

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Neorganická enuréza u dětí

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Prim. MUDr. Jan Eliášek

Autor:

Jana Mikešová, DiS.

Abstrakt

Moje bakalářská práce se zabývá vlivem chronického onemocnění - enuresis nocturna. Zaměřila jsem se na pomočování, které je neorganického původu a tudíž není příčinou enurézy patologie v oblasti urogenitálního traktu. Cílem bylo zjistit, jak děti zkoumaného souboru z nefrologické ordinace při dětském oddělení Nemocnice v Českém Krumlově prožívají jejich postižení noční enurézou (pomočování bez organické příčiny) a jak rodiče pomočujících se dětí dodržují doporučení lékaře - preventivně léčebná opatření v rámci léčby enurézy. V teoretické části je zmíněna medikamentózní léčba enurézy, léčebná opatření, enuretický režim a také teorie rodiny a rodičovství. Praktická část je realizována na podkladě dvou hypotéz. Stanoveny byly dvě pracovní hypotézy, z nichž první H 1 byla testována za pomoci standardizovaného rozhovoru s enuretickými dětmi a druhá H 2 byla testována dotazníkem určeným rodičům pomočujících se dětí. Bylo potvrzeno, že většina dětí svůj problém úzkostlivě prožívá a část rodičů nedodrжуje doporučená schémata související s léčbou pomočování – enuretický režim. Účelově je tento výzkum podkladem pro mou bakalářskou práci a zároveň bude sloužit i interním účelům nefrologické ordinace a dalším lékařům, zdravotním sestřám a rovněž i dalším odborníkům, kteří se blíže o noční enurézu dětí zajímají.

Abstract

My bachelorship paper deals with the impact of a chronic disorder – enuresis nocturna. I have concentrated on bed-wetting which is of non-organic origin and thus the cause of enuresis is not to be found in the pathology of the urogenital tract. The objective of my paper has been to detect how the children of the studied group from the nephrological practice of the Paediatric Ward of the Hospital in Český Krumlov experience their disorder (bed-wetting without an organic cause) and how the parents of these bed-wetting children comply with the recommendations of the physician – the preventive-therapeutic measures within the enuresis treatment. The theoretical part of my paper is focussed on the treatment of enuresis, on therapeutic measures, the enuretic regime as well as the theory of family and parenting. Its practical part is based on two preliminary hypotheses. The first hypothesis H1 was tested under the application of a standardised interview with enuretic children and the testing of the H2 hypothesis was based on a questionnaire designed for parents of bed-wetting children. It has been proved that most children experience their problem with lots of anxieties and that a part of their parents fail to comply with the paradigms related to the treatment of enuresis-the enuretic regime. This research has been planned both to become a part of my bachelorschip paper and to serve for internal purposes of the nephrological practice mentioned above as well as other physicians, nurses and further specialists involved in the bed-wetting problem of children.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Neorganická enuréza u dětí“ 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 § 47 b 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.

V Českých Budějovicích dne 11. 05. 2009

.....
Jana Mikešová, DiS.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce, panu primáři MUDr. Janu Eliáškoví, za odborné vedení, cenné rady a pomoc při psaní této práce, za jeho ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a poskytnutí vhodných podmínek ke studiu.

Obsah:

1	Současný stav	9
1.1	Definice pomočování	9
1.1.1	<i>Historické poznámky</i>	10
1.1.2	<i>Fyziologie a patofyziologie močení</i>	11
1.1.3	<i>Vymezení pojmů</i>	12
1.1.4	<i>Enuréza versus inkontinence</i>	13
1.2	Inkontinence moči	13
1.2.1	<i>Stresová inkontinence</i>	14
1.2.2	<i>Urgentní inkontinence</i>	14
1.2.3	<i>Reflexní inkontinence</i>	14
1.2.4	<i>Inkontinence z přetékání</i>	14
1.3	Enuréza	14
1.3.1	<i>Denní enuréza</i>	15
1.3.2	<i>Noční enuréza</i>	15
1.3.3	<i>Primární enuréza</i>	16
1.3.4	<i>Sekundární enuréza</i>	16
1.4	Příčiny enurézy	17
1.4.1	<i>Rodinná predispozice</i>	17
1.4.2	<i>Psychosociální zátěž</i>	18
1.4.3	<i>Porucha cirkadiální regulace objemu moči</i>	19
1.4.4	<i>Spánkové poruchy</i>	20
1.4.5	<i>Nezralost centrální nervové soustavy</i>	20
1.5	Taktika léčby enurézy	20
1.5.1	<i>Pitný režim</i>	21
1.5.2	<i>Správný přístup k dítěti</i>	21
1.5.3	<i>Budící přístroje</i>	21
1.5.4	<i>Farmakologická léčba</i>	21

1.6	<i>Diagnostika dětí s únikem moči</i>	23
1.6.1	<i>Anamnéza</i>	23
1.6.2	<i>Fyzikální vyšetření</i>	23
1.6.3	<i>Vyšetření moči</i>	24
1.6.4	<i>Mikční a pitná karta</i>	24
1.6.5	<i>Ultrasonografie</i>	24
1.6.6	<i>Uroflowmetrie</i>	24
1.7	<i>Psychické důsledky enurézy</i>	24
1.7.1	<i>Dopad enurézy na dítě</i>	24
1.7.2	<i>Dopad enurézy na rodinu</i>	25
1.7.3	<i>Vliv enurézy na funkčnost rodiny</i>	26
1.8	<i>Edukace rodičů o režimu enuretiků</i>	26
1.8.1	<i>Podávání léků</i>	26
1.8.2	<i>Živospráva</i>	27
1.8.3	<i>Nácvik ovládnutí svěrače močového měchýře</i>	27
1.8.5	<i>Přístup k pomočujícímu se dítěti</i>	28
1.9	<i>Rodina</i>	28
1.9.1	<i>Základní funkce rodiny</i>	29
1.9.2	<i>Rozdělení rodin dle funkčnosti</i>	30
1.9.2.1	<i>Funkční rodina</i>	30
1.9.2.2	<i>Problémová rodina</i>	30
1.9.2.3	<i>Dysfunkční rodina</i>	30
1.9.2.4	<i>Afunkční rodina</i>	31
1.9.3	<i>Vliv rodiny na dítě</i>	31
1.9.4	<i>Rodičovství</i>	32
2	<i>Cíl práce a hypotézy</i>	34
2.1	<i>Hypotézy</i>	34
3	<i>Metodika výzkumu</i>	35
3.1	<i>Použité metody a techniky výzkumu</i>	35
3.1.1	<i>Metodika postupu pro hypotézu H1</i>	35

3.1.2	<i>Metodika postupu pro hypotézu H2</i>	35
3.2	Charakteristika výzkumného souboru pro hypotézu H1	36
3.3	Charakteristika výzkumného souboru pro hypotézu H2	36
4	Výsledky	37
4.1	<i>Základní údaje o dítěti</i>	37
4.2	<i>Otázky kladené při rozhovoru s enuretikem</i>	39
4.3	<i>Výsledky dotazníku určeného rodičům pomáhajících se dětí</i>	45
5	Diskuze	53
6	Závěr	59
7	Seznam použitých zdrojů	60
8	Klíčová slova	62
9	Přílohy	63

Úvod

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. Jelikož jsem povoláním zdravotní sestra a již 5 let spolupracuji s primářem MUDr. Janem Eliáškem, vedoucím lékařem nefrologické ordinace při dětském oddělení Nemocnice v České Krumlově, společně s ním řeším problematiku noční enurézy dětí, proto toto téma pro mou bakalářskou práci vzniklo na základě mojí myšlenky, realizovat výzkum s pomočujícími se dětmi, se kterými se setkáváme v nefrologické poradně. Pan primář mne podpořil a rovněž souhlasil, aby byl výzkum realizován.

Domluvili jsme se, že kvantitativní výzkum budeme aplikovat na malé enuretiky a jejich rodiče, kteří do této poradny docházejí k pravidelným kontrolám. Účelově je tento výzkum podkladem pro mou bakalářskou práci a zároveň bude sloužit i interním účelům nefrologické ordinace a dalším pediatrům či nefrologům, kteří se blíže o noční enurézu dětí zajímají. Z těchto důvodů jsem se pokusila vytvořit kvantitativní výzkum, který stanovil dvě hypotézy, které jsou zaměřeny na pomočující se děti a jejich prožívání postižení noční enurézou, které nemá organickou příčinu a také na efektivitu léčby při dodržování preventivně léčebných opatření při současném podávání antidiuretického hormonu.

1 Současný stav

Problémy dětí s udržení moči v nočních hodinách v průběhu spánku jsou velmi častým problémem, který řeší ve svých ordinacích dětské lékaři, urologové, neurologové i psychiatři. (2)

Historicky se setkáváme s řadou definic této poruchy, rovněž názvosloví je nepřehledné, pod pojmem enurézy se často ukrývaly jiné poruchy kontinence moče, někdy se dokonce termín enurézy používá k označení vrozené anatomické vady urotraktu (enuresis ureterica) nebo k označení dosud ne zcela objasněného úniku moče při smíchu (enuresis risoria). Rovněž sled a důležitost 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 pro léčbu enuretika. (2)

Teprve poznatky v posledních 15 letech o funkci močového měchýře, struktuře spánku, vlivu nedostatečné noční produkce antidiuretického hormonu a vzájemné souhře mezi měchýřem a mozkiem 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 pravděpodobně účinného léčebného postupu u jednotlivých pacientů. Velkou zásluhu na rozvoji diagnostiky a léčby má ICCS (International Children Continence Society), založená v roce 1997. Dle jejího doporučení je od června 2006 nově používána i definice a terminologie nočního úniku moče u dětí. (2)

1.1 Definice pomočování

Mimovolní úniky moče patří v dětském věku k nejčastějším dlouhodobým obtížím. Protože v nejužlejší věku je každý jedinec inkontinentní a teprve v průběhu následujících několika let si osvojí sociálně a akceptovatelnou kontingenci, vzniká problém, od kdy a za jakých okolností považovat mimovolné úniky moče za patologickou odchylku, která vyžaduje objasnění a léčbu. (15)

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. (23)

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 7 letých dětí až v 26 %. (23)

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. (23)

1.1.1 Historické poznámky

Problém je to dávný, v různých etapách byl však různě vnímán a řešen. Z antické éry se dochoval jediný záznam věnovaný pomočování, ve kterém je léčebně doporučován nápoj připravený z praženého kohoutího hřebínku a směsi rostlinných výtažků, případně nápoje z vína se zaječími varlaty. Tyto a podobné recepty se objevují i ve středověkých zdrojích. Na rozhraní středověku a renesance v roce 1472 byla vytištěna první kniha o nemocích dětského věku od Paola Bagellarda, kde je konstatováno, že rodiče jsou velmi zarmoucení, když se jejich dítě pomočuje po 3. roku života a že pomočování má mnoho příčin. Léčebné návody pocházející z tohoto i následujících dvou století jsou poplatné dobovému koloritu: kúzlečí plíce, zaječí mozek ve víně, kohoutí hřeben či trachea, ježčí maso či sušený kravský pazour byly střídány s rostlinnými výtažky. I v následujících stoletích byly hledány jiné rostlinné či živočišné půdovky. Na přelomu 18. a 19. století z repertoáru pozvolna mizí magické přípravky, aplikují se puchýře v sakrální oblasti a jsou konstruovány aparátky, jimiž byla zaškrcována močová trubice chlapců. Naopak v 19. století v souhlasu s medicínským názorovým klimatem vystoupily do popředí teorie, jež akcentovaly neurogenní původ. Byla hledána souvislost s epilepsií a s neurózou. Na listině možných příčin se objevily také anatomické odchylky genitálního a močového traktu, střevní paraziti, lascivní sny, ekzém, hereditární dispozice. (11)

První polovina našeho století byla v oblasti enurézy pod vlivem psychologie a psychiatrie, respektive psychoanalýzy. Enuréza byla považována za různě interpretovaný příznak poruchy osobnosti či neurózy. Teprve v posledních letech bylo spolehlivě prokázáno, že naopak pomočování je zdrojem psychických poruch. (11)

Stručný historický přehled nám tak dává nahlédnout do zdrojů současných představ o příčinách pomočování i léčebných postupů, které jsou nesourodou směsí tradovaných představ, omylů i vědeckých poznatků. A tak vedle sebe přežívají rituální přístupy, alternativní metody, psychologizace, psychiatrizace i farmakoterapie, opírající se o intenzivní vědecké bádání. Intenzivním výzkumem posledních 10 let především skandinávských pracovišť byla odhalena řada nových skutečností o funkci močového měchýře, struktuře spánku, nedostatečné noční produkci látky, jež snižuje množství moče (antidiuretický hormon) i vzájemné souhře mezi měchýřem a mozem. (11)

1.1.2 Fyziologie a patofyziologie močení

Podkladem fyziologické funkce dolních močových cest je reciproční koordinace kontrakce a relaxace měchýře (resp. detruzoru) a sfinkteru. Svalová vlákna obou tvoří jeden funkční celek, vzájemně se podmiňují a ovlivňují ve dvou základních funkcích – skladovací a vypuzovací (mikce). Souhra těchto dvou jednotek je podmíněna interakcí mezi sympatickou a parasympatickou inervací močových cest. Beta – adrenergní receptory (inervované z oblasti Th10 –L1) jsou lokalizovány především v těle a fundu měchýře ve fázi plnění. Alfa-adrenergní receptory převažují naopak v oblasti hrdla a proximální uretry, jejich aktivace udržuje tonus svalstva této oblasti a zabezpečuje tak kontinenci ve skladovací fázi. Parasympatická inervace jde ze sakrálních kořenů S2 - S4 a směřuje k cholinergním receptorům lokalizovaným především v oblasti fundu. (11)

K mikci dochází při aktivaci parasympatických receptorů při současném poklesu aktivity v sympatických beta-receptorech (zabezpečujících relaxaci těla měchýře) a současném poklesu aktivity v alfa-adrenergních receptorech hrdla a proximální uretry (zabezpečujících tonus uzávěrového mechanismu). Volní kontrolu kontinence a spuštění mikce zprostředkovávají somatické nervy, které inervují

rhabdosfincter a svalstvo pánevního dna. V opačném případě hovoříme o **dysfunkci dolních močových cest (mikční dysfunkce)**. (11)

V útlém kojeneckém věku tato souhra probíhá jako jednoduchý míšňí reflex, automaticky spouštěný při náplni zhruba 50 ml. Během dalšího vývoje dochází k postupnému integrování tohoto jednoduchého reflexu pomocí aferentních a eferentních drah do vyšších center, kterými jsou: pontomezencefalické centrum a korové frontální centrum.(11)

1.1.3 Vymezení pojmů

V posledních dvou desetiletích jsme svědky snahy urologů a nefrologů dosáhnout terminologického konsenzu, jenž je předpokladem pro adekvátní posouzení situace pomočujícího se dítěte. Nejde pouze o slovíčkaření, jedná se o stanovení správné diagnózy, což je předpokladem cílené a účinné léčby. (11)

Inkontinence je definována jako nedobrovolný únik moči, který je objektivně prokazatelný a působí společenské a sociální problémy. (11)

Termín enuréza je pak historicky rezervován pro noční pomočování v dětském věku. Má tedy podtext neškodného problému bez vazby na somatickou poruchu, vedoucí k ujišťování rodičů „ to přejde, z toho vyrostete“, což většinou bývá pravda, pokud se skutečně o prostou noční enurézu jedná. Často však lze u dítěte, které se pomočuje v noci, prokázat závažnější diagnózu – inkontinenci, která vedle zmíněného úniku moči v nočních hodinách mívá i symptomy denní. Zatímco u prosté noční enurézy nenalézáme patologické změny při objektivním vyšetření, u inkontinence se s nimi pravidelně setkáváme. Inkontinence navíc nemusí být vůbec neškodná, únik moči je zde záležitost nepříjemná, ale nebezpečné pro dítě může být hrozící sekundární postižení horních močových cest. Proto je nutné u dítěte, které se pomočuje, raději použít úvodní diagnózu inkontinence, a teprve po jejím vyloučení zařadit do skupiny prosté noční enurézy. (11)

Enuresis nocturna je definována jako normální plnění a normální vyprazdňování močového měchýře v nesprávnou dobu (v noci) a na nesprávném místě (v posteli) u dítěte po pátém roce života. (20)

Ačkoli kritéria enurézy varírují mezi různými autory plauzibilní definice noční enurézy je persistující noční pomočení více než dvakrát za 1 měsíc přetrvávající 5 rok života. (23)

1.1.4 Enuréza versus inkontinence

Úvodem je zásadní stanovit, o jaký typ úniků moče se jedná (denní, noční nebo kombinované). Důvodem nejsou jen výše uvedené věkové hranice, ale zejména to, že přítomnost denních úniků moče zpravidla signalizuje závažnější poruchu funkce dolních močových cest. Pak můžeme pomočování v základní rovině rozdělit na enurézu a inkontinci. (15)

1.2 Inkontinence moči

Je definována jako mimovolní, objektivně prokazatelný únik moče, který přináší sociální a hygienické problémy, ve věku, kdy se již očekává, že dítě udržuje čistotu. (15)

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. (16)

Inkontinenci dělíme na stresovou, urgentní, reflexní a z přetékání (paradoxní ischurie). Toto rozdělení je platné za předpokladu absence vrozených vývojových vad močového ústrojí. (7)

1.2.1 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. (11)

1.2.2 Urgentní inkontinence

Tato forma je charakterizována stavy náhlého, neodolatelného nucení na moč, které je spojené s únikem menšího množství moči, zřídka s kompletním pomočením. V tomto případě nalézáme poruchu samotného detruzoru. (11)

Výskyt urgentní inkontinence je převážně u dívek, řada dětí má přítomnou i noční komponentu. Doprovodným příznakem může být obstipace /enkoporéza/ 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. (12)

1.2.3 Reflexní inkontinence

Únik moči daný náhlou kontrakcí detruzoru, kdy dítě nepocituje nucení na moč. Současně je přítomen patologický neurologický nález. (11)

1.2.4 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. (11)

1.3 Enuréza

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 (výjimku tvoří děti, které vedle noční enurézy mívají i příhody kompletního pomočení během odpoledního spánku). (11)

Pokud se vyloučí jiné důvody (např. infekce, organické příčiny), je nejčastější příčinou nočního pomočování určitá nezralost centrální nervové soustavy a močového měchýře v kombinaci s relativně větší tvorbou moči v nočních hodinách u těchto dětí. Jako by nefungovaly "spoje", které mají mozek upozornit na to, že močový měchýř je již plný a že je nutné se vzbudit. Charakteristické je rovněž to, že děti s nočním pomočováním spí velmi tvrdě. (16)

Diagnózou noční enuréza se obvykle označují děti s mimovolním nočním únikem moči za věkovou hranicí, kdy již lze očekávat dosažení suchého lůžka tj. starší 5 let. Bylo arbitrážně stanoveno, že takto lze označit děti s více než dvěma příhodami za měsíc. Na základě mnoha studií bylo zjištěno, že s noční enuréza vyskytuje u 15 - 20 % 5 letých dětí. Na druhé straně je však možno očekávat spontánní ústup pomočování u 15 % enuretických dětí každým rokem, takže v 15 letech zůstává jen 1 % enuretických dětí. (11)

1.3.1 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. Základním doporučením v těchto případech je, aby si dítě vypěstovalo návyk na močení v pravidelných časových intervalech, pokud možno vázaných na dělítku dne. (14)

1.3.2 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). 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. (13)

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. (11)

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. (11)

1.3.3 Primární enuréza

Enuresis primária pojem označující enurezu, která trvá nepřetržitě od malička.(24)

Opoždění kontroly mikce je bez další poruchy morfologie nebo funkce urogenitálního traktu. (24)

Primární enuréza je definována jako noční pomočení u pacientů, kteří nikdy neměli suchou periodu. Sekundární enuréza je charakterizována začátkem pomočování po trvalé suché periodě více než 6 měsíců. (23)

1.3.4 Sekundární enuréza

Tvoří asi 20 % všech případů nočního pomočování, je s výjimkou lokálních zánětlivých faktorů téměř vždy psychogenního původu. (8)

Sekundární enuréza vzniká nově alespoň po 6 měsíčním suchém období. (13)

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. (12)

Jsou zde v popředí regresivní mechanismy (např. po narození dalšího sourozence), někdy primitivně účelové tendence (např. budit pozornost), jinde se uplatňuje neurotický návyk polydypsie. (8)

1.4 Příčiny 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. (16)

1.4.1 Rodinná predispozice

U 70 % postižených dětí lze anamnestickým rozborem zjistit přítomnost podobných obtíží u některého z rodičů či sourozenců. Děti enuretického rodiče má 3 krát větší a dítě obou enuretických rodičů má pětkrát větší pravděpodobnost stejných obtíží. Usilovným pátráním byl identifikován gen na dlouhém raménku 13. chromozómu (ENUR I). O jeho funkci, typu dědičnosti a vztahu k fenotypu není jistoty. Jistým se ale jeví, že nebude zodpovědný za všechny fenotypy u familiárního výskytu enurézy. (11)

1.4.2 Psychosociální zátěž

Psychogenní příčiny mohou být nejen akutní traumata (úleky, rozrušení), nýbrž i dlouhodobé psychogenní zátěže doma nebo ve škole (ztráta milované osoby bez přiměřené náhrady), 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, například při narození sourozence, nebo při nedostatečné citové výchově, kde dítě cítí, že se mu nedostává lásky a porozumění. Podle švýcarských statistik provedených u několika desítek tisíc dětí v ústavní péči je v dobře vedených domovech s osobními kontakty nepoměrně méně enuretiků než v domovech špatně vedených. Spolehlivými studiemi nebyla prokázána psychická porucha ani odchylky v psychomotorickém vývoji, jež by predisponovaly k primární enuréze. Psychosociální zátěž však může mít u některých primárních enuretiků potencující úlohu. Naopak u sekundárních enuretiků se podílí významně na vzniku a udržování obtíží. (11)

1.4.3 Porucha cirkadiální regulace objemu moči

Už v 50. letech se objevila práce upozorňující na možnost relativní noční polyurie u enuretiků. Další klinické zkušenosti tuto možnost podporují. Někdy zmírníme obtíže omezením příjmu tekutin před spaním, nebo redukcí nočního objemu moči aplikací Desmopresinu (dDVAP = syntetický analog vazopresinu). Na druhé straně lze vyprovokovat enuretické příhody u 30 % zdravých dětí, zatížíme-li je tekutinami před spaním v dávce 25 ml/kg. Patofyziologický podklad vysvětlují práce Rittiga, který prokázal poruchy zvýšení hladiny vazopresinu v nočních hodinách u enuretiků na rozdíl od nepomočujících se dětí, čemuž odpovídá i vyšší objem moči o nižší osmolalitě. Vedle snížení noční sekrece se též uvažuje o zvýšení tubulární receptorové rezistence na vazopresin (pozitivní efekt u enuretiků se dosahuje dávkami několikrát vyššími, než jsou substituční dávky u pacientů s diabetes insipidus centralis.

V otázce této neurohumorální poruchy se však objevili i zpochybňující práce, které nalézaly poruchy diurnality vazopresinu. Jen u malé části enuretiků. Příčina této odchylky nebyla dosud spolehlivě objasněna a bylo by velmi zjednodušující redukovat příčinu noční enurézy na noční polyurii. O složitosti problému svědčí i skutečnost, že studie neprokázaly jasnou vazbu mezi touto odchylkou a stupněm úspěšnosti aplikace dDAVP. Nicméně je realitou, že 70 – 80 % nočních enuretiků je možno označit jako dDVAP – responder, neboť na jeho aplikaci odpovídají snížením až vymizením příhod, i když jen asi u 25 % lze hovořit o trvalém vyléčení. V této skupině je část dětí se silnou genetickou vazbou, a proto molekulární genetici intenzivně pátrají po lokusu této poruchy. Otázkou zůstává, proč postižení jedinci na relativní noční polyurii nejsou schopni reagovat probuzením. (11)

1.4.4 Spánkové poruchy

Většina nočních enuretiků se pomočuje v prvních třech hodinách po usnutí. Bylo prokázáno, že v této periodě dosahuje noční produkce moči svého vrcholu. Polysomnografické studie prokázaly, že během noci dochází k cyklickému střídání dvou fází spánku (REM – rapid eye movement – spánek s rychlými očními pohyby a nonREM). Při usínání se začnou v EEG záznamu objevovat pomalé vlny theta s frekvencí 4 – 7/s, které postupně dominují v záznamu spolu se spánkovými vřeténky – krátkými sériemi rychlých vln (1. a 2. stadium nonREM – lehký spánek). Spánek se posléze dále prohlubuje při současném dalším zpomalování EEG aktivity až na vlny delta o frekvenci 0-2/s (3.-4. stadium nonREM - hluboký spánek). Na počátku noci tento cyklus trvá zhruba 70 – 100 minut, na jeho konci dochází k návratu do stádií lehkého spánku a přechodu do REM fáze na krátkou dobu 5-10 minut, který se vyznačuje úplnou ztrátou svalového napětí, rychlými nepravidelnými pohyby očí a nepravidelnou rychlou aktivitou na EEG, připomínající bdělý záznam. Tuto fázi často doprovází snění. Po skončení REM spánku opět přecházíme do hlubokého spánku. Tyto cykly se během noci opakují, postupně dochází k zkracování hlubokých stádií až k jejich vymizení na úkor hlubokého spánku REM fáze. Během věku ubývá REM fáze a hlubokých stádií nonREM spánku. Jinými slovy malé děti v první polovině noci

procházejí především fázemi hlubokého spánku s krátkými periodami jeho změlčení, spojenými s přechodem do REM fáze. Nebyly nalezeny žádné zásadní rozdíly ve struktuře spánku mezi dětmi s enurézou a bez enurézy. Je zapotřebí připomenout nepravdivost tradovaného mýtu o hlubokém spánku ,jako příčině nočního pomočování . Tento mýtus má své kořeny v běžné praxi dosáhnout suchého lůžka buzením zpravidla mezi 20-23 hodinou. Je zjevné, že toto nahodilé buzení není z praktických důvodů synchronizovatelné se spánkovými cykly a navíc je velmi pravděpodobné, že bude kolidovat právě s hlubokými fázemi spánku. Touto zkušeností vznikl neprávem tradovaný dojem o obtížné probuditelnosti či mimořádně tvrdém spánku postižených jedinců ,jako o hlavní příčině enurézy. Avšak i nepomočující se děti jsou obtížně probuditelné ve fázích hlubokého spánku. Na problematiku enurézy ve vztahu ke spánku je nutné pohlížet v souvislosti s novými poznatky. (11)

Polygrafické studie dokládají že enuréza je charakterizována poruchou spánkového cyklu projevující se v průběhu fáze NON – REM a hlubokým pre –REM spánku, postižené děti mají tendenci být hlubokými spáči, pomočení jim nevádí. (1)

1.4.5 Nezralost centrální nervové soustavy

Někdy se dítě pomočuje proto, že jeho celkový psychický vývoj je poněkud opožděn nebo probíhá z různých důvodů nerovnoměrně. Jedná se o děti s poruchami pozornosti a aktivity (dřívější označení lehká mozková dysfunkce), kdy vlivem nějakého problému v době porodu nebo kolem porodu nervová soustava nedozrává přesně tak, jak by měla, a vznikají různé funkční nedostatky.(11)

1.5 Taktika léčby enurézy

1.5.1 Pitný režim

Je nutné zajistit postiženému dítěti správný pitný a mikční režim. Příjem tekutin je nutno rozložit během dne s maximem příjmu v dopoledních hodinách, o něco méně tekutin přijmout v časných odpoledních hodinách, večer omezit tekutin, eventuálně povolit jen malé množství čisté vody. Platí zásada : podat dítěti během dne tolik tekutin, že se na ně večer již nemůže ani podívat. (11)

1.5.2 *Správný přístup k dítěti*

Dítě nesmí být za pomočení trestáno. Tresty zpravidla k efektu nevedou, navíc někdy situaci zhorší. Neponižujte dítě kritikou před sourozenci nebo vrstevníky. Naopak snažte se jej získat pro spolupráci kladnou motivací. Vhodné je vedení kalendáře o úspěšných nocích. Neúspěšných nocí se naopak snažte nevšímat. Za zlepšování stavu dostává dítě pochvalu nebo odměnu. (11)

1.5.3 *Budící přístroje (alarm systém)*

Principem je probuzení, ke kterému dochází zvukovým signálem spouštěným vlhkem v spodním prádle. Jejich účinnost byla spolehlivě prokázána. Zásadní je však dobrá spolupráce dítěte, kterou lze očekávat zpravidla u dětí starších 7-8 let. Efektu je dosaženo zhruba u ¾ pacientů po 2-3 měsících používání budíku – u 80 % enuretiků s 20% rizikem relapsu po ukončení léčby. (11)

1.5.4 *Farmakologická léčba*

Léčba enurézy a zejména hodnocení jejího výsledku má své problémy. Je známo, že asi u 15 % pacientů ustupuje sama. Totéž číslo náhodou vyjadřuje podíl ročně spontánně uzdravených z enuretiků mezi adolescenty. U enurézy a podobných onemocnění se uvádí velmi silný placebový efekt, takže určité procento zlepšených lze připisat použití jakéhokoli léku, ba i jen samotnému lékařovu zájmu o pacienta a vlídnému přístupu rodičů a sourozenců. Mluvit o efektu léku, pokud je zlepšení jen u několika desítek procent léčených, by proto mohlo být chybným hodnocením. Způsob léčby zůstává závislý na specializaci lékaře a na zvyklostech v daném místě. Avšak vědeckým zkoumáním byl spolehlivý efekt prokázán jen u těchto způsobů: vedle budících přístrojů pouze u těchto farmakologických postupů: desmopresin a tricyklická antidepresíva. V některých případech pak lze využít i látek ovlivňujících močový měchýř anticholinergika. Rozhodování závisí na místních zvyklostech, dostupnosti léčby, ale též na představách rodičů i samotného dítěte. (11)

Desmopresin je synteticky připravená látka, která je velmi podobná antidiuretickému hormonu, jenž je vylučován podvěskem mozkovým – hypofýzou.

Tímto hormonem je regulována tvorba moče. (13)

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. (24)

Antidiuretický hormon – Desmopresin je syntetický analog přirozeného hormonu neurohypofýzy (zadního laloku podvěsku mozkového) vazopresinu (antidiuretického hormonu). Oproti přirozenému hormonu se liší tím, že má v podstatě vyšší účinek antidiuretický (snižuje tvorbu moči), ale téměř žádný účinek na hladké svalstvo. Mezi nesporné výhody použití desmopresinu v léčbě noční enurézy patří rychlý nástup účinku a vysoké procento pacientů, kteří příznivě reagují na léčbu. Ale po vysazení léčby byl zaznamenán poměrně vysoký počet relapsů. Prodloužené podávání Adiuretinu zlepšuje výsledky a snižuje podíl relapsů po vysazení léčby. Desmopresin zůstává účinný při dlouhodobém opakovaném používání po dobu 6 – 84 měsíců. Přerušení léčby na 1 – 2 týdny se doporučuje po 3 – 6 měsících. Postupné snižování dávky může snížit riziko relapsů. Dlouhodobé podávání desmopresinu neovlivňuje endogenní sekreci ADH. Dlouhodobá léčba desmopresinem nevyvolala žádné závažné změny biochemických parametrů (sérová hladina sodíku, sérová hladina draslíku, osmolalita plasmy) ani tlaku krve. Nežádoucí účinky byly obvykle nezávažné a jejich četnost se nezvyšovala během prodlouženého podávání. Studie zkoumající riziko desmopresinem navozené hyponatrémie ukázaly, že intoxikace vodou byla vzácná a většinou způsobená mimořádným příjmem tekutiny (nedodržení enuretického režimu při podávání léku Minirin nebo Adiuretin). (11)

Tricyklická antidepresiva (TCA) - především Imipramin – mají v léčbě enurézy dlouhou historii. Dodnes není o mechanismu jejich účinku zcela jasno. V současnosti TCA rozhodně nepatří k postupům první volby. Jejich dobré pověsti v léčbě NE nejvíce uškodila série těžkých otrav v době jejich širokého používání v důsledku náhodného nebo sebevražedného požití léku. Dnes se k této léčbě přikláníme jen u některých úporných forem, zvláště u starších dětí. Zásadní je upozornit rodiče na dohled nad užíváním léku a bezpečné uskladnění z dosahu mladších sourozenců. Skupina

antidepresiv jejichž mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného vychytávání katecholaminů a serotoninu ze synaptické štěrbiny. Působí nepříliš selektivně na zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a se kromě toho mají účinek anticholinergní. Po dlouhou dobu úspěšně používána u řady postižených, avšak v současné době nepatří mezi léčbu první volby. Mechanismus jejich účinku zůstává i přes četné spekulace nejasný. (11)

1.6 Diagnostika dětí s únikem moči

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.“ (24)

1.6.1 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. (24)

Pečlivé odebrání anamnézy je základem vyšetření každého nemocného . Zajímáme si již o průběh porodu , o další vývoj dítěte , přítomnost jiných vrozených vad – zvláště o neurologická postižení. Velmi důležitá je informace, zda se dítě pomočovat přestalo na dobu delší než 2 až 3 měsíce (rozlišení primární a sekundární enurézy). Základem pak je zjištění denní symptomatologie – únik moči v bdělém stavu, nutkavé pocity na močení , časté močení, pálení či jiné nepříjemné pocity při mikci. Vždy se rodičů zeptáme na pitný režim dítěte. Nutno prostudovat celou zdravotní dokumentaci s ohledem na anamnézu, infekce močových cest.(11)

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Zaměřujeme se na pečlivé vyšetření zevního genitálu a páteře za účelem odhalení přítomnosti míšních dysrafismů. (11)

1.6.3 Vyšetření moči

Chemické a mikroskopické vyšetření moče a vzorku na kultivaci bakterií.

Z krevních vyšetření lze získat orientaci ve funkci ledvin. (13)

1.6.4 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. (11)

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. (24)

1.6.5 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. (11)

1.6.6 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. (11)

1.7 Psychické důsledky enurézy

1.7.1 Dopad enurézy na dítě

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. (16)

Enuresa jako příznak neurosy přetrvává v atmosféře chronických konfliktových situací, ale i v souvislosti s nepřiměřenými požadavky kladenými na dítě. Zkušenosti ovšem ukazují, že i vlivy prostředí se při znovuobjevení enuresy uplatňují teprve na basi oslabení mechanismu jako celku a nervového či močového systému zvlášť. Neurotická nastavba pak vzniká u většiny enuretiků sekundárně. (23)

Pomočující se děti, mají strach, že se o tom ostatní dozví. To zapříčiňuje, 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, 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. (11)

1.7.2 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 svévolně. (11)

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. (16)

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 poskvrnu rodiny a často z ní obviňují svoje manželky. Sourozenci většinou nedokážou potlačit kritické nebo výsměšné připomínky. (16)

1. 7.3 Vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny

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. Problematikou rodin, které mají děti s enurézou, se zabývali v rámci svého výzkumu ve smyslu zda-li takováto rodina je ve své funkčnosti oslabena či nikoliv, prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. společně se studentkou Veronikou Garaiovou. 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 se pokusili vytvořit kvalitativní výzkum, který stanovil sedm hypotéz a ukázal, že funkčnost rodiny je v této situaci snižena. Výzkum prováděli pomocí techniky řízeného rozhovoru. Otázky kladené v tomto rozhovoru čerpali z dotazníku Jamese Waltera Varniho Ph.D., který byl vytvořen pro hodnocení funkčnosti rodiny s chronicky nemocným dítětem. (9)

1.8 Edukace rodičů o režimu enuretiků

1.8.1 Podávání léků

Během léčby Minirinem či Adiuretinem je nutné regulovat příjem tekutin a zamezit jejich nadměrnému přívodu. Při léčbě nočního pomočování by nemocný neměl

1 hodinu před a 8 hodin po požití přípravku přijímat žádné tekutiny, jinak může dojít k jejich zadržování v organismu s doprovodnými příznaky jako je přírůstek hmotnosti a v těžkých případech až křeče. V případě žízně je možné vypít jen tolik tekutiny, kolik stačí k zahnání tohoto pocitu. Celkový příjem tekutin za tuto dobu by neměl přesáhnout 2 dcl tekutiny. Při stavech, kdy má pacient zvýšenou potřebu tekutin (např. horečnatá onemocnění) léčbu přerušte. V průběhu dne není třeba příjem tekutin omezovat a pacient by měl dodržovat normální pitný režim. Adiuretin je nutné užívat s opatrností z důvodu předávkování. Předávkování zvyšuje riziko retence tekutin a hyponatremie. Pokud se objeví příznaky retence vody, je třeba léčbu přerušit. Lék je nutno vždy podávat pouze před spaním, dle naordinované dávky buď formou kapek nebo tablet. Při podávání léku formou kapek (Adiuretin) je důležité vyčistit nosní průduchy, aby došlo ke kontaktu léčiva s povrchem nosní sliznice. Adiuretin by měl být podán při hlavě skloněné na stranu a dozadu – pokud dojde ke spolknutí aplikovaných kapek, je preparát neúčinný! (7)

1.8.2 Životospráva

Pro zajištění správného enuretického režimu je podstatné dodržování životosprávy dítěte tzn. vyvarovat se kořeněným a slaným jídlům, které by mohly dítě dráždit, omezit přísun různých ochucených sladkých barevných limonád, džusů a tekutin obsahující kofein (Coca – cola). K večeři nepodávat polévky a jídla obsahující velké množství vody (např. meloun). Před uložením ke spánku nepodávat potraviny po kterých by dítě mělo velkou žízeň, raději podat nějaké ovoce nebo zeleninu pro zvlážení. (7)

1.8.3 Nácvik ovládnutí svěrače močového měchýře

Jedná se o cvičení postupného roztahování měchýře a volního ovládnutí svěračů za bdělého stavu metodou „**START – STOP**“ nebo speciální enuretickou sestavou léčebného tělocviku, která umožňuje lepší koordinaci spřažených mikčních a retenčních mechanismů. Poučíme matku, aby při močení dítěte byla vždy osobně přítomna, a aby řídila vyprazdňování moče tím, že dítě na rozkaz moč zadrží a opět

pouští. Toto přerušení se má být učiněno během každého vyprazdňování moče několikrát. (23)

1.8.4 Přístup k pomočujícímu se dítěti

Zajištění individuální výchovy pro každé pomočující se dítě (pravidelná životospráva, zvláště spánku a příjmu tekutin). Získat dítě pro aktivní spolupráci, nevystavovat je k mikci v polospánku – polobdění. Zásadně děti za pomočení netrestáme a nezesměšňujeme. Navozovat správný rytmus močení přesunem příjmu tekutin n dopolední hodiny a omezením pití. (23)

1.9 Rodina

Rodina je jedinečným a nezastupitelným prostředím, ve kterém se dítě může optimálně rozvíjet, zrát a stávat se postupně dospělým. Rodina ve svém složení a životě není jen institucí soukromou, musí tvořit základ lidského společenství. (25)

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. 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. (5)

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. 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. (22)

1.9.1 Základní funkce rodiny

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. (5)

Ekonomicko zabezpečovací funkce - tato funkce se nevztahuje pouze na dítě v rodině, ale na všechny její členy. V minulosti byla zvlášť 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. (5)

Funkce emocionální - je zcela vázána k plně rozvinutému jedinci, pro něhož citový vztah není ničím chvilkovým, ale trvalou bází jistoty a citový zájem 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. (5)

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. (5)

1.9.2 Rozdělení rodin podle funkčnosti

Posuzování funkčnosti rodiny vyžaduje delší přímý kontakt s rodinou, čas a dovednosti, které se dají získat pouze tréninkem. (18)

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 (3)

1.9.2.1 Funkční rodina

V této rodině je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho kladný prospěch. (4)

1.9.2.2 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. (5)

1.9.2.3 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 nejsvícelnější, protože jde o to, kam až takovou rodinu podporovat a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv). (5)

1.9.2.4 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. (5)

1.9.4 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. 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. 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. (5)

Rodina zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte, je pro něj nejdůležitější 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. (25)

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. 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. (26)

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. 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. (22)

Ovšem na druhé straně vystávají 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. (21)

1.9.5 Rodičovství

Zatímco rodinu chápeme jako vztah a soužití více generací, rodičovství je ideálním důsledkem schopnosti žít v partnerském páru osob různého pohlaví a přijmout novou životní roli, tedy počít, porodit dítě a starat se o ně. (25)

Narozením prvního dítěte se za manželství stává rodina a manželé vedle své dosavadní role musejí přijímat nové úkoly spojené s rolí otce nebo matky.

Rodičovstvím přináší do života mladých rodičů uspokojení další základní životní potřeby, která se v tomto období výrazně manifestuje – potřeby mít někoho rád, o koho mohu pečovat, kdo je na mně závislý a kdo absolutně potřebuje. Dítě vnáší do života manželského páru řadu nových pozitivních prožitků a významně stimuluje jejich osobnostní vývoj. Dítě přináší i řadu nových nároků do dosud poměrně pohodlného životního způsobu. Vyžaduje úplnou změnu denního rozvrhu rodičů, znamená pro ně řadu závažných povinností, nedovoluje už tak volné sledování vlastních zájmů a nutně vyvolává i mnoho starostí, obav a konfliktů. (17)

2 Cíl práce a hypotézy

Pro výzkum v problematice enuretických se dětí jsem si stanovila 2 dílčí cíle.

1. Zjistit, jak děti zkoumaného souboru z nefrologické ordinace při dětském oddělení Nemocnice v Českém Krumlově prožívají jejich postižení noční enurézou (pomočování bez organické příčiny).

2. Zjistit, zda-li dodržování preventivně léčebných opatření (enuretického režimu) při současném podávání antidiuretického hormonu má vliv na úspěch léčby noční enurézy.

2.1 Hypotézy

H 1: Prožívání onemocnění noční enurézou ze strany dítěte je velmi rozdílné s ohledem na jeho věk a vývojovou úroveň.

H 2 : Domnívám se, že za neúspěchem léčby nočního pomočování často stojí pochybení ze strany rodičů, jelikož nejsou dostatečně důslední v rámci dodržování základních preventivně léčebných opatření souvisejících s terapií noční enurézy jejich dětí.

3 Metodika výzkumu

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Informace potřebné pro zpracování bakalářské práce byly získány prostřednictvím studia odborných materiálů. Pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčených cílů, jsem zvolila pro hypotézu H 1 metodu standardizovaného rozhovoru na základě předem sestavených otázek a metodu dotazování za pomoci dotazníku pro hypotézu H 2. Tento kvantitativní výzkum byl neanonymní. Otázky, jak pro dotazník, tak i pro rozhovor jsme sestavila na základě svých znalostí, prostudované literatury a rad mého vedoucího práce. Pro sběr primárních dat užitých ve výzkumné části práce byl nejprve použit předvýzkum, který testoval srozumitelnost a jednoznačnost otázek dotazníku i rozhovoru. Rozhovor s dítětem trpícím enurézou k hypotéze H 1 měl zmapovat, jak malí enuretici prožívají jejich postižení pomočováním a dotazník k hypotéze H 2 měl zjistit, jak rodiče pomočujících se dětí dbají na dodržování preventivně léčebných opatření v rámci léčby enurézy.

3.1.1 Metodika postupu pro hypotézu H 1

Pomocí kvótního výběru na základě 4 kvótních znaků (1. věk – děti od 5 do 15 let; 2. přijetí k léčbě do nefrologické poradny v období od 1.1. 2008 do 31.8. 2008; 3. diagnóza F 98.0 – Neorganická enuréza; 4. děti, které žijí ve společné domácnosti s jejich rodiči), jsem vytvořila vzorek, který byl objektem mého pozorování pro hypotézu H 1. Pro testování hypotézy H 1 jsem využila metodu dotazování za pomoci techniky sběru dat na základě standardizovaného rozhovoru prostřednictvím pevně stanovených přímých otevřených otázek.

3.1.2 Metodika postupu pro hypotézu H 2

Vzorek respondentů pro hypotézu H 2 jsem získala na základě účelového výběru. Osoby, které zkoumaný vzorek reprezentují, zastávají stejnou sociální roli tzn. rodič žijící ve společné domácnosti s dítětem /enuretikem/, které je objektem mého pozorování v hypotéze H 1. Při výběru vzorku respondentů pro tuto hypotézu bylo důležité, aby byl zařazen pouze ten, kdo skutečně roli rodiče plní, kdo s dítětem žije,

vychovává ho a podílí se na léčbě enurézy, nikoliv ten, kdo je biologickým rodičem, ale plnohodnotnou funkci rodiče nevykonává, tudíž se léčby pomočování neúčastní. Pro testování hypotézy H 2 jsem pracovala s metodou dotazování s využitím techniky dotazníku, který byl neanonymní s výčtem otázek uzavřených, otevřených, polootevřených a kontrolních. Výsledky testování hypotéz jsem zpracovala za pomoci grafického zobrazení s využitím tabulek a grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru pro hypotézu H1

Výzkumný vzorek pro hypotézu H 1 tvořilo celkem 18 dětí, z toho 13 chlapců a 5 dívek, z nefrologické ordinace v Českém Krumlově, jejich věk se pohyboval v rozmezí 5 až 9 let. Jednalo se o děti s enurézou, které byly přijaty k léčbě v období od 1. 1. 2008 do 31. 8. 2008, tudíž nejméně 5 měsíců podstupovaly léčbu a námi nařízená léčebná opatření. Výzkum byl realizován v období od 21. 2. 2009 do 4. 4. 2009 přímo v nefrologické poradně. Proces sběru dat probíhal v souladu se zvolenou metodou. Standardizovaný rozhovor na základě pevně stanovených otázek k hypotéze H 1 jsem realizovala s každým enuretikem individuálně, bez přítomnosti rodičů, v době pravidelné kontrolní návštěvy v ordinaci. Kladla jsem jim jednotlivé otázky a odpovědi jsem si zaznamenávala. Tento způsob jsme zvolila z toho důvodu, protože děti, které tvořily výzkumný soubor byly i ve věku 5 let, kdy ještě neumí číst a psát, a také proto, že děti mne znají a mají ke mně větší důvěru v rámci osobního kontaktu.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru pro hypotézu H2

Zkoumaný soubor tvořilo 15 matek a 3 otcové, kteří splňovali danou podmínku, že dítě vychovávají a žijí s ním ve společné domácnosti a jsou těmi, co se podílejí na léčbě neorganické enurézy jejich dítěte v domácím prostředí. Hypotézu H 2 jsem testovala zvolenou metodou, tedy za pomoci neanonymního dotazníku určeného rodičům pomočujících se dětí, kteří jej vyplňovali dobrovolně v naší ordinaci v době, kdy přišli na pravidelnou kontrolu se svým enuretikem. Sběr dat proběhl též v období od 21. 2. 2009 do 4. 4. 2009. Nikdo z oslovených rodičů neodmítl dotazník vyplnit, návratnost byla tedy 100 %.

4 Výsledky

4.1 Základní údaje o dětech

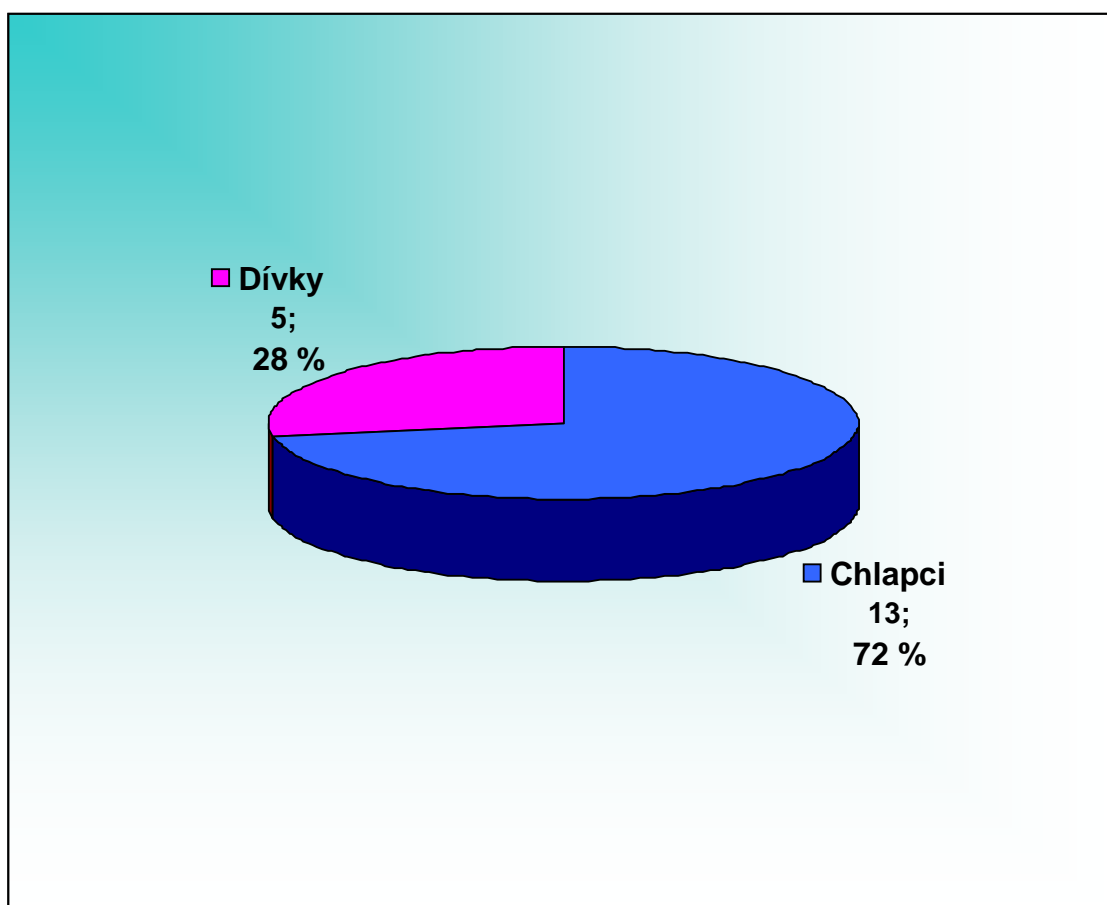
Tabulka 1: Věk a počet dětí

Věk dětí	Počet dětí
5 let	3
6 let	4
7 let	6
8 let	4
9 let	1
Celkem	18

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce je znázorněn věk zkoumaných dětí s enurézou. Celkem výzkum tvoří 18 dětí ve věku v rozmezí od 5 – 9 let. Průměrný věk dětí byl 6, 4 roku.

Graf 1: Zastoupení zkoumaného souboru dětí podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je zřejmé, že pomočujících se chlapců je více než dívek. Chlapců bylo 13 (72 %) a dívek 5, tedy (28 %) z celkového počtu.

4.2 Otázky kladené při rozhovoru s enuretikem

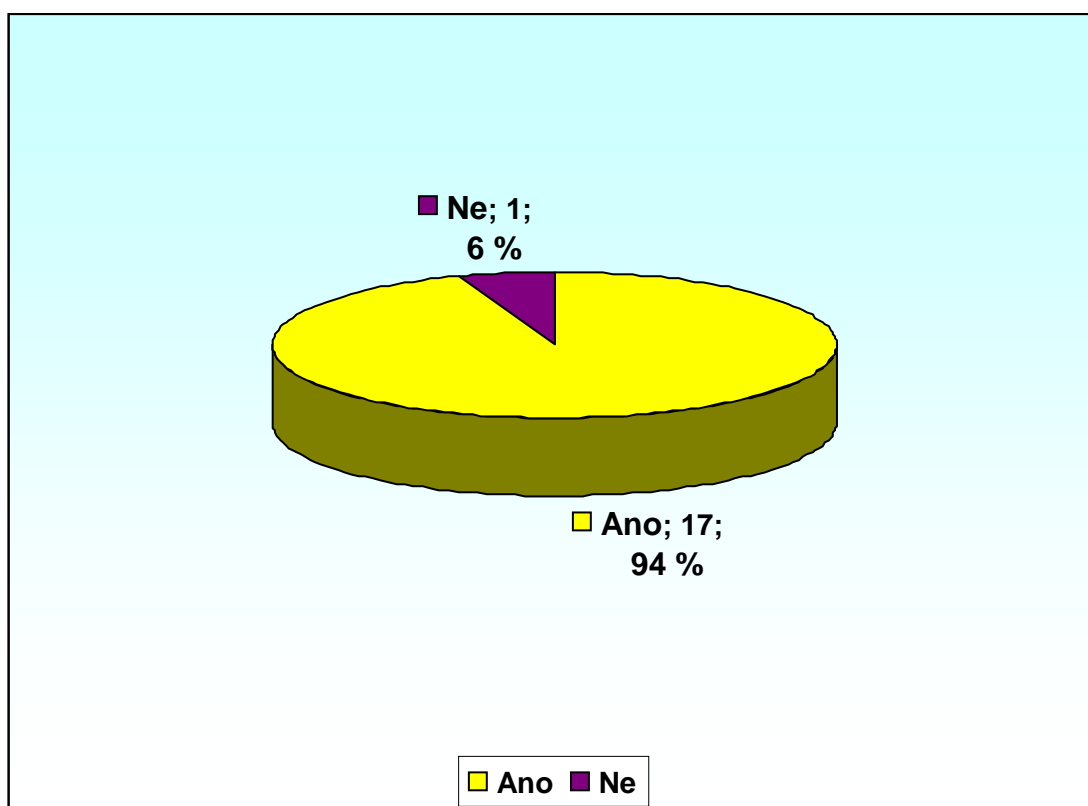
Tabulka 2: Nad čím přemýšlíš, když zjistíš ráno po probuzení, že jsi se pomočil/la?

Počet dětí	Odpověď dětí
4	..., že za trest si budu muset převléci postel sám /sama.
5	..., že se rodiče budou zlobit, až to zjistí.
3	..., jakým způsobem bych to zakryl /la/, aby to rodiče nezjistili.
4	..., jaký trest mi rodiče kvůli pomočení přidělí.
2	..., o ničem nepřemýšlím, je mi to jedno, že jsem se pomočil /la/.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka směřovala ke zjištění, jak vlastně děti reagují na to, když ráno po probuzení zjistí, že mají mokrou postýlku, tudíž se pomočily. Z odpovědí dětí je patrné, že se většina enuretiků bojí, co nastane, až to rodiče zjistí. Zde je vidět, že rodiče i přes naši edukaci, aby byli dítěti oporou, snažili se jej pochopit, reagují negativně, což není správné.

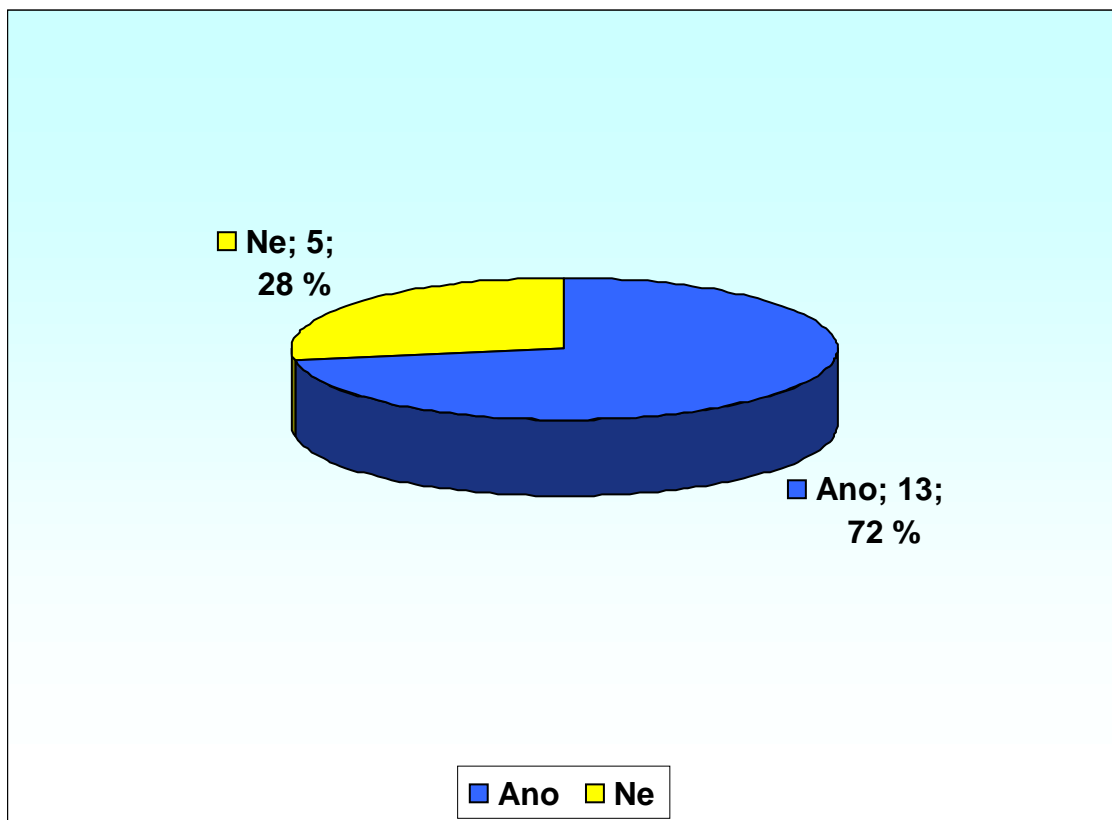
Graf 2: Přemýšlíš často nad tvým pomočováním?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je poznat, že děti mají problém s jejich pomočováním stále v myšlenkách. Je jisté, že je to pro ně velká zátěž.

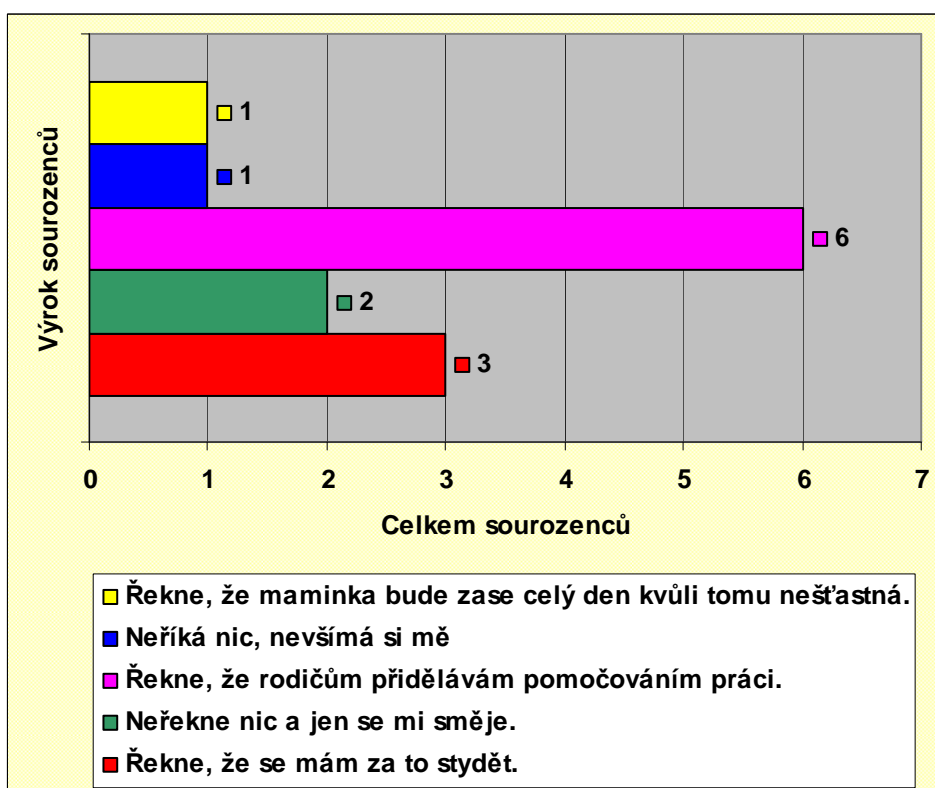
Graf 3: Máš nějaké sourozence?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 13 dětí má sourozence, kteří na pomočování svého bratra či sestry nějakým způsobem reagují . Jednotlivé reakce sourozenců jsou prezentovány v grafu 3.1.

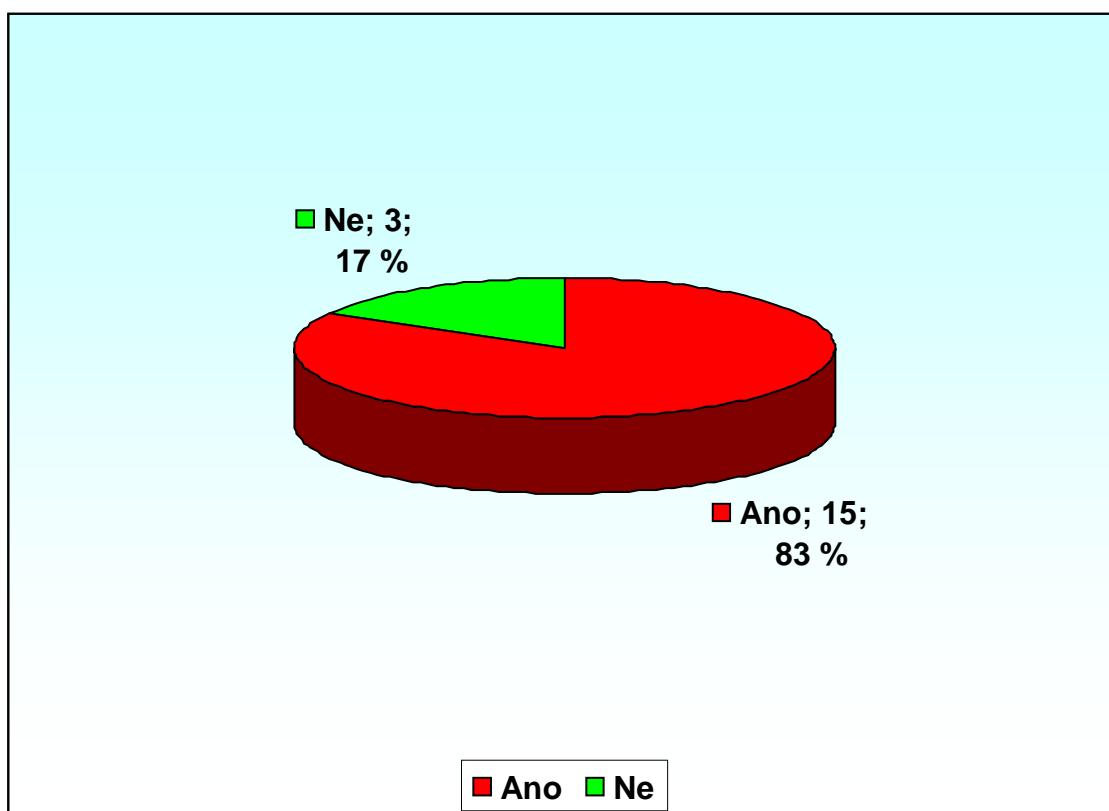
Graf 3.1: Co sourozenec říká na to, že se pomočuješ?



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 13 dětí z 18 má jednoho sourozence. Z grafu je patrné, všech 13 sourozenců reaguje negativně a nezdrží se připomínek. Pomočování není pro malého enuretika jednoduché, většina sourozenců reaguje nevlídně a v některých případech se i posmívají a to více se postižené dítě enurézou trápí.

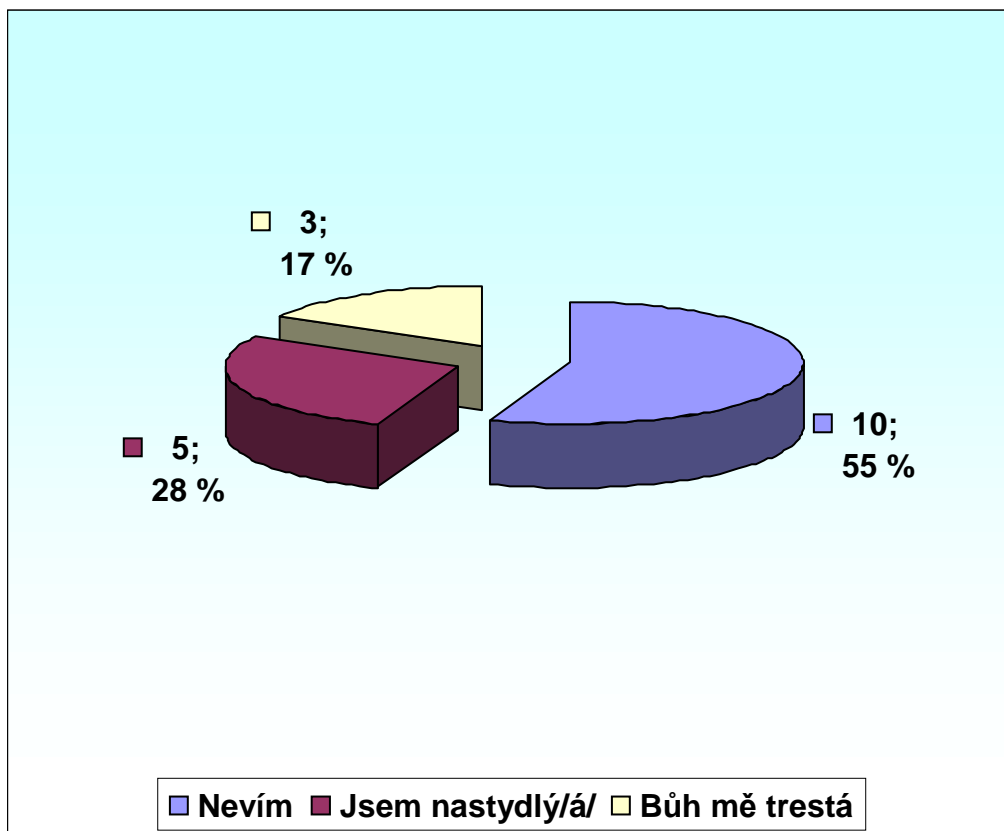
Graf 4: Omezuje tě pomočování ve tvých aktivitách?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 83 % dětí z celkového počtu vnímá enurézu jako omezující ve vztahu k jejich aktivitám.

Graf 5: Co si myslíš, že je příčinou tvého pomočování?

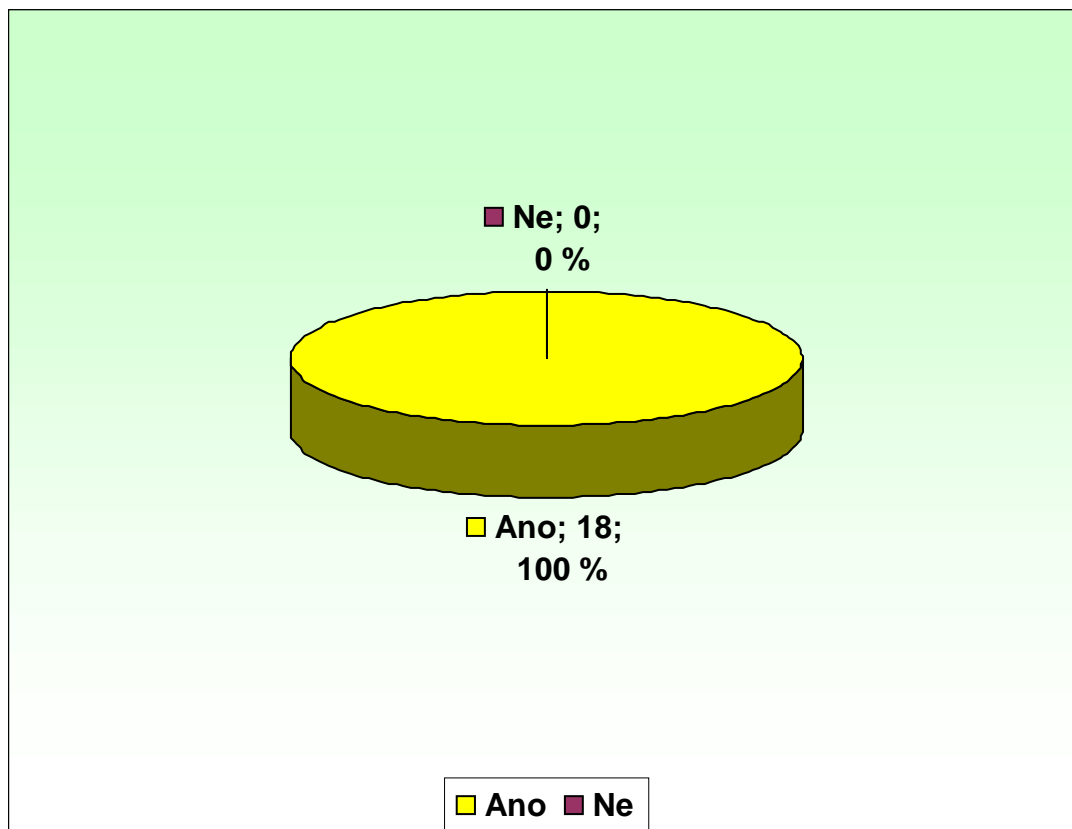


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je vidět, že více než polovina dětí neví, co je příčinou jejich pomočování, 5 dětí je přesvědčeno, že se pomočují, protože jsou nastydle a 3 děti mají jejich enurézu spojenou s trestem, který jim udělil Pánbůh. S trestem si to spojovaly děti ve věku 5 a 6 let.

4.3 Výsledky dotazníku určeného rodičům pomáhajících se dětí

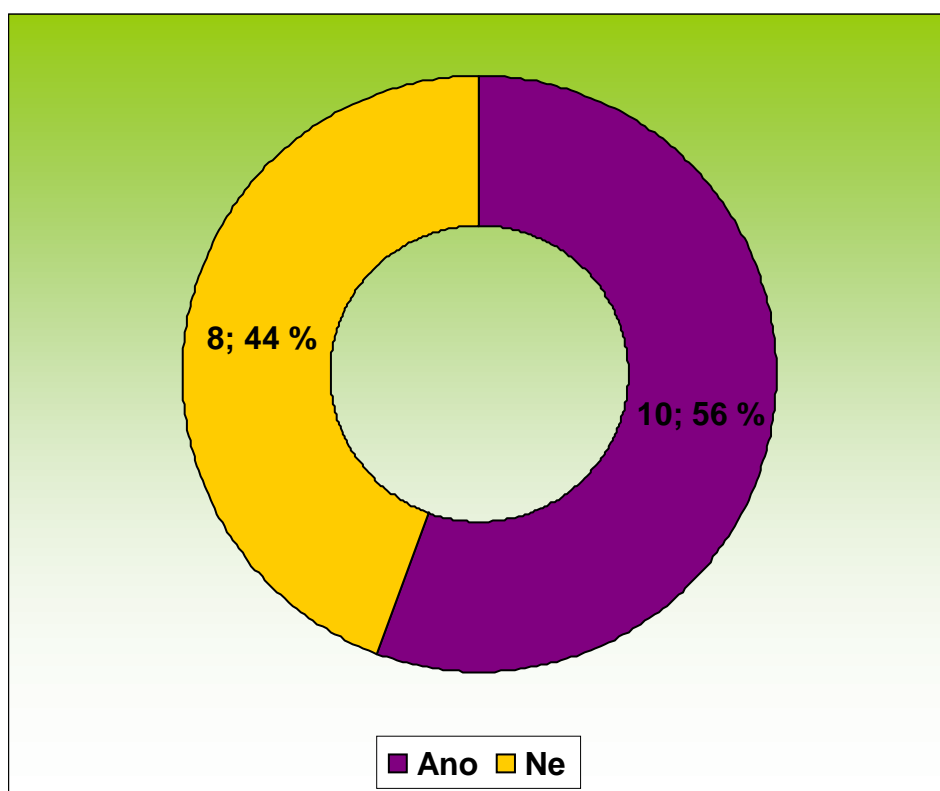
Graf 6: Má Vaše dítě vlastní postel?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že všechny děti zkoumaného souboru mají vlastní postel. Každé dítě musí mít vlastní lůžko, to je jedna z hlavních zásad při terapii enurézy.

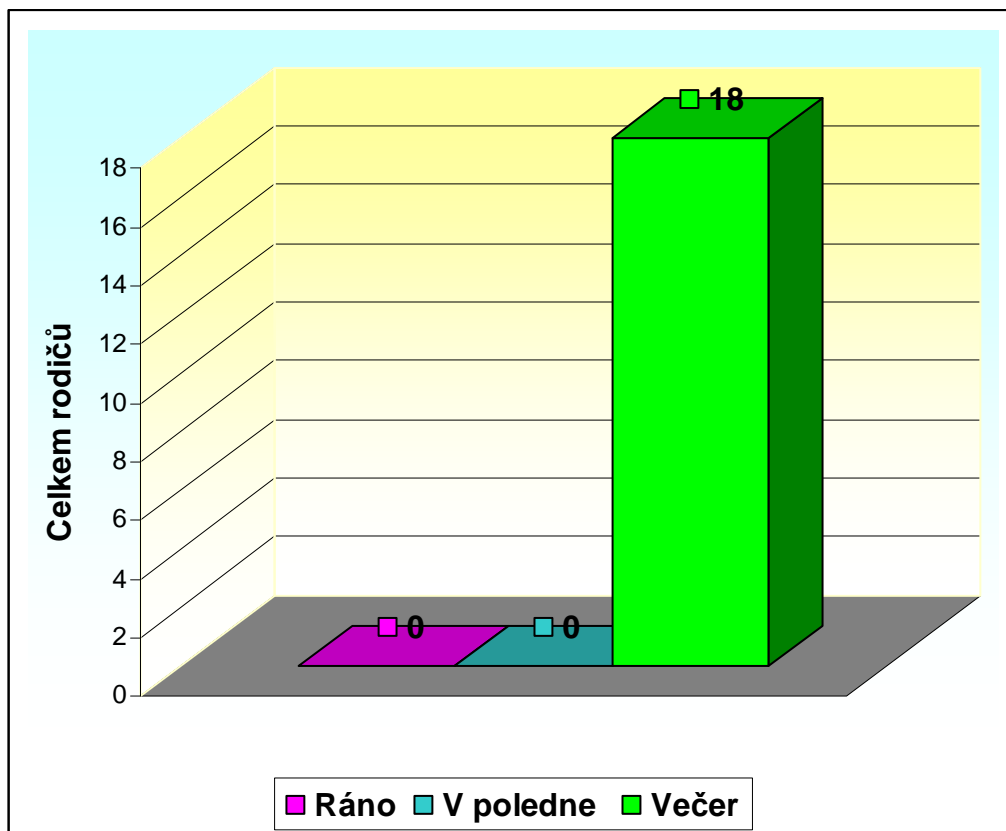
Graf 7: Budíte Vaše dítě v průběhu noci na močení?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že rodiče stále dělají chybu, budí děti v noci na močení, i když jsou dostatečně edukováni o tom, že buzení je považováno za nevhodné.

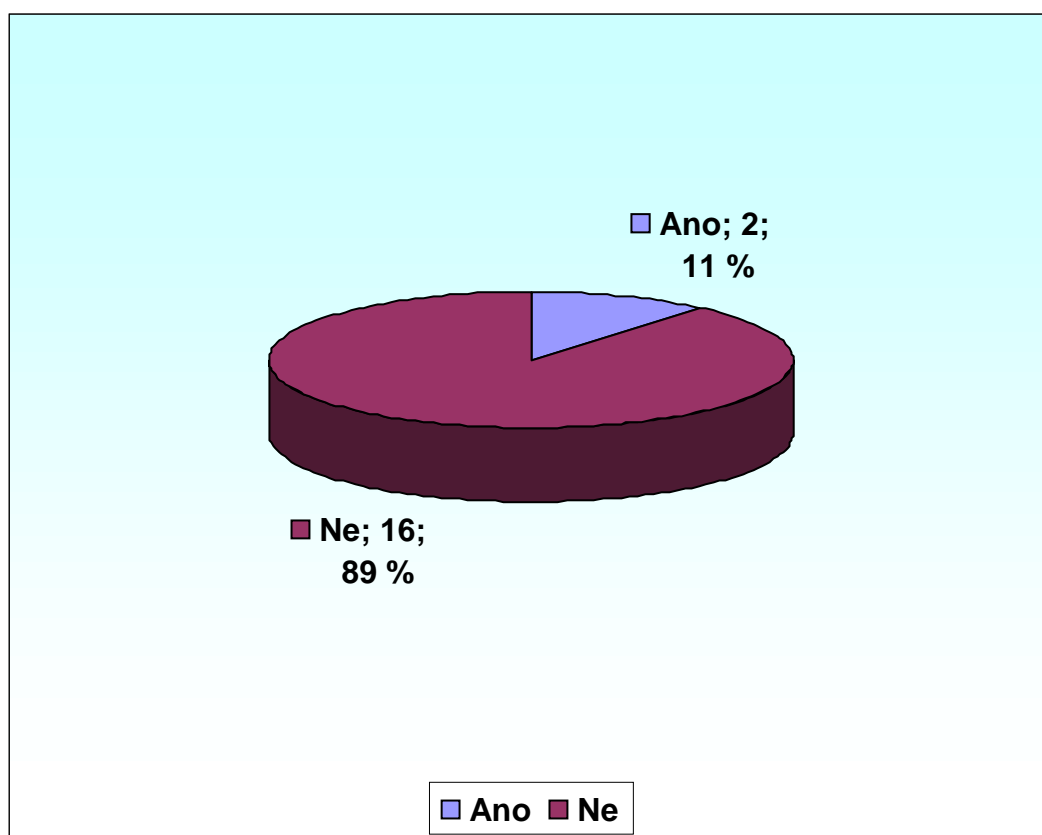
Graf 8: Kdy podáváte naordinovaný lék Minirin?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je vidět, že v medikaci Minirinu nikdo z rodičů nechybuje. Všem bylo jasné, že lék se musí podat večer, než jde dítě spát.

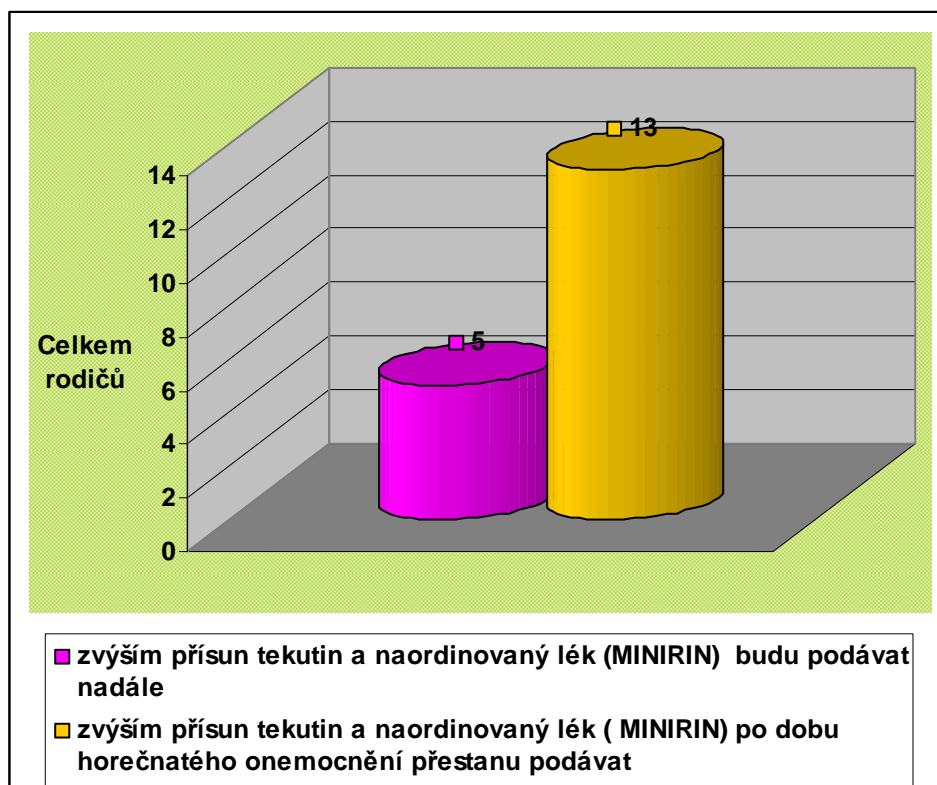
Graf 9: Dáte Vašemu dítěti napít tekutiny po podání léku - Minirinu ?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že většina rodičů je srozuměna s tím, že po požití léku Minirin již dítě nesmí přijímat žádné tekutiny, protože by mohlo dojít k zadržování tekutin v organismu s doprovodnými příznaky jako je přírůstek hmotnosti nebo v těžkých případech až křeče.

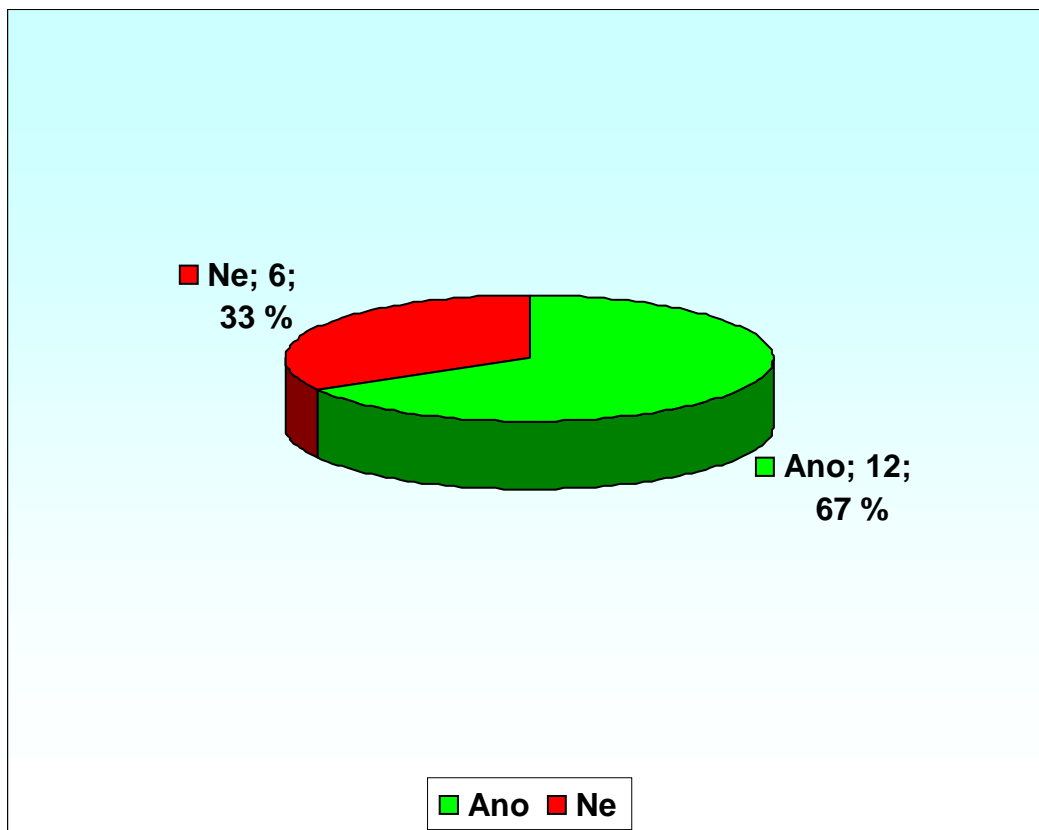
Graf 10: Jak budete postupovat, jestliže Vaše dítě onemocní chorobou doprovázenou zvýšenou teplotou (horečkou) v době, kdy užívá Minirin?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf jednoznačně ukazuje na to, že rodiče 5 dětí by udělali chybu, kdyby Minirin v době horečnatého onemocnění podávali nadále, touto nedůsledností by mohli své dítě poškodit. Všichni rodiče jsou vždy řádně seznámeni s léčbou a vždy zdůrazňujeme, že při tomto zdravotním stavu dětí lék nikdy nepodáváme.

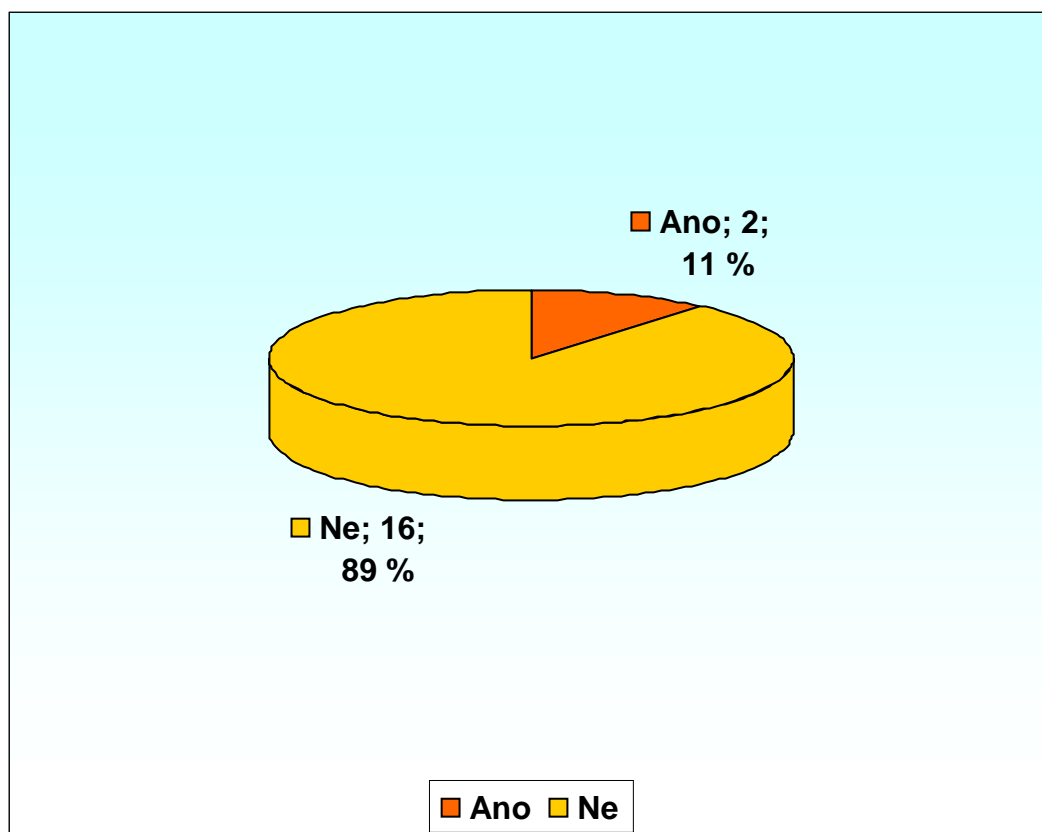
Graf 11: Nacvičujete s ním ovládání svěrače močového měchýře – metoda START - STOP?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je vidět, že někteří rodiče s dětmi nerealizují nácvik ovládání svěrače močového měchýře i přesto, že v léčbě noční enurézy je tato metoda žádoucí.

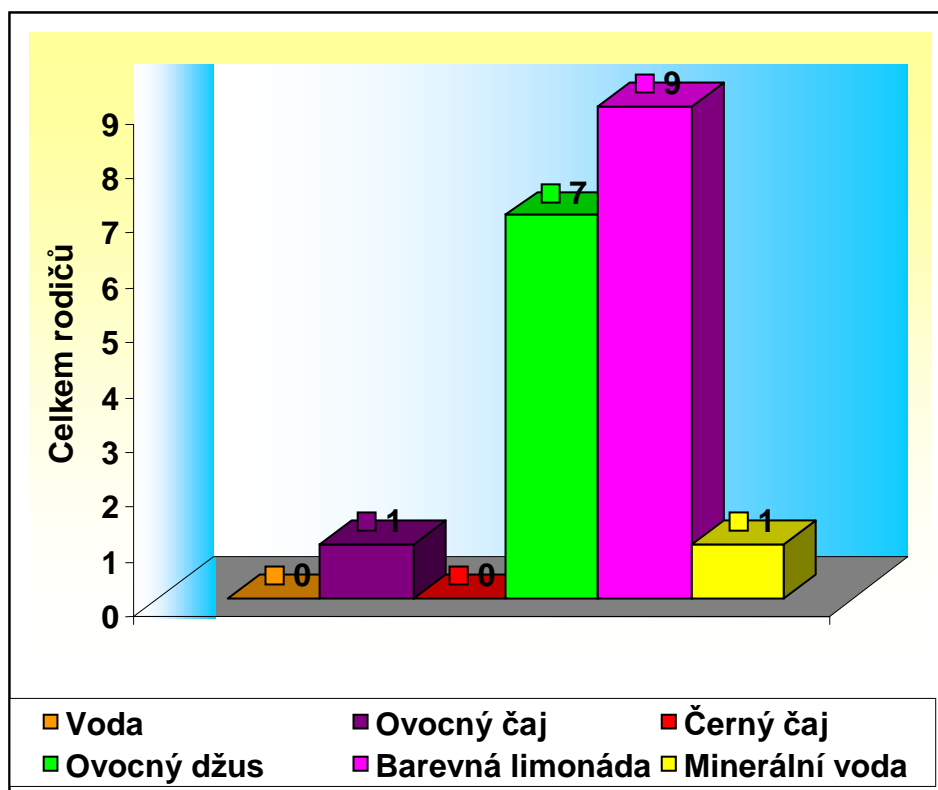
Graf 12: Trestáte jej za pomočení?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf poukazuje na to, že rodiče stále dělají chybu a trestají děti za pomočení. Tak necitlivý přístup, trestáním za každé mokré prostěradlo ráno je bez efektu a navíc takto dítě nikdy nezískají ke spolupráci.

Graf 13: Jaký nápoj z uvedených nejvíce převažuje v pitném režimu Vašeho dítěte?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf jednoznačně vyjadřuje, že u většiny dětí převažují barevné limonády a džusy. Toto je jedna z velkých chyb rodičů, protože hlavně charakter přijímaných tekutin ovlivňuje tvorbu a množství moči. Tyto dva druhy nápojů, které u našich zkoumaných dětí převládají, jsou odborníky považovány za zcela nevhodné.

5 Diskuze

Počátek a impuls k tématu „Neorganická enuréza u dětí“ bakalářské práce byl podmíněn standardizovaným rozhovorem prostřednictvím pevně stanovených, přímých otevřených otázek, které jsem kladla dětem, které byly objektem mé práce. Tento rozhovor byl zaměřen na zkoumání vlivu chronického onemocnění, enurézy, v rámci jejich prožívání tohoto postižení. Otázkou tedy je, jak velký je vliv nočního pomočování na prožívání samotného jedince, v mém případě se jedná o děti ve věku od 5 - 9 let. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce jsem hodnotila pouze ty děti, u kterých nebyla prokázána organická příčina, která by mohla enurézu způsobit. Chlapců bylo 13 (72 %) a dívek 5, tedy (28 %) z celkového počtu. Zde vidíme, že zastoupení chlapců je větší než dívek, totéž je všeobecně statisticky podloženo. Prof. MUDr. Janda, CSc. ve své knize Dětská nefrologie uvádí také, že v problematice nočního pomočování v současné době je větší zastoupení chlapců a mě se toto potvrdilo také.

Dostávám se tak k prvním otázkám kladených při rozhovoru s malým enurikem, které byly podkladem pro řešení hypotézy H 1.

H 1: Prožívání onemocnění noční enurézou ze strany dítěte je velmi rozdílné s ohledem na jeho věk a vývojovou úroveň.

V otázce, nad čím přemýšlí, když zjistí ráno po probuzení, že se pomočily, odpovídaly děti takto - že za trest si budou muset převléci postel samy; že se rodiče budou zlobit, až to zjistí; přemýšlí, jakým způsobem by to zakryly; aby to rodiče nezjistili; jaký trest jim rodiče kvůli pomočení přidělí. Odborný internetový zdroj uvádí, že děti zásadně za pomočení nesmíme trestat a zesměšňovat, protože se určitě nepomočují schválně. Právě tento způsob je častým neúspěchem rodičů, protože takto nezískají dítě pro spolupráci. Čím menší dítě je takovým to způsobem trestáno, tím vyšší stupeň úzkosti dítě projevuje, pozorovala jsem to hlavně při rozhovoru, když děti předškolního věku o svém pomočování mluvily, tak měly slzy v očích.

Na otázku, zda-li přemýšlejí často nad svým pomočováním, odpovídalo 17 dětí - ano a 3 - ne. Tři děti, které odpověděly, že nad svým pomočováním nepřemýšlí, byly ve věku 5 let, z čehož je patrné, že v tomto věku ještě nepociťují pomočování jako velkou životní překážku.

Otázka směřovaná k tomu, zda-li mají děti nějaké sourozence, odpovědělo 13 dětí - ano. Tato otázka měla zjisti postoj sourozenců k této problematice. Reakce sourozenců byly různé, ale většině případů negativní ve smyslu, že jim říkají, aby se styděly; smějí se jim; tvrdí, že přidělávají rodičům jen práci a že maminka bude kvůli tomu, že se pomočily nešťastná. Jen v jednom případě se sourozenec této události nevšímal a nic neříkal. Z toho vyplývá, že sourozenci obvykle nedokážou potlačit kritické nebo výsměvné připomínky a zde já hlavně vidím největší problém ve stabilitě rodinného kruhu a pocit bezpečí v souvislosti postoje k pomočování. I sourozencům by měli rodiče vysvětlit celou problematiku a respektovat základní pravidla vedoucí k úspěchu léčby enurézy, o kterých s nimi mi jako odborníci v oboru mluvíme.

V otázce, jestli je omezuje pomočování v jejich aktivitách, odpovídalo 15 dětí, že ano. Jednalo se o děti školního věku, které již měly možnost různých samostatných aktivit, ve kterých jim pomočování brání. Ne, odpověděly pouze 3 děti pětileté, které ještě chodily do mateřské školy a neměly žádné aktivity, ve kterých by je enuréza omezovala.

Na otázku, co si myslí, že je příčinou jejich pomočování odpovědělo 10 dětí ve věku 8 a 9 let, že neví, 4 děti v věku 6 let, že jsou nastydlé a 3 děti ve věku 5 let, že je Bůh trestá. Z toho usuzuji, že rodiče s dětmi o problematice a souvisejícími příčinami jejich pomočování nemluví. A také je patrné, že děti předškolního věku přisuzují jejich pomočování, že je to trest od boha, který je trestá, protože neposlouchají rodiče.

Hypotéza H 1 se mi tedy potvrdila, prožívání enurézy ze strany dítěte je opravdu rozdílné s ohledem na jeho věk vývojovou úroveň.

Hypotézu H 2 jsem testovala za pomoci dotazníku, který jsem rozdala rodičům v době, kdy přišli do nefrologické poradny se svým dítětem na řádnou kontrolu. Dotazník vyplnili všichni rodiče. Odpovědi na jednotlivé otázky dotazníku, mi měly dát informace o tom, jak rodiče dodržují preventivně léčebná opatření v rámci léčby noční enurézy o kterých jsou námi informováni.

H 2: Domnívám se, že za neúspěchem léčby nočního pomočování často stojí pochybení ze strany rodičů, jelikož nejsou dostatečně důslední v rámci dodržování

základních, preventivně léčebných opatření souvisejících s terapií noční enurézy jejich dětí.

K otázce zda-li mají děti svou postel, všichni rodiče odpověděli, že ano. To je základní předpoklad při léčbě nočního pomočování, aby dítě mělo vlastní postel. K otázce týkající se buzení dítěte v noci na močení odpovědělo 8 rodičů ne a 10 ano. Rodičům vždy říkáme, že buzení je považováno za nevhodné, úplné probuzení nebývá snadné, neboť děti s enurézou spí velmi tvrdě, vysazování na toaletu je možnou variantou na cestě k suchému lůžku, avšak není léčebným řešením. V podpůrných materiálech od firmy Ferring léčiva, které rodiče mají od nás vždy k dispozici, jsou rady pro rodiče pomočujících se dětí, i zde se o buzení v nočních hodinách pojednává, a přesto rodiče těmto poskytnutým materiálům nevěnují pozornost a stále chybují.

Na otázku, kdy podávají naordinovaný lék Minirin, odpověděli všichni rodiče večer. Dávkování jim bylo všem jasné. K otázce dáte vašemu dítěti napít tekutiny po podání léku Minirinu, odpovědělo 16 rodičů, že nedají a 2 rodiče - ano. Z toho vyplývá, že většina rodičů je si vědoma k jakým komplikacím by mohlo dojít, kdyby po podání léku dovolili dítěti pít. Při léčbě Minirinem se musí dodržovat pitný režim 1 hodinu před a 8 hodin po požití přípravku se nesmí přijímat žádné tekutiny.

Otázka směřovaná na to, jak budou rodiče postupovat, jestliže jejich dítě onemocní chorobou doprovázenou zvýšenou teplotou (horečkou) v době, kdy užívá Minirin, odpovědělo 5 rodičů, že zvýší přísun tekutin a naordinovaný lék (MINIRIN) budou podávat nadále a 13 že, zvýší přísun tekutin a naordinovaný lék (MINIRIN) po dobu horečnatého onemocnění přestanou podávat. Zde je vidět, že rodiče 5 dětí by udělali chybu, kdyby se jim tato situace naskytla. V době horečnatého období vyžaduje dítě větší přísun tekutin, kterému se nemůže zabránit ani večer a v nočních hodinách, aby nedošlo ke zbytečným komplikacím, jako je retence tekutin nebo hyponatremie, musíme lék dočasně vysadit.

Otázka, která měla zjistit zda-li rodiče nacvičují se svým dítětem ovládnutí svěrače močového měchýře – metodou START – STOP, odpovědělo 12 rodičů - ano a 6 - ne. Rodiče, kteří odpověděli ano, byli přesvědčeni, že každý úkon v rámci léčebných opatření je krokem k úspěchu, ale ti kteří odpověděli, že ne, se domnívají, že

je to zbytečné. Cvičení založené na bázi postupného roztahování měchýře a volního ovládní svěrače za bdělého stavu je založeno na tom, že dítě se pomalu, ale jistě, naučí řídit vyprazdňování moči, dle odborníků se jedná o účinnou metodu související s léčbou enurézy. Prof. MUDr. Emil Poláček, DrSc. ve své knize Nefrologie dětského věku popisuje tuto metodu jako velmi důležitou, protože umožňuje lepší koordinaci spřažených mikčnických a retenčních mechanismů.

Na otázku, zda-li, trestají svoje děti za pomočení odpovědělo 16 rodičů - ne a 2 - ano. Když jsem se zeptala, o jaký trest se bude jednat, jeden z rodičů řekl, o fyzické tresty zde nejde, ale o různé zákazy a příkazy, druhý z rodičů odvětil, že mu nedovolí si hrát na počítači a dívat se na televizi. Zde je vidět, že někteří rodiče si stále myslí, že za pomočování dětí může jejich nedbalost, že trestem jejich poruchu napraví. Zásadně nesmíme děti trestat, je-li tomu tak u některých enuretiků, dochází k velkým psychickým komplexům a úspěch v léčbě nemůžeme určitě očekávat.

V otázce směřované k pitnému režimu enuretika, jaký nápoj z uvedených nejvíce převažuje v pitném režimu dětí, bylo zjištěno, že nejčastěji podávanou tekutinou jsou barvené ochucené limonády a džusy, které jsou považovány za zcela nevhodné. Zde vidíme, že rodiče raději kupují drahé nápoje, než aby jejich dětem uvařili čaj nebo nejlépe jim podávali pramenitou čistou vodu, která není pro organismus dráždivá.

Hypotéza H 2 se mi také potvrdila, odpovědi v dotazníku mě ujistily, že opravdu za neúspěchem léčby nočního pomočování často stojí pochybení ze strany rodičů, jelikož nejsou dostatečně důslední v rámci dodržování základních, preventivně léčebných opatření souvisejících s terapií nočního pomočování, i přes naši důslednou edukaci rodiče stále chybují a hlavně někdy mají svůj názor, který mi jim jen těžko můžeme vyvrátit.

Pokládáme tedy za zásadní, vysvětlit rodičům princip potíží, zapojit je do léčby a přimět je k důslednosti v rámci dodržování preventivně léčebných opatření. Je úkolem nás zdravotníků, ať již lékařů, či zdravotních sester, abychom zapojili rodiče a děti k aktivní spolupráci při léčbě enurézy, poskytnuli jim patřičnou edukaci a upozornili na nejčastěji opakující se chyby ze strany rodičů i dětí týkající se této problematiky. Při každé kontrolní návštěvě náležitě poslouchali jak potíže rodičů, tak i dětí a projevíli

hlavně empatii, vstřícnost a citlivý přístup k malým pacientům, pokud je to možné pokusili se dané problémy společně řešit.

Je jisté že dítě, které se pomočuje má určitě nižší kvalitu života než jeho ostatní zdraví vrstevníci, zrovna tak, jak negativně působí toto chronické onemocnění na dítě, tak je zde i objektivně prokázána zpětná vazba na rodiče pomočujících se dětí.

Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. ve spolupráci se studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích Veronikou Garaiovou realizoval kvalitativní výzkum na podkladě PedsQL – Family Impact Module - Modul vliv na rodinu, který byl vytvořen pro hodnocení funkčnosti rodiny s chronicky nemocným dítětem, v jejich případě též enuretikem a ukázal, že funkčnost rodiny je v této situaci snížena. Z toho vyplývá, že v rodině, která řeší problém s pomočováním jejich syna či dcery má funkčnost rodiny obvykle sniženu, tudíž se můžeme domnívat, že i toto vede k tomu, že jsou často ze strany rodičů opomíjena stanovená léčebná opatření a rovněž není ani poskytnut jejich pomočujícímu se dítěti dostatečný prostor pro vyjádření empatie a tím se dítě trápí, je emočně oslabeno a úzkostlivě enurézu prožívá. V rámci problematiky enurézy se tedy dostáváme do bludného kruhu a jen těžko je možné stanovit nějaké univerzální správné řešení.

Domnívám se, že česká veřejnost stále není dostatečně seznámena s tématy související se zdravotně sociální problematikou pomočujících se dětí a pro většinu z nich je ještě tabu. RNDr. Barbora Večerková na tiskové konferenci „Traumatizované děti“ dne 19. 2. 2009, uvedená autorka zmapovala veřejné mínění a informovanost laiků o příčinách a řešeních tohoto onemocnění. Z jejího výzkumu vyplynulo, že rozdíly v případě nižšího studu rodičů za pomočování jsou dány jejich zkušeností, rodič, který s pomočováním nepřišel do styku neví, jak by se zachoval.

Doporučuji proto maximální informovanost rodičů o dané problematice, musí být seznámeni s tím, kde hledat informace na internetu a v odborné literatuře, dále, že mohou využít konzultace s lékařem, že mají možnost využít aktivit Sdružení pro enurézu (SEN), kde si mohou s ostatními rodiči, kteří mají stejné potíže s jejich dětmi, předávat zkušenosti, sdělovat své potíže nebo získávat nové informace. Upozornit je na to, že další odborná pomoc je zabezpečena v rámci léčebných rehabilitačních pobytů,

které se konají ve zdravotnických zařízeních zejména v psychiatrických léčebnách, jichž se účastní řada odborníků (lékař, psycholog, zdravotníci, zdravotně sociální pracovníci, atd.). Nabídnout jim využití volného času jejich enuretika během letních prázdnin, kdy je možnost dítě umístit na tábor, kde jsou sdružovány děti trpící enurézou, jako je např. letní tábor ve Šternberku, tábor u Českých Budějovic pro děti s enurézou a enkoprézou pod patronací prof. MUDr. Miloše Velemínského CSc. a další tábory nejen pro enuretiky.

Myslím si, že pokud budou všechny tyto informační zdroje a možnosti konzultací ve smyslu léčby a opatřeních v rámci problematiky pomočování využity, stejně jako tábory pro enuretiky, situace se může dosti zlepšit, stejně jako kvalita života pomočujících se dětí i jejich rodin.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala chronickým onemocněním dítěte, kterým je enuréza a vlivem tohoto onemocnění na prožívání dítěte a dodržováním preventivně léčebných opatření ze strany rodičů v rámci léčby enurézy. Z rozhovorů s dětmi směřovanému jejich vnímání a prožívání postižení enurézou vyplývá, že většina dětí se kvůli pomočování trápí, trpí pocity méněcennosti, stydí se za to a mají pocit, že v rodině selhaly. Domnívám se, že celkové prožívání enurézy a postoj dítěte k ní, totiž nejvíce ovlivňuje stabilita rodinného kruhu a pocit bezpečí, postoj rodičů a sourozenců k pomočování. První hypotéza, kterou jsem si stanovila, mne ujistila v mých domněnkách, že děti opravdu prožívají své chronické onemocnění rozdílně s ohledem na jejich věk a vývojovou úroveň. Dodržování preventivně léčebných opatření ze strany rodičů, jak vyplývá z výzkumu, není vždy 100 % zajištěno a to se právě odráží v úspěchu terapie enurézy. Hypotéza, kterou jsem stanovila jako druhou v pořadí, se mi též potvrdila. Z našeho poměrně krátkodobého sledování malého souboru enuretiků, kde jen obtížně bychom mohli připustit statistickou významnost, se jen můžeme domnívat, že úspěch léčby neorganické enurézy je závislý na více okolnostech. Ani jednu z nich však nemůžeme podcenit (enuretický režim, psychickou nezralost, životní zátěže dětí v průběhu vývoje, nedostatečnou tvorbu antidiuretického hormonu atd.), protože všechny tyto možné příčiny úzce spolu souvisejí a 100 % nemůžeme vyjádřit, která z nich má větší podíl. Přesvědčila jsem se, že pokud léčba má být úspěšná, musí rodiče respektovat jednotlivé stanovené kroky v rámci léčby, jen tak může být dosaženo suché postýlky.

Hlavní přínos bakalářské práce je pro nefrologickou poradnu při dětském oddělení Nemocnice v Českém Krumlově v níž byl výzkum realizován, kde ji využijí současní i noví lékaři, kteří řeší nebo budou v budoucnu řešit problematiku pomočujících se dětí, práce je též vhodná pro všechny zdravotně sociální pracovníky, kteří se blíže o problematiku nočního pomočování zajímají.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAM, M. *Pediatrics*. 1.vyd.,New York: Appleton a Lange. 1987.1919 s. ISBN – 0-8385-7798
2. DOLEŽAL, J. Enuresis nocturna. *Urologické listy*. [online].2007. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z: http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_07_01_10.pdf
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007.174 s. ISBN 978-80-246-0139-7
4. DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 140 s. ISBN 08-040-86.
5. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
6. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 252 s. ISBN 80-7178-367-6
7. FERRING léčiva. *O enuréze* [online]. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z : <http://www.ferring.cz/minirin/index.php?cmd=subpage&id=416&upid=402&LanguageID=9>.
8. FISCHER, J. a spolup. *Dětská psychiatrie pro pediatry* . 1.vyd. Praha: Avicenum, 1980. 187 s.
9. GARAIOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. *Vliv enurézy dítěte na funkčnost rodiny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra klinických oborů, 2008. 58 s., 1 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
10. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systematické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3.
11. GUT, J., DOLEŽAL, J., ŽENÍŠEK, J. *Pomočování u dětí*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 86 s. ISBN 80-7262-010-X.
12. GUT, J., KOLSKÁ, M. Diferenciální diagnostika úniků moči u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z:<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/03/10.pdf>.
13. GUT, J. *O enuréze* [online]. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z: <http://www.enureza.cz/>.
14. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.

15. JANDA, J. et al. *Dětská nefrologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 255 s. ISBN 80-7262-378-8
16. JAVŮRKOVÁ, A. *Enuréza očima dětí* [online]. 2003. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek2485.htm>.
17. LANGMAIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 325 s. ISBN 80-247-1284-9
18. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1 vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
19. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 379s. ISBN 80-7178-548-2.
20. MICHALK, D., SCHÖNAU, E. *Differential-diagnose Pediatrie*. 1 vyd. München: Urban und Schwanzerberg, 1999. 739 s. ISBN 3-541-19001-9
21. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2006. 311 s. ISBN 80-86429-58-X.
22. POLÁČEK, E. a spol. *Nefrologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1975. 355 s.
23. SUDESH, P., KANWALK, K. *Clinical Pediatric Nephrology*. 2.vyd. New York: McGraw-Hill, Inc., 1992. 795s. ISBN 0-07-034543-0
24. ŠMAKAL, O., FLÖGELOVÁ, H. Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2006. [cit: 2009-02-16]. Dostupné z: www.solen.cz/pdfs/ped/2006/05/02.pdf.
25. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 14. vyd. Praha: JUDr. Blanka Havlíčková — NUGA, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6
26. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

8 Klíčová slova

Alarm

Desmopressin

Enuréza

Enuretický režim

Inkontinence

Noční polyurie

Noční funkční kapacita měchýře

Rodina

Rodičovství

9 Přílohy

Příloha 1: Otázky kladené při rozhovoru s pomočujícím se dítětem

Příloha 2: Dotazník určený rodičům pomočujících se dětí

Příloha 3: Racionální přístup k léčbě enurézy

Příloha 4: Enuresis nocturna

Příloha 5: Desatero rad pro rodiče pomočujících se dětí

Příloha 6: Pitná a mikční karta

Příloha 7: Kalendář pro záznam suchých a mokrých nocí

Příloha 8: Letní tábor pro děti s enurézou a enkoprézou

Příloha 1: Otázky kladené při rozhovoru s pomočujícím se dítětem

1. Kolik je ti let?

.....

2. Pohlaví?

- a) chlapec
- b) dívka

3. Nad čím přemýšlíš, když zjistíš ráno po probuzení, že jsi se pomočil /la?

.....
.....

4. Přemýšlíš často nad tvým pomočováním?

- a) ano
- b) ne

5. Máš nějaké sourozence?

- a) ano
- b) ne

5a) Jestliže ano, co sourozenec říká na to, že se pomočuješ?

.....

6. Omezuje tě pomočování ve tvých aktivitách?

.....
.....

7. Co si myslíš, že je příčinou tvého pomočování?

.....
.....

Příloha 2: Dotazník určený rodičům pomáhajících se dětí

Jmenuji se Jana Mikešová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci bakalářské práce na téma Neorganická enuréza u dětí se v současné době zabývám léčbou a léčebnými opatřeními v rámci terapie nočního pomočování u dětí.

Vážený rodiče, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění krátkého dotazníku směřujícímu k výše uvedené problematice. Získané údaje budou zpracovány výhradně za účelem této práce. Předem děkuji všem rodičům za ochotu a spolupráci.

1. Má Vaše dítě vlastní postel?

- a) ano
- b) ne

2. Budíte Vaše dítě v průběhu noci na močení?

- a) ano
- b) ne

3. Kdy podáváte naordinovaný lék Minirin?

- a) ráno
- b) v poledne
- c) večer

4. Dáte Vašemu dítěti napít tekutiny po podání léku - Minirinu ?

- a) ano
- b) ne

5. Jak budete postupovat, jestliže Vaše dítě onemocní chorobou doprovázenou zvýšenou teplotou (horečkou) v době, kdy užívá Minirin?

- a) zvýším přísun tekutin a naordinovaný lék (MINIRIN) budu jej podávat nadále
- b) zvýším přísun tekutin a naordinovaný lék (MINIRIN) po dobu horečnatého onemocnění přestanu podávat

6. Nacvičujete s ním ovládání svěrače močového měchýře – metoda START - STOP?

a) ano

b) ne

7. Trestáte jej za pomočení?

a) ano

b) ne

8. Jaký nápoj z uvedených nejvíce převažuje v pitném režimu Vašeho dítěte?

a) voda

b) ovocný čaj

c) černý čaj

d) ovocný džus

c) barevná limonáda

d) minerální voda

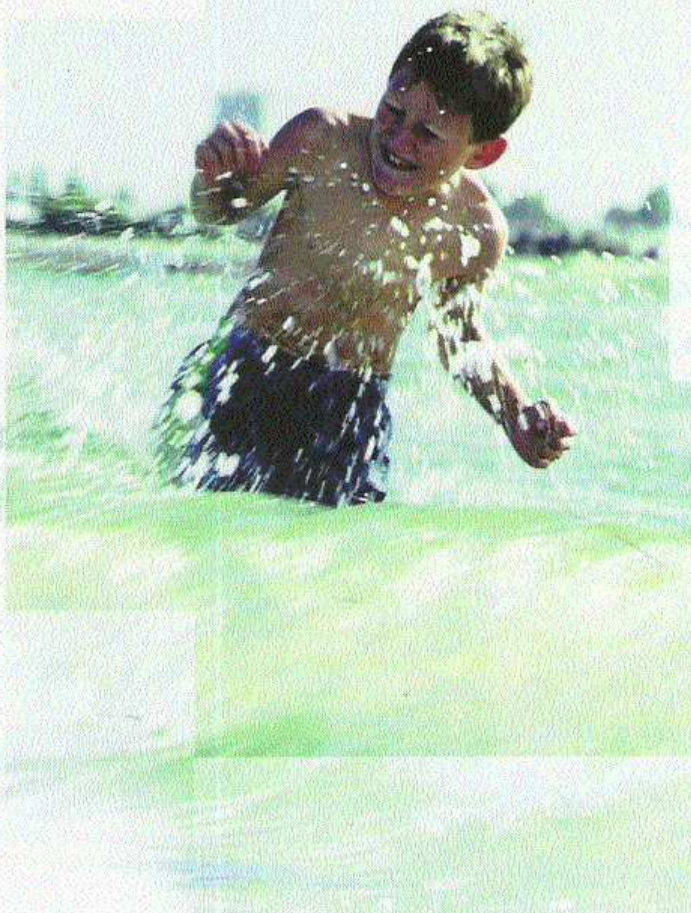
Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha 3: Racionální přístup k léčbě enurézy

ADIURETIN®
desmopressin

Minirin®
DESMOPRESSIN

Racionální přístup k léčbě primární noční enurézy



Ferring – Léčiva, a.s.:
dlouholetý partner odborníků při léčbě PNE.

Kde získáte další informace?

www.ferring.cz

www.enureza.cz

www.minirin.cz

Minirin Newsletter (elektronický měsíčník o PNE)

FERRING
LÉČIVA

Příloha 4: Enuresis nocturna

ENURESIS NOCTURNA

je **bezděčné pomočování, které nepřestává u dítěte ani po čtvrtém roce života, anebo se znovu objevuje ve věku starším po období zachování čistoty alespoň jeden rok trvajícím.**

Pomočování může být důsledkem různého etiologického původu - organických příčin, infekčních stavů, psychologických reakcí nebo vlivem snížené sekrece vazopresinu (ADH) z hypotalamo-hyofyzární oblasti.

Enuresis nocturna má na dítě celkové negativní psychologický dopad s depresivními projevy a často omezuje normální dětské aktivity.

Onemocnění zasahuje i do sociální roviny rodiny.

VAZOPRESIN /ADH/

ovlivňuje tvorbu denní moči. U zdravých dětí je sekrece vazopresinu v nočních hodinách zhruba dvojnásobná. Odbornou literaturou je doloženo, že u některých enuretických dětí je poměr sekrece vazopresinu mezi dnem a nocí téměř shodný resp. sekrece vazopresinu je v nočních hodinách nedostačující /2,3/.

Některé enuretické děti postrádají denní rytmus tvorby vazopresinu. Vytváří větší objem moče o nízké osmolalitě a tím je překročena kapacita močového měchýře při spánku /3, 4/.

ADIURETIN -SD® - účinná léčba na přirozeném základě

ENURESIS NOCTURNA

asi **10%** sedmiletých dětí trpí enuresis nocturna, pro přirovnání ve třídě s 30ti žáky mohou mít toto onemocnění 3 děti

ještě **3%** dětí trpí enuresis nocturna ve 12ti letech

na **1%** klesne počet ve 20ti letech /1/

Graf prevalence Enuresis nocturna

Legend: ■ zdravé děti, ■ enuretické děti

Rozdíl v sekreci vazopresinu /ADH/, osmolalitě moči a celodenním průběhu tvorby moči mezi zdravým a enuretickým dítětem.

levo: signifikantní rozdíl v sekreci vazopresinu v průběhu dne

uprostřed: zvýšení osmolality moče v nočních hodinách u zdravého dítěte

vpravo: výrazný rozdíl v objemu moče v nočních hodinách

ADIURETIN -SD®
desmopresin

- syntetický analog přirozeného hormonu neurohypofýzy - vazopresinu
- řeší nedostatek vazopresinu
- léčí enuresis nocturna

Příloha 5: Desatero rad pro rodiče pomáhajících se děti

Od lékaře můžete očekávat objasnění podstaty problému, stanovení správné diagnózy, vysvětlení režimových opatření, eventuálně předpis jednoho z několika léků, u kterých byla spolehlivě prokázána účinnost.

V případě předepsání léku, který snižuje tvorbu moče během noci, je zásadní dodržování pitného režimu. Lék je velmi dobře snášen za předpokladu správného rozložení přijímaných tekutin během dne. Viz obrázek sklenic. Dvě hodiny před spaním jen malé množství čisté vody. V době horečnatého onemocnění, když je nutný větší přísun tekutin, raději lék vynechte. Pozor na skryvané pití vody u menších dětí při koupání a čištění zubů.

FERRING
L E C I V A

Minirin
Dry nights for good mornings

**Dvanáctero rad
pro rodiče
pomáhajících se děti**



© prim. MUDr. Josef Čut 2002

FERRING
L E C I V A

FERRING, s.r.o., s.
Křepelova 175
252 42, Jezevce u Prahy
Česká republika

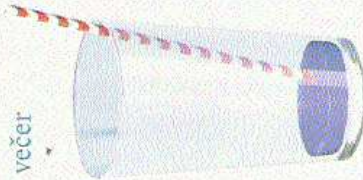
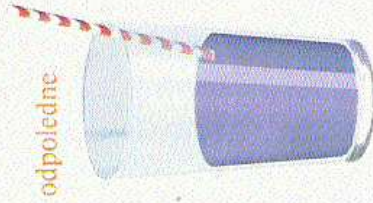
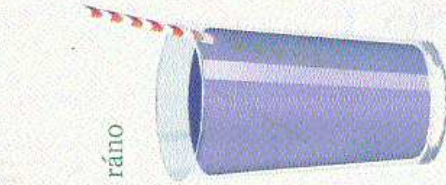


Dvanáctero rad pro rodiče pomocujících se dětí

1. Pomočování je častý problém v dětském věku. Jedna pětina pětiletých dětí má tyto obtíže. Zhruba každý dvoustý dospělý má také tento problém.
2. Noční pomočování u dětí starších 5 let je vhodné konzultovat se svým dětským lékařem.
3. Všimněte se i denních projevů náhlého nucení na močení s únikem malého množství moče do prádla, zaskřípání na prádle, zadržování moče. Při přítomnosti těchto projevů je konzultace vhodná i u mladších dětí.

4. Všimněte si vyprazdňování stolice-nepravidelné vyprazdňování s několika kadenními pauzami, zašpinění spodního prádla stolicí bývá často spojeno s úniky moče. Vyžaduje též konzultaci s lékařem.
5. Pomočování nebývá zpravidla způsobeno psychologickou nebo psychiatrickou poruchou.
6. Za pomočování dítě netrestejte; ani fyzicky ani zesměšňováním či odsuzováním, zvláště před ostatními dětmi.
7. Základem úspěšného řešení jsou režimová opatření, vtažení dítěte do spolupráce, vyjasnění situace po konzultaci s lékařem.

8. Pitný režim: zásadní je správné rozložení tekutin během dne, viz obrázek se sklenicem. Vymočení před uložení k spánku.
9. Chcete-li pomočení řešit, je vhodné odstranění plen. Noční vysazování na toaletu je možnou variantou na cestě k suchému lůžku, ale je řešením kosmetickým, náročným pro rodinný režim.
10. Snažte se dítě motivovat pochvalou za úspěchy. Neúspěchů si nevšímejte, i když je to pro vás těžké.



Příloha 6: Pitná a mikční karta

Pitná a mikční karta

Jméno:

Datum:

hodiny	Množství tekutin	Močení	Spodní prádlo, suché-mokré	Pochvala
6 - 8				
8 - 10				
10 - 12				
12 - 14				
14 - 16				
16 - 18				
18 - 20				
20 - 22				
noc				

Součet:

hodiny	Množství tekutin	Močení	Spodní prádlo, suché-mokré	Pochvala
6 - 8				
8 - 10				
10 - 12				
12 - 14				
14 - 16				
16 - 18				
18 - 20				
20 - 22				
noc				

Součet:

hodiny	Množství tekutin	Močení	Spodní prádlo, suché-mokré	Pochvala
6 - 8				
8 - 10				
10 - 12				
12 - 14				
14 - 16				
16 - 18				
18 - 20				
20 - 22				
noc				

Součet:

Příloha 7: Kalendář pro záznam suchých a mokrých nocí


TVŮJ kalendář

ROK

LEDEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÚNOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			
BŘEZEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
DUBEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
KVĚTEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ČERVEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
ČERVENEC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SRPEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ZÁŘÍ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
ŘÍJEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
LISTOPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
PROSINEC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

TIP: VYPLŇ SI SÁM DO KAŽDÉHO DNE BUĎ ■ NEBO ■

Vydal: FERRING - LECIVA a.s. a SDRUŽENÍ PRO ENUREZU
www.enureza.cz, www.mokrapostylka.cz
 mokrá linka 844 122 122



Příloha 8: Letní tábor pro děti s enurézou a enkoprézou

Letní tábor pro děti s enurézou a enkoprézou (pomočování a pokálení se)

Již od roku 2002 pořádá Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích tábory pro děti trpící enurézou a enkoprézou za finančního přispění Ministerstva zdravotnictví ČR. Místem pobytu je vesnice Hradce u Lipí, cca 25km od Č. Budějovic. Děti spí v chatkách, k dispozici je sociální zařízení, kuchyň a klubovna.

Děti trpící těmito problémy jsou často vyloučeny jak z vícedenních školních či sportovních akcí, tak také z letních táborů. Náš tábor je cenný v tom, že umožňuje prožít čas ve společnosti dětí se stejným či obdobným problémem, aniž by tento problém byl zveličován či odsuzován a jeho nositel degradován.



Tábor pro děti s poruchami vyměšování nabízí všechno, co nabízí letní tábor pro děti ... soutěže a bojovky, kamarády a táborové lásky, dobrodružství a zábavu, srandu od rána do večera a dny strávené uprostřed krásné přírody.

Tábor však nabízí i mnoho dalšího ... děti se učí přivykat režimovým opatřením, upevňují si základní hygienické návyky a v neposlední řadě umožňují dětem prožít 14 dní s vrstevníky bez pocitů studu v příjemném prostředí bez stresu z pomočení nebo pokálení. Děti mají možnost si osvojit mnoho dovedností a zároveň se naučit sestavu rehabilitačních cviků, u kterých se nejen odreažují, ale také posílí důležité partie.

Letní tábor se koná v termínu 12.-25.7.2009, předpokládaná cena je 3 000Kč.

Máte-li zájem přihlásit své dítě na tento tábor, neváhejte nás kontaktovat !

Mgr. Jitka Macháčková, ZSF JU,
Česká 20, 370 01 České Budějovice
☎ 387 318 776, e-mail: machacko@zsf.jcu.cz