

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou
Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

Autor: Bc. Kateřina Vystrčilová

2011

ABSTRACT

Enuresis is one of the most frequent problems dealt with in surgeries of paediatric practitioners. It involves autonomic urination in a child older than five years. It is a stigmatizing disease causing a child, but also his/her family heavy psychological and social-economic load, sometimes even psychiatric problems in long term course. Delayed neuropsychosocial maturation of the systems influencing urination, which are deepened by improper parental guiding to urination regulation and wrong attitude to the child is the main factor of the disease occurrence.

A nurse working in primary care in a paediatric practitioner's surgery belongs to the health care personnel who are in primary contact with these children and their families. By providing nursing care and satisfying the basic needs a nurse participates in the health care team and provides complex care to children suffering from enuresis. It is thus necessary for a nurse to be fully familiar with the problems of enuresis, to get involved in the care of an enuretic child and to educate its parents correctly in the nature of the disease, the treatment principles, approach to an enuretic child and his/her education in urination regulation.

For the main goal of the thesis titled – **The role of a nurse in primary care for children suffering from enuresis** - we chose specification of typical needs of enuretic children and the ways of their satisfaction by a nurse. Another goal of the thesis was to map the main role of a nurse working in primary care and to find out the level of knowledge of the care of and approach to enuretic children among parents. 3 research questions were set before the research commencement: 1 – Is the role of a nurse in the care for children suffering from enuresis important? 2 – Is the parents' knowledge of the care of and approach to a child sufficient from the parent's point of view? 3 – Is the nursing care provided by primary care nurses to enuretic children sufficient? We managed to answer these questions in the research part and to confirm the hypotheses: 1 – Correct knowledge of the enuresis problems is insufficient among parents (Velemínský). 2 – Correct knowledge of the enuresis problems is insufficient among primary care nurses (Velemínský).

A combination of qualitative and quantitative research was applied on the needs of the thesis. Spheres of needs were proposed based on the theories of human needs by Maslow and of development needs by Dunovsky, which resulted from the structure of observation of enuretic children, from questionnaire research and interviews with parents of enuretic children and nurses working in paediatric surgeries. The observation and interviews were processed qualitatively in the form of case studies. The questionnaire survey was processed by means of descriptive statistics into absolute and relative frequency and averages. 10 observed children, 52 questionnaires for nurses and 22 questionnaires for parents were processed. 10 interviews with parents and nurses were processed (5 per each group).

The results pointed out that parents and nurses were insufficiently informed on the enuresis problems. The most frequent problems of enuretic children are the need to urinate, liquid intake and the need for certainty and safety. The feeling of shame projects substantially to the behaviour of children and to the approach of parents to their children in the instance of wetting. Nurses participate in the primary care by educating parents and children, which however does not respect the principles of correct care of and approach to enuretic children. The parents, but the nurses as well consider their knowledge insufficient. An educational material for nurses and parents of enuretic children, required by the paediatric practitioner offices participating in the research, was elaborated upon absolute ignorance of the development and education of children to urination regulation. We may thus say that the thesis and educational materials will be applied to practice and will help improve the knowledge of correct principles of the care of and approach to enuretic children.

Poděkování

Chtěla bych velice poděkovat panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za trpělivé vedení diplomové práce, pro mou osobu velmi cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem lidem, kteří se podíleli na získávání dat pro zpracování práce.

Práci bych chtěla věnovat svým rodičům. Trpělivě mi pomáhali dostat se tam, kde nyní jsem. Táťka se vždy zajímal o zpracovávání výsledků práce, bohužel se její konečné podoby nedožil. Řekla jsem si, že pokud práci dokončím, tak pro něho!

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Vývoj regulace močení u dětí pomocí sedmi „kroků“	5
1.2 Výchova dětí k regulaci močení.....	7
1.2.1 Vysazování dítěte na toaletu nebo nočník	9
1.2.2 Udržování pocitu jistoty a bezpečí ve výchovném procesu.....	11
1.3 Potřeby dětí v ošetrovatelství	12
1.3.1 Biologické potřeby.....	15
1.3.2 Psychické potřeby	16
1.3.3 Sociální potřeby	18
1.3.4 Vývojové potřeby	19
1.4 Enuréza.....	20
1.4.1 Definice.....	20
1.4.2 Kategorizace	21
1.4.3 Prevalence	22
1.4.4 Příčiny a faktory podporující vznik enurézy.....	22
1.4.5 Diagnostika	24
1.4.6 Léčba.....	27
1.4.7 Specifický přístup k enuretickému dítěti a jeho výchova.....	32
1.4.8 Osobnost enuretického dítěte.....	34
1.5 Organizace péče o děti trpící enurézou	35
1.5.1 Historie a organizace péče	35
1.5.2 Organizace zabývající se onemocněním enurézou	38
1.6 Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou	39
1.6.1 Primární péče	39
1.6.2 Specifická úloha sestry při ošetrování dětí trpící enurézou	41
3 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
3.1 Cíle práce	45

3.2	Hypotézy	45
3.3	Výzkumné otázky.....	45
4	METODIKA.....	46
4.1	Organizace výzkumu.....	46
4.2	Metoda sběru dat.....	47
4.3	Charakteristika souboru	49
4.4	Zpracování dat.....	50
5	VÝSLEDKY	51
5.1	Výsledky pozorování dětí	51
5.2	Výsledky dotazníkového šetření s rodiči	70
5.3	Výsledky dotazníkového šetření se sestrami.....	82
5.4	Výsledky rozhovorů s rodiči	94
5.5	Výsledky rozhovorů se sestrami	111
6	DISKUZE	124
	ZÁVĚR	136
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	138
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	146
	SEZNAM PŘÍLOH.....	147

ÚVOD

Enuréza je považována za nedobrovolný a nežádoucí mimovolný únik moče z močového měchýře u dítěte po pátém roce života, kdy je společnost přesvědčena, že je dokončen fyziologický vývoj regulace močení ve dne i v noci. Je onemocněním stigmatizujícím v sociální oblasti. Pro dítě ale i celou rodinu přináší těžkou psychickou a socioekonomickou zátěž, někdy až psychiatrické problémy. Za hlavní příčinu onemocnění se na základě dnešní teorie považuje opožděné neuropsychosociální dozrávání systémů ovlivňující vyprazdňování moče. V mnoha případech tento stav často ztěžuje přidružený faktor jako je nesprávná výchova dítěte k regulaci močení, jež většinou vychází z neznalosti vývojových etap. Rodiče mnohdy s výchovou k suchým nocím chvátají. Děti předčasně na nočník nebo WC vysazují, fyzicky je trestají či ponižují. Mnohdy lze v anamnéze dětí zjistit pomočování rodičů a ti na děti přenášejí psychické i sociální trauma z vlastní zkušenosti. Dítě se se svou nevyzrálostí dostává do stresových situací, které pak ještě více ovlivňují vznik a prohlubování enurézy.

K prvnímu kontaktu rodičů přicházejících s dětmi trpící enurézou se zdravotníci dochází v ordinacích praktického dětského lékaře. Právě zde spočívá hlavní úloha sestry pracující v primární péči a to především v uspokojování základních potřeb enuretických dětí. Za pomoci vzájemné komunikace s rodiči by měla aktivně vyhledávat a identifikovat problémy v potřebách dětí a ty určitým způsobem řešit. Rodiče správně edukovat o podstatě onemocnění enurézou a jich příčinách, postupech léčby, správnosti režimových opatření a hlavně o specifickém přístupu rodičů a ostatních rodinných příslušníků k dítěti. V tomto dosti tabuizovaném onemocnění by se sestra měla stát oporou pro rodiče, kteří se z důvodu studu s pomočováním svého dítěte zdravotníkům mnohdy ani nesvěřují a pomočování se po mnoho let stává rodinným trápením.

Právě touto prací jsme chtěli zjistit, jakým způsobem se sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o enuretické dítě angažuje a zda-li je pro rodiče její přítomnost a pomoc důležitá. Zajímalo nás, zda-li je sestra s různými možnostmi přístupu ke vzdělávání správně informovaná a o problematice enurézy má

přehled. Jaký zaujímá pohled na výchovu dítěte v regulaci močení v raném dětství a zda-li ji vnímá jako faktor pro vznik enurézy.

Autorka měla možnost se s enuretickými dětmi a jejich rodiči setkat na táboře pořádaném Jihočeskou univerzitou. Některé chvíle a momenty spojené s pomočováním dětí byly velice emotivní a napomohly k většímu pochopení rodin postižených tímto problémem a vzhledu do tématu této práce.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vývoj regulace močení u dětí pomocí sedmi „kroků“

Ovládání močového měchýře a konečníku je součástí přirozeného vývoje dítěte. Jde o proces změn, díky němuž může dítě dále rozvíjet své vědomosti, dovednosti a plně se zapojit do společnosti. Postup, jakým tento proces probíhá, je u všech dětí v zásadě stejný. Tempo vývoje se však může u jednotlivých dětí lišit v závislosti na fyziologické vyzrálosti, zvláště nervového systému, svalů a kostí. Vývoj je především ovlivňován individuálními dědičnými faktory a specifickým prostředím v souvislosti s učením. Působením všech těchto faktorů pak dochází k výrazným odchylkám ve vývoji jednotlivých dětí. Abychom mohli vývoj hodnotit a o dítě správně pečovat, musíme porozumět postupu a pořadí vývoje regulace močení shrnutého do **sedmi „kroků“**. (1, 45, 51, 59)

„Močení (mikce) je relativně velmi komplikovaný proces a jeho regulace se vyvíjí dlouho po narození dítěte.“(59, s. 17) U novorozence probíhá na základě jednoduchého reflexního spojení. Mikční reflex, který je základním mechanismem nezbytným pro vyprazdňování moče, je řízen ze sakrální míchy na základě náplně močového měchýře, která je detekována mechanoreceptory v jeho stěně. (23) „Po obou stranách spodiny močového měchýře je vytvořena smíšená nervová pleteň obsahující vegetativní nervová vlákna sympatiku a parasympatiku a senzitivní vlákna míšních nervů. Parasympatikus vyvolává kontrakci detruzoru (svalu z hladké svaloviny) močového měchýře a aktivuje otevírací mechanismus močové trubice. Sympatikus umožňuje naopak plnění močového měchýře.“(57) „Odpovědí je kontrakce svaloviny měchýře a relaxace svěračů. Tímto způsobem probíhá mikce, pokud nejsou zapojena vyšší nervová ústředí v mozkové kůře, která se podílejí na volném ovládní zevního svěrače uretry v pozdějším věku.“ (23, s. 219) Tato nervová spojení mezi centry v nervovém systému u dítěte novorozeneckého věku ještě nejsou vytvořena. Dítě má ještě zcela nevyvinutou nervovou soustavu a náplň močového měchýře a močení (resp. pomočování), které se děje především ve spánku, si neuvědomuje. Pozorujeme

charakteristickou fyziologickou hyperaktivitu detruzoru - nadměrnou činnost a frekvence močení se blíží 30 porcím moče za 24 hodin. S přibývajícím věkem se frekvence močení snižuje v závislosti na velikosti obsahu močového měchýře. (45, 59)

Za **první krok ve vývoji** regulace močení můžeme považovat to, že v prvních týdnech života kojeneček začíná vnímat signály (patrné ale i neznatelné) z močového měchýře a několik sekund před močením vydává krátký charakteristický zvuk nebo křik. Signál se může projevit také neklidem nebo trhavými pohyby těla. V rozmezí kojeneckého až batolecího období začíná postupně dozrávat spojení mezi měchýřem a centrem pro močení v mozkovém kmeni a dítě si uvědomuje naplněný močový měchýř. (59)

U **druhého vývojového kroku** dítě reaguje, až když se pomůže. Pocit mokra je pro něho nepříjemný, může přerušit hru, ustrnout a dát najevo, že chce přebalit nebo si mokrou plenu začít strhávat. Většina autorů (1, 47, 63) tyto schopnosti pozoruje u dětí kolem prvního až druhého roku života. Dochází zde k regulaci močení - zatím ještě mimovolně, ale na vyšší, tzv. kmenové úrovni. Mozek začíná dostávat funkčními drahami impulsy jednak z močového měchýře o jeho naplnění, jednak odbočkami z drah informujících o některých nepříjemných pocitech spojených s pomocněním jako je vlhko, mokrá plenka začíná studit. Při přebalování se již zapojují i zrakové a sluchové podněty. Děti v tomto období projevují zájem o to, jak ostatní rodinní příslušníci užívají toaletu, chodí s panenkou nebo plyšovou hračkou na záchod a tam je drží nad mísou. Dokážou sevřít patřičné svaly a tlačit. (1, 59)

V pořadí **třetí krok ve vývoji** svědčí o vnímání signálů ze zcela naplněného močového měchýře. U dítěte můžeme viditelně pozorovat tisknutí nožiček k sobě, cupitání atd. To, že dochází k močení, si dítě uvědomuje a tuto situaci prožívá. (46, 59)

Čtvrtým krokem je, když dítě na signály z močového měchýře reaguje. Za podmínky plného močového měchýře a tedy nutkání na močení hlásí včas svou potřebu, někdy si samo nebo s dopomocí rodiče stačí sundat i kalhotky a vymočit se. (46, 59)

V pořadí **pátým vývojovým krokem** se dítě projevuje schopností jít se vymočit na popotávku při nezcela plném močovém měchýři např. před odchodem z domu nebo na hřiště. Zde se postupně začínají uplatňovat mozková centra v korové oblasti. Koncem

batolivého a začátkem předškolního věku temenní lalok přijímá dostředivými drahami komplexní informace jak od orgánů spojených s močením, tak informace zprostředkované všemi smysly dítěte. Dítě tedy rozhoduje o tom, jestli se vymočí, nebo ne. Na této úrovni již lze postupně vybudovat složitou řadu reflexů. (46, 59)

Šestý krok je charakterizován skutečností, že dítě umí močení oddálit a zadržet na pár minut – chce se mu močit, ale počká, až najde toaletu (např. v obchodním domě). Schopnost ovládat močení ve dne a mít nad ním plnou kontrolu by dítě mělo zvládat kolem třetího roku života. Ve čtvrtém roce je již schopné si na WC zajít samo a při močení vyžadovat soukromí. Dochází k završení fyziologického zrání ke schopnosti volního spuštění a regulace močení. (1, 46, 57)

Ukončení vývoje představuje dovršení posledního a nejdůležitějšího **sedmého kroku**. Cesta k tomuto období je zdlouhavá a trvá i několik let. Dochází k ní postupně. Z počátku se dítě pomočuje v noci i za předpokladu, že se před ulehnutím ke spánku šlo vymočit. V některých případech se při nebo po pomočení vzbudí. Při ukončeném vývoji dítě spí celou noc bez pomočení. Vymočí se až ráno, jak se probudí a vstane. (46, 59)

Zopakujme tedy to, že aby se dítě přestalo pomočovat, potřebuje projít vývojem charakteristickým sedmi „kroky“. Jde především o vývoj kontroly močového měchýře a dokončení jeho propojení s mozkiem. To může mnohdy trvat až do **věku pěti let**. (59) „Pro regulaci močení u dítěte je pak nutná koordinace mezi hladkým (vůli neovladatelným), příčně pruhovaným svalstvem (vůli ovladatelným) a nervovým systémem, sociální situací dítěte, stavem psychického vývoje atd.“ (57)

1.2 Výchova dětí k regulaci močení

Běžně se chápe výchova jako záměrné působení rodičů či jiných vychovatelů na děti. K tomu, abychom v dětech vypěstovali určité vlastnosti a dovednosti - v našem případě hygienické návyky v souvislosti s udržováním moče a stolice, je třeba volit vhodné metody, prostředky a přístupy výchovy. Jak jsme se již zmínili v kapitole 1.1, vývoj regulace močení je z části ovlivňován specifickým prostředím v souvislosti s učením. Kladení vysokých nebo naopak nízkých požadavků působí nepříznivě na

psychosomatický stav a vývoj člověka. Z toho vyplývá, že by požadavky na výkon dítěte a na jeho chování měly přihlížet k jeho možnostem, věku, dosaženému stupni vývoje a **individuálním rozdílům** mezi dětmi. (1, 6)

Završení fyziologického dozrávání volního spuštění močení i za předpokladu ne zcela naplněného močového měchýře a jeho harmonická koordinace s mozkovými centry je u dítěte ve většině případů zdárně ukončeno kolem třetího roku života. Délka tohoto zrání se u dětí ale liší v rozmezí několika let a některé mohou dozrávat dříve a jiné později. To ale někteří rodiče **nerespektují**. Začínají být kolem třetího roku věku dítěte velmi **netrpěliví**, když jejich dítě stále neudrží moč, a začnou do vývoje zasahovat **nevhodnou výchovou**. Neuvědomují si, že dřívějším zahájením intenzivní výchovy fyziologické vyvrávání dítěte neurychlí, ba naopak tento proces prodlouží. Začnou dítě nutit, trestat, odměňovat a tím ho dostanou do **stresové situace a frustrace**. Výsledkem takové výchovy jsou těžko zvladatelné **psychické poruchy** u dětí i rodičů, prodloužení fyziologického zrání regulace močení a vznik enurézy (pomočování) v pozdějším věku. (3, 59, 63)

Značnou důležitost můžeme tedy přisuzovat **informovanosti rodičů** o vývojových etapách v regulaci močení u dětí pomocí sedmi „kroků“ **v preventivní péči** dříve, než k poruchám dojde. Hlavní apel je kladen na lékaře a sestru **v primární péči** – tedy v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. „Protože znalost vývojových fází pomáhá rodičům získat účinnější výchovný postoj a schopnost předem odhadovat budoucí potřeby svých dětí a ujistit se, že projevované chování je pro danou fázi přiměřené.“(29, s. 195)

Jak tedy postupovat při výchově dětí k regulaci močení? Správná výchova především respektuje individuální vývoj dítěte. Rodiče musí vzít na vědomí zmíněných **sedm vývojových „kroků“**. I když většina dětí zvládá vůli ovládat močení ve třech letech věku, za fyziologickou dobu dozrávání se považuje až věk pěti let. A do té doby by rodiče měli trpělivě čekat. Výchovné pokusy můžou rodiče začít praktikovat pouze tehdy, pokud jsou přítomny signály, které upozorňují okolí na potřebu dítěte vyprázdnit se (např. rodiče pozorují, že dítě „kaká“ ve stejnou denní dobu). Mnoho rodičů s touto výchovou začíná předčasně v prvním roce života dítěte, kdy je dítě nezralé. Přínos

takového tréninku je minimální. Při přebalování ale u dítěte můžeme podpořit chápání slov mokrý a suchý tím, že mu budeme říkat například: „Podívej, plenka je úplně mokrá. Musíme ji vyměnit, abys byl pěkně v suchu a čistý“. Tím si dítě spojí představu sucha s pohodlím a čistotou. (3, 59, 63)

1.2.1 Vysazování dítěte na toaletu nebo nočník

Neexistuje konkrétní věk, ve kterém by se dítě mělo začít učit používat toaletu nebo nočník. Dle Nedělkové (33, s. 86-87) správná doba vysazování závisí na **fyzické a psychické připravenosti** dítěte – musí být schopno si uvědomit, že má mokré nebo znečištěné pleny. Jiní autoři (49, 56) apelují na to, že nejvhodnější čas pro nabízení nočníku nebo toalety dítěti je v období **uvědomování si pocitu plného močového měchýře a okamžiku spuštění močení**, což se děje po druhém roce života dítěte a u třetího vývojového kroku.

Základní kritéria pro vysazování dítěte na nočník nebo toaletu dle Nedělkové (33, s. 87) jsou:

- dítě vydrží suché nejméně dvě hodiny během dne nebo je suché po spánku,
- pozicí, výrazem v obličejí nebo slovy naznačuje, že se potřebuje vymočit,
- dokáže splnit jednoduché příkazy,
- umí si svléknout a obléknout oblečení s minimální pomocí rodiče,
- mokré pleny jsou mu nepříjemné a vyžaduje přebalení,
- řekne si, že chce jít na nočník nebo toaletu,
- chce nosit spodní prádlo jako velké děti.

K tomu, aby vysazování dítěte bylo úspěšné, musíme dodržovat **základní pravidla**:

- dítě bychom s nočníkem měli předem seznámit a naznačit mu, k čemu slouží a jak se na něj sedá,
- na dítě bychom si měli vyhradit dostatek času, aby nehrozila nějaká neobvyklá situace, na kterou jsou děti citlivé (př. odjezd na dovolenou se změnou prostředí),

- mějte nočník stále po ruce a vysazujte dítě v konkrétní dobu, kdy se samovolně vyměšuje (např. po spánku nebo po jídle),
- dítě k použití nočníku nenuťte, volte spíše hravou formu, pokud projeví známky odporu nebo nedostatku spolupráce, s vysazováním přestaňte,
- dítě pochvalte, když chce nočník použít,
- doba pobytu na nočníku by neměla přesáhnout délku 5 minut, i když k vyprázdnění nedochází,
- v případě neúspěchu nekárejte, nezesměšňujte; naopak za každý úspěch chvalte (viz dále),
- neví-li dítě po dvou týdnech cvičení, co po něm požadujete, znamená to, že není zralé na to, aby přestalo užívat pleny,
- pokud je dítě alespoň týden po probuzení suché, můžete je nechávat i přes noc spát bez plen,
- jestliže se dítě začne po období „suchých“ dnů znovu pomočovat, znamená to, že v jeho životě došlo k nějaké negativní změně, nezlobte se na něj a dejte mu znovu pleny. (29, s. 186; 33, s. 86)

Reakce dítěte na nabízení nočníku mohou být dle Velemínského (59, s. 43) různé:

- některé děti jsou nadšené a tento způsob močení přijímají a začnou ho provádět,
- jiné děti se úspěšně vymočí 2 až 3x do nočníku, pak je to ale omrzí a nočník začnou odmítat,
- další děti tento způsob vyprázdnění ještě nepřijmou a protestují.

Velemínský (59, s. 54) ve výchovném procesu upozorňuje na rozdíly pojmů „suchý“ a „dokonalá kontrola močového měchýře“. Byla vyslovena domněnka, že období „vysazování dítěte na nočník“ může být u dětí rizikovým pro vznik dysfunkčního močení. K němu dochází v důsledku nesprávného zapojení svalů pánevního dna. Jestliže není možné okamžitě užít nočník nebo toaletu, vyžadují rodiče od dětí, aby nucení na moč překonaly stahem pánevního dna. Jindy však dítě vysazují na nočník i při malé náplni močového měchýře. Dítěti je např. nabízen každou hodinu nočník a zůstává na něm sedět tak dlouho, dokud se nedostaví úspěch. Dokonce je

několikrát za noc buzeno a posazeno na nočník i v noci. Rodiče namísto výchovy zavádějí přísný výcvik a při sebemenším výpadku aktivity rodičů kontrola dítěte selhává. Rodiče děti kárají, zostuzují, trestají, což neodpovídá míře provinění či prohřešku. Tím, že děti jsou nevyzrálé, nemají možnost pomočování nikterak ovlivnit a velice často důvod hněvu a trestání rodiči nechápou. Tím se narušuje vzájemný vztah mezi rodiči a dětmi a bývá porušen pocit jistoty a bezpečí (viz následující kapitola).

1.2.2 Udržování pocitu jistoty a bezpečí ve výchovném procesu

Při výchovném vedení dítěte k regulaci močení a suchým nocím je nutné myslet na pocit jistoty a bezpečí. Je základní potřebou dítěte projevující se od raného dětství a zůstává po celý život člověka. Na pocitu bezpečí a jistoty je založen veškerý vývoj dítěte ve všech oblastech. Ztratí-li ho, pak v oblasti psychické a sociální dochází k patologii. A to se pak projevuje různým způsobem např. pomočováním. Způsoby, jak si dítě může na základě ztráty jistoty vynucovat bezpečí, se projevují v následujícím příkladě. Novorozenec a kojeneček močí často v průběhu dne i noci. Každé pomočení je spojeno s následnou péčí matky, která je doprovázená blízkostí, laskáním, hlazením a apod. Existuje tedy spojení mezi mazlením a dotykem s reflexním pomočením dítěte. Dítě ze zkušenosti brzy pochopí, že po pomočení zpravidla následuje mazlení a přítomnost matky, která je zdrojem pocitu bezpečí a jistoty. S přibývajícím věkem se frekvence močení snižuje a tím nepřímou dochází ke snížení počtu kontaktů s matkou. Kojeneček či batole si vytvoří **nesprávný vzorec močení** a začne využívat svoji zkušenost:

Pocit osamělosti – únik moči > přítomnost matky = nabití pocitu bezpečí a jistoty.

Takové schéma vzorce musí rodiče co nejdříve odbourat častým mazlením, kontaktem s dítětem v době, kdy je dítě suché – ne po pomočení se. (22, 59)

K dalšímu porušení pocitu jistoty a bezpečí dochází v pozdějším věku **trestáním a odměňováním** při vysazování dítěte na nočník. Rodiče si výchovu k regulaci močení u dítěte pletou s přísným výcvikem. Jak už bylo řečeno v předcházející kapitole, dítě je na nočník vysazováno předčasně, každou hodinu a sedí na něm tak dlouho, dokud se

nevymočí. Na vymočení je rodiči buzeno několikrát za noc. Dítě je nevyzrálé, dostává se do stresové situace a frustrace. Za každý neúspěch, který není schopno ovlivnit, je trestáno. (58, 59) Švejcár (51, s. 149 a 269) apeluje, aby každý trest odpovídal míře provinění a prohřešku. Převažující kritika otřásá sebevědomím dítěte a vzbuzuje v něm pocit osamělosti, úzkosti a neúspěšnosti. Za citelný trest děti považují ochladnutí matky, její odvrácení, vzdálení se s dotčenou tváří, nedostatečnou komunikaci a míru hněvu. To vše zbavuje dítě pocitu jistoty a bezpečí a samotný problém pomočování prohlubuje. Trestání dítěte v tomto období není vhodné stejně tak jako odměňování. Dítě je nevyzrálé a oba způsoby chování rodičů v souvislosti s pomočováním nechápe.

1.3 Potřeby dětí v ošetřovatelství

Potřeby dítěte lze chápat jako (dané, pocíťované, prožívané) nedostatky něčeho, co, není-li uspokojeno, způsobuje úchytky či poruchy ve stavu a vývoji dítěte. Navíc se v různých fázích vývoje mění. Nicméně několik základních potřeb je trvalých. Jejich uhrazování předpokládá dobrou znalost dítěte a jeho vývoje, jeho přijetí, ochotu, připravenost a schopnost potřeby uspokojovat. Přitom platí, že čím je dítě mladší, tím respekt k uspokojování aspoň jeho základních potřeb musí být důraznější. (10, 17)

V historickém vývoji pohledu na dítě a jeho potřeby, se až v 19. a výrazně pak ve 20. století objevily zásadní změny v přístupech k chápání dítěte a hodnocení dětského věku ve společnosti. Vyvstaly požadavky na zabezpečení obecných, ale i zvláštních potřeb dětí. Tyto potřeby a zdravý vývoj všech sil a schopností se postupně stávaly jejich právy – a to jak na úrovni národní tak mezinárodní, což mimo jiné podporovalo vytváření stále dokonalejšího systému péče společnosti o dítě. To iniciovalo vznik zdravotní a sociální politiky WHO a UNICEF. Hlavním principem péče o dítě se tedy stal vztah: potřeby – požadavky (právo) – služby (péče). (10)

V dnešní době se velkou měrou na péči o zdraví dítěte podílí **ošetřovatelství**. Svým metodickým hlediskem zaměřením na člověka, tedy i na dítě, holistickým – celistvým způsobem je jedinečné a mezi samostatnými vědeckými disciplínami ojedinělé. Jeho hlavním předmětem zájmu jsou právě potřeby – biologické, psychické a

sociální ve vzájemné interakci, které se ošetřovatelský pracovník snaží aktivně vyhledávat a uspokojovat. K tomu využívá základní pracovní metodu **ošetřovatelského procesu**. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění vzniklých problémů v oblasti individuálních potřeb dětí. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů. Takovýmto způsobem sestra systematicky sleduje a vyhodnocuje stav potřeb zdravého a nemocného člověka a řešením vzniklých problémů (**potřeba – problém – ošetřovatelská diagnóza**) se ve spolupráci s ošetřovatelským a zdravotnickým týmem výrazným způsobem podílí na preventivní, léčebné a rehabilitační péči o zdraví člověka i dítěte. (10, 52)

V ošetřovatelství se v literatuře setkáváme s mnoha klasifikacemi a indexy potřeb. V současné době je zdravotnictví nejvíce ovlivňováno hierarchií potřeb dle A. H. Maslowa, s kterou bysme Vás chtěli dále seznámit. (10, 17, 70)

Tento americký psycholog **A. H. Maslow** diferencoval lidské potřeby dle jejich vývojové závislosti. Jeho teorie lidských potřeb uspořádaná do hierarchie vychází z představy, že na sebe jednotlivé okruhy potřeb navazují a že uspokojování určitých potřeb má prioritu před ostatními. Na základě tohoto principu pak potřeby rozdělil na primární (nižší, deficitní, nedostatkové) a sekundární (vyšší, růstové, rozvojové). Mezi potřeby nižší můžeme tak zařadit potřeby fyziologické a v souhrnném pojmu potřeby bezpečí a jistoty. Jsou-li tyto potřeby postačujícím způsobem uspokojeny a dochází k zajištění podmínek k přežití a životu, hlásí se ke slovu potřeby vyšší. Ty zajišťují duševní pohodu a podporují rozvoj osobnosti. Mezi okruhy takových potřeb zařazujeme potřebu lásky a sounáležitosti, úcty, seberealizace a sebeaktualizace. (55, 66) Teorii lidských potřeb lze vidět jako **pyramidu o pěti stupních** (viz příloha č. 1):

- základnu pyramidu tvoří **fyziologické potřeby** (synonymem biologické, vrozené, primární aj.), potřeba určité **kvality prostředí** (např. přiměřená teplota nebo čistota prostředí) a volně Maslowem přiřazená i potřeba **smyslové stimulace**,
- následuje skupina potřeb zahrnutých do souhrnného pojmu **bezpečí a jistota**. U člověka se vyznačuje tendencí vyhýbat se neznámým, neobvyklým ohrožujícím podnětům. Do této kategorie patří potřeba tělesného bezpečí, řádu a celkové

jistoty. Může mít i složitější varianty, které jsou stimulovány pocitem ztráty jistot a projevují se tendencí k jejímu znovunalezení. Může existovat jako vrozený mechanismus, regulující základní způsob reagování, ale i jako požadavek jistot sociálního charakteru (preference známých lidí, známého prostředí apod.),

- třetí oblast potřeb volně navazuje na druhou a umožňuje přežití člověka jako druhu. Jsou to potřeby převážně sociální nebo zásadně vázané na sociální formu jejich uspokojování. Mnohdy vyplývají ze vztahu s ostatními lidmi. **Potřeba lásky a sounáležitosti** znamená být někým milován a akceptován. Člověk má pocit, že někam patří a že je začleněn do nějakého společenství,
- v pořadí čtvrté místo zaujímají potřeby vázané na „já“ **člověka**. Je to především snaha vytvořit a udržet pozitivní **sebepojetí, oblast sebeúcty** – tedy kladného vztahu a **respektu k sobě**, což zpravidla úzce souvisí s tím, do jaké míry zažíváme pozitivní odezvu od okolí. Lze sem zařadit **potřebu dobrého výkonu** a tendenci být v účinném vztahu nejen k sobě (**sebevláda, sebekontrola**), ale i k okolí (**sebeprosazení**),
- potřeba **sebeaktualizace a seberealizace** se projevuje prostřednictvím tendence rozvinout a uplatnit své předpoklady, schopnosti a realizovat záměry. Potřeba sebeaktualizace dále zahrnuje **potřeby kognitivní** (potřeba poznání a porozumění) a **estetické**. (52, 53, 55, 66)

S těmito potřebami bysme Vás v následujících podkapitolách chtěli blíže seznámit a představit klasifikaci sestavenou dle Dunovského a Matějčka (10) aplikovanou přímo na děti. V ní autoři základní potřeby dítěte rozdělují z didaktických důvodů do několika okruhů. Některé potřeby vycházejí z Maslowových a jsou identické, jiné tuto hierarchii doplňují. Současně přihlížejí na vzájemné propojení, podmínění a vývojovou dynamiku potřeb. Všechny potřeby jsou zde hodnoceny ve vztahu k individualitě dítěte a společnosti, v níž vyrůstá.

1.3.1 Biologické potřeby

Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky. Jelikož je uspokojování biologických potřeb nevyhnutelné pro život, stávají se hlavní složkou motivace člověka a plně tak ovlivňují jeho chování. Mají cyklický charakter a vysoce souvisí se životními rytmy. Zodpovídají za fyziologické podmínky organismu a udržení homeostázy. Proto zde patří například potřeba **uhrazení všech nároků na náležitou výměnu látek a plynů (metabolismu)**. Z nich nejvýznamnější je u dítěte dodávka potravy z hlediska kvantity i kvality. S fyziologickým principem zde zaujímá místo kojení, které daleko přesahuje biologické potřeby dítěte. Zahrnout zde můžeme i dostatečný přísun vzduchu a tekutin, vylučování odpadních látek, dostatek spánku a odpočinku, aktivitu, bezpečí – vyhnutí se fyzickému poškození, možnost být bez bolesti aj. (52, 70)

V počátečním životním období dále vyvstává potřeba **uspokojování základních hygienických požadavků**: dostatek tepla, čistoty i ochrany před negativními vlivy z bezprostředního životního prostředí. Patří do ní i potřeba rozvoje přirozeně a uměle získané **obranyschopnosti organismu**. (10)

Další významnou biologickou potřebou dítěte je **stimulace** - dostatek adekvátních stimulů podněcujících a rozvíjejících funkce organismu v oblasti nervové soustavy, lokomočních aktivit a na ně bezprostředně navazujících aktivit psychických. (10)

V souvislosti s integrací a rozvojem dítěte v komunikaci s prostředím je důležitá také potřeba **uspokojivé komplexní péče** zabezpečující schopnosti v oblasti imunobiologické, psychomotorické i psychosociální. Rodičovská péče je poskytována ze strany rodiny. Z hlediska zdravotního je rozhodující péče léčebně rehabilitační, garantovaná společností. V rámci této péče se uhrazuje nejenom potřeba **zdravě se vyvíjet**, ale také potřeba **uzdravení při onemocnění**. (10)

1.3.2 Psychické potřeby

„Psychické potřeby dítěte souvisejí více či méně se sociálními potřebami, navazují ovšem na biologické. Uspokojování těchto potřeb umožňuje dítěti nejenom se přiměřeně rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování, interakcí s okolím, chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož součástí, ale i samostatným plnoprávným jedincem se stává.“(10, s. 50) Pokud uspokojování těchto potřeb nepřináší pohodu a je způsobená frustrace především v raném dětství, pak velice často dochází k poruchám chování. (52)

Ze základních duševních potřeb dítěte je nutno uvést **dostatek psychických podnětů** v pravý čas a v dostatečné míře a kvalitě. (10, 17) „Centrální nervový systém dítěte musí být naladěn na určitou stimulaci. Stimulace pak vede k aktivitě. Proto je důležité, aby kolem dítěte bylo vždy dost podnětů „lidských“ a aby tím byl uspokojován jeho zájem o svět, jeho přirozená zvědavost od prvních dnů života.“ (10, s. 51) Tomagová a Bóriková (52, s. 136, 145) tuto potřebu definují jako **poznávání a učení**, které přímo souvisí s nutností orientace a přizpůsobení se situaci, s tendencí člověka objevovat příčinné vztahy a schopností přizpůsobovat se svému prostředí. Člověk pak dokáže zvládat některé činnosti a postarat se sám o sebe.

„Na druhém místě se uvádí potřeba **smysluplnosti světa**. Jestliže jsou podněty dítěti pravidelně předkládány v určitém sledu, jestliže jeho svět zůstává stálý (což znamená, že se mu především „jeho“ lidé nemění a že se nepředvídaně nemění ani jejich jednání), jestliže jeho žádoucí chování je vždy „odměněno“ sympatickou pozorností vychovatelů, pak se proces učení rozvíjí celkem snadno jako životní samozřejmost“(10, s. 51) S potřebou smysluplnosti světa a potřebou bezpečí a jistoty u dítěte velice úzce souvisí princip odměny a trestu.(10)

Další velice důležitou potřebou v souhrnném pojmu je **jistota a bezpečí**. Její zařazení a definice se dle různých autorů liší. Dunovský (10, s. 51) zmiňuje potřebu jistoty především v souvislosti s uspokojováním citových vazeb dítěte k dospělým vychovatelům (dle výzkumu se specifický vztah k mateřské osobě - matce - objevuje již v sedmém měsíci života) a utvářením vztahů dítěte (především vztahů důvěry)

k druhým lidem vůbec. Dále se dle Vymětala (66, s. 76) potřeba bezpečí a jistoty projevuje vyhýbáním se tomu, co je neznámé a má akcent hrozby. Vzniká nejen jako důsledek meziosobních vztahů, ale i tehdy, je-li žitý svět strukturovaný, smysluplný a relativně stálý. Jejím základním aspektem je schopnost předvídat a dodržovat obyčejné postupy chování. Zdravý jednatel má zpravidla uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty. Stejně tak děti, které byly vychovávány v láskyplném rodičovském prostředí, obyčejně nereagují panicky v situacích náhlého a neočekávaného nebezpečí. Naopak jednotlivci, kteří trpí chorobou a jsou sociálně nebo ekonomicky znevýhodněni, potřebují uspokojovat potřebu bezpečí mnohem výrazněji. V takových případech se dostává do popředí **role podpůrných osob**. Podpůrná osoba poskytuje sociální oporu. Jejím hlavním zdrojem jsou osoby, s kterými mají jedinci blízký vztah – silnou sociální vazbu. V institucionalizované podobě přichází forma takové opory prostřednictvím pomáhajících profesí (sestra, psycholog, lékař, aj.) Takovým způsobem je u jedince zvyšován pocit jistoty a bezpečí, citové zainteresovanosti, stabilizováno sebehodnocení, odkrýváno možné řešení problémů aj. Neuspokojením potřeby jinak dochází ke vzniku frustrace a stresu projevující se různými reakcemi agrese nebo úniku. V jiných případech může u dítěte dojít k **regresi**, znamenající sklon k setrvačnosti, nebo **somatizaci** a tedy přesunu psychického napětí do somatické oblasti a psychogenního orgánového poškození. (52)

„**Vědomí vlastní identity**, vlastního „já“, vlastní společenské hodnoty, která se za normálních podmínek objevuje zřetelně ve druhém a třetím roce věku, je další dominantní potřebou. Dítě vytváří představu o své osobě podle toho, jak ho jeho nejbližší lidé přijímají, jak hodnotí jeho projevy, co oceňují a co odmítají. Takto utvářené sebevědomí (identita) dalekosáhle ovlivňuje jeho prožívání společenských vztahů a vývoj jeho společenských postojů v dalších vývojových fázích.“ (10, s. 51) **Sebekoncepce** (obraz sebe, percepce sebe samého) má vliv na tělesné i duševní zdraví, ovlivňuje všechno, na co jednatel myslí, co hovoří a co vykonává, ovlivňuje jeho rozhodnutí, schopnost milovat a být milován.“(52, s. 150) Druhou složkou sebekoncepce je **sebeúcta**. Vyjadřuje, jaký vztah má jednatel k sobě samému. Projevuje se jako přijímání nebo odmítání sebe sama, toho jací jsme a co dokážeme.

Formuje se v prostředí rodiny a dlouhodobě působící stresory jako je chronické onemocnění ji mohou snižovat. Dlouhodobé problémy pak mohou postupně vyústit **v pocity méněcennosti**. Pocity méněcennosti vyplývají z poruch a vad tělesných nebo psychických. Velký vliv na tyto stavy mají nejen povahové rysy dítěte, ale i výchova omezující samostatnost a sebevědomí dítěte. Opakované neúspěchy, kritika a posměch bez vhodné motivace jedince mohou být podkladem méněcennosti. Reakce takového člověka mohou být pak naprosto nepřiměřené, nebude schopen udržovat interpersonální vztahy, adaptovat se na různé životní změny aj. (52, 70).

V neposlední řadě Dunovský (10, s. 51) zmiňuje potřebu **otevřené budoucnosti** nebo-li **životní perspektivy**. Vágnerová (55, s. 195) tuto potřebu jmenuje jako **smysl vlastní existence** a Zacharová, Hermanová (70, s. 25) jako **realizaci krátkodobých a dlouhodobých cílů**. „Uspokojení těchto potřeb dává lidskému životu časové rozpětí mezi minulostí, současností i budoucností. V psychologickém smyslu jde o rozpětí mezi nadějí a beznadějí. Otevřená budoucnost udržuje naši životní aktivitu – uzavřená vede k ochabnutí, rezignaci, apatii a zoufalství.“ (10, s. 51) „Pocit otevřené budoucnosti nabývá na významu především v dospívání. Mladší děti jsou převážně vázány na přítomnost.“ (55, s. 195) „Těší se“ jen v krátké časové perspektivě. V průběhu chronického onemocnění může dojít ke ztrátě životní perspektivy. Nemocnému mnohdy chybí jasná vize nejbližší budoucnosti, hroutí se mu jeho dřívější představy, nemá před sebou jasný cíl. Onemocnění často mění dosavadní způsob života nemocného i celé rodiny. Musí se velice často přizpůsobovat novým podmínkám a měnit své návyky. (70, s. 25)

1.3.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby bezprostředně navazují na psychické. Někdy dokonce splývají a jsou označovány jako psychosociální. Dominující nejen pro dítě, ale i dospělého člověka je sociální vztah. **Optimální socializace** je pro dítě bez základních sociálních potřeb neuskutečnitelná. Mnohdy se prostřednictvím sociálních vztahů a komunikace sociální potřeby vyjadřují i uspokojují. Nejvíce z nich vystupuje do popředí potřeba **lásky a bezpečí** poskytovaná „vlastním“ člověkem. Dítě je touto osobou přijímáno a

identifikuje se s ní (potřeba empatie). (10, 17) Dle Vágnerové (55, s. 176) potřeba lásky velice blízce souvisí s **potřebou sounáležitosti**, to znamená být někým nejen milován a akceptován, ale i být začleněn do nějakého společenství, někam patřit. Za základní skupinu s realizací primárních vztahů – můžeme považovat **rodinu**, kde se každý člen učí vykonávat určitou roli.

V souvislosti s poskytováním lásky vlastním blízkým člověkem je pro dítě stejnou měrou důležitá také **potřeba akceptace, přijetí** dítěte právě takového, jaké je. Dále **potřeba identifikace** s ním, zabezpečení všech možností k **rozvinutí všech sil a schopností dítěte** a umět překonávat nejrůznější potíže, zábrany a poruchy v životě a jeho bezprostředním okolí (coping). Další důležitou potřebou, i když přesahující do dalších oblastí, je osvojování si od nejtělejšího dětství **zdravý životní styl**. (10, 17)

1.3.4 Vývojové potřeby

„Jak bylo již řečeno, potřeby dítěte se zásadně mění v čase a hlavně s dynamikou a charakterem vývoje dítěte a jeho zvláštnostmi. To samo o sobě zakládá další ze základních potřeb, potřeby vývojové. Funkcí předešlých potřeb, je udržovat již dříve dosaženou úroveň života dítěte v pokud možno optimálním stavu. Jestliže je tento stav narušen (dítě má hlad, chybí mu patřičná stimulace apod.) projeví se tyto potřeby v činnostech, zaměřených k odstranění vzniklého nedostatku. Vývojové potřeby vedou k činnostem, kterými se lidský jedinec sám rozvíjí. Jejich uspokojování má dlouhodobý a proměnný charakter. Motivují k aktivitám, které prostřednictvím procesu učení realizují vnitřní možnosti jedince a umožňují postupně překračovat již dosaženou úroveň.“ (10, s. 52) Procesu učení napomáhá uspokojená **potřeba zvědavosti, experimentování a hry**. (66)

Za jednotlivé vývojové potřeby můžeme považovat **zajištění dosažené úrovně vývoje a vytvoření podmínek pro budoucí život a perspektivy**. Stále více se klade důraz na **respektování odlišností** času biologického, psychického, sociálního proti chronologickému na straně jedné a odlišnostmi mezi jednotlivými vývojovými etapami života dítěte na straně druhé. Dítě má být chtěné, zdravé, bezpečné, vzdělané a milované. (17)

1.4 Enuréza

1.4.1 Definice

I přesto, že byly za účelem sjednocení terminologie poruch močových cest vydány dokumenty mezinárodní organizace International Childrens Continence Society (ICCS), nadále se v zahraniční a české literatuře definice enurézy u dětí poněkud různí. Studie vycházejí z různých kritérií a prevalencí. (47)

Termín **enuresis** je latinského původu a znamená pomočování. Samotná enuréza je považována za **nedobrovolný a nežádoucí mimovolný únik moče** z močového měchýře u dítěte **po pátém roce** života, kdy je společnost přesvědčena, že je dokončen fyziologický vývoj regulace močení ve dne i v noci. (8) Dle Hrodka a Vavřince (17, s. 322) se však tato věková hranice pomočování u jednotlivých etnik a národů různí. Např. ve Skandinávii jsou tolerantnější a pomočování u dětí považují za patologické až po šestém roce věku života. Naopak v kmenech západní Afriky matky pomočování u dětí tolerují pouze do dvou let věku. Starší děti jsou velice surovým způsobem trestány a zostuzovány. (20) Šmakal (49) upozorňuje na rozlišování věkové hranice na základě klasifikace pomočování (viz kapitola 1.4.2). Noční pomočování přetrvávající po pátém roce života považuje za patologický jev. U denních úniků moči snižuje věkovou hranici k třetímu až čtvrtému roku.

Za další kritéria onemocnění enurézou můžeme považovat to, že k úniku moči u dítěte dochází minimálně **2x v průběhu měsíce bez** průkazu jakéhokoliv vrozeného a získaného **defektu** centrální nervové soustavy a močových cest nebo jejich **onemocnění či poškození**. (13, 59)

Pomočování je jedním z nejčastějších problémů v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Je onemocněním stigmatizujícím v sociální oblasti. U dítěte ale i dospělého jedince dochází ke značné izolaci od společnosti. Špatným přístupem ve smyslu trestání rodiči a posměchem ze strany vrstevníků v enuretickém dítěti vypěstováváme pocity méněcennosti. Pro dítě ale i celou rodinu přináší těžkou psychickou a socioekonomickou zátěž, někdy až psychiatrické problémy. V jedné

dotazníkové akci bylo pomočování zařazeno na 3. místo ve stresogenní škále (po úmrtí rodiče a oslepnutí). Proto by takové onemocnění nemělo být přehlíženo a s návštěvou lékaře by se nemělo otálet déle jak do pěti let věku dítěte. V naprosté většině však rodičům v tom, aby s dítětem navštívili lékaře, brání stud a přicházejí až po několika letech rodinného trápení. (8, 20, 57, 64)

1.4.2 Kategorizace

Kritérii pro zařazení pomočování dítěte do určitého typu enurézy je mnoho. Pro zvolení nejvhodnějšího způsobu léčby a přístupu k dítěti je rozlišení typu enurézy velice důležité. Jako první je vhodné, aby od rodinných příslušníků ošetřující lékař nebo sestra zjistila, zda mělo dítě **suchou pauzu**, tedy období, kdy se po dobu nejméně 6 měsíců vůbec nepomočilo. Pokud suchou pauzu nikdy nemělo, jedná se o enurézu **primární**. V opačném případě, kdy se dítě pomočovat přestalo a po určitém období se pomočovat opět začalo, se jedná o enurézu **sekundární**. (13, 59)

Na základě toho, zda-li dochází k úplnému nebo částečnému mimovolnému úniku moče u dítěte pouze v noci, rozlišujeme enurézu **noční (enuresis nocturna)**. Toto pomočování se může vyskytovat v jakémkoliv věku dítěte i u dospělého jedince. Pomočuje-li se dítě částečně nebo úplně přes den, rozeznáváme enurézu **denní (enuresis diurna)**. Ta se velice často vyskytuje u dětí hyperaktivních s poruchou pozornosti nebo u dětí sociálně zanedbaných. Nebyla-li zjištěna žádná příčina v močovém ústrojí a dítě se pomočuje pouze ve spánku, pak hovoříme o **monosympatické noční enuréze**. Dochází-li k úniku moči nejen v noci, ale i přes den, jedná se o **polysympatickou enurézu**. (5) Flögelová a Vrána (13, s. 146) výskyt pomočování ve dne považují za **inkontinenci moči**, tedy za zcela jinou skupinu mimovolného úniku moči u hyperaktivity detrusoru močového měchýře. Velemínský (59, s. 16) naopak upozorňuje na rozdíl mezi enurézou a inkontinencí moče jako objektivně prokazatelného úniku moče na základě patologické změny v močovém systému.

1.4.3 Prevalence

Data o výskytu enurézy u dětí se v literatuře značně liší. Zde opět hraje roli nejednotnost terminologie a hlavních kritérií enurézy. Enuréza se vyskytuje asi u 15 - 20 % pětiletých a přibližně 10 % šestiletých dětí. Výskyt onemocnění má s přibývajícím věkem dětí klesající tendenci a spontánně ustupuje u 15 % postižených dětí. Ve školním věku se v mokré posteli probouzí přibližně 7 % sedmiletých a 5 % desetiletých školáků. U adolescentů výskyt enuretických případů ubývá, údajně až k 3 % u dvacetiletých. Novější studie zaznamenávají celkový výskyt pomočování u sedmiletých dětí až v 26 %. Bohužel v populaci chybí povědomí o tom, že se 1 % dospělých lidí problémů s pomočováním nezbaví vůbec. (20, 50)

Dlouhá léta bylo udáváno, že v dětské populaci významně převažují jedinci s nočním pomočováním, a to až v průměru 5:1. Noční enuréza se vyskytovala asi u 80% všech případů, kombinace noční a denní enurézy asi u 15 % a samostatná denní enuréza u 5 %. V posledních letech novější epidemiologické studie poukazují na stejné zastoupení obou typů pomočování (primární a sekundární). Primární i sekundární noční enurézou trpí častěji chlapci než dívky. U denní enurézy převažují naopak dívky nad chlapci. Ve vyšším věku je frekvence enurézy u obou pohlaví stejná. (4, 48)

1.4.4 Příčiny a faktory podporující vznik enurézy

U enurézy není doposud etiologie a patofyziologie zcela plně objasněna a je pravděpodobně multifaktoriální – na vzniku onemocnění se podílí celá řada příčin v různé kombinaci. Samotné pomočování jakéhokoliv typu (primární nebo sekundární) u dítěte signalizuje, že není něco v pořádku a že je vyvedeno z rovnováhy. (49, 67)

Nejuznávanější teorií a příčinou podílející se v největší míře na vzniku enurézy je **opožděné zrání centrální nervové soustavy** a tedy **zpomalení procesu neuropsychosociálního dozrání** systému ovlivňující regulaci vyprazdňování moče a stolice. Zde je porušeno spojení mezi močovým měchýřem a centrálním nervovým systémem (CNS). Přenos zprávy z měchýře do mozku o jeho naplnění nefunguje a mozek nereaguje na kontrakce detruzoru. Nedochází ke zpětnému vyslání signálu

mozkem do měchýře, aby i za této situace nedošlo hned k vyprázdnění (centrální útlum hyperaktivity detruzoru). Podporující faktor opoždění tohoto procesu často spočívá v nesprávné výchově, jež většinou vychází z neznalosti vývojových etap regulace močení. Nevyzrálé dítě začne být rodiči násilím posazováno na nočník či WC a takovým způsobem se začne dostávat do stresových situací, které pak ovlivňují vznik a prohlubování primární enurézy. Osvojení potřebné vlády nad vyprazdňováním močového měchýře se tak pro dítě stává nedosažitelné. (20, 49, 59)

Častý rodinný výskyt poukazuje dále na úlohu **genetických faktorů**. Genetická dispozice může nepřímo ovlivňovat individuální rychlost vývoje a zrání dítěte, osobnost a tedy citlivější reakce dítěte na stresové situace. V posledních letech je již dostatečně prokázána genetická vazba onemocnění na postižení 13. chromozomu. V případě výskytu pomočování u obou rodičů se riziko vzniku onemocnění enurézou u dítěte zvyšuje na 77 %. Při onemocnění jednoho rodinného příslušníka je riziko 40%. Možnost onemocnění dítěte s negativní anamnézou je 15%. Je také možné, že rodiče, kteří se v dětství pomočovali, přenášejí do výchovy dětí kromě genetické dispozice i psychické a sociální trauma z této dřívější zkušenosti. (8, 9, 48, 59)

Dle Velemínského (59, s. 35) doposud trvá diskuze o tom, jaký vliv má na pomočování tvrdý **spánek** (noční enuréza). Ze zkušenosti se domnívá, že hluboký spánek roli při nočním pomočování má. Šmakal (49, s. 225) u pomočujících se dětí poukazuje na **poruchu percepce podnětů** z močového měchýře během spánku a **poruchu budící reakce**. Také **sníženou noční produkci vazopresinu** a relativní noční poluyurii dává jako jednu z možných příčin pomočování. „Poruchou sekrece hormonů regulující produkci moči ledvinami v nočních hodinách dochází k překračování fyziologické kapacity močového měchýře ve spánku, přetěžování a selhávání funkce dolních močových cest. To vede k únikům moči v situacích, kdy se spící dítě nejde vymočit 10-12 hodin.“ (20, s. 6)

Na vzniku enurézy se další měrou podílí špatné **návyky příjmu a výdeje tekutin**. U dětí dochází k nadměrnému pití tekutin v odpoledních a večerních hodinách v důsledku relativního nedostatku času ve škole a při dalších každodenních aktivitách. Děti jsou často kvůli nadměrné zátěži nuceny **odkládat nebo naopak urychlovat**

močení, což vede k porušení reflexů řídících tento akt. Další **dietetické vlivy** jako je zejména nadměrný příjem tekutin a potravin s obsahem kofeinu, coca-coly, čokolády a kaka, koření, silných kyselých nebo sladkých ovocných koncentrátů přispívají k prohlubování pomočování. (8)

U sekundární enurézy lze usuzovat na psychosomatický původ onemocnění. Hlavní příčiny jsou tedy v **psychických a sociálních problémech dítěte a neuspokojivém rodinném prostředí**. Dítě s horším zvládnutím zátěžových situací bude pomočením reagovat na běžné životní události, jako jsou narození sourozence nebo stěhování rodiny. Může být zasaženo přílišnými požadavky ve výchově, hádkami, kterých se přímo či nepřímo podílí jako divák, či rozvodem rodičů, vstupem do dětského kolektivu v mateřské škole nebo nástupem do první třídy základní školy. Mnohdy si dítě při narození mladšího sourozence manifestací denního pomočování začne vynucovat ztracenou pozornost rodičů a tím nabývat pocit jistoty a bezpečí. Další příčinou může být hospitalizace bez matky, úmrtí člena rodiny aj. (5, 17, 54, 58).

Mnoho autorů poukazuje na enurézu vzniklou **na podkladě organických příčin**, což ale nekoreluje se základními kritérii definice enurézy. V tomto případě je pomočování přidružené k základnímu onemocnění jako jsou vrozené onemocnění ledvin s funkčním nebo organickým poškozením, metabolická onemocnění charakteristické zvýšeným vylučováním cukrů v moči, malá kapacita močového měchýře, neurologické poškození u dětí s postižením míchy, alergie, užívání některých léků, parazitární střevní onemocnění (škrkavky, roupy), akutní nebo chronické infekce močových cest, urolithiáza, epilepsie, afekce v oblasti genitálu a análního svěrače, zácpa, mentální handicap, sexuální zneužívání aj. Některé z těchto příčin může odhalit a vyléčit praktický ošetřující lékař. V takovém případě pomočování po několika týdnech mizí. (8, 17, 37, 59, 67)

1.4.5 Diagnostika

„Základní vyšetření dítěte s pomočováním by měl provádět praktický ošetřující lékař pro děti a dorost (PLPDD), který sleduje psychomotorický vývoj dítěte a jeho zdravotní stav od narození a který je plně seznámen se sociální situací v rodině. Může

tak provést nejefektivnější diagnostiku a léčbu.“ (50, s. 247). Jelikož může být pomočování průvodním příznakem jiného onemocnění, je důležité vyloučit organickou příčinu a tím odlišit typ enurézy. (48, 67) I když je pomočování dětí do pěti let běžné, Velemínský (58, s. 208) doporučuje se o tuto problematiku zajímat již okolo čtvrtého roku věku dítěte. Základní vyšetření se skládá především z jednoduchých neinvazivních metod tak, aby byly snadno proveditelné a dítě minimálně zatěžovaly.

Základní vyšetření zahrnuje:

- odběr anamnestických údajů,
- fyzikální vyšetření dítěte,
- laboratorní vyšetření moče (biochemické, mikrobiologické, bakteriologické aj.),
- vyplnění mikčnického a pitného deníku,
- vyšetření funkční a zobrazovací. (50)

Prvním krokem vyšetření je tedy důkladná rodinná a sociální **anamnéza**. Lékař by se měl tázat nejen rodičů ale i přímo dítěte, proč do ordinace s rodiči přišlo, jak pomočování vnímá a zda ho považuje za problém. Dítě, které nemá motivaci, se bude léčit obtížně. Lékař ve spolupráci se sestrou se dále ptají na různé symptomy:

- Kdy se pomočování objevilo poprvé a jak často se to stává?
- Pomočuje se dítě ve dne nebo v noci a v kterou hodinu?
- Jak bylo dítě učeno chodit na toaletu nebo nočník?
- Jaká je reakce rodičů a ostatních zúčastněných na pomočování dítěte?
- Jaká je poloha dítěte při vyprazdňování?
- Jaké má dítě podmínky na toaletě při vyprazdňování?
- Průběh mikce – užívání břišního lisu, přerušování močení či přítomnost zadržovacích manévřů?
- Výskyt zácpy či úniků stolice?
- Zdali se v rodině objevila nějaká tíživá situace, změna, ztráta?
- Existuje vztah mezi pomočováním a nástupem do školy nebo narozením sourozence?
- Příznaky polydipsie, nucení během dne, polyurie, dysurie, hematurie, odkapávání moče, pálení nebo řezání při močení?

- Zdali se dítě někdy pomočovat přestalo?
- Jaký je pohybový a duševní vývoj dítěte?
- Rodinný výskyt pomočování?
- Trestání dítěte za pomočování?
- Zdali dítě pije před spaním a chodí pít v noci?
- Kolik tekutin v průběhu dne vypije?
- Zda je dítě vzhůru, když se pomočí?
- Probudí-li se dítě do plného vědomí při buzení rodiči v noci? (13, 14, 37, 50, 58, 67)

Při **fyzikálním vyšetření** se hodnotí somatický stav dítěte (výška a hmotnost), plynulost jeho chůze, držení těla, udržování rovnováhy, stav páteře, stav hydratace a hodnoty krevního tlaku. Dochází ke zhodnocení zevního genitálu pro případ fimózy, synechie labií, vyústění a vzhledu zevního ústí uretry pro vyloučení stenózy. Při podezření na obstipaci se provádí vyšetření per rektum. (14, 48, 50) „V lumbosakrální oblasti se pak hledají známky okultních míšních dysrafizmů. Pokud se vyskytuje u dítěte s úniky moče nebo stolice, je potřebné provést magnetickou rezonanci páteřního kanálu a míchy.“ (13, s. 146) „Pokud dítě přichází pro nově vzniklé pomočování po suchém intervalu, je důležité provedení orientačního neurologického vyšetření k vyloučení nově vzniklé neurologické etiologie.“ (50, s. 247)

Důležité je **laboratorní vyšetření moče** – specifické hmotnosti, močového sedimentu a kultivace k vyloučení přítomnosti močové infekce. Při podezření na noční poruchu sekrece vasopresinu je vhodné porovnat specifickou hmotnost nočního a denního sběru moče. (49)

Pečlivým sestavením a vyhodnocením **pitného a mikčního deníku** můžeme měřit rozložení příjmu a výdeje tekutin během dne a obsah jednotlivých mikčních porcí uniklé moče ve spánku nebo ve dne. Dítě musí být respektováno v běžném denním režimu a nesmí být vybízeno k mikci nebo zvýšenému příjmu tekutin rodiči jinak, než je obvyklé. Současně se mají zapisovat případné úniky moče a stolice nebo vlhké kalhotky, když dítě nestihne doběhnout na WC. Za pomoci tohoto záznamu, který probíhá 24 hodin po dobu 2 (nejlépe 5 - 7 dnů), lékař získává informace o skutečné

funkční kapacitě močového měchýře, frekvenci močení, špatných návycích spojených s dodržováním pitného režimu a vyprazdňování dítěte. (9, 13, 49)

Další důležité informace přináší **ultrazvukové** zobrazení ledvin a močového měchýře (před a po vymočení). (8) „U močového měchýře lékař hodnotí tvar, přítomnost divertiklů, ureterokély, kamene. Důležité je změření tloušťky stěny měchýře, která má být s plnou náplní silná maximálně 3 mm, po vyprázdnění měchýře 5 mm. Silnější stěna močového měchýře je hodnocena jako následek funkční či organické subvezikální obstrukce. Hodnotí se také **postmikční reziduum**.“ (49, s. 224) Přesnější vyšetření močení je možné pomocí speciálního měřicího přístroje, kdy pacient močí na registrační zařízení umístěné na dno běžné toalety – **uroflowmetrie (UFM)**. (8)

Tyto klinické a laboratorní údaje jsou v případě primární enurézy dostačující, při polysymptomatické a sekundární enuréza pokračujeme dalším vyšetřením nefrologem, urologem, psychologem, neurologem aj. (48)

1.4.6 Léčba

Na základě multifaktoriální příčiny onemocnění nelze jednoznačně určit jednotný léčebný postup u všech dětí. Stěžejní je rozpoznat rozdíly v pomočování mezi jednotlivými jedinci s přihlédnutím k věku, anamnéze a nálezům získaných při základním vyšetření a postupovat individuálně. Cílem takové léčby je, aby se dítě nepomočilo při určitých příležitostech (na rodinné návštěvě, na školním výletě), aby došlo ke snížení počtu mokrých epizod a zmírnění negativního vlivu pomočování na životní styl nejenom dítěte ale i celé jeho rodiny. (13, 50, 59) „Nejideálnějším cílem je, aby se dítě přestalo pomočovat úplně (za remisi enurézy je ve studiích považováno 14 po sobě následujících suchých nocí) a aby nedošlo k relapsu po ukončení léčby. Snažíme se volit léčbu s minimálními vedlejšími účinky.“ (13, s. 147) Dle Jandy (20, s. 38) ale bohužel pediatrická zkušenost ukazuje, že při léčbě enuretiků je třeba počítat s tím, že ani při komplexní léčbě se nedaří pomočování u značné části dětí zvládnout tak, aby byly v dohledné době zcela suché. Určitého efektu se dosáhnout dá, ale ten není často stabilní a problémy se vrací. Někdy je třeba léčbu kombinovat. Všechny úspěchy

při léčbě enurézy je třeba kriticky hodnotit i z toho hlediska, že enuréza samovolně s věkem ustupuje také u neléčeného dítěte.“

Jednotlivé **typy léčby** můžeme dle přístupné literatury rozdělit do několika okruhů:

- režimová opatření,
- rehabilitace a behaviorální terapie,
- specifický přístup k dítěti (viz kapitola 1.4.7),
- farmakoterapie,
- enuretický alarm,
- psychoterapie a hypnóza aj. (3, 13, 28, 29, 50, 54, 58, 59)

Základem léčby enurézy je především dodržování **režimových opatření** týkajících se oblasti režimu dne a z něho vyplývající pravidelnost vyprazdňování, příjmu tekutin a spánku. Efekt tohoto přístupu léčby bývá všeobecně udáván ve 20 - 25 % a u 80 % dětí s monosymptomatickou enurézou dochází ke zmírnění potíží. Pro zajištění spolupráce je také důležitá nejvyšší pozitivní motivace dítěte i celé rodiny. (13, 50)

Jednou ze zátěží podílející se na pomočování je nepravidelný **denní režim** rodiny a tedy i dítěte. Přitom k podmínkám správné péče o dítě patří úprava pravidelného režimu dne. Jde především o uspořádání činností denních aktivit jako je vstávání a ukládání dítěte ke spánku v pravidelnou denní dobu, rozložení příjmu stravy a tekutin, vyprazdňování, pobytu v kolektivu, volnočasových aktivit apod. Enuretické dítě bude mít tedy v souvislosti s postupem léčby a s přihlédnutím k věku zvýšené nároky na pravidelné uspořádání dne. (3, 59)

Úprava **pitného režimu** se skládá především z omezení přijímání tekutin po 18. hodině večerní a restrikce příjmu tekutin před spaním dítěte. V důsledku režimu se ale velice často stává to, že děti ve večerních hodinách trpí silnými pocity žízně, což vede k následným zdravotním potížím. Mnohdy děti tento zákaz obcházejí, dopouštějí se malých podvodů a to je následně trápí. Je tedy nutné důsledné informování rodičů lékařem nebo sestrou **o zvýšeném podávání tekutin dítěti v průběhu celého dne s mírným omezením ve večerních hodinách**. Většina přijatých tekutin by se tedy měla maximálně přesunout do dopoledních a časných odpoledních hodin. Důležité je také

dodržení dostatečného příjmu tekutin v určitém množství za den. (3, 13, 50, 59) Matějček (28, s. 134) naopak tvrdí, že je zbytečné dítě trápit žízní. Osvědčeně doporučuje podávání čisté vody dítěti před i po večeři. Voda by neměla obsahovat kofein, neměla by být slazená, bublinkovaná ani se šťávou. V průběhu večeře a po ní by se neměl nepodávat žádný čaj, mléko, ba ani žádné ovoce. Před spaním doporučuje dítěti podat krajíček chleba s něčím slaným, neboť sůl zadržuje vodu v těle.

V oblasti **vyprazdňování** dbáme na to, aby dítě mělo klid, soukromí a dostatek času, aby se vyprázdnilo úplně. Snažíme se rovněž, aby neprochladlo. V průběhu dne by mělo chodit **močit pravidelně co 2-3 hodiny** a nepřekonávat nucení na močení stažením svalů. Před spaním je doporučován **system trojího vymočení** pro dokonalé vyprázdnění močového měchýře. Dítě si sedne na mísu, vymočí se a jde si lehnout. Po pěti minutách vstane, znovu si na mísu sedne a snaží se vymočit (tlačit). Po dalších pěti minutách postup zopakuje. (3, 57) Matějček (28, s. 134) tento postup pro „nabuzení“ spojení močového měchýře a mozkových center doporučuje 4x po 15 minutách.

Enuretické dítě má **usínat** v pevnou večerní dobu ve vyvětrané místnosti. Důležité je, aby mělo svou **vlastní postel s gumovou podložkou** pod prostěradlem. Mnoho lékařů doporučuje buzení dítěte 2 hodiny po usnutí a pak 1x s budíkem v průběhu noci v případě, že rodiče odpozorují, v kterou noční dobu se dítě pomočuje. (3, 13) Velemínský (58, s. 208) a Matějček (28, s. 134) buzení dětí v noci doporučují pouze tehdy, pokud se dítě probudí do plného vědomí. V opačném případě vytvoření správného návyku bráníme, dítě učíme močit v polospánku a tím pomočování prohlubujeme. Mnohdy ale i častým buzením dochází k narušování rytmu spánku. V důsledku toho dítě v noci spí neklidně a ráno je nevyspalé.

Je velmi vhodné přenést zodpovědnost za kontrolu močení na malého pacienta, který si své úspěchy kontroluje **vedením mikčního kalendáře**. Zde si zaznamenává frekvenci suchých a vlhkých nocí v určitém období a hledá souvislosti. Kalendář (deník) by měl obsahovat údaje o celkové pohodě a nepohodě malého pacienta a co se v daný den přihodilo. Je nutné dítě nechat spontánně odpovídat, bez ovlivňování. Jako dobrý den označí normální nebo super den, špičkový, pohodový v souvislosti s pozitivními, úspěšnými zážitky, smíchem, legrací, věnovanou pozorností rodiči aj.

Špatný den doprovázený negativními zážitky, vztekem, strachem, zklamáním nebo velkou fyzickou a psychickou zátěží značí jako zátěžový. Z jednotlivých záznamů lze individuálně vyčíst, že po určitých dnech zátěže následovala mokrá noc, po normálních a úspěšných dnech suchá. (50, 59)

„Součástí komplexní režimové léčby je i **posilování močového měchýře**. Cvičení, zaměřené na udržení moče v měchýři, se opírá o předpoklad, že enuréza může být podmíněná sníženou funkční kapacitou měchýře.“ (48, s. 820) Cvičení močového měchýře Šmakal, Flögelová (50, s. 248) nazývá jako **behaviorální terapii**. Ta je zaměřená na aktivní přípravu dítěte k vnímání náplně měchýře a k jeho vědomému vyprázdnění, které má předcházet močení vyvolané netlumenou kontrakcí detruzoru. Dítě postupně prodlužuje intervaly mezi jednotlivými močeními tak, že rozpoznává netlumené kontrakce detruzoru, pokouší se urgenci potlačit, odložit močení a tyto schopnosti postupně upevňovat. Cvičení močového měchýře může být doplněno o **metodu „START – STOP“**. Dítě se močení stahem svěračů snaží opakovaně přerušit, zastavit a pustit. (41) Existuje i speciální **sestava léčebného tělocviku pro enuretické děti**, která umožňuje lepší koordinaci mikčních a retenčních mechanismů. Skládá se z jednotlivých cviků **na posílení pánevního dna** se zapojením břišního lisu. Velemínský (59, s. 71) nebo Bockchneiderová a Břízová (5) ve svých publikacích uvádějí obrázkové přílohy těchto jednotlivých cviků, které jsou velice dobře dostupné.

O **farmakologické léčbě** rozhoduje vždy ošetřující lékař. Z mnoha léků, které se doteď užívaly, jsou pro svůj významný účinek doporučovány tricyklická antidepresiva (imipramin) a adiuretin. (48) Jiní autoři (13, 50) k léčbě enurézy dále doporučují anticholinergika (oxybutin) a nootropika (piracetamum).

Adiuretin (DDAVP), jinými autory (13, 20) nazýván jako desmopresin a rodiči znám pod názvem Minirin, je syntetický analog lidského antidiuretického hormonu vasopresinu produkovaného zadním lalokem hypofýzy. DDAVP se dítěti podává ve formě nosního spreje (Minirin sprej), klasických nebo sublinguálně rozpustných tabletách (Minirin melt). Dvojitý účinek léku je okamžitý. Zvyšuje zpětnou resorpci vody a tím snižuje noční produkci moče a prostřednictvím mozkových receptorů snižuje budící práh. (13, 48, 58) Nežádoucí účinky se dle Flögelové a Vrány (13, s. 147)

objevují převážně u aplikace nosním sprejem. Jedná se o nosní diskomfort, bolesti hlavy, epistaxi, pachut', křeče. Jako vzácná komplikace byla popsána intoxikace vodou s projevy edému mozku a hyponatremie. Je tedy důležité rodiče důsledně informovat o restrikci tekutin, kterou dítě musí dodržovat 1 hodinu před a 8 hodin po aplikaci léku.

Efekt **tricyklických antidepressiv** (imipramine, amitriptyline) na noční pomočování byla potvrzena a srovnatelná s desmopresinem. Mechanismus účinku spočívá zřejmě ve slabém anticholinergním působení, ovlivnění hloubky spánku a stimulaci vyplavování vasopresinu. I přesto jsou k léčbě enurézy užívány výjimečně. U antidepressiv jsou popisovány značné nežádoucí vedlejší účinky jako anorexie, strach, žaludeční nebo střevní potíže, závratě, ospalost, sucho v ústech a bolesti hlavy. U intoxikace je účinek kardiální (arytmie) a centrální s účinky na CNS. (13, 50)

Anticholinergika (Mictionetten, mictionorm) se užívají v kombinaci s desmopresinem. Mohou mít účinek u části dětí s monosymptomatickou enurézou, u kterých dochází k netlumeným kontrakcím detruzoru. (50)

„Abychom usnadnili probuzení u enuretika, můžeme před spaním podávat Piracetamum – **nootropikum** (Piracetam, Geratam) v závislosti na hmotnosti dítěte. Nežádoucími účinky mohou být nespavost a ranní únava. (13)

Jedna z dalších možností léčby je užívání **budícího přístroje** (alarmu). Lze jej aplikovat u dětí starších 7-8 let. Přístroj se u dětí vkládá do spodního prádla a ten okamžitě při nočním úniku malého množství moče alarmuje a dítě probouzí. Rodič pak dohlíží na to, aby dítě vstalo, dokončilo mikci na WC a provedlo výměnu vložky nebo prádla. Principem zařízení je navození podmíněného reflexu, probouzení se při naplněném močovém měchýři a tedy dozrávání probouzecí reakce. K dosažení efektu je nutná léčba delší 10 týdnů. Někdy může alarm selhat, dítě nevzbudit, signalizovat falešně nebo způsobovat rozkoly v rodině pro buzení ostatních členů rodiny. (13)

Ve spolupráci s psychologem nebo psychiatrem lze vedle léčiv u dětí využít **psychoterapii a hypnózu**. Ta se u primární i sekundární enurézy zaměřuje na relaxační techniky, hypnoterapii, rodinnou a systematickou terapii nebo EEG biofeedback (specifické intervence v oblasti vztahu mysli a těla). U dítěte se především snaží podpořit a upevnit ovládání pochodů vedoucích k močení v bdělém stavu nebo spánku.

Zlepšuje celkovou fyzickou a citovou vyrovnanost dítěte ve vztazích v různých sociálních skupinách jako je rodina, kolektiv ve škole aj. Mnohdy také vzbuzuje motivaci dítěte a celé jeho rodiny k překonání poruchy. (27, 54)

1.4.7 Specifický přístup k enuretickému dítěti a jeho výchova

Chování rodičů a rodinných příslušníků utváří atmosféru a podmínky, v kterých dítě s opožděným ovládním močení vyrůstá. Jak již bylo řečeno v kapitole 1.4.4, na vzniku a průběhu onemocnění enurézou se ve značné míře podílí psychické a sociální problémy dítěte, neuspokojivé rodinné prostředí a nevhodně zvolený způsob výchovy k regulaci močení. Součástí léčby takového dítěte bude specifické přizpůsobení výchovy a přístupu především ze strany rodičů a ostatních rodinných příslušníků. (54, 58)

Dle Velemínského (59, s. 59) by **výchova** k udržování moče **u dětí s opožděným vývojem v udržování moči** a stolice měla být **zaměřena** především **na**:

- zájem o postoje dětí k tomuto tématu,
- kladnou reakci na jednotlivé pozitivní kroky v probíhajícím vývoji a pozitivní přijetí,
- podporu rozvíjejícího se zájmu dítěte o toaletu,
- včasné rozpoznání signálu, které upozorní na nucení k močení,
- zhodnocení situace, kdy zahájit výchovu v souvislosti s dozráním příslušných funkcí,
- posílení sebevědomí dítěte, podporování jeho koníčků a trpělivosti nejen ve vztahu k udržování čistoty, ale i ve vztahu k celé osobnosti dítěte. Je nutné vrátit dítěti sebedůvěru a důvěřovat mu. Má-li totiž dítě (nebo rodič) narušené sebevědomí, zvyšuje se pravděpodobnost nových případů pomočování. Chybějící sebevědomí vede k opětnému selhání kontroly měchýře,
- znalost vývoje v 7 „krocích“,
- častý kontakt s dítětem v průběhu celého dne. Je potřeba se mu věnovat celkově – ne jen v případě pomočování,

- snahu vysledovat a odstranit největší zátěž dítěte,
- projevy lásky a něhy i ve všem shonu a stresu. (I s větším dítětem se pomazlit, pohladit ho, dělat společně něco pěkného a mluvit zcela o něčem jiném než o pomočování).

Rodiče se u dětí s opožděným vývojem udržování moči a stolice mohou dopustit několika **hlavních chyb**:

- výchova je ovlivněna nejednotnými radami,
- dochází k přísnému omezování tekutin v odpoledních a večerních hodinách tak, že děti dlouhodobě trpí žízní a tím mohou zapříčinit další zdravotní potíže a ztrátou pocitu jistoty a bezpečí,
- dochází k opakovanému nočnímu buzení dítěte na vymočení vedoucí k porušení rytmu spánku,
- špatnou aplikací trestu, pochvaly a odměny. (59)

Dozrávání funkcí regulace močení je u jednotlivých dětí individuální, léčba enurézy trvá jakkoliv dlouho a rodiče postupem času ztrácejí trpělivost. I přesto, že k nejběžnějším výchovným prostředkům patří různé způsoby **odměn a trestů**, u enuretických dětí bysme se měli tělesným a psychickým trestům, nadávkám a vyhrožování vyhnout. V některých případech si rodiče neuvědomují, že opakovaným **zpřísněním režimových opatření** jako je časté buzení dítěte v noci, přísné zákazy pití tekutin, povinností, aby si dítě samo převlékalo pomočenou postel, odepírání účasti na školních výletech a akcích, absolvování močení na WC pouze za přítomnosti rodičů a celou škálou jiných zákazů dítě dostávají do stresových situací a tím podporují pomočování dítěte. Dítě takový přístup rodiče považuje svým způsobem za trest. Zde je vhodné nejprve sestavit seznam všech činností a domácích zvyklostí, které rodiče kvůli pomočování svého dítěte provádějí. Najít a zapsat je důležité i činnosti, které vyhovují dítěti. Seznamem se získává přehled o vzájemném vztahu rodičů a dítěte a z něj vyvozovat vznik možných stresových situací. (7, 59) Matějček (28, s. 134) v případě úspěchu a nepomočení se klade důraz na **pochvalu a odměnu** dítěte různým způsobem.

Velemínský (59, s. 65) upozorňuje ovšem na to, že když není dítě vyspělé, principy odměny a trestu nechápe.

Ve **specifikách přístupu k pomočenému dítěti** by rodiče měli být důsledně informováni ošetřujícím lékařem či sestrou. V případě pomočení by se rodiče a všichni rodinní příslušníci (sourozenci, prarodiče) měli chovat klidně, neměli by křičet, nadávat a dítěti situaci nevyčítat! Raději by měli říct: „Tvá postel je mokrá. Muselo to pro tebe být nepříjemné v ní celou noc ležet.“ Na povinnosti dítěte si samo převlékat postel bysme trvat neměli (mohlo by to vnímat jako trest). V případě pomočení by rodič s dítětem měli postel povlékat společně a tím ho vést ke vzájemné pomoci a ocenění dodržovaných pravidel. Při nálezu znečištěného a mokrého prádla bysme se měli zdržet jakýchkoliv komentářů a do skříně připravit čisté prádlo tak, aby se dítě v noci mohlo zaopatřit samo. Nedělejte žádné rodinné scény, pokud je v rodině přítomen další sourozenec, vysvětlete mu situaci tak, aby se dítěti nevysmíval. (54, 58, 59, 67)

Dítě může být samotnou situací stresováno, proto o ní do 5. roku věku dítěte nediskutujeme. Při rozhovorech může pociťovat strach z výčitek a zklamání rodičů, může mít pocity viny, nedostatečnosti, méněcennosti či postižení. V pozdějším věku by rodiče měli toto téma naopak sami v rozumné míře navrhnout, otevřeně si o problému s dítětem povídat a dávat mu najevo, že s problémem není samo. Vážnoucí **vzájemná komunikace** zhoršuje řešení problému. Buďte především trpěliví. (54, 58, 59, 67)

1.4.8 Osobnost enuretického dítěte

Dlouhodobý průběh pomočování má značný vliv na celkový rozvoj osobnosti dítěte zejména v oblasti **sebepojetí a sebehodnocení**. Jak již bylo řečeno v kapitole 1.4.4, enuretické dítě **hůře zvládá stresové situace** a je **citlivější**. V konfrontaci se zdravými dětmi a projevy okolí za své příhody zažívá **pocity zahanbení, viny** a selhání. V některých případech pozorujeme předstírané projevy **lhostejnosti**. Jedná se především o oněmění, tichý ostych a stud. Co vypadá z vnějšku jako lhostejnost, je ve skutečnosti projev zoufalství a ochranná ulita. Dítě se bojí reakce rodičů a ztráty jejich přízně. Tím, že nemůže vlastními silami ovlivnit situaci, se stává **bezmocné, negativistické a znechucené**. **Pocity studu**, jež bývají závažným faktorem při

přetrvávajícím pomočováním, se týkají intimity dolní poloviny těla a dítě bývá na její porušování značně citlivé. Pokud přichází řeč na toto téma, dítě většinou **zčervená, ostýchá se, pláče, vzdoruje nebo se i vzteká**. (54, 59, 67)

Má nižší sebevědomí než zdravé děti, mnohdy ještě nižší než jinak chronicky nemocné. **Méněcennost** zapříčiňuje to, že dítě pochybuje o úspěšnosti v jiných oblastech a jimi spojených úkolech a aktivitách všedního dne. Dítě je pak značně **omezené v kolektivních aktivitách**. Zejména neléčené děti se straní kolektivu, jsou vrstevníky odmítány a stávají se jejich terčem posměchu. Z důvodu nižšího sebevědomí jsou mnohdy **šikanovány**. Strach z případného odhalení je nutí k omluvám za **neúčast na školních výletech** spojených s pobytem, dětských táborech a akcích. Důsledkem toho dochází k **izolaci** a vlivem **frustrace** k **těžkým psychickým potížím**. O problému většinou nechtějí nebo neumí s nikým mluvit a rozpaky pocítují i před svými sourozenci. Osobnost takového dítěte můžeme charakterizovat **introvertností, rezervovaností, plachostí, nesmělostí a pasivitou**. Výzkumy v těchto oblastech však mají protichůdné výsledky a vzhledem k vlivu zevního prostředí, jež na enuretiky individuálně působí, je nelze aplikovat na všechny děti. (38, 54, 59, 67)

I přesto je potřeba ze strany rodiny a především rodičů u dětí utvrzovat **pocity jistoty a bezpečí** a udržovat pravidelný kontakt a tím posilovat důvěrné mezilidské vztahy. Důležitou součástí zvyšování sebevědomí dítěte je věnování pozornosti a jeho případná chvála a podpora. Problémy s přáteli a kamarády v dnešní době do značné míry řeší **integrační tábory** pro děti trpící enurézou a enkoprézou („pokakáváním“), které pořádají organizace po celé České republice. Zdravotnický personál má až povinnost rodiče a děti informovat o možnosti účasti na těchto akcích. (28, 54, 59, 67)

1.5 Organizace péče o děti trpící enurézou

1.5.1 Historie a organizace péče

Symptomy pomočování jsou známy od nepaměti a jsou staré jako lidstvo samo. I přesto není stále známo, od kdy bylo považováno za zdravotní problém. Popisovány

jsou spíše jeho stresující důsledky na psychickou a sociální stránku dítěte a jeho dětství. V celé historii enurézy je popisováno mnoho postupů a opatření, rituálů a užitých léků. (11)

Počátky prvního svědectví spadají do roku 1550 př. n. l. Z této doby - **období starověku** - pochází Eberův papyrus, který překvapivě obsahoval části věnované anatomii, psychiatrii, porodnictví, zubnímu lékařství aj. V pediatrické části popisoval to, jakým způsobem postupovali staří Egypťané v léčbě pomočování. Děti léčili za pomoci bylinných přípravků z jalovce, cypřiše a piva. Jiné tradiční postupy se opíraly spíše o babské pověry a rituály. Například dětem západoafrických kmenů se hlava polévala vodou smíchanou s popelem, v takovém stavu je rodiče vyháněli do průvodu, kde byli terčem bytí a posměchu. V Beninu děti koupali v lagunách dle potřeby a pro výstrahu jim přivazovali žáby kolem pasu. Američtí indiáni nahé děti stavěli nad hořící hnízda ptáků a léčivě jim žehnali. Naštěstí byly tyto poněkud drastické postupy změněny v průběhu věků. (11, 20, 59)

Ve **středověku** nemocní s enurézou věřili, že jim při potížích pomohou svatý Vít a svatá Kateřina, patronka lidí trpících pomočováním. Ne náhodou světový den enuretiků připadá na 25. listopad. (8, 59)

Teprve až v **19. století** se objevily první přístupy k tomuto problému související s lékařskými, psychologickými a sociálními vědami. Je zaznamenán rozvoj pozorování anatomie a fyziologie močového měchýře a jeho nervovém zásobování. Začala se řešit příčina ve spojitosti se spánkem. Ostatní navržené postupy léčby byly však z hlediska medicínského neúčinné. (11, 59)

Razantní obrat v chápání enurézy můžeme pozorovat v **minulém století**. Je zaznamenaný značný rozmach invazivní diagnostiky, která byla bohužel v mnohých případech zbytečná v zatěžování dětských pacientů. V první polovině století se na druhou stranu doporučovaly i dietní opatření a neurologické stimulační pánevní oblasti. V tu dobu byla také zpozorována souvislost pomočování s osobními, školními a rodinnými problémy. V padesátých a šedesátých letech byla za fyziologickou věkovou hranici dosažení plné regulace močení považovaná hranice 2 let. V sedmdesátých letech epidemiologické studie potvrdily pozorování rodinného výskytu pomočování a vlivem

toho byly tedy zohledněny genetické faktory. Do nedávné doby se pod pojmem enurézy často ukrývaly jiné poruchy kontinence moče. Rovněž sled a důležitost vyšetření u dětí s nočním únikem moči se historicky měnil - z psychiatrických ambulancí se pacienti přesouvali do rukou urologů. Teprve poznatky v posledních 15 letech o funkci močového měchýře, struktuře spánku, vlivu nedostatečné 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 a tím umožnily i stanovení účinné léčby u jednotlivých pacientů. Zájem odborníků zabývajících se poruchami mikce vyvrcholil **založením IERC** (International Enuresis Research Center) s pořádáním celosvětových konferencí a **ICCS** (International Children Continence Society). Zaslouhou mezinárodní společnosti ICCS pak došlo v červnu roku 2006 ke **sjednocení** značně různorodé **definice a terminologie** úniku moče u dětí s dysfunkcí dolních močových cest a tedy i enurézy. (9, 11, 25, 59)

Současná filozofie pohledu a přístupu k enuretickému dítěti nejvíce přihlíží na podmíněnost **opožděného neuropsychosociálního vývoje**. Zde se otevírá prostor pro tolerantnější a individuálnější přístup k jednotlivým dětem, nové výchovné a léčebné postupy. Značná důležitost je připisována oblasti **prevence vzniku** enurézy u dětí a **vlivu** případných **faktorů** prohlubující průběh tohoto onemocnění. Mělo by dojít k důslednému **informování rodičů** o fyziologickém vývoji dítěte v regulaci močení a stolice, postupech jejich případné výchově v udržování čistoty a specifickém přístupu rodinných příslušníků ke zdravému i nemocnému dítěti s enurézou. (59)

V České republice se problematikou enurézy zabývá především **sdržení SEN**. To usiluje o všestranné hájení postižených enurézou a jejich rodin, iniciuje akce a seznamuje veřejnost s touto problematikou. Odborníci, které tato instituce sdružuje, se prosazují také o zkvalitnění zdravotnické péče o děti trpící enurézou. Zdůrazňují racionální přístup při vyšetřování dětí s enurézou a zmírnění jejich zatěžování. Tuto oblast je potřeba odtabuizovat, protože naprosté většině rodin a nemocným jedincům brání stud v tom, aby se vůbec u lékaře objevili. Spoléhají na „babské rady“ nebo samovolný ústup obtíží a tím prodlužují rodinné trápení. Je důležité, aby tyto rodiny

včas vyhledaly odbornou pomoc, což otevírá pole působnosti pro lékaře a sestry 1. kontaktu – tedy **praktické lékaře pro děti a dorost**. Praktický lékař a s ním **spolupracující sestra** mohou tedy v mnoha případech pomoci tento handicap úspěšně vyřešit. Jestliže se to přes svědomitou základní léčbu trvající déle než 12 měsíců nepodaří, předávají dítě na specializované pracoviště. Zde přebírají péči **ambulantní specialisté** jako je **nefrolog, urolog, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr** a další. (8, 13, 20, 59)

1.5.2 Organizace zabývající se onemocněním enurézou

Jak již bylo řečeno v kapitole 1.5.1., zájem o problematiku poruch mikce ve světě vyvrcholil založením **IERC (International Enuresis Research Center)** v roce 1993 v dánském Aarhusu, pod jehož patronací se uskutečnilo několik světových konferencí. Toto výzkumné centrum poskytuje pohled na problematiku nočního pomočování u dětí a prosazuje nově zjištěné poznatky v oblasti pomočování. (34, 59)

ICCS (Internacional Children Continence Society) je mezinárodní nezisková organizace založena v květnu roku 1997 v Paříži. Zaměřená je na rozvoj výzkumu a zdravotní péče u dětí s patologií dolních cest močových. Jejím hlavním cílem je zlepšit kvalitu života takto postižených dětí a jejich rodin. Částečně toho v roce 2006 dosáhla standardizací terminologie užívané pro dysfunkce dolních močových cest a jejich projevů. Nadále iniciuje a podporuje výzkumy pro rozvoj nových technologií diagnostických metod a postupů léčby. Průběžně šíří informace o své činnosti a pokroku prostřednictvím organizací setkání pro odborníky i laickou veřejnost. Do své působnosti chce dále zahrnout péči o děti s anorektální dysfunkcí. (19, 59)

Na území České republiky a Slovenska se problematikou enurézy zabývá **občanské sdružení SEN**. „Tato společnost vznikla v roce 1996 a sdružuje odborníky zabývající se problémem pomočování u dětí, pacienty s enurézou a jejich rodiny i organizace a instituce, které mají vztah k těmto dětem. Hlavním cílem této společnosti je odtabuizovat problém, informovat rodiče a dát jim vědět, že v tom nejsou sami.“ (44)

Další organizací, výrazně vystupující v České republice, je **Sdružení (rodičů i přátel) dětí trpících nočním pomočováním** známá svými informačními materiály

uveřejněnými na internetových stránkách www.nocvsuchu.cz. Tímto způsobem celé veřejnosti zprostředkovává základní informace o podstatě, diagnostice a léčbě nočního pomočování. Informuje o užitečných doporučeních spojených se zásadami léčby a přístupu rodičů k dítěti. Poskytují kontakty na jednotlivá odborná pracoviště a poradny. Rodiče a jejich děti motivují k účasti na různých táborech a pobytech přizpůsobených právě enuretickým dětem. (43)

Sdružení dětí trpící nočním pomočování velice úzce spolupracuje s **organizací Žlutý květ**, což je občanské sdružení patřící jako jedna ze základních organizací k Českému svazu ochránců přírody (ZO ČSOP). Jako jedna z mála organizací v ČR pořádají integrační letní tábory a akce pro pomočující se děti. (8) Akce pro enuretické děti dále pořádá **Psychiatrická léčebna Šternberk** a za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR i **Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**. (5)

1.6 Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou

„Na **komplexní péči o dítě** se v současnosti podílí celá řada společenských struktur. Jsou to vedle rodiny a společenských skupin předškolních, školních, zájmových, skupin vrstevníků a přátel i úseky jako je zdravotnictví, školství a sociální péče.“ (24, s. 21) **Pediatric** jako obor, zabývající se vyvíjejícím se jedincem a péčí o jeho zdraví a vývoj, tvoří základní článek této komplexní péče a podle potřeb poskytuje péči ambulantní a lůžkovou. Svým rozsahem největší objem zdravotnických služeb představuje **ambulantní primární péče poskytovaná praktickými lékaři** pro děti a dorost, u kterých jsou děti zaregistrovány, **ve spolupráci se zdravotní sestrou**. Jsou základním článkem primární péče – řeší až 85 % všech zdravotních problémů dětí a vzhledem ke svému charakteru a umístění v celé soustavě, výrazně ovlivňují kvalitu naplnění požadavků na zdravotní péči. (24, 32, 56)

1.6.1 Primární péče

Primární zdravotní péče byla oficiálně zahájena v roce 1978, kdy členské státy Světové zdravotnické organizace podepsaly **prohlášení Alma Ata**. Tato konference se

konala před více než 30 lety. A i přesto některé země špatně uchopily hlavní podstatu a rozvoj primární péče ve vztahu k výkonnosti zdravotnických systémů. Jejich financování se nadále nevyvíjí ideálně. Celosvětově i v rámci Evropy existují významné rozdíly v pojetí primární péče, její organizaci, financování i postavení profesionálů a jejich vzdělávání. Je značně ovlivňována národními politikami, strategiemi a akčními plány. Z hlediska současného **platného právního řádu České republiky** není pojem primární péče zakotven v žádném právním předpise, který by se týkal oblasti zdravotnictví. Základním právním předpisem, který koncepčně charakterizuje poskytování zdravotní péče v České republice, je **zákon č. 20/1966 Sb.** O péči o zdraví lidu. Jsou zde zmiňovány jednotlivé druhy poskytované péče a podmínky její realizace. V současné době se stále setkáváme se zažitým členěním na péči ambulantní, nemocniční, lázeňskou, závodní atd. Primární péče je dle tohoto zákona druh ambulantní péče, která je poskytována registrujícím lékařem. Má stránku preventivní a kurativní. (32, 42, 69)

Světová zdravotnická organizace (68) definuje primární péči jako nezbytnou zdravotní péči založenou na praktických, vědeckých a společensky přijatelných a všeobecně přístupných metodách a technologiích. Je poskytována zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci a rodinám v komunitách. (32) „Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.“ (21, s. 20) Předpokládá aktivní účast jedinců i široké veřejnosti. Měla by být dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Hraje tedy určující roli v dostupnosti zdravotní péče. Často jde nejen o dlouhodobý kontakt s pacientem, ale i s jeho rodinou. Poskytovatelé tedy velice dobře znají životní a sociální prostředí těchto lidí a mohou odhalovat zdravotní rizika a zprostředkovávat potřebná preventivní opatření. Je to vlastně vstup do systému zdravotní péče, úsek, v kterém se poskytuje počáteční péče. Integrací znalostí stavu pacienta ve zdraví a nemoci může také přispět k lepší úrovni komplexní péče a potřebných ošetření v sekundární a terciární sféře zdravotnických zařízení, které na primární péči navazují.

Svým technickým a odborným vybavením mohou v neposlední řadě ovlivnit celkové náklady na zdravotní péči. Současnou prioritou je především **zaměření na ochranu a upevňování zdraví a prevenci chorob.** (15, 25, 32)

1.6.2 Specifická úloha sestry při ošetřování dětí trpící enurézou

Naprosto nezastupitelnou úlohu v poskytování primární péče hraje vzdělaná zdravotní sestra s dostatečnými znalostmi problematiky péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Způsobilost k jednotlivým činnostem sestry určuje prováděcí předpis k **zákonu č. 96/2004 Sb.** (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a **vyhláška č. 55/2011 Sb.** (vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků). Zdravotní sestra (zdravotnický asistent, všeobecná sestra, dětská sestra se specializovanou způsobilostí) zajišťuje ošetrovatelskou péči v souladu s diagnózou stanovenou lékařem prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče o děti trpící enurézou se zaměřuje na **uspokojování specifických potřeb** a řešení problémů modifikovaných touto nemocí. Je důležité, aby se u enuretického dítěte zaměřila především na oblast hygieny, vyprazdňování, příjmu tekutin a stravy, udržování pocitu bezpečí a jistoty v přístupu rodičů k dítěti a jeho výchově, aktivně se zajímala o problematiku zapojování se dítěte do společnosti a kolektivu vrstevníku a řešila případná omezení a další problémy vzniklé na základě poskytování **preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče** ve spolupráci s praktickým lékařem (viz dále). (12, 24, 31, 42, 47)

V oblasti prevence v primární péči sestra spolupracuje při hodnocení psychomotorického vývoje, dovedností dítěte, schopnosti komunikace nejen dítěte, ale i matky a celé jeho rodiny. Odhaduje společenskou a hygienickou úroveň rodiny, schopnost matky správně o dítě pečovat, schopnost rodiny poskytnout dítěti jistoty, zázemí a citové vazby nezbytné pro jeho zdárný vývoj. Sestra se mnohdy svým přístupem stává důvěrným rádcem matek a její výchovné a usměrňující působení významně pomáhá prosazovat zdravý způsob života a vhodné návyky v rodině. Zde se v problematice vzniku pomočování u dětí klade důraz na vědomosti a zkušenosti sestry v jednotlivých fázích vývoje dětí v regulaci močení. Sestra by v rámci **edukační**

činnosti měla rodiče a ostatní rodinné příslušníky **o vývoji** dítěte plně informovat. Dále by měla poskytnout rady a informace o **hlavních zásadách výchovy** dětí k regulaci močení vysazováním na nočník nebo WC tak, aby se způsob výchovy nestal jedním z faktorů pro vznik enurézy. Prostor pro řešení této problematiky se otevírá při návštěvách matky s dítětem na jednotlivých **preventivních prohlídkách**. Primární preventivní prohlídky se organizují **v poradnách** a mají určený obsah i časový harmonogram dle věku dítěte. Zde by se sestra měla cíleně rodičů dotazovat na výši schopností a dovedností dítěte v regulaci močení, hledat případné problémy a tím aktivně vyhledávat rizikové nebo nemocné děti enurézou. Včasné odhalení poruch a zahájení léčby pak minimalizuje následky postižení. (24, 62, 65)

U dětí s podezřením na výskyt pomočování v naprosté většině stačí neinvazivní a nebolestivé **metody vyšetření**. Když pacient čeká na vstup k lékaři, sestra využívá čas na komunikaci a řešení ošetřovatelských problémů. Dochází k **posuzování zdravotním stavu, sběru a zaznamenávání informací** o pacientovi, jeho rodinném prostředí a sociálních podmínkách do dokumentace. Schopnost sestry navázat komunikaci a vést rozhovor s dítětem a jeho rodičem velice přispívá k získání důležitých informací a tedy **sestavení anamnézy** dítěte. V případě fyzikálního nebo laboratorního vyšetření zbavuje dítě a jeho rodiče strachu a obav tím, že jim srozumitelně **vysvětlí postup vyšetření** tak, aby došlo ke vzájemné spolupráci. U přímého vyšetřování dítěte **asistuje** dle pokynů lékaři a provádí odběry biologického materiálu. Na závěr dítě vždy chválí. V případě jiných vyšetření informuje rodiče o tom, do jakého zdravotnického zařízení jsou vysíláni nebo jakým způsobem biologický materiál v domácích podmínkách odebrat a uchovat. Edukuje rodiče a dítě o **vedení mikčního a pitného deníku** a způsobech měření a zaznamenávání příjmu a výdeje tekutin. (8, 40, 62)

V souvislosti **s léčbou** sestra poskytuje pacientovi nebo jeho rodinnému příslušníkovi rady v souvislosti s jeho problémem, vysvětluje a opakuje doporučení **režimových opatření**. K úpravám by mělo především dojít v oblasti režimu dne a z něho vyplývající pravidelnosti vyprazdňování, příjmu tekutin a spánku. Dítě by mělo přijímat zvýšené a tedy dostatečné množství tekutin v průběhu dne. Ve večerních hodinách by pak nemělo mít potřebu pít. V oblasti vyprazdňování by mělo mít dostatek

času a soukromí. Vyžaduje se, aby dítě chodilo močit pravidelně co 2-3 hodiny. Před spaním se zajít opakovaně vymočit a tím důsledně vyprázdnit močový měchýř. Spát by mělo chodit v pravidelnou dobu do vyvětrané místnosti s užitím hygienických pomůcek (gumová podložka pod prostěradlem). Rodiče děti opakovaně v noci budí. Mělo by být zdůrazněno, že by tak měli postupovat jen za předpokladu probuzení dítěte do plného vědomí. Za předpokladu edukace v obsluze lze u dětí **užívat budící (alarmující) přístroje**. Sestra dále vyhotovuje rozpis předepsaných **léků** a jejich **dávkování** dle ordinace lékaře. Plán užívání výrazně eliminuje riziko nesprávného užívání s následným poškozením zdraví pacienta. Zde se sestra musí přesvědčit o tom, že rodiče a dítě dávkování a opatřením s ním spojených rozumí. (39, 59)

Rodičům a enuretickým dětem by měly být nabídnuty možnosti **rehabilitace a cvičení** pro posílení vědomější kontroly močení. V mnoha publikacích pana profesora Velemínského (59, s. 71) nebo informačních materiálech pro rodiče a děti účastnících se integračních táborů pro děti s enurézou vypracovaných paní Bockschneiderovou a Břízovou (5) jsou dostupné a na obrázcích názorně předvedené jednotlivé cviky k posílení svalů pánevního dna a břišního lisu. K posílení volního ovládní svěračů v bdělém stavu a postupného roztahování močového měchýře napomáhá metoda „start – stop“. (41)

Jedna oblast je však zdravotníky a rodiči velice opomíjena. Sestra má enuretické děti nabádat **ke zvýšené hygieně** a jejímu dodržování. Rodiče by měli být upozorněni na zvýšený dohled nad dítětem (dle věku) v oblasti častější **výměny osobního a ložního prádla**. Měli by dítěti chystat čisté prádlo, aby ho mělo ve dne a v noci k dispozici a dokázalo se v případě pomočení i samo obsloužit. Ráno nebo v průběhu dne je po pomočení preferována sprcha nebo koupel. K minimalizaci omezení dítěte ve společnosti slouží užívání různých **hygienických pomůcek**, kterých je na našem trhu celá řada. Jsou to například urinální kondomy, fixační kalhotky, vložky, vložné absorpční pleny, vlhčené ubrousky, plenkové kalhotky různých velikostí a savostí. Všechny pomůcky zajišťují osobní komfort, pocit sucha i kvalitní pachovou neutralizaci. Nedílnou součástí je i **speciální kosmetika** ošetřující i velmi namáhanou pokožku. (41, 67)

Součástí léčebného opatření je také **vytvoření specifického přístupu rodičů** a rodinných příslušníků k enuretickému dítěti a **přizpůsobení jeho výchovy**. Samotná sestra by měla být v ordinaci praktického lékaře příkladem, k dítěti přistupovat s pochopením a obhajovat jeho zájmy a potřebu respektování opožděného vývoje v regulaci močení. Rodiče by měli znát základní zásady principu trestu, pochvaly a odměny u dítěte s pomočováním. V případě pomočení by rodiče dítě neměli trestat, kárat, zostuzovat. Důležité je také respektovat intimitu dítěte a předcházet tak projevům studu. Společně by pomočenou postel měli převlékat a přirozeně o onemocnění po 5. roce věku dítěte mluvit. Správně informovaní by měli být ostatní přihlížející členové rodiny a sourozenci. (12, 39, 59)

U dítěte postiženého dlouhodobým průběhem pomočování dochází k ovlivnění osobnosti a jeho dalšího vývoje v oblastech psychických i sociálních. Dochází k omezování kolektivních aktivit a izolaci dítěte. Méněcennost zapříčiňuje to, že dítě pochybuje o úspěšnosti v různých úkolech a aktivitách všedního dne. Je na místě rodiče **odkazovat na možnosti účasti dítěte na různých léčebných pobytech a integračních táborech** pro enuretické děti pořádaných organizacemi jako jsou Žlutý květ, SEN, Psychiatrická léčebna Šternberk nebo Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích a poskytnout základní informace a kontakty. (5, 53, 59, 67)

V případě, že se průběh pomočování nelepší a léčba aplikovaná praktickým lékařem je po 12 měsících neúčinná, předává praktický lékař dítě na specializované pracoviště. Ambulantní specialista (nefrolog, urolog, fyzioterapeut, psycholog, nebo psychiatr) zajišťuje další potřebnou terapii, pomocí které by se měla zastavit progresse daného onemocnění, a dítě eviduje. O této terapii musí být informován lékař poskytující základní péči, na kterého připadá úkol sledovat, zda jsou pokyny a terapie dodržovány. Zajišťuje tzv. **dispenzární péči** a společně se sestrou zakládá **dispenzární záznam**. (55)

3 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat hlavní úlohy sestry v primární péči o děti trpící enurézou.

Cíl 2: Zjistit úroveň informovanosti rodičů o péči a přístupu k dětem trpící enurézou.

Cíl 3: Zjistit specifické potřeby dětí trpící enurézou a způsoby jejich uspokojování sestrou.

Cíl 4: Vypracovat edukační materiál pro rodiče a děti trpících enurézou

3.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Správná informovanost rodičů o problematice enurézy je nedostatečná (Velemínský).

Hypotéza 2: Správná informovanost sester v primární péči o problematice enurézy je nedostatečná (Velemínský).

3.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Je úloha sestry v péči o děti trpící enurézou pro rodiče důležitá?

Výzkumná otázka 2: Je informovanost rodičů o péči a přístupu k dítěti dostatečná z pohledu rodičů?

Výzkumná otázka 3: Je ošetrovatelská péče poskytována dětem trpící enurézou v primární péči sestrou dostatečná?

4 METODIKA

Pro zjištění cílů práce bylo použito kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Výsledky práce byly získány z 5 zdrojů informací – pozorování enuretických dětí, dotazníkového šetření a rozhovorů s rodiči enuretických dětí, dotazníkového šetření a rozhovorů se sestrami pracujícími v primární péči.

Stěžejní pro celý výzkum byl cíl zjistit specifické potřeby dětí trpící enurézou. Na základě prostudování dostupné literatury o potřebách dětí a problematice enurézy došlo k navržení určitých okruhů potřeb dle teorie Maslowa (55,66), vývojových potřeb Dunovského (10) a sledování jejich porušení vlivem onemocnění. Tyto okruhy se pak projeví ve struktuře pozorování, dotazníkovém šetření a rozhovorech. S uspokojováním potřeb pak velice úzce souviselo zjišťování informovanosti rodičů a sester o správné péči o děti a případné úlohy sester ve vyhledávání a řešení vzniklých problémů (porušení potřeb dětí).

4.1 Organizace výzkumu

Pozorování probíhalo v červenci roku 2010 na Letním integračním táboře pro děti s enurézou a enkoprézou pořádaném Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích za podpory MZČR. Byla zkontaktoována hlavní organizátorka tábora paní magistra Břízová. Za pomoci této kontaktní osoby se mohla autorka práce na pozici jednoho ze zdravotníků a vedoucích tábora dostat do kontaktu s enuretickými dětmi a jejich rodiči. Při přebírání dětí vedoucími byli rodiče v úvodu pobytu o realizaci anonymního skrytého pozorování informováni a došlo k podepsání informovaného souhlasu (viz příloha č. 2). Zápis zjištěných informací probíhal do předem připraveného formuláře ve spolupráci s ostatními vedoucími, kteří byli s technikou pozorování seznámeni.

Dotazníkové šetření a rozhovory probíhaly anonymně v rozmezí měsíce února a června roku 2011. Pro dotazníkové šetření a rozhovory s **rodiči** enuretických dětí bylo využito získaných kontaktů z letního tábora. Rodiče byli telefonicky vyrozuměni a požádáni o vyplnění dotazníků. Přes rodiče byly získány další kontakty na rodiny postižené stejným problémem. Dotazník byl rodičům rozeslán písemně poštou ČR. Po konzultaci s vedoucím práce byla naplánována realizace 5 rozhovorů s rodiči. Z celkového množství 30 oslovených rodin byla o poskytnutí rozhovoru žádána každá

5. Pokud rodiče s realizací rozhovorů souhlasili, byli autorkou navštíveni osobně. Pokud ne, byla oslovena rodina následující v pořadí.

Dotazníky pro sestry byly rozesílány elektronickou cestou na emailové adresy jednotlivých ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost (dále uváděno jen PLPDD), které jsou volně dostupné na internetových stránkách. Dále byly rozesílány písemně prostřednictvím pošty ČR a rozdávány osobně. Opět zde bylo naplánováno realizovat 5 rozhovorů se sestrami. Z celkového počtu 40 sester oslovených osobně a poštou ČR, byla o rozhovor žádána každá 7. Zde metodika výběru probíhala stejně jako u rozhovorů s rodiči.

4.2 Metoda sběru dat

Pro zápis zjištěných informací skrytého **pozorování** byl vypracován nestandardizovaný formulář. Formulář (viz příloha č. 3) obsahoval zaškrťovací položky zařazené do okruhů se sledováním následujících potřeb:

- **okruh fyziologických potřeb:**

- příjem tekutin a stravy (množství vypitých tekutin dětmi za den, dodržování pitného režimu, jeho situovanost a omezení, dieta aj.),

- vyprazdňování (individuální návyky, výskyt pomočování a jeho druh, nácvik mikce metodou start – stop),

- hygiena (preferovaní způsobu očisty, hygienické návyky spojené s pomočováním, užívání hygienických pomůcek aj.),

- spánek (režim, kvalita spánku v noci, probouzení se při pomočení aj.),

- péče o zdraví (podílení se na rehabilitačním cvičení a léčbě, aktivita dítěte, užívání medikace a způsobu její aplikace).

- **okruh vývojových potřeb:**

- respekt odlišnosti vývoje (zdali dítě svým věkem odpovídá dosaženému psychickému a fyzickému vývoji a tudíž je důraz na uspokojování této potřeby),

- potřeba podmínek pro rozvoj (zdali dítě vyhledává nové poznatky, má pocit výkonu a zdali musí být k účasti na hrách a aktivitě nabádáno vedoucími).

- **oblast potřeby jistoty a bezpečí:**

- jistota a bezpečí (reakce dítěte na pomočení se, projevování či sdělení pocitů strachu a úzkosti, vyžadováním přítomnosti podpůrné osoby, výskyt projevů osobnosti aj.),

- **oblast potřeby sebeúcty:**

→ vlastní identita (sdělení vlastního sebehodnocení, pocitů méněcennosti, reakce na nemoc).

- **oblast potřeby lásky a sounáležitosti:**

→ socializace (zapojování se dítěte do kolektivu, navazováním kontaktů s dětmi a vedoucími, preferování určitého druhu zájmů. V této oblasti jsme se zajímali i o informaci, z jaké rodiny dítě pochází (úplné či neúplné).

K jednotlivým potřebám bylo možné také do kolonky dopsat dodatek s popisem nějaké situace nebo úryvkem rozhovoru. Zaznamenány byly také iniciály dítěte, jeho věk a pohlaví.

V průběhu pobytu se při organizování pozorování vyskytlo také několik chyb. I přes organizátory nastavený pravidelný režim tábora bylo sledování množství vypitých tekutin u větších dětí nepřehledné (pro čaj si do kuchyňky chodily samostatně bez dohledu vedoucího). Na množství vypitých tekutin byly tedy děti tázány a do formuláře byla přidána položka pocitu žízně, na kterou si děti v průběhu pobytu začaly stěžovat. Naopak byla vyřazena potřeba smyslu života a životní perspektivy. Zjišťované informace v této oblasti byly neprůkazné a irelevantní. Očekávání odměny a trestu bylo přeřazeno do kolonky potřeby bezpečí a jistoty.

Jednotlivé položky dotazníků a rozhovorů byly opět inspirovány okruhy potřeb dětí, seřazeny v logickém sledu a doplněny o zjišťování správné informovanosti rodičů a sester a jejich úlohy v péči. Nestrukturovaný **dotazník** byl vytvořen zvláště **pro rodiče enuretických dětí** (viz příloha č. 4) a **sestry pracující u PLPDD** (viz příloha č. 5). V úvodu respondenty stručně seznamoval s cíli práce a pokyny pro postup vyplnění jednotlivých položek. Dotazníky byly značně obsáhlé a jejich vyplnění trvalo minimálně 20 minut. Respondentům se nabízely otázky dichotomické, polytomické (možnost zaznamenání více odpovědí), polootevřené i otevřené s možností vepsání vlastní slovní odpovědi či dodatku. Zařazeny byly také otázky demografické zjišťující věk a pohlaví rodiče, dítěte a typ enurézy. U sester výši dosaženého vzdělání, délku praxe u PLPDD, věk, pohlaví, potvrzení setkávání se v ordinaci s pomočujícími se dětmi a jejich počtem. Další položky se týkaly:

- **oblasti fyziologických potřeb:**

→ hygiena (doporučení, dodržování, specifika, užívání pomůcek),

→ příjem tekutin (kolik tekutin dítě vypije za den a které preferuje, doporučení pitného režimu a jeho dodržování, pocity žízně),

→ spánek (buzení rodiči, užívání budících přístrojů a pomůcek na spaní, kvalita spánku, únava dítěte během dne)

→ vyprazdňování (druh pomočování a jeho frekvence, individuální návyky, nácvik mikce metodou start – stop, doporučování mikčního režimu),

→ péče o zdraví (oblast léčebného režimu - informovanost, edukace sestrou, doporučované oblasti a oblast rehabilitace - doporučení, dodržování, zájem dítěte a jeho aktivita dítěte),

- **oblasti potřeby jistoty a bezpečí:**

→ přístupu rodičů k pomočenému dítěti (znalost zásad přístupu rodičů k dítěti, doporučení, dodržování),

- **potřeby sebeúcty:**

→ osobnosti dítěte (charakteristika, reakce na pomočení),

→ jeho chování ve společnosti vrstevníků,

- **potřeby lásky a sounáležitosti:**

→ zapojování dítěte do společnosti (omezení, typy preferovaných zájmů, chování ve společnosti vrstevníků, znalost kontaktů na organizace a akce pro enuretické děti a jejich doporučení),

- **oblast problematiky enurézy:**

→ definice, příčiny vzniku enurézy a faktory působící na průběh onemocnění,

→ úloha sestry v edukaci o léčebném režimu,

- **oblast vývojových potřeb:**

→ znalosti vývoje dítěte k regulaci močení a jeho výchovy pomocí 7 kroků (věk, způsob výchovy a její doporučení),

Rozhovory s rodiči a sestrami byly provedeny na základě stejných okruhů témat jako v dotaznících. Okruhy se skládaly z několika předem připravených otázek (viz příloha č. 6 a 7), na které mohli respondenti sdělovat své názory. V průběhu rozhovorů byly vyhotovovány písemné záznamy. Jejich účel posloužil k popsání problematiky do hloubky a zodpovězení některých výzkumných otázek.

4.3 Charakteristika souboru

Hlavním kritériem pro výběr **pozorovaných** dětí bylo onemocnění enurézou. Z celkového počtu 28 dětí účastnících se pobytu trpělo enurézou 16 jedinců. Z toho jsme museli 2 chlapce vyřadit. Jeden chlapec pobyt předčasně ukončil z důvodu nemoci. U druhého nebyl sběr informací kompletní. Konečný počet pozorovaných dětí byl tedy 14. Z toho chlapců bylo 8 a dívek 6. Děti a jejich rodiče pocházeli z různých

míst na území celé České republiky. Pro zpracování pozorování do kazuistik bylo náhodně vybráno 10 enuretických dětí.

Dotazníky pro sestry musely být vyplněny zdravotními sestrami pracujícími v primární péči v ordinaci PLPDD. Elektronicky bylo do ordinací PLPDD v celé České republice odesláno 80 dotazníků. Touto cestou bylo zpátky získáno 27 vyplněných. Prostřednictvím pošty ČR a osobního styku bylo v kraji Jihočeském, Zlínském a Moravskoslezském rozdáno 40 dotazníků a zpátky získáno 28 vyplněných. Počet vyplněných dotazníků byl 55 a jejich návratnost 43,3%. Pro neúplnost údajů musely být vyřazeny 3 dotazníky. Celkový zůstatek dotazníků vyplněných sestrami a zpracovávaných ve výsledcích byl tedy 52. 5 sester pocházejících z Českých Budějovic, Kladna, Frýdku – Místku, Rychaltic a Palkovic u Frýdku – Místku souhlasilo s **rozhovorem**. Ten musela opět poskytnout sestra pracující v ordinaci PLPDD.

Dále bylo osloveno na 30 rodin enuretických dětí. Vyplněno bylo 22 **dotazníků pro rodiče**. Návratnost byla tedy 73,3 %. 5 rodičů z Benátek nad Jizerou, Uherského Brodu, Fryčovic u Frýdku – Místku, Českých Budějovic a Vráta u Českých Budějovic s **rozhovorem** souhlasilo.

4.4 Zpracování dat

Pro zpracování výsledků **pozorování** bylo náhodně vybráno a ve formě kazuistik zpracováno 10 dětí. Výskyt specifických potřeb byl pak následně sumarizován do přehledných tabulek.

V dotazníkovém šetření bylo celkem zpracováno 52 vyplněných dotazníků od sester a 22 dotazníků od rodičů. Výsledky byly zpracovány pomocí deskriptivní statistiky (absolutní, relativní četnost a průměry) a v textu zaznačeny takto:

N	absolutní četnost – počet respondentů
f_1	relativní četnost v %
Σ	suma - celkový počet respondentů

Výsledky šetření s tvorbou grafů a tabulek byly pak zpracovány elektronicky v programu MS Excel 2007 a zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Demografické údaje byly kategorizovány a dále zpracovávány stejnou metodou.

Rozhovorů se sestrami a rodiči bylo tedy zpracováno celkem 10 (5 za každou skupinu respondentů). Jednotlivé výsledky byly uvedeny formou kazuistik a také sumarizovány do přehledných tabulek.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky pozorování dětí

RESPONDENT 1 (R)

Chlapec – 10 let. Pocházející z úplné rodiny. Od malička trpí primární noční enurézou. Stav je navíc zhoršen onemocněním Tourettovým syndromem vyznačujícím se stereotypními mimovolními motorickými a vokálními tiky. Léčba enurézy v domácím prostředí probíhá na základě úpravy pitného, mikčního a spánkového režimu.

V oblasti biologických potřeb se v průběhu pobytu na letním táboře u chlapce vyskytl problém s dodržováním pitného režimu a přísné restrikce příjmu tekutin ve večerních hodinách. Vedoucím tábora byl opakovaně přistižen při nedodržování omezení tekutin. Dle svých slov má ve večerních hodinách silné pocity žízně. V průběhu dne vypije dle jeho slov asi 8 hrnečků čaje. Upřednostňuje především sladké nápoje a ovocné šťávy.

V oblasti vyprazdňování neužívá žádné hygienické pomůcky. V domácím prostředí se dle sdělení maminky pomočuje 4x do týdne. V průběhu třítýdenního pobytu se chlapec pomočil 4x. Sám se chodí před spaním 2x vymočit.

V rámci hygieny je chlapec samostatný, ale musí být nabádán vedoucím. Upřednostňuje sprchování 3x týdně. Individuální návyky neudává a zvýšenou péči o kůži nemá. Po pomočení se žádnou hygienickou péčí neprovádí.

Na táboře ale i doma pleny na spaní neužívá, stačí mu gumová podložka pod ložním prádlem. V noci, když se pomočí, se probouzí a dál nemůže spát. Chlapec vstává vždy velice brzy kolem 6 hodiny ranní.

Do rehabilitace se aktivně nezapojuje. Cviky na posílení pánevního dna dělat nechce. Dle jeho slov ho cvičení nebaví. Doma a na táboře naopak svědomitě provádí relaxační techniky pro zmírnění mimovolních projevů Tourettova syndromu - ne k posílení pánevního dna. Perorálně užívá medikace (haloperidol, elicea) v souvislosti

s onemocněním Tourettovým syndromem, po kterých se cítí velice unavený a mnohdy pospává přes den.

V oblasti vývojových potřeb je u chlapce silná potřeba výkonu. Rád se zapojuje především do bojových her. Rád vyhrává. Vyhledává nové poznatky. Vedoucím nemusí být stimulován ani nijak nabádán ke hře. Sám vymýšlí různé hry. Je hyperaktivní. Vůči jiným dětem je ale agresivní a nevrlý. Konec pobytu ho nebaví, odmítá se účastnit některých her (pohybové, vědomostní) – nechce se mu. V rámci odpoledního volného času je samotářský a kolektivu se straní. S dětmi moc kontakty nenavazuje. S dospělými vedoucími kontakt navazuje. Na žádnou druhou osobu vázaný není. Po psychické a fyzické stránce odpovídá věku.

S onemocněním enurézou je smířený. Dle jeho slov ho spíše „štvou“ tiky a s nimi spojený posměch a pohledy okolí. Z mimovolných projevů má pocity méněcennosti. Na posměch ostatních dětí je velice citlivý. Noční pomočení vedoucím ráno aktivně hlásí. Pocity strachu nebo úzkosti z toho, že se pomočil, nemá. S trestáním za pomočení se nebo naopak poskytnutím odměny nesouhlasí. Pomočování je dle jeho slov normální a nemůže za něj.

RESPONDENT 2 (Vi)

Chlapec – 9 let. Pochází z rozvedené rodiny. Pomočování se objevilo v období rozvodového řízení rodičů. Zde je enuréza sekundární noční převážně psychického charakteru. Léčba probíhá úpravou režimových opatření a přístupu k dítěti.

Chlapec se vyznačuje úporným dodržováním režimových opatření a pravidelnosti dne. V průběhu celého dne přijímá přes 2 litry tekutin s přísnou restrikcí po 17 hodině večerní. Na pocity žízně si neztěžuje. K dodržování režimu nabádá i ostatní děti.

V domácím prostředí se pomočuje téměř denně. Při pobytu na táboře se pomočuje 10x. Hygienické pomůcky neužívá žádné. V průběhu dne a před spaním sám provádí nácviky mikce (metodou start – stop). Jiné zvyky nemá. Preferuje každodenní ranní sprchování z důvodu pomočování se. V provádění hygieny je samostatný. Hygienický režim dodržuje.

Chodí spát pravidelně kolem 21 hodiny večerní. Často se svěřuje, že doma pro úzkost usíná s rozsvícenou lampičkou a i během noci se ze stejného důvodu budí. Při pobytu na letním táboře spí se svým oblíbeným plyšákem. Spí neklidně. Pod ložním prádlem užívá doma i na táboře gumovou podložku pod prostěradlem.

Aktivně se zapojuje do rehabilitačního cvičení na posílení pánevního dna. O cvičení má zájem. Cvičí svědomitě a samostatně. Rehabilitační cvičení provádí i doma. Medikaci v souvislosti s pomočováním neužívá.

Chlapec je velice uzavřený a nedůvěřivý vůči ostatním lidem. Kontakty s ostatními dětmi nenavazuje a do aktivit kolektivu a her se zpočátku nezapojuje. Nevěří si, že by nějakou hru mohl vyhrát (ve vykonávaných činnostech je pasivní). Je velice citlivý a plačtivý. Jako vedoucí jsme svědky několika plačtivých projevů a útěků do ústraní. Psychickou stránkou neodpovídá věku. Z činností nejvíce upřednostňuje kreslení, skládání básniček a čtení pohádek a příběhů. V této oblasti individuálních her je velice zvědavý. Zde vyhledává nové poznatky. Je velice vázán na svou matku. Sděluje, že se mu po ní stýská. Navazuje blízký vztah s vedoucím družstva (podpůrnou osobou), s kterým si velice rád povídá a tráví čas. Touží po ocenění a pochvale tímto člověkem. Podpůrná osoba ho stimuluje a nabádá k zapojení se do hry. Na tohoto vedoucího dá.

S pomočováním se nesmířil. Nerad o pomočování hovoří. Myslí si, že je to nemoc špatná a že za ní může on sám. Za pomočení očekává trest. Kvůli nemoci zažívá pocity méněcennosti, strachu a úzkosti. Při pomočení se uzavírá do sebe, odmítá komunikovat a stydí se. Mokrý povlečení a postel před vedoucím zapírá.

RESPONDENT 3 (T)

Dívka – 7 let. K primární noční enuréze přidružená enkopréza vyznačující se špiněním spodního prádla. Pochází z rodinného svazku, kde rodiče nejsou oddáni. Má 6 nevlastních sourozenců. Léčba probíhá na základě úpravy režimových opatření a pravidelnosti dne. S přihlédnutím k věku a nesoběstačnosti dívky je nutná dopomoc a dohled vedoucích v aktivitách všedního dne.

V průběhu dne dívka nabádána k vyššímu příjmu tekutin. Dochází k aktivnímu podávání čaje vedoucím. S dohledem vedoucího pije dostatečné množství tekutin. V dodržování restriktce ve večerních hodinách problém není. Na pocity žízně si neztěžuje. Ve večerních hodinách tekutiny nevyžaduje. Preferuje převážně sladké ovocné šťávy.

Dle podaných informací tatínka se dívka v domácím prostředí pomočuje 1-2x do týdne a umazává kalhotky. Během pobytu na letním táboře se pomočuje 3x a 1x špiní spodní prádlo. Hygienické pomůcky (pleny, vložky) neužívá. Individuální návyky ve vyprazdňování nemá a nácvik mikce neprovádí.

V rámci provádění hygieny je vzhledem k věku nesoběstačná. Pro provedení základních hygienických úkonů (čištění zubů, sprchování se, výměna špinavého prádla) je nad ní vykonáván dozor a dopomoc vedoucího. Neumí správně postupovat při mytí zoubků, dentici má kariézní. Trpí silným zápachem z úst. Hygienický režim po nabádání vedoucím dodržuje. Hygienické zvyklosti v souvislosti s pomočováním nemá.

Spát chodí dívka pravidelně okolo 20 hodiny večerní. Doma ji chodívá ke spánku ukládat tatínek. Usíná se svou oblíbenou hračkou a spí celou noc. Při pomočení se neprobouzí. V průběhu dne spánek ani odpočinek nevyhledává. Přes den se unavená necítí.

Do rehabilitace na posílení pánevního dna se aktivně zapojuje a má zájem. Cvičení ji baví a ráda poslouchá doprovodnou hudbu. Cvičení je však neefektivní. Způsob provádění jednotlivých cviků nechápe. Neumí zatnout nebo povolit svalstvo. Sestava se v jejím případě skládá ze zaujímání jednotlivých poloh těla a pravidelného hlubokého dýchání. Rehabilitační cvičení doma dosud necvičila. Medikaci v souvislosti s enurézou neužívá žádnou.

Po psychické a somatické stránce dívka neodpovídá věku. Ke hře a činnosti ji vedoucí nabádá a stimuluje. Kontakty s dospělými vedoucími navazuje s ostychem. V kolektivu vrstevníků je tichá, neprůbojná a výrazně se neprojevuje, protože se dle jejich slov stydí. Do her se zapojuje za pomoci vedoucího (poskytnutí podpory, doprovodu). Myslí si, že je bez jeho pomoci nevládne. Upřednostňuje kreslení a hraní

si s hračkami v kolektivu s dívkami přibližně stejného věku. S nimi kontakty navazuje. Nové poznatky vyhledává. Potřebu výkonu ale nemá.

Onemocnění enurézou bere za normální, nevádí jí. Na pomočení nikterak negativisticky nereaguje. Situaci vždy aktivně hlásí. Úzkost nebo strach neprojevuje.

RESPONDENT 4 (I)

Dívka – 8 let. Pocházející z úplné rodiny. Od malička trpěla primární enurézou. Dříve se pomočovala i v průběhu dne. Nyní se pomočuje pouze v noci. Léčba je převážně medikamentózní a režimová s přísným dodržováním restrikce tekutin po podání léku.

Dívka se v dodržování pitného režimu snaží být soběstačná. V průběhu dne se snaží přijímat dostatečné množství tekutin, ale zapomíná. I přesto žízeň pociťuje. Nejradši má džusy, sladké ovocné šťávy a čaje. V souvislosti s podávanou večerní medikací (minirin) má přísné omezení příjmu tekutin po užití léku. Sublinguální aplikaci minirinu zvládá sama. Ví, že nesmí pít, ale neví proč. Dívka je o důvodu restrikce tekutin z domu nedostatečně informovaná. Vedoucími letního tábora jsou zaznamenány opakované pokusy dívky se tajně vzdálit do umývárny a napít se. Je tedy zvýšen dohled ve večerních hodinách a informovanost dítěte.

Dle poskytnutých informací rodiči se dívka pomočuje každou noc. Během pobytu na letním táboře se pomočila 1x. Žádné hygienické pomůcky (pleny, vložky) nežívá. Nácvik mikce neprovádí (nechce). Individuální zvyklosti v souvislosti s vyprazdňováním nemá.

Ve způsobu očisty doma preferuje každodenní koupání, zde na táboře se musí sprchovat. Hygienická pravidla dodržuje a je samostatná. Při pomočení je zvyklá si převléknout pyžamo, spodní prádlo a postel. Zvýšenou péči o kůži nevyžaduje.

V průběhu pobytu na letním táboře se spánkem problémy neměla, usínala s oblíbenými plyšovými hračkami a spala celou noc. V případě pomočení se budí (převléká si postel a osobní prádlo) a pak bez problému usíná. Doma i na táboře používá gumovou podložku pod prostěradlem. Odpočinek a spánek přes den nevyžaduje a

unavená se necítí. Chodila spát nepravidelně a pozdě (vykládání si s kamarádkami v chatce).

Dívka se do léčby aktivně nezapojuje. K provádění rehabilitačních cviků ji vedoucí musí nabádat. Necvičí ráda. Nebaví jí to. Doma cvičit taky nechce.

U dívky je silná potřeba výkonu. Chce být ve všem nejlepší. Je perfekcionalistka s vysokým sebevědomím (nezná své hranice, myslí si, že vše hravě zvládne). Zajímá se vysoce o svůj zevnějšek. Poznatky vyhledává sama. Na svůj věk je předčasně dospělá a samostatná. Psychickými projevy neodpovídá věku. V kolektivu ostatních dětí je dominantní. S vrstevníky navazuje kontakty. S dívkami, s kterými se kamarádí a které ji obdivují, vytváří partu. Snaží se s nimi manipulovat. Ostatní děti jí moc v oblíbě nemají. Je vůči nim agresivní. Špatně přijímá autority. Pokyny některých vedoucích nerespektuje. Má své oblíbené vedoucí, které si předchází a snaží se jim zalíbit. Úkoly provádí až po opakovaném napomenutí vedoucím (mužem) s autoritou – spíše vzdoruje. Je ráda, když jí někdo přemlouvá a tím jí věnuje pozornost. Vždy očekává odměnu. Vyhledává především sportovní aktivity jako je aerobik.

Za pomočování se stydí. Myslí si, že ji hodně omezuje v kolektivu vrstevníků. Pomočováním v jejich očích ztrácí. Mluvit o nemoci nechce. Při pomočení se chová lhostejně, jakoby se nic nedělo.

RESPONDENT 5 (N)

Dívka – 12 let. Pochází z bezproblémové a úplné rodiny. Enurézou trpí od malička – primární, noční. Léčba probíhá na základě úpravy režimových opatření.

Pitný režim si dodržuje sama. Ví, že by měla více pít v průběhu dne. Občas to ale nedodrží nebo ve spěchu zapomene. Omezení má ve večerních hodinách a před spaním. Režim omezení dodržuje. Pocit žízně občas pociťuje, ale snaží se to překonat polykáním slin. To, že by se zašla napít, ji napadlo, ale chce to vydržet. Ví, že pomočovat se bude, když nebude důsledná.

Sděluje nám, že se doma pomočuje nepravidelně – 1-2x za 14 dní. V průběhu pobytu na letním táboře se nepomočila vůbec. Nácvič mikce neprovádí. Jako

individuální návyk se jde 1x před spaním vymočit. Pomůcky jako pleny, vložky neužívá.

Hygienická pravidla dodržuje. V této oblasti je samostatná, je čistá a upravená. Sprchuje se dle potřeby v průběhu dne a doma v souvislosti s pomočením se. Individuální zvyklosti neudává a o pokožku nijak zvlášť nepečuje.

Chodívá spát okolo 22 hodiny večer. Pomůcky na spaní nevyužívá. Gumovou podložku doma neužívá a na táboře ji nepotřebuje. Se spánkem problémy nemá a spí celou noc. Při pomočení se doma budí. Převléká si postel a osobní prádlo. Pak bez problému usíná.

Do léčby se aktivně zapojuje a sama si dodržuje režimová opatření. Rehabilituje samostatně. Medikaci v souvislosti s pomočováním neužívá.

Psychický i somatický stav odpovídá věku dívky. Projevy má přiměřené. Sama vyhledává nové poznatky. Potřeba výkonu není nijak zvlášť výrazná. Vedoucím nemusí být nabádána k činnosti. Kontakt s dospělými vedoucími a dětmi navazuje bez problému. S mladšími dětmi vedoucím pomáhá a vykonává nad nimi dohled. Plně se zapojuje do soutěží a her. Zadané úkoly plní. Vyhledává činnosti jako je tanec a hudba.

S onemocněním je smířená. Dívka má zdravé sebevědomí. Ví, že se pomočí, když bude nedůsledná a nedodrží režim. To, že se občas pomočí, ji mrzí. V mladším věku bývala omezována tím, že nejezdila na výlety spojené s pobytem a to jí bylo líto. Nyní (s nižším výskytem pomočování) již takové omezení nepocítuje.

RESPONDENT 6 (M)

Chlapec – 8 let. V rodině žije s oběma rodiči. Pomočuje se bez ustání od malička (primární enuréza). Hlavním problémem u chlapce je pomočování v noci. Léčba enurézy probíhá na základě úpravy režimových opatření.

Pitný režim dodržuje. Vypije kolem 1,5 -2 l tekutin. V průběhu dne si na výletech říká navíc o tekutiny. Preferuje džusy, sladké šťávy a minerálky. Má velice rád slaná jídla jako brambůrky nebo keksy (omezování vedoucími). Omezený příjem tekutin má 2 hodiny před spaním. Režimová opatření dodržuje, večer tekutiny nevyžaduje a pocit žízně nepocítuje.

V domácím prostředí se pomočuje 2-3x týdně. V průběhu pobytu se pomočil 11x, z toho 1x při hře. Doma ani na táboře žádné hygienické pomůcky nepoužívá. Návčik mikce neprovádí doma ani na táboře. Individuální návyky neprovádí žádné.

Preferuje sprchování co 2. den. Při hygieně je soběstačný. V souvislosti s pomočováním žádné hygienické návyky nemá. K výměně osobního prádla je nabádán vedoucím. Zvýšenou péči o pokožku neprovádí.

Při usínání musí mít doma rozsvícenou lampičku (při pobytu ne) a plyšáky. Doma spává klidně celou noc. Maminka mu na spaní občas nutí pleny. Doma gumovou podložku pod prostěradlem nemá. V případě pomočení se budí, ale pak usíná. Při pobytu na letním táboře chodívá spát pozdě mezi 22-23 hodinou večerní a při pomočení se probouzí a dál nemůže spát, protože je mu zima (je mokrý).

Léčebná opatření se snaží dodržovat. Medikace neužívá žádné. Na rehabilitaci se podílí pasivně. Cvičí, protože musí i ostatní děti. Doma cviky na posílení dna cvičí občas s maminkou.

Psychický a somatický stav odpovídá věku chlapce. Nové poznatky vyhledává a stimulaci k učení vedoucími nepotřebuje. Je velice soutěživý a doufá, že jejich družstvo etapovou hru vyhraje. Kontakt s ostatními dětmi a vedoucími bez problému navazuje. Dobře si získává kamarády a je velice přátelský. Plně se zapojuje do kolektivních her a plní úkoly zadané vedoucími. Hraje převážně hry sportovní (fotbal, hokej, běh) a bojové. Sebevědomí má přiměřené. Občas pociťuje stesk po matce. Ke konci tábora sděluje, že by nejradši jel domů za rodiči.

Onemocnění popírá. Stydí se za pomočování. Když ráno zjistí, že se pomočí, tak je bezradný. Uzavírá se do sebe, nekomunikuje. Má pocity zahanbení. Mokrý povlečení stahuje z postele a lhostejně ho ponechává na podlaze chatky. Spí v mokrém pyžamu a bez přikrývky.

RESPONDENT 7 (Ve)

Dívka – 13 let. Žije s oběma rodiči a starší sestrou. Od 4 let se dívka pomočovala každou noc (enuréza primární, noční). V průběhu posledních 3 let došlo ke zlepšení. Pomočuje se nepravidelně 1x 14 dní. Užívá medikamentózní léčbu a režim je nastaven v oblasti vyprazdňování, příjmu tekutin a spánku.

V průběhu dne pije okolo 1,5 litrů tekutin. Upřednostňuje sycené minerálky a čistou vodu. Omezení tekutin má mírně 2 hodiny před spaním. Tvrdí, že doma nesmí ve večerních hodinách jíst ani ovoce a zeleninu. Večer pocituje žízeň. Vedoucími je několikrát přistižena v umývárně, jak chodí tajně pít. Důsledná tedy není a režimová opatření nedodržuje.

Jak již bylo řečeno, v současné době se pomočuje nepravidelně 1x za 14 dní. Během pobytu na letním táboře se nepomočila vůbec. Nácvik mikce neprovádí. Kdysi o tom slyšela, seznámila se se cvičením na lázeňských pobytech v Mariánských Lázních. Nikdy ale doma s maminkou necvičila. Do 11 let používala na noc pleny. Nyní už pleny nenosí a žádné další hygienické pomůcky nepoužívá. Před spaním se chodí 1x vymočít.

Na táboře se chodí denně sprchovat. Ale spíše upřednostňuje koupání dle potřeby. Dříve se z důvodu častějšího pomočování a používání plen ráno otírala vlhčenými ubrousky. Nyní se jí pomočování tak často nestává a užívání ubrousků není potřeba. Hygienický režim dívka dodržuje a je plně soběstačná.

Spát chodívá později okolo 23 hodiny a spí celou noc bez problému. Doma je zvyklá vstávat okolo 10 hodiny. V této oblasti jí moc nevyhovuje nastavený režim letního tábora a brzké ranní budíčky. Z tohoto důvodu se v odpoledních hodinách cítí unavená. Doma a na táboře má pro jistotu pod prostěradlem gumovou podložku. Spánek porušený v souvislosti s pomočováním nemá.

Užívání perorální medikace (Mictonorm) si sama hlídá a pravidelně dochází za vedoucími. Do RHB se aktivně zapojuje. Rehabilituje samostatně. Cviky na posílení dna dle jejich slov potřebovat doma nebude.

Po psychické stránce dívka neodpovídá věku. Ve vykonávaných činnostech je pomalejší. Nové poznatky nevyhledává, nemá o ně zájem. Potřebu výkonu nemá. Do kolektivních her se zapojovat nechce. Je pasivní. Na jejich provádění se cítí unavená. Zadané úkoly vedoucích dělá z donucení. Sebevědomí má snížené a svých hranic možností si není vědoma. Kontakt s vrstevníky ani vedoucími z počátku pobytu nenavazuje. Musela být vedoucími přefazena do jiného družstva k dívkám přibližně stejného věku. Je tichá a v kolektivu nevýrazná a neprůbojná. Své názory nesdíljuje. V budoucnu by se chtěl věnovat jazykům - především angličtině.

Reakci na pomočení se u dívky nebylo možné zjistit. Pokud se ale začneme tázat na to, jak pomočování probíhá doma, reaguje úzkostně. O nemoci nemluví ráda.

RESPONDENT 8 (K)

Chlapec – 9 let. Pochází z úplné rodiny. Trpí primární noční enurézou. Na letním táboře je se starším bratrem, který má s pomočováním stejný problém. U obou se dodržují režimová opatření.

Pravidelný pitný režim chlapec nedodržuje. V průběhu dne pije málo (zapomíná). Za celý den vypije maximálně 1,5 litrů tekutin. Z nápojů má nejradši kofolu a coca-colu. Ve večerních hodinách pocítuje žízeň a nedodržuje večerní omezení příjmu tekutin a pije v umývárně z kohoutku.

Nácvik mikce nikdy neprováděl. V rámci individuálních návyků se před spaním chodí 1x vymočit. Hygienické pomůcky v souvislosti s pomočováním neužívá. Pomočuje se nepravidelně. Při pobytu na letním táboře dochází 1x k silnému umazání spodního prádla stolicí. Přisuzujeme to dietní chybě nebo nedoběhnutí na WC. K pomočení během pobytu nedochází.

Hygienická pravidla chlapec nedodržuje. Vedoucími je nabádán k pravidelnější očištění těla. Sděluje, že se doma koupe 1x týdně. Chlapec si z domu přináší opruzeniny v třísech a v kožních záhybech na břicho. Péče o pokožku je nepravidelná. Dle sdělení rodičů máme aplikovat mast Pimafucort. Chlapec se ale ošetření vedoucími brání, postižená místa ukazovat nechce. Z tohoto důvodu je vždy odváděn stranou do ošetřovny zdravotníkem. Opruzeniny se po týdnu hojí. Hygienické zásady spojené s pomočováním nemá.

Spává klidně celou noc. Doma, když se pomočí, tak se neprobouzí. Chodívá spát kolem 22 hodiny. Před spaním si vždy povídá s maminkou. Doma i na táboře používá gumovou podložku pod prostěradlem. Po dopoledním programu se cítí unavený (pohybové hry jsou pro něho náročné). Během odpoledního klidu pospává.

Léky v souvislosti s pomočováním neužívá. Aktivně se do léčby nezapojuje. Rehabilitace je nesamostatná. Ke správnému cvičení a jeho efektivnosti musí být

vedoucím napomínán. Nechápe, proč to musí dělat, když to nepomáhá. Dle jeho slov je cvičení „trapné“.

Po psychické a fyzické stránce odpovídá věku. Je obézní. Potřebu vyhledávat nové poznatky nemá. K aktivitě musí být motivován a stimulován vedoucím.

Kontakt s dospělými vedoucími a dětmi navazuje. Je závislý na přítomnosti staršího bratra (podpůrná osoba). Odmítá se účastnit některých her (převážně pohybových). Chodit na výlety se mu nechce (sedne si, truceje a odmítá jít dál). Zadané úkoly vedoucími plní občas. Je těžce motivovatelný. Z aktivit a zájmů má nejradši hry na počítači.

Myslí si, že ho onemocnění enurézou omezuje. Vyjadřuje se o ní tak, že je „blbá“. Nikdy se nemohl účastnit výletů spojených s pobytem. Cítí se méněcenný a svých hranic možností si není vědom (myslí si, že činnosti nezvládne). Při tázání se na nemoc je negativistický a agresivní. Stydí se a uzavírá do sebe. S poskytnutím odměny nebo trestu nesouhlasí.

RESPONDENT 9 (J)

Dívka – 9 let. Pochází z bezproblémové úplné rodiny. Dle poskytnutých informací rodiči se pomočovat v noci nikdy nepřestala (primární noční enuréza). Medikaci neužívá žádnou. Rodiče veškerou léčbu ponechávají na úpravě režimu a striktním používáním plen, které dívce dávají na každou noc. Jako vedoucí tábora jsem přesvědčení, že pleny nejsou potřeba a že je dívce dávat nebudeme. Proto balíčky s plenami odmítáme.

Dívka je vzhledem k věku velice schopná a režimová opatření si svědomitě dodržuje sama. Přes den přijímá dostatečný příjem tekutin (2l). Omezení ve večerních hodinách dodržuje. Žízeň nepocituje a s dodržováním režimu problémy nejsou. Preferuje čaj a ovocné džusy.

Od rodičů jsme při přebírání dítěte informováni, že se dívka pomočuje nepravidelně. I přesto ji dávají pleny na každou noc. V průběhu pobytu na letním táboře se během 14 dní pomočuje 10x. Nácvič mikce provádí samostatně a před spaním má ve zvyklosti se jít několikrát vymočit.

Hygienická pravidla dodržuje. Preferuje sprchování co 2. den. Dívka je čistá a upravená. V souvislosti s pomočováním si s vedoucím nebo i sama chystá čisté oblečení stranou, kdyby se v noci pomočila. Zvýšenou péči o pokožku nevyžaduje a individuální zvyklosti nemá.

Chodívá spát kolem 22 hodiny. Individuální návyky nemá. V noci se při pomočení probouzí (doma je buzena maminkou). Chodí za vedoucími, protože je jí zima. Po výměně ložního a osobního prádla bez problémů usíná a spí klidně. Na táboře jí pod prostěradlo dáváme gumovou podložku (doma ji nemývá). Pro případ pomočení si dívka vyžádala náhradní pokrývku a tu ji ponecháváme.

Aktivně se zapojuje do léčby. Cviky na posílení pánevního dna provádí sama a svědomitě. Doma cviky neprovádí.

Dívka je velice zvědavá, pozitivní, soutěživá a pohybově zdatná. Sama vyhledává nové poznatky a má potřebu výkonu. Činnosti vykonává aktivně. Bez problému se zapojuje do kolektivních a sportovních her. Problémy s navazováním kontaktů s dospělými ani dětmi nemá. Zadané úkoly vypracovává ráda a s nadšením. Z aktivit vyhledává především tanec, volejbal, výtvarnou činnost. Nejráději má na tomto táboře koupání a vodní hry.

Pomočení vždy aktivně hlásí. Pocity úzkosti nebo strachu nemá. Enurézu bere za normální. Na žádné jiné osobě není závislá. Projevuje se přiměřeně k věku. Sebevědomí má zdravé a své hranice možností si uvědomuje.

RESPONDENT 10 (F)

Chlapec – 11 let. Pochází z úplné rodiny. Doma má malou sestřičku, kterou má rád. Občas sestřičku hlídá a mamince pomáhá s péčí. Dle poskytnutých informací se pomočuje v noci po předešlých zátěžových nebo stresových situacích (enuréza sekundární, noční). Doma s rodiči dodržuje režimová opatření a relaxační cvičení s masážemi. Medikaci užívá sublinguálně (minirin).

Chlapec je v dodržování režimu samostatný a vykonávání dohledu vedoucích nad činnostmi denní potřeby nejsou nutné. Pitný režim si v průběhu dne dodržuje (vypije přes 2,5 litru tekutin). Večer žízeň nepociťuje. K pití preferuje čistou vodu nebo

vodu se šťávou. Velice rád má kakao. Ve večerních hodinách má mírné omezení tekutin. Po aplikaci léku by již tekutiny přijímat neměl. Omezení tekutin respektuje a dodržuje.

Doma se pomočuje po zátěžových a stresových situacích. Na táboře se pomočil 1x v noci. Souvislost jsme přisuzovali celodennímu výletu na hory, který se konal předešlého dne. Pomůcky z důvodu pomočování neužívá žádné. Pravidelně provádí nácvik mikce a před spaním se chodívá 1x vymočit.

Chlapec je čistotný a upravený. Preferuje sprchování 2-3x týdně. Při pomočení se doma omývá vodou. Hygienická pravidla dodržuje. Individuální návyky jiné nemá.

Spánek v průběhu dne nevyhledává a spí celou noc (při pomočení se neprobouzí). S maminkou před spaním provádějí masážní cviky břicha (nevíme proč). Chodívá spát okolo 21 hodiny večer. Pod prostěradlem mívá gumovou podložku.

Aktivně se zapojuje do rehabilitace. Cviky na posílení pánevního dna cvičí samostatně i doma. Večer užívá medikaci (minirin) sublinguálně. Aplikaci léku zvládá sám.

Chlapec je nekonfliktního typu. Kontakty s dětmi nenavazuje. Je tichý a v kolektivu nevýrazný a nijak nevyčínívá. Kamarádů moc nemá. S dospělými se kontakt stydí navazovat. Potřeba úspěchu nebo výkonu u něho výrazná není. Ze zájmových činností má nejraději karate a plavání. Rád čte i knihy. V této oblasti ho zajímají nové poznatky. Je spíše samotářsky. Když dostane zadané úkoly, tak je plní spolehlivě. Rád plní úkoly spojené s organizací her nebo dohledem nad mladšími dětmi (slabším pomáhá). Psychicky a fyzicky odpovídá věku.

Na otázky týkající se pomočování reaguje s úzkostí. Chová se méněcenně. Při pomočení má pocity zahanbení, nekomunikuje, stydí se.

Tabulka č. 1 Demografické údaje pozorovaných dětí

Demografické údaje dětí	Věk	Pohlaví	Typ enurézy
Resp. 1 R	10 let	chlapec	primární noční
Resp. 2 Vi	9 let	chlapec	sekundární noční
Resp. 3 T	7 let	dívka	primární noční
Resp. 4 I	8 let	dívka	primární noční
Resp. 5 N	12 let	dívka	primární noční
Resp. 6 M	8 let	chlapec	primární noční + denní při hře
Resp. 7 Ve	13 let	dívka	primární noční
Resp. 8 K	9 let	chlapec	primární noční
Resp. 9 J	9 let	dívka	primární noční
Resp. 10 F	11 let	chlapec	sekundární noční

Největší věkové zastoupení pozorovaných a do kazuistiky zpracovaných dětí bylo 9 let (30%) a 8 let (20%). Dále byly pozorovány děti ve věku 7 let, 10 let, 11 let, 12 let a 13 let (vždy po 10%). Průměrný věk dětí byl 9,6 let. Kazuistik chlapců bylo zpracováno 5 (50%), stejný počet byl dívek. Respondenti nejčastěji trpěli enurézou primární noční (80%).

Tabulka č. 2 Shrnutí hodnocení biologických potřeb

Oblast fyziologických potřeb	Tekutiny, strava	Vyprazdň.	Hygiena	Spánek, odpočinek	Péče o zdraví (léčba, RHB, uzdravení)
Resp. 1 (R)	má pocit žízně, vypije denně 8 hrnečků čaje, režim nedodržuje, restrikcí porušuje	v průběhu pobytu pomočen 4x, 2x před spaním močí	hyg. péči spojenou s pomoč. neprovádí	probouzí se a dál nemůže spát	do RHB ani léčby se aktivně nezapojuje
Resp. 2 (Vi)	pocit žízně nemá, režim dodržuje, pije přes 2 l tek.	v průběhu pobytu pomočen 10x, metoda start – stop využívána	ranní sprchování z důvodu pomočení	v noci spí neklidně, budí se, cítí úzkost	cvičí svědomitě a samostatně
Resp. 3 (T)	přijímá dostatečné množství tek., žízeň nepocítuje	v průběhu pobytu se pomočuje 3x a 1x špiní	hyg. zvyklosti v souvislosti s pomočováním nemá	spí celou noc, neprobouzí se	aktivně se do RHB zapojuje, má zájem
Resp. 4 (I)	žízeň pocítuje, restrikcí tekutin porušuje	v průběhu pobytu se pomočuje 1x	převléká si pyžamo, spodní prádlo, postel	při pomočení se budí, pak usíná bez problému	do RHB se aktivně nezapojuje, necvičí ráda
Resp. 5 (N)	zapomíná pít dostatečně, večer pocítuje žízeň	nepomocila se, doma se pomočuje nepravidelně, před spaním 1x močí	po pomočení sprchování	při pomočení se doma budí, pak spí bez problému	do RHB se aktivně zapojuje
Resp. 6 (M)	přijímá 2l tek. V průběhu dne, žízeň nemá	na táboře se v noci pomočil 11x, při hře 1x	v souvislosti s pomočováním hyg. návyky nemá	při pomočení se budí, nemůže spát, je mu chladno,	cvičí pasivně, protože musí

Resp. 7 (Ve)	v průběhu dne vypije 1,5l tek., žízeň pociťuje, režim porušuje	nepomohla se, doma se pomočuje nepravidelně, 1x před spaním močí	otírání vlhčenými ubrousky po pomočení	spánek v souvislosti s pomočováním porušen není	do cvičení se aktivně zapojuje, samostatná RHB
Resp. 8 (K)	pije málo, v průběhu dne max. 1,5l tek., žízeň pociťuje	k pomočení na táboře nedochází, doma se pomočuje nepravidelně, 1x před spaním močí	hygienické zásady spojené s pomočováním nemá, opruzeniny	spí klidně celou noc, při pomočení se neprobouzí	do cvičení se nezapojuje, RHB nesamostatná
Resp. 9 (J)	přes den příjem 2l tek., žízeň nepociťuje, režim dodržuje	na táboře v noci pomočena 10x, nácvik metody start – stop, před spaním opakovaně močí	pro případ potřeby si na noc chystá čisté oblečení a lůžkoviny	spí klidně, při pomočení se budí, chodí za vedoucími, vyžaduje náhradní příkrývku, pak usíná bez problému a spí klidně	aktivně se zapojuje do léčby, cvičí samostatně
Resp. 10 (F)	vypije 2,5l tek. V průběhu dne, žízeň nepociťuje	pomočen 1x v noci po celodenním výletu, cvičí metodu start – stop, 1x před spaním močí	po pomočení se omývá vodou	spí celou noc, neprobouzí se	aktivně se zapojuje do RHB, cvičí i doma

Tabulka č. 3 Shrnutí hodnocení vývojových potřeb

Oblast vývojových potřeb	Podmínky pro rozvoj	Respekt odlišnosti vývoje
Resp. 1 (R)	má silnou potřebu výkonu, nové poznatky vyhledává, vedoucím k zapojení nemusí být nabádán, má rád bojové hry	po psychické a fyzické stránce odpovídá věku
Resp. 2 (Vi)	nové poznatky vyhledává v individuálních hrách, je zvědavý, k aktivitě a zapojení se do činnosti stimulován vedoucím	po psychické stránce neodpovídá věku
Resp. 3 (T)	ke hře a činnosti ji vedoucí musí nabádat, potřebu výkonu nemá, nové poznatky ale vyhledává	po psychické a fyzické stránce neodpovídá věku
Resp. 4 (I)	silná potřeba výkonu, stimulovaná být nemusí, perfekcionalistka, poznatky vyhledává sama,	psychickými projevy neodpovídá věku
Resp. 5 (N)	sama vyhledává nové poznatky, potřeba výkonu není nijak zvlášť výrazná, k činnostem nemusí být vedoucím nabádána	psychicky i somaticky odpovídá věku
Resp. 6 (M)	nové poznatky vyhledává a stimulaci k učení vedoucími nepotřebuje	psychický a somatický stav odpovídá věku
Resp. 7 (Ve)	nové poznatky nevyhledává, nemá o ně zájem, potřebu výkonu nemá, je pasivní	po psychické stránce neodpovídá věku
Resp. 8 (K)	potřebu vyhledávat nové poznatky nemá, k aktivitě musí být motivován a stimulován vedoucím	po psychické a somatické stránce odpovídá věku
Resp. 9 (J)	sama vyhledává nové poznatky, má potřebu výkonu,	po psychické a somatické stránce odpovídá věku
Resp. 10 (F)	potřeba výkonu ani úspěchu výrazná není, v individuálních hrách ale nové poznatky vyhledává	po psychické a somatické stránce odpovídá věku

Tabulka č. 4 Shrnutí hodnocení potřeby jistoty a bezpečí a sebeúcty

Oblast psychických potřeb	Jistota a bezpečí	Vlastní identita (sebehodnocení – potřeba sebeúcty)
Resp. 1 (R)	pomočení sám aktivně hlásí, pocity strachu ani úzkosti nemá, enuréza je dle jeho slov normální, s trestem nebo pochvalou nesouhlasí	pocity méněcennosti z mimovolných projevů a ne z pomočování
Resp. 2 (Vi)	přítomnost podpůrné osoby (vedoucího), nerad o pomočení hovoří, očekává za něj trest, vinu svaluje na sebe, má strach a cítí úzkost, když se pomočí, uzavírá se, stydí se, odmítá komunikovat	má pocity méněcennosti
Resp. 3 (T)	enurézu bere za normální, nevdá jí, nikterak negativisticky nereaguje, situaci hlásí aktivně	sebehodnocení v souvislosti s enurézou narušené nemá
Resp. 4 (I)	za pomočování se stydí, mluvit o nemoci nechce, po pomočení se chová lhostejně	perfekcionalistka s vysokým sebevědomím
Resp. 5 (N)	s enurézou je smířená, když se doma pomočí, tak jí to mrzí, ale ví, že se pomočila z toho, že nedodržela režimová opatření	má zdravé sebevědomí
Resp. 6 (M)	stydí se za pomočování, uzavírá se do sebe, nekomunikuje, má pocity zahanbení, mokré prádlo stahuje z postele a nechává lhostejně ležet na podlaze chatky	sebevědomí má přiměřené
Resp. 7 (Ve)	při otázkách na to, jak pomočování probíhá doma, reaguje přehnaně úzkostně, o nemoci nemluví ráda	sebevědomí má snížené
Resp. 8 (K)	o enuréze se vyjadřuje tak že je "blbá", při tázání se na ni je negativistický a agresivní, stydí se a uzavírá se do sebe, s poskytnutím odměny nebo trestu nesouhlasí, přítomnost podpůrné osoby (bratr)	cítí se méněcenný
Resp. 9 (J)	pomočení vždy aktivně hlásí, pocity úzkosti nebo strachu nemá, enurézu bere za normální,	sebevědomí má zdravé
Resp. 10 (F)	na otázky ohledně enurézy reaguje s úzkostí, má pocity zahanbením nekomunikuje, stydí se	chová se méněcenně

Tabulka č. 5 Shrnutí hodnocení sociálních potřeb

Oblast sociálních potřeb	Socializace (potřeba lásky a sounáležitosti)
Resp. 1 (R)	vůči jiným dětem je agresivní a nevrlý, během odpoledního klidu je samotářský a straní se kolektivu, kontakty s dětmi nenavazuje, preferuje bojové hry
Resp. 2 (Vi)	uzavřený a nedůvěřivý vůči ostatním lidem, kontakty s ostatními dětmi nenavazuje, do kolektivu a her se zpočátku nezapojuje, upřednostňuje individuální hry
Resp. 3 (T)	v kolektivu je tichá, neprůbojná, neprojevuje se, kontakty s vrstevnicemi navazuje, upřednostňuje kreslení a hraní si s hračkami s dívkami stejného věku
Resp. 4 (I)	v kolektivu dětí je dominantní, s vrstevníky navazuje kontakty, tvoří s nimi party, manipuluje s nimi, ostatní děti ji rády nemají, vůči nim je agresivní, vyhledává sportovní aktivity
Resp. 5 (N)	kontakty navazuje bez problémů, nad mladšími dětmi vykonává dohled a pomáhá vedoucím
Resp. 6 (M)	kontakty navazuje bez problémů, získává si kamarády a je přátelský, plně se zapojuje do kolektivních her, hraje sportovní a bojové hry
Resp. 7 (Ve)	kontakty s vrstevníky ani vedoucími ze začátku nenavazovala, byla pasivní a pomalejší, tichá, v kolektivu nevýrazná a neprůbojná, do kolektivních her se zapojovat nechce
Resp. 8 (K)	kontakty s dětmi navazuje, odmítá se ale účastnit některých pohybových her, protože se mu nechce, doma upřednostňuje hry na počítači
Resp. 9 (J)	problémy s navazováním kontaktů nemá, aktivní, soutěživá, bez problémů se zapojuje do kolektivních a sportovních her,
Resp. 10 (F)	kontakty s dětmi nenavazuje, tichý, v kolektivu nevýrazný, nevyčívá, kamarádů moc nemá, rád organizuje hry a pomáhá vedoucím, zajímá se o karate a plavání

5.2 Výsledky dotazníkového šetření s rodiči

Demografické údaje

Tabulka č. 6 Demografické údaje rodičů

Věk rodičů	N	f1	Pohlaví rodičů	N	f1
18-29 let	5	22,7	žena	18	81,8
30-39 let	11	50			
40-49 let	6	27,3	muž	4	18,2
nad 50	0	0			
Σ	22	100	Σ	22	100

Průměrný věk dotazovaných rodičů byl 36 let. Nejvíce byla zastoupena kategorie věku 30-39 let – 11 (50 %) respondentů a pohlaví ženské – 18 (81,8 %) respondentů.

Tabulka č. 7 Demografické údaje pomočujících se dětí v péči rodičů

Věk dětí	N	f1	Pohlaví dětí	N	f1
5-6 let	1	4,6	dívka	11	50
7-8 let	6	27,3			
9-10 let	6	27,3			
11-12 let	4	18,2	chlapec	11	50
13-14 let	3	13,6			
15-16 let	1	4,6			
17-18 let	1	4,6	Σ	22	100
Σ	22	100			

Průměrný věk pomočujících se dětí v péči dotazovaných rodičů je 10,55 let. Shodný počet - 6 (27,3 %) respondentů uvedlo, že má v péči pomočující se dítě ve věkové kategorii 7-8 let a 9-10 let. Pohlaví dětí zde bylo zastoupeno stejnou měrou vždy v 50 %.

Oblast fyziologických potřeb

Hygiena

Otázka č. 1 „Jak poznáte, že se Vaše dítě pomočilo?“

V této otázce mohli rodiče volit více odpovědí, popřípadě doplnit. Nejvíce respondentů (12 – 54, 6 %) čistotu dítěte zjišťuje tím, že jim pomočení dítě samo hlásí. 9 (40,9 %) respondentů kontroluje postel dítěte každé ráno. Stejný počet 2 respondentů (9,1 %) odpovědělo, že dítě nekontrolují a že jim dítě pomočení nehlásí. V počtu 1 respondent (4,6 %) shodně zvolil možnosti, že dítěti pravidelně mění pleny a že mu kontroluje několikrát za den prádlo. 2 respondenti (9,1 %) využili možnosti vepsání vlastní odpovědi – 1x kontroluji dítěti pyžamo jen příležitostně a 1x zjistím pomočení v noci při kontrole postele.

Otázka č. 2 „Jde se Vaše dítě po pomočení umýt?“

Na otázku odpovědělo 15 (68,2 %) respondentů možností ano a 6 (27,3 %) ne. 1 respondent (4,5 %) zvolil odpověď nevim.

Otázka č. 3 „Používá Vaše dítě hygienické pomůcky přes den z důvodu pomočování (př. pleny)?“

Na tuto otázku odpověděli 2 (9,1 %) ano a 20 (90,9 %) respondentů ne. Kladně odpovídající respondenti pak využili dodatek otázky „pokud ano, jaké“ a vyjádřili se, že jejich dítě přes den používá pleny.

Otázka č. 4 „Byly Vám doporučeny hygienické zásady pro Vaše pomočující se dítě?“

Nejvíce respondentů na otázku odpovědělo kladně (12 – 54,6 %). Záporně se vyjádřilo 9 (40,9 %) respondentů a odpovědí nevim 1 (4,5 %) respondent. Kladně odpovídající v dodatku otázky „pokud ano, jaké“ nejčastěji volili odpověď - umytí dítěte po pomočení (9 respondentů – 75 %), výměna prádla po pomočení (8 respondentů – 66,7%) a pravidelná hygiena (6 respondentů – 50 %). Dále volili odpověď - užívání plen v noci (4

respondenti – 33,3 %), výměna prádla v noci (3 respondenti – 25 %) a ošetření kůže krémem (2 respondenti – 16,7 %).

Příjem tekutin

Otázka č. 5 „Kolik Vaše dítě denně vypije tekutin?“

Do otevřené otázky vepsalo 11 respondentů (50 %), že dítě v průběhu dne vypije 2 a více litru tekutin, 7 respondentů (31,8 %) 1,5 litru tekutin a stejné množství 2 respondenti (9,1 %) vepsalo do 1 litru tekutin a nevím.

Otázka č. 6 „Jaké tekutiny Vaše dítě preferuje?“

Do otevřené otázky respondenti zaznamenávali více odpovědí. Nejčastěji vpsovali minerální vodu a čaj (10 respondentů – 45,5 %). 7 respondentů (31,8 %) vepsalo, že jejich dítě preferuje sirupy, džusy a ovocné šťávy. Čistou vodu a slazené nápoje preferují 3 děti respondentů (13,6 %). 1 respondent (4,6 %) na tuto otázku odpovědět nedokázal a vepsal slovo nevím.

Otázka č. 7 „Má Vaše dítě omezený příjem tekutin během dne?“

Na otázku odpovědělo 20 (90,9 %) respondentů kladně a 2 (9,1 %) respondenti záporně. V dodatku otázky „pokud ano, kdy“ volilo 17 (85 %) respondentů odpověď večer před spaním a 3 (15 %) respondenti odpoledne po 17 hodině.

Otázka č. 8 „Pocituje Vaše dítě ve večerních hodinách žízeň?“

To, že má dítě ve večerních hodinách žízeň, nám potvrdilo 15 (68,2 %) respondentů odpovědí ano a 7 respondentů (31,8 %) vyvrátilo odpovědí ne.

Otázka č. 9 „Byl(a) jste informován(a) o zvýšeném podávání tekutin dítěti v průběhu celého dne?“

Na otázku odpovědělo 16 (72,7 %) respondentů kladně, 5 (22,7 %) respondentů záporně a 1 (4,6 %) respondent využil odpovědi nevím.

Spánek a odpočinek

Otázka č. 10 „Chodí Vaše dítě spát v pravidelnou dobu?“

Na otázku odpovědělo 19 (86,4 %) respondentů kladně, 2 (9,1 %) respondenti záporně a 1 (4,6 %) respondent odpověděl nevím.

Otázka č. 11 „Pociťuje dítě únavu, protože v noci špatně spalo?“

Tuto otázku svou odpovědí ano potvrzuje 5 (22,7 %) a odpovědí ne vyvracuje 17 (77,3 %) respondentů.

Otázka č. 12 „Probudí se dítě, když se v noci pomůže?“

12 (54,6 %) respondentům se dítě v noci při pomočení probouzí a 10 (45,5%) respondentům neprobouzí.

Otázka č. 13 „Spí Vaše dítě klidně celou noc?“

Naopak 14 (63,6 %) respondentům spí dítě klidně celou noc. U 7 (31,8 %) respondentů má dítě spánek narušený. 1 (4,6 %) respondent na otázku odpovědět nedokáže a volí odpověď nevím.

Otázka č. 14 „Má Vaše dítě nějaké spánkové návyky, které provádí, než jde spát?“

Na otázku odpovědělo 16 (72,7 %) respondentů ano a 5 (22,7 %) respondentů ne. 1 (4,6 %) respondent se vyjádřil odpovědí nevím. Na dodatek otázky „pokud ano, jaké“ volně odpovědělo 14 (87,5 %) respondentů tak, že se jde jejich dítě před spaním vymočít a u 6 (37,5%) respondentů děti poslouchají nebo čtou pohádky. Ve shodném počtu 2 (12,5 %) respondentů byla vepsána odpověď – provedení večerní hygieny a přítomnost rozsvíceného světla. Také odpovědi – dítě musí usínat při otevřených dveřích a po vyvětrání místnosti – vepsalo stejný počet respondentů (1 – 6,3 %).

Otázka č. 15 „Používáte u Vašeho dítěte hygienické pomůcky na spaní?“

V otázce se 19 (86,4 %) respondentů vyjádřilo kladně a 3 (13,6 %) respondenti záporně. V dodatku otázky „pokud ano, jaké“ z nabízených možností nejvíce kladně

odpovídající respondenti volili možnost - gumovou podložku (18 – 94,7 % respondentů) a pak pleny (3 – 15,8 % respondentů). 3 respondenti v možnosti jiné připsali svou odpověď – 1 respondent u dítěte užívá pogumované prostěradlo a 2 respondenti pleny, pokud dítě spí mimo domov.

Otázka č. 16 „Užíváte u dítěte budící pomůcky?“

Na otázku odpověděli 2 (9,1 %) respondenti kladně a 20 (90,9 %) záporně. V dodatku otázky „pokud ano, jaké“ 2 kladně odpovídající respondenti (100 %) vepsali enuretický alarm.

Otázka č. 17 „Budíte Vaše dítě v noci na vymočení?“

Na otázku odpovědělo 9 (40,9 %) respondentů kladně a 13 (59,1 %) záporně. V dodatku otázky „pokud ano, kolikrát“ kladně odpovídající respondenti volili nejčastěji odpověď 1x – 8 (88,9 %) a pak 2x – 1 (11,1 %).

Vyprazdňování

Otázka č. 18 „Kdy se Vaše dítě začalo pomočovat?“

V případě otázky týkající se typu pomočování odpovědělo 15 (68,2 %) respondentů, že se jejich dítě nikdy pomočovat nepřestalo (enuréza primární). U 7 (31,8 %) respondentů se dítě pomočovat přestalo a po určitém období se opět pomočovat začalo (enuréza sekundární).

Otázka č. 19 „Jak často se Vaše dítě pomočuje?“

Nejvíce respondentů v otázce týkající se častosti mokrých epizod volilo ve shodném počtu 7 (31,8 %) možnost 3-4x týdně a nepravidelně. 6 (27,3 %) respondentů odpovědělo 1-2x týdně a 2 (9,1 %) respondenti denně.

Otázka č. 20 „Má Vaše dítě nějaké zvyky při močení, které dodržuje?“

Na otázku odpověděli 4 (18,2 %) respondenti kladně a 16 (72,7 %) záporně. 2 (9,1 %) respondenti zvolili odpověď nevím. Na dodatek otázky „pokud ano, jaké“ vepsali 2 (50

%) kladně odpovídající respondenti odpověď - dítě při močení vyžaduje intimitu a 2 (50 %) respondenti odpověď - vymočení se před spaním.

Otázka č. 21 „Provádíte s dítětem nácvik močení?“

S dítětem nácvik močení provádí 14 (63,6 %) respondentů, kteří odpověděli na otázku kladně. 8 (36,4 %) respondentů odpovědělo záporně.

Otázka č. 22 „Byli jste informováni o možnosti provádět nácvik močení u pomočujícího se dítěte?“

14 (63,6 %) respondentů na to, že byli informováni o možnostech provádět s dítětem nácvik močení (metoda start – stop), odpovědělo kladně a 8 (36,4 %) respondentů záporně.

Oblast léčebného režimu

Otázka č. 23 „Užívá Vaše dítě léky v souvislosti s pomočováním?“

U 5 (22,7 %) respondentů dítě medikaci užívá a 17 (77,3 %) respondentů ne. V dodatku otázky „pokud ano, jaké“ převládalo u kladně odpovídajících respondentů farmakum nitropan (2 – 40 % respondentů). S počtem 1 (20 %) respondent pak merilin melt, minirin a urovaxon.

Otázka č. 24 „Byl(a) jste informován(a) o zásadách léčebného režimu u pomočujícího se dítěte?“

To, že o léčebném režimu byli respondenti informováni, se vyslovilo 19 (86,4 %) respondentů kladně, 1 (4,6 %) respondent záporně a 2 (9,1 %) respondenti odpovědět nedokázali a zvolili možnost nevím. Byl zde také požadavek dodatku „pokud ano, co bylo jeho součástí“. Kladně odpovídající respondenti měli možnost vybrat více nabízených odpovědí. Z celkového počtu 19 kladně odpovídajících respondentů jich nejčastěji volilo možnost - informování o pitném režimu (17 – 89,5 %), režimu močení (12 – 63,2 %) a spánku (7 – 36, 8 %). 6 (31,6 %) respondentů dále volilo zásady

hygieny, 5 (26,3 %) relaxační cvičení (RHB), 4 (21,1 %) užívání a účinek léků, 3 (15,8 %) užívání budících přístrojů a režim dne a 2 (10,5 %) průběh klinických vyšetření.

Oblast rehabilitace

Otázka č. 25 „Provádíte s dítětem doma rehabilitační cvičení?“

Na otázku, zda-li doma rodiče s dětmi provádějí rehabilitační cvičení (na posílení pánevního dna), odpověděli kladně 4 (18,2 %) a záporně 18 (81,8 %) respondentů.

Otázka č. 26 „Chce Vaše dítě cvičit?“

To, že by dítě mělo zájem cvičit, potvrzuje pouze 1 (4,6 %) respondent. U 21 (95,5 %) respondentů dítě cvičit odmítá.

Otázka č. 27 „Byl(a) jste informován(a) o možnostech rehabilitačního cvičení u Vašeho dítěte k posílení pánevního dna?“

Na otázku odpovědělo ano i ne stejný počet respondentů – 11 (50 %).

Oblast znalosti problematiky enurézy a vývoje dítěte

Otázka č. 28 „Jak byste definoval(a) pojem enuréza (pomočování)?“

V otázce měli respondenti možnost volit více možností. Nejčastěji volili odpověď - pomočování bez onemocnění orgánů (9 – 40,9 % respondentů), dítě nekontroluje močový měchýř po 3 a 5 roce (shodně 8 – 36,4 % respondentů). Dále volili možnosti - pomočování na základě onemocnění orgánů (7 – 31,8 % respondentů), nevědomý únik moči (5 – 22,7 % respondentů) a pomočení se 2x a 5x a více za měsíc (shodně 1 – 4,6 % respondent).

Otázka č. 29 „Jaké faktory přisuzujete vzniku a průběhu enurézy u Vašeho dítěte?“

V otázce měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. Za nejčastější příčinu vzniku onemocnění respondenti považují - osobnost dítěte (12 – 54,6 % respondentů), dědičné faktory (10 – 45,5 % respondentů) a opožděný vývoj močových center (8 – 36,4 %).

Dále volili možnosti traumatizující situace (6 – 27,3 % respondentů), rodinné konflikty (5 – 22,7 % respondentů), opožděný vývoj mozkových center (4 – 18,2 % respondentů), stres (2 – 9,1 % respondentů), konflikty ve škole (1 – 4,6 % respondentů). 2 (9,1 %) respondenti využili možnost jiné a jako příčinu vepsali hyperaktivitu a změnu prostředí s nástupem do školy.

Otázka č. 30 „Od jakého věku by se dítě již pomočovat nemělo?“

Nejvíce respondentů - 11 (50 %) považuje za patologické pomočování už od 3 let věku dítěte. 10 (45,5 %) respondentů od 5 let věku dítěte a 1 (4,6 %) respondent od 7 let věku dítěte.

Otázka č. 31 „Znáte vývoj a metodu výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků?“

Kladně na tuto otázku odpověděl pouze 1 (4,6 %) respondent. Naopak 21 (95,5 %) respondentů odpovědělo záporně. U kladně odpovídajících respondentů byl požadavek odpovědět na dodatek „pokud ano, co je hlavní myšlenkou výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků“. Respondent, který odpověděl kladně, zaznamenal možnosti informování rodičů o vývojových etapách regulace močení u dětí a nabádání rodičů k respektování opožděného vývoje močení dítěte a nezasahování.

Otázka č. 32 „Jakým způsobem jste Vaše dítě vedl(a) ke schopnosti udržet moč?“

Tabulka č. 8 Způsob výchovy dítěte k regulaci močení rodiči

Metoda	Věk dítěte	N	f1
vysazováním na nočník - dítě způsob přijalo a začalo nočník aktivně vyhledávat pro močení ve věku...let	do 1 roku	12	54,6
	do 2 let	3	13,6
	do 3 let	1	4,6
vysazováním na nočník - dítě způsob nepřijalo a nočník pro močení nevyhledávalo ve věku.....let	do 1 roku	0	0
	do 2 let	0	0
	do 3 let	1	4,6
vysazováním na WC		5	22,7
nevysazoval(a) jsem ho, čekal(a) jsem, až dítě dosáhne věku let	do 1 roku	0	0
	do 2 let	1	4,6
	do 3 let	0	0
nevysazoval(a) jsem ho, dítě si způsob zvolilo samo ve věku let	do 1 roku	0	0
	do 2 let	1	4,6
	do 3 let	0	0
jiné		0	0

V této otázce měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí a dopsat věk dítěte. Nejvíce respondentů - 16 (72,7 %) dítě úspěšně vysazovalo na nočník. Z toho do 1 roku věku dítěte 12 (54,6 %) respondentů, do 2 let 3 (13,6 %) respondenti, do 3 let 1 (4,6 %) respondent.

Otázka č. 33 „Kdo Vám nejvíce o vývoji Vašeho dítěte ve schopnosti udržet moč poskytoval informace nebo z jakých zdrojů jste je čerpal(a)?“

V otázce mohli respondenti volit z více odpovědí případně doplnit. Shodný počet respondentů - 12 (54,6 %) volilo odpovědi - PLPDD a internet. Shodný počet respondentů - 3 (13,6 %) volili také odpovědi - knihy a časopisy. Shodný počet respondentů - 1 (4,6 %) volili odpovědi - rodinný příslušník a sestra v ordinaci PLPDD. Zajímavé byly odpovědi 5 (22,7 %) respondentů. Ti zvolili možnost jiné a vepsali své

odpovědi – nefrolog, zkušenosti s ostatními dětmi, netradiční medicína, tábor pro enuretiky pořádaný JU v ČB, nikdo – neřešíme.

Oblast přístupu rodičů k dítěti (uspokojení potřeby jistoty a bezpečí)

Otázka č. 34 „Jak se zachováte k Vašemu dítěti, když se pomočí?“

V otázce mohli respondenti volit více odpovědí. Nejčastěji respondenti ve shodném počtu (10 – 45,5 %) volili možnosti - uvědomím si, že dítě za situaci nemůže; snažím se o situaci mluvit a snažím se dítě povzbudit. Dále volili možnosti - zpřísním režimová opatření (7 – 31,8 %); dítě by si mělo samo povléci postel, o situaci nemluví před dítětem, beru situaci za normální (4 – 18,2 %); uvědomím si, že se dítě ještě vyvíjí (2 – 9,1 % respondentů). 2 (9,1 %) respondenti shodně zvolili možnost jiné a vepsali svou odpověď – společně s dítětem povlékám postel.

Otázka č. 35 „Jak se dítě zachová při pomočení?“

V otázce měli respondenti možnost volit více odpovědí. Nejčastěji volili odpověď - stydí se (12 – 54,6 %) a sám(a) si převléká postel (7 – 31,8 %). Dále volili odpovědi - chová se lhostejně (4 – 18,2 %); snaží se pomočení utajit a pláče (shodně 3 – 13,6 %); schovává pomočené věci (2 – 9,1 %); uzavře se a nekomunikuje (1 – 4,6 %). 4 (18,2 %) respondenti také zvolili možnost jiné a vepsali svou odpověď – 2x dítě aktivně pomočení hlásí a přijde, 1x chlapec je naštvaný a 1x dítě nechápe situaci.

Oblast osobnosti dítěte (uspokojení potřeby sebeúcty)

Otázka č. 36 „Jak byste charakterizoval(a) osobnost Vašeho dítěte?“

Respondenti v otázce volili více odpovědí. Nejčastěji dítě charakterizovali odpověďmi - je citlivá(ý) (16 – 72,7 %), nerozhodná(ý) (11 – 50 %) a odpovídá věku dítěte (7 – 31,8 %). Dále volili možnost – je komunikativní (6 – 27,3 %), má nižší sebevědomí (5 – 22,7 %), je úzkostná(ý) a otevřená(ý) (4 – 18,2 %); plačtivá(ý) (3 – 13,6 %); uzavřená(ý) (2 – 9,1 %); má vysoké sebevědomí, je nerozhodná(ý) (1 – 4,6 %). 1 respondent zaznamenal odpověď jiné a doplnil svou odpověď – „považuje se za chudinku“.

Otázka č. 37 „Jak se Vaše dítě chová ve společnosti vrstevníků?“

V otázce mohli respondenti volit více odpovědí. Nejčastěji volili odpověď, že se dítě bez problémů zapojuje do dětských aktivit (16 – 72,7 %), má dostatek kamarádů a navazuje s nimi kontakt (11 – 50 %) a dítě má omezené kolektivní aktivity (4 – 18,2 %). Dále volili možnost jiné (2 – 9,1 %) – má málo kamarádů a bez problémů se zapojuje do kolektivu, pokud o onemocnění ostatní kamarádi neví. U 1(4,6 %) respondenta se dítě vrstevníků straní.

Oblast socializace dítěte (uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti)

Otázka č. 38 „Jaké aktivity a zájmy Vaše dítě vyhledává?“

Enuretické děti dotazovaných rodičů nejčastěji vyhledávají zájmy jako je sport (12 – 54,6 %), zájmové (umělecké) kroužky (6 – 27,3 %), individuální a kolektivní hry (4 – 18,2 %).

Otázka č. 39 „Omezuje pomočování vaše dítě ve společnosti?“

To, že by vlivem onemocnění byly děti omezeny ve společnosti nám svou kladnou odpovědí, potvrdilo 11 (50 %) respondentů a zápornou odpovědí popřelo 10 (45,5 %) respondentů. 1 (4,6 %) respondent odpověděl neví. U kladně odpovídajících respondentů byl požadavek odpověď upřesnit dodatkem „pokud ano, v čem“. Nejvíce respondentů z nabízených možností zvolilo odpověď – letní tábory pomočující se dítě nepřijímá a neúčastní se školních akcí spojených s pobytem (6 – 54,6 %), nemůže cestovat (5 – 45,5 %), děti ve školním kolektivu se mému dítěti smějí (4 – 36,4 %) a nemůže se ubytovávat v hotelech a penzionech (3 - 27,3 %).

Otázka č. 40 „Znáte nějaké organizace nebo akce pro pomočující se děti a jejich rodiče?“

Na otázku odpovědělo kladně 13 (59,1 %) a záporně 9 (40,9 %). V dodatku otázky „pokud ano, jaké“ pak kladně odpovídající respondenti volili možnost – letní tábory

organizované JU v ČB (12 – 92,3 %), enuretické léčebné rehabilitační pobyty (3 – 23,1 %) a svépomocné skupiny (2 – 15,4%).

Otázka č. 41 „Zapojujete své pomočující se dítě do těchto akcí?“

Celkem 12 (54,6 %) respondentů na otázku odpovědělo kladně a 10 (45,5 %) respondentů záporně.

5.3 Výsledky dotazníkového šetření se sestrami

Demografické údaje

Tabulka č. 9 Věk a pohlaví sester

Věk	N	f1	Pohlaví	N	f1
18-29 let	4	7,7	žena	52	100
30-39 let	21	40,4			
40-49 let	13	25			
50-59 let	11	21,2	muž	0	0
nad 60 let	3	5,8			
Σ	52	100	Σ	52	100

Z demografických údajů vyplynulo to, že je u sester nejvíce zastoupena věková kategorie 30 - 39 let (21 – 40,4 % respondentů). Průměrný věk sester je 42,8 let. Dotazníkového šetření se účastnily pouze ženy (100%).

Tabulka č. 10 Dosažené vzdělání a délka praxe sester u PLPDD

Dosažené vzdělání	N	f1	Délka praxe u PLPDD	N	f1
SZŠ	38	73,1	do 5 let	14	26,9
VOŠ	6	11,5	6-10 let	12	23,1
VŠ (Bc.)	4	7,7	11-20 let	13	25
VŠ (Mgr.)	4	7,7	21-30 let	10	19,2
postgraduální	0	0	nad 31 let	3	5,8
Σ	52	100	Σ	52	100

V kategoriích dosaženého vzdělání a délky praxe sester u PLPDD je nejvíce zastoupeno vzdělání středoškolské (38 – 73,1 % respondentů) a délka praxe do 5 let (14 – 26,9 % respondentů). Průměrná délka praxe sester u PLPDD je 13,5 let.

Tabulka č. 11 Počet enuretických dětí v péči PLPDD

Počet ošetřovaných dětí s enurézou	N	f1
do 5 dětí	20	38,5
6-10 dětí	19	36,5
11-20 dětí	8	15,4
21-30 dětí	2	3,9
31-40 dětí	1	1,9
41-50 dětí	2	3,9
Σ	52	100

Největší zastoupení v kategoriích počtu ošetřovaných enuretických dětí v ordinaci PLPDD má skupina v počtu do 5 dětí (20 – 38,5 % respondentů) a 6-10 let (19 – 36,5 % respondentů). Průměr počtu ošetřovaných dětí dotazovaných sester pracujících u PLPDD je 10,6.

Oblast fyziologických potřeb

Hygiena

Otázka č. 1 „Užívají pomočující se děti hygienické pomůcky?“

Na tuto otázku odpovědělo kladně 40 (76,9 %) respondentů, záporně 10 (19,2 %) respondentů a nevím 2 (3,9 %) respondentů. V dodatku „pokud ano, jaké“ mohli kladně odpovídající respondenti zvolit více odpovědí nebo odpověď dopsat. 35 (87,5 %) respondentů zvolilo možnost pleny, 8 (20 %) respondentů vložky a 1 (2,5 %) respondent jiné - jednorázová podložka.

Otázka č. 2 „Doporučujete rodičům hygienické zásady přizpůsobené pomočujícím se dětem?“

Na otázku odpovědělo kladně 45 (86,5 %) respondentů a 7 (13,5 %) záporně. Otázka dále obsahovala dodatek „pokud ano, jaké“, kde mohli kladně odpovídající respondenti volit více odpovědí. Nejvíce jich volilo odpověď – výměna prádla po pomočení se (39 – 86,7 % respondentů), pravidelná hygiena (36 – 80 % respondentů), umytí po pomočení

se (31 – 68,9 %) a ošetření kůže krémem (29 – 64,4 %). Dále respondenti volili odpovědi – užívání plén v noci (22 – 48,9 %), výměna prádla v noci (21 – 12,5 %), výměna prádla denně (17 – 46,7 %), výměna prádla v průběhu dne (9 – 20 %), užívání plén přes den (4 – 8,9 %).

Otázka č. 3 „*Dodržují rodiče u pomočujících se dětí tyto hygienické zásady?*“

Na otázku odpovědělo 28 (53,9 %) respondentů ano a 24 (46,2 %) respondentů nevim.

Příjem tekutin

Otázka č. 4 „*Jaký systém pitného režimu pomočujícím se dětem doporučujete?*“

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejčastěji volili odpověď – zákaz příjmu tekutin před spaním (28 – 53,9 %), omezení kofeinových a slazených nápojů (26 – 50 %) a snížený příjem tekutin v odpoledních hodinách (25 – 48,1 %). Dále volili - nabízení většího množství tekutin v průběhu celého dne s mírným omezením večer (22 – 42,3 %), dítě může pít tekutiny bez omezení (3 – 5,8 %), pestrá nabídka nápojů a jiné – večer doporučuje ovoce (1 – 1,9 %).

Otázka č. 5 „*Stěžují si rodiče pomočujících se dětí, že má dítě v souvislosti s omezeným příjmem tekutin ve večerních hodinách žízeň?*“

Na otázku odpovědělo kladně 22 (42,3 %) respondentů, záporně a nevim pak shodně 15 (28,9 %) respondentů.

Spánek a odpočinek

Otázka č. 6 „*Budí rodiče pomočující se děti v noci na vymočení?*“

Na otázku odpovědělo 38 (73,1 %) respondentů kladně, 4 (7,7 %) respondenti záporně a 10 (19,2 %) respondentů nevim.

Otázka č. 7 „*Doporučujete, aby rodiče pomočující se děti v noci budili na vymočení?*“

Nejvíce na otázku odpovědělo kladně (37 – 71,2 % respondentů). 15 (28,9 %) respondentů odpovědělo záporně.

Otázka č. 8 „Stěžují si pomočující se děti na to, že nemohou v noci spát?“

Na otázku odpovědělo záporně 44 (84,6 %) respondentů a odpovědí nevím 8 (15,4 %) respondentů.

Otázka č. 9 „Připadají Vám pomočující se děti unavené a nevyspané, když přicházejí do ordinace?“

Na tuto otázku odpovědělo záporně 51 (98,1 %) respondentů a odpovědí nevím 1 (1,9 %) respondent.

Otázka č. 10 „Doporučujete rodičům pomočujících se dětí nějaké pomůcky na spaní?“

Na otázku odpovědělo kladně 44 (84,6 %) a záporně 8 (15,4 %) respondentů. V dodatku otázky „pokud ano, jaké“ mohli kladně odpovídající respondenti volit více odpovědí případně dopsat jinou. Nejčastěji volili možnost – gumová podložka (40 – 90,9 %), dále budící přístroje (9 – 20,5 %), pleny (7 – 15,9 %) a jiné (2 – 4,6 %) – 1x jednorázová podložka a 1x zápis suchých a mokrých nocí.

Vyprazdňování

Otázka č. 11 „Cvičí rodiče s pomočujícími se dětmi nácvik mikce (tj. dítě zkouší zadržet moč a znovu ji pustit, zajít se před spaním několikrát vymočit aj.)?“

Na otázku odpovědělo nejvíce respondentů odpovědí nevím (27 – 51,9 %), dále odpovědí kladnou (22 – 42,3 %) a zápornou (3 – 5,8 %).

Otázka č. 12 „Doporučujete rodičům a jejím pomočujícím se dětem nácvik mikce?“

Na otázku, zda-li metodu start – stop rodičům a jejich dětem respondenti doporučují, odpovídali nejčastěji kladně (43 – 82,7 %). Záporně odpovědělo 9 (17,3 %) respondentů.

Oblast léčebného režimu

Otázka č. 13 „Edukujete, jako sestra, rodiče a jejich pomočující se děti o léčebném režimu.“

Většina respondentů - 43 (82,7 %) nám otázku potvrdilo odpovědí ano a 9 (17,3 %) respondentů vyvrátilo odpovědí ne. Kladně odpovídající respondenti měli možnost odpovědět na dodatek „pokud ano, co je součástí Vaší edukace o léčebném režimu u pomočujícího se dítěte“. Nejvíce respondentů (41 – 95,4 %) rodiče a jejich děti edukuje o pitném režimu. 35 (81,4 %) respondentů edukuje o režimu mikce, 33 (76,7 %) respondentů o zásadách hygieny, 21 (48,8 %) respondentů o režimu dne, 15 (34,9 %) respondentů o režimu spánku, 13 (30,2 %) respondentů o užívání a účinku farmak, 8 (18,6 %) respondentů o průběhu klinických vyšetření, 6 (14 %) respondentů o relaxačním cvičení (RHB) a 1 (2,3 %) respondentů zvolil možnost jiné a dopsal vlastní odpověď – o internetových stránkách a veřejných diskuzích.

Otázka č. 14 „Dodržují pomočující se děti a jejich rodiče tento léčebný režim?“

Na otázku většina respondentů nedokázala odpovědět 29 (55,8 %) a zvolila odpověď nevím. Kladně odpovědělo 22 (42,3 %) a záporně 1 (1,9 %) respondent.

Oblast rehabilitace

Otázka č. 15 „Cvičí rodiče s pomočujícími se dětmi doma cviky na posílení pánevního dna?“

Na tuto odpověděla většina respondentů (39 – 75 %) možností nevím. 10 (19,2 %) respondentů dále odpovědělo kladně a 3 (5,8 %) respondenti záporně.

Otázka č. 16 „Mají pomočující se děti aktivní zájem cvičit?“

Na otázku respondenti v největší míře odpovídali nevím (25 – 48,1 %). 16 (30,8 %) respondentů odpovědělo záporně a 11 (21,2 %) respondentů odpovědělo kladně.

Oblast znalosti problematiky enurézy a vývoje dítěte

Otázka č. 17 „Jak byste definoval(a) pojem enuréza (pomočování)?“

Tabulka č. 12 Definice enurézy z pohledu sester

	N	f1
pomočování na základě onemocnění orgánů	9	17,3
pomočování bez onemocnění orgánů	28	53,9
dítě nekontroluje močový měchýř po 3 roce života	12	23,1
dítě nekontroluje močový měchýř po 5 roce života	25	48,1
nevědomý únik moči	22	42,3
pomočení se 5x a více za měsíc	14	26,9
pomočení se 2x a více za měsíc	6	11,5
jiné	3	5,8

V otázce mohli respondenti volit více odpovědí. Nejčastěji respondenti volili možnost – pomočování bez onemocnění orgánů (28 – 53,9 % respondentů), dítě nekontroluje močový měchýř po 5 roce života (25 – 48,1 % respondentů) a nevědomý únik moči (22 – 42,3 % respondentů).

Otázka č. 18 „Jaké faktory působí na vznik a průběh enurézy (pomočování) u dětí?“

Tabulka č. 13 Faktory působící na vznik a průběh enurézy z pohledu sester

	N	f1
nesprávná výchova	8	15,4
dědičné	3	5,8
opožděný vývoj moč. center	15	28,9
opožděný vývoj mozk. center	8	15,4
stres a psychika	45	86,5
osobnost dítěte (ADHD)	1	1,9
traumatizující situace	1	1,9
rodinné konflikty	7	13,5
konflikty ve škole	1	1,9
režim dítěte (pitný, vyprazdň., tělesná zátěž, hygiena)	8	15,4
tvrdý spánek	2	3,9
onemocnění	9	17,3
nevím	1	1,9

Respondentům jsme nechtěli podsouvat odpovědi uzavřenou otázkou. Proto jsme otázku formulovali jako otevřenou a respondenty jsme nechali volně odpovídat. Vepsané odpovědi jsme pak zkatégorizovali a zpracovali do tabulky. Nejčastěji respondenti vpisovali možnost – stres a psychika dítěte (45 – 86,5 %) a opožděný vývoj močových center (15 – 28,9 %).

Otázka č. 19 „Od jakého věku by se dítě již pomočovat nemělo.“

Respondenti pomočování za patologické nejčastěji považují od věku 5 let (30 – 57,7 %). V počtu 18 (34,6 %) respondenti volili možnost od 3let a shodně v počtu 2 (3,9 %) respondenti volili možnost od 7 let a jiné – od 4 let.

Otázka č. 20 „Znáte vývoj a metodu výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků?“

Otázku nám zápornou odpovědí vyvrátilo 43 (82,7 %) respondentů a kladnou odpovědí potvrdilo 9 (17,3 %). Kladně odpovídající respondenti dále odpovídali na dodatek

„pokud ano, co je hlavní myšlenkou výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků“. Nejčastěji volili odpovědi – informuje rodiče o vývojových etapách regulace močení u dětí (7 – 77,8 % respondentů), formuluje zásady vysazování dětí na nočník v prvním roce života (5 – 55,6 % respondentů), nabádá rodiče k respektování opožděného vývoje močení dítěte a nezasahování (4 – 44,4 % respondentů) a nabádá rodiče k včasnému zásahu do vývoje močení dítěte před prvním rokem věku (2 – 22,2 % respondentů).

Otázka č. 21 „Doporučujete metodu výchovy dětí k suchým nocím pomocí 7 kroků rodičům malých dětí?“

Z otázky vyplynulo, že z 9 sester, které metodu výchovy pomocí 7 kroků znají, ji rodičům doporučuje pouze 6 (66 %) respondentů.

Otázka č. 22 „Využívají rodiče metodu výchovy k suchým nocím pomocí 7 kroků?“

Na otázku nedokázalo odpovědět 50 (96,2 %) respondentů. Odpověď ano a ne zvolil vždy 1 (1,9 %) respondent.

Otázka č. 23 „Jakým jiným způsobem rodiče děti vychovávají, aby si udržely moč a začaly chodit na nočník nebo WC?“

Tabulka č. 14 Způsob rodičů ve výchově dítěte k regulaci močení z pohledu sester

		N	f1
vysazováním na nočník - dítě způsob přijalo a začalo nočník aktivně vyhledávat pro močení ve věku...let	do 1 roku	15	28,9
	do 2 let	26	52
	do 3 let	5	9,6
vysazováním na nočník - dítě způsob nepřijalo a nočník pro močení nevyhledávalo ve věku.....let	do 1 roku	5	9,6
	do 2 let	2	3,9
	do 3 let	0	0
vysazováním na WC		12	23,1
nevysazují ho, čekají, až dítě dosáhne věku let	do 2 let	1	1,9
	do 3 let	1	1,9
nevysazují ho, dítě si způsob volí samo ve věku let	do 1 roku	0	0
	do 2 let	3	5,8
	do 3 let	3	5,8
jiné		3	5,8

V otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí a doplnit věk dítěte. Nejvíce jich volilo odpověď, že rodiče děti úspěšně vysazují na nočník (46 – 88,5 %) a to ve věku do 2 let (26 – 52 % respondentů). 12 (23,1 %) respondentů volilo možnost, že rodiče dítě vysazují na WC.

Oblast osobnosti dítěte (uspokojení potřeby sebeúcty)

Otázka č. 24 „Jak byste charakterizoval(a) osobnost pomočujícího se dítěte?“

Tabulka č. 15 Osobnost dítěte z pohledu sester

	N	f1
má nižší sebevědomí	30	57,7
má vysoké sebevědomí	0	0
odpovídá věku dítěte	12	23,1
uzavřená(ý)	14	26,9
citlivá(ý)	31	59,6
plačtivá(ý)	17	32,7
úzkostlivá(ý)	16	30,8
nerozhodná(ý)	10	19,2
komunikativní a otevřená(ý)	4	7,7
stydlivá(ý)	25	48,1
přátelská(ý)	11	21,2
jiné	7	13,5

Osobnost dítěte respondenti nejvíce charakterizovali možnostmi – citlivá(ý) (31 – 59,6 % respondentů), má nižší sebevědomí (30 – 57,7 % respondentů) a je stydlivá(ý) (25 – 48,1 % respondentů). 7 (13,5 %) respondentů využilo možnosti jiné a vepsalo svou odpověď – 5x individuální, 1x dle prostředí rodiny a 1x hyperaktivní.

Otázka č. 25 „Jak se pomočující se dítě chová ve společnosti vrstevníků?“

V této otázce mohli respondenti zaznamenat více odpovědí. Chování dítěte charakterizuje nejvíce 27 (51,4 %) respondentů odpovědí - dítě má omezené kolektivní aktivity. Dále 24 (46,2 %) respondentů odpovědí – děti se mu za pomočování smějí, 13 (25 %) respondentů odpovědí – bez problému navazuje kolektivní aktivity, 11 (21,2 %) respondentů odpovědí – vrstevníků se straní, 8 (15,4 %) respondentů odpovědí má dostatek kamarádů a navazuje s nimi kontakt, 7 (13,5 %) respondentů odpovědí – je šikanováno, 3 (5,8 %) respondentů odpovědí – nemá kamarády. 11 (21,2 %) respondentů využilo odpovědi jiné a vepsalo svou odpověď – 1x bojí se zašpinění oděvu, 8x že je to individuální a 1x že neví.

Oblast přístupu rodičů k dítěti (uspokojování potřeby jistoty a bezpečí)

Otázka č. 26 „Jak se rodiče k pomočujícím se dětem chovají v ordinaci lékaře a jak vnímají pomočování dítěte?“

V otázce mohli respondenti volit více odpovědí. Nejčastěji volili odpověď – za onemocnění svého dítěte se stydí (25 – 48,1 % respondentů), jsou trpěliví a za každý úspěch dítě chválí (19 – 36,5 % respondentů) a jsou otráveni z dlouhodobé léčby (12 – 23,1 %). Dále volili odpovědi – o onemocnění nechtějí mluvit před dítětem (10 – 19,2 % respondentů), onemocnění berou za normální (8 – 15,4 % respondentů) a příčinu onemocnění dávají za vinu dítěti (2 – 3,9 % respondentů). 9 (17,3 %) respondentů využilo možnosti jiné a vepsalo svou odpověď – 8x je to individuální a 1x že rodiče dítěti poskytují odměnu.

Otázka č. 27 „Jak by se měli rodiče zachovat k dítěti, když se pomočí?“

Na otázku odpovídala většina respondentů (38 – 73,1 %) možností – rodiče by se měli snažit dítě povzbudit. Dále volili možnost - rodiče by se měli snažit dítě povzbudit (35 – 67,3 % sester), rodiče by s dítětem měli o situaci mluvit (28 – 53,9 % sester), uvědomit si, že dítě za situaci nemůže (27 – 51,9 % sester), uvědomit si, že se dítě ještě vyvíjí (19 – 36,5 % sester), brát situaci na normální (6 – 11,5 % sester), dítě by si mělo samo pvléci postel (4 – 7,7 % sester), o situaci by neměli mluvit před dítětem (3 – 5,8 % sester). 3 (5,8 %) sester využilo odpovědi jiné a vepsalo svou odpověď – 1x rodiče by měli dítě motivovat, 1x chválit, 1x netrestat, nekřičet, nenadávat.

Otázka č. 28 „Edukujete rodiče o tom, jak přistupovat k pomočenému dítěti?“

Na tuto otázku odpovědělo 48 (92,3 %) respondentů kladně a 4 (7,7%) respondenti záporně.

Oblast socializace dítěte (uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti)

Otázka č. 29 „Omezuje enuretické děti pomočování ve společnosti?“

Na otázku odpověděla většina respondentů (47 – 90,4 %) kladně. 5 (9,6 %) respondentů odpovědělo záporně. Kladně odpovídající respondenti měli dále možnost otázku upřesnit dodatkem „pokud ano, v čem“. Nejvíce respondentů volilo možnost – neúčastní se školních akcí spojených s pobytem (32 - 68,1 %) a letní tábory pomočující se děti nepřijímají (24 – 51,1 %). Dále respondenti volili odpovědi, že se děti ve školním kolektivu pomočujícím se dětem smějí (22 – 46,8 %), mateřské školy pomočující se děti nechtějí přijímat (21 – 44,7 %), děti nemohou cestovat a koupat se ve veřejných bazénech (shodný počet 3 – 6,4 %), nemohou se ubytovávat v hotelech a penzionech (2 – 4,3 %) a neúčastní se kulturních ani sportovních akcí (1 – 2,1 %). 2 (4,3 %) respondenti využili odpovědi jiné a vepsali svou odpověď – 1x lázně pomočující se děti nepřijímají a 1x omezení dítěte se odvíjí od spolupráce personálu pedagogického či zdravotního.

Otázka č. 30 „Doporučujete rodičům pomočujících se dětí organizace nebo akce pro pomočující se děti a jejich rodiče?“

Otázku svou kladnou odpovědí potvrzuje 36 (69,2 %) a zápornou odpovědí vyvracuje 16 (30,8 %) sester. K upřesnění otázky došlo dodatkem „pokud ano, jaké“. Nejčastěji respondenti doporučují letní tábory pro enuretické děti organizované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích (33 – 91,7 %). Pak až enuretické léčebné rehabilitační pobyty (18 – 50 % sester) a svépomocné skupiny (7 – 19,4 % respondentů). 1 respondent (2,8 %) zvolila možnost jiné a vepsala svou odpověď – internetové stránky.

5.4 Výsledky rozhovorů s rodiči

RESPONDENT 1

Paní Jana (věk 40 let) pochází z Českých Budějovic a v péči má syna trpícího primární noční enurézou ve věku 9 let. Onemocnění bylo diagnostikováno a začalo se řešit po 4 roce života a trvá doposud. Chlapec má (podle slov maminky) období 2-3 měsíců, kdy se nepomočuje a má pauzu...někdy po stresových situacích či fyzické námaze se pomočování vrací.

Pojem enuréza si vysvětluje tak, že je to psychosomatické onemocnění. Podle ní je to novodobá nemoc dětí, protože jsou neustále ve stresu a napětí. Dochází zde k poruchám vyprazdňování, kdy mozeček nebere to, kde a jak probudit dítě v noci na vymočení. Mozeček nespolupracuje s močovým měchýřem. O podstatě onemocnění se vždy velice zajímala a hned v začátku diagnostikování enurézy u jejího dítěte se ptala lékaře. Bylo jí řečeno, že pomočování postupným věkem odezní.

Za prvotní příčinu vzniku pomočování paní považuje nezralost nervového systému. „*Jemu správně nepracují nervíky, aby mu dávaly signály, že se potřebuje jít vymočit.*“ Také tvrdí, že vývoj syna v regulaci močení byl pomalejší, byl moc pohodlný a líný. Dále přisuzuje velký vliv stresu a konfliktům ve škole. Hodně prý u dítěte na vzniku a průběhu pomočování hraje roli psychika. Průběh pomočování u chlapce zhoršovala nepřítomnost jeho matky ve školských zařízeních (mateřské školy). „*Mívala jsem to i já, měla jsem docela špatný vztah s maminkou a ta když zakřičela, tak byl problém.*“ Myslí si, že je to částečně dané také v genech. Dále chlapec velice tvrdě spí a necítí, když se pomočí. Stačí i větší fyzická námaha nebo špatný sen a pomočí se.

V souvislosti s léčbou enurézy byli v péči praktické dětské lékařky. Paní měla ze začátku problém se na lékaře obrátit. „*Měla jsem problém...člověk se za to stydí, protože normální dítě v roce a půl je bez plínek a běhá...jeho bylo třeba hlídat a v kabelce mít náhradní punčochy a kalhoty, když se přihodila nehoda. Normálně se o tom nemluví, spousta rodičů to neřeší a pak se v tom jenom plácáj...říkají si, že mají blbě dítě.*“ Léčba pomočování u chlapce se skládala z úpravy režimu a užívání farmak.

„My jsme měli obyčejné prášky na uklidnění...dithiaden mu dala paní doktorka na uklidnění ...aby se mu pak dobře spalo.“

To, že by sestra u praktického lékaře měla výraznou úlohu v péči a léčbě enurézy u chlapce, si paní nijak zvlášť neuvědomuje. *„Ne...my jsme vždy mluvili jen s paní doktorkou. Sestřička tam byla bohužel jen takový element...syn s ní ani nespolupracoval. Dělal pouze výkony, co jí paní doktorka nadiktovala...maximálně nám vrazila papírový leták do ruky a tím bylo školení ukončeno. Bylo vždy lepší se ptát doktorů...sestřička měla moc práce a ani jsme nepadli na nějakou schopnou. S námi nikdo moc nekomunikoval.“*

V rámci úpravy pitného režimu a dle slov paní, má chlapec mírně omezený příjem tekutin po 17 hodině večerní. Místo tekutin mu paní může podávat třeba ovoce (jablka). Denně vypije asi 1,5 litru tekutin. Z typu tekutin jim bylo řečeno, že může pít všechno. *„Syn občas večer žízeň pociťuje.“*

Režim močení má chlapec upravený tak, že provádí nácvik močení metodou start – stop. *„My doma cvičíme...stahuje močové cesty a zadržuje moč, když jde čurat. Moc cvičit ale nechce...v tomhle mu pomáhá jeho starší bratr, který cvičí s ním. Jinou rehabilitaci ale neznáme.“* Jiným způsobem dítě vyprazdňování upravené nemá a žádné dodržování zvyků nevyžaduje.

Úprava spánkového režimu se skládala z opakovaného buzení dítěte maminkou v pozdních večerních hodinách (kolem 22 hodiny). Pokud ho paní večer několikrát probudí na vymočení, problém nenastává a chlapec se jde vymočit až ráno, jak vstane. Chodí spát v pravidelnou dobu okolo půl deváté. Žádné problémy s buzením dítěte a následným nevyspáním a únavou paní žádné problémy neodsledovala.

„Ohledně hygieny nám nikdo nic neřekl ani nedoporučil...zdravotníci asi považovali za automatické nebo normální, že když se dítě počuralo, tak že se šlo umýt. A pomůcky jsme v noci ani přes den nepoužívali.“

Ve výchově chlapce k regulaci močení se paní řídila dle zkušeností od prvního syna. V tomto jí sestra žádné rady nepodávala. S výchovou začala ve věku 1 roku. *„...donesli jsme mu vždy hračky okolo nočníku a kontrolovali jsme ho. Pokud v něm nic nebylo, tak jsme ho posadili znova, dokud se nevyčural...a tak se snažil. Později jsme*

přišli na nápad, že když jsme mu dali napít, tak se pak krátce na to vyčural. Tak to bylo rychlé...to jsme ho pak hodně chválili...Paní také popisuje to, že se jim s vysazováním nočníku moc nedařilo. Chlapec se velice často vymočil i mimo nočník. Pleny nosil do věku 3 let. Chlapec byl prý ve vývoji pomalejší a lenivý a to, že se pomočoval, mu nevadilo.

Osobnost syna by paní charakterizovala takto: *„Je hodně závislý a vázaný na mě. Měl problémy, když šel do jeslí nebo podobných školních zařízení. Je to takový malý cholerik. Jinak je docela hodně otevřený a citlivý.“* Ve společnosti vrstevníků vidí paní problém v tom, že se pomočující se děti stydí a neprojevují se. Jsou pasivní.

To, že děti pomočování ve společnosti omezuje, paní potvrzuje. Problémy jsou především ve školce nebo škole s posměchem dětí opačného pohlaví. *„Tady záleží na paní učitelce, jak se s ní domluvíte...když se dítě počurá a ona je tak taktní, že to sbalí, tajně dá do igelitky a pak předá mamince... Jsou tady také paní učitelky, které děti ponižují a všem dětem to prozradí...myslím si, že je třeba pedagogy upozornit na to, že se to může stát a že za to dítě nemůže. I na výletě se dá režim dodržovat...nevím proč by v tomto případě děti nemohly jet.“* Paní si dále myslí, že když jsou děti větší (po 10 roce), tak si režim mohou hlídat a upravovat samy. O akcích pro enuretické děti nebo o organizacích zabývajících se tímto problémem paní nikdy neslyšela a sestra ani lékař ji nikdy o nich neinformovali. Tudiž nikdy neměla možnost své dítě do takových akcí zapojit.

Reakci dítěte na pomočení a přístup k dítěti paní popisuje takto: *„Člověk se musí držet, protože za to dítě nemůže. Nedělá to schválně...občas se to přede mnou snaží zakrýt. Dává to do pračky a zakrývá to dekou, aby to nebylo vidět na té posteli. Domluvila jsem se s ním, že to nemusí zakrývat...že by to pak smrdělo. Kdysi mi řekl, že nechce, abych se zlobila. Plakal kvůli tomu. Nekřičet, nenadávat...všechno v klidu. Trestání dříve nechápal, nevěděl za co. Přemýšlím o tom a ptám se ho, jestli se třeba v noci nebojí...hledám důvod. Svěřil se mi, že je pro něj nejhorší si sám postel převléknout a hodit to do pračky. Já mu to občas povlékám a upozorňuju ho na to, že by si to měl po sobě uklízet sám. Je to především o trpělivosti a o tom, nereagovat podrážděně.“*

Informovanost o enuréze a jejím průběhu léčby paní hodnotí negativně. Neměla si to ze začátku kde načíst. Pouze dostali leták do ruky. „...záleželo asi na nás, jak si to doma vyřešíme. Mám dítě s určitým problémem, tak se o něj musím starat sama.“

RESPONDENT 2

Paní Radka (věk 35 let) bydlí ve Fryčovicích u Frýdku - Místku. Její dcera ve věku 8 let trpí primární noční enurézou. Situace s pomočováním se u dívky začala řešit okolo 3 roku věku života a trvá doteď.

O onemocnění enurézou paní (před onemocněním dcery) slyšela jen zběžně. „...spíše jsem ten pojem znala ze školy (paní má zdravotnické vzdělání). V ordinaci PLPDD si mysleli, že vím všechno...blíže mě neinformovali...pouze o příčině, že je to na základě psychických problémů.“

Paní bylo částečně vysvětleno to, že na onemocnění enurézou dítě nemá prakticky žádný vliv. „Vzhledem k rodinné situaci, kdy jsme se s manželem rozváděli, pro ni začaly stresy...velice těžko to nesla a byla více pod dohledem lékařů. 3 měsíce po rozvodu se začala pomočovat. Bylo to zřejmě na základě psychických problémů. Dále jsem po příčině nepátrala. Pro nás je důležité to, abychom se toho zbavili.“

Léčba enurézy byla zahájena praktickým lékařem, která zde trvá dodnes. U dívky byly dle slov maminky prováděny různá vyšetření bakteriologické, SONO, vyšetření ledvin. Vše bylo fyziologické. Léčebný režim se skládá z cvičení metody start – stop, provádění rehabilitačního cvičení a dodržování pitného režimu před spaním. „Hodně nám doporučovali si s ní před spaním povídat a věnovat se jí a pak nechat chvíli spát a kolem desáté hodiny večer vzbudit.“ Léky dívka v souvislosti s pomočováním neužívá.

Paní jakoukoli úlohu sestry v péči o enuretické dítě popírá. „Ne ne...sestřička s námi moc nemluví, vyloženě jen dává razítka a vyplňuje dokumentaci...o všem nás informuje paní doktorka...sestra asi bývá hodně vytížená.“

Pitný režim se paní s dcerou snaží dodržovat. V průběhu dne jim je doporučováno, aby dívka pila více jak 1,5 litru tekutin (především dopoledne). Odpoledne má pít s mírným omezením. Restrikcí tekutin má po 17 hodině. „No ...ze

začátku byl velký problém...mě budila a chtěla pít, dělala nám scény: Já tady umřu žízni, protože mi tady nechcete dát napít. Ale pak si tak nějak zvykla a nyní žízeň nepocítuje.“

V oblasti vyprazdňování má dívka za úkol na WC sednout a začít močit s následným zadržením a povolením svěračů (metoda start – stop). S vyprazdňováním stolice problém není. „*Do tohoto cvičení ji musím nutit a neustále ji přesvědčovat, aby se to zpravilo.“*

Maminka s dívkou cvičí cviky na posílení pánevního dna. Nadechují se do plného břicha a vydechují do úplného výdechu. Zatínají hýždě a pánevní dno. Paní si myslí, že je těžké postup cvičení dítěti vysvětlit, protože i dospělý člověk má problém ovládat ty správné svaly. „*Kromě plen na noc neužíváme nic...má akorát gumové prostěradlo, protože mi vždy všechny prostěradla zničila.“* Mnohdy se prý dívka v noci bojí dojít na záchod a paní ji dává vedle lůžka nočník na vymočení.

V souvislosti s úpravou režimu spánku paní nevidí žádný problém. Dívka mamince unavená nepřijde. V buzení dítěte okolo 22 hodiny vidí smysl. „*Je pravda, že když to ošidíme, tak se nám to nevyplatí...vždy se pak pomočí a my máme budíček ve dvě hodiny ráno. Hned potom usíná a není problém.“* Paní říká, že všechny její děti chodí spát pravidelně po večerníčku. Budicí přístroje u dcery nepoužívají (paní je ani nezná). Při pomočení se dívka vždy budí, křičí a pláče, že se jí to stalo. Vždy ji osprchuje, převlékne a uloží zpátky do lůžka. A pak usíná bez problémů.

Ohledně hygienického režimu byla paní informována praktickým lékařem. Při pomočení maminka dceru sprchuje. Dcera pomočení hlásí v noci křikem nebo pláčem. Občas paní ráno kontroluje postel odhrnutím pokrývky.

Výchovu k regulaci močení paní zahájila před prvním rokem života dívky. „...jak už pevně seděla, tak jsme ji začali dávat na nočník...pouze na chvíli a když se vyčurala, tak jsme ji pochválili a když ne, tak se dala plena a bylo. U prvního dítěte mi radila maminka a u dalších dětí jsem pak pokračovala podle zkušeností od staršího dítěte.“ V poskytování rad tedy u paní hráli roli spíše rodinní příslušníci jako maminka. Sestra u PLPDD informace o této problematice neposkytovala žádné.

Dívka je dle maminky velice otevřená a komunikativní. Je také velice citlivá a empatická a ke všem velice přátelská.

Ve škole o pomočování dívky nikdo neví, protože je to výhradně domácí a noční záležitost. Přes den dívka problémy s pomočováním nemá. „*Ví to prakticky jen nejbližší rodina.*“ Na školní výlety dívka moc nejzdí. Přesto maminka žádné omezení dcery ve společnosti necítí a dívka problémy s navazováním kontaktů nebo zapojením se do kolektivních her nemá. Mamince byly nabízeny ozdravné pobyty do Metylovic s úpravou režimu dítěte dle situace. Dívka na ně dříve jezdila. Paní v okolí žádnou rodinu s podobným problémem nezná.

„*Onemocnění dcery beru za svou chybu...nemůže za to ona ale rodinná situace.*“ Myslí si, že by se děti za pomočení neměli kárat nebo by se po nich nemělo křičet. Snaží se problém překonávat spolu. Dceru za dobrou noc chválí a špatnou noc neřeší. Ostatním dětem maminka vysvětlila, že je dívka nemocná. „*Před ostatními lidmi by rodiče pomočující se dítě neměli stresovat a říkat jim, že je nějakým způsobem handicapované.*“

Míru informovanosti paní hodnotí negativně. „Informovanost tu docela vážne, ale moc to neřeším...snažím si to vyhledat sama.“

RESPONDENT 3

Paní Dagmara bydlící v Uherském Brodě má 39 let. Společně bydlí s 11letým synem, který trpí primární noční enurézou. Paní pomočování syna začala řešit až v 11 letech a to na preventivní prohlídce u PLPDD. Dříve to nebrala za velký problém a neřešila to. Pomočování probíhá od malička. Dříve se pomočoval 2-3x týdně, nyní se pomočuje nepravidelně.

S onemocněním enurézou se paní setkala u známých, ale sama pojem enuréza nedokáže vysvětlit. „*Nevím, co to znamená.*“ Žádný ze zdravotníků jí pojem nevysvětlil (lékař ani sestra u PLPDD).

Jako příčinu onemocnění syna enurézou si paní vysvětluje psychiku, rodinný výskyt a dosavadní situaci v rodině (neúplná rozvedená rodina). „*Nic dalšího nevím, neinformovali mě.*“

Režim léčby enurézy dítěte spočívá v dodržování především režimových opatření. *„Pomočování syna moc neřešíme. Po vyšetření nijak zvlášť nechodíme. Vyloženě sledujeme režim, který ale občas nedodržujeme. V tomhle jsme nedůslední a to vidím jako hlavní problém.“*

Veškeré problémy spojené s pomočováním paní vyloženě řeší s lékařkou, která jim také vše vysvětluje. *„V tomhle sestra žádnou úlohu nemá.“*

Pitný režim má chlapec upravený tak, že by 1 hodinu před spaním neměl pít. Denně dle maminky vypije okolo 2 litrů tekutin a preferuje především džusy a kofolu. *„Žízeň nemývá. Zde se snažím, aby si do školy nosil dostatečné množství pití a pil dostatek tekutin v průběhu dne.“*

V režimu močení by chlapec měl cvičit nácvik mikce metodou start – stop. *„Paní lékařka nás informovala o zatínání a uvolňování svěračů močového měchýře při močení. I já sama se to občas snažím provádět a cvičit. U syna ale metodu nijak zvlášť nevyužíváme a necvičíme.“* Chlapec v souvislosti s pomočováním dále neužívá žádné pomůcky. Před spaním se ze zvyku chodívá několikrát vymočit.

„Myslím si, že opakované buzení dětí v noci na vymočení není moc vhodné. Syna nebudím a ani pomočení nekontroluju. Necháвам to tak volně.“ Chlapec dále dle slov maminky chodí spát v pravidelnou dobu a kvalitu spánku v souvislosti s pomočováním nijak zvlášť narušenou nemá.

Hygienické zásady v souvislosti s pomočováním paní nikdo nedoporučil. V situaci usoudila vždy sama. V synově věku již hygienu svěruje do jeho rukou. Po pomočení se chlapec nikdy umýt nechodil. Paní mu pyžamo kontroluje náhodou dle zápachu před praním prádla.

O výchově k regulaci močení paní tvrdí, že od půl roku věku chlapce babička zkoušela vysazovat na nočník. V pozdějším věku paní dítě posazovala na nočník a při tom pouštěla vodu z kohoutku. *„Seděl na něm tak maximálně čtvrt hodiny.“* Pleny chlapec přestal nosit a močení začal regulovat v rozmezí jednoho a půl roku až dvou let. O postupu vysazování a výchovy dítěte v regulaci močení paní sestra ani lékařka neinformovala. *„Nic podobného si nepamatuju.“* Základní informace získávala od maminky a po známosti.

Osobnost svého syna by paní charakterizovala tím, že je ctižádostivý a velice citlivý. Bohužel ale nemá moc kamarádů. Kontakty s dětmi stejného věku moc nevyhledává. Spíše si rozumí se staršími dětmi.

Respondentka si nemyslí, že by dítě pomočování nějak omezovalo ve společnosti. *„Na tábory nikdy moc nejezdíval. Ve společnosti problémy nemýval ani nikde ve škole. Pomočování bylo vždy noční záležitostí doma. V této oblasti nevidím žádný problém.“* Paní o akcích pro pomočující se děti nic neví. *„Lékařka nám o této možnosti nikdy nic neříkala. Dozvěděla jsem se to až teď od Vás. Moc to ale neřešíme.“*

O pomočování se paní se synem snaží mluvit. (ke konci rozhovoru je chlapec i přítomen) *„Stále cítím, že se stydí a je mu nepříjemné o tom mluvit. Při pomočení mu říkám, ať si vezme čisté pyžamo.“* Paní o hlavních zásadách přístupu k pomočenému dítěti informovaná nebyla. Myslí si, že je hlavní na dítě nekřičet a pomočování mu nezazlívat.

Respondentka si myslí, že jsou jí informace o problematice enurézy a její léčbě poskytovány dostatečně. *„Poskytnuté informace mi stačí. Režim léčby máme volnější a nikdy jsme to nějak blíže nestudovali a situaci výrazně neřešili.“*

RESPONDENT 4

Paní pocházející z Vráta u Českých Budějovic má 36 let. Její 13letá dcera od malička trpěla primární noční enurézou a enurézou při hře. Dříve se dcera pomočovala téměř každou noc. Problém s pomočováním se začal řešit v 5 letech věku dítěte a vymizel před půl rokem.

Paní pojem enuréza vysvětluje následovně: *„Je to nevyzrállost mozku. Podněty z močového měchýře se nedostávají k mozku.“* Paní se svěčuje, že ji ze zdravotníků nikdo nikdy neinformoval. Onemocnění enurézou zná z vlastní zkušenosti a veškeré informace si musela vždy sama najít a přečíst z knih nebo časopisů.

Jako hlavní příčinu onemocnění vidí v dědičnosti. *„Já jsem tím trpěla.“* Dále příčinu vzniku onemocnění přisuzuje osobnosti dítěte a nevyzrállost jeho nervového systému.

Dívka byla s problémem pomočování v péči PLPDD a následně nefrologa. Paní s dívkou vyzkoušela mnoho postupů léčby. *„Dcera navštívila několikrát Mariánské bahenní lázně. Užívali jsme i budící přístroje, ale ty nám nepomáhaly. Užívali jsme kapky do nosu pro snižování tvorby moče...milipramin. Kapky ale dcera užívat nechtěla, nebylo jí to příjemné a já jsem s touto léčbou přestávala souhlasit kvůli vedlejším účinkům. Nechaly jsem farmakologické léčby...nechaly jsme to na režimu...léčba byla strašně zdlouhavá a nic nepomáhalo. Zavedli jsme kalendář suchých a mokrých nocí. Někde jsem vyčetla možnost léčby biofeedbackem.“*

Paní říká, že sestra u PLPDD nikdy o problematice enurézy ani výchově dítěte k regulaci močení informace neposkytovala. *„Ani si ji moc nepamatuju a nikdy jsem se jí na nic neptala. Vše jsem si musela vyčíst sama z časopisů“*

Pitný režim má dívka upravený až od lékaře specialisty. Od 18 hodiny dívka nesmí nic pít ani jíst žádné ovoce a zeleninu. Ze začátku mívala ve večerních hodinách žízeň, ale nyní už si zvykla. Vypije okolo 2 litrů tekutin za den.

„Režim vyprazdňování a močení jsme v péči praktické lékařky neměli upravený vůbec. Ohledně cvičení nám nebylo nic řečeno, tak jsme nedělali nic.“ Zvyklosti při močení žádné dodržovat nevyžaduje.

V souvislosti s pomočováním dívka i ve věku 13 let užívala pleny na noc doma i mimo domov. Pod prostěradlem má navíc stále gumovou podložku. Maminka dívku budila 2x za noc. *„Buzení dítěte jsem po delší době přestala zvládat i já. Byla jsem z toho dost unavená. Dcera o buzení ani nevěděla. Spala tak tvrdě, že se nezbudila. Budící pomůcky (alarmy) jsme krátkou dobu užívali také, ale budilo to celou rodinu. O účinku a vhodnosti buzení dětí rozhodně přesvědčená nejsem a myslíme, že nepomáhá.“* Spánek vlivem pomočování dívka porušený neměla.

Ohledně hygienického režimu paní dceru vedla sama. V souvislosti s pomočováním ji nikdo ze zdravotníků o hygienických zásadách nepoučil. Paní si myslí, že je to automatické.

Výchově dítěte k regulaci močení paní velký význam nepřisuzuje. V postupu výchovy se řídila zkušenostmi získaných z péče o starší dceru. Dívky vysazovala před 1. rokem věku života. *„Podle toho, jak začne chodit kolem roku. Ale moc jsem na to*

nedbala.“ Že by paní nějaké informace o této problematice získala od sestry nebo lékaře si nepamatuje.

Svou dceru paní charakterizuje jako citlivou, stresující se, slabou, nevyzrálou. *„Je velice tichá a neprůbojná. Nedokáže se prosadit. Je velice empatická. Do kolektivu a aktivit se moc nezapojuje. Kamarádů moc nemá. Má velice nízké sebevědomí.“*

Maminka si je vědoma toho, že je její dcera ve značné míře omezena ve společnosti a navazování kontaktů s ostatními dětmi. *„Má dcera prakticky nejezdila nikam. Nespala nikde jinde než doma. Jednou se nám stalo, že kamarádka, která u nás spala, si všimla plen, které dcera používá na noc. Vše pak ostatním dětem ve škole řekla a ty se jí pak za to následně smály. Po delší době jsem si v novinách přečetla nabídku účasti dětí na táboře pořádaném pro děti trpící enurézou a to jsem se spojila s organizátory. Po pobytu na tomto táboře se cítila plnohodnotněji. Myslím si, že jí pomáhal. Ze zdravotníků nás nikdo o takové možnosti neinformoval.“*

O přístupu k pomočenému dítěti paní informace nedostala. *„Neřekli mi nic. Brala jsem to jakoby nic. Snažila jsem se o tom před ní nemluvit. Docela se za své pomočování styděla... to onemocnění mě hodně štvalo.“*

Míru informovanosti paní hodnotí za katastrofální. Veškeré informace si paní musela zjišťovat a hledat sama. Z důvodu toho musela investovat mnoho financí do knih, časopisů a různých variant léčby.

RESPONDENT 5

Maminka 10leté dívky pochází z Benátek nad Jizerou. Paní Jitka má 35 let. Onemocnění enurézou bylo u dívky diagnostikované ve věku 5 let. Trpí enurézou primární noční.

Onemocnění enurézou by maminka vysvětlila tak, že dítě neovládá svěrače močového měchýře. Chybí zde impulz mozku o potřebě vyprázdnění. O podstatě onemocnění byla paní informována až nefroložkou. Žádné další kritéria paní nezná. Před tím, než u dívky enuréza vznikla, paní o onemocnění nevěděla téměř nic. Veškeré informace čerpala především z internetových stránek.

Příčinu onemocnění dle paní žádné vyšetření neprokázalo. „*Zřejmě chybí propojení močového měchýře s centrem v mozku. Dále se na průběhu onemocnění podílí stres, fyzické a psychické přetěžování dítěte, vrozené vady a další.*“

Hned ve 3 letech se paní s problémem obrátila na praktickou lékařku. Ta to moc řešit nechtěla. V 5 letech byla paní s dcerou vyslána na vyšetření nefrologem, neurologem a psychologem. Léčebný režim se skládá z dodržování režimových opatření. S hormonální léčbou a užíváním léků paní nesouhlasí a tento typ léčby odmítla.

Úlohu v péči o enuretické dítě sestra u praktického lékaře dle slov maminky nenese žádnou. Žádné informace ani rady jí nikdy neposkytovala.

Ohledně pitného režimu má dívka pít ve zvýšené míře tekutiny dopoledne. P 17 hodině s omezením a před spaním s restrikcí. Denně dle slov maminky vypije 1 – 1,5 litrů tekutin (v létě 2 litry). Preferuje především minerálky, ovocnou šťávu, vodu a čaj. Ve večerních hodinách občas pociťuje žízeň, tak jí rodiče dávají napít malý doušek vody.

V oblasti vyprazdňování vyžaduje dívka přes den soukromí a v noci doprovod rodiče. Cvičení zatínání svěračů močového měchýře neprovádějí. Dívka se před spaním chodívá několikrát vymočit. Cviky na posílení pánevního dna cvičit nechce. Hygienické pomůcky v souvislosti s pomočováním neužívá.

Na spaní má dívka pod prostěradlem uloženou gumovou podložku. Maminka dívku po několika hodinách po usnutí budí na vymočení. „*S opakovaným buzením v noci je následující den dcera mrzutá a unavená. Navíc se neprobouzí do plného vědomí, vždycky ji nemůžeme vzbudit. Spí moc tvrdě.*“

Z hygienických zásad bylo rodině doporučováno dodržování intimní hygieny a omývání dívky po pomočení. Informování byli především nefrologem. Hygienické pomůcky jako pleny či vložky dívka nepoužívá. Pomočení maminka zjišťuje kontrolou postele každé ráno.

S výchovou k regulaci močení paní začínala v roce až roce a půl. Přesně si nepamatuje. Dítě vysazovala na nočník na krátkou dobu v délce maximálně 10 minut. Pleny dívka přestala užívat ve dvou letech přes den. O metodě vysazování dítěte paní

lékařka nebo sestra u PLPDD neposkytla žádné informace. Paní tyto informace čerpala především z internetu.

Osobnost dívky maminka charakterizuje jako temperamentní, snaživou, velice fixovanou na rodinu. V kolektivu vrstevníků se dívka chová přirozeně. Je velice kamarádská. S navazováním kontaktů s vrstevníky nemá problém. Ostatní děti o pomočování dívky neví.

Dívka z pohledu maminky nemůže spát mimo domov u kamarádek a ani nabídek táborových pobytů pro enuretické děti je málo. V tom si maminka myslí, že je dcera omezována. *„Chce spát doma, stydí se spát jinde než doma. Aby mohla na školu v přírodě, dohodli jsme se s paní učitelkou, že jí dám s sebou plenky, a bude spát na pokoji ve dvou.“* O dalších nabídkách např. lázeňských pobytech paní nikdy neslyšela. Možnost účasti na tábore pro enuretické děti si maminka našla na internetu. I když se v souvislosti s pobyty pomočování nezlepšilo, na tábore se dívce velice líbilo. Minulý rok byla na pobytu v Hradcích u Lipí pořádanou Jihočeskou Univerzitou, nyní jede na tábor pořádaný Psychiatrickou léčebnou Šternberk.

O zásadách přístupu k pomočenému dítěti paní informoval nefrolog. *„Bylo mi řečeno, že při pomočení dítěte mám zachovat klid. Převlečeme postel, nebo vyměníme prostěradlo. Nerozčiluju se, někdy řeknu, ať se více snaží. Snažím se tento přístup dodržovat.“*

Množství poskytnutých informací od praktického lékaře nebo sestry v ordinaci PLPDD paní považuje za nedostačující. *„Spíše paní neuroložka se nám snaží vše vysvětlovat, ale navržených způsobů léčby je málo. Vlastně jen buzení nebo hormonální léčba, jiné možnosti nám ani navrženy nebyly. Loni na tábore se naučila cviky na posilování pánevního dna. Cvičení ji nebaví. Dvakrát do roka měříme příjem a výdej tekutin. Pokud je buzena dvakrát za noc a jsem doma, je suchá. Léčba žádné výsledky nepřináší, již jsem přemýšlela, že zkusíme homeoterapii. Zkoušeli jsme bylinky, ale bez účinku. Nefroložka tvrdí, že se to pubertou změní, tak snad má pravdu.“*

Tabulka č. 16 Demografické údaje rodičů poskytujících rozhovor

Demografické údaje respondentů	Věk rodiče	Pohlaví rodiče	Věk dítěte	Pohlaví dítěte	Typ enurézy
Respondent 1	40 let	žena	9 let	chlapec	primární noční
Respondent 2	35 let	žena	8 let	dívka	primární noční
Respondent 3	39 let	žena	11 let	chlapec	primární noční
Respondent 4	36 let	žena	13 let	dívka	primární noční
Respondent 5	35 let	žena	10 let	dívka	primární noční

Průměrný věk rodičů poskytující rozhovor je 36 let. Nejvíce je zde zastoupena kategorie 30 – 39 let (4 – 80 % respondentů). Všichni rodiče jsou pohlavím ženy (100 %). Rodiče mají doma v péči pomočující se dítě v průměrném věku 10,2 let. Jsou zde zastoupeny děti v různém věku od 8 do 13 let. Z toho jsou 2 (40 %) děti chlapeci a 3 (60 %) dívky. Všechny děti trpí enurézou primární (100 %).

Tabulka č. 17 Shrnutí odpovědí rodičů o problematice enurézy

Problematika enurézy	Znalost pojmu "enuréza"	Příčiny a faktory vzniku enurézy	Způsob léčby dítěte	Úloha sestry
Respondent 1	paní byla informována o podstatě lékařem, sama se zajímala, psychosomatické onemocnění a porucha vyprazdňování	nezralost nervového systému, vliv stresu a konfliktů ve škole, psychika, genetika	v péči PLPDD, stud, úprava režimu a užívání farmak, cvičení metody start - stop	o péči o enuretické dítě vždy mluvili s lékařkou, sestra prováděla výkony s indikací lékaře, needukovala
Respondent 2	paní o pojmu enuréza informovaná nebyla (jen o příčině)	stres, rodinná situace - rozvedená rodina,	v péči PLPDD, základní diagnostika, cvičení metody start - stop, RHB cvičení, pitný režim, věnování se dítěti	jakoukoliv úlohu sestry v péči o enuretické dítě popírá
Respondent 3	pojem enuréza nedokáže vysvětlit	psychika, genetika, rodinná situace - rozvedená rodina	v péči PLPDD, režimová opatření, zde nedůslednost	sestra nemá v péči o enuretické dítě žádnou úlohu
Respondent 4	nevyzrállost mozku, porucha vyprazdňování	dědičnost, osobnost, nevyzrállost nervového systému	péče PLPDD, nefrologa a psychologa, léčba lázeňská, farmakologická, režimová, biofeedback, záznam suchých a mokrých nocí,	sestra u PLPDD nikdy informace neposkytovala, nikdy se jí paní na nic neptala
Respondent 5	dítě neovládá svěrače močového měchýře, chybí zde impulz mozku o potřebě vyprázdnění	chybí propojení močového měchýře s mozkem, stres, fyzické a psychické přetížení dítěte, vrozené vady	péče PLPDD a v 5 letech následná péče nefrologa, neurologa a psychologa, režimová opatření	úlohu v péči o enuretické dítě sestra nenese, nikdy žádné rady ani informace neposkytovala

Tabulka č. 18 Stav fyziologických potřeb dětí z pohledu rodičů

Fyziologické potřeby	Tekutiny a strava	Vyprazdň.	Hygiena	Spánek a odpočinek
Respondent 1	omezený příjem tekutin po 17 h, večer ovoce, žízeň dítě pociťuje	pomočování nepravidelné, provádění metody start - stop, zvyky nemá	hygienické zásady nedoporučeny, po pomočení umytí dítěte automaticky, hyg. pomůcky nepoužívají	opakované buzení dítěte matkou o 22 h, nevyspání nebo únavu matka na dítěti nepozoruje
Respondent 2	dopoledne doporučeno pít min. 1,5 l tek., odpoledne mírné omezení, po 17 h restrikce, žízeň nyní nepociťuje	pomočuje se 2x do týdne, metoda start - stop využívána	při pomočení matka dceru sprchuje, informování PLPDD	unavená není, buzení rodiči okolo 22 h, při pomočení se dívka budí a po převlečení bez problému usíná
Respondent 3	1 h před spaním nepít, přes den vypije okolo 2 l tek., žízeň nemývá, maminka mu do školy balí pití	pomočuje se nepravidelně, metoda start - stop nevyužívána, před spaním se chodí několikrát vymočit	hygienické zásady nedoporučeny, hygiena v souvislosti s pomočením neprováděna	spát chodívá v pravidelnou dobu, hyg. pomůcky neužívá, nerušený spánek nemá
Respondent 4	po 18 h nesmí pít ani jíst ovoce a zeleninu, ve večerních hodinách žízeň nepociťuje, vypije kolem 2 l tekutin	již se nepomočuje, metodu start - stop nepoužívala	otírala se po pomočení vlhčenými ubrousky automaticky, zdravotníci neinformovali	narušený spánek dívka vlivem pomočování neměla, gumová podložka a pleny
Respondent 5	zvýšené podávání tekutin v dopoledních hodinách, po 17 h omezení, před spaním restrikce, pije 1 -1,5 l denně, pociťuje žízeň	pomočování 3x - 4x do týdne, vyžaduje soukromí, metoda start - stop neprováděna, před spaním několikrát močí	doporučeno dodržování intimní hygieny a omývání dívky po pomočení, dodržují	gumová podložka, buzení dívky matkou, po opakovaném buzení v noci je dívka mrzutá a nevyspala

Tabulka č. 19 Stav potřeby jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí	Reakce dítěte na pomočení	Přístup rodičů k dítěti
Respondent 1	dítě se pomočení snaží občas zakrýt, pláče	nekřičet, nenadávat, být v klidu, paní mluví se synem o příčině, občas paní povléká, ale chlapce upozorňuje na to, že by si měl postel povlékat sám
Respondent 2	při pomočení v noci dívka pláče a křičí, jde za rodiči a budí je	enurézu dcery bere za svou chybu, nekárat, nekřičet, překonávají problém spolu, pochvala, ostatním rodinným příslušníkům onemocnění zdůvodňuje
Respondent 3	stydí se, má problém o pomočení mluvit	snaží se o pomočování mluvit, nekřičet a pomočování nezazlívát
Respondent 4	za pomočování se stydí	paní dělala jakoby nic, o problému před dcerou nemluví, onemocnění dcery jí štvě
Respondent 5	pomočení matce ráno hlásí	zachovat klid, povlékání postele společně, nerozčilovat se

Tabulka č. 20 Stav vývojových potřeb

Vývojové potřeby	Způsob výchovy dítěte k regulaci močení	Zdroj informací
Respondent 1	začátek výchovy ve věku 1 roku, hračky kolem nočníku, dítě na nočníku sedělo do té doby, než se vymočilo, pleny nosil do věku 3 let	zkušenosti od 1. syna
Respondent 2	vysazování na nočník před 1. rokem věku života, na chvíli, pochvala,	zkušenosti od staršího dítěte a rodinného příslušníka
Respondent 3	od půl roku vysazovala babička na nočník, na 15 min, udržovat čistotu přes den začalo dítě v 1,5 - 2 letech	rodinný příslušník
Respondent 4	vysazování před 1. rokem věku života	zkušeností se starší dcerou
Respondent 5	začátek výchovy v 1 - 1,5 roce, vysazování na nočník na 10 min, pleny přes den přestala užívat ve 2 letech	internet

Tabulka č. 21 Stav potřeby sebeúcty a lásky a sounáležitosti

Potřeba sebeúcty a lásky a sounáležitosti	Osobnost dítěte	Socializace dítěte
Respondent 1	závislý a vázaný na matku, otevřený, citlivý, cholerik, citlivý na změnu prostředí	omezení dítěte ve společnosti paní potvrzuje, problémy s vrstevníky ve školských zařízeních, posměch, stud pomočujících se dětí
Respondent 2	otevřená a komunikativní, citlivá, empatická, ke všem přátelská	dívka na školní výlety nejezdí, ale žádné jiné problémy nebo omezení dívka nemá
Respondent 3	ctižádnostivý, citlivý, sebevědomí přiměřené, rozumí si se staršími dětmi	ve společnosti nikdy problémy nemýval, v této oblasti maminka nevidí problém
Respondent 4	citlivá, stresující se, slabá, nevyzrálá, tichá, neprůbojná, neprosadí se, empatická, mí velice nízké sebevědomí	do kolektivu vrstevníků a aktivit se moc nezapojuje, kamarádů moc nemá, velké omezení v účasti na výletech spojených s pobytem, využívání táborových pobytů
Respondent 5	temperamentní, snaživá, fixovaná na rodinu, kamarádká	kontakty s vrstevníky navazuje bez problémů, omezení pouze v přespávání mimo domov - užívání plen, využívání táborových pobytů

Tabulka č. 22 Hodnocení informovanosti rodičů

	Informovanost rodičů
Respondent 1	míra informovanosti nedostačující
Respondent 2	míra informovanosti nedostačující, komunikace mezi ní a zdravotníky vážne
Respondent 3	v souvislosti s mírou zájmu matky a dítěte o enurézu poskytnuté informace dostačující, situaci neřeší
Respondent 4	informovanost zdravotníky paní hodnotí katastrofálně, informace zjišťovala sama
Respondent 5	množství poskytnutých informací zdravotníky paní hodnotí za nedostačující

5.5 Výsledky rozhovorů se sestrami

RESPONDENT 1

Zdravotní sestra, pracující 13 let v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, pochází a také pracuje v Českých Budějovicích. Její věk je 42 let. Má odborné středoškolské vzdělání (SZŠ) ukončené maturitou. V péči mají okolo 10 enuretických dětí. Ze začátku jsou enuretické děti léčeny zde v ordinaci PLPDD. Po roce jsou vyšetřovány a odesílány ke specialistům jako jsou psycholog, psychiatr, nefrolog a neurolog. Dle sestry je v péči o dítě důležitá spolupráce nejen dětí ale i rodičů.

V péči o enuretické děti v ordinaci PLPDD sestra svou hlavní úlohu vidí ve vedení rozhovoru s rodiči o dodržování pitného režimu, poskytování a předávání edukačních letáků a odkazování na internetové stránky informující o problematice enurézy.

Enurézu sestra vysvětluje jako poruchu vyprazdňování vyskytující se v kterémkoliv věku dítěte. Velice časté je pomočování v noci.

Za nejčastější příčinu pomočování považuje psychickou újmu dítěte, problémy v rodině nebo ve škole se šikanou nebo strachem, obavou, pocitem méněcennosti apod.

Enuretické děti charakterizuje jako stydlivé, nervózní, tiché, pociťující strach. Velice často lžou a zapírají. Nechtějí chodit do kolektivu stejně starých dětí. Straní se jich a jsou velice samotářské. Rodičům enuretických dětí doporučuje možnosti účasti jejich dětí na dětských táborech nebo pobytech v ozdravovnách.

Informace o přístupu a léčbě dítěte poskytuje především lékař. Sestra předává rodičům informační prospekty. *„Rodiče se v ordinaci k dítěti chovají dobře, ale většinou na toto téma nehovoří před dětmi, ale mají zájem o jejich uzdravení. Za onemocnění dítěte se stydí. Většinou pokyny lékaře dodržují. Já sama bych rodičům doporučovala velkou trpělivost s dítětem, aby se při nehodě na něho nezlobili, nekřičeli, vše jim vysvětlili a hlavně dodržovali pitný režim.“*

Ohledně pitného režimu si sestra myslí, že by ho pomočující se dítě mělo dodržovat stejně jako zdravé. Pouze večer by se nápoje měly omezit. Většinou ze

začátku si děti stěžují, že večer mají žízeň a dožadují se pití. Po delším dodržování předepsaného pitného režimu si dítě zvyká a žízeň již nepocítuje.

V problematice vyprazdňování je nejvhodnější nácvik močení metodou start – stop. Tím se děti naučí udržet moč.

Ohledně režimu spánku sestra doporučuje samotné buzení dětí v noci rodiči a nepoužívání budících přístrojů. Děti by měli chodit spát v pravidelnou dobu do vyvětrané místnosti. Při častém pomočování rodičům doporučuje pořízení gumové podložky. *„Že by byly děti nějak unavené nebo nevyspalé jsem nikdy nepozorovala.“*

Ze základních hygienických zásad by rodiče měli dítě po každém pomočení osprchovat a obléci ho do čistého oblečení, což jejich pacienti dělají.

Jako jeden ze způsobů předcházení vzniku enurézy u dětí sestra spatřuje výchovu dětí k regulaci močení. *„Často malé děti rodiče vysazují na nočník předčasně a snaží se tím neúspěšně docílit pravidelného vyprazdňování. Tu metodu, o které mluvíte vy (metoda vývoje a výchovy pomocí 7 kroků) neznám, ale myslím si, že v této problematice je důležité, aby rodiče s vysazováním dětí začali až před 3 rokem věku. Jinak to nemá smysl.“*

Sestra si myslí, že jsou rodiče enuretických dětí o problematice a postupu léčby nedostatečně informováni. O sestřích u PLPDD si toto nemyslí.

RESPONDENT 2

Sestra pracující v ordinaci PLPDD v délce 9 let má 36 let a pochází z Kladna, kde také pracuje. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je střední odborné s maturitou (SZŠ). V ordinaci ošetřuje 5 enuretických dětí.

„Dětem nebo jejich rodičům vysvětluju hlavně režimová opatření, zaznamenávání suchých a mokrých nocí, pitný režim, používání pomůcek, posílám moč na rozbor biochemický a bakteriologický... s tím samozřejmě souvisí edukace správného odběru moče. Po neúspěšné léčbě odesíláme děti do nefrologické poradny, kde jsou sledované. Zpátky mi předávají zprávy z poradny, sdělují své poznatky, úspěchy i neúspěchy v léčbě. Radí se o režimu jak pitném i denním. Dávám informace o pobytech (lázně a tábor).“

Pojem enuréza sestra vysvětluje jako samovolné vyprazdňování moče ve spánku u dětí cca nad 5 let.

Mezi nejčastější příčiny řadí tvrdý spánek u dětí, špatný nácvik vyprazdňování, nedodržování pitného režimu, kdy děti pijí víc v druhé polovině dne a na noc. *„Dále roli hraje psychika ... často se začnou pomočovat děti, kterým se narodí sourozenec, po rozvodu rodičů, nebo po nějakém traumatu. Problém mají děti při nástupu do školky – tady se objevuje pomočování při odpoledním spánku.“*

Osobnost enuretického dítěte a jeho chování ve společnosti vrstevníků by sestra charakterizovala následovně: *„Záleží na věku a povaze dítěte, některé děti jsou ochotné se o problému bavit, některé tvrdí, že už je to v pořádku a až po rozhovoru s rodiči zjistíme, že problémy dítě bagatelizuje. Ale pokud děti mají enurézu delší dobu, tak jsou určitě méně sebevědomé, tiché, ustrašené, obávají se pobytu mimo domov bez rodičů, stydí se, mají strach z výsměchu spolužáků, strani se jich, vymlouvají se na jiné potíže a plno jiných věcí. Děti v 5 až 6 letech si problémy s pomočováním ještě neuvědomují a obavy z něho nemají ... nebývají ustrašené.“* Sestra enuretickým dětem a jejím rodičům doporučuje účast na lázeňských pobytech v Křetině a dětských táborech pořádaných léčebnou Šternberk uváděné na stránkách www.nocvsuchu.cz.

Sestra tvrdí, že většina rodičů k enuretickým dětem přistupuje se zájmem na uzdravení a zajímá je vše, co by k uzdravení pomohlo. O onemocnění před dětmi mluví a snaží se onemocnění brát za normální.

Za systém pitného režimu doporučuje dostatečný příjem tekutin přes den, poslední pití v 19 hodin. *„Klademe důraz na to, aby děti opravdu pily v průběhu dne a ne až, když přijdou odpoledne ze školy. Myslím si, že je možné tento režim udržet...často nastává zlepšení jen při dodržení pitného režimu a důkladného vyprázdnění před spaním.“*

V režimu vyprazdňování a močení u enuretických dětí je dle sestry nejvhodnější nácvik úplného vyprázdnění močového měchýře v klidu a v sedě před spaním. *„Dobré jsou také rehabilitační cviky na posílení pánevního dna.“*

„Doporučuji pravidelný spánkový režim s dodržováním stejné doby usínání. Rodiče by měli dbát na to, aby děti nebyli přetaženi. Doporučuji jedno buzení dvě a tři

hodiny po usnutí, kdy je nutné děti probudit a mluvit na ně. Děti mi z toho nijak unavené nepřijdou.“

Sestra si myslí, že by se děti měli umývat po každém pomočení. Nedoporučuje u enuretických dětí používat pleny, ale spíše podložky pod prostěradlo.

Vzniku enurézy by sestra předcházela dodržováním zásad správného vyprazdňování, včasným vysazováním dětí na nočník a dodržováním zásad dostatečného pitného režimu. *„Doporučuji cca od jednoho roku začít s pravidelným vysazováním na nočník hned po probuzení a v průběhu dne. Nedoporučujeme rodičům, aby děti na nočníku zabavovali spoustou hraček nebo je krmili. Vždy zdůrazňujeme, ať dítě na chvíli vysadí, pokud se vymočí, tak ho pochválí ... aby děti na nočníku nenechávali dlouho. Důležitá je pravidelnost a důslednost. Vysazování na WC je individuální. Některé děti, které nechtějí jít na nočník, mohou rodiče dávat na WC dříve ... taky záleží na zvycích v rodině.“* Metodu pomocí 7 kroků nezná.

Ohledně informovanosti rodičů o problematice enurézy si respondentka myslí, že nejsou vůbec informováni, dokud se jich problematika nezačne týkat. Pak teprve začnou informace shánět. *„Poslední dobou máme spoustu rodičů, kteří nezačnou se včasným vysazováním dítěte na nočník. Děti mají pleny přes den ještě ve 2 – 2,5 letech a rodiče čekají, až si dítě začne říkat samo.“* Stejně tak špatně hodnotí i informovanost sester. *„Zatím jsem neměla šanci navštívit seminář zabývající se touto problematikou ... pro sestry jich není moc. Letáky v ordinaci máme staré a tak si z vlastní iniciativy hledám informace na internetu nebo v odborných časopisech, které chodí do ordinace.“*

RESPONDENT 3

Sestra se středoškolským (SZŠ) vzděláním v ordinaci PLPDD pracuje 20 let, pochází z Frýdku – Místku (kde také pracuje) a je ve věku 55 let. V ordinaci mají v péči okolo 10 dětí. Péče v této ordinaci je organizovaná tak, že se rodiče a jejich děti u preventivních prohlídek občas náhodou svěřují o problému s pomočováním. Následně jsou lékařkou zasíláni do nefrologické poradny. Při občasném zájmu sestra rodičům vysvětluje základní zásady pitného režimu. O žádných jiných oblastech sestra needukuje.

Sestra pojem enuréza stručně definuje jako denní a noční pomočování dítěte po 3 roce věku života. Za nejčastější příčinu enurézy u dětí považuje psychické problémy a nedostatečné věnování se a trávení času s dětmi.

Osobnost enuretického dítěte charakterizovat nedokáže. *„Jelikož děti chodí do nefrologické poradny, nejsem s nimi tak často ve styku a přijde mi to dost individuální. To, jak se děti chovají ve společnosti vrstevníků, netuším a o jejich omezení ve společnosti se můžu jenom domnívat. Někde jsem se dočetla o tom, že je možná jejich účast na lázeňských pobytech, ale zda je to pravda, netuším.“*

„Dlouhodobá léčba enurézy dítěte sice rodiče obtěžuje, ale zdá se mi, že zájem o uzdravení dítěte mají. Za pomočení by na děti rozhodně neměli křičet.“

Sestra rodiče a jejich enuretické děti poučuje o zásadách dodržování pitného režimu. Dítě by mělo mít omezený příjem tekutin v odpoledních a večerních hodinách. Zpětnou vazbu od rodičů sestra nedostává.

Na otázku doporučování režimu vyprazdňování sestra odpovídá následovně: *„Vím, že v nefrologické poradně doporučují nácvik mikce. Nás se rodiče na tyto věci neptají a žádné problémy s močením dítěte krom pomočování nám nesdělují.“*

To, zda-li děti na spaní využívají nějaké hygienické pomůcky, sestra neví. *„Rodiče mi říkali, že mají z nefrologické poradny doporučeno děti budit na vymočení. To zda-li jsou z toho unavené neví.“*

Z hygienických zásad by rodičům a jejich enuretických dětech by doporučila její pravidelnost. To, jestli ji rodiče u dětí dodržují, sestra potvrzuje.

Žádný způsob předcházení vzniku enurézy u dětí sestru nenapadá a ani ji to nezajímá. To, jak rodiče děti na nočník vysazují, neví. Metodu vývoje a výchovy dítěte regulaci močení pomocí 7 kroků nezná a ani žádný jiný způsob nedoporučuje. Informovanost rodičů a sester o problematice enurézy hodnotí nedostatečně.

RESPONDENT 4

Zdravotní sestra pracuje v ordinaci PLPDD 5 let a pochází z Rychaltic u Frýdku – Místku (zde také pracuje). Nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné s maturitou (SZŠ). Je ve věku 30 let a v ordinaci ošetřuje okolo 5 dětí.

Při 18 měsíčních preventivních prohlídek se dotazuje na schopnost dítěte v udržování čistoty moče a stolice. Ve 3 letech se spolu s lékařkou tážou cíleně na enurézu primární noční. *„Pokud je mezi 3 – 5 rokem problém, tak se u dítěte řeší režim a provádí se základní vyšetření moče. Tyto činnosti sestry považují za stěžejní v péči o enuretické děti.“* Ohledně léčebného režimu sestra rodiče edukuje o pitném režimu a režimu vyprazdňování.

Pojem enuréza respondentka vysvětluje jako pomočování vzniklé po 3 roce věku života dítěte. Může se objevit ve formě denních nebo nočních úniků moči.

Za hlavní příčiny pomočování považuje nevyzrállost CNS, tvrdý spánek, dědičné faktory, psychiku dítěte, organické onemocnění, únavu, dlouhodobé infekty, situaci v rodině (neúplné rodiny) aj.

Osobnost dítěte jednoznačně charakterizovat nedokáže. Jednotlivé chování a projevy dětí se odvíjí od jejich věku. Většinou jsou uzavřené a straní se kolektivu a vrstevníků. Na výlety nechtějí jezdit. Mají nižší sebevědomí. Jsou omezené ve společnosti, proto je zapotřebí je uchránit před tím, aby se o pomočování dozvědělo okolí. Žádné organizace nebo akce se dle sestry v místě neorganizují, tudíž o nich rodiče a jejich děti informovat nemůže.

Přístup rodičů v ordinaci PLPDD k pomočujícím se dětem je individuální. Většina rodičů je ale uspěchaná. Nejsou moc trpěliví a z dlouhodobé léčby jsou otrávení.

V průběhu dne by dle sestry měly děti vypít dostatek tekutin. Po 17 hodině by měly pít méně a večer před spaním jíst maximálně ovoce, salát, kompot. *„Ze začátku, když pocítují žízeň a brečí, jim rodiče napít trochu dají. Pak si zvyknou. Žádnou další zpětnou vazbu od rodičů o nějakých dalších problémech nemám.“*

V oblasti vyprazdňování respondentka rodičům a jejich dětem doporučuje cílené a vědomé vymočení se 3 – 4x před spaním. Žádnou jinou rehabilitaci nedoporučují (děti ani rodiče o ni dříve neměli zájem).

Budící přístroje rodičům a enuretickým dětem nedoporučují. *„U toho je buzena cela rodina. Některým dětem buzení nevádí, tak jejich rodičům doporučujeme buzení dítěte 2 hodiny po usnutí. Žádné jiné zásady mě nenapadají.“*

„Z hygienických zásad nedoporučujeme nic. Necháváme to na rodičích a taky si myslíme, že je to snad automatické. Pleny by děti užívat neměly (kvůli pomočování), nesnažily by se pak a starším dětem to nedělá dobře. Vždycky jsou čisté..v tomhle nevidím problém.“

Výchovu dítěte k regulaci močení sestra radí moc neřešit. *„Dle nových směrnic by se dítě do 2 let nemělo vysazovat. Rodiče děti vysazují předčasně. Je to hodně individuální. Rozhodně by rodiče dítě neměli nechávat dlouho na nočníku...pak už se doporučuje posazovat na WC.“* Vývoj a výchovu dítěte pomocí 7 kroků sestra nezná. *„...asi to bude zaměřeno na tento nový způsob ne?“*

Správnou a dostatečnou informovanost rodičů a sester potvrzuje. V tomto nevidí žádný problém. Rodiče se jí kdykoliv mohou zeptat.

RESPONDENT 5

Sestra v ordinaci PLPDD v Palkovicích u Frýdku – Místku pracuje již 29 let. Je ve věku 60 let a absolvovala střední zdravotnickou školu. V péči mají asi 3 pomočující se děti.

Do 3 let věku dítěte pomočování s lékařkou neřeší. Na 3leté preventivní prohlídce se sestra rodičů cíleně ptá na udržování tělesné čistoty dítětem. Po 1 roce neúspěšné léčby a úpornosti pomočování provádějí základní vyšetření moče (kultivační, biochemické aj.). *„Pokud to rodiče chtějí řešit dále, posíláme je na nefrologii. U nás jde do 5...maximálně do 6 let spíše o úpravu režimu. Na informace se mě rodiče můžou vždy zeptat, ale primárně za mnou nechodí...to spíše za paní doktorkou.“* U malých dětí se v souvislosti s léčbou nejvíce setkává s tím, že jsou rodiče nedůslední. U větších dětí takový problém není a režim si hlídají samy.

Enurézu sestra vysvětluje jako pomočování vzniklé po 3 roce ve dne a po 5 roce v noci. *„V mozku je nezralé centrum pro udržování čistoty...určité procento je a enuréza přetrvává. Chybí zde i hormon a ten se těm dětem dodává.“*

Vznik enurézy a její prohlubování sestra nejčastěji pozoruje u dětí s problémovými vztahy v rodině. Podle ní velice často záleží na prostředí rodiny a to,

zda-li chce na léčbě spolupracovat. Myslí si, že se pomočování objevuje i v souvislosti s organickým poškozením.

Děti dle respondentky zanedbané nejsou. Jejich osobnost a projevy chování jsou individuální. Žijí v úplných i rozvedených rodinách. Omezení mají až ve školce a škole v kolektivu. *„V pozdějším (školním) věku mají sociální problémy v kolektivu. Když přijde do společnosti, tak se to snaží zakrývat. V 10 – 12 letech se cítí trapně...skrývají to a rodiče to nemají ani možnost postřehnout...to se tady pak projevuje – stydí se, jsou tiché a mají nižší sebevědomí.“* Z toho důvodu jim sestra doporučuje účast na táborech, lázních a akcích pořádaných psychiatrickou léčebnou Šternberk.

Zásady správného přístupu v ordinaci sestra ani lékařka nedoporučuje. *„Žádný špatný přístup rodičů jsem zde ani nezažila...tam je důležité, aby se na děti rodiče nezlobili a pomočení jim nevyčítali.“*

V dodržování pitného režimu je prý z pohledu sestry problém. *„V tom je musím opakovaně edukovat. Ty děti nepijou...ty menší mají docela žízeň. Ty větší si to už dokážou pohlídat. Měly by především pít zvýšené množství tekutin v dopoledních hodinách a po 16 hodině už nic. Večer můžou ještě ovoce...ale ne hrušky nebo melouny.“*

V souvislosti s vyprazdňováním moče sestra rodičům doporučuje opakované a důsledné vyprázdnění močového měchýře. Rehabilitační cviky doma děti provádět nechtějí a tak je v této oblasti sestra needukuje.

V režimu spánku sestra rodiče upozorňuje (a to prý zdůrazňuje), že se dítě při nočním buzení na vymočení musí probudit do plného vědomí. V opačném případě buzení dětí nemá význam a pomočování se prohlubuje.

Z hygienických pomůcek respondentka rodičům u dítěte doporučuje používat podložky, pleny a vložky. *„Nijak blíž na hygienu ale neupozorňujeme, ty rodiny jsou tak vzdělané, že je to automatické. Velké děti se převlékají samy. Předpokládáme, že tyto rodiny základní hygienické požadavky ví.“*

Sestra popírá, že by způsob vedení dítěte k regulaci močení měl jakýkoliv vliv na jeho urychlení nebo vznik enurézy. *„Hlavně by rodiče dítěti měli věnovat čas...dávat mu látkové pleny – to začne cítit mokro a začne dříve chodit na nočník. Říká se, že od 1*

roku bysme měli dítě posadit (to také rodiče dělají), nechat ho hned vyčurat. Pokud se vyčurá, tak ho pochválit...žádné zabavování nic.“

Rodiče se ohledně problematiky enurézy sestry vůbec neptají. „U zdravého dítěte se nad takovými věcmi ani nepozastavují...kdo problém má, začne se zajímat. V tomhle problém není a informací získají dost. U některých sester je to s informovaností horší. Needukují, nejsou dostatečně informované...možná ani nechtějí a rodiče nebo dítě vždy posílají za lékařkou a radši za nimi zavřou dveře.“

Tabulka č. 23 Demografické údaje sester poskytujících rozhovor

Demografické údaje sester	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe u PLPDD	Počet ošetřovaných enuretických dětí
Respondent 1	42 let	žena	SZŠ	13 let	okolo 10 dětí
Respondent 2	36 let	žena	SZŠ	9 let	5 dětí
Respondent 3	55 let	žena	SZŠ	20 let	okolo 10 dětí
Respondent 4	30 let	žena	SZŠ	5 let	5 dětí
Respondent 5	60 let	žena	SZŠ	29 let	3 děti

Demografické údaje sester poskytujících rozhovor můžeme zkatégorizovat následovně: svým počtem 2 (40 %) sester je nejvíce zastoupena věková kategorie 30-39 let (36 let a 30 let). Dále jsou respondentky ve věku 42 let, 55 let a 60 let. Jejich průměrný věk je 44,6 let. Ve všech případech jsou zastoupeny ženy (100 %), stejně tak vzdělání středoškolské (100 %). V délce praxe u PLPDD je nejvíce zastoupena kategorie 11-20 let (2 – 40 % respondentů). Ostatní sestry pracují v délce 5, 9, a 29 let. Průměrná délka praxe je pak 15,2 let. V množství ošetřovaných dětí převládá kategorie do počtu 5 dětí (3 – 60 % respondentů). Další dvě respondentky v počtu 10 dětí (2 – 40 %). Průměrně ošetřují 6,6 dětí.

Tabulka č. 24 Shrnutí problematiky enurézy z pohledu sester

Problematika enurézy	Organizace péče	Úloha sestry	Znalost pojmu enuréza	Příčiny a faktory vzniku a průběhu enurézy
Respondent 1	1 rok v péči PLPDD, pak odesílány a vyšetřovány specialisty	vedení rozhovorů s o dodržování pitného režimu, edukace	porucha vyprazdňování v kterémkoliv věku	psychická újma, rodinné problémy, šikana, strach, pocity méněcennosti
Respondent 2	po neúspěšné léčbě odesílány do nefrologické poradny	edukace o režimových opatřeních, užívání pomůcek, odběry biolog. materialu, dispenzarizace, edukace o pobytech	samovolné vyprázdnění moče ve spánku u dítěte cca nad 5 let	tvrdý spánek, nácvik vyprazdňování, pitný režim, psychika (narození sourozence, rozvod, trauma, nástup do školky)
Respondent 3	náhodné zjištění pomočování u PP, ihned zasilány do nefrologické poradny	při zájmu edukace o základech pitného režimu	denní a noční pomočování dítěte po 3 roce věku	psychické problémy, nedostatečné trávení volného času rodičů s dětmi
Respondent 4	zjišťování schopnosti udržování čistoty při 18 měs. PP, zjišťování noční enurézy u 3letých PP - režimová opatření, zákl. vyšetření,	anamnestické rozhovory u PP, edukace o pitném a vyprazdňovacím režimu	pomočování vzniklé po 3 roce	nevyzrálost CNS, tvrdý spánek, genetika, organické poškození, únava, infekty, situace v rodině (neúplná)
Respondent 5	na 3leté PP zjišťování pomočování dítěte, po 1 roce neúspěšné léčbě prováděny základní vyšetření moče, odesílání na nefrologii,	anamnestické rozhovory u PP, základní vyšetření, při zájmu rodičů edukace	denní pomočování po 3 roce a noční po 5 roce, nezralost CNS a chybění hormonu	problémové vztahy v rodině, prostředí rodiny, spolupráce rodiny na léčbě, organické poškození

Tabulka č. 25 Shrnutí fyziologických potřeb z pohledu sester

Stav fyziologických potřeb dětí	Tekutiny, strava	Vyprazdň.	Spánek a odpočinek	Hygiena
Respondent 1	děti si stěžují, že mají žízeň; pitný režim dodržovat jako zdravé dítě, večer omezení tekutin	nácvik močení metodou start - stop - zlepšení udržování moči	porušení spánku u dětí nepozoruje, spát v pravidelnou dobu ve vyvětrané místnosti, gumové podložky, buzení rodiči na vymočení	po pomočení sprchování a převlékání do čistého oblečení
Respondent 2	děti žízeň nepocítují, doporučuje dostatečný příjem tekutin v průběhu dne s restrikcí tek. po 19 h	potřeba vyprázdnění v klidu a vsedě před spaním	děti unavené nejsou, doporučení pravidelného spánkového režimu, stejná doba usínání, buzení rodiči, gumová podložka	problém se nevyskytuje, umývání po pomočení, neužívat pleny
Respondent 3	zpětnou vazbu sestra nemá, omezený příjem tekutin v odpoledních a večerních hodinách	krom pomočování žádné problémy, nefrolog doporučuje nácvik mikce	zda-li jsou děti z opakovaného buzení unavené, neví, buzení doporučováno z nefrologické poradny	dodržování pravidelnosti hygieny sestra potvrzuje
Respondent 4	ze začátku nastavení režimu děti žízeň pocítují, pít dostatečně v průběhu dne, omezení po 17 h, večer restrikce - jíst jen ovoce	doporučení vědomého vymočení se 3-4x před spaním	buzení celé rodiny budíciými přístroji, některým dětem buzení v noci vadí jiným ne, těm buzení rodiči 2 h po usnutí doporučeno	děti jsou čisté - bez problému, nedoporučují, nechávají to automaticky na rodičích, neužívat pleny
Respondent 5	problém s dodržováním pitného režimu, děti nepijou, mají žízeň, pít zvýšené množství tekutin v dopoledních hodinách, restrikce po 16 h, večer ovoce	důsledné vyprazdňování močového měchýře	buzení do plného vědomí dítěte, jinak prohlubování pomočování	děti se převlékají, zásady nedoporučuje, je to automatické

Tabulka č. 26 Shrnutí potřeby jistoty a bezpečí z pohledu sester

Potřeba bezpečí a jistoty	Přístup rodičů k dítěti v ordinaci PLPDD
Respondent 1	neradi o enuréze hovoří před dětmi, mají zájem o uzdravení, stydí se za onemocnění dítěte, informace o přístupu poskytuje lékař, sestra by doporučila trpělivost, nekřičet, nezlobit se, vysvětlovat
Respondent 2	rodiče přistupují se zájmem na uzdravení, před dětmi o onemocnění mluví, onemocnění berou za normální
Respondent 3	dlouhodobá léčba rodiče obtěžuje, mají zájem o uzdravení, nekřičet
Respondent 4	přístup rodičů je individuální, rodiče jsou uspěchaní, netrpěliví, otrávení
Respondent 5	špatný přístup rodičů nikdy nezažila, nezlobit se, nevyčítat

Tabulka č. 27 Shrnutí potřeby sebeúcty a lásky a sounáležitosti z pohledu sester

Potřeba sebeúcty a lásky a sounáležitosti	Osobnost dítěte	Socializace
Respondent 1	stydlivé, nervózní, tiché, pociťující strach, lhavé, zapírající, samotářské, straní se vrstevníků	nechodí do kolektivu vrstevníků - doporučení možnosti účasti na táborech a v ozdravovnách
Respondent 2	dle věku, některé o nemoci mluví jiné ne (bagatelizace), méně sebevědomé, tiché, ustrašené, stydí se, strach z výsměchu spolužáků, výmluvy	obávají se pobytu mimo domov - doporučení účasti na lázeňských pobytech v Křetíně a táborech ve Šternberku
Respondent 3	charakterizovat nedokáže, individuální	o omezení se jen domnívá - možná existují lázeňské pobyty?
Respondent 4	dle věku, uzavřené, má nižší sebevědomí, straní se kolektivu vrstevníků	na výlety nechtějí jezdit, je omezené ve společnosti - organizace se v místě neorganizují, proto nic nedoporučuje
Respondent 5	zanedbané nejsou, individuální, pomočování zakrývají, větší děti se cítí trapně, stydí se, tiché, mají nižší sebevědomí	individuální (úplné i neúplné rodiny), omezení ve školních kolektivech, sociální problémy - doporučení účasti na táborech, lázních a akcích

Tabulka č. 28 Shrnutí vývojových potřeb z pohledu sester

Vývojové potřeby	Způsob výchovy dítěte k regulaci močení volený rodiči
Respondent 1	rodiče děti vysazují předčasně, sestra doporučuje vysazovat dítě před 3 rokem věku, metodu pomocí 7 kroků sestry nezná
Respondent 2	způsoby vyprazdňování se odvíjí od zvyků rodiny, sestra doporučuje vysazování od 1 roku hned po probuzení a v průběhu dne, nezabavovat hračkami, vysazovat na chvíli, při úspěchu pochválit, metodu 7 kroků nezná
Respondent 3	sestra neví, jak rodiče děti vysazují, metodu pomocí 7 kroků nezná, žádný jiný způsob nedoporučuje,
Respondent 4	rodiče děti vysazují předčasně, dle nových směrnic se mají vysazovat po 2 roce věku, individuálnost, nevysazovat na dlouhou dobu, vysazování i na WC, metodu pomocí 7 kroků nezná
Respondent 5	rodiče vysazují dítě od 1 roku, dle sestry výchova na vznik enurézy nemá vliv, doporučuje rodičům věnovat dítěti čas, dávat látkové pleny, nechávat hned vymočít a pochválit, nezabavovat

Tabulka č. 29 Informovanost rodičů a sester z pohledu sester

Informovanost	Informovanost rodičů	Informovanost sester
Respondent 1	informovanost nedostatečná	informovanost dostatečná
Respondent 2	informovanost nedostatečná, o informace se začínají zajímat, až když dítě onemocní	informovanost nedostatečná, sestra postrádá semináře, které by blíže informovaly, edukační letáky jsou staré
Respondent 3	informovanost nedostatečná	informovanost nedostatečná
Respondent 4	správná informovanost dostatečná	správná informovanost dostatečná
Respondent 5	rodiče se o informace zajímají, až když dítě onemocní, informace jsou jim pak poskytnuty, informování jsou tedy dostatečně	nejsou dostatečně informované, needukují, nechtějí, odkazují na lékaře

6 DISKUZE

Zaměření práce bylo z velké míry ovlivněno hlavním cílem zjistit specifické potřeby dětí trpící enurézou a způsoby jejich uspokojování sestrou. Struktura výzkumu byla sestavena na základě teorie lidských potřeb dle Maslowa (55, 66) a vývojových potřeb dle Dunovského (10). Dalšími cíly práce bylo zjistit úlohu sestry v primární péči o děti trpící enurézou a míru informovanosti rodičů v péči o takto nemocné děti. Zjišťování specifických potřeb probíhalo úspěšně pozorováním dětí na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou pořádaném Jihočeskou univerzitou. Díky tomu došlo k lepšímu pochopení a vhledu do problematiky autorkou práce a získání potřebných kontaktů. V dotazníkovém šetření pro sestry a rodiče byla zjišťována míra informovanosti. Dotazníky byly značně obsáhlé, což se projevilo v návratnosti z ordinací PLPDD (43,3 %), kterou jsme předpokládali vyšší. V rozhovorech s rodiči a sestrami došlo k bližšímu popisu organizace péče o enuretické dítě, úlohy sestry v ní a především ke konkretizaci hlavních bariér v komunikaci mezi rodiči a sestrami a s ní související získávání informací o problematice rodiči.

Z **demografických údajů** vyplynuly následující zjištění. Věk dětí zastoupených skupin respondentů byl různý. Nejčastěji se však objevoval v kategorii 9 let (pozorované děti 30 %, děti dotazovaných rodičů 27 %). Průměrný věk všech dětí je 10,24 let. Bohužel v přístupné literatuře nacházíme pouze data o prevalenci enurézy, ne o průměrném věku enuretických dětí. Získaná data není tedy možné porovnat. Pozorovaných chlapců je stejný počet jako dívek (50 %), stejné zastoupení pohlaví se objevilo i v odpovědích dotazovaných rodičů. U rodičů poskytující rozhovor převládají dívky (30 %) nad chlapci (20 %). Zde se nám nepotvrzuje teorie v tom, že se onemocnění objevuje častěji u chlapců (5,45). Všechny děti nejčastěji trpěly enurézou primární (pozorované děti v 80 %, děti dotazovaných rodičů v 68,2 % a děti rodičů poskytujících rozhovor ve 100 %). Zde můžeme poukázat na fakt, že nejčastější příčinou primární enurézy je dle přístupné literatury nezralost centrálního nervového a močového systému (59) a tudíž je nutné s vývojem dítěte, jeho odchylkami, správnou výchovou a přístupem rodiče seznámit. Věk všech **rodičů i sester** převládal v kategorii

30-39 let (dotazovaní rodiče – 50 %, dotazované sestry 40,38 %, rodiče poskytující rozhovor 80 % a sestry poskytující rozhovor 40 %). Průměrný věk všech rodičů je 36,1 let, kdy jsou v porovnání s průměrným věkem obyvatel ČR (40,8 let) mladší. (7) Průměrný věk sester je 43,7 let, který je také nižší než věkový průměr u sester pracujících v EU (přes 45 let). (36) V počtu 100 % se u dotazníkového šetření pro sestry a rozhovorů s rodiči a sestrami objevily ženy. Muži byli zastoupeni pouze v dotazníkovém šetření pro rodiče v počtu 18,2 %. Převážná většina sester má jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedeno střední odborné (SZŠ – u dotazovaných 73 % a u poskytující rozhovor 100 %). V dnešní době je s podivem, že se sestry v primární péči dále nezdokonalují a nevzdělávají. Délka praxe u PLPDD se u dotazovaných sester pohybuje nejvíce v kategorii do 5 let (26,9 %). U sester poskytující rozhovor je tato délka v kategorii 11-20 let (40 %). V souvislosti s velkým rozptylem kategorií je ale průměrná délka praxe u PLPDD dotazovaných sester 13,5 let a sester poskytující rozhovor 15,2 let. Obě skupiny sester nejvíce v ordinaci PLPDD pečují o počet 5 enuretických dětí (dotazované 38,5 % a poskytující rozhovor 60 %). Průměrný počet ošetřovaných enuretických dětí sestrami v ordinaci PLPDD je 8,6 dětí, což je vzhledem k počtu dětí připadajícímu na 1 praktického lékaře pro děti a dorost v ČR (37) a k prevalenci onemocnění u naší převládající věkové skupiny (20) překvapivě málo! Je možné, že sestry na otázku počtu ošetřovaných dětí odpovídaly nepravdivě a přehled o počtu dětí neměly nebo se ve většině případů rodiče a děti s problémem pomočování na lékaře a sestru v ordinaci PLPDD neobracejí.

Výsledky k cíli č. 3 vedly k **posouzení specifických potřeb dětí**. V **oblasti fyziologických potřeb** bysme nejdříve chtěli poukázat na porušenou **potřebu vyprazdňování moči**. Pozorované děti měly problémy s pomočováním v 70 % (30 % dětí se v průběhu pobytu nepomočilo, ale v informacích od rodičů byl výskyt pomočování potvrzen), což je u enuretických dětí pochopitelné. Jak již bylo řečeno, u všech skupin dětí převládalo pomočování primární noční (pozorované děti 80 %, děti dotazovaných rodičů 68,2 % a děti rodičů poskytující rozhovor 100 %) s nepravidelnou frekvencí (pozorované děti 50 %, děti rodičů poskytující rozhovor 40 %). Dotazovaní rodiče se svěřili, že se jejich dítě pomočuje ve frekvenci nejen nepravidelné ale i 3-4

týdně (shodně 31,8 %). To, že by děti při močení dodržovaly nějaké zvyky, dotazovaní rodiče ve většině popírají (72,7 %). Opakované močení před spaním zařazují do návyků spánkových (viz dále). U pozorovaných dětí toto opakované močení před spaním sledujeme u 60 % a u dětí rodičů poskytující rozhovor ve 40 %. Jednou z možností jak posílit svěrače močového měchýře je cvičit metodu start – stop, které přisuzujeme značnou důležitost. Tuto metodu využívají dotazovaní rodiče v 63,6 %. Bohužel z pozorovaných dětí tuto metodu využívá jen 30 % a děti rodičů poskytující rozhovor ve 20 %. Provádění nácviku mikce metodou start – stop považujeme tedy za nedostatečné.

Dalším častým vyskytujícím se problémem u pozorovaných dětí bylo porušení **potřeby příjmu tekutin**. 50 % dětí ve večerních hodinách pociťovalo úpornou žízeň. O pocitu žízně, jež byl hlavním kritériem pro hodnocení stavu narušení potřeby, se v 68,2 % svěřují i dotazovaní rodiče a ve 40 % rodiče poskytující rozhovor. Problém s množstvím vypitých tekutin se u dětí dotazovaných rodičů vyskytl ve 40,9 % (zde děti denně přijmou množství nižší jak 1,5 litrů tekutin), u pozorovaných dětí v 50 % a u dětí rodičů poskytující rozhovor ve 40 %. Děti dotazovaných rodičů preferují především minerální vody a čaj (45,5 %), pozorované děti pouze sladké šťávy a kofeinové nápoje (50 %). V této oblasti zřejmě u dětí dochází k nedostatečnému příjmu tekutin a jeho rozložení do dopoledních a brzkých odpoledních hodin. Zde se opět otevírá pole působnosti pro sestru, která by rodiče v zásadách správného pitného režimu mohla informovat.

Dalším problémem vyskytujícím se u pozorovaných dětí bylo ve 40 % to, že děti v souvislosti s pomočováním neměly **vytvořené hygienické návyky**. Dotazovaní rodiče se v tom, že se jejich dítě po pomočení chodí umýt, vyslovalo pouze v 68,2 %. Nedodržování hygieny u dětí rodičů poskytující rozhovor se objevilo u 20 %. Zde jsme předpokládali, že s dodržováním hygieny problém nebude a že jej budou dodržovat všichni respondenti. Je s podivem, že i když je pomočování značně omezujícím fenoménem ve společnosti, některé děti a jejich rodiče dodržování hygienických zásad vypouští. Zde bysme po ošetřujících sestrách požadovali edukaci v této oblasti. Hygienické pomůcky přes den neuvžívá 90,9 % dětí dotazovaných rodičů a 100 % dětí pozorovaných. V souvislosti s výskytem nočního pomočování by nošení pomůcek přes

den u dětí bylo zbytečné. V této potřebě je u menších dětí důležitá důkladná kontrola čistoty rodiči. V této oblasti se 54,6 % dotazovaných rodičů svěřuje, že jim dítě pomočení samo aktivně hlásí. Značnou aktivitu rodičů v péči o čistotu dětí tedy nevidíme.

Ve stejném množství 40 % byla porušena i **potřeba spánku** u pozorovaných dětí. Tyto děti měly režim spánku narušený vlivem pomočování. U dotazovaných rodičů a rodičů poskytující rozhovor tento trend nevidíme. Ve většině případů jsou odpovědi na porušení spánku a pocitování únavy dítětem záporné. Narušení kvality spánku u enuretických dětí tedy nebude až tak velkým problémem. Je potěšující, že od buzení dětí v noci na vymočení rodiče ustupují (59,1 %). Mnohdy se děti neprobudí do plného vědomí, dochází k močení v polospánku a tedy prohlubování pomočování. Také užívání budících pomůcek bylo zaznamenáno pouze u 9,1 % dotazovaných rodičů a 20 % rodičů poskytující rozhovor. 50 % pozorovaných dětí a 72,7 % dětí dotazovaných rodičů má spánkové návyky. Nejčastěji se zde objevuje opakované močení dětí před spaním. Z hygienických pomůcek na spaní byly nejvíce užívány gumové podložky (70 % pozorovaných dětí, 86,4 % dětí dotazovaných rodičů). 1 dívka maminky poskytující rozhovor ve 13 letech užívala na noc pleny. Za užívání této pomůcky na spaní od dětí ve školním kolektivu sklízela posměch a i z tohoto důvodu školní výlety spojené s pobytem nevyhledávala. Tady je nutné zvážit, zda-li u větších dětí tyto pomůcky využívat. Jsme ale rádi, že se od nošení plen u větších dětí upouští, příjemné jim to být nemusí a značně to zvyšuje omezení ve společnosti.

Dle Dunovského (9) do fyziologických (synonymem biologických) potřeb patří i **potřeba péče o zdraví**. V této oblasti byl sledován zájem dětí a rodičů o rehabilitační cvičení na posílení pánevního dna, dodržování předepsaných zásad léčebného režimu, způsoby užívání medikace a zvládání její aplikace. 40 % dětí se na táborovém pobytu rehabilitačního cvičení na posílení pánevního dna aktivně neúčastnilo a cvičit nechtělo. Doma rehabilitační cvičení provádí jen 18,2 % dětí dotazovaných rodičů a to aktivně pouze 1 dítě (4,6 %). Maminka (2) poskytující rozhovor hodnotí cvičení jako náročné na vysvětlení principu dítěti. Rehabilitační cvičení mezi dětmi tedy moc oblíbené není. Cvičení je časově náročné, pokud má být prováděno denně. Pro účinnost je třeba, aby

bylo prováděno dlouhodobě, a to zřejmě respondenty také odrazuje. Klad cvičení ale vidíme především v tom, že je jednou z příležitostí, kdy rodiče mohou věnovat čas a pozornost dítěti (je zde potřeba kontroly správnosti provádění cvičení rodičem) a to k zahození není. V dodržování předepsaného režimu byl u všech respondentů největší problém v dodržování zásad pitného režimu (viz výše), což velice úzce souvisí i s užíváním medikace. Pozorované děti aplikaci léku sublinguálně zvládaly samy (léky užívalo 30 % dětí). Předpokládali jsme, že medikaci bude užívat větší procento dětí (pouze 22,7 % dětí dotazovaných rodičů). Maminky (4 a 5) poskytující rozhovor tento fenomén zdůvodnily tak, že měly strach z vedlejších účinků léčby a proto farmakologickou léčbu u dětí po čase zavrhly nebo odmítly. Vedlejší účinky dle literatury (12) moc časté nejsou. Zde je nutné rodiče o tomto faktu informovat.

V oblasti **potřeby jistoty a bezpečí** jsme se zaměřili především na projevy dětí při pomočení a přístup rodičů k dítěti. Z pozorovaných dětí se u 60 % v souvislosti s pomočením objevily problémy v komunikaci. Děti se uzavíraly, nekomunikovaly, měly pocity strachu a úzkosti. 50 % dětí se za své pomočování stydělo a 40 % dětí bylo vázáno na přítomnost podpůrné osoby. V odpovědích dotazovaných rodičů se nejvíce objevilo to, že se jejich dítě při pomočení stydí (54,6 %). U dětí rodičů poskytující rozhovor byly odpovědi různé. Opět zde ale převládaly děti s pocity studu, zahanbení a strachu. 1 respondentka se svěřila, že když se její dcera v noci pomočí, tak křičí a pláče. Dotazovaní rodiče si ve 45,5 % uvědomují, že dítě za situaci nemůže. Vdanou chvíli se dítě snaží povzbudit a o problému mluvit. U většiny rodičů poskytující rozhovor převládá dodržování zásady nekřičet, nezazlívat, nenadávat (80 %), což je zásada správná. Z pohledu dotazovaných sester (48,1 %) je ale spíše problém v tom, že se většina rodičů za pomočování v ordinaci PLPDD stydí. Stud je tedy hlavním problémem nejen dětí ale i jejich rodičů. I přes přísun informací, který se v dnešní době zlepšuje, je toto onemocnění ve společnosti nadále tabuizované a o pomočování se mezi rodiči nemluví. Stud dítěte je možné zmírnit správným přístupem rodičů, dodržování soukromí a intimity dítěte jak doma tak mezi zdravotníky. Je potřeba rodiče podpořit a informovat o tom, že onemocnění enurézou je v dětské populaci časté a stydět se za něj v žádném případě nemusí. Dlouhodobá léčba je pro rodiče a jejich enuretické děti vždy

náročná. Je potřeba si získat jejich důvěru, aby se při jakýchkoliv problémech na sestru nebo lékaře obraceli a nezatajovali je.

Stav **potřeby sebeúcty** nás nepřekvapil. U 50 % pozorovaných dětí došlo ke změně sebehodnocení. 4 děti sdělovaly nebo projevovaly pocity méněcennosti. Naopak se zde objevilo i jedno dítě s vysokým sebevědomím. Dotazovaní rodiče osobnost svého dítěte nejvíce charakterizovali tím, že je citlivé (72, %) a nerozhodné (50 %). Sestry, které enuretické děti mají v péči, děti charakterizovaly podobně – citlivé (59,62 %) a s nižším sebevědomím (57,7 %). Podobně je charakterizovaly i sestry při rozhovorech. Naopak musíme přihlídnout i na odpovědi rodičů v rozhovorech. V 80 % se zde opět objevila odpověď, že je dítě citlivé. Objevily se zde ale i odpovědi, že jsou děti otevřené a přátelské (60 %). To potvrzují i odpovědi dotazovaných rodičů na to, jak se děti chovají ve společnosti vrstevníků. Většina rodičů v této oblasti problém neviděla a sdělila, že když děti možnost zapojení do dětských aktivit mají, tak je to bez problému (72,7 %). Zde vidíme, že osobnost enuretického dítěte a jeho sebehodnocení je vysoce individuální. Některé děti pocity méněcennosti mají a vztahy s ostatními dětmi nenavazují, jiné tyto problémy nemají a do kolektivních aktivit se zapojují a kamarádů mají dostatek.

V oblasti **potřeby lásky a sounáležitosti** docházelo k posouzení míry socializace dítěte a jejího omezení. 40 % pozorovaných dětí omezení ve společnosti mělo a kontakt s dětmi a vedoucími nenavazovalo a strnilo se. 50 % dotazovaných rodičů a 90 % dotazovaných sester toto omezení dětí potvrzuje. Omezení nejvíce pociťují v oblastech neúčastnění se školních akcí spojených s pobytem a nepřijímání dětí na letní tábory. Maminka (1) poskytující rozhovor omezení tak velké nevidí. Tvrdí, že omezení dětí se dá vyřešit a snížit domluvou s pedagogickými pracovníky, kteří nad dětmi na školních pobytech spojených s noclehem vykonávají dohled. Zde záleží na jejich taktosti a míře péče, kterou dítěti chtějí věnovat (buzení na vymočení, užívání plen, spaní dítěte v místnosti s menším počtem dětí apod.). Zde vidíme i tu skutečnost, že onemocnění enurézou se netýká čistě jen dětí, jejich rodičů a zdravotníků ale i jiných pracovníků přicházejících do styku s dětmi takto handicapovanými. Je tedy nutné zvyšovat informovanost o problematice enurézy u celé široké veřejnosti.

Jelikož má dle přístupné literatury na vzniku pomočování u dětí zásadní vliv opožděnost vývoje (CNS a močového měchýře) dítěte a styl jeho výchovy k regulaci močení, bylo třeba do výzkumného šetření zahrnout **vývojové potřeby** dětí. I přesto, že hodnocení vývoje spadá výhradně do kompetencí lékaře, sestra se na uspokojování těchto potřeb může podílet svou edukací o základech vývoje dítěte a jeho správné výchově k regulaci močení. Jak již bylo řečeno v teorii, pro to, aby se dítě správně vyvíjelo, je zapotřebí mu předkládat podněty v jistém sledu s přizpůsobením prostředí. Pokud je prostředí dostatečně podnětné, vývoj dítěte probíhá fyziologicky. Pokud tomu tak není a u dítěte dochází k opoždění (v našem případě udržování moče a tudíž i čistoty), má dítě **potřebu respektu odlišnosti vývoje**. Pozorované děti (po konzultaci příchozího psychologa, který za děti na letní tábor docházel již několik let a realizoval s nimi různá diagnostická cvičení formou kresby) fyzickými, psychickými nebo sociálními projevy neodpovídaly věku (40 %). 20 % dětí vedoucí museli stimulovat a nabádat ke hře. Nové poznatky nevyhledávaly a ani potřebu výkonu neměly nijak silnou. Zde byl tedy požadavek na **potřebu přizpůsobení podmínek pro rozvoj**. Na způsob výchovy byli dotazováni rodiče a sestry. Nejvíce rodičů dětí (dotazovaných 54,6 % a poskytující rozhovor 80 %) vysazovalo do 1 roku věku dítěte, což je předčasné a na urychlení schopnosti dítěte regulovat močení to nemá vliv. Většina dotazovaných sester brzké vysazování dětí rodiči do 1 roku (28,9 %) a do 2 let (52 %) věku potvrzuje.

Výsledky k **cíli č. 1** vedly **ke zmapování hlavní úlohy sestry v primární péči o děti trpící enurézou**. Hodnocení stavu potřeb zdravého a nemocného člověka ošetřovatelským procesem je hlavní náplní práce sestry. K tomu, aby sestra byla schopná děti správně hodnotit, musí být o problematice správně informovaná a vzniklé problémy v uspokojování potřeb by měla aktivně vyhledávat a řešit v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Jedním ze způsobů řešení problémů dítěte v ordinaci PLPDD je zajištění správné informovanosti enuretických dětí, jejich rodičů a ostatních rodinných příslušníků formou edukace. V tom, jakou pozornost sestry u PLPDD věnují potřebám enuretických dětí a jakou úlohu v jejich uspokojování hrají, se nyní podíváme. Svou hlavní úlohu sestry poskytující rozhovor spatřují v edukaci dětí a jejich rodičů o zásadách pitného režimu (80 %) a provádění základních vyšetření moče (40 %). Také

dotazované sestry (82,7 %) sdělují, že děti edukují a to nejvíce v oblastech pitného (95,4 %) a mikčního režimu (81,4 %). Bohužel všichni rodiče (100 %) poskytující rozhovor jakoukoliv úlohu sestry v péči u PLPDD o jejich dítě trpící enurézou popírají a na informace se vždy radši ptají pouze lékaře. Zde tedy odpovídáme na **výzkumnou otázku č. 1 zda-li je úloha sestry v péči o enuretické dítě pro rodiče důležitá.**

Další velice překvapivý poznatek vzešel z odpovědí sester o problematice potřeb dětí a případných doporučení. V souvislosti s problémy enuretických dětí v **potřebě vyprazdňování** moče nácvik mikce metodou start – stop doporučují (82,7 %). O užívání metody dětmi a rodiči se dále ale nezajímají a zpětnou vazbu nezískávají. Na otázku, zda-li tuto metodu rodiče s dětmi doma využívají, odpovědět nedokážou (odpověď nevím v 51,9 %).

O problému žízně v **potřebě příjmu tekutin a stravy** si jim rodiče stěžují (42,3 %), ale při tom, jaký způsob pitného režimu dětem doporučují, odpovídají zákazem příjmu tekutin večer před spaním (53,9 %). Správnou odpověď nabízení většího množství tekutin v průběhu dne s mírným omezením večer volí až na 4. místě se 42,3 %. Zde hodnotíme správnou informovanost sester za nedostatečnou. Naštěstí všechny sestry poskytující rozhovor způsob pitného režimu volí správně.

V oblasti **potřeby hygieny** dotazované sestry sdělují, že z hygienických pomůcek děti nejčastěji užívají pleny (87,5 %). 86,5 % sester doporučuje dodržování hygienických zásad enuretickými dětmi a jejich rodiči. Ze zásad pak nejčastěji doporučují výměnu prádla po pomočení se (86,7 %) a pravidelnou hygienu (80 %). Zde se opět vyskytuje problém se zpětnou vazbou. Na otázku, zda-li děti doporučené zásady dodržují, opět sestry ve 46,2 % odpovídají nevím. V této oblasti bysme spíše ocenili to, kdyby sestry dětem pleny nedoporučovaly a upozorňovaly je na to, aby se po pomočení šly umýt nebo osprchovat. Zde je informovanost opět nedostačující.

Porušení kvality **spánku** sestry u dětí nepozorují, většina odpovědí v této oblasti je záporná. Z hygienických pomůcek na spaní nejvíce dle sester děti užívají gumové podložky (90,9 %). Bohužel nás mrzí, že je rodičům stále doporučováno opakované buzení dětí v noci na vymočení (71,2 % sester doporučuje). Pouze 1 sestra poskytující rozhovor zná zásadu probuzení dítěte do plného vědomí. V opačném případě dochází

k močení v polospánku a prohlubování problému pomočování. Zde opět informovanost sester hodnotíme nedostatečně.

V oblasti **péče o zdraví** na otázku, zda-li děti a jejich rodiče doporučovaný léčebný režim dodržují, sestry opět odpovídají neví (55,8 %).

V oblasti **potřeby sebeúcty, lásky a sounáležitosti** sestry problémy s omezením dětí ve společnosti potvrzují především v neúčastnění se školních akcí spojených s pobytem (68,1 %). V 69,3 % dětem doporučují organizace a akce pro enuretické děti. Nejčastější doporučovanou akcí pro děti je letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou pořádaný Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích (91,7 %). Zde hodnotíme informovanost sester za dostatečnou.

Nejhůře dopadla informovanost sester v **oblasti potřeb vývojových**. Tato oblast je u sester velice opomíjena. Jak již bylo řečeno, převážná většina sester vývoj a výchovu dítěte pomocí 7 kroků nezná (82,7 %) a tudíž správný postup výchovy rodičům doporučit ani nemůže (88,5 %). O tom, zda-li rodiče metodu výchovy využívají, neví (96,2 %). Dále o rodičích tvrdí, že děti na nočník vysazují především před 2 rokem věku (52 %). To, že rodiče děti vysazují předčasně, správně hodnotí 1 sestra poskytující rozhovor (1).

Na výzkumnou otázku č. 3, **zda-li je ošetrovatelská péče poskytována dětem trpící enurézou v primární péči sestrou poskytována dostatečně**, můžeme odpovědět, že ano. Sestry problémy v potřebách identifikují a řeší edukací rodičů a dětí. Bohužel je ale zapotřebí o poskytnuté edukaci získat zpětnou vazbu, kterou sestry v ordinaci PLPDD nemají a nezjišťují.

To, že sestry enuretické děti a rodiče edukují špatně nasvědčují závěry vyslovené výše. Pro potvrzení **hypotézy č. 2 – správná informovanost sester v primární péči o problematice enurézy je nedostatečná**, musíme zhodnotit jejich orientaci přímo v problematice enurézy. Pojem enuréza si dotazované sestry vysvětlují správně odpověďmi, že je to pomočování nevědomé (42,3 %) bez onemocnění orgánů (53,9 %) a špatná kontrola močového měchýře po 5 roce života (48,08 %). Za hlavní příčinu vzniku enurézy sestry nejčastěji považují stres a psychiku dítěte a opoždění center mozkových a močových. Věkovou hranici patologie pomočování tedy určují po

5. roce věku dítěte. Bohužel správnost doporučených zásad léčebného režimu je nedostatečné a zásadní a i sestry poskytující rozhovor hodnotí informovanost sester za nedostatečnou 60 %). **Hypotéza č. 2 – správná informovanost sester v primární péči o problematice enurézy je nedostatečná (Velemínský)** se nám tedy potvrzuje.

Cílem práce č. 2 bylo zjistit úroveň informovanosti rodičů o péči o děti trpící enurézou. První začneme informovaností rodičů **o léčebném režimu** a jeho zásadách, jelikož se narušení potřeb enuretických dětí odvíjí právě i od jeho správnosti. Většina dotazovaných rodičů tvrdí, že o zásadách léčebného režimu enuretického dítěte byli informováni (86,4 %). A to nejvíce o zásadách pitném režimu (89,5 %) a režimu močení (63,2 %). Bohužel zde pokulháva informovanost a motivace o rehabilitačním cvičení na posílení pánevního dna, které děti s rodiči cvičí minimálně (18,2 %).

V oblasti **potřeby vyprazdňování moče** byla většina o provádění návčiku močení metodou start - stop poučena (63,6 %).

V **potřebě příjmu tekutin a stravy** byli rodiče o zvýšeném a dostatečném množství tekutin ve většině informováni (72,7 %) a také sdělují, že jejich dítě denně vypije nad 2 litry tekutin (50 %) a preferuje především čaje a minerální vody (45,5 %). To, že má většina dětí žízeň, přisuzujeme špatnému rozvrstvení příjmu nejen do dopoledních ale i brzkých hodin odpoledních.

To, že by byly doporučovány **hygienické zásady**, rodiče enuretických dětí potvrzují (54,6 %). Nejvíce byly doporučeny zásady umytí (75 %) a výměna prádla po pomočení (66,7 %).

V oblasti **potřeby spánku a odpočinku** rodiče od buzení dětí (59,1 %) nebo užívání budících přístrojů upouštějí (90,9 %) a jako pomůcku nejčastěji využívají gumové podložky (94,7 %) místo plen. Informovanost v oblasti fyziologických potřeb můžeme tedy považovat za dostatečnou.

Rodiče se svěřili, že v případě pomočení dítěte, se k němu snaží přistupovat s povzbuzením, snahou komunikovat a uvědomovat si, že dítě za situaci nemůže (shodně 45,5 %). Správná informovanost rodičů o udržování **pocitu jistoty a bezpečí** a tedy navazování důvěry ve vztahu k dítěti je.

V potřebě sebeúcty dotazovaní rodiče dítě překvapivě hodnotí jako citlivé (72,7 %) a rodiče poskytující rozhovor za přátelské (40 %), které se bez problému zapojuje do dětských aktivit (dotazovaní rodiče 72,7 %). Pokud má dítě omezení ve společnosti, tak v oblastech neúčastnění se školních akcí spojených s pobytem a účastí na dětských táborech (54,6 %). Informovanost o možnostech účasti na akcích pořádaných pro enuretické děti je 59,1 %, z toho nejvíce rodiče a jejich děti znají letní tábory pro děti trpící enurézou a enkoprézou pořádané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích. Zde informovanost opět hodnotíme za dostatečnou.

Bohužel hodnocení informovanosti **o problematice enurézy** je horší. Vysvětlení pojmu enurézy se různí. Dotazovaní rodiče sice nejčastěji volili odpověď, že onemocnění vzniká bez onemocnění orgánů (40,9 %) ale ve věku 3 nebo 5 let si jisti nebyli a volili odpověď v takřka stejném počtu (36,4 %). Za nejčastější faktory vzniku považují osobnost dítěte (54,6 %) a genetiku (45,5 %). Rodiče poskytující rozhovor, bohužel také pojem enuréza nedokázali vysvětlit a na místo něho podsouvali příčiny vzniku (60 %). Informovanost o problematice enurézy u rodičů tedy hodnotíme nedostatečně.

Většina rodičů (dotazovaných i poskytující rozhovor) děti vysazuje předčasně ve věku do 1 roku (54,6 % a 100 %). **Vývoj dítěte k regulaci močení a jeho výchovu** pomocí 7 kroků neznají (95,5 % a 100 %). A za hlavní zdroj informací o této problematice vývoje dítěte k regulaci močení dotazovaní rodiče považují praktického dětského lékaře a internet (54,6 %). Rodiče poskytující rozhovor zkušenosti získávají především z vlastních zkušeností se staršími dětmi (60 %). Zde musíme informovanost o problematice hodnotit opět za nedostatečnou.

Značnou důležitost přisuzujeme i odpovědím rodičů poskytující rozhovor. Svou informovanost v 80 % hodnotí za nedostačující. Hlavní problém vidí především v navazování komunikace se zdravotníky a nedostatečném množství navrhaných způsobů léčby a tudíž nízké možnosti účasti a rozhodování o léčbě dítěte s enurézou. Zde odpovídáme na **výzkumnou otázku č. 2 – je informovanost rodičů o péči a přístupu k dítěti dostatečná z pohledu rodičů?** Celkově s přihlédnutím k nedostatečné informovanosti rodičů o problematice enurézy a vývoje dítěte k regulaci

močení potvrzujeme **hypotézu č. 1 – správná informovanost rodičů o problematice enurézy je nedostatečná (Velemínský).**

ZÁVĚR

Výzkumné šetření ukázalo, že nejčastěji porušenou potřebou enuretických dětí je potřeba vyprazdňování moče s problémem pomočování, potřeba jistoty a bezpečí s projevovanými pocity studu nejen enuretickými dětmi ale i jejich rodiči a potřeba příjmu tekutin s problémem nedodržování dostatečného přísunu v průběhu dopoledních a brzkých odpoledních hodin a jím způsobeným pocitem žízně.

Dle sester jejich hlavní úloha spočívá v edukaci rodičů a jejich enuretických dětí v oblasti režimu příjmu tekutin a vyprazdňování moče a provádění základních vyšetření moče. Ošetrovatelská péče poskytovaná sestrou v ordinaci PLPDD enuretickým dětem je dostatečná, sestry si problémů v potřebách enuretických dětí všímají a to se snaží také řešit. Bohužel ale enuretické děti a jejich rodiče o zásadách léčebného režimu edukují špatně, zpětnou vazbu nezjišťují a o dodržování doporučených pravidel se dále nezajímají. Informovanost sester pokulhává především v pravidlech správného pitného režimu, zásadách správného hygienického režimu a užívání hygienických pomůcek u starších dětí, pravidlech buzení dětí na vymočení rodiči a především ve znalostech o fyziologickém vývoji dítěte v regulaci močení a jeho výchovy pomocí 7 kroků.

Informovanost rodičů enuretických dětí je v pravidlech léčebného režimu dostačující. Správné informace získávají zřejmě od praktických lékařů a nefrologů a jiných zdrojů jako je internet. Bohužel informovanost v oblastech problematiky enurézy (pojem, příčiny, věková hranice patologie pomočování) a vývoje dítěte v regulaci močení a jeho výchově pomocí 7 kroků je nedostačující. Rodiče děti na nočník vysazují předčasně nejvíce před 1 rokem života, čímž přispívají ke vzniku onemocnění pomočováním. Celkově svou informovanost rodiče bohužel hodnotí za nedostačující.

Informačních materiálů a prací na téma enurézy a jejího účinku na děti a jejich rodinu je v současné době naštěstí mnoho. Jednou z věcí, na kterou jsme se výzkumem chtěli zaměřit, bylo zjistit míru využívání metody výchovy pomocí 7 kroků. Znalost této problematiky je mezi zkoumanými respondenty minimální a na základě stanoveného cíle práce č. 4 jsme se rozhodli vypracovat edukační standart pro sestry (viz příloha č. 8) a informační materiál pro rodiče (příloha č. 10) přímo na toto téma. Pracoviště podílejší

se na šetření o tento edukační materiál jeví veliký zájem a my můžeme říci, že tento materiál bude v praxi využit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALLEN, K.; MAROTZ, L. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
2. ARONOVÁ, J. a kol. *Ze zkušeností dětského lékaře*, 1. vyd. Praha: Amosia, 2006. 203 s. ISBN 80-86966-13-5.
3. BLUM, N.; TAUBMAN, B.; NEMETH, N. *Relationship Between Age at Initiation of Toilet Training and Duration of Training: A Prospective Study* [online]. c2003 [2010-10-14]. Dostupné na WWW: <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/4/810.full>.
4. BOCKSCHNEIDEROVÁ, A.; BŘÍZOVÁ, B. *Enuréza a enkopréza*, 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. ISBN 978-80-7394-169-7.
5. BOCKSCHNEIDEROVÁ, A.; KLEČKOVÁ, R. Sociální situace u dětí trpící enurézou. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 471-479. ISSN 1212-4117.
6. ČÁP, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.
7. Český statistický úřad, *Věkové složení obyvatel*, [online]c2011 [cit. 2011-08-03]Dostupné také na WWW: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/76002C85E7/\\$File/400311007.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/76002C85E7/$File/400311007.pdf).
8. DÍTĚ, Z. Noční pomočování u dětí. *Diagnóza*. 2008, roč. 4, č. 10, s. 6. ISSN 1801-1349.
9. DOLEŽAL, J. Enuresis nocturna. *Urologické listy*. 2007, roč. 5, č. 1, s. 46-48. ISSN 1214-2085.
10. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 248 s. ISBN 80-7169-254-9.
11. DUŠEK, J. Enuresis through the ages. In Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. *Actual problems of the pediatric nephrology and urology: 30th Jubilee Meeting of the Czech Working Group for Pediatric Nephrology and 20th Meeting of the Czech Section of the Pediatric Urology* [online]. c2009, poslední

- revize 5. 12. 2010 [cit. 2011-06-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.slideshare.net/ringer21/actual-problems-of-the-pediatric-nephrology-and-urology>>.
12. FARKOŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
 13. FLÖGELOVÁ, H.; VRÁNA, J. Noční pomočování – problém každé ambulance pediatra. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 3, s. 146-150. ISSN 1213-0494.
 14. GUT, J.; KOLSKÁ, M. Diferencionální diagnostika úniků moči u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2004, roč. 11, č. 3, s. 149-153. ISSN 1213-0494.
 15. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
 16. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
 17. HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*, 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767s. ISBN 80-7262-178-5.
 18. CHVÁTALOVÁ, H. ČAS pro sekci primární péče. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*, 2009, roč. V, č. 5, s. 6-7. ISSN 1801-464X.
 19. Internacional Childrens Continence Society. *About Us* [online]. c2010 [2011-06-14]. Dostupné na WWW: http://www.i-c-c-s.org/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26.
 20. JANDA, J. Výskyt a léčba pomočování. *Vox Pediatric*, 2009, roč. 9, č. 1, s. 36, ISSN 1213-2241.
 21. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
 22. KELNAROVÁ, J. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
 23. KITTNAR, O.; MLČEK, M. *Atlas fyziologických regulací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2722-6.
 24. KLÍMA, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.

25. KOVÁCS, L.; RADVANSKÁ, E. Súčasný pohľad na patofyziológiu a diagnostiku monosymptomatickej nočnej enurézy – princíp „troch systémov“, *Pediatric pro praxi*, 2005, roč. 2, č. 6, s. 297-300. ISSN 1213-0494.
26. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
27. LANGMAIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
28. MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 285 s. ISBN 80-85912-29-5.
29. MELGOSA, J. *Umění výchovy dítěte*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 195 s. ISBN 80-7172-613-3.
30. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník č. 9/2004 Sb.* [online]. c2004 [2011-07-2]. Dostupné na WWW: www.kntb.cz/userfiles/file/Osetrovatelstvi/Vestnik_9-2004.rtf.
31. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.* [online]. c2011 [2011-06-14]. Dostupné na WWW: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html.
32. Národní centrum domácí péče České republiky. *Primární péče* [online]. c2006 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: <http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>.
33. NEDĚLKOVÁ, Z. *Dětský lékař – největší kniha o zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Práh, 2007. 631 s. ISBN 978-80-7252-187-6.
34. Non- profit Enuresis organizations [online]. c2007 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: <http://www.wetbusters.com/organism.htm>.
35. O'CALLAGHAN, T.; STEPHEN, T. *Pediatric do kapsy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 434 s. ISBN 80-247-0933-3.
36. OPOČENSKÝ, M. *Migrace zdravotních sester v EU* [online] c2010 [cit. 2011-08-03] Dostupný také na WWW: <http://www.medop.cz/medop/nemocnice/migrace-zdravotnich-sester-v-eu>.

37. OPOČENSKÝ, M. *Struktura sítě zdravotnických zařízení a jejich pracovníků v ČR v roce 2009* [online] c2011 [cit. 2011-08-03] Dostupný také na WWW: <http://www.medop.cz/medop/nemocnice/struktura-site-zdravotnickych-zarizeni-jejich-pracovniku-v-cr-v-roce-2009>.
38. *Personality characteristics of children enuresis*. [online] c2010 [cit. 2011-06-05] Dostupné na WWW: <http://www.bybwh.com/personality-characteristics-of-children-enuresis-2.html>.
39. PILIAROVÁ, Z. Sestra v ambulanci. *Sestra a lékář v praxi: časopis pro sestry, lékářův a iných zdravotnických pracovníků*. 2006, č. 3-4, s. 9. ISSN 1335-9444.
40. PILIAROVÁ, Z. Sestra v ambulanci (2. část). *Sestra a lékář v praxi: časopis pro sestry, lékářův a iných zdravotnických pracovníků*. 2006, č. 5-6, s. 10. ISSN 1335-9444.
41. PRCINOVÁ, J. *Enuresis a inkontinence u dětí* [online] c2005 [cit. 2011-06-10] Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/enuresis-a-inkontinence-u-deti-298717>.
42. PROŠKOVÁ, E. Sestra v primární péči. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2009, roč. V, č. 5, s. 3-4. ISSN 1801-464X.
43. Sdružení (rodičů a přátel) dětí trpících nočním pomočováním. *Noc v suchu* [online]. c2008 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: <http://www.nocvsuchu.cz/>.
44. SEN. *Společnost pro enurézu SEN* [online]. c2006 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: http://www.enurezis.sk/main.php?page=spol_1.
45. SCHNABEL, G. *Die Entwicklung der Kontrolle über Blase und Darm* [online]. c2003, poslední revize 9. 8. 2010 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: <https://www.familienhandbuch.de/erziehungsfragen/ordnung-und-sauberkeit/die-entwicklung-der-kontrolle-uber-blase-und-darm>.
46. SCHNABEL, G. *Schritt für Schritt zum Töpfchen* [online]. c2001, poslední revize 2011 [cit. 2011-05-15]. Dostupné na WWW: http://www.mobile-eltermagazin.de/erziehung/entwicklung/details?k_onl_struktur=385568&k_beitrag=107008.

47. SOUSA, A.; KAPOOR, H.; JAGTAP, J.; SEN, M. Prevalence and factors affecting enuresis amongst primary school children. *Indian Journal of Urology* [online]. 2007 [cit. 2010-04-19]. Dostupné na WWW: <http://www.indianjurol.com/text.asp?2007/23/4/354/36703> ISSN: 23:354-7.
48. ŠAŠINKA, M.; ŠAGÁT, T. *Pediatrics*. 2.sv., 1. vyd. Bratislava: Svornosť, 1998. 1156 s. ISBN 80-967963-0-5.
49. ŠMAKAL, O. Vyšetření a léčba dítěte s pomočováním. *Pediatric pro praxi*. 2001, roč. 6, č. 5, s. 224-228. ISSN 1213-0494
50. ŠMAKAL, O.; FLÖGELOVÁ, H. Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 2006, roč. 5, s. 247-249. ISSN 1213-0494.
51. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Nuga, 2003, 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
52. TOMAGOVÁ, M.; BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
53. TRACHOTVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
54. TURBOVÁ, J. Pomočování dětí pohledem psychologa. *Vox pediatry*. 2009, roč. 9, č. 1, s. 40-41. ISSN 1213-2241.
55. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
56. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatry*, 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
57. VELEMÍNSKÝ, M. *Vývoj a výchova dítěte k udržení suchých nocí* [online]. c2010 [cit. 2011-05-12]. Dostupné na WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/20208-vyvoj-a-vychova-ditete-k-udrzeni-suchych-noci>.
58. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*, 1.vyd. Praha: TRITON, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.
59. VELEMÍNSKÝ, M. sr.; VELEMÍNSKÝ, M. jr. *Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nocím*, 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 105 s. ISBN 978-80-7387-308-0.

60. Veřejná zpráva České republiky. *Zákon č.20/1966 Sb.* [online]. c1966 [2011-06-14].
Dostupné na WWW:
http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_p=18&PC_8411_l=20/1966&PC_8411_ps=10#10821.
61. Veřejná zpráva České republiky. *Zákon č. 96/2004 Sb.* [online]. c2004 [2011-06-14].
Dostupné na WWW:
http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_l=96/2004&PC_8411_ps=10#10821.
62. VINCENOVÁ, D. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 2, s. 116-118. ISSN 1213-0494.
63. VIQUE, J. *Zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Garamond, 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4.
64. VOGT, M.; LEHNERT, T; HOLGER, T. *Evaluation of different modes of combined therapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis* [online]. c2009 [cit. 2010-10-15]
Dostupné na WWW:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2009.08872.x/pdf>.
65. VURM, V. a kol., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
66. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praga: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
67. WEIKERT, A. *Výchova dítěte*, 1. vyd. Praha: Vašut, 2007. 323 s. ISBN 978-80-7236-527-2.
68. World Health Organizacion. *Declaration of Alma-Ata* [online]. c1978 [cit. 2011-05-12].
Dostupné na WWW:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
69. World Health Organizacion. *Primary Health Care: Now More Than Ever* [online]. c2008 [cit. 2011-04-15].
Dostupné na WWW:
<http://www.who.int/whr/2008/summary/en/index.html>.
70. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

71. Žlutý květ. *Žlutý květ* [online]. c2008 [cit. 2011-05-12]. Dostupné na WWW:
http://www.zlutykvet.cz/o_nas.html.

SEZNAM KLÍČOVÝCH SLOV

enuréza u dětí

ošetřovatelská péče

primární péče

úloha sestry

vývoj dítěte v regulaci močení

výchova dítěte k regulaci močení

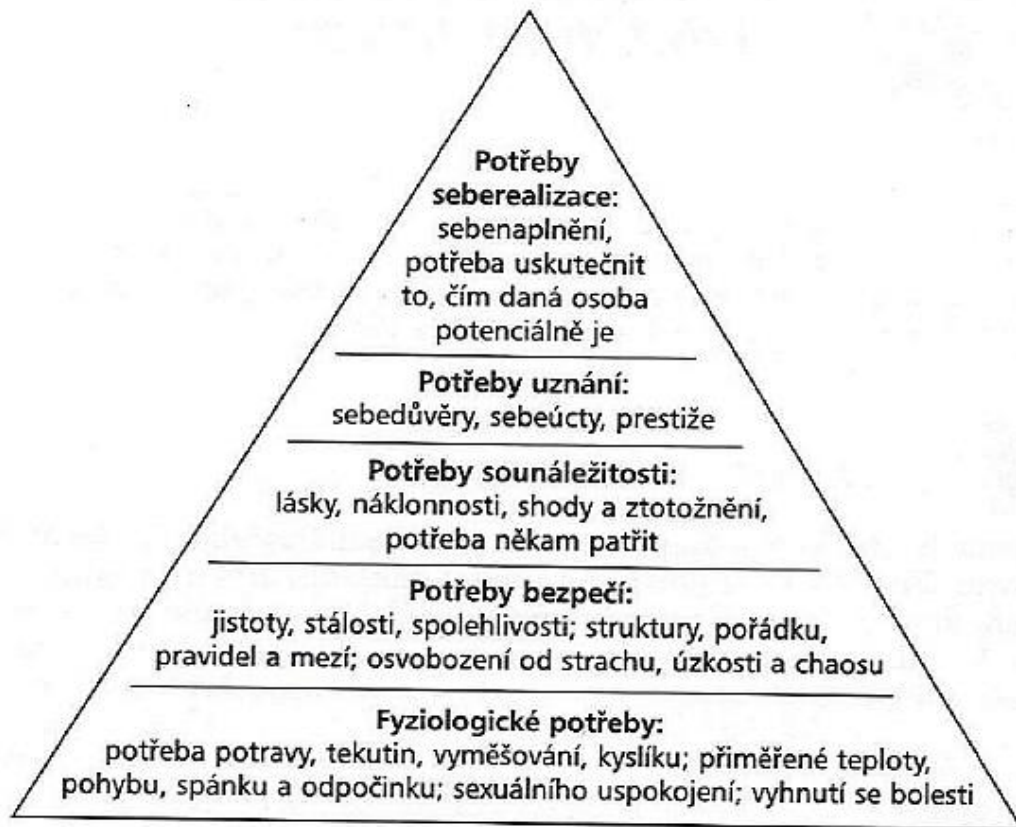
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorders - hyperaktivita s poruchou pozornosti
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DDAVP	Desmopressin
EEG	Elektroencefalografie
h	Hodina
ICCS	Internacional Children Continance Society
IERC	Internacional Enuresis Research Center
l	Litr
PLPDD	Praktický lékař pro děti a dorost
RHB	Rehabilitace
SZŠ	Střední zdravotnická škola
UFM	Uroflowmetrie
UNICEF	United Nations Children's Fund
viz	Viz
WC	Toaleta
WHO	World Health Organization
ZO ČSOP	Český svaz ochránců přírody

SEZNAM PŘÍLOH

1. Maslowova pyramida
2. Informovaný souhlas pro rodiče
3. Formulář pro pozorování potřeb enuretických dětí na LT
4. Dotazník pro rodiče enuretických dětí
5. Dotazník pro sestry pracující v primární péči
6. Seznam otázek rozhovoru pro rodiče enuretických dětí
7. Seznam otázek rozhovoru pro sestry pracující v primární péči
8. Edukační standart pro sestry
9. Audit edukačního standardu pro sestry
10. Informační materiály pro rodiče

Příloha 1



Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

Zdroj: ŠEVČÍKOVÁ, J. *Komunitní služby a instituce* [online] c. 2009 [cit. 2011-06-20]
Dostupné také na WWW: <http://osetrovatelstvi.blog.cz/0910/komunitni-sluzby-a-institute>.

Příloha 2

Informovaný souhlas

Já, (jméno, příjmení)....., souhlasím s pozorováním mého dítěte na Letním táboře pořádaném Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích v roce 2010 pro děti s enurézou a enkoprézou a následným anonymním zpracováním informací pro účely diplomové práce s názvem – Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou Bc. Kateřiny Vystrčilové.

.....
Datum

.....
Podpis

Formulář pozorování enuretických dětí na LT 2010

Iniciály dítěte:		Věk, pohlaví:	Provedl zapsání/datum:
Potřeby dítěte			
Biologické	1. Tekutiny, strava	Dieta <input type="checkbox"/> jaká: Omezení příjmu tek. ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> proč: Množství tek./den: jaké: Situovanost : Dodržování pit. režimu: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> proč: Pocit žízně: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dodatek:	
	2. Vyprazdňování	Enuréza: noční <input type="checkbox"/> denní <input type="checkbox"/> kombinovaná <input type="checkbox"/> primární <input type="checkbox"/> sekundární <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> v zápalu hry <input type="checkbox"/> jiné: Častost pomočování: Indiv. návyky: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké: Užívání pomůcek: pleny <input type="checkbox"/> vložky <input type="checkbox"/> jiné: Nácvik mikce: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dodatek:	
	3. Hygiena	Způsob: sprchování <input type="checkbox"/> omývání <input type="checkbox"/> koupel <input type="checkbox"/> jiné: Frekvence: Samostatnost: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jiné: Indiv. návyky: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jiné: Péče o kůži: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> proč: Dodržování pravidel: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dodatek:	
	4. Spánek, odpočinek	Spánek přes den: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> V kolik hodin chodí spát: V noci: spí klidně celou noc <input type="checkbox"/> budí se <input type="checkbox"/> proč: Indiv. návyky: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké: Užívání pomůcek: Dodatek:	
	5. Péče o zdraví (léčba, RHB, uzdravení)	Aktivní zapojení se do léčby: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> RHB samostatná <input type="checkbox"/> nesamostatná <input type="checkbox"/> Užívání medikace: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká: Způsob aplikace: Dodatek:	
Vývojové	6. Podmínky pro rozvoj	Vyhledává nové poznatky: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Potřeba výkonu: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Stimulace k učení: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dodatek:	
	7. Respekt odlišnosti vývoje	Vývojový stupeň odpovídá věku: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dodatek:	
Psychické	9. Jistota a bezpečí	Reakce na pomočení se: lhostejnost <input type="checkbox"/> pláč <input type="checkbox"/> nekomunikuje <input type="checkbox"/> uzavření se <input type="checkbox"/> stud <input type="checkbox"/> utajení <input type="checkbox"/> zahanbení <input type="checkbox"/> jiné: Pocity strachu <input type="checkbox"/> úzkosti <input type="checkbox"/> Vykonává činnosti: aktivně <input type="checkbox"/> pasivně <input type="checkbox"/> Vyžaduje přítomnost podpůrné osoby: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Projev: přiměřený <input type="checkbox"/> plačtivý <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> negativistický <input type="checkbox"/> jiný: Očekávání odměny <input type="checkbox"/> trestu <input type="checkbox"/> Dodatek:	
	10. Vlastní identita	Sebehodnocení: je si vědom hranic svých možností: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Podceňování, méněcennost <input type="checkbox"/> přeceňování <input type="checkbox"/> Reakce na nemoc: Dodatek:	
Sociální	11. Socializace	Kontakt s dospělými: navazuje <input type="checkbox"/> nenavazuje <input type="checkbox"/> Kontakt s dětmi: navazuje <input type="checkbox"/> nenavazuje <input type="checkbox"/> Zapojení se do aktivit: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Zájmy: Rodina úplná <input type="checkbox"/> neúplná <input type="checkbox"/> Dodatek:	

Dotazník pro rodiče enuretických dětí

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Vystrčilová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás tímto způsobem požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jím získané informace budou použity pro zpracování diplomové práce na téma – Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou. Vámi poskytnuté informace napomohou pro lepší pochopení problematiky laiky i zdravotníky a k vypracování informačního materiálu pro rodiče a zdravotní sestry.

Prosím, řiďte se následujícími pokyny a za vyplnění dotazníku Vám srdečně děkuji.

Správné odpovědi zakřížkujte, případně doplňte vlastními slovy.

Váš věk a pohlaví: _____ věk dítěte: _____ pohlaví dítěte: _____

Byly Vám doporučeny hygienické zásady pro Vaše pomočující se dítě?

(Při návštěvě praktického lékaře pro děti a dorost - PLPDD nebo u odborného lékaře)

ano ne nevím

Pokud ano, zaškrtněte nebo doplňte jaké:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> pravidelná hygiena | <input type="checkbox"/> výměna prádla denně | <input type="checkbox"/> užívání plen přes den |
| <input type="checkbox"/> umytí po pomočení se | <input type="checkbox"/> výměna prádla v průběhu dne | <input type="checkbox"/> užívání plen v noci |
| <input type="checkbox"/> výměna prádla v noci | <input type="checkbox"/> výměna prádla po pomočení se | <input type="checkbox"/> ošetřování kůže krémem |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte: | | |

Používá Vaše dítě hygienické pomůcky přes den z důvodu pomočování (př. pleny)?

ano ne nevím *Pokud ano, zaškrtněte jaké:* pleny vložky jiné:

Jak poznáte, že se Vaše dítě pomočilo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pravidelně měním pleny a všímám si, zda je dítě pomočené | <input type="checkbox"/> nezajímá mě to |
| <input type="checkbox"/> kontroluji dítěti spodní prádlo několikrát denně | <input type="checkbox"/> dítě nekontroluji |
| <input type="checkbox"/> dítě mi pomočení samo hlásí | <input type="checkbox"/> kontroluji postel každé ráno |
| <input type="checkbox"/> nacházím schované pomočené oblečení nebo povlečení | <input type="checkbox"/> dítě mi pomočení nehlásí |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte: | |

Jde se Vaše dítě po pomočení umýt? ano ne nevím

Kolik Vaše dítě denně vypije tekutin?

Jaké tekutiny Vaše dítě preferuje?

Má Vaše dítě omezený příjem tekutin během dne?

ano ne *Pokud ano, zaškrtněte kdy:* ráno odpoledne po 17h večer před spaním

Pocit'uje Vaše dítě ve večerních hodinách žízeň? ano ne nevím

Byl(a) jste informován(a) o zvýšeném podávání tekutin dítěti v průběhu celého dne?

(Při návštěvě PLPDD nebo u odborného lékaře) ano ne nevím

Chodí Vaše dítě spát v pravidelnou dobu? ano ne nevím

Má Vaše dítě nějaké spánkové návyky, které provádí, než jde spát? (př. vymočení se, vyvětrání místnosti, usínání při lampičce aj.)

ano ne nevím *Pokud ano, jaké?*

Používáte u Vašeho dítěte hygienické pomůcky na spaní?

ano ne *Pokud ano, jaké:* gumová podložka pod prostěradlem pleny jiné, doplňte:

Budíte Vaše dítě v noci na vymočení? ano ne Pokud ano, kolikrát za noc:.....

Užíváte u dítěte budící pomůcky? ano ne Pokud ano, jaké:.....

Probudí se dítě, když se v noci pomočí? ano ne nevím

Spí Vaše dítě klidně celou noc? ano ne nevím

Pociťuje dítě únavu, protože v noci špatně spalo? ano ne nevím

Kdy se Vaše dítě začalo pomočovat? (zaškrtněte jednu z odpovědí)

- pomočovat se nepřestalo přestalo se pomočovat a po určitém období se pomočovat opět začalo
 jiné:.....

Jak často se Vaše dítě pomočuje?

- denně 1-2x týdně 3-4x týdně 5-6x týdně nepravidelně jiné, doplňte:.....

Byli jste informováni o možnosti provádět nácvik močení (metodou start – stop) u pomočujícího se dítěte? (Při návštěvě PLPDD nebo u odborného lékaře)

- ano ne nevím

Provádíte s dítětem nácvik močení? (tj. dítě zkusí zadržet a pustit moč, před spaním se několikrát zajde vymočit na WC aj.) ano ne

Má Vaše dítě nějaké zvyky při močení, které dodržuje? (př. soukromí, v určitou denní dobu, s rodiči, cvičení aj.) ano ne nevím Pokud ano, vypište jaké:.....

Užívá Vaše dítě léky v souvislosti s pomočováním?

- ano ne Pokud ano, jaké léky (název):.....

Byl(a) jste informována o zásadách léčebného režimu u pomočujícího se dítěte?

(v ordinaci PLPDD) ano ne nevím

Pokud ano, co bylo jeho součástí:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> užívání a účinek léků | <input type="checkbox"/> režim močení | <input type="checkbox"/> pitný režim |
| <input type="checkbox"/> užívání budících přístrojů | <input type="checkbox"/> režim dne | <input type="checkbox"/> průběh klinických vyšetření |
| <input type="checkbox"/> režim spánku | <input type="checkbox"/> zásady hygieny | <input type="checkbox"/> relaxační cvičení |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... | | |

Byl(a) jste informován(a) o možnostech rehabilitačního cvičení u Vašeho dítěte k posílení pánevního dna? ano ne nevím

Provádíte s dítětem doma toto rehabilitační cvičení? ano ne

Chce Vaše dítě cvičit? ano ne

Jak byste definoval(a) pojem enuréza (pomočování)?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pomočování na základě onemocnění orgánů | <input type="checkbox"/> pomočování bez onemocnění orgánů |
| <input type="checkbox"/> dítě nekontroluje močový měchýř po 3 roce života | <input type="checkbox"/> dítě nekontroluje močový měchýř po 5 roce života |
| <input type="checkbox"/> nevědomý únik moči | <input type="checkbox"/> pomočení se 5x a více za měsíc |
| <input type="checkbox"/> pomočení se 2x a více za měsíc | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte: |

Jaké faktory přisuzujete vzniku a průběhu enurézy u Vašeho dítěte?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nesprávná výchova dítěte k schopnosti udržet moč příslušníka | <input type="checkbox"/> dědičné – v rodině se již dané onemocnění vyskytlo u rodinného |
| <input type="checkbox"/> opoždění vývoje močových center | <input type="checkbox"/> stres |
| <input type="checkbox"/> osobnost dítěte (větší citlivost) | <input type="checkbox"/> opoždění vývoje mozkových center |
| <input type="checkbox"/> rodinné konflikty | <input type="checkbox"/> traumatizující situace |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... | <input type="checkbox"/> konflikty ve škole |

Od jakého věku by se dítě již pomočovat nemělo? od 3 let od 5 let od 7 let

Kdo Vám nejvíce o vývoji Vašeho dítěte ve schopnosti udržet moč poskytoval informace nebo z jakých zdrojů jste je případně čerpal(a)?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> praktický lékař pro děti a dorost (PLPDD) | <input type="checkbox"/> knihy | <input type="checkbox"/> sestra v ordinaci PLPDD |
| <input type="checkbox"/> rodinný příslušník | <input type="checkbox"/> časopisy | <input type="checkbox"/> internet |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... | | |

Znáte vývoj a metodu výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků? ano ne

Pokud ano, co je hlavní myšlenkou výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> nabádá rodiče k včasnému zásahu do vývoje močení dítěte před prvním rokem věku |
| <input type="checkbox"/> informuje rodiče o vývojových etapách regulace močení u dětí |
| <input type="checkbox"/> formuluje zásady vysazování dětí na nočník v prvním roce života |
| <input type="checkbox"/> nabádá rodiče k respektování opožděného vývoje močení dítěte a nezasahování |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Jakým způsobem jste Vaše dítě vedl(a) ke schopnosti udržet moč? (Vyberte z možností)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> vysazováním na nočník - dítě způsob přijalo a začalo nočník aktivně vyhledávat pro močení ve věku...1...let |
| <input type="checkbox"/> vysazováním na nočník - dítě způsob nepřijalo a nočník pro močení nevyhledávalo ve věku.....let |
| <input type="checkbox"/> vysazováním na WC |
| <input type="checkbox"/> nevyřazoval(a) jsem ho, čekal(a) jsem, až dítě dosáhne věku let |
| <input type="checkbox"/> nevyřazoval(a) jsem ho, dítě si způsob zvolilo samo ve věku let |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Jak se zachováte k Vašemu dítěti, když se pomočí? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> potrestám ho | <input type="checkbox"/> zakážu mu nějakou činnost nebo zábavu |
| <input type="checkbox"/> mělo by si samo povléci postel | <input type="checkbox"/> o situaci nemluví před dítětem |
| <input type="checkbox"/> uvědomím si, že dítě za situaci nemůže | <input type="checkbox"/> beru tuto situaci za normální |
| <input type="checkbox"/> uvědomím si, že se dítě ještě vyvíjí vymočení...) | <input type="checkbox"/> zpřísním režimová opatření (omezení tekutin, budím dítě na |
| <input type="checkbox"/> snažím se dítě povzbudit | <input type="checkbox"/> snažím se o situaci mluvit |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte: | |

Jak se dítě zachová při pomočení? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> chová se lhostejně | <input type="checkbox"/> pláče | <input type="checkbox"/> schovává pomočené věci |
| <input type="checkbox"/> sám(a) si převléká postel | <input type="checkbox"/> uzavře se a nekomunikuje | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |
| <input type="checkbox"/> snaží se pomočení utajit | <input type="checkbox"/> stydí se | |

Jak byste charakterizoval(a) osobnost Vašeho dítěte? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> má nižší sebevědomí | <input type="checkbox"/> má vysoké sebevědomí | <input type="checkbox"/> citlivá(ý) |
| <input type="checkbox"/> odpovídá věku dítěte | <input type="checkbox"/> uzavřen(á)ý | <input type="checkbox"/> otevřen(á)ý |
| <input type="checkbox"/> plačtiv(á)ý | <input type="checkbox"/> úzkostliv(á)ý | <input type="checkbox"/> přátelsk(á)ý |
| <input type="checkbox"/> nerozhodn(á)ý | <input type="checkbox"/> komunikativní | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Omezuje pomočování Vaše dítě ve společnosti? ano ne nevím

Pokud ano, zaškrtněte v čem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mateřské školy pomočující se dítě nechtějí přijímat | <input type="checkbox"/> děti ve školním kolektivu se mému dítěti smějí |
| <input type="checkbox"/> nemůže cestovat | <input type="checkbox"/> nemůže se ubytovávat v hotelech a penzionech |
| <input type="checkbox"/> letní tábory pomočující se dítě nepřijímá | <input type="checkbox"/> nemůže se koupat ve veřejných bazénech |
| <input type="checkbox"/> neúčastní se školních akcí spojených s pobytem | <input type="checkbox"/> neúčastní se kulturních ani sportovních aktivit |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... | |

Jak se Vaše dítě chová ve společnosti vrstevníků? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> má dostatek kamarádů a navazuje s nimi kontakt | <input type="checkbox"/> bez problémů se zapojuje do dětských aktivit |
| <input type="checkbox"/> nemá kamarády | <input type="checkbox"/> vrstevníků se straní |
| <input type="checkbox"/> dítě má omezené kolektivní aktivity | <input type="checkbox"/> děti se mu za pomočování smějí |
| <input type="checkbox"/> je šikanováno | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Jaké aktivity a zájmy Vaše dítě vyhledává?.....

Znáte nějaké organizace nebo akce pro pomočující se děti a jejich rodiče?

ano ne nevím

Pokud ano, zaškrtněte jaké:

letní tábory pro enuretické děti organizované Jihočeskou Univerzitou nebo organizací Žlutý květ

svépomocné skupiny (skupiny rodičů a dětí mající stejný problém)

enuretické léčebné rehabilitační pobyty

jiné, doplňte:.....

Zapojujete své pomočující se dítě do těchto akcí? ano ne

Dotazník pro sestry pracující v primární péči

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Vystrčilová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás tímto způsobem požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jím získané informace budou použity pro zpracování diplomové práce na téma – Úloha sestry v primární péči o děti trpící enurézou. Vámi poskytnuté informace napomohou pro lepší pochopení problematiky laiky i zdravotníky a k vypracování informačního materiálu pro rodiče.

Prosím, řiďte se následujícími pokyny a za vyplnění dotazníku Vám srdečně děkuji.

Správné odpovědi zvýrazněte, případně doplňte vlastními slovy.

Váš věk:

Pohlaví:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Délka praxe u PDPDD:

Setkáváte se s pomočujícími se dětmi na Vašem pracovišti? ano ne

Pokud ano, kolik pomočujících se dětí máte v péči? (vypište počet dětí).....

Užívají pomočující se děti hygienické pomůcky?

ano ne nevím *Pokud ano, zaškrtněte jaké:* pleny vložky jiné, doplňte:.....

Doporučujete rodičům hygienické zásady přizpůsobené pomočujícím se dětem?

ano ne

Pokud ano, zaškrtněte jaké (můžete zaškrtnout více odpovědí):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> pravidelná hygiena | <input type="checkbox"/> výměna prádla denně | <input type="checkbox"/> užívání plen přes den |
| <input type="checkbox"/> umytí po pomočení se | <input type="checkbox"/> výměna prádla v průběhu dne | <input type="checkbox"/> užívání plen v noci |
| <input type="checkbox"/> výměna prádla v noci | <input type="checkbox"/> výměna prádla po pomočení se | <input type="checkbox"/> ošetřování kůže krémem |
| <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... | | |

Dodržují rodiče u pomočujících se dětí tyto hygienické zásady? ano ne nevím

Jaký systém pitného režimu pomočujícím se dětem doporučujete?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- nabízení většího množství tekutin v průběhu celého dne s mírným omezením večer
- snížený příjem tekutin v odpoledních hodinách
- zákaz příjmu tekutin večer před spaním
- dítě může pít tekutiny bez jakéhokoliv omezení
- pestrá nabídka nápojů
- omezení kofeinových a slazených nápojů
- jiné, doplňte:.....

Stěžují si rodiče pomočujících se dětí, že má dítě v souvislosti s omezeným příjmem tekutin ve večerních hodinách žízeň? ano ne nevím

Doporučujete, aby rodiče pomočující se děti v noci budili na vymočení? ano ne

Budí rodiče pomočující se děti v noci na vymočení? ano ne nevím

Stěžují si pomočující se děti na to, že nemohou v noci spát? ano ne nevím

Připadají Vám pomočující se děti unavené a nevyspalé, když přicházejí do ordinace?

ano ne nevím

Doporučujete rodičům pomočujících se děti nějaké pomůcky na spaní? ano ne

Pokud ano, zaškrtněte jaké: gumové podložka budicí přístroje pleny jiné,
doplňte:.....

Cvičí rodiče s pomočujícími se dětmi nácvik mikce? (tj. dítě zkouší zadržet moč a znovu ji pustit, zajít se před spaním několikrát vymočit aj.) ano ne nevím

Doporučujete rodičům a jejím pomočujícím se dětem nácvik mikce? ano ne

Cvičí rodiče s pomočujícími se dětmi doma cviky na posílení pánevního dna?

ano ne nevím

Mají pomočující se děti aktivní zájem cvičit? ano ne nevím

Edukujete, jako sestra, rodiče a jejich pomočující se děti o léčebném režimu?

ano ne

Pokud ano, co je součástí Vaší edukace o léčebném režimu u pomočujícího se dítěte?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

užívání a účinek farmak

pitný režim

režim dne

jiné, doplňte:.....

režim mikce

užívání budících přístrojů

průběh klinických vyšetření

relaxační cvičení

zásady hygieny

režim spánku

Dodržují pomočující se děti a jejich rodiče tento léčebný režim? ano ne nevím

Jak byste definoval(a) pojem enuréza (pomočování)? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

pomočování na základě onemocnění orgánů

dítě nekontroluje močový měchýř po 3 roce života

nevědomý únik moči

pomočení se 2x a více za měsíc

pomočování bez onemocnění orgánů

dítě nekontroluje močový měchýř po 5-6 roce života

pomočení se 5x a více za měsíc

jiné, doplňte:

Jaké faktory působí na vznik a průběh enurézy (pomočování) u dětí?

Prosím vypište:.....

Od jakého věku by se dítě již pomočovat nemělo? od 3 let od 5 let od 7 let

Znáte vývoj a metodu výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků? ano ne

Pokud ano, co je hlavní myšlenkou výchovy dítěte k suchým nocím pomocí 7 kroků?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

nabádá rodiče k včasnému zásahu do vývoje močení dítěte před prvním rokem věku

informuje rodiče o vývojových etapách regulace močení u dětí

formuluje zásady vysazování dětí na nočník v prvním roce života

nabádá rodiče k respektování opožděného vývoje močení dítěte a nezasahování

jiné, doplňte:.....

Doporučujete metodu výchovy dětí k suchým nocím pomocí 7 kroků rodičům malých dětí? ano ne

Využívají rodiče metodu výchovy k suchým nocím pomocí 7 kroků? ano ne nevím

Jakým jiným způsobem rodiče děti vychovávají, aby si udržely moč a začaly chodit na nočník nebo WC? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

vysazováním na nočník - dítě způsob přijímá a začíná nočník aktivně vyhledávat pro močení ve věku.....let

- vysazováním na nočník - dítě způsob nepřijímá a nočník pro močení nevyhledává ve věku..... let
- vysazováním na WC
- nevysazují ho, čekají, až dítě dosáhne věku let
- nevysazují ho, dítě si způsob volí samo ve věku let
- jiné, doplňte:.....

Jak byste charakterizoval(a) osobnost pomočujícího se dítěte?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> má nižší sebevědomí | <input type="checkbox"/> má vysoké sebevědomí | <input type="checkbox"/> plačtivé |
| <input type="checkbox"/> odpovídá věku dítěte | <input type="checkbox"/> uzavřené (nesděluje to, co si myslí) | <input type="checkbox"/> stydlivé |
| <input type="checkbox"/> otevřené a komunikativní | <input type="checkbox"/> citlivé | <input type="checkbox"/> nerozhodné |
| <input type="checkbox"/> úzkostlivé | <input type="checkbox"/> přátelské | <input type="checkbox"/> jiné, |
- doplňte:.....

Edukujete rodiče o tom, jak přistupovat k pomočenému dítěti? ano ne

Jak by se měli rodiče správně zachovat k dítěti, když se pomočí?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> potrestat ho | <input type="checkbox"/> zakázat mu nějakou činnost nebo zábavu | <input type="checkbox"/> snažit se dítě povzbudit |
| <input type="checkbox"/> mělo by si samo povléci postel | <input type="checkbox"/> o situaci by neměli mluvit před dítětem | <input type="checkbox"/> jiné, |
- doplňte:.....
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> uvědomit si, že dítě za situaci nemůže | <input type="checkbox"/> brát tuto situaci za normální |
| <input type="checkbox"/> uvědomit si, že se dítě ještě vyvíjí | <input type="checkbox"/> měli by o situaci mluvit |
- zpřísnit režimová opatření (omezení tekutin před spaním, budím dítě na vymočení v noci apod.)

Jak se rodiče k pomočujícím se dětem chovají v ordinaci lékaře a jak vnímají pomočování dítěte?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> o onemocnění nechtějí mluvit před dítětem | <input type="checkbox"/> onemocnění berou za normální |
| <input type="checkbox"/> za onemocnění svého dítěte se stydí | <input type="checkbox"/> jsou otráveni z dlouhodobé léčby |
| <input type="checkbox"/> jsou trpěliví a za každý úspěch dítě chválí | <input type="checkbox"/> trestají dítě za každý neúspěch |
| <input type="checkbox"/> příčinu onemocnění dávají za vinu dítěti | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Omezuje enuretické děti pomočování ve společnosti? ano ne nevím

Pokud ano, zaškrtněte v čem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mateřské školy pomočující se děti nechtějí přijímat | <input type="checkbox"/> děti ve školním kolektivu se jim smějí |
| <input type="checkbox"/> nemohou cestovat | <input type="checkbox"/> nemohou se ubytovávat v hotelech a penzionech |
| <input type="checkbox"/> letní tábory pomočující se děti nepřijímají | <input type="checkbox"/> nemohou se koupat ve veřejných bazénech |
| <input type="checkbox"/> neúčastní se školních akcí spojených s pobytem | <input type="checkbox"/> neúčastní se kulturních ani sportovních aktivit |
- jiné, doplňte:.....

Jak se pomočující se dítě chová ve společnosti vrstevníků? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> má dostatek kamarádů a navazuje s nimi kontakt | <input type="checkbox"/> bez problémů se zapojuje do dětských aktivit |
| <input type="checkbox"/> nemá kamarády | <input type="checkbox"/> vrstevníků se straní |
| <input type="checkbox"/> má omezené kolektivní aktivity | <input type="checkbox"/> děti se mu za pomočování smějí |
| <input type="checkbox"/> je šikanováno | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Doporučujete rodičům pomočujících se dětí organizace nebo akce pro pomočující se děti a jejich rodiče? ano ne

Pokud ano, zaškrtněte jaké:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> letní tábory pro enuretické děti | <input type="checkbox"/> svépomocné skupiny (skupiny rodičů a dětí mající stejný problém) |
| <input type="checkbox"/> enuretické léčebné rehabilitační pobyty | <input type="checkbox"/> jiné, doplňte:..... |

Rozhovor pro rodiče enuretických dětí

1. Kolik je Vám let?
2. Jak staré je Vaše dítě a jakého je pohlaví?
3. Bylo u Vašeho dítěte diagnostikováno onemocnění enurézou (pomočování)?
4. V kolika letech bylo onemocnění diagnostikováno a jakým typem enurézy Vaše dítě trpí?
5. Jak byste vysvětlil(a) pojem enuréza (pomočování)?
6. Co je příčinou pomočování u Vašeho dítěte?
7. Jakým způsobem u Vašeho dítěte probíhá léčba pomočování?
8. Jakou úlohu v péči o Vaše dítě měla sestra u PLPDD?
9. Jakým způsobem má Vaše dítě upravený pitný režim?
10. Jakým způsobem má Vaše dítě upravený režim vyprazdňování a močení?
11. Jakým způsobem má Vaše dítě upravený režim spánku?
12. Jaký byl Vašemu dítěti doporučen hygienický režim?
13. Jakým způsobem jste vychovávala své dítě k tomu, aby přestalo užívat pleny a začalo užívat nočník či WC?
14. Jaké informace jste o vývoji močení u dětí a výchově k regulaci močení měla?
15. Omezuje Vaše dítě pomočování ve společnosti?
16. V čem onemocnění dítě omezuje a popřípadě v kterých činnostech?
17. Jak byste charakterizovala osobnost Vašeho dítěte?
18. Jak se Vaše dítě chová ve společnosti vrstevníků?
19. Jaké informace jste získal(a) o možnostech účasti dítěte na lázeňských pobytech a táborech pro enuretické děti?
20. Jakým způsobem se zachováte k dítěti, když se pomoci?
21. Myslíte si, že jste byl(a) vždy dostatečně informován(a) o problematice a průběhu léčby enurézy u Vašeho dítěte?

Rozhovor pro sestry v primární péči

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho v ordinaci PLPDD pracujete?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jak je u Vás v ordinaci PLPDD péče o enuretické (pomočující) děti organizována?
5. Jakou úlohu v péči o enuretické děti máte Vy v ordinaci PLPDD jako sestra?
6. Vysvětlete pojem enuréza (pomočování).
7. Jaké jsou nejčastější příčiny vzniku enurézy u dětí?
8. Jak byste charakterizovala osobnost enuretického dítěte?
9. S jakými problémy se u enuretických dětí setkáváte nejčastěji?
10. Jak se enuretické děti chovají ve společnosti vrstevníků?
11. Znáte a doporučujete rodičům enuretických dětí léčebné pobyty?
12. Jakým způsobem rodiče přistupují k onemocnění a jak se k dítěti v ordinaci PLPDD chovají?
13. Poučujete rodiče enuretických dětí, jako sestra v ordinaci PLPDD, o léčebném režimu?
14. Jaký typ pitného režimu doporučujete enuretickým dětem a jejich rodičům?
15. Jaký režim vyprazdňování a močení doporučujete enuretickým dětem a jejich rodičům?
16. Jaký spánkový režim doporučujete enuretickým dětem a jejich rodičům?
17. Jaké hygienické zásady doporučujete enuretickým dětem a jejich rodičům?
18. Jakým způsobem předcházíte vzniku enurézy u dětí v raném dětství?
19. Znáte metodu sedmi kroků ve vývoji močení u dětí a způsobu jejich výchovy k udržení suchých nocí?
20. Jaký jiný přístup ve výchově dětí k regulaci močení (močení na nočník nebo WC) rodičům doporučujete?
21. Myslíte si, že jsou rodiče o problematice enurézy dostatečně informováni?

22. Myslíte si, že jsou sestry pracující v ordinaci PLPDD o problematice enurézy dostatečně informované?

Edukační standard č. 001

Edukační standard o vývoji a výchově dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků

<i>Charakteristika standardu</i>	<i>Edukační standard</i>
<i>Oblast péče</i>	<i>Edukace a podpora zdraví</i>
<i>Cílová skupina pacientů</i>	<i>Rodiče, kteří mají dítě ve věku 1-2 let péči PLPDD</i>
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard určen</i>	<i>Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace.</i>
<i>Místo použití</i>	<i>Ordinace PLPDD</i>
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	<i>Vedoucí pracovníci úseku ošetrovatelské péče</i>
<i>Kontrolu vykonává</i>	<i>Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče)</i>
<i>Sestavila</i>	<i>Vystrčilová Kateřina</i>
<i>Nabývá účinnosti dne</i>	<i>1.1. 2012</i>
<i>Kontrola platnosti standardu</i>	<i>Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky</i>
<i>Kontaktní osoba</i>	<i>Bc. Kateřina Vystrčilová</i>
<i>Odborný garant</i>	<i>Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.</i>
<i>Schválil</i>	<i>Mgr. XY</i>

Edukační standard č. 1

Edukační proces o vývoji a výchově dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků

Úvod

Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace je hlavní náplní práce sestry a je základním požadavkem pro poskytnutí kvalifikované péče o zdraví jedince a jeho rodiny.

Ovládání močového měchýře je součástí přirozeného vývoje dítěte a umožňuje mu následný rozvoj schopností, dovedností a plnohodnotné zapojení se do společnosti. Postup vývoje je u všech dětí v zásadě stejný, individuálně se ale liší svým tempem a je ovlivňován dědičnými faktory a specifickým prostředím v souvislosti s učením (výchovou). Aby mohli rodiče o dítě pečovat a vytvořit si správný výchovný postoj, je potřeba je o vývoji dítěte v regulaci močení, který probíhá v sedmi fázích, informovat.

Indikace a kontraindikace k edukaci

Indikace

- Sestra edukuje rodiče v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.
- Sestra edukuje rodiče o vývoji dítěte v regulaci močení.
- Sestra edukuje rodiče o způsobu vysazování dítěte na nočník nebo WC.
- V případě, kdy dochází k opoždění vývoje regulace močení u dítěte.

Kontraindikace

- Neochota rodičů spolupracovat se sestrou.
- Nedostatečná motivace rodičů.
- Zhoršený zdravotní stav rodičů a dítěte.

Definice

Edukace rodičů sestrou o vývoji a výchově dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků je proces, který zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu, stupně vývoje a schopností dítěte; schopností a dovedností rodičů naučit se jednotlivé fáze vývoje a výchovy dítěte v regulaci močení; plánování edukačního procesu; jeho realizaci a získání zpětné vazby od rodičů.

Cíle standardu

Cíl edukátora (sestry)

- Sestra vytvoří podmínky pro realizaci edukačního procesu.
- Na základě edukačního procesu sestra rodiče teoreticky seznámí s vývojem dítěte k regulaci močení.
- Na základě edukačního procesu sestra rodiče teoreticky seznámí se způsobem výchovy dítěte k regulaci močení.
- Na základě edukačního procesu sestra rodiče upozorní na chyby, kterých se během výchovy dítěte k regulaci močení mohou dopustit.

Cíl edukanta (rodiče)

- Rodiče mají zájem o informace poskytnuté o vývoji dítěte k regulaci močení.
- Rodiče mají zájem o informace poskytnuté o způsobech výchovy dítěte k regulaci močení.
- Rodiče znají důvody edukačního procesu.
- Rodiče získají informace o vývoji dítěte k regulaci močení pomocí 7 kroků.
- Rodiče získají informace o způsobech výchovy dítěte k regulaci močení.

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

V1 Rodiče verbalizují svůj zájem o informace o vývoji dítěte k regulaci močení.

V2 Rodiče verbalizují svůj zájem o informace o způsobech výchovy dítěte k regulaci močení.

V3 Rodiče verbalizují důvody edukačního procesu.

V4 Rodiče vyjmenují jednotlivé kroky ve vývoji dítěte v regulaci močení.

V5 Rodiče vyjmenují hlavní zásady výchovy dítěte k regulaci močení.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecná sestra, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., všeobecné sestry – specialistky v rozsahu získané specializace.

S2 Formy edukace

- Individuální
- Skupinová
- Hromadná

S3 Metody edukace

- Klasická přednáška
- Přednáška s diskuzí
- Cvičení
- Seminář
- Diskusní metody
- Instruktaž
- Problémové metody
- Programová výuka
- Projektové metody

S4 Pomůcky

- Informační materiál pro rodiče – plakát, brožura, letáky
- Textové, vizuální, auditivní učební pomůcky, audiovizuální, počítačové edukační programy a internet

S5 Dokumentace

Zdravotnická/ošetřovatelská dokumentace, edukační záznam

S4 Prostředí a čas

Nezbytnou součástí edukace je i příprava vhodného prostředí a hodinové dotace, tak, aby vyhovovala naplánovanému edukačnímu procesu. Základním požadavkem na prostředí je dostatek soukromí, ticho, světlo, dostatek prostoru a času. Místnost by měla být větratelná s možností desinfekce povrchů. Funkční učební pomůcky by měly být pro edukanty připravené předem.

KRITÉRIA PROCESU

1. Fáze: počáteční pedagogická diagnostika

P1 Pro zahájení edukačního procesu sestra rodiče pozdraví a představí se.

P2 Sestra odebere osobní, rodinnou a sociální anamnézu rozhovorem.

P3 Sestra posoudí schopnosti, dovednosti, vědomosti rodičů o vývoji dítěte a jeho výchově k regulaci močení.

P4 Sestra individuálně stanoví edukační potřeby rodičů.

2. Fáze: projektování

P5 Sestra zjistí stupeň vědomostí rodičů o vývoji dítěte k regulaci močení.

P6 Sestra zjistí stupeň vědomostí rodičů o způsobech výchovy dítěte k regulaci močení.

P7 Sestra zjistí stupeň dovedností rodičů ve způsobech výchovy dítěte k regulaci močení.

P8 Sestra zjistí motivaci rodičů

P9 Sestra naplánuje termín edukačního procesu po dohodě s rodiči

P10 Sestra si zajistí vhodné místo prostředí pro edukaci

P11 Sestra zhodnotí potřebnou časovou dotaci edukačního procesu

P12 Sestra seznámí rodiče s významem edukačního procesu

P13 Sestra s rodiči stanoví cíle edukačního procesu

P14 Sestra zvolí vhodnou edukační metodu

P15 Sestra zvolí vhodnou formu edukační metody

P16 Sestra zvolí užití vhodných pomůcek

3. Fáze: realizace

P17 Sestra rodičům poskytne teoretické informace o vývoji dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků

- sestra rodiče poučí o jednotlivých stupních vývoje dítěte v regulaci močení
- sestra rodiče poučí o jednotlivých projevech dítěte v regulaci močení, které se v souvislosti s jednotlivými stupni vývoje vyskytují

P18 Sestra rodičům poskytne teoretické informace o způsobu výchovy dítěte k regulaci močení

- sestra rodiče seznámí s jednotlivými kritérii zahájení výchovy dítěte k regulaci močení
- sestra rodiče seznámí s jednotlivými zásadami vysazování dítěte na nočník
- sestra rodiče poučí, jak správně postupovat ve vysazování dítěte na nočník nebo WC
- sestra upozorní rodiče na chyby, kterých se v průběhu výchovy dítěte mohou dopustit

P19 Sestra rodičům zdůvodní výhody správného způsobu vysazování dítěte na nočník či WC

4. Fáze: upevňování a prohlubování učiva

P20 Sestra rodičům zopakuje hlavní body vývoje dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků

P21 Sestra rodičům zopakuje hlavní zásady vysazování dítěte na nočník či WC

P22 Sestra rodiče aktivně vybízí k tomu, aby se ptali na to, čemu nerozumí

5. Fáze: zpětná vazba

P23 Sestra s rodiči vyhodnotí, zda-li bylo dosaženo cíle.

P24 Sestra cílenými otázkami zjišťuje pochopení aktuálnosti a důležitosti tématu rodiči

Otázky na edukanta:

1. Co myslíte, jaké jsou důvody toho, abyste znala vývoj dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků?
2. Z jakého důvodu byste měla volit správný způsob výchovy dítěte k regulaci močení?

P25 Sestra cílenými otázkami zjišťuje míru získaných vědomostí

Otázky na edukanta:

1. Jaké jsou jednotlivé etapy vývoje dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků?
2. Jak se v jednotlivých etapách dítě projevuje?
3. Jaké jsou hlavní zásady vysazování dítěte na nočník nebo WC?
4. V kolika letech byste dítě začala vysazovat na nočník nebo WC?
5. V kolika letech dochází k ukončení vývoje dítěte v regulaci močení?
6. K jakému onemocnění může nevhodně zvolená metoda výchovy dítěte k regulaci močení přispět?

P26 Sestra otevírá prostor pro zahájení diskuze

P27 Sestra respektuje názory rodičů na danou problematiku

P28 Sestra zhodnotí úspěch edukačního procesu, popřípadě provede revizi

Otázky na edukanta:

1. Udělala jste vše pro dosažení určených cílů?
2. Jak jste se cítila po edukaci?
3. Je něco, co byste udělala jinak?
4. Vyčerpala jste všechny možnosti edukace?
5. Byla vaše edukace úspěšná?
6. Která metoda při edukaci se Vám nejvíce osvědčila?
7. Je něco, co byste do příští edukace udělal jinak?

Otázky na edukátora:

1. Jak se cítíte po edukaci?
2. Znáte vývoj dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků?
3. Víte, jak správně postupovat ve způsobu vysazování dítěte na nočník či WC?
4. Vyhovovala Vám zvolená metoda edukace?

5. Potřebovala byste další informace o vývoji dítěte nebo jeho výchově?
6. Dokážete aplikovat zásady vysazování dítěte na nočník?
7. Je něco, co byste změnila na edukaci?

P29 Sestra provede zápis do edukačního záznamu a ten zakládá do zdravotnické/ošetrovatelské dokumentace

Kritické předpoklady edukace

P30 Nedostatečný nebo nevhodný odhad potřeb.

P31 Nesprávné stanovení edukační diagnózy (potřeby).

P32 Vytyčení nesplnitelných cílů.

P33 Špatná volba metody edukace

P34 Nedostatečná hodinová dotace

P35 Špatná komunikace mezi sestrou a rodiči

P36 Neochota rodičů spolupracovat

P37 Nedostatečná nebo žádná motivace

P38 Nevhodnost prostředí pro edukaci

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA

V1 Rodiče mají zájem o edukační proces v oblasti vývoje a výchovy dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků.

V2 Rodiče znají důvody správné informovanosti o vývoji a výchově dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků.

V3 Rodiče dovedou vyjmenovat etapy vývoje dítěte v regulaci močení pomocí sedmi kroků.

V4 Rodiče umí vyjmenovat hlavní zásady výchovy dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků a řídí se jimi.

V5 Rodiče se dotazují na nejasnosti v problematice vývoje a výchovy dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků.

Literatura

1. ADAMČÍKOVÁ, H. *Specifika ošetrovatelské péče u dětí s cystickou fibrózou*. České Budějovice, 2011. 130 s. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
2. ALLEN, K.; MAROTZ, L. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
3. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
5. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Nuga, 2003, 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
6. VELEMÍNSKÝ, M. sr.; VELEMÍNSKÝ, M. jr. *Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nocím*, 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 105 s. ISBN 978-80-7387-308-0.

Kontrolní kritéria k auditu č. 001

Edukační proces o vývoji a výchově dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků

Pracoviště:**Jméno auditorů:****Datum auditu:****Metody auditu:**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Otázka pro sestru • Otázka pro rodiče/rodinu • Řízený rozhovor se sestrou • Řízený rozhovor s rodičem/rodinou • Přímé pozorování rodiče/rodiny sestry | <ul style="list-style-type: none"> • Kontrola pomůcek • Kontrola pracovního prostředí • Kontrola ošetrovatelské dokumentace • Kontrola osobní dokumentace |
|---|---|

S T R U K T U R A	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
	S1	Realizuje edukační proces s rodiči kompetentní sestra s požadovaným vzděláním?	Kontrola osobní dokumentace		
	S2	Zná sestra formy edukace?	Otázka pro sestru		
	S3	Zná sestra metody edukace?	Otázka pro sestru		
	S4	Má sestra k dispozici veškeré potřebné pomůcky k edukaci?	Kontrola pracovního prostředí, otázka na sestru		
	S5	Vede sestra potřebnou dokumentaci o edukačním procesu?	Otázka na sestru, pozorování sestry		
	S6	Má sestra k dispozici vhodné prostředí pro edukaci rodičů?	Otázka na sestru, kontrola pracovního prostředí		

K R I T É R I A	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
	P1	Uvítala se sestra s rodiči pozdravem a představením se?	Pozorování sestry, otázka na rodiče		
	P2	Odebrala sestra základní anamnestické údaje od rodičů a jejich dětí?	Otázka pro sestru, otázka na rodiče, kontrola ošetř. dokumentace		
	P3	Zhodnotila sestra míru schopností, dovedností a vědomostí rodičů?	Otázka pro sestru, pozorování sestry		
	P4	Stanovila sestra edukační potřeby rodičů?	Otázka na sestru, kontrola ošetř. dokumentace		
	P5	Zjistila sestra stupeň vědomostí rodičů o vývoji dítěte?	Otázka na sestru		
	P6	Zjistila sestra stupeň vědomostí rodičů o způsobech výchovy dětí?	Otázka na sestru		
	P7	Zjistila sestra stupeň dovedností rodičů ve způsobech výchovy dítěte?	Otázka na sestru		
	P8	Zjistila sestra stupeň motivace rodičů?	Otázka na sestru		
P9	Naplánovala sestra s rodiči termín edukačního procesu?	Otázka na sestru, otázka na rodiče, kontrola dokumentace			

P R O C E S U	P10	Zajistila si sestra vhodné místo pro edukaci?	Otázka na sestru, kontrola pracovního prostředí		
	P11	Naplánovala si sestra časovou dotaci pro edukační proces?	Otázka na sestru		
	P12	Seznámila sestra rodiče s významem edukačního procesu?	Otázka na sestru, otázka na rodiče, pozorování		
	P13	Stanovila sestra společně s rodiči cíle edukačního procesu?	Otázka na sestru, otázka na rodiče		
	P14	Zvolila sestra vhodnou edukační metodu?	Pozorování sestry, otázka na sestru, otázka na rodiče, kontrola dokumentace		
	P15	Zvolila sestra vhodnou formu edukační metody?	Pozorování sestry, otázka na sestru, otázka na rodiče, kontrola dokumentace		
	P16	Užila sestra vhodné pomůcky k edukačnímu procesu?	Pozorování, otázka na sestru, otázka na rodiče		
	P17	Poskytla sestra rodičům dostatečné informace o vývoji dítěte v regulaci močení?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou, kontrola dokumentace		
	P18	Poskytla sestra rodičům dostatečné informace o způsobu výchovy dítěte k regulaci močení?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou, kontrola dokumentace		
	P19	Odůvodnila sestra rodičům výhody správného způsobu vysazování dítěte na nočník nebo WC?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou		
	P20	Zopakovala sestra rodičům hlavní body vývoje dítěte k regulaci močení?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou		
	P21	Zopakovala sestra rodičům hlavní zásady vysazování dítěte na nočník nebo WC?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou		
	P22	Měli rodiče v průběhu edukačního procesu možnost se s dotazem obrátit na sestru?	Otázka na rodiče, otázka na sestru, pozorování		
	P23	Vyhodnotila sestra společně s rodiči dosažení cílů?	Otázka na sestru, otázka na rodiče, kontrola dokumentace		
	P24	Ověřila si sestra pochopení tématu rodiči?	Otázka na sestru, otázka na rodiče, pozorování		
	P25	Ověřila si sestra míru získaných vědomostí rodičů?	Otázka na sestru, otázka na rodiče, pozorování		
	P26	Měli rodiče možnost svěřit své názory sestře a diskutovat nad nimi?	Otázka na rodiče, pozorování		
	P27	Respektovala sestra vyslovené názory rodičů?	Otázka na rodiče, pozorování		
	P28	Zhodnotila sestra úspěšnost edukačního procesu?	Otázka na sestru, kontrola dokumentace		
	P29	Provedla sestra zápis do edukačního záznamu, který založila do dokumentace?	Otázka na sestru, kontrola dokumentace		

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V Ý S L E D N Á	V1	Mají rodiče zájem o edukační proces v oblasti vývoje a výchovy dítěte v regulaci močení?	Pozorování, otázka na rodiče, otázka na sestru		
	V2	Znají rodiče důvody správné informovanosti o vývoji a výchově dítěte k regulaci močení?	Otázka na rodiče		
	V3	Dokážou rodiče vyjmenovat etapy vývoje dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou		

K R I T É R I A	V4	Dokážou rodiče vyjmenovat hlavní zásady výchovy dítěte k regulaci močení pomocí sedmi kroků?	Rozhovor s rodiči, rozhovor se sestrou		
	V5	Dotazují se rodiče na nejasnosti v problematice vývoje a výchovy dítěte k regulaci močení?	Pozorování, otázka na sestru, otázka na rodiče		

Vyhodnocení výsledků auditu

Výborná péče – 38 - 34 bodů

Vyhovující péče – 33 - 29 bodů

Nekomplexní péče - 28 - 24 bodů

Nedostatečná péče – 23 a méně bodů

Vývoj a výchova dítěte
k regulaci močení pomocí
7 kroků



Vážení rodiče,

dostává se Vám do rukou informační brožura, která má sloužit jako zdroj informací o postupném vývoji dítěte ve schopnosti udržovat moč a tedy i čistoty od narození. Jejím cílem je především poskytnout základní informace o přístupu k dítěti během vysazování na nočník nebo WC a jeho správném postupu zabráňujícím vzniku pomočování v pozdějším věku.

Proč je důležité znát postupný vývoj dítěte ve schopnosti udržovat moč?

Močení je relativně komplikovaný proces a jeho regulace se vyvíjí dlouho po narození dítěte. Je součástí přirozeného vývoje, díky němuž může dítě rozvíjet své vědomosti, dovednosti a především se plnohodnotně zapojovat do společnosti. Postup, jakým tento proces probíhá, je u všech dětí v zásadě stejný. Tempo vývoje se však může u jednotlivých dětí lišit v závislosti na tělesné a psychologické zralosti. Říbežem toto tempo urychlili a dítě eo nejrychleji naučili využívat nočník či WC a udržovat moč, mnohdy nevhodně do vývoje dítěte zasahujeme, narušujeme ho a nechtěně prodlužujeme. Nezralé dítě na nočník nebo WC vysazujeme předčasně. Špatným postupem výchovy u dítěte narušujeme pocit jistoty a bezpečí a vypěstováváme v něm předpoklady pro to, aby mělo v pozdějším věku problémy s pomočováním.

Jak tedy vývoj dítěte ve schopnosti udržet moč probíhá?

Říbežem mohli o dítě správně pečovat a správně k němu přistupovat, musíme porozumět postupu a pořadí vývoje regulace močení shrnutého **do sedmi „kroků“**:

- ❖ u novorozence (do 28. dne věku) probíhá močení na základě jednoduchého reflexního spojení naplněného močového měchýře s míchou. Odpovědí je stažení svaloviny močového měchýře a jeho vyprázdnění. Dítě nemá možnost močení jakkoliv ovlivnit. Jeho nervová soustava není zcela vyvinutá, močení (resp. pomočování), které se děje především ve spánku, si neuvědomuje.
- ❖ kojence (od 2. měsíce života) začíná vnímat signály (patrné ale i nezřetelné) z močového měchýře a několik sekund před močením vydává krátký

charakteristický zvuk nebo křik. Signál se může projevit také neklidem nebo trhavými pohyby těla. Zde pozorujeme **první krok** ve vývoji vnímání signálů z močového měchýře. V rozmezí kojeneckého až batolecího období začíná postupně dozrávat spojení mezi měchýřem a centrem pro močení v mozgovém kmeni a dítě si postupně začíná uvědomovat náplň močového měchýře.



- ❖ u **druhého vývojového kroku** dítě reaguje, až když se pomocí. Poet mokra je pro něho nepříjemný, mokrá plénka ho začíná stádit, může přerušit hru, ustrnout a dát najevo, že chce přebalit nebo si mokrou plenu začít strhávat. Tyto schopnosti pozorujeme u dětí kolem prvního až druhého roku života. Doehází zde k regulaci močení - zatím ještě mimovolně, ale na vyšší, tzv. kmenové úrovni. Při přebalování se již zapojují i zrakové a sluchové podněty. Děti v tomto období projevují zájem o to, jak ostatní rodinní příslušníci užívají toaletu, ehojí s panenkou nebo plyšovou hračkou na záehod a tam je drží nad mísou,



- ❖ v pořadí **třetí krok ve vývoji** svědčí o vnímání signálů ze zcela naplněného močového měchýře. U dítěte můžeme viditelně pozorovat tisknutí nožiček k sobě, eupitání atd. To, že doehází k močení, si dítě uvědomuje a tuto situaci prožívá. V tuto chvíli je možné dítě neznásilně a na krátkou dobu posadit na nočník.



- ❖ **čtvrtým krokem** je, když dítě na signály z močového měchýře reaguje. Za podmínky plného močového měchýře a tedy nutkání na močení hlásí včas svou potřebu, někdy si samo nebo s pomocí rodiče stačí sundat i kalhotky a vymočít se.
- ❖ v pořadí **pátým vývojovým krokem** se dítě projevuje schopností jít se vymočít na požádání při nezcela plném močovém měchýři např. před odchodem z domu nebo na hřiště. Zde se postupně začínají uplatňovat mozková centra v korové oblasti. Konecem batolivého a začátkem předškolního věku temenní lalok mozku přijímá informace od orgánů spojených s močením a všech smyslů dítěte. Dítě tedy rozhoduje o tom, jestli se vymočí, nebo ne.



- ❖ **šestý krok** je charakteristický tím, že dítě umí močení oddálit a zadržet na pár minut – chce se mu močit, ale počká, až najde toaletu (např. v obchodním domě). Schopnost ovládat močení ve dne a mít nad ním plnou kontrolu by dítě mělo zvládat kolem třetího roku života. Ve čtvrtém roce je již schopné si na WC zajít samo a při močení vyžadovat soukromí. Dochází k završení zrání schopnosti spuštění a regulace močové vůle.



- ❖ ukončení vývoje představuje dovršení posledního a nejdůležitějšího **sedmého kroku**. Cesta k tomuto období je zdoluhavá a trvá i několik let. Dochází k ní postupně. Z počátku se dítě pomočuje v noci i za předpokladu, že se před ulhnutím ke spánku šlo vymočit. V některých případech se při nebo po pomočení vzbudí. Při ukončném vývoji dítě spí celou noc bez pomočení. Vymočí se až ráno, jak se probudí a vstane. K tomu dochází okolo pátého roku věku dítěte.



Kdy začít s vysazováním dítěte na nočník nebo WC?

Negxiistuje konkrétní věk, ve kterém by se dítě mělo začít učit používat toaletu nebo nočník. Šprávná doba vysazování závisí na **tělesné a psychieké připravznosti** dítěte – musí být schopno si uvědomit, že má mokré nebo znečištěné pleny. Nejvhodnější čas pro nabízení nočníku nebo toalety dítěti je v období **uvědomování si poeitu plného močového měchýře a okamžiku spuštění močení**, eož se děje po druhém roce života dítěte a u třetího vývojového kroku.

K tomu, abychom zahájili výehovu, musí dítě projevovat tyto schopnosti:

- ❖ dítě vydrží suché nejméně dvě hodiny během dne nebo je suché po spánku,
- ❖ pozicí, výrazem v obličejí nebo slovy naznačuje, že se potřebuje vymočit,
- ❖ dokáže splnit jednoduché příkazy,
- ❖ umí si svléknout a obléknout oblečení s minimální pomocí rodiče,
- ❖ mokré pleny jsou mu nepřijemné a vyžaduje přebalení,
- ❖ říká si, že chce jít na nočník nebo toaletu,
- ❖ chce nosit spodní prádlo jako velké děti.

Jakým způsobem dítě vést při vysazování na nočník nebo WC?

K tomu, aby vysazování dítěte bylo úspěšné, musíme dodržovat tyto základní pravidla:

- ❖ dítě bychom s nočníkem měli předem seznámit a naznačit mu, k čemu slouží a jak se na něj sedá,
- ❖ na dítě bychom si měli vyhradit dostatek času, aby nehrozila nějaká neobvyklá situace, na kterou jsou děti eitivní (př. odjezd na dovolenou se změnou prostředí),
- ❖ mějte nočník stále po ruce a vysazujte dítě v konkrétní dobu, kdy se samovolně vyměšuje (např. po spánku nebo po jídle),
- ❖ dítě k použití nočníku **nenutěte**, volte spíše hravou formu, pokud projeví známky odporu nebo nedostatku spolupráce, s vysazováním přestaňte,
- ❖ dítě **pochevate**, když chce nočník použít,
- ❖ doba pobytu na nočníku by neměla přesáhnout délku **5 minut**, i když k vyprázdnění nedoehází,

- ❖ v případě neúspěchu **nekárajte, nezesměšňujte**; naopak za každý úspěch chvalte,
- ❖ neví-li dítě po dvou týdnech evičení, eo po něm požadujete, znamená to, že není zralé na to, aby přestalo užívat pleny,
- ❖ pokud je dítě alespoň týden po probuzení suché, můžete je nechat i přes noc spát bez pleny,
- ❖ jestliže se dítě začne po období „suchých“ dnů znovu pomočovat, znamená to, že v jeho životě došlo k nějaké negativní změně, nezlobte se na něj a dejte mu znovu pleny.



Jakým způsobem může dítě na výehovu reagovat?

Na nabízení nočníku můžeme u dětí sledovat různé reakce, které nám poukazují na vhodnost doby zahájení výehovy:

- ❖ některé děti jsou nadšené a tento způsob močení přijímají a začnou ho provádět,
- ❖ jiné děti se úspěšně vymočí 2 až 5x do nočníku, pak je to ale omrzí a nočník začnou odmítat,
- ❖ další děti tento způsob vyprázdnění ještě nepřijmou a protestují.

Jakých chyb se v průběhu výchovy můžeme dopustit?

Požadavky na výkon dítěte a jeho chování by měly přihlížet na jeho možnosti, věk, dosažený stupeň vývoje a individuální rozdíly mezi dětmi. Zavržení dozrávání schopností spuštění a zadržování močení přes den vůlí je u dítěte zdárně dokončeno kolem třetího roku života a udržování moče v noci kolem pátého roku života dítěte.

Délka tohoto zrání se u dětí ale liší v rozmezí několika let a některé mohou dozrávat dříve a jiné později. To ale někteří rodiče **nerezpektují**. Začínají být kolem třetího roku věku dítěte velmi **nestrpěliví**, když jejich dítě stále neudrží moč, a začnou do vývoje zasahovat **nevhodnou výchovou**. Rodiče si výchovu k regulaci močení u dítěte pletou s **přísilným výcvikem**. Dítě je na nočník **vysazováno předčasně** už od prvního roku věku každou hodinu a sedí na něm tak dlouho, dokud se nevymočí. Na vymočení je rodiči **buzeno** několikrát za noc. Dítě je nevyzrálé, dostává se do **strašivé situace a frustrace**. Za každý neúspěch, který není schopno ovlivnit, je **trženo**. Tržání dítěte v tomto období není vhodné stejně tak jako **odměňování**. Dítě je nevyzrálé a oba způsoby chování rodičů v souvislosti s pomočováním nevháje. Neuvědomují si, že dřívějším zahájením intenzivní výchovy fyziologické vyzrávání dítěte neurychlí, ba naopak tento proces prodlouží. Výsledkem takové výchovy jsou těžko zvladatelné **psychické poruchy** u dětí i rodičů, prodloužení vývoje ve schopnosti udržet moč a vznik enurézy (pomočování) v pozdějším věku.



Důležité poznámky:

Zdroje literatury:

1. ALLEN, R.; MAROTZ, L. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
2. BLUM, N.; TUBMAN, B.; NEMETHI, N. *Relationship Between Age at Initiation of Toilet Training and Duration of Training: A Prospective Study* [online]. e2003 [2010-10-14]. Dostupné na WWW: <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/4/810.full>.
3. ČÍP, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.
4. NEDELKOVÁ, Z. *Dětský lékař – největší kniha o zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Práh, 2007. 631 s. ISBN 978-80-7252-187-6.
5. SCHNABEL, G. *Die Entwicklung der Kontrolle über Blase und Darm* [online]. e2003, poslední revize 9. 8. 2010 [cit. 2010-10-15]. Dostupné na WWW: <https://www.familienhandbueh.de/erziehungsfragen/ordnung-und-sauberkeit/die-entwicklung-der-kontrolle-uber-blase-und-darm>.
6. SCHNABEL, G. *Schritt für Schritt zum Topfgehen* [online]. e2001, poslední revize 2011 [cit. 2011-05-15]. Dostupné na WWW: http://www.mobilg-eltermagazin.de/erziehung/entwicklung/details?k_onl_struktur=385568&k_bcitrag=107008.
7. SOUSA, A.; KAPOOR, H.; JAGTAP, J.; SEN, M. Prevalence and factors affecting enuresis amongst primary school children. *Indian Journal of Urology* [online]. 2007 [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://www.indianjurol.com/text.asp?2007/23/4/354/36703> ISSN: 23354-7.
8. ŠMÍK, O.; FLÖGELOVÁ, H. Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 2006, roč. 5, s. 247-249. ISSN 1215-0494.
9. ŠVEJČEK, J. *Pěče o dítě*. 1. vyd. Praha: Nuga, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
10. VELEMÍNSKÝ, M. *Vývoj a výchova dítěte k udržení suchého noční* [online]. e2010 [cit. 2011-05-12]. Dostupné na WWW: <http://www.tribuna.cz/elanek/20208-vyvoj-a-vychova-ditete-k-udrzeni-sucheh-noei>.
11. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.

12. VELEMÍNSKÝ, M. sr.; VELEMÍNSKÝ, M. jr. *Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nohám*, 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 105 s. ISBN 978-80-7387-308-0.
13. VIQUE, J. *Zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Garamond, 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4.

Zdroj ilustrací:

VELEMÍNSKÝ, M. sr.; VELEMÍNSKÝ, M. jr. *Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nohám*, 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 105 s. ISBN 978-80-7387-308-0.

