

Porównanie opinii rodziców na temat jakości życia dzieci leczonych z powodu naczynek

Comparison parents' views on the quality of life of children treated for hemangiomas

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: dr n. med. Janina Książek

²Szpital Copernicus Podmiot Lecznicy, Gdańsk

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki Szpitala: Marzena Olszewska-Fryc

Summary

Introduction. Although studies of the quality of life of children operated on for hemangiomas do not have a long tradition in medical sciences, such studies are needed for the quality of life to improve.

Aim. This paper is intended as an attempt at comparing parents' views on the quality of life of their children operated on for hemangiomas with the views of parents of children treated by means of other methods.

Material and methods. The study material included 50 children treated for hemangiomas at the Pediatric Surgery Ward of the Copernicus Hospital and the Hospital Outpatient Clinic in Gdańsk. The study method was a diagnostic survey with a questionnaire of our own design. Statistical package Statistica®10 was used for data analysis, and factorial ANOVA test and t-Student test – for dependence verification.

Results. Nearly half the parents encountered negative reactions of the public to seeing a hemangioma in children. The child's sex and age had no statistically significant effect on the choice of method of hemangioma removal. There are statistically significant differences between parents' opinions on the rightness of the decision to operate and parents' opinions on the decision to start treatment using other methods.

Conclusions. Interdisciplinary teams ought to be prepared to evaluate the quality of life in children undergoing hemangioma treatment. Families of children with hemangioma need the acceptance of others, therefore social education is necessary. Research into the quality of life of children with hemangiomas is a necessary component of holistic child care by staff, family and society, and of an economic and social evaluation leading to changes. Research results may be applied in the development of interdisciplinary competences in the care of children and their families on pediatric and pediatric surgery wards and in the home environment.

Keywords

quality of life, hemangioma

WSTĘP

Naczyniakowość stanowi istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny we współczesnym świecie. W Polsce rodzi się około 25% dzieci z guzami pochodzenia naczyniowego, które wymagają zindywidualizowanego leczenia. W zależności od typu naczyniaka można wybrać odpowiednią metodę leczenia: operacyjną, laserową, farmakologiczną, krioterapię, możliwe jest również łączenie tych metod. Zmagania z chorobą dotyczą dziecka i całej jego rodziny. Dzieci dotknięte chorobą naczyniową, jeśli zmiana jest widoczna, stoją często na uboczu, izolują się od zdrowych i nie angażują się w życie rówieśników.

Pojęcie „naczyniak” stało się uniwersalną nazwą dla wszystkich zmian naczyniopochodnych bez względu na przyczynę, czas powstania, rodzaj tworzących je naczyń, dalszy rozwój lub samoistny zanik. Naczyniaki to łagodne guzy nowotworowe występujące w okresie wczesnodziecięcym. Już od wieków wierzono, że są one skutkiem doznań matczynych w przebiegu ciąży. Postrzegano je za formę naznaczenia, przypisując matce winę za ich powstanie. Obecnie potocznie określane są jako: „plama łososiowa”, „znamię winnej plamy”, „czereśnie”, „truskawki” (1, 2). W 1982 roku Głowacki i Mulliken przedstawili klasyfikację biologiczną zmian naczyniowych skóry i tkanek miękkich, pomijającą opis wyglądu i opartą

przede wszystkim na cechach aktywności biologicznej zmian naczyniopochodnych. Zostały wyróżnione dwie grupy zmian: naczyniaki i malformacje naczyniowe (3, 4).

Naczyniaki – łagodne zmiany występujące u dzieci w okresie niemowlęcym, pochodzenia naczyniowego, proliferujące (rosnące), następnie podlegające samoistnej inwolucji (zanikowi) w okresie dzieciństwa.

Malformacje naczyniowe – zmiany różnorodne zbudowane z naczyń dysplastycznych, występujące z jednym dominującym rodzajem lub kalibrem naczyń: limfatycznych, tętnicznych, żylnych, włosowatych. Powstają na skutek zaburzeń w rozroście tkanek w życiu płodowym dziecka. Dzieli się na podkategorie (limfatyczne lub mieszane, tętnicze, żyłne, włosowate/kapilarne). Nie przechodzą w fazę samoistnego zanikania (3, 4).

Naczyniaki występują częściej u rasy białej, rzadziej u dzieci pochodzenia afroamerykańskiego i azjatyckiego, częściej u dziewczynek niż chłopców (5, 6). Zmiany naczyniowe występują w różnych okolicach ciała, najczęściej na głowie i szyi, tułowiu i kończynach oraz jako mnogie guzy zlokalizowane w różnych częściach ciała (wątroba, płuca, przewód pokarmowy) (7, 8).

Istnieje kilka uznanych i zasadniczych metod leczenia naczynek. Można je stosować osobno lub ze sobą łączyć, aby uzyskać jak najlepsze efekty. Wskazaniem do leczenia operacyjnego są duże, szybko rosące naczyniaki, które dają dolegliwości uciskowe, bólowe, zagrażają owrzodzeniem lub krwawieniem (9, 10). Laseroterapia polega na zamknięciu światła naczyń za pomocą wiązki lasera (9). Sterydoterapia to podaż sterydów w fazie proliferacji ogólnoustrojowo w dawce leku 2-3 mg na dobę, przy dobrej odpowiedzi stosowanie pełnych dawek przez okres 4-6 tygodni, a następnie stopniowe zmniejszenie w zależności od wrażliwości, do całkowitego odstawienia (11). Miejscowe ostrzyknięcie dotyczy naczynek ograniczonych na przykład do lokalizacji oczodołowej dwoma lekami sterydowymi, które powodują bezpośrednie zwężenie naczyń (11). Leczenie Propranololem (lek z grupy B-blokerów) obejmuje leczenie naczynek wczesnodziecięcych lub innych wrodzonych, łagodnych guzów naczyniowych (12, 13). Krioterapia miejscowa powoduje zamrożenie zawartości komórek, pęknięcie błon biologicznych i w konsekwencji destrukcję tych tkanek (14).

Naczyniaki mogą być dla dziecka nie tylko codzienną dolegliwością, ale także poważnym problemem kosmetycznym. Duże zmiany zlokalizowane zwłaszcza na odsłoniętych częściach ciała takich jak: twarz, szyja, kończyny górne lub dolne, mogą utrudniać akceptację swojej osoby, a także funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym. Te łagodne nowotwory są przyczyną stresu dla rodziców i mogą negatywnie wpływać w wieku szkolnym na psychikę dzieci. Regularna obserwacja i edukacja pacjentów jest ważną częścią leczenia (15, 16). Aby wpłynąć na poprawę jakości życia dzieci z chorobą naczyniową, coraz częściej powstają grupy wsparcia, ruchy samopomocowe tworzone przez rodziny (17, 18), fora dyskusyjne (19, 20), strony poświęcone naczyniakom (21-23).

CEL PRACY

Celem pracy jest próba porównania opinii rodziców o jakości życia dzieci operowanych z powodu naczynek z opinią rodziców dzieci leczonych innymi metodami.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badań stanowiło 50 dzieci leczonych z powodu naczynek, będących pod opieką Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala Copernicus oraz Przychodni Przychodni w Gdańsku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Dobór do grupy badanej był celowy w oparciu o rozpoznanie lekarskie leczonego dziecka. Respondentami byli rodzice dzieci leczonych z powodu naczynek, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Ankiety wręczone były rodzicom przez członka zespołu badawczego. Rodzicom zapewniono anonimowość, a dane gromadzone z zachowaniem zasad etycznych. Analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statistica® 10. Do weryfikacji danych wykorzystano test wieloczynnikowej analizy ANOVA.

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

W badanej grupie było 49 rodziców i jeden opiekun prawny. Wśród rodziców dzieci operowanych było 18 (78%) matek, 5 (22%) ojców, a w grupie rodziców dzieci leczonych innymi metodami 20 (86%) matek, 6 (12%) ojców i 1 (2%) opiekun prawny. Badana grupa dzieci leczonych z powodu naczyniaka to 17 (34%) chłopców i 33 (66%) dziewczynki. Grupa leczonych operacyjnie składała się z 11 (48%) chłopców i 12 (52%) dziewczynek, a leczonych innymi metodami – z 6 (22%) chłopców i 21 (78%) dziewczynek. W przedziale wiekowym 1-5 lat było 29 (58%) dzieci, w przedziale od 6-10 lat 6 (12%) dzieci, od 10-15 lat miało 10 (18%) dzieci, powyżej 15 lat miało 1 (2%) dziecko. Dzieci młodszych poniżej 1. roku było 19 i stanowiły 10% całej grupy. Dzieci po operacji w wieku 1-5 lat było 11 (48%), od 6-10 lat – 5 (22%), od 10-15 lat – 6 (26%), powyżej 15 lat – 1 (4%) dziecko. W grupie leczonych inną metodą niż operacyjna powyżej 1. roku było 5 (19%) dzieci, od 1-5 lat 18 (66%) dzieci, od 6-10 lat 1 (4%) dziecko, od 10-15 lat 3 (11%) dzieci. Respondenci będący mieszkańcami miast powyżej 50 tys. stanowili 40% (n = 20), mieszkańcy miast do 50 tys. – 26% (n = 13), mieszkańcy wsi – 34% (n = 17) badanej grupy. Leczenie metodą operacyjną dla swoich dzieci wybrali mieszkańcy miast do 50 tys. w 26%, powyżej 50 tys. w 48%, mieszkańcy wsi w 26%. Leczenie inną metodą niż operacyjna wybrało 26% mieszkańców miast do 50 tys., 33% mieszkańców miast powyżej 50 tys. i 41% mieszkańców wsi. W badanej grupie znajdowały się rodziny wielodzietne. Najwyższy odsetek rodzin wybierających metodę operacyjną stanowiły rodziny 3- i 4-osobowe (30%), a najniższy procent rodziny 10-osobowe (4%). Inną metodą niż operacyjna najczęściej wybierały rodziny 3-4-osobowe (38%), a najniższy odsetek rodziny 2-, 5- i 10-osobowe (4%). Wykształcenie wyższe deklarowało 40% (n = 20) badanych rodziców, średnie – 38% (n = 19), zawodowe – 16% (n = 8), podstawowe – 6% (n = 3). Osoby z wykształceniem wyższym wybrały dla swoich dzieci metodę nieoperacyjną w 56% (n = 15), zaś metodę operacyjną w najwyższym odsetku wybrały osoby z wykształceniem średnim – 48% (n = 11). Respondentami w najwyższym procencie były osoby pracujące w sektorze państwowym – 34% (n = 17), najniższy odsetek stanowili emeryci i renciści – 4% (n = 2), w sektorze prywatnym pracę deklarowało 30% (n = 15), a bezrobotnych

było 18% (n = 9) rodziców. Bardzo dobrą kondycję finansową deklarowało 14% (n = 7) rodzin, dobrą – 36% (n = 18), wystarczającą – 34% (n = 17), a niewystarczającą – 16% (n = 8). Metodę operacyjną najczęściej wybierali rodzice z dobrą sytuacją materialną. Umieszczenie naczyniaka u dziecka i zastosowane leczenie przedstawia tabela 1.

Najczęstszym umiejscowieniem naczyniaków był obszar twarzy lub szyi – 44% (n = 24), zaś najniższy odsetek stanowiły naczyniaki krocza – 6% (n = 3). Przy umiejscowieniu naczyniaka na twarzy lub szyi najczęściej wybierano metodę nieoperacyjną – 51% (n = 16), a metodę operacyjną w 35% (n = 8). Najrzadziej obie metody stosowano przy naczyniakach krocza.

Obawy o stan psychiczny dziecka z powodu umiejscowienia naczyniaków miało 42% (n = 21) ankietowanych rodziców, a 16% (n = 8) rodziców deklarowało, że takich obaw nie ma. Obawę o stan psychiczny dziecka ze względu na umiejscowienie naczyniaka częściej deklarowali rodzice dzieci operowanych – 57% (n = 13), zaś u rodziców dzieci

leczonych inną metodą niż operacyjna obawa ta występowała u 30% (n = 8). Opinie rodziców o występowaniu negatywnych reakcji otoczenia na obecność naczyniaka u dziecka przedstawia tabela 2.

Negatywne reakcje otoczenia na widok naczyniaka u dzieci deklaruje aż 46% (n = 23) rodziców. Analiza danych pokazuje, że widoczne naczyniaki u dzieci mają ogromny wpływ na reakcję otoczenia i budzą wysokie zainteresowanie na poziomie 57% (n = 35), zaś obojętnych pozostaje 3% (n = 2) otoczenia. Niechęć społeczeństwa do opiekunów dzieci z naczyniakiem zarówno w opinii rodziców dzieci operowanych, jak i leczonych inną metodą kształtuje się odpowiednio na poziomie 35 i 41%, oburzenie – 26 i 30%, współczucie – 26 i 11%. Dyskryminację wśród opiekunów z powodu naczyniaka u dziecka odczuło aż 18% rodziców. Motyw podjęcia decyzji o wyborze metody leczenia dziecka przedstawia tabela 3.

Oprócz przyczyn zdrowotnych najczęstszy wpływ na podjęcie decyzji o metodzie leczenia miała obawa o zniekształcenie

Tabela 1. Umieszczenie naczyniaka u dziecka i zastosowane leczenie.

Metoda leczenia	Umieszczenie naczyniaka									
	Twarz lub szyja		Skóra owłosiona głowy		Tułów		Kończyny		Krocze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leczenie operacyjne	8	35	2	9	4	17	7	30	2	9
Leczone inną metodą niż operacyjna	16	51	4	13	7	23	3	10	1	3
Liczba badanych	24	44	6	11	11	20	10	19	3	6

Tabela 2. Opinie rodziców o występowaniu negatywnych reakcji otoczenia na obecność naczyniaka u dziecka.

Metoda leczenia	Doświadczenie negatywnych reakcji otoczenia na obecność naczyniaka u dziecka.									
	Raczej tak		Tak		Raczej nie		Nie		Nie dotyczy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leczone operacyjnie	6	26	11	48	1	4	2	9	3	13
Leczone inną metodą niż operacyjna	8	30	12	43	1	4	5	19	1	4
Liczba ankietowanych	14	28	23	46	2	4	7	14	4	8

Tabela 3. Motywy podjęcia decyzji o wyborze metody leczenia dziecka.

Metoda leczenia	Motyw podjęcia decyzji o wyborze metody leczenia									
	Obawa o zniekształcenia		Zaburzenie funkcjonowania dziecka		Zaburzenie funkcjonowania rodziny		Reakcja otoczenia		Skierowanie od lekarza	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leczenie operacyjne	17	53	7	22	1	3	7	22	0	0
Leczenie inną metodą niż operacyjna	19	54	13	37	0	0	2	6	1	3
Liczba ankietowanych	36	55	20	30	1	1	9	13	1	1

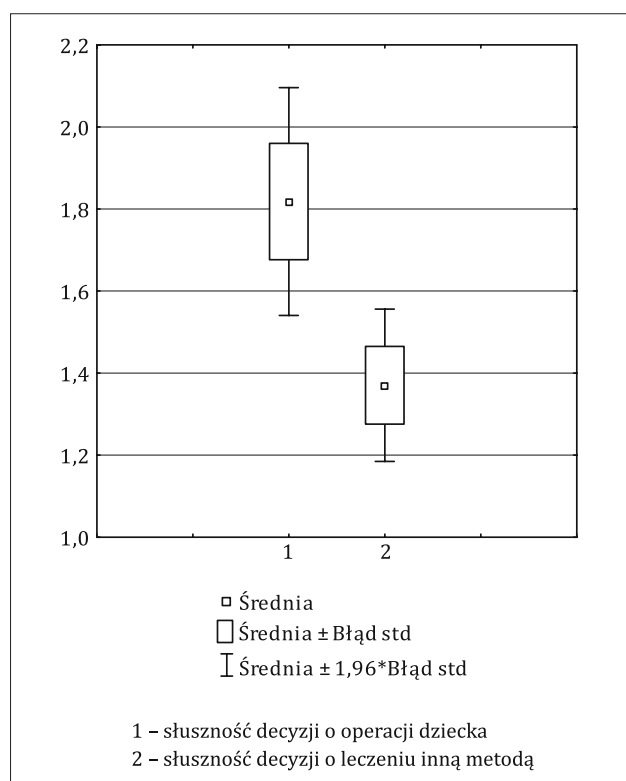
ciała (55%) oraz zaburzenie funkcjonowania dziecka (35%). Zdaniem rodziców i opiekunów 40% (n = 20) dzieci wcale nie odczuwało dyskomfortu z powodu naczyńniaka, odmiennego zdania było 6% (n = 3) rodziców, zaś 20% (n = 10) uważało, że ich dziecko często odczuwało dyskomfort. Największy odsetek badanych stanowiła grupa dzieci do lat 5 (52%), w której rodzice deklarowali, że nie można było określić reakcji dzieci na relacje z rówieśnikami. Zdaniem pozostałych 30% (n = 15) rodziców ich dziecko po leczeniu stało się śmielsze w kontaktach z innymi dziećmi. Wśród 44% rodziców dzieci leczonych operacyjnie i 37% rodziców dzieci leczonych metodami innymi niż operacyjna panowało przekonanie, że stan psychiczny dzieci po leczeniu był taki sam, 35% rodziców dzieci leczonych operacyjnie i 30% rodziców dzieci leczonych metodami innymi niż operacyjna uznało, że jest lepszy. Największe obawy związane z podjęciem leczenia dotyczyły nawrotu choroby – tak deklarowało 37% (n = 11) rodziców dzieci leczonych operacyjnie i 38% (n = 11) rodziców dzieci leczonych innymi metodami. Efektów kosmetycznych obawiało się 33% (n = 10) rodziców dzieci leczonych operacyjnie i 45% (n = 13) rodziców dzieci leczonych innymi metodami. Rodzice dzieci operowanych radzili sobie z pielęgnacją dzieci dobrze w 61%, bardzo dobrze w 26%, mieli problemy w 9%. Radzenie sobie z pielęgnacją na dobrym poziomie deklarowało 56% rodziców dzieci leczonych inną metodą niż operacyjna, zaś na bardzo dobrym poziomie 44% rodziców. Respondenci w 80% odpowiedzieli, iż problemy pielęgnacyjne w ogóle nie utrudniają funkcjonowania rodziny. Zadowolenie z efektu operacji w stopniu dobrym wskazywało 31% (n = 7) respondentów, w stopniu bardzo dobrym – 26% (n = 6), tylko 4% (n = 1) określiło efekty operacji jako bardzo złe. Z innej metody niż operacyjna w bardzo dobrym stopniu zadowolonych było 36% (n = 10), znakomitym – 19% (n = 5) i dobrym – 26% (n = 7) rodziców. Efekt kosmetyczny zarówno u dzieci operowanych, jak i leczonych inną metodą niż operacyjna szacował się na średnim poziomie. W opinii rodziców jakość życia dzieci zarówno po operacji, jak i leczonych inną metodą niż operacyjna znacznie uległa poprawie. Ponowną decyzję o leczeniu dziecka podjęłoby 90% (n = 45) rodziców, zaś 8% (n = 4) rodziców nie zdecydowałoby się raz jeszcze na leczenie. Wynik analizy wieloczynnikowej przedstawia tabela 4.

Płeć i wiek dziecka nie miały statystycznie istotnego wpływu na wybór metody usunięcia naczyńniaka. Przedstawione wyniki wskazują, że kobiety (dziewczynki) częściej są operowane w celu usunięcia naczyńniaka niż mężczyźni (chłopcy),

lecz nie są to różnice statystycznie istotne. Podobnie kształtuje się sytuacja z wiekiem – im dziecko starsze, tym częściej jest poddawane operacji w celu usunięcia naczyńniaka. Częściej metoda operacyjnego usunięcia naczyńniaka była stosowana, gdy zmiana umiejscowiona znajdowała się na kończynach lub kroczu, lecz nie są to różnice statystycznie istotne.

Występują istotne statystycznie różnice pomiędzy opinią rodziców o słuszności decyzji o operacji a opinią rodziców o decyzji rozpoczęcia leczenia inną metodą niż operacyjna (ryc. 1).

Na podstawie wykresu można zauważyć, że rodzice dzieci leczonych inną metodą niż operacyjna są bardziej zadowoleni ze swojej decyzji dotyczącej leczenia dziecka niż rodzice dzieci leczonych operacyjnie. Nie ma statystycznie istotnych różnic pomiędzy poprawą jakości życia dziecka leczonego metodą operacyjną a leczonego metodą nieoperacyjną (ryc. 2).

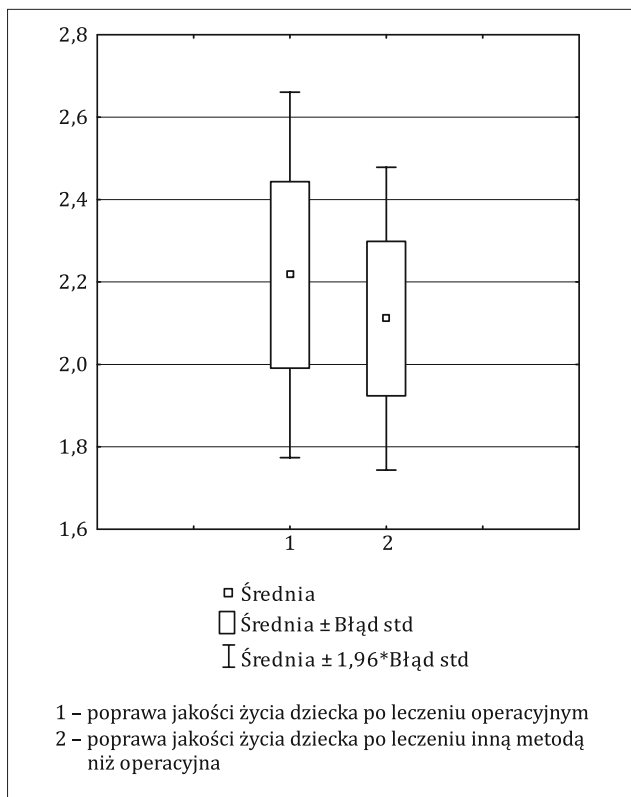


Ryc. 1. Analiza różnic pomiędzy opinią rodziców o słuszności decyzji o operacji a opinią rodziców o decyzji rozpoczęcia leczenia inną metodą.

Tabela 4. ANOVA wieloczynnikowa różnic w wyborze metody usunięcia naczyńniaka w zależności od płci oraz wieku dziecka, a także umiejscowienia naczyńniaka.

Wyniki ANOVA	df dla MS	MS	df dla błędu	EMS	F	p
Płeć	1	0,100	8,733	0,384	0,260	0,623
Wiek	7	0,427	39,782	0,181	2,354	0,041
Umiejscowienie naczyńniaka	15	0,143	30,000	0,250	0,571	0,874

df – stopnie swobody, MS – wariancja z próby, EMS – wartość oczekiwana z wariancji próby, F – wartość statystyczna, p – poziom istotności



Ryc. 2. Jakość życia dzieci po zastosowanym leczeniu.

DYSKUSJA

Badania nad jakością życia dzieci leczonych z powodu naczynek nie mają długiej tradycji w naukach medycznych. Okazuje się jednak, że przeprowadzenie takich badań jest bardzo potrzebne do oceny i ewentualnej poprawy jakości życia dzieci. Życie dzieci z naczyniowatością niesie ze sobą wiele problemów, takich jak: akceptacja siebie samego, rodziny, rówieśników oraz społeczeństwa. W Department of Plastic, Reconstructive and Hand Surgery Academic Medical Center Uniwersytetu w Amsterdamie przeprowadzono badania satysfakcji pacjentów leczonych z powodu naczynek (25). Wyniki przeprowadzonych badań wykazały brak istotnego wpływu obecności naczynek na jakość poczucia zdrowia pacjentów. Różnice w stosunku do zdrowych dzieci obserwowane były tylko w przedziale wiekowym od 1 do 5 lat, w którym to częściej pacjenci skarżyli się na problemy brzuszne, płucne oraz te związane ze skórą. Te różnice są trudne do wytłumaczenia. Jednym z możliwych wytłumaczeń tego fenomenu wydaje się fakt, że rodzice małych dzieci są bardziej niepewni co do pielęgnacji dziecka oraz bardziej zwracają uwagę na skargi, wiążąc je z istnieniem naczynek u dziecka. Znaczne różnice występowały w jakości życia pacjentów z naczyniakami. Zarówno dzieci,

jak i rodzice znacznie częściej obserwowali negatywny wpływ występowania naczynek na jakość życia dziecka, zwłaszcza w przypadku, gdy naczyniak położony był na odsoniętej i widocznej części ciała. U dzieci w wieku 1-5 lat obserwuje się wyraźnie odczuwanie utraty własnej wartości oraz napadów lęku, po pewnym czasie odczucia te trochę słabną, jednak są w dalszym ciągu opisywane. Dzieci z naczyniakami odsoniętej części ciała zdecydowanie częściej zdają sobie sprawę ze swojej choroby, głównie poprzez negatywne kontakty z nieznanymi. Dzieci w grupie wiekowej 8-15 lat przyznają, że w przeszłości często czuły się niepewnie, lecz w miarę upływu czasu to uczucie mijało. Badania nad populacją dzieci z naczyniakami sugerują brak poważnych odchyłeń w rozwoju psychologicznym, ale wskazują na istnienie trudności w zawieraniu nowych znajomości, w relacjach społecznych oraz w życiu szkolnym. Zarówno lekarze, jak i rodzice obawiają się psychologicznych konsekwencji wystąpienia zmiany naczyniowej u dziecka (24, 25).

Badania w niniejszej pracy dotyczyły 50 dzieci (66% dziewczynek, 34% chłopców). Większość rodziców wybierało metodę nieoperacyjną jako sposób leczenia naczynek. Zadowolenie w przypadku leczenia operacyjnego wyraziło ponad 70% rodziców, w przypadku innych metod niż operacyjna – 91%. Zadowolenie opiekunów z efektów leczenia spowodowało, że 96% z nich, gdyby musiało jeszcze raz podejmować decyzję o metodzie leczenia dziecka, wybrałoby metodę nieoperacyjną, a 83% metodę operacyjną. W opinii rodziców dzieci w wieku 1-5 lat nie odczuwają dyskomfortu z powodu obecności naczynek. U dzieci powyżej 5. roku życia leczonych operacyjnie oraz inną metodą stwierdzono poprawę stanu psychicznego. Najistotniejszym przesłaniem niniejszej pracy jest fakt, że dzieci we wszystkich grupach wiekowych, bez względu na miejsce wystąpienia naczynek, potrafią cieszyć się życiem. Wydaje się, że można uspokoić rodziców zatroskanych o prawidłowy rozwój dziecka z naczyniakami, mając jednak na uwadze, że występowanie naczynek w miejscach odsoniętych może skutkować nieprawidłowymi kontaktami społecznymi w przyszłości (25).

WNIOSKI

Obecność naczynek w widocznym miejscu według badanych ma wpływ na negatywne reakcje otoczenia, mimo to nie stwierdzono oznak dyskryminacji w stosunku do dzieci dotkniętych tą chorobą.

Główną obawą rodziców związaną z leczeniem dziecka z powodu naczynek jest końcowy efekt kosmetyczny. Rodzice dzieci leczonych operacyjnie bardziej obawiają się o stan psychiczny dziecka niż rodzice dzieci leczonych innymi metodami.

Na podstawie badań można stwierdzić, że opiekunowie, którzy obawiali się reakcji otoczenia na wygląd dziecka, częściej wybierali usunięcie naczynek metodą operacyjną.

Adres do korespondencji

*Renata Piotrkowska
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
GUMed
ul. Dębinki 7 bud. 15, 80-952 Gdańsk
tel. +48 (58) 349-12047
e-mail: rpiotrkowska@gumed.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Grochowski J: Wybrane zagadnienia z chirurgii dziecięcej, skrypt dla studentów wydziału lekarskiego. Wydawnictwo Fundacji „O zdrowie dziecka”, Kraków 1999: 218. 2. Wirth FA, Lowitt MH: Diagnosis and Treatment of Cutaneous Vascular Lesions. *Am Family Physican* 1998; 57(4): 765-773. 3. Mulliken JB, Głowacki J: Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg* 1982, 69(3): 412-422. 4. Przewratil P: Naczyniaki krwionośne – aktualne teorie dotyczące patogenezy. *Przegl Pediatr* 2009; 39 (1): 39-44. 5. Schwarz RA, Sidor M, Musumaci ML, Micali G: Naczyniaki krwionośne u dzieci: wyzwanie dermatologii pediatricznej. *Dermatol Dypl* 2010; 1(5): 28-35. 6. Wyrzykowski D, Bukowski M: Problems in late treatment of hemangiomas in children. Praca wygłoszona podczas Warsztatów Laserowych, Gdańsk 2003. 7. Szymik-Kantorowicz S: Problemy chirurgii dziecięcej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 20-26. 8. Kubicka K, Kawalec W: Naczyniaki (hemangioma). [W:] Kubicka K, Kawalec W (red.): *Pediatrics*. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 247. 9. Rubisz-Brzezińska J, Brzezińska-Wcisło L, Lis A, Ciszewska M: Zastosowanie laserów wysokoenergetycznych w niektórych postaciach naczynek skóry. *Przegl Dermatol* 1996; 1: 57-62. 10. Masłoń A, Zaremba D, Niedzielski J: Ocena wyników prostego wycięcia chirurgicznego zmian skórnych u dzieci. *Przegl Pediatr* 2004; 34(3/4): 223. 11. Morrell AJ, Willshaw HE: Normalisation of refractive error after steroid injection for adnexal hemangiomas. *Br J Ophthalmol* 1991; 75: 301-305. 12. Pietruszka M, Kuchcik-Brancewicz M, Kaszuba A: Propranolol w leczeniu naczynek krwionośnych. *Dermatol Prakt* 2010; 2(5): 54-57. 13. Cichy B: Propranolol w leczeniu naczynek – stary lek, nowe zastosowanie i wiele wątpliwości. *Pediatr Pol* 2009; 81(6): 583-585. 14. www.fimedica.pl (data dostępu: 10.03.2015). 15. www.malformacja.pl (data dostępu: 10.03.2015). 16. Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 84-87. 17. Michalik M: Poradnik dla rodziców dzieci z malformacjami kapilarnymi. Zakład poligraficzny „Sprint”, Poznań 2009: 15-19. 18. www.naczyniak.pl (data dostępu: 21.03.2015). 19. www.mamo-tato.pl (data dostępu: 23.03.2015). 20. Wyrzykowski D, Chojnicki M, Chrzanoska B, Czauderna P: Zastosowanie propranololu w leczeniu naczynek wczesnodziecięcych – doświadczenie własne. *Stand Med Pediatr* 2010; 7: 936-941. 21. Cegła B, Bartuzi Z: Badania jakości życia w naukach medycznych. *Pol Med Rodz* 2004; 6 (supl.1): 124-128. 22. Górecki G: Problematyka oceny jakości życia wśród pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. *Pol Prz Chir* 2003; 75(5): 509-516. 23. Kryczka T, Nowakowska J, Cynkier D, Ermusz K: Naczyniaki i rozsiana naczynekowatość noworodków. *Med Wieku Rozw* 2004; 8(2): 209-216. 24. Wrońska J, Stępień R, Wiraszka G: Jakość życia w naukach medycznych. *Cz. I. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 1(6): 5-9. 25. Hoornweg MJ, Grootenhuis MA, van der Horst Ch: Health-related quality of life and impact of haemangiomas on children and their parents. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62: 1265-1271.

nadesłano: 10.08.2015

zaakceptowano do druku: 31.08.2015