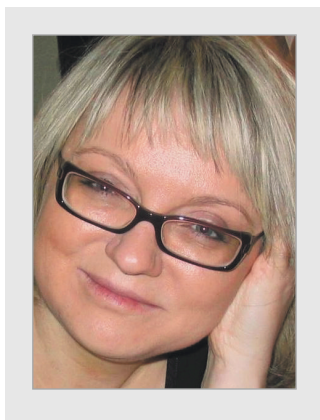


Ocena wpływu wybranych technik dermatologii estetycznej na jakość życia badanych



dr n. med. Joanna Magdziarz-Orlitz*, dr hab. n. med. Bożena Dziańkowska-Bartkowiak**

*Solmed – Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii, Częstochowa

**Zakład Immunodermatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

kierownik: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Waszczykowska

Wstęp

Wygląd zewnętrzny wpływa na to, jak postrzegamy siebie, na samoocenę i pewność siebie, determinuje również relacje z innymi ludźmi oraz ocenę przez nich. Wygląd to nie tylko sposób ubrania i zachowania, ale także stan skóry, włosów, paznokci, wygląd twarzy, rąk, szyi, dekoltu i ciała.

Skóra jako największy narząd ciała pełni istotną rolę biologiczną, a jej stan pośrednio informuje o funkcjonowaniu całego organizmu. Według Clarka „skóra jest sposobem, w jaki ukazujemy siebie sobie samym i innym” oraz jest „narzędziem kosmetycznym” [29].

Problemy związane z wyglądem skóry i ich znaczenie w aspekcie psychologicznym, ze względu na niewielkie ryzyko zagrożenia życia, były i często są bagatelizowane, ale definicja zdrowia według WHO to: „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego

i społecznego” [17,27]. Dlatego dla pełnego poczucia zdrowia i jakości życia istotny jest wygląd zewnętrzny i stan skóry, wszystkie defekty estetyczne, będące wynikiem schorzeń dermatologicznych, ogólnoustrojowych, fizjologicznego procesu starzenia się bądź będące przyczyną niezadowolenia ze swojego wyglądu.

W ocenie stanu zdrowia stosuje się pojęcie jakości życia (Health Related Quality of Life – HRQoL), które obejmuje aspekt fizyczny, psychiczny, społeczny, sprawność ruchową oraz warunki ekonomiczne i doznania somatyczne [6,8,13]. Dotychczas przeprowadzono badania jakości życia pacjentów dermatologicznych z takimi chorobami, jak łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, toczeń rumieniowaty układowy, trądzik różowaty i trądzik popolity [9,12,29]. Natomiast brak jest oceny wpływu kwestii estetycznych na poczucie jakości życia, a tym samym na poczucie stanu

zdrowia pacjentów zgłaszających się ze „zwykłymi” problemami natury estetycznej, u których stosowane są różnego rodzaju techniki zabiegowe, mające na celu korektę lub likwidację problemu.

Cel pracy

Obecnie szeroko rozpowszechnione są różne metody leczenia problemów estetycznych. Do najbardziej popularnych należą: eksfoliacje, soft-lifting z wykorzystaniem wypełniaczy (np. kwasu hialuronowego) i toksyny botulinowej, zabiegi lipolizy czy techniki laserowe stosowane w leczeniu blizn, nadmiernego owłosienia, przebarwień, problemów naczyniowych, usuwaniu różnych zmian skórnych i fotoodmładzaniu.

Do chwili obecnej nie opracowano znormalizowanych metod oceny jakości życia pacjentów poddających się zabiegom dermatologii estetycznej. Nie ma także porównań

narzędzi pomiarowych i oceny ich przydatności. Dlatego celem tej pracy jest:

- Ocena jakości życia pacjentów z problemami estetycznymi, korzystających z technik zabiegowych dermatologii estetycznej oraz ocena wpływu terapii na poczucie jakości życia w aspekcie wyglądu zewnętrznego, życia towarzyskiego i wewnętrznego, z zastosowaniem kwestionariusza SF-36, Skindex, DLQI.

- Określenie zależności między wynikami uzyskanymi przez pacjentów w zakresie jakości życia poszczególnych skal – ogólnie pojmowanej (SF-36) i uwarunkowanymi chorobami skóry (DLQI + Skindex).

- Ocena stopnia wykorzystania zastosowanych kwestionariuszy jakości życia i ich przydatności w doborze estetycznych technik zabiegowych.

Materiał i metodyka

W badaniu udział wzięło 68 pacjentów – 63 kobiety i 5 mężczyzn w wieku od 20 do 72 lat (średnio 41,9 lat), pozostających pod opieką Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii w Częstochowie z powodu problemów estetycznych.

W grupie badanych przeważały osoby z wykształceniem wyższym (48), 26 osób miało wykształcenie średnie, 3 osoby – zawodowe oraz 1 osoba – podstawowe. Większość badanych jako miejsce zamieszkania podała miasto (49 – 72,1%) (tab. 1). Zostali oni poddani terapii z zastosowaniem różnego typu technik: laserowych, z użyciem toksyny botulinowej, kwasu hialuronowego, eksfoliacji. Zastosowanie danej metody leczenia zależne było od problemu estetycznego, stanu miejscowego i ogólnego. Na podstawie badania podmiotowego uzyskano informację o stanie ogólnym pacjentów i braku przeciwwskazań do wykonania powyższych zabiegów.

U 11 osób wykonano zabiegi eksfoliacji, u 5 zabiegi laserowe, natomiast u 52 osób zabiegi tzw. estetyczne (tab. 1).

Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetyki UM w Łodzi (RNN/200/09/KB Uchwała z dn. 17.02.2009) oraz zgody każdego pacjenta. Na zastosowanie kwestionariuszy uzyskano zgodę lub licencję na projekt badań.

Pacjenci byli poddani ocenie dwukrotnie: przed terapią i 4 tygodnie po jej zakończeniu, wypełniając następujące kwestionariusze:

- 1) Skala SF-36 (Short Form-36 Health Survey),

- 2) DLQI – Skala Dermatologicznego Indeksu Jakości Życia (Dermatology Life Quality Index),

- 3) Skindex.

Wyniki uzyskane w poszczególnych kwestionariuszach przeliczono według obowiązujących zasad, charakterystycznych dla danej skali. Zostały również poddane analizie statystycznej z zastosowaniem: miary opisu statystycznego (statystyki opisowe): średnia, mediana, odchylenie standardowe; miary współzależności: współczynnik korelacji liniowej Pearsona, współczynnik testu t-Studenta.

Kwestionariusz SF-36 pozwala na ogólną ocenę stanu zdrowia. Jest stosowany zarówno w odniesieniu do osób zdrowych, jak i chorych. Składa się z 11 pytań, zawierających 36 twierdzeń, zebranych w ośmiu podgrupach, które odpowiadają ośmiu wymiarom jakości życia: PF (Physical Functioning) – aktywność fizyczna, RP (Role Physical) – funkcjonowanie związane ze stanem somatycznym, BP (Bodily Pain) – ból, GH (General Health) – ogólna ocena zdrowia, VT (Vitality) – żywotność, SF (Social Functioning) – funkcjonowanie w rolach społecznych, RE (Role Emotional) – funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym, MH (Mental Health) – zdrowie psychiczne.

Uzyskane wyniki zostały przeliczone według obowiązujących zasad, tak aby można było je wyrazić w skali od 0 do 100, gdzie 0 oznacza najniższą a 100 najwyższą jakość życia. Dodatkowo uzyskano wyniki dotyczące ogólnej oceny stanu fizycznego PCS (Physical Component Summary) oraz ogólnej oceny stanu psychicznego MCS (Mental Component Summary). PCS jest średnią wyników GH, PF, RP oraz BP, natomiast MCS średnią wyników VT, SF, RE i MH [26].

Kwestionariusz Skindex-29, opracowany w polskiej wersji językowej, ocenia ogólną jakość życia i sposób funkcjonowania w trzech wymiarach: FF – funkcjonowanie fizyczne – 7 twierdzeń, FP – funkcjonowanie psychospołeczne – 12 twierdzeń, E – emocje – 10 twierdzeń [12,23,24]. Osoby badane odpowiadały na 29 pytań w skali 1-5. Sumując wszystkie punkty, uzyskuje się wskaźnik jakości życia w przedziale 29-145 punktów. Im wyższy wynik na skali, tym niższa jakość życia. Można również uzyskać wskaźniki dla poszczególnych wymiarów jakości życia [24].

Kwestionariusz DLQI – Skala Dermatologicznego Indeksu Jakości Życia (Dermatology Life Quality Index) służy do oceny stopnia niesprawności w wyniku choroby dermatologicznej [11,25]. Składa się z 10 pytań jednokrotnego wyboru, z czterostopniowymi odpowiedziami, które punktuje się od 0 do 3. Dla niektórych pytań istnieje możliwość odpowiedzi „nie dotyczy”. Punkty z poszczególnych pytań są sumowane. Łącznie można uzyskać od 0 do 30 punktów. Określono, że im wyższy wynik, tym bardziej upośledzona jakość życia osoby badanej [11,25].

Wyniki

Analiza statystyczna Skali SF-36 w zakresie ogólnej oceny stanu fizy-

cznego (PCS) nie wykazała istotnych statystycznie zmian w stosunku do badania przed i po zabiegach. Natomiast wyniki dotyczące ogólnej oceny stanu psychicznego (MCS) uległy zmianie. Z analizy uzyskano średni wynik po zabiegach wyższy ($X'=47,55$) niż przed zabiegami ($X''=41,02$). Różnica między średnimi wynikami jest istotna statystycznie ($X'-X''=6,53$; $p<0,001$).

Istotny statystycznie wzrost wartości średnich obserwuje się także w zakresie podskal: RE – ($X'-X''=14,30$; $p<0,001$), VT ($X'-X''=-8,68$; $p<0,001$), MH ($X'-X''=-7,46$; $p<0,001$) oraz SF ($X'-X''=-7,46$; $p<0,001$) (tab. 2).

Analiza statystyczna wyników uzyskanych z kwestionariusza Skindex wskazuje, że po wykonanych zabiegach estetycznych nastąpiły istotne statystycznie zmiany we wszystkich wymiarach mierzonych tą skalą. W pomiarze drugim po interwencjach zabiegowych uzyskuje się niższy średni wynik. Różnica między średnią pomiaru pierwszego ($X'=58,1$) a średnią pomiaru drugiego ($X''=51,0$) jest statystycznie istotna ($t=4,41$, $p<0,001$) (tab. 3).

Wykazano największą różnicę, statystycznie istotną, pomiędzy pomiarami w zakresie wymiaru E – emocje ($X'-X''=3,35$; $p<0,001$), również w zakresie wymiaru FP różnica między pomiarem przed i po zabiegach była istotna statystycznie ($X'-X''=2,31$; $p<0,001$) (tab. 4).

Dalsza analiza wyników uzyskanych z danych kwestionariusza DLQI wykazała, że w pomiarze po zabiegach uzyskano wynik niższy ($X''=2,85$) niż przed zabiegami ($X'=4,65$) (tab. 5).

Porównanie uzyskanych wyników skali SF-36 (PCS), Skindex, DLQI nie wykazało różnic istotnych statystycznie. Dalsza analiza statystyczna wykazała dodatni słaby związek ($r=0,26$), ale nieistotny statystycznie, pomiędzy PCS w ska-

Ocena wpływu wybranych technik dermatologii estetycznej na jakość życia badanych

STRESZCZENIE

Słowa kluczowe: dermatologia estetyczna, jakość życia, SF-36, Skindex, DLQI

W ostatnich 50 latach nastąpił wzrost zainteresowania problematyką wizerunku ciała, a jednocześnie w ostatniej dekadzie doszło do rozwoju nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych technik zabiegowych. Techniki te określane są zwyczajową nazwą „medycyna estetyczna” lub „dermatologia estetyczna” i pozwalają na korektę defektów estetycznych, będących wynikiem choroby, starzenia się lub wywołujących niezadowolenie z własnego wyglądu. Interwencje estetyczne mogą poprawić jakość życia oraz psychologiczne samopoczucie pacjenta. Pozytywne psychologiczne rezultaty, jakie można osiągnąć po zabiegach, mogą być mierzone tylko przez badanie jakości życia. Pomiar jakości życia może dostarczyć informacji dotyczących problemów pacjenta, wpływać na podejmowane decyzje dotyczące metod terapii. Także na podstawie pomiaru jakości życia można ocenić użyteczność nowych metod i technik zabiegowych poprzez ich pozytywny wpływ na jakość życia. Do chwili obecnej nie opracowano znormalizowanych metod oceny jakości życia osób poddających się zabiegom dermatologii estetycznej.

Z tego względu w badaniu podjęto próbę oceny jakości życia pacjentów, wpływu terapii na poczucie jakości życia w aspekcie wyglądu zewnętrznego, życia towarzyskiego i wewnętrznego, z zastosowaniem kwestionariusza SF-36, Skindex, DLQI, oraz porównania i oceny przydatności narzędzi pomiarowych. Na podstawie analizy statystycznej wyników uzyskano we wszystkich trzech skalach wyraźny wzrost jakości życia po zastosowanych metodach zabiegowych. Największą poprawę otrzymano w wymiarze dotyczącym emocji, psychicznym i społecznym. Satisfakcja i zadowolenie z własnego wyglądu determinują jakość życia, a więc wpływają na obraz pełnego poczucia zdrowia.

Impact assessment of the chosen aesthetic dermatology treatment procedures on the patients' quality of life

SUMMARY

Key words: aesthetic dermatology, quality of life, SF-36, Skindex, DLQI

Over the past 50 years the interest in issues concerning body image has been constantly growing; at the same time, during the last decade a rapid development of non-invasive and minimally invasive procedures can be observed. Those techniques are generally called “aesthetic medicine” or “aesthetic dermatology”; they allow for correction of aesthetic defects that are consequence of illness, aging or dissatisfaction with appearance. Aesthetic interventions can improve the patients' quality of life and their psychological well-being. Positive psychological results that can be achieved after treatment can be measured only by means of life quality evaluation. Quality of life measurement can deliver information concerning patients' problems and influence the choice of therapy methods. On the basis of quality of life measurement the usability of new methods and treatment techniques can be evaluated thorough their positive impact on the quality of life. Up to the present no standardized quality of life evaluation methods of patients subjected to aesthetic dermatology treatment have been developed.

For this reason in this research an attempt of patients' quality of life evaluation, the impact of therapy on the feeling of quality of life in such fields as physical appearance, social life, inner life using SF-36, Skindex, DLQI questionnaires

along with comparison and evaluation of measuring instruments has been made. Based on the statistical analysis of research results a significant increase of quality of life after implementation of treatment over all three measure instruments has been achieved. The most serious improvement has been obtained in emotional, mental and social aspects. Satisfaction with person's own appearance determines the quality of life and influences the image of the whole feeling of health.

li SF-36 a FP w skali Skindex. Stwierdzono ujemną i umiarkowanie silną korelację ($r=-0,35$) pomiędzy oceną stanu psychicznego MCS w skali SF-36 i oceną ogólnej jakości życia, badaną skalą Skindex. Wyższym wartościom uzyskiwanym w skali MCS odpowiadały niższe wartości w skali Skindex. Korelacja między ogólnym stanem psychicznym a oceną ogólną jakości życia (według Skindex) była umiarkowanie silna i ujemna (FP, $r=-0,37$; E, $r=-0,32$). Nie wykazano natomiast statystycznie istotnych korelacji w zakresie ogólnego stanu psychicznego MCS z SF-36 i DLQI (tab. 6).

Dyskusja

W ostatnich 50 latach nastąpił wzrost zainteresowania problematyką wizerunku ciała, a jednocześnie w ostatniej dekadzie doszło do rozwoju nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych technik zabiegowych. Zwyczajowo zabiegi tego rodzaju określane są nazwą „medycyna estetyczna” lub „dermatologia estetyczna” i pozwalają na korektę defektów estetycznych będących wynikiem choroby, starzenia się lub powodujących niezadowolenie z własnego wyglądu.

Pragnienie zmiany, poprawienia swojego wyglądu jest najczęściej wynikiem krytycznej reakcji otoczenia, a zabiegi, którym się pacjenci poddają, mają na celu podniesienie samooceny, atrakcyjności, jakości życia, uzyskanie lepszej pracy, wyższego statusu społecznego [1,18]. Interwencje estetyczne, zarówno

chirurgiczne, jak i niechirurgiczne, mogą poprawić jakość życia oraz psychologiczne samopoczucie pacjenta. Satysfakcja pacjenta i poprawa jakości życia są dominującymi względami, które determinują sukces zabiegu estetycznego [18].

Nie zawsze jednak techniczne aspekty zabiegów estetycznych muszą skutkować zadowoleniem pacjentów, a pozytywne, psychologiczne rezultaty, jakie można osiągnąć po zastosowaniu interwencji estetycznych, mogą być mierzone tylko przez badanie jakości życia [18].

Pomiar jakości życia związany jest z oceną różnych sfer życia pacjenta. Dla osób poddającym się za-

biegom estetycznym zdrowie i dobre samopoczucie są nierozdzielnie związane z emocjonalnymi i społecznymi konsekwencjami własnego wyglądu [1,7,18].

Badania jakości życia u pacjentów z dermatozami wykazują istnienie problemu porównywalnego z chorobą wieńcową serca, cukrzycą bądź astmą oskrzelową. Pacjenci oceniają choroby skóry jako bardziej uciążliwe niż inne uznawane za poważne [9,12]. Wiadomo, że choroby skóry, podobnie jak problemy estetyczne dotyczące wyglądu (skóry), wiążą się ze zmianami, które często wywierają negatywny wpływ na jakość życia w wielu dziedzinach, ograniczając życie towarzyskie, rodzinne, zawodowe, wypoczynkowe, a także aktywność seksualną [12,14].

Pomiar jakości życia może dostarczyć informacji o problemach pacjenta, jak też może wpłynąć na podejmowane decyzje o metodach terapii. Na podstawie pomiaru jako-

Tabela 1
Materiał kliniczny
Clinical material

Parametr	Dane
Liczba badanych	N – 68 (100%)
Liczba kobiet	N – 63 (92,6%)
Liczba mężczyzn	N – 5 (7,4%)
Wiek	20-72 lat (średnia wieku – 41,9 lat)
Wykształcenie wyższe	N – 48 (70,6%)
Wykształcenie średnie	N – 26 (23,5%)
Wykształcenie zawodowego	N – 3 (4,5%)
Wykształcenie podstawowe	N – 1 (1,4%)
Miejsce zamieszkania	
- miasto	N – 49 (72,1%)
- wieś	N – 19 (27,9%)
Rodzaj zabiegu	
- estetyczny (botulina, kwas hialuronowy)	N – 52 (76,4%)
- eksfoliacja	N – 11 (16,2%)
- laserowy	N – 5 (7,4%)
N – liczba badanych	

Tabela 2
Analiza porównawcza wyników skali SF-36
Comparative analysis of SF-36 scale results

Skala	X'	X''	SD'	SD''	X - X''	T
PCS	54,33	53,56	6,69	5,80	0,77	0,77
MCS	41,09	47,55	13,12	10,47	-6,53	-5,24*
PF	90,82	90,52	11,30	13,59	0,29	0,29
RP	85,35	89,18	24,24	22,71	-3,82	-1,43
BP	78,09	80,93	19,19	17,59	-2,84	-1,33
GH	59,73	63,79	12,12	14,88	-4,06	-2,42*
VT	60,07	68,75	20,12	17,58	-8,68	-3,93*
SF	70,89	78,36	21,36	19,77	-7,46	-3,38*
RE	73,76	88,06	33,44	20,16	-14,30	-3,93*
MH	61,12	68,58	18,50	17,88	-7,46	-4,02*

X' – średni wynik w pierwszym pomiarze, X'' – średni wynik w drugim pomiarze, SD' – odchylenie standardowe wyników w pierwszym pomiarze, SD'' – odchylenie standardowe wyników w drugim pomiarze, X'-X'' – różnica średnich w pierwszym i drugim pomiarze, T – wartość statystyki testu t-Studenta dla wyników próby, * – współczynnik prawdopodobieństwa $p < 0,001$

ści życia można również ocenić użyteczność nowych metod i technik zabiegowych poprzez ich pozytywny wpływ na jakość życia [10,12].

Niestety, w dotychczasowym piśmiennictwie jest niewiele prac oceniających wartość skal służących do określenia jakości życia pacjentów poddawanych zabiegom dermatologii estetycznej. Głównie dane dotyczą wpływu operacji plastycznych na jakość życia pacjentów. Przykładem może być badanie przeprowadzone u 110 pacjentek, po zabiegu pomniejszania piersi, z zastosowaniem skali SF-36. U 95% pacjentek

stan zdrowia fizycznego i psychicznego, a także dobre samopoczucie znacząco się poprawiły po przeprowadzeniu operacji. W szczególności dostrzeżono znaczną poprawę wyników pooperacyjnych – w porównaniu z przedoperacyjnymi – funkcji fizycznych (PF; $p < 0,001$), społecznych (SF; $p < 0,001$) i ogólnego stanu zdrowia (GH; $p < 0,001$) [21].

Pojedyncze badania, oceniające wpływ niechirurgicznych metod zabiegowych na jakość życia oraz ich związek ze zdrowiem psychologicznym, społecznym i dobrym samopoczuciem, przeprowadzano u cho-

rych z nabytym zespołem niedoborów immunologicznych, zakażonych wirusem HIV, cierpiących na zespół lipoatrofii. U tych pacjentów wykonano zabiegi z zastosowaniem kwasu polimlekowego, hialuronowego, hydroksyapatytu wapnia, żeluz polialkylimidowego. Wykazano poprawę zdrowia psychicznego, atrakcyjności i jakości życia [5,16,19,22,28].

Jak ważny jest wygląd twarzy i jaką rolę odgrywa w postrzeganiu siebie i kontaktach z innymi potwierdzono w badaniu HRQOL, z zastosowaniem skali Skindex-16.

Tabela 3
Różnice między pomiarami przed i po terapii według skali Skindex
Differences between measurements before and after therapy according to the Skindex scale

Skindex	X	Me	Min	Max	SD
Pomiar 1.	58,1	53	29	112	22,08
Pomiar 2.	51,0	47	29	112	17,80

P1 – pomiar przed zabiegami, P2 – pomiar po zabiegach, X – średnia pomiaru, Me – mediana, Min – pomiar minimalny, Max – pomiar maksymalny, SD – odchylenie standardowe

Tabela 4
Różnice między średnimi pomiaru w zakresie zmiennych mierzonych przez Skindex
Differences between the mean values of measurement of the variables measured with Skindex

Podskale Skindex	X'	X''	SD'	SD''	X - X''	T
FF	13,85	12,83	5,16	4,12	1,02*	2,83
FP	21,49	19,18	9,68	8,20	2,31*	2,94
E	22,15	18,80	9,24	7,35	3,35*	4,80

FF – funkcjonowanie fizyczne, FP – funkcjonowanie psychospołeczne, E – emocje, X' – średni wynik w pierwszym pomiarze, SD – odchylenie standardowe wyników, X'-X'' – różnica średnich w pierwszym i drugim pomiarze, T – wartość statystyki testu t-Studenta dla wyników próby, * – współczynnik prawdopodobieństwa $p < 0,001$

Badaniem objęto wówczas 73 kobiety z jednym lub większą liczbą defektów estetycznych, takich jak odbarwienia, ostuda, plamy soczewicowate, zmiany naczyniowe, trądzik, trądzik różowaty. Niższa ogólna jakość życia była utożsamiana ze strachem przed negatywną ewaluacją podczas przeprowadzania badania, podczas gdy lepsze postrzeganie jakości życia zostało zaobserwowane u osób bez żadnych chorób lub wad skórnych [2].

Wiadomo, że ocena jakości życia odnosi się do aspektów, na które wpływa stan zdrowia pacjenta, a zdrowie to nie tylko stan fizyczny, lecz także psychiczny i społeczny. Dla oceny zdrowia stosowany jest pomiar jakości życia z użyciem skal i kwestionariuszy, które można podzielić na:

1) ogólne – można badać pacjen-

tów z różnymi chorobami i wyniki porównywać ze sobą,

2) specyficzne dla poszczególnych chorób skóry,

3) specyficzne dla problemów estetycznych [12,17].

Mimo dostępności różnorodnych instrumentów i nowych technik psychometrycznych brakuje jednoznacznej decyzji o preferowanych skalach w dermatologii, a zwłaszcza w dermatologii estetycznej. Najczęściej stosowane są skale ogólne, takie jak SF-36 (Short Form-36), bądź specyficzne – DLQI (Dermatology Life Questionnaire Index) oraz Skindex-29,-16,-17. Do pomiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowiem HRQOL (Health-Related Quality of Life) zalecane jest połączenie skali SF-36 i Skindex – 29 [3].

Należy podkreślić, że badania

odnoszące się do estetycznych, niechirurgicznych technik zabiegowych dotyczą przede wszystkim zadowolenia, poczucia własnej wartości oraz satysfakcji z przeprowadzonego zabiegu. Aby uzyskać możliwość odniesienia do innych badań, w tym chorób skóry, które również mogą stanowić problem estetyczny, w niniejszej pracy dotyczącej wpływu i użyteczności nowych technik zabiegowych przeprowadzono badanie, stosując zalecane połączenie standaryzowanych skal: SF-36, Skindex-29 oraz DLQI. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono we wszystkich tych trzech skalach wyraźny wzrost jakości życia pacjentów po zastosowanych metodach zabiegowych. Przeprowadzono ocenę ogólnej jakości życia, w której uwzględniono także poszczególne wymiary składające się

Tabela 5
Statystyki rozkładu zmiennej DLQI
Statistics of DLQI variable distribution

DLQI	X	Min	Max	SD
Pomiar 1.	4,65	0	21	4,70
Pomiar 2.	2,85	0	21	3,72

P1 – pomiar przed zabiegami, P2 – pomiar po zabiegach, X – średnia pomiaru, Me – mediana, Min – pomiar minimalny, Max – pomiar maksymalny, SD – odchylenie standardowe

Tabela 6
Wzajemne korelacje między skalami
Mutual corelations between scales

SF-36	Skindex suma	Skindex FF	Skindex FP	Skindex E	DLQI
PCS	0,18	-0,07	0,26*	0,18	0,11
MCS	-0,35*	-0,19	-0,37*	-0,32*	-0,18

* – współczynnik prawdopodobieństwa $p < 0,001$

na pełny obraz jakości życia. Dokonana ogólna ocena stanu fizycznego (PCS), na którą składa się: ocena aktywności fizycznej (PF), funkcjonowania ze stanem somatycznym (RP), bólu (BP), ogólna ocena zdrowia (GH), nie wykazała zmian w stosunku do badania przed i po zabiegach. Stwierdzono niewielką zmianę w zakresie funkcjonowania fizycznego (FF), mierzonego skalą Skindex.

Wykazano natomiast wyraźny wzrost wyników dotyczących ogólnej oceny stanu psychicznego (MCS). Stwierdzono bowiem szczególnie wzrost parametrów po zastosowanych zabiegach estetycznych w następujących przedziałach: funkcjonowania związanego ze stanem psychicznym (RE), żywotności (VT), funkcjonowania w rolach społecznych (SF), a także zdrowia psychicznego (MH). Ocena wyników uzyskanych ze skali Skindex wskazuje również na poprawę parametrów w zakresie sfery emocjonalnej (E) i funkcjonowania psychospołecznego (FP).

Uzyskane wyniki zarówno w skali SF-36, jak i Skindex wskazują, że wykonane zabiegi mające na celu leczenie danego problemu estetycznego, wpływają znacząco na poprawę jakości życia. Sfera emocjonalna, funkcjonowanie psychospołeczne to właśnie istotne aspekty życia codziennego, towarzyskiego i wewnętrznego, a problemy dotyczące

wyglądu mogą wpływać niekorzystnie na jakość życia.

Pomiary jakości życia według skali DLQI również świadczą o pozytywnym wpływie stosowanego leczenia, mimo że w wyniku analizy porównawczej wykazały, iż skala SF-36 w zakresie MCS nie koreluje z DLQI. Podobnie ocena w zakresie PCS skali SF36 nie koreluje z pomiarami Skindex i DLQI. Można sądzić, że pomiar dotyczy innych właściwości.

Średni wynik wskaźnika DLQI w badaniu wynosił u osób przed leczeniem 4,65 a po 4 tygodniach – 2,85. Porównanie tych wartości z oceną DLQI przeprowadzone u chorych na łuszczycę ($14,6 \pm 6,3$), wyprysk kontaktowy ($11,6 \pm 8,0$), ze świądem ($9,7 \pm 6,5$) i atopowym zapaleniem skóry ($9,0 \pm 6,4$) wykazało, że uzyskane wartości były niższe [12,27].

Stosunkowo niski wynik już przed badaniem potwierdza, że DLQI jest specyficznym kwestionariuszem, oceniającym stopień niesprawności spowodowanej przez chorobę skóry. Podobnie niskie wyniki uzyskali inni autorzy w trądziku ($5,0 \pm 3,3$), czy łysieniu androgenowym ($2,96 \pm 3,33$), które są również dermatologicznym problemem estetycznym [15,20].

Analizując wyniki badań innych autorów, w których stosowano skalę Skindex dla rozróżnienia uciążliwości dermatoz oraz oceny zmiany ja-

kości życia pacjenta wraz ze zmianą stanu skóry stwierdzono, że skala ta może być wymierną oceną wyników zabiegów dermatologii estetycznej [12,15,23]. W badaniach dotyczących łuszczycy, stwierdzono najwyższy wynik w zakresie sfery emocjonalnej (E-30,65) i psychospołecznej (FP-33,25) [23]. Podobne wyniki uzyskano w obecnym badaniu dotyczącym problemów estetycznych przed (E-22,15; FP-21,49) i po terapii (E-18,8; FP-19,1). Jednocześnie zmniejszenie parametrów po leczeniu świadczy o skuteczności zastosowanych metod leczenia.

Podsumowanie

Postęp w dermatologii estetycznej i wzrost zainteresowania nowymi niechirurgicznymi technikami zabiegowymi stwarza konieczność oceny ich przydatności i użyteczności. Ocenę tę można przeprowadzić tylko na podstawie pomiaru jakości życia i stwierdzeniu pozytywnego ich wpływu na jakość życia. W przeprowadzonym badaniu uzyskano poprawę jakości życia mierzoną skalą SF-36, Skindex i DLQI. Największą poprawę otrzymano w wymiarze dotyczącym emocji, psychicznym i społecznym. Satisfakcja i zadowolenie z własnego wyglądu determinuje jakość życia, a więc wpływa na obraz pełnego poczucia zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Alsarraf R.: Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions. *Aesthetic Plast Surg*, 2000, 24: 192-197.
2. Balkrishnan R., McMichael A.J., Hu J.Y., Camacho F.T., Shew K.R., Bouloc A. i in.: Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. *Int J Dermatol*, 2006, 45: 111-115.
3. Both H., Essink-Bot M.L., Busschbach J., Nijsten T.: Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J Invest Dermatol*, 2007, 127(12): 2726-2739.
4. Bronikowska-Kolasa A., Szponar A., Maciąg J., Cielica W.: Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z łuszczycą za pomocą kwestionariusza WHOQOL-100. *Nowa Medycyna*, 2008, 3: 4-11.
5. Denton A.B., Tsaparas Y.: Injectable hyaluronic acid for the correction of HIV-associated facial lipoatrophy. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007, 136: 563-567.
6. Dziurawicz-Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002, 1: 77-99.
7. Echavez M., Horstman W.: Relationship between lipoatrophy and quality of life. *AIDS Read*, 2005, 15: 369-375.
8. Fallowild L.: *The quality of life*. London, 1992.
9. Feldman S.R., Fleischer A.B., Reboussin D.M., Rapp S.R., Bradham D.D.: The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol*, 1997, 37: 564-569.
10. Finlay A.Y.: Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol*, 1997, 136: 305-314.
11. Finlay A.Y., Khan G.K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*, 1994, 19: 210-216.
12. Janowski K.: Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych. *Jakość życia w chorobie*, Wyd. KUL, Lublin, 2007: 49-62.
13. Kościelak R.: Promocja zdrowia a jakość życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. *Psychologia i medycyna*, 2007: 75-81.
14. Kowalczyk-Zieleniec E., Nowicki R., Majkiewicz M.: Jakość życia w dermatologii. *Metody pomiaru*. *Przegl. Dermatol.*, 1999, 86: 156-158.
15. Krajewska-Kułak E., Krajewska K., Popik M., Heleniak M., Łukaszuk C., Jankowiak B. i in.: Zastosowanie wskaźnika DLQI w ocenie jakości życia młodzieży z trądzikiem pospolicym. *Dermatol. Klin.*, 2006, 8(1): 23-26.
16. Louffy M.R., Raboud J.M., Antoniou T., Kovacs C., Shen S., Halpenny R. i in.: Immediate versus delayed polyalkylimide gel injections to correct facial lipoatrophy in HIV-positive patients. *AIDS*, 2007, 21: 1147-1155.
17. Magdziarz-Orlitz J., Dziańkowska-Bartkowiak B.: Metodyka pomiaru – rodzaje narzędzi pomiarowych i ich zastosowanie w dermatologii estetycznej. *Dermatol Estet*, 2010, 3(68): 178-184.
18. Neil S., Sadick M.D.: The impact of cosmetic interventions on quality of life. *Dermatol Online J*, 14(8): 2.
19. Power R., Tate H.L., McGill S.M., Taylor C.A.: A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals. *Sex Transm Infect*, 2003, 79: 137-141.
20. Reich A., Nowicka D., Szepietowski J.: Jakość życia u młodych mężczyzn z łysieniem androgenowym. *Dermatol. Klin.*, 2005, 7: 79-81.
21. Shakespeare V., Cole R.P.: Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *Br J Plast Surg*, 1997, 50: 242-248.
22. Silvers S.L., Eviatar J.A., Echavez M.I., Pappas A.L.: Prospective, open-label, 18-month trial of calcium hydroxylapatite (Radiesse) for facial soft-tissue augmentation in patients with human immunodeficiency virus-associated lipoatrophy: one-year durability. *Plast Reconstr Surg*, 2006, 118: 34S-45S.
23. Steuden S., Janowski K.: Zastosowanie kwestionariusza Skindex do pomiaru jakości życia pacjentów z łuszczycą. *Przegl. Dermatol.*, 1988: 41-48.
24. Steuden S., Okła W., Puchalska K.: Lęk jako zmienna modyfikująca poczucie jakości życia u osób chorych na łuszczycę. *Jakość życia w chorobie*. Wyd. KUL, Lublin, 2007: 63-82.
25. Szepietowski J., Salomon J., Finlay A. i in.: Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia. *Dermatology Life Quality Index (DLQI): polska wersja językowa*. *Dermatol. Klin.*, 2004, 6(2): 63-70.
26. Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E.: *How to score version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000.
27. World Health Organization: *The constitution of the World Health Organization*. WHO Chron, 1947, 1: 29.
28. Valantin M.A., Aubron-Olivier C., Ghosn J., Laglenne E., Pauchard M., Schoen H. i in.: Poly(lactic acid) implants (New-Fill) to correct facial lipoatrophy in HIV-infected patients: results of the open-label study VEGA. *AIDS*, 2003, 17: 2471-2477.
29. Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M., Samet A.: Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik lekarza*, 2004, 9.

Adres do korespondencji:

Joanna Magdziarz-Orlitz
 e-mail: jomag@solmed.pl
 tel.: 603 164 829