

Krooniliste dermatoosidega patsientide emotsionaalne seisund ja elukvaliteet, seosed isiksuseomadustega

Ene Pärna¹, Anu Aluoja^{2,3}, Külli Kingo^{1,3}

Eesti Arst 2018;
97(3):124–132

Saabunud toimetusse:
12.12.2017
Avaldamiseks vastu võetud:
15.02.2018
Avaldatud internetis:
28.03.2018

¹ TÜ Kliinikumi nahahaiguste
kliinik,
² TÜ Kliinikumi
psühhiaatrikliinik,
³ Tartu Ülikooli kliinilise
meditsiini instituut

Kirjavahetajaautor:
Ene Pärna
ene.parna@kliinikum.ee

Võtmesõnad:
kroonilised dermatoosid,
elukvaliteet, emotsionaalne
seisund, isiksuseomadused

Taust. Uuringuid, kus oleks võrreldud erinevate krooniliste dermatooside korral esinevate psühholoogiliste tegurite erinevusi või osakaalu, on vähe. Põhilistes võrdlusuuringutes on tegemist teiste üldiste krooniliste haigustega. Väga vähe on töid, kus on pööratud tähelepanu ka isiksuseomadustele.

Eesmärk. Uurida krooniliste põletikuliste nahahaiguste seoseid emotsionaalse seisundi ja elukvaliteediga ning analüüsida haiguse, isiksuseomaduste ja elukvaliteedi seoseid.

Metoodika. Uuringus 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).

Tulemused. Kroonilised dermatoosid seostusid emotsionaalse düstressi sümptomitega, eriti insomniat ja üldärevusega. Kõigis haiguste gruppides oli elukvaliteet kehvem kui kontrollrühmas. Üldise tervisest sõltuva elukvaliteedi korral oli patsientidel võrreldes tervetega suurem väsimus, madalam energiatase, madalam emotsionaalne heaolu ja rohkem valu. Isiksuseomadusest seostusid kehve elukvaliteediga somaatilise ärevuse ja kibestumine.

Järeldused. Uuringust selgus, et krooniliste nahahaigustega patsientidel on rohkem depressiooni, üldärevuse ja insomniat sümptomeid. Seetõttu tuleb igapäevapraktikas nende probleeme märgata. See on vajalik, et alustada õigel ajal ravi, mis omakorda tagaks nahahaigusest parema tervistumise ja soodustaks elukvaliteedi paranemist.

Viimane aastakümme on näidanud krooniliste haiguste, sealhulgas nahahaiguste esinemissageduse suurenemist, mida põhjendatakse rahvastiku üldise vananemise, elutingimuste paranemise ja meditsiini arenguga (1). Kuna enamasti pole kroonilised nahahaigused eluohtlikud, on nahahaigustega patsiendid jäänud tervishoiuametnike, poliitikute ja üldsuse silmis tagaplaanile (2). Samas mõjutavad kroonilised nahahaigused oluliselt patsientide emotsionaalset seisundit ja elukvaliteeti.

Maaailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*, WHO) järgi tähendab tervisest sõltuv elukvaliteet füüsilist funk-

sioneerimist, emotsionaalset heaolu, üldist tervisetunnetust ja sotsiaalset funktsioneerimist (3). Elukvaliteedi ja emotsionaalse seisundi hindamiseks sobivad mitmemõõtmelised küsimustikud, nagu emotsionaalse enesetunde küsimustik (4), dermatoloogiline elukvaliteedi küsimustik (5), RAND-36 (*Rand 36-Item Health Survey 1.0*) (6), millega hinnatakse patsientidel füüsilist, funktsionaalset, psühholoogilist/emotsionaalset ja sotsiaalset komponenti.

Näiteks on psoriaasiga patsientidel leitud, et haiguse tõttu on neil nii üldine kui ka haigusspetsiifiline elukvaliteet kehvem kui muude nahaprobleemidega isikutel (7).

Samas ei leidnud Misery jt (8) erinevate krooniliste nahahaiguste vahel olulisi üldise tervisest sõltuva elukvaliteedi erinevusi. Võrreldes teiste krooniliste üldhaigustega on aga psoriaasi korral elukvaliteet siiski oluliselt rohkem häiritud just seetõttu, et haiguskolded paiknevad sageli nähtavates kehapiirkondades, võib kaasneda küüneta ja liigesekahjustus ning nahalööbega võib kaasneda sügelus, ärritus, põletustunne ja valu (9). Ka ekseemid mõjutavad nii haiguspsüühilist kui ka üldist elukvaliteeti. Boehm jt (10) näitasid, et kutseekseemi patsientidel ilmnes nahahaiguse tõttu oluline elukvaliteedi halvenemine nahahaiguse tõttu, mis mõjutas ka üldist tervisest sõltuvat elukvaliteeti. Eriti häiritud oli patsientide füüsiline toimimine.

Suuremat elukvaliteedi halvenemist dermatoloogilisel põhjusel on leitud raskematel haigusjuhtudel: ulatuslikuma lööbe või suurema arvu allergeenide korral (11, 10). Aknel, mida üldiselt peetakse lihtsaks haiguseks, on samuti suur mõju patsiendi üldisele elukvaliteedile, nii füüsilisele kui ka psühholoogilisele. Al Robaee (12) leidis, et üldine tervisest sõltuv elukvaliteet, mida hinnati SF-36-ga (*36-Item Short Form Survey*), oli akne korral eriti halb füüsilise funktsioneerimise ning füüsiliste ja emotsionaalsete piirangute osas. Samas uuringus hindas 81,5% patsientidest oma tervist kas rahuldavaks või halvaks ja ainult 25% pidas tervist võrreldes eelmise aastaga paremaks.

Uuringuid, kus oleks võrreldud erinevate krooniliste dermatooside korral esinevate psühholoogiliste tegurite erinevusi või osakaalu, on vähe ja tulemused on vastuolulised. Näiteks töös, kus võrreldi aknet, psoriaasi, atoopilist dermatiiti/ekseemi ja koldelist alopeetsiat, ilmnes, et akne ja psoriaasi patsientidel oli võrreldes ekseemirühmaga suurem depressiivsus ja sagedasemad enesetapumõtted (13). Teisalt, Mizara, Papadopoulos ja McBride (14) 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 võrreldes tervete isikutega (15). Väga vähe on töid, kus on pööratud tähelepanu isiksuse omaduste ja elukvaliteedi seoste krooniliste nahahaiguste korral. Hiljutises ülevaates, kus oli käsitletud isiksuse ja elukvaliteedi seost erinevate haiguste

korral, oli vaid üks artikkel dermatoloogia vallast ja selleski oli isiksuse omadusena vaadeldud enesehinnangut (16). Kuna teiste krooniliste haiguste korral on leitud, et isiksusejoontel on mõõdukas seos tervisest sõltuva elukvaliteediga, siis tasuks uurida, kas nahahaiguste korral on sama moodi.

Eestis on tehtud kaks tööd, kus on uuritud kroonilise nahahaiguse ja emotsionaalse enesetunde 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 rohkem depressiooni, üldärevuse, sotsiaalärevuse, väsimuse ja insomni sümptomeid (17). Teises uurimuses käsitleti psoriaasahaigete emotsionaalset enesetunnet lähtuvalt haiguse raskusest võrrelduna kontrollrühmaga. Tulemustest ilmnes, et raskema ning ulatuslikuma psoriaasi korral oli oluliselt rohkem depressiooni sümptomeid ja kergema ning vähem ulatuslikuma psoriaasi korral ärevuse ja paanika-agorafobia sümptomeid (18).

Meie uurimistöö eesmärk oli hinnata krooniliste põletikuliste nahahaiguste seost patsiendi emotsionaalse seisundi ja elukvaliteediga. Lisaks analüüsiti haiguse, isiksuseomaduste ja elukvaliteedi seoseid. Eestis varasemad sarnased uuringud puuduvad.

METOODIKA

Läbilõikeline uuring hõlmas TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinikusse nahaarsti vastuvõtule 2011. aasta oktoobrist kuni 2012. aasta septembrini pöördunud psoriaasi, ekseemi ja täiskasvanuea aknega patsiente. Kontrollrühma moodustasid terved vabatahtlikud, kes ei põdenud või ei olnud põdenud eelnimetatud nahahaigusi ja pöördusid TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinikusse healoomuliste nahakasvajate kontrolliks või olid meditsiinilised töötajad. Uurimuse tegemiseks oli olemas Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee heakskiit (protokoll number 208/T-1).

Uurimuses osales kokku 161 isikut, kes jagunesid järgmiselt: psoriaasahaigete rühm – 40 patsienti, ekseemiga isikute rühm – 41 patsienti, aknega isikute rühm – 40 patsienti, kontrollrühm – 40 isikut. Kõik uuritavad olid vähemalt 18 aasta vanused ning andnud informeeritud nõusoleku uuringus osaleda pärast kirjalikku ja

suulist teavitamist uuringu eesmärkidest ja meetoditest.

Kasutatud mõõdikud

1. Uuritava üldandmete küsimustik: sugu, vanus, haigestumise aeg, kestus, kulg, lööbe paiknemine, lööbeelementide hulk, senine ravi, haiguse esinemine perekonnas, kahjulikud harjumused ja kaasuvate üldhaiguste esinemine.
2. Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2) on enesehinnanguline skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks (4), mis koosneb 28 väitest ja sisaldab 5 alaskaalat: depressioon, üldärevus, paanika-agorafobia, väsimus ja unehäired. EEK-2 sisaldab ka kaht väidet sotsiaalärevuse kohta, mida käesolevas töös kasutati omaette alaskaalana. Iga väite kohta on viis vastusevarianti: „üldse mitte (0)“, „harva (1)“, „mõnikord (2)“, „sageli (3)“, „pidevalt (4)“.
3. Dermatoloogiline elukvaliteedi küsimustik (DLQI; 5) koosneb 10-st nahahäigusega patsiendi elukvaliteeti näitavast küsimusest. Iga küsimusega hinnatakse, kui palju on nahaprobleem mõjutanud inimese elu viimase nädala jooksul. Vastusevariante on neli: „väga“, „küllaltki palju“, „natuke“, „üldse mitte“. Iga vastusele vastab kindel arv ning lõpuks need summeeritakse. DLQI koguskoorid on vahemikus 0–30. Suurem summa näitab halvemat 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.
4. Rootsi ülikoolide isiksuseskaala SSP (19) koosneb 91 väitest ja sisaldab 13 alaskaalat: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikkus stressile, kehtestavuse puudumine, impulsiivsus, seikluste otsimine, isoleerumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärritus, umbsklikkus, verbaalne agressioon, füüsilise agressioon. Iga alaskaala koosneb 7 väitest ning iga väite kohta on neli vastusevarianti: „ei kehti üldse“, „ei kehti kuigivõrd“, „kehtib päris hästi“, „kehtib täiesti“. Skaalade tulemused on esitatud T-skooridena.
5. RAND-36 tervisega seotud elukvaliteedi ülevaade (6) sisaldab 8 alaskaalat: füüsilise funktsioneerimine (kehaline seisund), kehalised piirangud igapäeva-

elus, emotsionaalsed piirangud igapäevaelus, energia/väsimus, emotsionaalne heaolu, sotsiaalne toimetulek, valu, üldtervislik seisund. Alaskaalade skoorid on vahemikus 0–100, suurem summa näitab paremat elukvaliteeti.

Protseduur

Ettepaneku uuringus osaleda ja küsimustikud täita tegi osalejatele üks kindel dermatoloog-uurija, kelle ambulatoorsele vastuvõtule patsiendid olid registree-runud, kes osutusid uuringu jaoks sobivaks ning kellele eelnevalt selgitati uuringu eesmärgid ja meetodeid. Uuritavad, kes andsid informeeritud nõusoleku uuringus osaleda, vastasid küsimustele kohapeal ning tagastasid küsimustikud arst-uurijale kinnises ümbrikus. Uuringus osalemine oli anonüümne ja uuringu valikvastustega küsimustikele vastasid uuritavad ise. Küsimustikud ei sisaldanud patsiendi isikuandmeid, vaid igale osalejale anti uuringukood.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüsil kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS Windows 24.0. EEK-2 alaskaalade, DLQI ja RAND-36 alaskaalade rühmadevaheliste erinevuste selgitamiseks kasutati üldistatud lineaarseid mudeleid, analüüsid kohandati vastavalt soole ja vanusele. Isiksusejoonte ja elukvaliteedi näitajate vahelisi suhteid uuriti ainult patsientide rühmas. Isiksusejoonte ja elukvaliteedi skaalade üksikseoste leidmiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi (üksikanalüüside tulemusi ei esitata). Nende muutujate seoste uurimiseks, mille korrelatsioonid osutusid oluliseks, kasutati mitmest lineaarset regressioonianalüüsi, milles sõltuvateks tunnusteks olid elukvaliteedi näitajad. Iga elukvaliteedi näitaja jaoks konstrueeriti kaks mudelit. Esimeses olid ennustavateks teguriteks haiguse kestus, kaasuvate krooniliste haiguste olemasolu (binaarse tunnusena „on“, „ei ole“), sugu ja vanus (sellest mudelist on esitatud ainult determinatsioonikordajad). Teise mudelisse lisati SSP isiksusejooned.

TULEMUSED

Uuritavate vanus oli 19–78 aastat (keskmine vanus 39 aastat). Uuritavatest 61 (37,9%) olid mehed ja 100 (62,1%) naised. Uuritavate vanusevahemikud, keskmine vanus, sooline jaotus ja haigust iseloomustavad näitajad

Tabel 1. Uuritavate vanusevahemikud, keskmine vanus, sooline jaotus ja haigust iseloomustavad näitajad

	Psoriaas	Ekseem	Akne	Kontroll
Vanusevahemik, a	19–62	23–78	19–39	21–74
Keskmine vanus (K ± SH)	41,8 ± 12,4	47,4 ± 13,8	24,5 ± 5,2	42,1 ± 13,8
Sugu: arv (%)				
Mehed	22 (55%)	16 (39%)	6 (15%)	17 (42%)
Naised	18 (45%)	25 (61%)	34 (85%)	23 (58%)
Haigusprotsessi ulatus: arv (%)				
< 10% kehapinnast	11 (27,5 %)	19 (46,3%)	16(40%)	–
11–50%	24 (60,0%)	19 (46.3%)	24(60%)	–
51–90%	5 (12,5%)	3 (7,4%)	–	–
Haiguse kestus (aastates)				
Keskmine	14,5	9,9	9,5	–
Vahemik	0,08–42	0,17–40	2–22	–
Haiguse kulg: arv (%)				
Äge või progresseeruv	30 (75%)	31 (77,5 %)	33 (83 %)	–
Haiguskoldeid palju: arv (%)	27 (67,5%)	30 (73,1%)	31 (77,5%)	–
Suitsetamine: arv (%)				
Suitsetajaid	18 (45%)	16 (39%)	5 (12,5%)	10 (25%)
Kaasvate haiguste* esinemine: arv (%)	17 (42,5%)	16 (39%)	2 (5%)	3 (7,5%)

K – keskmine, SH – standardhälve.

* Kaasuvad haigused: diabeet, liigesehaigused, kõrgenenud vererõhk, kilpnäärmehaigused, migreen, astma

on toodud tabelis 1. Aknepatsiendid olid teistest rühmadest oluliselt nooremad ($p < 0,001$). Soolises jaotuses olid mõningad rühmadevahelised erinevused, aknepatsientide hulgas oli oluliselt rohkem naisi kui psoriaasi- ja kontrollrühmas ($p < 0,05$). Ekseemi- ja psoriaasipatsientidel oli oluliselt rohkem kaasvaid haigusi võrreldes akne- ja kontrollrühmaga.

Võrreldes omavahel kogu patsientide rühma emotsionaalset seisundit kontrollrühmaga, selgus, et patsientidel olid oluliselt

suuremad skoorid nii depressiooni, üldärevuse, sotsiaalärevuse, paanika-agorafaobia, väsimuse kui ka insomnia alaskaalal (vt tabel 2). Eriti väljendunud olid erinevused insomnia ja üldärevuse puhul. Psoriaasiga patsientidel oli kontrollrühmaga võrreldes oluliselt rohkem üldärevuse, paanika-agorafaobia, väsimuse ja insomnia sümptomeid, ekseemiga patsientidel üldärevuse ja insomnia sümptomeid ning aknepatsientidel depressiooni, üldärevuse, väsimuse ja insomnia sümptomeid.

Tabel 2. Emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK) keskmised väärtused uuritavate rühmade kaupa

	Psoriaas	Ekseem	Akne	Kõik patsiendid	Kontroll	p
EEK skaala	K ± SH	K ± SH	K ± SH	K ± SH	K ± SH	
Depressioon	8,1 ± 6,5	7,6 ± 5,8	9,5 ± 5,4*	7,8 ± 5,8*	5,8 ± 5,1	0,1
Üldärevus	9,1 ± 4,9**	8,0 ± 5,4*	9,4 ± 4,6**	8,1 ± 5,0**	5,7 ± 3,9	0,01
Sotsiaalärevus	1,3 ± 1,6	1,5 ± 1,6	1,8 ± 1,9	1,3 ± 1,6*	0,8 ± 1,1	0,1
Paanika-agorafaobia	1,5 ± 3,0*	0,7 ± 1,8	1,2 ± 2,4	0,9 ± 2,1*	0,2 ± 0,6	0,07
Väsimus	6,2 ± 4,2*	6,3 ± 4,1	6,9 ± 3,9**	6,0 ± 4,0**	4,5 ± 3,3	0,03
Insomnia	5,9 ± 3,7***	5,3 ± 3,5**	4,1 ± 3,0**	4,4 ± 3,5***	2,5 ± 2,9	<0,001

K – keskmine, SH – standardhälve, p – uuringurühmade erinevuse olulisuse nivoo; erinevus kontrollrühmast: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Dermatoloogilise elukvaliteedi küsimustiku kokkuliidetud summa analüüsil selgus, et nahahaigus mõjutab patsiendi elukvaliteeti 111 patsiendil 121-st (86%-l). Kontrollrühmas ilmnes mõju 5 patsiendil (12,5%). Nahahaigusega patsientidest mõjutab 26%-l haigus elukvaliteeti kas väga suurel või erakordselt suurel määral. Kontrollrühmas ilmnes neljal isikul väike mõju ja ühel suur mõju elukvaliteedile. Dermatoloogilises elukvaliteedis ilmnesid olulised rühmadevahelised erinevused (Wald = 67,4; $p < 0,001$). Nii ekseemi ($p < 0,001$), psoriaasi ($p < 0,001$) kui ka aknega ($p < 0,01$) patsientidel olid võrreldes kontrollrühmaga statistiliselt oluliselt suuremad DLQI väärtused. Samuti oli aknepatsientidel DLQI tulemus oluliselt väiksem võrreldes ekseemi- ja psoriaasipatsientidega (vastavalt $p < 0,01$ ja $p < 0,05$).

Tabelis 3 on toodud RAND-36 kaheksa alaskaala tulemused haigusrühmade kaupa. Olulised rühmadevahelised erinevused ilmnesid energia/väsimuse, emotsionaalse heaolu ja valu osas. Sotsiaalse toimetuleku erinevused olid olulisusele lähedal. Aknega patsientidel ilmnesid võrreldes kontrollrühmaga oluliselt halvemad väärtused emotsionaalse heaolu ja energia/väsimuse alakomponentides. Ekseemipatsientidel ilmnesid võrreldes kontrollrühmaga halvemad tulemused energia/väsimuse, sotsiaalse toimetuleku ja valu alakomponentides. Psoriaasipatsientidel ilmnesid võrreldes kontrollrühmaga halvemale seisundile viitavad skoorid energia/väsimuse ja emotsionaalse heaolu ja sotsiaalse toimetuleku puhul. Haigusrühmade omavahelisel

võrdlusel ilmnes, et ekseemipatsientidel oli oluliselt vähem valu ($p < 0,05$) võrreldes aknepatsientidega.

Mitmene lineaarne regressioonianaalüüs (vt tabel 4) näitas, et SSP somaatiline ärevus oli ainus isiksusejoon, mis iseseisvalt ennustas nahahaigustele spetsiifilist kehvemat elukvaliteeti DLQI järgi. Isiksusejoonte ja RAND-36 järgi hinnatud tervisest sõltuva elukvaliteedi seoste uurimisel selgus, et SSP somaatiline ärevus ennustas halvemaid tulemusi kõigis elukvaliteedi aspektides, välja arvatud emotsionaalne heaolu. Seikluste otsimine ennustas suuremat energiataset ja paremat üldise tervise hinnangut. Suurem kibestumine seostus halvema füüsilise toimimise, emotsionaalse heaolu ja sotsiaalse tegutsemisega. Agressiivsusele kalduvust näitavatest joontest seostus füüsiline agressiivsus halvema sotsiaalse toimimisega.

Determinatsioonikordajate vaatlus näitas, et kõigi elukvaliteedi aspektide puhul on isiksusejoontel vähemalt samaväärne või suurem ennustusväärtus kui sool, vanusel, haiguse kestusel ja kaasuvatel haigustel kokku. Võrreldes nende teguritega on isiksusejoonte roll eriti oluline seoses energia/väsimuse, emotsionaalse heaolu ja sotsiaalse toimetuleku hinnangutega (kirjeldades vastavalt 29%, 35% ja 27% elukvaliteedi näitajate variatiivsusest lisaks demograafilistele ja haigusnäitajatele).

Demograafilistest ja terviseteguritest oli kõige olulisem vanus, mis seostus füüsilise toimimisega ($p < 0,001$), kehalise tervise piirangute ($p < 0,01$), valu ($p < 0,01$) ja üldise tervise ($p < 0,01$) hinnangutega,

Tabel 3. Tervisest sõltuva elukvaliteedi küsimustiku RAND kaheksa alaskaala keskmised väärtused uuritavate rühmade kaupa

	Psoriaas	Ekseem	Akne	Kontroll	p
RAND-36 alaskaala	K ± SH	K ± SH	K ± SH	K ± SH	
Füüsiline funktsioneerimine	77,9 ± 27,3	77,6 ± 23,2	95,8 ± 5,4	82,0 ± 25,8	0,6
Kehalised piirangud igapäevaelus	66,9 ± 42,9	66,5 ± 38,6	91,3 ± 17,5	78,8 ± 34,7	0,3
Emotsionaalsed piirangud igapäevaelus	60,0 ± 46,7	64,2 ± 44,4	65,0 ± 36,2	74,2 ± 35,9	0,4
Energia/väsimus	47,4 ± 21,7**	47,8 ± 21,9*	48,6 ± 19,2*	59,1 ± 21,5	0,03
Emotsionaalne heaolu	61,2 ± 22,5*	64,1 ± 20,5	64,4 ± 13,8*	73,5 ± 21,2	0,03
Sotsiaalne toimetulek	70,7 ± 30,4*	70,6 ± 26,9*	75,0 ± 20,5	84,0 ± 25,2	0,08
Valu	65,5 ± 29,1	60,7 ± 29,5*	80,6 ± 20,4	76,2 ± 26,5	0,03
Üldtervislik seisund	53,2 ± 22,1	56,3 ± 22,1	68,0 ± 19,7	61,9 ± 24,5	0,2

K – keskmine, SH – standardhälve, p – uuringurühmade erinevuse olulisuse nivoo; erinevus kontrollrühmast: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabel 4. Seosed isiksusejoonte ja elukvaliteedi aspektide vahel: regressioonianalüüsi tulemused

	DLQI	Füüsiline funktsioneerimine	Kehalised piirangud	Emotsionaalsed piirangud	Energia/väsimus	Emotsionaalne heaolu	Sotsiaalne toime-tulek	Valu	Üldine tervis
	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Somaatiline ärevus	0,36**	-0,25*	-0,36**	-0,29*	-0,23*	0,06	-0,25*	-0,22*	-0,22*
Psüühiline ärevus	-0,09	0,97	0,04	-0,17	-0,06	-0,15	-0,13	0,02	-0,10
Vastuvõtlikkus stressile	-0,05	-	0,06	-0,15	-0,14	-0,14	-0,14	-	0,13
Kehtestavuse puudumine	0,09	-	-0,13	-0,12	-0,08	-0,21	0,07	-0,12	-0,02
Impulsiivsus	0,11	-	-	-	0,06	0,05	-0,07	-	-
Seikluste otsimine	-	-	-	-	0,21*	-	-	-	0,23*
Isoleerumine	-	-	-	-	-0,08	-0,08	-	-	-0,13
Sotsiaalne soovitavus	-	-	-	-	0,03	-0,01	-	-	-
Kibestumine	0,14	-0,24*	-0,06	-0,03	-0,13	-0,34**	-0,33**	-	-0,19
Ärrituvus	-0,05	-	-	0,24	0,04	0,12	0,14	-	-
Umbusklikkus	-	-	-	-0,04	-0,13	-0,03	0,05	-	-0,04
Verbaalne agressioon	-	-	-	-0,07	0,12	0,07	0,18	-	-
Füüsiline agressioon	-	-	-	-	-0,16	-0,18	-0,21*	-	-0,12
$R^2_1 - R^2_2$	0,05 - 0,18	0,27 - 0,40	0,12 - 0,24	0,02 - 0,22	0,05 - 0,34	0,04 - 0,39	0,01 - 0,28	0,10 - 0,15	0,18 - 0,36

β – standarditud regressioonikordaja; R^2_1 – determinatsioonikordaja esialgse mudeli jaoks, kus ennustajateks on sugu, vanus, haiguse kestus ja kaasuvate haiguste olemasolu; R^2_2 – determinatsioonikordaja teise mudeli jaoks, kuhu on lisatud isiksusejooned. Isiksusejoonte olulisuse nivoo teises mudelis: * p < 0,05; **p < 0,01.

olles nendes seostes kõige olulisem tegur. Haiguse kestus mängis rolli energia/väsimuse (p < 0,05) ja emotsionaalse heaolu (p < 0,05) hinnangutes, jäädes võrreldes isiksusejoontega siiski tagaplaanile.

ARUTELU

Tehtud uurimus on esimene suurem uuring krooniliste põletikuliste nahahaigustega patsientide emotsionaalse enesetunde ja elukvaliteedi seoste ning isiksusejoonte ja elukvaliteedi seoste kohta Eestis. Töö tulemusena leidsime, et krooniliste nahahaigustega isikud kannatavad suurema emotsionaalse düstressi all kui terved inimesed. Võrreldes kogu patsientide rühma tervetega, leidis kinnitust, et krooniliste nahahaiguste korral on depressiooni, üldärevuse ja sotsiaalärevuse sümptomeid rohkem. See tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, mis on näidanud erinevate nahahaiguste seost depressiooni, ärevuse ja sotsiaalärevusega (10, 17, 20).

Tõenäoliselt on tegemist emotsionaalse reaktsiooniga pikaajalist ravi vajavale kroonilisele haigusele. Viimane toob endaga kaasa muutusi igapäevaelus, hakatakse vältima sotsiaalseid tegevusi ning pidevalt on vaja teha raviprotseduure (vannid, ravikreemid, baaskreemid). Seejärel võivad häiruda igapäevased suhted sõpradega ja lähisuhted, mis omakorda mõjutavad patsientide enesehinnangut ja suurendavad düstressi.

Täiendavalt ilmnis patsientidel rohkem insomni sümptomeid, mida varasemates töödes ei ole uuritud või on vähe käsitletud. Mõnes raviuuringus on atoopilise ekseemi puhul sekundaarse tulemina leitud halvemat unekvaliteeti, teiste selles töös käsitletud haigusrühmade unehäireid pole uuritud (21). Meie uuring näitas insomni sümptomite olulisust kõigi haigusrühmade patsientidel. Arvestades seda, et selles töös olid unehäire sümptomid kõige olulisem düstressi ilming, vääriskid krooniliste

nahahaigete uneprobleemid kindlasti edasisi uuringuid.

Erinevalt varasematest töödest ei leidnud me psoriaasipatsientidel suuremat depressiivsust, pigem olid depressioonisümptomid kõige sagedasemad aknepatsientidel. Küll aga ei leidnud kinnitust aknepatsientide suurem sotsiaalärevus.

Ootuspäraselt selgus, et kroonilist nahahaigust põdevatel patsientidel on halvem nii nahahaiguste-spetsiifiline kui ka üldine terviseega seotud elukvaliteet. See kinnitab varasemates uuringutes saadud tulemusi (10, 11, 22). Üldise tervisest sõltuva elukvaliteedi osas ilmnas nii psoriaasi, ekseemi kui ka akne patsientidel võrreldes kontrollidega oluliselt kehvem tulemus energia-väsimuse alaskaalal ja halvem emotsionaalse heaolu tase. Ekseemipatsiente iseloomustas ka suurem hinnang valule. Samas ei erinenud füüsilises toimimises, füüsiliste ja emotsionaalsete piirangute tajumises ning hinnangus üldisele tervisele nahahaigusi põdevad patsiendid tervetest. Käesoleva töö põhjal näib, et nahahaiguste korral on häiritud pigem elu emotsionaalne, mitte kehaline pool. Ka väsimusel ja valul on tugev subjektiivne komponent ja nende taju ei pruugi käia käsikäes hinnangutega üldisele kehalisele toimetulekule. Kuigi varasemate tööde põhjal pole üheselt selge, kas krooniliste nahahaiguste korral on olulisem kehaline või psühholoogiline häiritus, on nii akne kui ka psoriaasi puhul siiski leitud, et need haigused mõjutavad kõige rohkem funktsioneerimise sotsiaalset ja psühholoogilist külge (23, 24). Pikaajaline/krooniline haigusprotsess ja vaatamata regulaarsele ravile vallanduvad ägenemised võivad inimest demoraliseerida ja tekitada mitmesuguseid negatiivseid emotsioone. Emotsionaalne häiritus võib viia kiirema väsimise, tüdimuse ja suhtlemisprobleemideni. Kui ollakse vähem aktiivne, siis võidakse jätta toimetused pooleli ja ehk suheldakse vähem. Nii võib tasapisi hakata kannatama ka sotsiaalne toimetulek.

Uurimaks, kuidas isiksusejooned seostusid elukvaliteedi näitajatega, vaadeldi kõiki patsiendirühmi koos (psoriaas, akne, ekseem). Selgus, et kõige üldisemad seosed elukvaliteediga on somaatilisel ärevuskalduvusel. See joon oli ainus, millel oli nahahaiguste-spetsiifilise elukvaliteedi ennustamisel iseseisev tähendus. Mida suurem oli püsikaldumus somaatilise ärevuse tekkeks,

seeda halvemaks osutus nahahaigusepuhune spetsiifiline elukvaliteet. Somaatiline ärevus ennustas ka üldise terviseega seotud elukvaliteedi kõiki aspekte, välja arvatud emotsionaalne heaolu. See isiksusejoon näitab kalduvust kogeda sageli ärevuse kehalisi sümptomeid (25). Võimalik, et suurema somaatilise ärevusega isikud on 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 ka väsimust, mis võiks seletada seost just nende kahe elukvaliteedi näitajaga.

Teine isiksusejoon, mis seostus üldise terviseega seotud elukvaliteedi mitme aspektiga, oli kibestumine. See joon on isiksuse viie teguriga mudelist seotud nii kõrge neurootilisuse kui ka madala sotsiaalsusega (19) ning näitab kalduvust olla rahulolematu, vastandada end teistele, tajudes neid ülekohtusena ja ennast ebaõiglaselt tõrjutuna, samuti vähest empaatiat. Seetõttu on arusaadav, miks kibestumine seostus eriti sotsiaalse toimetuleku probleemidega. Varasemad tööd on näidanud, et suhetega seotud omadustest mõjutab aknepatsientide elukvaliteeti sotsiaalne tundlikkus (20, 26). 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 käesoleva tööga väga sarnane tulemus (27). Nimelt üks viiest isiksuse põhilisest seadumusest – sotsiaalsus – seostus seal nii füüsilise ja sotsiaalse funktsioneerimise kui ka üldise tervisega sarnaselt käesoleva töö SSP kibestumise alaskaalaga. Võimalik, et suurema sotsiaalsuse ja vähesema kibestumisega isikud pööravad rohkem tähelepanu teiste inimeste heaolule ja keskenduvad vähem oma terviseprobleemidele. Tänu oma koostöövalmidusele ja sõbralikkusele võivad nad teistelt rohkem abi ja positiivset tagasisidet saada ning see aitab haigusega seotud emotsionaalsete probleemidega paremini toime tulla. Igal juhul väärivad võimalikud vahendavad mehhanismid edasist uurimist.

Agressiivsust näitavatest isiksusejoontest seostus meie töös suurem füüsiline agressiivsus sotsiaalse toimetuleku probleemidega. Huvitav tulemus on, et seikluste

otsimine seostus kõrgema aktiivsuse ja parema üldise tervise tajuga. Seikluste otsimisel on tugev seos ekstravertsusega (19) ning selle kaudu ilmselt ka elukvaliteediga. Ekstravertsemad inimesed on optimistlikumad ja energilisemad, seetõttu hindavad nad ka oma tervist paremaks ja on vähem vastuvõtlikud haigusega seotud väsimusele.

Kokkuvõttes olid isiksuse seosed elukvaliteediga mõõduka tugevusega, sarnase suurusjärguga seoseid on leitud ka teiste krooniliste haiguste korral (16). Isiksusejooned seostusid kõigi uuritud elukvaliteedi aspektidega ka siis, kui arvestasime võimalikku demograafiliste tunnuste ja selliste terviseaspektide nagu kaasuvate haiguste ja nahahaiguse kestuse mõju. Isiksuseomaduste roll seostes emotsionaalse ja sotsiaalse toimetuleku ning väsimuse hinnangutega oli märkimisväärselt suurem kui demograafiliste ja tervisenäitajate oma.

Selle uuringu tulemuste tõlgendamisel peab arvestama, et töös polnud kasutada haigusrühmade jaoks ühtset haiguse raskuse hindamise meetodit, kuigi haiguse raskus võib mõjutada hinnanguid elukvaliteedile. Samuti on tegemist läbilõikeuuringuga, mis ei võimalda hinnata, mis omavahel seostatud nähtustest on põhjus ja mis tagajärg. Uuringu üheks nõrgaks kohaks võib olla asjaolu, et kontrollrühm polnud patsientide rühmadega soo ja vanuse osas sobitatud, aga seda võiks parandada nende tunnuste arvestamine andmeanalüüsis.

JÄRELDUSED

Arvestades uuringust selgunud krooniliste nahahaigete suuremat emotsionaalse düstressi taset, on vajalik igapäevapraktikas märgata patsientidel ilmnevat depressiooni ja ärevuse sümptomeid. See on vajalik, et alustada õigel ajal ravi, mis omakorda tagaks nahahaiguse parema paranemise ja soodustaks elukvaliteedi paranemist. Oluline on patsientide ravimisel küsida ka une kohta, sest käesolev töö näitas, et nahahaigustega kaasneb suurem insomniat. Uneprobleemidega tuleks kindlasti tegeleda.

Uurimuses ilmnenu oluline elukvaliteedi häirimine vajab tähelepanu, oluline on tagada patsiendile adekvaatne, optimaalne ravi, toetada teda, et paremini kroonilise haigusega toime tulla. Arvestama peaks lisaks isiksusejoonte ja elukvaliteedi seoseid. Uurimus näitas, et kroo-

nilistel nahahaigetel on püsikaldumus somaatilisele ärevusele oluliselt seotud elukvaliteediga. Somaatilise ärevuskaldusega inimesel on ärevuse kehalisi märke võimalik ka välisel vaatlusel tähele panna ja niiviisi leida patsiente, kelle elukvaliteet võib haigusest rohkem kahjustatud saada. Leitud seos kibestumise ning emotsionaalse enesetunde ja sotsiaalse toimetuleku vahel võib mõnikord väljenduda patsientide rahuolematuses, et nendega ei tegelda, et nad ei tule toime, neid ei ravita ega seletata piisavalt haiguse olemust ega selle ravi. Võib väheneda raviarsti usaldamine ja areneda kehvem ravisoostumus. Siinkohal tasuks edaspidi mõelda nõustamis- või tugiteenuse sisseseadmisele.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt seoses artikliga.

SUMMARY

Quality of life and emotional state in chronic skin disease, relationships with personality traits

Ene Pärna¹, Anu Aluoja^{2,3}, Külli Kingo^{1,3}

Background. Studies comparing psychological factors in different chronic dermatoses are rare. Comparisons are usually made with other common chronic diseases. There are very few studies where attention is paid to personality characteristics.

Purpose. The research aimed to study emotional state and quality of life in chronic inflammatory skin diseases and analyse associations between personality traits and quality of life.

Methods. 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 (SSP); Dermatology Life Quality Index (DLQI) and a measure of health-related quality of life RAND-36.

The results show that chronic skin diseases were associated with emotional distress symptoms, especially insomnia and general anxiety. Compared to the control group patients with chronic skin diseases

¹ Dermatology Clinic of Tartu University Hospital,
² Psychiatry Clinic of Tartu University Hospital,
³ Tartu University Institute of Clinical Medicine

Correspondence to:
Ene Pärna
ene.parna@kliinikum.ee

Keywords:
chronic dermatosis, quality of life, emotional state, personality traits

had lower DLQI and RAND-36 emotional well-being and higher energy/fatigue and pain. Personality characteristics predicting several aspects of quality of life, were somatic trait anxiety and embitterment.

Conclusions. Considering the higher level of depression, general anxiety and insomnia in patients with chronic skin diseases, it is essential to recognize these problems in everyday practice. This enables to start appropriate treatment, which contributes to better recovery and improvement of the quality of life.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Sprangers MAG, de Regt EB, Andries F, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol 2000;53:895–907.
2. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. JAAD 2003;49:57–61.
3. World Health Organisation, 1997.
4. Aluoja A, Shlik J, Vasar V, et al. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. Nord J Psychiatry 1999;53:443–9.
5. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994;19:210–16.
6. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. User's manual for the medical outcomes study core measures of health -related quality of life. RAND Health; 1995.
7. Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. Acta Med Iran 2012;50:511–5.
8. Misery L, Thomas L, Jullien D, et al. Comparative study of stress and quality of life in outpatients consulting for different dermatoses in 5 academic departments of dermatology. EJD 2008;18:412–5.
9. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, et al. 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. JAAD 2008;58:826–50.
10. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. Contact Derm 2012;67:184–92.
11. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, et al. Contact sensitisation in hand eczema patients—relation to subdiagnosis, severity and quality of life: a multi-centre study. Contact Derm 2009;61:291–2.
12. Al Robaee AA. Assessment of general health and quality of life in patients with acne using a validated generic questionnaire. Acta Derm Venereol Alpina et Adriatica 2009;18:157–66.
13. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998;139:846–50.
14. Mizara A, Papadopoulos L, McBride SR. Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. Br J Dermatol 2012;166:986–93.
15. Magin PJ, Pond CD, Smith WT, Watson AB, Goode SMA. Cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. JEADV 2008;22:435–44.
16. Huang IC, Lee JL, Ketheeswaran P, Jones CM, Revicki DA, Wu AW. Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. Plos One 2017;12.
17. Kukk T, Raudsepp H, Tampere M, jt. Raske akne ravi süsteemse retinoidiga (isotretinoinum). Emotsionaalse enesetunde muutumine ravi käigus. Eesti Arst 2004;83:659–65.
18. Pärna E, Abram K, Kingo K, jt. Psoriaasahaigete emotsionaalne enesetunde sõltuvalt haiguse raskusest. Eesti Arst 2007;86:689–90.
19. Aluoja A, Voogne H, Maron E, Gustavsson JP, Võhma Ü, Shlik J. Personality traits measured by the Swedish universities Scales of Personality: factor structure and position within five-factor model in an Estonian sample. Nord J Psychiatry 2009;63: 231–6.
20. Rapp DA, Brenes GA, Feldman G SR, et al. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. BJD 2004;151:183–9.
21. Thorburn PT, Riha RL. Skin disorders and sleep in adults: Where is the evidence? Sleep Med Rev 2010;14:351–8.
22. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. Clin Cosmet Investi 2016;9:383–92.
23. de Korte J, Mombers FMC, Bos JD, Sprangers MAG. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. J Invest Dermatol Symp Proc 2004;9:140–7.
24. Ozturk A, Deveci E, Bagcioglu E, Atalay F, Serdar Z. Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. Turk J Med Sci 2013;43:660–6.
25. Gustavsson JP, Bergaman H, Edman G, Ekselius L, von Knorring L, Linder J. Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. Acta Psychiatr Scand 2000;102:217–25.
26. Krejci-Manwaring J, Kerchner K, Feldner SR, Rapp DA, Rapp SR. Social sensitivity and acne: The role of personality in negative social consequences and quality of life. Int J Psychiatr Med 2006;36:121–30.
27. van Straten A, Cuijpers P, van Zuuren FJ. Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. Qual Life Res 2007;16:1–8.