

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
Praha 5**

**EDUKACE DÍTĚTE ML. ŠKOLNÍHO VĚKU S DIAGNOZOU ENURESIS  
NOCTURNA NEORGANICKÉHO TYPU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARKÉTA JUŘENOVÁ**

**Praha 2015**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U DÍTĚTE ML. ŠKOLNÍHO VĚKU S DIAGNOZOU  
ENURESIS NOCTURNA NEORGANICKÉHO TYPU**

Bakalářská práce

Markéta Juřenová, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2015



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,*

**Juřenová Markéta**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u dítěte školního věku s noční enurézou  
neorganického typu

*The Educational Process at a School – Aged Child with Nocturnal  
Enuresis of Nonorganic Type*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.  
Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 5. 2015

.....

## **Abstrakt**

JUŘENOVÁ Markéta DiS. Edukační proces u dítěte ml. školního věku s diagnosou enuresis nocturna. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová Praha 2015. 71 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukační proces u dítěte trpícího noční enurézou. Práce je věnována etiologii, diagnostice, terapii, a předně zásadám enuretického režimu a edukaci dítěte o tomto režimu. Enuretický režim je zaměřen především na úpravu pitných a mikčních návyků. Úzce s ním souvisí také rehabilitace a nácvik sebekontroly za pomoci relaxačních metod.

Základ bakalářské práce tvoří edukace pacienta v edukačním procesu. Edukační proces jako součást ošetrovatelského procesu je doplněn edukací v průběhu terapie. Po diagnostice neorganické noční enurézy je hlavním úkolem správná edukace, situovaná nejlépe během hospitalizace dítěte na specializovaném pracovišti. Dítě dostává větší možnost upevnit si získané dovednosti, je hodnoceno jejich dodržování a eliminován výskyt regrese. Zároveň se dostává odborné pozornosti osobnosti a výchově dítěte. Je třeba získat dítě pro spoluúčast v terapii, a tím zvýšit šanci budoucího úspěchu.

### **Klíčová slova**

Edukace. Edukační proces. Noční pomočování. Pedopsychiatrie. Enuretický režim.

## **Abstract**

JUŘENOVÁ Markéta DiS. Educational Process by Younger-school Aged Child Diagnosed with Nonorganic Enuresis Nocturna. The College of Nursing (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s. – bachelor studies. Supervisor: PhDr. Ivana Talandová. Praha 2015, 71 p.

The main topic of the BA thesis is the educational process of younger-school aged child with nonorganic enuresis nocturnal.

The thesis focuses on etiology, diagnostic procedure and mainly education of enuretic regimen. The enuretic regimen contains information concerning fluid intake and correct miction practice. The rehabilitation and self-control practice by relaxation methods are also included in the enuretic regimen.

The main emphasis is put on the education of child in the educational process. The educational process is part of the nursing process and it is supplemented by educational during the treatment.

The main task after the diagnostics of nonorganic enuresis nocturnal is correct education. The best way of the education is during hospitalization in the specialized department. There are opportunities to improve acquired skills, to evaluate compliance and to eliminate regression. The medical team devotes to child's personality and growing up. The child's participation in the therapy is necessary and it increases the chance of future success.

### **Keywords**

Education. Educational process. Enuresis nocturnal. Child psychiatry. Enuresis regimen.

## PŘEDMLUVA

Pokud se dítě v noci pomočuje do vyššího věku, než je obecně považováno za „normální“, může se za tím skrývat řada fyziologických či psychologických komplikací. Stejně tomu bude naopak, teprve enuréza může pro dítě znamenat psychickou zátěž a sociální znevýhodnění. Malý enuretik je se svým problémem odkázán na své nejbližší okolí, popřípadě je v péči pediatra. Kromě své vlastní snahy potřebuje odbornou pomoc a podporu rodiny. Od jeho okolí se tak odvíjí průběh a úspěšnost léčby.

V případě, kdy tato podpora chybí nebo je k úzdavě nedostatečná, je pro dítě nejvhodnější odborná edukace o jeho potížích, nejlépe během hospitalizace ve specializovaném zařízení. Edukační postup by měl respektovat osobnost dítěte a jeho zvláštnosti, pak se dítě stává aktivně zapojeným členem procesu.

Výběr tématu práce ovlivnilo mé zaměstnání na dětské psychiatrii v Kroměříži, kde je enuresis nocturna, po hyperkinetických poruchách, druhou nejčastější diagnózou. Edukace dítěte během hospitalizace je tak běžnou součástí terapie.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Talandové za trpělivost a podporu při vypracování bakalářské práce.

## Obsah

Seznam použitých zkratk

Seznam použitých odborných výrazů

Seznam obrázků

Seznam tabulek

Úvod .....	11
1 ENURÉZA .....	12
1.1 Klasifikace enurézy .....	12
1.2 Výskyt enurézy .....	13
1.3 Typizace enurézy .....	13
1.3.1 Enuréza organická a neorganická .....	13
1.3.2 Enuréza primární a sekundární .....	14
1.4 Enuréza z hlediska etiologického .....	15
1.5 Fyziologickopsychologické důsledky nemoci .....	17
1.5.1 Porušené sebepojetí .....	17
1.5.2 Syndrom hyperaktivního měchýře .....	18
1.5.3 Neurotické poruchy .....	19
1.5.4 Enkopréza .....	19
1.6 Diagnostika enurézy .....	19
1.6.1 Pediatrické vyšetření .....	20
1.6.2 Fyziologické vyšetření .....	20
1.6.3 Nefrologické a urologické vyšetření .....	21
1.6.4 Zobrazovací vyšetření .....	21
1.6.5 Neurologické vyšetření .....	21
1.6.6 Psychiatrické vyšetření .....	22
1.6.6 Diagnostický rozhovor .....	22
1.6.7 Diagnostika dítěte pomocí testovacích škál .....	23
2 TERAPIE ENURÉZY .....	24
2.1 Konzervativní terapie .....	24
2.1.2 Farmakologická terapie .....	25



2.1.3	Alternativní terapie .....	26
2.1.4	Relaxační a rehabilitační terapie .....	26
2.2	Psychoterapie .....	28
2.2.1	Hlavní chyby ve výchově dětí s enurézou .....	29
2.3	Prognóza .....	31
2.4	Občanská sdružení pro problematiku pomočování.....	31
2.4.1	Odborné společnosti zabývající se enurézou .....	32
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ENURETICKÝ REŽIM.....	33
3.1	Zásady ošetřovatelské péče o dítěte s neorganickou enurézou.....	33
3.2	Vývojové stadium.....	34
3.3	Pracovní tým v pedopsychiatrii .....	35
3.3.1	Dětské oddělení v psychiatrické nemocnici Kroměříž .....	35
3.4	Evidence mikce.....	36
3.5	Mikční režim.....	36
3.6	Pitný a stravovací režim .....	37
3.7	Metody uplatňované v terapii enurézy .....	37
3.8	Domácí péče o enuretika .....	39
4	EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	40
4.1	Účel edukace.....	40
4.2	Cíle edukace .....	40
4.3	Druhy edukace .....	43
4.4	Formy edukace .....	43
4.5	Metody edukace.....	44
4.6	Edukační proces ve zdravotnictví.....	44
4.7	Role sestry v edukaci .....	46
4.8	Zásady edukace.....	46
4.8.1	Zásady komunikace.....	46
4.8.2	Faktory ovlivňující edukaci.....	47
5	EDUKAČNÍ PROCES U DÍTĚTE ML. ŠKOLNÍHO VĚKU S DIAGNOZOU ENURESIS NOCTURNA NEORGANICKÉHO TYPU.....	48
5.1	Fáze posouzení .....	48
	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	49
5.2	Fáze diagnostika .....	55

5.3 Fáze plánování.....	55
5.4 Fáze realizace .....	57
5.5 Fáze vyhodnocení.....	65
5.6 Výsledek edukace.....	67
5.7 Doporučení pro praxi.....	67
ZÁVĚR.....	68
Seznam použité literatury.....	69
Tištěné monografické publikace.....	69
Internetové zdroje .....	70
PŘÍLOHY	

## **Seznam použitých zkratek**

ADH – antidiuretický hormon, neboli vazopresin

ADHD – z anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder - neurovývojová hyperkinetická porucha, provázena hyperaktivitou s poruchou pozornosti

CNS – centrální nervový systém

## Seznam použitých odborných výrazů

Enuréza - porucha vyprazdňování moči projevující se pomočováním

Enuretik – osoba, trpící nočním pomočováním

Vasopresin – neboli antidiuretický hormon, se schopností snižovat produkci moči

Reflektorická regulace – úprava funkce jako bezděčná odezva organismu zprostředkovaná nervovým systémem

Somnambulismus - náměšičnost

Pavor nocturnus – noční děs

Neurotizace – proces vytváření neurotických příznaků u jedince, působením neurotizujících prvků

Diabetes insipidus – úplavice močová, nadměrná žíznivost a nadměrné močení v důsledku nedostatku ADH

Ektopický ureter – vrozená vada močovodu, který má neobvyklé vyústění

Uretrokéla – výhřez sliznice ureteru do močového měchýře

Uretrální obstrukce – překážka v ureteru vedoucí k zúžení průsvitu močovodu

Regerese – návrat k dřívějšímu či méně vyspělému vzorci chování a prožívání

Anxiozita – úzkostnost

Maladaptace – zhoršená schopnost přizpůsobení se

Enkopréza – bezděčné neudržení stolice

Balbuties – porucha řeči, koktavost

Psychalgie – bolest psychogenního původu

Mutismus – neurotická či psychotická porucha, ztráta schopnosti mluvit, oněmnění

Elektromyografie – elektrodiagnostická metoda k diagnostice nervosvalového aparátu

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 - Bloomova taxonomie vzdělávacích cílů

Obrázek č. 2 – Denní pitný režim enuretika

Obrázek č. 3 – Mikční karta

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1. - Vstupní test

Tabulka č. 2. – Porovnání vstupního a výstupního testu

## Úvod

Dětské nehody v podobě pomočování tu byly od nepaměti. Otázkou je, jakým způsobem máme na děti působit, aby k nim pokud možno nedocházelo.

Obvykle nebývá pomočování zapříčiněno psychikou, ale funkční nebo organickou poruchou, jako je například nedostatek vasopresinu (specifického hormonu), zánět či porucha funkce močových cest.

Optimální doba pro vývojově-fyziologické vyzrání k ovládnutí a udržení moče, je pět let věku. Pokud dítě po dosažení pěti let věku ještě neovládá své vyměšovací orgány, je na místě specifická výchova dítěte, která slouží jako prevence dlouhodobého pomočování. Takováto výchova je součástí enuretických pravidel. Respektuje individualitu dítěte a nevystavuje ho stresu. To platí i v případě sekundární enurézy, kdy noční pomočování ve většině případů není důsledkem opoždění vývoje. U těchto dětí bylo prokázáno až 75 % patologií v psychosociální sféře.

Diagnostika enurézy není jednoznačná. U českých pediatrů bývá za enuretika (osobu trpící enurézou) považováno dítě, u kterého dochází nejméně dvakrát za měsíc k pomočení. Jiní lékaři jsou tolerantnější, takže poruchou nazývají až mnohem častější pomočení než dvakrát za měsíc. Při diagnostice je třeba brát vždy na vědomí, že enuréza je pouhý symptom, ukazující na určitý problém dítěte.

K úspěšnému zvládnutí nočního pomočování je rozhodující součinnost jak rodičů a pediatra, tak pedagogů a dalších osob, které na dítě působí. Je náročná pro celý rodinný režim. Proto nejnadanější cestu k suchému lůžku představuje řádná edukace dítěte o dané problematice.

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

# 1 ENURÉZA

Enuréza je porucha schopnosti udržet moč u osob, které by již měly umět močení kontrolovat. Latinský pojem *enuresis* vznikl z řeckého slova *enourein* – vypouštět moč.

Obecný nástup kontroly moči v dětském věku bývá u zdravých jedinců do cca 3. roku věku, po tomto věku signalizuje pomočení v bdělém stavu zdravotní problém. Schopnost udržení moči během spánku se vyvíjí déle, po 5. roce věku se předpokládá dozrání reflektorické regulace nočního močení i hormonálního regulačního systému produkce moči. V podstatě každé dítě, které není psychicky postižené, má samo sklon i schopnost naučit se ovládat močení vůlí. A to i tehdy, když by bylo výchovně zanedbáno.

Enuréza se podle toho, kdy k nechtěnému pomočení dochází, rozděluje na denní enurézu (*enuresis diurna*) a noční enurézu (*enuresis nocturna*). K pomočení dochází ve spánku nejen v noci, ale také přes den (např. při poledním spánku).

Terminologie poruch vyprazdňování není zcela jednotná. Poruchy vyprazdňování u dětí jsou v podstatě dvě: enuréza a inkontinence. Enuréza bývá občas zaměňována s inkontinencí nebo považována za druh inkontinence. Enuréza je charakteristická kompletním vyprázdněním močového měchýře, často bez neurologických či anatomických anomálií. U inkontinence dochází spíše k umočení, které nemusí být kontinuální a je spojeno s funkční nebo anatomickou poruchou.

(DUŠEK, VEČEŘOVÁ- PROCHÁZKOVÁ,2010)

## 1.1 Klasifikace enurézy

*Enuresis nocturna* patří mezi poruchy spánkové a má, rovněž jako třeba *somnambulismus* nebo *pavor nocturnus*, záchvatový charakter. Příčinou může být např. neurotizace dětí. Skupina těchto poruch je spojena se somatickými nebo duševními poruchami. Vzhledem k multifaktoriálním příčinám enurézy, se touto problematikou zabývá několik medicínských oborů: pediatrie, psychiatrie, urologie i nefrologie.

Enuréza je nemoc, kterou lze účinně a efektivně řešit. Přesto se mnozí rodiče stydí svěřit lékaři s tímto onemocněním, čímž mohou zanedbat tento závažný a řešitelný problém.

## 1.2 Výskyt enurézy

Po dvacátém roku věku je enuréza vzácností. Seriozní výzkumy jsou v této oblasti komplikované, k enuréze se nerady přiznávají desetileté děti, natož dospělí. Noční pomočování je častější než denní pomočování. Do věku sedmi let je enuréza stejně častá u obou pohlaví, poté stoupá zastoupení chlapců. Předpokládá se, že v dospělosti se enuréza vyskytuje asi u 0,5 % populace.

*„Mnohé výzkumy prokázaly, že tento problém postihuje 15 až 20 % dětí od 5 do 6 let, z toho dvakrát častěji chlapce než děvčata. Ve věku 10 let se pomočuje více než 6 % chlapců a tento problém přetrvává až do 15. roku u 2 % chlapců.“*

(Jérôme Palazzolo, *Nespavost - zbavte se jí navždy*, str. 75, 2007)

## 1.3 Typizace enurézy

Noční pomočování je způsobováno celou řadou příčin, které se mohou různě kombinovat. Základním rozlišením dle etiologie je enuréza **organická** a **neorganická**.

Další rozlišení enurézy se odvíjí od období jejího vzniku, a je také dvojího druhu: enuréza **primární** a **sekundární**.

### 1.3.1 Enuréza organická a neorganická

Močení je relativně velmi komplikovaný proces a jeho regulace se vyvíjí dlouho po narození dítěte. Ovlivňuje ho řada důležitých faktorů. Anatomické poměry v malé pánvy, patofyziologické poměry v močovém měchýři, svalový systém, nervové zásobení močového měchýře, cévní pletěň, vazivová vlákna a v neposlední řadě břišní lis. Při udržování moče hraje významnou roli hormon vazopresin, neboli antidiuretický hormon. Je vylučován zadním lalokem hypofýzy, a za fyziologických podmínek je v noci produkován více než během dne. Pokud je vyplavován v noci málo, nedochází k nočnímu útlumu tvorby moče. Měchýř se naplňuje, a jestliže se dítě nevzbudí, pomočí se.

• **Organická enuréza** - existuje hypotéza, že noční enuréza je důsledek vývojového opoždění ve dvou regulačních součástech CNS (centrální nervový systém):

- neschopnost vyšších center rozpoznat plný močový měchýř a reagovat na to
- neschopnost zapojení mozkových center do základního aktu močení



Na noční enuréze se dále podílí i celá řada genetických faktorů, které mohou negativně ovlivnit funkci močového měchýře.

Jiné příčiny organické poruchy jsou: infekce močových cest, zácpa, diabetes - polyurie, diabetes insipidus, abnormalita struktury moč. ústrojí (např. ektopický ureter, uretrokéla nebo uretrální obstrukce), neurologické abnormality, mentální handicap, sexuální zneužití, atd.

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

- **Neorganická enuréza** - při vzniku enurézy neorganického původu jsou důležitými činiteli stupeň maturace, oslabení CNS a psychotrauma. Stresovou situací může být například narození sourozence, zahájení školní docházky, pobyt v nemocnici, konfliktní rozvodová situace v rodině, ztráta blízké osoby, atd.

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

### 1.3.2 Enuréza primární a sekundární

Děti se obvykle přestávají pomočovat ve dne kolem 2 let věku, v noci kolem 3 let věku. Pokud tomu tak není, je třeba zjistit, zda dítě již někdy ovládalo svůj močový měchýř a tuto schopnost ztratilo, nebo se pomočuje od útlého dětství.

- **Primární enuréza** - je běžná a je způsobena opožděným zráním. Často je přítomna pozitivní rodinná anamnéza nebo sociální znevýhodnění. Nácvik kontroly udržení moče může být pozdržen nevhodným zaučováním toalety nebo emocionálními problémy. Vleče-li se problém s nočním pomočováním bez přerušení od nejútlejšího věku, tj. že u dítěte nikdy nebyl tzv. suchý interval, jedná se o primární enurézu.

- **Sekundární enuréza** - u sekundární enurézy se dítě již naučilo ovládat močový měchýř, alespoň 6 po sobě jdoucích měsíců se nepomočovalo, ale po nějaké době tuto schopnost ztratilo.

V literatuře se uvádí, že u dětí se sekundární enurézou se našlo až 75 % patologií v psychosociální oblasti. U dětí s primární enurézou se tyto patologie vyskytovaly pouze v nízkém počtu. V anamnéze dětí se sekundární enurézou jsou nejčastěji uváděny rozvody rodičů, stěhování, nástup do školy, narození sourozence, a jiné zátěžové situace, kdy u dítěte dochází k tzv. regresi.

(KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, 2009)

- Jiné, méně časté formy pomočování jsou:

- konfliktní pomočování: tomu vždy předchází napjatá konfliktní situace, nebo pomočování v zápalu hry, v souvislosti vyplývající z názvu

- polakisurický denní syndrom: předpokládá se, že by se mohlo jednat o formu tiků

- enuresis risoria: únik většinou malého množství moči při smíchu

- postmikční ukapávání: především u malých děvčátek. Při hlubokém zaboření do klozetové mísy při močení, dochází k zatékání moče do pochvy.

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

## 1.4 Enuréza z hlediska etiologického

Noční pomočování může mít na svědomí jedna konkrétní etiologie, nebo jej může způsobovat řada příčin. Ty se mohou různě kombinovat. Ať už se jedná o enurézu organického nebo neorganického typu, tyto nejčastější příčiny v ní mohou sehrávat svou roli.

- **Špatné návyky příjmu a výdeje tekutin**, zejména nadměrné pití ve večerních hodinách kombinované s odkládáním či urychlováním močení během dne.

- **Nesprávná výživa**, zejména nadměrný příjem poživatin jako je kofein a příbuzné látky (kolové nápoje, čokoláda, kakao), koření, kyselé ovocné džusy.

- **Porucha sekrece hormonů regulujících produkci moči ledvinami v nočních hodinách.** Zralý regulační systém produkce moče zabezpečuje, že v průběhu spánku se vytváří ve srovnání s denní bdělou fází zhruba poloviční množství moče. U části dětí se nástup této regulační funkce opoždí v souvislosti se sníženou tvorbou vazopresinu. Tyto děti pak v noci produkují nepřiměřeně velké množství moče, na které nestačí kapacita močového měchýře.

- Další příčinou může být zpomalení procesu dozrávání reflexů, ovlivňujících močení, způsobené nejčastěji **poruchami vyžívání nervového systému.**

Děti s opožděným dozráváním nervového systému zaujmou navenek neschopností zklidnit se, udržet pozornost, jsou neklidné obtížně zvladatelné, mají poruchy řeči, grafického projevu atd. Enuréza je v tomto případě přidruženou poruchou syndromu ADHD neboli hyperaktivní poruchy, nebo neurózy. Koexistence syndromu hyperaktivity s jinými psychickými poruchami je obecně známá.

(PACLT, 2007)

- **Syndromy neurotické** představují méně závažné poruchy ve srovnání s psychotickými. V popředí je nedostatečné splnutí emočních a motivačních mechanismů. To vede

k anxiozitě, snížení výkonnosti a maladaptivnímu motorickému jednání. Mnoho neuróz, tak jak je známe u dospělých, má své kořeny v dětství. U neurotických projevů je patrna vázanost na zhoršenou adaptabilitu v určitých vývojových fázích.

Centrální nervový systém je křehčí, a tím i psychika lehčeji zasažitelná běžnými životními událostmi, jako jsou narození sourozence nebo stěhování rodiny. Citlivější děti mohou být zasaženy příliš náročnou výchovou, hádkami či rozvodem rodičů. To platí především u enurézy sekundární. Pro dítě může být stresující také vstup do kolektivu v mateřské školce nebo nástup do první třídy.

Pokud by se neuróza na vzniku enurézy nepodílela, sama může sekundárně k neurotizaci dítěte vést.

(PEŠOVÁ, ŠAMALÍK, 2006)

- **Poruchy spánku**, které se navenek nejčastěji prezentují jako poruchy probouzení, příliš tvrdý spánek či sklon k somnambulnímu jednání. Během „tvrdého spánku“, čili ve fázi REM-spánku, dítě přestává ovládat vůlí kontrolované svaly. To může k enuréze přispět zejména v kombinaci se špatnými spánkovými a pitnými návyky, např. když dítě před spaním vypije hodně vody či jiné tekutiny.

(PALAZZOLO, 2007)

- **Dědičnost** v tomto onemocnění hraje také určitou roli. U velké části dětí zjišťujeme, že podobnými potížemi trpěli či trpí nejbližší příbuzní. S největší pravděpodobností jde opět o multifaktoriální, tj. polygenní typ dědičnosti. Geny, které mohou nějak ovlivnit vznik enurézy, byly nalezeny na 12. chromozomu a na dlouhém raménku 13. chromozomu.

(GUT, 1998).

- **Maladaptace** je také jedna z teoretických příčin pomočování. souvislosti se jeví relativní dokonalost lidské osobnosti. Darwinova teorie s pojmem adaptace (pasivní akomodace a aktivní asimilace prostředí) dala značný podnět i psychologii svým vývojovým hlediskem a rozvedením vlivu přizpůsobení. Právě v této Tzv. adaptační teorie ovlivňuje i názory na inteligenci (schopnost přizpůsobit se novým podmínkám okolí). Některé směry tvrdí, že špatná adaptabilita je základním rysem neurotického chování, a může být tedy i příčinou enurézy.

(PETERKOVÁ, 2014)

- **Psychosociální strádání**

*„Když člověka nikdo nehladí, začne mu vysychat mícha.“*

(Berne Eric, *Jak si lidé hrají*, str. 39, 1970)

Dr. Spitz (Hospitalizace: geneze psychiatrických podmínek v raném dětství) zjistil, že u dětí, jež delší dobu trpí nedostatkem vhodného zacházení, se projeví sklon k rychlému zhoršování duševního stavu a nakonec i k vedlejším onemocněním. Z biologického hlediska je pravděpodobné, že citová deprivace může způsobit nebo podporovat změny organismu. Jestliže retikulární aktivační systém mozku nedostává dostatečné podněty, může to mít za následek degenerativní změny nervových buněk. Jakmile předčasně skončí období těsného důvěrného vztahu dítěte k matce, jedinec se po celý zbytek života snaží ho znovu dosáhnout. Vzniká doživotní nedostatek, pro jedince možná nevědomý. Musí se spokojit s mnohem jemnější, takřka symbolickou formou jednání, kdy svému účelu do určité míry poslouží i pouhý náznak uznání od druhé osoby.

## **1.5 Fyziologickopsychologické důsledky nemoci**

Pomočování je stresujícím faktorem. Může významně ovlivnit kvalitu života dítěte, i celé jeho rodiny. Jeho výsledkem mohou být psychické problémy, sociální handicap, pocity životní nepohody a méněcennosti. Z holistického pohledu je třeba brát v potaz všechny dopady enurézy na dítě.

### **1.5.1 Porušené sebepojetí**

Psychické důsledky nočního pomočování zasahují do celého vývoje osobnosti, patrně jsou zejména v sebepojetí a sebehodnocení dítěte. Obecně platí, že čím déle porucha trvá, tím hlubší zásah do sebevědomí se ukazuje. Včasný začátek léčby je proto klíčový - umožní předejít psychickým traumatům dříve, než začne mít dítě problémy také v kolektivu. Zejména neléčené děti se straní kolektivu nebo jsou vrstevníky odmítány. Kvůli nočním příhodám si nevěří, ve společnosti se stydí, mají pocity viny, trapnosti a hanby. Většina dětí, trpících enurézou, se navenek projevuje nejistým chováním a často se straní kolektivu, což okolí brzy odhalí a může této situaci zneužít. Dítě pak často bývá terčem posměchu a šikanování. Ve vztahu ke své osobnosti si většina dětí s enurézou rozvíjí schéma sebe sama jako pomočující se osoby. Mohou si rozvinout trvalý pocit, že jsou odlišní od ostatních. Proto je velmi důležité tento problém nepřehlížet, netajit ho, ale pátrat

po jeho příčině, najít způsob, jak dítěti usnadnit jeho situaci a pomoci mu tento nelehký boj vyhrát.

Britský psycholog Butler uvádí, že u starších dětí je pomočování doprovázeno pocity viny, hanby a ztráty sebeúcty. Děti s pomočováním řadí svůj problém na třetí místo nejzávažnějších situací, s nimiž se mohou setkat, hned po hádkách a rozvodu rodičů. Butler s kolegy zkoumal 55 dětí s nočním pomočováním a zjistil, že bývají terčem posměchu. Tyto děti většinou nechtějí nebo neumí s někým o svém problému hovořit, straní se společnosti a cítí útlak také před sourozenci. Jejich strach z případného odhalení je nutí k omluvám za neúčast na výletech vyžadujících noční pobyt (např. přespaní u kamaráda). Celkový výsledek Butlerova výzkumu zdůraznil noční pomočování jako sociální odlišnost a izolaci.

Wagner a Geffken uvádí, že 65 ze 100 pomočujících se dětí je nešťastných kvůli svému problému.

Morisonová popisuje u dětí pocity studu, a především pocit neschopnosti situaci ovlivnit.

Studie odborníků z Nottinghamské univerzity provedená na 114 dětech trpících nočním pomočováním v roce 2002 ukázala, že vlivem nočních příhod nejvíce utrpěla psychika chlapců s primární enurézou a zvláště těch, kteří se pomočují často. Je zajímavé, že sebehodnocení chlapců je dle tohoto průzkumu narušeno výrazněji než u dívek.

(TURBOVÁ, 2008)

### **1.5.2 Syndrom hyperaktivního měchýře**

Noční enuréza se může vyskytovat jako jeden z příznaků tzv. hyperaktivního měchýře. Klinické projevy hyperaktivního měchýře (OAB) jsou u dětí podobné jako u dospělých. Patří sem časté močení, urgencye až urgentní inkontinence, časté močení v průběhu noci anebo až noční pomočování. Děti často vykazují různé chování oddalující močení, aby zabránily úniku moči, včetně podřepu a křížení nohou, které problém jen dále prohlubují. Takovéto děti mohou mít opakující se infekce dolních močových cest a zácpu. Výsledkem pak může být dyskoordinace při močení mezi měchýřem a svěračem močové trubice, zbytky moči v měchýři po vymočení až výsledně snížená síla svalů močového měchýře.

(MUNTAU, 2009)

### 1.5.3 Neurotické poruchy

Vznik neurózy v dětství není zpravidla jen otázkou traumatizace, ale vývojovým procesem, kde se v různé míře podílejí faktory, které lze seřadit do etiologického schématu vývoje neurózy. Určitá postoupnost: vrozená vloha – terén – opakování nepříjemné situace v útlém dětství. Tyto situace vedou dítě ke zvláštnímu chování, a to zase vytváří odezvu v sociálním okolí. Vyvolávajícím momentem často bývá specifický konflikt nebo traumatická událost, které vedou ke zvýšenému psychickému napětí, k poruchám sebehodnocení, pasivitě a konečně ke určitému funkčnímu příznaku jako projevu nemoci.

Nepříznivé situace vytváří pro dítě především dospělí. Jde v podstatě o nestabilitu citových vazeb. Kladný, emoční, zpětnovazebný vztah mezi rodičem a dítětem vytváří u dítěte pocit bezpečí, jistoty. Vytváří u dítěte základní model chování, promítající se pak do sociální oblasti mezilidských vztahů.

(PETERKOVÁ, 2014)

Neurotické projevy specifické pro dítě školního věku jsou enuréza, enkopréza, balbuties, tiky, psychalgie, neurotický mutismus, depresivní neurotické poruchy, anxiózní neurotické projevy a školní fobie. V poslední době do tohoto vývojového období lze zařadit také poruchy s příjmem potravy, dříve typické u adolescentů.

(PACLT, 2007)

### 1.5.4 Enkopréza

Současně s pomočováním může dítě trpět také „pokakáváním“. U diagnostiky enkoprézy je opět zásadní vyloučit organickou příčinu a zahájit co nejdříve terapii. Pokud dítě trpí současně enurézou i enkoprézou, jednoznačně je vhodné nejprve řešit enkoprézu. Velmi často po jejím ústupu vymizí i pomočování.

(O' CALLAGHEN, STEPHENSOM, 2005)

## 1.6 Diagnostika enurézy

Za noční pomočování jako zdravotní problém můžeme obvykle pokládat stav, když se dítě pomočuje i po dosažení pátého roku věku. V tomto věku by dítě mělo mít už dostatečně rozvinutou funkci ovládnutí močového měchýře. Enuréza je interdisciplinárním problémem, na jehož řešení by se měl podílet pediatr a další specialisté. Dětský lékař přichází do kontaktu s

dítětem jako první, proto jsou důležité jeho schopnosti a zájem o aktivní řešení problému. Podle povahy onemocnění se mohou diagnostiky a léčby účastnit i další odborníci jako dětský nefrolog, dětský urolog, případně dětský psycholog.

(VOLF, VOLFOVÁ, 2007)

### **1.6.1 Pediatrické vyšetření**

Když enuréza přetrvává, je na místě navštívit dětského lékaře, který dítě vyšetří a zjistí, zda příčina pomočování není na základě nějakého onemocnění či špatné funkce organismu, např. dysfunkce vylučovacích orgánů, různé záněty močových cest, ledvinová nebo jiná onemocnění, vrozené vývojové vady močového ústrojí (např. chlopeč zadní močové trubice u chlapců, která může bránit močení).

Tyto faktory je dobré zvážit, zejména jestli má dítě zvýšenou tělesnou teplotu, zda cítí pálení při močení, zvrací či má jiné somatické příznaky. Z tohoto hlediska je proto důležité, aby rodiče při jednorázovém nebo nahodilém pomočení dítěte neznepokojovali sebe i samotné dítě. K častějšímu pomočení dochází při různých nachlazeních a virových či jiných probíhajících onemocnění.

Teprve až se vyloučí somatická příčina noční enurézy, může se lékař přiklonit k psychogenním důvodům, jako např. prožívání stresu u dítěte, vyčerpání, rodinná situace a atmosféra, psychická zátěž, nebo jakákoli změna, kterou dítě prožívá.

(HANZLOVSKÝ, 2010)

### **1.6.2 Fyziologické vyšetření**

Fyziologické vyšetření provádí pediatr, ale opakuje se také na specializovaných pracovištích, pro případ, že by došlo ke změně stavu nebo přehlédnutí některé z možných potíží.

Vyšetření zahrnuje: palpaci břicha, neurologické vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí, observaci páteře, perineální cití, vyšetření rektální, vnějších genitálií a ústí uretry, rektálního tonu, perianálního cití a laboratorní vyšetření, základem je mikroskopické a kulturační vyšetření moče.

(DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### 1.6.3 Nefrologické a urologické vyšetření

Při úvodním pohovoru se lékař zajímá o historii obtíží, hovoří pokud možno co nejpodrobněji o příznacích a návycích při močení. Nejprve se provede běžné klinické vyšetření a laboratorní vyšetření moče.

Nefrolog zpracovává kompletní osobní anamnézu dítěte. Zjišťuje zpravidla jak bylo dítě učeno chodit na toaletu, pomočuje-li se ve dne nebo v noci, v kterou hodinu, jaká je poloha a podmínky na toaletě a zda existuje vztah k nástupu do školy, narození nebo ztrátě sourozence. Pátrá po příznacích polydipsie, polyurie, dysurie či hematurie.

(DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### 1.6.4 Zobrazovací vyšetření

V určitých případech se dále provádí ultrazvukové vyšetření ledvin a močového měchýře. Ve složitějších případech následuje uroflowmetrické vyšetření (močení do průtokoměru se zapisovacím zařízením).

Někdy je toto vyšetření doplňováno o vyšetření elektromyografie pánevního dna. Pod tímto názvem se schovává jednoduché, bezbolestné vyšetření, kdy se dítěti pouze nalepí na hýždě a stehno elektrody, které měří elektrický potenciál svěrače a dítě se vymočí do přístroje, který zaznamená a nakreslí proud moči. Následně se pomocí ultrazvuku provede měření objemu zbytkové moči v měchýři.

Jen v málo případech je indikováno podrobnější vyšetření, např. zobrazení močové trubice na rentgenu plněním kontrastní látkou či endoskopie s prohlédnutím močové trubice a močového měchýře kamerou. I v těchto případech je však vyšetření nebolestivé nebo v případě endoskopie zpravidla v krátké celkové anestezii.

K upřesnění zobrazovacích metod dítě s rodiči vyplňuje tzv. pitnou a mikční kartu.

(TURBOVÁ, 2008)

### 1.6.5 Neurologické vyšetření

S pomočováním může souviset enkopréza nebo naopak zácpa. Pokud je přítomný únik stolice během dne, je vhodné doplnit neurologické vyšetření k vyloučení vrozené vady CNS. Stejně tak močí-li dítě přerušovaně, nebo má-li náhlé prudké až křečovitě nucení k mikci. Významným prvkem jsou případná nervová onemocnění, úrazy, záněty mozku, vrozené vady



míchy atd. U děvčátek hrají svou roli gynekologické obtíže. Lékař posuzuje vývoj dítěte, zajímá se o jeho šikovnost při psaní a čtení i pohybovou zdatnost. Neurologické vyšetření může sehrát v diagnostice enurézy důležitou roli.

(DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### **1.6.6 Psychiatrické vyšetření**

V případě, že se při důkladném nefrologickém a neurologickém vyšetření organická porucha neprokáže, neorganickou enurézu přebírá do péče psychiatr.

Při diagnostice a terapii dítěte vstupuje do popředí mnohem více než v jiných medicínských oborech nutnost spolupráce s nejširším okolím nemocného. Psychiatrická diagnostika není myslitelná bez úzkého kontaktu se sociálním prostředím, ve kterém dítě žije. Čím větší množství validních informací z okolí dítěte lékař získá, tím snažší a přesnější je diagnóza.

Úroveň důvěry pacienta k lékaři je přímo úměrná počtu informací, které mu pacient sdělí. Důležitým podkladem je dětský lékař. Je lékařem prvního kontaktu, který poskytuje informace a podklad pro psychiatra stanovujícího diagnózu. Zná dítě dlouhodobě, je podrobněji informován o jeho osobní, rodinné a sociální anamnéze. Má celkový přehled o jeho sociální adaptaci a jejich problematických bodech. Má příležitost sledovat dítě v jeho přirozeném prostředí, což se psychiatrovi za hospitalizace umožní až po uplynutí tzv. adaptační fáze a to jen částečně.

(MUNTAU, 2009)

### **1.6.6 Diagnostický rozhovor**

Bývá podceňován pro svou zdánlivou snadnost. Komunikace o vlastní osobě je silnou lidskou potřebou. Tuto potřebu je třeba u dítěte aktivovat a zároveň zmírňovat zábrany dané studem. Obtížný je již úvod rozhovoru. S malými dětmi se rozhovor počíná za přítomnosti rodičů. Dítě je třeba přívětivě oslovit a pozvat jej do vyšetřovny. Větším dětem je vhodné vyjádřit respekt podáním ruky, oslovovat je křestním jménem. Vždy je dobré vysvětlit účel rozhovoru. Poté se zeptat, zda vědí, kdo je psycholog, jestli se s ním již setkali. Zbytek sezení se věnuje tématu, v němž neleží ústřední problém dítěte. Až v dalších sezeních se postupně

získávají potřebné informace. Rozhovor zůstává ve formální stránce volný a zaměřuje se tímto směrem:

- analýza obtíží a příznaků, pro něž je dítě předmětem péče
- rodinné vztahy
- škola a jiné širší kolektivy
- nedávné významné životní události, zvláště stresující., osobní perspektiva dítěte do budoucnosti.

Je nutno mluvit hovorovým jazykem, tak ,aby dítě rozumělo, vyhýbat se odborným termínům. Během rozhovoru pečlivě pozorovat všechno, co může pomoci dokreslit osobnost dítěte a analyzovat rodinnou interakci.

(KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, 2009)

### 1.6.7 Diagnostika dítěte pomocí testovacích škál

Na porozumění tomu, jak dítě vnímá a prožívá vztahy ve své rodině, je zaměřen test **rodinných vztahů Jacksonové**, určen hlavně pro děti mladšího školního věku. Tyto obrázkové dotazníky spoléhají na identifikaci dítěte s protagonisty jednotlivých obrázků.

Z verbálních projektových technik se pro zjištění příčin neorganické enurézy používá miniaturní **motivační dotazník Tři přání**. Dítě je vyzváno, aby vyslovalo tři přání, která by nejraději mělo splněna.

**Test stromu** podle K. Kocha (1976) je také používanou formou a tkví v tom, že kresba stromu je na symbolické úrovni kresbou sebe sama.

**Škálu k měření úzkosti a úzkostností u dětí (ŠAD)** vytvořil v roce 1973 Spielberg. Vychází z rozlišení mezi psychickým stavem (úzkostí) a trvalými vlastnostmi (úzkostností). Dítě zaškrťává jednu z variant s příslušným tvrzením, např. Jsem smutný – Bývám smutný.

Dalším běžným testem je **Rosenbergova škála sebehodnocení**. Rosenberg ji vytvořil v roce 1965, je tvořena pozitivně formulovanými výroky a negativně formulovanými položkami, například: Jsem schopen/ Nejsm schopen.

(MATĚJČEK, LANGMEIER, 2011)

## 2 TERAPIE ENURÉZY

Vždy platí, že základní podmínkou úspěšné léčby je pozitivní motivace všech zúčastněných. Léčba musí být odpovídající věku, zřídka indikována před 5 rokem věku. Úspěch závisí na nasazení a povaze pediatra, rodičů a na metodě použití. Základní principem je jistota, že nejsou přítomny anomálie a že problém je běžný a léčitelný. Ve švédské studii, zkoumající sebeúctu dětí s pomočováním, bylo zjištěno, že důležitější než druh a úspěšnost léčby, je útěcha a odborná pomoc jako taková.

Léčbu lze rozdělit na režimovou - konzervativní, farmakologickou, rehabilitační, alternativní a behaviorální.

(VOLF, VOLFOVÁ, 2007)

### 2.1 Konzervativní terapie

Má-li být terapie systematická a komplexní, měla by probíhat dle určitého postupu. Existuje pět fází terapie enurézy, které nastiňují sled událostí a intervencí, které je třeba vykonat. Tyto fáze usnadňují přehlednost terapie, ale také její hodnocení, průběžné i závěrečné.

#### 2.1.1 Fáze terapie nočního pomočování

První fáze terapie: změna nesprávných názorů a postojů týkajících se pomočování – účelem je dítě poučit o tom, že pomočování je forma chování, která se dá změnit, stejně jako jiné typy chování. Vysvětlit proces pomočování jako chování, které lze ovládat, jelikož děti považují pomočování za pravý opak, něco co jim uniká a jde mimo ně samotné. Jedním slovem fáze *edukační*.

Druhá fáze terapie: porozumění procesu pomočování. Účelem je porozumět procesu enurézy. Dítě snadněji mění určité chování, když pochopí, jak vzniká a jakým způsobem ho lze ovlivnit. Začíná tak fáze *spolupráce*.

Třetí fáze terapie: zlepšení ovládní močového měchýře. Zaměřeno na zlepšení schopnosti uvědomit si tlak v močovém měchýři a zvětšit jeho funkční kapacitu. Zde začíná dítě s relaxačními metodami a zná zásady platné pro enuretický režim.

Čtvrtá fáze terapie: Rozvíjení sebeovládání: Metody sebesledování a sebehodnocení vedou k přeměně automatického chování na chování úmyslné. Kontrola svých emocí, chování a myšlenek. Očekává se fáze *ustálení*.

Pátá fáze terapie: Odstranění pomočování: Snaha o zabránění recidivy tím, že se posiluje sebedůvěra dítěte, vytváří pohoda a případné pomočení se považuje za ojedinělou událost, nikoli za návrat předchozích potíží. Dítě se spontánně vrací ke svému dennímu režimu a přitom stále dokáže ovládat své močení.

(KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, 2009)

### 2.1.2 Farmakologická terapie

V případě předepsání léku, který snižuje tvorbu moče během noci, je zásadní dodržování stanoveného pitného režimu. Lék je velmi dobře snášen za předpokladu správného rozložení přijímaných tekutin během dne. V době horečnatých onemocnění, kdy je nutný přísun tekutin, se doporučuje lék vynechat.

**Desmopresin** je uměle připravený preparát, který je podobný vazopresinu (hormonální látce produkované tělem) a jeví významnou schopnost zahušťovat moč a tedy snižovat její množství. Preparát je jako lék velmi účinný, má při správném použití jen minimum nepříznivých účinků. V léčbě enurézy se úspěšně používá již více než 30 let. Má vysoké procento relapsů, ale je lepší a bezpečnější v porovnání s imipraminem. Oxybutilin může pomoci s pomočováním v průběhu dne při nestabilním močovém měchýři.

Desmopresin je dnes k dispozici ve formě nosního spreje nebo klasických či rozpustných tablet. Efekt léku je po podání velmi rychlý, počet pomočení se většinou významně snižuje.

Anticholinergika jsou léky první volby u tzv. hyperaktivního močového měchýře.

(O' CALLAGHEN, STEPHENSOM, 2005)

### 2.1.3 Alternativní terapie

K alternativní terapii jsou řazeny ty metody, které nejsou standartně využívány při terapii jistých potíží. Přesto jsou prokázány jejich pozitivní účinky. K takovým terapiím patří i EEG biofeedback. Je to specifická intervence v oblasti vztahu mysl - tělo. Biofeedback ovlivňuje aktivitu mozkových vln. Je používán k terapii širokého spektra poruch a nemocí, mezi něž patří i enuréza. Dalšími možnostmi jsou akupunktura, akupresura nebo nejvíce využívaná hypnóza.

#### Hypnóza

Hypnóza je terapeutická metoda, která využívá změněného stavu vědomí. Zhypnotizované dítě snadněji přijímá informace podávané terapeutem.

Uplatnění hypnózy je velmi široké, lze pracovat téměř s čímkoli. U dětí patří k typickým problémům, které jsou hypnózou ovlivnitelné, enuréza, emoční labilita, podceňování se, bolesti bez tělesného podkladu a častá nemocnost. Podmínkou je souhlas rodičů, resp. zákonných zástupců.

Dětská hypnóza má určitá specifika. Po vyvolání dostatečně účinného hypnotického stavu terapeut dítěti sugeruje prožitky spojené s žádoucím psychofyziologickým stavem organismu. Typicky jsou to sugesce vyvolávající relaxaci nebo aktivaci porušených ústrojí a funkcí. Překážkou je výrazněji podprůměrný intelekt. Někdy se podaří dosáhnout velkého pokroku velice brzy, třeba už po prvních dvou sezeních, někdy může práce trvat i několik týdnů. Pro úspěch postupu se musí zapojit a dle dohody s psychologem provádět např. relaxační nebo dechová cvičení. Léčba pokračuje posthypnotickou sugescí, kdy terapeut navazuje na tyto pozitivní prožitky.

(PETERKOVÁ, 2014)

### 2.1.4 Relaxační a rehabilitační terapie

#### Rehabilitace

Pohyb je pro dítě všeobecně prospěšná věc. Posilování svalstva dna pánevního a břišního lisu je i efektivní metodou v léčbě enurézy. Známé jsou především Kogelovy cviky pánevního svalstva, konkrétně svalu musculus pubococcygeus. Začíná u kosti stydké a upíná se ke kostrči. Tento sval je významný pro polohu podpůrných orgánů má také významnou funkci svěrače. Pravidelným procvičováním zesílí, a napomáhá udržet moč. Procvičování je snadné. Je stimulován činností, u níž je povolován a napínán. Kegelovy ciky spočívají ve stahování a

povolování tohoto svalu. Doktor Kegel je od roku 1940 používal jako neurologickou léčbu inkontinence moče. Výsledky jsou úměrné času, který se tomuto cíku věnuje.

Tyto svaly děti procvičují i tzv. metodou „stop-start“ .

(ŠIMŮNKOVÁ, 2007)

### Relaxační metody

Sklony k nadměrnému prožívání úzkosti a strachu mají děti vrozeně citlivější. Naštěstí je dětská psychika velmi tvárná. Pokud je dítě neklidné, úzkostné či trpí psychogenními potížemi jako je neorganická enuréza, může mu pomoci relaxace.

Musí se na to trochu jinak, než je tomu u dospělých. Normální zdravé dítě totiž obvykle nevydrží čtvrt hodiny klidně ležet a soustředit se na pocity ve svém těle. Relaxace u dětí probíhá často tak, že ani jako relaxace nevypadá. Jsou to spíše aktivity, u nichž se zaměřuje pozornost se zapojením představivosti. Relaxační techniky můžeme uplatňovat zhruba od tří let dítěte.

Relaxace musí být pro dítě zábavná. Nejde o prosté ležení a soustředěné dýchání. Příkladem je hra na opice, které skáčou ze stromu na strom a honí se spolu. Po minutě či dvou plných běhání a skákání jsou děti unavené a to je vhodná doba pro to, aby si lehly na zem a odpočívaly. Přitom mají mít úplně uvolněné ruce i nohy. Celkově taková hra nezabere více než tři čtyři minuty.

Dále se lze zaměřit na sledování srdeční činnosti. Nejdříve nechat děti, aby v klidu vleže sledovaly svůj tep. Potom je vést k aktivitě, u které se udýchají, a následně opět vleže pozorují, jak jim srdce buší rychle a postupně se zklidňuje. Dítě tak podvědomě přichází na to, jaký je rozdíl mezi napětím a uvolněním. Takové uvědomění není samozřejmost.

Vždy je třeba dítě během relaxace vést a zapojit se. Menší dítě tuto úlohu samo nezvládne. Ohled je brán na temperament dítěte a je mu přizpůsobeno tempo cvičení – temperamentnější děti zvládnou rychlejší průběh, jinak se začnou nudit a divočít. Klidnějším dětem stačí i pomalejší tempo. Trvání relaxace u dětí do 6 let nepřesahuje 6 minut. U školních dětí to lze postupně dotáhnout zhruba na 10 minut.

(PETERKOVÁ, 2014)

### Autogenní trénink

Systematické cvičení, které napomáhá sebeutváření, je vhodnější pro děti starší a pro děti, které si vedou dobře u zmíněných základních relaxačních her.

Autogenní trénink vyvinul neuropsychiatr J. H. Shultz. Jde o systém vnitřní práce s představami, pomocí kterého se dostáváme do stavu hlubšího klidu a uvolnění. Využívá se v prevenci jako ochrana před nadměrným stresem a také v léčbě psychosomatických poruch. Dítě, které si osvojí trénink, se stává odolnější vůči duševní i tělesné zátěži. Vedení autogenního tréninku se během hospitalizace ujímá psychoterapeut. Dítě je ideálně v poloze v leže. K docílení uvolnění se zprvu doporučuje veškerou pozornost soustředit na svůj dech. Dýchání samovolně plyne, dítě je nijak neovlivňuje. Jakmile je nalezena příjemná pozice, přechází se plynule k subjektivním pocitům tíhy v končetinách. Poté se přechází k představám tepla v těle, pomocí formulky: „Pravá ruka je těžká, pravá ruka je teplá, jsem klidný...“ V závěru se pozornost opět obrací k dechu. Při výdechu se soustředíme na vlnu příjemného uvolnění šířícího se po těle.

Stejně jako si tělo dokáže navodit pocit tíhy a tepla, tak dokáže ovlivnit i jiné tělesné funkce a orgány. Enuretik si uvědomuje rozdíl mezi uvolněním a napětím. Poznává vůli ovladatelné a automatické procesy. Ve spolupráci s psychoterapeutem si enuretik vytvoří individuální formulku, např. Probudím se suchý/suchá. Autogenní trénink dopomáhá k sebereflexy vlastního těla i osobnosti. Podporuje pozitivní emoční naladění. Umožňuje cíleně uvolnit vegetativní regulaci. Proto představuje ideální dobu k opakování si této formulky.

V domácí péči mají děti k dispozici elektronické nahrávky s průvodními sugescemi zaměřenými na uvolnění. Mohou pokračovat v autogenním tréninku i po ukončení hospitalizace.

(HAŠTO, 2006)

## 2.2 Psychoterapie

Rodiče se mohou poradit s psychologem již dříve, než je nutná léčba a hospitalizace. Psycholog může úzkostlivé rodiče uklidnit, probrat s nimi postup nácviku, pohovořit o výchově jako takové. Často již tato pomoc dokáže zlepšit trénink s ovládáním močového systému. Doporučení k psychologickému vyšetření a terapii dodává dětský ošetřující lékař, tato péče je hrazena pojišťovnou.

S psychoterapií se na lůžkovém oddělení lze setkat ve formě individuální, skupinové, nebo v podobě terapeutické komunity. Terapeutická komunita se skládá z pacientů a slouží k

získání náhledu, zpracování emocí a zlepšení vztahů. Psychiatrická sestra, psychiatr, nejčastěji psycholog, funguje spíše jako koordinátor sezení a současně analyzuje komunikaci. Ideální je souhra medikamentózní léčby společně s psychoterapií.

Ronenová psychoterapii dělí takto:

**Behaviorálně** zaměřená psychoterapie směřuje především k překonání vnějších vlivů, které somatické příznaky vyvolávají. To jsou techniky nápodoby a podmiňování.

**Kognitivní** terapie směřuje především k rozpoznání a přepracování nesprávných myšlenek či představ a tím zmírnění stresu.

**Rodinná** psychoterapie směřuje k odhalení a překonání patogenních vztahů, jejichž důsledkem může být enuréza. Uplatňují se zde experiment a uplatňování nových způsobů sebeřízení.

Rodiče, především matky, si často vyčítají enurézu u svého dítěte jako chybu ve výchově. Nastává model: Dítě- pocit viny, matka- pocit zklamání. Chování rodičů hodně ovlivňuje psychickou pohodu enuretika. V neposlední řadě je třeba zmínit i skutečnost, že chování rodičů je pro dítě vzorem, který přirozeně napodobuje. Rodinní příslušníci se mají chovat klidně, chválit za každý úspěch a podporovat vše pozitivní, co dítě dokáže. Rozhodně nekřičet, nevyčítat neúspěch. Pomoc rodiny spočívá také v kontrole důsledného dodržování pravidel pitného režimu. Vážnou komunikace mezi rodičem a dítětem zhoršuje řešení problému. Rodiče by toto téma měli sami otevřít, povídat si s dítětem a dát mu najevo, že jej nenechají samotné. Promluvit si s dítětem otevřeně o problému, zabrání případnému psychickému traumatu. Neinformovanost rodičů může přivést dítě k sebeobviňování a narušit vzájemnou důvěru.

(PEŠOVÁ, ŠAMALÍK, 2006)

### 2.2.1 Hlavní chyby ve výchově dětí s enurézou

V následujícím výčtu jsou uvedeny nejčastější výchovné chyby podle Rolfa Merkleho (Žárlivost, 1997), které mají za následek nízké sebehodnocení a pocit méněcennosti takto „vychovávaného“ dítěte: Demotivace, nedostatek podpory (podmíněná láska, necitlivé srovnávání s ostatními, více kritiky, než pochval).

Významnou součástí psychoterapie je psychoedukace jedince i rodiny, ohledně těchto aspektů. Výsledek snahy v léčbě enurézy nemá dítě úplně ve svých rukou. Mohou nastat okolnosti, které jeho snahu zhatí.



Proto si ocenění zaslouží už samotná snaha. Přehlížení snahy vede k tomu, že dítě ztrácí trpělivost a sebedůvěru, když se mu něco nedaří hned.

*„Dítě dojde k závěru, že když jde jen o dobrý výsledek, tak dlouhé snažení je vlastně selhání. "Pokud mi něco nejde, jsem k ničemu." Naopak ocenění snahy vypěstuje postoj "Když mi něco nejde, můžu se to naučit."“*

(PhDr. Michaela Peterková, [www.psyx.cz](http://www.psyx.cz), 28. 01. 2014)

### Motivace

Demotivace vzniká na podkladě poruchy podmíněné citovým strádáním, přetížením nebo frustrací vývojově důležitých motivů. Tyto vlivy působí obvykle mimo aktuální uvědomování a vůli dítěte. Základem poruchy bývá zpravidla nedostatek vývojově potřebného podněcování emoční a motivové povahy, nebo vznikem zábran v přirozeném rozvoji vztahů. Motivace chybí často dítěti zanedbanému, které cítí, že není pro své rodiče skutečnou životní hodnotou.

Příkladem demotivace je podceňování schopností. Normální dítě mívá potřebu předvést svému okolí, co umí. Rodiče ho v tom ovšem často brzdí hláškami, jako např. „Na to jsi ještě moc malá“, a „Tomu nerozumíš“. Dítě se tak vlastně dozvídá, že je neschopné a toto negativní sebepojetí si s sebou nese do života.

V psychoterapii bývá cílem terapeuta dosáhnout léčivé změny v uspořádání a průběhu motivačního dění, a to tím, že poskytne dítěti korektivní citovou zkušenost. Ta otevírá cestu k úspěšnému vyrovnání s původně omezujícími a stresujícími situacemi a vztahy. Během toho je třeba pomoci dítěti, aby si uvědomilo svá dosud potlačovaná či vytěsňovaná přání, city a zábrany vůči nim.

Takové porozumění – vzhled, dítěti dává možnost, aby se vyrovnalo s těžkostmi a tím si vedlo lépe v léčbě enurézy.

(PETERKOVÁ, 2014)

### Podpora

Malé dítě je na rodičích do značné míry závislé a potřebuje jimi být milováno. Pokud rodiče vážou svoji náklonnost na splnění nějakých podmínek, dítě se naučí, že lásku si je možné či nutné, vykupovat. Dítě si nevědomě vytvoří pravidlo, že může být přijímáno a milováno jen tehdy, když něco bude či nebude dělat. Toto pravidlo pak aplikuje nejen v přístupu k sobě, ale i k druhým lidem, a svoji i jejich hodnotu váže na splnění určitých podmínek.

Jednou z forem podpory je pochvala. Společnost je obecně zaměřená na chybu a skupina rodičů není v tomto ohledu výjimkou. Kritika má ve výchově své místo. V tomto případě je ovšem důležité vážit slova.

„Co mám s tebou jen dělat?“ nebo „Co s tím počůráváním budeme dělat?“

V prvním případě kritizuje rodič osobu dítěte jako celek. V druhém případě se zaměřujeme na chování. Rozdíl v dopadech na dítě je obrovský. Dítě tato rodičovská měřítko vezme za své, a naučí se nevšímat si vlastních úspěchů na jedné straně a neodpouštět si pochybení na straně druhé.

V situaci, kdy se noční enuréza v rodině vyskytne, žádoucí je trpělivý, láskyplný přístup, respektování osobnosti dítěte a ponechání přiměřené samostatnosti. Obecně tedy platí dítě netrestat, nezesměšňovat, a nesrovnávat s ostatními. Naopak, je dobré zvolit opačnou strategii a dítě chválit, podporovat a ocenit za každou „suchou“ noc, za jakýkoli úspěch v této oblasti.

(PETERKOVÁ, 2014)

### **2.3 Prognóza**

Samovolně se problém vyřeší každým rokem zhruba u 15 % pomočujících se dětí i bez léčebných opatření. Většina nekomplikovaných forem pomočování se upravuje do dvanácti až třinácti let věku dítěte. Proto u předškolních dětí noční enuréza ještě nemusí znamenat vážný problém. S věkem a nástupem školní docházky vymizí.

Neorganická enuréza má tedy prognózu zpravidla příznivou. Děti se stávají kontinentními. Prognóza organické enurézy je naproti tomu nepříznivá. Cílem je především zabránit opakováním infekcí močových cest.

(TURBOVÁ, 2008)

### **2.4 Občanská sdružení pro problematiku pomočování**

Praktickým pomocníkem pro rodiče, kteří řeší problém s enurézou svých dětí, jsou občanská sdružení. Vytvořili je členové těchto sdružení, nejčastěji rodiče a přátelé dětí trpících nočním pomočováním. Rodiče zde najdou všechny základní informace o příčinách, diagnostice a léčbě enurézy, doporučená režimová opatření i kontakty na specialisty – dětské nefrology, urology, popřípadě psychology.

Stejnou pomoc nabízí i některé internetové stránky, např. [www.nocvsuchu.cz](http://www.nocvsuchu.cz). Na těchto stránkách je k dispozici i poradna odborníků, na jejímž fungování se podílí např. MUDr. Zdeněk Dítě, odborník na komplikované a rezistentní případy enurézy. Spolu s dalšími lékaři zde odpovídá na konkrétní dotazy rodičů.

Dalším důležitým odkazem těchto stránek jsou organizace, pořádající enuretické tábory. Odborníci tyto tábory rozhodně doporučují. Organizace Žlutý květ je tradiční občanské sdružení zabývající se výchovou dětí. Táborový program není zaměřen pouze na enuretický režim, ale rozvíjí dítě po stránce psychické i fyzické.

*„Mnohé děti jsou poprvé bez rodičů, a když zjistí, že mohou věci řešit sami, pomáhá jim to i ve škole. Získávají odvahu mluvit o svých problémech, pocitech, učí se lépe prosazovat. Rodiče často zjistí, že jejich děti mají capacity, o kterých ani netušili.“*

(Mária Takáčová, Centrum výchovné a psychologické prevence)

Bohatou aktivitu prokazuje také zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která již deset let organizuje letní enuretické tábory za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

V ČR se problematikou enurézy zabývá také sdružení SEN, založeno také v roce 1997. Sdružuje odborníky, zabývající se touto tematikou, organizace i instituce, iniciuje akce pro enuretiky. SEN doporučuje odtabuizovat problémy spojené s udržováním moči.

#### **2.4.10 Odborné společnosti zabývající se enurézou**

- Česká pediatrická společnost
- Pracovní skupina dětské nefrologie ČPS JEP
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
- Česká nefrologická společnost
- Česká urologická společnost

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

### **3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ENURETICKÝ REŽIM**

Rozhodnou-li se rodiče aktivně řešit noční pomočování, je prvním předpokladem odstranění dětských plenek na noc. Pleny na noc sice zachrání lůžko před prosáknutím moče, ale nepomohou dítěti k řešení problému. Základem léčby je dodržování správného pitného režimu, spolu s podáváním léku snižujícího noční tvorbu moče. Stejně důležité jako sledování průběhu léčby je monitorovat reakci dítěte na léčbu.

#### **3.1 Zásady ošetřovatelské péče o dítěte s neorganickou enurézou**

Od počátku terapie by se mělo dbát na vytváření správných návyků a odbourávání nežádoucích modelů chování, na kterých dítě ulpívá. Komplexní léčba vyžaduje holistický přístup k dítěti. To od sestry vyžaduje trpělivost, klid a optimistický výhled do budoucna. Dítě je třeba získat ke spolupráci. Psychoterapeutický přístup má zásadní význam v řešení enurézy. Je nezbytné přesně formulovat zásady enuretického režimu a prevence pomočování. Sestra chrání dítě, které se pomočilo, před zesměšněním, trestem či ponížením. Má pod kontrolou reakci okolí, především ostatních dětí.

Podle postižení dítěte se stanovuje individuální cíl. Nejdříve stačí snížit frekvence pomočení. Pochvalu dítě zaslouhuje nejen za „suchou“ noc, ale také za snahu jí dosáhnout. Sestra monitoruje správné rozložení příjmu tekutin během dne. Spolupracuje s pedagogy ve škole, kteří se na splnění tohoto cíle také podílejí. Dítěti je v dopoledne a odpoledne podáno tolik tekutin, že večer nemá již potřebu pít. V případě, že pití vyžaduje, podává se čistá voda, která dětem zpravidla moc nechutná.

Dalším úkolem sestry je dohled nad pravidelným vymočením dítěte, především před spaním. Postupně se odbourává buzení v noci, které je považováno pouze za řešení symptomu, nikoli příčin.

Nezbytnou součástí sesterské činnosti je edukace všech zúčastněných. Informace o nemoci, projevech, terapii a možné prevenci, podává přijatelnou formou. Edukovat je třeba rodiny enuretiků a samotné děti, ale také pracovníky výchovných a vzdělávacích institucí a širokou veřejnost.

Odlíšnost dětské psychiatrie tkví ve vývojovém období. Psychický stav dítěte je tvárnější, snadněji ovlivnitelný a nelze jej považovat za trvalý. Základní zkušenosti z období dětství hrají významnou roli v dalším životě i ve vzniku patopsychologie dospělých. Mnoho

patologického v dětském věku, především v pubertě, může být širší variantou normy a neprojeví se v dalším vývojovém stádiu, tím spíše, když se tento „nenormální“ jev řeší.

Ve vývoji dítěte určují odpověď na prostředí dvě základní složky:

Duševní (psychická, včetně meziosobních vztahů) a tělesná (somatická, včetně biologického zrání).

Tento vývojový pohled se musí odrážet i v diagnostickém procesu. Cílem diagnostických úvah je dát dohromady vznik a příčinu, vývoj nemoci, klinickou formu a projevy nemoci, terapeutický a rehabilitační plán a prognostické zhodnocení.

Diagnostické rozhodování je proto velice pečlivé a poněkud zdrženlivější než v jiných medicínských oborech, zásahy do života dítěte jsou poněkud závažnější, např. dlouhodobá hospitalizace.

(PEŠOVÁ, ŠAMALÍK, 2006)

### 3.2 Vývojové stadium

Forehand a Weirson (1993) upozornili na to, že při volbě způsobu uspořádání terapie musíme brát v úvahu vývojové faktory. Dítě zaujímá v různých stádiích svého vývoje různé role, takže konkrétní terapeutický plán by tomu měl odpovídat a podporovat dítě při zvládnání nových rolí. Vývoj dítěte tedy probíhá v určitých fázích, jejichž znalost je nutná pro všechny členy zdravotnického týmu. Tyto znalosti je třeba využít hlavně ke stanovení odchylek a eventuální patologie v dětském věku. Každá z těchto vývojových fází má své základní charakteristiky motorické, emoční, psychologické a socializační. Zrání probíhá u každého dítěte individuálně, je podmíněno geneticky, organicky, biologicky, tak prostředím, ve kterém žije.

Vývojové období dítěte rozdělujeme takto:

Novorozenecké a kojenecké, batolecí, předškolní, mladší a starší školní věk a adolescence.

Hlavní vývojovou úlohou u dítěte **v mladším školním věku** spočívá v úspěšném zvládnání školních povinností a v rozvoji vztahů s vrstevníky a dalšími osobami mimo rodinu, proto by se terapie měli aktivně zúčastňovat rodiče a měla by směřovat dosažení terapeutických i vzdělávacích cílů.

Mladší školní věk je obdobím realismu a děti mívají většinou snahu dospělým vyhovět a uspět i v situaci nemoci a léčby.

Naproti tomu hlavním úkolem dítěte staršího školního věku a na počátku adolescence, je získání vlastní identity a sebekontroly, takže v tomto období se nejčastěji volí forma individuální terapie.

(KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, 2009)

### **3.3 Pracovní tým v pedopsychiatrii**

Pracovní tým lůžkového oddělení pedopsychiatrie se skládá ze:

#### Sociální pracovnice

Ta pracuje s rodinou, dětskými domovy, kmenovou školou, soudy, popřípadě s policií a orgány péče o děti a mládež (OSPOD).

#### Psycholog

Zabývá se diagnostikou, sociálním i emočním zráním, vývojem chování, výukovými problémy. Řídí a provádí psychoterapie.

#### Pedopsychiatr

Po stanovení diagnózy určuje léčebný program, koordinuje práci všech a konzultuje s odborníky jiných oborů.

#### Psychiatrická (dětská) sestra

V lůžkové části součástí zdravotního týmu je sestra, která provádí základní zdravotní péči o nemocné stejně jako v jiných oborech a někdy provádí psychoterapii. S dítětem je v nejužším kontaktu ze všech pracovníků v týmu.

(BABIÁKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2005)

#### **3.3.1 Dětské oddělení v psychiatrické nemocnici Kroměříž**

Dětské psychiatrické oddělení bylo v budově bývalého lazaretu otevřené v roce 1952. Určené bylo především pro děti epileptické. Nynější oddělení má jednu stanici o 30 lůžkách, jedná se o koedukované oddělení. Přijímány jsou děti od 3 do 16 let. Pracoviště je zaměřené hlavně na zvládání problémů dětí. Vypracovány jsou léčebné i režimové programy pro děti s různými poruchami chování, a pro děti s diagnózou nočního pomočování. V průběhu prázdnin se zde konají enuretická soustředění a ozdravné pobyty.

Sestra v psychiatrické péči, konkrétně v pedopsychiatrickém centru v Kroměříži, se aktivně zapojuje do léčebného a rehabilitačního procesu dětí s enurézou. Účastní se

terapeutických komunit, kde každé dítě individuálně seznamuje ostatní se svou relaxační formulkou.

Relaxační formulka je pro dítě „zaříkadlo“, které si pro sebe opakuje v době skupinové relaxace. Měla by být krátká a výstižná, například Probudím se suchý/á, Probudím se včas, apod.

Dále dítě hodnotí její působení, stejně tak jako hodnotí úspěšnost celého enuretického procesu. Udává počet suchých nocí za pobyt v nemocnici a podle toho je komunitou buďto pochválen nebo povzbuzen k dalšímu snažení a využívá zpětné vazby zdravotnického personálu ke znovuzvážení všech okolností a objevení možné příčiny jeho neúspěchu. Děti mají možnost si zde ověřit, jak důležité je tzv. ždímání, nedodržování pitného režimu, nebo třeba psychická nepohoda po návštěvě jednoho z rodičů.

### **3. 4 Evidence mikce**

K upřesnění příčin pomočování je vedení evidence moče a přijatých tekutin. Pro sledování těchto údajů dítě za pomoci rodičů vyplňuje tzv. pitnou a mikční kartu, do které se zapisuje frekvence a objem přijatých tekutin, objemy a frekvence močení a epizody pomočení. Toto měření má probíhat doma za standardních podmínek. Pro lepší přehled je možno použít dětský deníček pomočování (kalendář mokrých a suchých nocí). Slouží pro lepší přehled rodině i léčebnému týmu. Deník musí vést dítě samo, popřípadě s dopomocí rodiče, pokud mají potřebné informace pomoci odhalit zátěž dítěte.

Jako normální den se označuje běžný den, kdy se neodehrálo nic zvláštního, a nebo odehrály pozitivní události. Jako den zátěžový označujeme špatný den, ve kterých má dítě negativní zážitky. Druhý den hodnotí, jaká byla noc poté – suchá či mokrá. Z deníku lze také zjistit, že negativní zážitky a stres mají u pomočujících se dětí za následek zvýšenou frekvenci pomočování.

(VELEMÍNSKÝ, 2009)

### **3.5 Mikční režim**

Nácvik močení lze usnadnit relaxačními cviky pánevního dna, metodou biofeedback, apod. Pro enuretiky je ideální močení v maximálně dvouhodinových intervalech, i bez pocitu nucení na močení. Močení v klidu, s pečlivým domočením. Klíčové je nejen nechat vymočít dítě večer těsně před spaním, ale aby dodrželo tzv. ždímání a noční vstávání po 2 hodinách

spánku. Zajistit snadný přístup k WC a nechat případně rozsvíceno. Rodiče mohou k duševní pohodě enuretika přispět také tím, že doplní lůžko gumovou podložkou a zlepší přístup na toaletu. Větší pocit jistoty a lepší orientaci ve tmě získá dítě díky nočnímu světýlku. Zapojit dítě do výměny mokrého ložního prádla a pyžama mu může pomoci vyrovnat se s problémem.

(www.nocvsuchu.cz)

### **3.6 Pitný a stravovací režim**

Správný pitný režim znamená pravidelný příjem tekutin po malých dávkách (cca 100 ml) v hodinových intervalech, a to rovnoměrně celý den. Tím se dá vyvarovat nárazovému pití většího množství tekutin. Dítě dokáže snáze rozpoznávat pocit plného měchýře. Zároveň přijme základní denní potřebu tekutin ještě před večerem. Není vhodné podávat dítěti k večeři polévky nebo hodně slaná jídla. Zabránit dítěti konzumaci kofeinových a šumivých nápojů před spánkem zabrání zvýšené produkci moče a dráždivosti močových cest.

Naopak je vhodné zabezpečit dítěti dostatek ovoce (zejména brusinkových a borůvkových extraktů), zeleniny, jogurtů, celozrnného pečiva. Předejde se tak zácpě, která se může spolupodílet na nočním pomočování.

Doporučuje se nedráždivá strava a probiotika.

(DÍTĚ, 2008)

### **3.7 Metody uplatňované v terapii enurézy**

Vhodné je do těchto metod dítě zacvičit během hospitalizace na specializovaném pracovišti, kde se dítě naučí pravidla zařadit do běžného života a funguje zde zpětnovazební kontrola úspěšnosti terapie.

#### Rehabilitace a relaxace

Posilování svěračů a svalů moč. měchýře a svalů pánevního dna se provádí pomocí speciální sestavy cviků. Důležitá je pravidelnost provádění, což klade vysoké nároky na dítě i na rodiče. (více v kapitole Terapie)



### Úprava bilance tekutin

Prvním krokem je trénink enuretického režimu a osvojení si zásad. Odstranění dětských plenek na noc, které nepomohou dítěti k řešení problému. Úprava režimu příjmu a výdeje tekutin spočívá v pravidelném pití tekutin během dne (v menších porcích, ale častěji). Nejvíce přijatých tekutin by mělo být dopoledne. Dále omezení příjmu tekutin ve večerních hodinách. Stejně důležité je včasné a pravidelné močení s pečlivým domočením, při čemž jsou dokonale relaxovány svaly močového měchýře.

(KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, 2009)

### „Ždímání“

Přibližně čtyři hodiny před tím, než jde dítě večer spát, se chodí po 30 minutách vymočít. Metoda zaručuje kompletní vyprázdnění močového měchýře a trénování dodržování intervalu.

### „Prodlužování“

Jde o metodu nácviku správného močení. Dítě se snaží na krátkou dobu před močením zadržet moč. Tímto způsobem posiluje vůli ovládaný počátek močení.

### „Stop-start“

Dítě se snaží v průběhu močení 4x za sebou močení přerušit. Úkol je obtížný, doporučuje se provádět hned na počátku mikce. Tím dochází k posilování svěračů močového měchýře a dítě si opět může uvědomit, že je možno vůli spustit a zase zastavit proud moče.

### Opatření vedoucí ke změně chování

Do těchto opatření zahrnujeme psychologické a psychiatrické metody, včetně edukačních a psychologických rozhovorů. Jednoduše u dítěte posilujeme volní jednání. Je třeba klást důraz na spolupráci dítěte, subjektivní a objektivní hodnocení průběhu terapie. Po společném hledání řešení přichází fáze realizace řešení, u níž je potřeba již zmíněná motivace a podpora dítěte.

### Signalizační zařízení

Tzv. enuretický alarm je senzor určený do lůžka či prádla dítěte. Dítěti se na noc obléknou speciální kalhotky, ve kterých je vysílač signálu. Ten se spojí s klipsou připevněnou na pyžamo. Toto zařízení začne zvonit v okamžiku prvních kapek moči. Pro úspěšnou léčbu je

však třeba, aby dítě po zaslechnutí signálu okamžitě vstalo a domočilo se na WC. Tato varianta léčby není tolik oblíbená, protože zvukový signál probudí celou rodinu.

#### Hvězdičkové grafy

Nevhodné je dítě motivovat dárky za suchou noc, jako jsou sladkosti nebo peníze. V grafu si dítě zaznamenává hvězdičky, a nebo zcela jiný motiv, který má pro něj velkou cenu, např. obrázek auta, fotbalový míč apod. Tato metoda se lépe uplatňuje u mladších dětí.

#### Budíčky

Budit dítě 2 hodiny po usnutí je efektivní asi v 80 % případů. Někdy může trvat i 3 měsíce, než se dítě na tento rytmus naučí reagovat. Pokračuje se, dokud suchý interval netrvá alespoň půl roku. V 10% dochází k relapsu.

(DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### **3.8 Domácí péče o enuretiku**

Před dimisí dítěte ze specializovaného zařízení je třeba ověřit si informovanost rodičů i dítěte. Zdravotnický personál by měl zhodnotit míru jejich vědomostí o enuréze a v případě potřeby je řádně edukovat.

Dítě přechází do ambulantní péče, kde nadále monitorují účinnost enuretického režimu a zdravotní stav dítěte.

Za předpokladu, že má rodina i dítě přehled o enuréze, je vhodné zajistit příjemnou rodinnou atmosféru. Dítě by mělo cítit, že ho mají v rodině rádi a podporují ho.

Těžší situace může dítě potkat ve školních či výchovných zařízeních, kde by muselo pobývat přes noc. Vychovatelé musejí ovládat pravidla etického přístupu k dítěti s enurézou. Učitel dítěte by měl být v kontaktu s rodiči a měl by mít informace o poruchách a zvláštěnostech dítěte, aby na ně uměl reagovat.

Jednou z nejdůležitějších součástí terapie a uzdravování je tedy i dostatečná informovanost o dané problematice. K tomu slouží tzv. edukace.

## **4 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Jednou z důležitých rolí sestry je sestra edukátorka. Tato role vyžaduje kompetence a potřebné vzdělání. Edukuje-li sestra, znamená to, že vytváří nebo doplňuje pacientovi návyky, postoje, dovednosti a vědomosti.

Slovo edukace vzniklo z latinského pojmu eddo, educare, a znamená vypěstovat, vychovávat. Edukace je proces, který má za cíl získání dovedností a vědomostí klienta, ale také dosažení pozitivních změn v jeho chování.

(FARKAŠOVÁ, 2006)

### **4.1 Účel edukace**

V posledních desetiletích se významu edukace ve zdravotnictví věnuje velká pozornost. Mezi právy pacientů má své častné místo i právo na edukaci a odpovídající úroveň informovanosti. Jednou z úloh sestry je preventivní péče o zdraví veřejnosti, kde výchovně vzdělávací aktivita představuje klíčovou činnost. Nabádá společnost k převzetí zodpovědnosti za své zdraví, ke zdravému životnímu stylu a spoluúčasti v léčbě. Tím zároveň narůstají kompetence sestry a spolu s nimi povinnost sestry, aby dovedla veřejnost patřičně edukovat. Preventivní edukaci lze dělit na primární a sekundární. Výchova a vzdělávání enuretiků se řadí již do prevence sekundární, kdy již nelze předejít enuréze, ale je možno léčit její příznaky, vyhledat příčinu a zabránit zhoršení.

Edukace zlepšuje spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým týmem, neboť pouze dobře informovaný pacient a jeho rodina se může naplno angažovat v terapii. Stoupá tak efektivita léčebného procesu.

(JUŘENÍKOVÁ, 2010)

### **4.2 Cíle edukace**

Cílem edukace je především získání nových vědomostí a dovedností. Tak dochází k určité změně v chování klienta, předpokládá se určitá změna vztahových postojů, emočních a volných struktur osobnosti. S nabyváním nových informací je také pravděpodobné

přehodnocení některých hodnot. Na konci procesu je dosaženým cílem očekávaná, předpokládaná změna v chování klienta.

Hlavním cílem edukace klienta je:

- zachovat zdraví
- snižovat komplikace onemocnění
- zlepšovat kvalitu života
- provádět informovaná rozhodnutí
- dodržovat léčebný režim
- vykonávat denní aktivity.

(HLINKOVÁ, NĚMCOVÁ, 2012)

Čím přesněji má sestra formulované cíle, tím snadnější je celý proces. Může efektivně plánovat a řídit učební postup. Konkrétně vymezené cíle usnadní objektivní kontrolu edukační činnosti.

Stanovení cílů edukačního procesu se odehrává v oblasti:

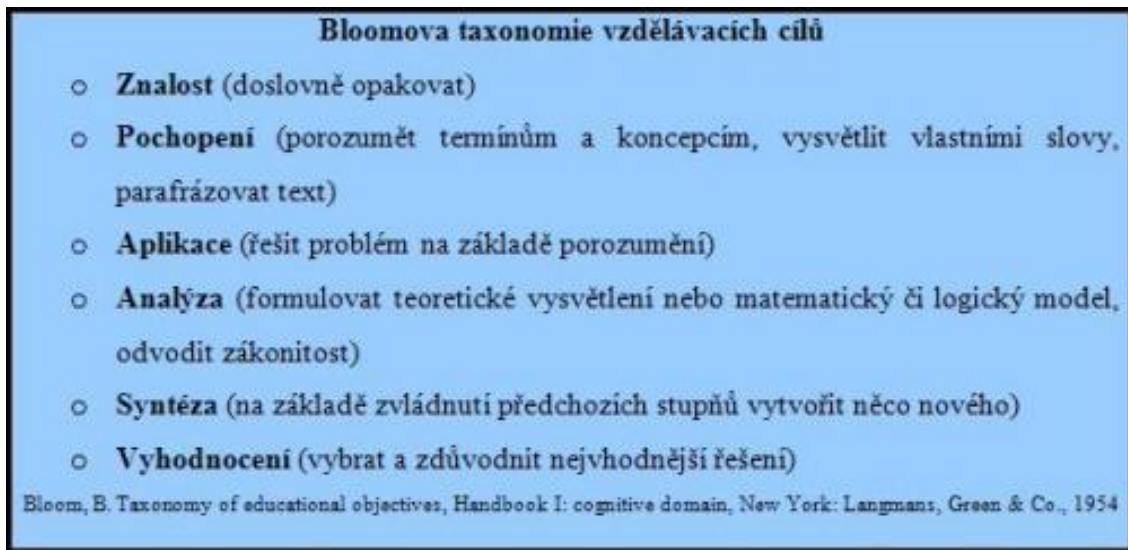
- a) kognitivní: osvojování si vědomostí
- b) psychomotorické: formování pohybových a pracovních schopností
- c) afektivní: získávání postojů a názorů

Klasifikaci vzdělávacích cílů v **kognitivní** oblasti zahrnul do své taxonomie americký psycholog Benjamin Bloom a v roce 1956 publikoval studii s původním názvem „*Taxonomy of Educational Objectives*“.

Vědomosti klient dle taxonomie získává v šesti krocích. Prvním krokem je zapamatování – klient bude po ukončení vzdělávání schopen zopakovat faktické údaje, postupy a pravidla. Porozumnění, druhý krok, předpokládá, že edukant dokáže poučku formulovat vlastními slovy. Za třetí aplikace, klient prokazuje znalost pracovního či pohybového procesu, navrhuje a plánuje postup při řešení potíží. V kroku zvaném analýza klient rozeznává známé a neznámé prvky a vztahy mezi nimi. Syntézou vytváří poznatkové struktury, kombinuje jednotlivé složky. Posledním krokem je hodnotící posouzení. Klient je po skončení vzdělávání schopen posoudit hodnotu svých vědomostí, efektivitu nových postupů a opatření a vyvodit odpovídající závěry. Jednoduše se klient dokáže správně rozhodnout a jednat.

(BYČKOVSKÝ, KOTÁSEK, 2004)

Obrázek 1- Bloomova taxonomie vzdělávacích cílů



Zdroj: Cíl vzdělání [online]. [cit. 2015-01-13] Dostupné z: <http://www.paidagogos.net/issues/2013/2/article.php>

Taxonomie **psychomotorických** cílů podle Davea vznikla v roce 1968 a má 5 úrovní. Imitace, kdy je klient schopen si na této úrovni osvojit psychomotorické dovednosti na základě pozorování a napodobení. Manipulace, kdy je klient schopen vykonat danou činnost na základě slovního návodu. Za třetí zpřesňování, klient vykonává danou činnost skoro samostatně, činnost je stále přesnější. Následuje koordinace - klient dokáže vykonat požadovanou činnost celkem samostatně a plynule a poslední je automatizace. Klient už má zautomatizované některé složky osvojované psychomotorické činnosti.

Nejnámější taxonomii pro výuku v **afektivní** oblasti vytvořil Krathwohl. Pracuje také s pěti kategoriemi, a to jsou vnímavost, reagování, oceňování, integrování a interiorizace. Vnímavost představuje klientovu citlivost na určité jevy nebo stimuly. Učení se zaměřuje požadovaným směrem podle toho, jak je ochoten je vnímat a přijímat. Poté klient aktivně reaguje na dané stimuly a jevy, podrobuje se určitým pravidlům a normám.

Tím přirozeně nastane oceňování hodnoty. U klienta dochází k interiorizaci (zvnitřnění) hodnoty daného prožitku či postoje. Postupně si tuto hodnotu osvojuje. Hodnota např. určitého postoje k terapii, začíná ovlivňovat chování klienta, vzniká klientův zájem o edukaci a pozitivní postoj.

Integrování hodnot vzniká jako reakce klienta na různé situace během terapie. Určuje pořadí svého hodnotového systému.

Změna či vznik postoje a názoru klienta končí interiorizací hodnot v charakteru osobnosti. Hierarchie hodnot klienta je přetvořena, jeho chování je už jasně vyhraněné.

(BYČKOVSKÝ, KOTÁSEK, 2004)

### **4. 3 Druhy edukace**

- a) základní - klient nebo skupina klientů jsou školeni o určité problematice
- b) komplexní - realizuje se v edukačních kurzech, seminářích a školeních.
- c) reedukační – navazuje na předešlou výuku, zahrnuje opakování probraných informací. Napravuje a doplňuje informace.

### **4. 4 Formy edukace**

Po formální stránce se edukace provádí dvěma základními způsoby, a to individuálně a skupinově.

U individuální edukace je možnost navození úzké spolupráce mezi klientem a sestrou, plán edukace přizpůsobit individuální aktuální situaci edukanta, jeho stavu a průběhu onemocnění.

Skupinová edukace vyžaduje od edukátora více řídit diskuzi, vyrovnávat individuální rozdíly ve schopnosti chápat a učit se u jednotlivých členů skupiny. Zároveň umožňuje diskuzi mezi členy a vzájemnou výměnu zkušeností.

Ať už je edukace prováděna individuálně, nebo skupinově, každý, kdo ji provádí, by si měl uvědomit, že prvním stupněm úspěchu je trpělivost. Zvláště u nově diagnostikovaných pacientů si musíme být vědomi toho, že to, co nám připadá už samozřejmé, není samozřejmé pro pacienta.

Druhým stupněm úspěchu je víra a důvěra ve zdravotnický tým, který léčbu a edukaci provádí.

## 4. 5 Metody edukace

Edukaci lze provádět formou mluveného či tištěného slova, nebo metodou primární zkušenosti a názorných pomůcek. Metodu mluveného slova dělíme na monologickou (přednáška, vysvětlování) a dialogovou (diskuze, rozhovor).

Metodu tištěného slova představují letáky, články, brožury, atd. ...

Metoda primární zkušenosti a názorných pomůcek mohou být v kombinaci mluveného slova a dopomáhají k celkové srozumitelnosti. Využívá se předmětů a jevů, např. film, obrázek.

## 4. 6 Edukační proces ve zdravotnictví

Edukační proces ve zdravotnictví představuje takové činnosti, kdy se klient edukant – ten, který se něčemu dozvídá, učí nové poznatky, a edukátor – ten, který mu toto učení sděluje, mu je zprostředkovává. K tomu edukátor musí mít jasno v tom, koho bude edukovat, proč a kdy bude člověka edukovat, co ho chce naučit, v jakém rozsahu, jak ho bude edukovat – metody a postupy, a s jakými očekávanými výsledky bude edukační činnost provádět.

Obecně se jedná o proces výchovy, vzdělávání a rozvoje osobnosti člověka. V edukačním procesu by se klient měl dozvědět nové informace, stejně důležitou částí procesu je, aby je pochopil a uměl využít v běžném životě. Měl by si osvojit znalosti jak v oblasti teoretické (rozhodování, plánování enuretického režimu), tak v oblasti praktické (realizace nácviku, rehabilitace). Nově získané návyky představují upevněné a zautomatizované složky vědomé činnosti.

(FARKAŠOVÁ, 2006)

Edukační proces má, stejně jako proces ošetřovatelský, pět fází:

### 1. Posouzení

Zahrnuje sběr dat a informací o nemocném, na jejichž základě je stanovena diagnóza. Sestra potřebuje dostatek validních údajů, z objektivního i subjektivního hlediska. Poté se posuzuje klientova potřeba získání nebo zlepšení vědomostí, dovedností, návyků. Do této fáze také spadá analýza schopností klienta učit se.

### 2. Stanovení edukačních diagnóz

Nastává identifikace a pojmenování problémů klienta. Sestra přesně specifikuje znalosti a dovednosti, které klient nemá, a které by mít měl.

### 3. Příprava edukačního plánu

Představuje vytyčení edukačních strategií. Sestra volí priority edukace, cíle, metody, určuje obsah, plánuje učivo s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy. U edukace dítěte nezapomíná na názornost. Stanovuje kognitivní a psychomotorické cíle edukace. Na plánování se podílí jedna nebo více sester, klient, členové rodiny, ostatní zdravotničtí pracovníci a nezdravotničtí pracovníci (sociolog, pedagog).

### 4. Realizace – přímá edukace

Uskutečnění naplánovaných vyučovacích strategií probíhá s ohledem na věkové a individuální zvláštnosti klienta. Obsahuje počáteční edukaci a posléze upevnění získaných znalostí, vědomostí a postojů.

### 5. Vyhodnocení

Průběžné hodnocení probíhá po celou dobu procesu, v rámci každé fáze edukace. Napomáhá odhalit slabiny výuky, popřípadě odhaluje další nezodpovězené otázky. Sestra využívá rozhovoru, pozorování a měření a snaží se získat údaje o tom, jak byla úspěšná ve své edukaci. Potřebuje zpětnou vazbu. Pouze hodnocení založené na datech má svůj význam.

Z důvodů, které jsou buďto na straně sestry nebo klienta, se u hodnocení celkového může stát, že cíl byl splněn pouze částečně. Pro sestru to znamená vrátit se v procesu edukace až k místu, kde mohlo dojít k chybě (např. v posouzení špatně pojatá informace, špatná spolupráce dítěte, nedosažitelný cíl, nedůrazný přístup k dítěti,...)

Pokud cíle nebylo dosaženo vůbec, sestra najde důvod a edukační proces předělá a provádí znovu.

Hodnocení může mít také celkový charakter souhrnný. Hodnotí se, jak fungovala určitá metoda edukačního procesu u daného klienta s danou diagnózou. Zahrnuje posouzení kvality a efektivity edukace, změnu stupně znalostí a dovedností klienta, klasifikuje přínos edukace z pohledu edukanta.



## 4.7 Role sestry v edukaci

*„Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jakož i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka.“*

(Farkašová D., Ošetřovatelství – teorie, str. 182, r.2006)

Edukační činnost sestry se v ČR dostala do popředí v devadeátých letech, po té, co vydala WHO prostřednictvím Jane Salvage dokument - Ošetřovatelství v akci. Tato publikace má být návodem pro to, co se má změnit ve vzdělávání, organizování, práci sester, řízení sester a pohledu společnosti na sestry. Mimo jiné se zaměřuje na práci sestry v primární péči a její zaměření na komunitu.

Programy pro vzdělávání mají sestřím dát vhodnou intelektuální přípravu k edukátorství. Pokud se sestře podaří klienta motivovat, získá ho pro spolupráci. Nezbytné aspekty pro edukační činnost: zájem edukovat, navázání kontaktu s klientem a získání jeho důvěry, dobrý verbální projev a adekvátní nonverbální komunikace, empatické schopnosti, snaha a ochota klientovi pomoci, kvalitní teoretické znalosti a praktické dovednosti.

## 4.8 Zásady edukace

Edukační proces u dítěte je specifický vzhledem k jeho vývojovému stupni. Předpokladem účinné edukace je dostatečná motivace nemocného. Motivace je hybnou silou lidského jednání.

Dítě vyžaduje silnější motivaci než suché konstatování, že tyto informace zlepšují kvalitu jeho života. Míru zodpovědnosti, kterou je ochoten dospělý člověk převzít za své zdraví, má dítě ještě mnohem užší. Proto je úkolem edukátora, aby dítě pochopilo svou roli v péči o své zdraví.

### 4.8.1 Zásady komunikace

Jazyk edukace by měl být jednoduchý a srozumitelný. Přizpůsobený vzdělání a intelektu nemocného. Od základního k podrobnému. Využití názorných situací. Individualizace, cíle stanovit dosažitelné, u nichž je vysoce pravděpodobné, že jich nemocný dosáhne. Opakování a kontrola.

Veškerá komunikace s klientem by měla probíhat na základě interakčního trojúhelníku, jinak se klient během edukace nebude cítit dobře. Každá lidská interakce se projevuje mezi lidmi v rolích predátora- role s nejvyšší mírou volnosti projevu, oběti - pozice s nejnižší mírou volnosti projevu, a zachránce - role s variabilní mírou volnosti projevu.

Nikdo, zvláště ne dítě, nechce setrvávat v pozici oběti déle než je nutné. Za správných podmínek jsou děti sdílné a komunikativní. Edukační proces má být dynamický. Proto dáváme klientovi prostor pro dotazy, připomínky a obecné vyjádření k tématu.

Nejčastější chybou edukace je právě nefungující komunikační model. Místo rozhovoru probíhá monolog lékaře či sestry. Další běžné chyby jsou přílišné používání odborné terminologie, nerespektování individuality klienta, mnoho teorie a málo modelových situací.

#### **4.8.2 Faktory ovlivňující edukaci**

Rozlišujeme vnější a vnitřní faktory, na kterých závisí kvalita učení se.

Vnější edukační prostředí tvoří okolí klienta, což představuje teplota, kvalita vzduchu, hluk, osvětlení, pořádek ve věcech. Dále mezi vnější vlivy spadá zdravotnické zařízení, kvalita a zájem zdravotnického týmu, rodina, ekonomické a kulturní vlivy, povaha onemocnění, povaha učebního materiálu.

Nejvýznamnější vnitřní faktory psychosociální jsou osobnost a disciplína klienta, věk, zdravotní stav, intelekt, znalosti, vztah učícího se k edukátorovi a jiné. Proměnlivými vlivy jsou charakter komunikace a učební atmosféra.

## **5 EDUKAČNÍ PROCES U DÍTĚTE ML. ŠKOLNÍHO VĚKU S DIAGNOZOU ENURESIS NOCTURNA NEORGANICKÉHO TYPU**

Edukační plán, vytvořený v rámci edukačního procesu, by měl být vytvořen tak, aby splňoval základní kritéria pro edukaci klienta: zajistit znalosti a dovednosti klienta, doporučit dodržování léčebného režimu, eliminovat komplikace onemocnění a tím zlepšit kvalitu života. Zároveň by měl pro celistvost a efektivitu plánu respektovat individualitu edukanta.

### **5.1 Fáze posouzení**

#### **KAZUISTIKA**

Dne 06. 10. 2014 byl dle plánu přijat 10letý pacient na dětské psychiatrické oddělení v PNKM. Chlapce doprovázela babička, která má chlapce v pěstounské péči. K plánované hospitalizaci přijel zcela nevybaven- bez hygienických potřeb i dostatku oblečení.

Babička vinu svádí na chlapce, že vše zapomněl na internátní škole. Personál oddělení vede pěstounku k tomu, že chlapec je ještě dítě, ona je za něj zodpovědná. Dále informována o tom, že pokud věci nedodá, bude situace nahlášena na OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) v místě bydliště. Tato organizace sama o hospitalizaci chlapce požádala.

Chlapec je u babičky pouze přes víkend, organizací OSPOD převeden na internátní školu pro sociálně znevýhodněné děti. Chlapci samotnému se na internátní škole líbí.

V poslední době si na něj pracovníci školy stěžují. Je příliš živý, zlobí, předvádí se a nedokáže se soustředit. Největším problémem je noční pomočování. Chlapec byl na nefrologickém vyšetření již před třemi lety, kdy se noční enuréza projevila. Vyšetření organickou patologií neprokázalo. V anamnéze ADHD. Enkoprézou netrpí. Nasazenou medikaci babička chlapci nepodávala, zdálo se jí, že je po lécích malátný, s lékařem to nekonzultovala.

Nyní se pomočuje denně. Babička mu začala dávat na noc pleny. Po vstupním pohovoru s pěstounkou i chlapcem, personál chlapce seznamuje s oddělením. Vyhodnocena Spielbergova škála úzkosti, Rosenbergova škála sebehodnocení a motivační dotazník Tři přání. Vyhodnocena celková anamnéza.

Následně byla stanovena pedopsychiatrem diagnóza enuresis nocturna neorganického typu. Během hospitalizace zavedena enuretická tabulka, záznam suchých a mokrých nocí formou obrázků sluníčka a mráčku, nasazena medikace, zavedeny záznamy o chování a zapojení do

kolektivu, kontrola hloubky spánku, omezení tekutin od 18 hodin a další základní pravidla enuretického režimu.

Chlapec o sobě nerad mluví, při sebezpozorování je nervózní a roztěkaný. Patrná citová i podnětová deprivace.

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Jméno:** G.Š.

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 10 let

**Bydliště:** Brno

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Etnikum:** slovanské (české)

**Vzdělání:** žák 4. ročníku ZŠ

#### ANAMNÉZA

*Nynější onemocnění:* noční pomočování, hyperaktivní syndrom.

*Osobní anamnéza:* běžné dětské nemoci, úrazy: 0.

*Alergická anamnéza:* neudává žádné alergie.

*Abúzy:* ne

*Farmakologická anamnéza:* Chlorprothixen 15 mg ½ - ½ - ½ , Anafranil 25 mg 0 – 0 - ½ .

#### ZÁKLADNÍ ÚDAJE

**Tělesný stav** - bez závažných patologií

**Mentální úroveň** - dobrá, orientována místem, osobou i časem

**Komunikace** - přiměřená

**Zrak, sluch** - bez omezení

**Řečový projev** - srozumitelný, chudý (malá slovní zásoba)

**Paměť** - nenarušena

**Motivace** - projevuje přiměřený zájem o nabytí vědomostí

**Pozornost** - roztěkanost

**Typové vlastnosti** - subjektivně nedokáže určit

**Vnímavost** - přiměřená

**Nálada** - dynamická

**Sebevědomí** - nižší úroveň

**Charakter** – subjektivně nedokáže určit

**Poruchy myšlení** - neprojevují se

**Chování** – porucha v důsledku hyperaktivity

**Styl učení** - vizuální, auditivní, systematické

**Postoj** – přiměřený věku

**Bariéry** – hyperaktivita a s ní spojené nesoustředění, nedostatečná vůle

## POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB DLE MARJORY GORDONOVÉ

**1. Podpora zdraví:** chlapec se léčí s výše uvedeným onemocněním. Nyní je odeslán k hospitalizaci pro dekompenzaci zdravotního stavu – denně se v noci pomočuje.

Chlapec se snaží pochopit, proč dochází k pomočování, jak mu lze zabránit a zároveň doufá, že se po kompenzaci své poruchy bude moci co nejdříve vrátit do internátní školy. Hospitalizace se počíná tzv. adaptační fází, chlapec se snaží zvládat co nejlépe zadané úkoly, jeho projev je nenápadný. Po prvním týdnu se projevují psychické výkyvy, kdy dokáže být velmi smutný a uzavřený, má konflikty s jinými dětmi. Podceňuje dodržování enuretického režimu. Situaci stěžuje fakt, že dítě nemá podporu v rodině. Babička chlapce navštěvuje zřídka. Pravidelně mu telefonují vychovatelé z internátní školy a to je pro chlapce povzbuzením.

Preventivní prohlídky u dětského lékaře chlapec podstupuje nepravidelně. Mimo čas strávený u pěstounky dodržuje základní prvky správné životosprávy. Po kontaktování pracovníků školy je navázána spolupráce na chlapcově enuretickém režimu. V případě jeho pěstounky bude nutná řádná edukace o jeho diagnóze.

**2. Výživa:** postava chlapce je optimální, váží 30 kg, měří 139 cm, BMI = 15,53. Pravidelně se stravuje pouze přes týden. Pěstounka udává, že o víkendech je celé dny venku, jídlo ho prý nezajímá. Jí skoro vše, nemá moc rád zeleninu, dietní režim nemá žádný. Preferuje sladká jídla, krupicovou kaši, knedlíky s povídky apod. Rád si dá i jinou sladkost mezi jídly.

Denně vypije cca 1,5 litru tekutin, nejčastěji slazené limonády, po ránu pije kakao, na internátu jim vaří čaj na celý den.

Od prvního dne hospitalizace má na oddělení chlapec běžnou 13. dietu – stravu větších dětí.

**3. Vylučování:** během dne potíže s močením nejsou, v noci pravidelně dochází k enuréze. Po zavedení medikace a enuretického režimu se pomočování postupně upravuje. Sledovaná a zaznamenávaná je bilance tekutin.

Vyprazdňování stolice je pravidelné, bez potíží.

**4. Aktivita, odpočinek:** chlapec hraje téměř každé odpoledne florbal i fotbal se sportovním vychovatelem na internátní škole. O víkendech se s partou spíše prochází po městě nebo hraje u kamaráda počítačové hry. Chtěl by počítač i domů.

Doma pomáhat nemusí, musí si jen uklízet pokoj a vynášet si odpadky. Denně spí cca 8 hodin. Přes víkend u babičky chodí spávat pozdě, to spí i do oběda. Někdy ho pomočení ani nevzbudí.

Během hospitalizace u chlapce zaveden pravidelný spánkový režim s večerkou ve 21 hodin a budíčkem v 7 hodin ráno. Po škole doprovází děti s dobrým hodnocením školní vychovatel, který má pro ně připraven sportovní či kulturní program. Konfliktní děti zůstávají ten den na oddělení a věnují se čtení knih či vypracování psacích úkolů, z pravidla za účelem sebehodnocení.

**5. Vnímání, poznávání:** chlapec je při vědomí, kontaktní, orientovaný. Potíže se zrakemani sluchem neudává. O svém zdravotním stavu je poučen ošetřujícím lékařem i psycholožkou.

Onemocnění ho trápí vzhledem k sociálnímu znevýhodnění. Nechce být jiný než ostatní.

Mezi jeho největší přání patří přestat se pomočovat. Chlapec má nedostatek vědomostí o svém onemocnění i enuretickém režimu.

**6. Sebepojetí:** chlapec se po předešlém vysvětlení typových vlastností hodnotí spíše jako optimista, ovšem jeho pohled na život je spíše negativní. Nedokáže přijímat kritiku, ihned se uzavírá do sebe. Je přílišně sebekritický za noční pomočování, co se týče mezilidských vztahů, jakoukoli sebekritiku odmítá. Staví se automaticky do role oběti, dělá mu potíže spolupracovat v týmu, řídí se spíše heslem „urvat si pro sebe“.

**7. Role, vztahy:** chlapec žije se svou babičkou v panelovém domě na sídlišti v Brně. Přes týden je ubytován na internátu školy pro sociálně znevýhodněné. Rodinné vztahy dysfunkční. Babička (matka matky) ho vychovává od 5 let, před tím byl umístěn v Dětském domově Hlinky. Matka drogově závislá, se synem žádný vztah nemá, kontakt neudrží. Otec dealer drog, nyní pátým rokem ve vězení.

V nemocnici chlapce navštěvuje babička, pouze za účelem výměny prádla.

#### **8. Sexualita:** ne

**9. Zvládání zátěže:** chlapec neudává žádné výrazné změny. V současné době ho zatěžuje pomočování. Problémy moc neřeší, když nějaké jsou, ze školy kontaktují babičku. „Chodí k nám taky paní P. ze sociálky, jestli mi nic nechybí.“

Chlapec žije v zátěžovém prostředí, není schopen určit její zvládání.

**10. Životní hodnoty:** chlapec má pouze plány do blízké budoucnosti, těší se domů, chtěl by na Vánoce počítač. Za důležité považuje zdraví.

(Otázkám s vážnější tematikou se snaží vyhýbat).

**11. Bezpečnost, ochrana:** chlapec se cítí bezpečně doma i ve škole. Internát vnímá téměř jako domácí prostředí. Během hospitalizace se rychle adaptuje na nové prostředí. U chlapce jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

**12. Komfort:** chlapcovo pohodlí je narušeno během spánku. Po nočním pomočení je nutná výměna ložního i osobního prádla. Ráno se cítí unavený.

**13. Jiné (růst a vývoj):** růst a vývoj chlapce je fyziologický.

#### **Profil rodiny**

Chlapec žije od pěti let s babičkou, která jej má v pěstounské péči. Vztahy v rodině jsou dysfunkční, rodina neví, kde se matka chlapce nachází, oba rodiče ho neviděli asi čtyři roky. Chlapcův dědeček (52 let, dělník) je ve výchově nedůrazný, silný kuřák, s ničím se neléčí. Babička (55 let, v invalidním důchodě) se léčí s hypertenzí a DM na dietě. Chlapec má nevlastní sestru z otcovy strany. Je jí asi 12 let, víc o ní pěstounka neví.

Chlapec chodí do 4. třídy ZŠ, po ročním odkladu.

### **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně - ekonomický stav**

Chlapec je v pravidelném kontaktu se svými kamarády z místa bydliště. Rodinné vztahy jsou dysfunkční. V nemocnici jej navštívila babička pouze dvakrát za dva měsíce. Pro personál oddělení je obtížné ji kontaktovat. Situace je řešena s OSPOD. V jednání je i odebrání chlapce z pěstounské péče babičky z důvodů nevyhovujícího sociálního zázemí a nezájmu o dítě.

### **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

Životní styl chlapce je vzhledem k jeho věku poměrně náročný svou nepravidelností. Během pobytu u babičky nedodržuje stravovací návyky – stravuje se nepravidelně nebo vůbec, jí převážně sladkosti. Příjem tekutin je přiměřený (1,5 litru denně).

Ani se spánkem nedodržuje přes víkend pravidelný režim, chodí spát po půlnoci, před usnutím sleduje televizi. Občas má děsivé sny.

Na internátu mu pomáhají s úkoly vychovatelé, musí mít vše splněno. Ve volném čase se věnuje sportu, pokud je k němu veden. Náboženství nevyznává.

Postoj k nemoci je dán z velké části přístupem personálu. Již po úvodním vysvětlení o povaze nemoci je chlapec otevřen dalším informacím. Podmínkou je přívětivý a trpělivý přístup ke chlapci.

### **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Rodina není schopna efektivní spolupráce a podpory, vyžaduje edukaci o chlapcově onemocnění a léčbě. Chlapcův vleklý problém s pomočováním z velké části způsobilo nevhodné řešení krizových situací a neefektivní rozhodování jeho pěstounky. Adekvátní spolupráci lze očekávat od pedagogicko-výchovného týmu z internátní školy.

### **Porozumění současné situace rodinou**

Babička je částečně informována o zdravotním stavu chlapce, neprojevuje však ochotu spolupracovat při jeho léčbě. Chlapec by uvítal větší zájem ze strany rodiny.

Na zjištění vědomostí chlapce byl použit následující vědomostní **vstupní test**, který obsahoval následující otázky:



Tabulka 1: Vstupní test

VSTUPNÍ TEST	Otázky Ano/Ne
Víš, proč v noci dochází k počůrávání?	Ne
Myslíš, že ty sám můžeš udělat něco proto, aby ses nepočůrával?	Ano
Slyšel si někdy slova Enuretický režim?	Ne
Znáš postup správného močení pro enuretiky?	Ne
Znáš způsoby, jak nacvičovat správné močení? (například metoda „ždímání“, „prodlužování“, a jiné)	Ne
Znáš nějaké relaxační nebo rehabilitační metody pro enuretiky?	Ne
Znáš pravidla pitného režimu pro enuretiky?	Ano
Víš, jakému jídlu a pitím by ses měl vyhýbat?	Ne
Víš, kde se s babičkou můžete poradit o nočním pomočování?	Ne
Slyšel si někdy o organizacích pro enuretiky?	Ne
Máš na sebe vztek, když se v noci počůráš?	Ano

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě vstupního testu se zjistilo, že chlapec má nedostatky ve vědomostech o své zdravotní poruše, její příčině a preventivních postupech v enuretickém režimu. Zároveň je třeba, aby chlapec věděl, kam se může obrátit o pomoc.

Vzhledem k deficitu vědomostí, jsme se rozhodli edukovat chlapce v rámci této problematiky.

## **Motivace pacienta**

Nepřiměřená s ohledem na stupeň vývoje a dosavadní možnosti léčby v rodinném prostředí. Chlapec jeví zájem učit se pravidla enuretického režimu, která mu pomohou snížit frekvenci pomočování a povedou k vyléčení. Chce se seznámit se příčinami onemocnění, s ochrannými organizacemi, a v neposlední řadě pochopit svou roli v terapii. K motivaci ho trpělivě vede zdravotnický personál a pedagogický sbor.

## **5.2 Fáze diagnostika**

### **Deficit vědomostí:**

- o onemocnění
- o příčinách onemocnění
- o režimovém opatření v stravování
- o změně životního režimu
- o organizacích podporujících enuretiky
- o režimovém opatření v oblasti výdeje tekutin – nácvik močení, speciální cviky pro posílení pánevního dna, o relaxačních metodách

### **Deficit v postojích:**

- nejistota z vyléčení
- sebeobviňování

### **Deficit dovedností:**

- v rehabilitačních metodách
- v relaxačních metodách

## **5.3 Fáze plánování**

**Dle priorit:** na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu byly stanoveny priority edukačního procesu:

- o onemocnění
- o preventivních opatřeních

- o dodržování enuretického režimu

**Dle struktury:** 3. edukační jednotky.

**Záměr edukace:**

- získat znalosti o onemocnění
- seznámit se s režimovými opatřeními
- dodržovat terapeutické postupy
- dodržovat životosprávu
- adaptace pacienta na nové návyky
- respektovat psychosociální statut pacienta

**Dle cílů:**

▪ **Kognitivní**

Chlapec získal vědomosti o svém onemocnění, o možných souvislostech s jeho vznikem, a předně o kompletním enuretickém režimu.

▪ **Afektivní**

Chlapec má zájem o nabytí nových znalostí, chápe důležitost změny životního stylu. K aktivní spolupráci je třeba ho pravidelně motivovat.

▪ **Behaviorální**

Chlapec splňuje terapeutický režim. Chce se podílet na doporučeném enuretickém režimu, upravil svůj pitný režim, stravovací návyky i spánkový režim. Ovládá metody nácviku močení vedoucí k posílení močových svěračů. Dokáže se zklidnit a sledovat své tělesné pochody během relaxačních technik.

**Dle místa realizace:** v nemocničním prostředí upraveném pro pobyt dětí, psychoterapeutická místnost, zabezpečen klid a soukromí.

**Dle výběru:** rozhovor, výklad, vysvětlování, názorná ukázka cviků, písemné a obrázkové pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze.

**Dle času:** edukační proces je rozdělen do tří dnů, každý den 20 minut edukace. Přizpůsoben věku pacienta a jeho snížené schopnosti soustředit se. První edukační jednotka byla realizována 3. den hospitalizace, týkala se samotného onemocnění a chlapcových pocitů týkajících se této problematiky.

Další edukační jednotka proběhla čtvrtý den hospitalizace, a navazovala na zopakování předešlé jednotky, chlapec shrnul předchozí edukaci několika zásadními větami o tom, co se dozvěděl. Nové informace se týkaly zásad enuretického režimu a vysvětlení o nutnosti jejich dodržování.

Sedmý den hospitalizace proběhla třetí edukační jednotka. Opět zahrnovala opakování již probraných informací. Chlapec dostal prostor pro dotazy, byl edukován o relaxačních metodách, speciálním cvičení svalů pánevního dna a o ochranných organizacích pro enuretiky.

**Edukační pomůcky:** počítač, odborná literatura, obrázky, edukační karty, papír, tužka.

**Dle formy:** individuální.

**Typ edukace:** prohlubující.

### **Struktura edukace**

1. edukační jednotka - noční enuréza
2. edukační jednotka - zásady enuretického režimu, změna životního stylu
3. edukační jednotka - relaxační a cvičební metody, ochranné organizace

### **Časový harmonogram edukace**

1. edukační jednotka - 09. 10. 2014 od 14:00 do 14:20 (20 minut).
2. edukační jednotka - 10. 10. 2014 od 14:30 do 14:50 (20 minut).
3. edukační jednotka - 13. 10. 2014 od 14:30 do 14:50 (20 minut).

## **5.4 Fáze realizace**

### **1. edukační jednotka**

**Téma edukace** - noční enuréza

**Místo edukace** - psychoterapeutická místnost na oddělení.

**Časový harmonogram** - 09. 10. 2014 od 14:00 do 14:20 (20 minut).

**Cíl:**

- **Kognitivní** – chlapec získal obecné vědomosti o vzniku enurézy, a specifické informace o svém typu této poruchy. Dozvídá se o prevalenci a prognóze onemocnění, je seznámen se svou rolí v průběhu terapie.
- **Afektivní** - chlapec projevuje ochotu spolupodílet se na terapii, projevuje vděčnost za věnovanou pozornost a nové informace.

**Forma** - individuální.

**Prostředí** - nemocniční, zabezpečen klid i soukromí.

**Edukační metody** - výklad, vysvětlení, rozhovor, diskuze.

**Edukační pomůcky** - písemné pomůcky, papír, odborná literatura s obrázky, edukační karta.

### **Realizace 1. edukační jednotky**

▪ **Motivační fáze:** (5 minut)

pozdravit a představit se navzájem, dodržovat zásady komunikace s dítětem, vyvarovat se odborným a složitým výrazům, dítě nezatěžovat přemírou faktů a nepotřebných informací, nehovořit přehnaně obecně, spíše konkrétně k případu dítěte, vytvořit vyhovující edukační prostředí a příhodnou atmosféru, povzbuzovat chlapce ke vzájemné spolupráci, udělit pochvalu za ochotu účastnit se edukace, vysvětlit význam sezení a nově nabytých vědomostí.

▪ **Expoziční fáze:** (10 minut)

**Noční pomočování** – odborně se mu říká noční enuréza. Proto se dětem, které pomočováním trpí, říká enuretici.

Nestává se to jen tobě. U dětí je to častý problém a je normální, že o tom nerady mluví. Není to jejich chyba ani vina. Není to důvod k tomu, cítit se neúspěšně nebo být proto smutný.

Je možné, že tvoje ledviny dělají v noci velké množství moče a tvůj měchýř není schopný ji unést. Nejspíš se to časem spraví. Pokud budeš vědět pár důležitých věcí o pomočování, a budeš dodržovat určitá pravidla, je větší šance, že se to spraví rychleji.

Možnost, že se v noci pomočíš, se zvyšuje, když se cítíš unavený, piješ na noc moc tekutin, anebo máš nějaké starosti. Proto je důležité, aby si chodil spát pravidelně, pil více přes den a večer už ne.



Také by nám pomohlo, kdyby si měl činnost svého močového měchýře více pod kontrolou. To se dá nacvičit speciálním cvičením. Není to složité, dá se u toho i odpočívat.

*Okrajové seznámení chlapce s několika relaxačními a cvičebními metodami a jejich účinku na zvýšení sebekontroly.*

Existují uvolňující cviky, během kterých se můžeš naučit více rozumět svému tělu. Jiné cvičení zase pomáhá zesílit svaly, které jsou důležité pro udržení moče.

Je dobré mluvit o tom s dětským lékařem, nebo s paní lékařkou na našem oddělení. Pomůžeme ti to zvládnout. Dávat si na noc pleny problém nijak neřeší. Prospěšnější je dodržování určitých pravidel, které tě mohou pomočování zbavit. Jedním z takových pravidel je buzení dvě hodiny po usnutí. Proto tě v noci budíme na toaletu.

*Seznámení s významem vyprázdnění močového měchýře na noc.*

Když budeš chodit pravidelně močit, ikdyž se ti nebude právě chtít, močový měchýř bude na noc úplně vyprázdněný a zmenšuje se tím možnost, že se v noci pomočíš.

Paní doktorka ti taky předepsala lék, který budeš brát každý večer. Uvidíš, že to zvládneme.

▪ **Fixační fáze:** (2 minut)

Shrnutí a zopakování zásadních informací o onemocnění, zdůraznit řešitelnost poruchy podmíněnou chlapcovou spoluprací.

▪ **Hodnotící fáze:** (3 minut)

Vyhodnocení chlapcovy pozornosti, zájmu o téma a informace, zpětné vazby, podání kontrolních otázek chlapci a zhodnocení správnosti jeho odpovědí. Chlapec má zároveň možnost hovořit o svých zkušenostech a pocitech týkajících se enurézy.

**Kontrolní otázky pro pacienta:**

Co je to noční enuréza?

Co může zvýšit možnost, že se v noci pomočíš?

Proč je důležité, aby si znal a dodržoval pravidla pro enuretiky?

**Zhodnocení edukační jednotky**

Stanovené cíle byly splněny. Chlapec byl dotázán několika kontrolními otázkami, dokázal vysvětlit, co je to enuréza i to, kdo je enuretik. Také si zapamatoval, čeho by se měl vyvarovat, pokud chce snížit možnost nočního pomočení.

Chlapec se nad očekávání soustředila na dané téma, naslouchal novým informacím. V rámci rozhovoru jsme si potvrdili, že obsah 1. edukační jednotky byl na úvod dostatečně obsáhlý a byl vhodně zvolen. Edukační jednotka proběhla v rozsahu 20 minut.

## 2. edukační jednotka

**Téma edukace** - zásady enuretického režimu, změna životního stylu.

**Místo edukace** - psychoterapeutická místnost na oddělení.

**Časový harmonogram** - 10. 10. 2014 od 14:30 do 14:50 (20 minut).

**Cíl:**

- **Kognitivní** - chlapec má vědomosti o enuretickém režimu, a nutnosti jeho dodržování.
  
- **Afektivní** - chlapec má zájem o podané informace, projevuje zájem osvojit si tyto dovednosti.
  
- **Behaviorální** - chlapec ovládá nácvik správného postupu při močení.

**Forma** - individuální

**Prostředí** - nemocniční, zabezpečen klid a soukromí.

**Edukační metody** - výklad, vysvětlení, zodpovězení na otázky pacienta, rozhovor.

**Edukační pomůcky** - písemné pomůcky, edukační karta, odborná literatura s obrázky.

### Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (3 minuty)

vytvořit vyhovující edukační prostředí a příhodnou atmosféru, povzbuzovat chlapce k udržení pozornosti, vysvětlit význam spoluúčasti a smysl získaných vědomostí.

- **Expoziční fáze:** (10 minut)

**Enuretický režim** jsou taková pravidla, která enuretikům pomáhají snižovat počet mokrých nocí. Ty už máš dvě suché noci, to je pro začátek skvělý úspěch.

Pobyt v nemocnici ti pomůže v tom, se tato pravidla naučit a zařadit je do svého denního programu. Na tobě záleží, abys dodržoval správný režim v pití. To znamená, že musíš nejvíc pít ráno, dopoledne a po obědě, abys už večer neměl žízeň. Nejlépe uděláš, když od 18 hodin už nebudeš nic pít. Další důležitá věc, aby byl močový měchýř prázdný, je jeho kompletní vyprázdnění.



*Seznámení s metodou “ždímání“, dvě hodiny před spaním se chodí vymočit každou půlhodinu.*

Přibližně dvě hodiny před tím, než jdeš večer spát, se půjdeš po 30 minutách vymočit. To zaručuje úplné vyprázdnění močového měchýře.

Během močení můžeš cvičit svěrače speciálními cviky. Ovládat močový měchýř se dá docela snadno naučit. Čím častěji se to zkouší, tím je to snadnější.

*Seznámení s metodou “prodlužování“, neboli oddalování vymočení a metodou “stop-start“, kdy během mikce močení přerušuje. Na obrázku je mu názorně vysvětleno, jakou roli sehrávají svěrače a okolní svalstvo močového měchýře.*

„Prodlužování“ je další metoda nácviku správného močení. Když jdeš na toaletu, zkus těsně před močením zadržet moč. Tím posiluješ vůlí ovládaný začátek močení.

Stop-start“ znamená snažit se v průběhu močení 4x za sebou močení přerušit. Zastavíš, a po pár vteřinách opět spustíš proud moče. Ze začátku to moc dlouho nevydržíš, ale když budeš trénovat, posílíš tím svěrače močového měchýře. Snažší je pokusit se provádět to hned na počátku močení.

Při močení tyto metody vyzkoušej a postupně se v nich budeš lepšit.

*Seznámení s nevhodnou stravou a tekutinami*

Existují nápoje, po kterých se tvoří více moče a jsou pro děti nevhodné velkým obsahem cukru a jiných nežádoucích látek. Mezi tyto nápoje patří sladké limonády, a hlavně kolové a energetické nápoje. Těm se raději vyhýbej. Také některé ovoce, které obsahuje velké množství vody, není už na večer vhodné jíst.

Celkově se zkus vyhýbat tomu, abys jedl moc sladkého či kořeněného jídla.

▪ **Fixační fáze:** (2 minuty)

zopakování zásadních informací o posilovacích metodách během mikce, o pitném režimu shrnutí předchozích poznatků, zjištění případných nejasností.

▪ **Hodnotící fáze:** (5 minut)

Vyhodnocení zpětné vazby při diskuzi, pokládání kontrolních otázek chlapci a zhodnocení jeho odpovědí.

***Kontrolní otázky pro pacienta:***

Jak vypadá správný pitný režim pro enuretiky?

Jakými speciálními metodami můžeš posilovat svěrače močového měchýře?

Proč je důležité, aby si znal a dodržoval pravidla pro enuretiky?

### **Zhodnocení edukační jednotky**

Stanovené cíle byly s obtížemi splněny. Chlapci byly položeny kontrolní otázky, jeho odpovědi byly správné a téměř přesné, měl jen drobné nejasnosti ohledně metody “ždímání”.

Během edukace byl roztržitý, nejevil aktivní zájem o informace, pomohla malá motivace v podobě sladkosti a dočasné odbočení k pro něj příjemnějšímu tématu.

Během diskuze se potvrdilo, že obsah 2. edukační jednotky bylo vhodné navázat na úvodní obecné vědomosti o enuréze. 2. edukační jednotka probíhala v rozsahu 20 minut.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace** – Relaxační a cvičební metody, ochranné organizace.

**Místo edukace** - psychoterapeutická místnost na oddělení.

**Časový harmonogram** - 13. 10. 2014 od 14:30 do 14:50 (20 minut).

**Cíl:**

- **Kognitivní** - opakování již probraných informací. Chlapec dostal prostor pro dotazy, byl edukován o relaxačních metodách, speciálním cvičení svalů pánevního dna a o ochranných organizacích pro enuretiky.

- **Afektivní** – chlapec aktivně projevuje zájem o získání nových dovedností, uvědomuje si jejich význam.

- **Behaviorální** – chlapec zvládá základy autogenního tréninku, ovládá cvičení svalů pánevního dna.

**Forma** - individuální

**Prostředí** - nemocniční, zajištěn klid a soukromí.

**Edukační metody** - výklad, názorné ukázky, rozhovor.

**Edukační pomůcky:** CD s nahrávkou autogenního tréninku, informační letáky, internet, odborná literatura s obrázky.

### **Realizace 3. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (3 minuty)

vytvořit vyhovující edukační prostředí a příhodnou atmosféru, povzbuzovat chlapce k udržení pozornosti, vysvětlit význam spoluúčasti a smysl získaných vědomostí, připravit chlapce na změny v životním stylu.

▪ **Expoziční fáze:** (10 minut)

zopakování zásadních informací o posilovacích metodách během mikce, o pitném režimu shrnutí předchozích poznatků, zjištění případných nejasností.

*Seznámení s relaxačními metodami, autogenním tréninkem, poslech nahrávky autogenního tréninku, krátký nácvik sebeuvolnění*

Stává se, že pomočování je častější, když máš nějaké starosti, nebo jsi smutný. S odbouráním stresu často pomůže na chvíli se zklidnit, odpočívat a soustředit se na své tělo, aniž by tě u toho cokoliv rušilo. Zkusíme to. Stačí si lehnout a soustředit se na svůj dech. Teď se zaměř na to, jak ti tluče srdce. Zkus si představit, že tvá pravá ruka těžkne, a je čím dál těžší.

(K nácviku relaxace a autogenního tréninku jsou děti odborně vedeny psychoterapeutem.)

*Seznámení s rehabilitačními metodami, nácvik několika cviků svalů pánevního dna dle brožury*

Zkusíme několik cviků posilujících svaly pánevního dna. To jsou ty svaly, o kterých jsme mluvili, a které fungují jako svěrače. Pravidelným procvičováním zesílí, a napomáhají udržet moč. Budeme svaly uvolňovat a napínat.

(prováděné cviky-viz příloha č. 2)

*Seznámení s občanským sdružením enuretiků v ČR, předání edukačního materiálu a seznamu ochranných organizací*

Občanská sdružení jsou organizace, které vytvořili rodiče enuretiků. Můžou si tak předávat svoje zkušenosti a rady týkající se enurézy. Jsou zde i kontakty na lékaře. Stejně fungují některé internetové stránky, např. [www.nocvsuchu.cz](http://www.nocvsuchu.cz). Na těchto stránkách je navíc možnost, poradit se s lékařem online, pokud se budeš chtít na něco ohledně enurézy zeptat.

Takových organizací je víc. Přihlásit se tam můžeš kdykoliv. Pořádají pro enuretiky i letní tábory.

*Edukace do domácího prostředí*

Při zhoršení stavu navštiv lékaře. Neboj se jít k němu, i když se budeš chtít jen na něco ohledně pomočování zeptat. Dodržuj enuretický režim, který si plnil v nemocnici. Změny v pitném nebo spánkovém režimu, mohou pomočování opět zhoršit. Platí to i o odpočinku. Odolávat stresu a zůstat klidný, se můžeš naučit relaxací. Neprospívá jen léčbě pomočování, ale celkovému zdraví.

▪ **Fixační fáze:** (3 minuty)

důkladné opakování podstatných informací souvisejících s dodržováním enuretického režimu, shrnutí opakovaných poznatků, ujasnění případných nesrovnalostí.

▪ **Hodnotící fáze:** (4 minuty)

sestra zhodnotí, zda si chlapec zapamatoval postupy v relaxaci a rehabilitaci, a zda pochopil důležitost dodržování zásad a důležitých změn v životním stylu, hodnocení zpětné vazby při diskuzi, pokládání kontrolních otázek a vyhodnocení odpovědí.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Jaké znáš relaxační a cvičební metody pro enuretiky?

Kam by ses obrátil, kdyby si potřeboval radu o enuréze?

Jaká enuretická pravidla budeš doma dodržovat?

### **Zhodnocení edukační jednotky**

Stanovené cíle byly splněny. Chlapec byl dotazován několika kontrolními otázkami. Jeho správné odpovědi prokázaly nabyté základní vědomosti. Svědčilo o nich i dodržování zásad enuretického režimu během hospitalizace. Chlapec musel být opakovaně upozorněn na důležitost jeho účasti v terapii, během edukace prošel fází trucování, kdy chtěl svou snahu vzdát. Díky kladným povahovým vlastnostem chlapce a trpělivému přístupu zdravotnického personálu, chlapec v učení se pokračoval. I přes potíže se soustředěním si pravidla režimu osvojil a vědomosti získal relativně v krátkém čase. Chlapci se podařilo získat nejen vědomosti, ale také více sebedůvěry.

Edukační jednotka probíhala, s ohledem na okolnosti, v rozsahu 60 minut, a byla rozdělena do tří fází.

## **5.5 Fáze vyhodnocení**

V rámci závěrečného vyhodnocení edukačního procesu chlapec vyplnil vědomostní test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Tabulka 2: Porovnání vstupního a výstupního testu

	Vstupní test Otázky Ano/Ne	Výstupní test Otázky Ano/Ne
Víš, proč v noci dochází k počůrávání?	Ne	Ano
Myslíš, že ty sám můžeš udělat něco proto, aby ses nepočůrával?	Ano	Ano
Slyšel si někdy slova Enuretický režim?	Ne	Ano
Znáš postup správného močení pro enuretiky?	Ne	Ano
Znáš způsoby, jak nacvičovat správné močení? (například metoda „ždímání“, „prodlužování“, a jiné)	Ne	Ano
Znáš nějaké relaxační nebo rehabilitační metody pro enuretiky?	Ne	Ano
Znáš pravidla pitného režimu pro enuretiky?	Ano	Ano
Víš, jakému jídlu a pitím by ses měl vyhýbat?	Ne	Ano
Víš, kde se s babičkou můžete poradit o nočním pomočování?	Ne	Ano
Slyšel si někdy o organizacích pro enuretiky?	Ne	Ano
Máš na sebe vztek, když se v noci počůráš?	Ano	Ne

Zdroj: Vlastní zpracování

## 5.6 Výsledek edukace

Chlapec získal podstatné vědomosti o noční enuréze, enuretickém režimu, pochopil svou roli v terapii enurézy a osvojil si praktické dovednosti, jež jsou součástí režimu. Také prokazuje znalost vhodného životního stylu enuretiků a chápe nutnost jeho dodržování.

Chlapec je spokojen se získanými vědomostmi a prakticky je denně využívá.

Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které byly pro chlapce přijatelné časově i obsahově, podány srozumitelnou formou. Během edukace až na výjimky spolupracoval, věnoval výkladu pozornost.

Edukační cíle, kognitivní, afektivní i behaviorální, se podařilo splnit. Edukační proces je po naplnění vytyčených cílů ukončen.

Na základě těchto splněných cílů a výsledků výstupního testu lze zhodnotit, že realizace edukačního procesu byla úspěšná. Edukace byla funkční, splnila svůj úkol a zajistila teoretické znalosti a praktické dovednosti chlapce.

## 5.7 Doporučení pro praxi

- Vytvoření písemného edukačního materiálu o enuréze do pediatrických ordinací
- Podpora vzdělávání ze strany zaměstnavatele pro zdravotníky, pro rozvoj a kvalitu edukace
- Znalost problematiky enurézy především u dětských sester
- Účast na seminářích, kde je možnost získat od zdravotníků z jiných zdravotnických zařízení cenné zkušenosti z praxe
- Vytvořit si pro dítě dostatek času na edukaci, pracovat na odbourávání psychické zátěže na pacienta, zapojit jej aktivně do terapie
- Zapojit do terapie babičku chlapce, zapojit ji rovněž do edukace
- Doporučit dítěti odbornou literaturu, internetové zdroje na dané téma, odkazy občanských sdružení
- Informovat dítě jasným, srozumitelným způsobem.
- Brát dítě s ohledem na jeho vývojový stupeň, mentální úroveň a individuální zvláštnosti. Přistupovat k němu holisticky, s ohledem na jeho biologické, psychologické a sociální potřeby

## ZÁVĚR

V současnosti občanská sdružení enuretiků usilují o to, odtabuizovat téma enurézy. Je zřejmé, že vzhledem ke společenským požadavkům a vysokým nárokům na dítě, jde o těžký úkol. Je přijímán názor, že dětská enuréza je běžná a nijak závažná porucha. Tento názor se výrazně mění, pokud dítě dosáhne školního věku a stále se pomočuje. Enuréza není závažným onemocněním, ale na psychickou a sociální stabilitu dítěte má závažné následky.

Úloha sestry spočívá v tom, pokusit se o zlepšení kvality života poskytovanou péčí. Úspěšná ošetrovatelská péče tedy stojí na znalostech sestry edukátorky a následně i znalostech pacienta, kterému je předala.

Je zapotřebí multioborové spolupráce, která jediná enuretikům poskytne kvalitní péči. Léčba enurézy v psychiatrickém zařízení, se zdá pro děti výhodnou. U malých enuretiků hospitalizovaných v odborných zařízeních, je prováděna značná edukace o jejich poruše a její léčbě. Zároveň si zde dítě uvědomuje, že není jediné, kdo má potíže s pomočováním. Pobyt je pro ně prospěšný z hlediska socializace a osobního vývoje.

Cílem bakalářské práce bylo realizovat edukační proces u dítěte s neorganickou noční enurézou. V rámci edukačního plánu byl vyplněn vstupní test obsahující otázky ohledně enurézy a informací s ní spojených. Po realizaci edukačního plánu byl vyplněn výstupní test se stejnými otázkami. Srovnání obou testů potvrdilo, že cíl byl splněn.

Informace získané edukací by mohly dítě vést k tomu, zodpovědně dodržovat naučená pravidla enuretického režimu a zlepšit dosavadní kvalitu života.

K bakalářské práci jsem vytvořila edukační kartu, která má sloužit dětem jako přehledný a srozumitelný soubor informací o enuréze.

## Seznam použité literatury

### Tištěné monografické publikace

1. PACLT, Ivo, 2007. et.al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 240 s. ISBN
2. MUNTAU, Ania, 2009. *Pediatric*. Praha: Grada Publishing a.s., 581 s., ISBN
3. PEŠOVÁ, Ilona a ŠAMALÍK, Miroslav, 2006, *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing a.s., 150 s. ISBN
4. BABIAKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva a VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2005. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 352 s. ISBN
5. HAŠTO, Jozef, 2006. *Autogénny tréning – nácvik koncentratívneho sebauvolnenia*. 2. doplněné vyd., Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 80-88952-40-9.
6. VELEMÍNSKÝ, Miloš sr. a VELEMÍNSKÝ, Miloš jr., 2009. *Nenuťte mě na nočník!* 1. vydání, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-318-9
7. KREJČÍŘOVÁ, Dana a ŘÍČAN, Pavel, 2009. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. Přepřacované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-247-1049-8.
8. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 63 s. ISBN 97880-726-2845-2
9. FARKAŠOVÁ, Dana, et al., 2006. *Ošetrovatelstvo – teória*. 1. vydání, Martin: Osveta, ISBN 80-8063-182-4.
10. HLINKOVÁ, Edita a NĚMCOVÁ, Jana, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 260.s. ISBN 978-808063-321-9



11. DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha, 1. Vydání , Grada Publishing a.s., 632.s. ISBN 978-80-247-1620-6.
12. PALAZZOLO, Jérôme, 2007. *Nespavost - zbavte se jí navždy*. Praha: 1. Vydání , Grada Publishing a.s., 123 s. ISBN - 978-80-247-2286-3.
13. O' CALLAGHEN, Christopher, STEPHENSOM, Terence, 2005. *Pediatric do kapsy*. Praha: 2.vydání, Grada Publishing, a.s., 434 s. ISBN: 80-247-0933-3.
14. MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMEIER, Josef, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: 1.vydání, Karolinum, 400 s. ISBN 9788024619835.
15. BYČKOVSKÝ, Petr, KOTÁSEK, Josef, 2004. *Nástin revize Bloomovy taxonomie*. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2004.
16. TURBOVÁ, Jarmila, 2009. *Pomočování dětí pohledem psychologa*. Vox pediatryae : časopis praktických dětských lékařů. roč. 9, č. 1, s. 40-41. ISSN: 1213-2241.
17. DÍTĚ, Zdeněk,2008. *Noční pomočování u dětí*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 4, č. 10, s. 6. ISSN: 1801-1349.
18. PETERKOVÁ, Michaela, 2014. *Kurz duševní rovnováhy*. Praha: 1.vydání, Portál, s.r.o.,120 s. ISBN 978-80-262-0585-2.
19. VOLF, Vladimír, VOLFOVÁ, Hana, 2007. *Pediatric 2*. Praha: 2. vydání, Informatorium, 144 s. ISBN 978-80-7333-023-1.
20. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: 2. vydání, Portál, s.r.o., 776 s. ISBN978-80-7367-569-1.

## **Internetové zdroje**

21. Noc v suchu – pitná a mikční karta [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: <http://www.nocvsuchu.cz/materialy-ke-stazeni/>

22. Psychoweb [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: psychoweb.cz
23. Ošetrovatelství - edukace [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
24. Celostní medicína [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/nocni-pomocovani-u-deti.htm>
25. PETERKOVÁ, Michaela, Motivace úspěchem nebo strachem [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: <http://www.psyx.cz/jak-si-zakomplexovat-dite/>
26. Noční pomočování [online]. © 2014 [cit. 2014-12-6] Dostupné z: <http://www.baby-hrabos.cz/clanky/nocni-pomocovani-deti-nejcastejsi-dotazy-rodicu-352.html>
27. Taxonomie vzdělávacích cílů [online]. © 2014 [cit. 2015-02-20] Dostupné z: <http://www.paidagogos.net/issues/2013/2/article.php>
28. Primární noční enuréza [online]. © 2014 [cit. 2014-12-06] Dostupné z: <http://www.minirin.cz/primarni-nocni-enureza/>
29. Enuréza očima dětí [online]. © 2014 [cit. 2014-12-06] Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek2485.htm>
30. Musculus pubococcygeus [online]. © 2014 [cit. 2014-12-06] Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/musculus-pubococcygeus>
31. ŠIMŮNKOVÁ, Marta, Urgence a urgentní inkontinence [online]. © 2014 [cit. 2014-12-06] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urgence-a-urgentni-inkontinence-301157>
32. Proč jet na tábor [online]. © 2014 [cit. 2014-12-06] Dostupné z: [http://www.zlutykvet.cz/tabory/proc\\_na\\_tabor.html](http://www.zlutykvet.cz/tabory/proc_na_tabor.html)

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Rešerše

Příloha B – Pitná a mikční karta

Příloha C – Rehabilitace enuretiků

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

## Příloha A

### REŠERŠE



Národní lékařská knihovna  
Sokolská 54  
121 30 Praha 2

Tel: 296 335 918 E-mail: hercova@nlk.cz

Formulář - **Objednávka rešerše** : 2014-10-15 13:20:28

Číslo objednávky - res00507/14

Podrobné tematické vymezení - **Edukace dětí s diagnózou enuresis nocturna**

Klíčová slova a jejich kombinace:

**noční pomočování u dětí**

**enuresis nocturna**

**edukace**

Časové vymezení (retrospektiva): Od roku: 2004, Do roku: současnost

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

1. Noční enuréza u dětí
2. Noční pomočování – problém každé ambulance pediatra
3. Sociální situace u dětí trpících enurézou
4. Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nocím
5. Rehabilitační pobyty a letní tábory pro enuretiky
6. Noční pomočování u dětí – informace a pokyny pro rodiče
7. Terapie primární monosymptomatické enurézy
8. Urologie dětí
9. Poruchy močení u dětí
10. Edukační činnost sestry
11. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi

## Příloha B

### PITNÁ A MIKČNÍ KARTA

- Pitnou a mikční kartu vyplňujte 2 dny, které trávíte celé s dítětem (nejlépe víkend). Dny nemusí následovat po sobě.
- Dítě nechte pít a jíst tak, jak je zvyklé.
- Do tabulky na druhé straně zaznamenejte čas, kdy dítě pije. Zapisujte s přesností na desítky ml množství a druh tekutin (včetně polévek), které dítě za den vypije. Např. 1 sklenice = 0,2 litru = 2 dcl = 200 ml.
- Ve stejný den měřte a zapište množství moči při každém močení. Zapisujte čas, kdy dítě močí. Zapomene-li dítě močit do odměrky, zaznamenejte močení spolu s časem čárkou do tabulky.
- K měření jsou vhodné přiložené kelímky nebo kuchyňské odměrky, které lze zakoupit v domácích potřebách.
- Sledujte a zapisujte i úniky moči přes den (mokrý spodní prádlo).
- Celkový příjem všech tekutin i celkové množství moči za celý den sečtěte.
- Záznam přineste s sebou k lékaři.

1.den záznamů, datum: .....

PŘÍJEM TEKUTIN	
ČAS	MNOŽSTVÍ TEKUTIN (v mililitrech)
celkem	

MOČENÍ	
ČAS	MNOŽSTVÍ MOČI (v mililitrech)
celkem	

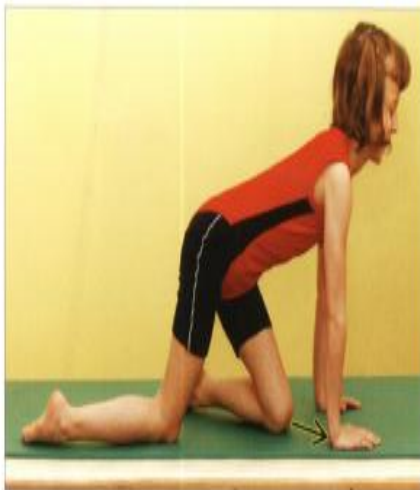
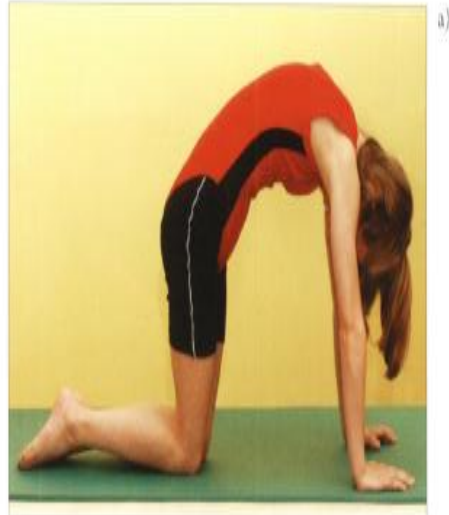
DENNÍ ÚNIKY MOČI (v ml) - mokré spodní prádlo

## Příloha C

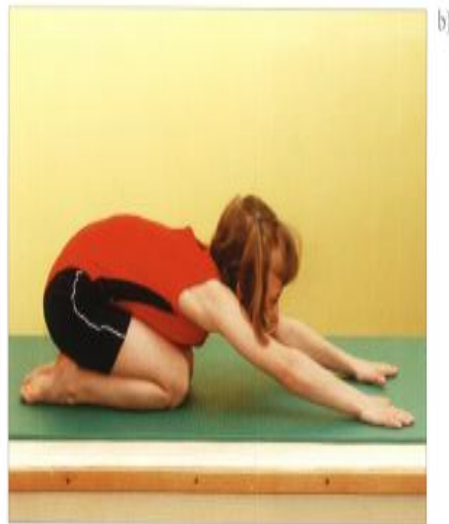
### REHABILITACE ENURETIKŮ



Obr. 31 Základní poloha jako je u předchozího cviku. Střídavě předpažujeme pravou horní končetinu a zanožujeme levou dolní končetinu – a naopak s nádechem. Při návratu do základní polohy vydechujeme.



Obr. 32 Základní poloha: klek, hlava vzpřímená. Levé koleno suneme k pravé ruce, vtahujeme svěrače a nadechujeme. Nazpět uvolňujeme a vydechujeme.



Obr. 33a, b Základní poloha: klek, děláme kočičí hřbety. Při prohýbání se nadechujeme (a), při ohýbání zad vydechujeme (b).



a)

b)



c)



Obr. 36a, b, c Sedneme si na okraj podložky, kolena přitáhneme k hrudníku a kolébáme se. Při pohybu vzad se nadechujeme, stahujeme sedací svaly a vtahujeme svěrače. Při pohybu vpřed se uvolňujeme a vydechujeme.

**Zdroj:**  
**Velemínský, 2010, 72 s., 78 s.**