

Metodyka pomiaru – rodzaje narzędzi pomiarowych i ich zastosowanie w dermatologii estetycznej



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

*Solmed – Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii,
Częstochowa

**Zakład Immunodermatologii, Uniwersytet Medyczny
w Łodzi

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

W ubiegłej dekadzie gwałtownie wzrosła popularność zabiegów chirurgii plastycznej, jak też zabiegów niechirurgicznych w dermatologii estetycznej. Przyczyną tego zjawiska jest rozwój technik medycznych, pozwalających w sposób nieinwazyjny, w krótkim czasie, z niewielkimi objawami ubocznymi, poprawić lub zlikwidować defekty estetyczne, będące wynikiem choroby, fizjologicznego procesu starzenia się lub niezadowolenia z własnego wyglądu. Wzrosło również zainteresowanie psychologicznymi aspektami tych zabiegów. W efekcie nastąpił jednoczesny rozwój psychodermatologii, która pozwala na stwierdzenie związku między stanem dermatologicznym a stanem psychicznym człowieka. Dotychczas głównym zadaniem lekarzy było leczenie choroby podstawowej i minimalizowanie

skutków ubocznych. Wielokrotnie zapomniano, że satysfakcja z terapii zależy nie tylko od jej bezpośredniego wyniku, lecz także od tego, jaki będzie efekt kosmetyczny oraz jak pacjent będzie postrzegany przez otoczenie. Niezadowolenie pacjenta z wyglądu twarzy, ciała, stanu skóry, w związku z obecnymi teleangiektazjami, bliznami, nadmiernym owłosieniem, fotostarzeniem bądź pojawieniem się zmarszczek, jest głównym powodem poddawania się zabiegom estetycznym.

Skóra jest największym narządem ciała oraz pełni istotną funkcję biologiczną, jej stan daje pośrednią informację o funkcjonowaniu całego organizmu. Według Clarka „skóra jest sposobem, w jaki ukazujemy siebie sobie samym i innym” i „narzędziem kosmetycznym” [1]. Wygląd zewnętrzny to nie tylko ubiór, ale również stan włosów, paznokci,

skóry, wygląd twarzy, rąk, szyi. Całość naszego wyglądu zewnętrznego wpływa na to, jak postrzegamy siebie, na samoocenę, pewność siebie, relacje z innymi ludźmi, a także postrzeganie i ocenę przez innych.

Przez wiele lat problemy chorób skóry i ich znaczenie w aspekcie psychologicznym, ze względu na niewielkie ryzyko zagrożenia życia, były bagatelizowane. Tym bardziej zmiany o charakterze kosmetycznym czy estetycznym były i są traktowane wielokrotnie jako mało istotne. Zmiany tego rodzaju, z punktu widzenia czysto fizycznego stanu zdrowia, mogą mieć niewielkie znaczenie. Jednak w definicji zdrowia wg WHO uzyskujemy informację, że zdrowie to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego” [2]. Stąd też pewne tzw. problemy estetyczne mogą znacząco wpływać

na życie pacjentów i ich rodzin. Ich wynikiem mogą być również zaburzenia społeczne w postaci ograniczenia życia towarzyskiego, seksualnego, rodzinnego lub zawodowego. Dla większości ludzi bardzo duże znaczenie ma sfera emocjonalna oraz opinie innych ludzi. Powstające pod ich wpływem oceny własnego wyglądu mogą mieć różny charakter: mogą pojawiać się uczucia negatywne, takie jak wstyd, lęk, złość, poczucie winy, bądź też pozytywne – satysfakcja, duma z własnego wyglądu, poczucie własnej wartości [3].

Dotychczas przeprowadzono szereg badań, które miały na celu określenie wpływu chorób skóry takich jak: atopowe zapalenie skóry, toczeń rumieniowaty układowy, łuszczycowe zapalenie stawów, trądzik różowaty, trądzik pospolity na pewność siebie, samoocenę, relacje z innymi bądź akceptację przez innych ludzi, a także na jakość życia pacjenta. Natomiast ocena wpływu zabiegów estetycznych na poczucie własnej wartości, pewności siebie, na zdolność nawiązywania kontaktów międzyludzkich oraz relacje z innymi była przedmiotem jedynie nielicznych badań. Stworzono szereg skal i testów, na podstawie których podejmowano próby oceny wpływu zabiegów estetycznych na jakość życia. Jednak nie opracowano dotychczas takich znormalizowanych metod.

Pomiar skuteczności zabiegów estetycznych jest niemożliwy z uwagi na to, że większość pacjentów wybiera interwencję, które nie są powiązane z żadną bezpośrednią korzyścią medyczną. Wśród czynników, które mogą mieć wpływ na jakość życia osób korzystających z zabiegów estetycznych, wymieniane są m.in.: akceptacja przyjaciół oraz rodziny, wpływ na życie towarzyskie i zawodowe oraz poczucie szczęścia i pewności siebie. Dla tych osób zdrowie i dobre samopoczucie są

związane z mentalnymi, emocjonalnymi i społecznymi konsekwencjami tego, jak wyglądają. Badania wykazały, że tylko niewielki odsetek pacjentów, którzy dążą do interwencji kosmetycznej z powodu niezadowolienia z poszczególnych obszarów swojego ciała, zdradza oznaki poważniejszych problemów psychiatrycznych [4-6].

Ważnym elementem w ocenach psychodermatologicznych jest określenie jakości życia. Platon jako pierwszy zdefiniował pojęcie jakości życia jako „pewien stopień doskonałości” [2]. Jako pojęcie filozoficzne przetrwało ono do dziś, obejmując swoim zasięgiem kolejne sfery.

Pojęcie jakości życia (Quality of Life – QoL) oznacza poczucie satysfakcji, wynikające z zaspokojenia własnych potrzeb. Pojawiło się w terminologii amerykańskiej po II Wojnie Światowej [7]. Początkowo dotyczyło tylko sfery ekonomicznej i materialnej, oznaczając tzw. „dobre życie”. Z czasem pojęcie to zostało rozszerzone, wprowadzono kryteria odnoszące się do edukacji, wolności, zdrowia i szczęścia [8]. Podstawowe obszary jakości życia obejmują następujące aspekty: fizyczny, psychiczny, społeczny oraz sprawność ruchową.

Jakość życia człowieka pozostaje w ścisłym związku ze zdolnościami i możliwościami zaspokajania jego potrzeb. **Potrzeby** podzielono na bezwzględne i względne. Bezwzględne to te niezbędne do funkcjonowania: jedzenie, picie, sen, ciepło. Określono, że potrzeby względne to: poczucie bezpieczeństwa, miłości, własnej wartości, akceptacji i samoakceptacji. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań ustalono, że im większe zaspokojenie uzyskano, tym wyższy był stopień jakości życia [9]. Pojęcie jakości życia odnosi się nie tylko do stopnia, lecz także do sposobu zaspokajania potrzeb. Udowodniono, że istotne znaczenie mają nie tylko same po-

trzeby, ale również sposób, styl, tryb i poziom życia, czyli wszystko, co stanowi o jego jakości [10]. Na poczucie jakości życia wpływają także warunki mieszkaniowe, praca zawodowa, standard życia oraz stan cywilny [11].

Według WHO pojęcie jakości życia obejmuje różnorodne parametry, takie jak: sytuacja materialna, zdrowie, stabilność polityczna, bezpieczeństwo, życie rodzinne, życie wspólnotowe, klimat i geografia, bezpieczeństwo zatrudnienia, wolność polityczna, równość płci [12].

Analizując teorie dotyczące jakości życia, można odnieść wrażenie, że zbyt późno zaczęto rozpatrywać aspekt jakości w powiązaniu ze zdrowiem. Dopiero ostatnie dwie dekady przyniosły zmianę podejścia do definicji zdrowia. Stwierdzono, że ocena stanu zdrowia czy choroby na podstawie oceny jedynie parametrów medycznych jest niewystarczająca. Jak wiadomo, same wyniki bez pacjenta, bez jego subiektywnej oceny własnego samopoczucia, potrzeb, efektów leczenia i oczekiwań nie mogą decydować o zdrowiu lub chorobie [13]. Znaczący wpływ na zmianę upodmiotowienia pacjenta i większe zainteresowanie związkiem między sferą fizyczną i psychiczną ma także definicja zdrowia przyjęta przez WHO: „pełen dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania” [12].

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL – Health Related Quality of Life) jest definiowane jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, odbierany przez pacjenta” [14-17]. HRQL obejmuje cztery dziedziny:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną,
- warunki ekonomiczne i doznania somatyczne [7,16].

Podkreśla się, że należy rozgrani-

czyć także takie terminy, jak jakość życia i poczucie jakości życia oraz paradoks zdrowia i choroby. Jakość życia odnosi się do obiektywnego wymiaru, natomiast poczucie jakości życia jest subiektywnym odczuciem, kształtowanym przez sferę psychiczną, emocje, uczucia [18]. **Paradoks zdrowia** występuje wtedy, kiedy mimo braku objawów somatycznych pacjent czuje się chory, a **paradoks choroby** – gdy pacjent czuje się zdrowy mimo istnienia objawów [19].

W ostatnich 50 latach nastąpił znaczny wzrost zainteresowania problematyką wizerunku ciała. Dla wielu osób oznacza on jedynie wygląd zewnętrzny, atrakcyjność fizyczną bądź urodę, które wpływają na zachowanie, emocje, samoocenę, poczucie własnej wartości [20]. Brak jest jednoznacznej definicji wizerunku ciała, w związku z czym zastępczo używane są terminy takie jak: zadowolenie z wyglądu, zadowolenie z ciała, samoocena atrakcyjności, zniekształcenia wizerunku ciała [21]. W definicji wizerunku ciała zawarto następujące aspekty: poznawczy, emocjonalny, behawioralny – zachowania i element oddziaływania środowiska. Aspekt poznawczy jest analizowany w obszarze percepcji ciała oraz własnych przekonań dotyczących wyglądu, sprawności i atrakcyjności. Aspekt emocjonalny obejmuje wskaźnik niezadowolenia z wyglądu i łączy się z negatywnymi emocjami – lękiem, wstydem, depresją, co wpływa niekorzystnie na samoocenę. Aspekt behawioralny, wpływający na wizerunek ciała, to: ćwiczenia fizyczne, dieta, ubranie, kosmetyki [22].

Ciało człowieka może być postrzegane w kategorii zdrowia i choroby, sprawności i niedołążności, młodości i starości, urody i brzydoty, a co za tym idzie – może być źródłem radości i satysfakcji lub cierpienia, wstydu i poczucia nis-

Metodyka pomiaru – rodzaje narzędzi pomiarowych i ich zastosowanie w dermatologii estetycznej

STRESZCZENIE

Słowa kluczowe: jakość życia, zabiegi estetyczne

Problemy natury estetycznej często były i są bagatelizowane. Zmiany tego rodzaju, w aspekcie czysto fizycznego zdrowia, mogą mieć niewielkie znaczenie. Jednak w definicji zdrowia według WHO uzyskujemy informację, że zdrowie to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”. Dlatego uważa się, że pewne tzw. problemy estetyczne mogą znacząco wpływać na życie pacjentów i ich rodzin. Ich wynikiem mogą być również zaburzenia społeczne w formie ograniczenia życia towarzyskiego, seksualnego, rodzinnego czy zawodowego. Jednocześnie w ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania chirurgicznymi i niechirurgicznymi zabiegami estetycznymi.

Ocena wpływu zabiegów estetycznych na poczucie własnej wartości, pewności siebie, zdolności w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich oraz relacji z innymi ludźmi była przedmiotem jedynie nielicznych badań. Stworzono skale i testy, na podstawie których podejmowano próby oceny wpływu zabiegów estetycznych na jakość życia, jako ważnego elementu w ocenach psychodermatologicznych.

Jednak nie opracowano dotychczas takich znormalizowanych metod, a w dotychczasowym piśmiennictwie brak jest jednoznacznych danych pozwalających na określenie związku pomiędzy zabiegami korygującymi defekty estetyczne a oceną jakości życia pacjentów. Stąd też wydaje się zasadne przeprowadzenie badań w celu próby znormalizowania testów oceny jakości życia pacjentów poddawanych zabiegom estetycznym.

The methodology of the measurement – types of measuring tools and their application in the aesthetic dermatology

SUMMARY

Key words: quality of life, aesthetic treatments

Aesthetic problems have been often underestimated. This kind of modifications may have low significance in relation to physical health. However we obtain information from the WHO definition of health that health is "a state of complete, well-being of physical, mental and social health". That is why, it is considered, that some so called "aesthetic problems", can greatly affect lives of patients and their families. They may also result in social disorders such as limiting the social, sexual, family or professional life. In the recent years there has been observed a growing interest in surgical and nonsurgical aesthetic treatments.

Evaluation of the influence of aesthetic treatments on self-esteem, self-confidence, ability in establishing interpersonal contacts and relationships with the others was the aim of only a few studies. Attempts of the evaluation of the influence of aesthetic treatments on the quality of life, as an important element in psycho-dermatological evaluations, were made based on created scales and tests.

However, such standardized methods were not drawn up so far and there is a lack of conclusive data in the nowadays literature, that would allow to determine the relation between treatments correcting aesthetic defects and the evaluation of the quality of the life of patients. Therefore, it seems to be reasonable to carry out researches in order to standardize the tests of the quality of life of patients after aesthetic treatments.

kiej wartości. Zadowolenie z wyglądu oraz atrakcyjność fizyczna są nierozdzielnie związane z aspektem psychologicznym, emocjami, samooceną, wpływają na nasze relacje z ludźmi, kontakty zawodowe, społeczne, rodzinne – na poczucie jakości życia.

Osoby, które nie akceptują pewnych estetycznych problemów, dotyczących poszczególnych części ciała z powodu choroby lub z powodu nieakceptowania zmian zachodzących z upływem czasu, często decydują się na zabiegi chirurgii plastycznej lub też zabiegi z zastosowaniem nowoczesnych metod medycyny estetycznej. Pragnienie zmiany, poprawienia swojego wyglądu jest najczęściej wynikiem krytycznej reakcji otoczenia, a zabiegi, którym się poddają, mają na celu podniesienie samooceny, atrakcyjności, jakości życia, pozyskanie lepszej pracy, wyższego statusu społecznego [22, 23]. Satysfakcja pacjenta oraz poprawa jakości życia są dominującymi względami, które determinują sukces zabiegu estetycznego. Interwencje estetyczne zarówno chirurgiczne, jak i niechirurgiczne mogą poprawić jakość życia i psychologiczne samopoczucie pacjenta [23].

Nie zawsze jednak techniczne aspekty zabiegów estetycznych muszą skutkować zadowoleniem pacjentów. Dlatego pozytywne psychologiczne rezultaty, jakie mogą być osiągnięte po zastosowaniu interwencji estetycznych, mogą być mierzone tylko przez badanie jakości życia [23]. Istnieją jednak pewne ograniczenia oceny jakości życia po zabiegach estetycznych. Jedną z nich jest stosowanie różnych kwestionariuszy i skal do oceny rezultatów, czego przyczyną jest brak jednego, znormalizowanego narzędzia pomiarowego. Pacjenci mają również różne oczekiwania i wyobrażenia o klinicznych rezultatach zabiegów, mniej lub bardziej realistyczne. Różne mogą być również cele takich

terapii. Jedni chcą wyglądać młodziej, atrakcyjniej, inni zlikwidować gniewny, zmęczony czy zestresowany wyraz twarzy. Wszystkie te czynniki muszą być wzięte pod uwagę podczas oceny rezultatów zabiegów estetycznych i przy wyborze kwestionariuszy pomiarowych [23,24].

■ Metodyka pomiaru – rodzaje narzędzi pomiarowych

Oceniając jakość życia pacjentów z rozpoznaną jednostką chorobową stosuje się kwestionariusze ogólne (generic measures) oraz swoiste dla danej choroby (disease-specific measures) [25,26]. Kwestionariusze ogólne pozwalają ocenić ogólną jakość życia, w zależności od wpływu choroby lub leczenia, natomiast kwestionariusze swoiste uwzględniają jednostkę chorobową [25,27].

Specyfika chirurgicznych i niechirurgicznych zabiegów estetycznych utrudnia jednak wybór odpowiedniego kwestionariusza. Podkreśla się, że mimo ogromnego wzrostu liczby wykonywanych zabiegów, niewiele jest informacji dotyczących ich wpływu na jakość życia pacjentów oraz nie udało się znormalizować metody określającej satysfakcję pacjenta z zabiegu. A właśnie satysfakcja pacjenta i poprawa jakości życia są dominującymi względami, które determinują sukces zabiegu [23,28,29].

Do chwili obecnej nie zostały przeprowadzone badania porównawcze przydatności poszczególnych skal i kwestionariuszy do oceny wpływu medycznych zabiegów estetycznych na jakość życia pacjentów. Są natomiast prace wykorzystujące poszczególne metody do oceny szeregu zagadnień i problemów związanych z tym tematem.

Potwierdzeniem braku znormalizowanych narzędzi pomiarowych, stosowanych w ocenie satysfakcji pacjenta i jakości życia po estetycznych zabiegach chirurgicznych

i niechirurgicznych, jest systematyczny przegląd pomiaru wyników. Uwzględniono w nim 442 artykuły i zidentyfikowano pomiary wyników raportowanych przez pacjenta w celu oceny satysfakcji pacjentów i/lub jakości życia po przeprowadzonym zabiegu. Pomiary te zostały podzielone na kilka podkategorii, w których zastosowano odpowiednie kwestionariusze: •operacja nosa, •odmładzanie skóry, •lifting twarzy, •operacja powiek i •wygląd ogólny. W poszczególnych kategoriach znalazły zastosowanie następujące kwestionariusze: •Ocena wyników operacji kosmetycznej nosa (Rhinoplasty Outcomes Evaluation), •Spis korzyści Glasgow (Glasgow Benefit Inventory), •Test organizacyjny wyglądu twarzy (Facial Appearance Sorting Test), •Kwestionariusz satysfakcji z leczenia zmarszczek (Facial Lines Treatment Satisfaction Questionnaire), •Ocena wyników odmładzania skóry (Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation), •Kwestionariusz wyników leczenia zmarszczek (Facial Lines Outcomes Questionnaire), •Ocena rezultatu liftingu twarzy (Facelift Outcomes Evaluation), •Skala wyglądu Derriforda 59 (Derriford Appearance Scale 59). Stwierdzono, że brak jest wiarygodnych narzędzi oceniających wyniki chirurgicznych i niechirurgicznych zabiegów, a opracowanie jednolitego, obiektywnego pomiaru pozwoliłoby na wybór leczenia, wiarygodne porównanie technik zabiegowych, a także umożliwiłoby ilościowe oznaczenie uzyskanych efektów leczenia [29].

Obecnie ocena jakości życia jest elementem pomocnym w kwalifikacji i wyborze pacjentów do zabiegów oraz jedyną formą umożliwiającą określenie ilościowej efektywności i zrozumienia rezultatów zabiegów estetycznych [23].

Jak wspomniano, pomiar jakości życia związany jest z oceną różnych sfer życia pacjenta. Dla pacjentów

poddających się zabiegom estetycznym zdrowie i dobre samopoczucie są nierozdzielnie związane z emocjonalnymi i społecznymi konsekwencjami własnego wyglądu [23, 30,31].

W dotychczasowych badaniach, oceniających jakość życia proponowane jest stosowanie różnorodnych kwestionariuszy, w tym: •skali SF 36 (Short Form-36 Health Survey), •DLQ1 – Skali dermatologicznego indeksu jakości życia (Dermatology Life Quality Index), •Kwestionariusza pomiaru zdrowia (Health Measurement Questionnaire), •Kwestionariusza zagadnień osobistych (Personal Resources Questionnaire), •Skali sposobów radzenia sobie (Ways of Coping Scale), •Skali Centrum Badań Epidemiologicznych nad Depresją (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CESD), •Skali zadowolenia z życia (Questions on Life Satisfaction questionnaire), •Globalnej skali poprawy estetycznej (Global Aesthetic Improvement Scale) [32-35].

Jednym z badań, wykorzystującym 4 kwestionariusze, było prospektywne korelacyjne badanie 105 pacjentów poddających się planowej operacji kosmetycznej, w którym określano parametry takie jak wskaźnik jakości życia, depresji, wsparcia społecznego i radzenia sobie. Stwierdzono korzyści psychologiczne przez znaczące i długotrwałe zwiększenie jakości życia [36].

W innych badaniach pomiaru jakości życia zastosowano Skalę wyglądu Derriforda (The Derriford Appearance Scale-DAS59) do oceny wiarygodności, zasadności i wrażliwości na zmiany. Skala ta jest instrumentem pozwalającym ocenić cierpienie, zaburzenia czynności u ludzi przewrażliwionych co do swojego wyglądu oraz u osób z oszpecceniem i deformacjami. Dostarczyła ważnych danych dla kontroli klinicznej oraz oceny danego

sposobu leczenia w porównaniu z innymi metodami [36,37].

W kolejnym badaniu przeprowadzono pomiar wyników kosmetycznych operacji twarzy w badaniu prospektywnym, na grupie 78 pacjentów, z pomocą 4 metod pomiarowych: Oceny rezultatów lifingu Twarzy (Facelift Outcomes Evaluation), Oceny wyników operacji kosmetycznych nosa (Rhinoplasty Outcomes Evaluation), Oceny wyników operacji kosmetycznej powieki (Blepharoplasty Outcomes Evaluation), Oceny wyników odmładzania skóry (Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation). Pacjenci doświadczyli znacznej poprawy jakości życia, a satysfakcja życiowa wzrosła od 37% do więcej niż 84% po przeprowadzonych zabiegach [38].

Oceny wpływu estetycznej operacji plastycznej na jakość życia w aspekcie zdrowia i wyglądu dokonano również w grupie 228 pacjentów, stosując test składający się z 3 modułów: ogólnej satysfakcji z życia, zdrowia i wyglądu. Odnotowano poprawę jakości życia, zwłaszcza w odniesieniu do zadowolenia z wyglądu ciała i zdrowia. Stwierdzono również, że 85% badanych poddałoby się leczeniu ponownie, a 94% poleciłoby takie zabiegi innym [34].

Inni autorzy podjęli próbę oszacowania poprawy subiektywnie rozumianej jakości życia i zdrowia psychicznego na podstawie współczynników satysfakcji pacjenta w badaniu przeprowadzonym u 25 kobiet. Zastosowano wówczas 2 kwestionariusze – Profil subiektywnej jakości życia (Subjective quality of life profile – SQLP) oraz Kwestionariusz zdrowia ogólnego (General health questionnaire GHQ12). Wyniki badania wykazały korzystny wpływ operacji plastycznej piersi i brzucha na subiektywną jakość życia pacjentów, dotyczącą zdrowia fizycznego, bólu, wyglądu zewnętrznego, życia towarzyskiego [39].

Kwestionariusz Freiburga, doty-

czący zabiegów dermatologii estetycznej oraz operacji plastycznych, wykorzystano w badaniu oceny jakości życia po zastosowanym leczeniu. Ponad 80% pacjentów oceniło leczenie zmarszczek mimicznych przy użyciu toksyny botulinowej jako korzystne [40].

Poprawę jakości życia stwierdzono również w badaniu przeprowadzonym w grupie 20 kobiet z chorobami skóry twarzy, u których zastosowano kosmetyki kolorowe maskujące skórę [41].

Nieodłączną kwestią związaną z jakością życia jest stan psychiczny pacjentów poddających się różnym zabiegom estetycznym. Mogą one wpływać na psychiczne samopoczucie pacjentów. Pozytywne zmiany u pacjentów były związane z zadowoleniem ze swojego wyglądu, poprawieniem nastroju, zmniejszeniem stanu przygnębienia, depresji, zaniepokojenia i ogólnym poczuciem zdrowia [23,42].

Ważnym elementem wydaje się weryfikacja zaburzeń psychicznych pacjentów, gdyż informacja taka pozwala na dobór odpowiedniej metody leczenia i decyduje o efektywności i sukcesie zabiegu. Liczna grupa pacjentów zgłaszających się na estetyczny zabieg medyczny wykazuje zdrową chęć poprawienia wyglądu. Niekiedy z takich zabiegów chcą korzystać pacjenci z dysmorfofobią, osobowością narcystyczną lub histrioniczną, które wpływają na ich osądy dotyczące własnego wyglądu [23,43-45]. Obecnie uważa się zaburzenia osobowości za trwałe wzorce zachowań, formę stosunku do siebie i otoczenia, które jednak ze względu na swoją jakość i ilość utrudniają funkcjonowanie społeczne, rozwój zawodowy i życiowy [43]. Dlatego należy być ostrożnym w kwalifikacji pacjentów z zaburzeniami osobowości do zabiegów estetycznych.

Ocena rezultatu wykonanego zabiegu estetycznego możliwa jest je-

dynie poprzez ocenę jakości życia i satysfakcji pacjenta. Poczucie urody, zadowolenie z wyglądu jest subiektywne, a zatem zabiegi estetyczne niekoniecznie muszą skutkować zadowoleniem pacjentów. Dlatego potrzebne są badania, które pozwolą na obiektywną ocenę rezultatów i jednocześnie ułatwią lekarzom wybór odpowiedniej, skutecznej i satysfakcjonującej metody leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Żelazny I., Nowicki R., Majkovicz M., Samet A.: Jakość życia w chorobach skóry. Przewodnik lekarza, 2004, 9.
2. <http://pl.wikipedia.org/wiki>, link z dn. 29.04.2010 r.
3. Gawor A., Głębocka A.: Kwestionariusz do badań wizerunku ciała otyłych. Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy. Oficyna wydawnicza Impuls, 2008: 23-29.
4. Echavez M., Horstman W.: Relationship between lipoatrophy and quality of life. *AIDS Read*, 2005, 15: 369-375.
5. Alsarraf R.: Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions. *Aesthet Plast Surg*, 2000, 24: 192-197.
6. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J., Whitaker L.A.: Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*, 1998, 101: 1644-1649.
7. Kościelak R.: Promocja zdrowia a jakość życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. *Psychologia i medycyna*, 2007: 75-81.
8. Fallowild L.: *The quality of life*. London, 1991.
9. Hunst S.M., McEwen J., McKenna S.P.: *Measuring health status*. London, 1992.
10. Gałęski B.: Styl życia i jakość życia – próba systematyzacji pojęć. *Studia Socjologiczne*, 1977, 1.
11. Campbell A., Converse P.E., Rogers W.L.: *The quality of American life: Perception, evaluation and satisfactions*. New York, Russell Sage Foundation, 1976.
12. World Health Organization: *The constitution of the World Health Organization*. WHO Chron, 1947, 1: 29.
13. Habrat B., Chmielewska K., Baran H., Kęszycka B.: Subjective Quality of life in opiate dependent patients before admission, after six months and one-year participation in methadone program. *Przegląd Lekarski*, 2002, 59, 4-5.
14. Schipper H., Clinch J., McMurray A., Levitt M.: Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol*, 1990, 2: 472-483.
15. Felce D., Perry J.: Quality of life: It's definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 1995, 16: 51-74.
16. Dziurawicz-Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002, 1: 77-99.
17. Schipper H.: Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol*, 1990, 8: 171-185.
18. Aleksyńska A.: www.psychologia.net.pl/artukul, link z dn. 29.04.2010 r.
19. Raspe H.: Quality of life measurement in rheumatology. w: Guggenmoos-Holtzmann I., Bloomfield K., Flick U. (red.): *Quality of life health: concepts, methods and applications*. Oxford Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1995: 95-106.
20. Garner D.M.: The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 1997, 1: 30-78.
21. Głębocka A., Kulbat J.: Czym jest wizerunek ciała. Wizerunek ciała. Portret Polek. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Opolskiego, 2005: 9-28.
22. Głębocka A.: *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2009: 12-13.
23. Sadick N.S.: The impact of cosmetic interventions on quality of life. *Dermatology Online Journal*, 14(8): 2.
24. Fagien S., Cox S.E., Finn J.C., Werschler W.P., Kowalski J.W.: Patient-reported outcomes with botulinum toxin type A treatment of glabellar rhytids: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Dermatol Surg*, 2007, 33: S2-S9.
25. Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L.: Measuring health-related quality of life. *Ann Int Med*, 1993, 118: 622-629.
26. Scott D.L., Garrod T.: Quality of life measures: use and abuse. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2000, 14(4): 663-687.
27. www.evidence-based-medicine.co.uk/ebmfiles/WhatIsQoL.pdf, link z dn. 29.04.2010 r.
28. Most S.P., Alsarraf R., Larrabee W.F. Jr: Outcomes of facial cosmetic procedures. *Facial Plastic Surg*, 2002, 18(2): 119-124.
29. Kosowski T.R., McCarthy C., Reavey P.L., Scott A.M., Wilkins E.G., Cano S.J. i in.: A systematic review of patient-reported outcome measures after facial cosmetic surgery and/or nonsurgical facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*, 2009, 123(6): 1828-1829.
30. Alsarraf R: Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions. *Aesth Plast Surg*, 2000, 24: 192-197.
31. Echavez M., Horstman W.: Relationship between lipoatrophy and quality of life. *AIDS Read*, 2005, 15: 369-375.
32. Shakespeare V., Cle R.P.: Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *Br J Plast Surg*, 1997, 50: 242-248.
33. Rankin M., Borah G.L., Perry A.W., Wey P.D.: Quality-of-life

- outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 1998, 102: 2139-2145.
34. Papadopoulos N.A., Kovacs L., Krammer S., Herschbach P., Henrich G., Biemer E.: Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2007, doi:10.1016/j.bjps.2007.01.171.
 35. Silvers S.L., Eviatar J.A., Echavez M.I., Pappas A.L.: Prospective, open-label, 18-month trial of calcium hydroxylapatite (Radiesse) for facial soft-tissue augmentation in patients with human immunodeficiency virus-associated lipoatrophy: one-year durability. *Plast Reconstr Surg*, 2006, 118: 34S-45S.
 36. Klassen A., Fitzpatrick R., Goodacre T.: Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition – specific instrument: the Derriford Scale. *Br J Plast Surg*, 1998, 51(5): 380-384.
 37. Harris D.L., Carr A.T.: The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg*, 2001, 54(3): 216-222.
 38. Alsarraf R., Larrabee W.F. Jr, Anderson S., Murakami C.S., Johnson C.M. Jr: Measuring Cosmetic Facial Plastic Surgery Outcomes. *Arch Facial Plast Surg*, 2001, 3: 198-201.
 39. Chahraoui K., Danino A., Frachebois C., Clerc A.S., Malka G.: Aesthetic surgery and quality of life before and four months postoperatively. *Ann Chir Plast Esthet*, 2006, 51(3): 207-210.
 40. Sommer B., Zschocke I., Bergfeld D., Sattler G., Augustin M.: Satisfaction of patients after treatment with botulinum toxin for dynamic facial lines. *Dermatol Surg*, 2003, 29: 456-460.
 41. Boehncke W.H., Ochsendorf F., Paeslack I., Kaufmann R., Zollner T.M.: Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. *Eur J Dermatol*, 2002, 12: 577-580.
 42. Ching S., Thoma A., McCabe R.E.: Antony MM, Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg*, 2003, 111: 469-480.
 43. Ritvo E.C., Melnick I., Marcus G.R., Glick I.D.: Psychiatric conditions in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*, 2006, 22(3): 194-197.
 44. Malick F., Howard J.: Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther*, 2008, 21(1): 47-53; 2008, 21(2): 151.
 45. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J., Whitaker L.A.: Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*, 1998, 101: 1644-1649.
 46. Maliński R.: <http://www.psychologia.net/pl>, link z dn. 29.04.2010 r.

Adres do korespondencji:

Joanna Magdziarz-Orlitz
 Solmed – Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii
 ul. Botaniczna 32,
 42-200 Częstochowa