

Татьяна Викторовна РАЕВА —
доцент кафедры общей
и социальной психологии,
кандидат медицинских наук

Влияние личностных особенностей на качество жизни больных с хронической кожной патологией

УДК 616.5: 159.9

АННОТАЦИЯ. В статье рассмотрен личностный аспект качества жизни больных с хронической кожной патологией. Установлена взаимосвязь эмоциональных и когнитивных особенностей больных, а также уровня их социальной активности со степенью удовлетворенности своей жизнью. Выявленный у них личностный конструкт, ориентированный в большей степени на болезнь, чем на здоровье, оказывал существенное влияние на формирование низкого уровня качества жизни в целом.

This article discusses the personal aspect of the quality of life of the patients in chronic skin disorders. The connection between emotional and cognitive peculiarities of the patients has been established as well as the level of their social activity. Their personal construct revealed which is focused on the illness more than on the health influenced significantly formation of lower the quality of life on the whole.

Особенностью последних десятилетий является существенное изменение структуры заболеваемости человека, в частности болезней кожи. Эти изменения характеризуются увеличением удельного веса хронических дерматозов. По существу, речь идет о своеобразной «эпидемии хронических болезней», ряд которых, в том числе и кожных заболеваний (аллергические дерматиты, атопический дерматит и др.) относится к группе так называемых «болезней цивилизации». Поскольку многие кожные болезни сопровождают человека всю жизнь, целью лечения становится минимизация тяжести и продолжительности обострения до такой степени, чтобы заболевание существенно не нарушало качество жизни больных.

Термин «качество жизни», впервые возникший в социологии и связанный с изучением условий существования человека в индустриальном обществе, в последние годы все шире используется в медицине. Рост интереса к этой области является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека. Когда пациент дает оценку тем или иным действиям медиков, которые, в свою очередь, учитывают его мнение в своей работе, тогда человек из объекта медицинского вмешательства все больше превращается в субъекта процесса лечения, в личность, заказчика и потребителя медицинских услуг.

Необходимо отметить, что до настоящего времени не существует общепринятого определения термина «качество жизни», так же как и то, что до сих пор имеются серьезные трудности в использовании инструментов его измерения. В 1977 году в Index medicus было дано определение, которое в настоящее время широко цитируется как в отечественной, так и зарубежной литературе — это «субъективное удовлетворение, выражаемое или испытываемое индивидуумом в физических, ментальных и социальных ситуациях, даже при наличии каких-то дефицитов». ВОЗ определяет его как «восприятие индивидуумами своей позиции в жизни в контексте культуры и систем ценностей общества, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами».

ми». Часто качество жизни также характеризуется как способность индивидуума функционировать соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни [1].

Очевидным является то, что качество жизни определяется как объективными, так и субъективными параметрами: человек может физически, психически и социально адекватно функционировать, но при этом плохо себя чувствовать, ощущать себя несчастным и наоборот [2]. В исследованиях качества жизни прежде всего были предприняты попытки найти объективные критерии, подобные таким критериям уровня жизни, как уровень образования, развития экономики, жилищных условий и пр. Однако, как бы ни были важны эти аспекты, не меньшее значение имеют «субъективные характеристики» — физическое, психологическое и социальное благополучие. Если рассматривать это понятие в контексте практики, то его можно принять как конструктивный элемент «счастья» или «благополучия». На основе анализа мировой литературы среди факторов, связанных с ощущением благополучия, можно выделить: нахождение больных в браке, наличие высокого социального статуса, социальной (и материальной) поддержки, деятельности, обеспечивающей высокую степень социальной интеграции, а также такие психологические характеристики, как чувство личностного контроля и высокую самооценку.

На сегодняшний день структура понятия КЖ включает в себя четыре ценностных аспекта:

- Физический: мобильность, здоровье, соматический комфорт, функциональные параметры и т. д.
- Психический: удовлетворенность, радость, покой и т. д.
- Социальный: семейные, культурные, рабочие, экономические отношения.
- Духовный: смысл жизни, цели, ценности, религиозные отношения [3].

Наряду с этим были выделены и медицинские аспекты качества жизни. Наиболее важна их оценка у пациентов с хроническими заболеваниями, к которым относится большинство кожных болезней. Во-первых, само заболевание не может не отражаться на всех сторонах жизнедеятельности больного, во-вторых, длительное, порой постоянное медикаментозное лечение так или иначе оказывает влияние на жизнь пациента. Медицинские аспекты этого понятия можно охарактеризовать исходя из трех основных компонентов, которые тесно взаимосвязаны:

- Функциональная способность — возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, создавать экономическую обеспеченность.
- Восприятие, которое включает взгляды человека, его суждения о ценности перечисленных компонентов, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия и удовлетворенности жизнью.
- Симптомы и их последствия основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются или исчезают в результате вмешательства.

Таким образом, в медицине понятие «качество жизни» в первую очередь отражает благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья и негативные изменения, возникающие в связи с заболеванием. Поэтому в данном случае чаще применяется термин, пришедший из англоязычной литературы — *health related quality of life* — качество жизни, связанное со здоровьем. Этот термин показывает, что качество жизни в значительной мере определяется отношением к здоровью как жизненной ценности, понимание и осознание которой особенно выражено при хроническом заболевании [4].

Данные о влиянии соматического состояния больных на их уровень качества жизни, полученные разными авторами, весьма противоречивы. Некоторые исследователи отмечают, что при удовлетворительном течении заболевания у части больных отмечалось значительное понижение его уровня, в то время как у других больных с неблагоприятным течением заболевания эти показатели оставались нормальными. В других работах не было выявлено достоверно значимой зависимости показателя качества жизни от степени тяжести соматического заболевания, осложнений его течения, локализации процесса и рецидива заболевания [5]. Изучение качества жизни кожных больных показало, что они имеют низкий уровень удовлетворенности своей жизнью, что больше проявляется в эмоциональном плане [6; 7]. Отечественными исследователями выделена совокупность отягощающих факторов, которые являются причиной нарушения всех сфер жизнедеятельности кожных больных. К ним относятся возраст старше 29 лет, длительность заболевания более 5 лет и женский пол [8].

Качество жизни является многомерным понятием, ряд параметров которого коррелирует с большим количеством факторов, не всегда подлежащих анализу и учету. Остается открытым вопрос — как человек оценивает свое качество жизни? От чего зависит его оценка в условиях хронического кожного заболевания? Если эта оценка субъективна, то что ее опосредует, и какие психологические механизмы играют главную роль в этом процессе? Кажется очевидным, что в восприятии и оценке степени удовлетворенности основными аспектами своей жизни принимают участие все составляющие психической сферы человека. Важно отметить, что психологические факторы, влияющие на качество жизни кожных больных, мало описаны в литературе. К ним относят, в первую очередь, особенности личности, влияющие на восприятие болезни. На наш взгляд, именно личностные возможности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями, в том числе в условиях болезни, определяют переживание качества жизни, что послужило основанием для проведения данного исследования.

На базе областного кожно-венерологического диспансера было обследовано 210 кожных больных (мужчин — 90 человек, женщин — 120) с хроническими кожными заболеваниями (атонический дерматит — 80, псориаз — 70, экзема — 60 человек), в том числе и инвалиды по этим заболеваниям (35%). Возраст испытуемых от 14 до 55 лет (средний возраст — $34,2 \pm 14,3$). Из выборки исключались больные с сопутствующей соматической патологией в стадии обострения. Контрольную группу, сопоставимую по возрасту и полу, составили 80 практически здоровых человек.

Изучение психологических факторов, влияющих на качество жизни кожных больных, а именно личностных особенностей, проходило одновременно с изучением качества жизни больных в период обострения и стойкой ремиссии кожного заболевания, с учетом его клинической характеристики (из карты клинического обследования больного).

Использовались тест Кеттелла (16 PF-опросник) и «Краткий опросник оценки статуса здоровья» (Medical Outcomes Study Form 36 Health Survey (SF-36) [9]. Он оценивает параметры качества жизни по 8 шкалам:

ФА — физическая активность (Physical Functioning) — оценка пациентом своей повседневной физической нагрузки.

РФ — роль физического фактора (Role Physical) — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, оценка пациентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем.

Б — боль (Bodily Pain) — характеризует роль субъективных болевых ощущений в ограничении повседневной активности.

ОЗ — общее здоровье (General Health) — оценка пациентом общего состояния своего здоровья в настоящее время.

ЖС — жизненная сила (Vitality) — оценка пациентом своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и т. д.).

СА — социальная активность (Social Functioning) — оценка пациентом уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т. д.

РЭ — роль эмоционального фактора (Role Emotional) — оценка пациентом степени ограничения своей повседневной активности в связи с эмоциональными проблемами.

ПЗ — психическое здоровье (Mental Health) — оценка пациентом своего психического здоровья.

Исследование качества жизни кожных больных также дополнялось опросником дерматологического больного. Он является специальным опросником для исследования качества жизни этой группы больных, состоящим из 21 пункта, которые можно оценить от 0 до 5 баллов, причем более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому качеству жизни. В него вошли такие показатели качества жизни кожных больных, как нарушение сна, ограничения в диете, повышенная раздражительность, замкнутость, трудности в общении с друзьями, материальные затруднения в связи с болезнью и др. [10].

Исследование состояния кожи осуществлялось совместно с дерматологом, с использованием шкального метода — дерматологического индекса шкалы симптомов. Оценка взаимосвязей между личностными особенностями кожных больных и уровнем их качества жизни проводилась с помощью структурного корреляционного исследования (с использованием непараметрического рангового коэффициента корреляции Спирмана).

По данным многофакторного исследования личности 16 PF-опросником у большинства кожных больных отмечены отклонения показателей от средних значений (меньше 3 и более 8 стенов) по следующим шкалам:

С — «эмоциональная неустойчивость» — «эмоциональная устойчивость»: изменчивые в отношениях и интересах, подверженные влиянию чувств, невыдержанные (68%);

М — «практичность» — «развитое воображение»: мечтательные, немного рассеянные, увлеченные внутренними иллюзиями, эгоцентричные (68%);

Н — «прямолинейность» — «дипломатичность»: сознательно лояльные, в общении мягкие, дипломатичные (50%);

О — «уверенность в себе» — «тревожность»: обидчивые, не уверенные в себе, склонные к самообвинению, недооценивающие свои возможности (72,5%);

Q4 — «расслабленность» — «напряженность»: напряженность, фрустрированность, высокое энергетическое напряжение, неудовлетворенность существующей ситуацией (80%);

F1 — «тревожность»: высокая тревожность, плохая приспособляемость, неудовлетворенность достигнутым (75%);

F2 — «интраверсия» — «экстраверсия»: интроверты, робкие, застенчивые, «достаточно себя», сдержанные, скрытные (62,5%).

F3 — «сенситивность» — «реактивная уравновешенность»: чувствительность, хрупкая эмоциональность, ранимость (60%).

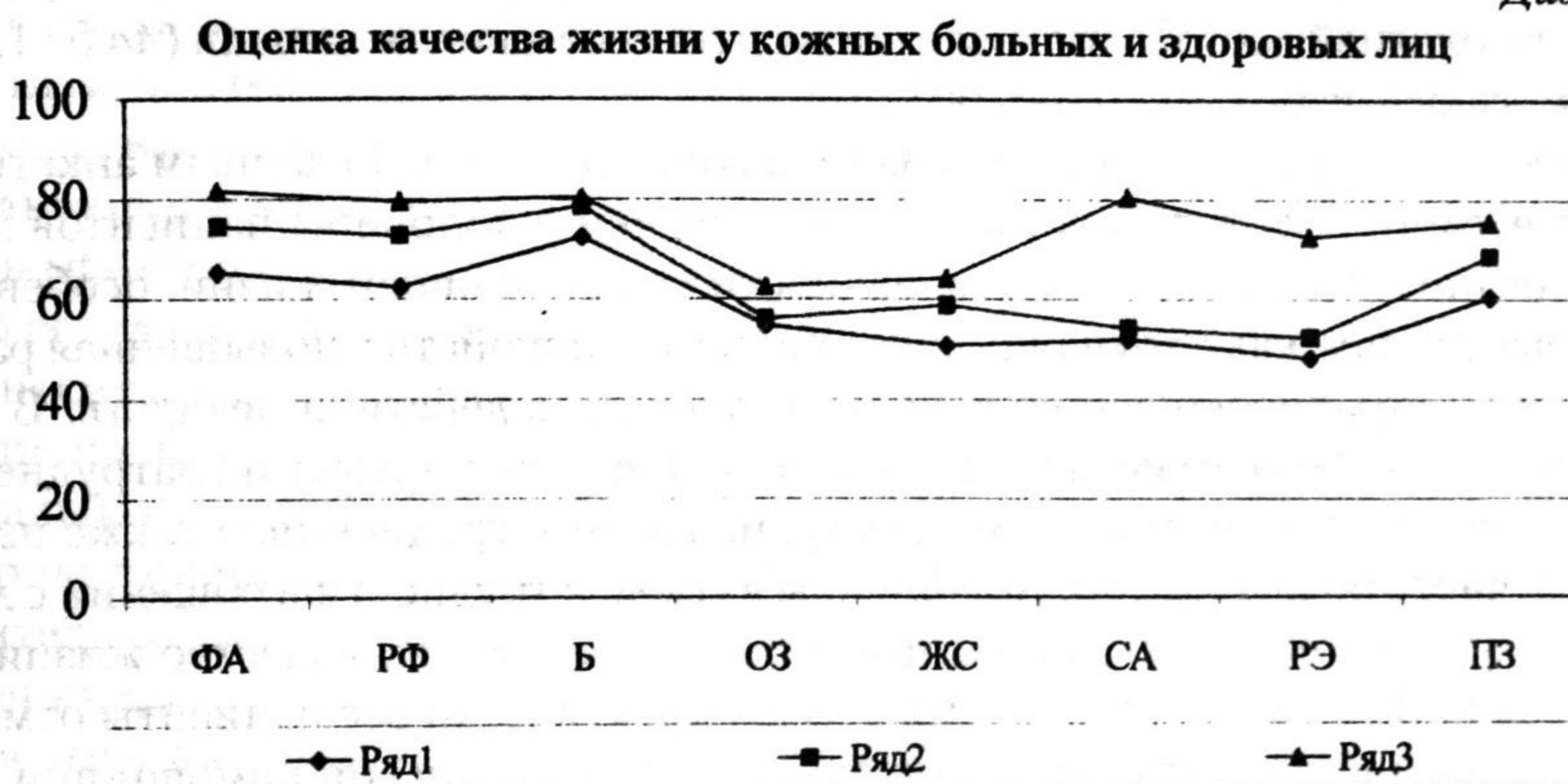
Из шкал PF-16, приближающиеся к крайним значениям, можно отметить следующие:

1 — чувствительность, зависимость (среднее значение — $6,62 \pm 0,24$), G — подверженность чувствам ($3,61 \pm 0,32$), L — недоверчивость, подозрительность ($6,15 \pm 0,52$), Q1 — приверженность консерватизму, ригидность ($6,53 \pm 0,31$).

Таким образом, для большинства больных, страдающих хроническими кожными заболеваниями, характерны выраженные тревожность и напряженность. Эти черты в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, ранимостью и высокой чувствительностью определяли особый психологический тип кожных больных, который имел интравертированную направленность. В том случае, когда вышеперечисленные личностные особенности кожных больных дополнялись зависимостью, недоверчивостью и ригидностью, у них выявлялись фрустрированность и неудовлетворенность реальностью.

Одновременно с исследованием личностных особенностей кожных больных проводилось изучение их качества жизни. Данные оценки качества жизни у кожных больных в период обострения и ремиссии, а также здоровых лиц методикой SF-36 представлены на диаграмме 1.

Диаграмма 1



- Ряд 1 — кожные больные в период обострения;
- Ряд 2 — кожные больные в период ремиссии;
- Ряд 3 — здоровые лица.

Необходимо отметить особенности профиля качества жизни в группе здоровых лиц: относительно низкий показатель общего здоровья ($62,5 \pm 18,4$) и повышенную роль эмоциональных проблем в ограничении жизни ($72,5 \pm 11,9$). Эти данные согласуются с результатами других российских исследований, в которых проводилось изучение оценки качества жизни здоровых людей [11], что, возможно, может определяться особенностями социально-экономической ситуации в нашей стране.

Выявлено, что у кожных больных в период обострения была повышена роль физических факторов, особенно таких, как жизненный тонус ($50,7 \pm 14,8$), общее здоровье ($54,8 \pm 18,2$) и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности ($48,2 \pm 12,6$). Установлена взаимозависимость таких параметров качества жизни, как социальное функционирование, физическое и эмоциональное состояние ($p < 0,01$). Больные отмечали, что их физическое и эмоциональное состояние ограничивало социальную активность, достижение успеха в профессиональной области ($54,4 \pm 14,6$).

Важно отметить, что даже в период ремиссии показатели качества жизни кожных больных были значительно ниже, чем у здоровых, особенно уровень социальной активности ($p < 0,001$), но достоверно улучшились показатели физической активности и роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности ($p < 0,05$). В период ремиссии практически на прежнем уровне остава-

лись показатели общего здоровья ($56,2 \pm 15,6$), социальной активности ($54,4 \pm 14,6$) и роли эмоционального фактора в ограничении повседневной жизни ($52,3 \pm 18,5$).

Сопоставление показателей качества жизни и дерматологического индекса шкалы симптомов у кожных больных показало, что не существовало прямой зависимости ухудшения показателей качества жизни от выраженности болезни, то есть субъективная оценка связанного со здоровьем качества жизни не всегда соответствовала объективной тяжести состояния.

Данные общего опросника SF-36 были дополнены результатами изучения качества жизни кожных больных с помощью специализированного опросника дерматологического больного. По данным нашего исследования, у больных, страдающих кожной патологией более 5 лет, показатели качества жизни ($22,2 \pm 3,2$ баллов) были лучше, чем у впервые заболевших пациентов ($32,1 \pm 1,3$ баллов), подростки с кожной патологией достоверно ниже оценивали свое качество жизни ($44,5 \pm 1,2$ баллов), чем взрослые больные ($p < 0,001$).

Структурный анализ качества жизни кожных больных по данным анкеты дерматологического больного показал, что больше чем у половины пациентов преобладали средние оценки неудовлетворенности своим уровнем жизни, особенно по таким показателям, как нарушение сна, чувство беспокойства, повышенная раздражительность, страх ухудшения здоровья и побочные действия лекарств. В социальной сфере больные отмечали трудности в общении с друзьями, затруднения в создании семьи, конфликты в семье, материальные затруднения, а также изменение привычного образа жизни. Конфликты в семье и трудности в общении с друзьями были одними из самых частых факторов, ухудшающих качество жизни кожных больных. В то же время во время беседы практически все пациенты отмечали неудовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи при высокой зависимости от лекарств (часто очень дорогостоящих). Ниже всего уровень своего качества жизни кожные больные оценивали по таким показателям как ограничения в диете, материальные затруднения в связи с болезнью и замкнутость, что сохранялось и во время ремиссии. Наличие выраженных ограничений в личной, социальной и материальной сферах оказывали негативное влияние на реализацию значимых потребностей больных. Это снижало уровень их качества жизни, как в период обострения, так и в период ремиссии.

Необходимо отметить, что чувство беспокойства достоверно чаще отмечалось больными в самоотчетах, чем депрессия ($p < 0,001$), это, возможно, объясняется тем, что тревога, внутреннее напряжение в большей степени осознается больными, чем депрессия.

Невозможность заниматься спортом и необходимость госпитализации не беспокоили больных, что, на наш взгляд, объясняется их неосознанной ориентацией в большей степени на болезнь, чем на здоровье.

Таким образом, все показатели качества жизни кожных больных были значительно ниже, чем у здоровых лиц, особенно по шкалам эмоциональных нарушений и социальной активности. Причем в период обострения у них отмечались снижение жизненного тонуса, общего здоровья, усиление роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. В период ремиссии практически неизменными оставались субъективные оценки общего здоровья, социальной активности и эмоциональных расстройств. Из факторов, оказывающих негативное влияние на уровень качества жизни кожных больных, можно отметить нарушение сна, выраженный зуд, ограничения в диете, беспокойство и раздражительность, материальные затруднения, а также отсутствие поддержки близких и замкнутость. На наш взгляд, качество жизни не есть синоним понятия психичес-

кой адаптации, но может быть адекватным его индикатором, т. к. субъективная удовлетворенность жизнью в определенной мере отражает успешность адаптации больных к болезни.

Анализ взаимосвязи качества жизни кожных больных с их личностными особенностями выявил статистически достоверные многочисленные корреляционные связи отдельных личностных черт с субъективной удовлетворенностью различными сферами жизненного функционирования (при значениях коэффициентов корреляций больше 0,5, а вероятности ошибки $p < 0,01$). Так, установлены отрицательные корреляции между уровнем тревожности (фактор F1), напряженности (фактор Q4), эмоциональной неустойчивости (фактор C) и важнейшими сферами КЖ: жизненный тонус (ЖС), общее здоровье (O3), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (ЭР). Иными словами, чем более выраженными были эти личностные черты, тем ниже было качество жизни кожных больных. Важно отметить, что были обнаружены положительные корреляционные связи уровня качества жизни кожных больных с такими личностными характеристиками как общительность (фактор А), уверенность в себе (фактор O) и независимость (фактор F4).

В результате исследования установлено, что хроническое кожное заболевание приносит в жизнь человека множество ограничений, развиваются такие устойчивые личностные характеристики, как высокая тревожность и напряженность, эмоциональная неустойчивость, а также вторичная аутизация. Эти черты играли важную роль в формировании неудовлетворенности своим качеством жизни, тогда как общительность, уверенность в себе и независимость позволяли пациентам даже в условиях хронической болезни испытывать чувство благополучия. От степени развития этих психологических качеств кожных больных зависели успешность социально-психологической адаптации, преодоление фрустрации и качество жизни в целом.

Наряду с физическими страданиями косметический недостаток, которым сопровождаются хронические кожные болезни, играл важную роль в развитии неудовлетворенности своей жизнью. Всякий телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но, прежде всего, сказывается на отношениях с людьми. Телесный недостаток вызывает совершенно иную социальную установку в среде по сравнению с нормальным человеком. Это в полной мере относится и к заболеваниям кожи. Психологическое значение заключается в том, что для окружающих кожа лица и тела является органом выражения и представления, органом контакта с другими людьми, границей между собственным и чужим миром. Ее состояние имеет огромное эстетическое значение для человека. Кожные заболевания могут сопровождаться обезображиванием лица и других открытых для взоров окружающих людей частей тела. Ощущение, что ты безобразен, вызывает множество негативных переживаний, которые предъявляют большие требования к возможностям их душевной переработки. Американский писатель Джон Апдайк так сказал о больном псориазом: «Сначала вы замечаете, что людям неловко на вас смотреть. Потом вы сами опасаетесь взглянуть на себя в зеркало. Образно говоря, имя этой болезни — Унижение». Именно косметический дефект лежит в основе стигматизации этих больных, пренебрежительного, брезгливого отношения к ним со стороны окружающих, чувства стыда и утаивания болезни у близких людей. Страдающие кожными болезнями привыкли к тому, что люди к ним прикасаются неохотно, поэтому они и сами часто не делают этого. Только одно это довольно сильно влияет на их эмоциональное состояние, так как достаточная степень телесного контакта является важной предпосылкой ощущения счастли-

вой полноты бытия для любого человека. Нередко больные усваивают стереотипы роли никчемного человека, инвалида и становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, что приводит к усугублению социально-психологической дезадаптации.

В начале развития болезни тяжелые переживания из-за косметического дефекта у кожных больных, как правило, были обусловлены негативными гипертрофированными представлениями больных о том, как они выглядят со стороны и как на них реагируют окружающие. Эти переживания в последующем все больше распространялись на самовосприятие, всю личность в целом, происходило резкое снижение самооценки с формированием отрицательной Я-концепции. Избирательно анализируя свою жизнь, больные считали, что болезнь является причиной всех их жизненных неудач, «судьба поступает жестоко и несправедливо». У них развивались депрессивные расстройства (подавленное настроение, утрата прежних интересов со снижением активности). Одной из особенностей депрессивных переживаний у кожных больных являлось то, что они, как правило, рассматривали их как естественные проявления, связанные с кожным заболеванием, в основном предъявляя соматические жалобы. Особенно выраженными депрессивные переживания из-за изменения своей внешности были у подростков. Чувство стесненности и скованности никогда не покидало их. Порой они становились жертвами подростковой жестокости, когда подростки открыто неприязненно относились к ним, давали обидные прозвища, что вызывало у больных острую обиду, горечь, нередко аффективные реакции.

Депрессивные расстройства характеризовались подавленным настроением, тревогой, отсутствием интереса к окружающему, глубоким пессимизмом в отношении будущего. Больные думали, что заболевание «неизлечимо», «останется на всю жизнь», испытывали чувства собственной неполноценности и безнадежности. Возникновение кожного заболевания означало «крах всей жизни», они чувствовали себя «заложниками болезни», особенно лица молодого возраста. Переживания больных усугублялись самим характером лечения: употреблением различных мазей с неприятным запахом, примочек, красящих средств, которые пропитывали всю одежду, а также необходимостью соблюдать гипоаллергенную диету и во всем себя ограничивать. Приступы «невыносимого», «мучительного» зуда и невозможность сдерживать себя от расчесов усиливали подавленность. Отсутствие положительной динамики кожного процесса от проводимой терапии приводило больных в полное уныние, утрачивалась вера в лечение, во врача. В структуре депрессивных расстройств наряду с тревогой возникали чувства обреченности, отверженности, безысходности.

Анализ личностных особенностей больных хроническими кожными заболеваниями, имеющих низкий уровень качества жизни, показал, что у них преобладали высокая тревожность, повышенная ранимость, фрустрированность в сочетании с замкнутостью, интравертированностью и агрессивностью, направленной против себя. Они преувеличивали негативные события и минимизировали позитивные при доминировании иррациональной установки — «все или ничего». У них была выявлена сниженная самооценка, которая сопровождалась высоким уровнем притязаний при отсутствии критической оценки своих возможностей. В межличностных отношениях наблюдались нетерпимость, склонность к эгоцентризму и социофобии. Все это не позволяло отношениям личности приобрести устойчивость. Потребности в безопасности, достижениях, свободе, самоутверждении, доверии и дружбе были фрустрированы. Отмечался устойчивый жизненный паттерн слабого противостояния проблемам, а также преимущественно однотипный способ реагирования на

трудности. Они избегали решения проблем, часто демонстрируя неуверенное поведение. В связи с болезнью перестраивалась иерархия мотивов, ведущим становился мотив выздоровления, который определял всю жизнь, другие цели переставали существовать как значимые, формируя особый «мир болезни». Качество жизни, являясь системным явлением, личностным конструктом, отражает структуру и уровневые механизмы формирования сферы здоровья. Проведенное исследование показало, что этот личностный конструкт у кожных больных был в большей степени ориентирован на болезнь, чем на здоровье, что оказывало существенное влияние на формирование у них низкого качества жизни в целом.

В заключение хочется отметить, что улучшение качества жизни кожных больных в настоящее время становится не просто частью профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, но отражает, прежде всего, личностный подход к больному человеку, учитывающий особенности внутреннего мира его переживаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. The WHOQOL Group. What is quality of life? // World Health Forum. 1996. V. 17. № 4. P. 345–356.
2. Acquadro C. The European Regulatory Issues on Health-Related Quality of Life Assessment (ERIQA) Project: Preliminary Result and Plans for the Future // Quality of life news letter. 2000. № 24. P. 1-3.
3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.; М., 2002.
4. Shienk E. A., Erien J. A., Dunbar-Jacob J. et al. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36 // Qual. Life Res. 1998. Vol. 7. P. 57–65.
5. Садальская Е. В., Ениколопов С. Н. Психологические аспекты оценки качества жизни больных психосоматическими расстройствами. Психосоматическая реабилитация и качество жизни // Сборник научных трудов. Том 137. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. 2001. С. 321-334.
6. Rajagopalan R., Anderson R. Impact of patch testing on dermatology-specific quality of life in patients with allergic contact dermatitis // Amer. J. Contact Dermatitis. 1997. Vol. 8. № 4. P. 215–21.
7. Wahl A., et al. The burden of psoriasis: A study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. Am. Acad. Dermatol. 2000. V 43. № 5. P. 803–8.
8. Адаскевич В. П., Дуброва В. П., Пуртов А. В. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 4. С. 42–45.
9. Ware J. E. SF-36. Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual. Boston. 1994. 120 p.
10. Довжанский С. И. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами. // Вести, дерматол. и венерол. . 2001. № 3. С. 17–21.
11. Палосуо Х., Журавлева П., Уутела А. и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения Хельсинки и Москвы). М., 1998. С. 48–52.