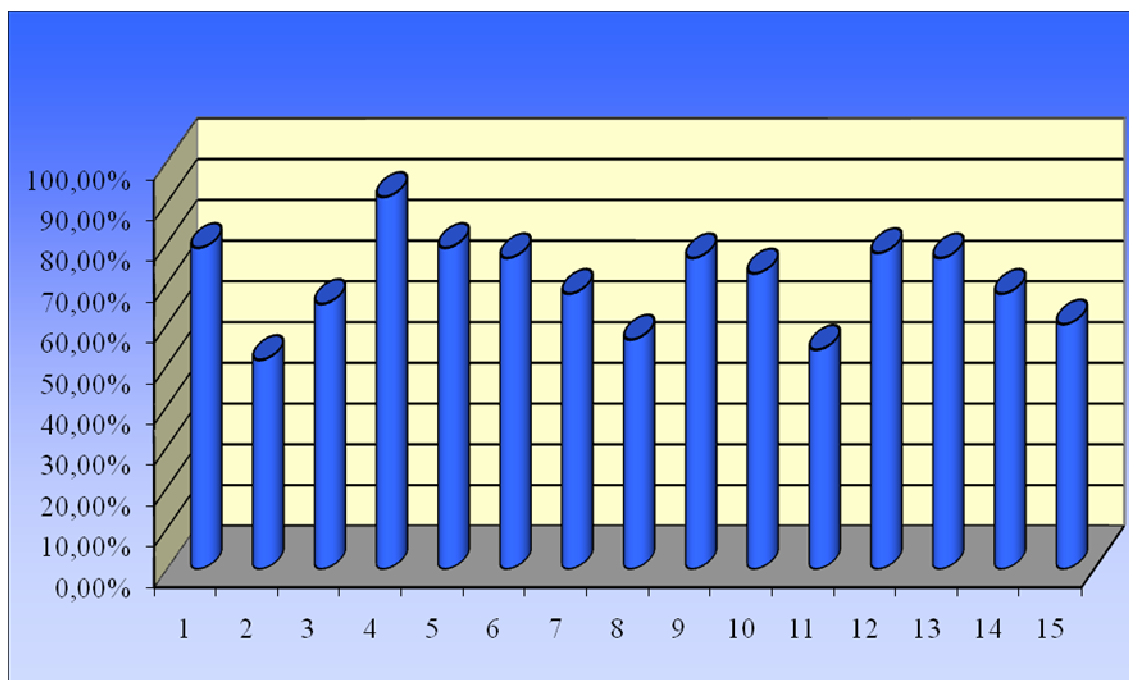
Z grafu vidíme, že „nikdy“ nemá 5 matek pocit, že obtížně řeší rodinné problémy dohromady a 5 matek nemá pocit, že je mezi členy rodiny stress nebo napětí, na tuto otázku odpovědělo, ale také 5 matek, které takový pocit „někdy“ mají.

„Téměř nikdy“ má 6 matek pocit, že obtížně tvoří rozhodnutí jako celá rodina.

„Někdy“ má 7 matek pocit, že jsou u nich konflikty mezi členy rodiny a 6 matek, že je u nich nedostatek komunikace mezi členy rodiny.

#### 4.4 Dosažená skóre – skóre HRQL rodiče, skóre rodinných funkcí a celkové skóre

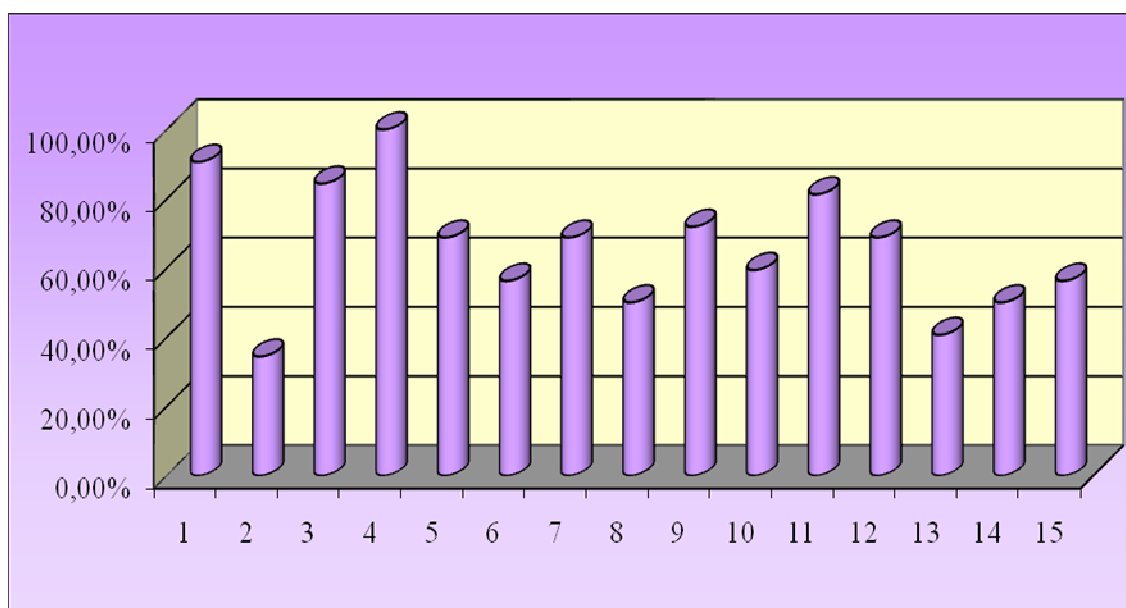
Graf 13: HRQL matky



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 15 respondentek dosáhly 4 matky skóre pod 60 % (včetně), 3 matky měly skóre mezi 60-70 %. 7 matek dosáhlo skóre mezi 70-80 %. Jediná matka dosáhla skóre nad 90 % (91,25 %).

Graf 14: Skóre rodinných funkcií



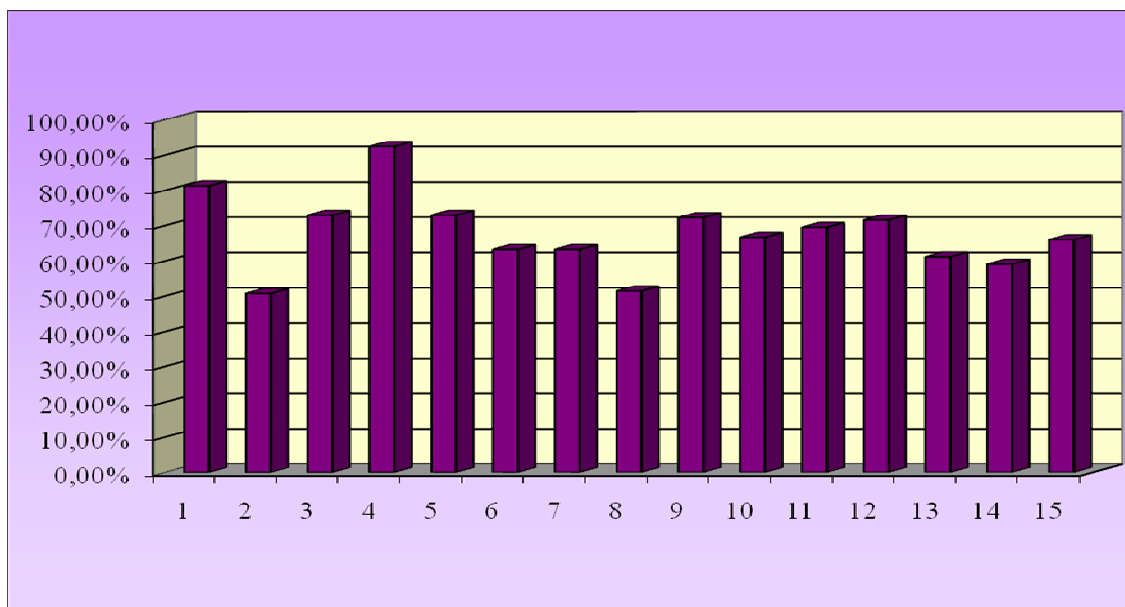
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že najmenší skóre rodinných funkcií pod 50 % včetně měly 4 repospondentky.

Do 60 % dosáhly skóre 3 respondentky. Do 70 % také 3.

V rozmezí 70-90 % byly respondentky opět 3 a nad 90 % měly skóre respondentky 2 (90,63 %, 100 %).

Graf 15: Celkové skóre rodiny



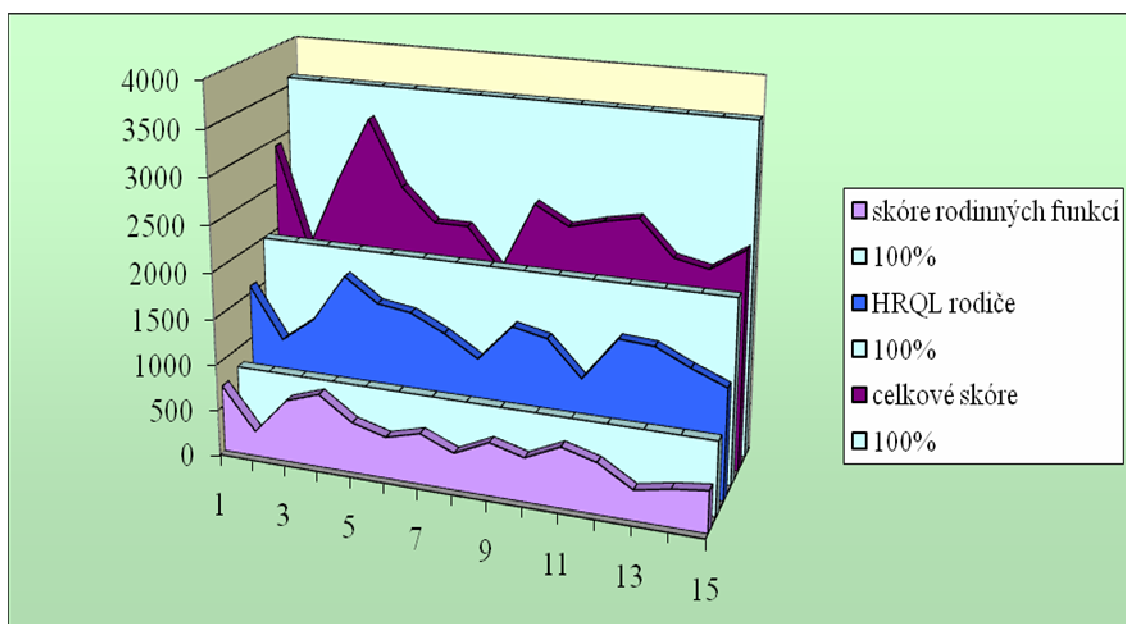
Zdroj: vlastní výzkum

Nejmenší celkové skóre rodiny bylo v rozmezí 50-60 %, kterého dosáhly 3 respondentky.

60-70 % dosáhlo 6 respondentek.

70-80 % dosáhly 4 respondentky a nad 80 % dosáhly skóre 2 respondentky (81,25 %, 92,36 %).

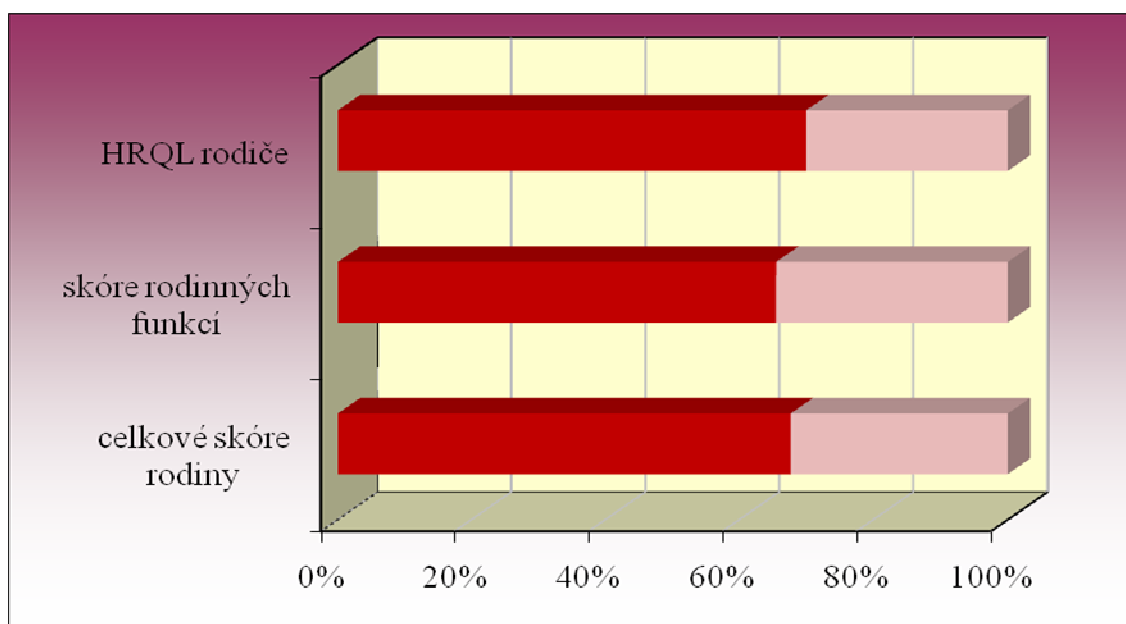
Graf 15: Porovnání jednotlivých skóre



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zobrazuje skóre rodinných funkcí, HRQL rodiče, celkové skóre a porovnává jejich vztah k 100% skóre. Navzájem také ukazuje křivku bodů jednotlivých respondentek.

Graf 16: Průměr každého skóre



Zdroj: vlastní výzkum

Graf představuje průměry skórování dosažené v jednotlivých oblastech, kterými je HRQL rodiče, skóre rodinných funkcí a celkové skóre rodiny. Z grafu je patrné, že nejlépe hodnotí matky jejich HRQL (69,92 %), Celkové skóre rodiny dosáhlo průměrem 67,59 % a skóre rodinných funkcí 65,42 %.



## 5 Diskuze

Počátek a impuls k tématu „Vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny“ bakalářské práce byl podmíněn dotazníkem, který vytvořil James Walter Varni Ph.D. Dotazník byl zkoumán z pohledu jeho reliability a validity (příloha 3). Název dotazníku je, jak jsem již několikrát zmínila, PedsQL – Modul vliv na rodinu (příloha 1). Tento dotazník je určen ke zkoumání vlivu chronického onemocnění na rodinu. Nejde o to, zda budeme zkoumat, jestli v rodině vliv je či není, jelikož to nám dokázaly již mnohé odborné studie a odborná literatura. Je snad samozřejmé, že každá nuance a obzvláště v podobě chronického onemocnění rodinu ovlivňuje. Otázkou tedy je, jak velký je tento vliv na rodinu, ale i na samotného jedince, jakým je v našem případě matka. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce jsem hodnotila pouze matky, které jsou zastoupeny ve většině i v neúplných rodinách při výchově dítěte.

Dostávám se tak k prvním otázkám kladeným při rozhovoru. V oblasti rodiny se potvrdilo, že děti rozvedených matek jsou svěřeny do jejich péče. Těch, které byly rozvedené s otcem enuretického dítěte byly čtyři. Tyto matky ovšem nebyly samoživitelkami, nýbrž všechny byly znovu vdané. Ani jedna matka nebyla rozvedená dvakrát a více. V těchto případech tři matky nehodnotily odůvodnění rozvodu enurézou dítěte. Jedna matka o enuréze dítěte nemluvila jako o důvodu rozvodu, ale zmínila se, že otec byl celkově netolerantní: „*Jemu se pořád něco nelíbilo.*“

**Hypotéza č. 1:** Řešení konfliktů vztahujících se k enuréze zůstává v rovině běžných vyrovnávacích mechanismů rodiny.

V otázce, jestli trpí nebo trpěl enurézou i někdo jiný z rodiny odpověděly čtyři matky, že ano. Odborný internetový zdroj uvádí: „*Existují důkazy ukazující, že noční pomočování má genetickou predispozici. Noční pomočování často postihuje více členů rodiny a přibližně tři čtvrtiny pomočujících se dětí má jednoho nebo oba rodiče, kteří trpěli stejným problémem.*“ (4) Matky uvedly pouze v 26,67 % výskyt enurézy v rodině, ve dvou případech tomu bylo u jednoho rodiče dítěte. Také dvě matky řekly, že toto onemocnění měli jejich sourozenci. V případě pozitivní rodinné anamnézy matky

mluvily o jejich nadhledu na věc: „*Je jasné, že když jsem to měla sama, neberu to jako něco špatného... Když jsem viděla, jak tím moje sestra trpěla a snažila se to před matkou skrývat, vždycky mi jí bylo líto.*“

**Hypotéza č. 2:** V případě pozitivní rodinné anamnézy se rodiče ke svým dětem s enurézou chovají adekvátně.

„*Podle epidemiologických studií se noční pomočování vyskytuje u 15 až 20 % pětiletých dětí. Průměrně u 15 % z nich ročně inkontinence spontánně ustoupí, ale i tak se jich ještě 1 až 2 % v 15 letech v noci pomočuje. Novější studie zaznamenávají celkový výskyt pomočování u 7letých dětí až v 26 %.*“ (18) Vzhledem k tomu, že jsem prevalenci enurézy nezkoumala nemohu hodnotit dané údaje, ale zmiňuji se o nich z důvodů zastoupení věku dětí ve výzkumu. V letech 5, 9, 13, 14, 15 roků to bylo jedno dítě a 6, 7, 8, 11, 12 roků to byly děti dvě.

„*MNE je 1,5 – 2x častější u chlapců než u dívek.*“ (7) Dle mého výzkumu, i když byl počet zkoumaného vzorku malý (15), tak se tento údaj potvrdil a to zcela přesně. Chlapci byli zastoupeni dvakrát více, bylo jich deset a děvčat pět.

**Hypotéza č. 3:** Výskyt enurézy je vyšší u chlapců než u dívek.

Otázky z dotazníku PedsQL – Modul vliv na rodinu jsem pro přehlednost zpracovala do grafů doplněných tabulkami dat. S matkami jsem prováděla standardizované rozhovory a jejich odpovědi ve většině případů odpovídaly těm, které se nabízejí v originálu dotazníku. Pokud jsem si nebyla jistá, který bod by ze škály zatrhly, zeptala jsem se.

V oblasti fyzických funkcí se matky vyslovily k únavě během dne a i když ráno vstávají, také se hodnotily někdy jako fyzicky oslabené. Je zajímavé, že na otázku bolesti hlavy nebo břicha matky odpovídaly negativně. Matky čekaly, otázky přímo k enuréze, a tak se ty komunikativnější, ve čtyřech případech vyslovily: „*Moje únava se vztahuje k vyčerpání díky pracovnímu nasazení, není to spojeno s enurézou dítěte.*“ Na druhou stranu se jedna matka zmínila: „*No to víte, ono je to někdy náročné lítat kolem toho prádla a tak.*“

Citové a emocionální funkce ukázaly, že tak silná slova jako je bezmocnost či frustrovanost by mnoho matek nepoužilo. Někdy smutných se cítí tři čtvrtiny matek. Dále se pak matky cítí úzkostlivé nebo rozzlobené. V této části opět nemluvíly o spojitosti s enurézou, nýbrž celkově se životem.

V rozhovorech bylo poznat, že matky nemají problém se sociální izolací ani v oblasti podpory od ostatních lidí neměly pocit, že by se jim jí nedostávalo. O času a energii pro volnočasové aktivity se již vyjadřovaly ztuhlě méně kladně. Jenže jak je tomu v dnešní době? O stresu a pracovním vytížení dnes hovoří snad téměř všichni.

Ke stavu kognitivních funkcí matky odpovídaly v 46 %, že nemají nikdy problémy vzpomenout si na co zrovna myslely. Nikdy pro ně není těžké myslet rychle, zapamatovat si co právě slyšely nebo co jim lidé říkají. Není pro ně těžké udržet pozornost. „*Tak to někdy mám*“ odpověděly matky v 29,33 % ke všem zmíněným otázkám. Konkrétně otázky: „*Je pro Vás těžké zapamatovat si, co Vám lidé říkají?*“ a „*Máte problém vzpomenout si, na co jste zrovna myslela?*“ mi přijdou dosti subjektivní. Myslím, že by na ně odpověděla kladně větší část populace i těch, kteří jsou z rodin dobře fungujících. Z rodin, kde není přítomno chronické onemocnění.

U onemocnění dětí se předpokládá, že potřebné informace k jejich zdravotnímu stavu poskytnou také rodiče. V rozhovoru se vyskytla otázka, jestli rodiče mají problém sdělit lékařům a sestřám i jak se cítí oni. Odpovědí bylo, že nikdy. Doslovně to znamenalo v 73,33 %: „*Ne to mi problém nedělá.*“ Tato odpověď mě potěšila jako zpětná vazba právě k sestřám a lékařům, bohužel ne vždy se setkáme s kladným názorem na jednání ošetřujícího personálu. V oblasti komunikace matky nehodnotily jako problém mluvení o zdravotním stavu svého dítěte ani o své rodinné situaci s ostatními. Dle mínění školitele to ovšem není pravda, protože díky tomu, že rodiče mají problém o tom zpočátku hovořit a otázku nočního pomočování jejich dítěte bagatelizují, dochází k lékařům až později. Pokud se matky více rozhovořily, zmínily se: „*Mluvím o tom s kým chci a to mi problém nedělá.*“ Objevila se i jedna odpověď, že matka má problém o tom hovořit ve školce, což mě tedy přišlo nepochopitelné, jak je možné se v dnešní době setkat s netolerancí a v tomto případě bych řekla i neinformovaností v dané instituci. Osobně bych to řešila výměnou školky.

Na druhou stranu – mohou si dnes vybrat matky mezi více školkami, když jejich kapacita přestává stačit množství dětí?

**Hypotéza č. 4:** Matky mají zpočátku problém hovořit o nočním pomočování dítěte se zdravotnickým personálem.

Jestli mají rodiče o něco obavy, tak je to především o budoucnost dítěte, ať již tu nejbližší nebo vzdálenější. Jinak tomu není ani v tomto výzkumu, kdy nejvíce matek (5) ze všech kladených otázek odpovědělo: „*Skoro vždycky*.“ Obavy neustávají ani v otázce, zda se bojí vedlejších účinků léků. V otázce, jestli mají obavy jak nemoc dítěte ovlivňuje ostatní členy rodiny a jak bude reagovat okolí na zdravotní stav dítěte, dosahovaly odpovědi průměrem mezi „téměř nikdy“ a „někdy“. Což si myslím jsou výsledky, které nejsou nijak radikální.

**Hypotéza č. 5:** Největší obavy mají rodiče o budoucnost svého dítěte.

Otázky denních aktivit a pocitů ohledně vztahů v rodinném prostředí se hodnotily jako „*Celkové skóre rodinných funkcí*“. V průměru dosahovalo toto skóre 65,42 %, což ukazuje, že rodinné funkce jsou snižené. Zatím však není zcela jasné, který počet bodů je považován ještě za dostačující a který již nikoliv. Vzhledem k původu otázek prozatím nejsou zjištěna tato rozmezí, ale pracuje se na tom a v blízké době by tyto údaje, krom návodu na samotné vyhodnocování (bodování), měly být známi.

**Hypotéza č. 6:** V rodinách, kde jsou děti s enurézou, jsou snižené rodinné funkce.

HRQL rodiče, v našem případě matky, se hodnotilo z oblastí otázek – fyzických funkcí, citových a emocionálních funkcí, sociálních funkcí a poznávacích funkcí. Součtem bodů se dosáhlo skóre, které mělo průměrnou hodnotu 69,92 %, to je o 4,5 % lepší než skóre rodinných funkcí.

**Hypotéza č. 7:** HRQL rodičů, kteří mají dítě s enurézou je snižené.

Matky mohly celkem dosáhnout v nejlepším případě 3600 bodů, to je samozřejmě nemožné, toho by nedosáhl snad nikdo, ale v poměru k těmto 100 % byl průměrný výsledek 2433 bodů, tedy 67,59 %. Setkala jsem se tedy s tím, že každé z hodnocených skóre bylo v rozmezí 65,42-69,92 %. Je to tedy tak, že skóre bylo úspěšně nad polovinu, ale nedostalo se nad tři čtvrtiny. Myslím si, že to celkově vypovídá o snížení, které není hodně velké, ale poukazuje na ovlivnění matky a rodiny enurézou dítěte.

Výsledky z mého výzkumu nemohu porovnat, ani se zdravou populací, ani s vlivem jiného chronického onemocnění na funkčnost rodiny, protože nejsou žádné dostupné numerické hodnoty.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala chronickým onemocněním dítěte, kterým je enuréza a vlivem tohoto onemocnění na funkčnost rodiny. Toto téma vzniklo na popud vyzkoušení dotazníku PedsQL – Modul vliv na rodinu od Jamese Waltera Varni Ph.D. (19) Vzhledem k inspiraci tímto dotazníkem jsem při standardizovaném rozhovoru použila otázky z tohoto dotazníku.

Při rozhovoru, který byl prováděn s matkami v jejich domácím prostředí, jsem zjistila, že byly překvapeny jeho obecností a ne příliš velkým zaměřením na rodinu a enuretické dítě. Otázky kladené jako zkoumání HRQL matky jim připadaly subjektivní, protože se tak či onak necítily právě kvůli svému enuretickému dítěti. Nicméně nutno podotknout, že se v našem životě vše prolíná a někdy ani vliv určitého faktoru nevnímáme jako ten patologický, i když se v podvědomí hromadí stres způsobený tímto nepřiznaným faktorem. Díky tomu, že dotazník byl zkoumán na svou reliabilitu a validitu úspěšně, myslím, že otázky v něm jsou postačující a dobře volené i pro využití v České republice. Samozřejmě za předpokladu kvantitativního výzkumu s dostatečným vzorkem respondentů.

Zpracování výsledků ukázalo vhodnost dotazníku pro další výzkumy. Výsledky se daly dobře zobrazit a mohl se z nich vyvodit závěr, jehož součástí je, že byl částečně splněn i druhý cíl. Bylo zjištěno, že enuréza má vliv na rodinu a snižuje rodinné funkce.

Výsledky práce je možné využít ke studiu. Její přínos je ve vyzkoušení dotazníku PedsQL – Modul vliv na rodinu, a tak může být inspirací pro aplikaci i při jiných výzkumech.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BROŽKOVÁ, A. *Rodinná terapie z pohledu sociálního pracovníka* [online]. 2004. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: <http://www.viap.cz/ppf-zp-rtzpohledusocprac.doc>.
2. DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 140 s. ISBN 08-040-86.
3. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
4. FERRING léčiva. *O enuréze* [online]. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z : <http://www.ferring.cz/minirin/index.php?cmd=subpage&id=416&upid=402&LanguageID=9>.
5. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systematické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3.
6. GUT, J., DOLEŽAL, J., ŽENÍŠEK, J. *Pomočování u dětí*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 86 s. ISBN 80-7262-010-X.
7. GUT, J., KOLSKÁ, M. Diferenciální diagnostika úniků moči u dětí. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2004. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/03/10.pdf>.
8. GUT, J. *O enuréze* [online]. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: <http://www.enureza.cz/>.
9. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
10. JAVŮRKOVÁ, A. *Enuréza očima dětí* [online]. 2003. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek2485.htm>.
11. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1 vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
12. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 379s. ISBN 80-7178-548-2.
13. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2006. 311 s. ISBN 80-86429-58-X.

14. O'CALLAGHAN, CH., STEPHESON, T. *Pediatric do kapsy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 448 s. ISBN 80-247-0933-3.
15. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1994. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.
16. SATIROVÁ, V. *Knih o rodině*. 2. vyd. Praha: Práh, 2006. 357 s. ISBN 80-72-57-150-0.
17. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8.
18. ŠMAKAL, O., FLÖGELOVÁ, H. Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatric pro praxi* [online]. 2006. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: [www.solen.cz/pdfs/ped/2006/05/02.pdf](http://www.solen.cz/pdfs/ped/2006/05/02.pdf).
19. VARNI, JW. *PedsQL family impact module* [online]. 2004. [cit: 2008-02-6]. Dostupné z: [http://www.mapi-research.fr/t\\_03\\_serv\\_dist\\_Cduse\\_pedsq.html](http://www.mapi-research.fr/t_03_serv_dist_Cduse_pedsq.html).
20. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.



## **8 Klíčová slova**

Diagnostika dětí s únikem moči

Enuréza

Funkce rodiny

Inkontinence

Léčba enurézy

Rodina

Typy rodin

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Dotazník „PedsQL – Modul vliv na rodinu“.

Příloha 2: Návod k vyhodnocování dotazníku.

Příloha 3: PedsQL Family Impact Module - Reliability and validity.