

VYUŽITÍ LETNÍCH TÁBORŮ PRO DĚTI TRPÍCÍ ENURÉZOU A ENKOPRÉZOU

ALENA SITÁROVÁ

S problematikou enurézy (pomočování) a enkoprézy (pokálení) se psychologové často setkávají, proto lze předpokládat, že pro ně bude přínosem informace o disertační práci na dané téma. Cílem výzkumu bylo zanalyzovat a popsat vliv rehabilitačního pobytu na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou (dále jen LT) na onemocnění těchto dětí. Pro výzkum zvolila autorka metodu dotazování, metodu pozorování a analýzu dokumentů. Spolupracující psychologky doplnily metodologii o metody v rámci psychologického vyšetření. Výzkumný vzorek tvořilo 10 dětí ve věku 7–13 let trpících enurézou, u dvou dětí byla v anamnéze také enkopréza. Osloveni byli také rodiče těchto dětí a odborníci z řad psychologů, pediatrů a nefrologů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že LT přispívá ke zlepšení psychosociální situace dětí trpících enurézou a enkoprézou a zároveň pozitivně ovlivňuje frekvenci pomočování a pokálení.

Klíčová slova: Enuréza; enkopréza; letní tábor; psychosociální situace

Úvod

Poruchy vyměšování (enuréza, enkopréza) patří k nejčastějším dlouhodobým problémům v pediatrii a přinášejí pro děti, které jimi trpí, psychické a sociální problémy (Klečková, 2008).

Pomočování (enurézu) rozdělují odborníci do několika kategorií. Termín *enuresis diurna* je používán pro stavy zanedbané mikce u hyperaktivních dětí s poruchou pozornosti nebo u dětí sociálně zanedbávaných (Gut, Kolská, 2006). *Enuresis nocturna* je definována jako mimovolní únik celé náplně močového měchýře ve spánku u dítěte staršího pěti let (Dvořáček, 2000). Primární enuréza se vyznačuje tzv. suchým intervalem (období mezi skončením fyziologického pomočování a vznikem nočního pomočování) kratším než 6 měsíců. Pokud je suchý interval delší než 6 měsíců, jedná se o sekundární noční enurézu. Radvanská a Kovács (2005) uvádí, že monosymptomatická noční enuréza (dále MNE) je podle současného názoru multifaktoriální porucha. Gut, Doležal a Ženíšek (1999) píší, že je třeba vždy odebrat anamnestické údaje se zaměřením na rodinnou, osobní a sociální anamnézu. Dále je nutné pátrat po rezervách v pitném a mikčním režimu. Dle Dejllové, Guta a Kolského (1998) patří k léčbě léčebná tělesná výchova. Existuje sestava cviků pro enuretiky založená na tréninku svěračů s jejich následnou relaxací. Gut, Doležal a Ženíšek (1999) doplňují, že k řešení enurézy patří buzení budícími přístroji, ale také farmaka.

Termín enkopréza je vymezen pro neschopnost udržet stolicí (Vokurka, Hugo, 2004). O enkopréze hovoříme, pokud se pokálení vyskytuje po čtvrtém roce dítěte a nejméně jedenkrát za měsíc po dobu tří měsíců. Rozlišujeme čtyři typy dětí trpících enkoprézou: děti, které jsou schopné své vyprazdňování ovládat, ale ztrácejí ji ve stresové situaci. Dále to jsou děti, které mohou být mentálně nebo tělesně postižené a svého problému si nejsou vědomé. Další skupinu tvoří děti, které při stresu nebo strachu trpí průjmem. A posledním je typ dětí, které mají fobii z toalety (Train, 2000). Podobně jako u enurézy můžeme rozlišovat enkoprézu primární a sekundární. Sekundární enkopréza má „čistý“ interval alespoň jeden rok (Krejčířová, 2001). Dle Koutka (2000) k enkopréze dochází převážně přes den a je často spojena s enurézou. Sedláčková (2003) dodává, že dítě s enkoprézou musí být vždy vyšetřeno s důrazem na odebrání anamnézy. Pokud se nejedná o výraznou psychickou poruchu, uplatňuje se zde psychoterapie. Koutek (2000) vnímá jako důležitou součást terapie tzv. defekační režim. Dále je možné zahájit léčbu farmaky.

Psychosociální aspekty poruch regulace vyměšování

Schopnost ovládat vyměšování a regulovat jej tak, aby byla respektována běžná společenská pravidla, je důležitým předpokladem přijatelného sociálního hodnocení. Nedostatek v této oblasti je tolerován pouze v raném dětství, a pokud přetrvává i později, je pro postiženého jedince značně stigmatizující (Vágnerová, 2004). Znečištění močí či stolicí je obecně akceptovaným důvodem k odmítání a ztrátě prestiže. Sociální význam nezvládnutí regulace vyměšování je jednoznačně negativní. Vědomí, že určitý jedinec je postižen něčím takovým, respektive zápach, který problém signalizuje, vyvolává odpor, nechut', někdy i soucit. Oproti tomu není tento problém považován za tak závažný, aby byla postiženému přiznána nějaká privilegia, aby na něj ostatní brali větší ohledy (Vágnerová, 2004). Únik moče ve věku, kdy je většina vrstevníků plně kontinentních, je vnímán dítětem a rodiči jako výrazný sociální problém, který omezuje aktivity dítěte a jeho psychosociální vývoj (Šmakal, Flögelová, 2006). Rodinné prostředí dětí trpících enurézou a enkoprézou bývá příliš úzkostné, hyperprotektivní, někdy k dítěti směřuje neúměrné nároky (na výkony či množství aktivit). V těchto rodinách je častá snížená tendence dodržovat režimová opatření (Mazehoová, 2008). Děti s poruchou regulace vyměšování nemají lehkou pozici ve skupině svých vrstevníků. Často bývají izolovány, neúčastní se mnoha aktivit z důvodů, že by se mohl projevit jejich handicap (Vágnerová, 2004). Gut, Doležal a Ženíšek (1999) uvádí, že v jedné dotazníkové akci bylo pomočení před vrstevníky zařazeno na 3. místo ve stresogenní škále po úmrtí rodiče a oslepnutí. V průzkumu bylo zjištěno, že postižené děti zařadily noční pomočení hned po rozvodu rodičů a vypjatých rodičovských konfliktech na 3. místo na žebříčku záležitostí událostí před vyloučením ze skupiny vrstevníků, vysmívání, propadnutí, malou postavu, nošení brýlí, nedostatek peněz, stěhování, chirurgický výkon. Průzkum Střediska empirických výzkumů provedený v roce 2008 zjišťoval zkušenosti s noční enurézou v dětském věku v rámci reprezentativního šetření v populaci České republiky (dále jen ČR). Pro účely šetření byla použita definice noční enurézy jako únik močí ve spánku u dítěte staršího pěti let několikrát do týdne od kojeneckého věku bez přerušení. Jeden ze závěrů šetření je, že velká část veřejnosti není dostatečně informována o příči-

nách noční enurézy u dětí. Další závěr zní: V očích laické veřejnosti je věková hranice pro toleranci nočního pomočování posunuta do nižšího věku. Jeden z dalších závěrů je, že třetina respondentů jako rodič trpěla pocity studu (Vnímání nočního pomočování dětí českou veřejností, 2008).

Sociální práce s dětmi trpícími enurézou a enkoprézou

Východiskem sociální práce se zdravotně znevýhodněnými je přispět k socializaci a integraci a tím k nezávislému způsobu života (Koláčková, Kodymová, 2005). Za hlavní faktor sociálního fungování je považováno duševní zdraví a pohoda člověka. Cíl sociální práce se opírá o koncept sociálního fungování. Jde zejména o pomoc jedincům zlepšovat sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby byli ochráněni před potížemi ve fungování. Sociální práci v rámci konceptu sociálního fungování můžeme vnímat jako terapeutickou pomoc, reformu společenského prostředí, poradenství (Navrátil, 2001).

Děti s enurézou a enkoprézou jsou zdravotně znevýhodněné, proto je třeba s nimi specificky pracovat. U těchto dětí se v rámci Letního tábora pro děti trpící enurézou a enkoprézou (dále jen LT) uplatňuje zejména skupinová práce a eklektický přístup.

Pro děti s diagnózou enuréza a enkopréza jsou typické následující společné znaky, jejichž znalost je důležitá pro specifickou práci s nimi.

V rámci fungování centrální nervové soustavy (dále jen CNS): větší unavitelnost, kolísavá schopnost koncentrace pozornosti, neschopnost účelně distribuovat svoji energii (Mazehóová, 2008).

V rovině osobnostní: bezradnost, nejistota, problematické sebepojetí (oscilace mezi sklonem k neúměrnému sebepodceňování a tendencí k někdy až neadekvátnímu sebepřeceňování, neschopnost odhadnout a přijmout vlastní limity a omezení), velká touha po ocenění a pochvale, kterou však obtížně přijímají a prožívají, emoční nevyzrálost, s níž souvisí i zvýšená senzitivita, úzkostlivost, nápadně oslabené volní úsilí, velmi nesnadná motivovatelnost (Mazehóová, 2008).

V rovině sociální: obtížně akceptace hranic, nižší schopnost souznění v rámci kontaktu, tendence manipulovat, u některých až projevy negativismu, někdy i útočnosti (Mazehóová, 2008).

Z hlediska výchovného působení: horší podřidivost, neochota podřizovat se režimovým opatřením, snaží se je nejrůznějšími způsoby obcházet (Mazehóová, 2008).

Výše zmíněné společné znaky dětí s enurézou a enkoprézou byly důležitým vodítkem pro práci zdravotně sociálních pracovníků, jež byly s dětmi v rámci rehabilitačního pobytu na Letním táboře nejvíce v kontaktu. Jejich specifikace umožnila zmíněným odborníkům dělat sociální práci s co největším zacílením na potřeby těchto dětí. V rámci LT bylo s těmito dětmi pracováno zejména formou hry na zmírnění negativních dopadů dané charakteristiky. 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. 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 (Bockschneiderová, Břízová, 2008). Stejný důraz byl kladen také na mikční a defekační režim. Režimová opatření jsou pro děti s enurézou a enkoprézou zásadní a jejich dodržování vyžaduje důslednost. Zároveň je důležité, aby šli dospělí dětem příkladem.

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. Jednalo 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 (Bockschneiderová, Břízová, 2008). Děti byly motivovány k tomu, aby se podílely v rámci svých možností na svlečení a povlečení prádla. Jedním z cílů pobytu na táboře bylo také podpoření zlepšení psychosociální situace dětí, a to zejména v těchto oblastech: bezradnost, nejistota, motivovatelnost, schopnost souznění v rámci kontaktu, náhled na vlastní problémy díky poznání, že podobné potíže mají i jiné děti, budování ochoty s „problémem něco dělat“, detabuizace „problému“, učení se psychickému zpracování uvedených potíží (i prostřednictvím sledování toho, jak problém zpracovávají ostatní děti), schopnost koncentrace pozornosti, samostatnost a odpovědnost, sebevědomí a sebepojetí dítěte. S dětmi pracovali oddíloví vedoucí ve skupině i individuálně za spolupráce psychologek (Bockschneiderová, Břízová, 2008). Na základě potřeby pracovat s dětmi také individuálně bylo na LT více dospělých na počet dětí, než je tomu na táborech pro děti bez problémů. S jedním oddílem, tedy asi s 10 dětmi, pracovali 3 oddíloví vedoucí (z tohoto počtu byl 1 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. Přestože byl denní program dětí uspořádán tak, aby se nenudily, bylo během dne dostatek prostoru pro skupinové i individuální rozhovory s dětmi, nejen o jejich problémech s vyprazdňováním.

V rámci ucelené rehabilitace byla dětem na táboře zprostředkována také canisterapie, což byl pro většinu dětí s enurézou a enkoprézou velký zážitek (Břízová, 2006).

Psychologická vyšetření na LT byla realizována každoročně a jejich cílem bylo především sledování dětí, které se LT zúčastňují opakovaně a posouzení zlepšování jejich situace a stavu. Výstupy psychologických vyšetření byly přínosem pro vedoucí LT – především pro úpravu přístupu k dětem (a možnost individualizace přístupu) a specifikaci 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. V neposlední řadě bylo cílem dlouhodobější sledování enuretiků jako takových a jejich psychologických charakteristik, příp. proměňování těchto charakteristik v průběhu vývoje. Psychologická vyšetření byla zaměřena především na některé osobnostní charakteristiky dětí, jejich schopnost navazovat a udržovat sociální interakci a specifika jejich sociálního kontaktu (např. sklon k manipulaci či neakceptování hranic či autorit), dále reakce na enuretické a enkoprézní obtíže (resp. prožívání enurézy a enkoprézy): úzkostnost, případně depresivní rysy, popírání problémů, stud, přijetí problému, tendence aktivně se obtížím „postavit“ (např. spojená i s větším úsilím v rámci psychoterapie, sledování pitného režimu či snahou provádět relaxační cvičení apod.), dále odolnost vůči mentální zátěži, unavitelnost, schopnost nasazení psychické energie na úkol, schopnost udržet koncentraci pozornosti,

charakteristiky spojené s volným úsilím, případně též naznačení souvislostí se školními obtížemi.

Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou pořádala Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity od roku 2002 prostřednictvím projektu z programu Vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením Ministerstva zdravotnictví ČR (Bockschneiderová, Břízová, 2008). 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 učil děti samostatně rehabilitovat (Plodková, 2004). Na základě požadavků osob potýkajících se s enurézou a enkoprézou byla řešitelkami projektu vytvořena brožura pro rodiče dětí s problémy v oblasti čistoty s názvem Enuréza a enkopréza: co s tím, když se vaše dítě počůrává nebo pokakává (Bockschneiderová, Břízová, 2009). Následně také webová stránka, která se váže nejen k táboru pro děti trpící enurézou a enkoprézou (dostupné z <http://www.mokrytabor.cz/>). Bohužel od roku 2010 se LT nepořádal, neboť se vzhledem k finanční situaci nejen ve zdravotně sociální oblasti nedostává na spolufinancování většiny projektů, i když takto ojedinelých.

Cíle výzkumu

Hlavním cílem disertační práce bylo zanalyzovat a popsat vliv rehabilitačního pobytu na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou na onemocnění těchto dětí. Dalším cílem práce bylo zjistit, zda má pobyt vliv na problémy dětí i u těch, které se jej zúčastnily pouze jednou.

Výzkumná otázka: „Jakým způsobem a v jakých oblastech přispívá rehabilitační pobyt na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou ke zlepšení nebo vymizení problémů spojených s daným onemocněním.“

Použité metody

Kvalitativní výzkum byl zahájen v roce 2006 analýzou dostupných dokumentů k problematice enurézy a enkoprézy. Oslovenými respondenty byli vedle samotných dětí s enurézou a enkoprézou i jejich rodiče a odborníci (psycholog, pediatr, nefrolog), již měli děti v péči nebo se zabývali danou problematikou. Děti byly na LT pozorovány oddílovými vedoucími a testovány spolupracujícími psychologkami. Pozorování dětí na LT probíhalo v červenci roku 2006, 2007 a 2008. Na základě psychologického posouzení a společných závěrů problematických oblastí u dětí trpících enurézou a enkoprézou z předchozích LT byly stanoveny pozorované oblasti pro hodnocení vlivu LT na problémy dětí: kontakt s dětmi, kontakt s dospělými, dodržování hranic, režimu, pravidel, hygiena, prožívání enurézy, odolnost – fyzická a psychická. Pozorování probíhalo u každého dítěte vždy na začátku LT (po 3 dnech), v polovině LT (po 7 dnech) a na konci LT (po 14 dnech). Významné bylo také dotazování a pozorování dětí i jejich rodičů v rodinném prostředí, a to i v případě, že se dítě daný rok LT nezúčastnilo. Po sběru dat proběhla jejich analýza a interpretace. Výsledky výzkumu (2006–2008) byly

zpracovány do případových studií (z důvodu rozsahu článku je uveden pouze souhrn případových studií).

Pro výzkum zvolila autorka následující metody: metodu dotazování (technika polořízeného hloubkového rozhovoru, technika řízeného rozhovoru), metodu pozorování (technika zúčastněného přímého i skrytého pozorování), analýzu dokumentů (sekundární analýza dat) a metody v rámci psychologického vyšetření. Pro rozhovory s dětmi i jejich rodiči, stejně jako k vyjádření pozorování oddílových vedoucích na LT, byla použita technika škály se zacílením na předem definované oblasti přidružených problémů u dětí trpících enurézou a enkoprézou. Škála byla také použita pro vyjádření respondentů k jednotlivým intervencím, které se využívají v rámci léčby enurézy a enkoprézy. Škála byla 1–5, tedy 1 – výborně, 2 – velmi dobře, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně. Psychologické vyšetření dětí zajistily psychologičky spolupracující na LT a následně jej zpracovaly jako psychologické posouzení. V roce 2006–2008 vyšetřily psychologičky vždy ty děti, které se LT v daném roce účastnily. Použitými psychodiagnostickými metodami byly klinické metody (rozhovor, pozorování v testové situaci, pozorování při spontánní i řízené činnosti v rámci táborových aktivit) a metody testové (kresba barevného autportrétu, barevná modifikace Wartegova kresebného testu, test stromu). Od roku 2007 byla také použita sebeposuzovací škála depresivity pro děti (dále jen CDI).

Výzkumný soubor

Kritériem výběru dětí pro zařazení do výzkumu 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. Všech 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. Čtyři děti se LT zúčastnily v roce 2006, 2007 a 2008. Tři děti se LT zúčastnily v roce 2006, 2007 a tři děti se LT zúčastnily pouze v roce 2006. Dalšími respondenty byli rodiče dětí, dále odborníci, se kterými byly děti v kontaktu v souvislosti s enurézou a enkoprézou (psychologové, pediatři a nefrologové). Vedle hlavní vedoucí byli osloveni také oddíloví vedoucí na LT v roce 2006, 2007 a 2008. Pro ilustraci toho, jak se pracuje s dětmi s výše zmíněným znevýhodněním, byli dotazováni odborníci z organizací věnujících se těmto dětem.

Výsledky

Výsledky byly zaznamenány prostřednictvím případových studií. Vzhledem k tomu, že rozsah článku neumožňuje uvedení kompletních výsledků, autorka uvádí pouze shrnutí těchto studií.

Z případových studií vyplynulo, že pro všechny pozorované děti bylo zásadní, že mohly vůbec na LT jet. Podle výpovědí respondentů by se jiné podobné kolektivní aktivity nemohly zúčastnit. K hlavním důvodům, jež respondenti uváděli, byla obava z pomočení nebo pokálení a následný posměch účastníků aktivity s případným vyloučením z kolektivu dětí „po nehodě“.

Vliv rehabilitačního probytu na LT v souvislosti s problémy těchto dětí byl ohodnocen jako velmi významný. Protože se děti mohly zúčastnit LT, dostaly se do kolektivu dětí, což bylo pozitivní a dalo jim to pocit „normálnosti“, neboť se tyto děti často mezi ostatní nedostaly. Tím, že byly na LT děti s podobnými problémy, získaly náhled na vlastní problémy. Děti se je učily zpracovávat i prostřednictvím toho, jak se s nimi potýkaly ostatní. To bylo důležité pro jejich sebezpečení 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 (Bockschneiderová, 2009). Děti měly zároveň možnost o svých problémech v neodsuzujícím prostředí mluvit, podělit se o svoji starost a získat zpětnou vazbu na „své věci“. Díky výše jmenovanému se jim zvýšilo sebevědomí a podpořilo se zlepšení prožívání enurézy/enkoprézy a tím i zlepšení jejich psychosociální situace.

Bockschneiderová (2009) uvádí, že na základě důsledného dodržování režimových opatření se u dětí často snížila frekvence pomočování a pokálení, což nebylo primárním cílem, ale vedlo opět ke zvýšení sebevědomí a sebezpečení i sebehodnocení. Snížení frekvence pomočování a pokálení je tedy „pozitivním vedlejším produktem LT“, ale pro děti i jejich rodiče velice významným. V kolektivu dětí a dospělých, kde všichni dodržovali to samé, se dětem dařilo nenásilně zafixovat si režimová opatření a nemít s nimi potíže. Vzhledem k tomu, že v rámci léčby enuretiků a enkopretiků jsou právě režimová opatření nejzásadnější, bylo to pro děti i jejich rodiče velice důležité. Děti získaly nové kamarády, před kterými nemusely nic tajit a obávat se posměchu. Zažily si to, co děti bez problémů s vyprazdňováním považují za normální – jely na LT a zároveň byly v příjemném „neústavním“ prostředí na rehabilitačním pobytu.

Ze shrnutí psychologického posouzení vyplynulo následující. Vyhodnocení CDI ukázalo, že u většiny dětí (v roce 2007) byly zvýšeny skóry anhedonie (neschopnost nebo snížená schopnost prožívat radost) a snížené sebehodnocení. Lze tedy uvažovat o tom, že enuréza se podepisuje na sebehodnocení dítěte (bylo by otázkou, jak tento faktor souvisí s věkem – dalo by se předpokládat, že negativní vliv na sebehodnocení s věkem roste). Podobně tomu bylo u anhedonie – enuretické obtíže zřejmě významně negativně ovlivňují schopnost dítěte prožívat radost. Naopak oblastí, která byla u většiny dětí relativně nejméně zasažena, byly interpersonální obtíže. Je to s podivem, neboť by bylo spíše možno předpokládat, že enuretické obtíže (v závislosti na rostoucím věku) zasahují do interpersonální a sociální oblasti a negativně ji ovlivňují. Na druhou stranu tento výsledek může být vnímán jako pozitivní efekt tábora – děti v příjemném sociálním klimatu tábora nemusejí prožívat interpersonální problémy tak tíživě, neboť se cítí integrované a všichni jsou (s ohledem na svůj problém) „na jedné lodi“.

Všichni respondenti popisovali žádoucí změny ve sledovaných oblastech i mimo ně. U devíti dětí došlo ke zlepšení prožívání enurézy/enkoprézy a u stejného počtu ke zlepšení dodržování režimových opatření. U osmi dětí došlo ke zlepšení v oblasti hygieny. Čtyři děti si po LT vedly lépe v kontaktu s dětmi. Třem dětem se lépe dařilo v kontaktu s dospělými. Jedno dítě vykazovalo po LT zvýšenou odolnost vůči zátěži. Vedle pozorovaných oblastí byla zaznamenána u osmi dětí snížená frekvence pomočování. U třech dětí celkově větší samostatnost a u jednoho dítěte i pozitivní vliv odloučení od matky, na kterou bylo dítě fixováno.

Oblasti, ve kterých LT přispívá ke zmírnění problémů spojených s enurézou a enkoprézou

Tabulka 1 Porovnání zlepšení u jednotlivých dětí v závislosti na počtu účastí na LT

Případová studie	Počet účastí na LT v roce 2006–2008 (+ před rokem 2006)	Vliv – počet položek	Počet zlepšení v oblastech
1	3	4	2
2	3 (+1)	2	3
3	3	2	4
4	3 (+1)	3	4
5	2 (+3)	3	3
6	2 (+3)	4	3
7	2 (+1)	4	4
8	1	2	2
9	1	3	5
10	1	2	4

Zdroj: vlastní výzkum

U dětí, které byly na LT v roce 2006–2008 byl zaznamenán vliv ve 2–4 bodech, zlepšení ve 2–4 oblastech. U dětí, které byly na LT v roce 2006–2007 byl zaznamenán vliv ve 3–4 bodech, zlepšení ve 3–4 oblastech. U dětí, které byly na LT v roce 2006, byl zaznamenán vliv ve 2–3 bodech, zlepšení ve 2–5 oblastech. Podle výše uvedeného porovnání lze konstatovat, že LT je pro děti významný, i když se jej zúčastní pouze jednou, neboť rozdíly v počtu položek vlivu a zlepšených oblastí nejsou velké. Při opakované účasti na LT je možné sledovat, že děti veškeré činnosti na LT zvládají lépe a udrží si to, co se na LT naučily.

Diskuze

Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou byl ojedinělým projektem v ČR i v zahraničí. V roce 2002, kdy začínal, jím řešitel grantu reagoval na nedostatečnou nabídku služeb pro tyto děti. Přestože jejich medicínský problém se zdá být malý, jeho důsledkem je velký problém psychosociální. Možná je o to větší, že se týká vyprazdňování, což je považováno za velice citlivé a intimní téma. I když můžeme děti s poruchami vyprazdňování počítat mezi zdravotně znevýhodněné, jsou na tom zcela jinak než např. děti s tělesným postižením. Problém dětí s tělesným postižením je na první pohled patrný a až na výjimky se jim jistě nebude nikdo smát nebo jimi opovrhovat. O znevýhodnění dětí trpících enurézou a enkoprézou většinou nikdo neví, „dokud se to nestane“. Pak jsou ale v nezáviděníhodné situaci, protože se od nich děti, možná i dospělí, s velkou pravděpodobností odvrátí. Jejich psychosociální situace se může negativně promítat nejen do jejich socializace.

V rámci své práce pokládá autorka za významné faktory, které se mohou podílet na změně problémů spojených s enurézou a enkoprézou. Jistě jich může být několik a odhadnout jejich vliv je nesnadné. Může se jednat např. o věk, pohlaví, školní výsledky, stav sociálního prostředí, momentální situaci, mentální vyspělost, přidružené choroby, psychickou odol-

nost, realizované intervence (enuretický režim, medikace...), příčiny enurézy/enkoprézy. Některé změny (pozitivní i negativní) v určitých oblastech, se kterými se na LT pracovalo, lze přisuzovat např. věku (zlepšení v oblasti hygieny ve věku 14 let).

Při vyhodnocování veškerých informací, které autorka získala, byly zjištěny určité rozdílnosti. Ty se týkaly srovnání pozorování dětí, rodičů, vedoucích na LT i výpovědí jednotlivých respondentů. Zajímavé byly např. rozdílné názory odborníků a výpovědi dětí i rodičů. Přestože se autorka dotazovala na stejné věci, často získala rozdílné informace. Z toho zřejmě také pramení nejednotnost postupů a intervencí rodičů i dětí. Pokud lékař např. doporučí striktně omezit tekutiny od 17 hodin bez ohledu na to, v kolik hodin dítě chodí spát a jaké má aktivity, je možné očekávat porušení tohoto doporučení a nulový efekt režimového opatření.

Matky se na organizátorky LT často obracely s tím, že už neví co dělat. A to je právě to – „chtít“ musí hlavně děti samy. Motivování dětí pro spolupráci není často jednoduché nejen z důvodu věku nebo dalších osobnostních charakteristik a přidružených problémů dítěte. Často pomočování nebo pokálení trápí více rodiče – většinou matky, než děti. Matky jsou ty, které těžce nesou, že jejich dítě se pomočuje nebo pokakává ve věku, kdy to už jiné děti dávno nedělají. Matky unavuje to, že stále perou a nemohou s dětmi nikam přes noc vyjet, ani je dát bez obav k příbuzným. Vedoucí na LT se snažili získat pro spolupráci právě děti samotné a viděli v tom velký význam. Pokud dítě chce a může něco se svými problémy dělat a ví co, je téměř vyhráno.

Vedoucí se snažili děti v rámci LT motivovat ke změně stavu jejich problémů. Děti se dostaly jinam než s rodinou a školou, což pro ně byla významná kolektivní zkušenost. Nikdo jim nenadával, ani se jim nesmál a vedoucí na LT byli připraveni a počítali s tím, „že se to stane“. Dávali dětem najevo, že to nevádí, že jsou tam proto, aby si užily LT a možná se „to“, s jejich přispěním, i změnil. Někteří rodiče uváděli, že děti motivují – „až se přestaneš počůrávat, koupím ti notebook“ nebo „jestli se nepřestaneš počůrávat, tak kvůli tobě nepojedeme na dovolenou“. Je to ale ta pravá motivace? Rodinné prostředí těchto dětí bylo různé – „starostlivé, úzkostné, nevšimavé, náročné...“. Vágnerová (2002) uvádí, že rodiče reagují na enurézu různými způsoby. Odlišnosti jsou i v jejich následném chování. U některých převažuje zoufalství, pocit bezmoci, pasivita, stejně tak může problém rodiče aktivizovat.

Na LT se vedoucí rozhovorům o enuréze a enkopréze nevyhýbali. S dětmi individuálně i ve skupině hovořili bez obviňování a zahanbování o tom, jestli vědí, co mohou udělat pro vymizení problémů a zda je to v jejich silách, nebo jestli jim s tím může někdo pomoci. Děti nebyly na takovou komunikaci z rodiny zvyklé, ale reagovaly na ni většinou kladně. Často udávaly, že jim pomáhá, že „o tom“ můžou mluvit, nebo mluvit „jinak než doma“. Většina rodičů s dětmi podle zkušeností z LT doma o enuréze a enkopréze moc nekomunikovala nebo pouze s negativním emočním potenciálem. Vágnerová (2001) uvádí, že pro dítě, které si připadá se svým problémem osamocené nebo přímo vyčleněné ze společnosti vrstevníků, přináší úlevu a posilu zjištění, že není ve své situaci samo, že také někdo jiný se potýká se stejným trápením. Otevírá se možnost mluvit o starostech dosud nesdílených a jakoby nesdílitelných s někým, kdo má obdobné těžkosti.

Dalším důležitým momentem, který ovlivňuje problémy spojené s vyprazdňováním, je důslednost. U mnoha dětí trpících enurézou a enkoprézou se na LT udály pozitivní změny. U dětí, které pokračovaly v domácím prostředí ve věcech, které se naučily na LT (cvičení, pitný režim, mikční režim, pozitivní myšlení), bylo pozorováno ustoupení jejich

problémů. Bohužel, velká část dětí žije v prostředí, které je výchovně nedůsledné. Rodiče často udávali, že „dítě u ničeho nevydrží“ a že mu to po LT vydrželo jen chvíli. Je možné, že se dětem dařilo dodržovat režimová opatření i proto, že byly na LT v kolektivu, kde to dělali všichni – děti i dospělí. Rodičům vedoucí na LT říkali, že pokud po dítěti něco vyžadujeme, děláme to s nimi také. Víc se s rodiči ale nepracovalo, pracovalo se „pouze“ s dětmi na LT. V nedávné době byla ale vytvořena výše zmíněná brožura pro rodiče, kde jsou shromážděny a laicky sepsány veškeré dostupné informace o enuréze i enkopréze a o jejich sociálních dopadech a důsledcích. Rodičům byly také nabízeny konzultace, ale většinou se zajímali jen o LT a účast dětí na něm.

Je také třeba zmínit se o psychologických vyšetřeních, která byla na letním táboře realizována každoročně z několika výše uvedených důvodů. Psycholožky spolupracující na LT se domnívaly, že samotná psychologická vyšetření problematizuje řada faktorů. Testování bylo nutno realizovat skupinově (nikoliv individuálně), navíc v „táborových“ podmínkách, které nelze v mnoha směrech označit za standardní. Zkreslení mohla způsobit i „prázdninová“ atmosféra tábora, která mimo jiné proměňuje motivaci dětí k testové situaci (neberou ji tak „vážně“ jako při administraci testu v pracovně psychologa). Pozitivním faktorem byla naopak dlouhodobá znalost dětí a jejich důvěra v testátory i (ve většině případů) ochota spolupracovat. S ohledem na uvedené faktory byly jako testová baterie zvoleny zejména projektivní kresebné testy, které umožnily skupinovou administraci, měly díky kresebnosti pro děti „hravou“ a přijatelnou podobu a byly pro ně tedy přístupnější. Navíc bylo možno je administrovat u takto věkově nesourodé skupiny. Ne vždy bylo možno děti spolehlivě psychologicky „vytěžit“ – především proto, že jejich odpovědi v testových úkolech byly někdy obtížně hodnotitelné či nehodnotitelné nebo nebylo možno spolehlivě administrovat všechny potřebný testový materiál. Zásadním problémem při interpretaci psychologických vyšetření byl též fakt, že nebylo možno hodnotit a interpretovat výsledky v kontextu celkové (rodinné, sociální, zdravotní, školní) situace dítěte. Z uvedeného vyplývá, že z psychologických vyšetření je nutno vysuzovat závěry velmi obezřetně, především pokud jde o sledování posunů dětí v jednotlivých letech. Je nutno brát v úvahu řadu dalších faktorů, které během roku „vstupují do hry“, nejen efekt samotného tábora.

Závěr

Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou byl pro děti s daným znevýhodněním často jedinou možností zažívání kolektivních činností, jako u jejich zdravých vrstevníků v rámci socializace. Děti mohly navázat kontakty s dětmi v podobné situaci a osmělit se k navazování dalších kontaktů mimo LT. Vedle toho, že si užily LT, se ještě naučily co dělat pro to, aby se zbavily svého „malého problému“ a prožily dětství jako jejich vrstevníci.

Cíl práce stanovený na počátku výzkumu byl splněn, neboť bylo zjištěno, že rehabilitační pobyt na letním táboře pro děti trpící enurézou a enkoprézou pozitivně ovlivňuje psychosociální stav těchto dětí díky zvýšení jejich sebevědomí, sebehodnocení a sebepojetí. Přestože organizátoři LT neusilovali primárně o vymizení enurézy nebo enkoprézy, LT s těmito problémy pomohl. Děti se naučily režimovým opatřením a na základě jejich dodržování došlo ke snížení frekvence pomočování. To opět přispělo k výše zmíněným pozitivním změnám. Zajímavým výstupem výzkumu bylo, že vliv LT byl zaznamenán i u dětí, které se jej zúčastnily pouze jednou. Výzkumná otázka byla zodpovězena na

základě výsledků kvalitativního výzkumu. Lze konstatovat, že LT přispěl ke zlepšení nebo vymizení problémů spojených s enurézou a enkoprézou. Jako nejvýznamnější oblasti, prostřednictvím nichž mohlo k ústupu problémů dojít a kde LT pomohl byly: oblast dodržování hranic, pravidel a režimu, oblast prožívání a oblast hygieny. LT ale nebyl bez významu i v oblasti kontaktu s dětmi, kontaktu s dospělými a v oblasti odolnosti.

Na základě dosavadních zkušeností práce s dětmi s enurézou a enkoprézou vnímá autorka jako zásadní pracovat nejen s nimi, ale také s jejich rodiči. Přínos disertační práce vidí autorka v tom, že ukazuje zejména pracovníkům z pomáhajících profesí, kteří se setkávají s dětmi s poruchami vyprazdňování, jaké jsou možnosti ovlivňování problémů těchto dětí spojené s enurézou nebo enkoprézou. Autorka se na základě výsledků výzkumu domnívá, že odborníci zejména z řad psychologů mají velké možnosti a mohou se úspěšně podílet na řešení zmiňovaných problémů, které trápí rodiče i děti. Velké pole působnosti lze vidět v oboru psychologie zejména proto, že právě psychologové mohou účinně intervenovat u problémů, jež nejsou čistě medicínskými a jejichž důsledky dopadají do oblasti psychosociální.

LITERATURA

- Bockschneiderová, A. (2009). Summer camp for children suffer from enuresis and encopresis. *Journal of Health and Sciences Management and Public Health*, 1.
- Bockschneiderová, A., Břízová, B. (2008). Enuresis, Encopresis and Summer Camps for Children. *Journal of Health and Sciences Management and Public Health*, 9(1), 30–40.
- Bockschneiderová, A., Břízová, B. (2009). *Enuréza a enkopréza: co s tím, když se vaše dítě počůrává nebo poka-kává*. České Budějovice: JU ZSF.
- Břízová, B. (2006). Zhodnocení letních táborů pro děti s enurézou, enkoprézi a inkontinencí v letech 2004 a 2005. *Vox pediatrice. Časopis praktických lékařů pro děti a dorost*, 6(3), 30–32.
- Dejlová, M., Gut, J., Kolský, A. (1998). Vyšetření dítěte s enurézou v ordinaci praktického lékaře. *Česko-slovenská pediatrice*, 53(1), 40–41.
- Dvořáček, J. (2000). *Urologie praktického lékaře*. Praha: ISV.
- Gut, J., Doležal, J., Ženíšek, J. (1999). *Pomočování u dětí*. Praha: Galén.
- Gut, J., Kolská, M. (2006). Enuréza a poruchy mikce. In J. Janda et al., *Dětská nefrologie* (169–194). Praha: Galén.
- Klečková, R. (2008). *Sociální situace u dětí trpících enurézou*. Diplomová práce. České Budějovice: JU ZSF.
- Kolářková, J., Kodymová, P. (2005). Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In O. Matoušek, P. Kodymová, J. Kolářková (Eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (89–104). Praha: Portál.
- Koutek, J. (2000). Neorganická enuréza a enkopréza. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie* (364–368). Praha: Portál.
- Krejčířová, D. (2001). Psychosomatické poruchy. In M. Svoboda (Ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (542–580). Praha: Portál.
- Mazehová, Y. (2008). *Charakteristika dětí zúčastněných letního tábora pro děti trpící enurézou, enkoprézou a inkontinencí na základě psychologického vyšetření s použitím arteterapeutických metod. Závěrečná zpráva k projektu MZ ČR z programu Vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením s názvem Letní tábor pro děti trpící enurézou a enkoprézou*.
- Navrátíl, P. (2001). Vybrané teorie sociální práce. In O. Matoušek, *Základy sociální práce* (183–248). Praha: Portál.
- Plodková, B. (2004). Enuréza a letní tábory pro děti. *Pediatrice pro praxi*, 5(2), 35–36.
- Radvanská, E., Kovács, L. (2005). Súčasný pohľad na patofyziológiu a diagnostiku monosymptomatickej nočnej enurézy – princíp troch systémov. *Pediatrice pro praxi*, 6, 297–300.
- Sedláčková, M. (2003). *Bolesti břicha a jiné obtíže u dětí*. Praha: Triton, 2003.
- Šmakal, O., Flögelová, H. (2006). Diagnostika a léčba dítěte s pomočováním v ambulanci PLDD. *Pediatrice pro praxi*, 7(5), 247–249.

- Train, A. (2000). *Children behaving badly. Could my Child have a Disorder?* London: Education and Academic.
- Vágnerová, M. (2001). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.
- Vnímání nočního pomočování dětí českou veřejností* (2008) [vyhledáno 28. 2. 2009 na http://www.nocvsuchu.cz/data/sharedfiles/tm/VVM_enureza_StemMark.pdf].
- Vokurka, M., Hugo, J. (2004). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.

THE USE OF SUMMER CAMPS FOR CHILDREN WITH ENURESIS AND ENCOPRESIS

A. SITÁROVÁ

ABSTRACT

Psychologists often come across the issues of enuresis (bedwetting) and encopresis (involuntary defecation) in practice and, therefore, it may be assumed that they will welcome a thesis on this topic. The aim of the research was to analyse and describe the influence of summer camp ("SC") rehabilitation stays for children suffering from enuresis and encopresis on their diseases. The author collected data via interviews, observation, and document analysis. The cooperating psychologists contributed to the methodology with outcomes of psychological assessment. The sample included 10 children aged 7 to 13, suffering from enuresis; in case of two children encopresis was also referred. Parents of these children as well as specialists (psychologists, paediatricians and nephrologists) were also addressed. The results of the research showed that the SCs contribute to the improvement of a psychosocial situation of children suffering from enuresis and encopresis. Furthermore they also positively influence the frequency of bedwetting and soiling.

Keywords: Enuresis; encopresis; summer camp; psychosocial situation

NUTZ VON SOMMERCAMPS FÜR KINDER MIT ENURESIS UND ENKOPRESIS

A. SITÁROVÁ

ABSTRAKT

Das Problem der Enuresis (Bettnässen) und Enkopresis (Einkoten) müssen Psychologen oft behandeln, deshalb kann davon ausgegangen werden, dass für sie dieser Artikel von Nutzen sein kann. Das Ziel der Untersuchung war es, die Auswirkungen des Rehabilitationsaufenthalts in einem Sommerlager für Kinder mit Enuresis und Enkopresis auf die Krankheit dieser Kinder zu analysieren und zu beschreiben. Die Autorin wählte die Methode der Befragung, Beobachtung und Dokumentenanalyse. Die mitarbeitenden Psychologen ergänzten die Untersuchung mit weiteren Methoden innerhalb der psychologischen Diagnostik. Die Stichprobe bestand aus 10 Kindern im Alter von 7–13 Jahren, die an Enuresis leiden, bei zwei Kindern war auch Enkopresis in der Anamnese. Angesprochen wurden auch die Eltern dieser Kinder, weitere Psychologen, Kinderärzte, und Nephrologen. Die Forschung hat gezeigt, dass das Sommerlager zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Kindern mit Enuresis und Enkopresis beiträgt. Der Aufenthalt wirkt auch positiv auf die Frequenz von Bettnässen und Einkoten.

Schlüsselwörter: Enuresis; Enkopresis; Sommerlager; psychosoziale Situation

Mgr. Alena Sitárová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta (t.č. na MD). Autorka se odborně zaměřuje na problematiku sociální práce s dětmi trpícími enurézou a enkoprézou. Dále se věnuje supervizi a problematice dobrovolnictví v oblasti sociální práce i zdravotnictví. E-mail: alena.sitarova@gmail.com