

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaal- ja Haridusteaduskond

Psühholoogia instituut

Ene Pärna

**KROONILISTE DERMATOOSIDE SEOSED PATSIENDI
ELUKVALITEEDI, EMOTSIONAALSE SEISUNDI JA
ISIKSUSE OMADUSTEGA**

Magistritöö

Juhendajad: Anu Aluoja, PhD

Küll Kingo, PhD

Läbiv pealkiri: kroonilised dermatoosid, elukvaliteet, emotsionaalne seisund, isiksuseomadused

Tartu 2013

Kokkuvõte

Krooniliste dermatooside seosed patsiendi elukvaliteedi, emotsionaalse seisundi ja isiksuseomadustega.

Käesolevas magistritöös uuriti krooniliste põletikuliste nahahaiguste seoseid emotsionaalse seisundi ja elukvaliteediga ning analüüsiti haiguse, isiksuseomaduste ja elukvaliteedi vahelisi vastastikuseid seoseid. Selleks kasutati enesekohaseid küsimustikke: Emotsionaalse enesetunde küsimustikku, mis on enesehinnanguline skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks, Rootsi ülikoolide isiksuseskaalat isiksuseomaduste hindamiseks, dermatoloogilise elukvaliteedi küsimustikku (DLQI) ja tervisest sõltuva elukvaliteedi küsimustikku RAND 36. Uuringus osales 136 krooniliste nahahaigustega patsienti ja 40 nahahaiguseta isikut. Töö tulemustest selgus, et psoriaas, ekseem ja akne seostuvad neurootilisust näitavate isiksusejoontega. Haigusgruppidest eristusid aknega patsiendid kõrgema verbaalse agressiooni ja stressile vastuvõtlikkuse poolest. Elukvaliteedi osas oli patsientidel võrreldes tervetega oluliselt madalam nii DLQI kui RAND-36 füüsiline funktsioneerimine kehalised piirangud, energia/väsimus ja emotsionaalse heaolu. Kroonilised dermatoosid seostusid emotsionaalse distressi sümptomitega, eriti insomnia ja üldärevusega. Isiksuse omadustest ennustasid kõige rohkem erinevaid elukvaliteedi aspekte somaatiline ärevus ja kibestumine.

Abstract

Chronic skin disease and its relations with the patient's quality of life, emotional state and personality traits

This master's thesis aimed to study chronic inflammatory skin diseases and their relations to the patient's emotional state and quality of life and it also aims to analyze if there are any associations between the disease, personality traits and quality of life. Following self-rated questionnaires were used: Emotional State Questionnaire, which is a self-report scale to assess

depression and anxiety symptoms; Swedish Universities Scales of Personality to assess personality traits, Dermatology Life Quality Index (DLQI) and a measure of health-related quality of life RAND 36. The study group involved 136 patients with chronic dermatoses and 40 persons without skin disease. The study group involved 136 patients with chronic dermatoses and 40 persons without skin disease. The results show that psoriasis, eczema and acne are related to the neuroticism-spectrum personality traits. Among the disease groups acne patients showed higher in verbal aggression and in stress susceptibility. In quality of life the patients with a disease in comparison to the control group had lower DQLI than RAND 36 in physical functioning, due to physical health, energy/fatigue and emotional well-being. Chronic skin diseases were associated with emotional distress symptoms, especially insomnia and general anxiety. From personality traits the most aspects of quality of life were predicted by somatic trait anxiety and embitterment.

1. Sissejuhatus

Viimane aastakümme on näidanud krooniliste haiguste esinemissageduse tõusu, mida põhjendatakse populatsiooni üldise vananemise, elutingimuste paranemise ja meditsiini arenguga. Kroonilised haigused mõjutavad tugevalt nii patsientide kui ka nende lähedaste elukvaliteeti. Teades krooniliste haiguste suhtelist mõju elukvaliteedile, on võimalik paremini planeerida erinevaid tervishoiuteenuseid (Sprangers et al., 2000). Kroonilise nahahaigusega patsient ei tervistu, vaid põeb haigust kogu elu. Kuna enamasti pole kroonilised nahahaigused eluohustavad, siis seetõttu ongi jäänud nahahaigustega patsiendid meditsiinialaste ametnike, poliitikute ja üldsuse silmis tahaplaanile (Choi & Koo, 2003).

1.1 Kroonilised dermatoosid – mis on teada

Psoriaas ehk soomussammaspool on krooniline mittenakkav retsidiivide ja remissioonidega kulgev põletikuline dermatoos (Kingo, 2010). Haiguse esinemissagedus on erinevates geograafilistes piirkondades märkimisväärselt erinev. Üldpopulatsioonis on sagedus 2% -3%. Mehed ja naised haigestuvad psoriaasi võrdse sagedusega. Esmakordne haiguse avaldumine võib

olla igas vanuses, kuid teada on kaks perioodi, kus haigestumine on sagedasem: 15-25 a vanuselt ja 50-60 a vanuselt (Kingo, 2010; Berth-Jones, 2009). Etiopatogeneesist on teada, et psoriaas on multifaktoriline haigus, kus rolli mängivad geneetilised faktorid ja keskkonnafaktorid. Psoriaasi patsientidest umbes 50%-l põeb sama haigust kas ema või isa (Kingo, 2010). Keskkondlikest faktoritest on teada, et psoriaasihaiged suitsetavad ja tarbivad alkoholi rohkem võrreldes üldpopulatsiooniga (Berth-Jones, 2009). Lisaks on olulise tähtsusega vallandajad infektsioonid (sagedased angiinid, HIV), ravimid (liitium, β -adrenergiliste retseptorite blokaatorid, süsteemsed kortikosteroidid), liigne UV-kiirgus, mehhaanilised ja keemilised tegurid, liigne kehakaal ja stress (Kingo, 2010; Berth-Jones, 2009). Psoriaasi patogeneesis on oluline roll rakulise immuunsüsteemi ebakohases aktiveerumises (Kingo, 2010). Haigus jagatakse kaheks: mittepustulaarne ehk naastuline ja pustulaarne ehk mädavilliline. Diagnoosi täpsustamiseks on terve rida alatüüpe lööbe morfoloogia, kuju, lokalisatsiooni alusel: naastulise puhul tilgakujuline, nummulaarne, nahavoltides, peanahal, erütrodermiline; pustulaarse puhul lokaliseeritud peopesade ja taldade vorm ning generaliseeritud vorm (morbus von Zumbusch). 10-20%-l haigetest kaasneb ka küünte kahjustus ja kuni 42%-l liigeste haaratus. Haiguse kulgemise järgi eristatakse progresseeruvat, statsionaarset ja regressioonistaadiumi (Kingo, 2010).

Ekseem on üldine mõiste erinevate kliiniliste väljendustega haiguste rühma jaoks. Tegemist on nahapõletikuga, kus tekkepõhjustena tulevad kõne alla valdavalt seni täpsustamata endogeensed tegurid, kaasuvad haigused, ravimid, halb toitumus. Mõjutavad ka eksogeensed faktorid, näiteks lokaalsed füüsilised faktorid (kuiv õhk), keemilised traumad, rohke nahapuhastusvahendite kasutamine. Tihe seos on ka pärilike faktorite ja stressiga. Ekseemide korral on tegemist kroonilise ja retsidiveeruva kuluga. Haigust iseloomustab rida sarnaseid tunnuseid: sügelemine, punetus, ketendus, paapulid ja villikesed. Histoloogilise uuringu alusel on sarnasus dermatiidiga. Kliinilise leiu alusel saab eristada mitmeid ekseemi vorme: atoopiline ekseem, düshidrootiline ekseem ehk pomfolüks, käteekseem, mikroobne ekseem, nummulaarne ekseem, asteatootiline ekseem, venoosne ehk staasekseem (Kaur, 2010).

Akne on rasunäärmete ja neid ümbritsevate kudede krooniline põletikuline haigus. Akne on sage nahahaigus teismeliste seas: umbes 90%-l noortest 12-24 aastastest esinevad vistrikud. Probleem võib püsida ka täiskasvanueas: naistest 40-50% ja meestest 30-40% põeb seda haigust ka täiskasvanueas. Samas naised kurdavad oma probleemi sagedamini kui mehed (Kamangar & Shinkai, 2012). Akne korral esineb liigne rasueritus. Viimajuhade liigse sarvestumise tulemusena tekivad komedoonid ja rasunäärmes on soodne elukeskkond bakteritele (*Propionibacter acnes*). Tekib põletik, mis satub ka rasunäärmete ümbritsevasse kudedesse. Kujunevad välja põletikulised sõlmekesed, mädavillid, suured põletikulised sõlmed ning võivad tekkida armid (Abram, 2010). Haiguse ägenemist soodustavad valesti valitud kosmeetikatooted (suure rasvasisaldusega), halb nahahooldus, menstruaatsioonitsükkel naistel, kuum ja niiske keskkond. Kliinilise pildi alusel võib akne jagada järgmiselt komedoonakne, papulopustulaarne akne, tsüstiline akne ja kõige raskem vorm fulminantne akne (Abram, 2010).

Seborroiline dermatiit (SD) on krooniline ägenemistega kulgev nahahaigus, mis lokaliseerub peamiselt juustega kaetud peanahale, näole ja ülakehale (s.t rasunäärmete rohkele nahapinnale). Iseloomulikud on punetavad laigud või naastud, mis on kaetud rasuste kettudega. Üldine levimus on umbes 1-3%, sealhulgas noortel täiskasvanutel 3-5%. Haiguse avaldumisel on kaks „piiki“: imikueas esimesel 3-l elukuul ja teine algab puberteedieast ja kulgeb kuni vanuseni 50-60 aastat. Mehed haigestuvad sagedamini kui naised. SD võib kaasneda reale üldhaigustele: parkinsonism, perekondlik polüneuropaatia, epilepsia, pea- ja seljaaju traumad, koronaarpuudulikkus, alkoholism, diabeet. Samuti esineb raske ja ravile allumatu seborroiline dermatiit sagedamini just HIV nakkuse korral. Haiguse tekkepõhjus on ebaselge, küll aga on olemas seos rasunäärmete aktiivsusega ja soodustav on ka inimese nahal resideeruv pärmitaoline organism *Malassezia/Pityrosporum ovale* (Kaur, 2010; Sampaio et al., 2011).

1.2 Elukvaliteedi erinevad aspektid ja seosed krooniliste dermatoosidega

Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO) on defineerinud elukvaliteeti kui oma elupositsiooni individuaalset tunnetamist nii kultuurilises kontekstis kui väärtustesüsteemis. Tervisest sõltuv elukvaliteet tähendab füüsilist funktsioneerimist, emotsionaalset heaolu, üldist tervise tunnetust

ja sotsiaalset funktsioneerimist (World Health Organisation, 1997). Krooniliste haigete elukvaliteet on üks oluline hinnatav tervisetulemi (*health outcome*) klass. Tulemi hindamiseks nimetatakse terviseseisundis asetleidvate positiivsete/negatiivsete muutuste mõõtmist või seisundi püsimise nentimist. Elukvaliteedi kui tulemi hindamisel on levinuimaks mõõdikuks enesehinnangu küsimustikud. Tervisega seotud elukvaliteet ja vastavad küsimustikud jagunevad geneerilisteks ehk üldisteks ja seisundispetsiifilisteks. Geneerilisi küsimustikke kasutatakse erinevate elanikkonnagruppide ja ka üldrahvastiku elukvaliteedi hindamisel ning need võimaldavad teha rühmadevahelisi võrdlusi. Seisundispetsiifiliste/haiguspetsiifiliste küsimustike kasutamine võimaldab anda sensitiivsema hinnangu mingite haigete grupile oluliste elukvaliteedi aspektide osas (Tammaru, 2004).

Tervisega seotud elukvaliteedi hindamiseks sobivad multidimensionaalsed küsimustikud, mis hindavad füüsilist, funktsionaalset, psühholoogilist/emotsionaalset ja sotsiaalset komponenti.

Enim kasutatud geneeriline küsimustik on RAND 36 ja selle skoorimispehmõtetelt erinev analoog SF-36, mis koosneb kaheksast skaalast: füüsiline funktsioneerimine ja füüsilistest probleemidest tingitud igapäevaelu piirangud, valu, üldine tervis, vitaalsus, emotsionaalsetest probleemidest tingitud piirangud, sotsiaalne funktsioneerimine ja vaimne tervis. Summaarselt mõõdab küsimustik nii füüsilist kui vaimset tervist (Ware, 1986). Haigus-spetsiifilised küsimustikud on seotud konkreetse haigusega, näiteks vähi spetsiifiline- FACT-G, (Fallowfield, 2003) ja nahahaiguste spetsiifiline DLQI (Finlay, 1998).

Psoriaasiga patsientidel on leitud, et haiguse tõttu on neil nii üldine kui haiguspetsiifiline elukvaliteet madalam kui muude nahaprobleemidega isikutel (Ghajarzadeh, Ghiasi, & Kheirkhah, 2012). Samas Misery et al. (2008) ei leidnud krooniliste nahahaiguste vahel olulisi üldise tervisest sõltuva elukvaliteedi erinevusi. Võrreldes teiste krooniliste üldhaigustega on psoriaasahaigete elukvaliteet siiski oluliselt rohkem häiritud ja just seetõttu, et haigus haarab naha, peanaha, küüned, liigesed, võib kaasneda sügelus, ärritus, põletustunne ja valu (Menter et al., 2008). Ka ekseemid mõjutavad nii haiguspetsiifilist kui üldist elukvaliteeti. Boehm et al., (2012) näitas, et kutseekseemi patsientidel ilmnis nahahaiguse tõttu oluline dermatoloogilise elukvaliteedi langus, mis mõjutas ka üldist tervise elukvaliteeti. Eriti häiritud oli patsientide

füüsiline funktsioneerimine. Suuremat dermatoloogilise elukvaliteedi langust on leitud raskematel juhtudel: ulatuslikuma lööbe või suurema arvu allergeenide korral (Agner et al., 2009; Boehm et al., 2012). Aknel, mida üldiselt peetakse lihtsaks haiguseks, on samuti suur mõju patsiendi üldisele elukvaliteedile, nii füüsilisele kui psühholoogilisele. Al Robaee (2009) leidis, et üldine tervisest sõltuv elukvaliteet SF-36-ga hinnates oli akne korral eriti madal füüsilise funktsioneerimise ning füüsiliste ja emotsionaalsete piirangute osas teiste alakomponentidega võrreldes. Samas uuringus hindas 81,5% patsientidest oma tervist kas rahuldavaks või halvaks ja ainult 25% pidas tervist võrreldes eelmise aastaga paremaks.

Kroonilised nahahaigused mõjutavad inimese elukvaliteedi füüsilisi, materiaalseid, sotsiaalseid ja psühholoogilisi aspekte. Füüsiline mõju tähendab lööbe ulatust, aktiivsust ja asukohta. Mõnikord on löövet vähe, näiteks psoriaas labakätel või akne näol, kuid haigus mõjutab inimest tunduvalt rohkem kui mujal kehal olev ulatuslikum lööve (Zachariae et al., 2002). Füüsiliste sümptomite alla kuuluvad ka sügelus ja ketendus. Näiteks psoriaasi puhul on sügelus seotud depressiooni raskusega: sügeluse suurenedes kasvab depressiivsus (Choi & Koo, 2003). Kuna käte ekseem on tugevalt sügelev nahahaigus, siis 81% haigetest on oma haiguse tõttu päeva jooksul teatud määral häiritud (Fowler et al., 2006). Materiaalselt mõjutavad nahahaigused inimest mitmeti. Oluline on ravi maksumus, sest nii ravimid kui nahahoolduseks kasutatavad baaskreemid on kallid. Haiguse ägenemisel kaotab patsient tööaega ja raha, sest võib vajada haiglaravi. Näiteks umbes 60% psoriaasi patsientidest puudub töölt psoriaasi tõttu ja 34% peavad oma töötuse põhjuseks psoriaasi (Finlay & Coles, 1995). Haiguse sotsiaalne mõju võib ilmned suhtlemisel, seksuaalses käitumises ja spordisaalide, ujulate, juuksuri külastamisel, mis kroonilistel nahahaigetel probleeme tekitab. Ligikaudu 26% psoriaasi patsientidest on kogenud, et teised ei taha neid puudutada (Gupta & Gupta, 1998). Sagedased on neil patsientidel sotsiaalse tõrjutuse kogemused ja raskused seksuaalelus (Hong, Koo & Koo, 2008). Akne mõjutab inimese välimust just noores eas, kui ollakse sotsiaalselt tundlikum. Noorukite uuringud on näidanud, et eriti tugevama sümptomaatikaga aknega inimestel on raskusi lähisuhetega ja rohkem kiusamiskogemusi (Halvorsen et al., 2011, Walker & Lewis-Jones, 2006). Samas isegi vähese akne lööbega patsientide puhul võib nende sotsiaalne suhtlemine olla häiritud (Thomas, 2005).

Dermatoloogiliste haiguste puhul võivad umbkaudu ühel kolmandikul patsientidest tähtsust omada psühhosomaatilised faktorid. Kirjanduses on rohkelt viiteid kompleksele, kahepoolsele suhtele psühholoogiliste faktorite ja dermatoloogilise haiguse vahel. (Jankovic et al., 2009). Selliste haiguste hulka kuuluvad psoriaas (Picardi et al., 2005, Evers et al., 2005), atoopiline dermatiit, koldeline alopeetsia, vitiliigo ja akne (Gupta & Gupta, 1998). Psühholoogilistest teguritest on seoses krooniliste nahahaigustega rohkem uuritud emotsionaalse seisundi muutusi: masendust, ärevust, häbitunnet, abitust ja viha. Erinevate nahahaiguste korral on seosed emotsionaalse distressi sümptomitega erinevad. Kõige rohkem on uuritud psoriaasi ja on leitud, et haigus on seotud mitmesuguste psühholoogiliste konstruktiividega, nagu näiteks madal enesehinnang, enesetapumõtted, muretsemine ja stress (Heller, Lee, & Koo, 2011). Psoriaasil on ka üsna märkimisväärne komorbiidsus psühhiaatriliste haigustega nagu depressioon, ärevus ja ainete kuritarvitamine. (Rieder & Tausk, 2012). Depressiooni on psoriaasiga patsientidel leitud 10-62% ja see on oluliselt sagedasem võrreldes teiste nahahaigustega. (Akay et al., 2002, Hayes & Koo, 2010, Rieder & Tausk, 2012). Fried, Gupta ja Gupta (2005) uuringus ilmnes, et ühel kolmandikul psoriaasiga patsientidest oli depressioon ja ärevus juba ainuüksi psoriaasi diagnoosi tõttu. Enamuses uuringutest on küll hinnatud depressiooni sümptomeid, mis võivad olla distressi näitajaks ning esinevad sagedamini kui vastav diagnostiline kategooria. Siiski näitas Kurd, Troxel, Crits-Christoph ja Gelfand (2010) uuring, et psoriaasipatsientide haigestumus depressiooni kliiniliste diagnooside alusel oli võrreldes tervetega oluliselt kõrgem. Enesetapumõteteid on leitud 3-10% psoriaasihaigetel (Gupta, Gupta, Ellis, & Koblenzer, 2005; Picardi et al, 2005). Psoriaasiga patsientide ärevuse uuringuid on vähem ja need on andnud vastuolulisi tulemusi. Näiteks Kilic, Gülec, Gil ja Gülec (2008) ei leidnud psoriaasi ja ärevuse vahel seost, samas Kurd et al., (2010) sedastas psoriaasiga isikutel oluliselt kõrgema ärevuseriski. Psoriaasi on seostatud patoloogilise muretsemise ja sotsiaalärevuse sümptomitega (Rieder & Tausk, 2012). Siiski on sotsiaalärevuse uuringuid psoriaasiga inimestel üllatavalt vähe, arvestades selle haiguse olulist sotsiaalset mõju. Samas ei ole väga häid andmeid, kus võrreldakse psoriaasi teiste krooniliste nahahaigustega või nahahaigust mittepõdevatega isikutega.

Ekseemide uuringus, kus hinnati ärevuse ja depressiooni sümptomite esinemist, selgus, et ligi pooltel käte ekseemi patsientidel olid piirialase ärevuse sümptomid ja 20%-l kõrge ärevuse skoor, mis oli võrreldes üldpopulatsiooniga (3-6%) oluliselt sagedasem (Bohem et al., 2012). Aknepatsientidel esineb ärevust, depressiooni ja madalat enesehinnangut (Gupta & Gupta, 1998, Rapp et al., 2004). Seborroilise dermatiidi puhul ilmneb emotsionaalne mõju rohkem naistel ja rohke lööbe korral. Võrreldes psoriaasiga on haiguse emotsionaalne mõju väiksem, aga aknega võrreldes samasugune (Peyri et al., 2007). Erinevate nahahaiguste emotsionaalse distressi sümptomite võrdlusuuringuid on vähe ja nende tulemused on vastuolulised. Töös, kus võrreldi aknet, psoriaasi, atoopilist dermatiiti/ekseemi ja koldelist alopeetsiat, ilmnes, et akne ja psoriaasi patsientidel oli võrreldes ekseemigrupiga kõrgem depressiivsus ja sagedasemad enesetapumõtted (Gupta & Gupta, 1998). Teisalt Mizara, Papadopoulos ja McBride (2012) ei leidnud olulist depressiivsuse ja ärevuse erinevust psoriaasiga ja ekseemiga isikutel. Samuti on uuringuid, kus üldse pole leitud krooniliste nahahaigustega patsientidel olulisi depressiivsuse ega ärevuse erinevusi tervete isikutega võrreldes (Magin et al., 2008).

Eestis on tehtud kaks tööd, kus on uuritud kroonilise nahahaiguse ja emotsionaalse enesetunde vahelisi seoseid. Ühes neist võrreldi raske aknega patsientide emotsionaalset seisundit samavanuste isikutega üldpopulatsioonist ja vaadeldi enesetunde muutumist ravi käigus. Tulemustest selgus, et enne ravi oli patsientidel võrreldes tervetega oluliselt kõrgem depressiooni, üldärevuse, sotsiaalärevuse, väsimuse ja insomniatase. (Kukk et al., 2004). Teine uurimus käsitles psoriaasihaigete emotsionaalset enesetunnet lähtuvalt haiguse raskusest võrrelduna kontrollgrupiga. Tulemustest ilmnes, et raskema ning ulatuslikuma psoriaasi korral oli oluliselt kõrgem depressiooni tase ja kergema ning vähem ulatuslikuma psoriaasi korral ärevuse ja paanika-agofoobia tase (Pärna et al, 2007).

1.3 Isiksusejooned ja kroonilised dermatoosid

Inimesed on isiksusejoontelt erinevad, need erinevused on püsivad ning avalduvad inimese käitumises, tunnetes, suhtumises ja hoiakutes (Allik, 2003). Kroonilised nahahaigused on enamasti multifaktoriaalsed ning üheks vallandavaks/ägestavaks teguriks võib olla

emotsionaalne stress (Al'Abadie, Kent, & Grawkrodger, 1994). Seega võiks oletada, et vähemalt need isiksusejooned, mis on seotud kõrgema stressitundlikkusega, võiksid ka krooniliste nahahaigustega seotud olla. Näiteks psoriaasi puhul on, kasutades Minnesota mitmefaasilist isiksuse küsimustikku, leitud nn. spetsiifiline „neurootiline triaad“: kõrgenenud depressiooni, hüphondria ja hüsteeria skooridega. Sellise profiiliga inimestel võib sagedamini olla psühhosomaatilisi reaktsioone ja negatiivseid emotsioone. Samuti oli selliste joontega patsientidel halvem kliiniline seisund (Kotrulja, Tadinack, Jokic-Begik, & Gregurek, 2010). Atoopilise ekseemi korral on väidetud et neil patsientidel on spetsiifiline isiksuse profiil, mis teeb isikud haiguse suhtes haavatavamaks (Buske-Kirschbaum et al., 2008). 1990-aastate uuringud on näidanud kõrgenenud ärevusvalmiduse ja vaenulikkuse taset (White, Horne, & Varigos, 1990). Samuti on atoopilise ekseemi korral olulised niisugused isiksusejooned nagu ärevusvalmidus, häbelikkus ja ebakindlus, mis nahahaigustega võivad seostuda HPA (hüpotaalamus-hüpofüüs-neerupealis) telje ja SAM (sümpato-adrenomedullaarne) süsteemi kaudu (Buske-Kirschbaum et al., 2008). Nii psoriaasi kui atoopilise ekseemi korral on leitud kõrgemat kahju vältimist, mis on eelkõige neurootilisusega seotud konstrukt (Kılıç et al., 2006). Seega on krooniliste nahahaigustega seostatud just neurootilisust iseloomustavaid jooni, kusjuures olulisi haigustevahelisi erinevusi neurootilisuse tasemes pole ilmnenud (Magin et al., 2008). Nahahaigustega patsientidel on tervete inimestega võrreldes sagedamini täheldatud ka isiksushäirete jooni. Rasouljan, Ebrahimi, Zare ja Taherifar, (2010) leidsid mitmesuguste nahahaigustega patsientidel sagedamini DSM-IV äreva klasteri isiksushäirete (obsessiiv-kompulsiivne, vältiv, sõltuv) jooni, mis samuti viitavad kõrgemale neurootilisusele ja stressitundlikkusele. Erinevusi psoriaasi ja atoopilise ekseemi vahel on leitud pigem suhete ja suhtlemisvalmidusega seotud omadustes. Nii on psoriaasipatsientidel võrreldes tervetega leitud kõrgemat tasusõltuvust ning kiindumisele ja altruistlikkusele viitavaid jooni, atoopilise dermatiidi puhul aga madalamat tasusõltuvust ja vähest sotsiaalset tundlikkust (Bahmer et al., 2007; Kilic et al., 2008; Kim et al., 2006.). On uuritud ka üksikuid isiksusekonstrukte, nagu aleksitüümia, mida klassikaliselt seostatakse psühhosomaatiliste haigustega (Sifneos, 1996). Eriti psoriaasipatsientidel on leitud sagedasemat aleksitüümsust võrreldes nii tervete kui teiste

nahahaigustega inimestega (Picardi et al., 2005; Richards et al., 2004), mis viitab raskustele emotsioonide väljendamises. Kuigi mõningaid seoseid on leitud, on siiski väidetud, et pole piisavat alust kinnitada nahahaigustele spetsiifiliste isiksuse omaduste olemasolu (Verhoeven et al., 2008).

Isiksuse omadustega seotud hoiakud ja käitumisviisid võivad mõjutada nahahaigusi, eriti aga seda, kuidas inimene oma haigusega kohaneb ja sellega toime tuleb. See, kuivõrd krooniline nahahaigus inimese elu häirib ei pruugi sõltuda ainult sümptomitest ega haigusest tingitud piirangutest. Näiteks on andmeid, et akne puhul võivad patsientide elukvaliteeti mõjutada nii sotsiaalse tundlikkuse kui vihaga seotud isiksusejooned (Krjeci-Manwaring et al., 2006, Rapp et al., 2004). Vihakalduvus seostus nii üldise kui haigusspetsiifilise elukvaliteediga, samuti, ravisoovitustest kinnipidamise ja ravitulemustega rahuloluga.

Eelneva kokkuvõtteks tuleb tõdeda, et uuringuid, mis võrdleksid erinevate krooniliste dermatoside korral esinevate psühholoogiliste tegurite erinevusi/osakaalu, on vähe. Põhilised võrdlusuuringud on teiste üldiste krooniliste haigustega. Väga vähe on töid, kus pööratakse tähelepanu ka isiksuse omadustele.

1.4 Käesolev töö

Töö eesmärgiks oli hinnata krooniliste põletikuliste nahahaiguste seost haige emotsionaalse seisundi ja elukvaliteediga. Lisaks analüüsisime vastastikusi mõjusid haiguse, isiksuseomaduste ja elukvaliteedi vahel. Kuna Eesti kohta puuduvad varasemad uurimused, siis on käesolev töö ka esmase ülevaate saamiseks oluline.

Hüpoteesid:

1. Krooniliste dermatosidega patsiendid on tervetega võrreldes kõrgema depressiooni, üldärevuse ja sotsiaalärevuse tasemega. Depressioonisümptomid on rohkem väljendunud psoriaasiga patsientidel, ärevuse ja sotsiaalärevuse sümptomid aknepatsientidel.

2. Kõigi uuritavate haiguste korral on nii üldine tervisest sõltuv kui dermatoloogiline elukvaliteet madalam kui tervetel.
3. Krooniliste nahahaigustega seostuvad neurootilisust näitavad isiksusejooned.
4. Krooniliste nahahaiguste puhul seostuvad elukvaliteediga agressiivsust ja sotsiaalset seotust näitavad isiksusejooned.

2. Meetod

Käesolev töö oli läbilõikeline uuring SA TÜK Nahahaiguste kliinikusse nahaarstile 2011. aasta oktoobrist kuni 2012. aasta septembrini pöördunud psoriaasi, ekseemi, seborroilise dermatiidi ja täiskasvanuea aknega patsientidest. Kontrollgrupi moodustasid terved vabatahtlikud, kes ei põdenud/ei olnud põdenud eelnimetatud nahahaigusi ja pöördusid SA TÜK Nahahaiguste kliinikusse tüügaste/healoomuliste nahakasvajate kontrolliks või olid meditsiinitöötajad. Uurimuse läbiviimiseks oli olemas heakskiit Tartu Ülikooli Kliinikumilt ja Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteelt.

2.1 Valim

Uurimuses osales kokku 176 isikut, kes jagunesid järgmiselt: psoriaas – 40 patsienti, ekseem – 41 patsienti, akne – 40 patsienti, seborroiline dermatiit – 15 patsienti, kontroll – 40 isikut. Kõik uuritavad olid vähemalt 18 aastat vanad ja olid andnud informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks peale kirjalikku ja suulist teavitamist uuringu eesmärkidest ja meetoditest.

Kõigi uuritavate vanus oli 19-78 aastat (*keskmine 38,9 aastat; standardhälve (SH) 14,5 mediaanvanus 37*). Vanuseline jaotuvus haigusgruppide osas oli järgmine: psoriaasi grupis 19-62a (*keskmine vanus 41,8 aastat, SH 12,2, mediaanvanus 43*), ekseemi grupis 23-78a (*keskmine vanus 47,4 aastat, SH 13,5, mediaanvanus 46,5*), akne grupis 19-39a (*keskmine vanus 24,5 aastat, SH 5,23, mediaanvanus 22,5*), seborroilise dermatiidi grupis 22-66a (*keskmine vanus 34,9 aastat, SH 14,1, mediaanvanus 30,5*), kontrollgrupis 21-74a (*keskmine vanus 42,1 aastat, SH 13,9, mediaanvanus 41*).

Uuritavatest 69 (39,2%) olid mehed ja 107 (60,8%) olid naised. Uuringugruppide sooline jaotus on esitatud tabelis 1 .

2.2. Kasutatavad mõõdikud

- a) Uuritava üldandmete küsimustik – sugu, vanus, haigestumise aeg, kestvus, kulg, lööbe lokalisatsioon, lööbeelementide hulk, senine ravi, haiguse perekonnas esinemine, kahjulikud harjumused, kaasuvate üldhaiguste esinemine
- b) Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2) on enesehinnanguline skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks (välja töötatud Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliinikus, Aluoja et al., 1999). Koosneb 28 väitest ja sisaldab 5 alaskaalat: depressioon (DEP), üldärevus (ÜÄR), paanika-agerafoobia (PAF), väsimus (AST), unehäired (INS). EEK-2 sisaldab ka kahte väidet sotsiaalärevuse kohta, mida käesolevas töös kasutame omaette alaskaalana. Iga väitekohta on viis vastuse varianti: „ üldse mitte”, „harva”, „mõnikord”, „sageli”, „pidevalt”. Äralõikepunktid alaskaalade osas on järgmised: DEP ≥ 12 , ÜÄR ≥ 12 ,
- c) Dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik (Finlay & Khan, 1994), koosneb 10-st nahahaige elukvaliteeti näitavast küsimusest. Iga küsimus hindab, kui palju nahaprobleem on mõjutanud inimese elu viimase nädala jooksul, vastusevariante on neli: väga, küllaltki palju, natuke, üldse mitte. Igale vastusele vastab kindel number ja lõpuks need summeeritakse. Kõrgemad summaarsed väärtused näitavad madalamat elukvaliteeti. Mõju hindamiseks kasutatakse järgmisi vahemikke: 0-1 ei ole mõju inimese elule; 2-5 väike mõju; 6-10 mõõdukas mõju; 11-20 väga suur mõju; 21-30-erakordselt suur mõju
- d) Rootsi ülikoolide isiksuseskaala SSP (Gustavsson et al., 2000, eestikeelne versioon Aluoja et al., 2009), koosneb 91 väitest, sisaldab 13 alaskaalat: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikkus stressile, kehtestavuse puudumine, impulsiivsus, seikluste otsimine, isoleerumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärrituvus, umbusklikkus, verbaalne agressioon, füüsiline agressioon. Iga alaskaala koosneb 7 väitest ja iga väite kohta on neli

vastusevarianti: „ei kehti üldse”, „ei kehti kuigivõrd”, „kehtib päris hästi”, „kehtib täiesti”. Skaalade tulemused on esitatud T-skoorida.

- e) RAND-36 küsimuseline tervisega seotud elukvaliteedi ülevaade, sisaldab 8 alaskaalat: füüsiline funktsioneerimine (kehaline seisund), kehalised piirangud igapäevaelus, emotsionaalsed piirangud igapäevaelus, energia/väsimus, emotsionaalne heaolu, sotsiaalne toimetulek, valu, üldtervislik seisund (Hays & Sherbourne, 1992). Alaskaalade kõrgemad summaarsed väärtused näitavad paremat elukvaliteeti.

2.3. Protseduur

Uuringugruppi kuuluvad isikud anketeeriti (vt.lisad). Ettepaneku uuringus osalemiseks ja küsimustike täitmiseks tegi uurija, olles eelnevalt selgitanud uuringu eesmäärke ja meetodeid. Uuringus osalemine oli anonüümne ja uuringu küsimustikele vastasid uuritavad ise. Uuritavad, kes andsid informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks, vastasid küsimustele kohapeal ning tagastasid küsimustikud arst-uurijale.

2.4. Andmeanalüüs

Normaaljaotuse testimisel ja gruppidevaheliste erinevuste testimisel kasutati GraphPad Prism 4 tarkvara (GraphPad Software, San Diego, CA, USA). Normaaljaotusele vastavust testiti Kolmogorov-Smirnov'i testi abil. Gruppidevaheliste erinevuste testimiseks kasutati normaaljaotuse korral ühefaktorilist disperisoonanalüüsi, mõõtmistulemuste Gaussi jaotusele mittevastavuse korral Mann-Whitney U-testi ja Kruskal-Wallis'i testi. Isiksusejoonte ja elukvaliteedi näitajate vaheliste suhete uurimiseks kasutati kõigepealt Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Nende muutujate seoste uurimiseks, mille korrelatsioonid osutusid oluliseks, kasutati mitmest lineaarset regressioonianalüüsi.

3. Tulemused

3.1 Haigusgruppide üldandmed

Patsientide jaotuvus vanuse ja soo järgi gruppide lõikes on näidatud tabelis 1.

Haigusgruppide lõikes 52,5% psoriaasihaigetest moodustasid 42-65 aastased, ekseemihaigetest 58,6% 34-57 aastased, aknehaigetest 65% 18-25 aastased, seborroilise dermatiidi haigetest 66,7% oli vanuses 18-33 aastat.

Tabel 1 Uuritavate absoluutne ja protsentuaalne arv vanusegruppide ja soo lõikes

Vanuse rühmad (aastates)	Psoriaas		Ekseem		Akne		SD		Kontroll	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-25	5	12,5	2	4,9	27	67,5	4	26,7	5	12,5
26-33	6	15	4	9,8	9	22,5	6	40	10	25
34-41	8	20	8	19,5	4	10	1	6,7	6	15
42-49	8	20	7	17,1	0	0	0	0	6	15
50-57	10	25	9	22,0	0	0	2	13,3	8	20
58-65	3	7,5	7	17,1	0	0	1	6,7	3	7,5
66-74	0	0	3	7,3	0	0	1	6,7	2	5
75-81	0	0	1	2,4	0	0	0	0	0	0
Mehed	22	55	16	39	6	15	8	53,3	17	42,5
Naised	18	45	25	61	34	85	7	46,7	23	57,5

SD= seborroiline dermatiit, N=patsientide arv

Haigusprotsessi ulatuse ja lokalisatsiooni järgi jagunemine oli järgmine: psoriaasihaigetel nahapinna haaratus kuni 10% kehapinnast 11 patsiendil, 11-50% 24 patsiendil ja 51-90% 5

patsiendil, ekseemi grupis haaratus kuni 10% kehapinnast 19 patsienti, 11-50% 19 patsienti, 51-90%-3 patsienti. Akne korral oli kõigil juhtudel haaratud nägu, lisaks oli 14 patsiendil lööbes ka kael, 15 patsiendil dekoltee piirkond ja 17 patsiendil selg. Seborroilise dermatiidi korral kõigil juhtudel oli haaratud peanahk ja/või nägu, ühel juhul oli lisaks eelnevale lokaliseerimisele ka lööve rinnakul. Haigusprotsessi kestvus oli psoriaasigrupis ühest kuust kuni 42 aastani (*keskmine 14,5 aastat*), akne grupis 2 aastast kuni 22 aastani (*keskmine 9,5 aastat*), ekseemi grupis 2 kuust kuni 40 aastani (*keskmine 9,9 aastat*), seborroilise dermatiidi grupis 1 aastast kuni 25 aastani (*keskmine 7,6 aastat*). Haiguse kulu alusel oli 75%-l psoriaasi, 77,5%-l akne, 83% ekseemi ja 80% seborroilise dermatiidi haigetest haigusprotsess ägedas faasis ja lööve progresseerumas. Kollete arvu järgi oli kõigis haigusgruppides 67,5-77,5%-l hulgaliselt haiguskoldeid, ainult seborroilise dermatiidi grupis oli 53% hulgaliste haiguskolletega patsiente.

Kahjulike harjumuste osas oli psoriaasi grupis suitsetajaid 45% ja mittedsuitsetajaid 55%. Ekseemi, seborroilise dermatiidi ja akne gruppides ei olnud suitsetamine levinud, s.o. 2/3 olid mittedsuitsetajad. Kaasuvaid üldhaigusi oli ekseemigrupis 16-l, psoriaasigrupis 17-l, aknegrupis 2-l ja seborroilise dermatiidi grupis 3-l patsiendil. Kontrollgrupis oli kaasuvaid haigusi 3-l isikul. Kaasuvatest üldhaigustest esinesid diabeet, liigeshaigused, kõrge vererõhk, kilpnäärmehaigused, migreen, astma.

3.2. Emotsionaalse seisundi erinevused uuringugruppide vahel

Kasutades emotsionaalse enesetunde küsimustiku äralõikepunkte selgus, et psoriaasahaigetest 10 (25%) omab äralõikepunktist kõrgemaid väärtusi depressiooni skaalal ja 14 (35%) üldärevuse skaalal. Seborroilise dermatiidiga patsientidest 5-l (33,3%) olid üldärevuse skaalal kõrgemad väärtused. Ekseemiga patsientidest 26%-l olid probleemid depressiooni ja üldärevuse sümptomitega. Akne patsientidel esinesid nii depressiooni (16 patsienti, 40% patsientidest) kui üldärevuse (12 patsienti, 30% patsientidest) sümptomeid. Tabelis 2 on esitatud uuritavate gruppide EEK alaskaalade keskmiste võrdluse tulemused.

Olulised gruppidevahelised erinevused ilmnusid üldärevuse ja insomnia osas. Gruppidevaheline võrdlus näitas, et aknega patsientidel oli kontrollgrupiga võrreldes oluliselt rohkem üldärevust ($p=0,006$).

Tabel 2 Emotsionaalse enesetunde küsimustiku keskmised väärtused uuritavate gruppide lõikes ja dispersioonanalüüsi tulemused

	Psoriaas		Ekseem		Akne		SD		Kontroll		F/H(DF)	p
	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH		
Depressioon	8,1	6,5	7,6	5,8	9,5	5,4	7,9	6,8	5,8	5,1	1,99(4,170)	0,098
Üldärevus	9,1	4,9	8,0	5,4	9,4	4,6	9,3	5,2	5,7	3,9	3,91(4,171)	0,005
Sotsiaalärevus	1,3	1,6	1,5	1,6	1,8	1,9	1,7	2,4	0,8	1,1	7,24(4,171)	0,12
Paanika- agorafoobia	1,5	3,0	0,7	1,8	1,2	2,4	1,6	3,4	0,2	0,6	9,40(4,171)	0,052
Väsimus	6,2	4,2	6,3	4,1	6,9	3,9	6,0	4,1	4,5	3,3	2,16(4,171)	0,075
Insomnia	5,9	3,7	5,3	3,5	4,1	3,0	4,2	3,2	2,5	2,9	22,16(4,171)	<0,001

Märkus: EEK= emotsionaalse enesetunde küsimustik, SD= seborroiline dermatiit, K= keskmine, SH= standardhälve, F= ANOVA F-statistik, H=Kruskal-Wallis testi H-statistik, kasutati sotsiaalärevuse, paanika-agorafoobia ja insomnia alaskaalade korral, DF=vabadusastmete arv, p=olulisuse nivoo

Psoriaasiga patsientidel oli kontrollgrupiga võrreldes oluliselt rohkem üldärevuse ($p=0,018$) ja insomnia ($p<0,001$) sümptomeid ning ekseemiga patsientidel insomnia sümptomeid ($p=0,002$).

Võrreldes omavahel kogu patsientidegruppi kontrollgrupiga, selgus, et patsientidel olid oluliselt kõrgemad skoorid nii depressiooni ($F(1,173)=5,89$, $p=0,016$), üldärevuse ($F(1,174)=14,05$, $p<0,001$), sotsiaalärevuse ($Z(174)=6,25$, $p=0,018$), paanika-agorafoobia ($Z(174)=2,29$, $p=0,022$), väsimuse ($F(1,174)=8,02$, $p=0,005$) kui insomnia ($Z(174)=4,10$, $p<0,001$) alaskaaladel.

3.3. Elukvaliteedi küsimustike tulemuste analüüs

Dermatoloogilise elukvaliteedi küsimustiku skooritud summa analüüsil selgus, et nahahaigus mõjutab patsiendi elukvaliteeti 117 patsiendil 136-st, s.o 86%-l. Kontrollgrupis mõju elukvaliteedile ilmnes 5 patsiendil ehk 12,5%-l. Nahahaigusega patsientidest 23%-l mõjutab haigus elukvaliteeti kas väga suurel või erakordselt suurel määral. Kontrollgrupis neljal patsiendil ilmnes väike mõju ja ühel suur mõju elukvaliteedile. Haiguste osas on rohkem häiritud oma haiguse tõttu psoriaasi, akne ja ekseemi haiged, oluliselt vähem seborroilise dermatiidiga haiged.

Dermatoloogilises elukvaliteedis ilmnesid olulised gruppidevahelised erinevused ($H=86,99$, $p<0,0001$) Statistiliselt oluliselt kõrgemad väärtused esinesid ekseemi ($p<0,001$), psoriaasi ($p<0,001$) ja aknega ($p<0,001$) patsientidel võrreldes kontrollgrupiga.

Haigusgruppide vahel oluliselt kõrgemad väärtused esinesid ekseemi grupis võrreldes seborroilise dermatiidi grupiga ($p<0,01$) ja akne grupiga ($p<0,01$).

Tabelis 3 on toodud tulemused kaheksa alaskaala osas haigusgruppide lõikes.

Gruppidevahelised erinevused esinesid füüsilise funktsioneerimise, igapäevaelu füüsiliste piirangute, energia/väsimuse, emotsionaalse heaolu ja valu alakomponentides. Akne patsientidel ilmnesid võrreldes kontrollgrupiga oluliselt kõrgemad väärtused füüsilise funktsioneerimise ($p<0,001$) ja kehaliste piirangute ($p<0,05$) ning madalamad väärtused emotsionaalse heaolu ($p<0,05$) alakomponentidel. Ekseemipatsientidel ilmnesid võrreldes kontrollgrupiga madalamad väärtused energia/väsimuse ($p<0,05$) ja valu ($p<0,01$) alakomponentides. Psoriaasipatsientidel ilmnesid võrreldes kontrollgrupiga madalamad väärtused energia/väsimuse ($p<0,01$) ja emotsionaalse heaolu ($p<0,01$).

Haigusgruppide omavahelisel võrdlusel ilmnesid ekseemipatsientidel oluliselt madalamad väärtused füüsilise funktsioneerimise (kehalise seisundi) ($p<0,001$), igapäeva kehaliste piirangute ($p<0,05$) ja valu alakomponentide osas ($p<0,01$) võrreldes akne patsientidega. Võrreldes seborroilise dermatiidiga olid ekseemipatsientidel madalam füüsilise funktsioneerimine ($p<0,05$). Psoriaasi patsientidel esines oluliselt suurem häiritus füüsilise funktsioneerimise (kehalise

seisundi) osas võrreldes akne patsientidega ($p<0,001$) ja seborroilise dermatiidiga ($p<0,05$). Psoriaasipatsiendid hindasid võrreldes akne patsientidega oma üldtervislikku seisundit oluliselt halvemaks ($p<0,05$). Ka esines psoriaasipatsientidel suurem emotsionaalse heaolu häiritus ($p<0,05$). Akne patsiendid võrreldes seborroilise dermatiidi patsientidega olid emotsionaalse enesetunde osas rohkem häiritud ($p<0,05$).

Tabel 3 RAND kaheksa alaskaala keskmised väärtused, standardhälbed ja dispersioonanalüüsi tulemused

	Kontroll		Akne		Ekseem		SD		Psoriaas		H	p
	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH		
Füüsiline funktsioneerimine	82,0	25,8	95,8	5,4	77,6	23,2	80,0	41,4	77,9	27,3	22,47	<0,001
Kehalised piirangud igapäevaelus	78,8	34,7	91,3	17,5	66,5	38,6	71,1	41,5	66,9	42,9	9,63	0,022
Emotsionaalsed piirangud igapäevaelus	74,2	35,9	65,0	36,2	64,2	44,4	48,7	21,2	60,0	46,7	3,79	0,285
Energia/ väsimus	59,1	21,5	48,6	19,2	47,8	21,9	61,6	23,0	47,4	21,7	6,61	0,085
Emotsionaalne heaolu	73,5	21,2	64,4	13,8	64,1	20,5	79,3	29,3	61,2	22,5	8,97	0,030
Sotsiaalne toimetulek	84,0	25,2	75,0	20,5	70,6	26,9	82,2	27,9	70,7	30,4	4,46	0,216
Valu	76,2	26,5	80,6	20,4	60,7	29,5	62,0	26,8	65,5	29,1	11,89	0,008
Üldtervislik seisund	61,9	24,5	68,0	19,7	56,3	22,1	62,0	26,8	53,2	22,1	10,71	0,013

Märkus: SD= seborroiline dermatiit, K=keskmine, SH= standardhälve, p=olulisuse nivoo, H= Kruskal-Wallise statistik

3.5. Isiksuseomadused uuringugruppide lõikes

Tabel 4 Rootsi ülikoolide isiksuseskaala (SSP) keskmised väärtused haigusgruppide lõikes ja dispersioonanalüüsi tulemused

	Kontroll		Akne		Ekseem		SD		Psoriaas		F /H (DF)	p
	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH	K	SH		
Somaatiline ärevus	48,0	8,5	54,5	8,3	54,0	12,3	55,8	9,6	55,9	14,0	13,61 (4,171)	0,009
Psüühiline ärevus	49,8	9,2	55,3	10,0	53,2	11,3	54,4	10,1	52,7	9,2	0,44 (4,171)	0,728
Vastuvõtlikkus stressile	49,5	11,3	57,3	9,4	51,0	10,8	54,6	6,8	52,7	9,7	3,03 (4,171)	0,032
Kehtestavuse puudumine	48,3	9,1	53,8	10,2	52,9	11,2	50,8	9,0	54,0	10,3	2,79 (4,171)	0,042
Impulsiivsus	42,7	10,3	46,7	10,4	46,4	12,4	43,8	11,1	46,5	11,8	1,17 (4,171)	0,323
Seikluste otsimine	47,7	10,6	48,7	9,6	48,2	9,5	46,5	9,4	46,8	11,2	0,89 (4,171)	0,828
Isoleerumine	51,1	8,4	49,1	10,9	52,2	11,0	49,2	10,3	50,3	9,1	7,97 (4,171)	0,335
Sotsiaalne soovitavus	47,9	9,7	47,8	8,7	52,0	10,5	50,8	12,0	48,9	9,4	5,81 (4,171)	0,121
Kibestumine	49,5	9,6	52,0	8,0	52,4	11,5	50,0	9,7	54,3	12,4	0,68 (4,171)	0,568
Ärrituvus	48,1	8,7	53,5	7,6	49,9	10,3	50,1	10,0	52,3	11,3	3,65 (4,171)	0,302
Umbusklikkus	49,9	10,4	52,6	10,5	50,9	10,4	49,8	10,0	52,4	12,2	0,37 (4,171)	0,778
Verbaalne agressioon	46,7	10,7	54,3	9,1	46,0	10,7	50,0	9,7	50,0	9,2	4,98 (4,171)	0,003
Füüsiline agressioon	48,0	10,5	50,2	10,8	47,5	10,7	48,4	7,3	52,5	9,5	6,51 (4,171)	0,089

Märkus: SD= seborroiline dermatiit, K= keskmine, SH= standardhälve, F= F statistik, H= Kruskal-Wallise testi statistik, kasutati somaatilise ärevuse, seikluste otsimise, isoleerumise, sotsiaalse soovitavuse ja ärrituvuse alakomponentide korral, DF= vabadusastmete arv

Tabelis 4 on toodud haigusgruppide ja kontrollgrupi võrdluses saadud tulemused isiksuseskaalade kaupa.

Isiksusejoonte olulised gruppidevahelised erinevused ilmnedid somaatilises ärevuses, vastuvõtlikkuses stressile, kehtestavuse puudumises ja verbaalses agressioonis. Aknepatsientidel oli võrreldes kontrollgrupiga oluliselt kõrgem somaatiline ärevus ($p=0,037$), stressile vastuvõtlikkus ($p=0,005$) ja verbaalne agressioon ($p=0,002$). Psoriaasiga patsientidel oli kontrollgrupist kõrgem somaatiline ärevus ($p=0,025$) ja olulisusele lähedane erinevus kehtestavuse puudumises ($p=0,05$). Isiksusejoonte olulised erinevused haigusgruppide vahel ilmnedid aknega patsientidel võrreldes ekseemiga verbaalses agressioonis ($p<0,001$) ja vastuvõtlikkuses stressile ($p<0,01$). Teiste isiksusejoonte osas haigusgruppide vahelisi statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud.

3.6 Isiksusejoonte seosed elukvaliteediga

Kogu patsientide grupis (N=136) uuriti, kuidas isiksusejooned seostusid elukvaliteedi näitajatega. Üksiktunnuste vaheliste seoste leidmiseks teostati korrelatsioonianalüüs. Tulemused on näidatud tabelis 5.

Seejärel teostati mitmene lineaarne regressioonianalüüs patsientide grupi nende muutujatega, mille korrelatsioonid elukvaliteedi näitajatega osutusid oluliseks. SSP somaatiline ärevus oli ainus isiksusejoon, mis iseseisvalt ennustas madalamat nahahaiguste spetsiifilist elukvaliteeti DLQI järgi ($\beta = 0,28$; $t = 2,49$; $p = 0,014$).

Tabel 5 Seosed elukvaliteedi ja isiksusejoonte vahel: Spearmani ρ

SSP skaala	DLQI sum- ma	Füüsiline Funktsio- neerimine	Piirang Füüsilise le tervisele	Piirang Emotsio- naalsele tervisele	Energia/ väsimus	Emotsio naalne heaolu	Sotsiaalne toimetulek	Valu	Üldine tervis
Somaatiline ärevus	,314**	-,279**	-,353**	-,443**	-,462**	-,481**	-,412**	-,208*	-,385**
Psüühiline ärevus	,224**	-0,109	-,265**	-,494**	-,499**	-,470**	-,389**	-,175*	-,389**
Vastuvõtlikkus stressile	0,124	-0,109	-,181*	-,490**	-,455**	-,491**	-,382**	-0,018	-,252**
Kehtestavuse puudumine	,253**	-0,1	-,243**	-,391**	-,389**	-,248**	-,275**	-,218*	-,316**
Impulsiivsus	,216*	-0,068	-0,053	-0,084	-0,077	-,242**	-,233**	0,046	-0,089
Seikluste otsimine	0,072	0,122	0,104	0,121	,294**	0,107	0,064	-0,033	,249**
Isoleerumine	0,154	-,184*	-0,116	-0,162	-,358**	-,272**	-,192*	-0,013	-,346**
Sotsiaalne soovitavus	0,004	-0,013	-0,037	0,143	,251**	,302**	,168*	-0,11	0,037
Kibestumine	,278**	-,277**	-,254**	-,336**	-,341**	-,509**	-,422**	-0,146	-,352**
Ärrituvus	,196*	0,018	-0,154	-,246**	-,244**	-,337**	-,261**	-0,046	-0,108
Umbuslikkus	,169*	-0,053	-0,137	-,204*	-,345**	-,277**	-,254**	-0,154	-,248**
Verbaalne agressioon	0,015	0,07	0,078	-0,127	-0,097	-,277**	-0,157	,173*	0,048
Füüsiline agressioon	0,095	0,009	-0,016	-0,064	-0,132	-,231**	-,232**	0,014	-0,107

*Märkused: SSP=Rootsi isiksuseskaalad, DLQI= dermatoloogiline elukvaliteet, ρ = Spearmani korrelatsioonikordaja, * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0001$*

Tabel 6 SSP alaskaalade seosed elukvaliteedi näitajatega: mitmese lineaarse regressioonanalüüsi tulemused

SSP skaalad	Füüsiline funktsioneerimine		Energia/väsimus		Emotsionaalne heaolu		Sotsiaalne toimetulek		Valu		Üldtervislik seisund	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Somaatiline ärevus	-0,17	-1,72	-0,26	-2,48*	-0,15	-1,40	-0,24	-2,16*	-0,27	-2,48*	-0,28	-2,63*
Psüühiline ärevus			-0,09	-0,68	-0,24	-1,80	-0,07	-0,49	-0,08	-0,61	-0,07	-0,48
Vastuvõtlikkus stressile			-0,08	-0,73	-0,19	-1,70	-0,13	-1,18			0,15	1,45
Kehtestavuse puudumine			-0,09	-0,85	0,14	1,23	-0,05	-0,49	0,01	0,07	-0,05	-0,48
Impulsiivsus					0,00	0,42	0,00	0,01				
Seikluste otsimine			0,24	2,74**							0,23	2,78**
Isoleerumine	-0,053	-0,65	-0,032	-0,36	-0,083	-0,96	-0,01	-0,08			-0,19	-2,01*
Sotsiaalne soovitus			0,09	1,00	0,08	0,95	0,02	0,19				
Kibestumine	-0,26	-2,62*	-0,06	-0,60	-0,32	-3,20**	-0,29	-2,76*			-0,23	-2,37*
Ärritus			0,11	0,10	0,10	0,78	0,15	1,30				
Umbusklikkus			-0,18	-1,79	0,05	0,55	-0,15	1,73			0,00	0,00
Verbaalne agressioon					0,16	1,31			0,27	2,88*		
Füüsiline agressioon					-0,20	-2,32*	-0,15	1,73				
	R ² =0,16, F=8,50 p<0,001		R ² =0,39, F=7,87, p<0,001		R ² =0,41, F=7,09, p<0,001		R ² =0,33, F=5,65, p<0,001		R ² =0,11, F=4,16, p=0,003		R ² =0,32, F=7,37, P<0,001	

Märkused: β -standardiseeritud regressioonikordaja, t- t väärtus, R²determinatsioonikordaja, F-F statistik, p-olulisuse näitaja, * p<0,05, **p<0,005

Isiksusejoonte ja RAND 36 järgi hinnatud tervisest sõltuva elukvaliteedi seosed on näidatud tabelis 6. Selgus, et somaatiline ärevus ennustas üldise tervisest sõltuva elukvaliteedi madalamat sotsiaalset toimetulekut ja üldist tervisehinnangut ning kõrgemaid väsimuse ja valuhinnanguid. Seikluste otsimine ennustas kõrgemat energiataset ja üldise tervise hinnangut.

Kõrgem kibestumine seostus madalama füüsilise funktsioneerimise, emotsionaalse heaolu, sotsiaalse toimetuleku ja üldise tervisega. Isoleerumine seostus madalama üldtervise hinnanguga. Agressioonikalduvust näitavatest joontest seostus verbaalne agressioon madalama valuhinnanguga, füüsiline agressioon aga väiksema emotsionaalse heaoluga.

4. Arutelu

Antud uurimus oli esimene suurem ülevaade krooniliste põletikuliste nahahaiguste seostest patsientide emotsionaalse enesetunde ja elukvaliteediga, ning isiksusejoonte ja elukvaliteedi vahelistest seostest Eestis. Käesolev töö püüdis kõigepealt leida vastust küsimusele, kas krooniliste nahahaigustega isikud kannatavad suurema emotsionaalse distressi all, kui terved inimesed. Selgus, et nii võib tõesti väita. Võrreldes kogu haigusgruppi tervetega, leidis kinnitust esimene hüpotees et kroonilised nahahaigused on kõrgema depressiooni, üldärevuse ja sotsiaalärevuse tasemega. See tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, mis on näidanud erinevate nahahaiguste seost depressiooni, ärevuse ja sotsiaalärevusega (Bohem et al, 2012; Kukk et al, 2004; Rapp et al, 2004). Tõenäoliselt on tegemist emotsionaalse reaktsiooniga pikaajalist ravi vajavale kroonilisele haigusele. Viimane toob endaga kaasa muutusi igapäevaelus nii seetõttu, et hakatakse vältima sotsiaalseid tegevusi kui ka seetõttu, et on vaja teha raviprotseduure (vannid, ravikreemid, baaskreemid). Järgnevalt võivad häiruda igapäevased suhted sõpradega, lähisuhted, mis omakorda võib mõjutada enesehinnangut ja suurendada distressi. Täiendavalt ilmnis patsientidel ka rohkem paanika-agorafobia ja insomnia sümptomeid, mida varasemates uuringutest pole eriti käsitletud. Mõnes raviuuringus on atoopilise ekseemi puhul sekundaarse tulemina leitud halvemat unekvaliteeti, teiste selles töös käsitletud haigusgruppide unehäireid pole uuritud (vt. Thorburn & Riha, 2010 ülevaade). Ka meie uuring kinnitas insomniasümptomite olulisust ekseemipatsientidel, samuti aga ka psoriaasi ja aknega isikutel. Arvestades seda, et selles uuringus olid unehäire sümptomid kõige olulisem distressiilming, väärksid krooniliste nahahaigete uneprobleemid kindlasti edasisi uuringuid.

Uuritud haigusgruppide võrdlus kinnitas oletust, et aknepatsientidel on rohkem väljendunud ärevuse sümptomid. Seega esimese hüpoteesi teine pool sai osalise kinnituse. Erinevalt ootustest ei leidnud me psoriaasipatsientidel suuremat depressiivsust, pigem olid depressioonisümptomid kõige sagedasemad samuti aknepatsientidel. Küll aga ei leidnud kinnitust aknepatsientide kõrgem sotsiaalärevus.

Ootuspäraselt selgus, et kroonilist nahahaigust põdevatel patsientidel on madalam elukvaliteet. See kinnitab varasemates uuringutes saadud tulemusi (Boehm et al., 2012; Agner et al., 2009). Kindlasti mõjutab elukvaliteeti ka haiguse ulatus, ägedus, ning see kas eelnevalt on ravitud või on haigus kulgenud ja arenenud ilma ravita. Üldise tervise elukvaliteedi osas ilmnes aknepatsientidel parem füüsiline funktsioneerimine ja neil oli vähem igapäevaelu kehalise aktiivsuse piiranguid st nad ei tajunud, et kehaline tervis nende tegutsemist takistaks. See on seotud ilmselt vanusega: aknepatsiendid olid enamuses vanuses 19-25a ja selles vanuses ollaksegi füüsiliselt aktiivsemad. Teistes gruppides oli patsiendid vanuses 30-60 a. Samas emotsionaalselt on kroonilisi nahahaigusi põdevad isikud oluliselt häiritud ja seetõttu väsivad ka kiiremini ja jõuavad vähem tegutseda. Siinkohal võib seos olla haigusprotsessi pikaajalisuse/kroonilisusega ja vaatamata regulaarsele ravile uute ägenemiste vallandumisega. Lõpuks tekib igapäevatoimingute tegemisel tüdimus, väsimus ja suhtlemisprobleemid. Kui ollakse vähem aktiivne, jäetakse toimetused pooleli, suheldakse vähem, siis tasapisi hakkab kannatama ka sotsiaalne toimetulek. Uuritavatest nahahaigustest kõige väiksemad seosed haiguse ja elukvaliteedi vahel olid seborrooilisel dermatiidil. Ühelt poolt on see loogiline, sest lööve lokaliseerub piiratud alal näol ja peanahal. Samas on aga tegemist teistele nähtvate piirkondadega. Arvan, et antud juhul mõjutas tulemusi asjaolu, et uuritavaid seborrooilise dermatiidi grupis oli vähe. Seega teine hüpotees, et kõigi uuritavate haiguste korral on nii üldine tervisest sõltuv kui dermatoloogiline elukvaliteet madalam kui tervetel, leidis kinnitust.

Kinnitust leidis ka töö kolmas hüpotees. Isiksusejoontest seostusid krooniliste nahahaigustega sellised neurootilisust näitavad jooned nagu kalduvus somaatilisele ärevusele, vastuvõtlikkus stressile ja kehtestavuse puudumine. Samasuguseid, nahahaigustega isikute

kõrgemat neurootilisust näitavaid tulemusi on erinevate hindamismeetoditega leitud ka varasemates töödes (Buske-Kirschbaum et al., 2008; Goodwin & Friedman, 2006; Kılıç et al., 2006; Kotrulja et al., 2010). Käesolev töö näitab veidi spetsiifilisemat seost – mitte igasugune ärevusvalmidus pole nahahaiguste puhul oluline, vaid just kalduvus reageerida kehaliste sümptomitega, mis koos kõrgema stressitundlikkusega võib käivitada haiguse psühhosomaatilise mehhanismi. Samas läbilõikeuuringust ei saa teha põhjuslikke järeldusi, võimalik, et kalduvus rohkem märgata ärevuse kehalisi ilminguid kujuneb pikaajalise kroonilise haiguse tagajärjena. Haigustevahelistest erinevustest väärib ehk märkimist aknepatsientide kõrgem agressiivsusele kalduvus ja psoriaasiga isikute madalam kehtestavus. Akne seoseid agressiivsusega pole palju uuritud, ühes töös on leitud kõrgemat vihakalduvust just raskema aknega patsientidel (Wu, Kinder, Trunnell, & Fulton, 1988). On ka leitud, et aknega isikud isiksusejoonte poolest üldse tervetest ei erine (Lucas, 1961), millele meie töö tulemused vastu räägivad. Võimalik, et aknepatsientide isiksuse iseärasused ilmnevad vaid visamalt ravile alluva haiguse ja raskema haigusvormi korral. Antud uuringus olid praktiliselt kõik patsiendid pikema perioodi vältel erinevat ravi saanud, nii lokaalset kui süsteemset ja haigus ikka ägenes, mis kõneleb selle poolt, et tegemist oli raskemate haigusvormidega. Siiski ei saa väita, et leitud isiksuse iseärasused on nahahaigustele spetsiifilised. Kõrgemat neurootilisust ja agressiooniga seotud omadusi on leitud ka teiste krooniliste haiguste puhul (Goodwin & Friedman, 2006; Scheier & Bridges, 1995).

Uurimaks kuidas isiksusejooned seostusid elukvaliteedi näitajatega, vaadeldi kõiki patsiendigruppe koos (psoriaas, akne, ekseem, seborroiline dermatiit). Selgus, et nahahaiguste spetsiifilise elukvaliteedi ennustamisel omab isiksusejoontest iseseisvat tähendust somaatiline ärevus. Mida suurem oli püsikalduvus somaatilise ärevuse tekkeks, seda madalamaks osutus nahahaigusele spetsiifiline elukvaliteet. Somaatiline ärevus ennustas ka üldise tervisega seotud elukvaliteedi mitut aspekti. See isiksusejoon näitab kalduvust kogeda sageli ärevuse kehalisi sümptomeid (Gustavsson et al., 2000). Võimalik, et kõrgema somaatilise ärevusega isikud on üldse tundlikumad kehaliste aistingute suhtes ja seetõttu on ka nahahaiguste sümptomitest rohkem häiritud. Üheks spetsiifiliseks somaatilise ärevuse ilminguks on sagedased lihaspinged, mis võivad nahahaiguste puhul võimendada nii valu kui väsimust, mis võiks seletada seost just

nende kahe elukvaliteedi näitajaga. Teine isiksusejoon, mis seostus elukvaliteedi mitme aspektiga, oli kibestumine. See joon on teistest isiksuse konstruktidest seotud nii kõrge neurootilisuse kui madala sotsiaalsusega (Aluoja et al., 2009) ja näitab kalduvust olla rahulolematu, vastandada end teistele, tajudes neid ülekohtusena ja ennast ebaõiglaselt tõrjutuna, samuti vähest empaatiat. Seetõttu on arusaadav, miks kibestumine eriti tugevalt seostus sotsiaalse toimetuleku probleemidega. Varasemad tööd on näidanud, et suhetega seotud omadustest mõjutab aknepatsientide elukvaliteeti sotsiaalne tundlikkus (Krjeci-Manwaring et al., 2006, Rapp et al., 2004). SSP kibestumine ei näita küll tundlikkust teiste arvamuse suhtes, samas teistega suhestumist see joon siiski iseloomustab. Huvitav on see, et ühes meeleoluhäiretega isikute uuringus leiti käesolevale tööle väga sarnane tulemus (van Straten et al., 2007). Nimelt viie-isiksuse-faktori sotsiaalsus seostus seal nii füüsilise ja sotsiaalse funktsioneerimise kui üldise tervise, sarnaselt käesoleva töö SSP kibestumise alaskaalale. Võimalik, et kõrgema sotsiaalsuse/madalama kibestumisega isikud on rohkem hõivatud teiste inimestega, selle kaudu ka kogevad rohkem meeldivaid sündmusi, mis tähelepanu kehalistelt vaevustelt eemale juhivad. Igal juhul väärivad võimalikud vahendavad mehhanismid edasist uurimist. Agressiivsust näitavad isiksusejooned seostusid meie töös elukvaliteediga erinevalt: kõrgem füüsiline agressioon seostus väiksema emotsionaalse heaoluga, verbaalne agressioon aga väiksema valukogemusega. Agressiivsuskalduvuse seost väiksema emotsionaalse heaoluga on varem leitud aknega patsientidel (Rapp et al., 2004), käesolev töö lubab arvata, et samasugune seos on ka teistel kroonilistel dermatooside korral. Teine tulemus on vastuolus sagedaste leidudega, et kalduvus viha välja elada võimendab nii ägedat kui kroonilist valu (Bruehl, Chung, & Burns, 2006). Teisalt on Burns, Kubilus ja Bruehl (2003) näidanud, et kui vihaväljenduscalduvusega isikud saavad viha väljendada, on nende valutundlikkus pigem madal. Seega on põhimõtteliselt võimalik ka seos kõrgema verbaalse agressiivsuse ja väiksema valukogemuse vahel, kuigi käesolevas töös agressiooni väljendamise võimalusi uuringus arvesse ei võetud. Seega neljas hüpotees, mis oletas, et krooniliste nahahaiguste puhul seostuvad elukvaliteediga agressiivsust ja sotsiaalset seotust näitavad isiksusejooned, leidis osalist kinnitust. Huvitav tulemus on suurema seiklusteotsimise seos kõrgema aktiivsuse ja parema üldise tervise tajuga. Seikluste otsimisel on tugev seos

ekstravertsusega (Aluoja et al., 2009) ning selle kaudu ilmselt ka elukvaliteediga. Ekstravertsemad inimesed on optimistlikumad ja energilisemad, seetõttu hindavad ka oma tervist paremaks ja on vähem vastuvõtlikud haigusega seotud väsimusele.

Peab nimetama paari probleemi, mis võivad käesolevast tööst tehtavaid järeldusi piirata. Esiteks oli üks patsientide grupp (seborroiline dermatiit) teistega võrreldes väike. Teiseks tervisest sõltuvat elukvaliteeti käsitlevates töödes oleks oluline hinnata ka haiguse raskust, kahjuks pole kõigi antud töös uuritud haigusgruppide jaoks selliseid hindamismeetodeid kasutada. Samuti on tegemist läbilõikeuuringuga, mis ei võimalda hinnata, mis omavahel seostatud nähtustest on põhjus ja mis tagajärg.

5. Järeldused

Arvestades uuringust selgunud krooniliste nahahaigete kõrgemat depressiooni ja üldärevuse taset, on vajalik igapäevapraktikas õigeaegselt märgata patsientidel ilmnevaid depressiooni ja ärevuse sümptomeid. See on vajalik õigeaegse ravi alustamiseks, mis omakorda tagaks parema nahahaiguse paranemise ja soodustaks elukvaliteedi tõusu. Oluline on patsientide ravimisel küsida ka tema une kohta, sest käesolevas töös ilmnes kõrgem insomniatase. Uneprobleemidega tuleks ka kindlasti tegeleda.

Uurimuses ilmnenud oluline elukvaliteedi häirimine vajab piisavat tähelepanu, oluline on tagada patsiendile adekvaatne, optimaalne ravi, toetada teda, et paremini kroonilise haigusega toime tulla. Arvestama peaks ka isiksusejoonte ja elukvaliteedi seoseid. Uurimus näitas, et kroonilistel nahahaigetel on püsikaldumus somaatilisele ärevusele, mis omakorda suunab ka nende tähelepanu rohkem oma nahahaigusele. Somaatilise ärevuskalduvusega inimesel on ärevuse kehalisi märke võimalik ka välisel vaatlusel tähele panna ja niiviisi leida patsiente, kelle elukvaliteet võib haigusest rohkem kahjustatud saada. Avaldunud seos kibestumisega võib väljenduda teinekord patsiendi rahuolematuses, et nendega ei tegelda, ei ravita ega seletata piisavalt. Võib väheneda oma raviarsti usaldamine ja areneda kehvem ravisoostumus. Siinkohal tasuks edaspidi mõelda nõustamis- või tugiteenuse sisseseadmisele.

Kasutatud kirjandus:

- Agner, T., Andersen, K.E., Brandao, F.M., Bruynzeel, D.P., Bruze, M, Frosch, P., Concalo, M., Gossens, A., Le coz, C.J., Rustemyer, T., White, I.R., & Diepgen, T.(2009). Contact sensitisation in hand eczema patients–relation to subdiagnosis, severity and quality of life: a multi-centre study. *Contact Dermatitis*, 61, 291–296.
- Akay, A., Peckanlar, A., Bozdog, K.E., Altintas, L., & Karaman A.(2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16, 347–352.
- Al'Abadie, M.S., Kent, G.G., & Gawkrödger, D.J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 130, 199–203.
- Allik, J., Realo, A., & Konstabel, K., (toim.).(2003). *Isiksusepsühholoogia*. Tartu, TÜ Kirjastus
- Al Robaee, A.A., (2009). Assessment of general health and quality of life in patients with acne using a validated generic questionnaire. *Acta Dermato-venereologica Alpina, et Adriatica*, 18(4),157-64.
- Aluoja, A, Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M.(1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord Journal Psychiatry*, 53, 443-449.
- Aluoja, A., Voogne, H., Maron, E., Gustavsson, J.P, Võhma, Ü., & Shlik, J. (2009). Personality traits measured by the Swedish universities Scales of Personality: factor structure and position within five-factor model in an Estonian sample. *Nord Journal Psychiatry*, 63(3), 231-6.
- Bahmer, J.A., Kuhl, J., & Bahmer, F.A. (2007). How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Dermato- Venereologica* 87, 317–324.
- Berth-Jones, J. (2009). Psoriasis. *Medicine* 37(5),235-41.
- Boehm, D., Schmid-Ott, G., Finkeldey F., John, S.M., Dwinger, C., Werfel, T., Diepgen, T.L., & Breuer C.(2012). Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact Dermatitis* 67, 184–192.

- Bruehl, S., Chung, O. Y., & Burns, J. W. (2006). Anger expression and pain: an overview of findings and possible mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6), 593-606.
- Burns, J.W., Kubilus, A., & Bruehl S. (2003). Emotion induction moderates effects of anger management style on acute pain sensitivity. *Pain*, 106(1-2), 109–118.
- Buske-Kirshbaumi, A., Ebrecht, M., Kern, S., Gierens, A., & Hellhammer, D.H. (2008). Personality characteristics in chronic and non chronic allergic conditions. *Brain Behavior and Immunity* 22, 762-768.
- Choi, J., & Koo, J.Y.(2003). Quality of life issues in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49(2),57-61.
- Evers, A.W., Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P.G., Kraaimaat, F.W., & van de Kerkhof, P.C.(2005). Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152, 1275–1281.
- Fallowfield, L.(2003). Whats is Quality of Life. *Health Qual Life Outcomes*. 1,79.15,1-8.
- Finlay, A.Y. (1998). Skin Disease Disability: Measuring Its Magnitude. *The Keio Journal of Medicine*, 47(3), 131-134.
- Finlay, A.Y. & Coles, E.C.(1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132(2),236-44.
- Fowler, J.F., Ghosh, A., Sung, J., Emani, S., Chang, J., Den, E., Thorn, D., Person, J. & Duh, M.S.(2006). Impact of chronic hand dermatitis on quality of life, work productivity, activity impairment and medical costs. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54, 448-57.
- Fried, R.G., Gupta,M.A., & Gupta,A.K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatologic Clinics*, 23(4), 657-664.
- Ghajarzadeh, M., Ghiasi, M., & Kheirkhah, S. (2012). Associations between Skin Diseases and Quality of Life: A Comparison of Psoriasis, Vitiligo, and Alopecia Areata. *Acta Medica Iranica*, 50(7), 511-515
- Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in

- a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643-654.
- Gupta, M.A., & Gupta, A.K.(1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139(5),846-50.
- Gupta, M.A, Gupta, A.K., Ellis, C.N., & Koblenzer, C.S. (2005). Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatologic Clinics*, 23(4), 5 91-9.
- Gustavsson, J.P., Bergaman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Konorring, L., & Linder,J.(2000). Swedish universities Scales of Personality(SSP): construction,internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 217-25.
- Hong, J., Koo,B., & Koo J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy* 21, 54–59.
- Halvorsen, J.A., Stern, R.S., Dalgrad, F., Thoresen, M., Bjertness, E., & Lien, L. (2011). Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *Journal of Investigative Dermatology* 131, 363–370.
- Hayes, J., & Koo,J. (2010). Psoriasis: depression, anxiety, smoking and drinking habits. *Dermatologic Therapy*, 23(2) 179-80.
- Heller, M.M., Lee, E.S., & Koo, J.Y. (2011). Stress as an influencing factor in psoriasis. *Skin Therapy Letter*, 16(5), 1-4.
- Jankovic,S., Raznatovic,M., Marinkovic, J., Maksimovic, N., Jankovic, J., & Djikanovic B.(2009). Relevance of Psychosomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Acta Dermato- Venereologica*, 89, 364–368.
- Kamangar, F., & Shinkai, K.(2012). Acne in the adult female patient: a practical approach. *International Journal of Dermatology* 51, 1162-1174.
- Kilic, A., Gülec, M.Y., Gül, Ü., & Gülec, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 537–542.
- Kim, T.S., Pae, C.U., Jeong, J.T., Kim, S.D., Chung, K.I., & Lee, C. Temperament and character

- dimensions in patients with atopic dermatitis. *The Journal of Dermatology*, 2006 (1), 10–15.
- Kingo, K., Kaur, S., Abram, K., Karelson, M., & Silm, H. (toim). (2010). Nahahaigused. Tartu, Tartu Ülikooli kirjastus.
- Kurd, S.K, Troxel, A.B, Crits-Christoph, P., & Gelfand, J.M. (2010). The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Archives of Dermatology*, 146(8), 891–895.
- Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokic-Begik, N., & Gregurek, R. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Dermato- Venereologica*, 90, 251–256.
- Krejci-Manwaring, J., K. Kerchner, Feldner, S.R., Rapp, D.A., & Rapp, S.R (2006). Social sensitivity and acne: The role of personality in negative social consequences and quality of life. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 36(1), 121-130.
- Kukk, T., Raudsepp, H., Tampere, M., Skalkina, A., Aluoja, A., Kirsimärgi, Ü., & Silm, H. Raske akne ravi süsteemse retinoidiga (isotretinoinum). Emotsionaalse enesetunde muutumine ravi käigus. *Eesti Arst* 83(10), 659-665.
- Lucas, C.J. (1961). Personality of students with acne vulgaris. *British Medical Journal*, 5;2(5248), 354-6.
- Misery, L., Thomas, L., Jullien, D., Cambazard, F., Humbert, P., Dubertret, L., Dehen, L., Macy, G., Boussetta, S., & Taieb, C. (2008). Comparative study of stress and quality of life in outpatients consulting for different dermatoses in 5 academic departments of dermatology. *European Journal of Dermatology*, 18(4), 412-5.
- Menter, A, Gottlieb, A., Feldman S.R., Van Voorhees, A.S., Leonardi, C.L., Gordon, K.B., Lebwohl, M., Koo, J.Y., Elmets, C.A., Korman, N.J., Beutner, K.R., & Bhushan, R. (2008). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(5), 826-50.
- Magin, P.J., Pond, C.D., Smith, W.T., Watson, A.B., & Goode, S.M.A. (2008). Cross-sectional

- study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(12),1435-44.
- Mizara, A, Papadopoulos, L., & McBride, S.R.(2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *British Journal of Dermatology*, 166, 986–993.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M.S., Baliva, G., Melchi, C.F., Biondi, M. & Pasquini, P.(2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46(6),556-64.
- Peyri, J., Leonart, M., & the Spanish Group of SEBDERM Study. (2007). Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 98,476-82.
- Pärna, E., Abram, K., Kingo, K., Oona, M., & Silm, H. (2007). Psoriaasihäigete emotsionaalne enesetunne sõltuvalt haiguse raskusest. *Eesti Arst* 689 - 690. Emotional status in psoriasis patients in relation to the severity of disorder, Poster presentation 12th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Wrocław, Poland, June 14th-17th, 2007.
- Rapp, D.A., Brenes, G.A., Feldman, G. S.R., Fleischer, A.B. JR., Graham, G.F., Dailey M. & Rapp, S.R. (2004). Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *British Journal of Dermatology* 151, 183–189.
- Rasoulilian, M., Ebrahimi, A.A, Zare, M., & Taherifar, Z. (2010). Psychiatric morbidity in dermatological condition. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14;18-22.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E.M., & Main, C.J.(2005). Alexithymia in patients with psoriasis clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research* 58, 89–96.
- Rieder, E., & Tausk, F.(2012). Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease:

- psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology* 51, 12–26.
- Sampaio, A.L.S.B., de Sousa Vargas, T.J., Nunes, A.P., Mameri, A.C.A., Ramos-e-Silva, M., & da Silva Carneiro, S.C. (2011). Seborrheic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(6),1061-74.
- Scheier, M.F., & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease, *Psychosomatic Medicine*, 57, 255-268.
- Sifneos, P. (1996). Alexithymia: past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153(7),137-142.
- Sprangers, M.A.G., de Regt, E.B., Andries, F., van Agt, H.M.E., Bijl, R.V., de Boer, J.B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G.I.J.M, Miedema, H.S, Tijhuis, M.A.R., & de Haes, H.C.J.M. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology* 53, 895–907.
- van Straten, A., Cuijpers, P., van Zuuren, F.J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 16, 1-8.
- Tammaru, M.,(2004). Elukvaliteedi hindamine ja käsitlused arstiteaduses. *Eesti Arst* 83(1) 47-50.
- Thomas, D.R. Psychosocial effects of acne. (2005). *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 2005, 3-5.
- Thorburn, P.T., & Riha, R.L.(2010).Skin disorders and sleep in adults: Where is the evidence? *Sleep Medicine Reviews* 14, 351-358.
- Verhoeven, E.W.M, de Klerk, S., Kraaimaat F.W, van de Kerkhof, P.C.M., de Jong, E.M.G. J., & Evers, A. W. M.(2008). Biopsychosocial Mechanisms of Chronic Itch in Patients with Skin Diseases: a Review. *Acta Dermato- Venereologica*, 88, 211–218.
- Ware, J.E., Brook, R.H., Rogers, W.H., Keeler, E.B., Davies, A.R., Sherbourne, C.D., Goldberg, G.A., Camp, P., & Newhouse, J.P. (1986). Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for-service care. *Lancet*, 3, 1(8488), 1017-22.

- Walker,N., & Lewis-Jones,M.S. (2006). Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20(1),45-50.
- White, A., Horne, D.J.L., & Varigos, G.A.,(1990). Psychological profile of the atopic patient. *Australasian Journal of Dermatology*, 31, 13–16.
- Wu, S.F., Kinder, B.N., Trunnel, T.N., & Fulton,J.E.(1988). Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *Journal of the American Acadademy of Dermatology*, 18, 325-33.
- Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork C et al.(2002). Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 146,1006-16.

Lisad

Lisa 1 Uuritava informeerimise ja nõusoleku leht.

Uuritava informeerimise ja nõusoleku leht.

Töö teema:

Krooniliste dermatooside seosed patsiendi elukvaliteedi, emotsionaalse seisundi ja isiksuseomadustega

Informatsioon uuritavale:

Uuringu sisu ja eesmärk:

Sageli kulgeb nahahaigus pikaajaliselt, ägenemiste ja paranemistega. Mõnedel juhtudel kestab haigus aastakümneid. Dermatoloogiliste haiguste puhul umbkaudu ühel kolmandikul patsientidest seostub haigus psühhosomaatiliste faktoritega. Kirjanduses on rohkelt viiteid kompleksele, kahepoolsele suhtele psühholoogiliste faktorite ja dermatoloogilise haiguse vahel. Selliste haiguste hulka kuuluvad ka psoriaas, ekseemid, akne, seborroiline dermatiit.

Töö eesmärgiks on vaadelda nelja erineva nahahaiguse (ekseemid, psoriaas, seborroiline dermatiit, täiskasvanuea akne) seoseid elukvaliteedile ja emotsionaalsele enesetundele. Lisaks on meie töö eesmärgiks selgitada välja patsientide isiksusejooned ja analüüsida vastastikusi seoseid haiguse, isiksusejoonte ja elukvaliteedi vahel.

Uuringust võtab osa vähemalt 200 inimest. Nendest igas haiguse grupis (psoriaas, seborroiline dermatiit, täiskasvanuea akne, ekseem) on vähemalt 40 inimest ja kontrollgrupis ka vähemalt 40 inimest.

Uuring toimub SA TÜK Nahahaiguste kliinikus.

Uurimisprotseduurid:

1.Psoriaasihaiged

1. Teil palutakse täita koos nahaarstiga esimene küsitlusleht.
2. Nahaarst teostab nahavaatluse, määrab haiguse kliinilise vormi.
3. Järgmised küsimustikud (emotsionaalse enesetunde küsimustik, dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik, isiksuse küsimustik, tervise seisundi ülevaate küsimustik) täidate iseseisvalt kohapeal ja tagastate nahaarstile. Küsimustele vastamisele kulub umbes 30 minutit

2. Ekseemahaiged

1. Teil palutakse täita koos nahaarstiga esimene küsitlusleht.
2. Nahaarst teostab nahavaatluse, määrab haiguse kliinilise vormi.
3. Järgmised küsimustikud (emotsionaalse enesetunde küsimustik, dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik, isiksuse küsimustik, tervise seisundi ülevaate küsimustik) täidate iseseisvalt kohapeal ja tagastate nahaarstile. Küsimustele vastamisele kulub umbes 30 minutit

3. Seborroilise dermatiidiga haiged

1. Teil palutakse täita koos nahaarstiga esimene küsitlusleht.
2. Nahaarst teostab nahavaatluse, määrab haiguse kliinilise vormi.
3. Järgmised küsimustikud (emotsionaalse enesetunde küsimustik, dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik, isiksuse küsimustik, tervise seisundi ülevaate küsimustik) täidate iseseisvalt kohapeal ja tagastate nahaarstile. Küsimustele vastamisele kulub umbes 30 minutit

4. Täiskavanuea aknega haiged

1. Teil palutakse täita koos nahaarstiga esimene küsitlusleht.
2. Nahaarst teostab nahavaatluse, määrab haiguse kliinilise vormi.
3. Järgmised küsimustikud (emotsionaalse enesetunde küsimustik, dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik, isiksusskaala küsimustik, tervise seisundi ülevaate küsimustik) täidate iseseisvalt kohapeal ja tagastate nahaarstile. Küsimustele vastamisele kulub umbes 30 minutit

5. Kontrollgrupp

1. Teil palutakse täita koos nahaarstiga esimene küsitlusleht.
2. Nahaarst teostab nahavaatluse.
3. Järgmised küsimustikud (emotsionaalse enesetunde küsimustik, dermatoloogia elukvaliteedi küsimustik, isiksusskaala küsimustik, tervise seisundi ülevaate küsimustik) täidate iseseisvalt kohapeal ja tagastate nahaarstile. Küsimustele vastamisele kulub umbes 30 minutit

Uuringus osalemine Teile on vabatahtlik. Iga uuritav võib uuringust loobuda, ilma et see mõjutaks tema edaspidist ravi. Uuringugruppi kuulumisel on Teie eeliseks see, et saate endast ja oma haigusest rohkem teada. Pärast uuringu lõppemist kutsutakse Teid visiidile ja teavitatakse tulemustest.

Andmete salastatus

Teil on õigus privaatsusele ja uuringu käigus kogutud informatsioon on konfidentsiaalne. Uuringu tulemuste avaldamisel Teie isikut ei avalikustata. Kõik uuringuga seotud dokumendid on märgistatud spetsiifilise koodiga. Küsitlusandmed salvestatakse kodeerituna elektroonilises andmebaasis. Kogutud andmeid kasutatakse ainult uuringus osalevate uurijate poolt.

Patsiendi kohustused

Patsient kohustub uuringu käigus arstile andma õiget informatsiooni.

Võimalik kasu.

Uuringu tulemused aitavad arstidel paremini mõista krooniliste nahahaiguste mõju inimese elukvaliteedile ja võimaldavad sellest tulenevalt tõhusamalt haigeid nõustada.

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uuringu meetodikast ja kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste ja võimalike tervisehäirete kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni arstilt

.....

(ees- ja perekonnanimi, amet, töökoht, aadress, telefon)

Uuritava allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi:

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 2 Ankeedid uuritavatele

2.1.ANKEET UURITAVALE (psoriaas)

1. Vanus.....a
2. Sugu: mees naine
3. Pikkus.....cm, kaalkg

4. Haigestumise aeg.....aasta, vanus haigestumisel.....aastat, haiguse kestvus.....aastat
5. Haiguse kulg viimase kolme kuu jooksul:
- Uusi koldeid tuleb juurde
- Haigus laieneb
- Uusi koldeid juurde ei tule
6. Psoriaasi lokalisatsioon praegu: peanahk , nägu , kael , rinnak , kõht , selg , õlavarred , küünarnukid , käsivarred , labakäed/peopesad , kaenla alused , rinna alused , kubemed , suguelundid , reied , tuharad , põlved , sääred , tallad/labajalad , küüned
7. Kollete arv: üksikud , hulgaliselt
8. Kollete mõõtmed: väikesed , suured/laatumud
9. Nahapinna haaratus (%): kuni 10 , 11-50 , 51-90 , üle 90
10. Psoriaasi vorm: naastuline , numulaarne , tilgataoline , pustulaarne , lokaliseeritud , diffuusne , dissemineeritud
11. Ravi viimase kuu jooksul.....
- Kas on olnud positiivne tulemus: jah ei
12. Kas seostate ägenemisimillegagi? Jah ei
- Kui jah, siis nimetage millega.....
13. Psoriaasi esinemine perekonnas: jah ei
- Jah vastuse korral: Teie vanemal: jah ei
- Teie õel/vennal jah ei
- Teistel (nimetada).....
14. Kas Te põete : diabeeti e. suhkruhaigust: jah ei
- Soolehaigusi: jah ei
- Kilpnäärmehaigusi: jah ei

Liigeshaigusi: jah ei

Muu (nimetada).....

15. Kas Te suitsetate jah ei

2.2. ANKEET UURITAVALE (ekseem)

1. Vanus.....a

2. Sugu: mees naine

3. Pikkus.....cm, kaalkg

4. Haigestumise aeg.....aasta, vanus haigestumisel.....aastat, haiguse kestvus.....aastat

5. Haiguse kulg viimase kolme kuu jooksul:

Uusi koldeid tuleb juurde

Haigus laieneb

Uusi koldeid juurde ei tule

6. Ekseemi lokalisatsioon praegu: labakäed dorsaalselt , peopesad , sõrmed , käsivarred , kehatüvi , sääred , labajalad dorsaalselt , tallad , varbad

7. Kollete arv: üksikud , hulgaliselt

8. Kollete mõõtmed: väikesed , suured/laatonud

9. Nahapinna haaratus (%): kuni 10 , 11-50 , 51-90 , üle 90

10. Ekseemi vorm: käte/jalgade ekseem , generaliseeritud , mikroobne düshidrootiline ,

11. Ravi viimase kuu jooksul.....

Kas on olnud positiivne tulemus: jah ei

12. Kas seostate ägenemisi millegagi? Jah ei

Kui jah, siis nimetage millega.....

13. Ekseemi esinemine perekonnas: jah ei

Jah vastuse korral: Teie vanemal: jah ei

Teie õel/vennal jah ei

Teistel (nimetada).....

14. Kas Te põete : diabeeti e. suhkruhaigust: jah ei

Soolehaigusi: jah ei

Kilpnäärmehaigusi: jah ei

Liigeshaigusi: jah ei

Muu (nimetada).....

15. Kas Te suitsetate jah ei

2.3. ANKEET UURITAVALE (akne)

1. Vanus:a

2. Sugu : M N

3. Pikkus:.....cm, kaal..... kg

4. Haigestumise aeg:.....aasta, vanus haigestumisel.....aastat, haiguse kestvus..... aastat

5. Haiguse kulg viimase kolme kuu jooksul:

Uusi koldeid tuleb juurde

ei tule uusi koldeid juurde

6. Akne lokaliseatsioon praegu:

Nägu , kael , rinnak , selg

7. Lööbelemendid:

Paapulid , komedoonid , pustulid , tsüstid , armid

8. Kollete arv: üksikud , hulgaliselt

9. Kas olete aknet ravinud: jah ei

Jah vastuse korral korral: millega olete ravinud.....

Kas ravi on andnud positiivset tulemust.....

10. Probleemse akne esinemine perekonnas: jah ei

Jah vastuse korral: Teie vanemal: jah ei

Teie õel/vennal jah ei

Teistel (nimetada).....

11. Kas Te põete : diabeeti e. suhkruhaigust: jah ei

Soolehaigusi: jah ei

Kilpnäärmehaigusi: jah ei

Liigeshaigusi: jah ei

Muu (nimetada).....

12. Kas Te suitsetate: jah ei

2.4. ANKEET UURITAVALE (seborroiline dermatiit)

1. Vanus.....a

2. Sugu: mees naine

3. Pikkus.....cm, kaalkg

4. Haigestumise aeg.....aasta, vanus haigestumisel.....aastat, haiguse kestvus.....aastat

5. Haiguse kulg viimase kolme kuu jooksul:

Uusi koldeid tuleb juurde

Haigus laieneb

Uusi koldeid juurde ei tule

6. Lööbe lokaliseerimine praegu: peanahk , nägu , rinnak , kõrvade taga , väliskuulmekäigus
7. Kollete arv: üksikud , hulgaliselt
8. Kollete mõõtmed: väikesed , suured/laatonud
9. Ravi viimase kuu jooksul.....
Kas on olnud positiivne tulemus: jah ei
10. Kas seostate ägenemisi millegagi? Jah ei
Kui jah, siis nimetage millega.....
11. Kas Te põete : diabeeti e. suhkruhaigust: jah ei
Soolehaigusi: jah ei
Kilpnäärmehaigusi: jah ei
Liigeshaigusi: jah ei
Muu (nimetada).....
12. Kas Te suitsetate jah ei