

Paulina Pieprzyca

---

# Funkcjonowanie społeczne nastolatka z moczeniem nocnym

## Wstęp

Zaburzenia oddawania moczu ze względu na częstotliwość występowania stanowią istotne zagadnienie w pediatrii. Jednym z najczęstszych problemów urologicznych występujących w okresie rozwojowym jest moczenie nocne [1, 2]. Stwarza ono liczne problemy natury higienicznej, społecznej i psychologicznej oraz powoduje dużą uciążliwość tak dla dziecka (szczególnie nastolatka), jak i jego rodziców.

Złożoność patogenezы moczenia nocnego a także trudności w ustaleniu charakteru zaburzenia, odnalezieniu przyczyny a zwłaszcza doborze skutecznego leczenia nie umniejszają efektów terapeutycznych, jeżeli w opiece medycznej nad pacjentem uwzględni się kompleksowość działań [3, 4, 5, 6]. Jednakże u wielu pacjentów nie udaje się znaleźć somatycznego podłoża moczenia się i można uznać, że prawdopodobną jego przyczyną są czynniki psychiczne.

W przypadku moczenia się nie częstość objawu wpływa na psychikę, ale sam fakt dysfunkcji. Jeżeli moczenie utrzymuje się dłuższy czas, bardzo przykre są jego konsekwencje – poczucie wstydu i winy. Pacjenci czują się bardziej ograniczeni przez swą dolegliwość niż ich rówieśnicy cierpiący na cięższe i gorzej rokujące schorzenia.

Moczenie nocne wynika z różnych zaburzeń psychogennych, których częstość narasta wraz z wiekiem, nie występuje ono jako objaw izolowany. U dzieci starszych stwierdza się moczenie z dwoma rodzajami zaburzeń: obniżony poziom samooceny, samoakceptacji lub trudności w radzeniu sobie, bądź z reakcjami agresywnymi. Wraz z wiekiem obserwuje się wzrost częstości zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych pozostających w związku z izolacją społeczną, karaniem, a nie z postawą dziecka wobec choroby [7, 8]. Część zaburzeń, zwłaszcza lękowych, powoduje skłonność do izolowania się, prowadząc do szeroko pojętej izo-

lacji społecznej. W dorosłym wieku osoby te wykazują niższy poziom socjalizacji oraz są bardziej podejrzliwe.

Przewlekłość zaburzenia stanowi bardzo duże obciążenie dla dorastającego nastolatka i jego rodziców. Długi okres trwania zaburzenia, wielokrotnie przeżywane przez dziecko i rodziców poczucie zagrożenia, uczucie niepokoju i bezsilności, przy równoczesnej konieczności podjęcia walki z chorobą stanowi dla nich wszystkich źródło – trwającej permanentnie – trudnej sytuacji [9].

Wiek dorastania wiąże się usamodzielnianiem się, a tym samym wzrostem oczekiwań społecznych. Trudności nastolatka mogą być także związane z reakcją nauczyciel–uczeń oraz nastolatek–grupa rówieśnicza. Dezaprobatą nauczyciela, brak pozycji w grupie czy odrzucenie, nie pozwalają na zaspokojenie istotnych potrzeb, takich jak: bezpieczeństwo, akceptacja. Jeżeli takie sytuacje występują często, trwają długo lub są bardzo nasilone, wtedy mogą powodować zaburzenia w zachowaniu lub kształtowaniu się osobowości [10, 11].

Wynikające z choroby dysfunkcje w wykonywaniu zadań przypisanych wiekowi powodują u nastolatków obniżenie aktywności, wywołują napięcia, lęk, strach, gniew, poczucie niższej wartości. Prowadzą do zachowań polegających na unikaniu kontaktu z nauczycielem lub reakcjach agresywnych. Taki ciąg zdarzeń, który trwa kilka miesięcy objawia się u nastolatków zaburzeniami zachowania, nasilając stres [11, 12, 13].

Nastolatki moczące się są bardziej skryte, nie wyjeżdżają ze swoimi koleżankami i kolegami na wycieczki szkolne, kolonie, obozy. Możliwość ujawnienia dolegliwości i kompromitacji w oczach rówieśników powoduje niechęć do wyjazdów i spędzania czasu w gronie kolegów i koleżanek. Dla moczących się nastolatków okazuje się to największym problemem, który izoluje ich od grupy rówieśniczej.

Z uwagi na złożoność problemów, na które narażone są dzieci z moczeniem nocnym w okresie dorastania, celem badań była ocena funkcjonowania społecznego nastolatka z tym problemem.

## **Materiał i metody**

Grupę badawczą stanowiło 33 dzieci w wieku 12–16 lat (21 dziewcząt i 12 chłopców) przebywających w oddziałach pediatrycznych oraz korzystających z Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie, oraz rodzice tychże dzieci (28 matek, 3 ojców, w 4 przypadkach oboje rodzice). Badania były prowadzone jako pilotażowe. Mała liczebność grupy badawczej (wynikająca z dużej niechęci młodzieży, zwłaszcza starszej wiekowo, do poruszania tematu dolegliwości) nie pozwoliła na ocenę istotności statystycznych.

W badaniach użyto dwóch autorskich kwestionariuszy ankiety zawierających 24 pytania o charakterze zamkniętym, otwartym i półotwartym, przeznaczonych dla dzieci i ich rodziców oraz testu jawnego niepokoju, „Jaki jesteś” E. Skrzypek i M. Choynowskiego.

Pytania ankietowe skierowane do dzieci dotyczyły m.in. sytuacji rodzinnej dziecka, możliwości korzystania przez nie ze wsparcia rodziny i rówieśników w szkole, sytuacji szkolnej dziecka i jego postępów w nauce, oraz stosunku dziecka do problemu moczenia się.

Pytania, na które odpowiadali rodzice dotyczyły m.in.: wzajemnych relacji rodzinnych, znaczenia problemu moczenia się dla rodziców i rodzeństwa dziecka, postępów edukacyjnych dziecka, rodzaju problemów wychowawczych z nim, a także jakości relacji dziecka z rówieśnikami.

Skala jawnego niepokoju „Jaki jesteś” E. Skrzypek i M. Choynowskiego służy do badania poziomu niepokoju utożsamianego z neurotycznością u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Pytania odnoszą się do dwóch skal: a) skali neurotyczności, która mierzy skłonność badanego do przeżywania lęków, niepokojów i obaw wraz z towarzyszącymi im objawami psychosomatycznymi; b) skali kłamstwa, która jest skalą kontrolną umożliwiającą oszacowanie siły tendencji badanego do pokazywania się w lepszym świetle zgodnie ze zmienną aprobaty społecznej.

Interpretacja wyników testu jest dokonywana na podstawie norm zróżnicowanych ze względu na wiek i płeć, a wynik oblicza się za pomocą klucza i wyraża tabelami norm w skali standardowej; tutaj skala stenowa [14].

## Wyniki

Analiza materiału badawczego wykazała, że większość ankietowanych miała więcej niż dwoje rodzeństwa; na uwagę zasługuje fakt, że aż 36% respondentów pochodziła z rodzin niepełnych, co oznacza że wychowywani są tylko przez matki.

W badanej grupie młodzieży większość stanowiły dziewczęta (63,6%) oraz badani w wieku 12 lat (37%), najstarszych nastolatków (16 lat) było zaledwie czworo (12,1%).

Analiza wyników testu jawnego niepokoju w części dotyczącej skali neurotyczności wykazała, że neurotyzm występuje u znacznego odsetka badanych nastolatków (85%): neurotyzm wysoki – 36%, przeciętny – 49%, niski – 15%.

Rozkład występowania neurotyzmu z uwzględnieniem wieku przedstawia się następująco u nastolatków z grupy wiekowej 12 do 14 lat: neurotyzm wysoki – 31,6%, neurotyzm przeciętny – 47,4%, neurotyzm niski – 21%. W grupie wiekowej od 14 do 16 lat: neurotyzm wysoki – 42,9%, przeciętny – 50%, niski – 7,1%. Rozkład występowania neurotyzmu z uwzględnieniem płci wskazuje, że u dziewczynek neu-

rotyzm wysoki występuje u 42,9% z nich, przeciętny u 47,6%, a niski tylko u 9,5%. U chłopców neurotyzm wysoki występuje u 25%, przeciętny u 50%, a niski u 25%.

Z analizy skali kłamstwa wynika, że najczęściej badanych (51,5%) prezentuje niski poziom kłamstwa, u 33,3% nastolatków jest on wysoki. Wysoki poziom kłamstwa przejawia więcej nastolatków w wieku od 14 do 16 lat – 58%, przeciętny – 21%, niski również 21%. W grupie wiekowej od 12 do 14 lat wysoki poziom kłamstwa występował u 15,8%, przeciętny – 10,5%, a niski aż u 73,7%. Uwzględniając płeć, wysoki poziom kłamstwa przejawiają dziewczęta (40%), natomiast u chłopców dominuje niski (75%) i przeciętny (8,3%).

## **Relacje rodzinne**

Analiza wyników ankiety własnej w odniesieniu do relacji rodzinnych wykazała, że badani najchętniej spędzają czas ze swoją mamą (33%) oraz rodzeństwem (31%); 21% respondentów nie ma takiej osoby wśród członków rodziny. Swoje relacje z nastolatkiem 45,5% rodziców oceniło jako dobre, tylko 3% rodziców podało, że są one bardzo dobre, natomiast 9,1% rodziców ma z dzieckiem zły kontakt.

Relacje panujące między rodzeństwem rodzice najczęściej określali jako dobre (45,8%), tylko 16,7% ankietowanych oceniło je jako bardzo dobre, a dość duży odsetek rodziców uznał je za niewłaściwe (37,5%).

Jak wynika z badań, nastolatki mają różne problemy życiowe, jednakże w hierarchii ważności moczenie nocne jest najistotniejszym problemem dla blisko 67% respondentów. Wyniki te zostały potwierdzone również w opinii rodziców, wśród których 63,6% uznało moczenie za największy problem swojego dziecka. Jednorodność opinii nastolatków i rodziców w sprawie uznania moczenia nocnego za duży problem, może świadczyć o znajomości problemów własnego dziecka.

Jednak zdecydowana większość rodziców (87,9%) podaje, że ich dzieci nie chcą rozmawiać na temat swojego problemu, tylko 12,1% rodziców jest odmiennego zdania. Osobą, której badane nastolatki najchętniej powierzają swoje problemy jest matka (39,4%) i psycholog (15,2%), a 6,1% nie rozmawia z nikim. Również matka jest osobą, na którą mogą liczyć respondenci w trudnych chwilach (blisko 40%) lub ich rodzeństwo (21,3%). Nikt z ankietowanych nie wskazał ojca. Ponad 6% nastolatków nie doświadcza wsparcia od nikogo.

Aż 36,3% badanych nigdy nie może liczyć na zaangażowanie rodziny w walkę z ich chorobą. Opinię tę potwierdzają sami rodzice, tylko 33,4% rodziców deklaruje gotowość pomocy w terapii. Zdaniem rodziców sytuację utrudnia także negatywna postawa rodzeństwa wobec moczącego się nastolatka, który często jest ośmieszany (37,5%) lub jego problem jest ignorowany (29,2%).

Nastolatki z moczeniem nocnym stwarzają zdaniem 64% rodziców kłopoty wychowawcze, najczęściej kłamią (22,2%), co znajduje odzwierciedlenie w teście jaw-

nego niepokoju w skali kłamstwa, gdzie wysoki poziom kłamstwa prezentowało 33,3% badanych. Rodzice skarżą się również na niechęć młodzieży do nauki (16,7%), konfliktowość i wulgarnie zachowanie (po 13,9%), skłonność do wagarowania (11,1%), agresję i symulowanie chorób (po 8,3%) oraz kradzieże (5,6%).

## Relacje w grupie rówieśniczej

Wyniki analizy wskazują, że większość nastolatków (78,8%) lubi nawiązywać nowe znajomości, co potwierdzają ich rodzice (39,4%), natomiast wcale lub niechętnie integruje się 30,3% badanych, co również potwierdzają rodzice (36,4%). Blisko 16% badanych deklaruje, że ma nieliczne grono znajomych lub nie ma ich wcale. Zdaniem 57,5% rodziców kontakty koleżeńskie ich dzieci cechuje duża konfliktowość.

Najwięcej młodzieży (39,4%) spędza czas w gronie rówieśników, czego nie potwierdzają w badaniach ich rodzice. Aż 15,2% nastolatków czas wolny spędza samotnie.

## Funkcjonowanie nastolatka w szkole

Blisko 37% młodzieży nie bardzo lubi się uczyć i dane te korespondują z opinią ich rodziców. Ponad 39% młodzieży deklaruje, że ma trudności w przyswajaniu wiedzy.

Pomimo że ponad 39% nastolatków ma większe lub mniejsze kłopoty z nauką, to najwięcej badanych uważa się za bardzo dobrych i dobrych uczniów (57,6%), jedynie 15,2% za słabych. Opinii tej nie podzielają rodzice, wśród których znaczna grupa uważa, że młodzież uczy się przeciętnie (45,5%) lub słabo (21,2%); trudności z nauką wszystkich przedmiotów ma 6,4% nastolatków.

Uczniowie, którzy mają kłopoty z nauką w różny sposób reagują na niepowodzenia szkolne. Najczęściej płaczą (27,3%), wpadają w złość i agresję (21,2%), obojętnieją (24,2%) zniechęcają się do nauki lub ją bagatelizują (po 12,1%).

Z obawy o ujawnienie swojego problemu i ośmieszenie w oczach kolegów czy koleżanek, badana młodzież często unika wyjazdów klasowych, wycieczek oraz ma skłonności do izolacji (51,5%). Sytuację tę potwierdza aż 48,5% rodziców.

Sytuacja życiowa, w tym społeczna, badanych nastolatków sprawia, że ponad 90,9% z nich chciałoby zmian w swoim życiu, jedynie 9,1% nie odczuwa takiej potrzeby.

## Dyskusja

Jak wynika z przeprowadzonych badań, wśród młodzieży i ich rodziców moczenie nocne jest spośród innych problemów kwestią o najwyższej randze ważności,

o którym młodzi ludzie – szczególnie w starszych grupach wiekowych – niechętnie mówią. Świadczyć o tym może fakt odmowy w badaniach młodzieży starszej wiekowo (15–16 lat).

Moczenie nocne pociąga za sobą liczne konsekwencje [15, 16], które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne adolescenta, zwłaszcza, gdy problem jest ukrywany, a nastolatek pozostawiony sam sobie.

Uznaje się, że istotnym powodem pojawienia się moczenia nocnego są różne, ważne życiowo czy traumatyczne wydarzenia, takie jak wychowywanie się w rodzinach ewidentnie dysfunkcyjnych, w których dochodzi do deprawacji podstawowych potrzeb emocjonalnych i poznawczych dziecka [16, 17, 18]. Znalazło to potwierdzenie w uzyskanych wynikach prowadzonych badań, które wskazały, że znaczący odsetek młodzieży pochodził z rodzin rozbitych. Ponieważ nie badano, czy rodziny pełne funkcjonują prawidłowo, nie można ustalić, na ile ich wpływ może być znaczący w badanej grupie.

Dobre funkcjonowanie rodziny i jej wsparcie może stanowić dla młodego człowieka istotny element w walce z problemem. W tym przypadku wiele zależy od ich reakcji i postępowania. Niestety, wyniki badań są niepokojące – nie wszystkie nastolatki mogą liczyć na wsparcie rodziny, szczególnie ojców czy rodzeństwa. Żaden z respondentów nie wskazał ojca jako osoby wspierającej! Wyśmiewanie, okazywanie złości lub karanie za każdy incydent powoduje, że nastolatek czuje się osamotniony i odepchnięty, wstydzi i boi się kolejnych przypadków, a związane z tym zwiększone napięcie nerwowe i stres przyczyniają się do nasilenia dolegliwości [19]. Uzyskane wyniki korespondują zarówno z niepowodzeniami szkolnymi badanej młodzieży, jak i nieakceptowanymi zachowaniami społecznymi, tworząc błędne koło przyczynowo-skutkowe w relacjach rodzinno-społecznych.

Nie bez znaczenia jest również postawa rodzeństwa. Badania własne potwierdziły, że części młodzieży była wręcz wyszydzana przez własne rodzeństwo.

Nawet, kiedy rodzeństwo rozumie kłopot i stara się na niego nie zwracać uwagi zdarza się, że podczas kłótni wykorzystują problem moczenia się brata lub siostry; jest to argument bezlitosny i najbardziej przykry ze wszystkich.

Moczenie nocne u starszej młodzieży pociąga wiele negatywnych następstw. Jeżeli w dzieciństwie wytworzy się obraz własnej osoby jako kogoś ułomnego, gorszego, „nieczystego”, może to pozostawić piętno na całe życie i mieć decydujący wpływ na późniejsze wybory, zachowania i radzenie sobie w życiu [18, 20]. Choroba przewlekła może naruszać harmonijny rozwój młodego człowieka, pogorszyć jego samopoczucie, pozbawić radości życia, może także niekorzystnie wpłynąć na rozwój psychoruchowy, proces edukacji szkolnej oraz sytuację społeczną nastolatka w kontaktach ze zdrowymi rówieśnikami. Występować mogą zaburzenia niektórych sfer rozwoju oraz jego psychicznych struktur, do których należą: obraz własnej osoby, poczucie własnej wartości, tożsamości i samooceny [21].

Bardzo istotną przyczyną zaburzeń mogą też być relacje rówieśnicze w szkole. Akceptacja grupy dla wielu nastolatków jest ważniejsza niż akceptacja nauczyciela. Dlatego nastolatki, które w szkole nie mają kolegów źle się w niej czują i bardzo silnie przeżywają tę sytuację. W konsekwencji tej przedłużającej się sytuacji młody człowiek, gdy ma pójść do szkoły buntuje się, a rezultatem tego napięcia może być moczenie się w nocy. Jest to swoista reakcja buntu nastolatka na sytuację w szkole, z którą sobie sam nie radzi [22].

Wspólną cechą dzieci moczących się, niezależnie od wieku jest niskie poczucie własnej wartości, które bywa skrzętnie skrywane w sytuacjach szkolnych. Część autorów uważa, że dzieci z moczeniem nocnym, w szkole zazwyczaj nie mają problemów z nauką, są spokojne, grzeczne, pilne, pracowite oraz chwalone przez nauczycieli. Jednocześnie należą do dzieci mało aktywnych na lekcjach, niepewnych i bojaźliwych [19]. Badania własne nie potwierdziły takich obserwacji. Wręcz odwrotnie, zarówno rodzice jak i część z respondentów twierdzą, że ma kłopoty w szkole tak z rówieśnikami, jak i nauką. Być może jest to rezultat reakcji obronnej. Nastolatki, aby podnieść swoją samoocenę próbują dominować nad kolegami, winą i obarczają ich za własne błędy, stają się wobec innych krytyczne [11, 19], co stanowi zarzewie konfliktów szkolnych i rodzinnych.

Spójne natomiast z doniesieniami wydają się wyniki wskazujące, że nastolatki te często zamykają się w wąskim gronie znajomych: najlepiej czują się z rodziną, lubią przebywać w domu [11, 19]. Sytuacja komplikuje się jednak znacząco, gdy nastolatek z problemem moczenia nocnego nie znajduje wsparcia ani w szkole, ani w domu. W takim przypadku zaburzeniu ulega nie tylko jego rozwój emocjonalno-społeczny, ale i efekty leczenia mogą okazać się nieskuteczne, nasilając wzajemne negatywne oddziaływanie.

Niepokojące są wyniki oceniające neurotyczność i poziom kłamstwa. Badana młodzież prezentowała wysoki poziom neurotyczności. Ocena neurotyczności wykazała znaczne jego nasilenie, szczególnie u dziewczynek. Również ocena kłamstwa w tej grupie jest wyższa. Można zatem domniemywać, że jest to zgodne z tym, iż dziewczynki prezentują bardziej negatywną postawę wobec występującego zaburzenia. Wynika to z faktu, że czynnik psychiczny u nich ma większe znaczenie. Są bardziej narażone na społeczne upokorzenia, dręczenie przez rówieśników oraz brak tolerancji ze strony rodziców [8, 20, 23]. Postawa nietolerancji i odrzucenia rodzi u nich poczucie wstydu i braku wiary we własne siły, a konsekwencją może być odmowa leczenia lub niewystarczające zaangażowanie w terapię.

Również na uwagę zasługuje fakt, że wysokie wskaźniki tak neurotyzmu, jak i kłamstwa dotyczą młodzieży starszej wiekowo (15–16 lat). Wysoki poziom kłamstwa może wskazywać na chęć zafałszowania wyników w kierunku przedstawiania siebie w lepszym świetle, wskazywać na ambiwalencję emocjonalną lub tłumienie treści konfliktowych.

Zwykle problem moczenia się dotyczy bardzo delikatnych i wrażliwych psychicznie dzieci [19] – zatem ta grupa pacjentów jest w sposób wyjątkowy narażona na konsekwencje moczenia i niepowodzenia w leczeniu. Moczenie nocne samo w sobie nie prowadzi do powstania żadnych powikłań. Trudność pojawia się wtedy, gdy u dziecka wytworzy się poczucie winy. Poczucie winy połączone z takimi odruchami, jak wstyd i wstyd może nasilać nieprawidłowości i powodować dalsze moczenie się. Istotne zatem jest jak najwcześniejsze zdiagnozowanie takich dzieci, by zwiększyć efektywność terapii.

Niestety, ze względu na małą liczebność grupy badawczej nie można było dokonać wielokierunkowej analizy i potwierdzić istotności statystycznej ocenianych elementów.

Powyższa analiza problemu moczenia nocnego stanowi przyczynek do pogłębienia i poszerzenia badań wśród dzieci z tym problemem, zwłaszcza zaś wśród młodzieży starszej wiekowo.

## Wnioski

1. Moczenie nocne utrudnia funkcjonowanie społeczne nastolatka zarówno w rodzinie, w szkole, jak i w grupie rówieśniczej; zostało ono uznawane za zdecydowanie największy problem badanych nastolatków tak w ich opinii, jak i opinii ich rodziców.
2. Moczenie utrudnia nastolatkom kontakty rówieśnicze, są one bardziej konfliktowi w relacjach, mają mało kolegów i koleżanek, niechętnie nawiązują nowe znajomości, nie lubią wspólnych wyjazdów grupowych.
3. Nastolatki nie otrzymują oczekiwanego wsparcia ze strony otoczenia, bardzo niechętnie zwierają się ze swojego problemu, najczęściej rozmawiają o tym ze swoją matką, która jednocześnie wskazywana jest przez nich jako osoba najbardziej wspierająca w trudnych sytuacjach.
4. Zarówno poziom kłamstwa, jak i poziom neurotyzmu jest wyższy u respondentów starszych, co może wskazywać na pogłębianie się wraz z trwaniem choroby problemów natury psychologicznej.

## Bibliografia

- [1] Gadomska-Prokop K., *Moczenie nocne*, „Klinika Pediatria” 2002, nr 10 (5), s. 545–549.
- [2] Gąsiorowski J., *Moczenie nocne*, „Lekarz Rodzinny” 1999, nr 4 (1), s. 27.
- [3] Paruszkiewicz G., *Diagnostyka i leczenie zaburzeń oddawania moczu u dzieci*, „Medycyna Rodzinna” 2000, nr 10 (2), s. 51–56.



- [4] Paruszkiewicz G., *Diagnostyka i leczenie zaburzeń oddawania moczu u dzieci*, [w:] *Nietrzymanie moczu u dzieci i dorosłych*, red. G. Paruszkiewicz, D. Gidion, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2003, s. 20–48.
- [5] Paruszkiewicz G., *Moczenie nocne u dzieci – leczyć czy czekać*, „Lekarz Rodzinny” 2000, nr 5 (3), s. 60–63.
- [6] Rona R.J., Li L., Chinn S., *Determinants of Nocturnal Enuresis in England and Scotland in the '90s.*, „Developmental Medicine & Child Neurology” 1997, Vol. 39, s. 677–681.
- [7] Longstaffe S., Moffatt M., *Behavioural and Self – Concept Changes After Six Months of Enuresis Treatment: A Randomized, Controlled Trial*, „Pediatrics” 2000, Vol. 105 (2), s. 935–940.
- [8] Popielarska A., Popielarska M., Jaklewicz H., *Specyficzne zaburzenia rozwojowe*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, M. Popielarska, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2000, s. 112–113.
- [9] Macierz A., *Dziecko przewlekle chore*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006.
- [10] Kalo B.B., Bella H., *Enuresis: Prevalence and Associate Factors Among Primary School Children in Saudi Arabia*, „Acta Paediatrica” 1996, Vol. 85, s. 1217–1222.
- [11] Vasta R., Haith M., Miller S., *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa 1995.
- [12] Kępiński A., *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- [13] Pilecka W., *Przewlekła choroba w życiu dziecka. Problemy psychologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 61–108.
- [14] Zwierzyńska E., Matuszewski M., *Skala jawnego niepokoju. Jaki jesteś*, CMPP, Warszawa 2007.
- [15] Fergusson D.M., Horwood J.L., *Nocturnal Enuresis and Behavioral Problems in Adolescence: A 15 Years Longitudinal Study*, „Pediatrics” 1994, Vol. 94, s. 662–668.
- [16] Gontard A., *Annotation: Day and Night Wetting in Children – a Paediatric and Child Psychiatric Perspective*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1998, Vol. 39, s. 439–451.
- [17] Złotkowski P., Wiśniewski A., *Psychologiczne, psychiatryczne i społeczne aspekty moczenia mimowolnego u dzieci. Postęp pediatrii*, „Pediatria Polska” 2001, nr 76, s. 889–896.
- [18] Wolańczyk T., *Postawa wobec choroby u dziecka z moczeniem mimowolnym*, „Pediatria Polska” 1999 (supl.), nr 6, s. 415.
- [19] Nitendel-Bujakowa E., *Terapia rodzinna w procesie leczenia dziecka*, „Sztuka Leczenia” 2001, nr 7 (2), s. 37–44.
- [20] Morison M.J., *Parent's and Young People Attitudes Towards Bedwetting and Their Influence on Behaviour, Including Readiness to Engage in and Persist with Treatment*, „British Journal of Urology” 1998, Vol. 81 (supl. 3), s. 56–66.

- [21] Adamski F., *Rodzina – wymiar społeczno-kulturowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- [22] Gordon T., *Wychowanie bez porażek*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.
- [23] Van Tijen N.M., Messer A.P.J., Nander Z., *Perceived Stress of Nocturnal Enuresis in Childhood*, „British Journal of Urology” 1998, Vol. 81 (supl. 3), s. 98–99.