

Rehabilitační pobyty na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou

Mgr. Alena Sitárová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice

Vzhledem k tomu, že problematikou enurézy a enkoprézy se většinou jako první v řadě odborníků zabývají urologové, lze předpokládat, že pro ně bude přínosem informování o práci na dané téma. Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou a jeho přínos pro děti s enurézou a enkoprézou pozitivně hodnotí samy děti, jejich rodiče i odborníci participující na táboře (pediatri, psychologové a rehabilitační pracovníci). Některé děti se letních táborů účastní opakovaně a je u nich možné sledovat posun i v problematických oblastech souvisejících s danou diagnózou. Na základě tohoto zjištění se autorka věnovala v rámci disertační práce objasnění vlivu a analýze zmíněného pobytu v souvislosti s problémy spojenými s enurézou a enkoprézou.

Klíčová slova: enuréza, enkopréza, letní tábor.

Summer camp rehabilitation stays for children suffering from enuresis and encopresis

Since enuresis and encopresis are first and foremost dealt with by urologist, it may be assumed that they will welcome a thesis on this topic. Summer camps for children suffering from enuresis and encopresis and their benefits for enuretic and encopretic children are positively assessed by the children themselves, their parents and the specialists participating in the camps (paediatricians, psychologists and physiotherapists). Some children have been to summer camps repeatedly and their progress even in the most problematic areas connected with the diagnosis is noticeable. Based on this observation, the author devoted herself in her thesis to clarification of the influence and analysis of the aforementioned stays in relation to problems connected with enuresis and encopresis.

Key words: enuresis, encopresis, summer camps.

Urol. praxi, 2013; 14(2): 82–84

Úvod

Enuréza

Enuresis nocturna je definována jako mimovolní únik celé náplně močového měchýře ve spánku u dítěte staršího pěti let (1). Termín enuresis diurna je používán pro stavy zanedbané mikce u hyperaktivních dětí s poruchou pozornosti nebo u dětí sociálně zanedbávaných (2). Monosymptomatická noční enuréza je podle současného názoru multifaktoriální porucha. Jedná se o biologický, vývojově podmíněný stav, kdy kromě nočního pomočování nemají děti jiný medicínský problém (3). Vždy je třeba odebrat anamnestické údaje se zaměřením na rodinnou, osobní a sociální anamnézu. Dále je nutné pátrat po rezervách v pitném a mikčním režimu (4). K léčbě patří i léčebná tělesná výchova (5). K řešení enurézy patří buzení budícími přístroji, ale také farmaka (4).

Enkopréza

Jako enkoprézu označujeme neschopnost udržet stolici (6). Za enkoprézu považujeme pokálení se po čtvrtém roce dítěte nejméně jedenkrát za měsíc po dobu tří měsíců. Rozlišujeme čtyři typy dětí trpících enkoprézou. Jedná se o děti, které ztrácejí schopnost ovládat své vyprazdňování ve stresové situaci. Dále to jsou děti, které jsou mentálně nebo tělesně postiže-

né. Další skupinu tvoří děti, které při stresu nebo strachu trpí průjmem. A posledním je typ dětí, které mají fobii z toalety (7). K enkopréze dochází převážně přes den a je často spojena s enurézou (8). Dítě s enkoprézou musí být vždy vyšetřeno s důrazem na odebrání anamnézy a většinou se uplatňuje psychoterapie (9). Důležitou součástí terapie je tzv. defekační režim a je možné zahájit léčbu farmaky (8).

Sociální význam poruch regulace vyměšování

Schopnost ovládat vyměšování a regulovat jej je důležitým předpokladem přijatelného sociálního hodnocení (10). Únik moči ve věku, kdy je většina vrstevníků plně kontinentních, je výrazný sociální problém, který omezuje aktivity dítěte a jeho psychosociální vývoj (11). V jedné dotazníkové akci bylo pomočení před vrstevníky zařazeno na 3. místo ve stresogenní škále po úmrtí rodiče a oslepnutí (4). Dle závěrů šetření Střediska empirických výzkumů zaměřeného na zkušenosti s noční enurézou v dětském věku v rámci reprezentativního šetření v populaci České republiky (dále jen ČR) není velká část veřejnosti dostatečně informována o příčinách noční enurézy u dětí. V očích laické veřejnosti je věková hranice pro toleranci nočního pomočování posunuta do nižšího věku (12).

Rehabilitační pobyt pro děti s enurézou a enkoprézou

Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou (dále jen LT) pořádala Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity (dále jen ZSJF JU) od roku 2002 prostřednictvím projektu z programu Vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením Ministerstva zdravotnictví ČR (13). Cílem tohoto rehabilitačního pobytu bylo umožnit dětem s enurézou a enkoprézou 14 dní na letním táboře. Pobyt byl využíván k zavedení pravidelného denního a pitného režimu u těchto dětí, k upevnění si základních hygienických návyků a zároveň se děti učily samostatně rehabilitovat (14). Na základě požadavků osob potýkajících se s enurézou a enkoprézou byla vytvořena informační brožura (Enuréza a enkopréza: co s tím, když se vaše dítě počůrává nebo pokakává) a také webová stránka, která se váže nejen k táboru pro tyto děti (dostupné z <http://www.mokrytabor.cz/>).

Metodický postup letního tábora pro děti trpící enurézou a enkoprézou

Metodický postup byl v roce 2006–2008 stejný. LT se konal vždy v 2. polovině července a mohly se jej účastnit děti trpící enurézou a enkoprézou ve věku 6–15 let z celé ČR. Některé děti jely na LT opakovaně na základě doporučení pediatra, psychologa či urologa, jež měl dítě

v péči. Informace se k těmto odborníkům dostávaly od rodičů, z médií i od organizátorů LT.

Kromě základní diagnózy byly u dětí uváděny i další potíže, např. potíže se soustředěním, opoždění ve vývoji, vady řeči, migrény, astma, alergie apod. (13). Na základě zmíněných přidružených problémů k enuréze a enkopréze byly některé děti medikovány (psychofarmaka, antihistaminika, léčiva s hormonální aktivitou a jiné). Vzhledem k tomu, že u dětí s enurézou a enkoprézou na LT nebyla často nalezena somatická příčina zmíněného problému, byly většinou bez medikace.

Spolupracující psycholožka vytipovala pro děti s diagnózou enuréza a enkopréza typické společné znaky, jež byly spojeny s problémy v kontaktu s dětmi i s dospělými, s dodržováním hranic, režimu, pravidel, s prožíváním enurézy/enkoprézy i fyzickou a psychickou odolností. Na základě těchto znaků bylo s dětmi pracováno zejména formou hry na zmírnění negativních dopadů dané charakteristiky. Program LT byl vždy připravován v průběhu roku a přípravy se účastnili garanti projektu, oddíloví vedoucí, zdravotníci a rehabilitační pracovníci. Byla připravena náplň LT (plán denního režimu dětí, volnočasové aktivity, rehabilitační cvičení, etapová hra apod.). Před táborem byl rozdan rodičům Dotazník pro rodiče, jehož cílem bylo zjistit, jak dlouho se dítě pomůže a jak často, zda má od lékaře předepsanou medikaci či jiná opatření atd. Dotazník pro rodiče dítěte mapoval rodinnou situaci dítěte z hlediska jeho onemocnění. Zpětnou vazbu na letní tábor vyplňovali rodiče dítěte po příjezdu dítěte domů jako reflexi dětí na prožití tábora i jako podklad pro zkvalitnění tohoto pobytu do dalších let (13).

Kapacita LT byla 30 dětí a zastoupení chlapců a dívek odpovídalo výskytu onemocnění v populaci. Na každém LT byla tedy převaha chlapců (poměr 2:1). Organizaci tábora zajišťovali pracovníci a studenti ZSF JU. Na LT byl zaveden režim pro výchovu enuretických dětí a program byl upravený podle potřeb dětí s enurézou a enkoprézou. Pro děti byla významná pravidelnost v aktivitách v rámci harmonogramu dne, tzn., že vždy v pravidelnou dobu vstávaly, měly polední klid a chodily spát. Do programu byly zařazeny fyzické i psychické aktivity střídající se s dobou odpočinku, což bylo mj. zajišťováno rehabilitačním cvičením, jehož základem je relaxace. Velmi důležité bylo také dodržování pitného režimu, což u těchto dětí spočívalo zejména v rozložení podávání tekutin do celého dne s mírným omezením k večeru (13).

Režimová opatření jsou pro děti s enurézou a enkoprézou zásadní a jejich dodržování vyžaduje důslednost. Zároveň je důležité, aby šli dospěli

dětem příkladem. Pitný režim byl na LT zajišťován pravidelným přísunem tekutin každou hodinu od snídaně do večerního programu, tedy od 8. hodiny do 20. hodiny. Každý účastník LT denně průměrně vypil kolem 2 litrů tekutin, zejména jemně slazeného čaje a vody se šťávou. Tekutiny byly dětem podávány v podstatě bez omezení, neboť děti měly celý den program a spát chodily ve 22 hodin (13). Večerní program od 19.30 zahrnoval fyzicky nenáročnou aktivitu, po které neměly děti žížeň. Vzhledem k tomu, že děti pily dostatečně celý den, neměly potřebu pít více večer. K pitnému režimu patří také mikční a defekační režim, který spočívá v tom, že děti chodí pravidelně během celého dne na toaletu. Zároveň byly děti vedeny k tomu, aby neoddalovaly vykonání potřeby. Vždy po zhruba 60 minutách byla krátká přestávka v programu na pití a návštěvu toalety. V rámci režimu byl kladen důraz také na pravidelnou vyváženou stravu pro děti (5 × denně).

Součástí programu na LT byla rehabilitace – 4 × denně, jejímž výstupem bylo osvojení si celé sestavy rehabilitačních cviků, ve které děti měly pokračovat v domácím prostředí. Jednalo se o relaxační cvičení s cviky na posílení pánevního dna a břišních svalů (dále jen cvičení). Sestava sedmi cviků trvá přibližně 20 minut, děti ji učil oddílový vedoucí a zdravotník. Během každého cvičení děti relaxovaly za doprovodu relaxační hudby, ale také posilovaly břišní svaly a svaly pánevního dna. Každý den se naučily jeden cvik, který opakovaly po čtyři cvičení v rámci jednoho dne, aby si jej osvojily (13).

Vzhledem k tomu, že velká část dětí s enurézou a enkoprézou nemá dostatečně zafixované základní hygienické návyky, jejich osvojení a upevnění byla věnována zvýšená pozornost. Jedná se zejména o mytí si rukou před jídlem, po toaletě, sprchování a převlečení do čistého prádla nejen po pomočení či pokálení. K tomuto se váže také spolupráce dětí na převlečení ložního prádla po „nehodě“ v závislosti na schopnostech, možnostech a věku dětí (13).

Součástí tábora byla každý rok etapová hra na dané téma s ohledem na charakteristické znaky dětí s enurézou a enkoprézou. Jedním z cílů pobytu na táboře bylo také podpoření zlepšení psychosociální situace dětí, proto s dětmi pracovali oddíloví vedoucí ve skupině i individuálně za spolupráce psycholožek (13). S jedním oddílem (10 dětí) pracovali 3 oddíloví vedoucí (1 byl zdravotník). S dětmi všichni vedoucí na LT také otevřeně hovořili o poruchách vyprazdňování a snažili se odtabuizovat problémy s vyprazdňováním. Zároveň se snažili děti motivovat ke spolupráci na zmírnění jejich problémů.

Psychologická vyšetření na LT byla realizována každoročně a jejich cílem bylo sledování a posouzení zlepšování stavu dětí, které se LT zúčastňují opakovaně. Výstupy vyšetření byly přínosem pro vedoucí LT – především pro úpravu táborového režimu pro jednotlivé děti. Potřeby jednotlivých dětí tak mohly být v rámci tábora lépe naplněny a vedoucí měli možnost zaměřit se cíleněji na některé problematické oblasti u jednotlivých dětí a usilovat o jejich proměnu.

Vlastní případ

Kvalitativní výzkum byl zahájen v roce 2006 a respondenty byli děti s enurézou a enkoprézou, jejich rodiče a odborníci (pediatr, nefrolog, psycholog), jež měli děti v péči. Děti byly na LT pozorovány oddílovými vedoucími a testovány psycholožkami.

Výsledky výzkumu (2006–2008) byly zpracovány do případových studií (z důvodu rozsahu článku je uveden pouze souhrn případových studií).

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazování, pozorování, analýza dokumentů a metody v rámci psychologického vyšetření. Kritériem výběru dětí pro výzkum byl souhlas rodičů těchto dětí trpících enurézou nebo enkoprézou účastnících se LT. Z oslovených šedesáti rodičů dětí přihlášených na LT v roce 2006 souhlasilo s výzkumem 10 rodičů. Všechny 10 dětí ve věku 7–13 let trpělo enurézou, u dvou dětí byla v anamnéze také enkopréza. Jednalo se o 2 dívky a 8 chlapců.

Shrnutí případových studií

Z případových studií vyplynulo, že u všech pozorovaných dětí bylo nejvýznamnější, že mohly vůbec na LT jet. Podle výpovědí respondentů by se jiné podobné kolektivní aktivity nemohly zúčastnit. Hlavním důvodem byla obava, že by byly děti po pomočení nebo pokálení vyloučeny z kolektivu dětí. Tím, že se děti dostaly do kolektivu dětí s podobnými obtížemi, získaly náhled na vlastní problémy. To bylo důležité pro jejich sebepojetí a souviselo se sebehodnocením, které bylo u těchto dětí většinou velice nízké. Prostřednictvím hry si mohly vyzkoušet různé věci a osvojit rozmanité dovednosti a znalosti, což opět posilovalo jejich sebevědomí a sebehodnocení. Děti měly možnost o svých problémech v neodsuzujícím prostředí mluvit a získat zpětnou vazbu od ostatních. Díky výše jmenovanému se jim zvýšilo sebevědomí a podpořilo se zlepšení prožívání enurézy/enkoprézy, a tím se pozitivně ovlivnila jejich psychosociální situace.

Přestože nebylo primárním cílem LT snížení frekvence pomočování a pokálení, na základě důsledného dodržování režimových opatření se to často dařilo a vedlo opět ke zvýšení sebe-

vědomí, sebezpojetí i sebehodnocení. V kolektivu dětí a dospělých, kde všichni dodržovali to samé, se dětem dařilo nenásilně zafixovat si režimová opatření a nemít s nimi potíže. Ze shrnutí psychologického posouzení vyplynulo, že u většiny dětí byly zvýšeny skóry anhedonie (neschopnost nebo snížená schopnost prožívat radost) a snížené sebehodnocení. LT přispívá ke zlepšení nebo vymizení problémů prostřednictvím zásadních pozitivních změn, které se udály v průběhu rehabilitačního pobytu v oblasti dodržování hranic, pravidel a režimu, v oblasti prožívání a v oblasti hygieny. Tento pobyt ale není bez významu ani v oblasti kontaktu s dětmi, kontaktu s dospělými a v oblasti odolnosti. Vedle pozorovaných oblastí bylo zaznamenáno také zlepšení samostatnosti dětí (15) a u osmi dětí snížení frekvence pomočování. U třech dětí byla pozorována celkově větší samostatnost a u jednoho dítěte i pozitivní vliv odloučení od matky, na kterou bylo dítě fixováno. LT je pro děti významný, i když se jej zúčastní pouze jednou, přestože při opakované účasti děti veškeré činnosti na LT zvládají lépe a udrží si to, co se naučily.

Závěr

Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou je pro děti s daným znevýhodněním často jedinou možností zažívání kolektivních činností, stejně jako u jejich zdravých vrstevníků v rámci socializace. Vedle toho, že si užijí LT, se ještě naučí co dělat pro to, aby se zbavily svého „malého problému“ a prožily dětství jako jejich vrstevníci.

Rehabilitační pobyt na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou pozitivně ovlivňuje psychosociální stav těchto dětí díky zvýšení jejich sebezvědomí, sebehodnocení a sebezpojetí. Přestože organizátoři LT neusilují primárně o vymizení enurézy nebo enkoprézy, LT s těmito problémy pomáhá. Děti si osvojily režimová opatření a na základě jejich dodržování došlo ke snížení frekvence pomočování. Zajímavým výstupem výzkumu bylo, že vliv LT byl zaznamenán i u dětí, které se jej zúčastnily pouze jednou. Jako nejvýznamnější oblasti, prostřednictvím nichž může k ústupu problémů dojít a kde LT pomohl byly: oblast dodržování hranic, pravidel a režimu, oblast prožívání a oblast hygieny. Zlepšení ale nastalo u některých dětí i v oblasti kontaktu s dětmi, kontaktu s dospělými a oblast odolnosti.

Na základě zkušeností z LT vnímá autorka jako zásadní pracovat nejen s dětmi trpícími enurézou a enkoprézou, ale také s jejich rodiči. Přínos práce vidí v tom, že ukazuje nejen pracovníkům z pomáhajících profesí, kteří se setkávají s dětmi s poruchami vyprazdňování, jaké jsou možnosti ovlivňování problémů těchto dětí spojené s enurézou nebo enkoprézou.

Literatura

1. Dvořáček J. Urologie praktického lékaře. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000: 316.
2. Gut J, Kolská M. Enuréza a poruchy mikce. In Dětská nefrologie – Edice Trendy soudobé pediatrie, svazek 5. 1. vyd. Praha: Galén, 2006; 7: 169–194.
3. Radvanská E, Kovács L. Súčasný pohľad na patofyziológiu a diagnostiku monosymptomatickej nočnej enurézy – princíp troch systémov. *Pediatr. praxi*. 2005; 6: 297–300.

4. Gut J, Doležal J, Ženíšek J. Pomočování u dětí. 2. vyd. Praha: Galén, 1999: 86.
5. Dejlová M, Gut J, Kolský A. Vyšetření dítěte s enurézou v ordinaci praktického lékaře. *Česko-slovenská pediatrie*, 1998; 53(1): 40–41.
6. Vokurka M, Hugo J. Praktický slovník medicíny. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004: 490.
7. Train A. Children behaving badly. Could my Child have a Disorder? 1. vyd. London: Education and Academic, 2000: 207.
8. Koutek J. Neorganická enuréza a enkopréza. In Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000; 11(3): 364–368.
9. Sedláčková M. Bolesti břicha a jiné obtíže u dětí. 1. vyd. Praha: Triton, 2003: 165.
10. Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004: 872.
11. Šmakal O, Flögerová H. Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatrie pro praxi*, 2006; 7(5): 247–249.
12. Vnímání nočního pomočování dětí českou veřejností [online]. 2008 [cit. 2009–02–28]. Dostupné z: <http://www.nocvsuchu.cz/data/sharedfiles/tm/VVM_enureza_StemMark.pdf>
13. Bocksneiderová A, Břízová B. Enuresis, Encopresis and Summer Camps for Children. *Journal of Health and Sciences Management and Public Health*, 2008; 9(1): 30–40.
14. Plodková B. Enuréza a letní tábory pro děti. *Pediatr. praxi*, 2004; 5(2): 35–36.
15. Bocksneiderová A. Summer camp for children suffer from enuresis and encopresis. *Journal of Health and Sciences Management and Public Health*, 2009.

Článek přijat redakcí: 15. 5. 2012

Článek přijat k publikaci: 25. 6. 2012

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

Mgr. Alena Sitárová, Ph.D.

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích, Zdravotně
sociální fakulta (t. č. na MD)
T. G. Masaryka 475, 267 51 Zdice
alena.sitarova@gmail.com



Komentář

Komentář k článku Sitárové A. „Rehabilitační pobyty na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou“ *Urol. praxi*, 2013; 14(2): 82–84.

Urol. praxi, 2013; 14(2): 84

Pomočování nebo únik stolice u dětí ve věku, kdy je již většina vrstevníků plně kontinentních, je závažný zdravotní a sociální problém, který může nepříznivě ovlivnit vývoj osobnosti dítěte, vzájemné kontakty v kolektivu, vztahy v rodině. Aby se zabránilo negativnímu vlivu přetrvávající inkontinence na správný psychosociální rozvoj dítěte, je vhodné zahájení léčby po 4.–5. roce věku.

Základem moderní léčby poruch inkontinence je uroterapie. Jedná se o režimová, dietní, psychologická a rehabilitační opatření, která mohou vést u dětí k plnému vymizení obtíží nebo vytvoří podmínky pro dobrý efekt medikamentózní léčby.

Během pobytu dětí na letním táboře (LT) pro děti trpící enurézou a enkoprézou jsou využity všechny aktivity používané v moderní uroterapii. Kolektiv pracovníků LT provádí velmi komplexně a kvalitně režimová opatření, která často rodiče společně se svými dětmi zanedbávají.

Malí pacienti jistě velmi oceňují, že se mohou zúčastnit společného pobytu v kolektivu dětí bez obavy z posměchu při úniku moče nebo stolice, ve článku je vyzdvíženo pozitivní psychologické působení na inkontinentní děti a zdůrazněn efekt komplexní psychoterapie. Jako dětský urolog si nejvíce cením návratu pitného, mikčního a defekačního režimu a léčebné rehabilitace. Velmi pozitivně lze hodnotit postupný nácvik jednotlivých rehabilitačních cviků tak, aby dítě mělo možnost cvičení dobře zvládnout.

Aktivní přístup dítěte a rodičů k léčbě, kteří nečekají jen na efekt podávaných léků, ale zapojí se do léčebného procesu, je velmi důležitý. Je dobré, že pracovníci LT se snaží předat informace rodičům i v písemné formě a vytvářejí tak předpoklady k dodržování zásad uroterapie i v domácích podmínkách.

Bylo by velmi vhodné, aby podobně koncipované léčebné pobyty dětí s inkontinencí byly pořádány ve více krajích České republiky a bylo tak umožněno většímu počtu dětí s únikem moče a stolice zúčastnit se těchto aktivit.

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc., Urologická klinika LF UP a FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, smakalo@fnol.cz