

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

სტრუქტურირებული სადოქტორო პროგრამა „ტრანსლაციური ბიომედიცინა
(მიმართულება - “დერმატო- ვენეროლოგია“)

სოფიკო აზრუმელაშვილი

დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსი და პრობლემის დაძლევის
სტრატეგია როზაცეით დაავადებულ პირებში

მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი
დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ასოცირებული პროფესორი თინა ქიტუაშვილი

2024 წელი

თბილისი

აბსტრაქტი

როზაცეა არის ქრონიკული ანთებითი დერმატოზი, რომელსაც ახასიათებს სახის კანის ერითემა, პაპულები, პუსტულები და ტელეანგიექტაზიები, გაღიზიანებული თვალის სინდრომი და რინოფიმა. დაავადების ლოკალიზებულია- გავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე (QoL), მენტალურ ჯანმრთელობაზე. კვლევის მიზანია ცხოვრების ხარისხის და დამლევი სტრატეგიის შესწავლა როზაცეით დაავადებულ პირებში.

ჩვენს მიერ ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა შპს „კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო/კვლევით ეროვნულ ცენტრში“. კვლევაში მონაწილეობდა ამბულატორიულ მიღებაზე მყოფი 22-დან 80 წლამდე 138 პაციენტი, რომლებიც როზაცეის დიაგნოზით მკურნალობდნენ კლინიკაში 2016 წლიდან 2020 წლებში, მათგან 25(18%) კაცი და 103(82%) ქალი.

პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე დაავადების გავლენის განსაზღვრის მიზნით პაციენტებმა შეავსეს - დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსი - The Dermatology Life Quality Index (DLQI) განმსაზღვრელი კითხვარი, ასევე დამლევის სტატეგიის დასადგენად- დამლევის სტრატეგიების კითხვარი (COPE). როზაცეის სუბტიპები დადგინდა მოხდა კლინიკური სურათის მიხედვით, რომელიც ფასდებოდა ექიმი დერმატოლოგის მიერ, როზაცეის პირველადი და მეორეული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით National Rosacea Expert Committee (NREC)-ის კლასიფიკაციით. რისკის შეფასება განხორციელდა რეგრესიული ანალიზის საშუალებით; სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა პროგრამების პაკეტის SPSS 22-ის გამოყენებით.

ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო მნიშვნელობა როზაცეის დროს შეადგენს 14.09 ± 3.18 -ს, კატეგორიების მიხედვით: სიმპტომები და ჩივილები - 3.75 ± 1.92 , ყოველდღიური საქმიანობა - 3.12 ± 1.77 ; თავისუფალი დრო - 2.52 ± 1.81 , პრობლემებს სამსახურში ან სწავლაში - 1.52 ± 1.50 , პირადი ურთიერთობები - 2.42 ± 1.90 , მკურნალობა - 1.59 ± 1.04 .

პაციენტების განაწილებამ დაავადების ქვეტიპების მიხედვით გვიჩვენა, რომ ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა პაპულურ-პუსტულოზური ფორმა - 93(67%), შემდეგ ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური 28(20%), ოკულარული - 13(10%) და ყველაზე მცირე - რინოფიმა - 4(3%).

დამლევის სტრატეგიაში ყველაზე მაღალი შეფასება აქვს ემოციური სოციალური მხარდაჭერას - 3,39. რეგრესულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის ფარდობით შანსს ზრდის პაპულურ-პუსტულოზური ქვეტიპი და დასაქმებულის სტატუსი, ამცირებს პაციენტის უფროსი ასაკი, დაბალი თვითშეფასება და მამრობითი სქესი.

კვლევით დადგინდა, რომ როზაცეის აქვს მნიშვნელოვანი გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე. პაციენტის ცხოვრების ხარისხთან კორელირებს ისეთი ფაქტორები როგორიცაა: ასაკი, სქესი, დასაქმების სტატუსი, თვითშეფასება და როზაცეის ქვეტიპი . კორელაციურმა ანალიზმა ასევე აჩვენა კავშირი დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი კითხვარიდან - ძლიერ და ექსტრემალურად ძლიერ გავლენასა და რისკებს შორის. დისერტაციის შედეგები და მის საფუძველზე შემუშავებული პრაქტიკული რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს: ცხოვრების ხარისხზე როზაცეის ზემოქმედების რისკის შეფასებას კონკრეტულ კლინიკურ სიტუაციაში; დამლევის სტრატეგიის პრიორიტეტების შემუშავებას როზაცეის დროს; ცხოვრების ხარისხზე როზაცეის ზემოქმედების შემცირებას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

Abstract

Rosacea is a chronic inflammatory dermatosis characterized by facial flushing, erythema, papules, pustules, and telangiectasia, with or without ocular signs and symptoms, rhinophyma. Since rosacea affects the face, it seriously influences patients' quality of life (QoL) and their mental health. The research aim was to study the QoL and coping strategies of patients with rosacea.

The Questionnaire-based study was performed in the R/S National Centre of Dermatology and Venereology clinic from 2016 to 2020. Of a total of 138 patients aged from 22 to 80, 25 (18%) were male, while 113 (82%) were female, took part in this research with the first-time, confirmed diagnosis of rosacea. All patients completed the Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire to evaluate the patients' attitudes to the impact of rosacea on QoL and Coping Strategies Questionnaires (COPE). A subtype of rosacea was assessed according to a standard classification system developed by the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. We used the regression analysis formula to evaluate the risk prediction model. Statistical analysis was performed using the statistical software package SPSS 22.

The study has determined that the Average DLQI in the case of rosacea equals 14.09 ± 3.18 . Mean Rosacea-Specific DLQI is symptoms and feelings - 3.75 ± 1.92 , daily activities - 3.12 ± 1.77 ; leisure - 2.52 ± 1.81 , work and/or school - 1.52 ± 1.50 , personal relationships - 2.42 ± 1.90 , treatment - 1.59 ± 1.04 .

The disease occurs predominantly in Female patients, the age group of 31-40 years (26%) and rarely - at the age of 30 (7%); Papulopustular form was distinguished with the highest frequency - 93 (67%), then Erythematotelangiectatic 28(20%), Ocular - 13(10%) and Smaller than cheese - Phymatous - 4(3%).

The usage of instrumental social support - 3.39 has the highest score factor in the COPE questionnaire. Regression analysis showed that the Papulopustular subtype of rosacea and

employed status increased very and extremely large effect of QoL, on the other hand, the Patient's global assessment (mild), male gender, and age decreased it.

Rosacea has a strong impact on human life. QoL in rosacea patients is connected to such factors, as age, gender, employment status, self-esteem, and subtype of the disease. Correlation analysis shows the connection between the quality of life and coping strategy. Based on the regression analysis formula, the large and extremely large effect of DLQI can be calculated according to the existing risk. Consequently, the result obtained in our study may be a starting point for the elaboration of complex support for patients with rosacea. The results of the research and the practical recommendations developed based on it will contribute to: risk assessment of the impact of rosacea on the quality of life in a specific clinical situation; developing coping strategy priorities for rosacea; Reducing the impact of rosacea on quality of life and improving quality of life.

აბსტრაქტი	II
Abstract	IV
სარჩევი.....	VI
აბრევიატურების ჩამონათვალი	VII
ცხრილების ჩამონათვალი.....	VII
დიაგრამების ჩამონათვალი.....	IX
 1. შესავალი.....	 1
2. ლიტერატურული მიმოხილვა.....	6
2.1. როზაციით დაავადებულ პირთა ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლები, ეტიოლოგია, პათოგენეზი, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები.	
2.2. ფსიქოლოგიური ასპექტები და საზოგადოების სტიგმატიზაციის გავლენა მის მიმდინარეობაზე.	
2.3. როზაციით დაავადებულ პირთა ცხოვრების ხარისხის შეფასების თავისებურებები.	
2.4. პრობლემის დაძლევის სტრატეგიის თანამედროვე მეთოდები	
3. კვლევის მასალა და მეთოდები	
3.1. საკვლევი	ჯგუფის 27
დახასიათება.....	
3.2. სტატისტიკური ანალიზი.....	38
4. შედეგები	
4.1. როზაციის კლინიკური და დემოგრაფიული მახასიათებლები	39
4.2. ცხოვრების ხარისხის შეფასება როზაციის დროს.....	42
4.3. დაძლევის სტრატეგია როზაციის დროს.....	53
4.4. კორელაციები როზაციის მახასიათებლებს შორის.....	85
4.5. როზაციის ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის პროგნოზირება.....	94
5. შედეგების შეჯამება	96

დასკვნები.....	101
პრაქტიკული რეკომენდაციები.....	102
ბიბლიოგრაფია	103
დანართი	

აბრევიატურების ჩამონათვალი

DLQI- Dermatology Life quality Index - დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსი

QoL - Quality of Life - ცხოვრების ხარისხი.

NREC- როზაცეის ეროვნული საზოგადოების ექსპერტთა კომიტეტი

COPE - Coping Strategies - დაძლევის სტრატეგია

GAS - The general adaptation syndrome - ზოგადი ადაპტაციის სინდრომი

ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი	გვერდი
1. ცხრილი 2.1. როზაცეის პირველადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები	გვ.28
2. ცხრილი 2.2. როზაცეის მეორეული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები	გვ.29
3. ცხრილი 2.3. პაციენტის მდგომარეობის შეფასება ექიმის მიერ	გვ.29
4. ცხრილი 2.4. მდგომარეობის შეფასება პაციენტის მიერ	გვ.30
5. ცხრილი 2.5. ცხოვრების ხარისხის შეფასება პაციენტის მიერ	გვ.30
6. ცხრილი 2.6. დამლევის სტრატეგია შეიერისა და ქარვერის მიერ	გვ.35
7. ცხრილი 4.2.1. პაციენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება დაავადების ქვეტიპების მიხედვით	გვ. 44
8. ცხრილი 4.2.2. ცხოვრების ხარისხის მახასიათებლების შეფასება ქვეტიპების მიხედვით	გვ.45
9. ცხრილი 4.2.3. ცხრილი 4.2. ცხოვრების ხარისხის შეფასება სქესის მიხედვით როზაცეის დროს	გვ.51
10. ცხრილი 4.3.1. დამლევის სტრატეგიის შეფასება სქესის მიხედვით	გვ.66
11. ცხრილი 4.3.2. დამლევის სტრატეგიის სტატისტიკური შეფასება ქვეტიპების მიხედვით	გვ. 67
12. ცხრილი 4.4.1. კორელაციები როზაცეის მახასიათებლებს შორის(1)	გვ.85
13. ცხრილი 4.4.1. კორელაციები როზაცეის მახასიათებლებს შორის(2)	გვ.88
14. ცხრილი 4.4.1. კორელაციები როზაცეის მახასიათებლებს შორის(3)	გვ.91
15. ცხრილი 4.4.1. კორელაციები როზაცეის მახასიათებლებს შორის(4)	გვ.95
16. ცხრილი 4.5.1. როზაცეის ეფექტის რისკის ფაქტორების შეფასება	გვ.96

დიაგრამები

- | | | |
|-----|---|--------|
| 1. | სათაური | გვერდი |
| 2. | დიაგრამა 4.1.1. როზაცის განაწილება სქესის მიხედვით | გვ.39 |
| 3. | დიაგრამა 4.1.2. როზაცის განაწილება ასაკის მიხედვით | გვ. 39 |
| 4. | დიაგრამა 4.1.3. როზაცის განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით | გვ.40 |
| 5. | დიაგრამა 4.1.4. როზაცის განაწილება სოციალური სტატუსის მიხედვით | გვ.40 |
| 6. | დიაგრამა 4.1.5. პაციენტების განაწილება ქვეტიპების მიხედვით | გვ.41 |
| 7. | დიაგრამა 4.1.6. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა | გვ.41 |
| 8. | დიაგრამა 4.2.1. ცხოვრების ხარისხის შეფასება | გვ.42 |
| 9. | დიაგრამა 4.2.2 როზაცის ნიშნების ინტენსივობის შეფასება | გვ.43 |
| 10. | დიაგრამა 4.2.3. ცხოვრების ხარისხის მახასიათებლების შეფასება ქვეტიპების მიხედვით | გვ. 48 |
| 11. | დიაგრამა 4.2.4. ზოგადი მდგომარეობის შეფასება პაციენტის მიერ | გვ.50 |
| 12. | დიაგრამა 4.2.5. ხარისხის შეფასება ქვეტიპების მიხედვით | გვ.51 |
| 13. | დიაგრამა 4.3.1..დამღევს სტრატეგია | გვ.55 |
| 14. | დიაგრამა 4.3.2. .დამღევს სტრატეგია ინტეგრალური მახასიათებელი | გვ.56 |
| 15. | დიაგრამა 4.3.3. პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდა | გვ. 57 |
| 16. | დიაგრამა 4. 3.4. მენტალური ჩაუთვლელობა | გვ.58 |

17.	დიაგრამა 4.3.5. ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა	გვ.59
18.	დიაგრამა 4.3.6. ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება	გვ.59
19.	დიაგრამა 4.3.7. აქტიური დაძლევა	გვ.60
20.	დიაგრამა 4.3.8. უარყოფა	გვ.60
21.	დიაგრამა 4.3.9. რელიგიასთან მიბრუნება	გვ.61
22.	დიაგრამა 4.3.10. ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა	გვ.
23.	დიაგრამა 4.3.11. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება	გვ.62
24.	დიაგრამა 4.3.12. იუმორი	გვ.63
25.	დიაგრამა 4.3.13. მიმღებლობა	გვ.63
26.	დიაგრამა 4.3.14. სხვა აქტივობის დათრგუნვა	გვ.64
27.	დიაგრამა 4.3.15. დაგეგმვა	გვ. 64
28.	დიაგრამა 4.3.16. ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	გვ.65
29.	დიაგრამა 4.3.17. შეკავება	გვ.65

1. შესავალი

1.1 პრობლემის აქტუალობა

როზაცეა წარმოადგენს ერთ-ერთ გავრცელებულ ქრონიკულ დერმატოზს. დაავადების ზუსტი გამომწვევი მიზეზი დღესდღეობით ცნობილი არაა, გამოწვეული მიზეზი შეიძლება იყოს: გენეტიკა, გარემო ფაქტორები/ტრიგერები ცხელი ან ცივი კლიმატი, ტემპერატურის მკვეთრი ცვლილება, ულტრაიისფერი გამოსხივება, კოფეინი, ალკოჰოლი, ცხელი ან ცხარე საკვები, მზე, ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, სტრესი, მენსტრუალური ციკლი. თანდაყოლილი და შეძენილი იმუნიტეტის აქტივაციის მიზეზი შესაძლოა იყოს: ტკიპა დემოდექსი, ჰელიკობაქტერ პილორი და ზოგიერთი მედიკამენტი. (van Zuuren et al. 2021; Anzengruber et al. 2017)

როზაცეა გამოირჩევა მაღალი პრევალენტობით- 1-22% ევროპის პოპულაციაში; 2016 წელს ჩატარებული მასშტაბური კვლევით გერმანიასა და რუსეთში დგინდება, რომ დაავადების მაღალი პრევალენტობაა ორივე ქვეყანაში, გერმანია - 12,3% რუსეთი 5,0%. (J. Tan et al. 2016) ამერიკაში როზაცეის სიხშირე 10%-ს აღწევს.

ბოლო კვლევებით დასტურდება, რომ მსოფლიო მასშტაბით როზაცეა გვხვდება პოპულაციის 5,5 %-ში. აღსანიშნავია, რომ ქალები და მამაკაცები ავადდებიან თანაბრად, თუმცა აქამდე არსებული მონაცემებით დაავადება მეტწილად გვხვდება ქალებში (van Zuuren et al. 2021). დაავადებული პაციენტების 10-50%-ს უვითარდება ოკულარული ქვეტიპი (Rodrigues-Braz et al. 2021; Vieira and Mannis 2013).

კლინიკური მასახიათებლების მიხედვით განასხვავებენ როზაცეის 4 ქვეტიპს(Buechner 2005). პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ერთზე მეტი სუბიექტური ნიშანი ან სიმპტომი, შესაძლებელია დაავადება პროგრესირდეს ან შეიცვალოს ერთი ქვეტიპი მეორეთი (J. Wilkin et al. 2002).

დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომების გარდა, რომელიც ლოკალიზებულია სახის არეში- ლოყები, ცხვირი, ნიკაპი, შუბლი, როზაცეის შეიძლება ჰქონდეს არსებითი ფსიქოლოგიური ზემოქმედება (შფოთვა, დეპრესია) და ნეგატიური გავლენა პაციენტის სცოვრების ხარისხზე (QoL), მათ შორის

უარყოფითი გავლენა თვითდაჯერებულობაზე, ემოციურ, სოციალურ და ზოგად თვითშეფასებაზე. (Zeichner et al. 2018) პაციენტებში ძლიერდება სტიგმატიზაცია (Böhm et al. 2014). საზოგადოებაში გავრცელებული აზრით, როზაცეა კლინიკური მახასიათებლების გამო, ასოცირდება ალკოჰოლიზმთან და ფსიქიკურ დაავადებებთან, რაც აყალიბებს საზოგადოებაში სტიგმატიზაციას.

სტიგმა-ნეგატიური ნიშანი, რომელიც იწვევს პაციენტის დისკრედიტაციას და გამოყოფს სოციალურ ცხოვრების მონაწილეობისგან. XX (1963 წელს Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity) საუკუნეში ამერიკელმა სოციოლოგმა ირვინ გოფმანმა სტიგმა გამოიყენა დისკრიმინირებული პიროვნების დასახასიათებლად. ირვინ გოფმანი სტიგმას უწოდებს "პროცესს, რომლის საშუალებითაც სხვების რეაქცია ამახინჯებს ნორმალურ იდენტობას" ("Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity" 1969).

როზაციით დაავადებული პაციენტებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სოციალური, ფსიგოლოგიური და ფიზიკური პრობლემების, სტრესის და დისკომფორტის დაძლევა (Langenbruch, Beket, and Augustin 2011; Compas et al. 2014). სტიგმა უარყოფით გავლენას ახდენს პაციენტის ფსიქიკაზე, ვითარდება შფოთვა და დეპრესია (Heisig and Reich 2018), ძლიერდება სტიგმატიზაცია (Böhm et al. 2014). აღსანიშნავია, რომ სტიგმატიზაცია მეტად ვლინდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში როზაცეას კლინიკური მახასიათებლის გამო- რინოფიმა (Halioua et al. 2017). აღსანიშნავია, პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომის როლი და როზაციის შესახებ საზოგადოების განათლების აუცილებლობა (Carver and Connor-Smith 2010).

ინტერესს იწვევს დაძლევის სტრატეგიაზე ასაკისა და სქესის, დაავადების სიმძიმის და სხვა კლინიკური თუ სოციალური ფაქტორების ზემოქმედება.

ცხოვრების ხარისხი და დაძლევის სტრატეგია განსხვავდება არა მარტო ინდივიდებს შორის, არამედ სხვადასხვა კულტურათა მიხედვით (Gibbons and Skevington 2018). ამდენად საჭიროა ცხოვრების ხარისხის და პრობლემის დაძლევის სტრატეგიის შესწავლა საკუთრივ ყველა პოპულაციაში. როზაცეა საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა საქართველოშიც, რაც აქტუალურს ხდის ცხოვრების

ხარისხის და პრობლემის დაძლევის სტრატეგიის შესწავლას როზაციით დაავადებულ პირებში.

1.2 კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია როზაციის მექანე პაციენტების ცხოვრების ხარისხისა და დაძლევის სტრატეგიის შესწავლა ჩვენს პოპულაციაში, რისთვისაც დავისახეთ შემდეგი ამოცანები:

1. როზაციის კლინიკური და დემოგრაფიული მახასიათებლების შესწავლა ჩვენს პოპულაციაში;
2. ცხოვრების ხარისხის შესწავლა ასაკის, სქესისა და დაავადების ქვეტიპების მიხედვით;
3. დაავადების დაძლევის სტრატეგიის შეფასება ასაკის, სქესისა და დაავადების ქვეტიპების მიხედვით;
4. კორელაციის დადგენა როზაციის მახასიათებლებსა და პაციენტის მიერ სიცოცხლს ხარისხის შეფასებას შორის;
5. კორელაციის დადგენა კლინიკურ, სოციალურ და დემოგრაფიულ მონაცემებსა და დაძლევის სტრატეგიას შორის;
6. ცხოვრების ხარისხის პროგნოზირება როზაციის დროს.

1.3 მეცნიერული სიახლე

ჩვენს პოპულაციაში:

- მოხდა როზაციით დაავადებულ პაციენტებში დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსისა და პრობლემის დაძლევის სტრატეგიის შეფასება;
- დადგინდა პრობლემის დაძლევის სტრატეგიის პრიორიტეტული მიმართულებები;
- განისაზღვრა კავშირი დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსისა, დაძლევის სტრატეგიასა და როზაციის კლინიკურ მახასიათებლებს შორის;
- ჩატარდა ცხოვრების ხარისხზე როზაციის ზემოქმედების რისკის შეფასება.

1.4 კვლევის პრაქტიკული ღირებულება

დისერტაციის შედეგები და მის საფუძველზე შემუშავებული პრაქტიკული რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს:

- ცხოვრების ხარისხზე როზაციის ზემოქმედების რისკის შეფასება კონკრეტულ კლინიკურ სიტუაციაში;
- დამლევის სტრატეგიის პრიორიტეტების შემუშავებას როზაციის დროს;
- ცხოვრების ხარისხზე როზაციის ზემოქმედების შემცირებას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

1.5 დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა

ნაშრომი წარმოდგენილია ქართულ ენაზე ნაბეჭდი 100 გვერდით, მოიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, მასალისა და მეთოდების დახასიათებას, საკუთარი გამოკვლევების 5 თავს, მიღებული შედეგების განხილვას, გამოყენებული ლიტერატურის სიას, რომელიც მოიცავს 220 ლიტერატურულ წყაროს. დანართს. ნაშრომში წარმოდგენილია 16 ცხრილი, 29 დიაგრამა, დისერტაციას თან ერთვის ინგლისურენოვანი ანოტაცია.

2. ლიტერატურის მიმოხილვა

2.1 როზაცეით დაავადებულ პირთა ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლები, ეტიოლოგია, პათოგენეზი, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები.

როზაცეა - ქრონიკული, ანთებითი ხასიათის დაავადება პირველად ფრანგმა ექიმმა გი დე შალიაკიმ აწერა მე-14 საუკუნეში და სახელად წითელი ლაქა-„კუპეროზი“ დაარქვა.

როზაცეის დროს სახის, კისრის და მკერდის არეში წამოწითელებები ან მუდმივი ჰიპერემია, პაპულურ-პუსტულოზური გამონაყარი და ტელეანგიექტაზიები. მამაკაცებში ხშირია რინოფიმა. შესაძლებელია თვალის ჩართვა- თვალის სიმშრალე, უცხო სხეულის შეგრძნება, ფოტოფობია, კონიუქტივიტი, ბლეფარიტი (Rainer, Kang, and Chien 2017; Hilbring et al. 2022). როზაცეა ძირითადად გვხვდება 30-50 წლის ასაკში, თუმცა შეიძლება ყველა ასაკში შეგვხვდეს, მათ შორის ბავშვებშიც. სიმპტომები შეიძლება გამოიკვეთოს 20 წლიდან (Anzengruber et al. 2017) აღსანიშნავია, რომ ქალები და მამაკაცები ავადდებიან თანაბრად. თუმცა აქამდე დგინდებოდა რომ დაავადება მეტწილად გვხვდება ქალებში. (van Zuuren et al. 2021).

უფრო ხშირად გვხვდება ღია ფერის კანის- ფიცპატრიკის კლასიფიკაციით I-II კანის ტიპის პაციენტებში, ვიდრე შედარებით მუქი IV-V-ტიპის მქონე პირებში (Anzengruber et al. 2017).

როზაცეის ეპიდემიოლოგიური კვლევები გვიჩვენებენ დაავადების კლინიკური სურათის ფართო ვარიაბელობას გავრცელების არეალის მიხედვით (Jerry Tan and Berg 2013).

საერთაშორისო მონაცემებით როზაცეა გვხვდება 5,5% მოზრდილ პოპულაციაში (Gether et al. 2018). ღია ფერის კანის მქონე მოსახლეობაში მერყეობს 2-დან 22 პროცენტამდე (Spoendlin et al. 2012; Chosidow and Cribier 2011). მაგრამ ამ სიხშირეზე, სავარაუდოდ, გავლენას ახდენს კვლევის დიზაინი, მეთოდოლოგია, პოპულაცია, გეოგრაფიული მდებარეობა და დაავადების აღქმის კულტურული და სოციალური განსხვავებები. მუქი ფოტოტიპის მქონე ადამიანებში, როზაცეა, სავარაუდოდ, არასაკმარისად არის დიაგნოზირებული, რადგან ასეთ შემთხვევებში ერთიემა და ტელანგიექტაზია უფრო რთული ამოსაცნობია (Alexis et al. 2019; Jerry Tan and Berg 2013). ფერადკანიანებში კანის ფერის გამო რთულია შენიშვნა ჰიპერემია და

ტელანგიექტაზიები, თუმცა აღნიშნავენ სიმხურვალის შეგრძნებას სახეზე. როზენმა და სროუნმა აღწერეს 3 შემთხვევა ფერადკანიანებში საიდანაც 2 ქალი იყო - გრანულომატოზური ფორმით. აღნიშნული ფორმა მეტად დამახასიათებელია ფერადკანიანებისათვის (Rosen and Stone 1987).

გერმანიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ როზაცეის საერთო გავრცელება იყო 12%, ერთიემატოტელანგიექტატური და პაპულურ-პუსტულოზური ქვეტიპები შეადგენენ შესაბამისად 9 და 3 % (J. Tan et al. 2016). თვალის ჩართულობის გავრცელება როზაცეის მქონე პაციენტებში იყო 10%-ზე ნაკლები. როზაცეის პრევალენტობა მნიშვნელოვნად იზრდება ასაკთან ერთად (16-29 წელი: 0,3%; 30-39 წელი: 0,9%; 40-49 წელი: 2,0%; 50-59 წელი: 3,5%; 60-70 წელი: 5,7%). გარდა ამისა, აღინიშნება მნიშვნელოვანი კლებადი პრევალენტობა I ტიპის კანიდან IV ტიპის მიმართ (კანის ტიპი I: 3.2%; II: 2.2%; III: 1.5%; IV: 0.4%). ყველაზე ხშირი დერმატოლოგიური თანმხლები დაავადებებია: ტელანგიექტაზია (OR = 2,5), ფოლიკულიტი (OR = 1,8), სებორეული დერმატიტი (OR = 1,6), აკნე (OR = 1,6), tinea pedis (OR = 1,4), ფსორიაზი (OR = 1,4) და ჰემანგიომა (OR = 1.1) (Hilbring et al. 2022).

როზაცეის გამომწვევი ზუსტი მიზეზი დღეისათვის ცნობილი არ არის, სავარაუდოდ ის მულტიფაქტორულია.

როზაცეის ეტიოლოგია და პათოგენეზი

როზაცეის აქვს მულტიფაქტორული ეტიოლოგია

როზაცეის მექანიზმი და განვითარება დღემდე გაურკვეველი რჩება, მოიცავს როგორც გენეტიკურ, ასევე გარემო ფაქტორებს(Hilbring et al. 2022). ამასთან, გენეტიკური კომპონენტები, როგორცაა იმუნური, სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემების დისრეგულაცია, წარმოადგენს რისკის დაახლოებით 46%-დან 50%-მდე(Maden 2023), ხოლო გარემო ფაქტორები, მათ შორის ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედება, შეიძლება შეადგენდეს დისპერსიის 50%-ს. როზაცეა შეიძლება გამოწვეული იყოს კანის ბარიერის დისფუნქციით, მიკროეკოლოგიური დარღვევებით, კანის თანდაყოლილი იმუნური დისბალანსით, ნეიროვასკულური ფუნქციის არანორმალური რეგულირებით(Ahn and Huang 2018; Two et al. 2015). ითვლება, რომ ნეიროვასკულური დისრეგულაცია და ნეიროგენული ანთება თამაშობს მთავარ პათოგენეტიკურ როლს (Passeron et al. 2020; Choi and Di Nardo 2018).

მიუღერმა თავის სტატიაში აღწერა, რომ მენტალური სტრესი აძლიერებს კანის სიმპატიკური ნერვული სისტემის გააქტიურებას(SSNA), რაც თავის მხრივ იწვევს კანზე პერიოდულ ვაზოდილატაციას (Black 2002). შედეგად ვითარდება ლოკალური ანთება და ნეიროვასკულარული დისრეგულაცია.

დღეისათვის მჭიდრო კავშირი სტრესსა და როზაცეის შორის ფართოდ არის განხილული და მიღებული. ფსიქოლოგიურმა სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს ბარიერული ჰომეოსტაზის, რქოვანა შრის მთლიანობის და ეპიდერმული თანდაყოლილი იმუნიტეტის დარღვევა(Passeron et al. 2021). იგი არის ანთების ძლიერი აქტივატორი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ციტოკინის დონის მატება, ნერვული და ანთებითი გზების გააქტიურება(Slavich and Irwin 2014).

სტრესი და ემოციური ფაქტორები, როგორცაა შიში ან უხერხულობა, ხშირად მოიხსენიება პათოგენურ ფაქტორებს შორის. ეს ნიშნავს, რომ სტრესული ტრანზაქციები იწვევს ძლიერ, უარყოფით ემოციებს და, შესაბამისად, ვლინდება როზაცეის მნიშვნელოვანი სიმპტომები. ცნობილია, რომ ემოციური რეაქციები (ქრონიკული ან ინტენსიური) ბიოლოგიურ მიდრეკილებასთან ერთად, საფუძვლად უდევს ორგანოებსა და შინაგან სისტემებში პათოლოგიურ ცვლილებებს და აყალიბებს იმუნური სისტემის ეფექტურობას(Aponte et al. 2018). უფრო მეტიც, ზოგიერთი კვლევით, სტრესი როზაცეის ყველაზე გავრცელებული ენდოგენური მიზეზია.

როზაციის შემთხვევების 74.02% გამოწვეული ან გამწვავებული იყო სტრესით (J. Chang et al. 2021). გადაჭარბებული ფსიქიკური სტრესი აძლიერებს სახის სიწითლეს როზაციის მქონე პაციენტებში.

დაავადებების მქონე პაციენტებს აღნიშნებათ დეპრესია, შფოთვა და თვითშეფასების დაქვეითება (Emer and Levy 2012; H.-C. Chang et al. 2022; Hung et al. 2019; Singam et al. 2019). პაციენტების საერთო DLQI ქულა დადებითად იყო დაკავშირებული შფოთვისთან ($r = .526$, $p < .001$) და დეპრესიის ქულებთან ($r = .399$, $p < .001$) (Wu et al. 2018).

გარდა ამისა, კორტიზოლის გამომყოფი ჰორმონი (CRH), რომელიც ცნობილია როგორც სტრესის მთავარი ჰორმონი ურთიერთქმედებს CRH 1 და 2 ტიპის რეცეპტორებთან და CRH-ის შემაკავებელ ცილებთან (Kim et al. 2013) CRH 1 რეცეპტორის მეშვეობით CRH -ს შეუძია გამოიწვიოს პოხიერი უჯრედების დეგრანულაცია და გამოათავისუფლოს მრავალი ვაზოდილატატორი მედიატორები-ჰისტამინი და NO. CRH-ს ასევე შეუძლია იყოს მედიატორი ციტოკინების IL-6, IL-8, და IL-18 პროლფერაციაში, რომლებიც არეგულირებენ მიტოგ mitogen-activated protein kinase და nuclear factor κ -light-chain-enhancers of activated B cells (NF- κ B) და იწვევენ კანის ერითემას. გარდა ამისა CRH რეცეპტორები ტიპი 2 ძირითადად არის სისხლძარღვებში და მოქმედებს როგორც ვაზოდილატატორი, რაც ასევე გვხვდება როზაციის დროს. ამასთან უნდა აღინიშნოს რომ სტრესის ფაქტორი ბოლომდე შესქავებული არაა როზაციის დროს და საჭიროებს დამატებით კვლევებს (Woo et al. 2016).

თანმხლები დაავადებების უნივარიაციულმა ანალიზმა გამოავლინა კორელაცია NRS ქულებს შორის ასაკთან ($r = 0.38$; $P < .001$), ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედებასთან ($r = 0.26$; $P < .001$), სხეულის მასის ინდექსთან (BMI) ($r = 0.21$; $P < .001$), კანის კიბოს თანმხლები დაავადებებთან ($r = 0.19$; $P < .001$) და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კომორბიდებთან ($r = 0.17$; $P < .001$). სუსტი ასოციაციები მოიცავდა მოწვევის ასაკს ($r = 0.10$; $P = .02$) და ალკოჰოლის მოხმარებას ($r = 0.11$; $P = .01$) (Aldrich et al. 2015). ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ არიან კავკასიური რასის წარმომადგენლები, რომლებსაც აქვთ ღია, მზისადმი მგრძნობიარე კანი (კანის

ფოტოტიპები I და II)(Abram et al. 2010). როზაცეა ასოცირდება კარდიოვასკულარულ(Searle, Al-Niaimi, and Ali 2020; D. Choi et al. 2021), კუჭ-ნაწლავის დაავადებებთან და ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან, მავნე ჩვევებთან (Yuan and Yin 2021), პაციენტებს ზოგჯერ აღენიშნებათ მენტალური პრობლემებიც(Haber and El Gemayel 2018).

როზაცეის მქონე პაციენტებს აღენიშნებოდათ დისლიპიდემიის და ჰიპერტენზიის უფრო მაღალი გავრცელება, უფრო მაღალი საერთო ქოლესტერინი, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები, ტრიგლიცერიდები, მაღალი სისტოლური წნევა, მაღალი დიასტოლური არტერიული წნევა და უზმოზე სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია(Q. Chen et al. 2020; C. Chen et al. 2023).

კვლევებმა გამოავლინა როზაცეის შესაძლო ასოციაციები გულ-სისხლძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, ნევროლოგიური, აუტოიმუნური და ფსიქიატრიული დარღვევების, ასევე კიბოს გაზრდილ რისკთან, თუმცა აქვს თუ არა ამ ასოციაციებს მიზეზობრივი კავშირი საჭიროებს შემდგომ შეფასებას(Haber and El Gemayel 2018; Holmes et al. 2018).

როზაცეის მქონე პაციენტებს ახასიათებდათ მნიშვნელოვნად გაზრდილი ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის (OR 2.59, 95%CI 1.41-4.73), ცელიაკიის (OR 2.03, 95%CI 1.35-3.07), გაფანტული სკლეროზის (OR 1.65, 95%CI 1.28-2.) და რევმატოიდული ართრიტის (OR 2.14, 95%CI 1.82-2.52) ფარდობითი რისკი(Alexander Egeberg et al. 2016), რომ როზაცეის ასოცირებას რევმატოიდულ ართრიტთან(Haber and El Gemayel 2018) და ცელიაკიასთან(Rodrigo et al. 2018) აჩვენებენ სხვა კვლევებიც.

როზაცეის განვითარებაში ასევე მნიშვნელოვანია მემკვიდრეობა(Kumar, Shih, and Chang 2020; Rainer et al. 2015). ტყუპებზე ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა 46 პროცენტის გენეტიკური წვლილი(Aldrich et al. 2015). როზაცეის ნაციონალური საზოგადოების მიერ როზაცეის მქონე 600 პაციენტის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა თითქმის 52%-ს ჰყავდა ამ მდგომარეობის მქონე ნათესავი, ხოლო 42%-მა განაცხადა, რომ იყო ირლანდიელი, გერმანელი, ან ინგლისური წარმოშობის. მათგან 30 პროცენტმა აღნიშნა, რომ როზაცეა აქვს დედას, ხოლო 35 პროცენტმა მიუთითა მამაზე, 28 პროცენტმა დაასახელა და და 24 პროცენტმა დაასახელა ძმა. (პროცენტები აღემატება 100-ს, რადგან ზოგიერთს ჰყავდა ერთზე მეტი

დაზარალებული ოჯახის წევრი.) თითქმის 16 პროცენტმა თქვა, როზაცეა ჰქონდა ერთ-ერთ ბებიას, ხოლო 14 პროცენტმა აღნიშნა, რომ დაავადებული იყო ბაბუა. ეს მდგომარეობა ვლინდება მომავალ თაობაშიც, რადგან გამოკითხულთა თითქმის 15 პროცენტის თქმით, თქვა, მათ ერთ ან რამდენიმე შვილს დაუსვეს როზაციის დიაგნოზი, ბევრმა ასევე აღნიშნა, რომ მდგომარეობა აქვს დეიდას, ბიძას ან ბიძაშვილს (National Rosacea Society).

როზაციის განვითარების ან გაუარესების გამომწვევი ფაქტორები მოიცავს მზის ზემოქმედებას, სტრესს, ცხელ და ცივ ამინდს, ცხელი სასმელების ან ალკოჰოლის მიღებას და ცხარე საკვებს. მთელ მსოფლიოში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა კორელაცია როზაციის და ფაქტორებს შორის, როგორიცაა ცხელი კლიმატი და მზის ზემოქმედება(Khaled et al. 2010).

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ჯანმრთელ სუბიექტებთან შედარებით, როზაციის მქონე პაციენტებს ჰქონდათ კუჭ-ნაწლავის (GI) დაავადების უფრო მაღალი გავრცელება, როგორიცაა *Helicobacter pylori* ინფექცია (HPI), წვრილი ნაწლავის ბაქტერიული ფლორის ჭარბი ზრდა (SIBO) და გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი (IBS)(A. Egeberg et al. 2017; Gallo et al. 2018; Wang and Chi 2021).

ყველაზე ხშირად როზაციის გამომწვევ ფაქტორებს მიეკუთვნება: ალკოჰოლი(Li et al. 2017), ცხარე საკვები, ცინამალდეჰიდის შემცველი საკვები (მაგ., პომიდორი, ციტრუსის ხილი, შოკოლადი), ცხელი სასმელები და ჰისტამინით მდიდარი საკვები (მაგ. დამკვლელი ყველი, ღვინო, დამუშავებული ხორცი). ზოგიერთი საკვები, როგორც ჩანს, ასრულებს დამცავ როლს, როგორიცაა ომეგა-3, რომელიც, როგორც ჩანს, იცავს თვალის როზაციისგან. გარკვეულ საკვებ პროდუქტსა და როზაციის ქვეტიპს შორის კავშირი მრავალფეროვანია, არათანმიმდევრული შედეგები აჩვენა რამდენიმე კვლევამ, რომლებმაც ეს შეისწავლეს. მაგალითად, ალკოჰოლი აუარესებს სიწითლეს, ხოლო ცხიმოვანი საკვები იწვევს, როგორც ერითემატოტელანგიექტაზურ, ასევე რინოფიმის მქონე მგრძნობიარე ინდივიდებში(Searle et al. 2021). ბოსტნეულის, პარკოსნების, ცხიმოვანი თევზის, ზეთუნის ზეთისა და თხილის მოხმარება და ხორცის, ყველის და ალკოჰოლის შეზღუდვა, როგორც ჩანს, სასარგებლოა როგორც აკნეს, ასევე როზაციის სამკურნალოდ(Guertler et al. 2023).

თუმცა ზოგიერთი მონაცემით, არ იყო სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები არც სქესის, კოფეინის მიღების, ალკოჰოლის მოხმარების, პროფესიული გარემოს ან განათლების დონის მიხედვით როზაცეის პაციენტებსა და კონტროლს შორის(Abram et al. 2010).

როზაცეის პირველი კლასიფიკაცია გამოქვეყნდა 2002 წელს, როზაცეის ეროვნულმა საზოგადოების ექსპერტთა კომიტეტის მიერ (NRSEC), დაავადება სინდრომების (მორფოლოგიური მახასიათებლების) მიხედვით დაიყო 4 ქვეტიპად: ერითემულ-ტელანგიექტაზიური, პაპულურ-პუსტულოზური, რინოფიმა, ოკულარული. ამ ახალი ხელსაწყოს დანერგვამ მსოფლიო მაშტაბით გაადვილა როზაცეის დიაგნოსტიკების სიტემატიზება ყოველდღიურ სამედიცინო საქმიანობაში და გამოიწვია მკვეთრი გაუმჯობესება როზაცეით დაავადებული პაციენტების სამედიცინო დახმარების სახით. დროთა განმავლობაში შესაძლებელია დაავადება პროგრესირდეს ან რეგრესირდეს და შესაძლებელია ერთი ქვეტიპი მეორეთი.

ამჟამინდელი დიაგნოსტიკური პრაქტიკა დიდწილად მიჰყვება როზაცეის ნაციონალური საზოგადოების (NRS) ექსპერტთა პანელის რეკომენდაციებს, რომელიც შედგება ჩრდილოეთ ამერიკელი და ევროპელი დერმატოლოგებისგან. NRS სისტემის მიხედვით, როზაცეის პირველადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: გარდამავალი ერითემა, მუდმივი ერითემა, ანთებითი პაპულები/პუსტულები და ტელანგიექტაზია. წვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება, ერითემატოზული ბალოები, სახის სიმშრალე და ქერტლი, შეშუპება, პერიფერიული მდებარეობა და თვალის გამოვლინებები(J. Wilkin et al. 2002). რადგან მრავალი მახასიათებელი ერთდროულად ვლინდება, ასევე შემოთავაზებული იყო ქვეტიპების კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც აჯგუფებს ყველაზე გავრცელებულ გამოვლინებებს, როგორებიცაა ერითემულ-ტელანგიექტაზიური, ანთებითი პაპულოპუსტულოზური. რინოფიმა და ოკულური როზაცეა(Asai et al. 2016). ეს კლასიფიკაცია აისახა როზაცეის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ მომდევნო პუბლიკაციების უმრავლესობაში(Baldwin 2012; Reinholz et al. 2013; Schaller et al. 2017).

ორგანზიზაციის მიერ შექმნილი ბარათი, ფართოდ გამოიყენება დაავადების დიაგნოსტიკასა, კლასიფიკაცია და მკურნალობაში. ბარათი ადვილი შესავსებია

ექიმის მიერ. აღნიშნული კარათი კვლევის დროს სადიაგნოსტიკოდ გამოყენებული იქნა ჩვენს კვლევაში.

					
Rosacea Clinical Scorecard					
Patient Name _____			Date: _____		
Primary Features					
Flushing (transient erythema)	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Nontransient erythema	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Papules and pustules	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Telangiectasia	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Secondary Features					
Burning or stinging	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Plaques	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Dry appearance	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Edema	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
If present:	☐ Acute	☐ Chronic			
If chronic:	☐ Pitting	☐ Nonpitting			
Ocular manifestations	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Peripheral location	☐ Absent	☐ Present			
If present:	List location(s) _____				
Phymatous changes	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Granulomatous changes	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Global Assessment					
Physician ratings by subtype					
Subtype 1: Erythematotelangiectatic	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Subtype 2: Papulopustular	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Subtype 3: Phymatous	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Subtype 4: Ocular	☐ Absent	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Patient's global assessment	☐ Clear	☐ Mild	☐ Moderate	☐ Severe	
Initial symptoms occurred: _____					
Treatment prescribed: _____					
Comments: _____					
Physician: _____					

National Rosacea Society • 196 James Street • Barrington Illinois 60010 • 1-888-NO-BLUSH • rosacea.org

Based on "Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea," J Am Acad Dermatol 2004;50:907-12.

ლაბორატორიული კვლევები საჭირობას არ წარმოადგენს. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს ვულგარულ აკნეს, ფოტოდერმატიტს, სეზონურ დერმატიტს და კონტაქტურ დერმატიტს შორის. როზაციის კლინიკური მახასიათებლები ნაკლებად წააგავს ატოპიურ დერმატიტს, ფოლიკულიტს, სისტემურ წითელ მგლურასა და მასტოციტოზს (Oge', Muncie, and Phillips-Savoy 2015).

როზაციის მქონე პაციენტები უფრო მეტად განიცდიან შფოთვის, დეპრესიას, უხერხულობას და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებას, ვიდრე ზოგადად

მოსახლეობა(Moustafa, Lewallen, and Feldman 2014). შეიძლება არსებობდეს კავშირი როზაცეისთან დაკავშირებულ სტრესორებს შორის, როგორიცაა სიმპტომები, ცხოვრების წესის ცვლილებები და მკურნალობის სირთულეები და ფსიქოლოგიურ შედეგებს შორის, მათ შორის დაბალი თავდაჯერებულობის ჩათვლით. დაბალი თვითდაჯერებულობა შეიძლება გამოვლინდეს სოციალური აქტივობებისგან იზოლაციით, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს დეპრესიის/თვითმკვლელობისა და შფოთვის განვითარებას.

სტრესის ყველაზე გავრცელებული წყაროა სიმპტომები. პაციენტების გარეგნობასთან დაკავშირებული პრობლემების უფრო ეფექტურად გადასაჭრელად, მკურნალობის დანიშვნისას, შეიძლება გათვალისწინებული იყოს ინდივიდუალური პაციენტის აღქმა დაავადების სიმძიმის შესახებ, რადგან ექიმებისა და პაციენტების აღქმა პაციენტის კეთილდღეობაზე შეიძლება განსხვავდებოდეს. ამ შეუსაბამობამ შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთი პაციენტისთვის შეუსაბამო მკურნალობა და სიმპტომების შემდგომი გაუარესება(Huynh 2013; Barberis et al. 2023). როზაცეის სიმძიმის შესახებ პაციენტის აღქმის შეფასების ერთ-ერთი გზაა სთხოვით მათ შეაფასონ სიმძიმე 1-დან 10-მდე (ყველაზე მძიმე) მასშტაბით და შემდეგ დაადგინონ ის სიმპტომი, რომელიც მათ ყველაზე მეტად აწუხებს.

როზაცეის სიმპტომების არსებობა მტკიცედ არის დაკავშირებული კეთილდღეობის დარღვევის რამდენიმე ინდიკატორთან, როგორიცაა ღარიბი ინტერპერსონალური ურთიერთობები და სტიგმატიზაცია(Halioua et al. 2017), სექსუალური დისფუნქცია როზაცეის მქონე ქალებში(Hernández-Ramirez et al. 2020; Aktaş Karabay, Karşıyakalı, and Karabay 2020) სოციალური იზოლაცია(Halioua et al. 2017; Moustafa, Lewallen, and Feldman 2014) და სუიციდური აზრები (Lukaviciute et al. 2020), როზაცეის სიმპტომები, ქრონიკული ხასიათის გამო, ხელს უშლის ადამიანის ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტს(Baldwin et al. 2019).

ექიმების უმრავლესობა კანის ისეთ ქრონიკულ დაავადებებს, როგორიცაა როზაცეა, მკურნალობს დარღვევების ობიექტური სიმძიმის საფუძველზე, მაგრამ პაციენტის დაბალმა HRQoL და ემოციურმა სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს როზაცეის რეციდივი და გამწვავება(Woo et al. 2016), რაც კიდევ უფრო გაზრდის

ფსიქოსოციალურ ტვირთს(Bewley et al. 2016). ამიტომ, როზაცეის ობიექტურ მახასიათებლებსა და პაციენტის მიერ მოხსენებულ HRQoL-ის შორის პოტენციური შეუსაბამობების ამოცნობა და მკურნალობა აუცილებელია. მაშინაც კი, როდესაც როზაცეა შეფასებულია, როგორც კარგად კონტროლირებადი ობიექტური კრიტერიუმებით, პაციენტებს შეიძლება გაუგრძელდეთ სერიოზული ფსიქოსოციალური დისტრესი მათი მდგომარეობის გამო(Chiu, Tsai, and Huang 2024).

მკურნალობა:

როზაცეას მკურნალობა დამოკიდებულია დიაგნოსტიკის მომენტში არსებულ კლინიკურ მახასიათებლებზე, რაც დროთა განმავლობაში შესაძლოა შეიცვალოს. დაავადებას უამრავი ტრიგერი აქვს და აუცილებელია მკურნალობის პროცესში ტრიგერის მოცილება. იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ვერ პოულობს ზუსტ გამდიზიანებელ ფაქტორს სასურველია გარკვეული პერიოდიტ დააკლვირდეს (Levin and Miller 2011).

აუცილებელია მზის სხივებისგან დაცვა ტანსაცმლით, ქუდით და მზიგან დამცავით (მინიმუმ SPF 30). სასურველია მზისგან დამცავი შეიცავდეს თუთიის ან ტიტანიუმის დიოქსიდს (Odom et al. 2009).

პაციენტი უნდა განემარტოს მისი მნიშვნელოვანი როლის შესახებ დაავადების მკურნალობაში, აუცილებელია სწორად და ზედმიწევნით გამოიყენეს დანიშნული მედიკამენტები. დაბანის დროს უნდა გამოიყენოს დამატენიანებელი ან მგრძნობიარე კანის სერიის დასაბანი საშუალებები, დაუშვებელია კანის ხეხვა შემშრალეების დროს და სამკურნალო საცხის დატანამდე კანი უნდა შემშრეს 30 წთ-ის განმავლობაში (J. K. Wilkin 1999) არ შეიძლება კანის ხეხვა.

ადგილობრივი- პირველი რიგის თერაპია: მეტრონიდაზოლი 0,75% ლოსიონი, 0,75% კრემი, 1%-იანი გელი. აზელაინის მჟავა 15% გელი, ბრიმონიდინი 0,33%. ლაზერული თერაპია ერიტემისა და ტელანგიექტაზიებისათვის (pulsed dye laser, intense pulsed light, Nd:YAG laser). ასევე ადგილობრივი ივერმექტინი 1%-იანი კრემი.

ასევე გამოიყენება ბენზოილ პეროქსიდის გელი, კლინდამიცინი გელი, ერითრომიცინი გელი, ოქსიმეტაზოლინი ცხვირში, ციკლოსპორინი თვალისათვის.

მეორე რიგის თერაპია- სულფური 5% კრემი, ქაფი,ლოსიონი ან სუსპენზიის სახით, დოქსიციკლინი 40 მგ 1 ჯერ დრეში ან 20 მგ 2 ჯერ დრეში ადგილობრივ თერაპიასთან ერთად.

მესამე რიგის თერაპია- თუ დოქსიციკლინი ვერ მუშაობს 40 მგ შესაძლებელია დოზის მომატება 100-200 მგ. ადგილობრივი რეტინოიდები, ტრეტინოინი გელი- 0.01%, 0.025%, კრემი- 0.025%, 0.05%, 0.1% (Oge', Muncie, and Phillips-Savoy 2015).

2.2. ფსიქოლოგიური ასპექტები და საზოგადოების სტიგმატიზაციის გავლენა მის მიმდინარეობაზე.

ადამიანის სხეული დაფარულია კანით, ხილული ორგანოთი, რომლის დაზიანება ან ზოგიერთი ქრონილული დაავადებები მნიშვნელოვნად აისახება პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე.

სახის კანი, სხვადასხვა ხარისხით კავშირშია გონებრივ და ემოციურ პროცესებთან. შიშის ან შფოთვის დროს ხდება კანის სისხლძარღვების ძლიერი შეკუმშვა და დანაშაულის გრძნობის ან უხერხულობის შემთხვევაში, სისხლძარღვები უეცრად ფართოვდება, რაც იწვევს ერითემას. ამრიგად, კანი წარმოადგენს დიდ პროექციის ზედაპირს, რომელზეც გავლენას ახდენს როგორც სომატური, ასევე გონებრივი პროცესები. ის არის ყველაზე დიდი გრძნობის ორგანო, რომელიც ადგენს „ფიზიკურ მე“-ს საზღვრებს. ის ხშირად არის ზედმეტი სტიმულაციის საბოლოო ორგანო, რადგან ფსიქიკურ პრობლემებს პირდაპირი გავლენა აქვს კანზე ავტონომიური ნერვული სისტემის მეშვეობით(Alexeyev et al. 2018) და მათ საერთო ექტოდერმულ წარმოშობასთან (ეპიდერმისთან) ერთად რჩება მჭიდრო ფუნქციურ კავშირში ცენტრალურ ნერვულ სისტემასთან და სენსორულ ორგანოებთან.

კანზე არსებული დაავადებები პაციენტს ხელს უშლის სოციალურ ურთიერთობაში, ხელი ეშლება როგორც ნათესავებთან, სკოლაში, სამსახურში, ასევე პირად ურთიერთობებში, ეზღუდება სპორტული აქტივობა. დაავადებაზე არსებული ცრუ სტიგმა, რომ პაპულურ-პუსტულოზური გამონაყარი გადამდებია აყალიბებს სტიგმატიზაციას, მეგობრები ერიდებიან პაციენტის გადაკონტაქტს, თავს იკავებენ ახლო კონტაქტისგან, რაც კიდევ უფრო იწვევს პაციენტებში ფსიქოლოგიურ შფოთვის და დეპრესიას.

ფსიქოლოგიური ფაქტორი გასათვალისწინებელია ისეთი დაავადებების დროსაც როგორიცაა ფსორიაზი, აკნე, ეგზემა და სხვა შედეგად ჩამოყალიბდა ახალი მიმართულება- ფსიქოდერმატოლოგია.

მედიცინის ახალი დარგი- ფსიქოდერმატოლოგია წარმოადგენს ურთიერთკავშირს გონებასა და კანს შორის. მისი ცოდნა სასურველია, როგორც დერმატოლოგებისათვის, ასევე ოჯახის ექიმებისა და ფსიქოთერაპევტებისათვის.

ფსიქოდერმატოლოგიური დარღვევების კლასიფიკაცია:

- ფსიქოსოციალური დარღვევები (როზაცეა, ფსორიაზი, ატოპიური დერმატიტი და სხვა)
- ფსიქოლოგიური დარღვევები დერმატოლოგიური სინდრომებით (ტრიქოტილომანია, კვების დარღვევები, ქავილი და სხვ.)
- დერმატოლოგიური დარღვევები ფსიქიატრიული სიმპტომებით (ალოპეცია არეატა, ვიტილიგო, ქრონიკული ეგზემა, რინოფიმა და სხვ.)
- სხვადასხვა (ფსევდოფსიქოდერმატოლოგიური დაავადებები, თვითმკვლელობა პაციენტებში დერმატოლოგიური დაავადებით და სხვ.)

კლასიკურ მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად ფსიქოდერმატოლოგია გვთავაზობს ჰიპნოზს, ფსიქოთერაპიას, რელაქსაციას, კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, აფირმაციებს, სტრესის მენეჯმენტს და სხვა (Jafferany 2007).

პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან დამატებითი სტრესი აუარესებს დაავადების მიმდინარეობას, ამ პროცესში დიდი

ექიმის როლი, რომ არამარტო უმკურნალოს კანის დაავადებას, არამედ აუხსნას და განუმარტოს დაავადების შესახებ, სწორი მკურნალობის შესახებ, რაც გაუადვილებს პაციენტს გამოჯანმრთელების პროცესს და გარკვეულწილად შეამცირებს დაავადებით გამოწვეულ სტრესს.

2.3. როზაცით დაავადებულ პირთა ცხოვრების ხარისხის შეფასების თავისებურებები.

დაავადება როზაციას აქვს ნეგატიური გავლენა პაციენტის ფსიქიკაზე, ის იწვევს დაბალ თვითშეფასებას, ნაკლებ თავდაჯერებულობას და სოციალიზაციის შეზღუდვას (Baldwin et al. 2019). სხვადასხვა კვლევებით დგინდება, რომ სახეზე არსებული გამონაყარი და ძლიერი ერითემა ნეგატიურ გავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე და იწვევს გაღიზიანებას, დაბალ თვითშეფასებას, შფოთვის და ზოგ შემთხვევაში დეპრესიას (Huynh 2013; Gupta et al. 2005).

როზაციეს ნაციონალური საზოგადოების National Rosacea Society- მიერ ჩატარებული კვლევით 400 -ზე მეტ როზაციით დაავადებულ პაციენტებიდან 75% აღნიშნავს მნიშვნელოვნად შემცირებულია მათი თვით შეფასება, 70% თავს უხერხულად გრძნობს, იმედგაცრუებულია 69%, 50%- თვლის რომ დაავადების გამო ბედნიერებას ვერ გრძნობს.

პაციენტები მიიჩნევენ, რომ დაავადება ხდის მათ არამიმზიდველს, ღელავენ, რადგან სახეზე ჰიპერემიის გამო საზოგადოებამ არ მიიჩნიოს ალკოჰოლ დამოკიდებულად (Zeichner et al. 2018).

პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე კანის დაავადების გავლენის განსაზღვრის მიზნით 1994 წელს შეიქმა უნივერსალური დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი ინდექსი -The Dermatology Life Quality Index (DLQI). იგი შედგება 10 კითხვისაგან. კითხვარი ვალიდურია კანის 40-მდე დაავადებისათვის, ითარგმა 90 ენაზე და გამოიყენება 80 ქვეყანაში.(FINLAY and KHAN 1994) კითხვარი იყოფა 6 ძირითად ქვეკატეგორიად:

- სიმპტომები და ჩივილები (კანის მგრძნობელობა, ტკივილი, ქავილი) (1,2);

- ყოველდღიური საქმიანობა (3,4);
- თავისუფალი დრო (5,6);
- სამუშაო და სკოლა (7);
- პირადი ურთიერთობები (8,9);
- მკურნალობა (არეულობა სახლში და დროის დანახარჯი) (10).

დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსი ფასდება 4 ბალიან სკალაზე (0=არა აქვს გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, 4=აქვს ძალიან დიდი გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე) (Hongbo et al. 2005).

დაავადებასა და სტრესს შორის კავშირი პირველად აღმოაჩინა კანადელმა მეცნიერმა ჰანს სელიემ. მან პირველად შეიტანა ტერმინი „სტრესი“ მედიცინაში. მისი განმატრებით სტრესი არის ორგანიზმის რეაქცია გარეგან ან შინაგან გამღიზიანებელზე(სტრესორზე), რომელიც ინდივიდის შესაძლებლობებს და რესურსებს აღემატება (S. Y. Tan and Yip 2018). სტრესი შესაძლოა იყოს როგორც ნეგატიური ასევე პოზიტიური.

ემოციური სტრესის განსაზღვრა შესაძლებელია რთული იყოს. ეს არის უხილავი განუზომელი ძალა, რომელიც შეიძლება არსებობდეს ყოველდღიური ცხოვრების თითქმის ყველა ასპექტში, მაშინაც კი, თუ ჩვენ ამას ვერ ვაცნობიერებთ. სტრესულ მდგომარეობაში ცხოვრებამ შესაძლო გავლენა მოახდინოს როგორც ფსიქიკურ, ასევე ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე- ის იწვევს კუნთის დაძაბულობას, აჩქარებს გულის და ფილტვის მუშაობას, არღვევს საჭმლის მომნელებელი სისტემის მუშაობას, გამოიყოფა ჰორმონები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ნერვულ და რეპროდუქციულ სისტემებზე.

პროფესორი სელიე განიხილავს სტრესის შემდეგ ფორმებს:

ეუსტრესი- სტრესი რომელიც საჭიროა ცხოვრების შენარჩუნებისათვის, გარემოსთან ადაპტაციისთვის. „პოზიტიური სტრესი“

დისტრესი- როდესაც სტრესი იმდენად ძლიერია რომ ორგანიზმი უარყოფითად პასუხობს მას იქნება ეს დაავადება თუ სიკვდილი. „ნეგატიური სტრესი“ (The Editors of Encyclopaedia 2024).

სტრესი შეიძლება იყოს მწვავე, ქრონიკული ან ტრავმული. სელიემ ასევე შეიმუშავა ზოგადი ადაპტაციის სინდრომი The general adaptation syndrome (GAS), აღწერს რეაქციას, რასაც ორგანიზმი განიცდის სტრესის ზემოქმედების შემდეგ.

არსებობს სამი ეტაპი:

1. განგაშის სტადია - არის ფიზიოლოგიური რეაქცია, რომელიც ხდება ტვინის მიერ აღქმული საფრთხის საპასუხოდ, სამწუხაროდ ეს შესაძლოა იყოს მაგალითად შეხვედრაზე დაგვიანება. სტრესის დროს ორგანიზმის პასუხია: ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპერტენზია, ჰიპერგლიკემია, სუნთქვის აჩქარება, კუნთების ჰიპერტონუსი, ოფლიანობა და გუგების გაფართოება.
2. წინააღმდეგობის- იმ შემთხვევაში, თუ აღქმული სტრესი გაგრძელდება, სხეული რჩება „გააქტიურებული“ მაღალ მეტაბოლურ დონეზე მუდმივი სტრესის კომპენსაციის მიზნით. ასეთ მდგომარეობას ორგანიზმი დიდხანს ვერ ინარჩუნებს, მისი რესურსები იწურება.
3. ამოწურვა/გამოფიტვა- ქრონიკული სტრესი იწვევს ორგანიზმის რესურსების ამოწურვას, შედეგად ითრგუნება იმუნური სისტემა და ორგანიზმი კარგავს ფიზიოლოგიურად ფუნქციონირების შესაძლებლობას. ამან შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა დაავადება, ისეთი როგორიცაა: დიაბეტი, დეპრესია, შფოთვა, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დარღვევები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, რეპროდუქციული სისტემის დარღვევები და სხვ.

ამ ყოველივეს გათვალისწინებით აუცილებელია სტრესის დამლევა, რაშიც დიდ როლს ასრულებს თერაპევტის ჩართვა და სოციალური მხარდაჭერა.

2.4. პრობლემის დამლევის სტრატეგიის თანამედროვე მეთოდები.

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ინტერესი სტრესის დამლევისთან დაკავშირებით მნიშვნელოვნად გაიზარდა. პირველი ნაშრომი 1984 წელს ლაზარუსსა და ფოლკმანს (Lazarus R., S., Folkman S., 1984) ეკუთვნით, სადაც აღნიშნულია, რომ სტრესი შედგებაშეფასების სამი სისტემისგან. პირველი შეფასება არის საკუთარი თავისთვის საფრთხის აღქმის პროცესი; მეორე შეფასება არის პროცესი საფრთხეზე პოტენციური პასუხის გაცემის; მესამე- დამლევა კი არის ამ პასუხის შესრულების პროცესი(რეაქციის განხორციელება). სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ ადამიანის

კოგნიტიური და ქცევითი ძალისხმევის ერთობლიობა, რომელიც მიმართულია ინდივიდის მიერ სტრესის ზეგავლენის შესამცირებლად.

სტრესის დაძლევის მრავალი კლასიფიკაცია არსებობს, დაძლევის სტრატეგიები შემდეგ ძირითად პრინციპს ემყარება:

- პრობლემაზე მიმართული დაძლევის სტრატეგია

გულისხმობს სტრესის წყაროს აღმოფხვრისკენ ცვლილებებს/ზრძოლას. პროფლემებზე ორიენტირებული დაძლევა არის რაციონალური მიდგომა, რომელიც ცდილობს შეცვალოს სიტუაცია გარემოს ცვლილების ხარჯზე, ან ის თუ როგორ ურთიერთობს ადამიანი გარემოსთან(ლაზარუსი და ფოლკმანი 1987წ.). აქედან გამომდინარე, აშკარაა, რომ ამგვარი დაძლევის სტრატეგია მიზნად ისახავს სიტუაციის მოთხოვნების შემცირებას ან მასთან გამკლავების რესურსების გაფართოებას. ამყველაფრის გათვალისწინებით ცხადია რომ ადამიანი იყენებს ამ სტატეგიას, იმედით, რომ მოთხოვნა ცვალებადია.

ფსიქოლოგების აზრით პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევა ხშირად აძლიერებს კონტროლის გრძნობას და ამცირებს სტრესს და მის უარყოფით შედეგებს, იმ ვარაუდით, რომ სიტუაცია შეიძლება შეიცვალოს(Muharremi 2015) .

პრობლემაზე ორიენტირებული დაძლევის მაგალითებია: აქტიური დაძლევა, დაგეგმვა, თავშეკავება და suppression of competing activities კონკურენტი აქტივობების ჩახშობა (Algorani and Gupta 2024).

- ემოციაზე მიმართული დაძლევის სტრატეგია

ემოციებზე ორიენტირებული დაძლევა გამოიყენება ემოციური დისტრესის ყველა ფორმის სამართავად, მათ შორის, შფოთვის, იმედგაცრუების, ბრაზის განცდა. ემოციური დისტრესი ჩვეულებრივ ართულებს ქრონიკული ტკივილის პრობლემას. (ჰანსონი 1997)(Hanson and Canada. Solicitor General Canada. 1997) მიხედვით ემოციებზე ორიენტირებული დაძლევის სტრატეგიის მქონე ინდივიდი ცდილობს თავი უკეთ იგრძნოს პრობლემურ სიტუაციაში თავად პრობლემის ან მისი აღქმის შეცვლის გარეშე. პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის შემთხვევაში კი პირიქით ხდება პაციენტი როგორც წესი ცდილობს შეცვალოს სიტუაცია ან სიტუაციის აღქმა, რათა ნაკლებად ან აღარ იყოს სტრესული (Muharremi 2015).

ემოციებზე ორიენტირებული დამღევის სტრატეგია, მიზნად ისახავს პრობლემასთან დაკავშირებული უარყოფითი ემოციების შემცირებას: ამის მაგალითია პოზიტიური გადახედვა, მიღება, რელიგიის მიმართვა და იუმორი (Algorani and Gupta 2024).

- სოციალური მხარდაჭერა - ინდივიდი ამცირებს სტრესს საზოგადოებისგან ემოციური ან ინსტრუმენტული მხარდაჭერის ძიების გზით.
- დამღევის მექანიზმის გააზრება არის ქვაკუთხედი პაციენტისადმი საუკეთესო მიდგომის არცევისას, რათა ეფექტური ურთიერთობა დამყარდეს პაციენტსა და ექიმს შორის.

დამღევის მრავალი კლასიფიკაციიდან ჩვენს კვლევში გამოყენებულია ქარვერის კლასიფიკაცია 15 სტრატეგიით:

• აქტიური დამღევა;
• დაგეგმვა;
• სხვა აქტივობების დათრგუნვა;
• შეკავება;
• ინსტრუმენტური სოციალური მხარდაჭერა;
• ემოციური სოციალური მხარდაჭერა;
• ემოციების გამოხატვა და ემოციაზე კონცენტრირება;
• ბიჰევიორალური/ქცევითი ჩაურთველობა;
• მენტალური/ფსიქიკური ჩაურთველობა;
• პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა;
• უარყოფა;
• მიმღებლობა;
• რელიგიასთან მიბრუნება;
• ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება;
• იუმორი.

აქტიური დამლევა ესაა პროცესი, როდესაც პაციენტი დგამს აქტიურად მოქმედებს სტრესის მოცილებისა და გვერდის ავლის მიზნით, ან მისი ეფექტის გასაუმჯობესებლად.

1. დაგეგმვა - პირდაპირი ქმედება, დახმარების ძეგნა, სხვა აქტივობების მიგნება და ზოგჯერ აიძულო საკუთარ თავს დაცდა მანამდე სანამ არ დსიაწყებს მოქმედებას. ესარის ფიქრი იმის შესახებ, თუ როგორ დამლიო სტრესი. ძეგნა საუკეთესო გზების პრობლემის დასაძლევადა. დაგეგმვა აქტიური დამლევისგან განსხვაებით, რომელიც პირველადად ხდება მოდის მეორადი შეფასების შემდეგ.
2. სხვა აქტივობების დათრგუნვა - სხვა პროექტების გვერძე გადადება, დისტანცირება სხვა მოვლენებთან, ცდილობს მოახდინოს ყურადღების კონცენტრირება პრობლემაზე და ცდილობს სხვა არაფერზე იფიქროს, ბლოკავს ინფორმაციის წყაროსაც კი.
3. შეკავება - მიუხედავად იმისა რომ, ტავშეკავება ხშრად შეუმჩნეველი რჩება, როგორც დამლევის სტრატეგია, ის ზოგჯერ აუცილებელია და ფუნქციური რეაქციაა სტრესზე. შეკავება არის დალოდება ადექვატური მოქმედების შესაძლებლობამდე. არ მოქმედებს, თავშეკავებულია მანამ ეფექტურ გზას არ იპოვის.
4. ინსტრუმენტალური სოციალური მხარდაჭერა - შესაძლებელია ჩაითვალოს რელევანტურად პრობლემაზე ორიენტირებული დამლევის, როგორც სოციალური მხარდაჭერის ძიება. ამ დროს პიროვნება ეძებს სოციალურ მხარდაჭერას რჩევის, დახმარების ან ინფორმაციის მოძიების მიზნით. იგივე დამლევის მეთოდი შესაძლოა იყოს ემოციური დამლევის ასპექტი. სოციალური მხარდაჭერის ძეგნით პიროვნება იღებს ემოციურ/მორალურ დახმარებას, თანაგრძნობას ან გაგებას.
5. ემოციური სოციალური მხარდაჭერა- პიროვნება რომელიც თავს დაუცველად გრძნობს სტრესული მდგომარეობის გამო
6. ემოციების გამოხატვა და ემოციაზე კონცენტრირება;
7. ბიჰევიორალური/ქცევეითი ჩაურთველობა;

8. მენტალური/ფსიქიკური ჩაურთველობა;
9. პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა;
10. უარყოფა- ერთის მხრივ შეიძლება სასიკეთო იყოს რადგან უარყოფით პიროვნება ამცირებს სტრესს და ამით ხელს უწყობს დაძლევას, ხოლო მეორე მხრივ შეიძლება მსგავსი ქმედება დამატებით პრობლემას ქმნიდეს, რადგან სტრესორი იგნორირებულია. პრობლემის უარყოფით რეალურად პრობლემა ვერ გვარდება (Matthews et al. 1983; Levine et al. 1987). მესამე შეხედულება არის ის, რომ უარყოფა სასარგებლოა სტრესის გარდამავალ ეტაპზე, მაგრამ ხელს უშლის შემდგომ დაძლევას (Levine et al. 1987).
11. მიმღებლობა- უარყოფის საპირისპირო არის მიღება, იმით რომ პიროვნება ირებს სტრესულ სიტუაციას, ამით ცდილობს სტრესის გამკლავებას.
12. რელიგიასთან მიბრუნება- მსგავსი დაძლევის მეთოდი ბევრი პიროვნებისთვისაა მისაღები. სტრესული სიტუაციის დროს პიროვნება ბრუნდება რელიგიაში. ეს სტრატეგია ემოციური მხარდაჭერის წყაროა, ხელს უწყობს პოზიტიურ რეინტერგრაციას და ზრდას.
13. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება;
14. იუმორი.

3. კვლევის მასალა და მეთოდები

3.1 საკვლევი ჯგუფის დახასიათება

ჩვენს მიერ შესწავლილ იყო შპს „კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო/კვლევით ეროვნულ ცენტრში“ ამბულატორიულ მიღებაზე მყოფი პაციენტები, რომლებიც როზაცეის დიაგნოზით მკურნალობდნენ 2016-2020 წლებში.

კვლევაში ჩართული იყო 138 პაციენტი, კვლევა მიმდინარეობდა ეთიკური კომისიის დასკვნის საფუძველზე.

კვლევაში ჩართული იყო 138 პაციენტი, კვლევა მიმდინარეობდა ეთიკური დასკვნის საფუძველზე. 22-დან 80 წლამდე 138 პაციენტი, მათგან 25(18%) კაცი და 103(82%) ქალი. მათ შორის: ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური ფორმით - 28, პაპულურ-პუსტულოზური 93, ფიმატოზური 4 და ოკულარული - 13.

ჩართვის კრიტერიუმები:

- ექიმი დერმატოლოგის მიერ დასმული როზაცეის დიაგნოზი;
- პაციენტის ასაკი 18 წელზე მეტი;
- ინფორმირებული თანხმობა აღნიშნულ კვლევაში ჩართვაზე.

გამორიცხვის კრიტერიუმები:

- მძიმე სომატური და ინფექციური დაავადებები დეკომპენსაციის სტადიაში და ფსიქიკური პრობლემები, რომელთაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ კვლევის შედეგებზე.
- ასაკი 18 წელზე პატარა

პაციენტები როზაცეის დადგენილი დიაგნოზით. ინფორმირებული თანხმობა კვლევაში ჩართვაზე.

გამორიცხვის კრიტერიუმები:

- მძიმე სომატური და ინფექციური დაავადებები დეკომპენსაციის სტადიაში და ფსიქიკური პრობლემები, რომელთაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ კვლევის შედეგებზე.

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლებიდან შევისწავლეთ ასაკი, სქესი, განათლება, დასაქმება, ქორწინების სტატუსი (დაქორწინებული, დაუქორწინებელი, ქვრივი, განქორწინებული)

პაციენტის დიაგნოზი დადგენილია დაავადების კლინიკური სურათის მიხედვით, რომელიც ფასდებოდა ექიმი დერმატოლოგის მიერ, როზაცეის პირველადი და მეორეული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით National Rosacea Expert Committee (NREC)-ის კლასიფიკაციით.

ცხრილი 3.1. როზაცეის პირველადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

კრიტერიუმები	შეფასება			
	არა	მსუბუქი	საშუალო	ძლიერი
ერთეულ-ტელეანგიექტაზიური	0	1	2	3
პაპულურ-პუსტულოზური	0	1	2	3
ფიმატოზური	0	1	2	3
ოკულარული	0	1	2	3

ცხრილი 3.2. როზაცეის მეორეული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

გარდამავალი ერთემა	0	1	2	3
ერთემა	0	1	2	3
პაპულურ-პუსტულოზური გამონაყარი	0	1	2	3
ტელეანგიექტაზია	0	1	2	3
წვა	0	1	2	3
ბაღთები	0	1	2	3

სიმშრალე	0	1	2	3
შეშუპება	0	1	2	3
	არის	მწვავე	1	0
		ქრონიკული		
	ქრონიკული	წერტილოვანი	1	0
		არაწერტილოვანი	1	0
ოკულარული გამოვლინებები	0	1	2	3
პერიფერიული ლოკალიზაცია(კი ან არა)	0	1		
გრანულომატოზური ცვლილებები	0	1	2	3

პაციენტის მდგომარეობის შეფასება მოხდა როგორც ექიმის, ისე პაციენტის მიერ(ცხრილი 3.3,-3.4)

ცხრილი 3.3. პაციენტის მდგომარეობის შეფასება ექიმის მიერ

დიაგნოზი	შეფასება			
	არა	მსუბუქი	საშუალო	ძლიერი
ქვეტიპი: 1. ერითემულ- ტელეანგიექტაზიური	0	1	2	3
ქვეტიპი: 2. პაპულურ- პუსტულოზური	0	1	2	3
ქვეტიპი 3. ფიმატოზური	0	1	2	3

ქვეტიპი:	4.	0	1	2	3
ოკულარული					

ცხრილი 3.4. მდგომარეობის შეფასება პაციენტის მიერ

	შეფასება			
	არა	მსუბუქი	საშუალო	ძლიერი
შეფასება	0	1	2	3

როზაცეით დაავადებული პაციენტებში ცხოვრების ხარისხის შეფასება ხდებოდა დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი კითხვარით «The Dermatology Life Quality Index»-ის ქართულენოვანი ვერსიის მიხედვით, რომელიც შედგება 10 კითხვისაგან და მოიცავს: ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რა ინტენსივობით იყო გამოხატული კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნება, რამდენად დარცხვენილად ან დაძაბულად გრძნობდა თავს კანის პრობლემის გამო, რამდენად შეეშალა ხელი საყიდლებზე სიარულისას ან სახლისა და ეზოს მოვლისას, იმოქმედა თუ არა კანის პრობლემამ პაციენტის ჩაცმულობაზე, ასევე სოციალურ და გასართობ, სპორტულ აქტივობებზე, სამსახურში ან სწავლაში, გააცდინეთ თუ არა სამსახური ან სასწავლებელი კანის პრობლემის გამო, რამდენად შეექმნა პრობლემა პერსონალურ ურთიერთობებში ნათესავებთან, მეგობრებთან და სექსუალურ პარტნიორთან, შეაწუხა თუ არა პაციენტი კანის მკურნალობამ და გამოიწვია თუ არა მკურნალობის პროცესმა არეულობა სახლში და წაართვა თუ არა დიდი დრო პაციენტს.

სიმპტომებს და შეგრძნებებს(1,2), მკურნალობას(10), ყოველდღიურ საქმიანობას(3,4), დასვენებას(5,6), პირად ურთიერთობებს(8,9), მუშაობას ან/და სწავლას(7). (ცხრილი 3.5.)

ცხრილი 3.5. ცხოვრების ხარისხის შეფასება პაციენტის მიერ

	კითხვები	შეფასება				არ მიესა დაგებ ა
		უკიდ ურესა დ	ძალი ან	ოდნა ვ	არანა ირად	
1	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რა ინტენსივობით გქონდათ კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნება?	3	2	1	0	-
2	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად დარცხვენოდა ან დამაბუღლად გრძნობდით თავს თქვენი კანის პრობლემის გამო?	3	2	1	0	-
3	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად შეგიშალათ ხელი თქვენი კანის პრობლემამ საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას?	3	2	1	0	0
4	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად იმოქმედა თქვენმა კანის პრობლემამ თქვენს ჩაცმულობაზე?	3	2	1	0	0
5	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად იმოქმედა თქვენმა კანის პრობლემამ ნებისმიერი სახის სოციალურ ან გასართობ აქტივობებზე?	3	2	1	0	0
6	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად გაგირთულათ თქვენმა	3	2	1	0	0

	კანის პრობლემამ სპორტული აქტივობები?					
7	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, გაცდინეთ თუ არა სამსახური ან სასწავლებელი თქვენი კანის პრობლემის გამო? (თუ უპასუხა დიახ ქულა =3,)	3	0	-	-	-
7.1	უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, შეგიქმნათ თუ არა კანმა პრობლემა სამსახურში ან სწავლაში?	2	1	0	-	-
8	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად შეგიქმნათ პრობლემები თქვენმა კანმა თქვენს პარტნიორთან ან რომელიმე ახლო მეგობართან ან ნათესავებთან ურთიერთობაში?	3	2	1	0	0
9	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად შეგიქმნათ თქვენმა კანმა სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული პრობლემები?	3	2	1	0	0
10	ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, რამდენად შეგაწუხათ თქვენი კანის მკურნალობამ? მაგალითად, გამოიწვია არეულობა სახლში ან წაგართვათ დრო.	3	2	1	0	0

საერთო ჯამური ქულა გვიჩვენებს ცხოვრების ხარისხის შეფასებას. ამ მონაცემებით

დერმატოლოგიური ცხვრების ცხარისხის კითხვარი მოიცავს 6 კატეგორიას: სიმპტომები და შეგრძნებები, ყოველდღიური აქტივობა, თავისუფალი დროის

გამოყენება, სამუშაო და სასწავლო პროცესი, პერსონალური ურთიერთობები და მკურნალობა

კითხვარი საშუალებას გვაძლევს გამოითვალოს როზაცის ზემოქმედება ცხოვრების ხარისხზე 4 ხარისხის მიხედვით:

დაავადებას არ აქვს გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე-	0-1 ქულა
დაავადებას აქვს მცირე გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე-	2-5 ქულა
დაავადებას აქვს საშუალო გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე	6-10 ქულა
დაავადებას აქვს ძალიან დიდი გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე-	11-20 ქულა
დაავადებას აქვს ექსტრემალურად დიდი გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე-	21-30 ქულა

კითხვარის ინტერპრეტაცია:

- 1 გამოტოვებული ან უპასუხო პუნქტი ფასდებოდა 0-ით.
- იმ შემთხვევაში, თუ უპასუხო იყო ორი ან მეტი კითხვა, კითხვარი ფასდებოდა საერთოდ.
- ორი ან მეტი პასუხის მონიშვნის შემთხვევაში ყურადღება ექცეოდა ყველაზე დიდი შეფასების მქონე პასუხს.

ცხოვრების ხარისხის დამლევასთან ერთად შევისწავლეთ როზაციით დაავადებული პაციენტების პრობლემის დამლევის სტრატეგია, რათა გაგვეგო, თუ როგორ რეაგირებდნენ პაციენტები დაავადებით გამოწვეულ სტრესულ სიტუაციებზე. პრობლემის დამლევის სტრატეგიის შესასწავლად გამოვიყენეთ შეიერისა და ქარვერის მიერ შემუშავებულია 60 კითხვიანი კითხვარი. კითხვარი მოითხოვდა სავარაუდო პასუხიდან, ერთი პასუხის არჩევას, რაც მორგებულია პაციენტზე, რადგან კითხვარში

არ არსებობს სწორი და არასწორი პასუხები. ქულები რანჟირდება და იკრიბება 15 კატეგორიად:

- პოზიციური რეინტერპრეტაცია და ზრდა- 1, 29, 38, 59
- მენტალური ჩაურთველობა- 2, 16, 31, 43
- ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა- 3, 17, 28, 46
- ინსტრუმენტული სოციალური მხარდაჭერა - 4, 14, 30, 45
- აქტიური დაძლევა- 5, 15, 47, 58
- უარყოფა- 6, 27, 47, 57
- რელიგიასთან მიბრუნება - 7, 18, 48, 60
- იუმორი- 8, 20, 36, 50
- ბიჰევიორალური ჩაურთველობა- 9, 24, 37, 51 55
- შეკავება -10, 22, 41, 49
- ემოციური სოციალური მხარდაჭერა- 11, 23, 34, 52
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება- 12, 26, 35, 53
- მიმღებლობა- 13, 21, 44, 54
- სხვა აქტივობების დათრგუნვა- 15, 33, 42, 55
- დაგეგმვა - 19, 32, 39, 56.

დაძლევის თითოეული სტრატეგია ფასდებოდა ქულებით:

1= ჩვეულებრივ, ამას საერთოდ არ ვაკეთებ

2=ჩვეულებრივ, ამას იშვიათად ვაკეთებ

3= ჩვეულებრივ, ამას ხშირად ვაკეთებ

•4=ჩვეულებრივ, ამას ძალიან ხშირად ვაკეთებ

დაძლევის სტრატეგიებიდან ზოგიერთი მათგანი მიეკუთვნება პოზიტიურ (აქტიურ) დაძლევას, ხოლო ზოგიერთი მათგანი პასიურ დაძლევას.

კითხვარის შევსების შემდეგ გავაანალიზეთ, თუ რომელ დაძლევის ფორმას იყენებს კონკრეტული პაციენტი და საჭიროებს თუ არა ფსიქოლოგიურ დახმარებას მკურნალობის უკეთესი შედეგისათვის.

რეგრესიული ანალიზის საშუალებით გამოვითვალეთ ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის ფარდობითი რისკი და პროგნოზი.

დაძლევის სტრატეგია შევისწავლეთ შემდეგი კითხვარის მიხედვით(ცხრილი 2.3.5):

ცხრილი 3.6. დაძლევის სტრატეგია[წყარო] შეიერისა და ქარვერის მიერ

სტრატეგიის კომპონენტები	ქულები			
1. მიღებული გამოცდილების შედეგად ვცდილობ პიროვნულად გავიზარდო	1	2	3	4
2. მივმართავ სამუშაოს ან სხვა საქმიანობას, რადგან არ ვიფიქრო ამაზე	1	2	3	4
3. ცუდ ხასიათზე ვდგები და ვამჟღავნებ ჩემს განცდებს/ემოციებს	1	2	3	4
4. ვცდილობ ვინმესგან მივიღო რჩევა, თუ როგორ მოვიქცე, რა გავაკეთო	1	2	3	4
5. მივმართავ ძალისხმევას, რადგან რამე მოვიმოქმედო ამასთან დაკავშირებით	1	2	3	4
6. ვეუბნები საკუთარ თავს: “ეს არ არის სინამდვილე, ეს არ არის რეალობა”	1	2	3	4
7. ვრჩები ღვთის ანაბარა	1	2	3	4
8. მეცინება სიტუაციაზე	1	2	3	4
9. ვაღიარებ, რომ თავს ვერ ვართმევ სიტუაციას და არ ვცდილობ რაიმე მოვიმოქმედო.	1	2	3	4
10. ნაჩქარევი გადაწყვეტილებისგან თავს ვიკავებ.	1	2	3	4
11. ვმსჯელობ ჩემს განცდებზე ვინმესთან.	1	2	3	4

12. მივმართავ ალკოჰოლს ან წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ თავი უკეთ ვიგრძნო.	1	2	3	4
13. ვეგუები და ვეჩვევი იმ აზრს, რომ ეს მოხდა	1	2	3	4
14. ვსაუბრობ სხვებთან, რადგან უფრო მეტად გავერკვე სიტუაციაში.	1	2	3	4
15. ვცდილობ არ გამიტაცოს სხვა ფიქრებმა და საქმეებმა.	1	2	3	4
16. ვიწყებ ოცნებას სხვა რამეზე	1	2	3	4
17. ცუდ ხასიათზე ვდგები, როცა ვაცნობიერებ მომხდარ ფაქტს.	1	2	3	4
18. ვემბ ღმერთის დახმარებას	1	2	3	4
19. ვადგენ მოქმედების გეგმებს	1	2	3	4
20. ვხუმრობ ამაზე	1	2	3	4
21. ვღებულობ მომხდარ ფაქტს, შეცვლა შეუძლებელია	1	2	3	4
22. თავს ვიკავებ, არაფერს ვაკეთებ, ვიდრე შესაბამისი სიტუაცია ნებას არ დამრთავს	1	2	3	4
23. ვცდილობ მივიღო სულიერი მხარდაჭერა მეგობრებისგან და ნათესავებისგან	1	2	3	4
24. თავს ვანებებ მიზნის მიღწევის მცდელობას	1	2	3	4
25. ვაკეთებ რაღაცას, რაც პრობლემის მოცილებაში დამეხმარება	1	2	3	4
26. ვცდილობ დავივიწყო საკუთარი თავი ალკოჰოლით ან წამლების (ნარკოტიკების) მიღებით	1	2	3	4
27. არ მინდა ვიფიქრო, რომ ეს მოხდა	1	2	3	4
28. თავს უფლებას ვაძლევ, რომ გამოვამჟღავნო გრძნობები	1	2	3	4
29. ვცდილობ დავინახო ეს დადებითი კუთხით, რათა უფრო პოზიტიური გამოჩნდეს	1	2	3	4
30. ვსაუბრობ ვინმესთან, ვისაც შეუძლია რაიმე კონკრეტული გააკეთოს ამასთან დაკავშირებით	1	2	3	4
31. მძინავს ჩვეულებრივზე მეტად	1	2	3	4

32. ცვდილობ მოვნახო ქცევის სტრატეგია	1	2	3	4
33. კონცენტრირებული ვარ ამ პრობლემის დაძლევაზე.	1	2	3	4
34. მივიღებ თანაგრძნობას იმ ადამიანებისგან, ვისაც ესმით ჩემი	1	2	3	4
35. ვსვავ ალკოჰოლს და ვიღებ წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ არ ვიფიქრო ამაზე	1	2	3	4
36. ვლადობ, ვმყირობ ამაზე	1	2	3	4
37. მიზნის მიღწევის ყოველგვარ მცდელობას თავს ვანებებ	1	2	3	4
38. ვემბ რაიმე კარგს იმაში, რაც მოხდა.	1	2	3	4
39. ვფიქრობ, თუ როგორ შეიძლება პრობლემის საუკეთესოდ გადაჭრა.	1	2	3	4
40. ცვდილობ ხალხს თავი ისე მოვაჩვენო, თითქოს არაფერი მომხდარა.	1	2	3	4
41. ცვდილობ არ გავაუარესო საქმე ნაჩქარევი ქმედებით.	1	2	3	4
42. ყველანაირად ცვდილობ ჩემს მცდელობებსა და ძალისხმევას სხვა რამემ ხელი არ შეუშალოს.	1	2	3	4
43. მივდივარ კინოში ან ვუყურებ ტელევიზორს, რათა ნაკლებად ვიფიქრო ამაზე.	1	2	3	4
44. რეალობად ვღებულობ მომხდარ ფაქტს.	1	2	3	4
45. რჩევას ვეკითხები ადამიანებს, ვისაც მსგავსი სიტუაცია ჰქონიათ, თუ რა გააკეთეს მათ.	1	2	3	4
46. დიდი ემოციური სტრესის დროს ძლიერად გამოვხატავ გრძნობებს, განცდებს.	1	2	3	4
47. მივმართავ პირდაპირ ქმედებებს პრობლემის გადასაჭრელად.	1	2	3	4
48. ცვდილობ შვების პოვნას საკუთარ აღმსარებლობაში.	1	2	3	4
49. ვაიძულებ თავს, რომ დაველოდო შესაფერის დროს, როცა შეიძლება რაიმე გაკეთდეს.	1	2	3	4
50. ვერთობი სიტუაციით	1	2	3	4

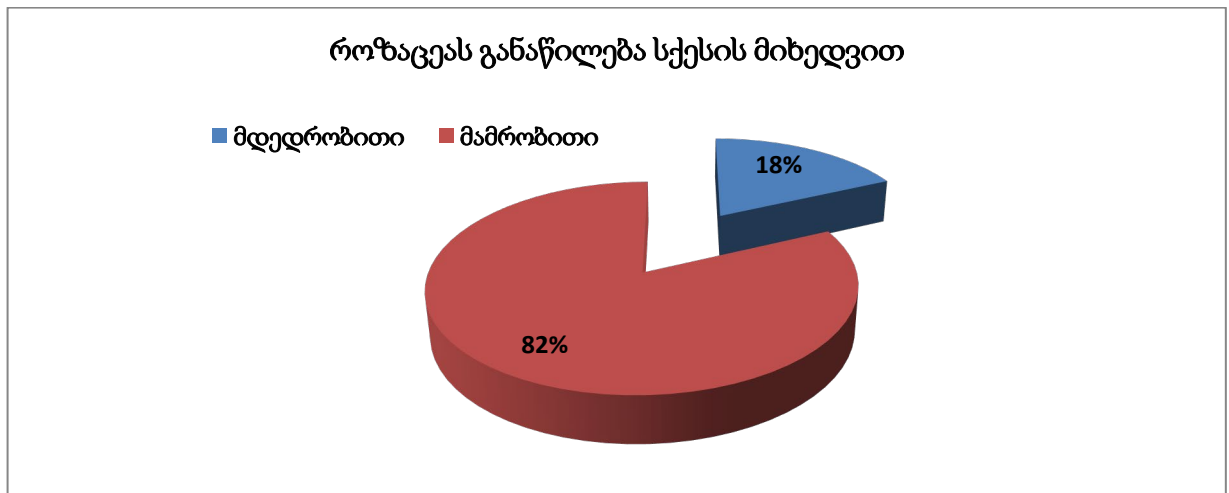
51. ნაკლებ ძალისხმევას მივმართავ პრობლემის გადასაჭრელად.	1	2	3	4
52. ვსაუბრობ სხვებთან იმაზე, თუ როგორ ვგრძნობ თავს.	1	2	3	4
53. მივმართავ ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს, რაც მეხმარება ამის უფრო იოლად დაძლევაში.	1	2	3	4
54. ვსწავლობ ცხოვრებას პრობლემასთან ერთად.	1	2	3	4
55. გვერდზე ვდებ სხვა საქმეებს, რომ ამაზე კონცენტრირება მოვახდინო.	1	2	3	4
56. ბევრს ვფიქრობ იმაზე, თუ რა ნაბიჯი გადავდგა.	1	2	3	4
57. ისე ვიქცევი, თითქოს ეს არც მომხდარა.	1	2	3	4
58. ეტაპობრივად ვაკეთებ იმას, რაც უნდა გაკეთდეს.	1	2	3	4
59. მიღებული გამოცდილებიდან რაღაცას ვსწავლობ.	1	2	3	4
60. ჩვეულებრივზე უფრო მეტს ვლოცულობ	1	2	3	4

მასალა დამუშავდა ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდებით, შვეისწავლეთ საშუალო, საშუალო კვადრატული გადახრა, რაოდენობრივი მაჩვენებლებისათვის ჯგუფებს შორის განსხვავება დადგინდა სტიუდენტის კოეფიციენტი(t) დამოუკიდებელი ამონარჩევისათვის, ხოლო ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის F ფიშერის კრიტერიუმით; კორელაციური ანალიზი ჩატარდა: ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის - სპირმენის რანგული კორელაციის საშუალებით, ხოლო რაოდენობრივი მაჩვენებლებისათვის - პირსონის კორელაციური ანალიზის მიხედვით. რისკის შეფასება განხორციელდა ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიული ანალიზის საშუალებით, სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა პროგრამების პაკეტის SPSS 22-ის გამოყენებით.

4. შედეგები

4.1. როზაცის კლინიკური და დემოგრაფიული მახასიათებლები

ჩვენმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ როზაცის მქონე პაციენტებში პრევალირებდა მდედრობითი სქესი(დიაგრამა 4.1.1.)



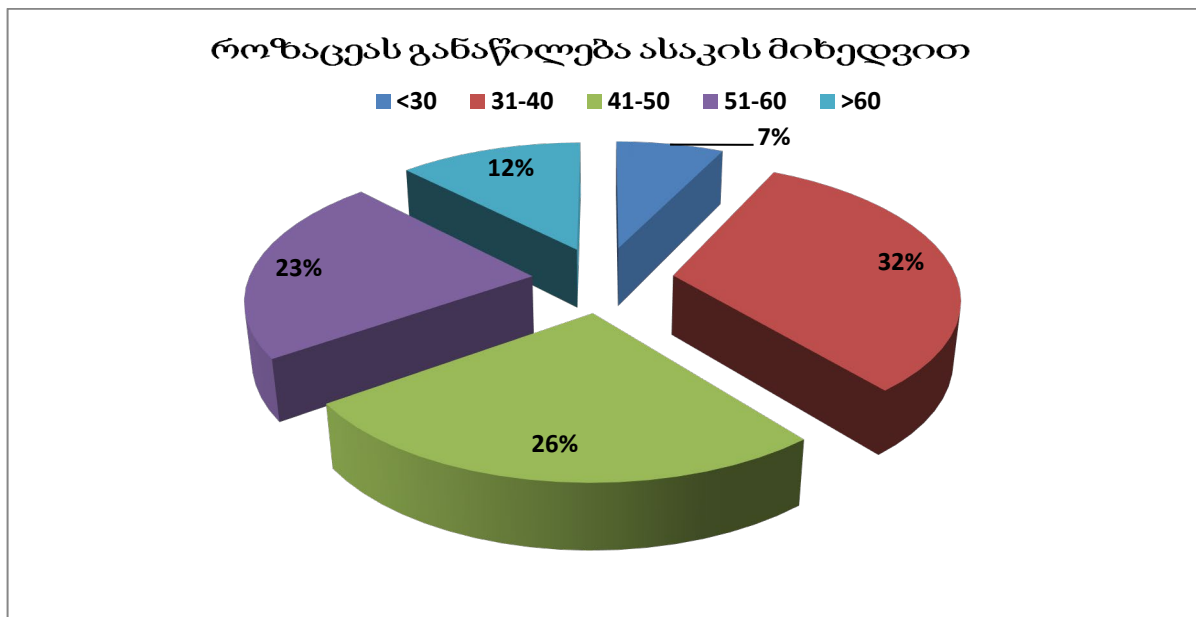
დიაგრამა 4.1.1.

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, როზაციით დაავადებულთა შორის სარწმუნოდ მაღალია მდედრობითი სქესის სიხშირეა 82%, ხოლო მამრობითის - 18%.

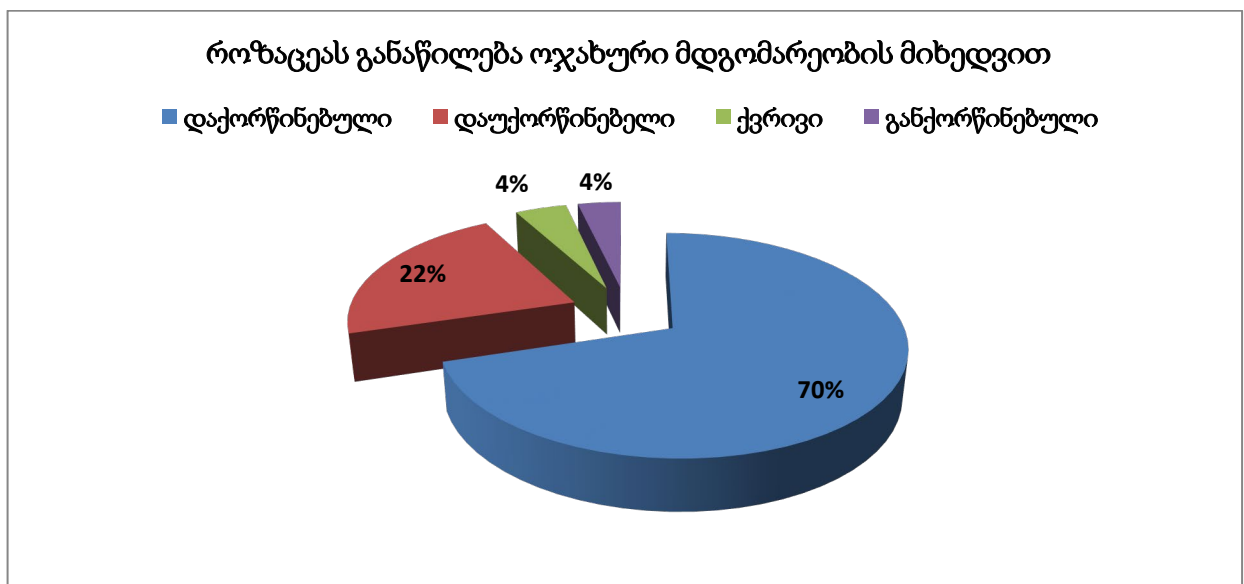
ჩვენი კვლევის მიხედვით როზაციით დაავადებულთა განაწილება ასაკის მიხედვით მოცემულია 4.1.2 დიაგრამაზე

დაავადებით მომართვიანობა ყველაზე ნაკლები სიხშირით გვხვდება 30 წლამდე ასაკში(7%), ყველაზე უფრო ხშირად - 32% - 31-40 წლის ასაკში, 26% - 41-50 წლის ასაკში, 23%- 51-60 წლის ასაკში, ხოლო 60 წელზე უფროს ასაკში შეადგენდა 12%-ს

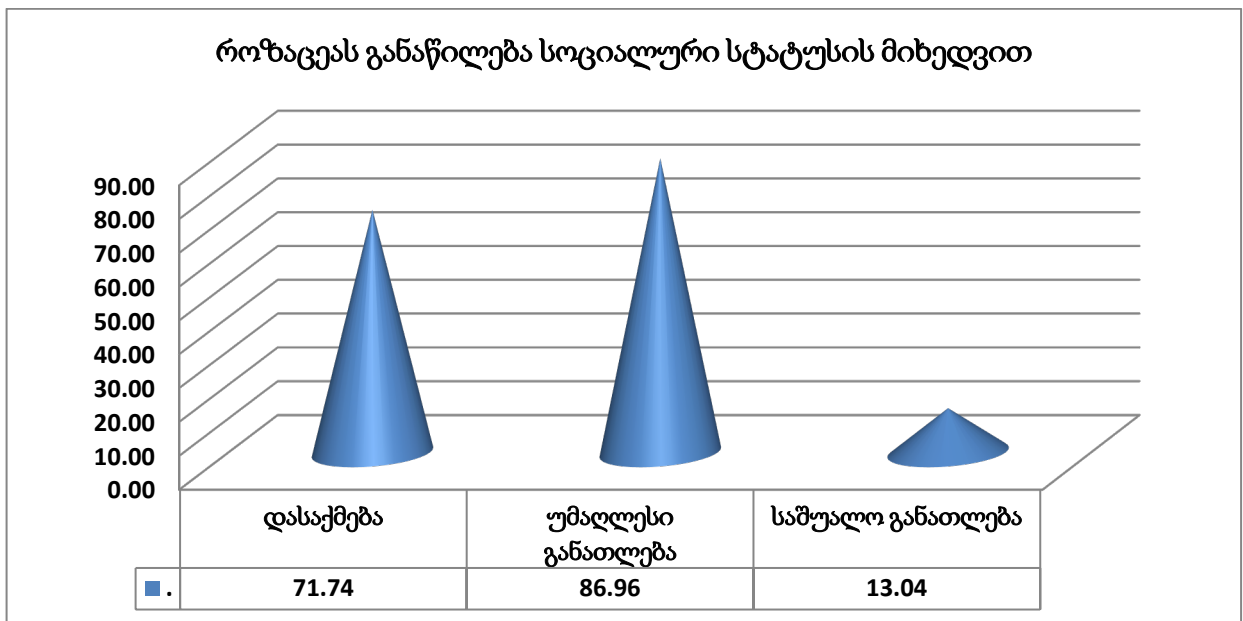
განაწილებას ასაკის მიხედვით განსაზღვრავს მიმართვიანობა, ამდენად 60 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში ეს მონაცემები დაბალია.



დიაგრამა 4.1.2

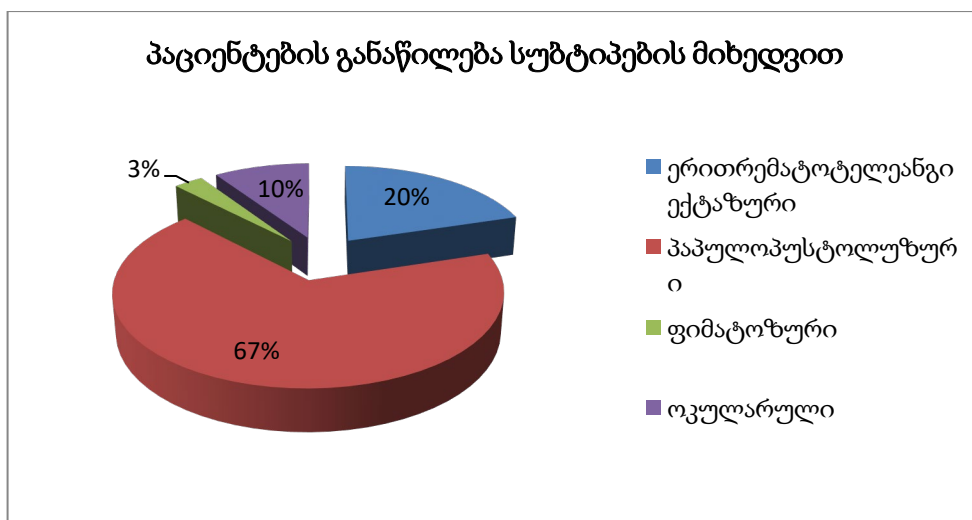


დიაგრამა 4.1.3. პაციენტთა უმრავლესობა დაქორწინებულია - 97(70.3%), დაუქორწინებელია 30(21.7%), ქვრივი - 6(4.4%) და განქორწინებული - 5(3.6%).



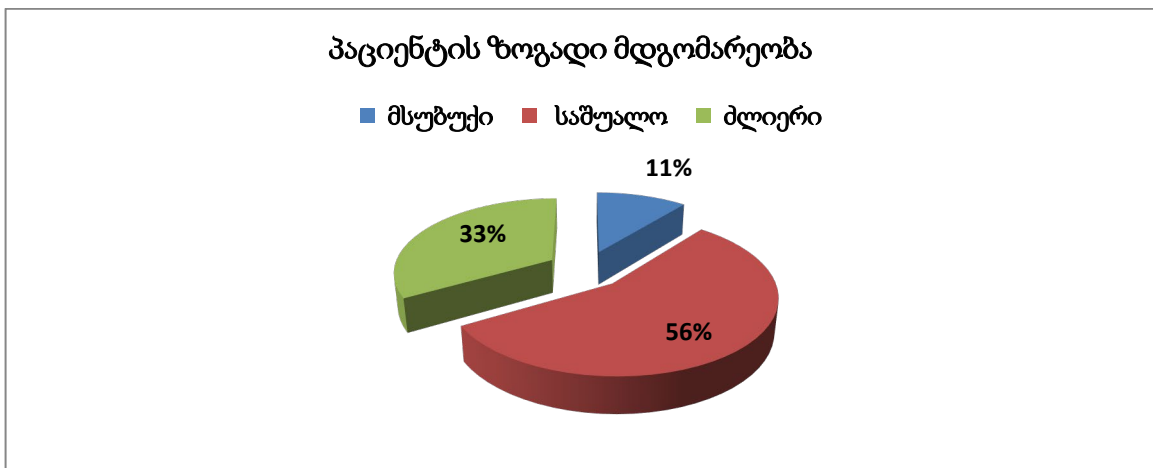
დიაგრამა 4.1.4. 99(71.7%) დასაქმებულია, 120(87%) უმაღლესი განათლებით, ხოლო 18(13%) - საშუალო განათლებით.

დაავადების კლინიკური მახასიათებლების მიხედვით მოცემულია 4.1.5-4.1.8 დიაგრამებზე



დიაგრამა 4.1.5

პაციენტების განაწილებამ ქვეტიპების მიხედვით გვიჩვენა, რომ ყველაზე მაღალი სხივით გამოირჩევა პაპულურ-პუსტულოზური ფორმა - 93(67%), შემდეგ ერითრემულ-ტელეანგიექტაზიური 28(20%), ოკულარული - 13(10%) და ყველზე მცირე - რინოფიმა - 4(3%).



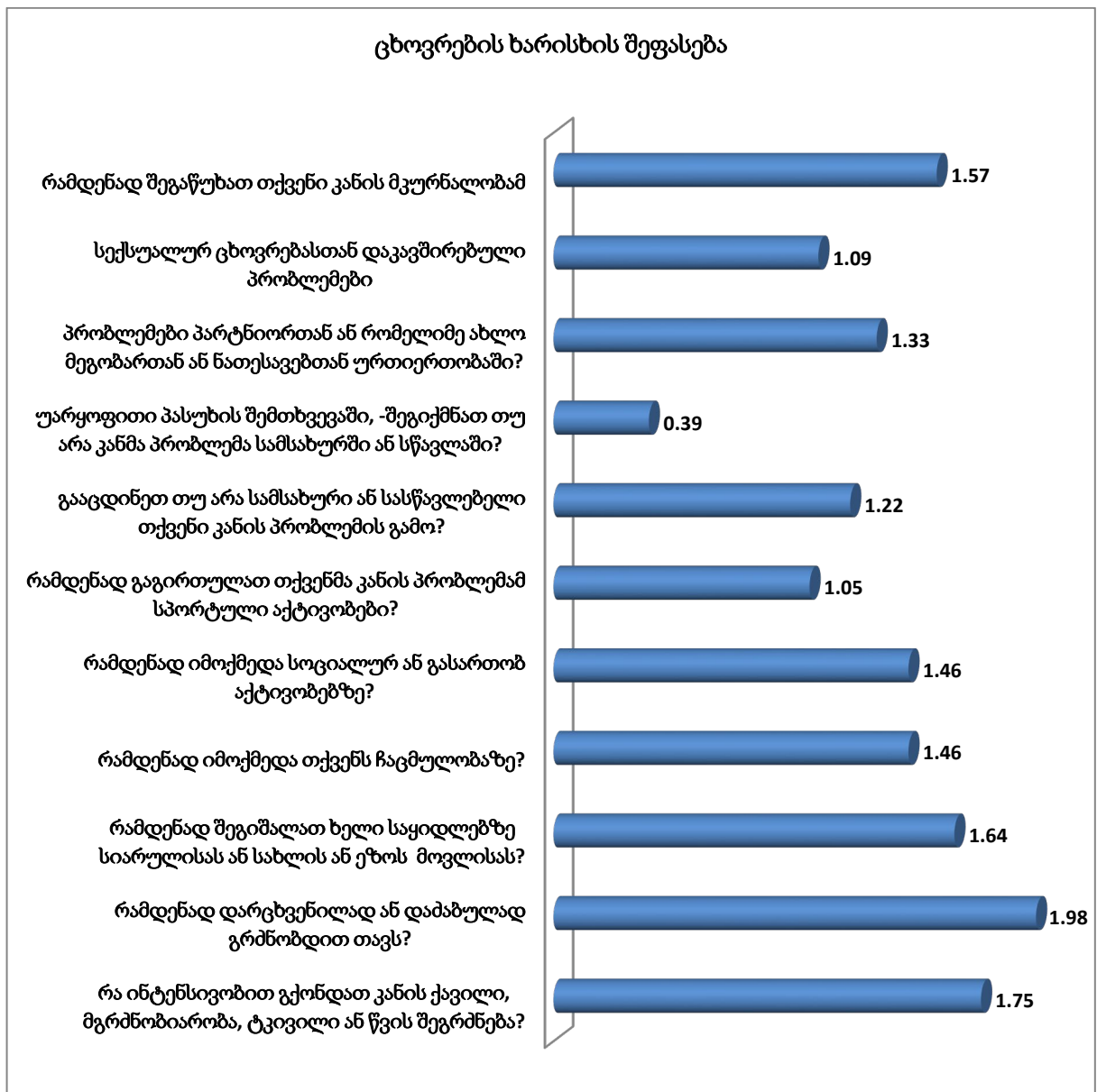
დიაგრამა 4.1.6

პაციენტის უმრავლესობის მიერ ზოგადი მდგომარეობის შეფასება საშუალოა - 56%, ხოლო უმცირესობის - 11%.

4.2. ცხოვრების ხარისხის შეფასება როზაცეის დროს

პაციენტის მიერ ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად გამოვიყენეთ კითხვარი «The Dermatology Life Quality Index»-ის ქართულენოვანი ვერსია.

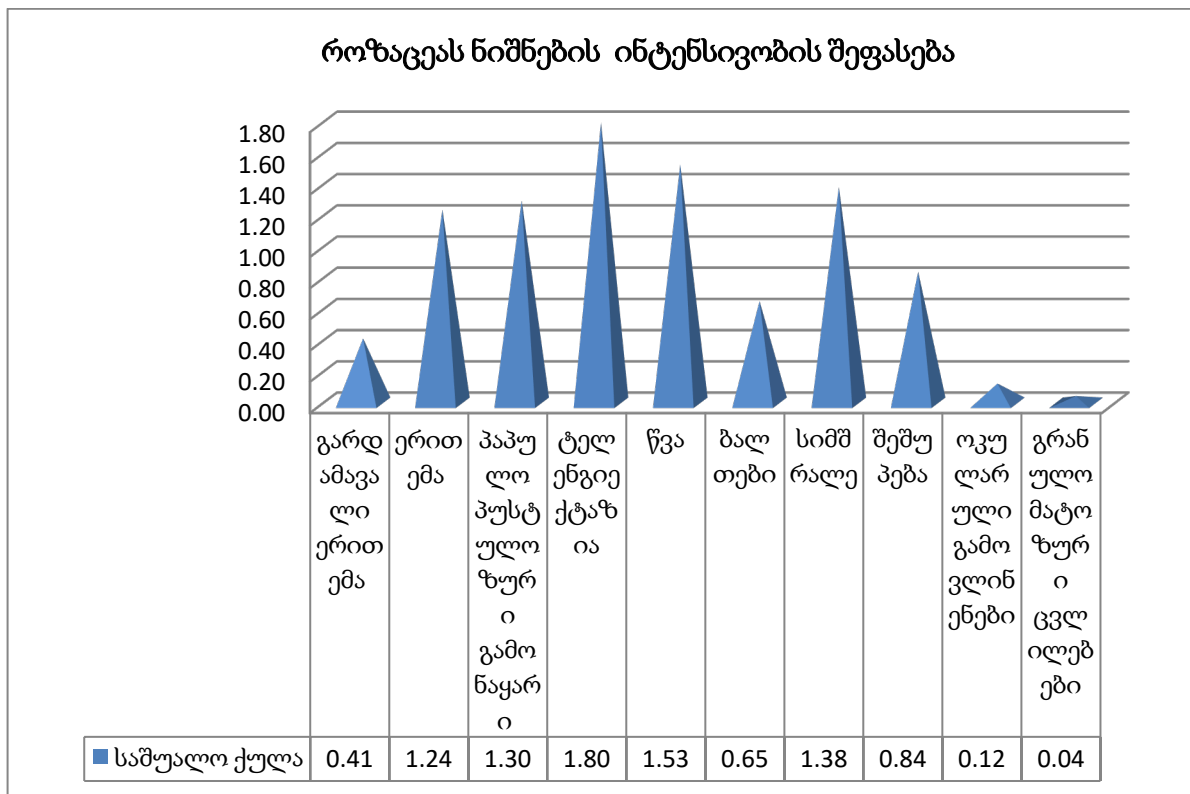
პაციენტის პასუხი ცხოვრების ხარისხის შესახებ ბოლო 7 დღის განმავლობაში მოცემულია 4.2.1. დიაგრამაზე



დიაგრამა 4.2.1.

ცხოვრების ხარისხის შეფასებებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი შეესაბამება დარცხვენას და დამაბულობას, ყველაზე მცირე - ხელის შეშლას სპორტულ აქტიურობაში.

კვლევის შემდეგ ეტაპზე შევისწავლეთ პაციენტის მიერ **როზაცეის პირველადი და მეორადი ნიშნების ინტენსივობის შეფასება (დიაგრამა 4.2.2)**



როზაცეის პირველადი ნიშნებიდან ყველაზე მაღალი შეფასება ენიჭება ტელეანგიექტაზიას, ხოლო მეორადიდან - ყველაზე მაღალი - წვას და სიმშრალეს, ხოლო ყველაზე დაბალი - ოკულარულ და გრანულომატოზურ ცვლილებებს.

ცხოვრების ხარისხი დამოკიდებულია როგორც პაციენტის ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე, ისე დაავადების ფორმაზე.

მიღებული შედეგების ინტერპრეტაცია მოვახდინეთ გენდერული, ასაკობრივი მახასიათებლებისა და როზაცეის ქვეტიპების მიხედვით (ცხრილი 4.2.1).

ცხრილი 4.2.1 პაციენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება დაავადების ქვეტიპების მიხედვით

			Erythematotelangiectatic (28)		Papulopustular (93)		Phymatous (4)		Ocular (13)		F	P
			n	%	n	%	n	%	n	%		
სქესი		male	5	(17.86)	13	13.98	4	100	3	23.08	7.29	0.0001

		fema le	23	(82.14)	80	86.0 2	0	0	10	76.9 2	7.29	0.0001
ასაკ ო		<30	2	(7.14)	8	8.6	0	0	0	0	0.52	0.6704
		31- 40	9	(32.14)	33	35.4 8	1	25	1	7.69	1.38	0.2506
		41- 50	7	(25)	27	29.0 3	0	0	2	15.3 8	0.86	0.4614
		51- 60	6	(21.43)	21	22.5 8	1	25	3	23.0 8	0.01	0.9983
		>60	4	(14.29)	4	4.3	2	50	7	53.8 5	13.2 9	<0.000 1
საშუ ალო ასაკ ო			45.25±12.81		42.96±10.72		62.08±13 .07		58.00±20. 15		11.7 3	0.0000

რინოფიმა ქვეტიპი აღმოაჩნდა მხოლოდ მამაკაცებს, სხვა ყველა ფორმის სიხშირე სარწმუნოდ მეტი იყო ქალებში(0.0001).

30 წლამდე ასაკის პაციენტებში დაფიქსირდა მხოლოდ ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური და პაპულოზურ-პუსტულოზური ქვეტიპი , ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური და პაპულო-პუსტოლოზური ქვეტიპი პრევალირებს აგრეთვე 31-40 წლის და 41-50 წლის ასაკში, ხოლო ოკულური და რინოფიმა ფორმის სიხშირე სარწმუნოდ მეტია 60 წელზე უფროს პირებში.

პაციენტთა საშუალო ასაკი სარწმუნოდ ნაკლებია ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური და პაპულოზურ-პუსტულოზური ქვეტიპი ს შემთხვევაში და მაღალია რინოფიმა და ოკულარული ქვეტიპი ს დროს.

გრაფიკზე და ცხრილში წარმოდგენილია ცხოვრების ხარისხის შეფასება როზაცეის ქვეტიპების მიხედვით(ცხრილი 4.2.2.)

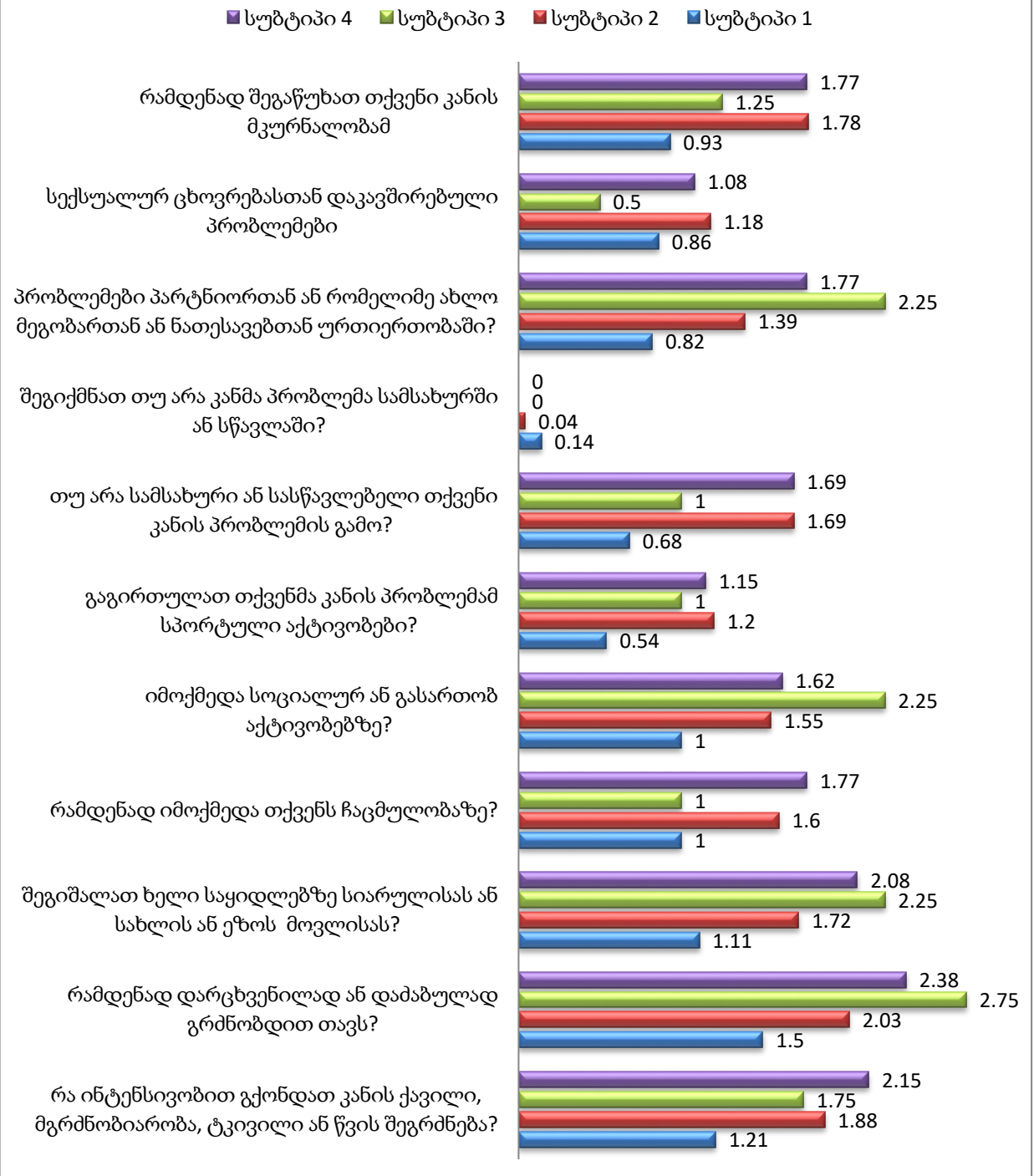
ცხრილი 4.2.2. ცხოვრების ხარისხის მახასიათებლების შეფასება ქვეტიპების მიხედვით

	სუბტიპები	N	Mean	Std. Deviation	
					P
-რა ინტენსივობით გეონდათ კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნება?	1	28	1.18	0.86	0.0043
	2	93	1.87	0.98	
	3	4	1.75	0.96	
	4	13	2.15	0.99	
	Total	138	1.75	0.99	
-რამდენად დარცხვენილად ან დაძაბულად გრძნობდით თავს?	1	28	1.50	0.96	0.0032
	2	93	2.03	0.89	
	3	4	2.75	0.50	
	4	13	2.38	0.65	
	Total	138	1.98	0.92	
-რამდენად შეგიშალათ ხელი საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას?	1	28	1.11	0.88	0.0006
	2	93	1.72	0.80	
	3	4	2.25	0.50	
	4	13	2.08	0.95	
	Total	138	1.64	0.87	
რამდენად იმოქმედათქვენს ჩაცმულობაზე?	1	28	1.00	1.02	0.0079
	2	93	1.57	0.81	
	3	4	1.00	0.82	
	4	13	1.77	0.83	
	Total	138	1.46	0.89	

-რამდენად იმოქმედა სოციალურ ან გასართობ აქტივობებზე?	1	28	1.00	0.98	0.0088
	2	93	1.54	0.85	
	3	4	2.25	0.50	
	4	13	1.62	0.87	
	Total	138	1.46	0.91	
-რამდენად გაგირთულათ თქვენმა კანის პრობლემამ სპორტული აქტივობები?	1	28	0.54	0.64	0.0073
	2	93	1.19	0.90	
	3	4	1.00	0.82	
	4	13	1.15	1.07	
	Total	138	1.05	0.90	
-გააცდინეთ თუ არა სამსახური ან სასწავლებელი თქვენი კანის პრობლემის გამო?	1	28	0.32	0.94	0.0015
	2	93	1.42	1.51	
	3	4	0.75	1.50	
	4	13	1.85	1.52	
	Total	138	1.22	1.48	
უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, - შეგიქმნათ თუ არა კანმა პრობლემა სამსახურში ან სწავლაში?	1	28	0.54	0.64	0.0784
	2	93	0.39	0.51	
	3	4	0.50	0.58	
	4	13	0.08	0.28	
	Total	138	0.39	0.53	
პრობლემები პარტნიორთან ან რომელიმე ახლო მეგობართან ან ნათესავებთან ურთიერთობაში?	1	28	0.82	0.86	0.0035
	2	93	1.38	0.99	
	3	4	2.25	0.50	
	4	13	1.77	1.09	

	Total	138	1.33	1.00		
სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული პრობლემები	1	28	0.86	0.93	0.1909	
	2	93	1.18	0.83		
	3	4	0.50	0.58		
	4	13	1.08	1.12		
	Total	138	1.09	0.88		
-რამდენად შეგაწუხათ თქვენი კანის მკურნალობამ	1	28	0.93	0.86	0.0017	
	2	93	1.75	1.02		
	3	4	1.25	0.50		
	4	13	1.77	1.09		
	Total	138	1.57	1.03		
პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება	1	28	2.11	0.50	1.3 5	0.262 3
	2	93	2.23	0.68		
	3	4	2.75	0.50		
	4	13	2.31	0.48		
	Total	138	2.22	0.63		

ცხოვრების ხარისხის მახასიათებლები სუბტიპების მიხედვით



დიაგრამა 4.2.3.

კანის ქავილის, მგრძნობიარობის, ტკივილისა ან წვის შეგრძნების შეფასება სარწმუნოდ ნაკლები იყო 1 ქვეტიპი ს დროს, დარცხვნილობას ან დამაბულობის გრძნობას სარწმუნოდ მაღალ ქულას ანიჭებენ 3 ქვეტიპი ს დროს, ხოლო მცირეს - 2-ს

დროს. საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას ხელისშეშლა სარწმუნოდ მცირეა 1 -ის დროს და მაღალია 3 შემთხვევაში.

1 ქვეტიპი ს მქონე პაციენტები ასევე სარწმუნოდ ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებს მკურნალობისაგან გამოწვეულ შეწუხებას, პრობლემებს პარტნიორთან ან მეგობრებთან კანის პრობლემის გამო, ზემოქმედებას სპორტულ, გასართობ და სოციალურ აქტივობებზე, ჩაცმაზე.

პაციენტები ყველაზე მნიშვნელოვნად თვლიან და ყველაზე მაღალ ქულას ანიჭებენ:

როზაცეის 3 ქვეტიპი ს დროს - დაავადების ზემოქმედებას სოციალურ და გასართობ აქტივობაზე, პრობლემებს პარტნიორთან და მეგობრებთან ურთიერთობაში ან დარცხვნილად და დამაბულად გრძნობენ თავს.

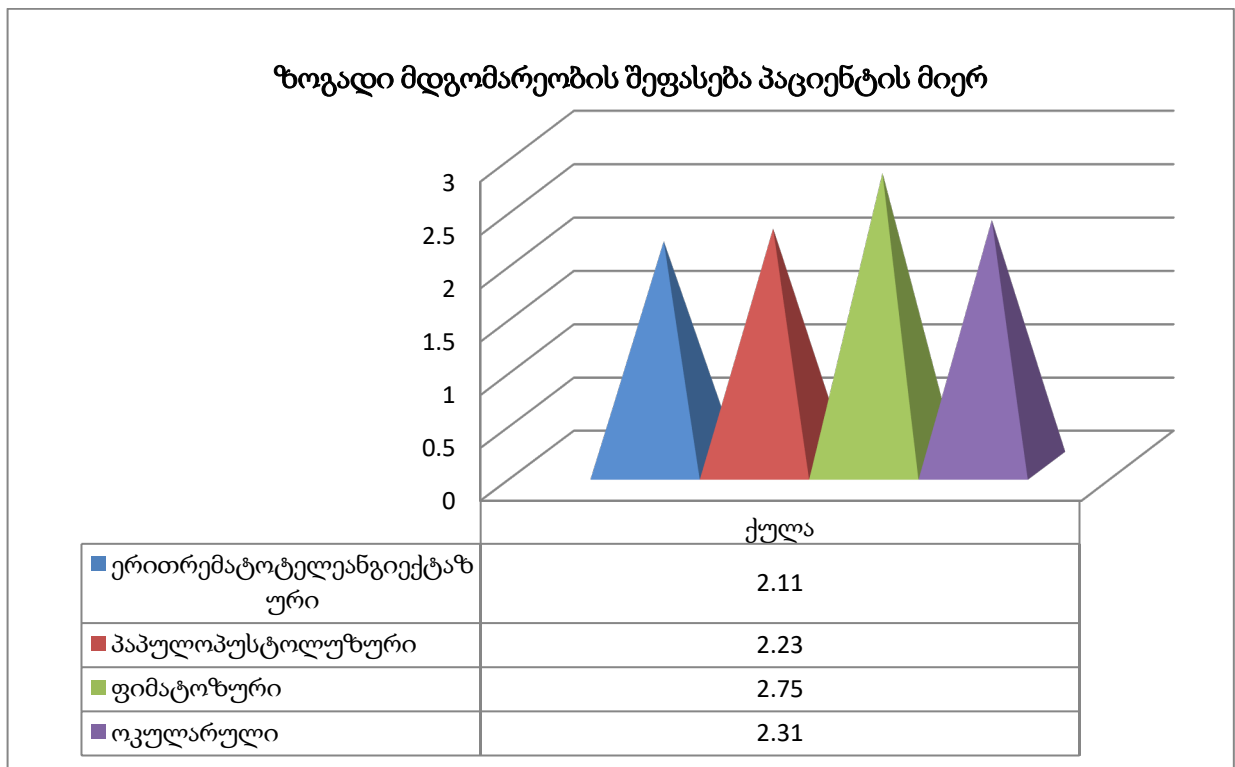
სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული პრობლემების მიხედვით სუბტიპებს შორის განსხვავება არ გამოვლინდა.

ქვეტიპების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლინდა პაციენტის მიერ ზოგადი მდგომარეობის შეფასების თვალსაზრისით, თუმცა არასარწმუნოდ მაღალია ზოგადი მდგომარეობის შეფასება რინოფიმა ფორმის დროს.

ამრიგად, ცხოვრების ხარისხის შეფასება ქვეტიპების მიხედვით განსხვავებულია.

ცხოვრების ხარისხის შეფასება ქვეტიპების მიხედვით

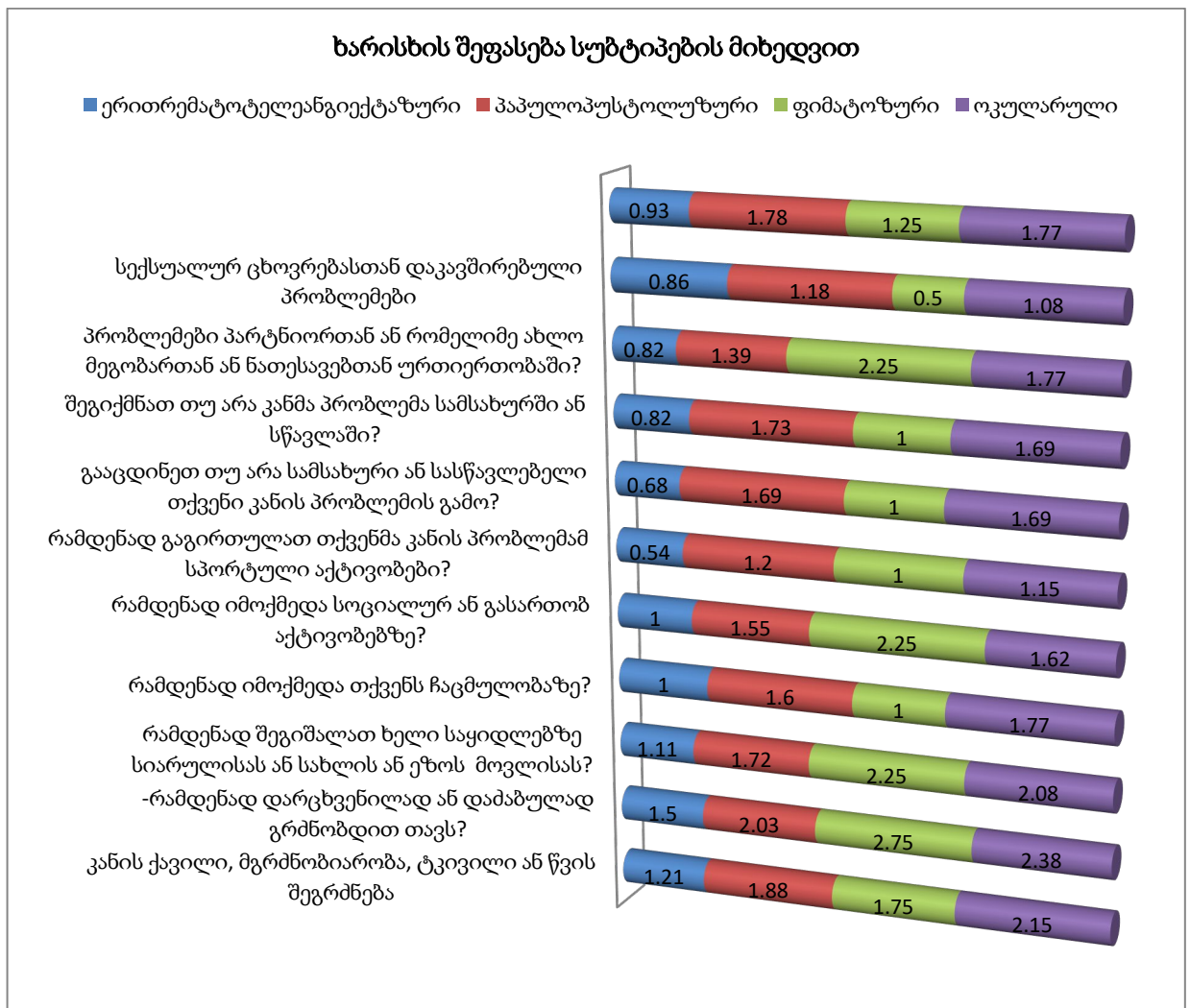
ერითემულ-ტელანგიექტაზიური ფორმით - 28, პაპულურ-პუსტულოზური 93, რინოფიმა 4 და ოკულარული - 13



დიაგრამა 4.2.4

ქვეტიპების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლინდა პაციენტის მიერ ზოგადი მდგომარეობის შეფასების თვალსაზრისით, არასარწმუნოდ მაღალია ზოგადი მდგომარეობის შეფასება რინოფიმა ფორმის დროს.

პაციენტის ზოგადი შეფასების თვალსაზრისით ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლინდა



დიაგრამა 4.2.5.

4.2.3. ცხრილში წარმოდგენილია დაავადები მახასიათებლები სქესის მიხედვით.

ცხრილი 4.2. ცხოვრების ხარისხის შეფასება სქესის მიხედვით როზაცეის დროს

Group Statistics	ქალი		კაცი		t	P
	113		25			
სქესი	Mean	StD	Mean	StD		
გარდამავალი ერითემა	0.38	0.79	0.56	1.04	-0.96	0.3375
ერიტემა	1.26	0.88	1.16	0.90	0.49	0.6285
პაპულურ-პუსტულოზური გამონაყარი	1.35	0.98	1.04	1.06	1.36	0.1835
ტელენგიექტაზია	1.79	0.76	1.84	1.03	-0.29	0.7715

წვა	1.58	0.84	1.32	0.80	1.43	0.1623
ბალთები	0.65	0.67	0.64	0.64	0.10	0.9172
სიმშრალე	1.46	0.88	1.04	0.93	2.14	0.0339
შეშუპება	0.83	0.80	0.88	0.88	-0.25	0.8032
ოკულარული გამოვლინებები	0.12	0.40	0.16	0.47	-0.44	0.6610
გრანულომატოზური	0.00	0.00	0.24	0.60	-4.33	0.0000
ერთიგვარ- ტელეანგიექტაზიური	0.42	0.87	0.52	1.08	-0.47	0.6385
პაპულურ-პუსტულოზური	1.57	1.16	0.92	1.04	2.75	0.0089
რინოფიმა	0.00	0.00	0.28	0.68	-4.45	0.0000
ოკულარული	0.13	0.45	0.20	0.58	-0.64	0.5250
პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა	2.24	0.62	2.16	0.69	0.53	0.6006
-რა ინტენსივობით გქონდათ კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნება?	1.87	1.00	1.32	0.95	2.59	0.0135
-რამდენად დარცხვენოდა ან დაძაბულად გრძნობდით თავს?	2.05	0.88	1.64	0.99	2.06	0.0408
-რამდენად შეგიშალათ ხელი საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას?	1.72	0.87	1.32	0.80	2.20	0.0338
რამდენად იმოქმედა თქვენს ჩაცმულობაზე?	1.59	0.86	0.96	0.89	3.24	0.0026
-რამდენად იმოქმედა სოციალურ ან გასართობ აქტივობებზე?	1.50	0.87	1.32	1.07	0.77	0.4488
-რამდენად გაგირთულათ თქვენმა კანის პრობლემამ სპორტული აქტივობები?	1.09	0.90	0.92	0.91	0.84	0.4067

-გააცდინეთ თუ არა სამსახური ან სასწავლებელი თქვენი კანის პრობლემის გამო?	1.54	1.17	1.12	1.13	1.67	0.1032
უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, -შეგიქმნათ თუ არა კანმა პრობლემა სამსახურში ან სწავლაში?	0.07	0.37	0.00	0.00	2.03	0.0450
პრობლემები პარტნიორთან ან რომელიმე ახლო მეგობართან ან ნათესავებთან ურთიერთობაში?	1.38	1.00	1.12	1.05	1.13	0.2669
	1.16	0.86	0.76	0.93	2.07	0.0404
-რამდენად შეგაწუხათ თქვენი კანის მკურნალობამ	1.70	1.04	1.12	0.88	2.58	0.0110
ცხოვრების ხარისხი	15.66	6.61	11.60	6.95	2.76	0.0067

როზაცეის გამოვლინება მამაკაცებსა და ქალებში განსხვავდება, პაპულურ-პუსტულოზური გამოვლინებები სარწმუნოდ მეტი იყო ქალებში, ხოლო გრანულომატოზური და რინოფიმა გამოვლინებები დაფიქსირდა მხოლოდ კაცებში ქალები სარწმუნოდ მაღალ შეფასებას ანიჭებდნენ შემდეგ ფაქტორებს: კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნების ინტენსივობას, პრობლემებს სამსახურში ან სწავლაში, სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, მოქმედებას ჩაცმულობაზე. სარწმუნოდ უფრო ხშირად დარცხვენილად ან დაძაბულად გრძნობდნენ თავს, უფრო მეტად ეშლებოდათ ხელი საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას, უფრო მეტად არიან შეწუხებული მკურნალობით.

ცხოვრების ხარისხის შეფასება სარწმუნოდ მაღალია ქალებში, ამდენად, მათთვის სარწმუნოდ მეტია როზაცეის უარყოფითი ზემოქმედება

4.3. დამლევის სტრატეგია როზაციის დროს

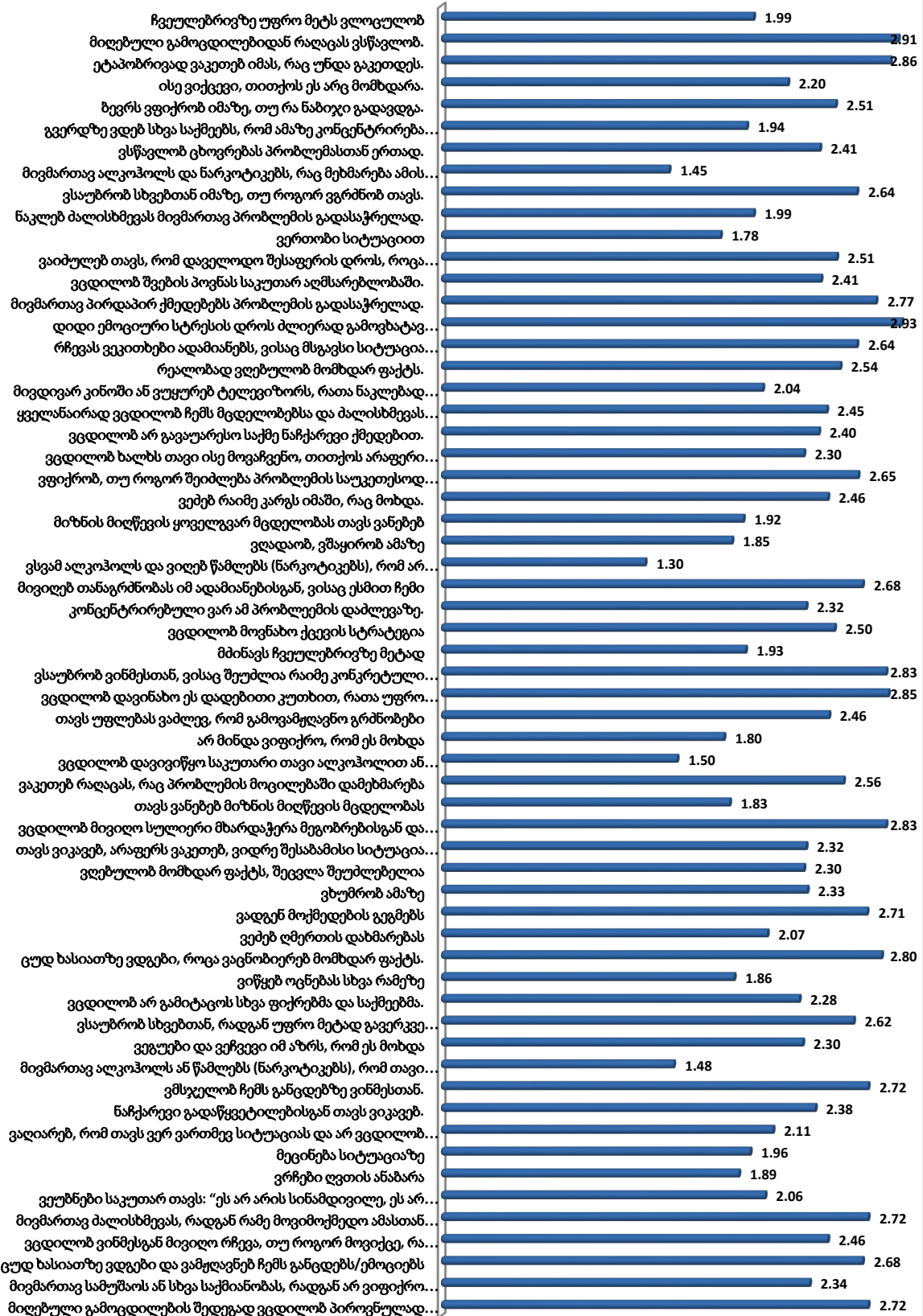
როზაცეა განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს პაციენტის ფსიქოემოციურ სტატუსზე, აქედან გამომდინარე, დამლევის სტრატეგია დამოკიდებულია მის ასაკსა და ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე. დამლევის სტრატეგიის შესასწავლად განვიხილეთ 60 კითხვიანი კითხვარი, რომლის თითოეული კითხვა ფასდებოდა 0-3 ქულით. შეფასება მოვახდინეთ ქულების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით

(დიაგრამა 4.3.1.)

ყველაზე დაბალი ქულები შეესაბამება ალკოჰოლისა და წამლების მიღებას - სახელდობრ შემდეგ ფაქტორებს: ვსვამ ალკოჰოლს და ვიღებ წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ არ ვიფიქრო ამაზე, მივმართავ ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს, რაც მეხმარება ამის უფრო იოლად დამლევაში და ვცდილობ დავივიწყო საკუთარი თავი ალკოჰოლით ან წამლების (ნარკოტიკების) მიღებით.

ყველაზე მაღალი ქულა შეესაბამება ფაქტორს: დიდი ემოციური სტრესის დროს ძლიერად გამოვხატავ გრძნობებს, განცდებს.

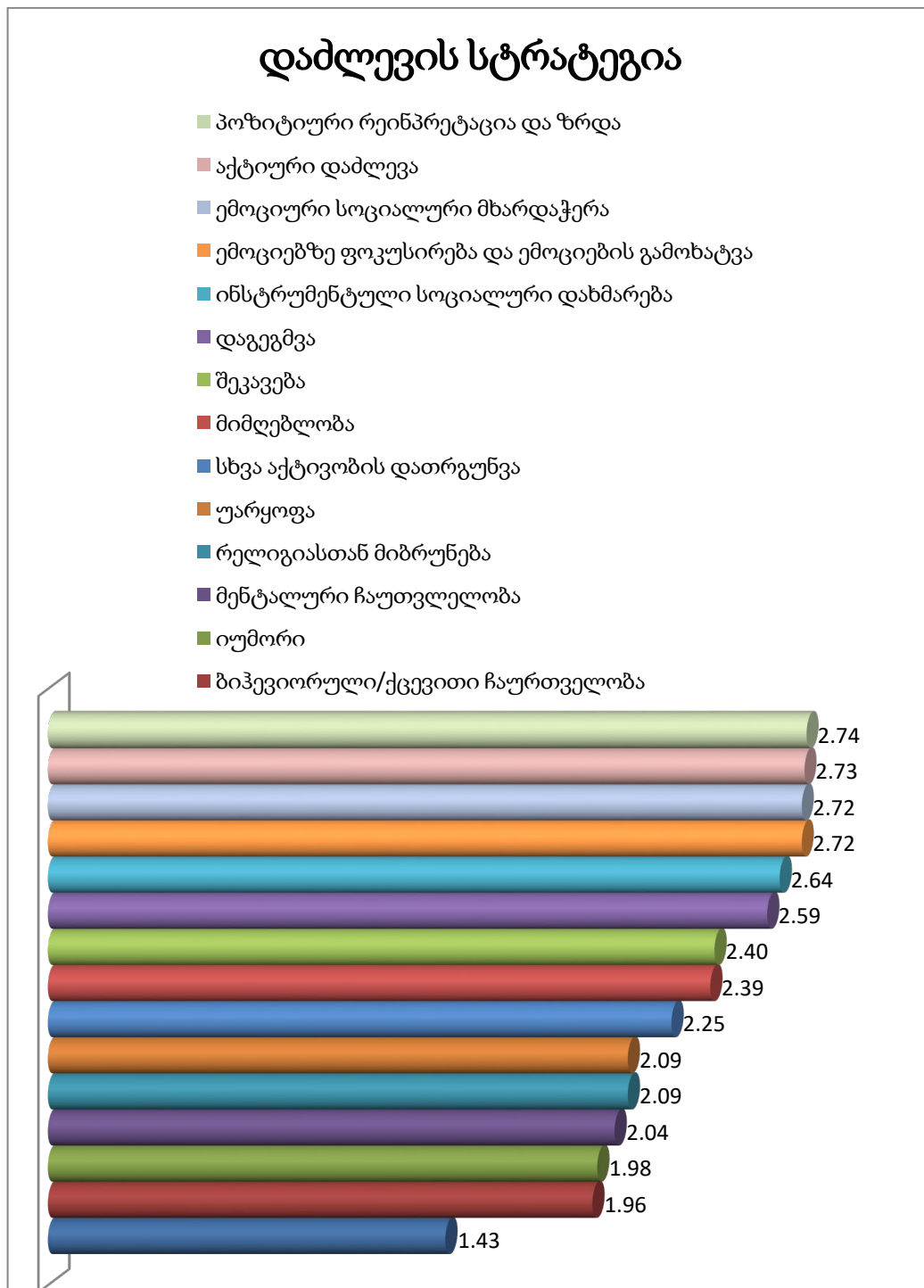
დამლევის სტრატეგია



დიაგრამა 4.3.2

კვლევის შემდეგ ეტაპზე დაძლევის სტრატეგია დავიყვანეთ ინტეგრალურ მახასიათებლებზე და შევაფასეთ თითოეული მათგანი

დიაგრამა 4.3.3

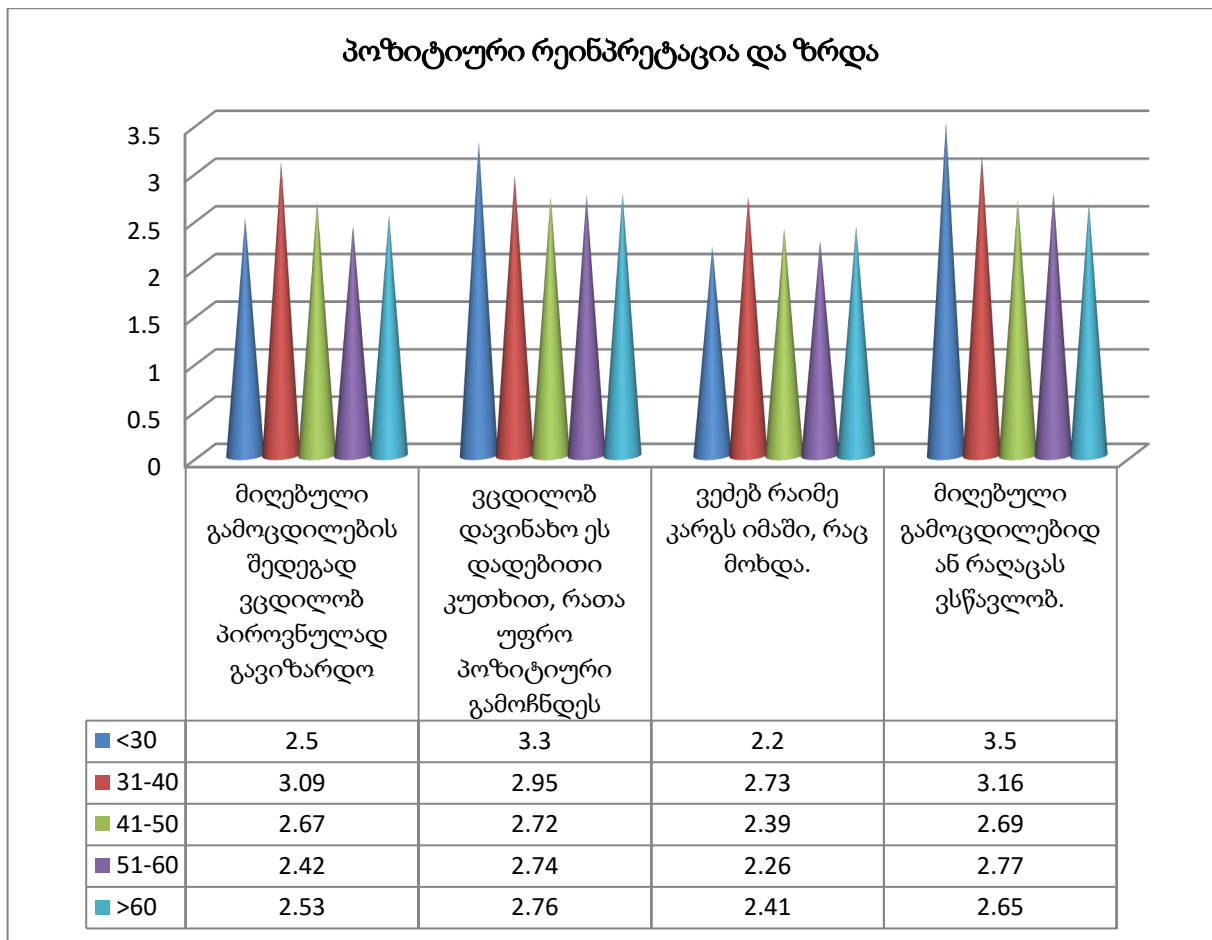


დიაგრამა 4.3.3

დამღევს სტრატეგიაში ყველაზე დაბალი შეფასება აქვს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენებას.

მაღალი ქულა აქვთ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა, ემოციური სოციალური მხარდაჭერა, აქტიური დამღევა, პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდა.

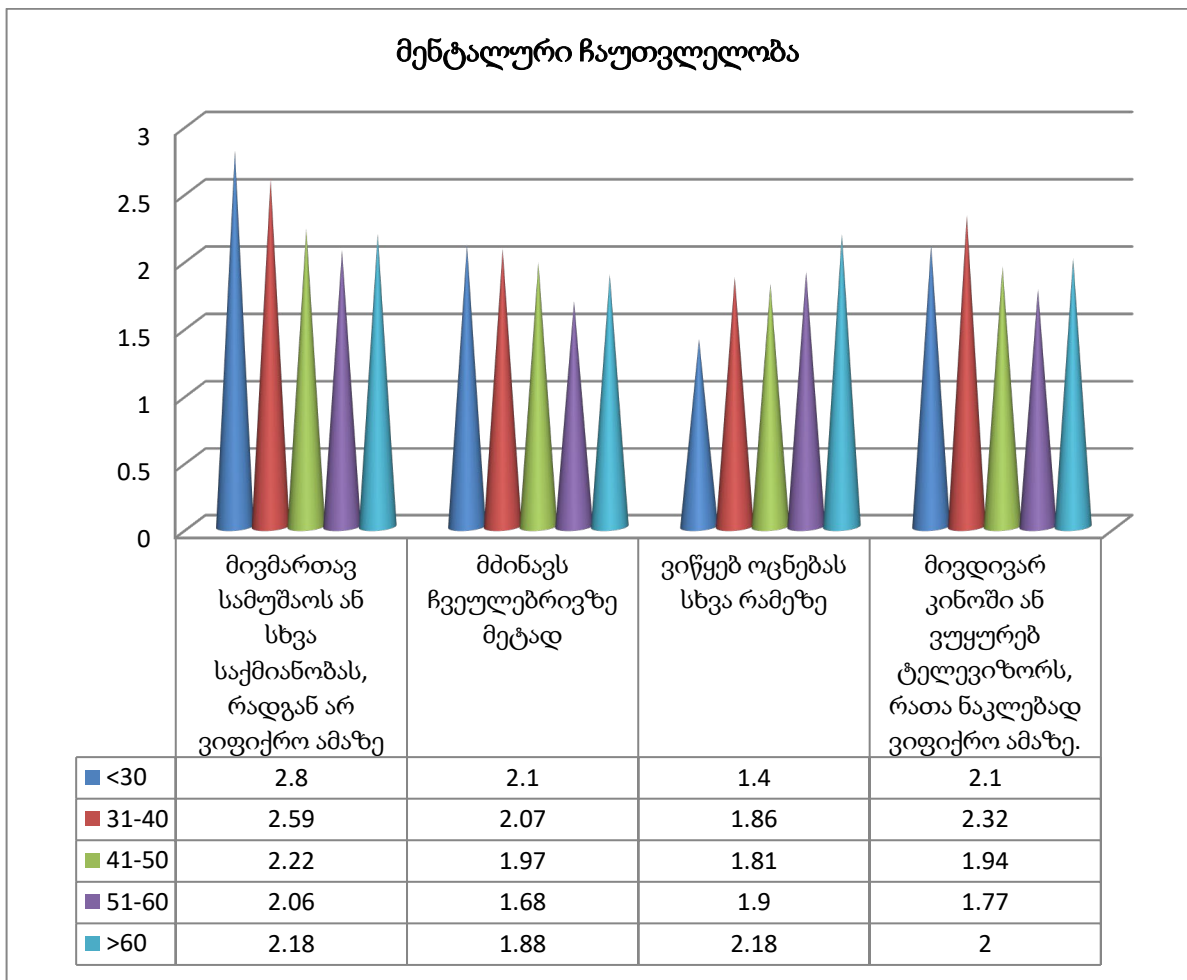
დამღევს სტრატეგიის ასაკობრივი განაწილება მოცემულია 4.3.4-4.3.8



დიაგრამა 4.3.4

30 წლამდე ასაკში მაღალია პრობლემის დადებითი კუთხის დანახვისა და გამოცდილებიდან რაღაცის სწავლის სურვილი, ხოლო 41-50 წლის ასაკში - გამოცდილებუდან სწავლის გარდა მაღალია პიროვნული ზრდის მცდელობა.

დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებში პოზიტიური რეინპრეტაციისა და ზრდის თვალსაზრისით განსხვავება არ დაფიქსირდა,



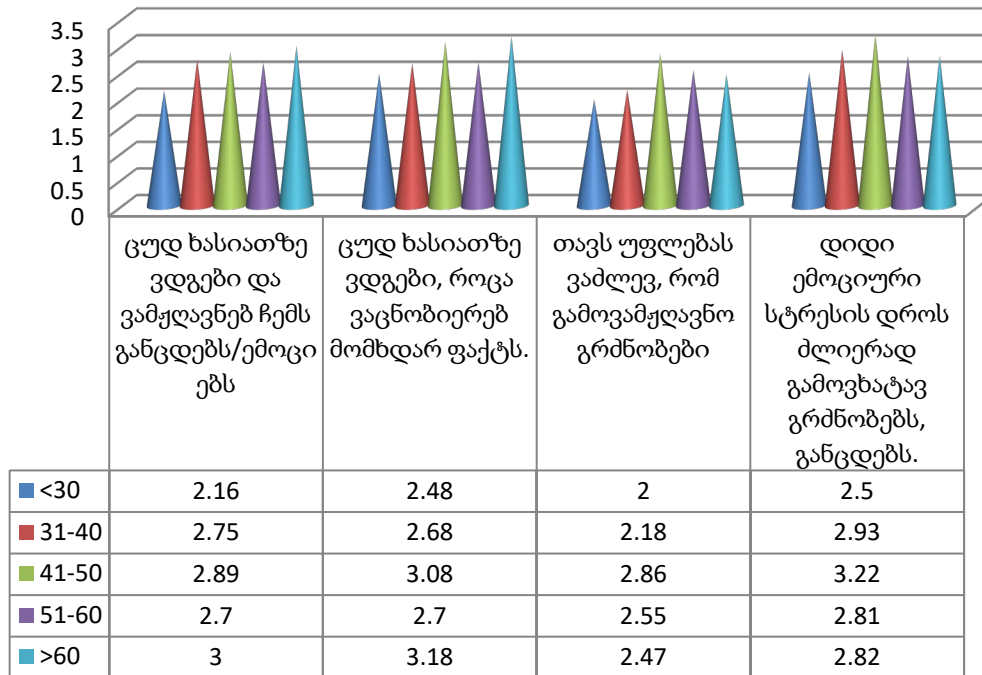
დიაგრამა 4.3.5

სამუშაოს ან სხვა საქმიანობის საშუალებით, ასევე ჭარბი ძილით პრობლემის გადაფარვის უნარი ასაკთან ერთად მცირდება, თუმცა 60 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ ჩვეულებრივზე მეტ ხანს სძინავთ.

კინოში წასვლით ან ტელევიზორის ყურებით ჩაუთვლელიობას უფრო მაღალ ქულას ანიჭებენ 31-40 წლის ასაკის პირები.

სხვა რამეზე ოცნების შეფასება იზრდება ასაკთან ერთად

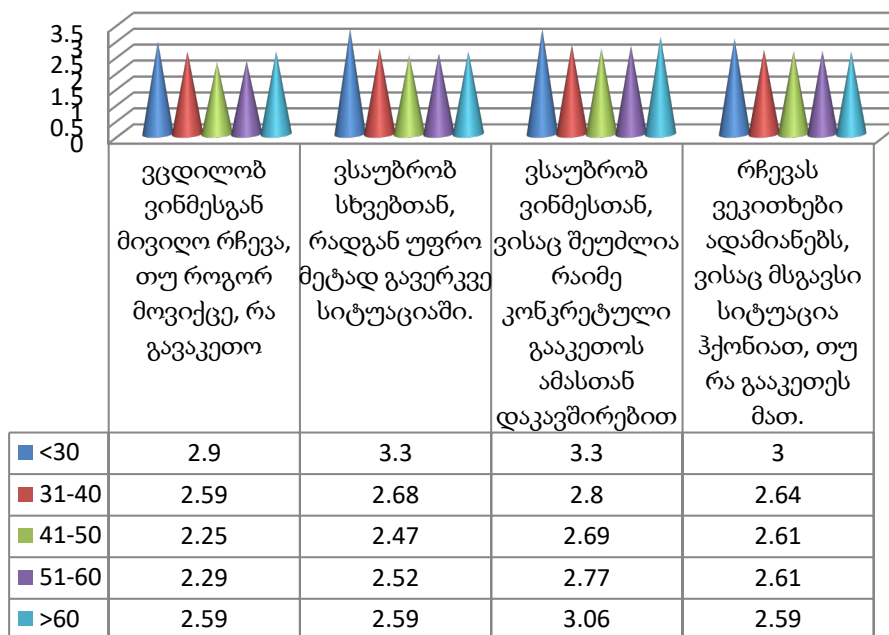
ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა



დიაგრამა 4.3.6

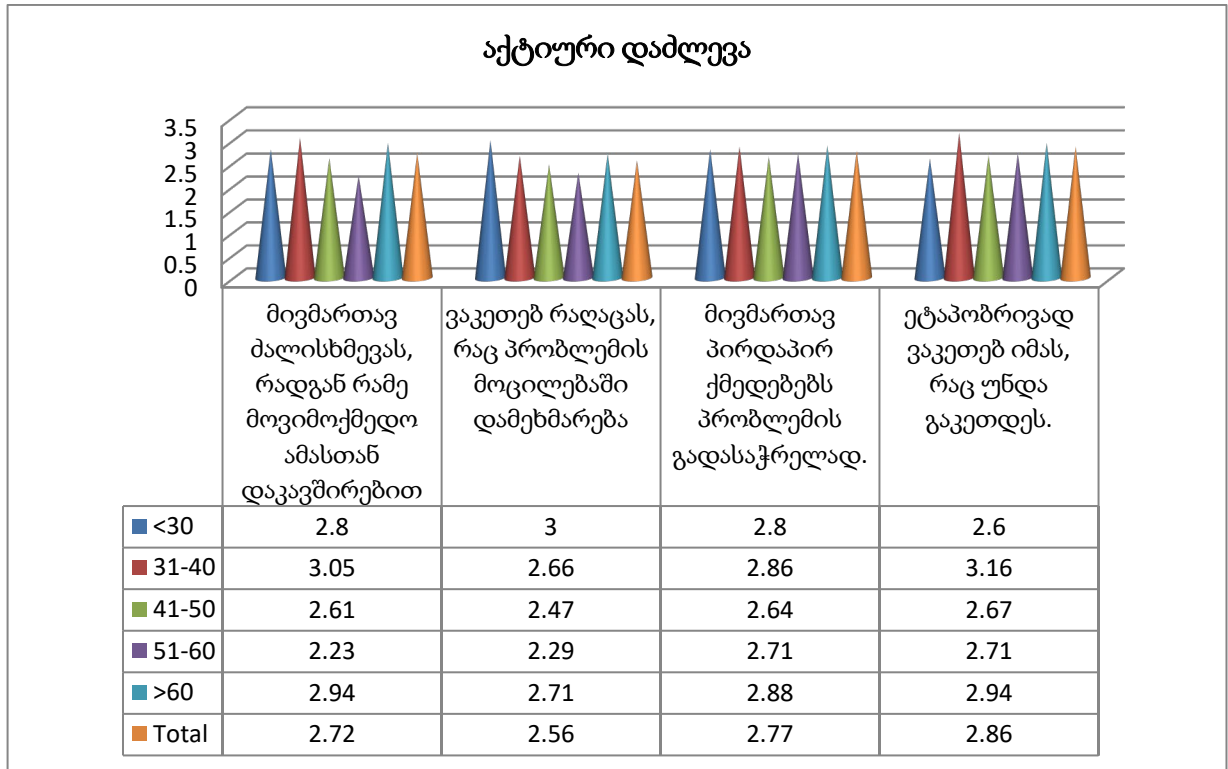
ემოციებზე ფოკუსირებას და ემოციების გამოხატვას მაღალ ქულას ანიჭებენ 60 წელზე უფროსი პაციენტები

ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება



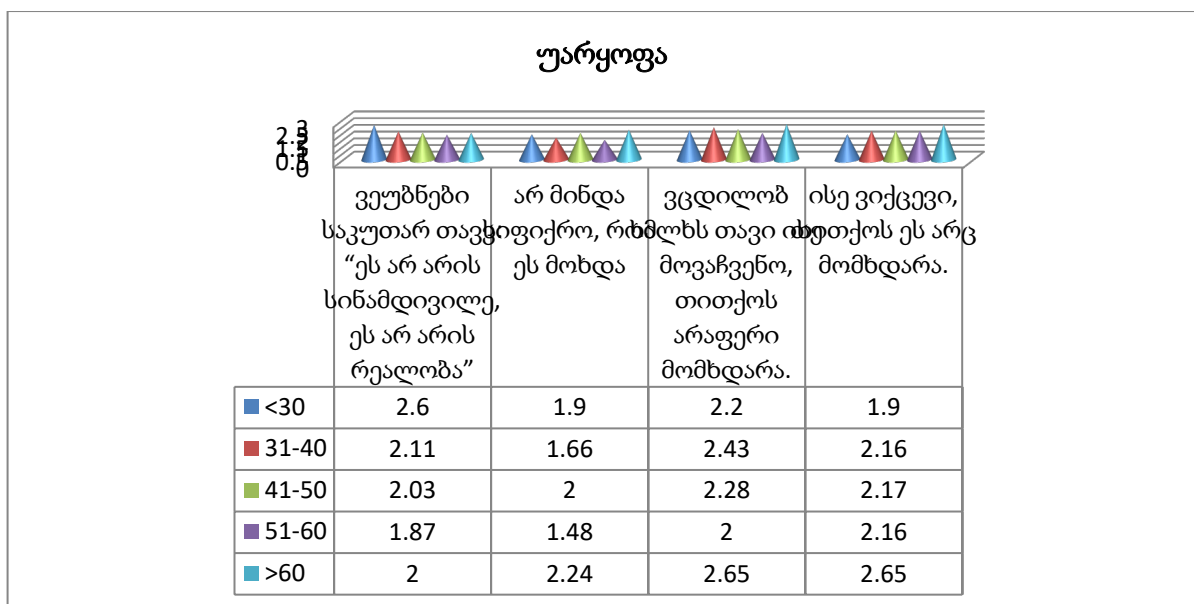
დიაგრამა 4.3.7

ინსტრუმენტულ და სოციალურ დახმარებას ყველაზე მაღალ ქულას ანიჭებენ 30 წლამდე პაციენტი

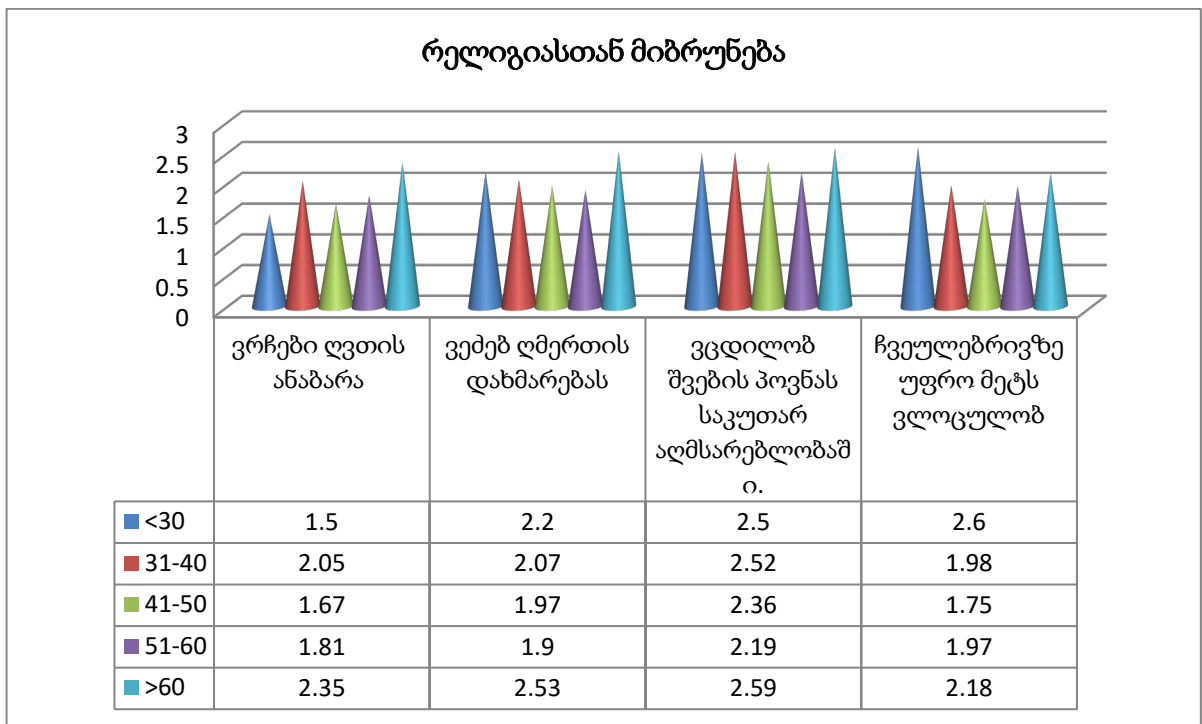


დიაგრამა 4.3.8

აქტიურ დაძლევას ყველაზე ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ 41-60 წლის ასაკის პაციენტი

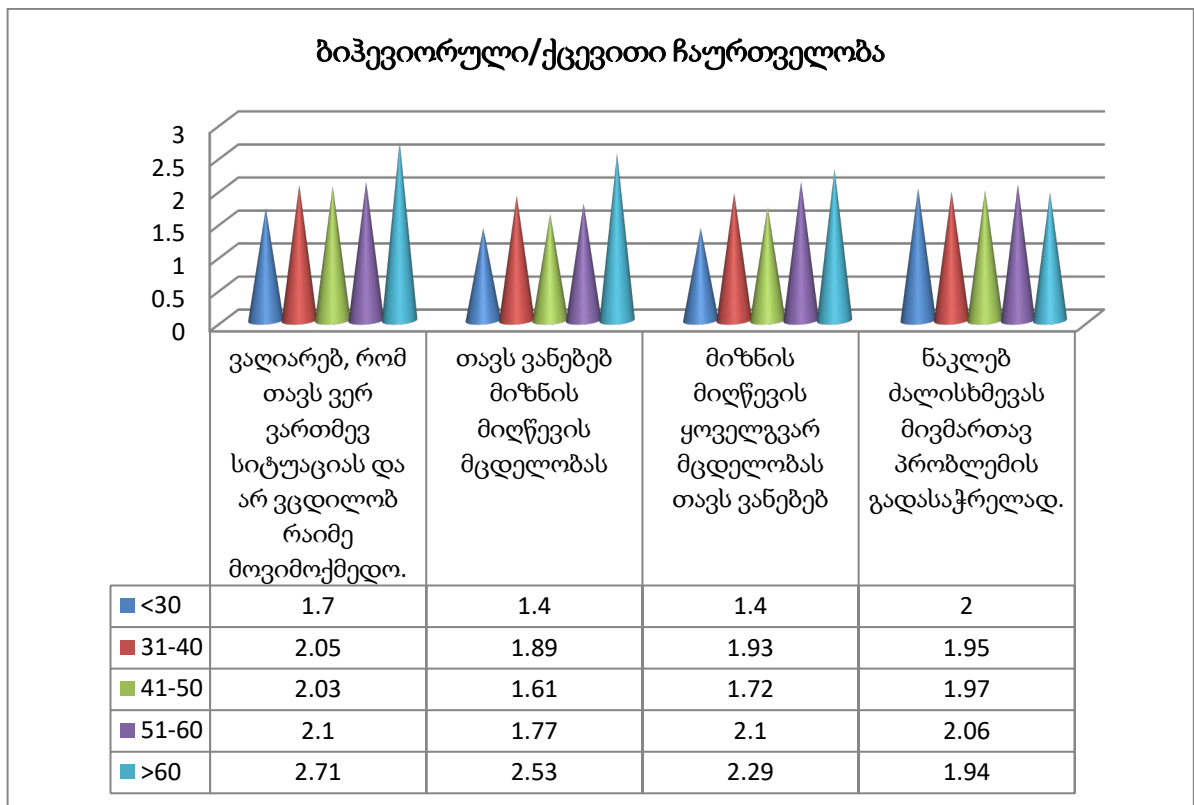


დიაგრამა 4.3.9



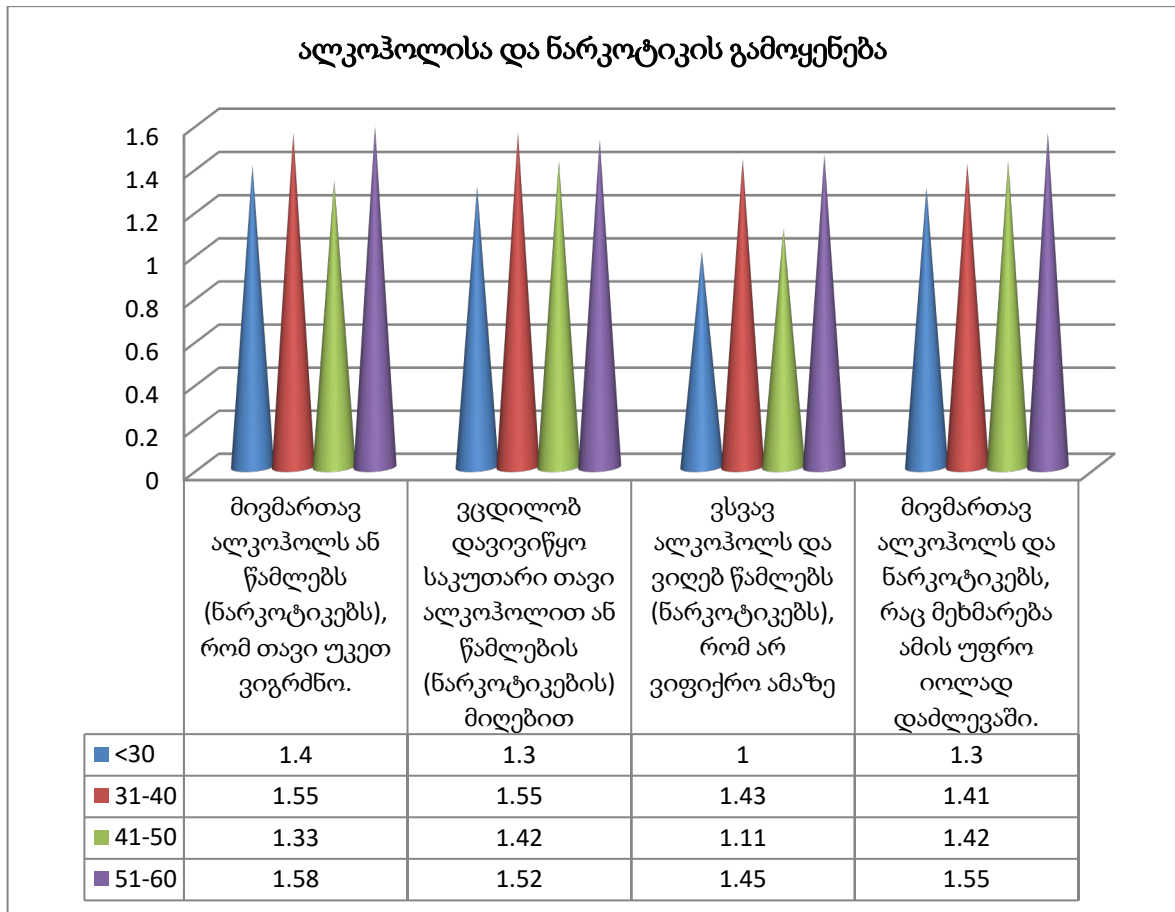
დიაგრამა 4.3.10

ღვთის ანაზარა დარჩენას ყველაზე მაღალ ქულას ანიჭებენ 60 წელზე უფროსი პირები, თუმცა ჩვეულებრივზე მეტს ღოცულობენ 30 წლამდე პაციენტები



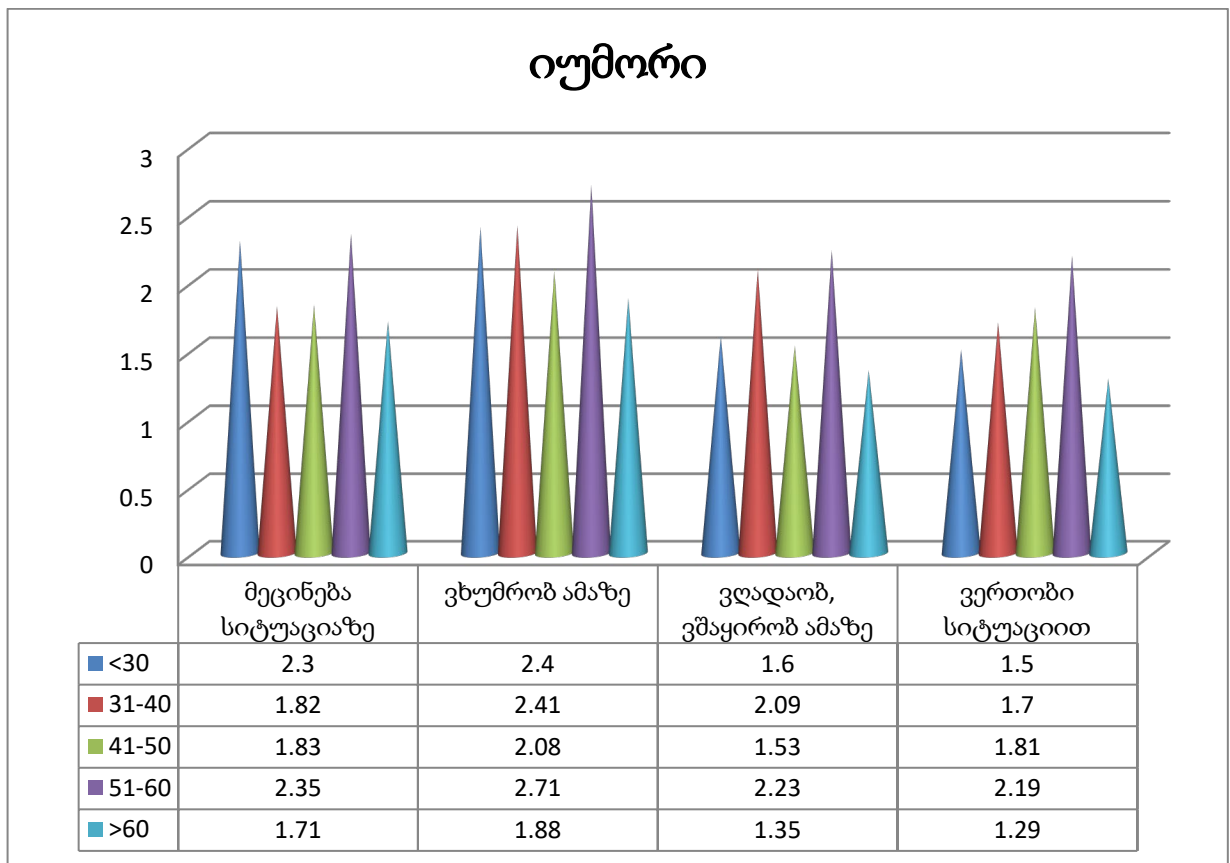
დიაგრამა 4.3.11

ასაკთან ერთად იზრდება იმ პაციენტთა ქულები, რომლებიც აღიარებენ, რომ თავს ვერ ართმევენ პრობლემას და არ ცდილობენ რაიმე მოიმოქმედონ და თავს ანებებენ მიზნის მიღწევისა და პრობლემის გადაჭრის მცდელობებს.



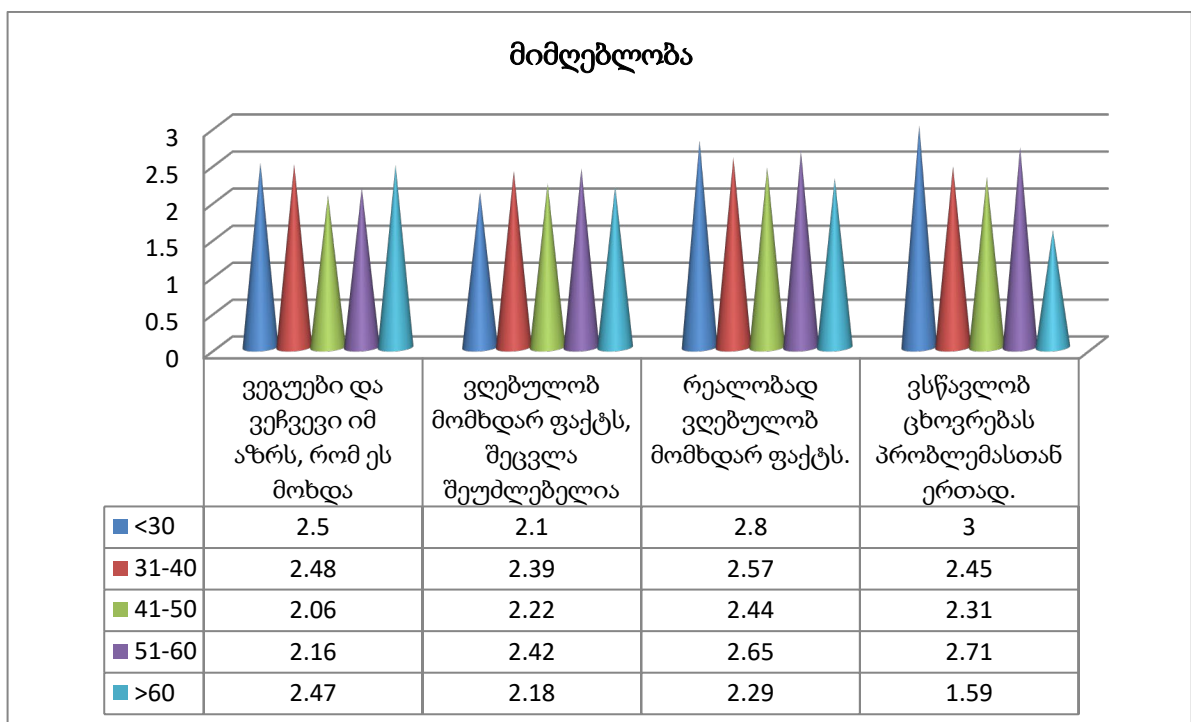
დიაგრამა 4.3.12

იმ პირთა შორის, რომლებიც პრობლემის დასაძლევად უპირატესობას ანიჭებენ ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს გამოიკვეთა 60 წელზე უფროსი პირები.

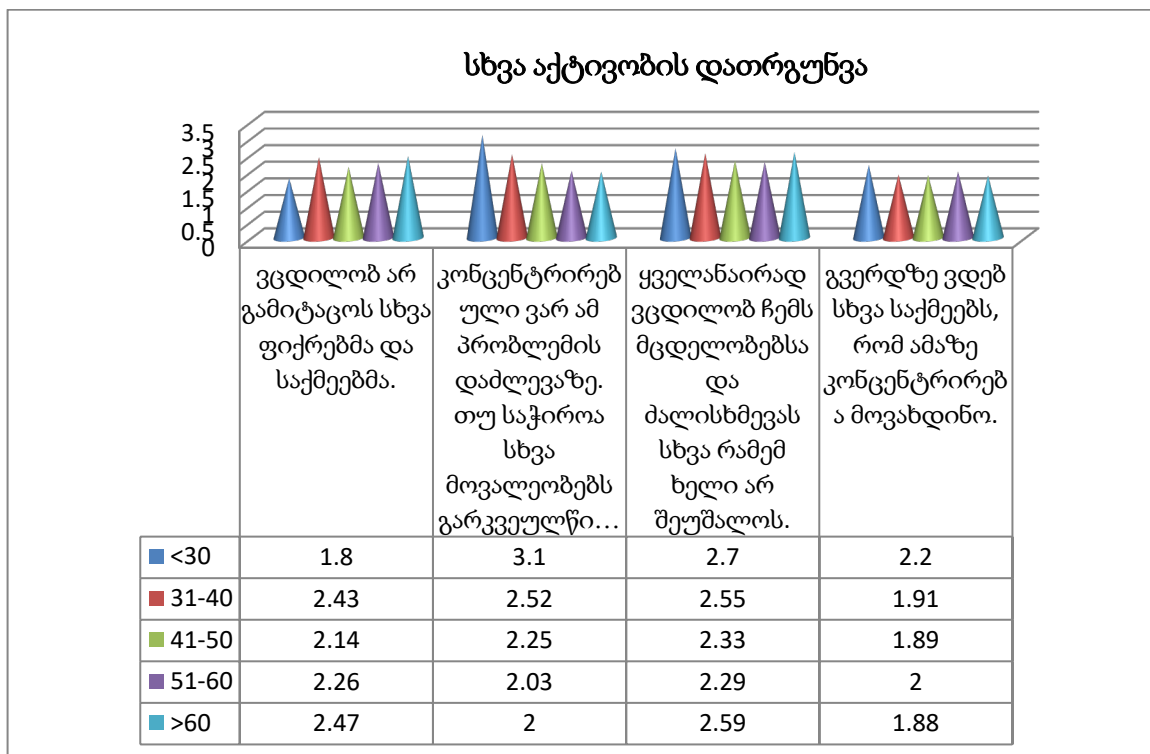


დიაგრამა 4.3.13

იუმორით პრობლემის დაძლევის უპირატესობას ანიჭებენ 51-60 წლის ასაკის პაციენტები

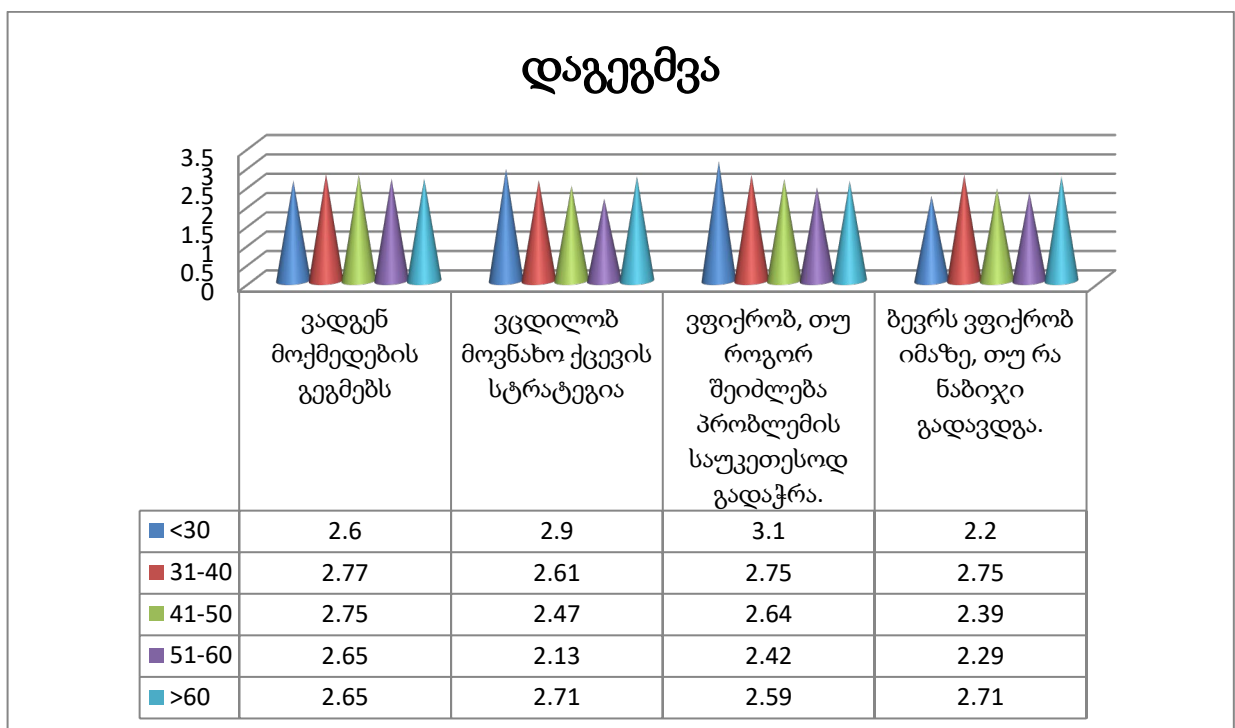


დიაგრამა 4.3.14



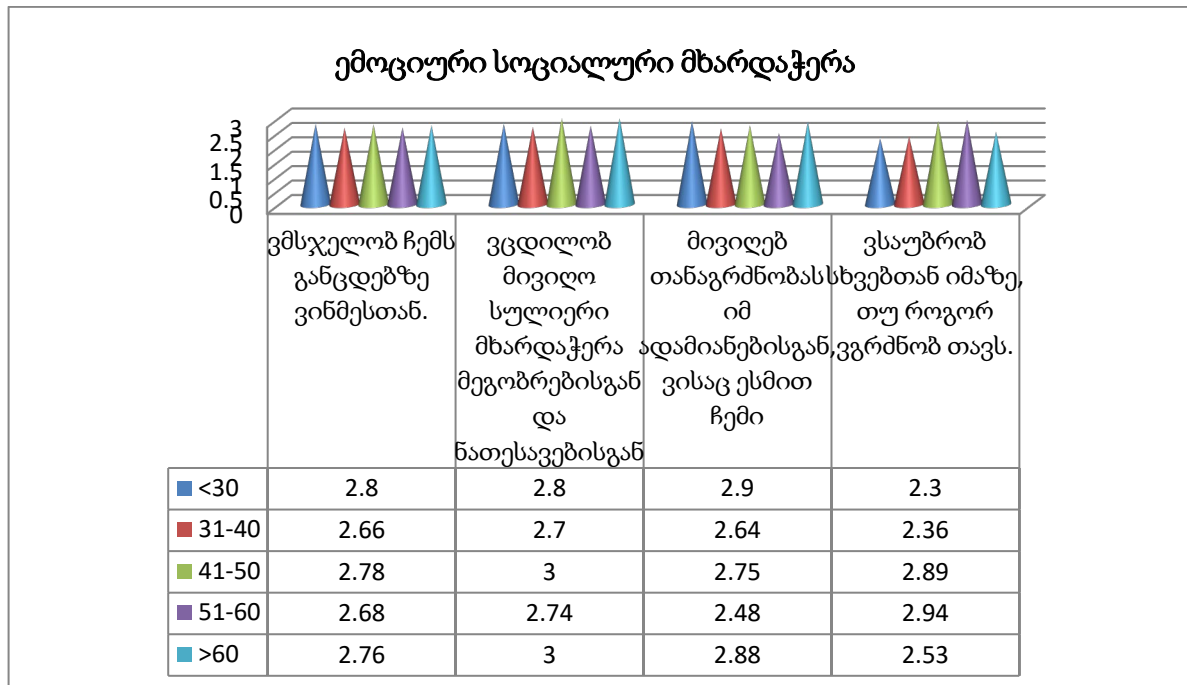
დიაგრამა 4.3.14

პრობლემაზე კონცენტრირებას მაღალ ქულას ანიჭებენ 30 წლამდე ასაკის ახალგაზრდები



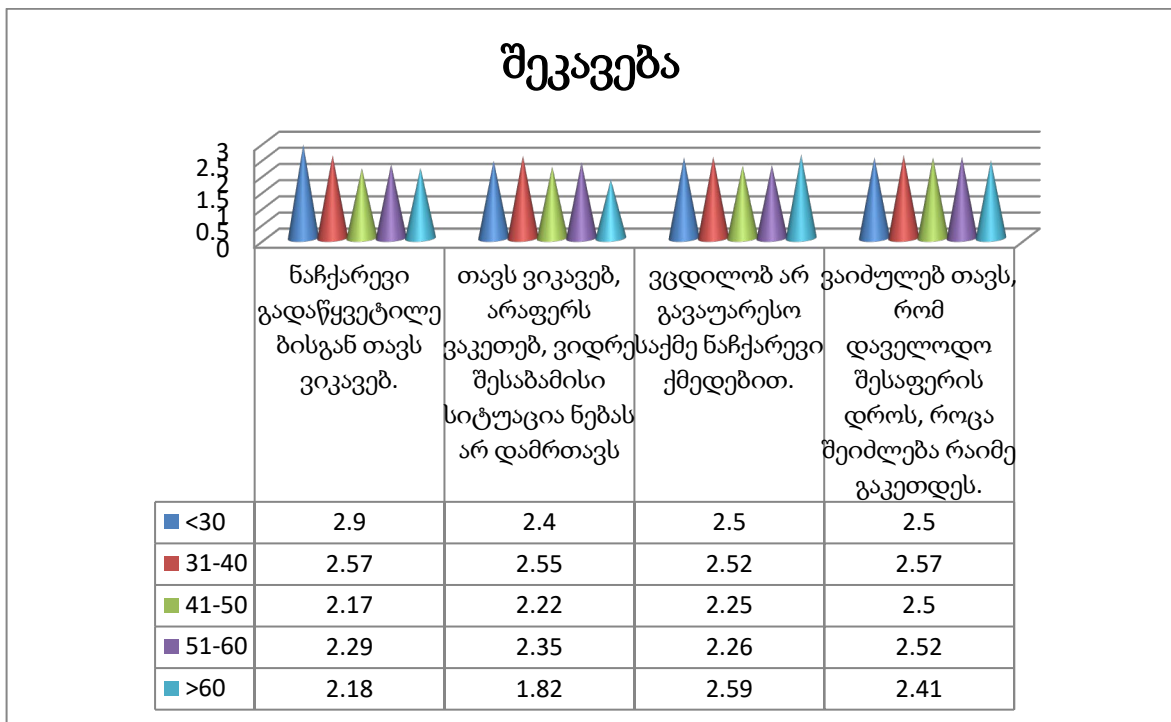
დიაგრამა 4.3.15

მოქმედების გეგმების შედგენას თანაბარ ქულას ანიჭებენ ყველა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტები



დიაგრამა 4.3.16

ემოციური სოციალური მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის, თუმცა 40 წლამე პაციენტები ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ სხვებთან საუბარს იმაზე, თუ როგორ გრძნობენ თავს.



დიაგრამა 4.3.17

ნაჩქარევი გადაწყვეტილებებისაგან თავის შეკავება მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ 30 წლამდე პირებს.

რამდენადაც ცხოვრების ხარისხი სქესის მიხედვით განსხვავებულია, შესაძლებელია, რო ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის დაძლევის სხვადასხვანაირად ხედავდნენ ქალები და მამაკაცები

ცხრილი 4.3.1. დაძლევის სტრატეგიის შეფასება სქესის მიხედვით

დაძლევა საშუალო	2.30	0.62	2.38	0.58	-0.56	0.5794
პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდა	2.69	1.17	2.94	0.91	-1.01	0.3132
მენტალური ჩაუთვლელი	2.03	0.83	2.13	0.72	-0.63	0.5303
ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა	2.74	0.98	2.63	0.85	0.58	0.5669

ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება	2.60	1.02	2.83	0.90	-1.05	0.2935
აქტიური დაძლევა	2.70	1.06	2.84	0.93	-0.61	0.5454
უარყოფა	2.09	0.92	2.09	0.74	0.00	0.9971
რელიგიასთან მიბრუნება	2.04	0.94	2.33	0.98	-1.36	0.1837
იუმორი	2.00	0.87	1.88	0.90	0.60	0.5496
ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა	1.92	0.80	2.14	0.98	-1.03	0.3088
შეკავება	2.38	0.98	2.51	0.82	-0.70	0.4886
ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	2.73	0.97	2.65	0.95	0.40	0.6900
ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება	1.44	0.67	1.37	0.56	0.58	0.5636
მიმდებლობა	2.39	0.97	2.35	0.84	0.21	0.8350
სხვა აქტივობის დათრგუნვა	2.23	0.80	2.34	0.75	-0.65	0.5152
დაგეგმვა	2.32	0.83	2.43	0.88	-0.60	0.5487
ერთიგულ- ტელეანგიექტაზიური	0.20	0.40	0.20	0.41	0.04	0.9689
პაპულურ- პუსტულოზური	0.71	0.46	0.52	0.51	1.82	0.0705
რინოფიმა	0.00	0.00	0.16	0.37	-4.61	0.0000
ოკულარული	0.09	0.29	0.12	0.33	-0.44	0.6627
დაძლევა ჯამი	2.30	0.62	2.38	0.58	-0.54	0.5934

რაც შეეხება დაძლევის სტრატეგიას , ამ თვალსაზრისით, მამაკაცებს და ქალებს შორის სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლინდა.

დაძლევის სტრატეგიის შეფასება ქვეტიპების მიხედვით მოცემულია ცხრილში(დანართი1)

ცხრილი 4.3.2. დამღევის სტრატეგიის სტატისტიკური შეფასება ქვეტიპების მიხედვით

ცხოვრების ხარისხზე დაავადების ზემოქმედებას ყველაზე ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ ერთეულ-ტელეანგიექტაზიური ფორმის მქონე პაციენტები, ხოლო ყველაზე მაღალს - ოკულარული ფორმის მქონე პირები.

მიღებული გამოცდილების შედეგად პიროვნულ ზრდას სარწმუნოდ მაღალ ქულას ანიჭებენ პაპულურ-პუსტოლუზური ფორმის დროს, ხოლო დაბალს - ოკულარული ფორმის შემთხვევაში; შესაბამისად, ოკულარული ფორმის დროს დამღევის სტრატეგიაში უპირატესობას ანიჭებენ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღებას.

ერთემის ქვეტიპების მიხედვით ყველაზე აქტიური დამღევის სტრატეგია დაფიქსირდა რინოფიმა ფორმის დროს - საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით მაღალია შემდეგი პასუხების ქულები: მივდივარ კინოში ან ვუყურებ ტელევიზორს, რათა ნაკლებად ვიფიქრო ამაზე, რეალობად ვღებულობ მომხდარ ფაქტს, რჩევას ვეკითხები ადამიანებს, ვისაც მსგავსი სიტუაცია ჰქონიათ, თუ რა გააკეთეს მათ და ნაკლებია - ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენების საშუალო მაჩვენებელ

3.4. კორელაციები როზაციის მახასიათებლებს შორის

კვლევის შემდეგ ეტაპზე ჩავატარეთ კორელაციური ანალიზი პაციენტის მახასიათებლებსა და ცხოვრების ხარისხს შორის (ცხრილი 3.4.1.)

ცხრილი 3.4.1. (1) კორელაციები როზაციის მახასიათებლებს შორის

		პოზიტი ური რეინპრე ტაცია და ზრდა	მენტა ლური ჩაუთვ ლელო ბა	ემოციებ ზე ფოკუსირ ება და ემოციები ს	ინსტრ უმენტ ული სოცია ლური დახმარ ება	აქტიუ რი დამღე ვა	უარყ ოფა	რელი გიასთ ან მიბრ უნება
--	--	---	--------------------------------------	---	---	----------------------------	-------------	--------------------------------------

				გამონათკ s				
<30	r	0.035	0.019	-0.072	0.136	0.020	0.019	0.032
	p	0.682	0.825	0.399	0.111	0.816	0.828	0.706
31-40	r	0.152	0.140	-0.061	0.025	0.137	0.000	0.046
	p	0.075	0.101	0.478	0.769	0.110	0.998	0.596
41-50	r	-0.061	-0.044	.183*	-0.079	-0.075	0.018	-0.096
	p	0.476	0.610	0.032	0.356	0.384	0.830	0.261
51-60	r	-0.089	-0.128	-0.125	-0.049	-0.127	-0.128	-0.070
	p	0.300	0.136	0.144	0.566	0.138	0.134	0.414
>60	r	-0.049	0.006	0.058	0.025	0.051	0.123	0.128
	p	0.571	0.941	0.501	0.771	0.549	0.150	0.136
Erythematote langiectatic	r	-0.045	0.112	0.105	0.042	-0.032	-0.107	-0.015
	p	0.601	0.192	0.219	0.621	0.707	0.210	0.861
Papulopustul ar	r	.183*	-0.028	-0.037	0.012	0.116	0.084	0.022
	p	0.032	0.743	0.663	0.888	0.177	0.327	0.800
phymatous	r	-0.036	0.125	-0.052	0.073	0.077	-0.030	0.086
	p	0.675	0.145	0.548	0.392	0.367	0.729	0.314
ocular	r	-.211*	-.180*	-0.055	-0.120	-.185*	0.030	-0.064
	p	0.013	0.034	0.519	0.161	0.029	0.727	0.457
2-5 = small effect on patient's life	r	0.119	0.045	-0.032	0.086	-0.037	0.063	0.059
	p	0.164	0.596	0.708	0.318	0.664	0.465	0.492
6-10 = moderate effect on patient's life	r	0.160	0.140	-0.004	0.070	0.165	-0.001	0.119
	p	0.061	0.102	0.967	0.417	0.053	0.993	0.166
11-20 = ძაღიან	r	-0.160	-0.086	-0.012	-0.108	-0.065	-0.032	-0.107
	p	0.061	0.317	0.892	0.206	0.448	0.711	0.210

დიდი ეფექტი								
21-30 = ექსტრემალ ურად დიდი ეფექტი	r	-0.051	-0.064	0.040	-0.002	-0.051	-0.008	-0.029
	p	0.553	0.456	0.644	0.979	0.549	0.927	0.732
სქესი	r	0.086	0.050	-0.045	0.090	0.052	0.000	0.119
	p	0.313	0.564	0.600	0.294	0.545	0.997	0.163
დაუქორწინ ებელი	r	0.019	-0.008	-0.109	0.032	-0.035	-0.009	0.056
	p	0.821	0.927	0.205	0.709	0.685	0.914	0.511
ქვრივი	r	-0.013	0.032	0.044	0.086	0.074	0.058	0.149
	p	0.882	0.708	0.609	0.315	0.389	0.497	0.081
განქორწინებ ული	r	0.029	-0.023	-0.065	0.041	0.136	-0.074	-0.029
	p	0.738	0.789	0.446	0.633	0.111	0.386	0.737
დასაქმება	r	-0.092	-0.115	-0.163	-0.122	0.009	-0.167	-.178*
	p	0.285	0.180	0.056	0.153	0.916	0.050	0.036
უმაღლესი განათლება	r	-0.116	-0.045	-0.102	-0.092	-0.087	-.245**	-.202*
	p	0.176	0.599	0.232	0.285	0.309	0.004	0.017
საშუალო	r	0.116	0.045	0.102	0.092	0.087	.245**	.202*
	p	0.176	0.599	0.232	0.285	0.309	0.004	0.017

პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდა სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ამჟღავნებს ოკულარულ ფორმასთან $r=-.211^*$, $p=0.013$; და დადებითს papulopustularულ სუბტიპთან - $r=.183^*$, $p=0.032$; მენტალური ჩაუთვლელობა სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ამჟღავნებს ოკულარულ ფორმასთან - $r=-.180^*$, $p=0.034$, 41-50 წლის ასაკთან $r=.183^*$, $p=0.032$; ხოლო უარყოფითს - დასაქმებასთან - $r=-0.163$, $p=0.056$; აქტიურ დამღევასთან სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ამჟღავნებს ერითემის ოკულარული ფორმა

უარყოფათან სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ამჟღავნებს დასაქმება

$r=-0.167$, $p=0.050$ და უმაღლესი განათლება - $r=-.245^{**}$, $p=0.004$, ზოლო დადებითს -
საშუალო განათლება - $r=.245^{**}$, $p=0.004$

რელიგიასთან მიბრუნებასთან სარწმუნო არყოფით კორელაციას ამჟღავნებს
დასაქმება - $r=-.178^{*}$, $p=0.036$ და უმაღლესი განათლება - $r=-.202^{*}$, $p=0.017$, ხოლო
დადებითს - საშუალო განათლება - $r=.202^{*}$, $p=0.017$

ცხრილი 3.4.1.(2) კორელაციები როზაცის მახასიათებლებს შორის

		ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა	შეკავება	ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება	მიმღებლობა	სხვა აქტივობის დათრგუნვა	დაბეგმვა
<30	r	-0.113	0.051	-0.006	-0.079	0.063	0.072	0.037
	p	0.185	0.553	0.948	0.360	0.460	0.400	0.664
31-40	r	-0.006	0.107	-0.091	0.055	0.062	0.092	0.048
	p	0.943	0.210	0.287	0.522	0.469	0.284	0.573
41-50	r	-0.092	-0.073	0.083	-0.103	-0.081	-0.071	0.001
	p	0.283	0.392	0.331	0.229	0.344	0.411	0.990
51-60	r	0.030	-0.027	-0.005	0.078	0.056	-0.069	-0.130
	p	0.728	0.755	0.950	0.365	0.515	0.421	0.128
>60	r	.183 [*]	-0.060	0.029	0.023	-0.101	-0.005	0.066
	p	0.032	0.484	0.734	0.790	0.240	0.951	0.443
Erythematotelangiectatic	r	0.039	0.019	0.110	-0.107	0.109	0.025	.173 [*]
	p	0.646	0.827	0.199	0.212	0.204	0.769	0.042
Papulopustular	r	-0.116	0.018	-0.046	0.034	-0.043	0.065	-0.111
	p	0.177	0.835	0.589	0.695	0.615	0.446	0.193

Phymatous	r	-0.057	0.086	0.039	-0.099	0.021	0.042	0.098
	p	0.506	0.316	0.648	0.249	0.808	0.626	0.252
Ocular	r	0.167	-0.104	-0.099	0.150	-0.092	-0.167	-0.116
	p	0.050	0.225	0.246	0.079	0.281	0.050	0.175
2-5 = small effect on patient's life	r	0.016	-0.019	0.005	-0.044	0.129	0.031	0.033
	p	0.852	0.823	0.952	0.609	0.133	0.717	0.704
6-10 = moderate effect on patient's life	r	0.039	0.137	-0.068	-0.142	0.099	.174*	0.098
	p	0.646	0.108	0.427	0.097	0.247	0.042	0.255
11-20 = very large effect on patient's life	r	-0.061	-0.079	-0.010	0.099	-0.099	-0.163	-0.107
	p	0.477	0.357	0.908	0.246	0.247	0.056	0.213
21-30 = extremely large effect on patient's life	r	0.022	-0.023	0.071	0.049	-0.071	0.003	0.008
	p	0.801	0.787	0.410	0.566	0.410	0.975	0.927
სქესი	r	0.101	0.053	-0.034	-0.045	-0.018	0.056	0.051
	p	0.239	0.534	0.693	0.603	0.835	0.515	0.549
დაუქორწინებელი	r	-0.119	0.040	0.026	-0.087	0.036	-0.009	0.086
	p	0.166	0.638	0.762	0.311	0.676	0.919	0.315
ქვრივი	r	0.042	0.003	0.090	-0.019	-0.021	0.069	0.052
	p	0.626	0.970	0.294	0.829	0.804	0.424	0.545
განქორწინებული	r	0.056	0.102	-0.044	0.126	-0.028	-0.061	-0.079
	p	0.517	0.235	0.606	0.141	0.745	0.480	0.358
დასაქმება	r	-.223**	-0.069	-0.095	0.008	-0.038	-0.136	-0.131
	p	0.009	0.422	0.265	0.927	0.662	0.113	0.125

უმაღლესი	r	-0.102	-0.012	-0.141	-0.016	0.027	-0.104	-0.094
	p	0.234	0.893	0.099	0.849	0.751	0.224	0.271
საშუალო	r	0.102	0.012	0.141	0.016	-0.027	0.104	0.094
	p	0.234	0.893	0.099	0.849	0.751	0.224	0.271

ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობასთან დადებით სარწმუნო კორელაციას ამჟღავნებს 60 წელზე უფროსი ასაკი- $r = .183^*$ და ოკულარული ქვეტიპი , $r = 0.167$, $p = 0.050$, ხოლო უარყოფითს - დასაქმება - $r = -.223^*$, $p = 0.009$;

სხვა აქტივობის დათრგუნვა დადებით სარწმუნო კორელაციას ამჟღავნებს - moderate effect on patient's life - $r = .174^*$, $p = 0.042$, და უარყოფითს - Ocular - $r = -0.164$, $p = 0.055$ და 11-20 = very large effect on patient's life $r = -0.167$, $p = 0.050$;

დაგეგმვა დადებით სარწმუნო კორელაციას ამჟღავნებს შემდეგ ერიტემულ-ტელეანგიექტაზიური ქვეტიპთან $r = .173^*$, $p = 0.042$;

ცხრილი 3.4.1.(3) კორელაციები როზაციის დამღვეის მახასიათებლებს შორის

ფაქტორები		პოზიტი ური რეინპრე ტაცია და ზრდა	მენტა ლური ჩაუთვ ლელი ბა	ემოციებ ზე ფოკუსირ ება და ემოციები ს გამოხატვ ა	ინსტრუმ ენტული სოციალუ რი დახმარებ ა	აქტი ური დამღ ევა	უარ ყოფ ა	რელი გიასთ ან მიბრ უნება
მენტალური ჩაუთვლელ ობა	r	.451**						
	p	0.000						
	r	0.038	.214*					

ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა	p	0.660	0.012					
ინსტრუმენ ტული სოციალური დახმარება	r	.448**	.702**	.311**				
	p	0.000	0.000	0.000				
აქტიური დაძლევა	r	.641**	.614**	0.036	.617**			
	p	0.000	0.000	0.676	0.000			
უარყოფა	r	.280**	.451**	.353**	.405**	.224**		
	p	0.001	0.000	0.000	0.000	0.008		
რელიგიასთ ან მიბრუნება	r	.401**	.625**	.223**	.591**	.488**	.543**	
	p	0.000	0.000	0.008	0.000	0.000	0.000	
იუმორი	r	.282**	.371**	-.216*	.186*	0.144	.275**	.330**
	p	0.001	0.000	0.011	0.029	0.092	0.001	0.000
ბიჰევიორუ ლი/ქცევითი ჩაურთველო ბა	r	.250**	.501**	.187*	.467**	.273**	.411**	.618**
	p	0.003	0.000	0.028	0.000	0.001	0.000	0.000
შეკავება	r	.434**	.789**	0.110	.750**	.607**	.416**	.597**
	p	0.000	0.000	0.200	0.000	0.000	0.000	0.000
ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	r	-.173*	.178*	.787**	.360**	-0.048	.318**	.267**
	p	0.042	0.036	0.000	0.000	0.577	0.000	0.002
ალკოჰოლის ა და	r	0.091	.447**	-0.041	.265**	.174*	.297**	.395**
	p	0.288	0.000	0.634	0.002	0.042	0.000	0.000

ნარკოტიკის გამოყენება								
მიმდებლობა	r	.444**	.647**	0.076	.517**	.382**	.284**	.480**
	p	0.000	0.000	0.378	0.000	0.000	0.001	0.000
სხვა აქტივობის დათრგუნვა	r	.600**	.742**	.300**	.657**	.603**	.444**	.559**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
დაგეგმვა	r	.326**	.720**	.364**	.615**	.505**	.447**	.522**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მენტალური ჩაუთვლელობა, ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება, აქტიური დაძლევა, უარყოფა, რელიგიასთან მიბრუნება, იუმორი, ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა, შეკავება, მიმდებლობა, სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა უარყოფითს - ემოციური სოციალური მხარდაჭერა მენტალურ ჩაუთვლელობასთან კორელირებს: ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა, ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება, აქტიური დაძლევა, უარყოფა, რელიგიასთან მიბრუნება, იუმორი, ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა შეკავება, ემოციური სოციალური მხარდაჭერა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება, მიმდებლობა, სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა.

ემოციების გამოხატვასთან - ინსტრუმენტული სოციალური დახმარება, უარყოფა, რელიგიასთან მიბრუნება, იუმორი, ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა, ემოციური სოციალური სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა ინსტრუმენტულ სოციალურ დახმარებასთან კორელირებს; უარყოფა, რელიგიასთან მიბრუნება, იუმორი, ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა, შეკავება, ემოციური სოციალური მხარდაჭერა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება, მიმდებლობა, სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა.

აქტიურ დაძლევასთან კორელირებს: რელიგიასთან მიბრუნება, ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა, შეკავება, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება, მიმდებლობა, სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა

უარყოფასთან და რელიგიასთან მიბრუნებასთან კორელირებს: ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა, შეკავება, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება, მიმღებლობა, სხვა აქტივობის დათრგუნვა, დაგეგმვა

ცხრილი 3.4.1.(4) კორელაციები როზაცის მახასიათებლებს შორის

		ბიჰევიორული/ქცევითი ჩაურთველობა	შეკავება	ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება	მიმღებლობა	სხვა აქტივობის დათრგუნვა
შეკავება	r	.580**					
	p	0.000					
ემოციური სოციალური მხარდაჭერა	r	0.148	.217*				
	p	0.084	0.011				
ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება	r	.581**	.406**	-0.019			
	p	0.000	0.000	0.827			
მიმღებლობა	r	.461**	.675**	0.076	.301**		
	p	0.000	0.000	0.375	0.000		
სხვა აქტივობის დათრგუნვა	r	.492**	.763**	.187*	.204*	.666**	
	p	0.000	0.000	0.028	0.017	0.000	

დაგეგმვა	r	.358**	.667**	.368**	.220**	.440**	.620**
	p	0.000	0.000	0.000	0.010	0.000	0.000

დამღევის სტრატეგიის მახასიათებლები კორელაციურ კავშირში არიან ერთმანეთთან.

4.5. როზაცეის ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის პროგნოზირება.

რეგრესიული ანალიზის საშუალებით გამოვითვალეთ ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის ფარდობითი რისკი და პროგნოზი.

კორელაციური ანალიზის საფუძველზე ჩავატარეთ რეგრესიული ანალიზი, რისთვისაც ცხოვრების ხარისხის ზემოქმედების მიხედვით პაციენტები გავყავით ორ ჯგუფად: მცირე და საშუალო ეფექტი, ძლიერი და ექსტრემალური ეფექტი.

ცხრილი 4.5.1. როზაცეის ეფექტის რისკის ფაქტორების შეფასება

რისკის ფაქტორები		OR	95%CI(OR)	
X1	კაცი	0.35	0.12	0.99
X2	დასაქმებული	3.02	1.20	7.59
X3	დაბალი ზოგადი შეფასება	0.17	0.05	0.61
X4	ასაკი	0.94	0.91	0.98
X5	პაპულურ-პუსტულური ქვეტიპი	5.85	2.22	15.43
	Constant	21.774		

ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის ფარდობით შანსს ზრდის პაპულურ-პუსტულოზური ქვეტიპი და დასაქმებულის სტატუსი და ამცირებს პაციენტის უფროსი ასაკი, დაბალი თვითშეფასება და მამრობითი სქესი შეგვიძლია გამოვითვალეთ ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ზემოქმედების რისკი

$$Z=3.8-1.05* X1+1.1* X2-1.77* X3-0.6* X4+1.77* X5 \quad (1)$$

$$P=1/1+e^{-z} \quad (2)$$

X1 - კაცი; X2 - დასაქმებული; X3 - დაბალი ზოგადი შეფასება; X4 - ასაკი; X5 - პაპულურ-პუსტულური ქვეტიპი. P – რისკის პროგნოზირება (%) QL-ის დიდი და

ექსტრემალურად დიდი ეფექტი. პროგნოზის გამოსათვლელად განვსაზღვრავთ რისკის ფაქტორს, თუ სუბიექტს აქვს პროგნოზული ფაქტორი, განტოლებაში ჩავსვამთ 1, თუ არა, 0. თუ მიღებული შედეგები უნდა ჩავსვათ ფორმულა 2-ში, მაშინ მიიღება ცხოვრების ხარისხზე როზაცეის ზემოქმედების აღბათობა.

5. შედეგების შეჯამება

როზაცეა არის კანის ქრონიკული ანთებითი დაავადება, რომელიც უპირველეს ყოვლისა აზიანებს სახის ცენტრალურ მიდამოებს (ლოყები, ნიკაპი, ცხვირი, შუბლი) და თვალებს (van Zuuren 2017; van Zuuren et al. 2021; Schaller et al. 2020; J. Wilkin et al. 2002) როზაცეის შეუძლია უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ამ მდგომარეობის მქონე ადამიანების ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, რაც ხელს უწყობს დაბალი თვითშეფასების, უხერხულობისა და სირცხვილის გრძნობას (Dai et al. 2021).

კვლევის მიზანია როზაცეის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხისა და დაძლევის სტრატეგიის შესწავლა საქართველოს პოპულაციაში, როზაცეის ახასიათებს სიწითლის მორეციდივე ეპიზოდები, მუდმივი ერითემა, ანთებითი პაპულები/პუსტულები და ტელანგიექტაზია. რინოფიმა ცვლილებები იშვიათია, უპირატესად ცხვირის არეში (რინოფიმა) და უფრო ხშირად მამაკაცებში (Clanner-Engelshofen et al. 2022). როზაცეის მქონე პაციენტების ნახევარზე მეტს აღენიშნება თვალის სიმპტომები, მათ შორის სიმშრალე, უცხო სხეულის შეგრძნება, ფოტოფობია, კონიუნქტივიტი, ბლეფარიტი და იშვიათ შემთხვევებში კერატიტი, რომელსაც შეუძლია მხედველობის დაზიანება (Awais et al. 2015).

ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტების განაწილებამ ქვეტიპების მიხედვით გვიჩვენა, რომ ყველაზე მაღალი სხშირით გამოირჩევა პაპულურ-პუსტულოზური ფორმა - 93(67%), შემდეგ ერითემულ-ტელანგიექტაზიური 28(20%), ოკულარული - 13(10%) და ყველაზე მცირე - რინოფიმა - 4(3%). ზოგიერთი მონაცემით, ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები (Aksoy et al. 2010).

როზაცეა ჩვეულებრივ იწყება 30-დან 50 წლამდე, მაგრამ შეიძლება გამოვლინდეს ნებისმიერ ასაკში (Gallo et al. 2018b). ჩვენი დაკვირვებით, დაავადებით მომართვიანობა ყველაზე ნაკლები სიხშირით გვხვდებოდა 30 წლამდე ასაკში (7%), ყველაზე უფრო ხშირად - 32% - 31-40 წლის ასაკში, 26% - 41-50 წლის ასაკში, 23% - 51-60 წლის ასაკში, ხოლო 60 წელზე უფროს ასაკში შეადგენდა 12%-ს.

ჩვენმა კვლევამ გამოავლინა განსხვავება სუბტიპებში სქესისა და ასაკის მიხედვით რინოფიმა ქვეტიპი აღმოაჩნდა მხოლოდ მამაკაცებს, სხვა ყველა ფორმის სიხშირე სარწმუნოდ მეტი იყო ქალებში($p < 0.0001$).

30 წლამდე ასაკის პაციენტებში დაფიქსირდა მხოლოდ ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური და პაპულოზურ-პუსტულოზური ქვეტიპი, ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური და პაპულო-პუსტოლოზური ქვეტიპი პრევალირებს აგრეთვე 31-40 წლის და 41-50 წლის ასაკში, ხოლო ოკულური და რინოფიმა ფორმის სიხშირე სარწმუნოდ მეტია 60 წელზე უფროს პირებში.

კანის დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოლოგიური დისტრესი, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ სახის დერმატოლოგიური დაზიანებები (Emer and Levy 2012; Su and Drummond 2012; Dirschka et al. 2015).

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხი (HRQoL) არის გონებრივი და ფიზიკური კეთილდღეობის შეფასება და ფართოდ გამოიყენება პაციენტებზე დაავადების ეფექტის შესაფასებლად (Nicholson et al. 2007). დერმატოლოგიის სფეროში, ჩვეულებრივ გამოიყენება დერმატოლოგიის სიცოცხლის ხარისხის ინდექსი (DLQI), როზაცეის სპეციფიკური ცხოვრების ხარისხის კითხვარი (RosaQoL), Skindex-29 და Skindex-16 (Ilona Sowińska-Gługiewicz¹ and Karolina Kaliszewska 2013) პაციენტის მიერ ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად გამოვიყენეთ კითხვარი «The Dermatology Life Quality Index»-ის ქართულენოვანი ვერსია.

ცხოვრების ხარისხი დამოკიდებულია როგორც პაციენტის ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე, ისე დაავადების ფორმაზე.

ცხოვრების ხარისხის შეფასებებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი შეესაბამება დარცხვენას და დამაბულობას, ყველაზე მცირე - ხელის შეშლას სპორტულ აქტიურობაში.

როზაცეის პირველადი ნიშნებიდან ყველაზე მაღალი შეფასება ენიჭება ტელეანგიექტაზიას, ხოლო მეორადიდან - ყველაზე მაღალი - წვას და სიმშრალეს, ხოლო ყველაზე დაბალი - ოკულარულ და გრანულომატოზურ ცვლილებებს.

კატეგორია „დამღევა“ არის თავისუფალი თეორიული ფორმა, რომელიც შექმნილია ადამიანის შესაძლო ადაპტაციის მექანიზმების აღწერისა და კლასიფიკაციის გასაადვილებლად. კონცეპტუალური სფერო ფართოა და აქვს სამი რეფერენტი: პროცესი, სტრატეგია და სტილი. ეს ტერმინები არა თუ გამორიცხავს, არამედ ავსებს კიდევ ერთმანეთს. პირველი მათგანი, პროცესი, ეხება ყველა მოქმედებას, რომელიც შესრულებულია მოცემულ სტრესულ სიტუაციაში. დამღევა, რომელიც კონცეპტუალიზებულია, დინამიური, რთული და ცვალებადია. მრავალი მკვლევარის აზრით, მას ორი დამატებითი ფორმა აქვს. ერთი მათგანი მიმართულია ემოციებზე, ანუ ემოციური სტრესის შემცირებაზე, მეორე კი პრობლემების გადაჭრაზე, სტრესული სიტუაციის ისეთად გადაქცევაზე, რომელიც ცვლის მოქმედების ფორმებს ან ინდივიდის გარემოს ელემენტებს (Ilona Sowińska-Gługiewicz¹ and Karolina Kaliszewska 2013).

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ პაციენტებს შორის - 18,12% იყო მამაკაცი, ხოლო 81,88% ქალი ($p < 0,0001$); თუმცა, ეს მონაცემები შესაძლოა გამოწვეული იყოს მამრობითი სქესის პაციენტების დაბალი მონაწილეობით. ლიტერატურის მიხედვით, ქალთა უმეტესობაში დაავადება იწყება 35 წლის შემდეგ და პიკს აღწევს 61-65 წლის ასაკში, ხოლო მამაკაცებში ყველაზე ხშირად იწყება 50 წლის ასაკში და პიკს აღწევს 76-80 წლის ასაკში. ჩვენი მონაცემებით, დაავადების გამოვლინების საშუალო ასაკი ქალებსა და მამაკაცებში მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ($p = 0.2959$), ხოლო რინოფიმა ქვეტიპი გამოვლინდა მხოლოდ მამაკაცებში. K. Kyriakis-ის კვლევაში ერთემატოტელეანგიექტატიკური ქვეტიპის სიხშირე მნიშვნელოვნად აღემატებოდა პაპულურ-პუსტულოზური ფორმის სიხშირეს და გამოვლინდა კორელაცია რინოფიმასა და მამრობითი სქესის შორის - შანსების კოეფიციენტი $OR = 4.2$ ($p = 0.02$) (Reinholz et al. 2013) ჩვენი მასალის მიხედვით, პაპულურ-პუსტულოზური ქვეტიპი ჭარბობდა როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში. თუმცა, ამ ქვეტიპის სიხშირე არასარწმუნოდ მაღალი იყო ქალებში ($p = 0.0705$), ხოლო ოკულარული - მამაკაცებში ($p = 0.6286$). რინოფიმა ქვეტიპი დაფიქსირდა მხოლოდ მამაკაცებში, ერთემატოგენური ქვეტიპის სიხშირე მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა სქესის მიხედვით. როზაცეა შეიძლება კლასიფიცირდეს როგორც სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადება. ის ამცირებს ცხოვრების ხარისხს და იწვევს დეპრესიულ აშლილობებს. ნოზოგენურ

მახასიათებლებს განსაზღვრავს მრავალი ფსიქოლოგიური, პიროვნული, სოციალური და ბიოლოგიური ფაქტორი, მათ შორის

დაავადების ობიექტური მახასიათებლები, როგორცაა დაავადებით გამოწვეული სიმპტომებისა და შეგრძნებების სიმძიმე, რაც იწვევს ამ პაციენტების დისადაპტაციას და ამცირებს პასუხს სტანდარტულ თერაპიაზე (Linden et al. 2015) მდებარეობითი სქესის პაციენტებში, DLQI ქულები მერყეობდა 4.1-დან 17.3-მდე. მამაკაცებმა აღნიშნეს HRQoL-ის მნიშვნელოვნად უფრო მეტი დაქვეითება, ვიდრე ქალებმა ($p < 0.05$) (Böhm et al. 2014). ჩვენი მონაცემების მიხედვით, HRQoL ქულა უფრო მაღალია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში ($p = 0.0067$). მნიშვნელოვანი განსხვავება იყო საერთო ქულაში და "RosaQoL-BR კითხვარის ემოცია" და „სიმპტომი“ დომენები. „სიმპტომის“ დომენმა და მთლიანმა ქულამ აჩვენა, რომ როზაციის უფრო დიდი გავლენა ჰქონდა ქალების ცხოვრების ხარისხზე. „ემოციების“ დომენმა აჩვენა, უფრო დიდი გავლენა მამაკაცებზე. ჩვენს მონაცემებზე დაყრდნობით, ქალების შეფასებისას, მამაკაცებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად მაღალია სიმპტომები და გრძნობები, მკურნალობა, სამუშაო და/ან სკოლის ცხოვრების ხარისხი.

კატეგორია „დამღევა“ არის თავისუფალი თეორიული ფორმა, რომელიც შექმნილია ადამიანის შესაძლო ადაპტაციის მექანიზმების აღწერისა და კლასიფიკაციის გასაადვილებლად. კონცეპტუალური სფერო ვრცელია და აქვს სამი მითითება: პროცესი, სტრატეგია და სტილი (Tannus et al. 2018). გენდერთან მიმართებაში ვარაუდობენ ქალებში ემოციური დამღევისა და სოციალური მხარდაჭერის უფრო ფართო გამოყენებას და მამაკაცებში პრობლემის გადაჭრის უფრო ფართო გამოყენებას (Ilona Sowńska-Gługiewicz¹ and Karolina Kaliszewska 2013).

ჩვენმა კვლევამ გამოავლინა განსხვავება სქესებს შორის დამღევის მექანიზმების სიხშირეს შორის: ყოველდღიური აქტივობები, ემოციების ფოკუსირება და განთავისუფლება და ემოციური სოციალური მხარდაჭერის გამოყენება, მნიშვნელოვნად მაღალია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში, უფრო დაბალია პოზიტიური ხელახალი ინტერპრეტაცია და ზრდა. გამოვლინდა ჯგუფებს შორის ცხოვრების ხარისხის შეფასების მახასიათებლებსა და დამღევის სტრატეგიის ფაქტორებს შორის კორელაციის კუთხით: ქალებში სიმპტომებსა და გრძნობებს აქვს სარწმუნო

უარყოფითი კორელაცია ფსიქიკურ გათიშვასა და მიმდებლობასთან; ის აჩვენებს საიმედო უარყოფით კორელაციას მკურნალობასთან დაკავშირებულ ფსიქიკურ პრობლემებთან.

ემოციებზე და ქცევაზე/აცილებზე ორიენტირებული დაძლევის სტრატეგიების გამოყენებამ გაზარდა მონაწილეთა თავდაჯერებულობა და შეამცირა სოციალური სიტუაციების თავიდან აცილება(Johnston et al. 2018).

დასკვნები

1. როზაცეით დაავადებულთა შორის სარწმუნოდ მაღალია: მდედრობითი სქესის სიხშირე; დაავადება უპირატესად გვხვდება 31-40 წლის ასაკში (26%); ხოლო იშვიათად - 30 წლამდე ასაკში (7%); ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა პაპულურ-პუსტულოზური ფორმა - 93(67%); შემდეგ ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური 28(20%); ოკულარული - 13(10%) და ყველზე მცირე - რინოფიმა - 4(3%).

2. ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო მნიშვნელობა როზაცეის დროს შეადგენს $14.09+3.18$ -ს, ყველაზე დაბალი შეფასება გამოვლინდა ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური ქვეტიპი ს დროს(9.46), დანარჩენი ქვეტიპებისშემთხვევაში შეფასება თითქმის ერთნაირია(15.1-დან 16.-მდე); ცხოვრების ხარისხის შეფასებებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი შეესაბამება დარცხვენას და დაძაბულობას, ყველაზე მცირე - ხელის შეშლას სპორტულ აქტიურობაში.

3. ქალები კაცებთან შედარებით სარწმუნოდ მაღალ შეფასებას ანიჭებდნენ შემდეგ ფაქტორებს: კანის ქავილი, მგრძნობიარობა, ტკივილი ან წვის შეგრძნების ინტენსივობას, პრობლემებს სამსახურში ან სწავლაში, სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, მოქმედებას ჩაცმულობაზე. სარწმუნოდ უფრო ხშირად დარცხვენილად ან დაძაბულად გრძნობდნენ თავს, უფრო მეტად ეშლებოდათ ხელი საყიდლებზე სიარულისას ან სახლის ან ეზოს მოვლისას, უფრო მეტად არიან შეწუხებული მკურნალობით, ვიდრე მამაკაცები.

4. რაც უფრო მაღალია ცხოვრების ხარისხის შეფასების ქულა, მით უფრო მეტად მოქმედებს დაავადება ადამიანის ცხოვრებაზე; როზაცეის ზემოქმედება ცხოვრების ხარისხზე სარწმუნოდ ნაკლებია ერითემულ-ტელეანგიექტაზიური ქვეტიპი ს დროს, სხვა სუბტიპებთან შედარებით; ძლიერი და ექსტრემალურად ძლიერი ეფექტის ფარდობით შანსს ზრდის პაპულურ-პუსტულოზური ქვეტიპი - $OR=5.85(95\%CI: 2.22-15.43)$ და დასაქმებულის სტატუსი - $OR=3.02(95\%CI: 1.20-7.59)$; და ამცირებს პაციენტის უფროსი ასაკი - $0.94(95\% CIOR: 0.91-0.98)$; დაბალი ზოგადი შეფასება - $OR=0.17(95\% IOR: 0.05-0.61)$; მამრობითი სქესი - $OR=0.35(95\% CIOR: 0.12-0.99)$;

5. დამღევის სტრატეგიაში ყველაზე დაბალი შეფასება აქვს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენებას; მაღალი ქულა აქვთ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა, ემოციური სოციალური მხარდაჭერა, აქტიური დამღევა, პოზიტიური რეინპრეტაცია და ზრდა.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

დისერტაციის შედეგები და მის საფუძველზე შემუშავებული პრაქტიკული რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს: ცხოვრების ხარისხზე როზაციის ზემოქმედების რისკის შეფასებას კონკრეტულ კლინიკურ სიტუაციაში; დამღევის სტრატეგიის პრიორიტეტების შემუშავებას როზაციის დროს; ცხოვრების ხარისხზე როზაციის ზემოქმედების შემცირებას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

1. S. Azrumelashvili, T. Kituashvili. Rosacea dermatology life quality index and coping strategy. Experimental and clinical medicine. (TCM-GMJ October 2018; 3 (2): P4-P7)
2. S. Azrumelashvili, T. Kituashvili. QUALITY OF LIFE AND DISEASE COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH ROSACEA. GEORGIAN MEDICAL NEWS. 2023; No 3(336) P66-72
3. S. Azrumelashvili, T. Kituashvili. Evaluation of Dermatology Life Quality Index- DLQI and Coping Strategy According to Gender in Rosacea Patients, Scientific Journal Spectri Vol. 8 No. 2 (2023): <https://doi.org/10.52340/spectri.2023.08.02.04>

მოხსენებები დისერტაციის თემაზე

1. საერთაშორისო კონფერენცია, მიმღვნილი საქართველოში დერმატო-ვენეროლოგიის დარგის დაარსების 110 და კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო კვლევითი ეროვნული ცენტრის 80 წლისთავისადმი 2015
2. საქართველოს ექიმთა პოსტდიპლომური განათლების ასოციაცია - კლინიკური პრაქტიკის საერთაშორისო სტანდარტები 2017
3. მე-10 ეროვნულ კონგრესზე ალერგოლოგიასა და იმუნოლოგიაში, თბილისი, 15- 19 ივნისი, 2018 წელი
4. მე-4 საერთაშორისო კონფერენცია დერმატოქირურგიაში, დერმატონკოლოგიაში, დერმატოპათოლოგიასა და ფოტოდერმატოლოგიაში, თბილისი, 19-21 ოქტომბერი, 2018 წელი.

7. ბიბლიოგრაფია

- Abram, K, H Silm, H-I Maaros, and M Oona. 2010. "Risk Factors Associated with Rosacea." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 24 (5): 565–71. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03472.x>.
- Ahn, Christine S., and William W. Huang. 2018. "Rosacea Pathogenesis." *Dermatologic Clinics* 36 (2): 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.11.001>.
- Aksoy, B., A. Altaykan-Hapa, D. Egemen, F. Karagöz, and N. Atakan. 2010. "The Impact of Rosacea on Quality of Life: Effects of Demographic and Clinical Characteristics and Various Treatment Modalities." *British Journal of Dermatology* 163 (4): 719–25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09894.x>.
- Aktaş Karabay, Ezgi, Nejdett Karşıyakalı, and Emre Karabay. 2020. "Evaluation of Sexual Functions in Female Rosacea Patients: A Prospective, Case-Control Study." *International Journal of Impotence Research* 32 (6): 628–34. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0275-z>.
- Aldrich, Nely, Meg Gerstenblith, Pingfu Fu, Marie S. Tuttle, Priya Varma, Erica Gotow, Kevin D. Cooper, Margaret Mann, and Daniel L. Popkin. 2015. "Genetic vs Environmental Factors That Correlate With Rosacea." *JAMA Dermatology* 151 (11): 1213. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2015.2230>.
- Alexeyev, O.A., I. Dekio, A.M. Layton, H. Li, H. Hughes, T. Morris, C.C. Zouboulis, and S. Patrick. 2018. "Why We Continue to Use the Name *Propionibacterium Acnes*." *British Journal of Dermatology* 179 (5): 1227–1227. <https://doi.org/10.1111/bjd.17085>.
- Alexis, Andrew F., Valerie D. Callender, Hilary E. Baldwin, Seemal R. Desai, Marta I. Rendon, and Susan C. Taylor. 2019. "Global Epidemiology and Clinical Spectrum of Rosacea, Highlighting Skin of Color: Review and Clinical Practice Experience." *Journal of the American Academy of Dermatology* 80 (6): 1722-1729.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.08.049>.
- Algorani, Emad B., and Vikas Gupta. 2024. *Coping Mechanisms*.
- Anzengruber, F., J. Czernielewski, C. Conrad, L. Feldmeyer, N. Yawalkar, P. Häusermann, A. Cozzio, et al. 2017. "Swiss S1 Guideline for the Treatment of Rosacea." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 31 (11): 1775–91. <https://doi.org/10.1111/jdv.14349>.
- Aponte, Jennifer L, Mathias N Chiano, Laura M Yerges-Armstrong, David A Hinds, Chao Tian, Akanksha Gupta, Cong Guo, et al. 2018. "Assessment of Rosacea Symptom Severity by Genome-Wide Association Study and Expression Analysis Highlights Immuno-Inflammatory and Skin Pigmentation Genes." *Human Molecular Genetics* 27 (15): 2762–72. <https://doi.org/10.1093/hmg/ddy184>.
- Asai, Yuka, Jerry Tan, Akerke Baibergenova, Benjamin Barankin, Chris L. Cochrane, Shannon Humphrey, Charles W. Lynde, et al. 2016. "Canadian Clinical Practice Guidelines for Rosacea." *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 20 (5): 432–45. <https://doi.org/10.1177/1203475416650427>.
- Awais, Muhammad, Muhammad Irfan Anwar, Raheel Iftikhar, Zohaib Iqbal, Nazia Shehzad, and Bushra Akbar. 2015. "Rosacea – the Ophthalmic Perspective." *Cutaneous and Ocular Toxicology* 34 (2): 161–66. <https://doi.org/10.3109/15569527.2014.930749>.

- Baldwin, Hilary E. 2012. "Diagnosis and Treatment of Rosacea: State of the Art." *Journal of Drugs in Dermatology : JDD* 11 (6): 725–30.
- Baldwin, Hilary E, Julie Harper, Sarah Baradaran, and Vaishali Patel. 2019. "Erythema of Rosacea Affects Health-Related Quality of Life: Results of a Survey Conducted in Collaboration with the National Rosacea Society." *Dermatology and Therapy* 9 (4): 725–34. <https://doi.org/10.1007/s13555-019-00322-5>.
- Barberis, Nadia, Marco Cannavò, Mariachiara Trovato, and Valeria Verrastro. 2023. "Pathways from Trait Emotional Intelligence to Factors of Distress in Rosacea: The Mediating Role of Social Phobia and Self-Esteem." *Journal of Affective Disorders* 331 (June):362–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.003>.
- Bewley, Anthony, Joseph Fowler, Helmut Schöfer, Nabil Kerrouche, and Vincent Rives. 2016. "Erythema of Rosacea Impairs Health-Related Quality of Life: Results of a Meta-Analysis." *Dermatology and Therapy* 6 (2): 237–47. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0106-9>.
- Black, Paul H. 2002. "Stress and the Inflammatory Response: A Review of Neurogenic Inflammation." *Brain, Behavior, and Immunity* 16 (6): 622–53. [https://doi.org/10.1016/S0889-1591\(02\)00021-1](https://doi.org/10.1016/S0889-1591(02)00021-1).
- Böhm, Dana, Petra Schwanitz, Scott Stock Gissendanner, Gerhard Schmid-Ott, and Wolfgang Schulz. 2014. "Symptom Severity and Psychological Sequelae in Rosacea: Results of a Survey." *Psychology, Health & Medicine* 19 (5): 586–91. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.841968>.
- Buechner, Stanislaw A. 2005. "Rosacea: An Update." *Dermatology* 210 (2): 100–108. <https://doi.org/10.1159/000082564>.
- Carver, Charles S., and Jennifer Connor-Smith. 2010. "Personality and Coping." *Annual Review of Psychology* 61 (1): 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>.
- Chang, Hua-Ching, Yu-Chen Huang, Yueh-Ju Lien, and Yin-Shuo Chang. 2022. "Association of Rosacea with Depression and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Affective Disorders* 299 (February):239–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.008>.
- Chang, Jinxiu, Yulan Wang, Dongjie Sun, Liyuan Zhang, Mao-Qiang Man, Ying Tu, Xin Jiang, Li He, and Hua Gu. 2021. "Characterization of Rosacea in Chinese: An Analysis of 254 Cases." *Journal of Cosmetic Dermatology* 20 (11): 3666–71. <https://doi.org/10.1111/jocd.14039>.
- Chen, Chengqian, Peiru Wang, Linglin Zhang, Xiaojing Liu, Haiyan Zhang, Yajing Cao, Xiuli Wang, and Qingyu Zeng. 2023. "Exploring the Pathogenesis and Mechanism-Targeted Treatments of Rosacea: Previous Understanding and Updates." *Biomedicines* 11 (8): 2153. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11082153>.
- Chen, Qi, Xiao Shi, Yan Tang, Ben Wang, Hong-fu Xie, Wei Shi, and Ji Li. 2020. "Association between Rosacea and Cardiometabolic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Academy of Dermatology* 83 (5): 1331–40. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.113>.
- Chiu, Ching-Wen, Jerry Tsai, and Yu Chen Huang. 2024. "Health-Related Quality of Life of Patients with Rosacea: A Systematic Review and Meta-Analysis of Real-World Data." *Acta Dermato-Venereologica* 104 (June):adv40053. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.40053>.

- Choi, Daein, Sungjun Choi, Seulggie Choi, Sang Min Park, and Hyun-Sun Yoon. 2021. "Association of Rosacea With Cardiovascular Disease: A Retrospective Cohort Study." *Journal of the American Heart Association* 10 (19). <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.020671>.
- Choi, Jae Eun, and Anna Di Nardo. 2018. "Skin Neurogenic Inflammation." *Seminars in Immunopathology* 40 (3): 249–59. <https://doi.org/10.1007/s00281-018-0675-z>.
- Chosidow, O., and B. Cribier. 2011. "Epidemiology of Rosacea: Updated Data." *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 138 (November):S179–83. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(11\)70087-4](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(11)70087-4).
- Clanner-Engelshofen, Benjamin M., Dominik Bernhard, Sonja Dargatz, Michael J. Flaig, Uwe Gieler, Maria Kinberger, Winfried Klövekorn, et al. 2022. "S2k Guideline: Rosacea." *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 20 (8): 1147–65. <https://doi.org/10.1111/ddg.14849>.
- Compas, Bruce E., Sarah S. Jaser, Jennifer P. Dunbar, Kelly H. Watson, Alexandra H. Bettis, Meredith A. Gruhn, and Ellen K. Williams. 2014. "Coping and Emotion Regulation from Childhood to Early Adulthood: Points of Convergence and Divergence." *Australian Journal of Psychology* 66 (2): 71–81. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12043>.
- Dai, Ru, Bingliang Lin, Xuotong Zhang, Yuchen Lou, and Suling Xu. 2021. "Depression and Anxiety in Rosacea Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Dermatology and Therapy* 11 (6): 2089–2105. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00613-w>.
- Dirschka, Thomas, Giuseppe Micali, Linda Papadopoulos, Jerry Tan, Alison Layton, and Simon Moore. 2015. "Perceptions on the Psychological Impact of Facial Erythema Associated with Rosacea: Results of International Survey." *Dermatology and Therapy* 5 (2): 117–27. <https://doi.org/10.1007/s13555-015-0077-2>.
- Egeberg, A., L.B. Weinstock, E.P. Thyssen, G.H. Gislason, and J.P. Thyssen. 2017. "Rosacea and Gastrointestinal Disorders: A Population-based Cohort Study." *British Journal of Dermatology* 176 (1): 100–106. <https://doi.org/10.1111/bjd.14930>.
- Egeberg, Alexander, Peter Riis Hansen, Gunnar Hilmar Gislason, and Jacob Pontoppidan Thyssen. 2016. "Clustering of Autoimmune Diseases in Patients with Rosacea." *Journal of the American Academy of Dermatology* 74 (4): 667-672.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.004>.
- Emer, Jason, and Lauren L. Levy. 2012. "Emotional Benefit of Cosmetic Camouflage in the Treatment of Facial Skin Conditions: Personal Experience and Review." *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, November, 173. <https://doi.org/10.2147/CCID.S33860>.
- FINLAY, A.Y., and G.K. KHAN. 1994. "Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a Simple Practical Measure for Routine Clinical Use." *Clinical and Experimental Dermatology* 19 (3): 210–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>.
- Gallo, Richard L., Richard D. Granstein, Sewon Kang, Mark Mannis, Martin Steinhoff, Jerry Tan, and Diane Thiboutot. 2018a. "Rosacea Comorbidities and Future Research: The 2017 Update by the National Rosacea Society Expert Committee." *Journal of the American Academy of Dermatology* 78 (1): 167–70. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.06.150>.

- . 2018b. “Standard Classification and Pathophysiology of Rosacea: The 2017 Update by the National Rosacea Society Expert Committee.” *Journal of the American Academy of Dermatology* 78 (1): 148–55. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.037>.
- Gether, L., L.K. Overgaard, A. Egeberg, and J.P. Thyssen. 2018. “Incidence and Prevalence of Rosacea: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *British Journal of Dermatology*, May. <https://doi.org/10.1111/bjd.16481>.
- Gibbons, C. J., and S. M. Skevington. 2018. “Adjusting for Cross-Cultural Differences in Computer-Adaptive Tests of Quality of Life.” *Quality of Life Research* 27 (4): 1027–39. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1738-7>.
- Guertler, Anne, Arina Volsky, Quirine Eijkenboom, Tobias Fiedler, Lars E. French, and Markus Reinholz. 2023. “Dietary Patterns in Acne and Rosacea Patients—A Controlled Study and Comprehensive Analysis.” *Nutrients* 15 (20): 4405. <https://doi.org/10.3390/nu15204405>.
- Gupta, M.A., A.K. Gupta, S.J. Chen, and A.M. Johnson. 2005. “Comorbidity of Rosacea and Depression: An Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey-Outpatient Department Data Collected by the U.S. National Center for Health Statistics from 1995 to 2002.” *British Journal of Dermatology* 153 (6): 1176–81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06895.x>.
- Haber, Roger, and Maria El Gemayel. 2018. “Comorbidities in Rosacea: A Systematic Review and Update.” *Journal of the American Academy of Dermatology* 78 (4): 786–792.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.09.016>.
- Halioua, B., B. Cribier, M. Frey, and J. Tan. 2017. “Feelings of Stigmatization in Patients with Rosacea.” *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 31 (1): 163–68. <https://doi.org/10.1111/jdv.13748>.
- Hanson, R. Karl (Robert Karl), and Canada. Solicitor General Canada. 1997. *The Development of a Brief Actuarial Risk Scale for Sexual Offense Recidivism*. Solicitor General Canada.
- Heisig, Monika, and Adam Reich. 2018. “Psychosocial Aspects of Rosacea with a Focus on Anxiety and Depression.” *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 11:103–7. <https://doi.org/10.2147/CCID.S126850>.
- Hernández-Ramírez, Mileydi, Francisco Javier Baez-Hernández, Arelia Morales-Nieto, Vianet Nava-Navarro, Miguel Ángel Zenteno-López, and Lidia Guadalupe Compean-Ortiz. 2020. “Factores Fisiológicos, Función y Disfunción Sexual En Mujeres Con Diabetes Tipo 2.” *Acta Universitaria* 30 (June):1–10. <https://doi.org/10.15174/au.2020.2815>.
- Hilbring, Caroline, Matthias Augustin, Natalia Kirsten, and Nicole Mohr. 2022. “Epidemiology of Rosacea in a Population-based Study of 161,269 German Employees.” *International Journal of Dermatology* 61 (5): 570–76. <https://doi.org/10.1111/ijd.15989>.
- Holmes, Anna D., Julia Spoendlin, Anna L. Chien, Hilary Baldwin, and Anne Lynn S. Chang. 2018. “Evidence-Based Update on Rosacea Comorbidities and Their Common Physiologic Pathways.” *Journal of the American Academy of Dermatology* 78 (1): 156–66. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.07.055>.

- Hongbo, Yan, Charles L Thomas, Michael A Harrison, M Sam Salek, and Andrew Y Finlay. 2005. "Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean?" *The Journal of Investigative Dermatology* 125 (4): 659–64. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23621.x>.
- Hung, Chih-Tsung, Chien-Ping Chiang, Chi-Hsiang Chung, Chang-Huei Tsao, Wu-Chien Chien, and Wei-Ming Wang. 2019. "Risk of Psychiatric Disorders in Rosacea: A Nationwide, Population-based, Cohort Study in Taiwan." *The Journal of Dermatology* 46 (2): 110–16. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14705>.
- Huynh, Tu T. 2013. "Burden of Disease: The Psychosocial Impact of Rosacea on a Patient's Quality of Life." *American Health & Drug Benefits* 6 (6): 348–54.
- Ilona Sowińska-Gługiewicz¹, and Karolina Kaliszewska. 2013. "Ways and Strategies for Coping with Stress and Rosacea." *Polish Journal of Applied Psychology* 12 (2): 39–54.
- Jafferany, Mohammad. 2007. "Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders." *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 9 (3): 203–13. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>.
- Johnston, S.A., M. Krasuska, A. Millings, A.C. Lavda, and A.R. Thompson. 2018. "Experiences of Rosacea and Its Treatment: An Interpretative Phenomenological Analysis." *British Journal of Dermatology* 178 (1): 154–60. <https://doi.org/10.1111/bjd.15780>.
- Khaled, Aida, Houda Hammami, Faten Zeglaoui, Jihene Tounsi, Rachida Zermani, Mohamed Ridha Kamoun, and Becima Fazaa. 2010. "Rosacea: 244 Tunisian Cases." *La Tunisie Medicale* 88 (8): 597–601.
- Kim, J, B Cho, D Cho, and H Park. 2013. "Expression of Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis in Common Skin Diseases: Evidence of Its Association with Stress-Related Disease Activity." *Acta Dermato Venereologica* 93 (4): 387–93. <https://doi.org/10.2340/00015555-1557>.
- Kumar, Anusha M., Yi-Hsien Shih, and Anne Lynn S. Chang. 2020. "Genetics of Rosacea." In , 23–34. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52097-7_3.
- Langenbruch, A.K., E. Beket, and M. Augustin. 2011. "Quality of Health Care of Rosacea in Germany from the Patient's Perspective: Results of the National Health Care Study RosaReal 2009." *Dermatology* 223 (2): 124–30. <https://doi.org/10.1159/000330555>.
- Levin, Jacquelyn, and Richard Miller. 2011. "A Guide to the Ingredients and Potential Benefits of Over-the-Counter Cleansers and Moisturizers for Rosacea Patients." *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 4 (8): 31–49.
- Levine, J, S Warrenburg, R Kerns, G Schwartz, R Delaney, A Fontana, A Gradman, S Smith, S Allen, and R Cascione. 1987. "The Role of Denial in Recovery from Coronary Heart Disease." *Psychosomatic Medicine* 49 (2): 109–17. <https://doi.org/10.1097/00006842-198703000-00001>.
- Li, Suyun, Eunyoung Cho, Aaron M. Drucker, Abrar A. Qureshi, and Wen-Qing Li. 2017. "Alcohol Intake and Risk of Rosacea in US Women." *Journal of the American Academy of Dermatology* 76 (6): 1061–1067.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.02.040>.

- Linden, M, D Rappard, J Daams, M Sprangers, P Spuls, and J Korte. 2015. "Health-Related Quality of Life in Patients with Cutaneous Rosacea: A Systematic Review." *Acta Dermato Venereologica* 95 (4): 395–400. <https://doi.org/10.2340/00015555-1976>.
- Lukaviciute, Laura, Ruta Ganceviciene, Petras Navickas, Alvydas Navickas, Jurate Grigaitiene, and Christos C. Zouboulis. 2020. "Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation amongst Patients with Facial Dermatoses (Acne, Rosacea, Perioral Dermatitis, and Folliculitis) in Lithuania." *Dermatology* 236 (4): 314–22. <https://doi.org/10.1159/000506627>.
- Maden, Serap. 2023. "Rosacea: An Overview of Its Etiological Factors, Pathogenesis, Classification and Therapy Options." *Dermato* 3 (4): 241–62. <https://doi.org/10.3390/dermato3040019>.
- Matthews, Karen A., Lewis H. Kuller, Judith M. Siegel, Mark Thompson, and Murray Varat. 1983. "Determinants of Decisions to Seek Medical Treatment by Patients with Acute Myocardial Infarction Symptoms." *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (6): 1144–56. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.6.1144>.
- Moustafa, Farah, Robin S. Lewallen, and Steven R. Feldman. 2014. "The Psychological Impact of Rosacea and the Influence of Current Management Options." *Journal of the American Academy of Dermatology* 71 (5): 973–80. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.05.036>.
- Muharremi, Alma. 2015. "Impact of the Teaching Techniques on the Distrutive Behaviour." *Mediterranean Journal of Social Sciences*, March. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p69>.
- Nicholson, Kimberly, Liana Abramova, Mary-Margaret Chren, Jensen Yeung, Susan Y. Chon, and Suephy C. Chen. 2007. "A Pilot Quality-of-Life Instrument for Acne Rosacea." *Journal of the American Academy of Dermatology* 57 (2): 213–21. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.01.048>.
- Odom, Richard, Mark Dahl, Jeffrey Dover, Zoe Draelos, Lynn Drake, Marian Macsai, Frank Powell, et al. 2009. "Standard Management Options for Rosacea, Part 1: Overview and Broad Spectrum of Care." *Cutis* 84 (1): 43–47.
- Oge', Linda K, Herbert L Muncie, and Amanda R Phillips-Savoy. 2015. "Rosacea: Diagnosis and Treatment." *American Family Physician* 92 (3): 187–96.
- Passeron, T., J. Krutmann, M.L. Andersen, R. Katta, and C.C. Zouboulis. 2020. "Clinical and Biological Impact of the Exposome on the Skin." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 34 (S4): 4–25. <https://doi.org/10.1111/jdv.16614>.
- Passeron, T., C.C. Zouboulis, J. Tan, M.L. Andersen, R. Katta, X. Lyu, L. Aguilar, et al. 2021. "Adult Skin Acute Stress Responses to Short-term Environmental and Internal Aggression from Exposome Factors." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 35 (10): 1963–75. <https://doi.org/10.1111/jdv.17432>.
- Rainer, Barbara M., Alexander H. Fischer, Dimitre Luz Felipe da Silva, Sewon Kang, and Anna L. Chien. 2015. "Rosacea Is Associated with Chronic Systemic Diseases in a Skin Severity-Dependent Manner: Results of a Case-Control Study." *Journal of the American Academy of Dermatology* 73 (4): 604–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.009>.

- Rainer, Barbara M., Sewon Kang, and Anna L. Chien. 2017. "Rosacea: Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment." *Dermato-Endocrinology* 9 (1): e1361574. <https://doi.org/10.1080/19381980.2017.1361574>.
- Reinholz, Markus, Julia K. Tietze, Katharina Kilian, Martin Schaller, Helmut Schöfer, Percy Lehmann, Manfred Zierhut, Winfried Klövekorn, Thomas Ruzicka, and Jürgen Schaubert. 2013. "Rosacea – S1 Guideline." *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 11 (8): 768–80. <https://doi.org/10.1111/ddg.12101>.
- Rodrigo, Luis, Valia Beteta-Gorriti, Nuria Alvarez, Celia Gómez de Castro, Alvaro De Dios, Laura Palacios, and Jorge Santos-Juanes. 2018. "Cutaneous and Mucosal Manifestations Associated with Celiac Disease." *Nutrients* 10 (7): 800. <https://doi.org/10.3390/nu10070800>.
- Rodrigues-Braz, Daniela, Min Zhao, Nilufer Yesilirmak, Selim Aractingi, Francine Behar-Cohen, and Jean-Louis Bourges. 2021. "Cutaneous and Ocular Rosacea: Common and Specific Physiopathogenic Mechanisms and Study Models." *Molecular Vision* 27:323–53.
- Rosen, Ted, and Mary Seabury Stone. 1987. "Acne Rosacea in Blacks." *Journal of the American Academy of Dermatology* 17 (1): 70–73. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(87\)70173-X](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(87)70173-X).
- Schaller, M., L.M.C. Almeida, A. Bewley, B. Cribier, N.C. Dlova, G. Kautz, M. Mannis, et al. 2017. "Rosacea Treatment Update: Recommendations from the Global <sc>ROS</Sc> Acea <sc>CO</Sc> Nsensus (<sc>ROSCO</Sc>) Panel." *British Journal of Dermatology* 176 (2): 465–71. <https://doi.org/10.1111/bjd.15173>.
- Schaller, M., L.M.C. Almeida, A. Bewley, B. Cribier, J. Del Rosso, N.C. Dlova, R.L. Gallo, et al. 2020. "Recommendations for Rosacea Diagnosis, Classification and Management: Update from the Global <sc>ROS</Sc> Acea <sc>CO</Sc> Nsensus 2019 Panel." *British Journal of Dermatology* 182 (5): 1269–76. <https://doi.org/10.1111/bjd.18420>.
- Searle, Tamara, Faisal R Ali, Sarah Carolides, and Firas Al-Niaimi. 2021. "Rosacea and Diet: What Is New in 2021?" *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 14 (12): 49–54.
- Searle, Tamara, Firas Al-Niaimi, and Faisal R. Ali. 2020. "Rosacea and the Cardiovascular System." *Journal of Cosmetic Dermatology* 19 (9): 2182–87. <https://doi.org/10.1111/jocd.13587>.
- Singam, V., S. Rastogi, K. R. Patel, H. H. Lee, and J. I. Silverberg. 2019. "The Mental Health Burden in Acne Vulgaris and Rosacea: An Analysis of the <sc>US</Sc> National Inpatient Sample." *Clinical and Experimental Dermatology* 44 (7): 766–72. <https://doi.org/10.1111/ced.13919>.
- Slavich, George M., and Michael R. Irwin. 2014. "From Stress to Inflammation and Major Depressive Disorder: A Social Signal Transduction Theory of Depression." *Psychological Bulletin* 140 (3): 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>.
- Spoendlin, J., J.J. Voegel, S.S. Jick, and C.R. Meier. 2012. "A Study on the Epidemiology of Rosacea in the U.K." *British Journal of Dermatology* 167 (3): 598–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11037.x>.
- "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity." 1969. *Postgraduate Medical Journal* 45 (527): 642–642. <https://doi.org/10.1136/pgmj.45.527.642>.

- Su, Daphne, and Peter D. Drummond. 2012. "Blushing Propensity and Psychological Distress in People with Rosacea." *Clinical Psychology & Psychotherapy* 19 (6): 488–95. <https://doi.org/10.1002/cpp.763>.
- Tan, J., H. Schöfer, E. Araviiskaia, F. Audibert, N. Kerrouche, and M. Berg. 2016. "Prevalence of Rosacea in the General Population of Germany and Russia – TheRISE Study." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 30 (3): 428–34. <https://doi.org/10.1111/jdv.13556>.
- Tan, Jerry, and Mats Berg. 2013. "Rosacea: Current State of Epidemiology." *Journal of the American Academy of Dermatology* 69 (6): S27–35. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.04.043>.
- Tan, Siang Yong, and A Yip. 2018. "Hans Selye (1907-1982): Founder of the Stress Theory." *Singapore Medical Journal* 59 (4): 170–71. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>.
- Tannus, Flávia Cisi, Fabíola Rosa Picosse, Juliana Marques Soares, and Edileia Bagatin. 2018. "Rosacea-Specific Quality of Life Questionnaire: Translation, Cultural Adaptation and Validation for Brazilian Portuguese." *Anais Brasileiros de Dermatologia* 93 (6): 836–42. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187192>.
- The Editors of Encyclopaedia. 2024. "Stress." Britannica. May 17, 2024. <https://www.britannica.com/science/stress-psychology-and-biology>. Accessed 19 June 2024.
- Two, Aimee M., Wiggin Wu, Richard L. Gallo, and Tissa R. Hata. 2015. "Rosacea." *Journal of the American Academy of Dermatology* 72 (5): 749–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.08.028>.
- Vieira, Ana Carolina, and Mark J. Mannis. 2013. "Ocular Rosacea: Common and Commonly Missed." *Journal of the American Academy of Dermatology* 69 (6): S36–41. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.04.042>.
- Wang, Fang-Ying, and Ching-Chi Chi. 2021. "Rosacea, Germs, and Bowels: A Review on Gastrointestinal Comorbidities and Gut–Skin Axis of Rosacea." *Advances in Therapy* 38 (3): 1415–24. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01624-x>.
- Wilkin, J K. 1999. "Use of Topical Products for Maintaining Remission in Rosacea." *Archives of Dermatology* 135 (1): 79–80. <https://doi.org/10.1001/archderm.135.1.79>.
- Wilkin, Jonathan, Mark Dahl, Michael Detmar, Lynn Drake, Alvan Feinstein, Richard Odom, and Frank Powell. 2002. "Standard Classification of Rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea." *Journal of the American Academy of Dermatology* 46 (4): 584–87. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.120625>.
- Woo, Yu, Ji Lim, Dae Cho, and Hyun Park. 2016. "Rosacea: Molecular Mechanisms and Management of a Chronic Cutaneous Inflammatory Condition." *International Journal of Molecular Sciences* 17 (9): 1562. <https://doi.org/10.3390/ijms17091562>.
- Wu, Yanyu, Chaowei Fu, Wei Zhang, Caixia Li, and Jie Zhang. 2018. "The Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the Hospital Anxiety and Depression (HADS) in Chinese Rosacea Patients." *Psychology, Health & Medicine* 23 (4): 369–74. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1361540>.
- Yuan, Xin, and Dan Yin. 2021. "Association between Rosacea and Smoking: A Systematic Review and Meta-analysis." *Dermatologic Therapy* 34 (2). <https://doi.org/10.1111/dth.14747>.

- Zeichner, Joshua A, Lawrence F Eichenfield, Steven R Feldman, J Scott Kasteler, and Ilia L Ferrusi. 2018. "Quality of Life in Individuals with Erythematotelangiectatic and Papulopustular Rosacea: Findings From a Web-Based Survey." *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 11 (2): 47–52.
- Zuuren, Esther J. van. 2017. "Rosacea." *New England Journal of Medicine* 377 (18): 1754–64. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1506630>.
- Zuuren, Esther J van, Bernd W M Arents, Mireille M D van der Linden, Sofieke Vermeulen, Zbys Fedorowicz, and Jerry Tan. 2021. "Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment." *American Journal of Clinical Dermatology* 22 (4): 457–65. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00595-7>.

დანართი 1

დაძლევის სტრატეგიის სტატისტიკური შეფასება სუბტიპების მიხედვით

დაძლევის მახასიათებლები	სუბტიპები	n	mean	std	m in	ma x	F	P
მიღებული გამოცდილების შედეგად ვცდილობ პიროვნულად გავიზარდო	ერთრემატოტე ლენგიექტაზურ ი	28	2.75	1.32	1	4	2.96	0.034 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.86	1.36	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
	ოკულარული	13	1.69	1.18	1	4		
	სულ	13 8	2.72	1.36	1	4		
მივმართავ სამუშაოს ან სხვა საქმიანობას, რადგან არ ვიფიქრო ამაზე	ერთიემულ- ტელენგიექტაზი ური	28	2.57	1.17	1	4	1.82	0.146 8
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.37	1.28	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
	ოკულარული	13	1.62	1.12	1	4		
	სულ	13 8	2.34	1.26	1	4		

ცუდ ხასიათზე ვდგები და ვამჟღავნებ ჩემს განცდებს/ემოციებს	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.86	1.15	1	4	0.83	0.481 0
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.69	1.17	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.75	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.23	1.48	1	4		
	სულ	13 8	2.68	1.19	1	4		
ვცდილობ ვინმესგან მივიღო რჩევა, თუ როგორ მოვიქცე, რა გავაკეთო	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.64	1.13	1	4	0.63	0.597 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.38	1.22	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	0.82	2	4		
	ოკულარული	13	2.46	1.33	1	4		
	სულ	13 8	2.46	1.20	1	4		
მივმართავ ძალისხმევას, რადგან რამე მოვიმოქმედო ამასთან დაკავშირებით	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.61	1.23	1	4	2.28	0.081 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.82	1.22	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.50	1.00	2	4		
	ოკულარული	13	2.00	1.35	1	4		

	სულ	13 8	2.72	1.25	1	4		
ვეუბნები საკუთარ თავს: “ეს არ არის სინამდვილე, ეს არ არის რეალობა”	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.89	1.17	1	4	0.36	0.782 5
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.13	1.27	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	2.00	1.08	1	4		
	სულ	13 8	2.06	1.23	1	4		
ვრჩები ღვთის ანაბარა	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.11	1.20	1	4	1.15	0.333 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.89	1.03	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	1.46	0.66	1	3		
	სულ	13 8	1.89	1.05	1	4		
მეცინება სიტუაციაზე	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.96	1.29	1	4	0.67	0.572 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.99	1.17	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
	ოკულარული	13	1.62	0.96	1	4		
	სულ	13 8	1.96	1.17	1	4		

ვადიარებ, რომ თავს ვერ ვართმევ სიტუაციას და არ ვცდილობ რაიმე მოვიმოქმედო.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.18	1.16	1	4	1.11	0.347 4
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.01	1.11	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.25	1.26	1	4		
	ოკულარული	13	2.62	1.45	1	4		
	სულ	13 8	2.11	1.16	1	4		
ნაჩქარევი გადაწყვეტილებისგან თავს ვიკავებ.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.36	1.25	1	4	0.97	0.411 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.42	1.25	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	1.15	2	4		
	ოკულარული	13	1.92	1.04	1	4		
	სულ	13 8	2.38	1.23	1	4		
ვმსჯელობ ჩემს განცდებზე ვინმესთან.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.93	1.12	1	4	1.05	0.372 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.69	1.22	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.31	1.38	1	4		
	სულ	13 8	2.72	1.21	1	4		

მივმართავ ალკოჰოლს ან წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ თავი უკეთ ვიგრძნო.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.18	0.55	1	3	2.75	0.045 3
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.52	1.00	1	4		
	რინოფიმა	4	1.00	0.00	1	1		
	ოკულარული	13	2.00	1.15	1	4		
	სულ	13 8	1.48	0.95	1	4		
ვეფუები და ვეჩვევი იმ აზრს, რომ ეს მოხდა	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.39	1.23	1	4	0.08	0.972 4
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.27	1.22	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.25	1.26	1	4		
	ოკულარული	13	2.31	1.18	1	4		
	სულ	13 8	2.30	1.20	1	4		
ვსაუბრობ სხვებთან, რადგან უფრო მეტად გავერკვე სიტუაციაში.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.64	1.34	1	4	0.48	0.696 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.68	1.26	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.00	2	4		
	ოკულარული	13	2.23	1.30	1	4		
	სულ	13 8	2.62	1.27	1	4		

ვცდილობ გამიტაცოს ფიქრებმა საქმეებმა.	არ სხვა და	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.93	1.15	1	4	1.76	0.157 8
		პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.42	1.16	1	4		
		ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
		ოკულარული	13	1.92	1.12	1	4		
		სულ	13 8	2.28	1.17	1	4		
ვიწყებ ოცნებას სხვა რამეზე		ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.00	1.02	1	4	0.91	0.436 3
		პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.80	0.95	1	4		
		ფიმატოზური	4	2.50	1.00	2	4		
		ოკულარული	13	1.85	0.99	1	4		
		სულ	13 8	1.86	0.97	1	4		
ცუდ ხასიათზე ვდგები, როცა ვაცნობიერებ მომხდარ ფაქტს.		ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	3.11	1.13	1	4	1.18	0.318 2
		პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.69	1.08	1	4		
		ფიმატოზური	4	2.75	0.96	2	4		
		ოკულარული	13	3.00	1.22	1	4		
		სულ	13 8	2.80	1.11	1	4		

ვეძებ ღმერთის დახმარებას	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.29	1.27	1	4	2.57	0.057 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.99	1.25	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.50	1.00	2	4		
	ოკულარული	13	1.77	0.73	1	3		
	სულ	13 8	2.07	1.23	1	4		
ვადგენ მოქმედების გეგმებს	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.89	1.07	1	4	0.55	0.647 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.70	1.16	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.25	1.26	1	4		
	ოკულარული	13	2.54	1.20	1	4		
	სულ	13 8	2.71	1.14	1	4		
ვხუმრობ ამაზე	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.18	1.16	1	4	0.94	0.424 4
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.38	1.22	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.50	1.00	1	3		
	ოკულარული	13	2.54	1.39	1	4		
	სულ	13 8	2.33	1.22	1	4		
ვღებულობ მომხდარ ფაქტს, შეცვლა შეუძლებელია	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.32	1.39	1	4	0.00	0.999 6

	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.30	1.28	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.25	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	2.31	1.49	1	4		
	სულ	13 8	2.30	1.31	1	4		
თავს ვიკავენ, არაფერს ვაკეთებ, ვიდრე შესაბამისი სიტუაცია ნებას არ დამრთავს	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.29	1.27	1	4	0.11	0.955 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.33	1.25	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.00	1.41	1	4		
	ოკულარული	13	2.38	1.33	1	4		
	სულ	13 8	2.32	1.25	1	4		
ვცდილობ მივიღო სულიერი მხარდაჭერა მეგობრებისგან და ნათესავებისგან	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	3.18	1.06	1	4	1.53	0.210 8
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.80	1.29	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	1.41	1	4		
	ოკულარული	13	2.31	1.32	1	4		
	სულ	13 8	2.83	1.26	1	4		

თავს ვანებზე მიზნის მიღწევის მცდელობას	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.07	1.21	1	4	0.79	0.503 6
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.74	1.00	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	2.00	1.22	1	4		
	სულ	13 8	1.83	1.08	1	4		
ვაკეთებ რაღაცას, რაც პრობლემის მოცილებაში დამეხმარება	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.89	1.26	1	4	2.34	0.076 6
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.53	1.32	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	1.85	1.14	1	4		
	სულ	13 8	2.56	1.31	1	4		
ვცდილობ დავივიწყო საკუთარი თავი ალკოჰოლით ან წამლების (ნარკოტიკების) მიღებით	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.43	0.88	1	4	0.47	0.702 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.53	1.01	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.00	0.00	1	1		
	ოკულარული	13	1.62	1.19	1	4		

	სულ	13 8	1.50	0.98	1	4		
არ მინდა ვიფიქრო, რომ ეს მოხდა	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.61	1.20	0	4	0.68	0.564 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.89	1.25	0	4		
	ფიმატოზური	4	1.25	1.26	0	3		
	ოკულარული	13	1.69	1.38	0	4		
	სულ	13 8	1.80	1.24	0	4		
თავს უფლებას ვამლევ, რომ გამოვამჟღავნო გრძნობები	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.46	1.23	1	4	0.47	0.707 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.49	1.21	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	0.50	1	2		
	ოკულარული	13	2.46	1.51	1	4		
	სულ	13 8	2.46	1.23	1	4		
ვცდილობ დავინახო ეს დადებითი კუთხით, რათა უფრო პოზიტიური გამოჩნდეს	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.64	1.31	1	4	2.10	0.103 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.99	1.25	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.50	3	4		
	ოკულარული	13	2.15	1.34	1	4		

	სულ	13 8	2.85	1.27	1	4		
ვსაუბრობ ვინმესთან, ვისაც შეუძლია რაიმე კონკრეტული გააკეთოს ამასთან დაკავშირებით	ერთიემულ-ტელეანგიექტაზიური	28	2.75	1.32	1	4	0.47	0.701 1
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	2.88	1.23	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.54	1.33	1	4		
	სულ	13 8	2.83	1.25	1	4		
მძინავს ჩვეულებრივზე მეტად	ერთიემულ-ტელეანგიექტაზიური	28	2.00	1.28	1	4	0.22	0.881 0
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	1.92	1.12	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.25	0.50	2	3		
	ოკულარული	13	1.77	1.24	1	4		
	სულ	13 8	1.93	1.14	1	4		
ვცდილობ მოვნახო ქცევის სტრატეგია	ერთიემულ-ტელეანგიექტაზიური	28	2.82	1.19	1	4	1.72	0.165 9
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	2.45	1.18	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	1.15	2	4		
	ოკულარული	13	2.00	1.29	1	4		

	სულ	13 8	2.50	1.20	1	4		
კონცენტრირებული ვარ ამ პრობლემის დაძლევაზე.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.57	1.17	1	4	2.01	0.114 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.33	1.23	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.00	1	3		
	ოკულარული	13	1.62	0.77	1	3		
	სულ	13 8	2.32	1.19	1	4		
მივიღებ თანაგრძნობას იმ ადამიანებისგან, ვისაც ესმით ჩემი	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.82	1.25	1	4	0.84	0.473 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.63	1.29	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.50	0.58	3	4		
	ოკულარული	13	2.46	1.27	1	4		
	სულ	13 8	2.68	1.27	1	4		
ვსვამ ალკოჰოლს და ვიღებ წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ არ ვიფიქრო ამაზე	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.36	0.73	1	3	0.46	0.708 8
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.26	0.62	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.25	0.50	1	2		
	ოკულარული	13	1.46	0.78	1	3		

	სულ	13 8	1.30	0.66	1	4		
ვლადიკოვ, ვსეოლოზი ამაზე	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.86	1.11	1	4	0.36	0.781 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.89	1.17	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.50	1.00	1	3		
	ოკულარული	13	1.62	0.77	1	3		
	სულ	13 8	1.85	1.12	1	4		
მიზნის მიღწევის ყოველგვარ მცდელობას თავს ვანებებ	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.89	1.07	1	4	1.13	0.339 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.89	1.19	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.25	0.50	1	2		
	ოკულარული	13	2.38	1.39	1	4		
	სულ	13 8	1.92	1.18	1	4		
ვეძებ რაიმე კარგს იმაში, რაც მოხდა.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.32	1.44	1	4	1.52	0.211 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.60	1.32	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	0.96	1	3		
	ოკულარული	13	1.92	1.32	1	4		
	სულ	13 8	2.46	1.35	1	4		

ვფიქრობ, თუ როგორ შეიძლება პრობლემის საუკეთესოდ გადაჭრა.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.82	1.28	1	4	2.25	0.085 6
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.70	1.20	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	1.41	1	4		
	ოკულარული	13	1.85	1.14	1	4		
	სულ	13 8	2.65	1.23	1	4		
ვცდილობ ხალხს თავი ისე მოვაჩვენო, თითქოს არაფერი მომხდარა.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.29	1.08	1	4	0.24	0.867 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.31	1.27	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.75	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.15	1.34	1	4		
	სულ	13 8	2.30	1.22	1	4		
ვცდილობ არ გავაუარესო საქმე ნაჩქარევი ქმედებით.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.75	1.24	1	4	2.14	0.098 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.32	1.25	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.50	3	4		
	ოკულარული	13	1.92	1.26	1	4		
	სულ	13 8	2.40	1.25	1	4		

ყველანაირად ვცდილობ ჩემს მცდელობებსა და ძალისხმევას სხვა რამემ ხელი არ შეუშალოს.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.50	1.14	1	4	0.43	0.734 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.44	1.24	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.00	0.82	2	4		
	ოკულარული	13	2.23	1.36	1	4		
	სულ	13 8	2.45	1.21	1	4		
მივდივარ კინოში ან ვუყურებ ტელევიზორს, რათა ნაკლებად ვიფიქრო ამაზე.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.32	1.06	1	4	6.73	0.000 3
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.03	0.96	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	1.15	0.55	1	3		
	სულ	13 8	2.04	1.01	1	4		
რეალობად ვღებულობ მომხდარ ფაქტს.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	3.07	1.09	1	4	5.97	0.000 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.47	1.26	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.50	1.00	2	4		
	ოკულარული	13	1.54	0.78	1	3		

	სულ	13 8	2.54	1.24	1	4		
რჩევას ვეკითხები ადამიანებს, ვისაც მსგავსი სიტუაცია ჰქონიათ, თუ რა გააკეთეს მათ.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.86	1.11	1	4	3.55	0.016 3
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.66	1.08	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.50	0.58	3	4		
	ოკულარული	13	1.85	1.14	1	4		
	სულ	13 8	2.64	1.11	1	4		
დიდი ემოციური სტრესის დროს ძლიერად გამოვხატავ გრძნობებს, განცდებს.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	3.25	1.24	1	4	1.25	0.294 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.91	1.20	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
	ოკულარული	13	2.54	1.33	1	4		
	სულ	13 8	2.93	1.23	1	4		
მივმართავ პირდაპირ ქმედებებს პრობლემის გადასაჭრელად.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.54	1.20	1	4	1.32	0.272 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.87	1.13	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.38	1.33	1	4		

	სულ	13 8	2.77	1.17	1	4		
ვცდილობ შვების პოვნას საკუთარ ადმსარებლობაში.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.07	1.25	1	4	1.67	0.175 4
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.52	1.28	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.96	2	4		
	ოკულარული	13	2.15	1.14	1	4		
	სულ	13 8	2.41	1.27	1	4		
ვაიძულებ თავს, რომ დაველოდო შესაფერის დროს, როცა შეიძლება რაიმე გაკეთდეს.	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.36	1.10	1	4	1.03	0.382 9
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.58	1.32	1	4		
	ფიმატოზური	4	3.25	0.50	3	4		
	ოკულარული	13	2.15	1.34	1	4		
	სულ	13 8	2.51	1.27	1	4		
ვერთობი სიტუაციით	ერთეულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.89	1.17	1	4	0.42	0.739 6
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.77	1.12	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.25	0.50	1	2		
	ოკულარული	13	1.69	1.11	1	4		

	სულ	13 8	1.78	1.11	1	4		
ნაკლებ ძალისხმევას მივმართავ პრობლემის გადასაჭრელად.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.96	0.92	1	4	1.91	0.131 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.94	0.91	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.50	1.00	1	3		
	ოკულარული	13	2.54	1.27	1	4		
	სულ	13 8	1.99	0.96	1	4		
ვსაუბრობ სხვებთან იმაზე, თუ როგორ ვგრძნობ თავს.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.79	1.03	1	4	0.61	0.608 0
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.63	1.09	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.00	0.82	1	3		
	ოკულარული	13	2.62	1.39	1	4		
	სულ	13 8	2.64	1.10	1	4		
მივმართავ ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს, რაც მეხმარება ამის უფრო იოლად დამღევაში.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	1.21	0.50	1	3	1.74	0.161 2
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.48	1.00	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.00	0.00	1	1		
	ოკულარული	13	1.85	1.21	1	4		

	სულ	13 8	1.45	0.94	1	4		
ვსწავლობ ცხოვრებას პრობლემასთან ერთად.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.57	1.17	1	4	0.39	0.760 7
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.39	1.16	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.00	1.15	1	3		
	ოკულარული	13	2.31	1.18	1	4		
	სულ	13 8	2.41	1.16	1	4		
გვერდზე ვდებ სხვა საქმეებს, რომ ამაზე კონცენტრირება მოვახდინო.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.14	0.97	1	4	0.99	0.401 5
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	1.94	0.96	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	0.96	1	3		
	ოკულარული	13	1.62	0.77	1	3		
	სულ	13 8	1.94	0.95	1	4		
ბევრს ვფიქრობ იმაზე, თუ რა ნაბიჯი გადავდგა.	ერიტემულ- ტელეანგიექტაზი ური	28	2.71	1.24	1	4	0.64	0.591 1
	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.48	1.29	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.75	1.26	1	4		
	ოკულარული	13	2.15	1.21	1	4		
	სულ	13 8	2.51	1.27	1	4		

ისე ვიქცევი, თითქოს არც მომხდარა.	ერთეულ-ტელეანგიექტაზური	28	1.82	0.94	1	4	2.38	0.0726
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	2.24	1.20	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.00	1.41	1	4		
	ოკულარული	13	2.85	1.28	1	4		
	სულ	138	2.20	1.18	1	4		
ეტაპობრივად ვაკეთებ იმას, რაც უნდა გაკეთდეს.	ერთეულ-ტელეანგიექტაზური	28	2.61	1.29	1	4	1.64	0.1832
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	3.02	1.28	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.75	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	2.31	1.38	1	4		
	სულ	138	2.86	1.30	1	4		
მიღებული გამოცდილებიდან რაღაცას ვსწავლობ.	ერთეულ-ტელეანგიექტაზური	28	2.82	1.42	1	4	1.65	0.1803
	პაპულურ-პუსტულოზური	93	3.05	1.31	1	4		
	ფიმატოზური	4	2.50	1.29	1	4		
	ოკულარული	13	2.23	1.30	1	4		
	სულ	138	2.91	1.34	1	4		
ჩვეულებრივზე უფრო მეტს ვლოცულობ	ერთეულ-ტელეანგიექტაზური	28	1.79	1.10	1	4	0.55	0.6523

	პაპულურ- პუსტულოზური	93	2.02	1.16	1	4		
	ფიმატოზური	4	1.75	1.50	1	4		
	ოკულარული	13	2.23	1.30	1	4		