

# Ocena jakości życia dzieci z moczeniem nocnym oraz ich rodzin

Maria Miler<sup>1</sup>, Dorota Polak-Jonkisz<sup>1</sup>, Konstancja Fornalczyk<sup>1</sup>, Anna Sokół-Ossowicz<sup>2</sup>,  
Monika Haligowska<sup>3</sup>, Danuta Zwolińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Nefrologii Pediatrycznej, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

<sup>2</sup>Poradnia Nefrologiczna, Centrum „Promyk Słońca”, Wrocław

<sup>3</sup>Zakład Karny, Oleśnica

Miler M, Polak-Jonkisz D, Fornalczyk K, Sokół-Ossowicz A, Haligowska M, Zwolińska D. Ocena jakości życia dzieci z moczeniem nocnym oraz ich rodzin. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(1): 36-40.

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Nocne nietrzymanie moczu określane również moczeniem nocnym (MN) jest bezwiednym oddawaniem moczu w nocy podczas snu, zdarzającym się u dziecka, które zakończyło już trening czystości lub ukończyło 5 lat. Częstość występowania moczenia nocnego maleje z wiekiem. Nocne nietrzymanie moczu jest problemem nie tylko moczącego się dziecka, ale całej jego rodziny.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena jakości życia dzieci z problemem moczenia nocnego oraz ich rodzin w oparciu o przeprowadzoną ankietę obejmującą pogłębiony wywiad.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 95 dzieci: 40 dziewczynek i 55 chłopców w wieku 5–17 r.ż.. Analizie poddano zależności między występującymi rodzajami moczenia nocnego a płcią i wiekiem dzieci, wpływem moczenia nocnego na kondycję psychiczną dziecka z uwzględnieniem wieku. Oceniano wpływ moczenia nocnego na zachowanie dzieci w środowiskach ich funkcjonowania oraz na funkcjonowanie rodziny w warunkach stwarzanych przez istniejącą dolegliwość.

**Wyniki.** W analizowanym materiale moczenie nocne w większości dotyczyło dzieci od 5 r.ż. do 10 r.ż.. Częściej występowało trwające od urodzenia moczenie nocne (62,1%). 58,9% dzieci cechowała niestabilność emocjonalna, przy czym w 40% dotyczyła ona pacjentów poniżej 10 r.ż. Ponad połowa tych pacjentów nie wykazywała zaburzeń w środowiskach ich funkcjonowania. Zmiany funkcjonowania w rodzinach badanych dzieci występowały w 85,3%.

**Wnioski.** 1) MN, niezależnie od wieku, występuje znacznie częściej u dzieci płci męskiej. W wielu przypadkach narusza ono stabilność emocjonalną dzieci i młodzieży dotkniętych tą dolegliwością. 2) MN może wywierać niekorzystny wpływ na funkcjonowanie pacjentów w środowisku domowym, szkolnym bądź przedszkolnym oraz w gronie rówieśników. Analiza statystyczna obejmująca dzieci poniżej 10 r.ż. wykazała istotnie rzadsze występowanie zmian ich zachowania w środowisku rówieśników w porównaniu do środowiska szkolnego i domowego. 3) MN jest jednym z czynników naruszających istniejący rytm funkcjonowania rodziny; najczęściej jest źródłem rezygnacji, zmęczenia i niewyspania, zwłaszcza w rodzinach dzieci z nocnym nietrzymaniem moczu trwającym od urodzenia.

## Słowa kluczowe

moczenie nocne, aspekty psychologiczne, dzieci, młodzież

## WPROWADZENIE

Nocne nietrzymanie moczu, określane również moczeniem nocnym (MN), jest to bezwiedne oddawanie moczu w nocy podczas snu, zdarzające się u dziecka, które zakończyło już trening czystości (naukę świadomego oddawania moczu) lub ukończyło 5 lat. Obowiązująca klasyfikacja MN wyodrębnia jego typy i rodzaje.

W zależności od typu dzielimy je na:

- monosymptomatyczne moczenie nocne (MMN) – bez współistnienia innych objawów ze strony dróg moczowych oraz
- niemonosymptomatyczne moczenie nocne (NMMN) – z towarzyszącymi innymi objawami ze strony dolnych dróg moczowych.

Rodzaje moczenia nocnego obejmują:

- pierwotne moczenie nocne – bez 6-miesięcznego okresu suchych nocy;

- wtórne moczenie nocne – z 6-miesięcznym okresem suchych nocy, dotyczące przede wszystkim dzieci z różnymi nieprawidłowościami układu moczowego lub zaburzeniami psychicznymi [1].

Częstość występowania moczenia nocnego maleje z wiekiem. Wg danych statystycznych pochodzących z różnych ośrodków, moczenie nocne dotyczy ok. 15% – 20% pięcioletków, 11% dzieci do 7 r.ż., 5% – 7% dziesięcioletków, 2–3% nastolatków, a także 1% – 3% osób dorosłych. MMN występuje u ok. 80% dzieci moczących się w nocy, pozostałe ok. 20% przypadków moczenia nocnego to NMMN. Częściej obserwuje się je u chłopców [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Jest oczywistym faktem, że nocne nietrzymanie moczu to ogromny problem nie tylko dziecka, ale i pozostałych członków rodziny. W wielu przypadkach stanowi źródło niskiej samooceny dziecka i jego nadmiernej nerwowości. Nie bez znaczenia na występowanie tego zjawiska jest spotykana coraz częściej nietolerancja rodziców wobec tej dolegliwości i związana z nią nowa sytuacja w rodzinie. Istotnie wpływa również gorsza akceptacja i adaptacja dziecka w środowisku rówieśników. Czynniki te mogą poważnie zaburzać rozwój

Adres do korespondencji: Dorota Polak-Jonkisz, Katedra i Klinika Nefrologii Pediatrycznej, Uniwersytet Medyczny, Wrocław, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław  
e-mail: dorota.polak-jonkisz@am.wroc.pl

Nadesłano: 25 stycznia 2013; zaakceptowano do druku: 10 marca 2013

społeczny tych dzieci [5, 8, 9]. Wyniki publikowanych prac omawiających te zagadnienia są cennym źródłem wskazówek postępowania z dziećmi i ich rodzicami w odniesieniu do zwalczania zaburzeń psychogennych związanych z MN.

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia dzieci z problemem moczenia nocnego oraz ich rodzin w oparciu o przeprowadzoną ankietę obejmującą pogłębiony wywiad. Przedstawiamy wstępną analizę ankietowanych pacjentów.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 95 dzieci: 40 dziewczynek i 55 chłopców w wieku od 5 r.ż. do 17 r.ż. Pacjentów zaszerogowano do 2 grup wiekowych: od 5 r.ż. do 10 r.ż. oraz od 10 r.ż. do 17 r.ż. Pytania zawarte w ankiecie zostały podzielone na główne bloki tematyczne zawierające: wywiad medyczny i psychologiczny dotyczący MN, metody profilaktyczno-diagnostyczno-lecznicze, ocenę funkcjonowania dziecka w środowiskach jego przebywania, ocenę zachowań rodziny w odpowiedzi na istniejącą sytuację, ocenę warunków społeczno-bytowych. Pytania dotyczące aspektów psychologicznych zostały opracowane przy współudziale psychologa. Rodzice pacjentów oddziału i poradni nefrologicznych otrzymywali ankietę w wersji papierowej do samodzielnego wypełnienia. Po 2–3 tygodniach u niewielkiej części ankietowanych przeprowadzono weryfikację, jednak zbyt mały odsetek ankiet uniemożliwił aktualne wykorzystanie zawartych w nich informacji.

Spośród danych uzyskanych z ankiety z rozszerzonym wywiadem analizie poddano zależność między występującymi rodzajami moczenia nocnego a płcią i wiekiem dzieci (Tab. 1, Tab. 2), a także wpływ nocnego nietrzymania moczu na kondycję psychiczną dziecka, z uwzględnieniem wieku pacjentów (Tab. 3). Oceniano wpływ występującej dolegliwości na ewentualne zmiany zachowania się tych dzieci w środowiskach, w których funkcjonują (domowe, szkolne/przed-szkolne, w gronie rówieśników), oraz na funkcjonowanie rodziny w warunkach stwarzanych przez istniejącą dolegliwość (Tab. 4, Tab. 5). W analizie danych brano pod uwagę warunki socjalno-bytowe ankietowanych rodzin (Tab. 6).

W badaniach ujęto również nieliczną grupę dzieci (7 pacjentów – 7,4%), u których rodzice bądź opiekunowie nie potrafili sprecyzować rodzaju moczenia nocnego, w części przypadków dotyczyło to dzieci adoptowanych, z domu dziecka bądź z placówki opiekuńczo-leczniczej (Tab. 1–6).

## ANALIZA STATYSTYCZNA

Dane przedstawiono jako liczbę i odsetek opisywanych parametrów. Do porównania istotności cech pomiędzy badanymi grupami zastosowano analizę wariancji ANOVA dla zmiennych o rozkładzie normalnym. Badania przeprowadzono dla założonego poziomu ufności 95%, a różnice średnich przyjmowano za istotnie statystycznie, gdy prawdopodobieństwo  $p$  popełnienia błędu I rodzaju było mniejsze niż 5% ( $p < 0,05$ ).

## WYNIKI

Nocne nietrzymanie moczu występowało głównie u pacjentów pomiędzy 5 a 10 r.ż. (66 pacjentów – 69, 47%). Analiza danych wykazała znaczącą dominację trwającego od urodzenia moczenia nocnego (62,1%). Przewagę płci męskiej wykazano zarówno w przypadku trwającego od urodzenia moczenia nocnego, jak i moczenia pojawiającego się po okresie kontroli mikcji (15,8%). Dotyczyło to obu ocenianych grup wiekowych dzieci (Tab. 1, Tab. 2). Większość dzieci (56 pacjentów

**Tabela 1.** Występowanie moczenia nocnego (z uwzględnieniem płci pacjentów)

Moczenie nocne	Płeć		Razem (n)	%
	Żeńska ♀ n / %	Męska ♂ n / %		
Od urodzenia	22 / 23,2%	37 / 38,9%	59	62,1
Po okresie kontroli mikcji	14 / 14,7%	15 / 15,8%	29	30,5
Nieokreślone	4 / 4,2%	3 / 3,2%	7	7,4
Razem	40	55	95	100
%	42,1	57,9	-	-
$p$	$p < 0,05$			

**Tabela 2.** Występowanie moczenia nocnego (z uwzględnieniem wieku, płci i czasu pojawienia się problemu)

Moczenie nocne	5–10 lat		10–17 lat		Ra- zem (n)	%	$p$
	Żeńska ♀ n / %	Męska ♂ n / %	Żeńska ♀ n / %	Męska ♂ n / %			
Od urodzenia	17 / 17,89	26 / 27,4	5 / 5,3	11 / 11,57	59	62,16	$p < 0,005$
Po okresie kontroli mikcji	7 / 7,36	11 / 11,57	7 / 7,36	4 / 4,2	29	30,49	
Nieokreślone	2 / 2,1	3 / 3,15	2 / 2,1	-	7	7,35	
Razem	26	40	14	15	95	100	
%	27,35	42,12	14,76	15,77	100	100	

– 58,9%) cechowała niestabilność emocjonalna (rozumiana jako nieadekwatne zachowania/reakcje na różne „sytuacje życiowe”) związana z występującą dolegliwością, przy czym w 40% (38 dzieci) dotyczyło to pacjentów poniżej 10 r.ż. (Tab. 3). U 58,9% (56 dzieci) z analizowanej grupy dzieci poniżej 10 r.ż. nie zaobserwowano zaburzeń funkcjonowania w środowisku domowym i szkolnym, jak również w gronie innych rówieśników 64,2% (61 dzieci). W przypadku pacjen-

**Tabela 3.** Wpływ moczenia nocnego na stabilność emocjonalną pacjentów (w zależności od wieku)

Stabilność emocjonalna	Grupy wiekowe pacjentów				Razem (n)	%	
	5-10 lat (n)	%	$p$	10-17 lat (n)			%
Stabilny emocjonalnie	26	27,4		11	11,6	37	39
Niestabilny emocjonalnie	38	40	$p < 0,01$	18	18,9	56	58,9
Stabilność emocjonalna nieokreślona	2	2,1		-	-	2	2,1
Razem	66	69,5		29	30,5	95	100

**Tabela 4.** Funkcjonowanie dzieci moczących się w nocy w środowisku ich życia (z uwzględnieniem wieku)

Stabilność emocjonalna	Grupy wiekowe pacjentów										Razem (n)	%
	5-10 lat					10-17 lat						
	Zmiany zachowania (n)	%	Brak zmian zachowania (n)	%	<i>p</i>	Zmiany zachowania (n)	%	Brak zmian zachowania (n)	%	<i>p</i>		
Środowisko domowe	10	10,5	56	58,9		5	5,3	24	25,3		95	100
Środowisko szkolne	10	10,5	56	58,9		5	5,3	24	25,3		95	100
przedszkolne												
Środowisko rówieśników	5	5,3	61	64,2	<i>p</i> <0,05	3	3,1	26	27,4	NS	95	100

tów powyżej 10 r.ż. odsetki te są ponad dwukrotnie niższe (Tab. 4). Zgodnie z opinią ankietowanych, spośród występujących zaburzeń zachowania w środowisku domowym w grupie dzieci od 5 r.ż. do 10 r.ż. na plan pierwszy wysuwa się nieposłuszeństwo, w dalszej kolejności upór, nadpobudliwość, niepokój, nadmierna ruchliwość, a w pojedynczych przypadkach zaburzenia koncentracji, próby dominacji nad otoczeniem, wybuchy złości, kłótnie i bójki z rodzeństwem. Natomiast w grupie dzieci od 10 r.ż. do 17 r.ż. są to: lenistwo, nieposłuszeństwo, napady gniewu i agresji. Jeden pacjent z tej grupy wiekowej, przejawiający zaburzenia w funkcjonowaniu we wszystkich z omawianych środowiskach, jest poddawany socjoterapii. Budzącymi niepokój zachowaniami dzieci w środowisku szkolnym lub przedszkolnym są: zaburzenia koncentracji, niepokój, nadmierna ruchliwość, nieposłuszeństwo, lenistwo, wybuchy złości, gniewu, ponadto – w grupie pacjentów powyżej 10 r.ż. – agresja. W gronie rówieśników, pacjentów poniżej 10 r.ż. cechuje nadmierna ruchliwość, złośliwość, wybuchy złości i agresja, a pacjentów powyżej 10 r.ż. – agresja. Zmiany funkcjonowania rodziny dziecka moczącego się w nocy występują aż w 85,3% przypadków (81 rodzin). Ta znacząca przewaga dotyczy zarówno trwającego

od urodzenia (51,6%), jak i pojawiającego się po okresie kontroli mikcji moczenia nocnego (28,4%) (Tab. 5). W 26% istniejąca sytuacja spowodowała czy wręcz wymusiła korzystną zmianę stylu życia rodziny (większe zdyscyplinowanie, przestrzeganie określonych, narzuconych przez istniejącą dolegliwość zasad), niekiedy połączoną ze zmęczeniem, nerwowością, bezsennością i rezygnacją. Zjawisko to występuje z podobną częstotliwością w obu grupach wiekowych. Poza tym – głównym problemem dla ankietowanych rodziców dzieci moczących się w nocy jest rezygnacja, a w dalszej kolejności zmęczenie, niewyspanie, nerwowość, brak cierpliwości i bezradność, w pojedynczym przypadku kłótniowość. 42,1% ankietowanych rodziców oceniło warunki socjalno-bytowe swoich rodzin jako bardzo dobre, 36,9% jako dobre, a tylko 2,1% jako złe. Zdecydowana większość dzieci moczących się w nocy, niezależnie od rodzaju moczenia nocnego, ma zapewnione przede wszystkim bardzo dobre i dobre warunki życia (Tab. 6).

## OMÓWIENIE

Występowanie moczenia nocnego jest dużym problemem natury psychologicznej zarówno dla dzieci, jak i ich rodzin. Diagnostyka pacjentów nefrologicznych często wskazuje na podłoże anatomiczne i/lub czynnościowe występującej dolegliwości, niejednokrotnie choroba układu moczowego „jako wyjątkowa sytuacja nasila lub wręcz wywołuje zaburzenia emocjonalne” [9]. Wstępna analiza naszego materiału obejmowała dzieci w wieku od 5 r.ż. do 17 r.ż., które nie przestały moczyć się po ukończonym 5 r.ż., bądź nocne nietrzymanie moczu pojawiło się u nich po okresie kontroli mikcji przekraczającym 6 miesięcy. Wykazano dominację MN w grupie dzieci poniżej 10 r.ż. (*p*<0,01) oraz przewagę występowania tej dolegliwości od urodzenia u chłopców, w obu grupach wiekowych (62,1%) (*p*<0,005) (Tab. 1, Tab. 2), co jest zgodne z obserwacjami innych autorów [3, 4, 6]. Większość dzieci (56 pacjentów – 58,9%), głównie pacjentów poniżej 10 r.ż., cechowała niestabilność emocjonalna (Tab. 3). Panuje pogląd, że nocne nietrzymanie moczu stwarza problemy psychologiczne dla dziecka [7]. Są one skutkiem a nie przyczyną moczenia nocnego [5]. Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów poniżej 10 r.ż. prawidłowo funkcjonujących w środowisku domowym (58,9%), szkolnym (58,9%) i w gronie rówieśników (64,2%), przy zdecydowanie niższym odsetku (w analogicznych środowiskach) w grupie pacjentów powyżej 10 r.ż. (Tab. 4). Przeprowadzona analiza statystyczna obejmująca dzieci poniżej 10 r.ż. potwierdziła nasze obserwacje dotyczące istotnie rzadszego występowania zmiany

**Tabela 5.** Dziecko moczące się w nocy a funkcjonowanie rodziny

Występowanie moczenia nocnego	Zmiany w funkcjonowaniu rodziny (n)		<i>p</i>	Brak zmian w funkcjonowaniu rodziny (n)		Razem (n)	
	%	%		%	%	%	%
Od urodzenia	49	51,6	<i>p</i> <0,001	10	10,5	59	62,1
Po okresie kontroli mikcji	27	28,4		2	2,1	29	30,5
Nieokreślone	5	5,3		2	2,1	7	7,4
Razem	81	85,3		14	14,7	95	100

**Tabela 6.** Warunki socjalno-bytowe w rodzinie dzieci moczących się w nocy

Występowanie moczenia nocnego	Warunki socjalno-bytowe					Razem (n)
	Bardzo dobre (n)	Dobre (n)	Dość dobre (n)	Średnie (n)	Złe (n)	
Od urodzenia	27	22	5	4	1	59
Po okresie kontroli mikcji	9	10	5	4	1	29
Nieokreślone	4	3	-	-	-	7
Razem	40	35	10	8	2	95
%	42,1	36,9	10,5	8,4	2,1	100



ich zachowania w środowisku rówieśników w porównaniu do środowiska szkolnego i domowego. Natomiast w grupie pacjentów powyżej 10 r.ż. w tym przypadku nie wykazano istotnych różnic w zmianie zachowania dzieci. W przypadku pacjentów do 10 r.ż. prawdopodobnie ma to związek z bardzo dobrymi i dobrymi warunkami socjalno-bytowymi u części badanych, co może przekładać się na funkcjonowanie dzieci w ich środowiskach życia. Większe oczekiwania społeczne w stosunku do dzieci powyżej 10 r.ż. prawdopodobnie miały wpływ na powyższe wyniki. Podawane w naszej ankiecie zaburzenia zachowania u pacjentów do 10 r.ż. to głównie nieposłuszeństwo, upór, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia koncentracji oraz wybuchy złości, kłótnie i bójki z rodzeństwem, natomiast u pacjentów powyżej 10 r.ż. – lenistwo, nieposłuszeństwo, gniew i agresja (w środowisku domowym). Podobne zachowania prezentują te dzieci w środowisku szkoły lub przedszkola: zaburzenia koncentracji, niepokój psychoruchowy, nieposłuszeństwo, lenistwo, złość i gniew, a dzieci powyżej 10 r.ż. również agresję. W gronie rówieśników, pacjenci poniżej 10 r.ż. przejawiają nadpobudliwość ruchową, złośliwość, wybuchy złości i agresji, pacjenci powyżej 10 r.ż. – agresję. Z kolei badania przeprowadzone przez Janowską wykazały aż u 73% moczających się dzieci niskie poczucie własnej wartości, której przejawem było zabieganie na różne sposoby o jak najlepszą ocenę otoczenia. Większość z tych dzieci była nieśmiała i pozbawiona braku pewności siebie [10]. Jak wynika z dostępnego piśmiennictwa ogromną rolę w walce z moczeniem nocnym i z występowaniem zaburzeń funkcjonowania dziecka w środowiskach jego przebywania odgrywa postawa najbliższego otoczenia. Rodziny dzieci moczających się w nocy bywają różne: „wspierające i bardzo krzywdzące, obwiniające, różniące się postawami wychowawczymi rodziców” [11]. Prawdopodobnie przyczyną negatywnych zachowań dzieci, m.in. takich jak podawali ankieta, to ankieta, to stres. Prowadzą one do unikania rozmów z rodzicami na temat moczenia nocnego, zabierają nadzieję na jego ustąpienie, ograniczają lub wręcz uniemożliwiają pobyty poza domem, nawet w rodziny poinformowanej o istniejącej dolegliwości. Ogromny udział w nasileniu tych odczuć i zachowań ma karząca postawa jednego lub obojga rodziców oraz postawa rodzeństwa, które niekiedy potrafi być okrutne [11]. Wydaje się, że podobnie negatywna postawa środowiska szkolnego i rówieśników może promować lub nasilać moczenie nocne i negatywne zachowania dzieci moczających się, być może jest to forma obrony.

Zmiany w funkcjonowaniu rodziny występują znacząco częściej w przypadkach MN trwającego od urodzenia. Wśród rodziców ankietaowanych pacjentów dominuje rezygnacja, u podłoża której może tkwić: bezradność, brak wsparcia, wstyd, który utrudnia im zwrócić się po fachowe wsparcie, nieskuteczność podejmowanych dotąd interwencji mających zredukować problem moczenia. Ta postawa często może dotyczyć rodziców mających subiektywne poczucie, że moczenie dziecka trwa zbyt długo. W opinii Hajdas, opanowanie przez dziecko kontroli mikcji jest postrzegane przez ich rodziców jako miara ich własnych umiejętności wychowawczych [12]. Rodzice mający poczucie rezygnacji w związku z długotrwałością moczenia u dziecka czuli się bezradni i zmęczeni. W większości opisywali swoją rodzinę jako: zgodną, kochającą się, troskliwą. Mogłoby to oznaczać, że problem dziecka, w ich odczuciu, nie rzutuje negatywnie na relacje panujące pomiędzy członkami rodziny. W podej-

ściu takim może jednak kryć się następujące zagrożenie: dziecko może budzić w sposób nieświadomy negatywne emocje, które nie są wobec niego wyrażone wprost, dziecko może być delegowane do roli chorego, co pozwala rodzinie zachować stabilność, równowagę. Rozdrażnienie i zmęczenie części rodziców może wynikać m.in. z dodatkowych obowiązków wynikających z radzenia sobie z moczeniem dziecka (m.in. przeprowadzanie alarmów nocnych, zmiana pościeli, jej pranie). Rodzice tacy podają, że brakuje im cierpliwości, są nerwowi, częściej wybuchają pomiędzy nimi kłótnie. Prezentowane przez dzieci zachowania postrzegają jako problemowe, a swoje dzieci jako niestabilne emocjonalnie, łatwo reagujące gniewem, impulsywne, mające problem z kontrolą emocjonalną lub też zamknięte w sobie, niewyraźające przeżywanych emocji wprost, mało komunikatywne. Uważa się, że jednym z czynników odpowiedzialnych za występowanie moczenia nocnego jest niższy status społeczno-ekonomiczny [6]. Nie potwierdzają tego nasze obserwacje. Zdecydowana większość dzieci moczających się w nocy ma zapewnione bardzo dobre (42,1%) i dobre (36,9%) warunki życia (Tab. 6).

## WNIOSKI

1. Moczenie nocne, niezależnie od wieku, występuje znacznie częściej u dzieci płci męskiej. W wielu przypadkach narusza ono stabilność emocjonalną dzieci i młodzieży dotkniętych tą dolegliwością.
2. Moczenie nocne może wywierać niekorzystny wpływ na funkcjonowanie pacjentów w środowisku domowym, szkolnym bądź przedszkolnym oraz w gronie rówieśników. Analiza statystyczna obejmująca dzieci poniżej 10 r.ż. wykazała istotnie rzadsze występowanie zmian ich zachowania w środowisku rówieśników w porównaniu do środowiska szkolnego i domowego.
3. Moczenie nocne jest jednym z czynników naruszających istniejący rytm funkcjonowania rodziny; najczęściej jest źródłem rezygnacji, zmęczenia i niewyspania, zwłaszcza w rodzinach dzieci z nocnym nieotrzymaniem moczu trwającym od urodzenia.

## PIŚMIENICTWO

1. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z dzieckiem moczającym się w nocy. Opracowane przez Grupę Ekspertów Polskiego Towarzystwa Urologii Dziecięcej oraz Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej powołaną przez Ministra Zdrowia RP. Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2012;1.
2. Wysznińska T. Moczenie nocne. W: Wybrane zagadnienia nefrologii dziecięcej. Standardy medyczne. 2001; 3(1): 17–20.
3. Makosiej R, Czkwianianc E, Leśniak D, Sordyl B, Małecka-Panas E. Moczenie nocne i dzienne popuszczanie moczu u dzieci z zespołem rzekomej nadreaktywności wypieracza i zaporcami. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnienie Dziecka*. 2007; 9(2): 111–114.
4. Gadomska-Prokop K. Moczenie nocne u dzieci. <http://www.przegladourologiczny.pl/arttykul.php?1183> (dostęp 2013.01.02).
5. Baka-Ostrowska M. Moczenie nocne – problem dzieci i dorosłych. *Przegl Urol*. 2011; 2(66): 45–47.
6. Aleksyńska A.M. Moczenie nocne: diagnostyka, przyczyny i leczenie. <http://artelis.pl/arttykuly/7396/moczenie-nocne-diagnoza-przyczyny-i-leczenie> (dostęp 2013.01.02).
7. Lawless MR, McElderry DH. Moczenie nocne: współczesne poglądy. <http://www.moczenieocne.net/pismienictwo.html> (dostęp 2013.01.02).
8. Paruszkiewicz G. Izolowane moczenie nocne. W: Diagnostyka i leczenie zaburzeń oddawania moczu u dzieci. W: Nietrzymanie moczu u dzieci i dorosłych. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2003: 20–34.

9. Zachwieja J. Psychologiczne aspekty chorób układu moczowego. <http://www.maluchy.pl/arttykul/343> (dostęp 2012.01.02).
10. Hajdas A. Psychologiczny portret dziecka moczącego się w nocy (na podstawie prowadzonych przypadków). <http://www.awans.net/strony/psychologia/hajdas/hajdas2.html> (dostęp 2013.01.02).
11. Janowska M. Psychologiczne aspekty moczenia nocnego u dzieci. <http://www.psychiatria.pl/txt/a,211,0,psychologiczne-aspekty-moczenia-nocnego-u-d> (2013.01.02).
12. Hajdas A. Psychologiczne aspekty moczenia nocnego. <http://www.awans.net/strony/psychologia/hajdas/hajdas1.html> (dostęp. 2013.01.02).

## Quality of life of children with nocturnal enuresis and their families

### Abstract

**Introduction.** Nocturnal enuresis (NE), commonly called bedwetting, is involuntary urination while asleep occurring in children who have completed toilet training or are over 5 years old. The prevalence of bedwetting decreases with age. Nocturnal enuresis gives rise to a major inconvenience for the whole family.

**The aim of study** was to assess the life quality of children affected with nocturnal enuresis and their families. Extended anamnesis was performed. Specific data were collected via a survey.

**Material and methods.** There were 95 children included: 40 girls and 55 boys, aged 5–17. Analysis of age, gender and mental condition was conducted in patients with different kinds of NE. The impact of the condition on children's socialisation, their behaviour and family problems was estimated.

**Results.** NE is the most common between the ages of 5–10. Monosymptomatic NE was the predominant condition. In 58.9%, emotional liability was diagnosed, 40% was under 10 years old. Despite the fact that in 85.3% cases disturbances in family functioning were observed, most of the children were properly socialized.

**Conclusions.** 1/ NE is more common in boys, regardless of age. 2/ NE impairs emotional stability of children. 3/ NE influences family functioning. It could help to strengthen family bonds, but more often NE is the reason for lack of sleep, chronic fatigue and resignation.

### Key words

nocturnal enuresis, psychological aspects, children, teenagers