УДК 616.5-055:[572.51/.54:159.937]:303.425.6(045)

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СОБСТВЕННОЙ ВНЕШНОСТИ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ

Еремина М.Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов, e-mail: 913693@mail.ru

В статье приведены результаты сравнительной оценки влияния атопического дерматита на показатели качества жизни и самовосприятие у пациентов женского и мужского пола трудоспособного возраста в бессимптомный период течения болезни. С помощью болезнь-специфического вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL) выявлено, что атопический дерматит оказывает более выраженное негативное влияние на основные детерминанты качества жизни у женщин по сравнению с мужчинами. У лиц женского пола существенно снижены уровни социальной и повседневной активности. Изменение самооценки собственной внешности коррелирует со степенью психологической дезадаптации и эмоциональной окраски у женщин.

Ключевые слова: атопический дерматит, качество жизни, гендерные различия, самовосприятие

FEATURES OF PERCEPTION OWN APPEARANCE MEN AND WOMEN WITH SKIN DISEASES

Eremina M.G.

Saratov Medical University by named after V.I .Rasumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, e-mail: 913693@mail.ru

The article presents the results of a comparative assessment of the impact of atopic dermatitis on the quality of life and self-image patients , male and female working age in asymptomatic period of the disease. With disease-specific questionnaire Dermatology specific quality of life (DSQL) revealed that atopic dermatitis has a stronger negative impact on the major determinants of the quality of life in women compared with men. In females significantly reduced levels of social and daily activities . Change their appearance self-esteem correlates with the degree of psychological maladjustment and emotional coloring in women.

Keywords: atopic dermatitis, quality of life, gender differences, self-perception

Поиски собственного привлекательного имиджа являются естественным желанием любого человека. При кожных заболеваниях многие пациенты постоянно испытывают чувство недовольства собой, отверженности и обиды, и часто склонны преувеличивать значение изменения состояния кожных покровов для построения адекватных межличностных отношений. Кульминационным моментом кризисных состояний в группе пациентов с дерматологическими заболеваниями становится глобальная негативная оценка своего состояния здоровья и развитие депрессии. Существуют гендерные различия в особенностях самовосприятия и самоотношения к характеристикам образа физического «я». На протяжении всей жизни, начиная с подросткового возраста, женщины проявляют больше недовольства свои телом, чем мужчины. Несмотря на это, уровень распространения такой неудовлетворенности среди мужчин продолжает расти и по последним оценкам составляет сегодня от 50 до 75 % [3].

Большой интерес в данной области представляет определение связи между субъективными и объективными оценками внешности и тех следовых характеристик, которые приводят к негативным последствиям в отношении образа тела, способных снижать самооценку, вызывать депрессию и другие психологические проблемы у мужчин и женщин (Koo J., Lee C., 2001). Любое заболевание кожи, затрагивающее видимую область (лицо, дорсальная поверхность рук, ногти), имеет множество негативных последствий для пациентов по сравнению с индивидумами, у которых пораженные участки могут быть прикрыты одеждой [6,9]. Единственным исключением являются поражения генитальной области, так как они при любой степени вовлечения могут существенным образом нарушить уровень комфорта пациента. Более того, интенсивное поражение кистей и стоп (псориаз, экзема, атопический дерматит и другие хронические дерматозы) может существенно влиять на качество жизни пациента даже в том случае, если остальная кожа не поражена [8,10]. Одним из примеров кожных заболеваний, способных приводить к выраженному изменению КЖ является атопический дерматит (АД).

В литературе практически отсутствуют работы, раскрывающие проблему неудовлетворенности своим внешним видом пациентов с АД, но без выраженной объективной симптоматики, особенно в период ремиссии

болезни и полного сохранения трудоспособности. Для оценки такого психодерматологического элемента как неудовлетворенность своим внешним видом используются специальные инструменты, например, шкала кожного компонента образа тела – CBIS Cutaneous Body Image Scale [13].

Однако психосоциальное влияние болезни достаточно полно можно оценивать с помощью анализа качества жизни, связанного со здоровьем. Оценка качества жизни (КЖ) используется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека на основе его субъективного восприятия [12]. По мнению большинства исследователей, КЖ является объективной оценкой субъективного [2].

Цель настоящего исследования – сравнительная оценка влияния АД на показатели качества жизни и самовосприятие у пациентов женского и мужского пола трудоспособного возраста в бессимптомный период течения болезни.

Материалы и методы исследования

Оценка качества жизни. Характеристика респондентов. Исследование проводилось методом стандартизированного интервьюирования с использованием болезнь-специфического дерматологического вопросника Dermatology specific quality of life (DSQL), приемлемость, достоверность и воспроизводимость его русскоязычной версии продемонстрирована ранее в клинических исследованиях. Шкалы вопросника DSQL включают в себя характеристики физического состояния, повседневной и социальной активности, самовосприятия и уровня депрессии, которые сопоставлялись с данными анкетирования по соответствующему блоку вопросов DSQL . Значение показателя КЖ по какой-либо шкале вопросника рассчитывалось по принятой стандартной методике [1]. Между значением шкалы КЖ (DSQL) и уровнем КЖ существует обратная зависимость – чем выше показатель балльной оценки, тем более тяжёлые (глубокие) расстройства наблюдаются у данного респондента.

Дополнительно, с болезнь-специфическим вопросником DSQL, использовалась русскоязычная версия общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 –неспецифического вопросника для оценки качества жизни связанного со здоровьем пациента, широко используемого при проведении различных клинических исследований) [15].

Исследование проводилось в 2011 – 2013 гг. на территории Саратовской области. Работа выполнена на базе ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В И Разумовского Минздрава России с использованием ресурсов консультативно-диагностического кабинета клиники гематологии и профпатологии, кафедры клинической иммунологии и аллергологии, кафедры кожных и венерических заболеваний.

Всего было обследовано 87 пациентов разного пола с диагнозом АД в тот период, когда они сохраняли трудоспособность и не имели симптомов обострения. В исследование участвовали 41 женщина и 46 мужчин.

Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере Intel Core i7-2600 CPU с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2010» и «Statistica 7.0» (StatSoft, USA) с последующим анализом полученных материалов, включающим параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

В малосимптомный период течения заболевания при сохранении трудоспособности больные с атопическим дерматитом мужского и женского пола примерно одинаково оценивают влияние болезни на свое физическое самочувствие. Шкала физического состояния по вопроснику DSQL продемонстрировала, что у мужчин и женщин имеет место примерно одинаковая балльная оценка различных параметров шкалы. Однако, респонденты и вне обострения болезни испытывают ощущения сухости кожи (средняя оценка в баллах у женщин 3,24±0,24; у мужчин 3,07±0,19, умеренного зуда (3,12±0,14 и 3,07±0,07 у женщин и мужчин соответственно); и физического дискомфорта (женщины 3,24±0,24; мужчины 3,07±0,19). Остальные симптомы имели меньшее значение (рис. 1).

При сравнительном анализе как отдельных симптомов (1-8 вопросы), так и общего суммарного балла шкалы физического состояния (2,39±0,12 балла у женщин и 2,26±0,1 у мужчин) не было отмечено статистически значимых различий между лицами женского и мужского пола ($p>0,05$ между группами), однако просматривалась некоторая тенденция более выраженного влияния болезни на лиц женского пола.

Рис. 1. Сравнительная оценка показателей шкалы физического состояния у мужчин и женщин трудоспособного возраста с атопическим дерматитом (среднее значение в баллах)
**Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы физического состояния, соответствующий номеру вопроса DSQL:*
1 – вопрос № 1: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали сухость?*
2 – вопрос № 2: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали чувствительность при прикосновении?*
3 – вопрос № 3: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали болезненность?*
4 – вопрос № 4: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали зуд?*
5 – вопрос № 5: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали чувство жжения?*
6 – вопрос № 6: как часто на пораженных участках кожи Вы ощущали другие неприятные ощущения?*
7 – вопрос № 7: Как часто за последний месяц были ощущения физического дискомфорта?*
8 – вопрос № 8: За последний месяц были нарушения сна, связанные с заболеванием?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

Эта тенденция реализовалась в статистически значимые различия при использовании 10-балльной оценки состояния кожи. Респонденты выбирали на ВАШ значения признаков от минимального (совсем не мешали, 0 баллов) до максимального (очень сильно, 10 баллов). Женщины оценили, что проявления дерматита доставляли им неудобства за последний месяц в 5,95±0,84, мужчины в 3,93±0,57 балла, p<0,05.

Сравнительная оценка показателей качества жизни по шкале повседневной активности включала в себя вопросы, отражающие степень ограничения в манипуляциях по уходу за своей кожей: бритье у мужчин, макияж и демакияж у женщин; вопросов о выборе стиля одежды, прически; выборе пищи и напитков (рис. 2). Суммарная оценка шкалы у мужчин выглядела более благоприятной (1,67±0,17) по сравнению с женщинами, у которых оценка в баллах свидетельствовала о большей значимости проблем, отраженных в этом блоке (2,88±0,16; p<0,05 между мужчинами и женщинами).

На первом месте по степени негативного влияния АД на КЖ по этой шкале оказалась необходимость ограничения в выборе пищи и напитков, одинаковая у лиц того и другого пола (3,14±0,41 у женщин и 3,11±0,44 у мужчин, p>0,05). Атопический дерматит даже вне фазы обострения оказывал гораздо более выраженное негативное влияние на ряд аспектов повседневной жизни у женщин по сравнению с мужчинами. Это касалось ограничений

в использовании средств ухода за собой (косметика у женщин – 2,68±0,49, бритьё у мужчин – 1,67±0,45, p<0,05); ограничений в выборе одежды (2,27±0,5 у женщин и 1,17±0,46 у муж=чин; p<0,05); выборе прически (2,49±0,45 и 1,43±0,44 соответственно у женщин и мужчин, p<0,05).

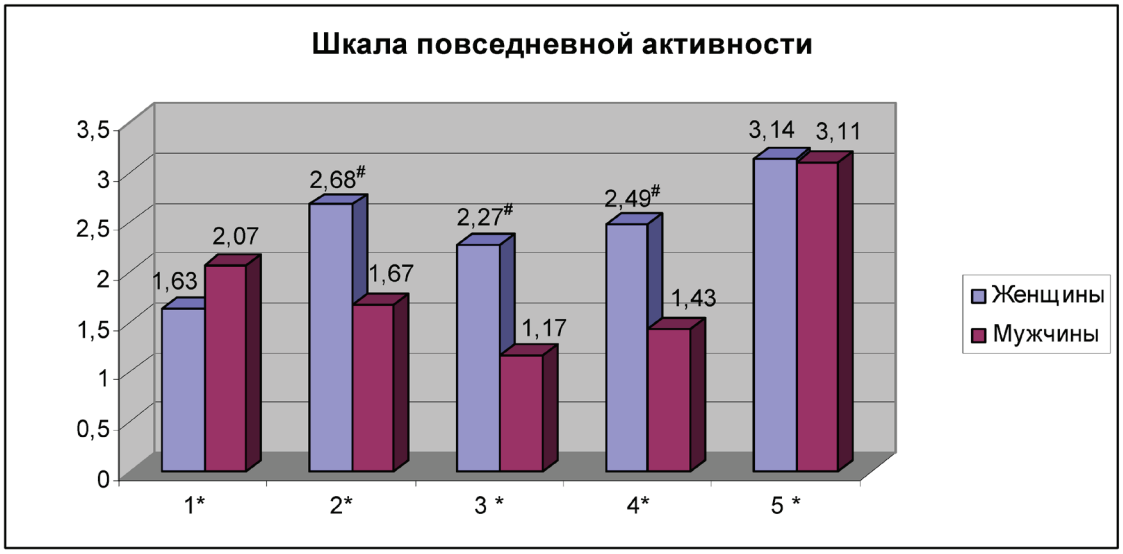

Рис. 2. Сравнительная оценка показателей повседневной активности респондентов женского и мужского пола с атопическим дерматитом (среднее значение в баллах)
**Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы повседневной активности (в скобках – номер шкалы оригинального вопросника):*
1(10): Как часто из-за дерматита Вы ограничивали себя в физической активности?*
2 (11): Как часто из-за дерматита Вы отказывались от бритья (мужчина), использования косметики (женщина)?*
3 (12): Как часто из-за дерматита Вы ограничивали себя в выборе одежды?*
4(13): Как часто из-за дерматита Вы ограничивали себя в выборе прически?*
*5 * (14): Как часто из-за дерматита Вы ограничивали себя в выборе пищи и напитков?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

Уточняя влияние дерматита по 10-балльной системе (1 – совсем не мешал, 10 – очень сильно) на возможность респондентов поддерживать свою внешность в таком виде, как им нравится, выяснилось, что респондентам женского пола было сложнее поддерживать свою внешность на привычном уровне (8,02±0,63) по сравнению с респондентами мужского пола (6,46±0,57).

АД меняет не только повседневную активность человека, но и его социальную жизнь, мешает заводить новые знакомства (в том числе интимные), посещать общественные мероприятия (чувствовать себя комфортно в общественных местах) и планировать продолжительность пребывания в обществе (времяпрепровождение с друзьями) и отдых с друзьями, шопинг. Распределение ответов у лиц разного пола в этом блоке представлено на рис. 3.

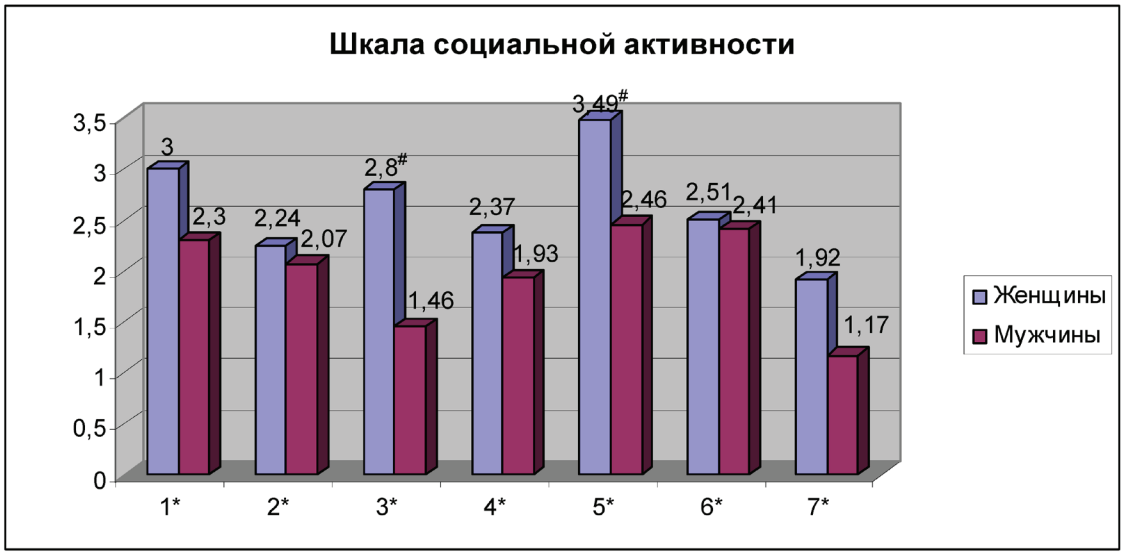

Рис. 3. Сравнительная оценка показателей социальной активности респондентов женского и мужского пола с атопическим дерматитом (среднее значение в баллах)
Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы социальной активности (в скобках – номер шкалы оригинального вопросника):
1(16): Как часто издерматит мешал Вам завязывать новые знакомства?*
2 (17): Как часто дерматит мешал Вам чувствовать себя удобно на общественных мероприятиях, в компаниях?*
3 (18): Как часто дерматит мешал Вам получать удовлетворение в личных взаимоотношениях?*
4(19): Как часто дерматит мешал Вам при покупках в магазине?*
*5 * (20): Как часто дерматит мешал Вам при выборе интимных знакомств или планировании вечерних мероприятий?*
*6 * (21): Как часто дерматит мешал Вам планировать свое участие в общественной жизни?*
*7 * (22): Как часто дерматит мешал Вам планировать свое время, проводимое в обществе?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

Суммарная оценка шкалы социальной активности у женщин свидетельствовала о более выраженном негативном влиянии болезни на данный аспект жизни (2,95±0,12 против 1,83±0,15 у мужчин; p<0,05 между группами).

Практически по всем вопросам данного блока (рис.3) у женщин, по сравнению с мужчинами, проявления атопического дерматита оказывают более интенсивное отрицательное влияние на основные детерминанты социокультурной жизни, что сказывается на выборе общественных мероприятий, длительности времени проводимого в обществе, личных взаимоотношениях, возможности чувствовать комфортно себя в компаниях и, следовательно, заводить новые знакомства, в том числе интимного характера. Эти различия между КЖ лиц женского и мужского пола просматриваются как тенденция, но при оценке влияния болезни на возможность завязывать новые знакомства становятся статистически достоверным (p<0,05). Самое ощутимое влияние АД оказывал на выбор интимных знакомств у женщин (3,49±0,28) , у мужчин это влияние ощущалось в меньшей степени (2,46±0,44 балла; p<0,05) .

При использовании 10-балльной оценки состояния кожи («Как сильно повлиял дерматит на Ваше участие в общественной жизни?» 1 балл – совсем не влиял, 10 – очень сильно), установлено, что проявления дерматита оказывали более негативное влияние на активность в общественной жизни за последний месяц у женщин (6,56±0,84), по сравнению с мужчинами (4,6±0,84 балла, p<0,05).

При анализе шкалы профессиональной активности у мужчин и женщин ограничения в достижении успехов на работе и эффективном ее выполнении были примерно одинаковы. Но пунктуальность, регулярность посещения работы для женщин оказывается более значимой проблемой по сравнению с респондентами мужского пола (средняя оценка в баллах у женщин 3,64 ±0,25, у мужчин 2,52±0,43; p<0,05) (рис.4).

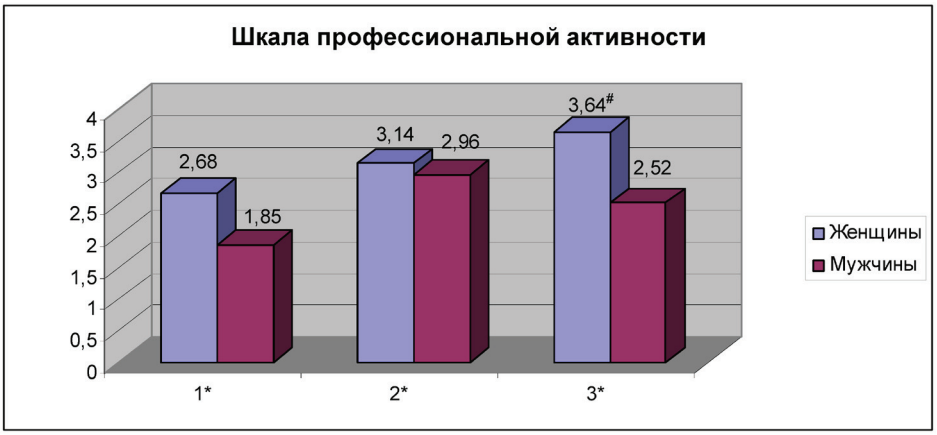

Рис. 4. Сравнительная оценка показателей качества жизни по шкале профессиональной активности у респондентов женского и мужского пола (среднее значение в баллах)
*Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы профессиональной активности (в скобках со знаком * – номер шкалы оригинального вопросника):*
1 (24): Как часто дерматит ограничивал Вас в достижении успехов на работе?*
2 (25): Как часто дерматит ограничивал Вас в эффективном выполнении Вашей работы?*
3 (26): Как часто дерматит ограничивал Вас в пунктуальности и регулярности посещения работы?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

При ответе на вопрос «За прошедший месяц насколько Вы были удовлетворены отношением к Вам на работе или в школе?» по 10-балльной шкале (1 балл- очень не удовлетворен; 10 баллов – полностью удовлетворен) респонденты женского пола дали оценку 7,27±0,72, а респонденты мужского пола – 6,6±0,66, различия между группами достоверны, p<0,05 . Несмотря на межгрупповые различия полученные баллы свидетельствуют о том, что респонденты вполне удовлетворены отношением к себе со стороны коллег.

Одним из основных критериев внутреннего баланса является восприятие респондентами собственного тела в условиях хронического течения заболевания. Степень неуверенности, смущения от своего внешнего вида, беспокойства о том, что думают о них окружающие, значительно более выражена у лиц женского пола, что приводит к высокому показателю моральных страданий, вызванных дерматитом (рис. 5).

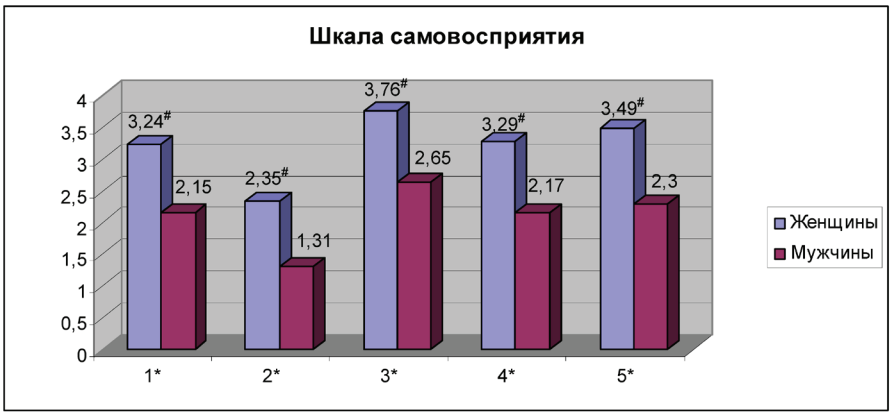

Рис. 5. Сравнительная оценка самовосприятия респондентов женского и мужского пола с атопическим дерматитом (среднее значение в баллах)
*Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы социальной активности (в скобках со знаком * – номер шкалы оригинального вопросника):*
1 (28): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас чувство неуверенности?*
2 (29): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас моральные страдания?*
3 (30): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас смущение от внешнего вида своей кожи?*
4 (31): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас раздражение по поводу своей внешности?*
5 (32): До какой степени проявления дерматита вызывали у Вас беспокойство о том, что другие думают о Вас?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

Как видно на представленной диаграмме, наиболее значимое влияние на компоненты качества жизни у женщин оказывает фактор смущения от внешнего вида кожи (3,76±0,2), беспокойства о том, что думают другие (3,49±0,29); раздражения от внешнего вида кожи (3,29±0,29 балла); чувства неуверенности в себе (3,24±0,27); моральные страдания (2,35±0,37). Все эти компоненты были более значимы для респондентов женского пола, чем для мужчин, по всем показателям шкалы самовосприятия имеется достоверное статистическое различие между мужчинами и женщинами, $p<0,05$).

Влияние дерматита на степень удовлетворения состоянием своей кожи за последний месяц оценивалось также по 10- балльной системе (от 1 балла – очень неудовлетворен до 10 – вполне удовлетворен). Субъективная оценка тяжести дерматита в момент опроса составила соответственно для респондентов женского и мужского 7,1±0,79 и 5,93±0,73 балла.

Для дополнительного анализа взаимосвязи между существующей хронической болезнью и подавленностью индивида нами применялась еще одна шкала (шкала депрессии) с использованием русскоязычной версии общего вопросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36). Эти показатели учитывались отдельно, для более детального выявления внутреннего восприятия, оценки некоторых механизмов нарушения психологической адаптации, данные представлены на рис. 6. Чем выше балл (от 0 до 5), тем более выраженное негативное влияние болезни отмечается у респондента.

Чувство выраженного нервного напряжения было присуще обеим группам респондентов, и балльная оценка составила 2,48±0,23 и 2,27±0,23 у мужчин и женщин соответственно.

У лиц женского пола нервное напряжение нередко трансформировалось в состояние подавленности до такой степени, что ничто не могло взбодрить респондента: балльная оценка этого параметра была следующей (3,14±0,3 у женщин и 1,91±0,32 у мужчин, $p<0,05$). Женщины чаще, чем мужчины чувствовали себя упавшими духом и печальными (балльная оценка составила соответственно 2,85±0,32 и 1,82±0,3, $p<0,05$). Показатели счастья у респондентов женского и мужского пола были сходными (1,1±0,41 балла у женщин и 1,17±0,31 балл у мужчин, $p>0,05$). Женщины и мужчины негативно оценивали влияние болезни на достижение чувства спокойствия и умиротворения (3,29±0,3 у женщин и 3,48±0,29 у мужчин, $p>0,05$) .

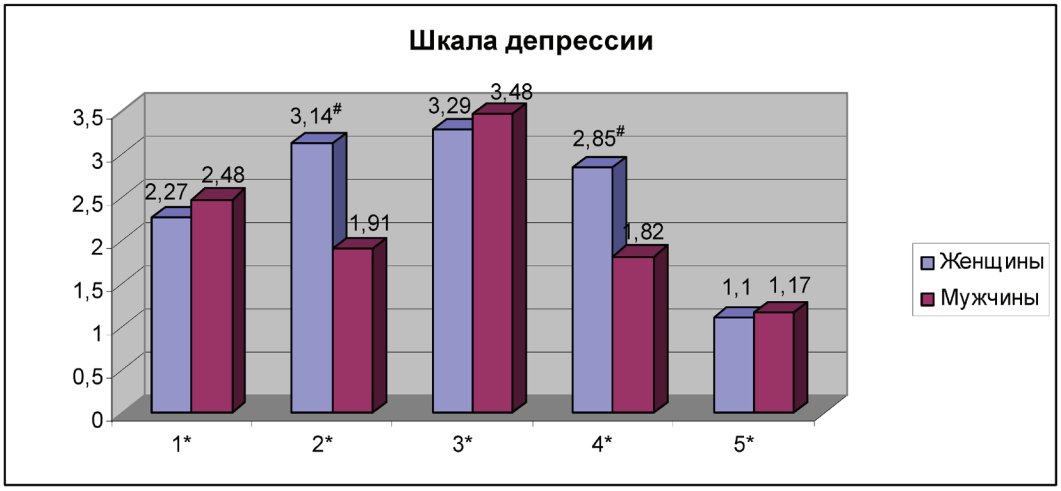

*Рис. 6. Сравнительная оценка показателей качества жизни по шкале депрессии респондентов женского и мужского пола с атопическим дерматитом (среднее значение в баллах). Нумерация внизу графика обозначает порядковый номер шкалы депрессии (в скобках со знаком * – номер шкалы оригинального вопросника)*
1 (36): Как часто Вы сильно нервничали за прошедший месяц?*
2 (37): Как часто за прошедший месяц возникало чувство подавленности, что ничто не могло вас взбодрить?*
3 (38): Как часто за прошедший месяц вы были спокойным и умиротворенным?*
4 (39): Как часто за прошедший месяц вы ощущали себя упавшим духом и печальным?*
5 (40): Как часто за прошедший месяц возникало ощущение счастья?*
 # имеется достоверность различий между 2 группами ($p<0,05$)

Оценивая детально основные детерминанты качества жизни у женщин и мужчин с АД, хроническим иммуноопосредованным заболеванием кожи, можно сделать вывод, что атопический дерматит даже вне обострения оказывает более выраженное негативное влияние практически на все компоненты качества жизни у лиц женского пола (рис. 7).

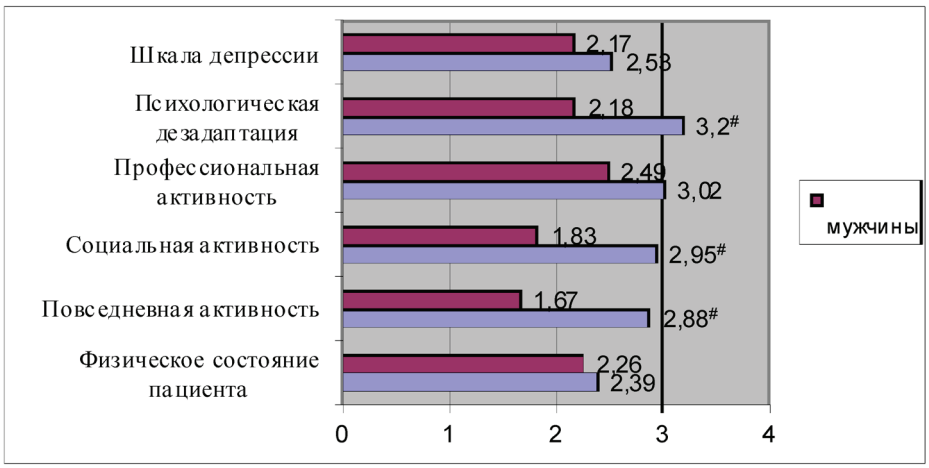

Рис. 7. Сравнительная оценка качества жизни при атопическом дерматите у респондентов женского и мужского пола трудоспособного возраста
 # имеется достоверность различий между 2 группами (p<0,05)

Полученные достоверные различия между женщинами и мужчинами по шкалам психологической дезадаптации, социальной и повседневной активности позволяют утверждать, что женщины, в целом, в большей степени, чем мужчины, обеспокоены состоянием кожи, параметры КЖ к них ниже, чем у лиц противоположного пола. В силу необходимости диетического питания, выбора определенной одежды, температурного режима, отказа от косметических средств, ограничения межличностных контактов из-за смущения и подавленности, вызванных состоянием кожи женщины даже вне периода обострения болезни находятся в состоянии хронического стресса и депрессии.

Обсуждение. Между состоянием кожных покровов и эмоциональным, физическим, психологическим состоянием человека его социальным статусом существует определенная взаимосвязь. С психологических позиций кожа – это орган контакта с другими людьми. Кожа является индикатором не только физического, но и душевного здоровья человека. Предметом самовосприятия и самооценки индивида является его тело, способности, социальные отношения и другие личностные проявления. Не менее важен и момент сравнения: оценивая себя, человек вольно или невольно сравнивает себя с другими, учитывая не только свои собственные достижения, но и всю социальную ситуацию в целом [4, 14].

Эмоциональная связь человека с другими людьми, характеризующаяся взаимным принятием и расположением, при кожных заболеваниях радикально меняется из-за того, что пораженные кожные покровы как способ своеобразной коммуникации с окружающим миром не позволяют выстраивать отношения с другими людьми [7,11].

Самооценка собственной внешности и ее эмоциональное состояние имеет чрезвычайно важное значение в социальных контактах, особенно для женщин [5]. Проявления атопического дерматита даже в период ремиссии оказывают интенсивное отрицательное влияние на самовосприятие и основные детерминанты социокультурной жизни, выбор общественных мероприятий, длительность времени проводимого в обществе, личные взаимоотношения, возможность чувствовать комфортно себя в компаниях и, следовательно, заводить новые знакомства.

Депрессивное состояние женщин сохраняется длительное время даже после клинического улучшения и свертывания симптомов болезни. Превалирование неблагоприятных факторов в сфере межперсонального общения формирует в общей клинической картине атопического дерматита более выраженные психические

расстройства, дезадаптируя больного в социальном плане. Низкая самооценка, социальные фобии и др. факторы, доминирующие у женщин по сравнению с мужчинами, могут вызывать проблемы в сексуальном здоровье и репродуктивном поведении.

Неблагоприятное восприятие болезни коррелирует с повышенной тревожностью, депрессией, снижением качества жизни, связанного со здоровьем (в том числе, сексуальностью и образом своего тела), и требует психологической поддержки от медицинского персонала и окружающих.

Заключение

Неудовлетворенность внешним видом в бессимптомный период течения АД у женщин была значительно выше, чем у мужчин. Анализ параметров качества жизни, связанного со здоровьем позволяет по новому взглянуть на мысли и чувства пациентов с АД. Полученные данные подчеркивают важность проблем самовосприятия для женщин трудоспособного возраста, для которых социальное давление, связанное с физической привлекательностью, продолжает иметь доминирующее значение.

Для преодоления сложившегося стереотипа реагирования лиц с АД на физическое состояние кожи вследствие болезни и с целью адаптации к стрессовым ситуациям необходима индивидуальная работа с пациентом с учетом трудоспособности, возраста и половой принадлежности.

Для определения гендерных различий влияния атопического дерматита вне фазы обострения заболевания может использоваться оценка качества жизни, связанного со здоровьем.

Валидизированный вопросник DSQL (русскоязычная версия) позволяет выявлять различия восприятия роли физических, социальных и психологических факторов у пациентов женского пола по сравнению с мужчинами в условиях малосимптомного хронического течения дерматоза.

Список литературы

1. Астафьева, Н.Г. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology Quality of Life (DSQL) для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом / Н.Г. Астафьева, В.В. Власов, А.А. Мартынов, и др. // Аллергология. – 2000. – №3. – С. 44-46.

2. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова // Волгоград: Волгоградская медицинская академия. – 2001. – С.96.

3. Рамси, Н., Харкорт, Д. Психология внешности / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2009. –256 с.

4. Ahmed, A. Quality-of-life effects of common dermatological diseases / A. Ahmed, A. Leon, D.C. Butler, J. Reichenberg // Semin Cutan Med Surg. – 2013. – Vol.32. – N.2. – P.101-9.

5. Atkinson, T.M. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous melanoma / T.M. Atkinson, N.S. Noce, J. Hay, et al. // Ann Surg Oncol. – 2013 Feb. – Vol. 20.N2. – P. 675-9.

6. Chren. M.M., Lasek R.J., Quinn L.M. et al. // Invest. Derm. 1996. – Vol. 107. – P. 707-713.

7. Evers, A.W. The impact of Chronic Skin Disease on Daily Life (ISDL) / A.W. Evers, P. Duller, P.C. van de Kerkhof, et al. // Br J. Dermatol 2008. – Vol. 158 (1). – P. 101-8.

8. Finlay,A.Psoriasis-an index of disability / A. Finlay, S. Kelly // Clinical and Experimental Dermatolog. – 1987. – Vol.12.N1. – P.8-11.

9. Ginsburg, I.H. The psychosocial impact of skin disease: An overview/ I.H. Ginsburg// Dermatol Clin. – 1996. – Vol. 14. – P. 473–484.

10. Gupta, M.A. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient / M.A. Gupta, A.K. Gupta // Clin Dermatol – 2013. – Vol.31, N1. – P.72-9.

11. Hald, M. Quality of life in a population of patients with hand eczema: a six month follow-up study / M. Hald, T.Agner, J.Blands, et al. // Acta Derm Venereol 2011. – Vol. 91(4). – P.484-6.

12. Heller, M.M. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients / M.M. Heller, J.W. Wong, T.V. Nguyen, E.S. Lee, T. Bhutani, A. Menter, J.Y. Koo // Dermatol Clin. – 2012 Apr. – Vol.30, N2. – P.281-91.

13. Higaki, Y. Japanese version of cutaneous body image scale: translation and validation / Y. Higaki, I. Watanabe, T. Masaki et al. // J Dermatol. – 2009. – Vol.36, N9. – P.477-84.

14. Khoury, L.R. Body Image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for Body Image / L.R. Khoury, P.L. Danielsen, J.Skiveren // J. Dermatolog Treat. – 2012 – Vol.15.

15. Ware, J.E. Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey: A general population application / J.E. Ware, C.D Sherbourne, et al. // Eval Health Prof March. – 1997. – Vol. 20. – P. 7-64.