МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

АНКСИОЗНОСТ И НОЌНО МОКРЕЊЕ КАЈ ДЕЦА

СТУДЕНТ: **ВИШНА ГАЦОВА**
БРОЈ НА ИНДЕКС: **М193017**
МЕНТОР: **ПРОФ.Д-Р ВАНГЕЛИЦА ГАВРИЛОВА**

Свети Николе, 2023

Содржина

АПСТРАКТ 4
ABSTRACT 5
ВОВЕД 6
I.ДЕЛ 9
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ 9
1.АНКСИОЗНОСТ КАЈ ДЕЦА 9
1.1.Светот на анксиозност кај децата 9
1.2.Развој на анксиозноста кај децата 13
1.3. Анксиозноста и други нарушувања 16
1.4.Анксиозност и однос со смарт уреди и социјални медиуми 18
1.5. Идентификација и превенција 19
1.6.Третман на анксиозност 21
2.НОЌНО МОКРЕЊЕ 24
2.1.Поим ноќно мокрење 24
2.2.Причини за појава на ноќно мокрење 25
2.3.Примарна и секундарна ноќна енуреза 30
2.4.Третман на ноќното мокрење 32
Неспецифичниот третман опфаќа: 33
Медикаментозна терапија 34
2.5. Останати терапевтски можности 36
II ДЕЛ 37
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ 37
1.Проблем на истражување 37
2. Цели и задачи на истражувањето 37
2.1 Научна цел на истражувањето 37
2.2 Практична цел на истражувањето 38
3.Резултати од претходни истражувања 38
4.Предмет на истражувањето 39
4.1. Теоретско определување на предмет на истражување 39
4. 2.Хипотези 41
4.3 Варијабли на истражувањето 42
5. Методи, техники и инструменти на истражувањето 42
5.1 Техники за обработка на податоци 43
6.Популација и примерок на истражување 43

7.Организација и спроведување на истражувањето 44
III ДЕЛ 45
АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО 45
IV ДЕЛ 89
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА И ДИСКУСИЈА 89
ПРЕДЛОЗИ 93
ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА 95

АПСТРАКТ

Енурезата, често наречена мокрење во кревет или мокрење во сон, е чест проблем кај децата по петгодишна возраст и може да доведе до симптоми како што се: инфекција, инконтиненција и почесто мокрење, а исто така и психолошки проблеми[1]. Примарната ноќна енуреза е чест проблем кај децата на училишна возраст. Овој проблем се однесува на состојбата во која детето после петгодишна возраст нема контрола на урината во текот на шест континуирани месеци и тоа не може да се припише на никакви органски фактори или употреба на медикаменти[2]. Оттука извира проблемот на психолошките аспекти на ноќното мокрење, кое е тема на емпириското истражување.

Истражувањето со цел дескрипција на проблемот на анксиозност и ноќно мокрење, има за задача да увиди на која возраст најчесто се јавува овој проблем, половата распределба на појавата, кои се најзастапени фактори за појава на проблемот, дали анксиозноста има влијание кај децата за појавата на ноќно мокрење, и на крај, во која мера родителите бараат лекарска и психолошка помош во врска со овој проблем. Согледаните резултати се основа за предлози и сугерстии на надминување на состојбата.

Клучни зборови: анксиозност, деца, ноќно мокрење

[1] Casale, A. J. (1993). Functional voiding disorders of childhood. *J Ky Med Assoc.* 1993;91(5):184–91

[2] Konersman, C. G., Bordini, B. J., Scharer, G., Lawlor, M. W., Zangwill, S., Southern, J. F., et al. (2015). BAG3 myofibrillar myopathy presenting with cardiomyopathy. *Neuromuscul Disord*. 2015;25(5):418–22. doi: 10.1016/j.nmd.2015.01.009.

ABSTRACT

Enuresis, often called bed-wetting or sleep-wetting, is a common problem in children after the age of five and can lead to symptoms such as infection, incontinence and frequent urination, as well as psychological problems. Primary nocturnal enuresis is a common problem in school-aged children. This problem refers to the condition in which a child after the age of five has no urine control during six continuous months and cannot be attributed to any organic factors or the use of medications. This is where the problem of psychological aspects of nocturnal urination originates, which is the subject of empirical research.

The research aimed at describing the problem of anxiety and nocturnal enuresis has the task of finding out at what age this problem occurs most often, the gender distribution of the occurrence, which are the most common factors for the occurrence of the problem, whether anxiety in children has an influence on the occurrence of nocturnal enuresis. urination, and finally to what extent the parents seek medical and psychological help regarding this problem. The observed results are the basis for proposals and suggestions to overcome the situation.

Key words: anxiety, children, bedwetting

ВОВЕД

Ноќното мокрење е еден од почестите проблеми во детската возраст. Примарна ноќна енуреза (ПНЕ) е мокрење во кревет за време на спиење кај здрави деца на возраст од 5 години па нагоре. Според податоците од светската литература, секое четврто дете од децата на 5-годишна возраст има проблем со ноќно мокрење. При поаѓање во училиште, секое десетто дете има ноќно мокрење, така што на возраст од 10 години 7 % од децата го имаат овој проблем. Во покасна возраст околу 1-2 % од децата остануваат со ноќно мокрење[3].

Во меѓународната класификација на болести и сродни здравствени проблеми - 10-та ревизија (ICD-10), како примарна ноќна енуреза е прифатено неволно мокрење ноќе повеќе од двапати месечно кај деца под седум години и еднаш месечно кај деца над седум и во DSM-IV-TR повеќе од два пати на недела за три месеци[4].

Досега сè уште не е предложено јасно објаснување за енурезата, па така повеќе фактори, како што се: намален капацитет на мочниот меур, доцнење во развојот, ноќна полиурија, нарушувања на спиењето, психолошки проблеми, се некои од факторите кои може да го предизвикаат овој проблем [5].

Повеќето деца со примарна ноќна енуреза имаат значителни знаци на стрес и ментални проблеми и повеќето од симптомите се анксиозни нарушувања[6]. Логан и сор. (13) (2014) покажале дека 60 % од пациентите со нарушување на енурезата имале барем еден ментален фактор. Анксиозните нарушувања се многу чести и се вклучени кај околу 5 % - 10 % од децата и адолесцентите[7].

[3] Phung, P., Kelsberg, G., Safranek, S. (2015). Clinical Inquiry: Does primary nocturnal enuresis affect childrens' self-esteem? *J Fam Pract.* 2015;64(4):250–9

[4] Akavan Karbasy, S., Golestani, M., Fallah, R. (2008). Nocturnal enuresis in 6 years-old children & Factors related with this problem. *Gonabad J Med Uni.* 2008; 15:24.

[5] Phung, P., Kelsberg, G., Safranek, S. (2015). Clinical Inquiry: Does primary nocturnal enuresis affect childrens' self-esteem? *J Fam Pract.* 64(4):250–9

[6] von Gontard A. Does psychological stress affect LUT function in children? ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn.* 2012;31(3):344–8. doi: 10.1002/nau.22216.

[7] Logan, B. A., Correia, K., McCarthy, J., Slattery, M. J. (2014). oiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *J Pediatr Urol.* 10(4):634–8. doi: 10.1016/j.jpurol.2014.06.012

Главните причини за енуреза кај здрави деца се генетски фактори, недоволен здрав сон, зголемено производство на урина за време на спиењето или намален капацитет на мочниот меур и психолошки проблеми[8].

Во оваа насока би се потенцирало и влијанието на анксиозноста кај децата. Нормално е децата одвреме-навреме да се чувствуваат загрижени или вознемирени поради некои поголеми или помали промени, како, на пример, кога почнуваат на училиште или градинка или кога се преселуваат и слично. Но, за некои деца, анксиозноста влијае на нивното однесување и мисли секој ден, влијаејќи им на менталното и физичкото здравје, на училиштето и социјалниот живот.

Посебно значајни симптоми на анксиозност кај децата на кои треба да се внимава се: тешкотија при концентрирање, несоница или будење, неправилна исхрана, брзо лутење или раздразливост, мала самоконтрола, постојана загриженост, имање негативни мисли, чувство на напнатост и нервоза или често користење на тоалетот, лесно плачење, болки во стомакот и непријатни чувствува.[9] Во студија на Салехи и соработници во 2014 година се поаѓа и од анксиозноста како фактор за појава на ноќно мокрење.[10]

Поради проблемот на ноќно мокрење, без оглед дали станува збор за примарен или секундарен тип, кој обично започнува да се лекува само по петгодишна возраст, психолошките проблеми кај децата не се невообичаени. Децата се повлекуваат во себе, се срамат од своите врсници, чувствуваат голем страв од критика или казна, потсмев, но и отфрлање. Затоа тие често избегнуваат социјални контакти, одбиваат да одат на подолги екскурзии и слично. Сепак, ноќната енуреза кај децата не е нерешлив проблем.

Во нашето општество ноќното мокрење претставува многу сериозен проблем. Ноќното мокрење е стигматизирано, на него се гледа како нешто неприфатливо и се асоцира со неадекватен психомоторен развој на детето. Голем број на родители не го признаваат проблемот, одбиваат да побараат лекарска помош, го обвинуваат детето и со тоа уште повеќе ја влошуваат ситуацијата. Со тоа притисокот врз детето се зголемува и доаѓа до несакани промени во карактерот на детето. Децата стануваат

[8] Wolfe-Christensen, C., Veenstra, A. L., Kovacevic, L., Elder, J. S., Lakshmanan, Y. (2012). Psychosocial difficulties in children referred to pediatric urology: a closer look. *Urology*. 2012;80(4):907–12. doi: 10.1016/j.urology. 2012.04.077.

[9] Caçola, P. (2016). Physical and mental Health of Childeren with developmental coordination disorder. *Frontiers in Public Health*. 4: 224.

[10] Salehi, B. et al. (2016). The Relationship Between Child Anxiety Related Disorders and Primary Nocturnal Enuresis. Iranian Journal of psychiatry and Behavioral Sciences.

стрaмежливи, несигурни во себе, повлечени, или пак, стануваат агресивни, хиперактивни и незадоволни. Колку е поголема возраста на детето, толку се поголеми негативните последици врз нормалниот психофизички развој, како и квалитетот на живот. Неадекватниот сон за време на ноќта придонесува за поспаност, умор и намалена енергија во текот на денот.

Бидејќи родителите самоиницијативно не го пријавуваат овој проблем, педијатарот треба да го постави тоа прашање како дел од систематскиот преглед, и таму каде што има потреба, да се работи на проблемот, како од медицински, така и од психолошки аспект, за да се спречат психолошките последици што оваа состојба може да ги има врз децата.

На децата не треба да им се нагласува проблемот во лоша конотација, бидејќи погрешниот став на родителите може да има многу лошо влијание врз нивната самодоверба. Дури и родителите, а особено децата кои имаат слични искуства, не сакаат да зборуваат јавно за нивниот проблем.

Децата, особено оние над седум години и постарите, ова можат да го доживеат многу трауматично, така што тие можат да се повлечат во себе, да се исклучат од социјалните контакти или да страдаат многу.

Овде е клучно родителите да бидат оние кои ќе му дадат максимална поддршка на детето, во смисла на помош од лекар, психолог и семејството, и проблемот може да се надмине и реши.

I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ

1.АНКСИОЗНОСТ КАЈ ДЕЦА

1.1.Светот на анксиозност кај децата

Главните симптоми на анксиозноста се: грижи, тешкотии, толерирање на неизвесност, хиперактивен одговор на воочени закани (вклучувајќи и „замрзнување“) и избегнување.

Некои деца избегнуваат или премногу се плашат од ситуации или предмети кои предизвикуваат стравови, додека други реагираат со експлозивен страв и фрустрација. Тоа однесување честопати погрешно се толкува како гнев или противење.

Во младоста со фобии или социјално анксиозно растројство, нивните тешкотии може да се припишат на „срамежливост“, при што малку луѓе ја препознаваат тешката вознемиреност што ја доживуваат. Многу млади луѓе не сфаќаат дека нивните реакции можат да произлегуваат од нарушување што може да се лекува, наместо од личен неуспех.

Во изминатите 10 години постои зголемено признание за појавата на анксиозност кај младите од страна на давателите на здравствени услуги - една студија покажала зголемување од 17 % во дијагнозата на анксиозно растројство[11].

Тинејџерите и нивните родители доцна ја препознаваат таа анксиозност преку нарушувањата кои можат да бидат сериозни и тогаш почнуваат да се ангажираат за третман на ниво кое далеку го надминува барањето кога е на почеток, или превентивно.

Анксиозноста е причина број еден за загриженост во советодавните служби во средните училишта ширум светот[12].

[11] Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R., & Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider–Diagnosed Anxiety and Depression Among U.S. Children. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 39(5), 395-403.

[12] LeViness, P., Bershad, C., & Gorman, K. (2017). The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey. Преземено на 10.12.2022: https://www.aucccd.org/public

И покрај зголемената свест, процентот на млади кои добиваат третман сè уште е најнизок од сите главни категории на нарушувања на менталното здравје на светско ниво.[13]

Во одреден момент, 30 % од децата и адолесцентите ќе ги исполнат критериумите за анксиозно растројство, но 80 % никогаш не добиваат помош. Скоро 117 милиони млади ширум светот страдале од анксиозно растројство. Иако приближно 10 % од младите на возраст од 6 до 17 години имаат актуелно анксиозно растројство, во рана зрелост скоро 20 % ќе имаат функционални потешкотии поврзани со анксиозност во барем една област од животот[14].

Анксиозните нарушувањата можат да влијаат на секој аспект од животот на децата, но особено на нивното социјално и образовно функционирање.

Анксиозните растројства се најчести нарушувања на менталното здравје на адолесцентите, и во Соединетите држави и државите ширум светот[15].

Кога се нетретирани, многу поттипови на анксиозност опстојуваат и во зрелоста[16].

Има широко распространета загриженост дали анксиозноста е во пораст или почесто се идентификува кај популацијата. Дури и кога се дијагностицираат повеќе деца, многу почесто не се лекуваат поради недостаток на надворешни знаци бидејќи младите тешко се идентификуваат кога анксиозноста е прикриена[17].

Што се точно детските и адолесцентни анксиозни нарушувања?

Постојат многу видови на анксиозност кај децата и адолесцентите:

[13] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56, 345–365.

[14] Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53(1), 21–33.

[15] Kessler, R. C. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry, 6(3), 168–176.

[16] Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. The Psychiatric Clinics of North America, 32(3), 483–524

[17] Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 18(1), 23–33.

- Вознемиреност од разделување: Кога децата се загрижени поради одвојувањето од родителите или старателите.

- Социјална анксиозност: Кога децата се претерано самосвесни.

- Селективен мутизам: Кога децата не можат да изговараат некои зборови во училиште.

- Генерализирана анксиозност: Кога децата се грижат за широк спектар на секојдневни работи. Децата со генерализирана анксиозност често се борат со перфекционизам.

- Специфични фобии: Кога децата имаат прекумерен страв од одредени работи. Ова вклучува еметофобија, или страв од повраќање, што е вообичаено кај малите деца.

- Панично растројство: кога децата имаат ненадејно, непредвидливи напади на паника, кои можат да предизвикаат чувства на несвестица, претстојна смрт или пропаст и срцеви симптоми слични на напад.

- До неодамна, опсесивно-компулсивното нарушување (OCD) и посттрауматското стресно растројство (ПТСН) беа класифицирани како анксиозни нарушувања. Децата со OCD имаат несакани мисли кои се обидуваат да ги неутрализираат со ритуализирани однесувања.

Симптомите на ПТСН се развиваат по вознемирувачки настан и вклучуваат одвојување, тешкотии со спиење, раздразливост и повторно преживување на настанот.

Според една студија на повеќе од 10.000 тинејџери, процентот на адолесценти во САД кои ќе се сретнат со критериуми за едно од овие анксиозни нарушувања е[18]:

Специфична фобија: 13 %

Социјално анксиозно растројство: 9 %

Анксиозност од разделување: 8 %

Панично растројство: 2 %

Генерализирано анксиозно растројство: 2 %

[18] Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49(10), 980–989. http:// doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017

Актуелна анксиозност ширум светот кај децата и адолесцентите во 2015 година е 7 %, според метаанализа на 41 студија од 27 земји[19].

Една студија од 2018 година, спроведена од Центрите за контрола на болести и Превенција на дијагноза на даватели на здравствена заштита утврдила анксиозност кај приближно 100.000 деца на возраст 0–17 години и прикажува дека:[20]

- Нарушувањата на анксиозноста кај младите се сè почесто признаени од давателите на здравствени услуги.

- Кај младите со нарушувања, анксиозноста е блага кај 48 %, умерена кај 37 % и тешка кај 15 %.

Од 2007 до 2012 година:

Тековните дијагнози на анксиозност се зголемија од 3,5 % на 4,1 %.

Некогаш дијагностицираната анксиозност се зголемила од 5,5 % до 6,4 %.

Приближно 2 милиони деца на возраст од 6 до 17 години во 2011–2012 имале препознаен проблем со анксиозност.

Средношколците денес имаат повеќе трема симптоми и имаат двојно поголема веројатност да посетат ментален здравствен работник како тинејџери, за разлика од 1980-тите.[21]

- Анксиозноста ја надмина депресијата како врвна поплака меѓу студенти кои бараат ментални здравствени услуги; анксиозноста е најчеста загриженост (48 %), а потоа стресот (39 %)[22].

[19] Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. Social Indicators Research, 121(2), 437.

[20] Brew, B. K., Lundholm, C., Gong, T., Larsson, H., & Almqvist, C. (2018). Familial aggregation of atopic diseases and depression or anxiety in children. Clinical and Experimental Allergy, 48(6), 703–711

[21] Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. Social Indicators Research, 121(2), 437.

[22] Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. Social Indicators Research, 121(2), 438.

1.2.Развој на анксиозноста кај децата

Неодамнешните истражувања ја зацврстија врската помеѓу раниот темперамент и подоцнежните обрасци на однесување. Бихевиоралната инхибиција (БИ) во детството предвидува социјално повлекување во раното детство[23].

- 15 % од адолесцентите кои се оценуваат себеси како повеќе бихевиорално инхибирани е пет пати поверојатно да развијат социјална анксиозност од помалку инхибираните врсници[24].

- 61 % процент од адолесцентите идентификувани како бихевиорално инхибирани БИ на 2-годишна возраст, покажале знаци на социјална анксиозност на 13-годишна возраст, за време на интеракции со непознат возрасен[25].

До средината на адолесценцијата, децата со бихевиорално инхибирани БИ имаат четири пати поголема стапка од стапката на анксиозност кај другите деца, евидентна во дијагностички интервјуа, како и преку родител и самопријавување[26].

Многу деца чија анксиозност предизвикува сериозни неволји, како оние со селективен мутизам, се отфрлени како „само срамежливи“. Во исто време, луѓето се грижат за медицилизирање на сета срамежливост.

Како можеме да направиме разлика помеѓу редовната срамежливост и клиничката анксиозност?

- Национално репрезентативно истражување покажало дека околу 50% од тинејџерите се сметаат себеси за „срамежливи“ или се опишани како срамежливи од страна на нивните родители.

Меѓутоа, само 12 % од тие срамежливи адолесценти се доволно оштетени за да ги исполнат критериумите за социјално анксиозно растројство[27].

---

[23] Pérez-Edgar, K., Taber-Thomas, B., Auday, E., & Morales, S. (2014). Temperament and Attention as Core Mechanisms in the Early Emergence of Anxiety. Contributions to Human Development, 26, 42–56.

[24] Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(12), 1308–16.

[25] Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., & Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affect family of anxiety. Psychiatric Clinics of North America, 24(4), 677–88.

[26] Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51(10), 1066–1075.e1.

- Ова сугерира дека широк опсег на однесување и темпераментот е типичен кај оваа популација.

Исто како што е соодветна нормалната вознемиреност или стравовите во различни периоди од развојот, и анксиозните нарушувања започнуваат во различни периоди. Анксиозноста од разделување влијае првенствено кај малите деца, додека социјалната анксиозност се манифестира подоцна кога односите со врсниците стануваат поважни.

Просечна возраст на почеток, врз основа на 24 студии составени од 11.000 млади луѓе[28]:

- Сепарационо разделно анксиозно растројство: 11 години;

- Специфична фобија: 11 години;

- Социјално анксиозно растројство: 14 години.

Кај социјалното анксиозно растројство, пораната возраст на почеток е поврзана со потешка анксиозност подоцна[29].

Жените се изложени на поголем ризик за анксиозни нарушувања, и оваа родова разлика започнува во пубертетот. Адолесцентните девојки имаат двојно поголема веројатност да имаат анксиозно растројство[30]

- Генетските фактори на ризик играат особено важна улога во паничното растројство и генерализирано анксиозно растројство[31].

- Децата на вознемирените родители имаат пет пати поголема веројатност да имаат анксиозно растројство од оние со неанксиозни родители[32].

---

[27] . Burstein, M., Ameli-Grillon, L., & Merikangas, K. R. (2011). Shyness Versus Social Phobia in U.S. Youth. Pediatrics, 128(5), 917–925. http://doi.org/10.1542/peds.2011-1434

[28] De Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. Canadian Journal of Psychiatry, 62(4), 237–246. http://doi.org/10.1177/0706743716640757

[29] Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35(3), 356–365. http://doi.org/10.1007/ s10862-013-9338-5

[30] Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49(10), 980–989. http:// doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017

[31] Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35(3), 356–365. http://doi.org/10.1007/ s10862-013-9338-5

- Појавата на социјално анксиозно растројство кај адолесцентите честопати е поврзана со стресен настан. Половина од сите возрасни со социјални анксиозни растројства можат да укажат на одреден срамен настан, додека една третина идентификувале акутен стресен настан кој веројатно одиграл улога[33].

Примероците од заедницата покажуваат дека анксиозните нарушувања често се појавуваат заедно со медицински состојби, како:

Астма

Во едно од најголемите истражувања досега, во кое се собрани детални информации за менталното и физичкото здравје, е откриено дека астмата е значително поврзана со анксиозните нарушувања. Стапките на анксиозност се зголемувале со сериозноста на физичките симптоми[34].

Во друга студија, анксиозноста на 5-годишна возраст била поврзана со тешка и перзистентна астма во адолесценцијата[35].

Алергии

- Може да се појават алергиски состојби и анксиозни нарушувања од заеднички основни фактори на ризик. Една неодамнешна студија покажа врска помеѓу атопичните нарушувања (вклучувајќи егзема и поленска треска) и анксиозност[36].

[32] Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., & Ginsburg, G. S. (2013). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. Child Psychiatry and Human Development, 44(3), 412–418. http://doi.org/10.1007/ s10578-012-0335-9

[33] Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. The Psychiatric Clinics of North America, 32(3), 483–524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002

[34] Merikangas, K. R., Calkins, M. E., Burstein, M., He, J. P., Chiavacci, R., Lateef, T., Ruparel, K., Gur, R. C., Lehner, T., Hakonarson, H., & Gur, R. E. (2015). Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. Pediatrics, 135(4), 927–38.

[35] . Goodwin, R. D., Robinson, M., Sly, P. D., McKeague, I. W., Susser, E. S., Zubrick, S. R., Stanley, F. J., & Mattes, E. (2013). Severity and persistence of asthma and mental health: a birth cohort study. Psychological Medicine, 43(6):1313–22.

[36] Brew, B. K., Lundholm, C., Gong, T., Larsson, H., & Almqvist, C. (2018). Familial aggregation of atopic diseases and depression or anxiety in children. Clinical and Experimental Allergy, 48(6), 703–711

1.3. Анксиозноста и други нарушувања

Анксиозните нарушувања во детството се силно поврзани со зголемен ризик за подоцнежна депресија, анксиозност, проблеми со однесувањето и злоупотреба на супстанции на зависност.

Возрасните со анксиозни нарушувања пријавуваат дека доживеале „вознемирувачка анксиозност“ како деца[37].

Депресијата и нарушувањата во исхраната често се појавуваат заедно со анксиозните нарушувања[38].

Младинската анксиозност го зголемува ризикот од образовни неуспеси кај младите и возрасните и доведува до функционални оштетувања во областите, како што се: здравје, социјални односи или работа во зрелоста.

Социјалното анксиозно растројство има најголема корелација со подоцнежна депресија - двојно повеќе од другите анксиозни нарушувања.[39].

Кога адолесцентите имаат депресија заедно со социјална анксиозност, таа е силно поврзана со повеќе самоубиствени идеи, обиди за самоубиство и повеќе депресивни симптоми.

Социјалното анксиозно растројство со почеток во детството и адолесценцијата доведува до порано започнување на депресија и лошо социјално функционирање.

Вознемиреноста од детството е силен предиктор за анксиозно растројство за време на адолесценцијата[40]

Анксиозното растројство на одвојување во детството предвидува подоцнежна адолесцентна анксиозност од одвојување.

---

[37] Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settipani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and Related Outcomes in Young Adults 7 to 19 Years after Receiving Treatment for Child Anxiety. J*ournal of Consulting and Clinical Psychology,* 81(5). http://doi.org/10.1037/ a0033048

[38] Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J., & Merikangas, K. R. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 55(4), 280–288. doi.org/10.1016/j. jaac.2016.01.006

[39] Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., et al. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives of General Psychiatry,* 64(8), 903–912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903

[40] Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 48: 1174–1183. doi:10.1111/j.1469-7610. 01812.x

Генерализирано анксиозно растројство е поврзано со подоцнежна анксиозност и напади на паника.

Социјалното анксиозно растројство во детството е поврзано со адолесцентно генерализирано анксиозно растројство, континуирана социјална анксиозност и АДХД.

Во една студија, која ја следи младоста во период од 14 години, е откриено дека анксиозните нарушувања се поврзани со двојно зголемување на ризикот од нарушување на употребата на супстанции на зависност.[41]

Анксиозните нарушувања во детството, вклучувајќи паника и социјална анксиозност, се поврзани со зголемен ризик за употреба на супстанции, особено злоупотреба на алкохол и други зависности.

Повеќекратните студии покажале врска помеѓу раните симптоми на анксиозност и подоцнежниот развој на нарушувачко однесување[42].

Нелекуваната социјална фобија е поврзана со голем број на негативни исходи, вклучително и лоша училишна и работна изведба, напуштање на училиштето и невработеност[43].

Децата чија анксиозност се манифестира како бес, опозиционерство или насилни испади, честопати се соочуваат со дисциплински проблеми и подоцна со проблеми со законот[44].

[41] Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M. R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, 228, 248–253

[42] Bubier, J. L., & Drabick, D. A. G. (2009). Co-occurring Anxiety and Disruptive Behavior Disorders: The Roles of Anxious Symptoms, Reactive Aggression, and Shared Risk Processes. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 658–669.

[43] Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 356–365.

[44] Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J., & Merikangas, K. R. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 280–288. doi.org/10.1016/j. jaac.2016.01.006

1.4.Анксиозност и однос со смарт уреди и социјални медиуми

Според една студија, спроведена на 750 тинејџери во САД, 95 % имале паметен телефон и 45 % „речиси постојано“ биле онлајн во 2018 година, наспроти 24 % во 2014 година[45].

Дваесет и четири проценти од анкетираните тинејџери изјавиле дека се соочиле со негативно влијание, и тоа најголема причина бил булингот, односно малтретирање/ширење гласини.

Триесет и еден процент од анкетираните тинејџери одговориле дека социјалните медиуми имаат главно позитивен ефект, најмногу поради поврзувањето со пријателите и семејството.

Студија на повеќе од 450 млади на возраст од 11 до 17 години покажала:

Деведесет и седум проценти од учесниците посочиле дека користеле социјални мрежи.

Триесет и пет проценти од учесниците биле означени како „дежурни“ спијачи на социјални медиуми.

Четириесет и седум проценти од учесниците биле означени како вознемирени.

Поголема емотивна инвестиција во социјалните медиуми била во силна корелација со повисоките нивоа на анксиозност[46].

Национално репрезентативен примерок од повеќе од 550 ученици (на возраст од 18 до 22 години) покажува дека зголеменото време поминато во користење на социјалните медиуми е поврзано со поголеми симптоми на анксиозност и поголема е веројатноста учесниците да ги исполнат критериумите за анксиозно растројство[47].

Авторите предлагаат две објаснувања кои вообичаено се наведуваат за овој феномен:

---

[45] Anderson, M., & Jiang, J. (2018). *Teens, Social Media & Technology.* Retrieved from Pew Research Center website:http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/14/2018/05/31102617/PI_2018.05.31_TeensTech_FINAL.pdf

[46] Woods, H. C., & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence,* 51, 41–49. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008

[47] Vannucci, A., Flannery, K. M., & Ohannessian, C. M. (2017). Social media use and anxiety in emerging adults. *Journal of Affective Disorders,* 207, 163–166. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.040

- Социјалните медиуми би можеле да бидат извор на стрес кој придонесува за појава на симптоми на анксиозност; или лицата со зголемена анксиозност имаат тенденција почесто да ги користат социјалните медиуми, можеби за ублажување на симптомите на анксиозност.

Прегледот на 43 трудови од 2003 до 2013 година покажува дека социјалните медиуми можат да бидат и корисни и штетни за младите корисници.

Кога квалитетот на пријателството се перципира како висок, младите имаат поголема корист од социјалните медиуми.

Придобивки: зголемена самодоверба, перципирана социјална поддршка, зголемен социјален капитал, безбеден идентитет, експериментирање и зголемена можност за самооткривање.

Штетни ефекти: изложеност на насилство, социјални изолација и сајбер-булинг или малтретирање.[48]

1.5. Идентификација и превенција

Првиот чекор во помагањето на младите е точно да се идентификуваат симптомите на анксиозност. Анксиозноста често се меша со други нарушувања, што резултира со неефикасен третман.

Вообичаени погрешни дијагнози:

- Нарушувања во учењето: Кога детето се сомнева во неговите способности за некоја тема, анксиозноста може да спречи да научи или да покаже што таа личност знае. Понекогаш ова може да се помеша со нарушување на учењето кога тоа е навистина само анксиозност.

- АДХД: Деца кои имаат потешкотии да се концентрираат на училиште, но не се хиперактивни, може да бидат дијагностицирани со АДХД - невнимателени, додека тие се всушност расеани од внатрешната грижа и страв кои доаѓаат од анксиозното растројство.

[48] Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., & Ferrari, A. J. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine,* 44(11), 2363-–2374. doi: 10.1017/S0033291713003243

- Депресија: Тинејџерите кои се мачеле со нетретирана анксиозност дури една деценија имаат акумулирано оштетување - работи што не можат да ги прават - и често се несреќни поради нивниот ограничен начин на живот. Таа несреќа или дисфорија, може да се помеша со клиничка депресија.

- Аутизам: Деца кои многу рано имаат развиено социјална анксиозност, која може да доведе до инхибиција на однесувањето поради селективен мутизам и слаби социјални вештини, погрешно се дијагностицирани со аутизам.

- Психоза: Кај постари тинејџери кои доживуваат паника понекогаш се јавуваат нарушувања, обезличување или дереализација - чувство за одвојување од себе, или чувство дека светот е нереален. Овие симптоми може да бидат погрешно сфатени како форма на психоза, што резултира со поставување дијагноза на шизофренија или некое друго психотично растројство.

- Опозициско пркосно растројство: Акутната анксиозност кај децата може да избие кога нешто предизвикува одговор на 'борба или бегање'. Доколку анксиозноста е недијагностицирана, агресијата може да биде интерпретирана како нарушување во однесувањето.

Превенција

Постојат некои истражувања кои сугерираат дека превенцијата (интервенирање пред да се развие ризично или анксиозно дете или целосно развиено анксиозно растројство) е ефикасна за деца на училишна возраст и млади возрасни, односно адолесценти.

Во Америка „Cool Little Kids" е родителска програма испорачана на интернет со цел да се спречи развојот на анксиозни нарушувања кај деца од 3 до 6 години со инхибиран темперамент. Програмата покажала значително намалување на симптомите на детска анксиозност[49].

[49] Morgan, A. J., Rapee, R. M., Salim, A., Goharpey, N., Tamir, E., McLellan, L. F., & Bayer, J. K. (2017). Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 56(5), 417–425. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.010

Со преглед на превентивните програми засновани на заедницата во САД, е пронајдено дека симптомите на анксиозност кај младите лица биле намалени за околу 60 % со програмите[50].

1.6.Третман на анксиозност

Повеќето деца со анксиозни нарушувања не добиваат третман, што е жално, бидејќи когнитивно-бихевиоралната терапија (КБТ) се покажала како високо ефикасна во комбинација со лекови.

Превенцијата на изложеност и одговор е еден вид КБТ што функционира така што им помага на децата да ги решат нивните проблеми со анксиозност и стравови преку поединечни чекори во безбедна и контролирана средина. Ова им овозможува на децата да искусат анксиозност и вознемиреност без прибегнување кон нивното однесување на избегнување, давајќи им чувство за контрола. Соочувајќи се со симптомите директно, децата учат да ја толерираат нивната анксиозност и, со текот на времето, тие ќе ја толерираат повеќе, откривајќи дека нивната анксиозност всушност е намалена. Ова е процес кој се се нарекува „хабитуација“.

ERP обично започнува со развивање на „хиерархија на страв“ при третманот, почнувајќи од најлесните, најмалку стресно активирање и работа, па сѐ до најстрашните стравови.

Долгорочна последователна студија покажала одржлива корист од КБТ-третманот за деца од 8 до 13 години, која подоцна утврдила дека[51]:

- Деведесет и три проценти покажале долгорочно закрепнување на насоченото анксиозно растројство.

- Осумдесет и седум проценти не ги исполниле критериумите за ниту еден DSM-IV анксиозно растројство.

[50] Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *Journal of Primary Prevention,* 31(3), 139–70. doi: 10.1007/s10935-010-0214-8

[51] Saavedra, L. M., Silverman, W. K., & Morgan-Lopez, A. A. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 51(8), 924–934

Антидепресиви: Лекови по избор за лекување на анксиозност кај децата се серотонин инхибитори или антидепресиви. Едно истражување покажува дека тоа се ефективни лекови, и дека можат да бидат исклучително ефикасни.

Бензодиазепини: Овие краткорочни лекови може да бидат исклучително ефикасни во намалувањето на интензивната анксиозност кај младите, но има малку податоци кои ја поддржуваат нивната долгорочна корисност и дали нивното користење развива ризик од зависност.

Најраспространето клиничко испитување на третман на млади со анксиозност од одвојување, генерализирана анксиозност и социјални анксиозни нарушувања, покажало дека комбинацијата на КБТ и антидепресивни лекови (селективен инхибитор на повторно земање на серотонин или SSRI) е најефикасна[52].

Ефективноста на третманот по 12 недели:

- 81 % комбинирана терапија;

- 60 % само КБТ терапија;

- 55 % само лекови.

Истражувањата покажале дека пациентите се поотворени и искрени за нивните симптоми кога тие се во интеракција со „виртуелни луѓе“ и кога не мислат дека се набљудувани или проценувани[53].

Сè повеќе се воведува медитацијата за свесност во различни ситуации (училиште, клиничко ментално здравје) за да им се помогне на младите да управуваат со стресот, емоционалноста и проблематичните однесувања. Со метааанализа се покажало дека овие интервенции имаат мал до умерен ефект врз симптомите на анксиозност, слични на други интервенции како вежбање или КБТ[54].

[52] Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive BehavioralTherapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. The New England Journal of Medicine, 359(26), 2753–2766. doi:10.1056/ NEJMoa080463

[53] Lucas, G. M., Gratch, J., King, A., & Morency, L-P. (2014). It's only a computer: Virtual humans increase willingness to disclose. Computers in Human Behavior 37, 94–100. https://doi.org/10.1016/j. chb.2014.04.043

[54] Goyal, M., Singh. S., & Sibinga, E. M. S. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic reviewand meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 174(3), 357–368. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018

Во врска со повисоките нивоа на семејно однесување (кога семејството организира рутини околу анксиозноста на детето) било откриено дека тие предизвикуваат поголемо оштетување и послаб одговор на третманот.[55]

Новиот пристап, наречен Поддржувачко родителство за вознемирено детство, е насочен кон родителското однесување и го третира детето преку обука на родителите.[56]

Родителите пријавиле големо задоволство и намалени симптоми на анксиозност на детето.

Шеесет проценти од децата постигнале подобри резултати по третманот.

Биофидбек е следење на телото и обезбедување информации преку аудио или визуелна повратна информација. Анксиозните нарушувања често се придружени со физички симптоми, а нивното препознавање и менувањето преку биофидбек можат да го олеснат поврзаниот психолошки проблем.[57]

Застапниците на биофидбек велат дека тоа е одлична алатка за надминување на негирањето и промовирање на вештините за саморегулација.

Во една анкетна студија, неврофидбек (мерење на мозочните бранови) најчесто се применувало за справување со анксиозност.

Шеесет и пет проценти од студиите откриле статистички значително ниво на намалување на симптомите.

Една студија за варијабилноста на срцевиот ритам и биофидбек, кој бара од учесниците да го синхронизираат пулсот и дишењето, покажала намалување на самопријавената анксиозност и пад на стресот за 75 %.[58]

---

[55] Norman, K. R., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2015). Family Accommodation of Child and Adolescent Anxiety: Mechanisms, Assessment, and Treatment. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28(3), 131–140. http://doi.org/10.1111/jcap.12116

[56] Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. Cognitive and Behavioral Practice, 21(4), 456–469. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004

[57] Schoenberg, P. L. A., & David, A. S. (2014). Biofeedback for Psychiatric Disorders: A Systematic Review. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 39(2), 109–135. https://doi-org.proxy.wexler.hunter.cuny.edu/10.1007/s10484-014-9246-9

[58] Reiner, R. (2008). Integrating a portable biofeedback device into clinical practice for patients with anxiety disorders: Results of a pilot study. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 33, 55–61

2.НОЌНО МОКРЕЊЕ

2.1.Поим ноќно мокрење

Ноќното мокрење е причина за значителен социјален, психолошки и емоционален стрес. Ноќното мокрење, ноќна инконтиненција или никтурија, претставува повторувачко неволево испуштање на урина за време на сон (во креветот или во облеката) и тоа кај деца на возраст на која веќе би требало да има воспоставено контрола врз физиолошките потреби. Ако е поврзано со симптоми од мочните патишта кои најчесто се јавуваат во текот на денот, станува збор за немоносимптоматска ноќна енуреза, а кога нема симптоми поврзани со пореметувања на мочните патишта, односно единствен симптом е мокрење за време на сон, тогаш станува збор на моносимптоматска ноќна енуреза. Ноќната енуреза е многу чест проблем кај сите деца низ светот.[59]

Повеќето деца воспоставуваат контрола над мокрењето до петгодишна возраст. Обично ноќното мокрење до седумгодишна возраст не е некој сериозен здравствен проблем и децата го надминуваат. Значи ноќното мокрење е состојба на ноќна повремена инконтиненција кај деца над 5-годишна возраст која се случува за време на сон, минимум еднаш месечно во траење подолго од 3 месеци. Прво се воспостува контрола над мокрењето дење, а дури потоа во текот на ноќта. До седумгодишна возраст сè уште се воспоставува контролата над мочниот меур во текот на ноќта. Ако ноќното мокрење продолжи и по седумгодишна возраст, тогаш треба да се контактира лекар и да се трага по причината за оваа состојба.

Повремени „несреќи“, односно повремено неволно испушње на урина во сон е честа појава кај деца што веќе имаат воспоставено контрола над мокрењето. Причина за ова е најчесто акутен стрес, страв, анксиозност, ноќни мори или пиење на поголема количина на течности пред спиење. Нема никаква причина за грижа и оваа појава исчезнува со текот на времето.

Ноќното мокрење се јавува кај 20 % од децата на возраст до пет години. Овој процент паѓа на 10 % до седумгодишна возраст. До петнаесетгодишна возраст изнесува

[59] Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., et al. (2014). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2014;191:1863–5

1-3 %. Некои деца никогаш нема да воспостават контрола на мокрењето во текот на ноќта и кај нив никтуријата перзистира и во адултниот живот[60].

2.2.Причини за појава на ноќно мокрење

Постојат три општоприфатени механизми на ноќно мокрење. Тука спаѓаат: прекумерно создавање на урина во текот на ноќта, хиперреактивност на мочниот меур и неможност за будење како одговор на чувството на преполнетост на мочниот меур. Секој од овие механизми е поддржан од повеќе студии, но постојат деца кај кои ноќното мокрење не може да се објасни со овие механизми.

Зголеменото производство на урина во текот на ноќта кај некои деца може да се објасни со неадекватно ослободување на хормонот вазопресин во текот на ноќта. Кај некои деца можеби има хиперреактивен мочен меур, но кај овие деца најчесто ноќното мокрење е придружено со симптоматологија и во текот на денот, како што се: итност, зачестено мокрење и инконтиненција. Цистометрии, спроведувани амбулантски, го потврдуваат фактот дека хиперсензитивен мочен меур е причината за појава на ноќно мокрење кое е резистентно на терапија.

Поновите студии ја потенцираат улогата на централниот нервен систем во појавата на ноќно мокрење. Според некои истражувачи, ноќното мокрење се јавува кај деца кои спијат „цврсто“, и кај нив има висок праг на надразнување на мочниот меур. Односно мочниот меур треба да содржи многу поголемо количество на урина за да се јави нагон за мокрење. Други истражувачи, пак, тврдат дека кај некои деца се јавува фрагментација на сонот, која пак предизвикува поспаност во текот на денот. Оваа дисрупција и фрагментација на сонот резултира со губење на психолошките инхибиторни сигнали до мочниот меур. Ова исто така е механизмот на настанување на ноќно мокрење кај деца со апнеа за време на сон. Според поновите студии, постои корелација помеѓу овие две теории.

Исто така, постојат и психолошки и бихевиорални коморбидитети, како што се: АДХД (attention deficit hyperactivity disorder), аутизам, анксиозност и депресија, кои се

[60] Sarici H, Telli, O., Ozgur, B. C., Demirbas, A., Ozgur, S., Karagoz, M. A. (2015). Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. J Pediatric Urol 2015.

асоцирани со ноќното мокрење. Од друга страна пак, ноќното мокрење како симптом може да предизвика промени во интензитетот на вниманието, фрагментација на сонот, како и периодично движење на екстремитетите во сон (periodic limb movements). Овие симптоми се подобруваат или исчезнуваат по воспоставувањето на нормална контрола на мокрењето во текот на ноќта. Според ова, можеме да заклучиме дека ноќната енуреза и бихевиоралните промени имаат причинско-последична врска, со која едното може да го стимулара другото, и обратно, и тешко е да се детерминира што се јавило прво, односно дали бихевиоралните проблеми го предизвикуваат ноќното мокрење или обратно[61].

Кај сите деца кои имаат проблем со ноќно мокрење треба да се земе детална анамнеза и да се направи физикален преглед. Анамнестички треба да се обрне внимание на симптомите кои се јавуваат во текот на денот, кои најчесто упатуваат на дисфункција на мочниот меур. Стресогените фактори од секојдневниот живот кај некои деца се поврзани со ноќно мокрење. Треба да се праша за некои промени во животниот стил на детето, на пример, ново бебе во семејството, тргнување на училиште, смрт во семејството, селидба во нов дом, промена на училиште итн. Ова е особено важно кај децата со секундарна енуреза (деца кои претходно не мокреле ноќе). Исто така, треба да се разговара и за тоа како мокрењето во кревет го пореметува квалитетот на живот на детето.

Со физикалниот преглед се исклучуваат аномалии на гениталните органи, аномалии на ’рбетниот столб. Повторувачките инфекции на уринарниот тракт бараат дополнителни иследувања. Потребно да се направи анализа на урината, како и микробиолошки преглед на урината.

Актот на мокрењето е рефлексна активност која е контролирана од рефлексниот или нижиот центар за мокрење, којшто се наоѓа во сакралниот дел на ’рбетниот мозок. Овој центар добива сигнали од сензорните нервни влакна кои се активираат со растегнувањето на мочниот меур кој се полни со урина. Затоа што ова е рефлексна активност, секогаш кога има и мало количество на урина во мочниот меур, центарот за мокрење во ’рбетниот мозок испраќа сигнали до мускулатурата на мочниот меур која

[61] Van Herzeele, C., Evans, J., Eggert, P., Lottmann, H., Norgaard, J. P. and Vande Walle, J. (2015). Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. J PediatrUrol 2015; 11: 200.e1-e8,

се контрахира и ја празни урината, т.е. се активира рефлексниот акт на мокрење. Ова се случува кај новородените и доенчињата до 1 година.

Со растењето на децата контролата врз празнењето на мочниот меур ја преземаат повисоките центри во мозокот. Координацијата помеѓу полнењето и празнењето на мочниот меур сега е контролирана од центарот за складирање на урина и центарот за мокрење, кои се сместени во продолжениот мозок (понсот). Кога ќе почне да се развива контролата од овие повисоки центри, веќе нема рефлексно празнење на мочниот меур, туку по секое растегнување на ѕидот на мочниот меур, кога се полни со урина, се испраќаат сигнали до центарот во 'рбетниот мозок, кој испраќа сигнал до центарот за складирање на урина во понсот.

Овој центар не дозволува празнење на мочниот меур ако нема насобрано доволно количество на урина. Како продолжува полнењето на мочниот меур и постепеното растегнување на неговиот ѕид, сигналите што се испраќаат до центарот за складирање на урина во понсот се сѐ почести и посилни, сѐ додека мочниот меур не го исполни својот капацитет за складирање на урина и во тој момент контролата ја презема центарот за мокрење, кој исто така е сместен во продолжениот мозок и овој центар сега испраќа сигнал до мускулот на мочниот меур кој се контрахира и овозможува празнење на собраната урина, т.е. мокрење. Кај деца кои имаат воспоставено контрола на актот на мокрење, како и кај возрасните, двата центри во продолжениот мозок се контролирани од волевите центри во кората на големиот мозок.

Ова значи дека и да постои потреба за мокрење или итност за мокрење, волевите центри од кората на големиот мзок нема да дозволат празнење на мочниот меур ако нема услови за тоа. На пример, нема да се случи празнење на мочниот меур во друштво, во јавност, ако не сме во тоалет, ако не сме седнати на WC-школка итн., т.е нема да се случи мокрење во општествено неприфатлива ситуација. Всушност, овие највисоки центри од големиот мозок преку процесот на тренинг и учење се најважни во остварувањето на контрола врз актот на мокрење. Ова е многу важно понатаму во разбирањето на ноќното мокрење кај децата.

Како што е наведено, ноќната енуреза е поврзана со фрагментирање на сонот, намалување на периодите на мирен сон (сон без движење или променување на положбата на телото), зголемена фреквенција на будење во текот на ноќта и

периодично движење на екстремитетите во текот на ноќта (periodic limb movement disorder PLMD). Периодичното движење на екстремитетите за време на сон значи неволево движење на екстремитетите, како на пример, флексија на колено, скочен зглоб или колк за време на не-REM фазата на сон. Ова влијае на квалитетот на живот затоа што го прекинува сонот и предизвикува поспаност во текот на денот.

Децата што имаат проблем со ноќно мокрење имаат значително почести периодични движења на екстремитетите (PLM), и понизок праг на дразнење и будење, отколку децата кои имаат фрагментација на сонот од друга причина, а не од ноќно мокрење.

Невротрансмитерот ацетилхолин има важна улога во патофизиологијата на ноќното мокрење. Тој ја зголемува хиперактивноста на детрузорот преку неговото дејство врз мускаринските М3-ацетилхолински рецептори.

Хиперреактивноста на мочниот меур е поврзана со периодичното, изолирано ноќно мокрење (т.е. на детето му се случуваат повремени „несреќи“ за време на сон), додека полиуријата и пореметувањата на сонот се поврзани со ноќната енуреза. Питуитарниот хормон аргинин вазопресин игра голема улога во патофизиологијата на ноќното мокрење и пореметувањата на сонот преку неговиот регулаторен механизам врз диурезата и циркадијалниот ритам на сон и будност. Како резултат на ова, ексцивното создавање на урина и дисрупцијата на сонот придонесуваат за појава на ноќно мокрење.

Децата може да имаат зголемена продукција на урина во тек на некои вечери, а некои вечери нормална продукција на урина и тоа се забележува во нивниот аргинин вазопресин профил. Затоа количеството на аргинин вазопресин се разликува во ноќите часови кога детето мокри во кревет и ноќите кога детето не мокри.

Аргинин вазопресин хормонот има релативно конзистентен циркадијален ритам, посебно кај деца пред пубертет. За време на ноќите кога детето мокри во сон, не се случува нормалното зголемување на количината на овој хормон во плазмата, посебно во првата половина на ноќта. Според поновите истражувања, циркадијалниот ритам на аргинин вазопресин не е единствениот кој го регулира излачувањето на урина во текот на ноќта, туку дека постојат и други ренални циркадијални системи кои иста така се инволвирани во патофизиологијата на ноќната енуреза.

Земајќи предвид дека дијагнозата на ноќната енуреза се потпира, пред сѐ, на анамнестички податоци од детето, како и хетероанамнеза од родителите, добиените податоци може да бидат неточни или пристрасни. Затоа мерењето на аргинин вазопресин во плазмата е важно за поставување на дијагнозата. Проблем претставува нестабилноста на молекулата на овој хормон и неговиот краток полуживот во плазмата (околу 20 минути). Исто така, повеќе од 90 % од циркулирачкиот хормон е врзан за тромбоцитетите и ова го оневозможува неговото точно мерење. Поради тоа, во дијагностички цели се мери количеството на цопептин. Копептин е протеин, кој е продукт на пре-про-аргинин вазопресин во синтезата на вазопресин.

Молекулата на пре-про-аргинин вазопресинот со помош на ензими се дели на три дела и тоа: вазопресин, копептин и неурофизин II, кои во еквимоларни количини се излачуваат во крвта. Копептинот е многу постабилна молекула од вазопресинот. Значи, копептинот може да се користи како биомаркер за количеството на аргинин вазопресин во крвта. Пости педијатриска студија, според која нивото на копептин во плазмата кај деца кои мократ во кревет е многу пониско од нивото на копептин кај децата кои го немаат овој проблем. Исто така, иследувањата покажуваат дека децата кои имаат потешки симптоми на ноќна енуреза (мократ повеќе од пет ноќи во неделата) имаат пониско ниво на копептин од оние деца со полесна симптоматологија[62].

Немоќност за физиолошки пад на крвниот притисок во текот на ноќта е уште еден фактор кој придонесува за мокрење во сон. Кај здрави индивидуи постои физиолошки пад на крвниот притисок од 10 %.

Намалениот крвен притисок значи намален крвен проток низ бубрезите и намалено создавање на урина.

Овој механизам не е доволно разјаснет, но сепак отвара можности за развој на нови третмани на ноќно мокрење, кои ќе се фокусираат на намалување на крвниот притисок во текот на ноќта.

[62] Cakiroglu, B., Tas, T., Eyyupoglu, S. E., Hazar, A. I., Can Balci, M. B., Nas, Y., et al. (2014). The adverse influence of spina bifida occulta on the medical treatment outcome of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. Arch Ital UrolAndrol. 2014;86(4):270–3. doi: 10.4081/aiua.2014.4.270

2.3.Примарна и секундарна ноќна енуреза

Постојат два типа на никтурија, и тоа: примарна и секундарна.

Кај примарната ноќна енуреза детето никогаш не воспоставило контрола врз мокрењето во сон и таканаречените периоди на „сувост“ или периоди кога детето не мокри во текот на ноќта, кои никогаш не траат повеќе од 6 месеци.

Кај секундарната никтурија детето воспоставило конрола на мокрењето за време на сон, постоел „сув“ период подолг од 6 месеци, но потоа повторно се јавува ноќно мокрење.

Примарна никтурија е состојба кај која децата никогаш немале сув период подолг од 6 месеци, немаат пореметувања на уринарните патишта или нема докажано нарушување на функцијата на уринарните патишта. За ова мултифакториелно нарушување сѐ уште нема разјаснето конкретен патофизиолошки механизам и затоа менаџментот на оваа состојба е тежок. Се смета дека генетската предиспозиција, зголемено создавање на урина во текот на ноќта, зголемена сензитивност на мускулатурата на мочниот меур, функционални пореметувања на централниот нервен систем, се некои од механизмите кои придонесуваат за примарна ноќна енуреза.

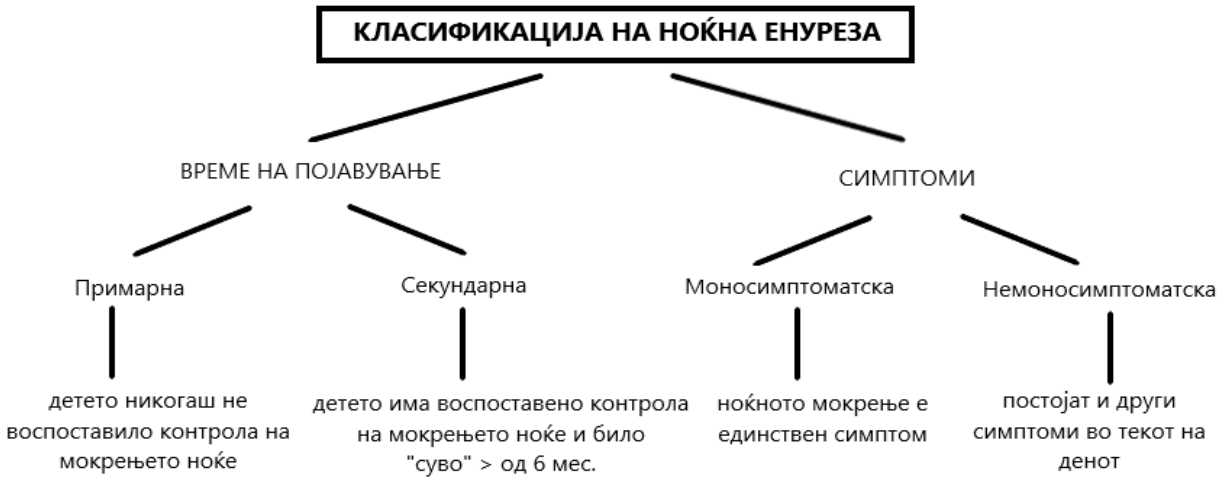
Секундарната ноќна енуреза најчесто има органска причина и тоа инфекции на уринарните патишта, аномалии на уринарните патишта, хормонални пореметувања (грешки во секрецијата на антидиуретичен хормон), примарни болести (церебрална парализа, повреди на рбетен мозок, дијабет), хируршки зафати (хируршки зафати во мала карлица, хируршки зафати на гениталии, корекција на аномалии на ’рбетен столб), апнеја за време на сон, хронична констипација пореметувања во психофизичкиот развој, АДХД, сексуално злоупотребување, органски пореметувања на централен нервен систем, стресни состојби, психички трауми, емоционални проблеми (страв, анксиозност).

Според симптоматологијата, постојат монимптоматска и немоносимптоматска ноќна енуреза.

Моносимптоматската ноќна енуреза се карактеризира со ноќно мокрење како единствен симптом.

Немоносимптоматска ноќна енуреза е поврзана со симптоми во текот на денот, како на пример, ургентност, често мокрење, констипација, инфекции на уринарниот тракт, болки при мокрење.

Пронаоѓање на причината за ноќното мокрење е многу тешко и најпрво треба да се отстрани каква било органска причина. Ако не се најде органска причина, тогаш се препорачува разговор со психолог со цел отстранување на каква било психолошка причина, како и да се отстранат последиците од ноќното мокрење кои го спречуваат нормалниот душевен развој на детето.



Слика 1: Класификација на ноќна енуреза

Ноќното мокрење е значаен психосоциолошки проблем. Самите деца чувствуваат вина поради ноќното мокрење, несигурност, ниска самодоверба, избегнуваат преспивање кај другарчиња или преспивање надвор од дома (училишни екскурзии, летувања). Целото семоејство е засегнато со овој проблем и токму како

таков треба да се третира. Поддршката од семејството е најважна. Стрпливоста и разбирањето ќе помогнат многу во нормалниот емоционален развој на детето[63].

2.4.Третман на ноќното мокрење

Честопати ноќното мокрење не се третира адекватно поради неадекватно или несоодветно дијагностицирање. Третирањето на ноќното мокрење зависи од причината. Соодветна терапија се применува при хормонални пореметувања или инфекции, односно лекување на основната болест. Терапијата треба да се започне кај деца на возраст над 5 години.

Најновиот концензус за „guidelines“ во третманот на ноќното мокрење вклучува едукација и мотивација на детето и родителите, како и совет за промена на животниот стил на детето. Ако ова вроди со успех, тогаш треба да се направи диференцијација на ноќното мокрење, односно дали се работи за немоносимптоматска ноќна енуреза или моносимптоматска ноќна енуреза. Ова се прави со помош на водење на дневник на „празнење“ (во дневникот се бележи секое уринирање и дефекација). Ако детето е дијагностицирано со моносимптоматска ноќна енуреза, тогаш следна стапка во лекувањето треба да бидат синтетичките анализи на хормонот аргинин вазопресин или дезмопресин – кај ноќна полиурија, и енуретски аларм кај намален капацитет на мочниот меур.

Комбинацијата на дезмопресин и аларм може да се користи кај пациенти со ноќна полиурија и намален капацитет на мочниот меур или кај деца кои користат аларм, но се будат ноќе во повеќе наврати. Постојат и мал број на деца кои се резистентни на терапија со дезмопресин и аларм. Кај овие деца еден од механизмите за настанување на ноќната енуреза е зголемено создавање на простагландини во текот на ноќта и како алтернативен третман може да бидат и нестероидните антиинфламаторни лекови (НСАИЛ), како што е терапијата со индометацин. Друга алтернативна терапија се трицикличните антидепресиви, како ребоксетин.

[63] Van Herzeele, C., Evans, J., Eggert, P., Lottmann, H., Norgaard, J. P. and VandeWalle, J. (2015). Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. J PediatrUrol, 11: 200.e1-e8

Кај немоносимптоматска ноќна енуреза треба прво да се третираат коморбидитетите, а потоа ноќната енуреза. Третманот може да биде со дезмопресин и антихолинергик (на пример, оксибутинин). Оваа комбинација може да се користи и кај пациенти со моносимптоматска ноќна енуреза, кои не реагираат на комбинацијата на дезмопресин и аларм.

Иако дезмопресинот е лек на избор кај ноќното мокрење, кај 20 % - 60 % од децата оваа терапија е неуспешна. Тие се резистентни на дезмопресин и кај нив има мал волумен на мочниот меур, мала ноќна диуреза, но зголемена осмоларност на уринатa ноќе. За разлика од нив, пациентите кај кои терапијата со дезмопресин е успешна, имаат зголемен волумен на мочниот меур, зголемена диуреза во текот на ноќта, но мала осмоларност на уринатa. Затоа водењето на дневник на „празнење“ многу помага во индивидуализацијата на терапискиот пристап. Резистенцијата на дезмопресин честопати е поврзана со други коморбидитети (констипација, намалување на вниманието, ментални и моторни недостатоци) затоа пред да започне третманот на ноќното мокрење, прво треба да се третираат овие коморбидитети.

Во поново време транскутната електрична неврална стимулација (TENS), која е третман од избор кај хиперактивен мочен меур, може да се користи и како алтернативна терапија на моносимптоматска ноќна енуреза.

Неспецифичниот третман опфаќа:

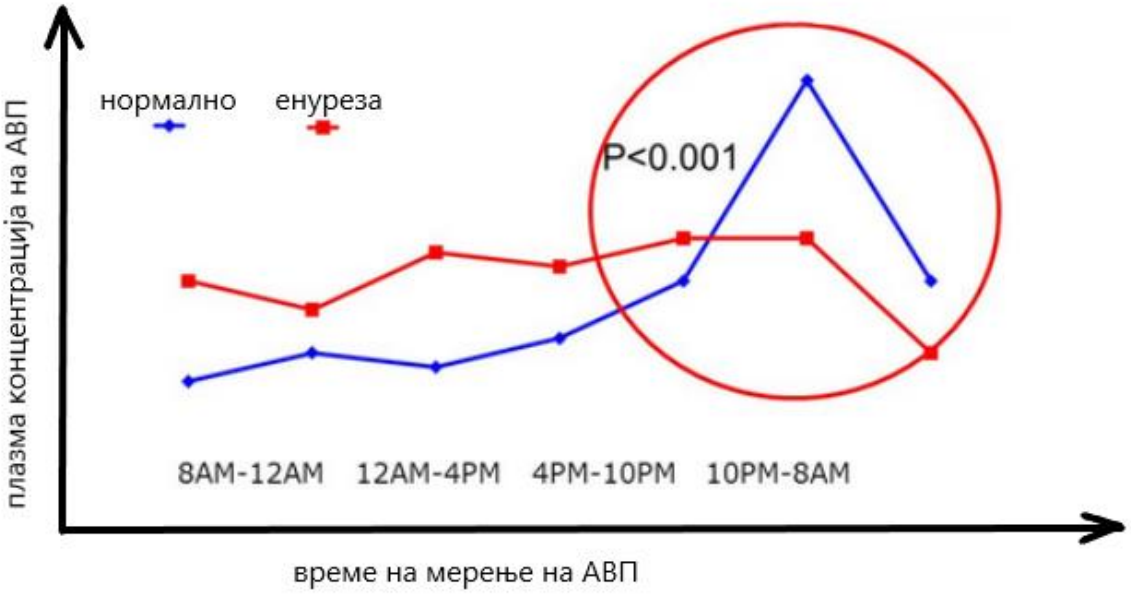
- Намалување на внесот на течности пред легнување. Се препорачува да го охрабрувате вашето дете да пие повеќе вода и течности наутро и по ручекот. Во вечерните часови треба да се ограничи внесот на течности, само на потребата за гаснење на жедта. Не се препорачува пиење на течности непосредно пред легнување и ограничување, или по можност спречување на консумирањето на газирани пијалоци и пијалоци што содржат кофеин.
- Да се направи распоред за одење во тоалет. Во договор со вашето дете направете распоред за мокрење. На пример, детето да седи на WC-школката по 5 минути 5 пати во текот на денот но истовремено секој ден и задолжително пред спиење, без разлика дали на детето му се мокри или не.

- Користење на аларм – Постојат посебни влошки или подлоги кои имаат сензор што детектира влага. Сензорот е поврзан со аларм кој се активира и треба да го разбуди детето од сон и да го натера да користи тоалет. Ова е метод на условување кој има за цел да го научи мозокот да се буди кога ќе добие сигнал за мокрење. Успехот на овој метод зависи од разбирањето на родителите дека ова е процес на учење. Постојат стадиуми кои треба да се поминат за да се дојде до најдобрите резултати. Без трпение, фрустацијата од страна на родителите и/или детето, може да доведе до откажување. Во првата и втората фаза од третманот родителите треба да се разбудат со алармот, да го разбудат детето и да го однесат во тоалетот, каде детето треба да се обиде да мокри во тек на минута две, потоа да се охрабри детето да се измие само и самото да си ги смени измокрените чаршави од креветот (секако со помош на родителот). Потоа детето треба да го вклучи алармот повторно и да си легне. Во третата фаза од третманот детето би требало само да се разбуди без да се вклучи алармот, кога мочниот неур е полн. Ова е последната фаза и треба да се користи алармот уште две до три недели за да се зацврсне новонастаната контрола.
- Поставување на водоотпорни покривки над душекот за да се олесни чистењето.

Медикаментозна терапија

- Desmopressin acetate (DDAVP) е дериват на хормонот вазопресин. Во нормални услови вазопресинот се создава од бубрезите кога телото се обидува да зачува вода. Повеќето индивидуи имаат повисоко ниво на вазопресин за време на сон, кое предизвикува намалено создавање на урина и поради тоа немаат потреба од празнење на мочниот меур во текот на ноќта. Голем дел од децата со ноќна енуреза го немаат ова зголемување на нивото на вазопресин во сон.
- Кај нив може да се проба терапија со дезмопресин во облик на таблета во тек на 3-6 месеци, со пауза од една недела и со распоред на пиење на

течности. Овој третман делува само на половината од пациентите, а исто така со тек на време се гради толеранција спрема лекот и почнува да не делува.



Слика 2: Време на мерење на АВП

- Антихолинергици - Oxybutynin – се користи за намалување на контракциите на мочниот меур кај хипперреактивен мочен меур. Може да се користи во комбинација со дезмопресин, но како и дезмопресинот нема ефект кај голем дел од децата.
- Трициклични антидепресиви – имипрамин е антидепресив кој долги години е терапија против ноќно мокрење. Неговиот механизам на дејство е нејасен, но се мисли дека го подобрува сонот кај децата, како и го зголемува капацитетот на мочниот меур. Овој лек има многу несакани ефекти.

2.5. Останати терапевтски можности

- Биофитбек - детето се поврзува на електромеханичка опрема која го известува мускулниот тонус, мозочните бранови итн. Врз основа на овие информации, преку процес на учење детето треба да реагира адекватно на информациите што ги добива.
- Психолог - Ако не се најде органска причина за ноќното мокрење, потребна е консултација со психолог за утврдување на други причини кои потекнуваат од стрес, анксиозност, емоцијанална нестабилност. Психичкиот стрес може да биде предизвикан од многу причини, на пример, промена на училиште тргнување во градинка, развод на родителите, ново бебе во семејството, караници помеѓу родителите, смрт на член од семејството, физичка казна, сепарациона анксиозност, емоционлна или физичка злоупотреба итн.

Психолошките фактори имаат многу големо влијание во појавата на ноќно мокрење кај децата. Како што рековме, морфолошките промени на уринарниот систем, како и други болести поврзани со други органи, може да предизвикаат ноќно мокрење. Бројката на децата кај кои нема органска причина за појава на ноќно мокрење е поголема од онаа на деца кај кои ноќното мокрење е поврзано со некоја друга болест, состојба или има јасна органска причина.

Ноќното мокрење има генетска основа и почесто се јавува кај деца чиишто родители имале проблем со ноќното мокрење во детството. Поголем број на деца кои мократ ноќе се од машки пол[64].

[64] J. V., Rittig S, Bauer, S., Eggert, P., Marschall-Kehrel, D., Tekgul, S. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr. 2012;171: 971-83. doi: 10.1007/s00431- 012-1687-7.

II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ
1.Проблем на истражување

Научниот проблем на емпирското истражување ја опфаќа темата на енуреза, честопати наречена мокрење во кревет или мокрење во сон, конкретизиран на **психолошкиот аспект, односно анксиозноста** и ноќно мокрење, како еден од почестите проблеми во детската возраст. Операционално, дали постои поврзаност на анксиозноста и ноќното мокрење кај децата во државата?

2. Цели и задачи на истражувањето

2.1 Научна цел на истражувањето

Целта на научното истражување е поставена на ниво на дескрипција, со елементи на корелација, во насока на опис на состојбата на проблемот на ноќно мокрење во државата, како и утврдување на влијанието на анксиозноста врз ноќното мокрење. Операционално, таа се однесува на тоа:

- да се добијат научни сознанија за нивото на анксиозност на децата во однос на проблемот на ноќно мокрење во државата;
- да се стекнат научни сознанија за тоа кои видови на анксиозни растројства кај децата се најприсутни во државата;
- да се добијат сознанија за тоа на која возраст најчесто се јавува проблемот на ноќно мокрење кај децата во државата;
- да се добијат сознанија за тоа кај кој пол почесто се јавува проблемот на ноќно мокрење кај децата во државата;
- да се добие увид во факторите кои влијаат на појавата на ноќно мокрење кај децата во државата;
- да се добијат сознанија за тоа дали постои поврзаност на анксиозноста и ноќното мокрење кај децата во државата;
- да се добијат сознанија за нивото на претходна информираност на родителите за проблемот на ноќно мокрење;

- да се добие увид дали родителите бараат помош за санација на проблемот на ноќно мокрење;

- да се добие увид од кого родителите бараат помош за санација на проблемот на ноќно мокрење.

2.2 Практична цел на истражувањето

Практичната цел за да се реализира емпириското истражување на темата е присутноста на проблемот на ноќно мокрење и негово афирмирање, во смисла на обрнување сериозно внимание на детектирање и третман на проблемот, како од медициснки, така и од психолошки аспект. Факт е дека сѐ уште постои затвореност и стереотипи во однос на проблемот на ноќно мокрење кај децата, па потребата од отворено говорење, информирање на родителите, како превентивно, така и по појавата на проблемот е од исклучителна важност. Во оваа насока ќе се сугерираат превентивни советувања, консултации од групен и индивидуален карактер, предавања и работилници за актеулизација на проблемот на ноќно мокрење кај децата и алтернативите за негово третирање од повеќе аспекти.

3.Резултати од претходни истражувања

Истражувањето на Логан и сор. во 2014 година покажало дека меѓу 216 пациенти со уринарна дисфункција, околу 60 % имале барем еден ментален проблем[65] .

Во друга студија за психолошкиот профил на лица од женски пол со уринарна дисфункција, спроведена од Фан, се покажало дека лицата со уринарна дисфункција имале поголема веројатност да имаат депресија и анксиозност, отколку контролната група[66] .

Во 2012 година, Волф-Кристенсен и сор.[67] извршиле анкетирање за „психосоцијални проблеми кај деца упатени на уролошки клиники“ и пријавиле дека

[65] Logan, B. A., Correia, K., McCarthy, J., Slattery, M. J. (2014). Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *J Pediatr Urol.* 2014;10(4):634–8.doi: 10.1016/j.jpurol.2014.06.012.

[66] Fan, Y. H., Lin, A. T., Wu, H. M., Hong, C. J., Chen, K. K. (2007). Psychological profile of female patients with dysfunctional voiding. *Urology.* 2008;71(4):625–9. doi: 10.1016/j.urology.2007.11.063.

[67] Wolfe-Christensen, C., Veenstra, A. L., Kovacevic, L., Elder, J. S., Lakshmanan, Y. (2012). Psychosocial difficulties in children referred to pediatric urology: a closer look. *Urology.* 2012;80(4):907–12. doi: 10.1016/j.urology.2012.04.077.

вкупно 15,2 % од децата имале сериозни психосоцијални и социјални проблеми. Сепак, децата со функционални нарушувања на уринарниот тракт и примарна ноќна енуреза имале поголем ризик од ментални проблеми, а со зголемените ментално-социјални проблеми, сериозноста на уролошката болест исто така се зголемувала. Се покажало дека психосоцијални проблеми и стресот за време на чувствителното време на учење може да предизвикаат примарна ноќна енуреза.

Во друга студија на Ипен и сор., било откриено дека ноќната енуреза е многу честа кај децата на училишна возраст и се препорачало на сите деца внимателно да се проценат за можноста за психолошко ,,оштетување“[68].

Во нашата држава сè уште е мал бројот на истражувања на темата на ноќно мокрење, што е голем иникатор за потребата од ова истражување.

4.Предмет на истражувањето

Предметот на истражување е од доменот на клиничка и советодавна психологија и се однесува на идентификација на нивото на анксиозност кај децата и дали постои поврзаност на анксиозноста и ноќното мокрење кај децата во државата.

4.1. Теоретско определување на предмет на истражување

4.1.1 Дефинирање на клучните поими

Анксиозност - Анксиозноста е сложена, повторлива вознемиреност, страв, напнатост и несигурност, и се карактеризира со предвидување на можни опасности или закани и со актуелното активирање на автономниот нервен систем. Анксиозноста е нормална појава во секојдневниот живот. Прашањето за патологијата е прашање за интензитетот, времетраењето и бројот на присутни симптоми. Интензивната вознемиреност е индикатор за посета на психолози, но, исто така, предизвикува и физиолошки нарушувања. Нормалната анксиозност или вознемиреност има мотивациска и адаптивна функција, го стимулира однесувањето, планирањето и претпазливоста, како и спречувањето на повторно изложување на непријатни и болни

[68] Eapen, V., Mabrouk, A. M. (2003). Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in the United Arab Emirates. *Saudi Med J.* 2003;24(1):49–51

ситуации. Овој тип анксиозност е контролирана од страна на поединецот. Патолошката анксиозност се јавува надвор од опасна ситуација, трае релативно долго време пред и по стресот или опасноста. Таа состојба го попречува нормалното функционирање на едно лице и би можело да влијае на промената на мислењето и однесувањето на поединецот. Патолошката анксиозност е надвор од свесна контрола на поединецот. Анксиозните состојби, освен преку емоции, се изразуваат и преку когнитивните компоненти, низ однесувањето и низ физиолошката компонента. Анксиозноста се карактеризира со истовремено присуство на разни симптоми и нивната интеракција[69].

Вообичаени знаци на општа анксиозност кај децата:

- потешкотии во концентрацијата;

- проблеми со спиењето, мокрење во кревет или лоши соништа;

- губење на апетит;

- недостаток на самодоверба да пробаат нови работи или неможност да се справат со едноставни, секојдневни проблеми;

- избегнување на секојдневни активности, како што се: гледање со другарчиња, или немање желба за излегување во јавност, градинка или училиште;

- неможност за разговор во некои социјални ситуации.

Физички симптоми се: често одење во тоалет, плачење, главоболка, вртоглавица, потење, болки во стомакот, гадење, грчеви, повраќање, нервоза или болки во телото (особено ако тие обично се јавуваат пред некоја образовна или социјална обврска).[70]

Ноќно мокрење - Ноќно мокрење е еден од почестите проблеми во детската возраст. Примарна ноќна енуреза (ПНЕ) е мокрење во кревет за време на спиење кај здрави деца на возраст од 5 години па нагоре. Според податоците од светската литература, кај децата на 5-годишна возраст секое четврто дете има ноќно мокрење. При поаѓање во училиште секое десетто дете има ноќно мокрење, така што на возраст

[69] Wenar, C. (2002). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dje_je dobi do adolescencije*.Jastrebarsko: Naklada Slap.

[70] Whiteside, S. P., Deacon, B. J., Benito, K., et al. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2016 May; 40:29–36. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.04.001. PMID: 27085463.

од 10 години 7 % од децата го имаат овој проблем. Во подоцнежна возраст, околу 1-2 % од децата остануваат со ноќно мокрење[71].

Енурезата, често наречена мокрење во кревет или мокрење во сон, е чест проблем кај децата по петгодишна возраст и може да доведе до повеќе симптоми, како што се: инфекција, инконтиненција и почесто мокрење[72].

Примарната ноќна енуреза е чест проблем кај децата на училишна возраст. Овој проблем се однесува на состојбата во која детето после петгодишна возраст нема контрола на урината во текот на шест континуирани месеци и тоа не може да се припише на никакви органски фактори или употреба на медикаменти[73].

4.1.2 Операционално определување на предметот на истражување

4. 2.Хипотези

4.2.1 Формулација на општа хипотеза

Како генералната хипотеза е издиференцирана следната:

Постои умерено ниво на анксиозност кај децата и анксиозноста влијае на ноќно мокрење кај децата во државата.

4.2.2 Формулација на посебни хипотези

Од генералната хипотеза се издвојуваат следните посебни хипотези:

- Се претпоставува дека е присутно средно ниво на анксиозност на децата во државата;

- Се претпоставува дека најзастапено е сепарационото анксиозно растројство кај децата во државата;

[71] Phung, P., Kelsberg, G., Safranek, S. (2015). Clinical Inquiry: Does primary nocturnal enuresis affect childrens' self-esteem? *J Fam Pract.* 2015; 64(4):250–9

[72] Casale, A. J. (1993). Functional voiding disorders of childhood. *J Ky Med Assoc.* 1993;91(5):184–91

[73] Konersman, C. G., Bordini, B. J., Scharer, G., Lawlor, M. W., Zangwill, S., Southern, J. F., et al. (2015). BAG3 myofibrillar myopathy presenting with cardiomyopathy. *Neuromuscul Disord.* 2015;25(5):418–22. doi: 10.1016/j.nmd.2015.01.009.

- Се претпоставува дека проблемот на ноќно мокрење кај децата во државата е најзастапено на возраст од околу 8 години;

- Се претпоставува дека кај децата од машки пол почесто се јавува проблемот на ноќно мокрење;

- Се претпоствува дека постојат повеќе фактори кои влијаат на појавата на ноќно мокрење кај децата во државата;

- Се претпоставува дека постои поврзаност на анксиозноста и ноќното мокрење кај децата во државата;

- Се претпоставува средно ниво на претходна информираност на родителите за проблемот на ноќно мокрење;

- Се претпоставува дека родителите бараат помош за санација на проблемот на ноќно мокрење најчесто кај медицински лица.

4.3 Варијабли на истражувањето

Варијаблите на поставеното истражување на проблемот на анксиозност и ноќно мокрење кај деца се дифернацирани како организмени варијабли.

Притоа, независни варијабли на истражување се: нивото на анксиозност, други фактори, како пол, возраст, историја кај родители, а како зависна варијабла е ноќното мокрење кај децата.

Како релевантни варијабли, кои се потенцијални независни варијабли, се: местото на живеење, националноста, посетувањето на предучилишна установа.

5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Во целиот процес, односно во сите фази на планирање, организирање, спроведување и заклучување, согласно целта на дескрипција, се применија дескриптивниот и корелациски метод на научно истражување.

Соодветно на проблемот, се примени техника на анкетирање и теститање, скалирање.

Соодветно на техниките, се применија инструменти на истражувањето:

- Анкетен лист наменет за родители на деца кои имаат проблем со ноќно мокрење, кој беше специјално конструиран согласно проблемот на истражување;

- Тест за нарушувања поврзани со детска анксиозност[74] родителска верзија, кој беше преведен и делумно адаптиран, согласно проблемот на истражување.

5.1 Техники за обработка на податоци

Собраните податоците од инструментите, кои беа доставени онлајн преку Гугл Формс, се обработени со помош на програмата за статистичка обработка SPSS, верзија 23. Согласно целта, пресметани се статистички параметри кои претежно се на ниво на дескриптивна статистика, односно фреквенции и проценти, табеларни прикази, графички прикази и соодветни коефициенти за корелација.

Добиените податоци, се претставени табелерно и графички, и истите се показатели за реални емпириски сознанија за проблемот на истражување на ноќното мокрење кај децата во државата.

6.Популација и примерок на истражување

Од самиот предмет на истражување, како популација се определени деца кои имаат проблем со ноќно мокрење, односно нивните родители, во Република Северна Македонија.

Од предметната популација, по пат на рандомизација се избра едноставен рандомизиран примерок од 106 единици на анализа од државата кои ги пополнуваа соодветно определените инструменти.

Собирањето на податоците се одвиваше онлајн преку платформата Гугл Формс, за да се добие оптимален број на испитаници. Доброволно кон истражувањето пристапија 120 единици на анализа, од кои по средувањето и добивањето на комплетни инструменти, беа определени 106.

[74] Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) Parent Version, Developed by Boris Birmaher, MD, Suneeta Khetarpal, MD, Marlane Cully, MEd, David Brent, MD, and Sandra McKenzie, PhD. Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95).

На сите родители кои имаат деца кои имаат проблем со ноќно мокрење на самиот почеток на истражувањето пред пополнувањето на инструментите им беа објаснети целта на истражувањето, носителот, и им беше загарантирана целосна анонимност.

7.Организација и спроведување на истражувањето

Концепцијата на процесот на истражување од самиот почеток, организација и спроведување на истражувањето, како и понатамошната анализа и завршните согледувања се темелеше на претходно осмисленият методолошки план, односно нацрт на истражувањето.

Истражувањето во целокупниот процес, со фазите: планирање, организирање и спроведување, траеше повеќе од шест месеци, почнувајќи од почетокот на 2022 година.

Примерокот на испитаници родители, кој брои 106 испитаници, родители на деца со проблем на ноќно мокрење, се од повеќе градови на Република Северна Македонија.

Самото истражување се спроведе на доброволна основа.

Се настојуваше самото пополнување на инструментите онлајн да не одзема многу време и да биде лесно за апликација.

Исто така, на родителите пред почеток на пополнување на инструментите им беше објаснет начинот на пополнување со соодветно дадени упатства.

Пополнувањето на прашаниците од страна на испитаниците во просек траеше околу 15-20 минути.

III ДЕЛ
АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

По завршувањето на фазата на собирање на податоците, се пристапи кон фазата на обработка на сировите податоци. Во овој дел е извршена анализа и интерпретација на добиените скорови.

Добиените резултати поединечно се прикажани како во табели, така и преку визуелни прикази.

Табела 1: Дескриптивни параметри на ајтемите од првиот инструмент

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
возраст	106	5,00	15,00	8,6038	2,14999
пол	106	1,00	2,00	1,3208	,46898
број деца во семејството	106	1,00	3,00	1,9906	,65459
редослед на дете во семејството	106	1,00	3,00	1,9434	,53149
историја на анксиозност кај мајка	106	1,00	2,00	1,8396	,36870
историја на анксиозност кај татко	106	1,00	2,00	1,3585	,48184
генерализирано анксиозно растројство	106	1,00	2,00	1,7453	,43777
панично нарушување на однесувањето	106	1,00	2,00	1,6792	,46898
сепарациона анксиозност	106	1,00	2,00	1,6415	,48184
училишна фобија	106	1,00	2,00	1,3019	,46126
информирани за проблем на ноќно мокрење	106	1,00	3,00	2,1321	,53587
сте побарале стручна помош	106	1,00	2,00	1,4623	,50094
облик на стручна помош	106	1,00	3,00	2,5660	,73054
Valid N (listwise)	106				

Прикажаните податоци укажуваат дека просечната возраст на децата со проблем на ноќно мокрење е околку 8 и 9-годишна возраст, M=8.6038, при што

почести се момчињата, со M=1.3208. Повеќето потекнуваат од семејства со две деца M=1.9906, при што почесто се втори деца во семејството.

Во однос на историја на анксиозност кај родителите, позастапена е историја на анксиозност кај таткото M=1.3585, SD=0.48184.

Добиените резултати укажуваат дека најзастапена е училишната фобија, со M=1.3019, SD=0.46126, следи сепарациона анксиозност, панично нарушување на однесувањењто, па генерализирано анксиозно растројство.

Информираноста на родителите во однос на проблемот на истражување, поврзан со проблематиката на ноќно мокрење, укажува на ниско ниво на информираност, односно категорија M=2.1321, со SD=0.53587.

Постењето на проблемот на ноќно мокрење и барањето на помош, укажува на средно ниво M=1.4623, со SD=0.50094.

Обликот на стручна помош, која е побарана од страна на родителите, најчесто е парапсихолошка помош, односно доближена до третата категорија на искази, M=2.5660, со поголема SD=0.73054.

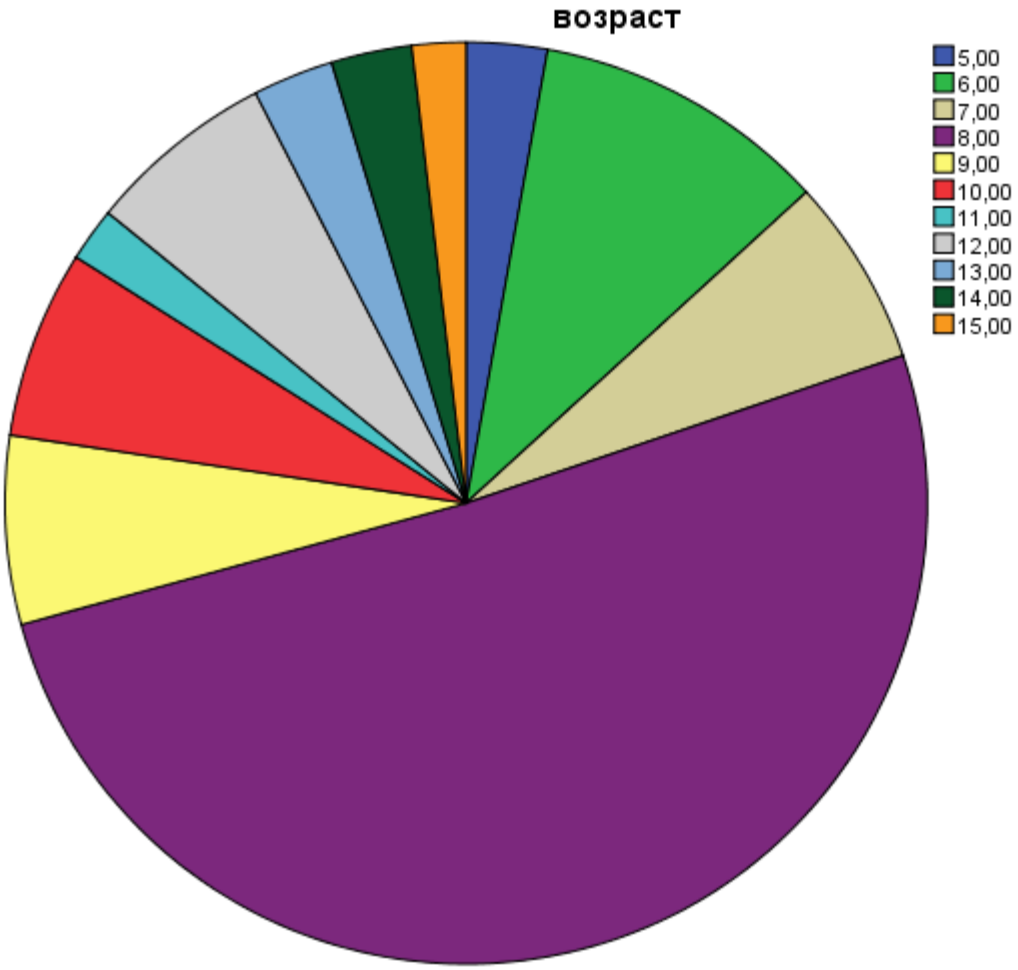
Во продолжение поединечно се прикажани секој од добиените одговори.

Табела 1: Возраст

Frequency Table

возраст

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	3	2,8	2,8	2,8
	6,00	11	10,4	10,4	13,2
	7,00	7	6,6	6,6	19,8
	8,00	54	50,9	50,9	70,8
	9,00	7	6,6	6,6	77,4
	10,00	7	6,6	6,6	84,0
	11,00	2	1,9	1,9	85,8
	12,00	7	6,6	6,6	92,5
	13,00	3	2,8	2,8	95,3
	14,00	3	2,8	2,8	98,1
	15,00	2	1,9	1,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

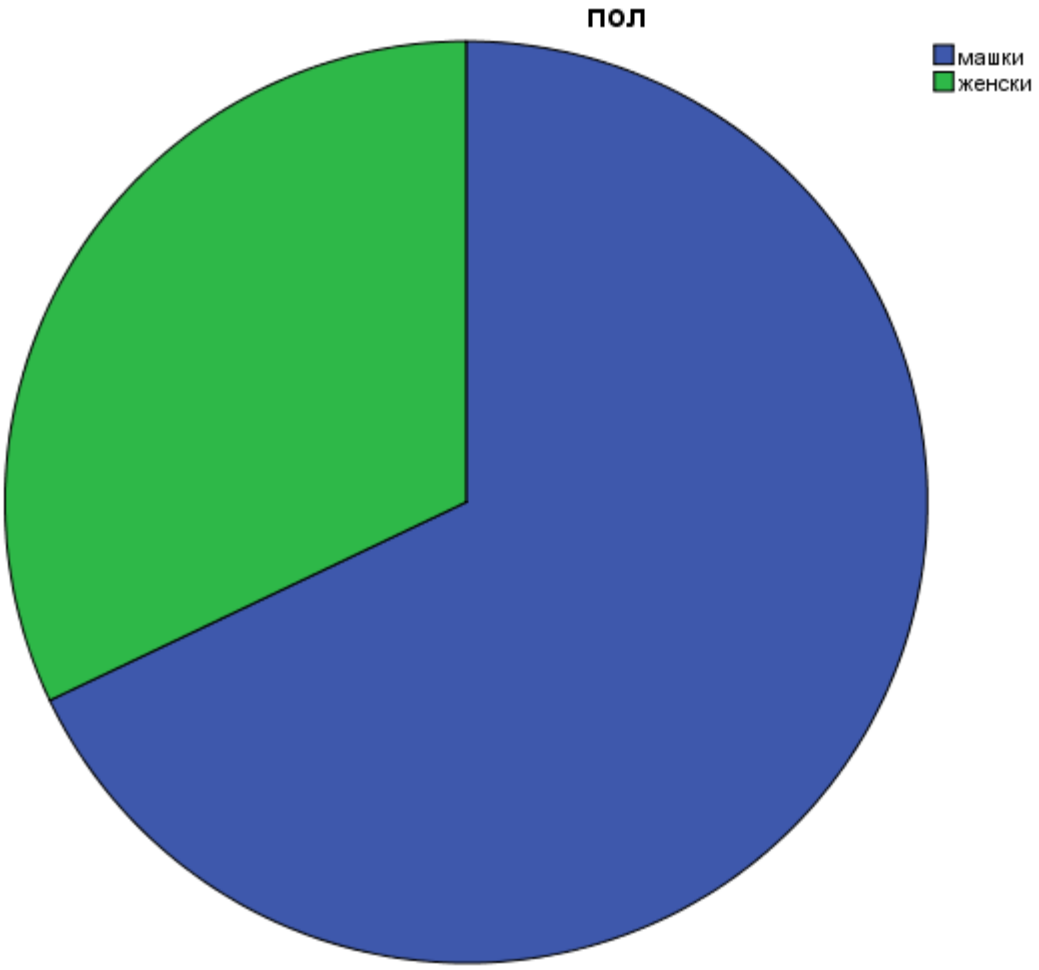


Графикон 1: Возраст

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за возраста на испитаниците, покажуваат дека најзастапени се деца на возраст од 8 години, односно 54 или 50.9 % од вкупните случаи.

Табела 2: Пол

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	машки	72	67,9	67,9	67,9
	женски	34	32,1	32,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

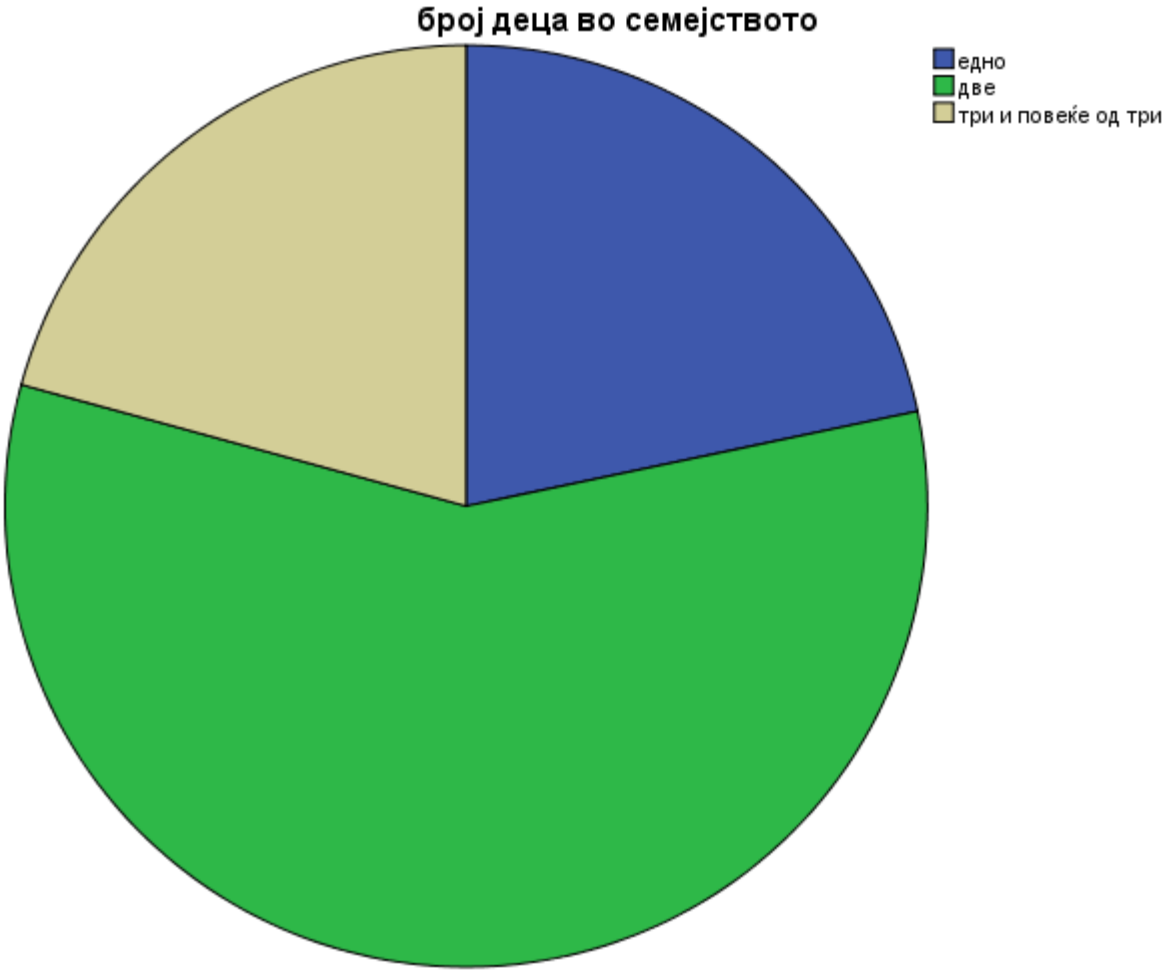


Графикон 2: Пол

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за полот на испитаниците, покажуваат дека најзастапени се децата од машки пол, односно 72 или 67.9 % од вкупните случаи.

Табела 3: Број деца во семејството

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	едно	23	21,7	21,7	21,7
	две	61	57,5	57,5	79,2
	три и повеќе од три	22	20,8	20,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



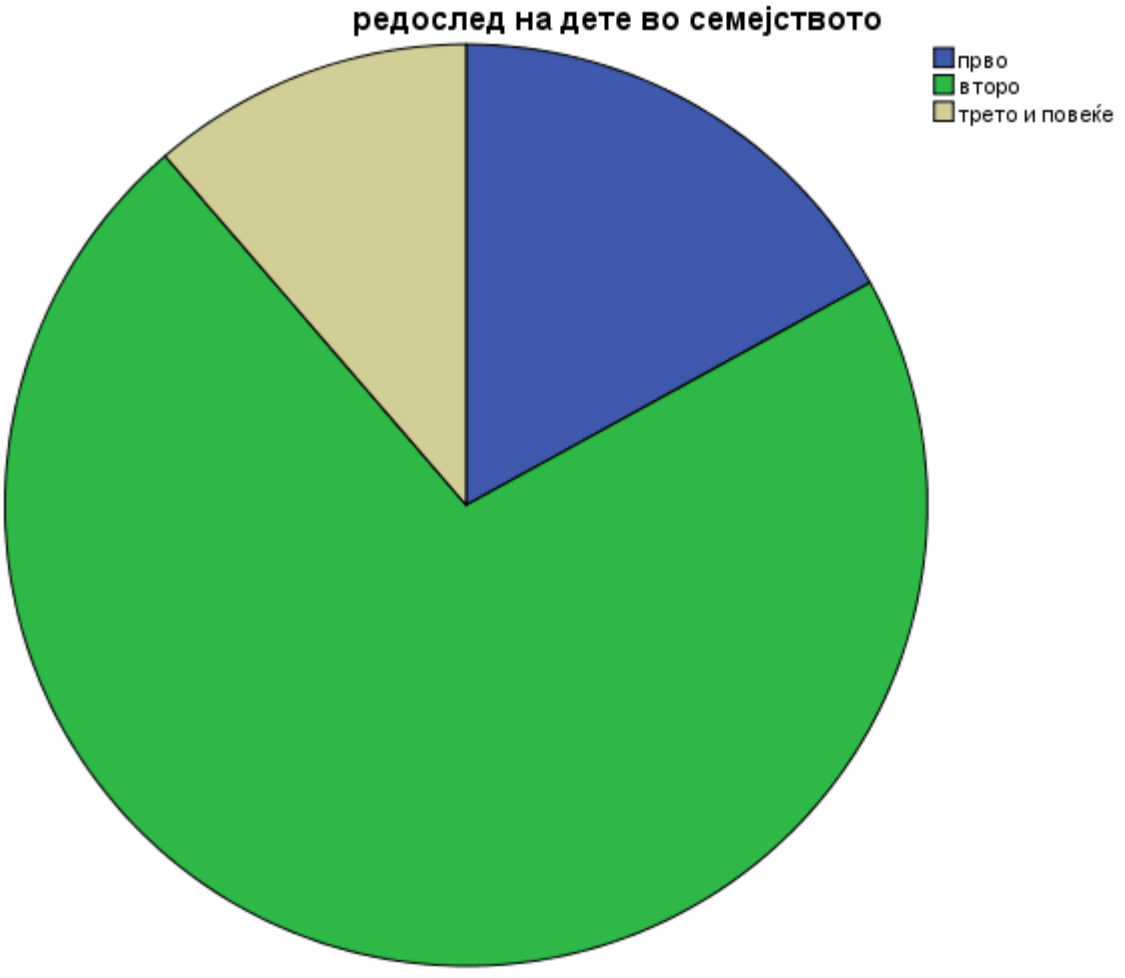
Графикон 3: Број деца во семејството

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за бројот на деца во семејството, покажуваат дека

најзастапени се деца кои потекнуваат од семејства со две деца, и тоа 61 или 57.5 % од вкупните случаи.

Табела 4: Редослед на дете во семејството

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	прво	18	17,0	17,0	17,0
	второ	76	71,7	71,7	88,7
	трето и повеќе	12	11,3	11,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



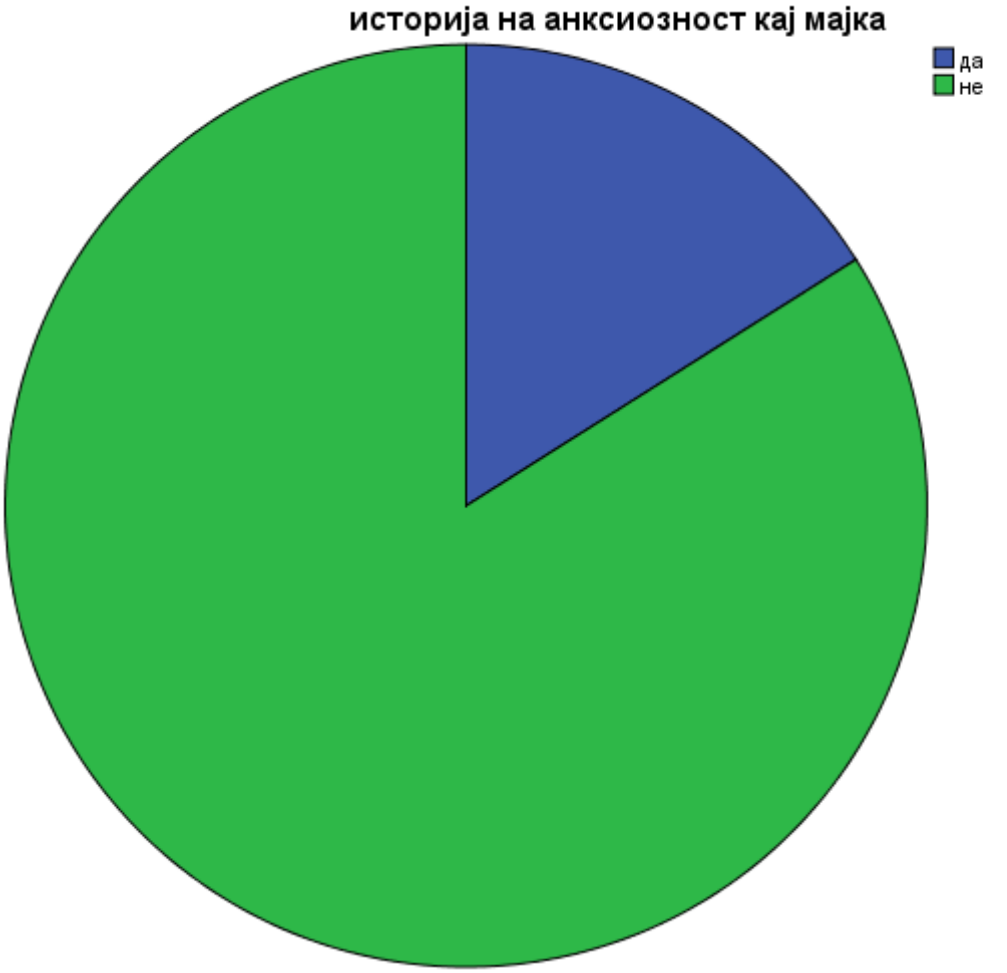
Графикон 4: Редослед на дете во семејството

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за редоследот на дете во семејството, покажуваат дека

најзастапени се деца кои се втори деца во семејството, и тоа кај 76 или 71.7 % од вкупните случаи.

Табела 5: Историја на анксиозност кај мајката

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	17	16,0	16,0	16,0
	не	89	84,0	84,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



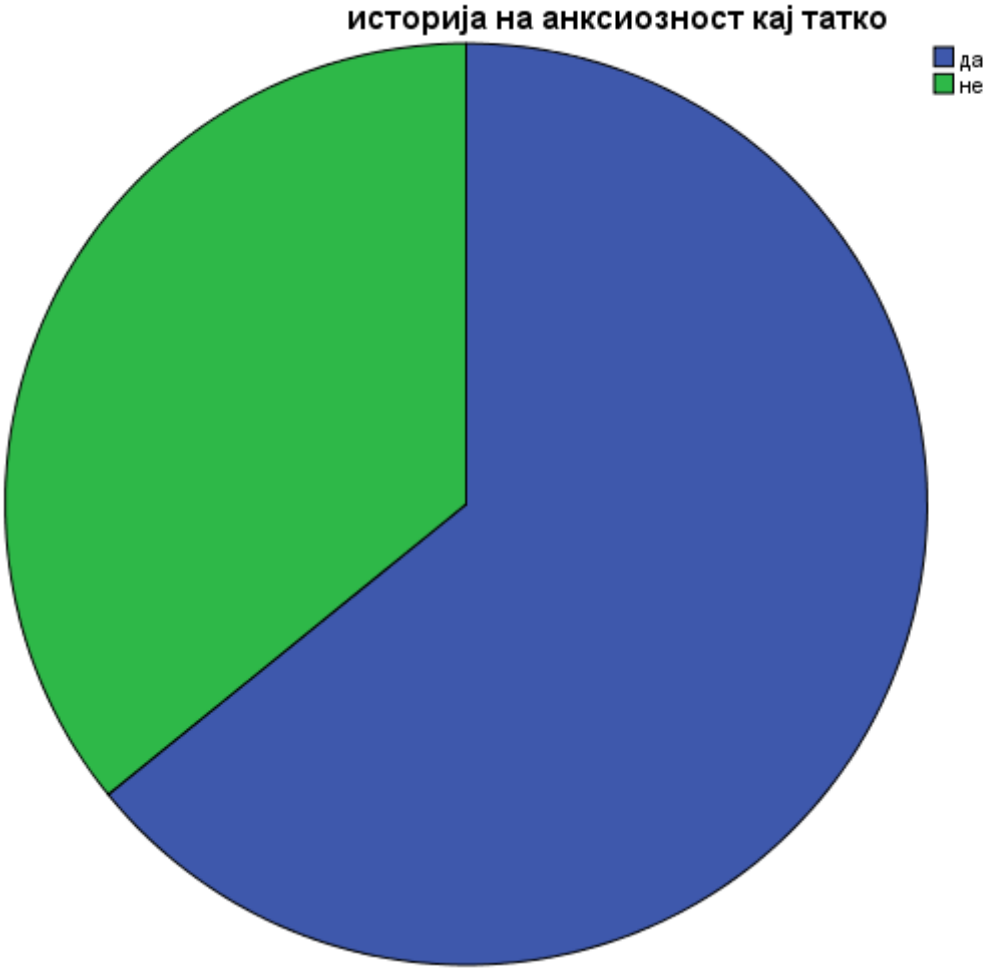
Графикон 5: Историја на анксиозност кај мајката

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за историјата на анксиозност кај мајката, покажуваат дека

најзастапени се деца кај кои има помала застапеност на историја на анксиозност кај мајката, и тоа само кај 17 или 16 % од вкупните случаи.

Табела 6: Историја на анксиозност кај таткото

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	68	64,2	64,2	64,2
	не	38	35,8	35,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

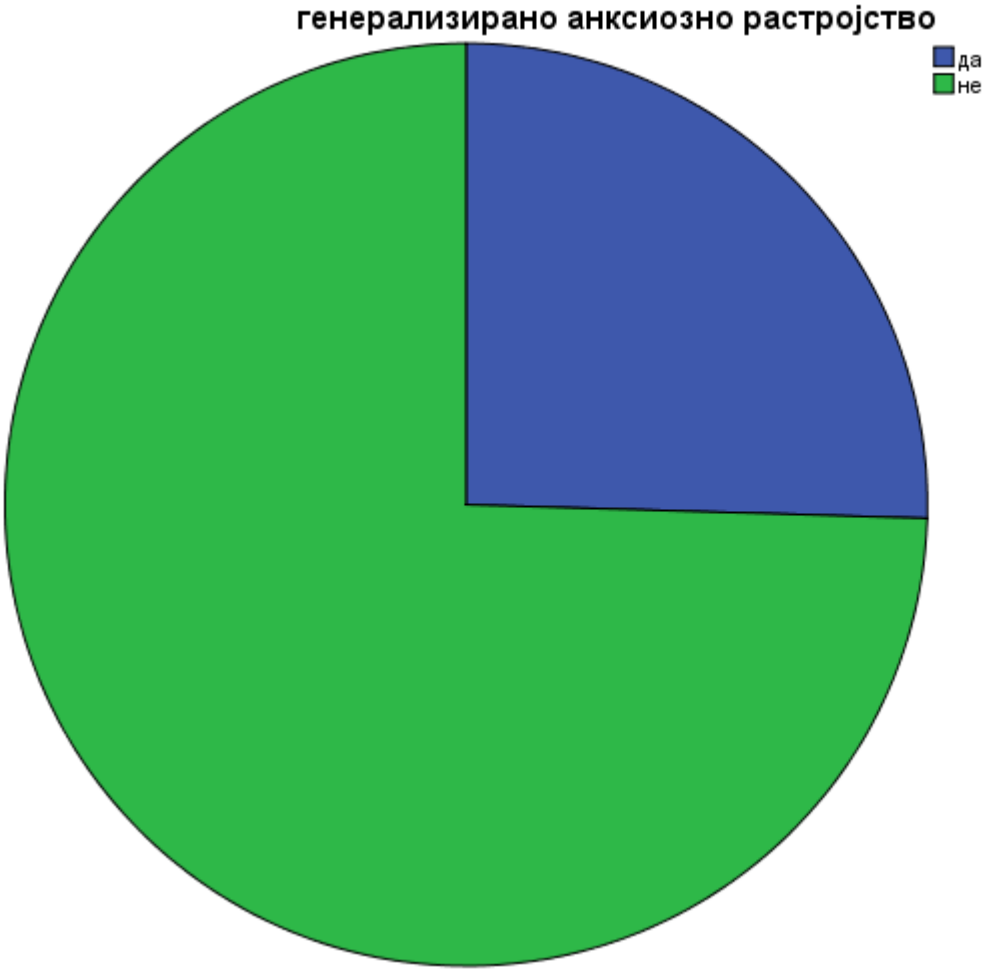


Графикон 6: Историја на анксиозност кај таткото

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за историјата на анксиозност кај таткото, покажуваат дека најзастапени се деца кај кои има поголема застапеност на историја на анксиозност кај таткото, и тоа кај 68 или 64 % од вкупните случаи.

Табела 7: Генерализирано анксиозно растројство

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	27	25,5	25,5	25,5
	не	79	74,5	74,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

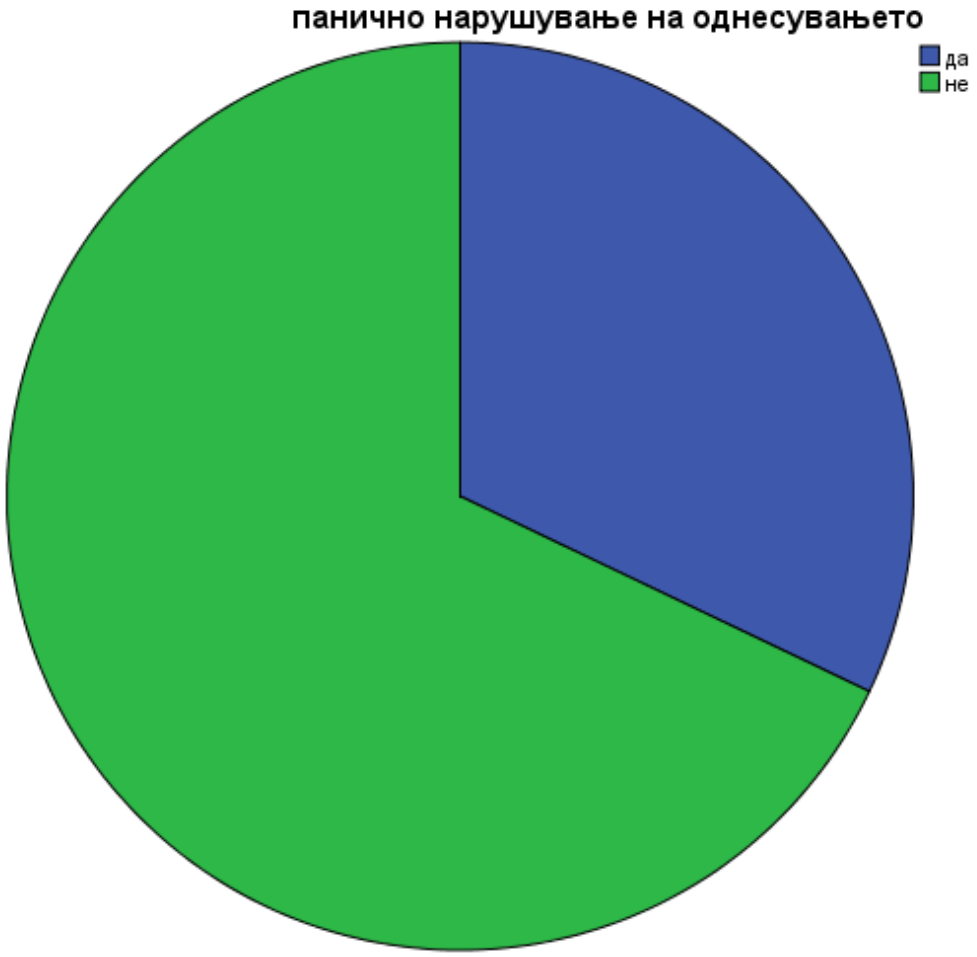


Графикон 7: Генерализирано анксиозно растројство

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за генерализирано анксиозно растројство кај децата, покажуваат дека најзастапени се децата кај кои немало таква состојба, и тоа кај 79 или 74.5 % од вкупните случаи.

Табела 8: Панично нарушување на однесувањето

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	34	32,1	32,1	32,1
	не	72	67,9	67,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

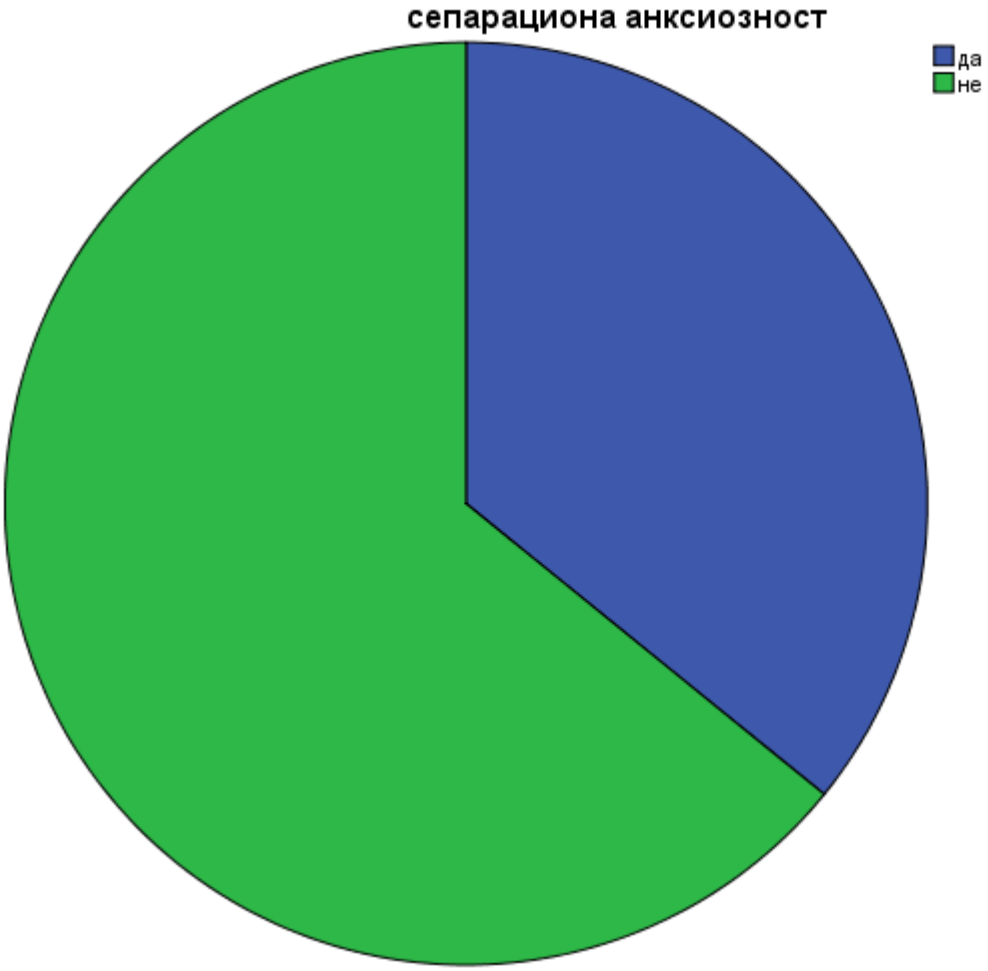


Графикон 8: Панично нарушување на однесувањето

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за панично нарушување на однесувањето кај децата, покажуваат дека најзастапени се децата кај кои немало таква состојба, и тоа кај 72 или 67.9 % од вкупните случаи.

Табела 9: Сепарациона анксиозност

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	38	35,8	35,8	35,8
	не	68	64,2	64,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

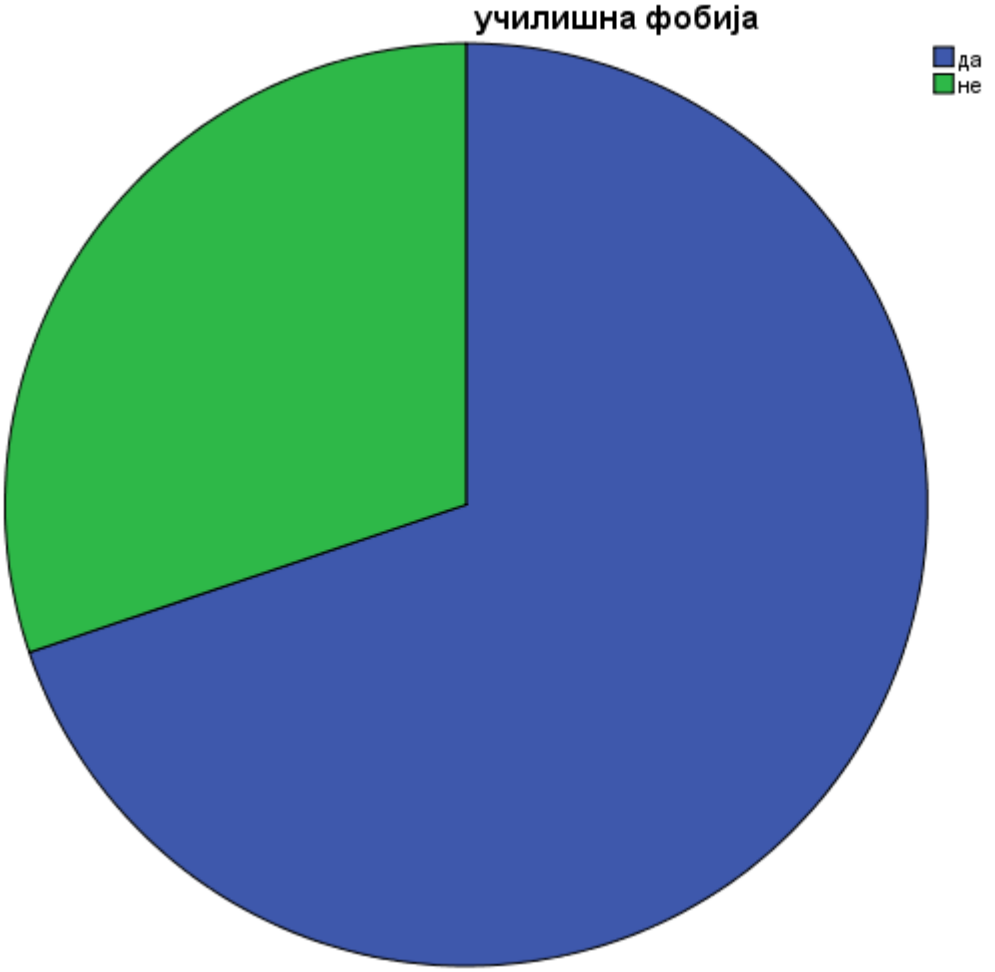


Графикон 9: Сепарациона анксиозност

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за сепарациона анксиозност кај децата, покажуваат дека најзастапени се децата кај кои немало таква состојба, и тоа кај 68 или 64.2 % од вкупните случаи.

Табела 10: Училишна фобија

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	74	69,8	69,8	69,8
	не	32	30,2	30,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

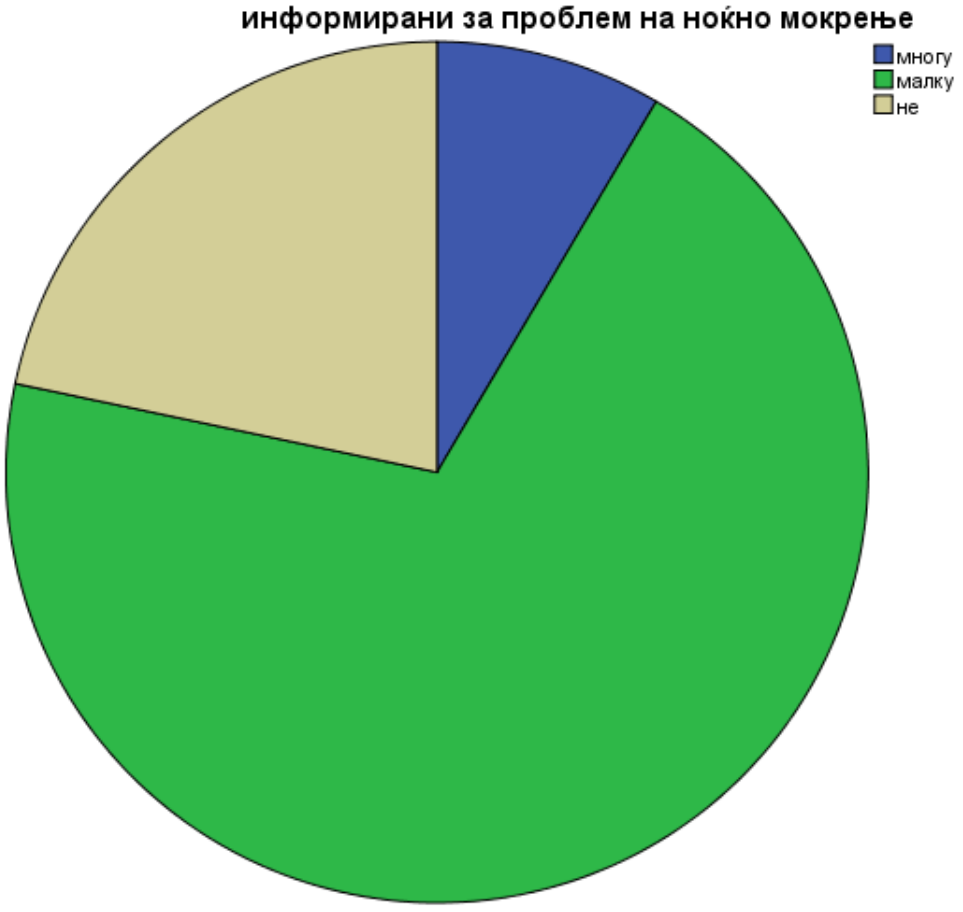


Графикон 10: Училишна фобија

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за училишна фобија кај децата, покажуваат дека најзастапени се децата кај кои имало таква состојба, и тоа кај 74 или 69.8 % од вкупните случаи.

Табела 11: Информирани за проблем на ноќно мокрење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	многу	9	8,5	8,5	8,5
	малку	74	69,8	69,8	78,3
	не	23	21,7	21,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

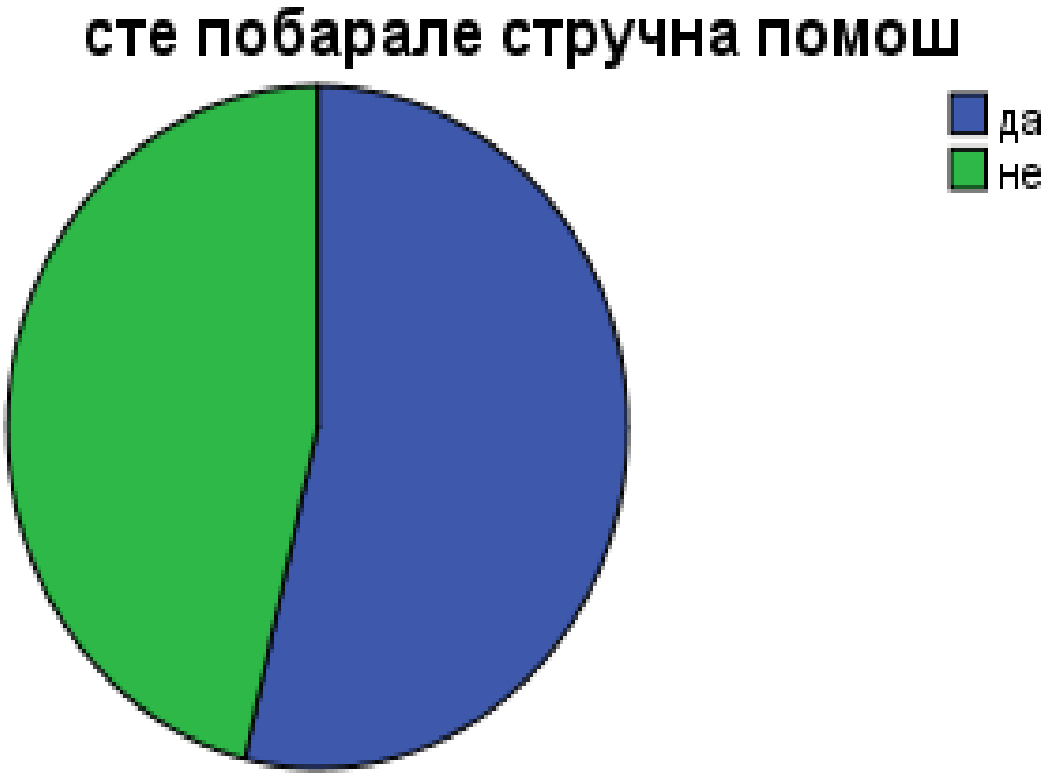


Графикон 11: Информирани за проблем на ноќно мокрење

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за информираност на родителите за проблемот на ноќно мокрење кај децата, покажуваат дека најзастапени се исказите на родители кои се малку информирани за проблемот на ноќно мокрење, односно 74 или 69.8 % од вкупните родители испитаници во истражувањето.

Табела 12: Сте побарале стручна помош

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	57	53,8	53,8	53,8
	не	49	46,2	46,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

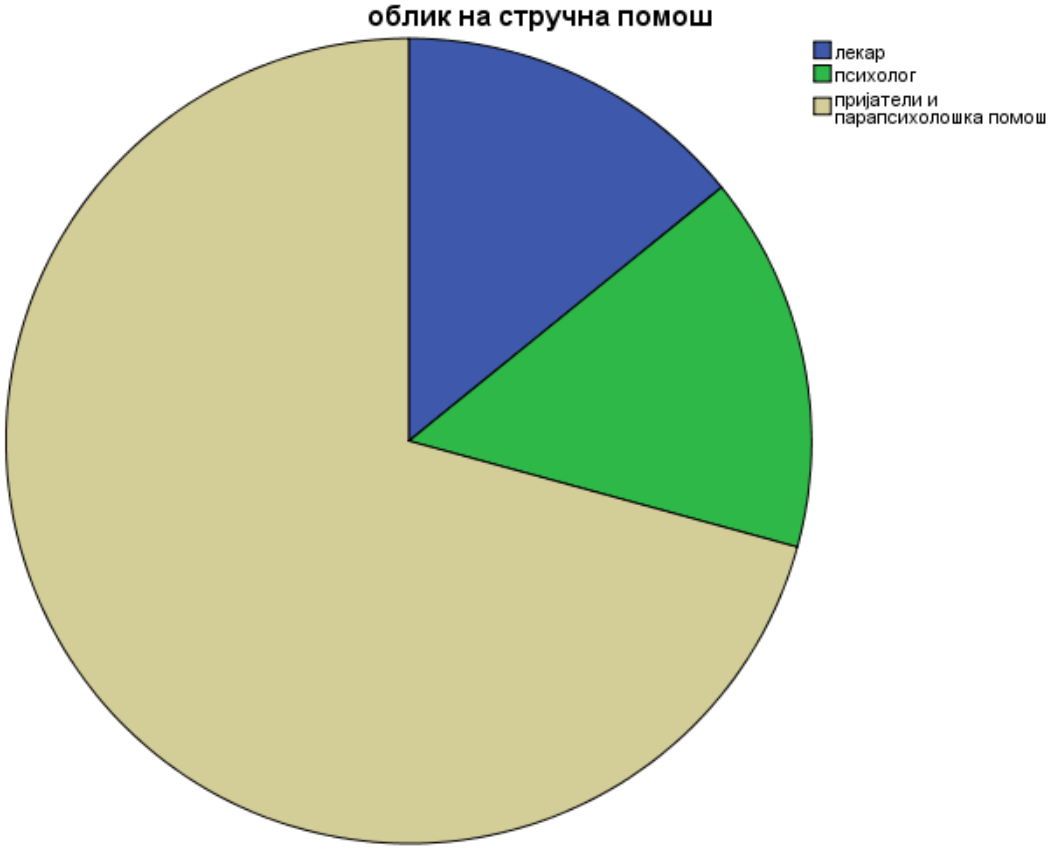


Графикон 12: Сте побарале стручна помош

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за барање на стручна помош од страна на родителите за проблемот на ноќно мокрење кај децата, покажуваат дека малку позастапени се родителите кои побарале стручна помош, односно тоа се 57 или 53.8 % од вкупните родители испитаници.

Табела 13: Облик на стручна помош

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	лекар	15	14,2	14,2	14,2
	психолог	16	15,1	15,1	29,2
	пријатели и парапсихолошка помош	75	70,8	70,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



Графикон 13: Облик на стручна помош

Гореприкажаните податоци, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за обликот на стручна помош од страна на родителите за проблемот на ноќно мокрење кај децата, покажуваат дека најзастапени се родителите кои побарале стручна помош преку пријатели и парапсихолошка помош, односно дури 75 или 70.8 % од вкупниот број родители испитаници, па следуваат консултации кај психолог кај 16 или 15.1 % и лекарска помош кај 15 или 14.2 %

Анализа и интерпретација на податоци од вториот инструмент

Табела 1: Дескриптивни статистички индикатори

Variance	Std. Deviation	Mode	N		
			Missi	Valid	
,350	,59172	2,00	0	106	кога детето е исплашено, тешко дише
,509	,71318	2,00	0	106	има главоболка, кога е на училиште
,447	,66844	2,00	0	106	не сака луѓе кои не ги познава
,495	,70380	2,00	0	106	се плаши да спие надвор од дома
,478	,69169	2,00	0	106	се грижи да им се допадне на други
,420	,64796	2,00	0	106	кога е исплашено, несвестица
,319	,56492	2,00	0	106	детето е често нервозно
,552	,74280	1,00	0	106	детето ме следи каде и да одам
,341	,58370	2,00	0	106	други велат дете изгледа нервозно
,395	,62825	2,00	0	106	детето се чувствува нервозно со други
,311	,55764	2,00	0	106	стомачни болки кога е на училиште
,492	,70117	2,00	0	106	кога е исплашено, се чувствува како да не е во ред
,302	,54977	2,00	0	106	загрижено е кога спие само
,296	,54427	2,00	0	106	детето се грижи да биде како другите деца
,296	,54385	2,00	0	106	кога е исплашено, се чувствува нереално
,263	,51291	2,00	0	106	има кошмари ако се исплаши
,384	,61932	2,00	0	106	загрижено е кога оди на училиште
,514	,71670	3,00	0	106	кога детето е исплашено, срцето му чука брзо
,367	,60583	2,00	0	106	детето се тресе
,348	,58990	2,00	0	106	детето има лоши мисли

Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Дадените податоци, прикажани табеларно на ниво на дескриптивна статистика, покажуваат дека понекогаш кога детето се чувствува исплашено, тешко му е да дише, со Mode =2, SD=,59172, **понекогаш** добива главоболки кога е на училиште со Mode =2, SD=,71318, се случува да не сака да биде со луѓе кои не ги познава добро, се плаши ако спие надвор од дома, се грижи да им се допадне на другите луѓе, а кога детето ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како да ќе се онесвести **и дека понекогаш го доживуваат своето** дете дека е нервозно.

Ретко се случува детето да го следи родителот.

Кај поголем дел испитани родители, понекогаш се случува детето да им изгледа нервозно, да се чувствува нервозно со луѓе кои не ги познава добро и да добива стомачни болки на училиште. Исто така, кога детето ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како да не е во ред. Повремено детето е загрижено кога спие само и тој/таа се чувствува како работите да не се реални.

Одвреме-навреме детето се грижи да биде добро како другите деца, и има кошмари ако нешто лошо му се случи.

Понекогаш детето е загрижено кога оди на училиште и има чувство на тресење.

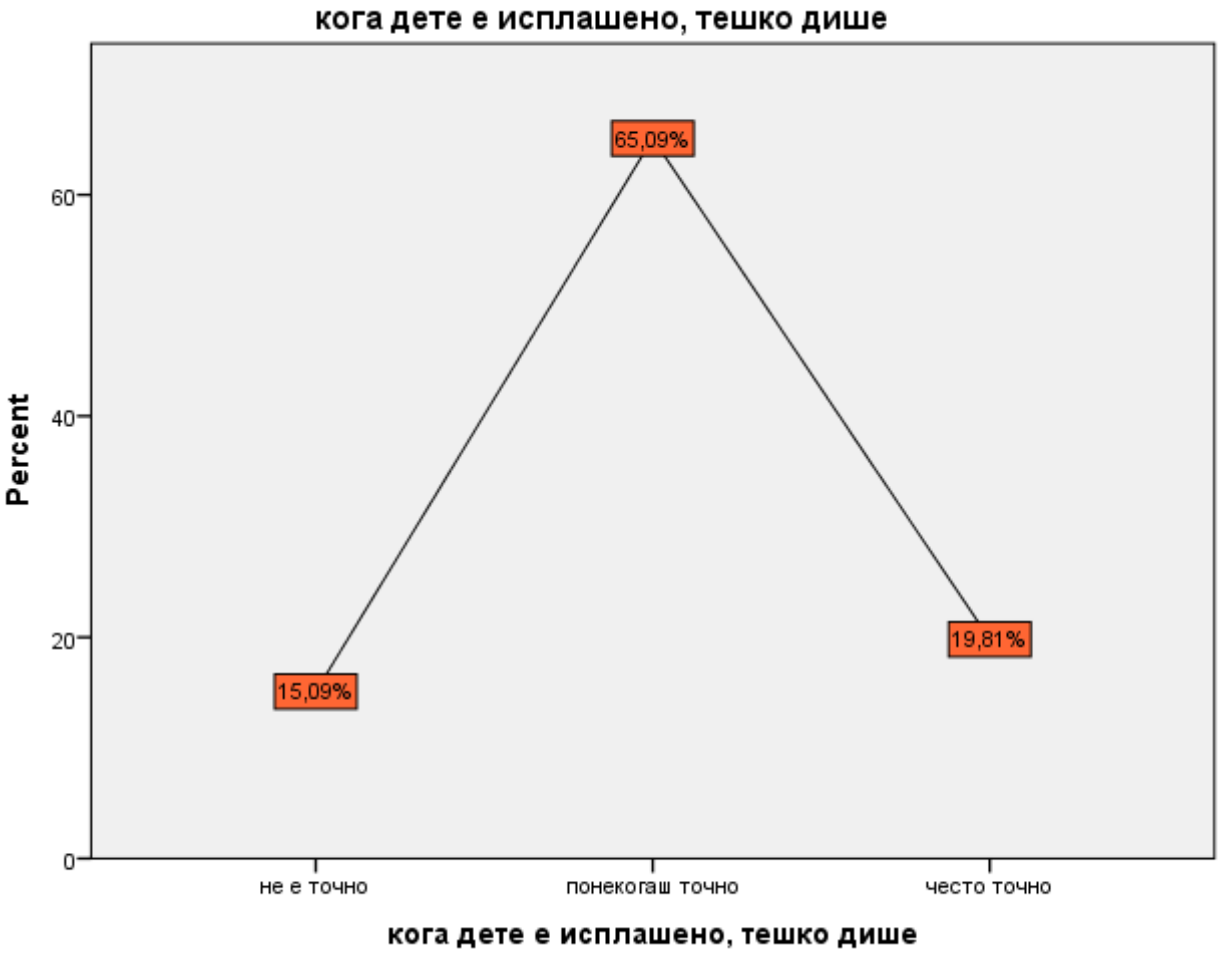
Често се случува кога детето ќе се исплаши, неговото/нејзиното срце да чука брзо.

Повремено детето има кошмари дека нешто лошо ќе му/и се случи.

Во продолжение поединечно се прикажани секој од добиените одговори.

Табела 1: Кога детето е исплашено, тешко дише

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	16	15,1	15,1	15,1
	понекогаш точно	69	65,1	65,1	80,2
	често точно	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



Графикон 1: Кога детето е исплашено, тешко дише

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали кога детето е исплашено, тешко дише, покажуваат дека најголем дел родители 69 или 65.1 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 2: Има главоболка, кога е на училиште

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	34	32,1	32,1	32,1
	понекогаш точно	51	48,1	48,1	80,2
	често точно	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

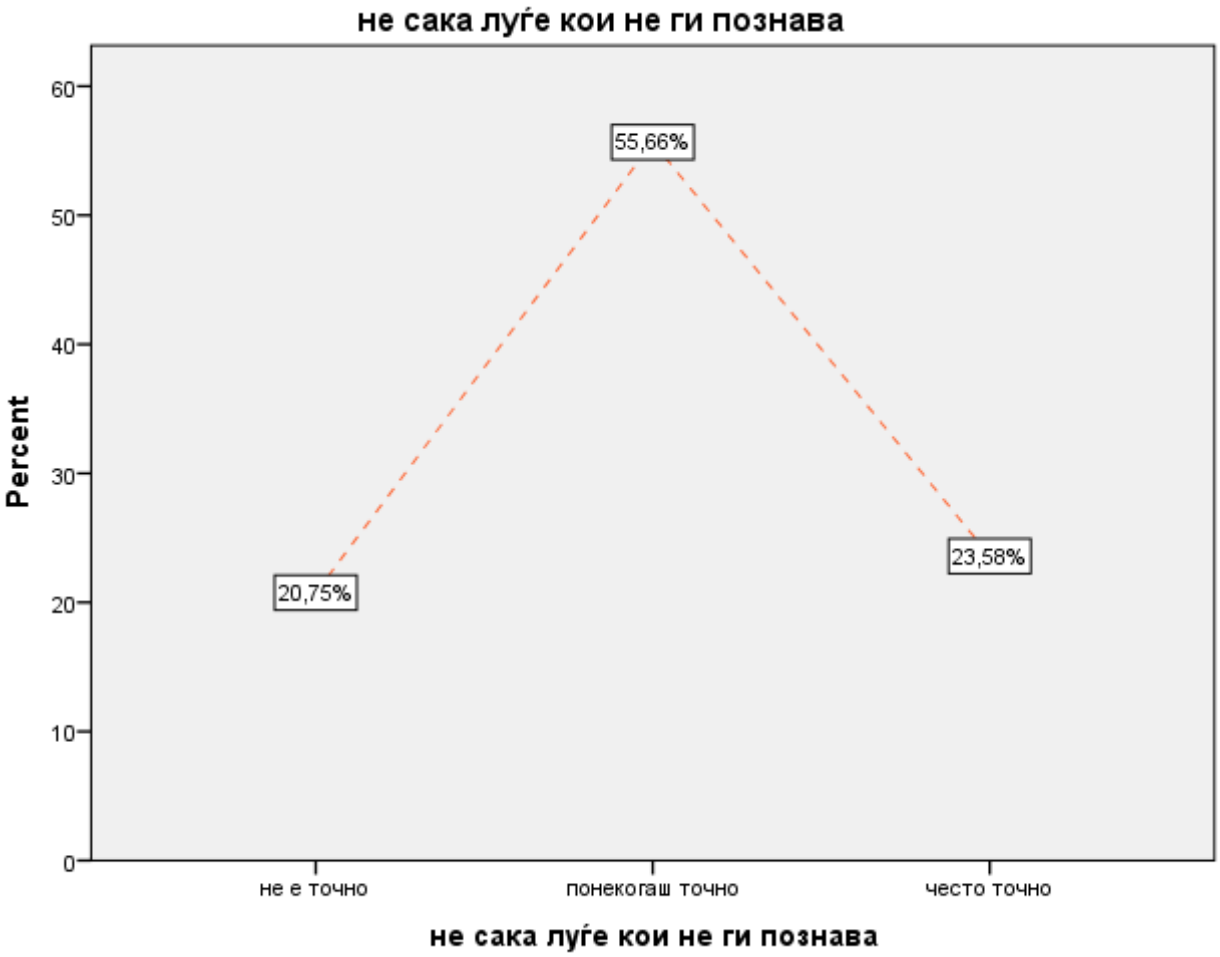


Графикон 2: Има главоболка, кога е на училиште

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за појава на главоболка кога детето е на училиште, покажуваат дека најголем дел родители 51 или 48.1 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 3: Не сака луѓе кои не ги познава

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	22	20,8	20,8	20,8
	понекогаш точно	59	55,7	55,7	76,4
	често точно	25	23,6	23,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

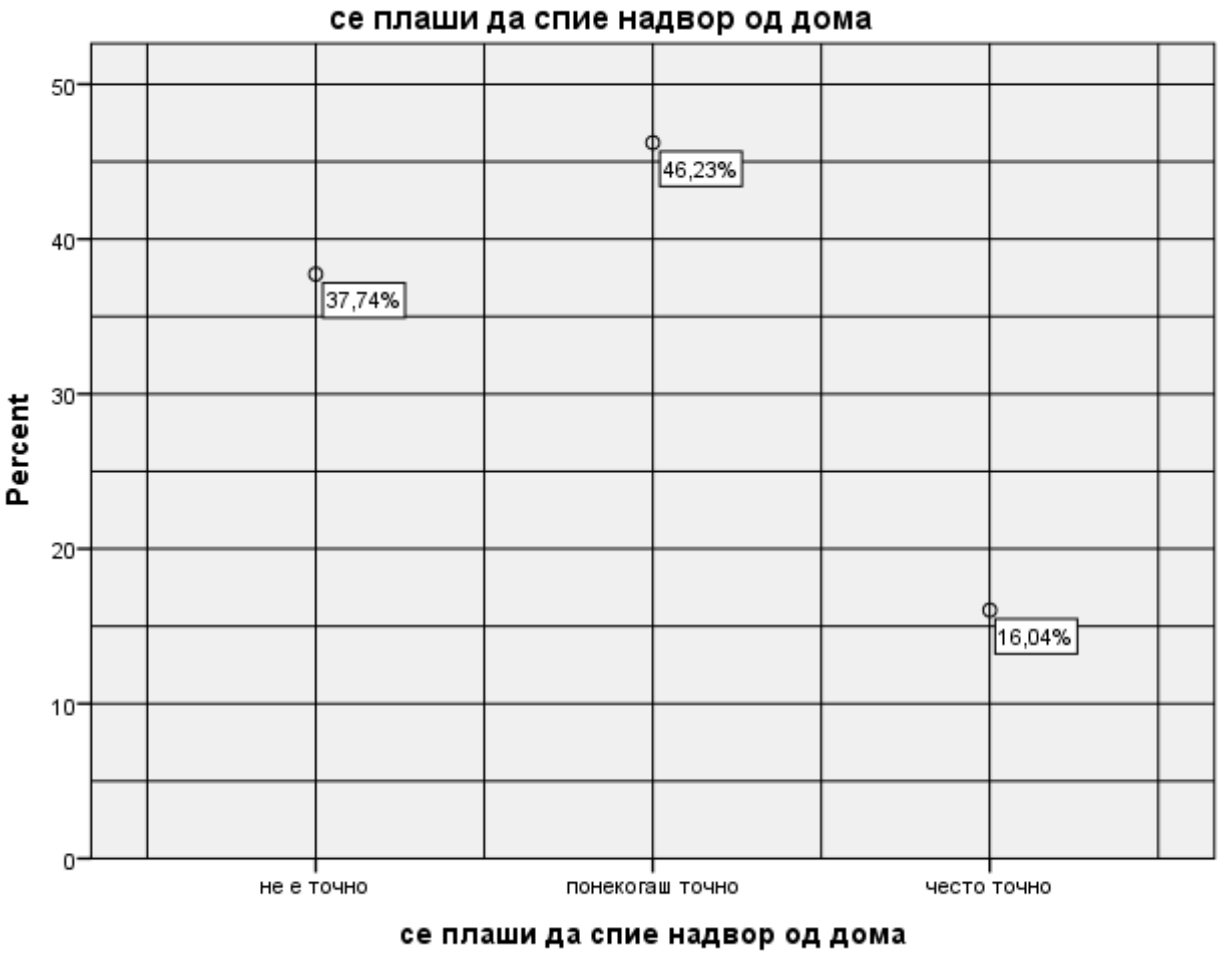


Графикон 3: Не сака луѓе кои не ги познава

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето не сака луѓе кои не ги познава, покажуваат дека најголем дел родители 59 или 55.7 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 4: Се плаши да спие надвор од дома

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	40	37,7	37,7	37,7
	понекогаш точно	49	46,2	46,2	84,0
	често точно	17	16,0	16,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



Графикон 4: Се плаши да спие надвор од дома

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дека дали детето се плаши да спие надвор од дома, покажуваат дека најголем дел родители 49 или 46.2 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 5: Се грижи да им се допадне на други

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	30	28,3	28,3	28,3
	понекогаш точно	55	51,9	51,9	80,2
	често точно	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

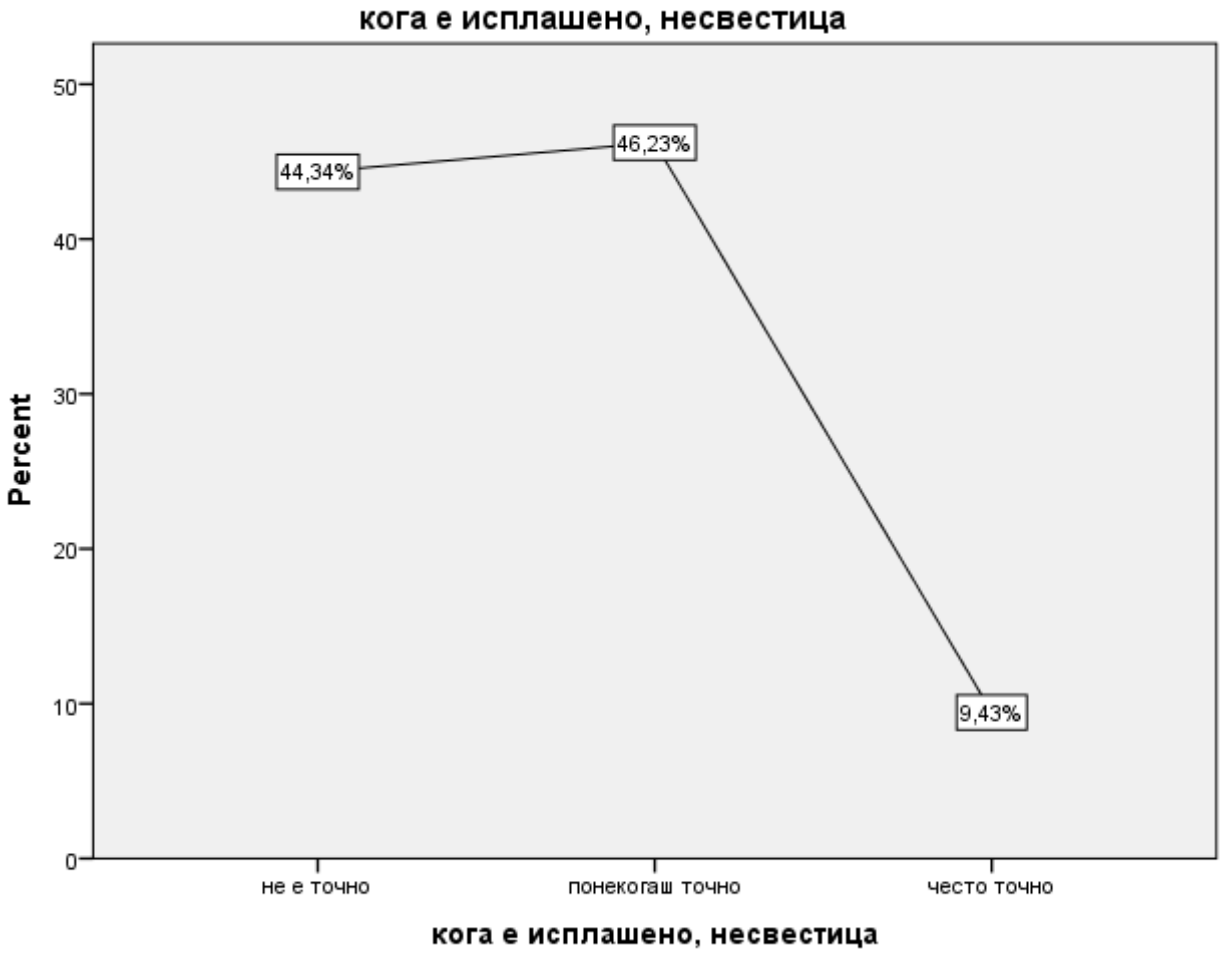


Графикон 5: Се грижи да им се допадне на други

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето се грижи да им се допадне на други, покажуваат дека најголем дел родители 55 или 51.9 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 6: Кога е исплашено, несвестица

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	47	44,3	44,3	44,3
	понекогаш точно	49	46,2	46,2	90,6
	често точно	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

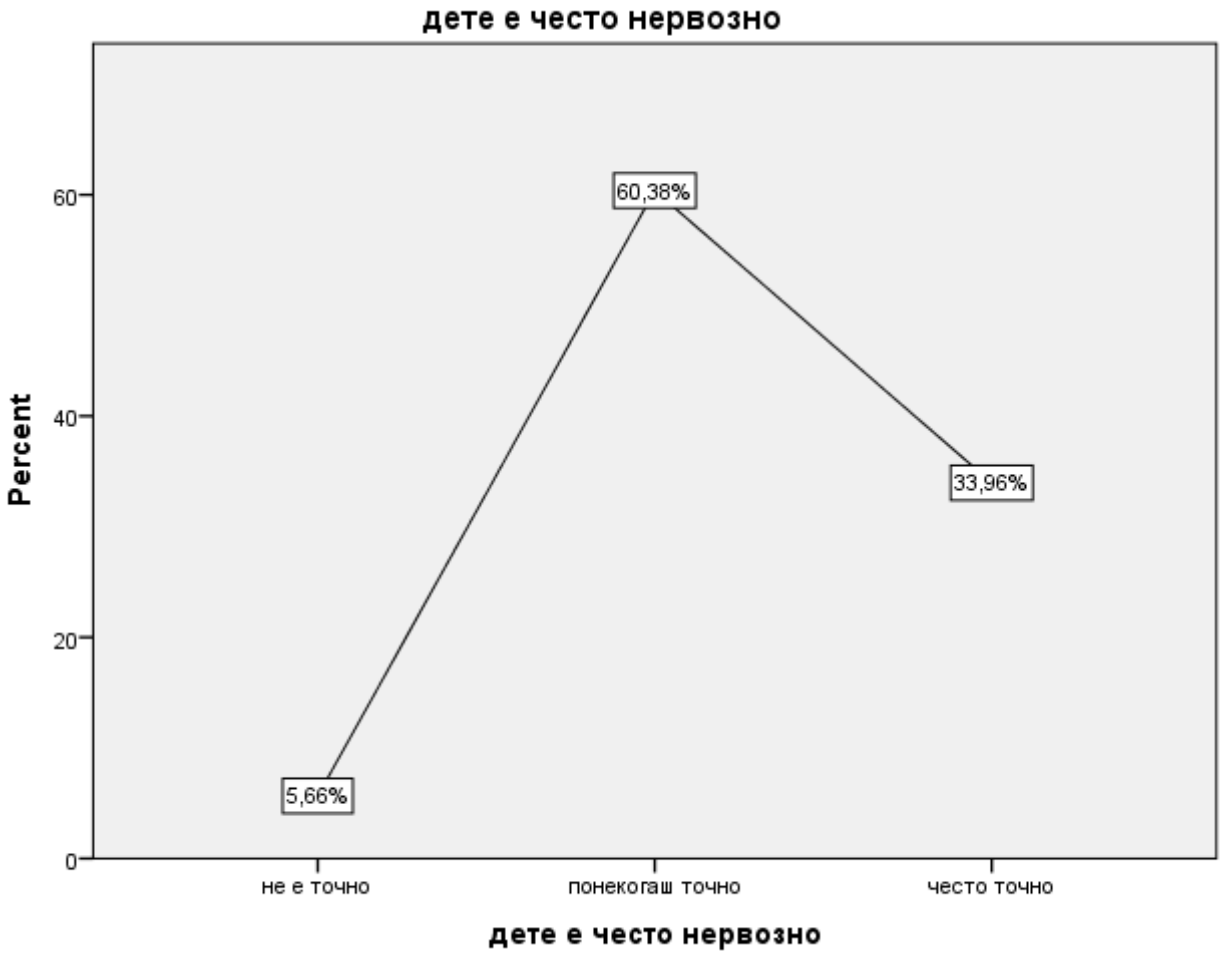


Графикон 6: Кога е исплашено, несвестица

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали кога детето е исплашено добива несвестица, покажуваат дека најголем дел родители 49 или 46.2 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 7: Детето често е нервозно

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	6	5,7	5,7	5,7
	понекогаш точно	64	60,4	60,4	66,0
	често точно	36	34,0	34,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

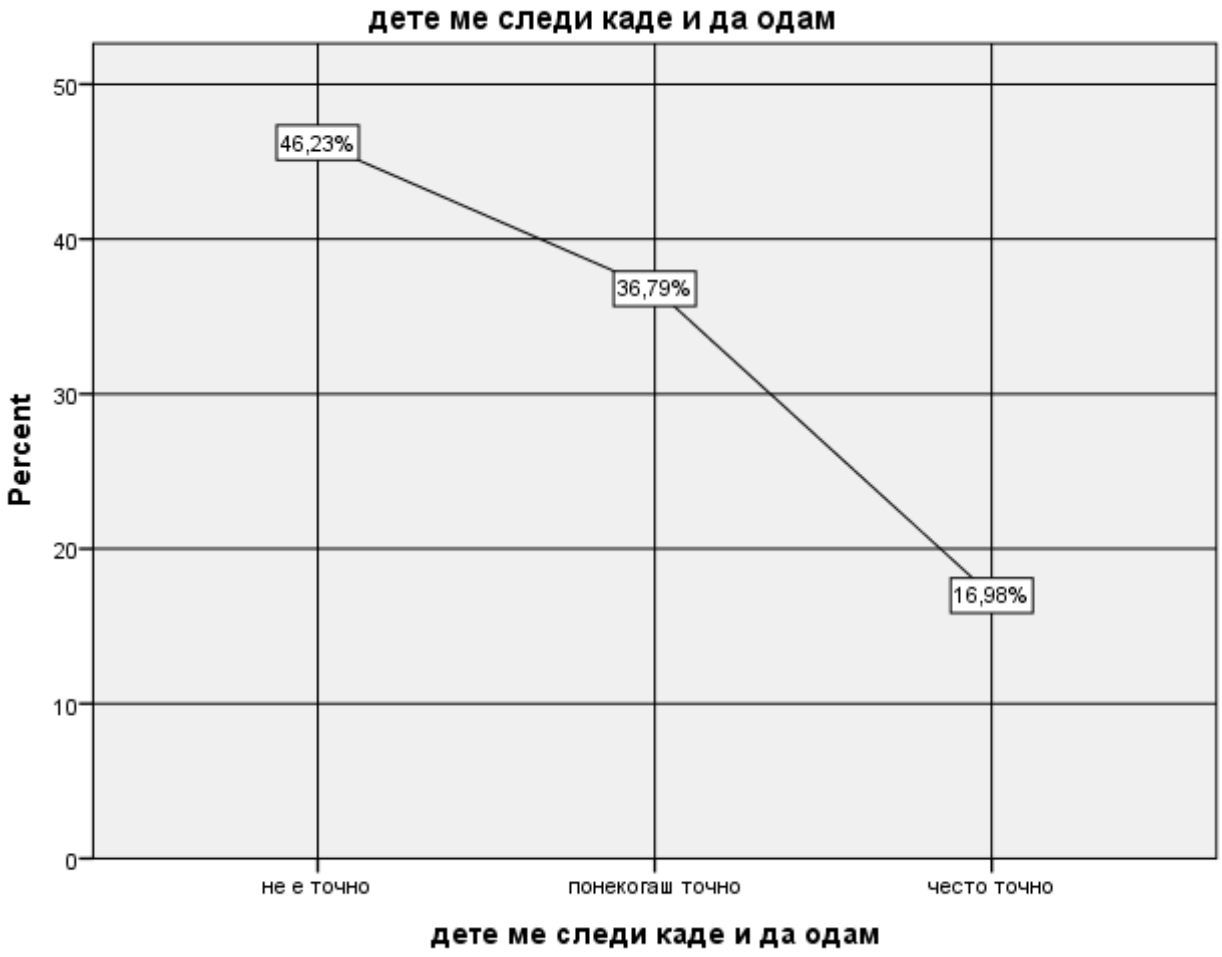


Графикон 7: Детето често е нервозно

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето често е нервозно, покажуваат дека најголем дел родители 64 или 60.4 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 8: Детето ме следи каде и да одам

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	49	46,2	46,2	46,2
	понекогаш точно	39	36,8	36,8	83,0
	често точно	18	17,0	17,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

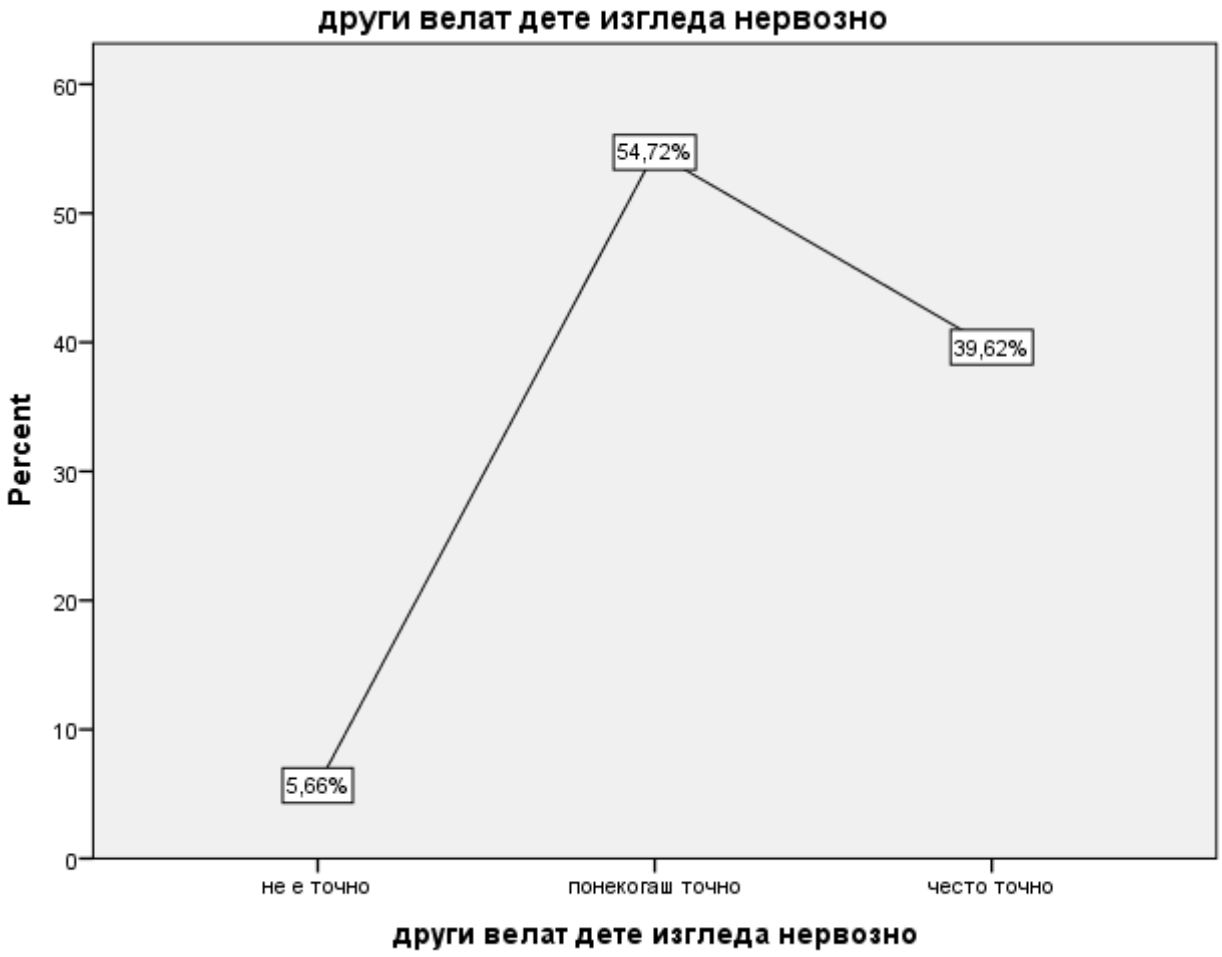


Графикон 8: Детето ме следи каде и да одам

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето го следи родителот каде и да оди, покажуваат дека најголем дел родители 49 или 46.2 % сметаат дека тоа не се случува.

Табела 9: Други велат дека детето изгледа нервозно

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	6	5,7	5,7	5,7
	понекогаш точно	58	54,7	54,7	60,4
	често точно	42	39,6	39,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

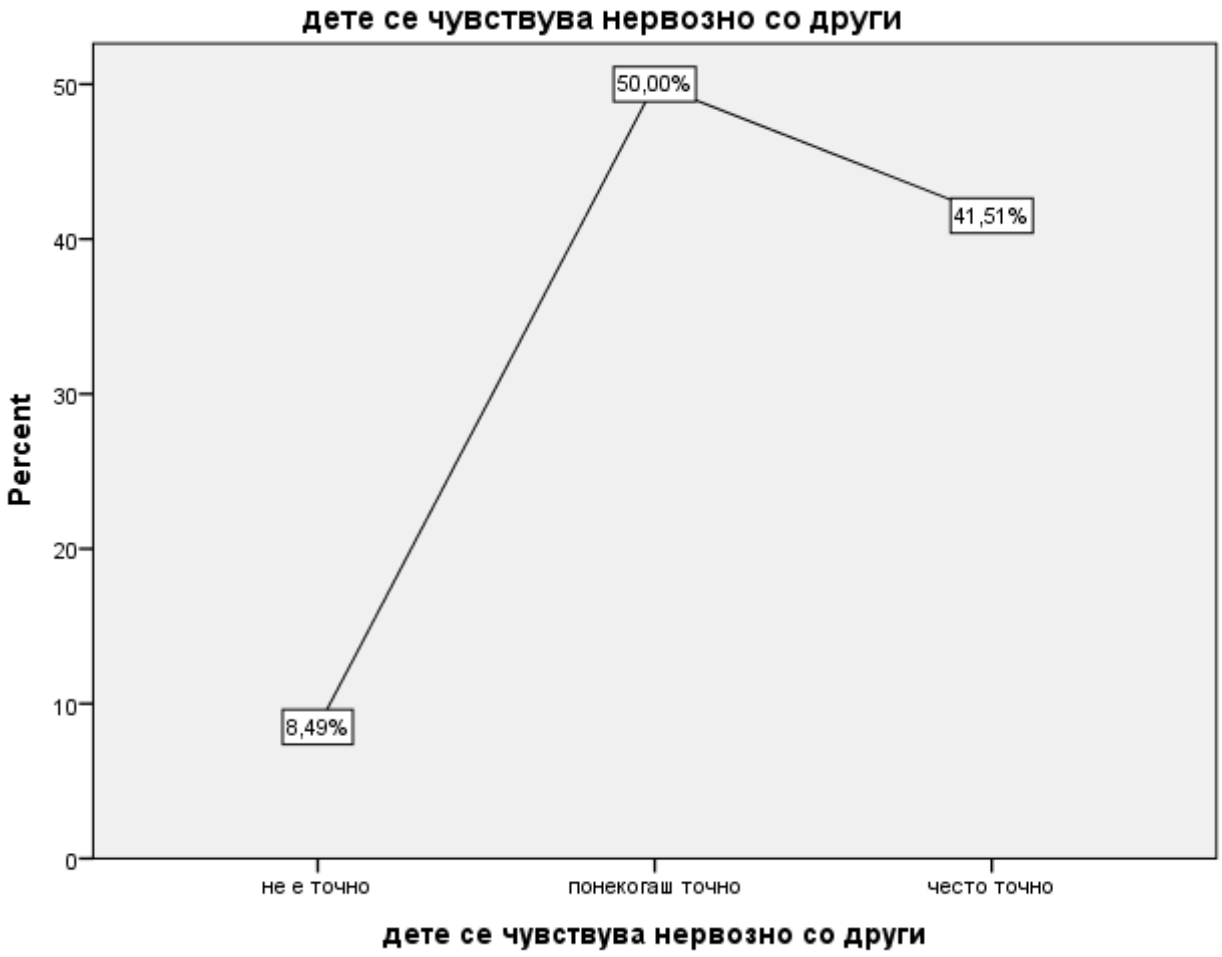


Графикон 9: Други велат дека детето изгледа нервозно

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали другите велат дека детето изгледа нервозно, покажуваат дека најголем дел родители 58 или 54.7 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 10: Детето се чувствува нервозно со други

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	9	8,5	8,5	8,5
	понекогаш точно	53	50,0	50,0	58,5
	често точно	44	41,5	41,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

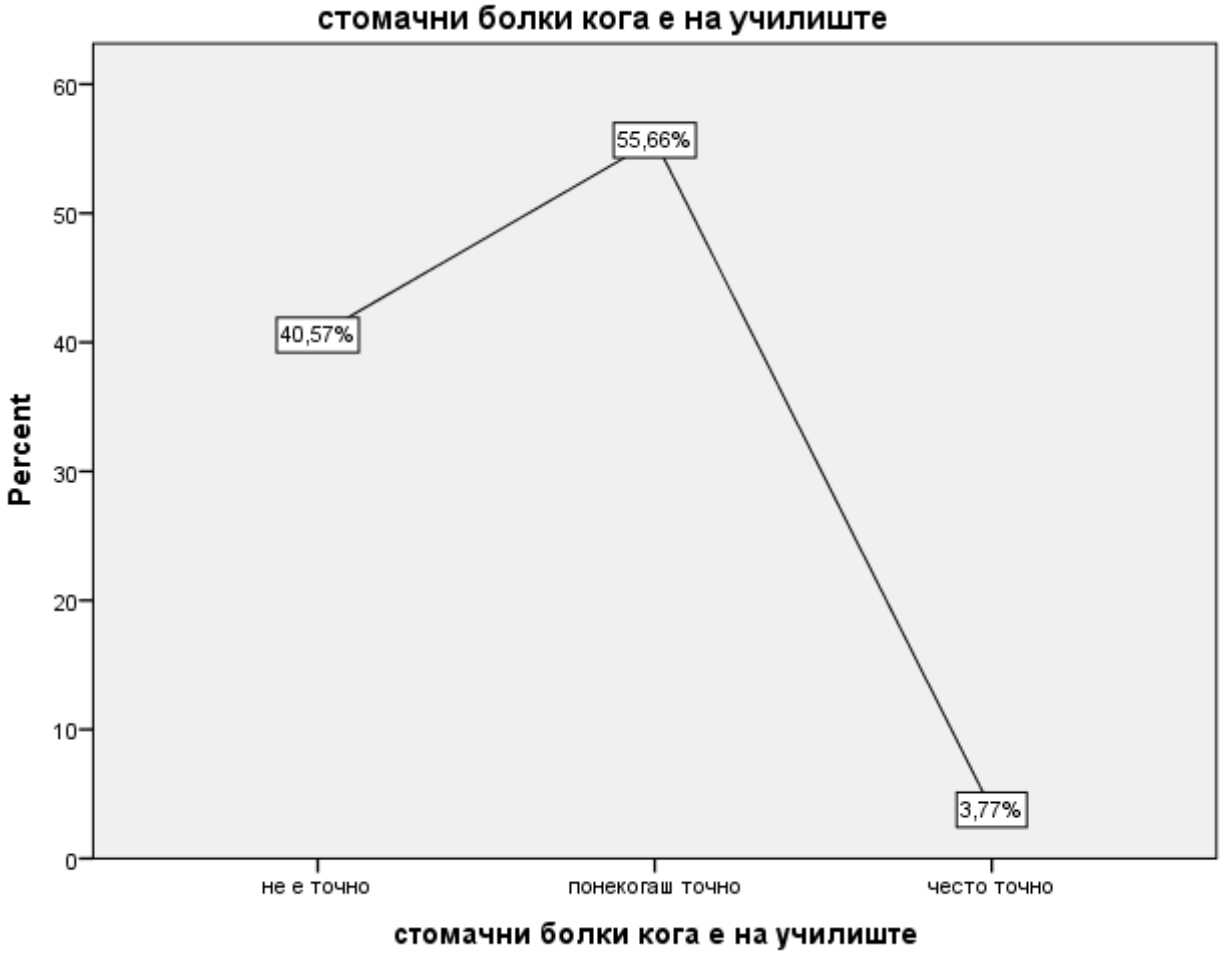


Графикон 10: Детето се чувствува нервозно со други

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето се чувствува нервозно со други, покажуваат дека најголем дел родители 53 или 50.0 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 11: Стомачни болки кога е на училиште

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	43	40,6	40,6	40,6
	понекогаш точно	59	55,7	55,7	96,2
	често точно	4	3,8	3,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

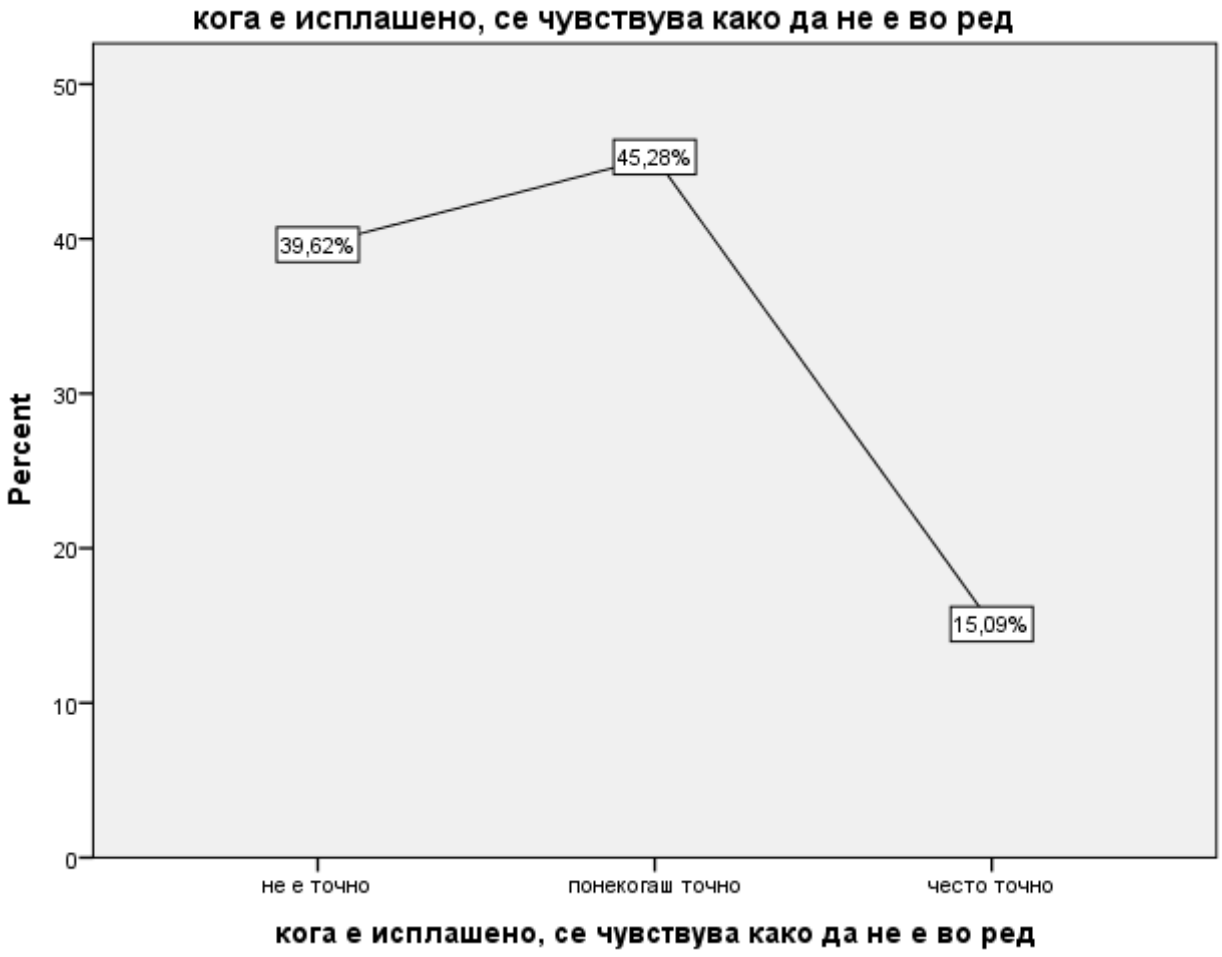


Графикон 11: С**томачни болки кога е на училиште**

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за појава на стомачни болки кога детето е на училиште, покажуваат дека најголем дел родители 59 или 56.7 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 12: Кога е исплашено, се чувствува како да не е во ред

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	42	39,6	39,6	39,6
	понекогаш точно	48	45,3	45,3	84,9
	често точно	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



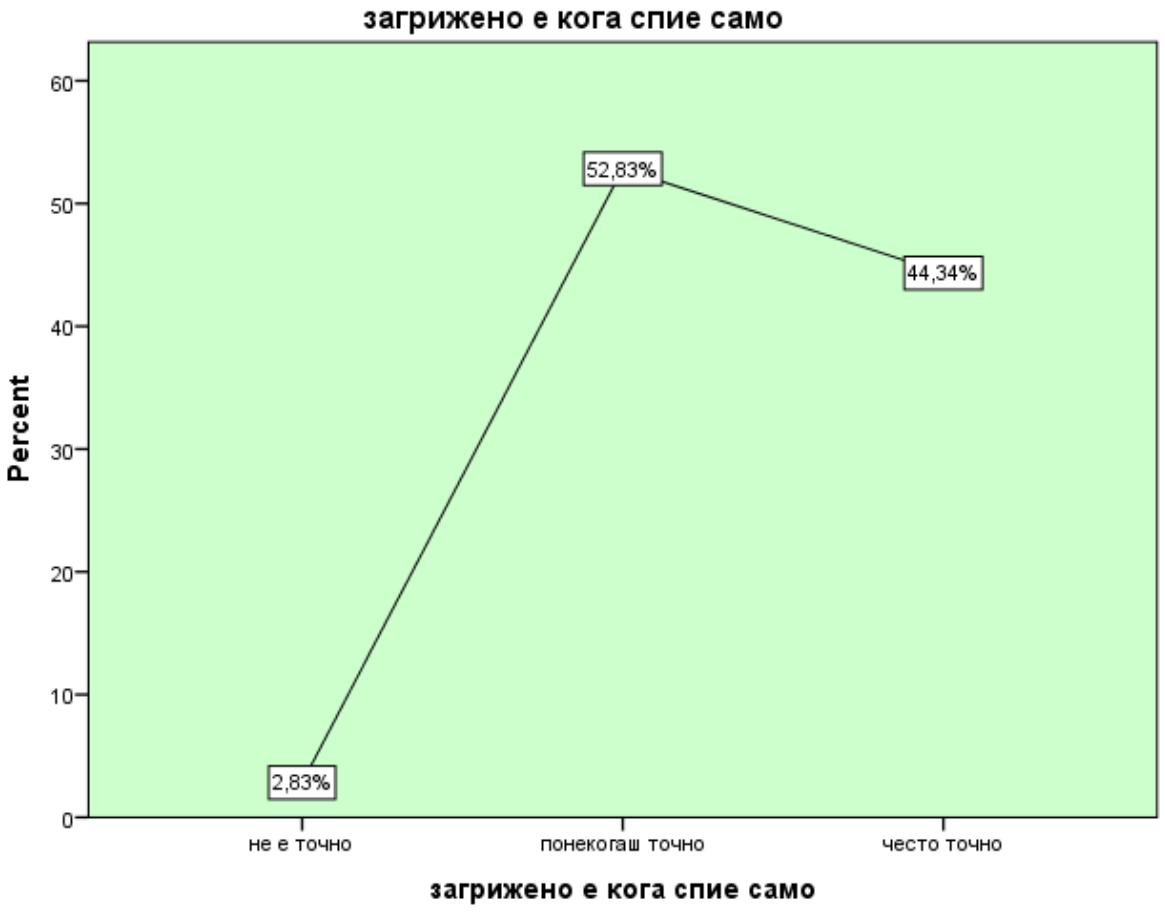
Графикон 12: Кога е исплашено, се чувствува како да не е во ред

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали кога детето е исплашено, се чувствува како да не е во ред,

покажуваат дека најголем дел родители 48 или 45.3 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 13: Загрижено е кога спие само

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	3	2,8	2,8	2,8
	понекогаш точно	56	52,8	52,8	55,7
	често точно	47	44,3	44,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

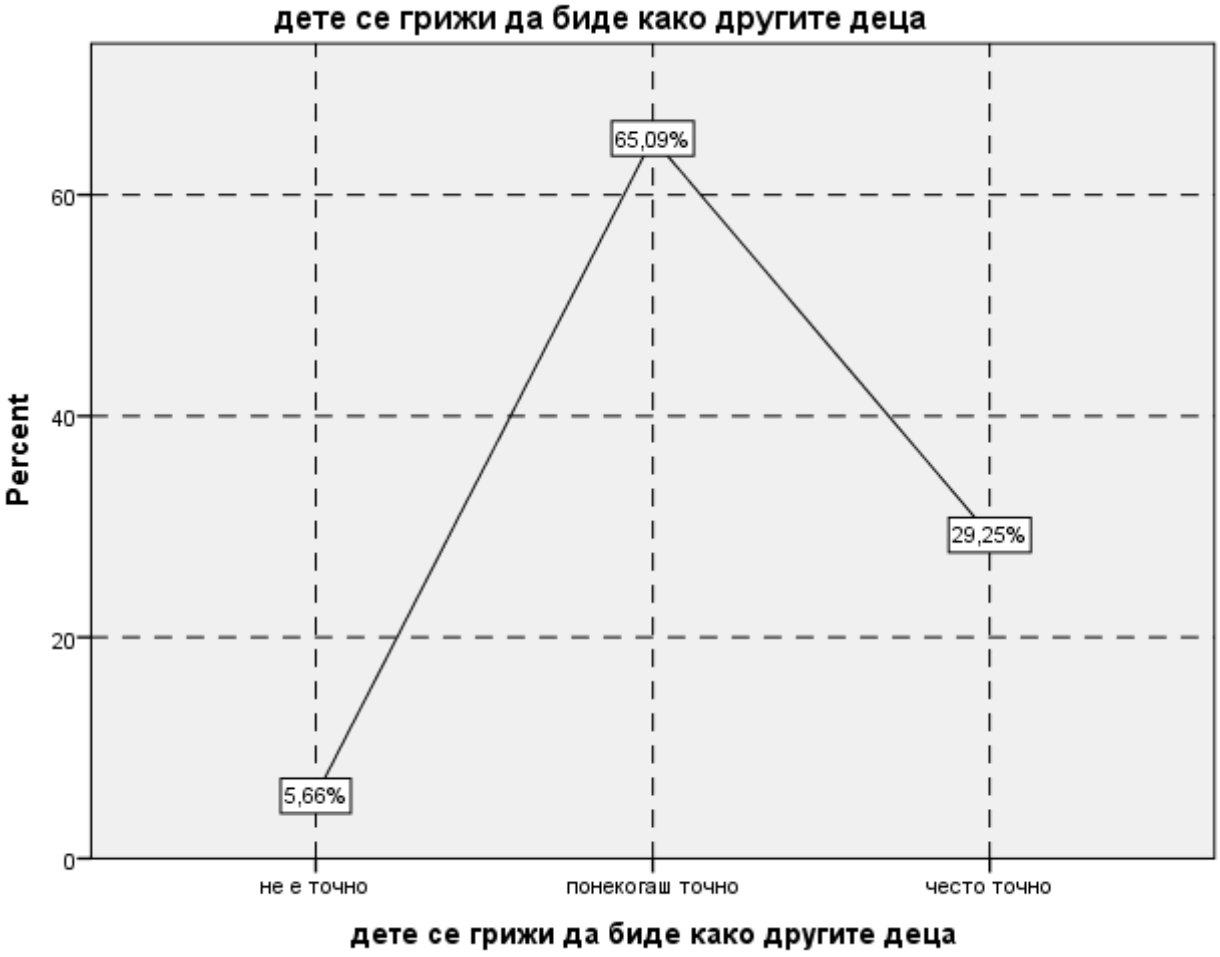


Графикон 13: Загрижено е кога спие само

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето е загрижено кога спие само, покажуваат дека најголем дел родители 56 или 52.8 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 14: Детето се грижи да биде како другите деца

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	6	5,7	5,7	5,7
	понекогаш точно	69	65,1	65,1	70,8
	често точно	31	29,2	29,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

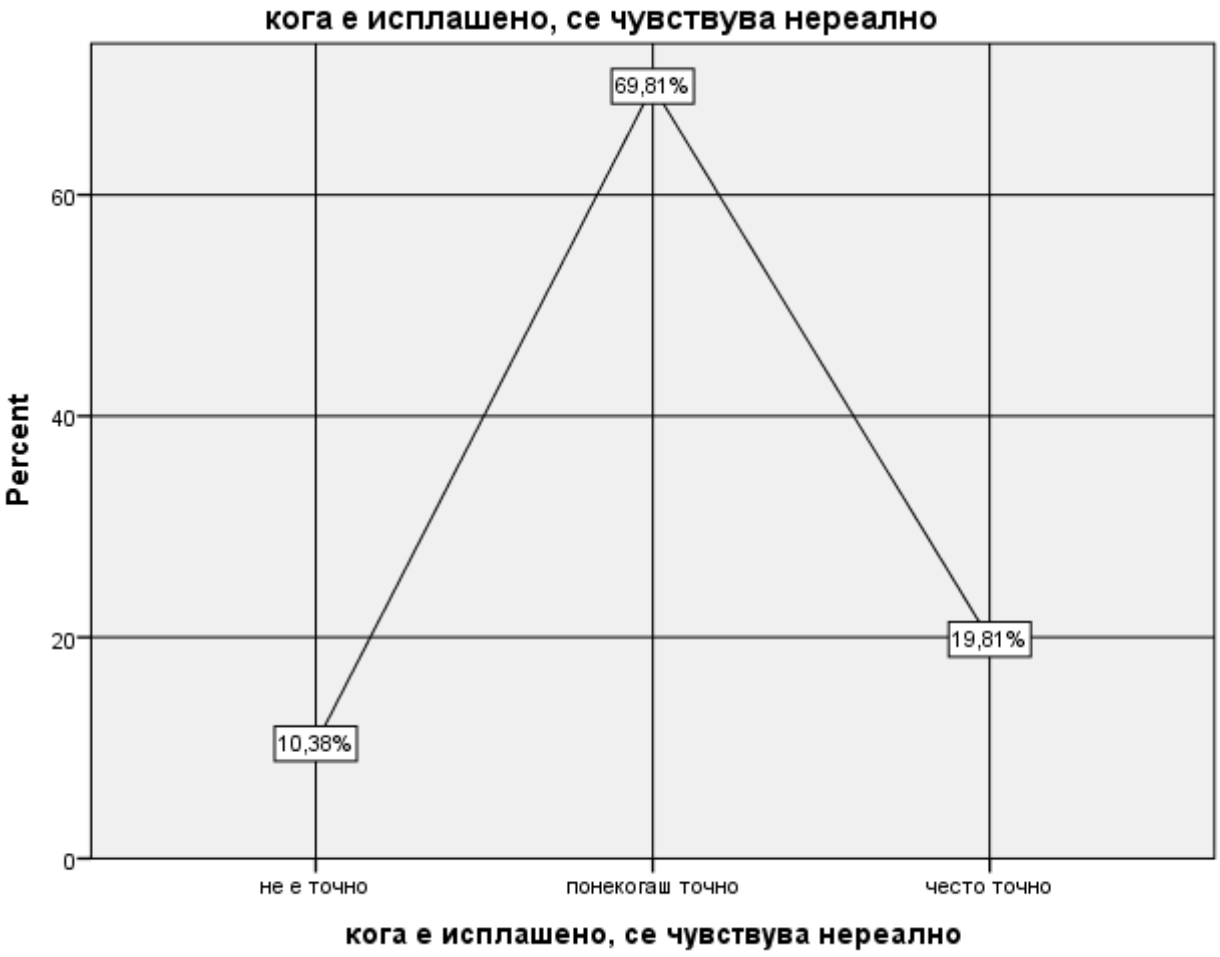


Графикон 14: Детето се грижи да биде како другите деца

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето се грижи да биде како другите деца, покажуваат дека најголем дел родители 69 или 65.1 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 15: Кога е исплашено, се чувствува нереално

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	11	10,4	10,4	10,4
	понекогаш точно	74	69,8	69,8	80,2
	често точно	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

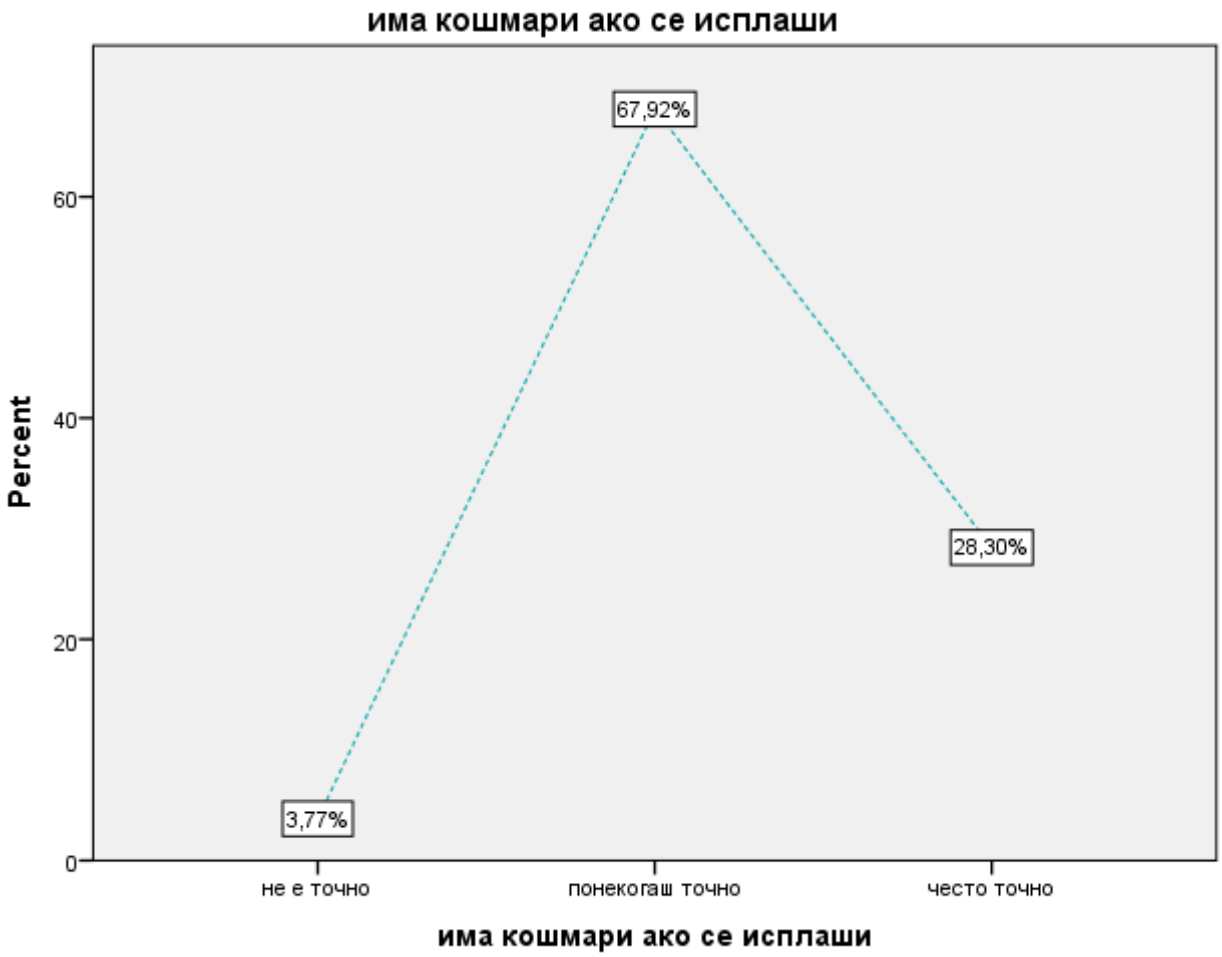


Графикон 15: Кога е исплашено, се чувствува нереално

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали кога детето е исплашено, се чувствува нереално, покажуваат дека најголем дел родители 74 или 69.8 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 16: Има кошмари ако се исплаши

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	4	3,8	3,8	3,8
	понекогаш точно	72	67,9	67,9	71,7
	често точно	30	28,3	28,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

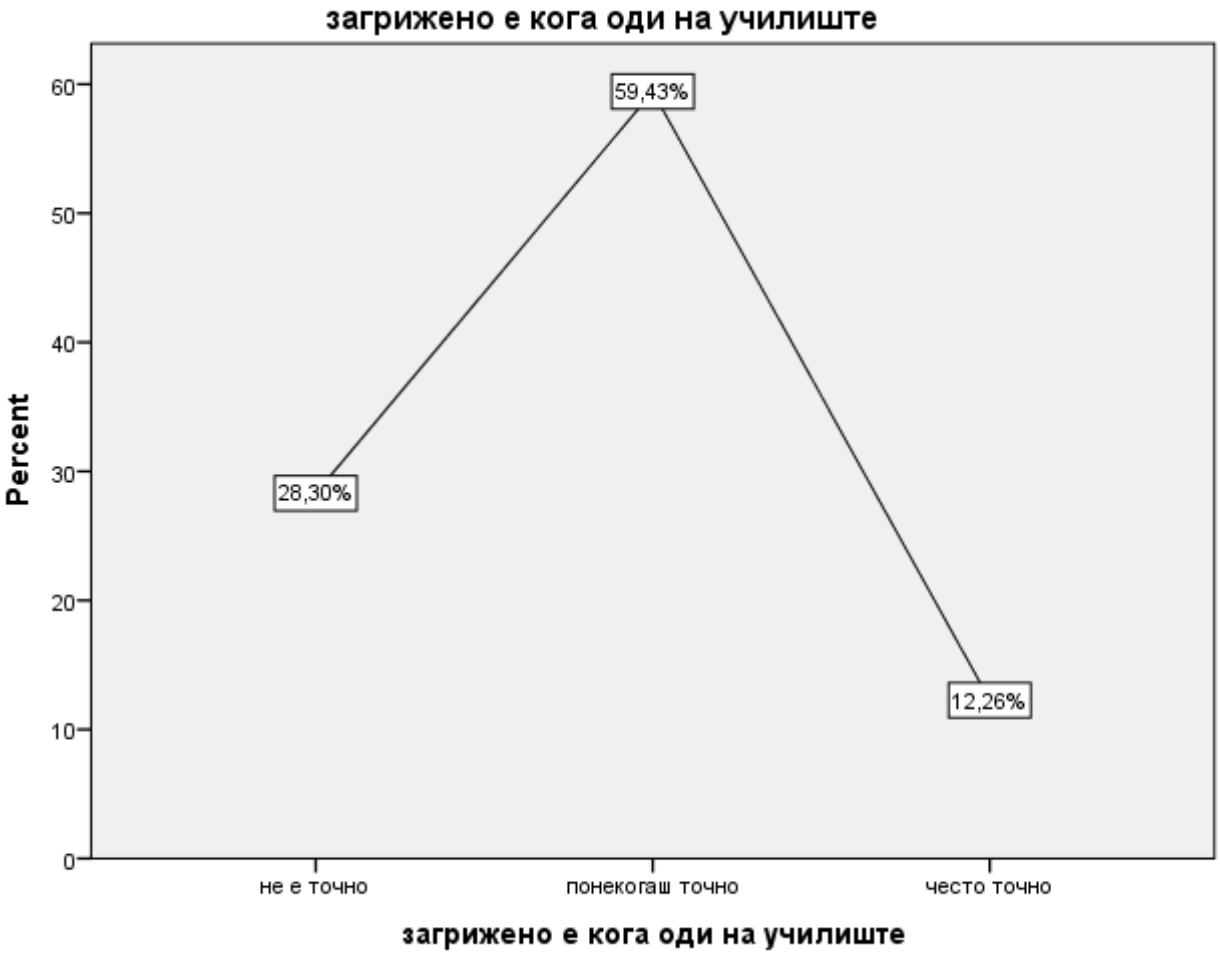


Графикон 16: Има кошмари ако се исплаши

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето кога има кошмари ако се исплаши, се чувствува нереално, покажуваат дека најголем дел родители 72 или 67.9 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 17: Загрижено е кога оди на училиште

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	30	28,3	28,3	28,3
	понекогаш точно	63	59,4	59,4	87,7
	често точно	13	12,3	12,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



Графикон 17: Загрижено е кога оди на училиште

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето е загрижено кога оди на училиште, покажуваат дека најголем дел родители 63 или 59.4 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 18: Кога детето е исплашено, срцето му чука брзо

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	16	15,1	15,1	15,1
	понекогаш точно	43	40,6	40,6	55,7
	често точно	47	44,3	44,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

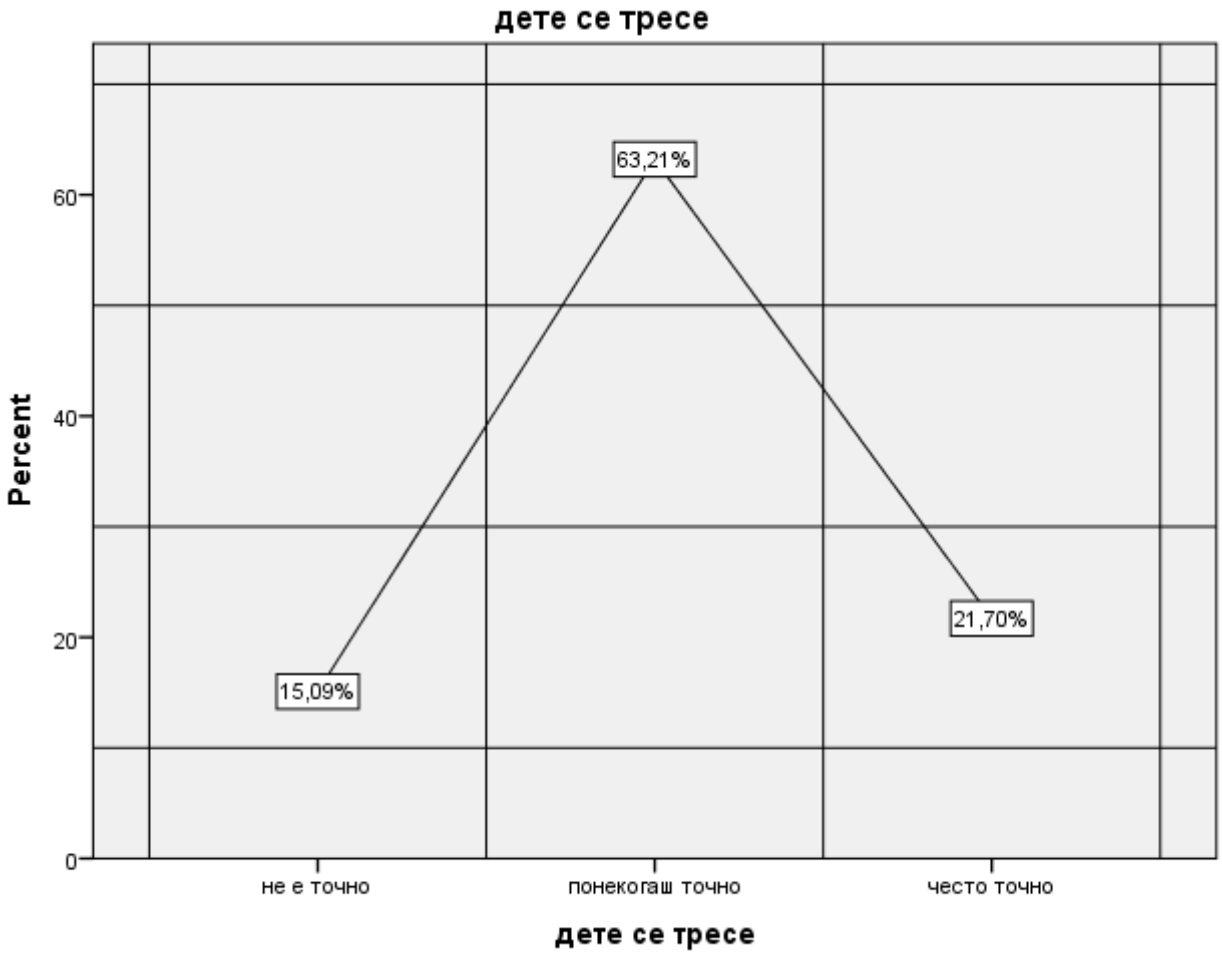


Графикон 18: Кога детето е исплашено, срцето му чука брзо

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали кога детето е исплашено, срцето му чука брзо, покажуваат дека најголем дел родители 47 или 44.3 % сметаат дека тоа се случува често.

Табела 19: Детето се тресе

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	16	15,1	15,1	15,1
	понекогаш точно	67	63,2	63,2	78,3
	често точно	23	21,7	21,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

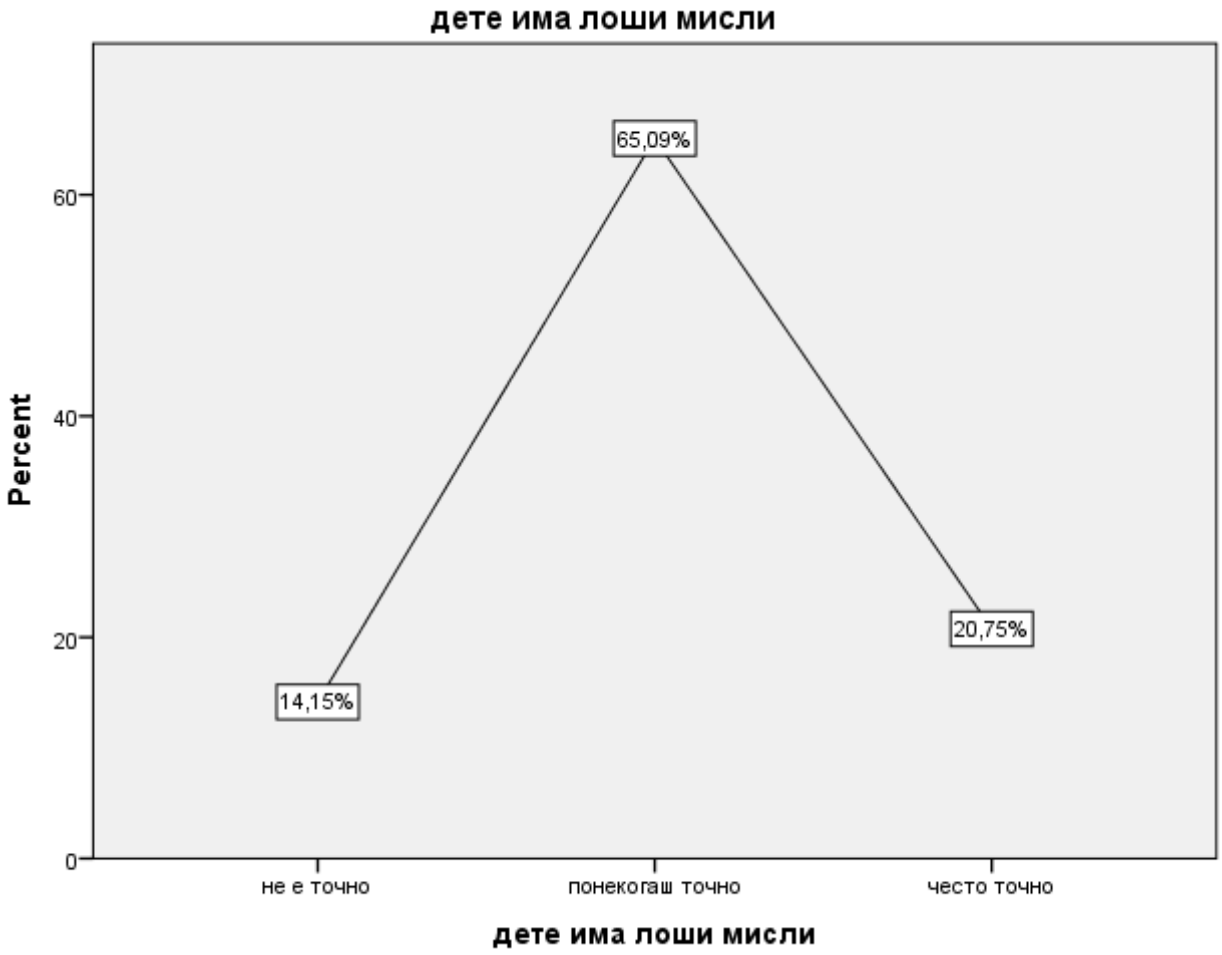


Графикон 19: Дете се тресе

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето се тресе, покажуваат дека најголем дел родители 67 или 63.2 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Табела 20: Детето има лоши мисли

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	не е точно	15	14,2	14,2	14,2
	понекогаш точно	69	65,1	65,1	79,2
	често точно	22	20,8	20,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



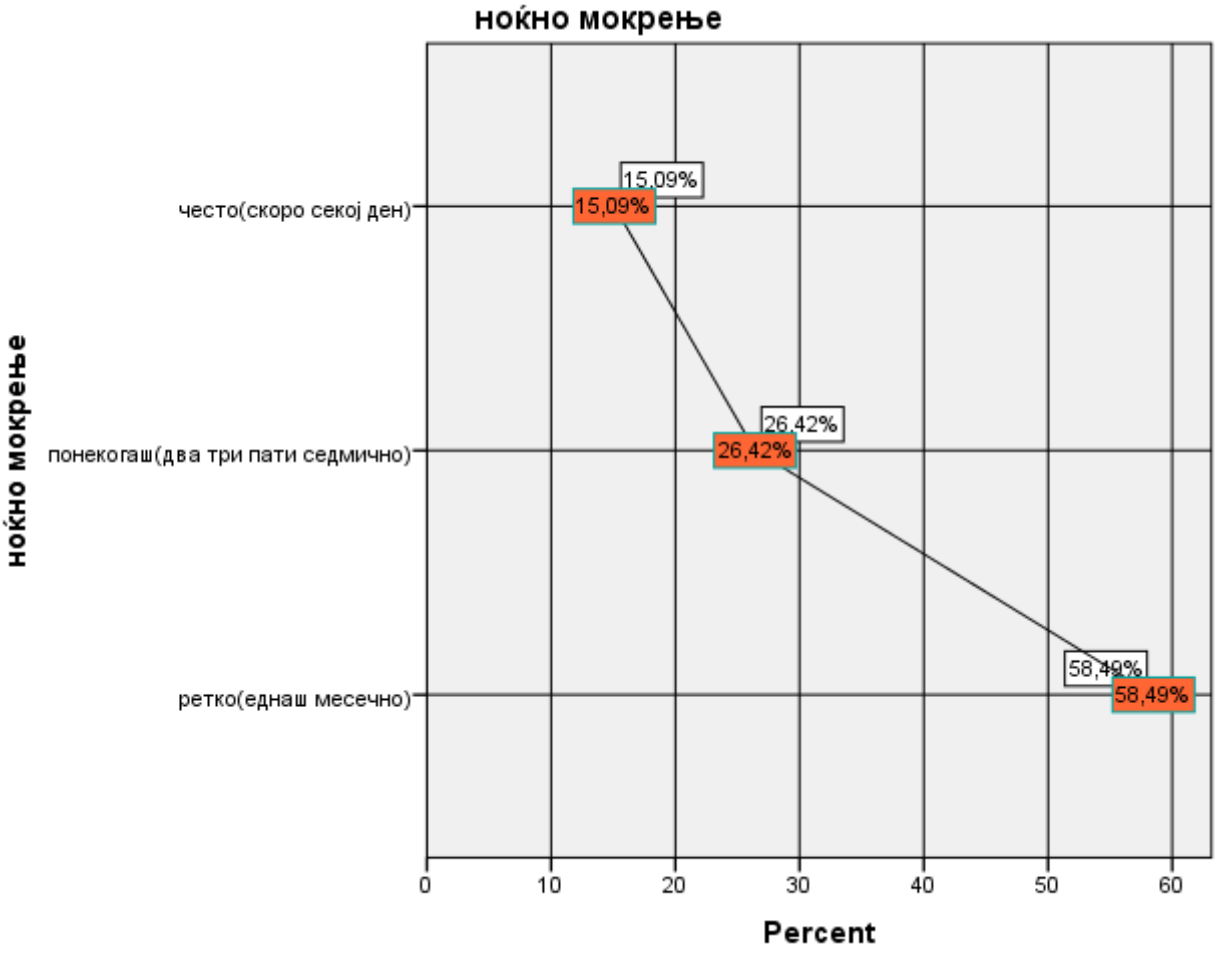
Графикон 20: Детето има лоши мисли

Податоците, кои се табеларно и визуелно прикажани, и се однесуваат на прашањето за тоа дали детето има лоши мисли, покажуваат дека најголем дел родители, 69 или 65.1 % сметаат дека тоа се случува понекогаш.

Во однос на честината на појавата на ноќно мокрење, пресметани се и табеларно и визуелно се прикажани фреквенциите на јавување.

Табела 21: Фреквенција на појава на ноќно мокрење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ретко (еднаш месечно)	62	58,5	58,5	58,5
	Понекогаш (два три пати седмично)	28	26,4	26,4	84,9
	Често (скоро секој ден)	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



Графикон 21: Фреквенција на појава на ноќно мокрење

Во однос на честината на појавата на ноќно мокрење, најфреквентни се случаите на деца кај кои тоа ретко се случува, односно до еднаш месечно и тоа кај 62 или 58.5 %, според исказите на родителите.

Од сето наведено, следува дека добиените резултати укажуваат дека најзастапена е училишна фобија, со M=1.3019, SD=0.46126, следи сепарациона анксиозност, панично нарушување на однесувањето, па генерализирано анксиозно растројство.

Хи-квадрат тест

Во интенеција на утврдување на поврзаноста на еден од факторите, односно генерализирано анксиозно растројство и појавата на ноќно мокрење кај деца, пресметани се параметри на Хи-квадрат тест.

Табела 1: Хи-квадрат на варијабли генерализирано анксиозно растројство и ноќно мокрење кај деца

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,985[a]	2	,001
Likelihood Ratio	20,532	2	,000
Linear-by-Linear Association	4,769	1	,029
N of Valid Cases	106		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

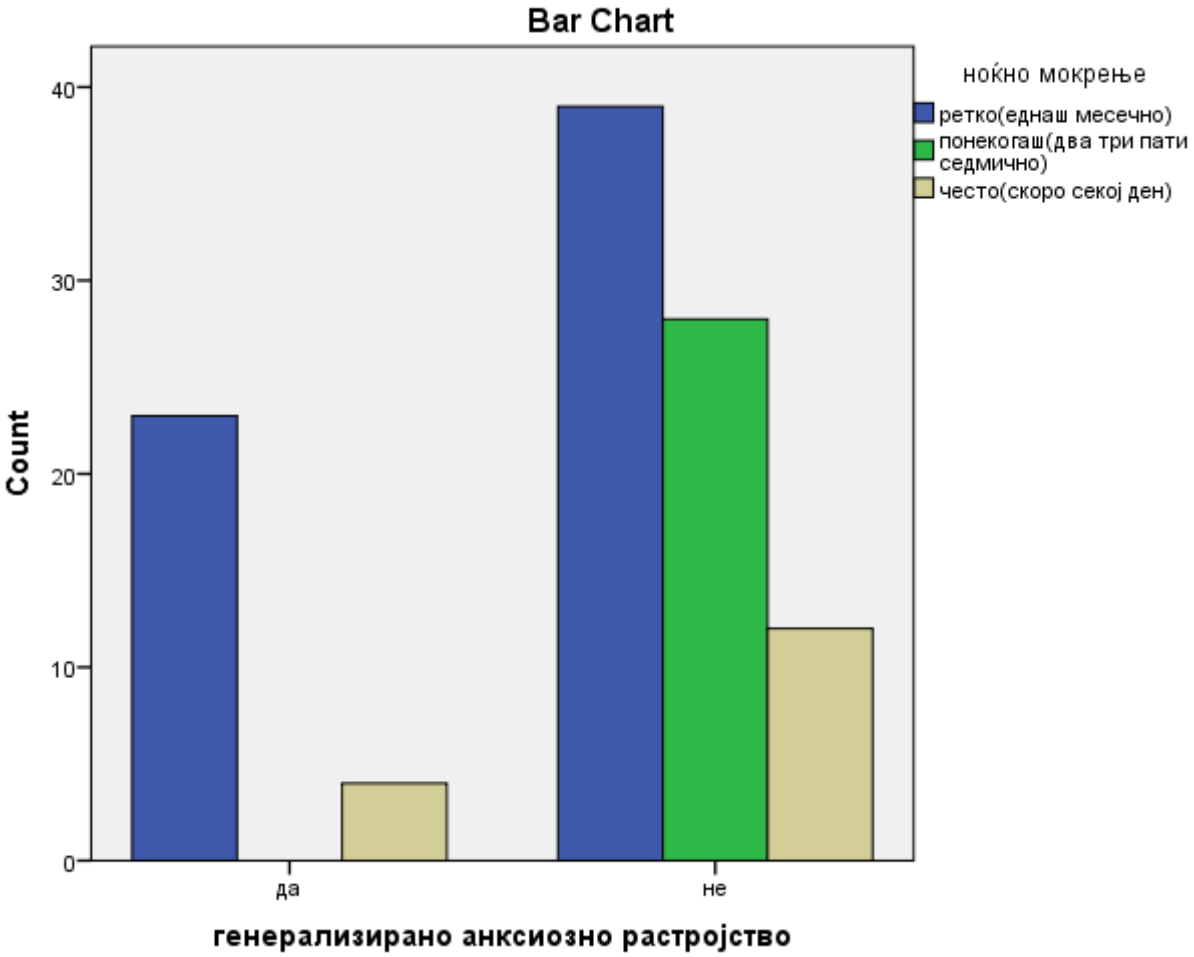
Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,213	,096	2,224	,028[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,262	,092	2,763	,007[c]
N of Valid Cases		106			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



Графикон 1: Хи-квадрат на варијабли генерализирано анксиозно растројство и ноќно мокрење кај деца

Прикажаните податоци, кои се однесуваат на утврдување на поврзаноста на варијаблата генерализирано анксиозно растројство и ноќно мокрење кај деца,

покажуваат дека вредноста на хи-квадратот (Chi-Square 13.985, df =2) со диференцијален праг од 2, укажува на постоење на статистички мала поврзаност на двете варијабли. Вредноста на Пирсоновиот коефициент R=0, 213 , (*r во рамки од +/- 0.20 се до +/- 0.40) укажува на мала поврзаност на варијаблите.*

Добиениот резултат е на ниво на значајност од 0.05, што значи може да се генерализира со 95 % веројатност на останатата популација.

Ова укажува дека факторот на анксиозност има мало влијание на појавата на ноќно мокрење, што насочува на потребата од мултифакториско и пошироко анализирање на проблемот.

IV ДЕЛ
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА И ДИСКУСИЈА

Емпириското истражување ја опфаќа темата на енуреза, често наречена мокрење во кревет или мокрење во сон, конкретизирана на психолошкиот аспект, односно анксиозноста и ноќното мокрење како еден од почестите проблеми во детската возраст.

Целта на научното истражување е поставена на ниво на дескрипција, со елементи на корелација, во насока на опис на состојбата на проблемот на ноќно мокрење во државата, како и утврдување на влијанието на анксиозноста врз ноќното мокрење.

Од предметната популација, по пат на рандомизација се избра едноставен рандомизиран примерок од 106 родители на деца кои имаат проблем со ноќно мокрење на ниво на државата, кои ги пополнуваа соодветно определените инструменти. Собирањето на податоците се одвиваше онлајн преку платформата Гугл Формс, при што податоците беа обработени и интерпретирани соодветно. Операционално, се добија следните научни согледувања:

Просечната возраст на децата со проблем на ноќно мокрење е околку 8 и 9-годишна возраст, M=8.6038, од кои почести се момчињата со M=1.3208. Повеќето потекнуваат од семејства со две деца M=1.9906, при што почесто се втори деца.

Во однос на историја на анксиозност кај родителите, позастапена е историја на анксиозност кај таткото M=1.3585, SD=0.48184.

Информираноста на родителите во однос на проблемот на истражување, поврзан со проблематиката на ноќно мокрење, укажува на ниско ниво на информираност, односно категорија M=2.1321, со SD=0.53587.

Постоењето на проблемот на ноќно мокрење и барањето на помош, укажува на средно ниво M=1.4623, со SD=0.50094.

Обликот на стручна помош, која е побарана од страна на родителите, најчесто е парапсихолошка помош, M=2.5660, со поголема SD=0.73054.

Во однос на честината на појавата на ноќно мокрење, најфреквентни се случаите на деца кај кои тоа ретко се случува, односно до еднаш месечно и тоа кај 62 или 58.5 % според исказите на родителите.

Што се однесува на типот и нивоата на анксиозност, се добија следните сознанија:

Понекогаш се случува кога детето се чувствува исплашено, тешко му е да дише, со Mode =2, SD=,59172, повремено добива главоболки кога е на училиште со Mode =2, SD=,71318, се случува да не сака да биде со луѓе кои не ги познава добро, се плаши ако спие надвор од дома, се грижи да им се допадне на другите луѓе, а кога детето ќе се исплаши, се чувствува како да ќе се онесвести и дека и самиот родител повремено го доживува своето дете дека е нервозно.

Ретко се случува детето да го следи родителот.

Кај поголем дел испитани родители, понекогаш се случува детето да им изгледа нервозно, да се чувствува нервозно со луѓе кои не ги познава добро и да добива стомачни болки на училиште. Исто така, кога детето ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како да не е во ред. Повремено детето е загрижено кога спие само и тој/таа се чувствува како работите да не се реални. Одвреме-навреме детето се грижи да биде добро како другите деца, и има кошмари ако нешто лошо му се случи.

Исто така, понекогаш детето е загрижено кога оди на училиште и има чувство на тресење.

Често се случува кога детето ќе се исплаши, неговото/нејзиното срце да чука брзо.

Повремено детето има кошмари дека нешто лошо ќе му/и се случи.

Најзастапена е училишната фобија со M=1.3019, SD=0.46126, следи сепарациона анксиозност, панично нарушување на однесувањето, па генерализирано анксиозно растројство.

Во однос на утврдување на поврзаноста на варијаблата генерализирано анксиозно растројство и ноќно мокрење кај деца, утврдено е постоење на статистички мала поврзаност на двете варијабли (R=0, 213, df=2). Ова укажува дека на појавата на ноќно мокрење факторот на анксиозност има мало влијание, *што насочува на потребата од мултифакториско и пошироко анализирање на проблемот.*

Истражувањето на Логан и сор. во 2014 година покажало дека меѓу 216 пациенти со уринарна дисфункција, околу 60 % имале барем еден ментален проблем[75] .

Во друга студија за психолошкиот профил на лица од женски пол со уринарна дисфункција, спроведена од Фан, се покажало дека лицата со уринарна дисфункција имале поголема веројатност да имаат депресија и анксиозност отколку контролната група[76].

Во 2012 година, Волф-Кристенсен и сор.[77] извршиле анкетирање за „психосоцијални проблеми кај деца упатени на уролошки клиники“ и пријавиле дека вкупно 15,2 % од децата имале сериозни психосоцијални и социјални проблеми. Сепак, децата со функционални нарушувања на уринарниот тракт и примарна ноќна енуреза имале поголем ризик од ментални проблеми, а со зголемените ментално-социјални проблеми, сериозноста на уролошката болест исто така се зголемувала. Се покажало дека психосоцијалните проблеми и стресот за време на чувствителното време на учење можат да предизвикаат примарна ноќна енуреза.

Во друга студија на Ипен и сор., било откриено дека ноќната енуреза е многу честа кај децата на училишна возраст и се препорачувало внимателно да се проценат за можноста за психолошко „оштетување“[78].

Како сумативно се наведува:

- Присутно е средно ниво на анксиозност на децата во државата;

- Најзастапена е училишната фобија, па потоа следи сепарационото анксиозно растројство кај децата во државата;

- Проблемот на ноќно мокрење кај децата во државата е најзастапен на возраст од околу 8 години;

- Кај децата од машки пол почесто се јавува проблемот на ноќно мокрење;

- Постојат повеќе фактори кои влијаат на појавата на ноќно мокрење кај децата во државата, како историја на анксиозност кај родителите, број на деца во семејството.

- Постои мала поврзаност на анксиозноста и ноќното мокрење кај децата;

---

[75] Logan, B. A., Correia, K., McCarthy, J., Slattery, M. J. (2014). Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *J Pediatr Urol.* 2014;10(4):634–8. doi: 10.1016/j.jpurol.2014.06.012.

[76] Fan, Y. H., Lin, A. T., Wu H. M., Hong, C. J., Chen, K. K. (2007). Psychological profile of female patients with dysfunctional voiding. *Urology.* 2008;71(4):625–9. doi: 10.1016/j.urology.2007.11.063.

[77] Wolfe-Christensen, C., Veenstra, A. L., Kovacevic, L., Elder, J. S., Lakshmanan, Y. (2012). Psychosocial difficulties in children referred to pediatric urology: a closer look. *Urology.* 2012;80(4):907–12. doi: 10.1016/j.urology. 2012.04.077.

[78] Eapen, V., Mabrouk, A. M. (2003). Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in the United Arab Emirates. *Saudi Med J.* 2003; 24(1): 49–51

- Сѐ уште постои ниско до средно ниво на претходна информираност на родителите за проблемот на ноќно мокрење;

- Родителите бараат помош за санација на проблемот на ноќно мокрење најпрво во парапсихолошка помош, па потоа најчесто кај медицински лица.

Од сето поединечно наведено, следува потврдување на генералната хипотеза дека постои умерено ниво на анксиозност кај децата и анксиозноста влијае на ноќно мокрење кај децата во државата.

Силната точка на ова истражување би можела да биде тоа што оваа тема од овој аспект е проучувана за првпат во државата и може да води до понатамошни студии во иднина. *Во идни истражувања се насочува на потребата од мултифакториско и пошироко анализирање на проблемот.*

Несоработката на некои родители беше едно од главните ограничувања во ова истражување. Се препорачува понатамошните истражувања да се извршат со поголема големина на примерокот за да се отворат можности за поширока генерализација.

ПРЕДЛОЗИ

Анксиозните нарушувања влијаат на милиони деца и ги задржуваат од достигнување на нивниот целосен потенцијал. Треба уште многу да се направи, многу повеќе. Нелекувана, анксиозноста е нарушување што доведува до зголемен ризик од депресија, училишен неуспех, самоубиство и злоупотреба на супстанции. И затоа што децата честопати се доста млади на почетокот на анксиозноста, тие уште од рана возраст учат да страдаат во тишина.

Анксиозноста е излечива, а раната интервенција е особено ефикасна. Постигнати се многу добри резултати во помагање на поединечни деца и адолесценти кои имаат потреба, а сега треба да станеме подобри во идентификувањето на огромното мнозинство кои не добиваат помош.

Поместување на акцентот на прифаќање на анксиозните нарушувања како реални и лесно лекувани болести на детството и адолесценцијата може да имаат големо влијание врз животите на многу млади луѓе во оваа земја и наоколу во светот. Веќе е направен првиот чекор.

Сега е време да се искористи потенцијалот на училиштата, факултетите, интернетот и социјалните медиуми - кои често се обвинуваат за епидемија на анксиозност, пред сѐ, да се едуцираат, па дури и да се лекуваат деца кои честопати тивко страдаат од нарушена анксиозност.

Во минатото, суровото управување со проблемот на ноќно мокрење, како тепање и казнување, било доделено поради непознавање на неповолното влијание врз детската психологија.

Затоа денес е задолжително барањето да се создаде свест кај родителите, наставниците и кај лекарите кои работат со деца со оваа проблематика.

Последователно зголемување на публикациите во однос на последните 20 години обезбедија ажурирани знаења за оваа болест со цел да се подобри разбирањето на оваа состојба и важност во однос на третманот.

По правилна дијагноза на ова нарушување, треба да се создаде навика за испразнување на мочниот меур пред спиење и помалку пиење на течности 3-4 часа пред легнување[79]. Дополнително се препорачува и медицински третман.

Почетниот чекор во управувањето со ноќно мокрење е снимањето на историјата и вршење физички преглед. Додека се зема историјата, битни се податоци поврзани утринска енуреза и инциденца најмалку за една недела. Се земаат предвид количината на внесена течност во текот на денот и навечер, а секако и квалитетот на спиењето.

Чекорот на физички преглед вклучува правилна невролошка проценка, спинален дисрафизам и аномалии на урогениталниот систем[80].

Се прави анализа на уринатa за евалуација на гликозурија која е од суштинско значење за сите пациенти кои имаат ноќна уринарна инконтиненција. Ултрасонографија и други релевантни истраги се советуваат за проценка на која било абнормалност во урогениталниот систем или да се разграничи точната причина за болеста.[81]

Посебно значење во третирање на целиот проблем има психолошката поддршка на родителите заедно со детето. Може да се спроведуваат како заеднички и одделни советувања.

Во оваа насока, големо значење има превентивното влијание на клиничките психолози кои низ серија работилници и предавања може спонтано да ги подготвуваат младите семејства за можни надминливи проблеми кај децата и начините на справување.

Овде неоспорен е фактот и на потребата од работа на менталитетот на родителите, во смисла на отвореност за проблемите, навремено реагирање и целосна инкорпорираност во третманот на проблемите кои се јавуваат кај децата, како што е проблемот на ноќно мокрење, посебно во работата со психолог.

[79] Van Herzeele, C., Evans, J., Eggert, P., Lottmann, H., Norgaard, J. P. and VandeWalle, J. (2015). Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. J PediatrUrol 2015; 11: 200.e1-e8,

[80] Cakiroglu, B., Tas, T., Eyyupoglu, S. E., Hazar, A. I., Can Balci, M. B., Nas, Y., et al. (2014). The adverse influence of spina bifida occulta on the medical treatment outcome of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. Arch Ital UrolAndrol. 2014;86(4):270–3. doi: 10.4081/aiua.2014.4.270

[81] J. V., Rittig, S., Bauer, S., Eggert, P., Marschall-Kehrel, D., Tekgul, S. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr. 2012; 171:971-83. doi: 10.1007/s00431- 012-1687-7.

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

1. Akavan Karbasy, S., Golestani, M., Fallah, R. (2008). Nocturnal enuresis in 6 years-old children & Factors related with this problem. Gonabad J Med Uni. 2008; 15:24.
2. American Psychiatric Association. (2020). American psychiatric association task force on dsm-iv. American Psychiatric Association; 2020.
3. Anderson, M., & Jiang, J. (2018). Teens, Social Media & Technology. Retrieved from Pew Research Center website: http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/14/2018/05/31102617/ PI_2018.05.31_TeensTech_FINAL.pdf
4. Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., et al. (2014). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the Interna-tional Children's Continence Society. J Urol 2014; 191:1863–5
5. Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., & Ferrari, A. J. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. Psychological Medicine, 44(11), 2363-–2374. doi: 10.1017/S0033291713003243
6. Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., et al. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. Archives of General Psychiatry, 64(8), 903–912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
7. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. The Psychiatric Clinics of North America, 32(3), 483–524
8. Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settipani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and Related Outcomes in Young Adults 7 to 19 Years after Receiving Treatment for Child Anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81(5). http://doi.org/10.1037/a0033048

9. Bergmann, M., Corigliano, T., Ataia, I., Renella, R., Simonetti, G. D., Bianchetti, M. G., et al. (2009). Childhood extraordinary daytime urinary frequency-a case series and a systematic literature review. Pediatr Nephrol. 2009;24(4):789–95. doi: 10.1007/s00467-008-1082-9.
10. Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R., & Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider–Diagnosed Anxiety and Depression Among U.S. Children. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 39(5), 395-403.
11. Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48: 1174–1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x
12. Brew, B. K., Lundholm, C., Gong, T., Larsson, H., & Almqvist, C. (2018). Familial aggregation of atopic diseases and depression or anxiety in children. Clinical and Experimental Allergy, 48(6), 703–711
13. Bubier, J. L. & Drabick, D. A. G. (2009). Co-occurring Anxiety and Disruptive Behavior Disorders: The Roles of Anxious Symptoms, Reactive Aggression, and Shared Risk Processes. Clinical Psychology Review, 29(7), 658–669.
14. Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., & Ginsburg, G. S. (2013). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. Child Psychiatry and Human Development, 44(3), 412–418. http://doi.org/10.1007/ s10578-012-0335-9
15. Burstein, M., Ameli-Grillon, L., & Merikangas, K. R. (2011). Shyness Versus Social Phobia in U.S. Youth. Pediatrics, 128(5), 917–925. http://doi.org/10.1542/peds.2011-1434
16. Caçola, P. (2016). Physical and mental Health of Childeren with developmental coordination disorder. Frontiers in Public Health. 4: 224.
17. Cakiroglu, B., Tas, T., Eyyupoglu, S. E., Hazar, A. I., Can Balci, M. B., Nas, Y., et al. (2014). The adverse influence of spina bifida occulta on the medical treatment outcome of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. Arch Ital UrolAndrol. 2014; 86(4):270–3. doi: 10.4081/aiua.2014.4.270
18. Casale, A. J. (1993). Functional voiding disorders of childhood. J Ky Med Assoc. 1993; 91(5):184–91

19. Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. Journal of Primary Prevention, 31(3), 139–70. doi: 10.1007/s10935-010-0214-8
20. Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51(10), 1066–1075.e1.
21. Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J. & Merikangas, K. R. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55(4), 280–288. doi.org/10.1016/j. jaac.2016.01.006
22. Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53(1), 21–33.
23. Courtney P.(2012). Anxiety disorder. USA: Wolters Kluwer Health; 2012. pp. 3688–9.
24. De Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. Canadian Journal of Psychiatry, 62(4), 237–246. http://doi.org/10.1177/0706743716640757
25. Duel, B. P., Steinberg-Epstein, R., Hill, M., Lerner, M. (2003). A survey of voiding dysfunction in children with attention deficit-hyperactivity disorder. J Urol. 2003;170(4 Pt 2):1521–3. doi: 10.1097/01.ju.0000091219.46560.7b. discussion 1523-4.
26. Eapen, V., Mabrouk, A. M. (2003). Prevalence and correlates of nocturnal enuresis in the United Arab Emirates. Saudi Med J. 2003; 24(1):49–51.
27. Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M. R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. Journal of Affective Disorders, 228, 248–253

28. Fan, Y. H., Lin, A. T., Wu HM, Hong CJ, Chen KK. (2008). Psychological profile of female patients with dysfunctional voiding. Urology. 2008;71(4):625–9. doi: 10.1016/j.urology. 2007.11.063.

29. Goodwin, R. D., Robinson, M., Sly, P. D., McKeague, I. W., Susser, E. S., Zubrick, S. R., Stanley, F. J., & Mattes, E. (2013). Severity and persistence of asthma and mental health: a birth cohort study. Psychological Medicine, 43(6):1313–22.
30. Goyal, M., Singh. S. & Sibinga, E. M. S. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 174(3), 357–368. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018
31. Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. & Taylor, C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(12), 1308–16.
32. J. V., Rittig, S., Bauer, S., Eggert, P., Marschall-Kehrel, D., Tekgul, S. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr. 2012;171: 971-83. doi: 10.1007/s00431- 012-1687-7.
33. Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., & Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affect family of anxiety. Psychiatric Clinics of North America, 24(4), 677–88.
34. Kessler, R. C. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry, 6(3), 168–176.
35. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 18(1), 23–33.
36. Konersman, C. G., Bordini, B. J., Scharer, G., Lawlor, M. W., Zangwill, S., Southern, J. F. et al. (2015). BAG3 myofibrillar myopathy presenting with cardiomyopathy. NeuromusculDisord. 2015;25(5):418–22.
doi: 10.1016/j.nmd.2015.01.009.

37. Kuffel, A., Kapitza, K. P., Lowe, B., Eichelberg, E., Gumz, A. (2014). [Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy]. Urologe A. 2014;53(10):1495–9. doi: 10.1007/s00120-014-3618-x.

38. Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H. & Scahill, L. (2014). Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. Cognitive and Behavioral Practice, 21(4), 456–469. https://doi. org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004
39. LeViness, P., Bershad, C. & Gorman, K. (2017). The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey. Преземено на 10.12.2022 : https://www.aucccd.org/public
40. Logan, B. A., Correia, K., McCarthy, J., Slattery, M. J. (2014).Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. J Pediatr Urol. 2014;10(4):634–8. doi: 10.1016/j.jpurol.2014.06.012.
41. Lucas, G. M., Gratch, J., King, A., & Morency, L-P. (2014). It's only a computer: Virtual humans increase willingness to disclose. Computers in Human Behavior 37, 94–100. https://doi.org/10.1016/j. chb.2014.04.043
42. Marcdante, K., Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B. (2010). Nelson essentials of pediatrics. USA: Elsevier Health Sciences; 2010.
43. McManus, F., Shafran, R., Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? Br J Clin Psychol 2010;49:491–505. 10.1348/014466509X476567.
44. Merikangas, K. R., Calkins, M. E., Burstein, M., He, J. P., Chiavacci, R., Lateef, T., Ruparel, K., Gur, R. C., Lehner, T., Hakonarson, H., & Gur, R. E. (2015). Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. Pediatrics, 135(4), 927–38.
45. Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49(10), 980–989. http:// doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017
46. Morgan, A. J., Rapee, R. M., Salim, A., Goharpey, N., Tamir, E., McLellan, L. F., & Bayer, J. K. (2017). Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children: Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56(5), 417–425. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.010

47. Norman, K. R., Silverman, W. K. & Lebowitz, E. R. (2015). Family Accommodation of Child and Adolescent Anxiety: Mechanisms, Assessment, and Treatment. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28(3), 131–140. http://doi.org/10.1111/jcap.12116
48. Pérez-Edgar, K., Taber-Thomas, B., Auday, E., & Morales, S. (2014). Temperament and Attention as Core Mechanisms in the Early Emergence of Anxiety. Contributions to Human Development, 26, 42–56.
49. Phung, P., Kelsberg, G., Safranek, S. (2015). Clinical Inquiry: Does primary nocturnal enuresis affect childrens' self-esteem? J Fam Pract. 2015;64(4):250–9
50. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56, 345–365.
51. Reiner, R. (2008). Integrating a portable biofeedback device into clinical practice for patients with anxiety disorders: Results of a pilot study. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 33, 55–61
52. Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35(3), 356–365. http://doi.org/10.1007/ s10862-013-9338-5
53. Saavedra, L. M., Silverman, W. K., & Morgan-Lopez, A. A. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 51(8), 924–934
54. **Salehi, B et al. (2016). The Relationship Between Child Anxiety Related Disorders and Primary Nocturnal Enuresis. Iranian Journal of psychiatry and Behavioral Sciences.**
55. Sarici, H., Telli, O., Ozgur, B. C., Demirbas, A., OzgurS, Karagoz, M. A. (2015). Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. J Pediatric Urol 2015.
56. Schast, A. P., Zderic, S. A., Richter, M., Berry, A., Carr, M. C. (2008). Quantifying demographic, urological and behavioral characteristics of children with lower urinary tract symptoms. J Pediatr Urol. 2008;4(2):127–33. doi: 10.1016/j.jpurol.2007.10.007.

57. Schoenberg, P. L. A. & David, A. S. (2014). Biofeedback for Psychiatric Disorders: A Systematic Review. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 39(2), 109–135. https://doi-org.proxy.wexler.hunter. cuny.edu/10.1007/s10484-014-9246-9

58. Stone, J., Malone, P. S., Atwill, D., McGrigor, V., Hill, C. M. (2008). Symptoms of sleep-disordered breathing in children with nocturnal enuresis. J Pediatr Urol. 2008;4(3):197–202. doi: 10.1016/j.jpurol.2007.11.011.

59. Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. Social Indicators Research, 121(2), 437.

60. Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. Social Indicators Research, 121(2), 437.

61. Van Herzeele, C., Evans, J., Eggert, P., Lottmann, H., Norgaard, J. P. and VandeWalle, J. (2015). Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. J PediatrUrol 2015; 11: 200.e1-e8,

62. Vannucci, A., Flannery, K. M. & Ohannessian, C. M. (2017). Social media use and anxiety in emerging adults. Journal of Affective Disorders, 207, 163–166. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.040

63. von Gontard A. (2011). Does psychological stress affect LUT function in children? ICI-RS 2011. Neurourol Urodyn. 2012;31(3):344–8. doi: 10.1002/nau.22216.

64. Von Gontard A. (2012). Enuresis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 2012. pp. 99–112.

65. Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T. & Kendall, P. C. (2008). Cognitive BehavioralTherapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. The New England Journal of Medicine, 359(26), 2753–2766. doi:10.1056/ NEJMoa080463

66. Wolfe-Christensen, C., Veenstra, A. L., Kovacevic, L., Elder, J. S., Lakshmanan, Y. (2012). Psychosocial difficulties in children referred to pediatric urology: a closer look. Urology. 2012;80(4):907–12. doi: 10.1016/j.urology.2012.04.077.

67. Woods, H. C. & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. Journal of Adolescence, 51, 41–49. https:// doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008

68. Yousefi, P., Firouzifar, M. R., Dorreh, F. (2008). Growth and development in 6-year-old children with and without primary nucturnal enuresis. Zanjan Uni Med Sci J. 2012;20:92–8.
69. Zoubek, J., Bloom, D. A., Sedman, A. B. (1990). Extraordinary urinary frequency. Pediatrics. 1990;85(6):1112–4.

ПРИЛОГ ИНСТРУМЕНТИ

Прилог 1

АНКЕТЕН ЛИСТ

(за родители на деца кои имаат проблем со ноќно мокрење)

***Конструиран согласно проблемот на истражување**

1.ВОЗРАСТ	**НАВЕДИ**
2.ПОЛ	**М Ж**
3.БРОЈ ДЕЦА ВО СЕМЕЈСТВОТО	**123, ПОВЕЌЕ ОД 3**
4.РЕДОСЛЕД НА ДЕТЕТО ВО	**ПРВО, ВТОРО, ТРЕТО**
СЕМЕЈСТВОТО	**ДА НЕ**
5.ИСТОРИЈА НА АНКСИОЗНОСТ	
КАЈ МАЈКАТА	**ДА НЕ**
6.ИСТОРИЈА НА АНКСИОЗНОСТ	
КАЈ ТАТКОТО	**ДА НЕ**
7.ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО	
РАСТРОЈСТВО	**ДА НЕ**
8.ПАНИЧНИ НАРУШУВАЊА НА	
ОДНЕСУВАЊЕТО	**ДА НЕ**
9.СЕПАРАЦИОНА АНКСИОЗНОСТ	
10.УЧИЛИШНА ФОБИЈА	**ДА НЕ**

11.ДАЛИ СТЕ ДОВОЛНО ИНФОРМИРАНИ ЗА ПРОБЛЕМОТ НА НОЌНО МОКРЕЊЕ	**МНОГУ, МАЛКУ, НЕ**
12.ДАЛИ СТЕ ПОБАРАЛЕ СТРУЧНА ПОМОШ	**ДА НЕ**
13. ОБЛИК НА СТРУЧНА ПОМОШ ОД:	**ЛЕКАР, ПСИХОЛОГ, ПРИЈАТЕЛИ**

Прилог 2

ТЕСТ ЗА НАРУШУВАЊА ПОВРЗАНИ СО ДЕТСКА АНКСИОЗНОСТ[82]

Родителска верзија (да ја пополни РОДИТЕЛОТ)

***Адапиран согласно проблемот на истражување**

Насоки:

Подолу е листа на изјави кои опишуваат како се чувствуваат децата и луѓето воопшто. Внимателно прочитајте ја секоја изјава и одлучете дали е „не е точно или тешко дека некогаш е точно“ или „донекаде вистинито или понекогаш вистинито“ или „многу вистина или често вистинито“ за вашето дете.

Потоа за секоја изјава означете со одговорот што се чини дека го опишува вашето дете во последните 3 месеци. Ве молиме одговорете на сите изјавите колку што можете, дури и ако изгледа дека некои не го засегаат вашето дете.

Реден број:	**НЕ Е ТОЧНО ИЛИ ТЕШКО ДЕКА НЕКОГАШ Е**	**ДОНЕКАДЕ ВИСТИНИТО ИЛИ ПОНЕКОГАШ**	**МНОГУ ВИСТИНА ИЛИ ЧЕСТО**

[82] Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) Parent Version, Developed by Boris Birmaher, MD, Suneeta Khetarpal, MD, Marlane Cully, MEd, David Brent, MD, and Sandra McKenzie, PhD. Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95).

	ТОЧНО **0**	**ВИСТИНИТО** **1**	**ВИСТИНИТО** **2**
1.Кога моето дете се чувствува исплашено, тешко му е да дише. 2. Моето дете добива главоболки кога е на училиште. 3. Моето дете не сака да биде со луѓе кои не ги познава добро. 4. Моето дете се плаши ако спие надвор од дома 5. Моето дете се грижи да им се допадне на другите луѓе. 6. Кога моето дете ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како да се онесвести. 7. Моето дете е нервозно. 8. Моето дете ме следи каде и да одам. 9. Луѓето ми велат дека моето дете изгледа нервозно. 10. Моето дете се чувствува нервозно со луѓе кои не ги познава добро. 11. Моето дете добива стомачни болки на училиште.			

12. Кога моето дете ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како да не е во ред. 13. Моето дете се грижи кога спие само. 14. Моето дете се грижи да биде добро како другите деца. 15. Кога ќе се исплаши, тој/таа се чувствува како работите да не се реални. 16. Моето дете има кошмари ако нешто лошо му се случи. 17. Моето дете е загрижено кога оди на училиште. 18. Кога моето дете ќе се исплаши, неговото/нејзиното срце чука брзо. 19. Тој/таа се тресе. 20. Моето дете има кошмари за нешто лошо што ќе му/и се случи.			

	Анксиозност
Нормална	0-7
Блага	8-9
Умерена	10-14
Тешка	15-19
Екстремно тешка	20+

Вкупен резултат од ≥ 10 може да укаже на умерено присуство на анксиозно растројство. Оценките повисоки од 20 се повеќе специфични.

Оценка од 3 за ставките 1, 6, 9, 12, 15, 18 и 19 може да укажат на панично растројство или значајни Соматски симптоми.

Оценка од 4 за точките 5, 7 и 14 може да укажуваат на генерализирано анксиозно растројство.

Оценка од 5 за точките 4, 8, 13, 16 и 20 може да укажуваат на сепарационо анксиозно растројство.

Оценка од 4 за точките 3 и 10 може да укажуваат на социјално анксиозно растројство.

Оценката од 3 за точките 2, 11 и 17 може да укажуваат на значајно избегнување на училиште.