

Існує велика кількість методів оцінювання, які застосовуються в ході клінічних досліджень для визначення психологічного впливу стану шкіри та переваг, отриманих при лікуванні. Один із найпопулярніших методів – це дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ).

Цей метод включає опитування щодо регулярного застосування та оцінки ЯЖ пацієнтів із дерматологічними захворюваннями. ДІЯЖ – це також рандомізоване контрольоване клінічне дослідження у сфері дерматології, яке може застосовуватись у клінічній практиці для надання консультацій, здійснення оцінки та прийняття рішень щодо лікування. ДІЯЖ складається з 10 запитань, що стосуються сприйняття пацієнтом стану його шкіри та різноманітних аспектів ЯЖ, до яких належать прояви симптомів, самопочуття, щоденна діяльність, дозвілля, робота, навчання у школі, особисті та статеві відносини, наявність побічних ефектів протягом останніх тижнів. Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою Likert (0 – ні/нечасто; 1 – рідко; 2 – часто; 3 – дуже часто). Бали кожного пункту (0–3) додаються (0–30). Чим вищий бал, тим більший вплив на ЯЖ.

У ході дослідження, до якого було залучено 45 жінок, здійснено оцінку ЯЖ за місяць до та після застосування лікувальних методів естетичної медицини. Пацієнтам пропонували пройти опитування ДІЯЖ (без допомоги). Результати опитування були внесені до бази даних та підлягали статистичному аналізу. Було зафіксовано суттєву різницю показників ДІЯЖ за місяць до та після застосування лікувальних методів естетичної медицини. Середній показник ДІЯЖ до застосування становив 11,2 та 6,8 – після застосування (вищий показник свідчить про більший вплив на ЯЖ, максимальний показник 30). Значна кількість пацієнок із високими показниками відчували тривогу, невпевненість, а також вплив захворювань на дозвілля. Питання з найбільшою зміною показників у процентному співвідношенні стосувались впливу на статеве життя (85%) та відносини з оточуючими (73%).

Висновки. Проблема збереження й поліпшення фізичної краси турбує людство від найдавніших часів. Так, у стародавніх греків сформувалося таке поняття, як калокагатія (грец. κάλος και αγαθός – «красивий і хороший») – гармонійне поєднання фізичних (зовнішніх) і моральних (духовних, внутрішніх) достоїнств, досконалість людської особистості як ідеал виховання людини. Калокагатія була одночасно соціально-політичним, педагогічним, етичним і естетичним ідеалом. У Сократа краса – одна з найважливіших категорій світобудови. Плотін вважав, що краса – це провідник у світ божественного.

До деякої міри цей ідеал знайшов своє відображення у визначенні здоров'я, що міститься в преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я: «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя». Безумовно, без почуття краси, прекрасного, душевне й соціальне благополуччя було б неповним. Фізична краса і здоров'я – також тісно переплетені поняття. Тому міждисциплінарна галузь медицини, яка отримала назву естетичної, постійно знаходиться в творчому пошуку, перебуває на передньому краю наукових досліджень.

В ході дослідження ми прийшли до висновку, що застосування методів естетичної медицини значно впливає на якість життя, самооцінку, соціальні та сексуальні відносини, а також спроби знайти гідну роботу.

Список використаної літератури

1. Барретт-Хилл Ф. Advanced Skin Analysis. Диагностика кожи в практике косметолога и дерматолога – 2016.
2. Проценко Т.В. Медицинская косметология в Украине: состояние проблемы // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2007. – С. 246–248.
3. Башура А. Г., Пляка Л. В. Психология косметолога : Путьодитель для практикующих косметологов – X. : Основа, 2013. – 64 с.
4. Кизим Н.А. Качество жизни населения Украины и стран ЕС. – 2005. – 164 с.
5. Фещенко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника якості життя MOS SF-36 в Україні. – 2002.
6. A psychosomatic approach to dermatologic cosmetology / E. Panconesi, A. Cossidente, S. Giorgini, M. Martini, C. Mellì, M. Sarti // Inter. J. Dermatol. – 1983. – Vol. 22, № 8. – P. 449–454.
7. Battegay, R. Die psychosomatische Krankheitsheit als Phänomen der Gruppe. Vortrag / R. Battegay // Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin. 1970. – № 5. – S. 22–24.
8. Psychosomatic liaison service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization / K. Fritzsche, J. Ott, I. Zschocke // Dermatology. 2001. – Vol. 203, № 1. – P. 27–31.

Білявська М.В., Романів О.П.

Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Вступ. Псоріаз – це системне, хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри, епідеміологічне, клінічне та соціальне значення якого в сучасних умовах важко переоцінити. Захворювання може виникати як в дитячому, так і в дорослому віці, характеризується тривалими рецидивами, повною або частковою втратою працездатності, високими рівнями інвалідизації та соціальнопсихологічної дезадаптації пацієнтів. Без лікування або за неналежаного лікування псоріаз стає причиною

ураження суглобів, внутрішніх органів, нерідко супроводжується вторинними мікробними ураженнями шкіри та суперінфекцією. Псоріаз суттєво знижує якість життя пацієнта.

За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis Associations) поширеність псоріазу в світі коливається в межах 1,2–5%, а середній показник поширеності становить близько 3% від загальної популяції. Якщо екстраполювати ці дані на Україну, то 3% складе близько 1,2 млн населення, яке хворіє на псоріаз.

Мета роботи: вивчення впливу псоріазу на різні складові якості життя пацієнтів.

Матеріали і методи: вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою бесіди з пацієнтами та опитувальника PDI.

Результати. Хоча псоріаз не загрожує життю хворих, у багатьох із них він впливає на спосіб життя. В останніх двадцять років було розроблено методи, що дають змогу оцінити цей вплив. За визначенням ВООЗ, якість життя – це «сприйняття індивідуумом соціального стану в контексті культурних і ціннісних установок його життя й відповідно до його мети, очікувань та інтересів». Висока якість життя – це відповідність очікувань індивідуума дійсності.

Псоріаз торкається усіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Тому дуже важливо, щоб якість життя було враховано як у лікуванні, так і у стосунках між лікарем та пацієнтом.

Інвалідність або психосоціальна стигматизація пов'язані з більш тяжким перебігом псоріазу, та є причинами значного навантаження на пацієнта. Прояви псоріазу суттєвим чином впливають на якість життя як пацієнтів, так і їх родин, причому не тільки у фізичному, але й у психологічному та соціальному аспектах. Зовнішній вигляд шкіри, великі площі ураження, постійний дискомфорт нерідко стають причинами розвитку невротичних станів пацієнтів, що обумовлює соціальну дезадаптацію, утруднює процеси навчання, праці та відпочинку. Близько 30% пацієнтів з псоріазом мають середньотяжкий та тяжкий перебіг з ураженням більше ніж 10% поверхні тіла та/або ураженням суглобів, залученням естетично значущих зон, таких як кисті, стопи, обличчя та геніталії. Системний вплив псоріазу проявляється у збільшенні захворюваності супутніми захворюваннями, що поділяються на дві групи: пов'язані з імунним запаленням (псоріатичний артрит, хвороба Крона) та пов'язані з метаболічними порушеннями (метаболічний синдром, серцево-судинні захворювання). Наприклад, у пацієнтів з псоріазом достовірно підвищується ризик тяжких хронічних захворювань: відносний ризик розвитку діабету 1-го типу, у порівнянні з контрольною групою пацієнтів вищий у 3,99 разу, діабету II типу – у 2,48 разу, артеріальної гіпертензії – у 3,27 разу, серцево-судинної патології – у 1,77 разу, метаболічного синдрому – у 5,92 разу. Втрата працездатності є найважливішим соціально-економічним наслідком псоріазу з тяжким перебігом та/або псоріатичного артриту. Вона може мати місце вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає пожиттєвою проблемою. Через непрацездатність пацієнти раніше виходять на пенсію або взагалі припиняють роботу. Крім того, хвороба пов'язана зі скороченням тривалості життя. Смертність пацієнтів з тяжким перебігом псоріазу та/або псоріатичного артриту збільшена за рахунок збільшення кардіоваскулярного ризику та можливості розвитку амілоїдозу нирок. Цей показник погіршується з кожним роком перебігу захворювання. Все це, в свою чергу, обумовлює значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів.

Медичне поняття якості життя, насамперед, включає в себе ті показники, які пов'язані зі станом здоров'я людини. Дані про якість життя дозволяють реалізувати постійний моніторинг стану пацієнта і при необхідності проводити корекцію лікування. Оцінка якості життя, дана самим пацієнтом, являється цінним та надійним показником його загального стану; ці дані, поряд із традиційним медичним заключенням, дозволяють скласти повну та об'єктивну картину захворювання. Таким чином, оцінка якості життя – новий і перспективний напрямок медицини, який:

- дає змогу точніше оцінити порушення стану здоров'я пацієнтів;
- ясніше побачити суть клінічної проблеми;
- визначитися у виборі найбільш раціонального методу терапії;
- дати оцінку очікуваним результатам за параметрами, які знаходяться на межі наукового підходу та суб'єктивної точки зору пацієнта.

В ході опитування хворих на псоріаз, відмічають, що дані пацієнти менш соціально активні; так, серед опитаних:

- відмовляються від відвідування басейну – 72%;
- відмовляються від відвідування сауни, бань – 64%;
- відчують сором – 55%;
- сором'язливі – 53%;
- уникають людних місць – 50%;
- відмічають вплив на статево життя – 46%;
- носять непривабливий одяг для того, щоб скрити висипання – 46%;
- відмовляються від занять спортом – 40%;
- не користуються послугами перукаря – 34%;
- відчують страх втратити роботу – 15%;
- вважають лікування і все, що з ним пов'язане, набагато більшою проблемою, ніж сам псоріаз – 41%.

О.Л. Іванов та співавтори дають таку характеристику психічним розладам хворих на псоріаз:

- у більшості хворих відмічається психічні розлади тривожно-депресивного і афективного характеру;
- ¼ хворих відмічає лише невеликий дискомфорт;
- близько ½ хворих (переважно чоловіки) взагалі не відмічають будь-яких психологічних проблем.

Вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника PDI. Надійність, валідність та чутливість даної шкали доведені клінічними дослідженнями. Індекс простий у використанні та у підрахунках кінцевих результатів; амплітуда коливання показників індексу – від 0 до 90 балів; більше значення показників індексу відповідає нижчому рівневі якості життя опитуваного.

За допомогою шкали PDI оцінюють виразність негативного впливу хвороби на життя пацієнтів і заповнюють за результатами їхнього опитування. Шкала містить 15 запитань та охоплює 4-тижневий період до її заповнення. Запитання стосуються повсякденної активності й соціальної сфери.

За даними опитування, якість життя пацієнтів чоловічої статі дещо нижча ніж у жінок, що може свідчити про те, що жінки займають більш активну життєву позицію і, можливо, являються більш адаптованими. У ході опрацювання отриманих даних було виявлено, що на якість життя пацієнток найбільш негативний вплив має косметичний дефект шкіри (висипання), що значною мірою відобразилося на психоемоційному стані пацієнток. Опитані чоловіки свідчили, що псоріаз найбільш суттєво впливає на їх суспільну активність та на інтимні стосунки. З огляду на форму захворювання були отримані такі дані:

- нижча якість життя виявилася у хворих на папульозний псоріаз з вираженим ексудативним компонентом, особливо якщо висипання локалізувались на відкритих ділянках шкіри;
- суттєвіший вплив псоріазу на якість життя відмічали респонденти, які працюють та/або навчаються, ніж ті, що не працюють;
- якість життя нижча у пацієнтів молодого та середнього віку (16–40 років);
- нижчими були показники якості життя у пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років;
- часті рецидиви також особливо негативно впливають на показники якості життя.

Висновки. Псоріаз – один серед самих розповсюджених хронічних невиліковних дерматозів виявляє виражений вплив на зниження показників життя пацієнтів. Психометричні шкали є простим, доступним методом оцінки стану пацієнта, включаючи всі аспекти його життя, дозволяючи більш влучно підібрати лікування, оцінити результати терапії тощо. У хворих на псоріаз якість життя значно гірша (негативний вплив на щоденну роботу, соціальну активність та статеві стосунки, проблеми на робочому місці, суб'єктивні відчуття, поганий настрій, підвищена дратівливість), ніж у здорових осіб; вони фізично й психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, бо навіть незначний (з точки зору здорових осіб) подразник може спричинити загострення хвороби та значні суб'єктивні відчуття. В обстежених хворих спостерігали астено-невротичні розлади у формі ситуаційної та особистісної тривожності та зниженої опірності до стресу. При цьому найбільш виразний вплив захворювання на психо-емоційний стан реєстрували серед пацієнтів молодого та середнього віку (від 16 до 40 років).

Список використаної літератури

1. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 1999. – № 1. – С. 28–38.
2. Щепитовски Я., Райх А. Психодерматологические аспекты // Рос. журн. кожн. и вен. заболеваний. – 2007. – № 4. – С. 17–21.
3. Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориазная болезнь.– Екатеринбург, 2002.– 193 с.
4. Коляденко В. Г. Оцінка якості життя хворих на псоріаз у процесі лікування препаратом «Дайвобет» / В. Г. Коляденко, В. В. Короленко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009 – № 1 – С. 13–15.
5. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматологии // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 4. – С. 41–44.
6. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 1999. – № 1. – С. 28–38.
7. Якубович А.И. и др. Психосоматические аспекты качества жизни больных псориазом / Мат. III Байкальской межрегиональной конференции. – 2007. – С. 71.
8. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure // Med. Care. – 1981. – Vol. 19. – P. 787–805.
9. Both H., Essink-Bot M., Busschbach J., Nijsten T. Critical Review of Generic and Dermatology-Specific Health-Related Quality of Life Instruments // Journal of Investigative Dermatology. – 2007. – № 8. – Nov. – Vol. 127. – P. 2726–2739.
10. Yan Hongbo, Thomas C.L., Harrison M.A., Sam Salek M., Finlay A.Y. Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? // Journal of Investigative Dermatology. – 2005. –Vol. 125. – Oct. – P. 659–664.
11. Nijsten T. et al. The Psychometric Properties of the Psoriasis Disability Index in United States Patients // Journal of Investigative Dermatology. – 2005. –Vol. 125. – Oct. – P. 665–672.
12. Kurd S. K. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study / S.K. Kurd, A. B. Troxel, P. Crits-Christoph // Archives of Dermatology. – 2010. – Vol. 14, No. 8. – P. 891–895.
13. Menter A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy / A. Menter, N. J. Korman, C. A. Elmetts // J Am acad dermatol. – 2010. – Vol.62, No. 1 – P. 114–135.