

Teresa Lewandowska-Kidoń
Agata Korzeniecka-Kozerska

STYLE WYCHOWANIA I POSTAWY RODZICIELSKIE WOBEC DZIECI Z ZABURZENIAMI ODDAWANIA MOCZU



STYLE WYCHOWANIA
I POSTAWY RODZICIELSKIE
WOBEC DZIECI Z ZABURZENIAMI
ODDAWANIA MOCZU

TERESA LEWANDOWSKA-KIDOŃ
AGATA KORZENIECKA-KOZERSKA

STYLE WYCHOWANIA
I POSTAWY RODZICIELSKIE
WOBEC DZIECI Z ZABURZENIAMI
ODDAWANIA MOCZU



WARSZAWA 2015

Recenzenci: prof. dr hab. Katarzyna Kiliś-Pstrusińska
dr hab. Barbara Skalbania

Opracowanie redakcyjne i korekta: Barbara Jaworska

Projekt okładki: Agnieszka Miłaszewicz

© Copyright by Authors and Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2015

ISBN 978-83-8017-033-9



Opracowanie komputerowe, druk i oprawa:
Dom Wydawniczy ELIPSA
ul. Inflancka 15/198, 00-189 Warszawa
tel./fax 22 635 03 01, 22 635 17 85
e-mail: elipsa@elipsa.pl, www.elipsa.pl

Spis treści

Wstęp	7
1. Zaburzenia oddawania moczu w aspekcie medycznym	11
1.1. Definicje i charakterystyka zaburzeń oddawania moczu	11
1.2. Częstość występowania zaburzeń oddawania moczu	12
1.3. Podział zaburzeń oddawania moczu	14
1.4. Etiologia zaburzeń oddawania moczu u dzieci	15
1.4.1. Etiologia monosymptomatycznego moczenia nocnego	15
1.4.2. Etiologia moczenia nocnego wtórnego	19
1.4.3. Etiologia nietrzymania moczu w dzień	19
1.4.4. Etiologia złożonych zaburzeń oddawania moczu	20
1.5. Diagnostyka zaburzeń oddawania moczu	22
1.6. Leczenie zaburzeń oddawania moczu	26
1.6.1. Leczenie monosymptomatycznego moczenia nocnego	26
1.6.2. Leczenie złożonych zaburzeń oddawania moczu	32
2. Dziecko z chorobą przewlekłą w ujęciu psychopedagogicznym	35
2.1. Koncepcje choroby	35
2.2. Wpływ choroby na psychospołeczne funkcjonowanie dziecka	39
3. Rodzina a choroba dziecka	45
3.1. Rodzina w ujęciu psychopedagogicznym	45
3.2. Wybrane aspekty środowiska rodzinnego	50
3.2.1. Czynniki socjoekonomiczne	50
3.2.2. Postawy rodzicielskie	53
3.2.3. Style wychowania	58
3.3. Rodzina dziecka z chorobą przewlekłą – przegląd teorii i badań empirycznych	62
3.3.1. Czynniki socjoekonomiczne	63

3.3.2. Postawy rodzicielskie	68
3.3.3. Style wychowania	72
4. Metodologiczne podstawy badań własnych	76
4.1. Cel pracy i problemy badawcze	76
4.2. Metoda i techniki badawcze	78
4.3. Organizacja i przebieg badań	79
4.4. Charakterystyka badanych osób	80
4.5. Metody analizy statystycznej	84
5. Analiza wyników badań własnych	85
5.1. Sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin dzieci z zaburzeniami oddawania moczu i dzieci zdrowych	85
5.1.1. Warunki materialno-bytowe rodzin	85
5.1.2. Struktura rodziny	90
5.2. Postawy rodziców dzieci z zaburzeniami oddawania moczu i dzieci zdrowych	100
5.2.1. Postawy matek i ojców dzieci z zaburzeniami oddawania mocz u i dzieci zdrowych	100
5.2.2. Porównanie postaw matek z postawami ojców w grupie dzieci z zaburzeniami oddawania moczu oraz w grupie dzieci zdrowych	107
5.2.3. Postawy matek i ojców dzieci z zaburzeniami oddawania mocz u i dzieci zdrowych a płeć dziecka	110
5.3. Style wychowania w rodzinach dzieci z zaburzeniami oddawania moczu i dzieci zdrowych	112
5.4. Postawy rodzicielskie a style wychowania	117
Wnioski i dyskusja	120
Bibliografia	131
Spis rycin	156
Spis tabel	157
Aneks	159

Wstęp

Choroba ujmowana jest jako zjawisko negatywne, przeciwstawne do zdrowia, powodujące zaburzenia sprawności organizmu zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychicznym oraz społecznym. Ze względu na duże zróżnicowanie chorób i wielość kryteriów klasyfikacyjnych (m.in. obraz kliniczny, symptomy, przyczyny, wiek życia osób dotkniętych chorobą, czas trwania) stworzono wiele ich klasyfikacji (za: A. Maciarz, 2001a). Z uwagi na czas trwania choroby wyróżniono choroby krótkotrwałe oraz długotrwałe zwane inaczej chorobami przewlekłymi.

Choroba przewlekła to, według Komisji Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia, „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki” (za: W. Pilecka, 2007, s. 15).

W etiologii chorób psychosomatycznych istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne i społeczne. Do tych pierwszych można zaliczyć między innymi zaburzenia rozwoju emocjonalnego, konflikty okresu dzieciństwa (G. Dolińska-Zygmunt, 2001), sposób reagowania emocjonalnego na trudności, poziom optymizmu życiowego (K. Wrześniewski, 1993). Czynniki społeczne związane są z grupami społecznymi, w jakich dziecko przebywa. Główną rolę odgrywa tu rodzina, gdyż jest ona pierwszą i przez wiele lat jedyną grupą, z jaką styka się dziecko, a ponadto jej oddziaływanie przypada na okres intensywnego rozwoju dziecka. W rodzinie więc dziecko buduje swoją tożsamość, przyswaja sobie wartości moralne, uczy się wzorów społecznego postępowania.

Choroba przewlekła jest zdarzeniem negatywnym, często zaburzającym nie tylko prawidłowy rozwój chorego dziecka, ale wpływającym niekorzystnie na funkcjonowanie rodziny, zwłaszcza rodziców (M. Sokołowska, 1986; M. Radochoński, 1991b; I. Obuchowska, M. Krawczyński, 1991; W. Pilecka, 1995, 1999, 2002, 2007; R. Porzak, 1995; A. Twardowski, 1995; E. Wielgosz, 1995; E. Góralczyk, 1996; A. Maciarz, 1996, 1998, 2001b, 2006; B. de Barbaro,

1997; A. Egemen, I. Akil i wsp., 2008). Może przyczynić się ona do zmian w strukturze rodziny, naruszając funkcjonowanie jej członków.

Każda rodzina tworzy swój własny świat, własną niepowtarzalną organizację i układ stosunków rodzinnych, własną atmosferę, która to atmosfera wpływa na rozwój osobowości dzieci i kształtowanie się ich społecznych reakcji. Prawidłową atmosferę tworzy zaakceptowanie dziecka takim, jakim jest, poszanowanie jego praw i godności, okazywanie dziecku miłości, szacunku i uznania, stawianie mu wymagań dostosowanych do jego możliwości, współdziałanie z dzieckiem, dawanie mu rozumnej swobody z jednoczesnym stawianiem jasnych granic. Pozwala to młodemu człowiekowi stać się osobą wartościową, akceptującą siebie, o adekwatnej samoocenie, zdolnej do samorozwoju. Przeciwnie postawy rodziców zaburzają prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny dziecka.

W każdej rodzinie można dodatkowo określić dominujący styl wychowania: demokratyczny, autokratyczny i liberalny. Każdy z nich charakteryzować się może różnym natężeniem. Uznaje się przy tym, że najbardziej wartościowym jest styl demokratyczny, aczkolwiek w pewnych okresach życia dziecka (głównie dotyczy to małego dziecka) łagodny styl autokratyczny, określane niekiedy mianem „życzliwy” (M. Łobocki, 1992) jest wskazany.

Według M. Łobockiego (1992) na rozwój dzieci i młodzieży znaczący wpływ wywierają ponadto warunki życia społecznego, a przede wszystkim warunki materialne i mieszkaniowe rodziny, jej struktura demograficzna, wykształcenie i praca zawodowa rodziców.

Na gruncie polskim pojawiły się prace empiryczne poświęcone rodzinie dziecka przewlekle chorego (m.in. P. Gindrich, J. Kirenko, 1999; Z. Kazanowski, 2003; G. Kwaśniewska, 2005; E. Janion, 2007; W. Tuszyńska-Bogucka, 2007; B. Szabała, 2009; R. Zubrzycka, 2010), zauważa się jednak niedostatek prac dotyczących rodziny dzieci z zaburzeniami oddawania moczu. Prezentowane opracowanie dotyczące postaw rodzicielskich i stylów wychowania dziecka moczającego się, o charakterze eksploracyjnym, jest próbą wpisania się w ten nurt.

W strukturze pracy wyodrębniono cztery rozdziały, dwa o charakterze teoretycznym i dwa empirycznym.

Pierwszy rozdział porusza problem zaburzeń oddawania moczu w aspekcie medycznym. Dokonano w nim klasyfikacji poszczególnych zaburzeń oddawania moczu z uwzględnieniem najnowszych wytycznych dotyczących nazewnictwa. Poza tym opisano etiologię poszczególnych form nietrzymania moczu. Szczegółowo omówiono diagnostykę dziecka z problemem moczenia nocnego i/lub nietrzymania moczu w dzień. W leczeniu dokładnie opisano metody postępowania nefarmakologicznego oraz podstawowe leki stosowane w terapii farmakologicznej.

Rozdział drugi poświęcono charakterystyce dziecka chorego. Uwzględniono w nim wpływ choroby na psychospołeczne funkcjonowanie dziecka. Przedstawiono w nim również koncepcje choroby.

Rozdział trzeci dotyczy szeroko rozumianej problematyki rodziny. Opisano w nim rodzinę w ujęciu psychopedagogicznym, ze szczególnym uwzględnieniem pojęcia i funkcji rodziny oraz jej typologii, a także ukazano wpływ rodziny na nieprawidłowy rozwój i społeczne funkcjonowanie dziecka. Scharakteryzowano w nim również wybrane elementy środowiska rodzinnego, które stały się przedmiotem dalszych badań, a to przede wszystkim postawy rodzicielskie i style wychowania rodzinnego. Rozdział ten zawiera również charakterystykę socjoekonomiczną rodziny chorego.

W rozdziale czwartym omówiono podstawy badań własnych. Przedstawiono zatem cele badań i problemy badawcze, wskazano badane zmienne, opisano zastosowane techniki badawcze oraz metody analizy statystycznej. Zaprezentowano organizację i przebieg badań, charakterystykę badanych grup: podstawowej i porównawczej w odniesieniu do takich wskaźników, jak: wiek i płeć dzieci, miejsce zamieszkania, a także rodzaj choroby dziecka i rodzinne występowanie choroby.

Rozdział piaty poświęcono analizie wyników badań własnych, tj. dokonano charakterystyki rodzin z dzieckiem, u którego zdiagnozowano zaburzenia oddawania moczu i rodzin dzieci zdrowych, biorąc pod uwagę ich sytuację socjoekonomiczną. Poddano tu porównaniu dane z zakresu: wieku, wykształcenia i zatrudnienia rodziców, typu rodziny, liczby osób w rodzinie, liczby dzieci w rodzinie, warunków mieszkaniowych i materialnych, korzystania z pomocy socjalnej. Analizie poddano także wiek matki w momencie urodzenia się dziecka chorego i kolejność ciąży. Dane te uzyskano za pomocą kwestionariusza własnego autorstwa. Rozdział ten zawiera również porównania danych z zakresu: postaw rodzicielskich mierzonych Kwestionariuszem dla Rodziców M. Ziemskiej oraz stylów wychowania rodziców analizowanych na podstawie kwestionariusza Analiza Stylu Wychowania w Rodzinie, Rodzina Własna M. Ryś. Pod koniec rozdziału przedstawiono analizę korelacji pomiędzy poszczególnymi stylami a postawami rodzicielskimi. Przy opracowaniu danych zastosowano analizę jakościową i ilościową, którą prezentowano dokonując porównań międzygrupowych i wewnątrzgrupowych. Istotne są wyniki badań dotyczące związku wymienionych zmiennych z taką zmienną pośredniczącą, jak płeć dziecka.

Przeprowadzone badania pozwoliły ustosunkować się do przedstawionych w pracy problemów badawczych oraz sformułować wnioski dotyczące poprawy funkcjonowania w rodzinie dzieci z zaburzeniami oddawania moczu.

Niniejsza praca adresowana jest do osób zainteresowanych problematyką wychowania dziecka przewlekle chorego w rodzinie, a zwłaszcza do studentów Wydziału Lekarskiego oraz Nauk o Zdrowiu, studentów edukacji zdrowotnej, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, specjalnej, a także rodziców i opiekunów, którzy na co dzień zmagają się z problemami dziecka chorego.

1

Zaburzenia oddawania moczu w aspekcie medycznym

Zaburzenia oddawania moczu to zagadnienie będące przedmiotem zainteresowania zarówno lekarzy, jak i psychologów czy pedagogów. Najczęstsze zaburzenia to: moczenie nocne, nietrzymanie moczu w dzień, częstomocz, trudności w rozpoczęciu mikcji, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza. Intensywny rozwój metod diagnostycznych spowodował zmianę spojrzenia na etiologię i leczenie najczęstszego problemu urologicznego u dzieci i drugiego po chorobach alergicznych wśród przewlekłych problemów pediatrycznych. Częstość występowania zaburzeń oddawania moczu różni się w zależności od szerokości geograficznej, wieku, rasy, płci i waha się dla moczenia nocnego do 26,27%, a dla nietrzymania moczu w dzień w granicach 10-45% (M. N. Aloni, M. B. Ekila i wsp., 2012; K. Kyrklund, S. Taskinen i wsp., 2012; A. Özgür Yeniel, A. Mete Ergenoglu i wsp., 2012).

1.1. Definicje i charakterystyka zaburzeń oddawania moczu

Terminem „zaburzenia oddawania moczu” określone są objawy z dolnego odcinka układu moczowego, wskazujące na nieprawidłowości w fazie gromadzenia i/lub wydalania moczu. Terminologia dotycząca objawów ze strony układu moczowego u dzieci została usystematyzowana przez Standardization Committee of the International Children’s Continence Society. Ostatnia aktualizacja wydana w roku 2006 nie jest rekomendacją dotyczącą zasad postępowania i terapii, lecz pozwala na usystematyzowanie zaburzeń oddawania moczu i wprowadzenie właściwych terminów w celu poprawnej komunikacji (T. Neveus i wsp., 2006).

Zaburzenia związane z fazą gromadzenia, będące przedmiotem niniejszego opracowania, określane są terminem „nietrzymanie moczu” (urinary incontinence). Nietrzymanie moczu może być ciągłe (continuous incontinence) lub przerywane (intermittent incontinence).

Termin „ciągłe nietrzymanie”, który zastąpił termin „całkowite nietrzymanie”, oznacza stały wyciek moczu, związany prawie wyłącznie z wrodzonymi wadami układu moczowego i dotyczy dzieci w każdym wieku włącznie z noworodkami, u których kontrola pozwala na utrzymanie suchości pomiędzy kolejnymi mikcjami.

Przerywane nietrzymanie moczu można podzielić na dzienne nietrzymanie (day-time incontinence) i nocne nietrzymanie, czyli moczenie (nocturnal incontinence, enuresis) (T. Neveus i wsp., 2006). Dotyczy ono dzieci powyżej 5. roku życia. Nietrzymanie moczu w dzień zastąpiło poprzedni termin „moczenie dzienne”, a nietrzymanie moczu w nocy zastąpiło poprzedni termin „moczenie nocne” i jest synonimem słowa moczenie.

Nieprawidłowe gromadzenie moczu w nocy nazywa się moczeniem, a nieprawidłowe gromadzenie moczu w dzień określa się terminem „nietrzymanie moczu w dzień” lub „popuszczanie”. W przypadku dzieci ze złożonymi zaburzeniami gromadzenia moczu zarówno w dzień, jak i w nocy stosuje się podwójną nazwę stwierdzanych zaburzeń: „moczenie i nietrzymanie moczu w dzień”.

Jednak ze względu na bardziej zakorzeniony w języku popularnonaukowym termin „moczenie nocne” niż poprawne naukowo „nietrzymanie moczu w nocy lub moczenie”, oba terminy w niniejszej publikacji będą używane zamiennie.

Moczeniem nocnym określa się stan, w którym dziecko nie osiąga kontroli nad oddawaniem moczu w nocy w wieku, w którym powinna już być wykształcona. Rozwój kontroli nad czynnością pęcherza jest procesem złożonym, polegającym na wykształceniu przez dziecko poczucia świadomości wypełnienia pęcherza i utrzymania moczu w pęcherzu oraz opanowania świadomej kontroli nad czynnością zwieracza i możliwością utrzymania moczu w pęcherzu do rana (G. Paruszkiewicz, 1999a, 1999b).

Kontrola nad czynnością pęcherza jest ściśle związana z dojrzewaniem mechanizmów rozpoznawania przez ośrodkowy układ nerwowy wypełnienia i opróżniania pęcherza w czasie snu. Następuje to u większości dzieci około 5. roku życia. W tym wieku zmienia się model snu z wielofazowego, z naprzemiennymi cyklami snu i czuwania w ciągu dnia, na jednofazowy w nocy. Rozwój kontroli nad czynnością pęcherza następuje wcześniej u dziewczynek niż u chłopców.

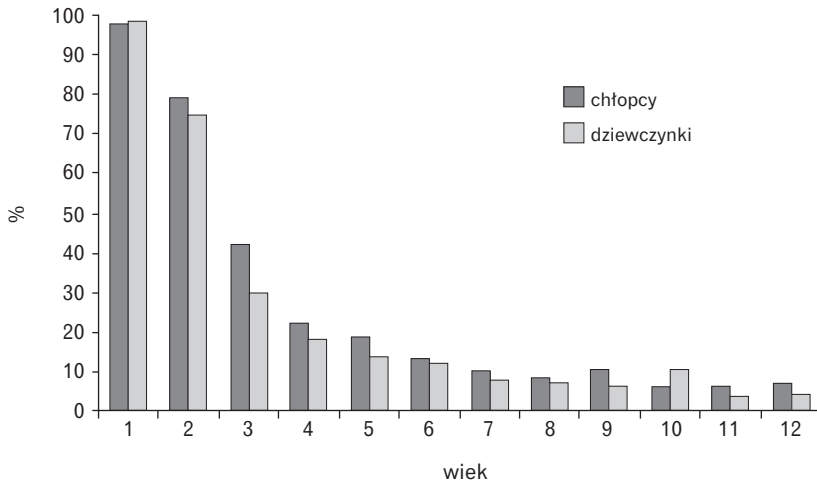
O moczeniu nocnym mówimy wówczas, gdy dziecko (dziewczynka powyżej 4-5 roku życia, chłopiec powyżej 5-6 roku życia) oddaje bezwiednie mocz w czasie snu, częściej niż 2-3 razy w tygodniu (J. Van Der Wekke, 1998; G. Paruszkiewicz, 1999a, 1999b; T. Wysińska, 2001; M. Lawless, 2002).

1.2. Częstość występowania zaburzeń oddawania moczu

Częstość moczenia nocnego maleje wraz z wiekiem dzieci (p. ryc. 1). Problemem tym dotkniętych jest według różnych autorów: w grupie 5-6-latków –

15-20% dzieci, w grupie 7-latków – 10%; w grupie 10-latków – 6-10%, a w grupie 12-15-latków – 3% dzieci; od 1-2% 18-latków wchodzi w wiek dorosły z problemem moczenia nocnego (P. Petrican, 1998; H. Devitt, 1999; N. Klein, H. Szymanik-Grzelak, 1999; A. Gerson, 2001).

Ryc. 1. Częstość moczenia nocnego w zależności od wieku (N. Al-Waili, 1989)



Zróznicowanie w zależności od płci (ryc. 2) wskazuje na zdecydowaną przewagę chłopców ($\text{♂} : \text{♀} = 3:2$), przy czym 10% z nich oddaje mocz w czasie snu jeszcze do 12. roku życia (S. B. Pecyna, 1998, s. 177-178).

Ryc. 2. Częstość występowania moczenia nocnego w zależności od płci w doniesieniach różnych autorów (N. Al-Waili, 1989)

Publications	n	boys	girls
Cohort Studies			
1978, Largo (Switzerland) [2]	413	11.2%	4.5%
1984, McGee (New Zealand) [3]	1037	15.9%	14.4%
1985, Ferguson (New Zealand) [4]	1265		10.3%
1990, Feehan (New Zealand) [5]	1029	16.0%	14.0%
Cross sections			
1985, Verhulst (Netherlands) [6]	2600	12.5%	5.9%
1988, Jarvelin (Finland) [7]	3206		6.4%
1990, Hellström (Sweden) [8]	3556	11.9%	7.1%
1992, Devlin (Ireland) [9]	1806*	10.0%*	15.0%*

* at age 13 years

Częstość moczenia nocnego u dzieci zmienia się w zależności od rasy i grupy etnicznej (T. Figueroa, 1995; P. Chang, 2001; P. Ferrara, 2001; J. Chung, 2010; L. Swithinbank, 2010; K. A. Yousef, H. O. Basaleem, K. A. Al-Sakkaf, 2010; A. Von Gontard, 2011), jak również jednostki chorobowej. Wykazano na przykład, że ponad 29% dzieci z niedokrwistością sierpowato-komórkową moczy się w nocy. Częstsze występowanie moczenia nocnego dotyczy również dzieci leworęcznych (P. Ferrara, 2001).

Zaburzenia gromadzenia moczu w dzień objawiające się jako nietrzymanie moczu często obserwowane są jako izolowane, również towarzyszą one moczeniu nocnemu. Ocenia się, że częstość występowania nietrzymania moczu i/lub zaburzeń złożonych (nietrzymanie moczu w dzień i moczenie) u siedmioletnich dzieci wynosi od 2-16% (K. A. Youself, H.O. Basaleem, K. A. Al.-Sakkaf, 2003).

1.3. Podział zaburzeń oddawania moczu

W literaturze przedmiotu spotykamy się z wieloma podziałami zaburzeń oddawania moczu, które pozwalają na właściwe podejście do problemu z punktu widzenia diagnostyki. Najbardziej użyteczne klasyfikacje prezentowane są poniżej (G. Paruszkiewicz 1999a; W. L. Robson, A. K. L. Eung, 2000; K. Gadowska-Prokop, 2002; R. J. Butler, J. C. Robinson i wsp., 2004):

Podział I

- 1) moczenie nocne pierwotne (MNP) – występuje od okresu niemowlęcego ciągle lub z przerwami krótszymi niż 6 miesięcy,
- 2) moczenie nocne wtórne (MNW) – występuje po co najmniej sześciomiesięcznym okresie suchości.

Podział II

- 1) moczenie nocne monosymptomatyczne (nie powikłane) – występuje wówczas, gdy moczeniu nocnemu nie towarzyszą żadne objawy nieprawidłowej czynności dolnych dróg moczowych oraz inne wrodzone i nabyte choroby układu moczowego i nerwowego;
- 2) moczenie nocne wielobjawowe (powikłane), gdy moczeniu nocnemu towarzyszą inne objawy nieprawidłowej czynności pęcherza moczowego lub wady rozwojowe układu moczowego lub nerwowego.

Do objawów nieprawidłowej czynności dolnych dróg moczowych zalicza się: zwiększoną/zmniejszoną częstość oddawania moczu, nietrzymanie moczu w dzień, objawy parć naglających, trudności w rozpoczęciu mikcji, zatrzymywanie moczu, napinanie się w trakcie mikcji, słaby strumień moczu, przerywany strumień moczu, ucisk w trakcie mikcji, uczucie niepełnej mikcji, popuszczanie po mikcji oraz ból w obrębie narządów płciowych i dolnych dróg moczowych.

Podział III (zgodny z terminologią ICCS)

- 1) nietrzymanie moczu w nocy = moczenie,
- 2) nietrzymanie moczu w dzień,
- 3) złożone zaburzenie oddawania moczu (nietrzymanie moczu w dzień i w nocy).

Najczęściej występującą postacią zaburzeń oddawania moczu jest **monosymptomatyczne moczenie nocne (MMN)**. Ocenia się, że u 85% dzieci moczących się moczenie ma charakter izolowany (G. Paruszkiewicz, 1996, 1999a; M. Sieniawska, H. Szymanik-Grzelak, 1997). Rozpoznanie MMN może zostać postawione u dziecka powyżej 5. roku życia po spełnieniu następujących kryteriów:

- 1) moczenie nocne występuje od urodzenia (przerwa lub przerwy są krótsze niż 6 miesięcy),
- 2) występuje obfite moczenie łóżka w nocy częściej niż 3 razy w tygodniu,
- 3) dziecko nie wybudza się pomimo zmoczonego łóżka,
- 4) nie występują zaburzenia oddawania moczu w dzień (np. w postaci parć naglących z popuszczeniem moczu lub bez),
- 5) wywiad rodzinny często wskazuje na występowanie moczenia nocnego w dzieciństwie u rodziców, rodzeństwa lub bliskich krewnych,
- 6) dziecko rozwija się prawidłowo a w wywiadzie brak zakażeń układu moczowego i zaburzeń mikcji.

Nietrzymanie moczu w dzień może być pierwotne (gdy dziecko od okresu niemowlęcego nie opanowało kontroli nad czynnością gromadzenia moczu w dzień) lub wtórne (występujące w każdym wieku, po dłużej trwającym okresie prawidłowego trzymania moczu (M. Sieniawska, H. Szymanik-Grzelak, 1997; T. Wyszynska, 2001).

1.4. Etiologia zaburzeń oddawania moczu u dzieci

1.4.1. Etiologia monosymptomatycznego moczenia nocnego

Ocenia się, że jeśli jedno z rodziców moczyło się w dzieciństwie, to prawdopodobieństwo pojawienia się moczenia u dziecka wynosi 44%. Gdy moczenie występowało u obojga rodziców, ryzyko wystąpienia moczenia u dziecka wzrasta do 77% (G. Paruszkiewicz, 1996, 1998, 2003). W rodzinach z negatywnym wywiadem ryzyko to wynosi około 15%. Wiek, w jakim dziecko osiąga pełną kontrolę nad pęcherzem jest ściśle związany z wywiadem rodzinnym. Opóźnienie uzyskania kontroli nad czynnością pęcherza średnio o 1,5 roku występuje u dzieci, których rodzice również moczyli się w dzieciństwie (S. Wille,

1994; A. Von Gontard, E. Hollmann i wsp., 1997; J. Bailey, 1999; E. Ornitz, 1999).

Wśród monozygotycznych bliźniąt moczenie nocne występuje dwukrotnie częściej (68%) w porównaniu z bliźniętami heterozygotycznymi (36%) (M. Lawless, 2002).

Badania ostatnich lat potwierdziły udział czynników genetycznych w występowaniu moczenia nocnego u dzieci (S. Wille, 1995; J. Bailey, 1999; E. Ornitz, 2000; A. Von Gontard, 2001; M. Lawless, 2002). Autorzy duńscy (A. Von Gontard i wsp., 1997; A. Von Gontard i wsp., 2001) wykryli gen odpowiedzialny za moczenie nocne, który nazwano ENUR 1. Jest on zlokalizowany na długim ramieniu chromosomu 13 między 13q13 a 13q14.2. Dziedziczenie następuje w sposób autosomalny dominujący. Przypuszcza się, że gen ENUR 1 nie jest jedynym genem odpowiedzialnym za dziedziczenie moczenia we wszystkich rodzinach, a dokładne wyjaśnienie defektu genetycznego w zależności od obrazu klinicznego wymaga dalszych badań (B. Birch, 1995; A. Von Gontard i wsp., 1997; A. Von Gontard i wsp., 1998).

Inne geny prawdopodobnie odpowiedzialne za rozwój moczenia nocnego u dzieci są zlokalizowane na chromosomie 12 q i 22 (H. Arnell, K. Hjalmas i wsp., 1997). Badania genu VPNI (vasopressin- neurophysin II) wykazały jego prawidłową budowę u dzieci z monosymptomatycznym moczeniem nocnym (B. Loeys, 2002).

Wśród czynników sprzyjających występowaniu monosymptomatycznego moczenia u dzieci wymienia się:

1. Zwiększoną diurezę w godzinach nocnych spowodowaną nadmierną podażą płynów przed snem.

Po wykluczeniu przyczyn organicznych (moczówka prosta, cukrzyca) najczęstszą przyczyną wielomoczu nocnego jest nawykowe nadmierne picie. Wykazano, że obciążenie dużą ilością płynów przed spoczynkiem nocnym (tj. 25 ml/kgmc) dzieci zdrowych, dotychczas nie moczących się prowokowało wystąpienie moczenia nocnego u 6 na 10 osób badanych (P. Rasmussen, 1997). Jest to dowód na to, że obfita podaż płynów i zwiększona w związku z tym nocna produkcja moczu jest istotnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu moczenia nocnego (A. Kawachi, 1993; P. Rasmussen, 1996; M. Sieniawska, H. Szymanik-Grzelak, 1997; T. Neveus, G. Lackgren, T. Tuvemo, A. Stenber, 1999; G. Paruszkiewicz 1999a, 1999b).

2. Nieprawidłowy rytm wydzielania hormonu antydiuretycznego, przy prawidłowej pojemności pęcherza moczowego (P. Tomasi, 2001).

Uważa się, że u wielu pacjentów ważną rolę odgrywa brak zwiększonej sekrecji wazopresyny w godzinach nocnych. Fizjologicznie najwyższy poziom

ADH stwierdzany jest pomiędzy godziną 23.00 a 4.00. Natomiast u części dzieci z moczeniem nocnym w tym czasie poziom ADH jest niski (T. Aikawa, 1999). Moczenie występuje najczęściej średnio po 3 godzinach i 20 minutach od zaśnięcia, z wahaniem \pm 2 godziny i 5 minut (T. Neveus, A. Stenber i wsp., 1999). Niedobór wazopresyny w nocy może być następstwem zahamowania jej sekrecji pod wpływem opróżnienia pęcherza w nocy oraz w wyniku dysproporcji pomiędzy pojemnością pęcherza i wielkością diurezy nocnej (A. Holschneider i wsp., 1978; J. Steffens i wsp., 1993; S. Wille, M. Aili i wsp., 1994; T. Aikawa i wsp., 1999; M. Cedron, 1999; T. Neveus i wsp., 2000; A. Pomeranz i wsp., 2000; S. Siracusano i wsp., 2001; A. Korzeniecka-Kozerska, W. Zoch-Zwierz, A. Wasilewska, 2005). Rozważana jest również możliwość defektu receptora wazopresyny (P. Eggert, B. Kuhn, 1995, P. Eggert i wsp., 1999). Doniesienia ostatnich lat wskazują na uszkodzenie osmoregulacyjnej funkcji nerek, polegającej na zmniejszeniu reabsorpcji jonów w ramieniu wstępującym pętli Henlego, w następstwie czego dochodzi do wzrostu diurezy w czasie snu (S. Wille, 1994; A. Kuznetsova, 1996; A. Folwell, 1997; Y. Natochin, 1997; N. Vurgun i wsp., 1997; N. Vurgun i wsp., 1998; Y. Natochin, 1999; A. Balat, 2002; D. Muller, 2002; E. Wahl, 2003).

3. Zmniejszoną pojemność pęcherza moczowego przy prawidłowej diurezie w godzinach nocnych.

Dzieci z małą pojemnością pęcherza moczowego nie są w stanie utrzymać w pęcherzu wytworzonego podczas snu moczu. U tych dzieci obserwuje się niekiedy częstsze oddawanie moczu w dzień oraz moczenie łóżka częściej niż jeden raz w nocy. W wywiadzie brak jest przerw w moczeniu nocnym utrzymującym się od urodzenia (S. Wille, 1994; R. Dittmann, 1996; M. Ullom-Minnich, 1996; B. Lettgen, 1997; G. Paruszkiewicz 1999a, 1998; U. Jansson, 2000; C. Yeung, 2002; M. Zajączkowska, N. M. Moulhee i wsp. 2004; R. Chrzan, J. Czernik, W. Apoznański i wsp. 2006).

Należną pojemność pęcherza wylicza się z powszechnie stosowanego wzoru:
Pojemność pęcherza = wiek (lata) x 30 (ml).

Nie dotyczy to młodzieży. Prawidłowa pojemność pęcherza u młodzieży i dorosłych waha się w granicach 300-450 ml.

4. Opóźnienie kontroli nad czynnością pęcherza moczowego w nocy spowodowane izolowanym zaburzeniem mechanizmów kontrolujących odruch mikcji lub zaburzenie towarzyszące opóźnionemu rozwojowi psychoruchowemu (U. Sillen, 2001).

Opróżnianie pęcherza pod wpływem przepełnienia lub niepohamowanego skurczu wypieracza, przy nieprzerwanym śnie, jest prawdopodobnie efektem opóźnienia dojrzewania ośrodków kontroli nad czynnością pęcherza w ośrodkowym układzie nerwowym, z zachowaniem wczesnodziecięcych reakcji (R. J. Lun-

*Dalsza część książki dostępna w wersji
pełnej.*

