

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ირმა ბუჩუკური

ატოპიური დერმატიტის გავლენა ავადმყოფი ბავშვისა
და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე

14.00.11 - კანისა და ვენერული სნეულებანი

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

წარმოდგენილი მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო
ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი:

თინა ქიტუაშვილი,
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

თბილისი
2006 წ.

სარჩევი

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებები.

შესავალი.

თავი I.

ლიტერატურის მიმოხილვა.

1.1 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლები, დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები.

1.2 ატოპიური დერმატიტის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის თანამედროვე ასპექტები.

1.3 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის შეფასების თავისებურებები.

1.4 დაძლევის სტრატეგიის თანამედროვე თეორიები.

თავი II.

კვლევის მასალა და მეთოდები.

თავი III.

კვლევის შედეგები და მათი განხილვა.

3.1 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა კლინიკური დახასიათება .

3.2 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის და ოჯახზე დერმატიტის გავლენის შესწავლის შედეგები.

3.3 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა მშობლების დაძლევის სტრატეგიის შესწავლის შედეგები .

თავი IV.

კვლევის შედეგების განსჯა.

დასკვნები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები.
გამოყენებული ლიტერატურის სია.

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებები

- AD – Atopic Dermatitis – ატოპიური დერმატიტი;
- SCORAD – Severity Scoring Atopic Dermatitis –
ატოპიური დერმატიტის სიმძიმის ინდექსი;
- DLQI – Dermatology Life Quality Index –
დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსი;
- QoL – Quality of Life – ცხოვრების ხარისხი;
- IDQOL – Infant’s Dermatitis Quality of Life Index –
ადრეული ასაკის ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების
ხარისხის ინდექსი;
- CDQOL – Child’s Dermatitis Quality of Life Index –
ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების ხარისხის ინდექსი;
- DFIQ – Dermatitis Family Impact Questionnaire –
ოჯახზე დერმატიტის გავლენის კითხვარი;

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

პრობლემის აქტუალობა. ატოპიური დერმატიტი ქრონიკული ალერგიული დაავადებაა, რომელიც უვითარდებათ ატოპიისადმი გენეტიკურად განწყობილ პირებს. ევროპისა და ამერიკის სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით იგი ვლინდება 11 წლამდე ასაკის ბავშვთა 5-20%-ში ერთხელ მაინც (Fennessy M, Copland S, 2000). დაავადება ყველაზე ხშირად იწყება ბავშვთა ადრეულ ასაკში, შემთხვევათა 90%-ში ვლინდება სიცოცხლის პირველ ხუთ წელიწადში – ფსიქოსოციალური განვითარებისათვის ყველაზე კრიტიკულ პერიოდში (Paradis M, 2004).

ატოპიური დერმატიტი მწვავე სამედიცინო პრობლემაა არა მხოლოდ მისი ფართოდ გავრცელების გამო, არამედ იმიტომაც, რომ იგი იწყება ადრეულ ასაკში, სწრაფად იძენს ქრონიკულ ხასიათს, იწვევს სოციალური ადაპტაციის დაქვეითებას და უუნარობას (Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RI, 2002).

თანამედროვე შეხედულებით დაავადება განიხილება როგორც ბიოლოგიურ და სოციალურ პროცესებს შორის ადაპტაციის მოშლა (დეზადაპტაცია), დისჰარმონია, რაც გამოწვეულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ორგანიზმის გადატვირთვით. დამცველობით–შემგუებლობითი მექანიზმების მოშლა იწვევს ორგანიზმის სტრუქტურულ და ფუნქციურ დარღვევებს, უპირველეს ყოვლისა, ნეიროენდოკრინულ და იმუნურ სისტემებში, რაც ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენს ქრონიკული დაავადების განვითარების პათოგენეზურ საფუძველს. ამრიგად, სტრესი გამოფიტვის ფაზაში რეალიზდება დერმატოზების კლინიკურ სიმპტომებად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ჯანმრთელობას განმარტავს, როგორც ადამიანის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას და არა მხოლოდ დაავადებათა და ფიზიკურ ნაკლოვანებათა არარსებობას, ამიტომ ავადმყოფის წარმატებული მკურნალობა არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ ფიზიკური მდგომარეობის აღდგენითა და შენარჩუნებით ფსიქო-სოციალური ასპექტების გათვალისწინების გარეშე. ავადმყოფის ფიზიკური, ემოციური და სოციალური სტატუსის დამატებით შეფასებისათვის გამოიყენება ცხოვრების ხარისხის შესწავლა (Paradis M, 2004).

ცხოვრების ხარისხი არის ადამიანის კომფორტულობის ხარისხი როგორც შინაგანად, ასევე მთელი საზოგადოების ფარგლებში (ნ.ი. სენკევიჩი). იგი კომპლექსური ცნებაა, რომელიც მოიცავს ეკონომიკურ, ფსიქო-სოციალურ და სამედიცინო ასპექტებს. კლინიცისტები ყოველთვის აღნიშნავდნენ კანის დაავადებათა ნეგატიურ ზეგავლენას ადამიანის ცხოვრებაზე, მაგრამ არც ისე დიდი ხანია, რაც გაცნობიერებული იქნა, რომ ცხოვრების ხარისხის შეფასება წარმოადგენს დერმატოლოგიური ავადმყოფის მართვის ნაწილს (Jemec GB, Wulf HC, 1996).

ცხოვრების ხარისხის პარამეტრების გაზომვა კანის დაავადების მქონე პაციენტებში აუცილებელია დაავადების სიმძიმისა და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისათვის, ინდივიდუალური თერაპიის შესარჩევად, როგორც დამატებითი კრიტერიუმი, ახალი თერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად, ავადმყოფზე ორიენტირებული კვლევის უზრუნველყოფისათვის, დერმატოლოგიური სამსახურის ეფექტურობის შესაფასებლად,

დერმატოლოგიის განვითარების სტრატეგიულ მიმართულებათა დასადგენად (Lorette G , 2000).

ცხოვრების ხარისხის გაზომვა გულისხმობს ავადმყოფის მიერ თავისი ფიზიკური, ფსიქიკური, სოციალური და ეკონომიკური კეთილდღეობის შეფასებას.

ატოპიური დერმატიტი გარკვეულად მოქმედებს ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხზე. იგი აზიანებს არა მხოლოდ ბავშვის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, არამედ მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც თვით ავადმყოფის, ასევე მისი ოჯახის წევრების ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობაზე. კერძოდ, იგი ითხოვს დიეტური კვების აუცილებლობას, ტანსაცმლის განსაზღვრულ არჩევანს, შეზღუდულ ტემპერატურულ რეჟიმს, კოსმეტიკურ საშუალებებზე უარის თქმას, დასვენების განსაკუთრებული პირობების აუცილებლობას და კანის მდგომარეობით გამოწვეული უხერხულობისა და დათრგუნვის გამო პიროვნებათა შორის კონტაქტების შეზღუდვას (Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RI, 2002). ამასთან, რემისიის პერიოდის ხანგრძლივობა და რეციდივების სიხშირე მნიშვნელოვნად განისაზღვრება ტრიგერებისაგან (ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური) თავის არიდების სწორი ტაქტიკით, რომლის ფორმირებაც მთლიანად არის დამოკიდებული მკურნალ ექიმსა და ბავშვის მშობელზე. ამდენად მშობლის ინფორმირებულობა და დაავადებისადმი სწორი დამოკიდებულების ჩამოყალიბება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს (Balkrishanan R, Housman TS, Grummer S, Rapp SR, Jan Clarke RN, Steven R, 2003).

ყოველივე ამის გათვალისწინებით უზარმაზარი მნიშვნელობა ენიჭება მშობლის მიერ კრიზისული სიტუაციის დაძლევის

სტრატეგიას. როცა დაძლევის სტრატეგია სწორადაა მიმართული, მშობელი უკეთ ეხმარება დაავადებულ ბავშვს ფიზიკურ და ფსიქო-ემოციურ რეაბილიტაციაში, რაც შესაძლებლობას იძლევა უკეთ ვმართოთ მკურნალობისა და რემისიის პერიოდი (Lazarus RS, 1991).

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანი იყო ატოპიური დერმატიტის მკურნალობის ოპტიმიზაცია დაავადებული ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხისა და მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით. ამ მიზნის განსახორციელებლად დასახული იყო შემდეგი ამოცანები:

- კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში 2000-2005წწ დიაგნოსტირებული ატოპიური დერმატიტის შემთხვევათა ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლების შესწავლა.
- ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის შესწავლა და მისი დაავადების სიმძიმეზე დამოკიდებულების რაოდენობრივი და თვისობრივი განსაზღვრა.
- მშობლების დაძლევის სტრატეგიის განსაზღვრა და მისი სხვადასხვა ფორმების კორელაციური თავისებურებების დადგენა დაავადების სიმძიმესა, ავადმყოფი ბავშვის და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხთან.
- ავადმყოფი ბავშვის მშობლისათვის ინდივიდუალური საგანმანათლებლო კურსის შემუშავება მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით.
- სწავლების ეფექტურობის შეფასება ავადმყოფი ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრით.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

- საქართველოში პირველად იქნა შესწავლილი ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვებისა და მათი მშობლების ფსიქოემოციური მახასიათებლები.
- შესწავლილი იქნა ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების ცხოვრების ხარისხი და მასზე დაავადების სიმძიმის გავლენა.
- შესწავლილი იქნა ატოპიური დერმატიტის გავლენა ავადმყოფი ბავშვის მომვლელისა და ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე.
- დადგენილია მშობლის დამლევის სტრატეგიის გავლენა დაავადებული ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე.
- დადგენილია კორელაციური თავისებურებები დაავადების სიმძიმესა, ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხსა და მშობლის დამლევის სტრატეგიის ფორმებს შორის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში.
- ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლებისთვის შემუშავებულია სპეციალური სასწავლო კურსი მშობლის დამლევის სტრატეგიის მონაცემების გათვალისწინებით.

შრომის პრაქტიკული ღირებულება

კვლევის მონაცემები დერმატოლოგებს, ალერგოლოგებს, პედიატრებს და ოჯახის ექიმებს დაეხმარება ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მკურნალობისას მშობლის დაძლევის სტრატეგიის, ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრებაზე დაავადების გავლენის გათვალისწინებით ეფექტურად გადაწყვიტონ შემდეგი ამოცანები:

- მკურნალობის ოპტიმალური კურსის შემუშავება დაავადებული ბავშვის ქცევითი თავისებურებებისა და მშობლის დაავადებისადმი დამოკიდებულების გათვალისწინებით.
- ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლებისთვის სპეციალური სასწავლო კურსის შემუშავება მშობლის დაძლევის სტრატეგიის მონაცემების გათვალისწინებით, რაც მნიშვნელოვნად გაზრდის მკურნალობის ეფექტურობას.
- კონკრეტულ შემთხვევაში მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით რეციდივებს შორის პერიოდის მართვა და რეციდივების გაიშვიათება.
- ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრის გზით ავადმყოფზე ორიენტირებული კვლევის უზრუნველყოფა ატოპიური დერმატიტის დროს და თერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად დამატებითი კრიტერიუმების შემუშავება.

გამოკვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა

ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები დანერგილია სს კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში, საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის კანისა და ვენსნეულებათა კათედრაზე სტუდენტებისა და ექიმების მომზადების პროცესში.

ნაშრომის აპრობაცია

დისერტაციის ძირითადი დებულებები მოხსენებულია მედიკოსთა XIX საერთაშორისო სკოლა-კონფერენციაზე „კლინიკური და ექსპერიმენტული მედიცინა“ (ბაკურიანი, 2006 წელი), მედიკოსთა XX საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ სკოლა-კონფერენციაზე „კლინიკური და ექსპერიმენტული მედიცინა“ (ქობულეთი, 2006 წელი). ნაშრომის აპრობაცია შედგა სს კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს გაფართოებულ სხდომაზე 15.05.06 (ოქმი №8).

პუბლიკაციები

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 5 სამეცნიერო ნაშრომი.

დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა.

სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდ 107 გვერდს, შეიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, კვლევის

მასალებისა და მეთოდების აღწერას, კვლევის შედეგებსა და მათ განხილვას, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს და გამოყენებული ლიტერატურის სიას. დისერტაცია ილუსტრირებულია 7 გრაფიკით, 12 ცხრილით, 3 სურათით და 12 სქემით. ლიტერატურის სია მოიცავს 166 ნაშრომს.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ შრომათა სია

1. ი. ბუჩუკური, თ. ქიტუაშვილი - ატოპიური დერმატიტის ეპიდემიოლოგია და კლინიკური მახასიათებლები. «საქართველოს სამედიცინო მოამბე». №1, 2006წ, გვ. 102-105.
2. ი. ბუჩუკური, თ. ქიტუაშვილი, დ. ზურაბაშვილი, ხ. მარწყვიშვილი - ატოპიური დერმატიტის გავლენა ავადმყოფთა და მათი მშობლების ცხოვრების ხარისხზე. «ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა», №4 (29), 2006წ, გვ. 87-89.
3. ი. ბუჩუკური, თ. ქიტუაშვილი - ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხი, «ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა», №5 (30), 2006წ, გვ.81-86.
4. T.Kituashvili, I.Buchukuri, M.Inozemceva, G. Galdava. – Hydrocortizone-17-butirate (Latikort) -Essential Drug to Treatment of Atopic Dermatitis in Children J. South Caucasian Dermatology and Venereology, Issue №1(2), 2006. p.75-77.
5. Т.А.Китуашвили, Г. М. Твалиашвили, И. В. Бучукури, М. К. Иноземцева, Х. Т. Гурчумалидзе – Влияние тяжести атопического

дерматита на качество жизни больного ребенка - „Аллергология и Иммунология“ т.7,№5. стр.638- 639.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1 ატოპიური დერმატიტით ავადობის მდგომარეობა, დაავადებულთა კლინიკური მახასიათებლები და მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმები

ატოპიური დერმატიტი ერთერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში. ატოპიური დერმატიტით ავადობის მაჩვენებლები ეკონომიურად განვითარებულ ქვეყნებში ძალზე მაღალია და ბავშვებში ის მერყეობს 10%-დან 28%-მდე. ალერგიულ დაავადებათა სტრუქტურაში მისი ხვედრითი წილი 50-75%-ს შეადგენს(1, 2, 5, 6). უკანასკნელი სამი ათწლეულის მანძილზე აღინიშნა დაავადების სიხშირის მკვეთრი ზრდა, რასაც ადასტურებს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებსა და სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული უამრავი გამოკვლევა. Williams – ის მონაცემებით ამჟამად განვითარებულ ქვეყნებში 11 წლამდე ასაკის ბავშვთა 5-დან 20%- მდე დაავადებულია ატოპიური დერმატიტით(21, 24, 119, 121), Ninan და Russel აღნიშნავენ, რომ 8-13 წლის ასაკის ბავშვთა შორის ეს მაჩვენებელი შეადგენს 12% -ს(91, 101). ევროპის, აზიის, აფრიკის, ამერიკის და ავსტრალიის 155 კლინიკურ ცენტრში ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood)–ის პროგრამით 1993-94წ. ჩატარებულმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ატოპიური დერმატიტის გავრცელება მერყეობს 1%-დან 46%-მდე. კერძოდ, ბავშვთა ასაკში ავადობა ირანში 2%-ის ფარგლებშია, იაპონიაში -16%, ალბანეთში -1%, რუსეთში -5,9% (12, 17, 37, 121). მართალია ISAAC-ის მონაცემები ბოლომდე სარწმუნო არ არის, მაგრამ ამ საერთაშორისო გამოკვლევამ კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ ატოპიური დერმატიტი წარმოადგენს გლობალურ პრობლემას

არა მხოლოდ ცალკეულ ქვეყნებში, არამედ მთელ მსოფლიოში (Williams H.C., Robertson C, Stevart A, et al. Allergy Clin. Immunol. 1999, v.103, p. 125-138), თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყნების მიხედვით ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები მკვეთრად განსხვავდება, რაც ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარების ერთიანი მეთოდის არარსებობის შედეგია.

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით მსოფლიო მოსახლეობის 5-10% დაავადებულია ატოპიური დერმატიტით. იგი მთელი დერმატოზების 5-30%-ს შეადგენს (5), ხოლო ბავშვთა დერმატოზების 20 - 66%-ს (17, 59, 151). ატოპიურ დერმატიტზე მოდის საერთო პროფილის ექიმთან კონსულტირებული პაციენტების 30% (90). ეკოლოგიურად არასასურველ რეგიონებში ეს მაჩვენებლები კიდევ უფრო მაღალია.

ძნელია მოიძებნოს სხვა დაავადება, რომელიც ისე მდიდარი იქნება სინონიმური სახელწოდებებით, როგორც ატოპიური დერმატიტი. Besnier მას დიათეზური პრურიგოს ეგზემატოზურ-ლიქენოიდურ ფორმას უწოდებდა (1898წ.) , Brocq - ჰებრას პრურიგოს (1892 წ.), Sabouraud პრურიგო-ასთმას (1911წ.). 1902 წ.-ს Brocq-მა შემოიღო ტერმინი „ დიფუზური ნეიროდერმიტი“ , რომელიც დიდი ხნის მანძილზე შემორჩა ამ დაავადებას. Coca და Sulzbergeri მას ატოპიურ ეგზემატოიდად მოიხსენიებდნენ (1971წ.), Darier ჩვეულებრივ პრურიგოდ (1971 წ.), Vidali - პოლიმორფულ ლიქენად (1886წ.), Hebra - ლიქენოიდურ ეგზემად (1876წ.), Devergie - ეგზემატოზურ ლიქენად (1857წ.), Hill(1934წ.) Ormsby, Montgomery(1957წ.) მას ატოპიურ ეგზემას უწოდებდნენ. 70-იან წლებში გამოიყენებოდა დაავადების 12 სინონიმზე მეტი, 1990წ. K.H.Сyвopova и

coавт. მიერ ლიტერატურაში დაფიქსირებულ იქნა 100 ტერმინი, რომელიც იხმარებოდა ატოპიური დერმატიტის აღსანიშნავად.

გასული საუკუნის 20-30 –ან წლებში მეცნიერთა ყურადღება მიიპყრო ბრონქიალური ასთმით, პოლინოზით და კანის ქავილით მიმდინარე დერმატოზით დაავადებულთა ზემგრძნობელობის კონცეფციამ (Coca, Cooke, 1923; Sulzberger, 1933). Coca და Cook-მა (1923წ.) შემოიტანეს ატოპიური ზემგრძნობელობის ცნება და ივარაუდეს მისი მემკვიდრეობითი ხასიათი.

1933წ.-ს Wiese და Sulzberger-ს მიერ მოწოდებული იყო ტერმინი „ატოპიური დერმატიტი“ (ბერძნულად atopi –“უცხო”, “უცნაური”, “არაბუნებრივი”). ამ ტერმინით ისინი აღნიშნავდნენ კანის დაზიანების ფორმას, რომლისთვისაც დამახსიათებელია სხვადასხვა გამლიზინებლებისადმი (ალერგენები) კანის აწეული მგრძნობელობა, სისხლძარღვთა კედლის განვლადობის მატება, რეციდივებისადმი მიდრეკილება, სხვა ატოპიურ დაავადებებთან (უფრო ხშირად სასუნთქი გზების) შეჭიდულობა, ოჯახში ანალოგიურ დაავადებათა არსებობა.

ლიტერატურაში გამოჩნდა ტერმინები „ატოპია“, „ატოპიური პროცესი“, და სხვ. სახელწოდებანი „ბავშვთა ეგზემა“, „დიფუზური ნეიროდერმიტი“, „კონსტიტუციური ნეიროდერმიტი“, „ბენიეს დიათეზური პრურიგო“, „ექსუდაციური დიათეზი“, „ალერგიული დიათეზი“, „ენდოგენური ეგზემა“ შეიცვალა ტერმინები „ატოპიური ეგზემა“, „ატოპიური სინდრომი“, „ატოპიური ნეიროდერმიტი“, „ატოპიური დერმატიტი“.

ატოპიური დერმატიტის კლასიფიკაციის საკითხები, დაავადების თანამედროვე განმარტება, მორფოლოგიურ, ფუნქციურ და

კლინიკურ-ლაბორატორიულ თავისებურებათა შეფასება, კანის პათოლოგიური პროცესების განვითარებაში იმუნოლოგიური დარღვევების როლის განსაზღვრა, დაავადების პათოგენეზის გათვალისწინებით თერაპიის საკითხებისადმი ახლებური მიდგომა, მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შემუშავება წარმოადგენს ატოპიური დერმატიტის შესწავლის მნიშვნელოვან ასპექტებს.

თანამედროვე განმარტებით, ატოპიური დერმატიტი კანის ალერგიული დაავადებაა, რომელიც უვითარდებათ ატოპიისადმი მემკვიდრული განწყობის მქონე პირებს, იწყება, როგორც წესი, ადრეულ ასაკში, ახასიათებს ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობა, ანთებადი კერების ლოკალიზაციისა და კლინიკურ გამოვლინებათა ასაკობრივი თავისებურებანი, კანის ქავილი და ჰიპერემგრძობელობა, როგორც სხვადასხვა ალერგენების, ასევე არასპეციფიური გამაღიზიანებლების მიმართ (5, 103)

ატოპიური დერმატიტისათვის დამახასიათებელია კანის დაზიანების კლინიკური ფორმების მრავალფეროვნება და მიმდინარეობის სტადიურობა. ატოპიური დერმატიტის მიმდინარეობის პროგნოზირება ძნელია. პაციენტების გარკვეულ ნაწილში დაავადება მთავრდება 15 წლის ასაკში, დანარჩენებს კი (30-40%) შეიძლება გაჰყვეთ მთელი ცხოვრების განმავლობაში. დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობა, რეციდივების სიხშირე და გახანგრძლივება, თერაპიისადმი რეზისტენტობა იწვევს ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას, ხოლო რთულ შემთხვევებში კი სიცოცხლისუნარიანობის შეზღუდვასა და ინვალიდობის განვითარებასაც კი (46, 52).

ატოპიური დერმატიტი მულტიფაქტორული დაავადებაა,

რომლისთვისაც დამახასიათებელია ალერგიისადმი გარკვეული მემკვიდრული განწყობა, რთული იმუნური მექანიზმი და ხშირად რესპირატორული ტრაქტის ლორწოვანი გარსის დაზიანებაც (43, 51, 128).

ასთმისა და კანის ქავილის ასოციაცია პირველად აღწერილი იყო 1607წ - ს ატოპიის აღმომჩენის J.B. Helmont -ის მიერ, თუმცა იგი ამ ტერმინს არ იყენებდა. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით რესპირატორული ალერგიის (ალერგიული რინიტი, ბრონქული ასთმა) განვითარების რისკი გააჩნია ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა 10-60%-ს (40, 49, 104). ხშირად, დაავადება გვხვდება ატოპიის რესპირატორულ გამოვლინებასთან ერთად, კერძოდ, ატოპიურ დერმატიტს თან ახლავს ბრონქული ასთმა და ალერგიული რინიტი. მთელი რიგი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების 10-20%-ს უვითარდება ბრონქული ასთმა ადრეულ ბავშვობაში (54, 68), ხოლო დაავადებულთა 80%-ს შემდგომში უვითარდება რესპირატორული ალერგია (139). ატოპიის განვითარების ეს თანმიმდევრობა, როცა კლინიკური სიმპტომების ნაწილი ქრება და მის მაგივრად ჩნდება ატოპიის სხვა სიმპტომები, ანუ ხდება ატოპიის კლინიკურ გამოვლინებათა ურთიერთჩანაცვლება, ცნობილია ატოპიური მარშის სახელწოდებით.

1980 წ. Hanifin-ის და Rajka-ს მიერ მოწოდებული იქნა (103, 104, 105) ატოპიური დერმატიტის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომელიც ატოპიური დერმატიტის დიაგნოზის დასასმელად ითვალისწინებს 3 ან მეტი აუცილებელი და 3 ან მეტი დამატებით სიმპტომის არსებობას.

გარდა ჰანიფინის და რაჯკას მიერ მოწოდებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებისა, საჭიროა გათვალისწინებული იქნას დაავადების ასაკობრივი პერიოდი, დაავადების სტადია, კანის დაზიანების ფართობი, დაავადების სიმძიმე (5) .

ჰანიფინისა და რაჯკას მიხედვით ატოპიური დერმატიტის დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა:

აბსოლუტური ანუ ძირითადი კრიტერიუმები:

- კანის ქავილი
- გამონაყარის ტიპური მორფოლოგია და ლოკალიზაცია
- ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობა.
- ატოპიური დაავადების ოჯახური ანამნეზი.

დამატებითი კრიტერიუმები:

- ქსეროზი
- ხელის გულების იქთიოზი
- კანის ტესტების ჩატარებისას დაუყოვნებელი ტიპის ალერგიული რეაქცია
- ტერფსა და ხელის მტევანზე პროცესის ლოკალიზაცია
- ჰეილიტი
- ძუძუს თავების ეგზემა
- წინა სუბკაფსულარული კატარაქტა
- დაავადების დაწყება ადრეულ ასაკში
- ფოლიკულური კერატოზი
- სახის სიფერმკრთალე და ზედა ქუთუთოს ჰიპერპიგმენტაცია
- დენი-მორგანის ნიშანი (ქვედა ქუთუთოს დამატებითი ნაკეცი)
- კერატოკონუსი

- მორეციდივე კონიუნქტივიტი
- კანის ხშირი ინფექციები
- ეოზინოფილია პერიფერიულ სისხლში
- სისხლის შრატში საერთო და სპეციფიური Ig E-ს დონის აწევა

შემდგომში დამატებითი სიმტომების ჩამონათვალი გაფართოებული იქნა მრავალი ავტორის მიერ. 1994 წელს J.M. Hanifini და G.Rajka-ს გამოკვლევების საფუძველზე შემუშავებული იქნა სახელმძღვანელო ატოპიური დერმატიტის დიაგნოსტიკისათვის, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელი გახდა ატოპიური დერმატიტის დიაგნოზის დასმა „85% მგრძნობელობისა და 96% სპეციფიურობის“ გათვალისწინებით (Williams H.C. Burney P.G. Hay R.J. et al, 1994; Williams H.C. Burney P.G. Pembroke A.C. et al.1994).

ამგვარად, ატოპიური დერმატიტი განიხილება, როგორც დამახასიათებელი ნიშან-თვისებების მქონე ცალკე ნოზოლოგია, რომლის კლინიკური სურათი განსხვავდება სხვა მსგავსი მიმდინარეობის კანის ნეიროალერგიული დაავადებებისგან (78, 148).

საერთაშორისო ნომენკლატურით დაავადების მიღებული ტერმინებია: „ატოპიური დერმატიტი“, „ატოპიური ეგზემა“, „ატოპიური ნეიროდერმიტი“, „ბენიეს დიათეზური პრურიგო“.

დიაგნოზის დასასმელად და დაავადების დახასიათებისათვის გარდა სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებისა, გამოყოფენ ასაკობრივ ფაზებს ანუ პერიოდებს, მიუთითებენ დაავადების სტადიას, კანის დაზიანების სიმძიმესა და გავრცელებას.

ასაკობრივი პერიოდები:

- ახალშობილთა (2 წლამდე)
- ბავშვთა (2 წლიდან 13 წლამდე)
- მოზარდთა და მოზრდილთა (13 წლიდან ზემოთ)

დაავადების სტადიები

- გამწვავების სტადია (ძლიერ გამოხატული, საშუალო და მსუბუქი კლინიკური გამოვლინების ფაზები)
- რემისის სტადია (არასრული ან სრული რემისია)

დაავადების გავრცელებულობა

- შემოფარგლული, ლოკალური
- გავრცელებული
- დიფუზური

დაავადების სიმძიმე

- მსუბუქი მიმდინარეობის
- საშუალო მიმდინარეობის
- მძიმე მიმდინარეობის

1.2 ატოპიური დერმატიტის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის თანამედროვე ასპექტები

ატოპიური დერმატიტი მულტიფაქტორული დაავადებაა, რომლისთვისაც, უმრავლეს შემთხვევაში, დამახასიათებელია მემკვიდრული განწყობა, ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობა, ეგზემატოიდური და ლიქენოიდური გამონაყარი, კანის უჯრედული იმუნიტეტის ანომალიები, რაც აისახება T- უჯრედული რგოლის დისრეგულაციითა და მრავალი იმუნური და არაიმუნური სტიმულების აწეული მგრძნობელობით (3, 4, 7, 8).

ამჟამად ატოპიური დერმატიტს მიაკუთვნებენ მემკვიდრულ დაავადებებს (10, 13, 15, 16) ატოპიური დერმატიტის პათოგენეზი დაკავშირებულია მემკვიდრეობის პოლიგიენურ სისტემასთან და შესაძლებელია მთავარი გენის არსებობასთან, რაც განაპირობებს კანის დაზიანებას (45, 47, 55). მემკვიდრული განწყობა წარმოადგენს ატოპიური დერმატიტის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან თავისებურებას. ცნობილია, რომ ალერგიული დაავადებების დროს დატვირთული მემკვიდრეობა აღენიშნება პაციენტთა 60-80%. თუ ბავშვს ჰყავს ჯანმრთელი მშობლები, ატოპიური დერმატიტით მისი დაავადების რისკი 10-20%-ს შეადგენს. თუ ატოპიური დერმატიტით დაავადებულია ერთი მშობელი, ბავშვის ავადობის ალბათობა იზრდება და აღწევს 45-55%-ს, ხოლო თუ დაავადებულია ორივე მშობელი, ბავშვის ავადობის ალბათობა აღწევს 60-80%-ს (18, 22, 26).

ატოპიური დერმატიტის განვითარების რისკი ბავშვებში უფრო მაღალია, თუ დაავადებულია ბავშვის დედა (60-70%), მამის დაავადებისას რისკი 18-22%-ია (57,81). თანამედროვე წარმოდგენებით ატოპიური დაავადებებისადმი განწყობას განაპირობებს და

არეგულირებს როგორც მინიმუმ, 20 გენი, რომელთაგან თითოეული ატოპიის გარკვეული ნიშნის კოდის მატარებელია. ეს გენები ლოკალიზებული არიან მე-4, 5, 6, 7, 11, და მე-14 ქრომოსომებზე. (Cookson W., 1996; Daniels S.E. et al., 1996).

W. Cookson(1996)-მა ეს გენები პირობითად დაჰყო შემდეგ ჯგუფებად:

I ჯგუფი – გენები, რომლებიც განსაზღვრავენ ატოპიისადმი საერთო განწყობას (IgE-განპირობებული ანთებითი პროცესების ჩათვლით) და განაპირობებენ საერთო IgE-ს დონის ზრდას.

II ჯგუფი – გენები, რომლებიც მოქმედებენ სპეციფიურ IgE-პასუხზე.

III ჯგუფი – გენები, რომლებიც მოქმედებენ ბრონქულ ჰიპერ-რეაქციაზე ატოპიისაგან დამოუკიდებლად.

IV ჯგუფი – გენები, რომლებიც განსაზღვრავენ არა IgE-განპირობებულ ანთებით პროცესს

ამგვარად, ატოპიის განვითარების საფუძველს წარმოადგენს მემკვიდრეობით მიღებულ გენთა ნაკრები. ატოპია არამარტო IgE განპირობებული ფენომენია, მის განვითარებაში მონაწილეობს არასპეციფიური მექანიზმებიც.

მიუხედავდ იმისა, რომ მემკვიდრული განწყობა ატოპიისა და ატოპიური დერმატიტის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, კლინიკურ სიმპტომებად ამ განწყობის რეალიზება ხდება მხოლოდ შესაბამისი ინდივიდუალური შინაგანი ფაქტორების თანაარსებობისას (33, 34, 35).

ამგვარად, ატოპიური დერმატიტის მემკვიდრეობა სარწმუნოა, თუმცა პასუხისმგებელი გენის არსებობა არ არის ბოლომდე

დასაბუთებული.

არსებობს ატოპიური დერმატიტის განვითარების ეგზოგენური და ენდოგენური რისკ-ფაქტორები. ენდოგენურ ფაქტორი – მემკვიდრული განწყობა ატოპიისადმი, რა თქმა უნდა, გადამწყვეტია ატოპიური დერმატიტის განვითარებაში. ეგზოგენური ფაქტორები იყოფიან უშუალოდ მიზეზობრივ ფაქტორებად — ტრიგერებად და ტრიგერების მოქმედების გამაძლიერებელ ფაქტორებად. ტრიგერი, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ალერგენული (კვებითი, საყოფაცხოვრებო, ეპიდერმალური, მტვრის, ბაქტერიული, სოკოვანი, ვირუსული, ვაქცინური) და არაალერგენული (სტრესი, თამბაქოს ბოლი, პოლუტანტები, კვებითი დანამატები, მეტეოროლოგიური და კლიმატურ-გეოგრაფიული ცვლილებები, აგრეთვე კვების რეჟიმის დარღვევა, საყოფაცხოვრებო პირობები და სხვა) (38, 39, 112). კვებითი ალერგენების მიმართ ჰიპერმგრძობელობა, საკვები პროდუქტების აუტანლობა კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს არა მხოლოდ ატოპიური დერმატიტის გამწვავებით, არამედ მორეციდივე ჭინჭრის ციებით, კვინკეს შეშუპებით, დისპეპსიით, ბრონქული ასთმის შეტევით (70, 76).

ზოგიერთი პროდუქტის (ვაშლი, მარწყვი) საღებავი კომპონენტები, აგრეთვე ჰისტამინით მდიდარი პროდუქტები - შებოლილი საკვები, ფერმენტირებული ყველი, ისპანახი, თევზი და სხვა. წარმოადგენენ ყველაზე უფრო ძლიერ კვებით ჰისტამინოლიბერატორებს ანუ ნივთიერებებს, რომლებიც ახდენენ არასპეციფიური ჰისტამინისა და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გამონთავისუფლების პროცესის სტიმულირებას პოხიერი უჯრედების გრანულებიდან, ჰისტამინის მასიურმა

გამონთავისუფლებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჭინჭრის ციება, ბრონქოსპაზმი და ა.შ. (112). ატოპიური დერმატიტის პათოგენეზის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს აეროალერგენები, როგორცაა ოთახის მტვერი, ოთახის მტვრის ტკიპები, ცხოველების ბეწვი, მტვრიანისებრთა და სოკოსებრთა ალერგენები. მათ მიმართ სენსიბილიზაცია აღენიშნებათ პაციენტების 30-59%-ს. დამტკიცებულია, რომ ოთახის მტვრის ელიმინაციას მივყავართ ატოპიურ დერმატიტის ხანგრძლივი რემისამდე .

კვებითი, საყოფაცხოვრებო და მტვრის ალერგენები, რომელნიც იწვევენ პაციენტის სენსიბილიზაციას, შეიძლება მოხვდეს ორგანიზმში პარენტერალური, ინჰალაციური და კონტაქტური (კანიდან) გზით (149, 152).

ეზოგენურ გამაღიზიანებლებს მიეკუთვნება: ბაქტერიული, ვირუსულ (91, 125), მიკოზური(90, 91), პარაზიტული და პროტოზოული (27, 29) ბუნების ინფექციები. დადგენილია, რომ მიკროორგანიზმები იწვევენ ატოპიური დერმატიტის გამწვავებას და ხელს უწყობენ კანის ანთებადი პროცესის გახანგრძლივებას.

ატოპიურ დერმატიტს ხშირად ახლავს თან პათოლოგიები საჭმლის მომნელებელი სისტემის, თირკმლების, ენდოკრინული სისტემის, ყელ-ყურ-ცხვირის , სასუნთქი სისტემის მხრივ (5, 12, 17). ტრიგერების პროვოცირება შეუძლიათ ირიტანტებს (შალის და სინთეტური ქსოვილები), დეტერგენტებს (საპონი, სარეცხი ფხვნილი და სხვა), ოფლს, თამბაქოს ბოლს და სხვა. მათ მიმართ პაციენტის მაღალი მგრძნობელობის მექანიზმი დაავადების რემისის ფაზაში უცნობია. ვარაუდობენ, რომ იგი განპირობებულია ეპიდერმისის ლიპიდური შემადგენლობის დარღვევით, პოხიერი უჯრედების მიერ

ჰისტამინის ზედმეტი გამონთავისუფლებითა და კანის ლატენტური ანთებადი პროცესებით (14, 57).

ტრიგერების მაპროვოცირებელი ფაქტორია ქალის სასქესო ჰორმონები: მენსტრუაცია, ორსულობა, მენოპაუზა. დადგენილია, რომ ქალებს ატოპიური დერმატიტის გამწვავება აღენიშნებათ პრემენსტრუალურ პერიოდში, ორსულობის დროს (30). როგორც ჩანს, ეს გამწვავება განპირობებულია სასქესო ჰორმონების დონის ცვლილებით სისხლში, რომლებიც განაპირობებენ ცვლილებას ალერგიული ანთებადი პროცესების მიმდინარეობის მხრივ.

თანამედროვე შეხედულებით ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი, რომელიც იწვევს ტრიგერების პროვოცირებას, არის ემოცია: სტრესი, შფოთვა, უიმედობა და სხვა (56).

ატოპიური დერმატიტის პათოგენეზს საფუძვლად უდევს, უპირველეს ყოვლისა, გენეტიკური ფაქტორები – მემკვიდრული განწყობა ალერგიული რეაქციებისა და ატოპიური დაავადებისადმი (3, 5, 51). მემკვიდრული განწყობა წარმოადგენს ორგანიზმის გენეტიკურად განპირობებულ მზადყოფნას, ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების მოჭარბებული გამონთავისუფლებით უპასუხოს მიზეზობრივ ალერგენს.

ერთიანი აზრი ატოპიის მემკვიდრულ ხასიათზე არ არსებობს. ძირითადად მიჩნეულია პოლიგენური მემკვიდრეობითობა, თუმცა აღწერილია სხვადასხვა ვარიანტები: აუტოსომურ-რეცესიული (100), აუტოსომურ-დომინანტური (112). პოლიგენურ კონტროლზე მეტყველებს იმ გენების იდენტიფიკაციის მონაცემები, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ატოპიური დაავადებების განვითარებაზე, მაკროფაგებს, თ-ლიმფოციტების სხვადასხვა სუბპოპულაციებს, B-

ლიმფოციტებს და პოხიერ უჯრედებს შორის ურთიერთქმედებაზე (11, 15, 18).

მკაცრ გენეტიკურ კონტროლზეა IgE-ს ჰიპერსეკრეცია, რაც წარმოადგენს ატოპიური დერმატიტის პათოგენეზში ძირითად რგოლს (24, 25, 26).

ძირითად ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას, რომელიც განაპირობებს ალერგიული რეაქციების კლინიკურ გამოვლინებას, წარმოადგენს ჰისტამინი, მისი მომატებული რაოდენობა წარმოადგენს ქავილის განვითარების ერთ-ერთ მიზეზობრივ ფაქტორს ატოპიისადმი მიდრეკილ პირებში. ამასთან ჰისტამინის აღმოჩენა ხდება კანის არა მხოლოდ დაზიანებული უბნის პლაზმაში, არამედ გარეგნულად დაუზიანებელ კანშიც. დადგენილია, რომ ჰისტამინი მოქმედებს აგრეთვე ანთების პათოქიმიური ფაზის რეგულაციაზე. მას აქვს, ნეიტროფილების ქემოტაქსისის ინჰიბირების უნარი, რომელსაც თვითონ შეუძლია გამოიწვიოს ჰისტამინის გამონთავისუფლება ბაზოფილებიდან (27, 42, 47). ეს იწვევს სისხლძარღვების გაფართოებას, ჰიპერემიას, სისხლძარღვთა კედლების განვლადობის მომატებას, ქსოვილების შეშუპებას, ინფილტრაციას, ექსუდაციას. შესაძლებელია ჰისტამინის ზემოქმედება ატოპიის იმუნურ ფაზაზე IgE-ს პროდუქციის სუპრესიით, თ-ლიმფოციტების პასუხის დაქვეითებით ანტიგენზე და B-ლიმფოციტების დიფერენცირების ინდუქციით (100, 112).

ატოპიური დერმატიტით დაავადებულების სისხლის შრატში აღინიშნება IgE-ს დონის მომატება, რაც დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე (70, 76, 81, 100). კანის ტესტირებული გამოკვლევისას გამოვლინდა გარკვეული ჯგუფი ნივთიერებებისა, რომლებიც იწვევენ

IgE-დამოკიდებული რეაქციების პროვოცირებას. ამ ნივთიერებებს ატოპენები ეწოდებათ (49, 51).

ითვლება, რომ საერთო IgE-ს ჰიპერპროდუქცია ყოველთვის არ თამაშობს პათოგენურ როლს ატოპიური დერმატიტის დროს. მაგ. შინაგანად ჯანმრთელი ადამიანების 15%-ს აღმოაჩნდა IgE-ს ტიტრის მომატება, ხოლო ატოპიური დერმატიტის გამოხატული კლინიკური ნიშნების მქონე პაციენტების 20-50%-ს IgE-ს ტიტრის მომატება არ აღენიშნებოდა.

ატოპიური დერმატიტის დროს მჟღავნდება დისიმუნოგლობულინემია, რომელიც ხასიათდება იმუნოგლობულინების ერთი კლასის შემცველობის მომატებით და სხვა კლასის დაკლებით. აღნიშნულია IgA და IgG-ს დონის შემცირება იმ დროს, როდესაც, ერთის მხრივ, შენარჩუნებულია IgM-ის პროდუქცია და IgE-ს აწეული ოდენობა (18, 35, 38), მეორეს მხრივ, IgG-სა და IgA-ს დონის მომატება პაციენტების გარკვეულ ჯგუფში.

არსებობს მონაცემები ატოპიური დერმატიტის დამოკიდებულობაზე არა მხოლოდ IgA-სა, არამედ IgG-ზე (7, 8, 22, 26). თერმოლაბილურ IgE-საგან განსხვავებით IgG-სენსიბილიზირებადი ანტისხეულები თერმოსტაბილურია, გააჩნიათ პოხიერ უჯრედებზე, მონოციტებზე და ლიმფოციტებზე ნაკლები ფიქსაციის უნარი, აღწევენ პლაცენტარულ ბარიერს და აქვთ ბაზოფილებიდან ჰისტამინის გამოყოფის ინდუცირების უნარი, წარმოქმნიან უფრო წვრილ იმუნურ კომპლექსებს და ამგავრად თამაშობენ გარკვეულ როლს ატოპიური დერმატიტის პათოგენეზებში.

ატოპიის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშნებად ითვლება თ-ლიმფოციტების ჰელპერული აქტივობის დაქვეითება (13, 15, 16), რაც

განაპირობებს ატოპიური დერმატიტის დროს კანის ჰიპერმგრძობელობას ატოპენების მიმართ და კანის ბარიერული ფუნქციის დაქვეითებას პათოგენური და პირობითად პათოგენური ფლორის მიმართ (60, 91).

როგორც ცნობილია, ატოპიური დერმატიტით დაავადებული პაციენტების 90%-ს დაავადება უვითარდებათ პირველი 5 წლის განმავლობაში. იმუნურ პასუხს შორის განსხვავებას, ატოპიურია თუ ნორმალური ტიპის იმუნური რეაქცია, განსაზღვრავს T-უჯრედოვანი სუბპოპულაცია.

ატოპიური დერმატიტის მწვავე ფაზის დროს აღინიშნება Th2 ლიმფოციტების აქტივაციის გაზრდა, რასაც თან ახლავს ინტერლეიკინ- 4, 5, 13 და საერთო IgE-ს დონით მომატება. ამ დროს აღინიშნება გამა-ინტერფერონის პროდუქციის დაქვეითება. ინტერლეიკინ-4 ახდენს გამა-ინტერფერონის პროდუქციის დაქვეითებას და Th1 ტიპის იმუნური პასუხით IgE-ს სინთეზს. გარდა ამისა, ის ახდენს სისხლძარღვოვანი მოლეკულის ადგეზინი-1-ის ექსპრესიის სტიმულაციას, თავის მხრივ ადგეზინ-1-კი ანთებით კერაში ეოზინოფილებისა და მონოციტების მიგრაციას უზრუნველყოფს, ანუ ახდენს უჯრედული ინფლირტაციის სტიმულირებას, რაც დამახასიათებელია ატოპიური რეაქციის ბოლო ფაზის განვითარებისათვის. ინტერლეიკინ-5 ახდენს ეოზინოფილების დიფერენცირებასა და ადჰეზიის ენდოთელისაკენ სტიმულირებას. ამ ციტოკინების თანაფარდობა განსაზღვრავს კანის ანთებადი პროცესების თავისებურებას (38, 39, 44, 45).

ამგვარად, ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა კანის ანთებადი პროცესები განპირობებულია IgE- დამოკიდებული

რეაქციის ადრეული და ნაგვიანევი ფაზებით. პირველი ვითარდება ალერგენისა და IgE მოლეკულის შეერთების პასუხად, რომელიც ფიქსირებულია პოხიერი უჯრედების ზედაპირზე და იწვევს პირველი და მეორე ანთებადი მედიატორების გამონთავისუფლებას. ამ ფაზას მოსდევს IgI - დამოკიდებული რეაქციის ნაგვიანევი ფაზა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია T-ლიმფოციტების ინფილტრაცია. ისინი ახდენენ ინტერლეიკინ 3, 4 და 5-ის სინთეზირებას და არა γ -ინტერფერონისა. ატოპიური დერმატიტის დროს დაზიანებული კანის ადგილებში შეიძლება ძირითადად Th2-ლიმფოციტების აღმოჩენა. შემდეგ ანთებადი პროცესი გადადის ქრონიკულ მიდინარეობაში რომლისთვისაც დამახასიათებელია Th1-ლიმფოციტების აქტივაცია. ვარაუდობენ, რომ ის განპირობებულია ეოზინოფილებისა და მაკროფაგების საშუალებით ინტერლეიკინ 12-ის სინთეზის გაზრდით, რომელიც თავის მხრივ მონაწილეობს Th1-ის უჯრედების განვითარებაში.

1.3. ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ცხოვრების

ხარისხის შეფასების თავისებურებები

XX საუკუნის II ნახევარში მოხდა ქრონიკული დერმატოზების ხვედრითი წილის ზრდა კანის დაავადებათა ზოგად სტრუქტურაში, რაც დაკავშირებულია ორგანიზმისა და გარემოს ურთიერთობის შეცვლასთან, მუდმივად ცვლადი გარემოსადმი ადამიანის ადაპტაციის პრობლემასთან სტრესული ფაქტორების ზეგავლენით. ქრონიკული დერმატოზებით დაავადების მაღალი დონე ცივილიზაციის განვითარების ამ ეტაპზე აიხსნება საზოგადოების ცხოვრების შეუწყველებელი ტემპით, ემოციური დატვირთვის ზრდით, რაც თხოულობს უზარმაზარ ნერვულ და ინტელექტუალურ ძალებს. შედეგად ხშირად წარმოიქმნება “მაკრატელი” ადამიანის ბიოლოგიურ არსსა და ცხოვრების პირობებს შორის. ამიტომ მთელ რიგ ქრონიკულ დერმატოზებს (ფსორიაზი, ეგზემა, ატოპიური დერმატიტი, კოლაგენოზები და სხვ.) ხშირად მიაკუთვნებენ “ცივილიზაციის დაავადებათა” ჯგუფს (46, 52).

თანამედროვე შეხედულებით დაავადება განიხილება როგორც ბიოლოგიურ და სოციალურ პროცესებს შორის ადაპტაციის მოშლა (დეზადაპტაცია), დისჰარმონია, რაც გამოწვეულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ორგანიზმის გადატვირთვით.

დამცველობით–შემგუებლობითი მექანიზმების მოშლა იწვევს ორგანიზმის სტრუქტურულ და ფუნქციურ დარღვევებს, უპირველეს ყოვლისა ნეიროენდოკრინული და იმუნური სისტემების მხრივ, რაც ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენს ქრონიკული დაავადების განვითარების პათოგენეზურ საფუძველს. ამრიგად, სტრესი

გამოფიტვის ფაზაში რეალიზდება ამ დერმატოზების კლინიკურ სიმპტომებად (56, 110).

ადამიანის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დაავადების დაწყებისათვის, განაპირობებს მისი მიმდინარეობის თავისებურებებს, განსაზღვრავს სამკურნალო ზემოქმედების პროგნოზსა და წარმატებას. ექიმის ზეგავლენას, შთაგონებას და თვითშთაგონებას ძალუძს დაავადების კლინიკური სურათისა და მისი მიმდინარეობის მნიშვნელოვანი ტრანსფორმირება, ამიტომ დაავადების სწორი აღქმა შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებების ცოდნისას, რაც გვეხმარება როგორც ზუსტი დიაგნოზის დადგენაში, ასევე მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მეთოდების რაციონალურ შერჩევაში. ავადმყოფის ფსიქიკის მრავალფეროვანი თავისებურებების გათვალისწინება და ამ თავისებურებათა პაციენტის ჯანმრთელობაზე გავლენის სწორი შეფასება კარდინალურ მნიშვნელობას იძენს ავადმყოფის მოვლის და დაავადების რემისიის გახანგრძლივების უზრუნველყოფისას, ამიტომ ფსიქოლოგიური სამკურნალო ზემოქმედების ოპტიმალური სისტემის უზრუნველყოფა სისტემა „ავადმყოფი – ექიმი“-ს უმნიშვნელოვანესი ნაწილია (87, 93, 94, 95).

რა თქმა უნდა, ყველა ავადმყოფს, დაავადების მიუხედავად, გააჩნია ფსიქიკის სპეციფიური რეაქციებისა და პიროვნული თავისებურებების საერთო ზოგადი ტენდენციები. ექიმი ვალდებულია გაეცნოს ავადმყოფის ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს არა მხოლოდ მასთან ოპტიმალური კონტაქტის დამყარებისათვის, რაც მკურნალობის ეფექტურობის ერთ-ერთი ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორია, არამედ დაავადების რეციდივების

თავიდან ასაცილებლად. ცნობილია, რომ ხასიათის თავისებურებანი, პიროვნული რეაგირების ტიპი გავლენას ახდენს ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების მეტაბოლიზმზე. ფსიქიკური დამაბულობის მდგომარეობა, შფოთვა იწვევს ნეირომედიატორების მეტაბოლიზმის მოშლას (86, 87).

მთელი რიგი სომატური დაავადებების წარმოშობასა და განვითარებაში ფსიქიკური ფაქტორების როლი, ფსიქოლოგიური კონფლიქტების მნიშვნელობა იმდენად დიდია, რომ მათ მიაკუთვნებენ ფსიქოსომატურ დაავადებათა ჯგუფს, თუმცა ეს გამოყოფა მეტად პირობითია. ამ დაავადებათა გენეზი განსაზღვრავს როგორც მათი კლინიკისა და პათოგენეზის, ასევე მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თავისებურებებს. სომატოფსიქიური და ფსიქოსომატური ურთიერთგავლენის შესაძლებლობანი დიდი ხანია დადგენილია, მაგრამ ბოლო დროს ამ პრობლემამ შეიძინა ისეთი მნიშვნელობა, რომ წარმოიშვა მისი ცალკე განხილვის აუცილებლობა. იძებნება ამ გავლენის მექანიზმებისა და როლის მეცნიერული შეფასების გზები (62, 72, 138).

ფსიქოსომატურ დაავადებათა ჯგუფს რამდენიმე შინაგან სნეულებასთან ერთად მიაკუთვნებენ ეგზემასა და ატოპიურ დერმატიტს სამი ასპექტის გამო: ფსიქოსოციალური სტრესი ინდუცირებას ან აგრავირებას უკეთებს ატოპიურ დერმატიტს, ატოპიური დერმატიტი გავლენას ახდენს ავადმყოფის ფსიქოსოციალურ ფუნქციონირებაზე და დაავადების მკურნალობისადმი დაქვემდებარება განისაზღვრება ავადმყოფის ხასიათობრივი და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების თავისებურებით (108, 110, 114, 115).

ატოპიური დერმატიტი (ად) ყველაზე ფართოდ გავრცელებული კანის ქრონიკული დაავადებაა ბავშვთა ასაკში. იგი შემთხვევათა 90%-ში ვლინდება სიცოცხლის პირველ 5 წელს, რომელიც კრიტიკული პერიოდია ფსიქოსოციალური განვითარებისათვის და სპეციალისტთა ფართო ყურადღების ობიექტს წარმოადგენს, ვინაიდან აზიანებს არა მხოლოდ ბავშვის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, არამედ მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც თვით ავადმყოფის, ასევე მისი ოჯახის წევრების ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობაზე (134, 153). ამავე დროს, რემისიის პერიოდის ხანგრძლივობა და რეციდივების სიხშირე მნიშვნელოვნად განისაზღვრება ტრიგერებისაგან (ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური) თავის არიდების სწორი ტაქტიკით, რომლის ფორმირებაც მთლიანად არის დამოკიდებული მკურნალ ექიმსა და ბავშვის მშობელზე. იმ ფაქტორებს შორის, რომლებიც ხელს უწყობენ ატოპიური დერმატიტის რეციდივის განვითარებას, მრავალი ავტორი მიუთითებს არაჯანსაღ ოჯახურ გარემოს, უარყოფით ემოციებს. ამდენად მშობლის ინფორმირებულობა და დაავადებისადმი სწორი დამოკიდებულების ჩამოყალიბება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს (72, 153, 160).

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ატოპიური დერმატიტი გენეტიკური დაავადებაა და პაციენტის ახლო ნათესავებში ატოპიის განვითარების რისკი ზოგი ავტორის მონაცემებით 25%-მდეა (13,15), დაავადების პროფილაქტიკის მნიშვნელობა განუზომლად იზრდება.

კანის დაავადებებმა სხვადასხვა სიძლიერით შეიძლება მოახდინოს ზეგავლენა ავადმყოფის ცხოვრების ფაქტობრივად ყველა ასპექტზე. ამ გავლენის შეფასების სისტემის არსებობა

მნიშვნელოვანია კლინიკური კვლევებისათვის, ჯანდაცვის ორგანიზაციული საკითხების გადასაწყვეტად, სადაზღვევო მედიცინის პარამეტრების შესამუშავებლად. მისი გამოყენება დაგვეხმარება დერმატოლოგიის განვითარების სტრატეგიულ მიმართულებათა და მკურნალობის ახალი მეთოდებისა და საშუალებების ეფექტურობის დადგენაში (56, 62,85).

გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან დაწყებული Finlay-ს ინგლისური სკოლა მიზანმიმართულად სწავლობდა ცხოვრების ხარისხს და ამუშავებდა მისი შეფასების სისტემას (Paradis M.2004). გაზომვის მეთოდიკა მოიცავს მთლიანად ჯანმრთელობის მდგომარეობას, დაავადებისათვის სპეციფიურ და სპეციალურ დერმატოლოგიურ კითხვარებს. დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსის (DLQI) გაზომვა იძლევა შესაძლებლობას სრულყოფილად შეფასდეს ავადმყოფის დამოკიდებულება დაავადებისადმი.

კანის დაავადების ბევრი სიმპტომი, განსაკუთრებით ქავილი, ტკივილი და დისკომფორტი ღრმა ფსიქოლოგიურ დარღვევებს იწვევს (85, 86, 87).

კანის დაავადების მკურნალობა, განსაკუთრებით მის საწყის ეტაპებზე, კრემებისა და მალამოების გამოყენების აუცილებლობით გამოწვეული სირთულეების გამო, სამწუხაროდ, ასევე შესაძლოა გახდეს QoL-ის დაქვეითების მიზეზი. ლიტერატურაში აღწერილია ასეთი ფსიქოლოგიური სირთულეების ექსტრემალურ გამოვლინებათა ერთეული შემთხვევები, სუიციდის მცდელობაც კი (122).

ცხოვრების ხარისხის გაზომვის აუცილებლობის მრავალ მიზეზთა შორის მნიშვნელოვანია ეკონომიური ხასიათის

არგუმენტები – გაზომვის შედეგები სადაზღვევო მედიცინის პირობებში იძლევა სერიოზულ საფუძველს იმის დასამტკიცებლად, რომ ზოგი კანის დაავადება უფრო მძლავრ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფის ზოგად ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობასა და მის ზოგად ჯანმრთელობაზე, ვიდრე მთელი რიგი შინაგანი სნეულებებისა (91, 93, 115). ეს კი, თავის მხრივ, დერმატოლოგიური სამსახურის განვითარების სტრატეგიულად მნიშვნელოვანი პირობაა.

კლინიცისტების უმრავლესობა კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებლად ითვალისწინებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის საკუთარ აღქმას ყოველგვარი სპეციალური გაზომვების გარეშე, მაგალითად, ფსორიაზის მკურნალობისას მეტოტრექსატის დანიშვნის, ან აკნეს დროს იზოტრეტინოინით მკურნალობის დაწყების წინ (134, 138). სამწუხაროდ, ეს შეფასებანი ხშირ შემთხვევაში არ შეესაბამება რეალობას. ამიტომ ცხოვრების ხარისხის გაზომვის მარტივი და ზუსტი მეთოდიკა, რომელიც ადვილად გამოსაყენებელია პრაქტიკაში და საშუალებას იძლევა მკაცრად, დოკუმენტირებულად განისაზღვროს აღნიშნული პარამეტრები, დამატებით უპირატესობას იძენს, განსაკუთრებით, ძვირად ღირებული, ან მძიმე გვერდითი მოვლენების მქონე პრეპარატების დანიშვნისას (72, 74, 153).

ცხოვრების ხარისხის შეფასების მეთოდები. ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი კითხვარების შედგენისადმი რამდენიმე განსხვავებული მიდგომა გამოიყენება. იმისათვის, რომ ასეთი კითხვარები დაიგეგმოს და შეიქმნას, საჭიროა რამდენიმე ეტაპის გავლა. თითოეული ეტაპი უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ მოთხოვნებს, კერძოდ, ინფორმაცია, რომელზეც ეს კითხვარებია

დაფუძნებული, უნდა მოდიოდეს პაციენტისაგან და გასაგები უნდა იყოს პაციენტისათვის, ამიტომ კითხვარები მოქმედებაში მოყავთ პილოტური გამოკვლევებით, რითაც მოწმდება არა მხოლოდ კითხვარების მისაწვდომობა პაციენტისათვის, არამედ მათ შესაფასებელ ქულათა სისტემის მგრძობიარობა კლინიკური სურათის ცვლილებისადმი. კითხვარი ჯვარედინად მოწმდება სხვა შეფასების მეთოდებით და დასრულებული სახით ის შინაგანი მთლიანობით ხასიათდება (158, 160).

ზოგადი გაზომვები. მარტივი გაზომვები, მაგალითად SF-36 (Short-Form-36), Euroqol-5 ან Sickness Impact Profile გამიზნულნი არიან სხვადასხვა დაავადების კვლევისთვის, ამიტომ მათი მეშვეობით მიღებული ინფორმაცია საშუალებას იძლევა, შედარდეს კანის დაავადებათა ზეგავლენა პაციენტის ცხოვრებაზე სხვა დაავადებათა გავლენის ხარისხთან, რაც სტრატეგიულად მნიშვნელოვანია ზოგადად დერმატოლოგიური სამსახურისთვის (85, 86, 87). მაგალითად, ცხოვრების ხარისხის გაზომვამ SF-36-ის მეშვეობით ცხადყო, რომ ფსორიაზით გამოწვეულ დაზიანებათა სირთულე, ფიზიკური და ფსიქიკური ფუნქციების შესუსტება რევმატოიდული ართრიტით, ჰიპერტონიით, დიაბეტით გამოწვეულ ცვლილებათა ანალოგიურია (134, 138).

მეორეს მხრივ, როგორც წესი, ისინი ნაკლებად მგრძობიარენი არიან კონკრეტული დაავადების სპეციფიური პარამეტრების ცვლილებისადმი, მაგალითად, როცა მათი მეშვეობით იზომება სამკურნალო ჩარევით მიღებული შედეგები. ამიტომ შეიქმნა დაავადებისათვის სპეციფიური გაზომვების სისტემა.

დაავადებისათვის სპეციფიური გაზომვები. დაავადებისათვის სპეციფიური გაზომვები დერმატოლოგიაში მოიცავს შემდეგ საზომებს: Psoriasis Disability Index (PDI), Cardiff Acne Disability Index (CADI), Acne Specific quality of Life Questionnaire (Acne-QoL), Infant's Dermatitis Quality of Life Index (IDQL), Psoriasis Quality of Life Index (PSORIQoL) და სხვ. ამჟამად უკვე არსებობს PDI – ის გამოყენების 20 წელზე მეტი ხნის გამოცდილება. ეს 15 კითხვიანი გაზომვა გამოყენებული იყო 20 ქვეყანაში, თარგმნილია 13 ენაზე.

მას შემდეგ, რაც აღწერილი იქნა დაავადებისათვის სპეციფიური რამდენიმე საზომი დერმატოლოგიაში გამოსაყენებლად, ნათელი გახდა, რომ ანთებითი ხასიათის სხვადასხვა კანის დაავადება თითქმის ერთნაირ გავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრებაზე. ამიტომ, ყოველი ცალკეული კანის დაავადებისთვის სპეციფიური საზომის შექმნა არარაციონალურია (134, 138). დერმატოლოგიაში საჭიროა ისეთი სპეციფიური საზომი, რომლის გამოყენება შესაძლებელია კანის ყველა დაავადებისათვის. ასეთი საზომებია Dermatology life Quality Index (DLQI), Dermatology Quality of Life Scales (DQoLS), Skindex, Dermatologi Specific Quality of Life instrument, და საზომი, რომელიც აღწერილი იყო გერმანიაში - DIELH

DLQI შეიცავს 10 კითხვას მარტივი მოსანიშნი კვადრატებით, შესაფასებელი ქულებით 1-დან 3- მდე. პასუხზე დახარჯული საშუალო დრო 2 წთ-ია. კითხვარის დეტალური ანალიზი ხდება ექვსი პუნქტის მიხედვით: სიმპტომები და ჩივილები, ყოველდღიური საქმიანობა, თავისუფალი დრო, სამუშაო და სკოლა, პირადი ურთიერთობები, მკურნალობა. ამ კითხვარის

ბავშვებისთვის შექმნილ ვარიანტში ყოველდღიური საქმიანობის ნაცვლად ფასდებოდა ძილი.

DLQI აღწერილი იყო კანის არანაკლებ 36 დაავადებაში და 130-ზე მეტ სტატიასა და თეზისში 17 ქვეყანასა და 21 ენაზე. DLQI-ის გამოყენებამ ნათელი მოფინა კლინიკური დერმატოლოგიის რამდენიმე ასპექტს, მაგალითად, ნაჩვენები იყო, რომ რაც უფრო მეტად არის გამოხატული ფსორიაზით გამოწვეული ზოგადი ხასიათის ცვლილებები პაციენტის ჯანმრთელობის მხრივ, მით უფრო დაბალია ტოპიური მკურნალობისადმი მისი კომპლენსობა – თუ QoL ძალიან დაბალია, პაციენტი ხდება დეპრესიული, დემოტივირებული და ვერ ასრულებს დანიშნულებას ეფექტურად, დაავადება აქტიურდება და იკვრება მანკიერი წრე (72, 93, 94, 95).

DLQI - ის მეშვეობით, შედარების მიზნით, შეფასდა სტაციონარული მკურნალობისა და პაციენტის მოვლის ხარისხი ორ კლინიკაში: მაიმისა (ფლორიდა, აშშ) და კარდიფში (უელსი, დიდი ბრიტანეთი). გამოკვლევამ აჩვენა, რომ მკურნალობის სტრატეგიებსა და ჯანდაცვის სისტემებს შორის არსებული მნიშვნელოვანი განსხვავებების მიუხედავად, DLQI – ის საშუალო ქულები მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ძალიან ახლოს იყო ერთმანეთთან, რაც ორივე კლინიკაში მკურნალობის სტრატეგიების პარალელურობის მაჩვენებელია (151, 160).

ამ საზომის გამოყენებით შეფასდა აგრეთვე ამბულატორიულ ავადმყოფთა კონსულტაციების ეფექტურობა, ფერ-ტესტების გამოყენების მნიშვნელობა მკურნალობის ეფექტურობაში (138,153).

2002 წ-ს ორი ფარმაცევტიული ფირმის Galen Research, Manchester, United Kingdom და Novartis Pharma AG, Basel, Switzerlande მოთხოვნით

ცხოვრების ხარისხის გაზომვის გზით შეფასდა პიმეკროლიმიუსის (ელიდელი) ეფექტურობის რამდენიმე პარამეტრი. კვლევის დროს შეაფასეს მშობლების ცხოვრების ხარისხი ელიდელით 20 კვირიანი მკურნალობის პირობებში, რათა შეედარებინათ პრეპარატის ეფექტურობა სხვა მალამოსთან (158).

ვინაიდან პედიატრიულ დერმატოლოგიაში მეტად მცირე რაოდენობის ინსტრუმენტებია მოწოდებული სამკურნალო ჩარევის შედეგების შესაფასებლად და მათი უმრავლესობა, მაგალითად CDQOL ფოკუსირდება პირობების პირდაპირ სიმპტომატურ და ფუნქციონალურ გავლენაზე, შეიქმნა ახალი საზომი PQOLAD, რომელიც განსხვავდება სხვა გაზომვებისაგან იმით, რომ ის აფასებს ატოპიური დერმატიტის გავლენას QOL -ზე უშუალოდ ავადმყოფში. არსებულთაგან ბევრი გაზომვები არ შეიძლება გამოყენებული იყოს პატარა ბავშვებში. მაგ., CDQOL მხოლოდ 5 წლის ზევით გამოიყენება. მათგან განსხვავებით PQOLAD საშუალებას იძლევა შეფასდეს ატოპიური დერმატიტის და მისი მკურნალობის გავლენა QOL-ზე ბავშვის ადრეულ ასაკში, რადგან ეს ინსტრუმენტი სიმპტომების და ფუნქციონირების შეფასებაზე შორს მიდის. PQOLAD-ს შინაარსი ასახავს ისეთი ინტერესების სფეროს, რომელიც აღწერილი იქნა ზოგიერთ ნაშრომში და რომელიც ეხება ატოპიური დერმატიტის გავლენას ავადმყოფის ოჯახზე, მშობლებს აფიქრებინებს, რომ მათ ეგზემის მიმდინარეობის კონტროლის მცირე შესაძლებლობა გააჩნიათ. ავტორები აღწერენ აგრეთვე მშობლის ზოგად წუხილს და სტრესს. PQOLAD-ის კითხვარში ეს მდგომარეობაც არის ასახული და გამოვლინდება კითხვებით მუდმივი წუხილის შესახებ, იმ დროის და ყურადღების შესახებ,

რომელიც ჭირდება ბავშვს (62, 87, 153).

ის ფაქტი, რომ გაზომვის ამ ინსტრუმენტის შინაარსი მიღებული იქნა უშუალოდ მშობელთან ინტერვიუს გზით, ნიშნავს, რომ მასში გათვალისწინებული იყო მშობლის განსაკუთრებული ინტერესისა და რელივიანტურობის ასპექტები, რის შედეგადაც ეს საზომი უფრო უკეთ ასახავს QOL –ის გაუმჯობესებას, რომელიც გამოწვეულია მკურნალობის ეფექტურობით (114, 115).

2004წ-ს, ჩიკაგოს ბავშვთა მემორალური ჰოსპიტალის პედიატრიული დერმატოლოგიის განყოფილებაში გამოკვლეული იქნა ატოპიური დერმატიტის გავლენა დაავადებულის ოჯახზე. Daud –ის მონაცემებით ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა მშობლები უფრო ხშირად განიცდიან დისტრესს, დაღლილობას, მოწყენილობას, ვიდრე სხვა მშობლები. კვლევის ავტორებმა განსაზღვრული ტექნიკის გამოყენებით შეიმუშავეს ატოპიური დერმატიტის ოჯახზე გავლენის კითხვარი, რომელიც დიდად არ განსხვავდება Finlay-ს ანალოგიური კითხვარისგან (116, 122).

2004 წელს შეფილდის უნივერსიტეტის, შეფილდის ჯანმრთელობის კვლევის სკოლისა და შეფილდის ჯანმრთელობის ეკონომიკური სკოლის მიერ ჩატარდა კვლევები ატოპიური დერმატიტის დროს კლინიკური ჩარევის ეფექტურობის შეფასებისთვის ცხოვრების ხარისხის გაზომვის ინსტრუმენტის გასაუმჯობესებლად. მკვლევარები მიზნად ისახავდნენ ცხოვრების ხარისხის გაზომვასთან ერთად მკურნალობისა და დაავადებასთან დაკავშირებული სხვა დანახარჯების შეფასების გადმოცემისათვის ერთი მაჩვენებლის მიღების ტექნიკის შემუშავებას. მათ მიერვე იყო მოწოდებული ინდექსი QALY – ხარისხიანად გატარებული სიცოცხლის წლები (153, 158).

1.4 დაძლევის სტრატეგიის თანამედროვე თეორიები

მთელი ცხოვრების მანძილზე ადამიანები ეძებენ მხარდაჭერას, ეწინააღმდეგებიან ცდუნებებს, სწავლობენ დეპრესიასთან გამკლავებას, ესაუბრებიან საკუთარ თავს, თავს არიდებენ მოწინააღმდეგესთან დაპირისპირებას... ყველაფერი ეს შეიძლება სტრესის გადასალახად იყოს გამოყენებული და კრიზისის დაძლევის მექანიზმებს წარმოადგენდეს. კრიზისული სიტუაციის დაძლევა მოიცავს პიროვნება-გარემოს მრავალფეროვანი ურთიერთობების მართვის უამრავ ხერხს. აქედან გამომდინარე, დაძლევა არ არის ჰომოგენური ცნება. პირიქით, ის უამრავი სხვადასხვა ტერმინით განისაზღვრება. დაძლევა შეიძლება განვმარტოთ სტრატეგიების, ტაქტიკების, პასუხების, კოგნიციების ან ქცევის ტერმინებით, რომელსაც შეიძლება დავაკვირდეთ როგორც ინტროსპექციით, ასევე სხვათა დაკვირვებით. ის მოიცავს როგორც აშკარა და დაუფარავ ქმედებებს, ასევე ინტერნალურ მოვლენებს. შესაძლოა, სწორედ ამ ფართო სპექტრმა განაპირობა ის, რომ ბოლო ორი ათწლეულის მანძილზე სტრესისა და დაძლევის პროცესის შესახებ 20000-მდე სტატია იქნა გამოქვეყნებული (Aldwin, 1999). პუბლიკაციების ამ უზარმაზარი რაოდენობიდან გამომდინარე, შეუძლებელია საკითხის ირგვლივ არსებული ლიტერატურის სრული მიმოხილვა. ჩვენ მოკლედ აღვწერეთ სამი ძირითადი თეორიული და მეთოდოლოგიური მიდგომა დაძლევის ცნების კონცეპტუალიზაციისადმი, განხილულია დაძლევის სტრატეგიების კლასიფიკაციების სხვადასხვა მცდელობა და მოცემულია დაძლევის საკვლევო ინსტრუმენტების მოკლე

მიმოხილვა (66, 67, 109, 123).

დაძლევის ცნებასთან დაკავშირებით განასხვავებენ სამ ძირითად თეორიულ და მეთოდოლოგიურ მიდგომას: ფსიქოანალიტიკური მიდგომა, პიროვნული მიდგომა და დაძლევის, როგორც პროცესის მიდგომა. თითოეული ეს მიდგომა განსხვავებულად ხსნის დაძლევის ცნებას.

1) ფსიქოანალიტიკური მიდგომა: – ზოგიერთი მკვლევარი (N. Haan, 1977) დაძლევას ეგო დინამიკის ტერმინებით განიხილავს, როგორც ფსიქოლოგიური დაცვის ერთ-ერთ საშუალებას, რომელიც დაძაბულობის რედუცირებისათვის გამოიყენება (75, 77).

დაცვის მექანიზმების ადრეული ფსიქოანალიტიკურია შრომებში დაცვის მექანიზმები განიხილება, როგორც შფოთვის თავიდან აცილების არაცნობიერი ხერხი. კლასიკური განმარტების თანახმად, დაცვის მექანიზმები ითვლება შფოთვის დაძლევის იმთავითვე არაადაპტაციურ გზად და ისინი არ არის ცნობიერად არჩეული. თუმცა, DSM-IV-ის (American Psychiatric Association, 1994) თანახმად, განასხვავებენ დაცვის მექანიზმების 7 ტიპს. ნაკლებად ადაპტაციური და ყველაზე „მწვავეა“ დაცვითი დისრეგულაცია ან აშკარა ფსიქოტური პროცესები, როგორცაა პროექცია, უარყოფა და ჰალუცინაცია. მეტად ადაპტაციური და „მომწიფებული“ დაცვის მექანიზმებია ალტრუიზმი, იუმორი და სუბლიმაცია (130, 131, 132)

კრამერი (2000) განიხილავს დაცვის მექანიზმებსა და დაძლევის პროცესს შორის არსებულ მსგავსებასა და განსხვავებას. დაცვის მექანიზმები, განსაკუთრებით, კი კლასიკური გაგებით, აღნიშნავს იმთავითვე არაადაპტაციურ და არა ცნობიერად არჩეულ სტრატეგიას. ინდივიდი შეიძლება დავახასიათოთ დაცვის უპირატესი სტილით,

რომელსაც ის გამოავლენს სხვადასხვა გარემო პირობებში. დაძლევის პროცესი კი განიხილება, როგორც ცნობიერად არჩეული გზა და ის გარემო მოთხოვნაზე პასუხს წარმოადგენს (137, 140, 143, 147).

ტრადიციულად, დაცვის მექანიზმების კვლევა ხდება ინტერვიუსა და შემთხვევის შესწავლის საშუალებით. შეიქმნა დაცვის მექანიზმების საკვლევო ინსტრუმენტები, რომლებშიც დაცვის მექანიზმების შესწავლის საშუალებას თვითანგარიში წარმოადგენს, მაგრამ ამ სკალების ფსიქომეტრული შესაძლებლობები კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას (Crammer, 1991). მკვლევარები ამჯობინებენ დაკვირვების მეთოდს და ეყრდნობიან თვისებრივ კვლევებს, ინტერვიუს კოდირებასა და პროექციულ მასალას (75, 77, 79, 82).

2). პიროვნული (ნიშნების) მიდგომა: – ზოგიერთი მკვლევარი (Billings A. G., & Moos, R. H. 1984) დაძლევას პიროვნული ნიშნის ტერმინებით განიხილავს. მათი აზრით, დაძლევა არის ინდივიდის შედარებით მდგრადი, მუდმივი, წინასწარი განწყობა – უპასუხოს სტრესულ მოვლენას გარკვეული გზით (89, 96, 97).

რამდენადაც სტრატეგიათა სტაბილობა იშვიათად დასტურდება ემპირიული მონაცემებით (Lazarus, 2000), ამ მიდგომამაც მკვლევართა შორის პოპულარობა ვერ მოიპოვა.

3) დაძლევა, როგორც პროცესი: – ამ მიდგომის წარმომადგენლები (Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984) მიიჩნევენ, რომ დაძლევა არის დინამიკური პროცესი, რომლის სპეციფიკაც განსაზღვრულია სიტუაციითა და სუბიექტის გარესამყაროსთან შეჯახების შედეგად წარმოქმნილი კონფლიქტის განვითარების სტადიით.

თეორია, რომლის თანახმადაც, დაძლევა წარმოადგენს პროცესს, კოგნიტური თეორიის სახელითაა ცნობილი და ლაზარუსისა და მისი

კოლეგების სახელს უკავშირდება. ამ თეორიის თანახმად, სტრესი განისაზღვრება, როგორც ადამიანისა და გარემოს ურთიერთქმედება, სადაც გარემო ადამიანის მიერ აღიქმება, როგორც საფრთხე მისი (ადამიანის) კარგად ყოფნისათვის (well-being). ამ ურთიერთქმედების ჩამოყალიბებაში კი ცენტრალური ადგილი დაძლევას უჭირავს (150, 156, 165). კოგნიტურ თეორიაში გამოყოფილია ორი პროცესი: კოგნიტური შეფასება და დაძლევა, როგორც პიროვნება-გარემოს სტრესული ურთიერთკავშირის და მათი უშუალო და ხანგრძლივი შედეგის კრიტიკული მედიატორი. კოგნიტური შეფასება წარმოადგენს პროცესს, რომლის საშუალებითაც ინდივიდი აფასებს გარემოს სტრესულ მოვლენას. განასხვავებენ კოგნიტური შეფასების ორ სახეს: პირველადი და მეორადი კოგნიტური შეფასება. პირველადი შეფასებით ინდივიდი აფასებს, ემუქრება თუ არა რაიმეს საფრთხე ამ კონკრეტული პრობლემური სიტუაციის გამო; მეორადი შეფასებით კი ინდივიდი აფასებს, შეუძლია თუ არა გააკეთოს რაიმე სტრესის შედეგების გასაუმჯობესებლად. სწორედ ამ მომენტში იჩენს თავს დაძლევა. დაძლევა, კოგნიტური თეორიის თანახმად, წარმოადგენს ინდივიდის „კოგნიტურ და ბიჰევიორალურ ძალისხმევას მართოს, გაუმკლავდეს სპეციფიკურ ინტერნალურ ან ექსტერნალურ მოთხოვნებს (ან კონფლიქტს მათ შორის), რომელიც შეფასებულია, როგორც მოთხოვნები, რომლებიც აღემატება პიროვნების რესურსებს” (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984). ამ განსაზღვრებაში გამოიყოფა სამი მნიშვნელოვანი მომენტი. პირველი – პროცესზე ორიენტაცია. მეორე – დაძლევა კონტექსტუალურია, ანუ, პიროვნებისა და გარემოს გარკვეული ცვლადები ერთად ქმნის, ერთად აყალიბებს დაძლევის მცდელობას. მესამე – დაძლევა განმარტებულია, როგორც

მცდელობა, ძალისხმევა, რომელსაც ინდივიდი მიმართავს მოთხოვნების მართვისათვის, მიუხედავდ იმისა, არის თუ არა ეს მცდელობა წარმატებული (65, 66, 127).

კოგნიტური თეორიის თანახმად, დაძლევის გააჩნია ორი მთავარი ფუნქცია: – დისტრესის გამომწვევი პრობლემური პიროვნება-გარემოს ურთიერთობის შეცვლა (პრობლემაზე ორიენტირებული დაძლევა) და ემოციების რეგულაცია (ემოციაზე ორიენტირებული დაძლევა) (Lazarus, 1984; 1991). კვლევებმა (Folkman and Lazarus, 1980, 1985) დაადასტურა, რომ ადამიანები გამოიყენებენ დაძლევის ორივე სტრატეგიას თითქმის ყველა ტიპის სტრესულ სიტუაციაში. პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის ფუნქციაა რაიმეს გაკეთება დისტრესის გამომწვევი პრობლემის შესაცვლელად და ხშირად გამოიყენება იმ სიძნელეთა დასაძლევად, რომელიც პიროვნების მიერ ფასდება, როგორც უფრო ცვალებადი. ემოციაზე ფოკუსირებული დაძლევის ფუნქციას წარმოადგენს არასასიამოვნო ემოციების რეგულირება და ხშირად გამოიყენება იმ სიტუაციების დასაძლევად, რომლებიც პიროვნების მიერ ფასდება, როგორც უცვლელი.

ამრიგად, დაძლევის, როგორც პროცესისადმი მიდგომა ამოდის კოგნიტურ-ბიჰევიორალური მოდელიდან და პიროვნებას და გარემოს განიხილავს, როგორც დინამიკურ, უწყვეტად რეციპროკულ ორმიმართულელებიან კავშირში მყოფ ცვლადებს. სტრესი გაიგება, როგორც კავშირი პიროვნებასა და გარემოს შორის, რომელიც ფასდება პიროვნების მიერ, როგორც საფრთხე მისი კარგად ყოფნისათვის და რომელიც აღემატება პიროვნების რესურსებს. დაძლევა წარმოადგენს ტრანსაქციულ ცვლადს, რაც გულისხმობს

იმას, რომ ის ასახავს არა მხოლოდ პიროვნებას და არა – მხოლოდ გარემოს, არამედ ორივეს ინტეგრაციას მოცემულ ტრანსაქციაში (140, 143, 165).

მკვლევართა უმრავლესობა სტრატეგიების კლასიფიკაციის ორ მთავარ პრინციპს ეყრდნობა. პირველი მიდგომა აქცენტს აკეთებს დაძლევის ფოკუსზე: – პიროვნების ორიენტაცია და აქტივობა სტრესორის პასუხად. ინდივიდმა, შესაძლოა, მიმართოს აქტიურ ძალისხმევას პრობლემის გადასაჭრელად (პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევა), ან თავი აარიდოს პრობლემას და ფოკუსირება მასთან დაკავშირებული ემოციების მართვაზე (ემოციაზე ფოკუსირებული დაძლევა) მოახდინოს. მეორე მიდგომა აქცენტს აკეთებს პრობლემის დაძლევის მეთოდზე: – რას ანიჭებს ინდივიდი უპირატესობას – ქცევით თუ კოგნიტურ დაძლევას. მკვლევართა ნაწილი (Holanan, Moos, and Schaefer, 1996) შეეცადა ამ ორი მიდგომის კომბინირებით შეექმნა დაძლევის უფრო ინტეგრირებული კონცეპტუალიზაცია. მათ გაითვალისწინეს ინდივიდის ორიენტაცია სტრესორის მიმართ და დაძლევაში გამოყოფილ იქნა ორი სფერო: მიახლოება-თავის არიდება. გარდა ამისა, თითოეული ეს სფერო დაიყო კატეგორიებად, რომლებიც შეესაბამება კოგნიტურ და ბიჰევიორალურ დაძლევას და, შესაბამისად, გამოყოფილ იქნა ოთხი ძირითადი კატეგორია:

- 1) კოგნიტური მიახლოება;
- 2) კოგნიტური თავის არიდება;
- 3) ბიჰევიორალური მიახლოება;
- 4) ბიჰევიორალური თავის არიდება.

1) თუმცა, ავტორთა სხვა ჯგუფი დაძლევის სტრატეგიების სხვა

კლასიფიკაციას გვაძლევს, აქცენტი დაძლევის მეთოდსა და ფუკუსზე მაინც ძალაში რჩება.

რ. ლაზარუსი და ს. ფოლკმანი (1984) განასხვავებენ დაძლევის შემდეგ ხერხებს: კონფრონტაციული დაძლევა, თვითკონტროლი, სოციალური მხარდაჭერის ძიება, პასუხისმგებლობის აღება, გაქცევა-აცილება, პრობლემის გადაჭრის დაგეგმვა, პოზიტიური გადაფასება

ა. სთოუნი და ჯ. ნილი (1984) გამოყოფენ დაძლევის შემდეგ კატეგორიებს: ყურადღების გადატანა, სიტუაციის ხელახალი განსაზღვრა, პირდაპირი მოქმედება, კათარზისი, მიმღებლობა, სოციალური მხარდაჭერის ძიება, რელაქსაცია, რელიგია.

ფ. ვიტალიანო (Vitaliano, P. P. 1990) გამოყოფს ემოციაზე ორიენტირებული დაძლევის ხერხებს: თვითდადანაშაულება, თავის არიდება, გააზრების გარეშე ახსნა.

ჩ. ქარვერი და მისი კოლეგები (1989) თვლიან, რომ ფართოდ ცნობილი განსხვავებება პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევასა და ემოციაზე ფოკუსირებულ დაძლევას შორის საკმაოდ მარტივია. მისი აზრით, დაძლევის ორივე ფუნქცია კიდევ უნდა დაიყოს, რადგან არსებობს ემოციების რეგულირებისა და პრობლემის გადაჭრის უამრავი გზა (123, 125, 126). მკლევართა ეს ჯგუფი გამოყოფს დაძლევის 15 სტრატეგიას: 1. აქტიური დაძლევა; 2. დაგეგმვა; 3. სხვა აქტივობების დათრგუნვა; 4. შეკავება; 5. ინსტრუმენტალური სოციალური მხარდაჭერა; 6. ემოციური სოციალური მხარდაჭერა; 7. ემოციების გამოხატვა და ემოციაზე კონცენტრირება; 8. ბიჰევიორალური/ქცევითი ჩაურთველობა; 9. მენტალური/ფსიქიკური ჩაურთველობა; 10. პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა; 11. უარყოფა; 12. მიმღებლობა; 13. რელიგიასთან მიბრუნება; 14.

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება; 15. იუმორი.

ამრიგად, დაძლევის კლასიფიკაციების ასეთი მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქოლოგიური დაძლევის ტიპების დამაკმაყოფილებელი კლასიფიკაციის შექმნა მომავლის საქმეა, თუმცა, ამ ეტაპზე შესაძლებელია დაძლევის შემდეგი ძირითადი ნიშნების გამოყოფა:

- 1) ორიენტაცია – დაძლევის ლოკუსი პრობლემაზე თუ საკუთარ თავზე;
- 2) ფსიქური სფერო, სადაც ვითარდება დაძლევა – ქცევა, კოგნიცია თუ ემოცია;
- 3) ეფექტურობა – დაძლევის არჩეულ სტრატეგიას მოაქვს თუ არა სასურველი შედეგი;
- 4) შედეგის დროში გახანგრძლივება – რადიკალურად გადაიჭრება პრობლემა თუ საჭიროებს მიბრუნებას;
- 5) დაძლევის მაპროვოცირებელი სიტუაცია – ყოველდღიური თუ კრიზისული.

კვლევის ჩატარებისას ავტორები შეიმუშავებენ ფსიქოლოგიური დაძლევის შესწავლისა და დიაგნოსტიკის საკუთარ მეთოდებს, ახდენენ რა რეაქციათა მთლიანი რაოდენობის უფრო მცირე ოდენობის საზომებზე რედუცირებას. დიაგნოსტიკის ეს მეთოდები, როგორც წესი, მრავალსკალიან კითხვარებს, ღია და ნახევრად სტრუქტურირებულ ინტერვიუს ან ექსპერტულ შეფასებას წარმოადგენს. დაძლევის საკვლევო ინსტრუმენტები საკმაოდ მრავალრიცხოვანია. მათ შორის აღსანიშნავია:

- 1) „მილერის ქცევითი სტილის სკალა“ [MBSS] (The Miller Behavioral Style Scale: Monitoring and Blanting).

- 2) კრონის (1993) „დაძლევის კითხვარი: ყურადღება და კოგნიტური თავიდან აცილება” (The Coping Inventory: Vigilance and Cognitive Avoidance” (ob. Schwarzer, & Schwarzer, 1996).
- 2) ა. ბილინგსის და რ. მუსის (1981) „დაძლევის საზომი” (The Billings and Moos Coping Measures).
- 3) 4 რ. ლაზარუსის და ს. ფოლკმანის (1988) „დაძლევის ხერხების კითხვარი” [WOCQ] (The Ways Of Coping Questionnaire).
- 4) „სტრესის განსხვავებული კოგნიტური შეფასებებისათვის დაძლევის რეაქციათა ვრცელი რიგი” (Broad Range Coping Responses for Different Cognitive Appraisal of Stress).
- 5) ჯ. ამირხანის (1990) „კრიზისული სიტუაციის დაძლევის სტრატეგიების ინდიკატორი” (The Coping Strategy Indicator) [CSI] (ob. Schwarzer, & Schwarzer, 1996).
- 6) ჯ. პარკერისა და ნ. ენდლერის „დაძლევის კითხვარი სტრესული სიტუაციებისათვის” (The Coping Inventory for Stressful Situations) [CISS]. (ob. Schwarzer, & Schwarzer, 1996).
- 7) ა. სოლუნისა და ჯ. ნილის (1984) „ყოველდღიური დაძლევის საზომი” (The Measure of Daily Coping
- 8) მ. რაიჰერტისა და მ. პერეცის (1991) „სტრესისა და დაძლევის პროცესების კითხვარი” (The stress and Coping process Questionnaire) (ob. Schwarzer, & Schwarzer, 1996).
- 9) ჩ. ქარვერის, მ. შეიერის და ჯ. უეინტრაუბის “დაძლევის სკალა” (Carver, C. S. Sheier, M. F. & Weintraub, J. K. 1989). ჩ. ქარვერი თვლის, რომ ფართოდ ცნობილი განსხვავებება პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევასა და ემოციაზე ფოკუსირებულ დაძლევას შორის საკმაოდ მარტივია. მისი აზრით, დაძლევის ორივე ფუნქცია კიდევ უნდა დაიყოს, რადგან არსებობს ემოციების რეგულირებისა და პრობლემის

გადაჭრის უამრავი გზა. დაძლევის ამ ინსტრუმენტმა გაიარა განვითარების რამდენიმე ეტაპი და დადგენილი იქნა თეორიულად მნიშვნელოვანი ფაქტორები. „დაძლევის სკალა“ მოიცავს თხუთმეტ სკალას.

არსებობს დაძლევის სკალები და კითხვარები ბავშვებისა და მოზარდებისთვისაც (137).

როდესაც ტარდება კონტექსტუალურად სპეციფიკური კვლევა, განსხვავებები უნდა მოხდეს ეპიზოდების, სტადიების და სფეროს ტერმინებით. ეპიზოდი – სტრესული მოვლენა ან კონფლიქტი, რომელსაც აქვს დასაწყისი და დასასრული. სფერო – ადამიანური ფუნქციონირების ველი, სადაც პრობლემა წამოიჭრება (კარიერა, ჯანმრთელობა, ინტერპერსონალური ურთიერთობები და ა. შ.). სტადიები – იყოფა ეპიზოდებად და აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რადგან ინდივიდი ერთი და იმავე ხერხით არ ძლევს კრიზისს. თუ მკვლევარის მიზანს წარმოადგენს აქტუალური დაძლევის პროცესის ზუსტი აღწერა, მაშინ აუცილებელია ეპიზოდების, სტადიების, სფეროების იდენტიფიცირება და დაძლევის მრავალმხრივი შეფასება (Schwarzer, & Schwarzer, 1996).

ჩ. ქარვერი თვლის, რომ ფართოდ ცნობილი განსხვავებება პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევასა და ემოციაზე ფოკუსირებულ დაძლევას შორის საკმაოდ მარტივია. მისი აზრით, დაძლევის ორივე ფუნქცია კიდევ უნდა დაიყოს, რადგან არსებობს ემოციების რეგულირებისა და პრობლემის გადაჭრის უამრავი გზა.

ფაქტურული ანალიზით გამოიყო შემდეგი სტრუქტურები:

1) აქტიური დაძლევა (Active coping) აქტიური ნაბიჯების გადადგმის პროცესი, რათა თავიდან იქნას აცილებული სტრესორი და

გაუმჯობესდეს მისი შედეგები. აქტიური დაძლევა მოიცავს საწყის პირდაპირ მოქმედებას, ძალისხმევის ზრდას და მცდელობას, ჰკვიანურად განხორციელდეს პროცესი. აქტიური დაძლევის ცნება ემსგავსება რ. ლაზარუსისა და ს. ფოლკმანის (Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984) მიერ გამოყენებულ ტერმინს: „პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევა.“ ახალი ცნებით ხაზგასმულია დამატებითი განსხვავება დაძლევის კატეგორიის შიგნით. ეს განსხვავება ასახულია შემდგომ სამ დამატებით სკალაზე.

2) **დაგეგმვა (Planing)**– ფიქრი იმაზე, თუ როგორ შეიძლება დაიძლიოს სტრესორი. დაგეგმვა მოიცავს ქმედით სტრატეგიამდე მისვლას, ფიქრი იმაზე, თუ რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას და როგორი იქნება პრობლემის ყველაზე საუკეთესო გადაწყვეტა. ეს საქმიანობა ნამდვილად პრობლემაზეა კონცენტრირებული, მაგრამ ის კონცეპტუალურად განსხვავდება პრობლემაზე ფოკუსირებული ქმედებების განხორციელებისაგან, უფრო მეტიც, დაგეგმვა ხდება მეორადი შეფასების პროცესის მანძილზე.

3) **სხვა აქტივობების დათრგუნვა (Suppression of competing activities)** – გულისხმობს სხვა საქმიანობის გვერდზე გადადებას, ინდივიდის მცდელობას, თავი აარიდოს სხვა მოქმედებებით გამოწვეულ ყურადღების გაფანტვას. პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის ეს ასპექტი მოიცავს ინდივიდის ფენომენალური ველის შეზღუდვას. პიროვნება არ ერთვება სხვა ქმედებებში ან თრგუნავს ინფორმაციის სხვა არხების მიმდინარეობას. ინდივიდი ყველანაირად ცდილობს მის მცდელობებსა და ძალისხმევას სხვა რამემ არ შეუშალოს ხელი. გვერდზე დებს სხვა საქმეებს, რათა პრობლემაზე მოადინოს კონცენტრაცია.

4) **შეკავება (Restraint)** – გულისხმობს დაელოდო შესაფერის დროს, როცა შეიძლება რამე გაკეთდეს სტრესულ სიტუაციასთან დაკავშირებით, უკან დაიხიო და არაფერი მოიმოქმედო ნაჩქარევად, სანამ შესაფერისი სიტუაცია ამის ნებას არ დაგრთავს. შეკავება წარმოადგენს აქტიურ დაძლევას. იმდენად, რამდენადაც, პიროვნების ქცევა ფოკუსირებულია სტრესორის ეფექტურ დაძლევაზე და ის პასიური სტრატეგიაა, რადგან შეკავება ნიშნავს უმოქმედობას. თუმცა შეკავება ხშირად განიხილება, როგორც დაძლევის პოტენციალური სტრატეგია, მაგრამ ის აუცილებელ და ფუნქციონალურ პასუხს წარმოადგენს.

დაძლევის ერთ-ერთ სტრატეგიას წარმოადგენს სოციალური მხარდაჭერის ძიება – ინდივიდი შეიძლება ეძებდეს სოციალურ მხარდაჭერას ორი მიზეზით, რომლებიც განსხვავდება პრობლემაზე ფოკუსირების და კონცენტრირების ხარისხით:

5) **ინსტრუმენტალური სოციალური მხარდაჭერა (Use of instrumental social support)** – ესაა რჩევის, დახმარების ან ინფორმაციის ძიება. წარმოადგენს პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევას.

6) **ემოციური სოციალური მხარდაჭერა (Use of emotional social support)** – მორალური მხარდაჭერის, თანაგრძნობის მიღება. წარმოადგენს ემოციაზე ფოკუსირებულ დაძლევის ასპექტს.

7) **ემოციების გამოხატვა და ემოციაზე კონცენტრირება (Focus on and venting of emotions)** – ნებისმიერ დისტრესზე კონცენტრირების ტენდენცია და გრძნობებზე მსჯელობა. ეს რეაქციები შეიძლება იყოს ფუნქციონალური და დისფუნქციონალური.

8) **ბიჰევიორალური ჩაურთველობა (Behavioral disengagement)** – ინდივიდის ძალისხმევის რედუცირება დაძლიოს სტრესორი, მიზნის

მიღწევის მცდელობისთვის თავის დანებება. ძალიან ხშირად დაძლევის ამ სტრატეგიებს აღნიშნავენ ტერმინით: „უმწეობა.“ თეორიულად, ბიჰევიორალურ ჩაურთველობას ადგილი აქვს მაშინ, როცა დაძლევის ცუდი შედეგებია მოსალოდნელი.

9) **მენტალური ჩაურთველობა (Mental disengagement)** – ესაა ბიჰევიორალური ჩაურთველობის ვარიაცია, რომელსაც ადგილი აქვს მაშინ, როცა პირობები და მდგომარეობები ხელს უშლის ბიჰევიორალურ ჩაურთველობას. მენტალური ჩაურთველობა უამრავი აქტივობებით შეიძლება განხორციელდეს, რომლებიც პიროვნების ყურადღებას გადაანაცვლებს მიზანზე ფიქრიდან, რომელიც სტრესორს დაბრკოლებას უქმნის. ტაქტიკები, რომლებიც ასახავს დაძლევის აღნიშნულ კატეგორიას, მოიცავს ალტერნატიულ აქტივობებს, რათა ინდივიდმა აღარ იფიქროს პრობლემაზე: ოცნება, ძილი, ტელევიზორის ყურება (მენტალური ჩაურთველობა წარმოადგენს „სხვა აქტივობების დათრგუნვის“ ოპოზიტს).

აღნიშნული სკალები დაფუძნებული იყო თეორიაზე, ემპირიული დაკვირვებით გამოვლენილ იქნა დაძლევის სხვა მნიშვნელოვანი სტრატეგიებიც, თუმცა მათი წარმოშობა თავდაპირველად თეორიული არ იყო, მაგრამ შესაძლებელია თითოეული მათგანის დაკავშირება გარკვეულ თეორიულ პრინციპთან.

10) **პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა (Positive reinterpretation and growth)** – წარმოადგენს ემოციური დაძლევის ტიპს. რ. ლაზარუსი და ს. ფოლკმანი (Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984) მას აღნიშნავენ ტერმინით: „პოზიტიური ხელმეორე შეფასება.“ დაძლევა უფრო მიმართულია ემოციური დისტრესის გამკლავებაზე, ვიდრე სტრესორისათვის თავის გართმევაზე. ნათელია, რომ ამ ტენდენციის

ღირებულება შეზღუდული არ არის დისტრესის რედუცირებით. ესაა სტრესული ტრანსაქციების აგება პოზიტიურ ტერმინებში, რითაც პიროვნება აგრძელებს ან აჯამებს პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევას.

11) უარყოფა (Denial) – ინდივიდი უარყოფს დაიჯეროს, რომ სტრესორი არსებობს ან მოქმედებს ისე, თითქოს ის რეალური არ არის. ეს რეაქცია ხანდახან ამოტივტივდება პირველად შეფასებაში. ხშირად მას მინიმუმამდე დაჰყავს დისტრესი და აადვილებს დაძლევას. ხშირად, კი ქმნის პრობლემებს, რამდენადაც სტრესორი იგნორირებულია. მოვლენების უარყოფა უფრო სერიოზულს ხდის მათ, რაც ართულებს დაძლევის პროცესს. შეიძლება უარყოფა სასარგებლო იყოს სტრესული ტრანსაქციის ადრეულ ეტაპზე, მაგრამ მოგვიანებით ხელს უშლის და აბრკოლებს დაძლევას.

12) მიმღებლობა (Acceptance) – წარმოადგენს უარყოფის ოპოზიტს. სადავო საკითხს წარმოადგენს არის თუ არა ის ფუნქციონალური რეაქცია. ჩანს ისე, რომ ის ცდილობს დაძლიოს ეს სტრესორი, თუმცა რეალურად ის შეიძლება ეგუება სიტუაციას, რომელიც ადვილი შესაცვლელია.

13) რელიგიასთან მიბრუნება (Turning to religion) – აღმოჩნდა, რომ დაძლევის ეს ტაქტიკა საკმაოდ მნიშვნელოვანია ადამიანთა უმრავლესობისათვის. ინდივიდი შეიძლება მიუბრუნდეს რელიგიას უამრავი მიზეზის გამო: ის შეიძლება წარმოადგენდეს ემოციური მხარდაჭერის წყაროს, პოზიტიური რეინტერპრეტაციისა და ზრდის საშუალებას.

ამგვარად, შესაძლებელია რელიგიასთან მრავალმხრივ დაკავშირებული სკალების გამოყენება, მაგრამ ჩ. ქარვერი და მ.

შეიერი უპირატესობას ანიჭებენ ზოგადად რელიგიასთან მიბრუნების ტანდენციის გამოვლენას სტრესული სიტუაციის დროს.

14) ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება (Substance use) – დაძლევის ამ სტრატეგიას ინდივიდი იყენებს პრობლემაზე ნაკლებად ფიქრის, საკუთარი თავის დავიწყების მიზნით, იმის გამო, რომ თავი უკეთ იგრძნოს.

მოგვიანებით ჩ. ქარვერი “დაძლევის სკალას” ამატებს მეთხუთმეტე სტრატეგიასაც:

15) იუმორი (Humor) – შეუძლია თუ არა პრობლემასთან დაკავშირებით ხუმრობა და იუმორი, შაყირი და ხუმრობა.

“დაძლევის სკალა” მოიცავს სტრატეგიებს, რომელთაგან ზოგიერთი მათგანი შეიძლება იყოს, როგორც ფუნქციონალური, ასევე, დისფუნქციონალური. ის აგრეთვე, მოიცავს პოლარულ-ოპოზიციური ტენდენციების ორ წყვილს. თითოეული სკალა წარმოადგენს უნიპოლარულს ანუ რომელიმე პასუხის არ არსებობა თავისთავად არ გულისხმობს მისი საწინააღმდეგო სტრატეგიის არსებობას.

არსებობს „დაძლევის სკალის” სამი ვარიანტი.

ერთ-ერთი მათგანი წარმოადგენს „დისპოზიციურ” ვერსიას, რომელშიც რესპოდენტები აღნიშნავენ რა ხარისხით იყენებენ ხოლმე კითხვარში ჩამოთვლილ სტრატეგიებს, როდესაც სტრესის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან. დებულებები მიწოდებულია იმდაგვარად, რომ გაირკვეს, თუ რას აკეთებს ხოლმე ჩვეულებრივად ინდივიდი გარკვეული პრობლემის დასაძლევად.

მეორე ვარიანტი არის დროში შეზღუდული ვერსია, სადაც რესპოდენტები აღნიშნავენ რა ხარისხით გამოიყენეს აღნიშნული სტრატეგიები წარსულის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში.

(„სიტუაციური” ვერსია).

ჩ. ქარვერი და მ. შეიერი მიუთითებენ, რომ სიტუაციური დაძლევის პასუხების დისპოზიციურისაგან დიფერენცირებისათვის, ქცევის შინაარსი უნდა დარჩეს უცვლელი, უნდა შეიცვალოს მხოლოდ ინსტრუქცია. სიტუაციური ვერსია პერეფრაზირებულია ისე, რომ მიუთითებულა უახლოეს ცხოვრებისეულ გამოცდილებაზე, გენერალიზებული პასუხების ნაცვლად. რესპოდენტებს სთხოვენ იფიქრონ ყველაზე სტრესულ მოვლენაზე მათ ცხოვრებაში უკანასკნელი ორი თვის მანძილზე.

მესამე ვარიანტიც წარმოადგენს დროში შეზღუდულ ვერსიას, რომელშიც ცდის პირი მიუთითებს პრობლემური სიტუაციის გადაჭრის იმ სტრატეგიის გამოყენების ხარისხს, რომელსაც ის იყენებს ბოლო პერიოდში.

აღნიშნული ვარიანტები განსხვავდებიან ზმნის გამოყენებული დროებით.

კითხვარში მოცემული თითოეული სკალა მოიცავს ოთხ დებულებას. (სულ სამოცი დებულება), რომლებიც ფასდება გამოყენების ხარისხის მიხედვით ოთხ სკალაზე.

- 1 მიღებული გამოცდილების შედეგად, ვცდილობ პიროვნულად გავიზარდო.
- 2 მივმართავ სამუშაოს ან სხვა საქმიანობას, რათა აღარ ვიფიქრო ამაზე.
- 3 ცუდ ხასიათზე ვდგები და ვამჟღავნებ ჩემს ემოციებს.
- 4 ვცდილობ ვინმესგან მივიღო რჩევა, თუ რა გავაკეთო.
- 5 მივმართავ ძალისხმევას, რათა რამე მოვიმოქმედო ამასთან დაკავშირებით.

- 6 მე ვეუბნები საკუთარ თავს "ეს არ არის სინამდვილე, ეს არ არის რეალობა".
- 7 ვრჩები ღვთის ანაბარა.
- 8 მეცინება სიგუაციაზე.
- 9 ვალიარებ, რომ თავს ვერ ვართმევ სიგუაციას და არ ვცდილობ რაიმე მოვიმოქმედო.
- 10 ნაჩქარევი გადაწყვეტილებებისაგან თავს ვიკავებ.
- 11 ვმსჯელობ ჩემს განცლებზე ვინმესთან.
- 12 მივმართავ ალკოჰოლს ან წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ თავი უკეთ ვიგრძნო.
- 13 ვეგუები და ვეჩვევი იმ აზრს, რომ ეს მოხდა.
- 14 ვსაუბრობ სხვასთან რათა უფრო მეტად გავერკვე სიგუაციაში.
- 15 ვცდილობ არ გამიგაცოს სხვა ფიქრებმა და საქმეებმა.
- 16 ვიწყებ ოცნებას სხვა რამეზე.
- 17 ცუდ ხასიათზე ვდგები, როცა ვაცნობიერებ მომხდარ ფაქტს.
- 18 ვეძებ ღმერთის წყალობას.
- 19 ვაღგენ მოქმედების გეგმას.
- 20 ვხუმრობ ამაზე.
- 21 ვღებულობ მომხდარ ფაქტს, შეცვლა შეუძლებელია.
- 22 თავს ვიკავებ, არაფერს ვაკეთებ ვიღრე შესაფერისი სიგუაცია არ მომცემს ნებას
- 23 ვცდილობ მივიღო სულიერი მხარდაჭერა მეგობრებისა და ნათესავებისაგან.
- 24 თავს ვანებებ მიზნის მიღწევის მცდელობას.
- 25 ვაკეთებ რაღაცას, რაც პრობლემის მოცილებაში დამეხმარება.
- 26 ვცდილობ დავივიწყო საკუთარი თავი ალკოჰოლით ან წამლების (ნარკოტიკების) მიღებით.
- 27 არ მინდა დავიჯერო, რომ ეს მოხდა.
- 28 თავს უფლებას ვაძლევ, გამოვამქლავნო გრძნობები.

- 29 ვცდილობ ღაფინახო ეს ღაღებითი მხრიღან, რათა უფრო პოზიტიური გამოჩნდეს.
- 30 ვსაუბრობ ვინმესთან, ვისაც შეუძლია რამე კონკრეტული გააკეთოს ამასთან ღაკავშირებით.
- 31 მძინავს ჩვეულებრივზე ღიღხანს.
- 32 ვცდილობ მოვნახო სტრატეგია, თუ როგორ მოვიქცე.
- 33 კონცენტირებული ვარ ამ პრობლემის ღაძღვევაზე, თუ საჭიროა სხვა მოვალეობებს გარკვეულწილად ღაღაღღებ.
- 34 მივიღებ თანაგრძნობას მათგან, ვისაც ესმის ჩემი.
- 35 ვსვამ ალკოჰოლს ღა ვიღებ წამლებს (ნარკოტიკებს), რომ ნაკლებად ვიფიქრო ამაზე.
- 36 ვხუმრობ, ვშაყირობ ამაზე.
- 37 მიზნის მიღწევის ყოველგვარ მცდელობას თავს ვანებებ.
- 38 ვეძებ რაიმე კარგს იმაში რაც მოხდა.
- 39 ვფიქრობ, თუ როგორ შეიძლება პრობლემის საუკეთესოდ ღაღაჭრა.
- 40 ვცდილობ ხალხს თავი ისე მოვაჩვენო, თითქოს არაფერი მომხდარა.
- 41 ვცდილობ არ გავაუარესო საქმე ნაჩქარევი ქმეღებით.
- 42 ყველანაირად ვცდილობ ჩემს მცდელობებსა ღა ძალისხმევას სხვა რამემ არ შეუშალოს ხელი.
- 43 მივღივარ კინოში ან ვუყურებ ტელევიზორს რათა ნაკლებად ვიფიქრო ამაზე.
- 44 რეალობად ვღებულობ მომხღარ ფაქტს.
- 45 რჩევას ვეკითხები აღამიანებს, ვისაც მსგავსი გამოცდილება აქვთ, თუ როგორ მოიქცნენ ისინი.
- 46 ღიღი ემოციური სტრესის ღროს ძღიერად გამოვხაგავ გრძნობებს.
- 47 მივმართავ პირღაპირ ქმეღებებს პრობლემის ღაღასაჭრელად.

- 48 ვცდილობ ვიპოვო შვება საკუთარ აღმსარებლობაში.
- 49 ვაიძულებ თავს, დაველოდო შესაფერის დროს, როცა შეიძლება რამე გაკეთდეს.
- 50 ვერთობი სიგუაცით.
- 51 ნაკლებ ძალისხმევას მივმართავ პრობლემის გადასაჭრელად.
- 52 ვსაუბრობ სხვებთან იმაზე, თუ როგორ ვგრძნობ თავს.
- 53 მივმართავ ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს, რაც მეხმარება სიგუაციის იოლად დაძლევაში.
- 54 ვსწავლობ ცხოვრებას პრობლემასთან ერთად.
- 55 გვერდზე ვღებ სხვა საქმეებს, რომ ამაზე კონცენტრირება მოვახდინო.
- 56 ბევრს ვფიქრობ იმაზე, თუ რა ნაბიჯი გადავდგა.
- 57 ისე ვიქცევი, თითქოს ეს არც კი მომხდარა.
- 58 ეტაპობრივად ვაკეთებ იმას, რაც უნდა გაკეთდეს.
- 59 მიღებული გამოცდილებიდან რაღაცას ვსწავლობ.
- 60 ჩვეულებრივზე უფრო მეტს ვლოცულობ.

დაძლევის თვითთელი სტრატეგია ისაზღვრება შემდეგი კითხვებით:

- პოზიტიური 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, 25, 47, 58.
- უარყოფა: 6, 27, 47, 57.
- რელიგიასთან მიბრუნება: 7, 18, 48, 60.
- იუმორი: 8, 20, 36, 50.

- ბიჰევიორალური ჩაურთველობა: 9, 24, 37, 51.
- 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 სკალა” ითვლება დაძლევის ინდივიდუალური განსხვავებების კარგად სტრუქტურირებულ დისპოზიციურ საზომად. ის ასახავს ბალანსირებულ შეხედულებას დისპოზიციის შესახებ, სიტუაციური საკითხის საპირისპიროდ. წინამდებარე კვლევაში გამოყენებულია „დაძლევის სკალის” დისპოზიციური ვარიანტი.

თავი II. კვლევის მასალა და მეთოდები

კლინიკურ მასალას საფუძვლად დაედო იმ ავადმყოფთა მონაცემები, რომლებიც ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობისათვის იმყოფებოდნენ კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში 2000-2005 წლებში.

დიაგნოზის დასადგენად გამოყენებული იყო დიდ ბრიტანეთში სამუშაო ჯგუფის მიერ 1994 წელს მიღებული ატოპიური დერმატიტის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომლებიც ითვალისწინებს კანის დაზიანების ტიპურ ლოკალიზაციას, ოჯახურ ანამნეზს, მიდრეკილებას კანის სიმშრალისაკენ, დერმატიტის თვალსაჩინო ნიშნების არსებობას ოთხ წლამდე ასაკის ბავშვებში, დაავადების მანიფესტაციას ადრეულ (ორ წლამდე) ასაკში, კანის ქავილის არსებობას და სხვ.

ატოპიური დერმატიტის სიმძიმის ხარისხის შეფასება ხდებოდა SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) ინდექსით, რომელიც გამოითვლება შემდეგი ფორმულის საშუალებით:

$$\text{SCORAD} = \text{A}/5 + 7\text{B}/2 + \text{C}$$

სადაც **A** - კანის დაზიანების ფართობია; **B** - კლინიკური გამოვლინებების ინტენსივობა, შეფასებული 6 სიმპტომით: ერითემა, შეშუპება/პაპულა, ქერქები/სისველე, ექსკორიაციები, ლიქენიფიკაცია, კანის სიმშრალე. თითოეული სიმპტომის გამოხატვის ხარისხი ფასდებოდა ოთხქულიანი სკალით 0 - დან 3 - მდე; **C** - სუბიექტური სიმპტომები: ქავილი და ძილის დარღვევა კანის დაზიანებისა და ქავილის გამო (Severity Scoring of Atopic Dermatitis. The SCORAD Index (Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis, Dermatology, 1998).

ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის შეფასება ხდებოდა M. S. Lewis-Jones, A. Y. Finlay -ს მიერ შემუშავებული ორიგინალური კითხვარებით: Infant's Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL), Child's Dermatitis Quality of Life Index (CDQOL), Dermatology Life Quality Index (DLQI), Dermatitis Family Impact Questionnaire (DFIQ), რომლებიც ადაპტირებული იქნა ქართულ პოპულაციასთან. კითხვარები მოიცავდა საშუალოდ 10 კითხვას.

კლინიკური დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 88 ავადმყოფი. შესწავლილი იყო 6 თვიდან 18 წლამდე ასაკის ატოპიური დერმატიტით დაავადებულ ავადმყოფთა და მათი მშობლების ცხოვრების ხარისხი.

ავადმყოფები დაყოფილი იყო ორ ასაკობრივ ჯგუფად: პირველი ჯგუფი - 6 თვიდან 4 წლამდე ასაკის 43 პაციენტი, მეორე ჯგუფი - 4 წლიდან 18 წლამდე ასაკის 45 პაციენტი. 4 წლამდე ასაკის ბავშვთა მშობლები ავსებდნენ IDQOL და Dermatitis Family Impact Questionnaire კითხვარებს, ხოლო 4 წლის ზევით ასაკის პაციენტთა მშობლები - CDLQI და Dermatitis Family Impact Questionnaire კითხვარებს. 16-დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის შეფასება ხდებოდა არა მხოლოდ მშობლის, არამედ პაციენტების მიერაც DLQI-ის კითხვარების მიხედვით.

ავადმყოფის კითხვარი მოიცავდა შემდეგ კითხვებს: რამდენად იყო გამოხატული კანის პრობლემები (ქავილი, ანთება, მტკივნეულობა) ბოლო კვირაში, რამდენად უხერხულად გრძნობდა პაციენტი თავს და იყო შეწუხებული ამ პრობლემების გამო, რამდენად ეშლებოდა ხელი საყიდლებზე წასვლაში ან სახლის გარეთ

საქმიანობაში, რამდენად იწვევდა კანის პრობლემები ტანსაცმლის დასვრას, როგორ მოქმედებდა პაციენტის სოციალურ აქტივობაზე და გართობაზე ბოლო კვირის განმავლობაში, რამდენად უქმნიდა სირთულეებს სპორტულ ცხოვრებაში, მუშაობასა ან სწავლაში, მეგობრებთან ან ნათესავებთან ურთიერთობაში, სქესობრივ ცხოვრებაში, რამდენად შეუშალა ხელი მკურნალობამ სახლის და პირად საქმეებში გასული კვირის განმავლობაში, როგორ იმოქმედა კანის პრობლემებმა პაციენტის ძილზე, კვებაზე, ბანაობაზე, გამოიწვია თუ არა დადლილობა, გამოფიტვა, მოუსვენრობა.

ბავშვის მშობელი პასუხობდა შემდეგ კითხვებს: ბოლო კვირაში რამდენად მწვავე იყო ბავშვის დერმატიტი (სიწითლე, ანთება, ქერცლი, გავრცელება), როგორ ხასიათზე იყო ბავშვი, რა დრო სჭირდებოდა დასაძინებლად ღამით და რა ხანგრძლივობით ეძინა საშუალოდ. უშლიდა თუ არა ხელს ბავშვს დერმატიტი თამაშში, ცურვაში, ოჯახურ საქმიანობასა და ოჯახურ გართობაში, ჰქონდა თუ არა პრობლემები (არაკომფორტულად გრძნობდა თავს) დერმატიტის გამო ჭამის დროს, ჩაცმის ან გახდის დროს, ბანაობისას. ჰქონდა თუ არა ბავშვს მკურნალობით გამოწვეული პრობლემები.

ატოპიური დერმატიტის პაციენტის ოჯახზე გავლენის კითხვარი შეიცავდა შემდეგ კითხვებს: ბოლო კვირის განმავლობაში როგორი გავლენა მოახდინა ბავშვის დერმატიტმა ოჯახის ცხოვრებაზე, სახლის საქმეებზე (მაგ., რეცხვა, წმენდა), საკვების მომზადებასა და კვებაზე, ოჯახის სხვა წევრების ძილზე, ოჯახის დასვენებაზე, გართობაზე, ოჯახის საყიდლებზე წასვლაზე, მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებზე, ბავშვის მშობლის/მომვლელის დადლილობაზე, ბავშვის მშობლის/მომვლელის

ემოციურ დატვირთვაზე, როგორც არის დეპრესია, ფრუსტრაცია, დანაშაულის შეგრძნება. ბოლო კვირის განმავლობაში როგორი გავლენა მოახდინა ბავშვის დერმატიტმა ბავშვის ძირითადი მომვლელის ურთიერთობაზე პარტნიორთან, ოჯახის სხვა წევრებთან, ან სხვა ბავშვებთან ოჯახში.

კითხვებზე პასუხი ფასდებოდა გამოხატვის 4 ხარისხის მიხედვით: ძალიან, საშუალოდ, მცირედ, საერთოდ არა. შესაბამისად იგი შეფასებული იყო 3, 2, 1, 0 ქულით. ქულათა რაოდენობის მიხედვით მიღებული შედეგები ფასდებოდა შემდეგნაირად:

0-1 ქულა	= არ ახდენს გავლენას ავადმყოფის ცხოვრებაზე
2-5 ქულა	= მცირე გავლენას ახდენს ავადმყოფის ცხოვრებაზე
6-10 ქულა	= ზომიერ გავლენას ახდენს ავადმყოფის ცხოვრებაზე
11-20 ქულა	= ძლიერ გავლენას ახდენს ავადმყოფის ცხოვრებაზე
21-31 ქულა	= ძალიან ძლიერ გავლენას ახდენს ავადმყოფის ცხოვრებაზე

იმის გასარკვევად, თუ როგორ რეაგირებენ ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლები ცხოვრებაში წარმოქმნილ სიმძნელებსა და სტრესულ სიტუაციებზე, შეისწავლებოდა მშობლის დაძლევის სტრატეგია ქარვერისა და შეიერის დაძლევის სკალით, რომელიც მოიცავდა 60 კითხვას. კითხვარი შეიცავდა განმარტებას და ითხოვდა რესპონდენტისაგან

პასუხს კითხვებზე, თუ რას აკეთებს და გრძნობს, როცა ცხოვრებაში სტრესი, კრიზისული სიტუაცია აქვს. რესპონდენტს უნდა ამოერჩია 4 პასუხიდან ერთ-ერთი: 1. ჩვეულებრივ, ამას საერთოდ არ ვაკეთებ; 2. ჩვეულებრივ, ამას იშვიათად ვაკეთებ; 3. ჩვეულებრივ, ამას ხანდახან ვაკეთებ; 4. ჩვეულებრივ, ამას ხშირად ვაკეთებ. დაძლევის თითოეული სტრატეგია ფასდებოდა ქულებით: მინიმალური ქულა - 4, მაქსიმალური -16. მოწოდებული იყო დაძლევის სტრატეგიის რამოდენიმე ფორმა: პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა, მენტალური ჩაურთველობა, ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა, ინსტრუმენტული სოციალური მხარდაჭერა, აქტიური დაძლევა, უარყოფა, რელიგიასთან მიბრუნება, იუმორი, ბიჰევიორული ჩაურთველობა, შეკავება, ემოციური სოციალური მხარდაჭერა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება, მიმღებლობა, სხვა აქტივობების დათრგუნვა, დაგეგმვა. კითხვარის საშუალებით შეისწავლებოდა ზემოთ ჩამოთვლილი სტრატეგიებიდან რომელს ირჩევს ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობელი.

ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით მისთვის შემუშავებული იყო სპეციალური სასწავლო კურსი, რომლის ეფექტურობის შესაფასებლად ჩატარდა რანდომიზებული პრეფერენციული კვლევა. ჩატარებულმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ატოპიური დერმატიტის მიმდინარეობის სიმძიმის კორელაცია ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან განსაკუთრებით გამოხატულია 4-დან 18 წ-მდე ასაკობრივ ჯგუფში, ამიტომ შემდგომი კვლევა გაგრძელდა ამ ჯგუფში. ავადმყოფი ბავშვების მშობლები ბრმა შერჩევით გაიყო

ორ ჯგუფად: საკონტროლო ჯგუფი და საკვლევი ჯგუფი; ორივე ჯგუფზე დაკვირვება ხორციელდებოდა ოთხი კვირის განმავლობაში.

პირველი ვიზიტის დროს ხდებოდა: დიაგნოზის დადგენა, დაავადების სიმძიმის შეფასება SCORAD ინდექსით, ავადმყოფი ბავშვის ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრა ასაკის მიხედვით CDQOL ან DQOL ინდექსით. ავადმყოფი ბავშვის ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე ატოპიური დერმატიტის გავლენის შეფასება ხდებოდა DFIQ ინდექსით. მშობლის დამლევის სტრატეგია ფასდებოდა ქარვერისა და შეიერის დამლევის სტრატეგიის კითხვარით. ბავშვს ეძლეოდა სტანდარტული დანიშნულება. ხდებოდა ავადმყოფი ბავშვების მშობელთა რანდომიზება საკონტროლო ან საკვლევი ჯგუფში. საკონტროლო ჯგუფი შედგებოდა 32 მშობლისგან, საკვლევი ჯგუფი – 40 მშობლისგან.

მეორე ვიზიტზე, ერთი კვირის შემდეგ საკონტროლო ჯგუფის მშობელთა შვილებს უგრძელდებოდათ სტანდარტული მკურნალობა, საკვლევი ჯგუფის მშობლებს უტარდებოდათ ტრენინგი სპეციალური კურსით.

ტრენინგის კურსის შედგენა ხდებოდა ინდივიდუალურად და მოიცავდა რამდენიმე ზოგად სტრუქტურულ ელემენტს, კერძოდ:

- ავადმყოფი ბავშვის მშობლისათვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება მისი დამლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით.
- დანიშნულების შესრულების ტექნიკის შესახებ დაწვრილებითი ინფორმაციის მიწოდება საჭიროების მიხედვით თვალსაჩინოების გამოყენებით.
- ავადმყოფი ბავშვის მოვლის რეჟიმის დეტალური ანალიზი:

- დიეტა;
- ტრიგერებისაგან თავის არიდების ტაქტიკა;
- დაბანის რეჟიმისა და თავისებურებების ანალიზი;
- საჭირო შემთხვევაში ფსიქოლოგის დახმარებით ბავშვის ქცევითი სფეროს მოწესრიგება.

მესამე ვიზიტზე, 4 კვირის შემდეგ კვლავ ფასდებოდა ყველა მაჩვენებელი საკონტროლო და საკვლევ ჯგუფებში.

მასალის სტატისტიკური დამუშავება მოხდა SPFS-ის სტატისტიკური პროგრამით და ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით პროგრამა Excel-ის პაკეტის გამოყენებით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $p < 0,05$.

თავი III. კვლევის შედეგები და მათი განხილვა.

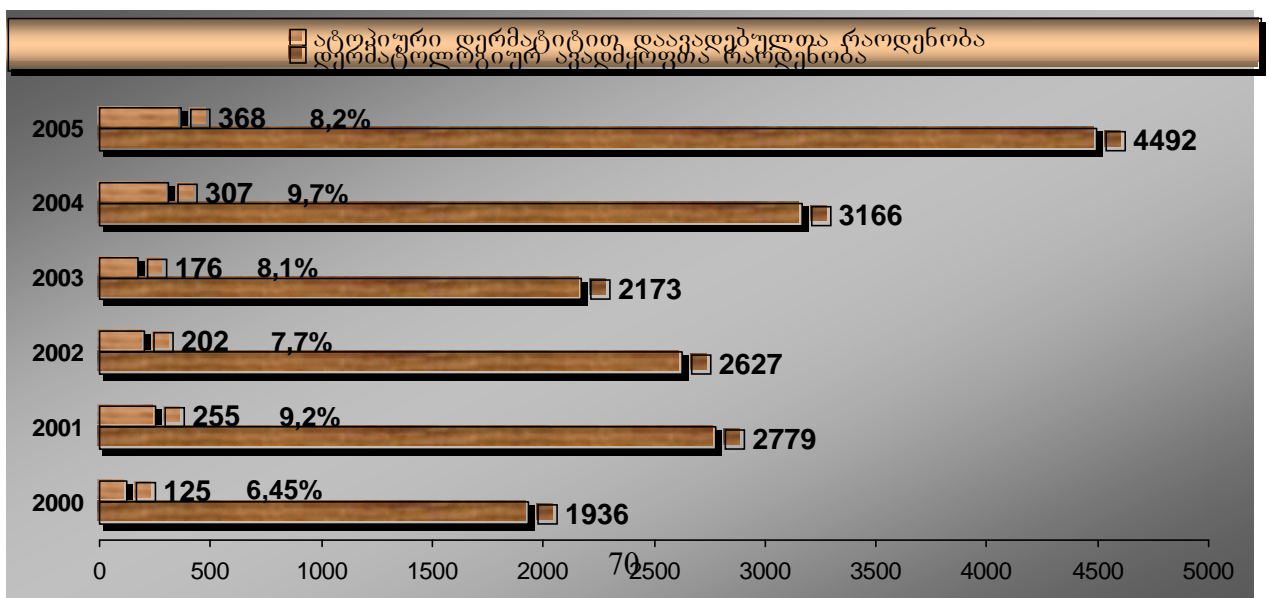
3.1 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა კლინიკური დახასიათება

კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში 2000-2005 წწ. რეგისტრირებულ ავადმყოფთა შორის ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ხვედრითი წილის განსაზღვრის მიზნით გაანალიზებულია ინსტიტუტის ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა 17730 ისტორია.

2000-2005 წწ. რეგისტრირებული იყო ატოპიური დერმატიტის 1065 შემთხვევა, რაც შეადგენდა ინსტიტუტში რეგისტრირებულ კანის დაავადებათა 8,2 პროცენტს. წლების მიხედვით ატოპიური დერმატიტის პროცენტული შემცველობა დერმატოლოგიურ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის მიმართ არსებითად არ იცვლებოდა და შეადგენდა 6,45 - 9,7%. (იხ. დიაგრამა №1)

დიაგრამა №1

ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ხვედრითი წილი დერმატოლოგიურ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობაში 2000-2005 წწ.



დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ატოპიური დერმატიტით დაავადებული 0-დან 18 წლამდე ასაკის 88 პაციენტი. პაციენტების განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით მოცემულია №1 ცხრილში:

№1 ცხრილი

ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკი	საერთო რაოდენობა	ქალი	კაცი
ადრეულ ბავშვთა ასაკი	0-3 წლამდე	10 (11,4%)	6 (14,6%)	4 (8,6%)
ბავშვთა ასაკი	3-12	40 (45,5%)	19 (46,3%)	21 (44,7%)
მოზარდთა ასაკი	12-16	15 (17%)	6 (14,6%)	9 (22%)
მოზრდილები	16-18	23 (26,1%)	10 (24,5%)	13 (31,7%)
სულ		88	41 (46,6%)	47 (53,4%)

ალერგიული დაავადებების მიმართ მემკვიდრული განწყობა დაუდგინდა 62 პაციენტს (70,4%). 40(45,5%) პაციენტი აღნიშნავდა ალერგიულ დაავადებებს და-ძმებში, ხოლო 22(25%) შემთხვევაში ალერგიული დაავადებები აღენიშნებოდათ მშობლებს.

დაავადების სეზონური გამწვავება, უპირატესად შემოდგომაზე, ზამთარსა და ადრეულ გაზაფხულზე, აღნიშნებოდა ავადმყოფთა მნიშვნელოვან ნაწილს - 52 ავადმყოფს (59,1%).

ავადმყოფთა დაწვრილებითი ანამნეზური და კლინიკური შესწავლით გამოვლინდა თანმხლებ ალერგიულ დაავადებათა გარკვეული ჯგუფი: ალერგიული რინიტი (15 ავადმყოფი, 17%), ბრონქული ასთმა (17 ავადმყოფი, 19%), ჭინჭრის ციება (8 ავადმყოფი, 9%).

გამოკვლევულ პაციენტთა 68% (60 ავადმყოფი) ასახელებდა ალერგიული ბუნების ტრიგერებს, ხოლო 25% (22 ავადმყოფი) - არაალერგიული ბუნების ტრიგერებს. 6 ავადმყოფი (7%) ვერ ასახელებდა დაავადების წარმოშობისა და გამწვავების მიზეზს.

პაციენტების 67% (59 ავადმყოფი) აღნიშნავდა ძილის დარღვევას და კანის სხვადასხვა ინტენსივობის ქავილს, მათ შორის 31% (27 ავადმყოფი) აღნიშნავდა, რომ კანის ქავილი არის ძლიერი. 52% (46 ავადმყოფი) მიუთითებდა ქავილის საშუალო ინტენსივობაზე.

ლოკალიზაციის მიხედვით გამონაყარი ყველაზე ხშირად მდებარეობდა იდაყვისა და მუხლის ფოსოებში - 58% (51 ავადმყოფი), კისრისა და მაჯის არეებში 32% (28 ავადმყოფი), სახეზე გამონაყარი აღნიშნებოდა შემთხვევათა 40%-ში (35 ავადმყოფი).

აღსანიშნავია, რომ დაავადების სიმძიმე SCORAD ინდექსით ფასდებოდა როგორც პირველი მომართვისას, ასევე მკურნალობის პროცესში. პირველი მომართვისას SCORAD ინდექსი ნაკლები იყო 20 ქულაზე ავადმყოფთა 29%-ში (26 ავადმყოფი), 20-40 ქულა 46%-ში (40 ავადმყოფი), 40 ქულაზე მაღალი - 25%-ში (22 ავადმყოფი).

3.2 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის და ოჯახზე დერმატიტის გავლენის შესწავლის შედეგები

შესწავლილი იყო ატოპიური დერმატიტით დაავადებული 6 თვიდან 18 წლამდე ასაკის ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხი.

ავადმყოფები დაიყო ორ ასაკობრივ ჯგუფად: პირველი ჯგუფი - 6 თვიდან 4 წლამდე ასაკის 43 პაციენტი, მეორე ჯგუფი - 4 წლიდან 18 წლამდე ასაკის 45 პაციენტი. ორივე შესწავლილ ასაკობრივ ჯგუფში SCORAD ინდექსის მიხედვით გამოიყო 3 ჯგუფი დაავადების სიმძიმის ხარისხის მიხედვით: მსუბუქი (SCORAD 0-20), საშუალო სიმძიმის (SCORAD 20-40) და მძიმე (SCORAD >40).

გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ 6 თვიდან 4 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მსუბუქი ფორმის ატოპიური დერმატიტით დაავადებული იყო 14 პაციენტი (32,6%), (SCORAD ინდექსი საშუალოდ 18,1). საშუალო სიმძიმის ატოპიური დერმატიტით (SCORAD - 32,8) – 22 (51,2%), ხოლო მძიმე ფორმის ატოპიური დერმატიტით (SCORAD - 65,4) - 7(16,2%) (იხ. ცხრილი №2).

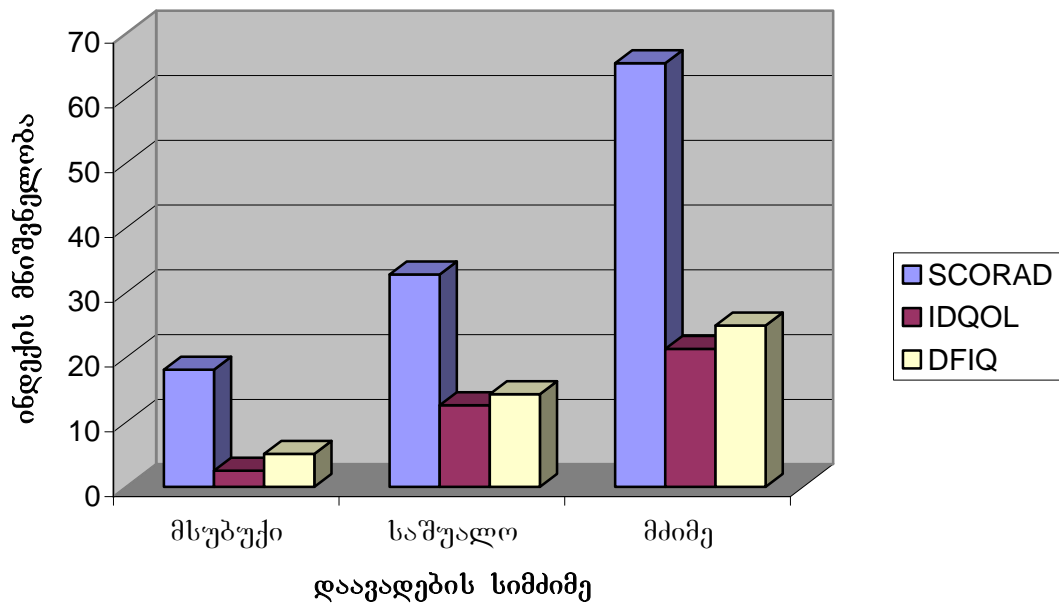
ცხრილი №2

6 თვიდან 4 წ-მდე ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების დაავადების სიმძიმის ხარისხი SCORAD ინდექსის მიხედვით და მისი კორელაცია ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებთან.

დაავადების სიმძიმე	ავადმყოფთა რაოდენობა	SCORAD ინდექსის მაჩვენებლები	IDQOL ინდექსის მაჩვენებლები	DFIQ ინდექსის მაჩვენებლები
მსუბუქი	14	18.1	2.5	5.1
საშუალო	22	32.8	12.6	14.3
მძიმე	7	65.4	21.3	24.9

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 6 თვიდან 4 წლამდე ასაკის ბავშვების IDQOL ინდექსი საშუალოდ იყო 2.5, DFIQ – 5.1 დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობისას (SCORAD - 18,1); IDQOL - 12.6, DFIQ – 14.3 - საშუალო სიმძიმისას (SCORAD – 32.8) და IDQOL - 21.3, DFIQ – 24.9 მძიმედ მიმდინარე დაავადების დროს (SCORAD - 65,4) (იხ. დიაგრამა №2).

დიაგრამა №2



4-დან 18 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მსუბუქი ფორმის ატოპიური დერმატიტით (SCORAD საშუალოდ 17.4) დაავადებული იყო 12 აკადემიოფი (26.7%), საშუალო სიმძიმის ატოპიური დერმატიტით (SCORAD – 33.5) - 18 (40%), ხოლო მძიმე ფორმის ატოპიური დერმატიტით (SCORAD – 65.7) - 15 (33.3%). (იხ. ცხრილი №3).

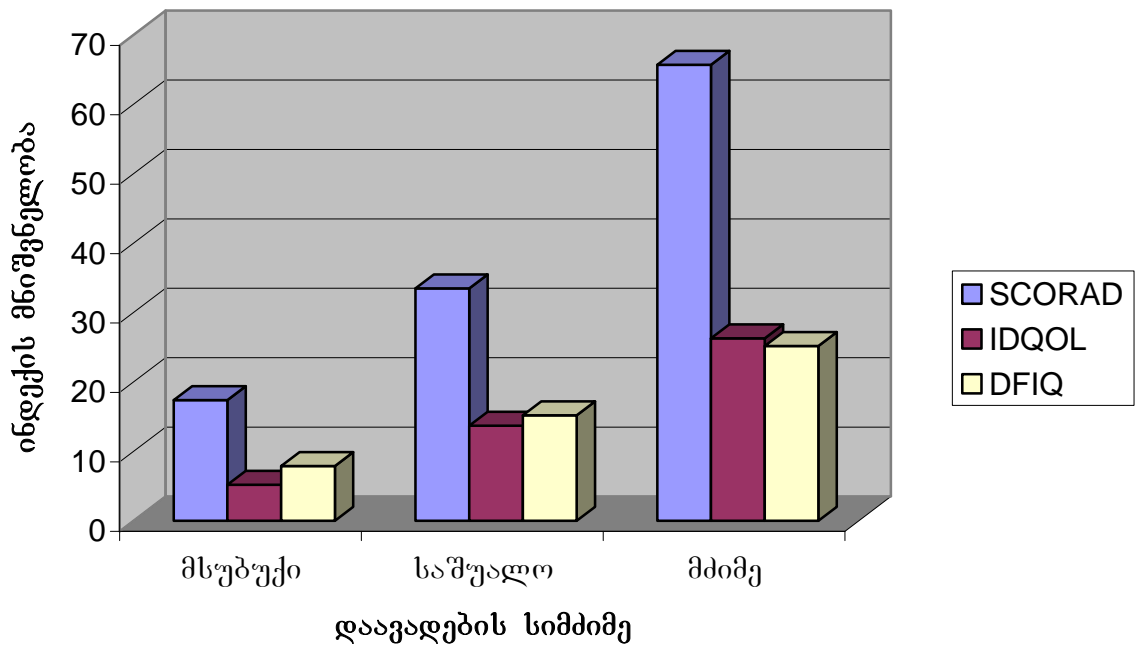
ცხრილი №3

ატოპიური დერმატიტით დაავადებულ 4 წ-დან 18 წ-მდე ასაკის ავადმყოფთა SCORAD ინდექსი და მისი კორელაცია ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხისა და ოჯახზე დერმატიტის გავლენის ინდექსებთან

დაავადების სიმძიმე	ავადმყოფთა რაოდენობა	SCORAD ინდექსის მაჩვენებელი	DLQI ინდექსის მაჩვენებელი	DFIQ
მსუბუქი	12	17.4	5.2	7.9
საშუალო	18	33.5	13.7	15.2
მძიმე	15	65.7	26.3	25.2

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მსუბუქი მიმდინარეობისას (SCORAD=17.4) DLQI=5.2, DFIQ=7.9, საშუალო სიმძიმის დროს(SCORAD=33.5) DLQI=13.7, DFIQ=15.2, ხოლო მძიმე მიმდინარეობისას(SCORAD=65.7) - DLQI=26,3, DFIQ=25.2. (იხ. დიაგრამა №3).

დიაგრამა №3



ამრიგად, ატოპიური დერმატიტის მიმდინარეობის სიმძიმე დადებით კორელაციაშია ცხოვრების ხარისხთან ორივე ასაკობრივ ჯგუფში.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ატოპიური დერმატიტი გავლენას ახდენდა დაავადებული ბავშვის ცხოვრების ხარისხზე, რაც ვლინდებოდა მათი ფიზიკური და ემოციური ჯანმრთელობისა და ფიზიკური და სოციალური ფუნქციონირების მხრივ ცვლილებებით.

ბავშვების ფსიქოლოგიური აშლილობანი მოიცავდა შემდეგი ხასიათის პრობლემებს: ქცევითი და დისციპლინური პრობლემები, ჭირვეულობა, ტოპიური და პერორალური პრეპარატების გამოყენების მიუღებლობა, ფრუსტრაცია, ჰიპერრეაქტიულობა, გაღიზიანებადობა და აფორიაქებულობა, მოუსვენრობა, ქავილი ყურადღების მისაქცევად, ხელში აყვანის ხშირი მოთხოვნა.

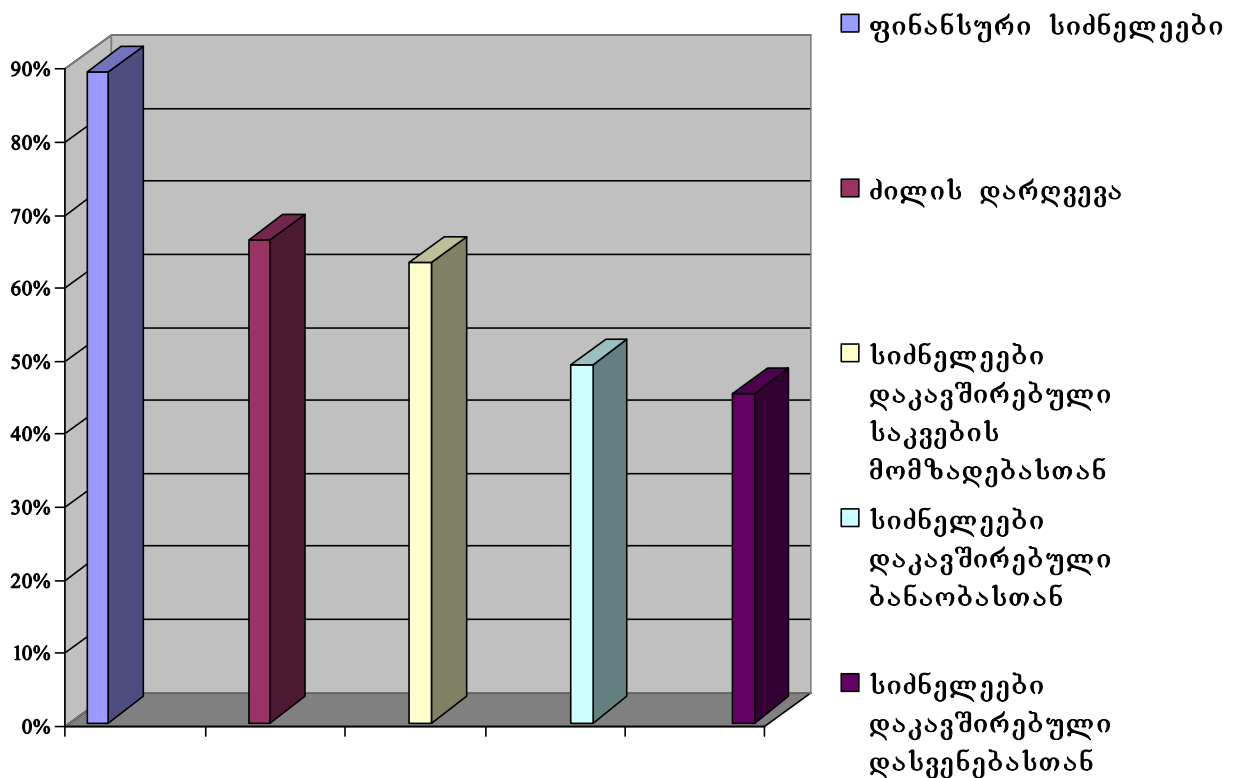
ფსიქოლოგიური ხასიათის აშლილობანი ატოპიური დერმატიტით დაავადებულებში შეიძლება აიხსნას ქავილის გამო გაღიზიანებადობით და გუნება-განწყობილების დაქვეითებით.

სოციალური ფუნქციების მოშლიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ დაავადებულ ბავშვებთან ურთიერთობას გაურბიან როგორც სხვა ბავშვები, ასევე უფროსებიც.

ატოპიური დერმატიტი ღრმა სოციალურ, პიროვნულ, ემოციურ და ფინანსურ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფი ბავშვის ოჯახზე (იხ. დიაგრამა №4).

დიაგრამა №4

ატოპიური დერმატიტის გავლენა დაავადებული ბავშვის ოჯახზე



4 წლამდე ბავშვის მომვლელთა 67% (29 მშობელი 43-დან) ხაზს უსვამდა ძილის დარღვევას ბავშვის დაავადების გამო. მშობლების

89% (78 მშობელი 88-დან) აღნიშნავდა გარკვეულ ფინანსურ სიძნელეებს ბავშვის დაავადების გამო. სიძნელეებს დაკავშირებულს საკვების მომზადებასთან აღნიშნავდა 55 მშობელი (62,5%), დასვენებასთან 40 მშობელი (45,5%), ხოლო ბანაობასთან 43 მშობელი (49%).

არანაკლები ემოციური ხასიათის დარღვევები აღნიშნებოდათ დაავადებული ბავშვის მშობლებს. გამოფიტვისა და ძილის დარღვევის ფიზიკურ პრობლემებთან ერთად აღსანიშნავია უიმედო დამოკიდებულება მკურნალობისადმი, სხვა ბავშვის გაჩენის გადაწყვეტილებაზე გავლენა, იმედგაცრუება, ფრუსტრაცია, დახმარების მიმართ უიმედო დამოკიდებულება, დაძაბული ურთიერთობა მეუღლეებს შორის, წუხილი ბავშვის ღირსების გრძნობის, მკურნალობის ღირებულების, საკვებში და გარემოში ალერგენების არსებობის, ბავშვის მომვლელის შერჩევის სირთულის, მკურნალობის გვერდითი ეფექტების გამო. მშობელი განიცდის, შეიძენს თუ არა ბავშვი მეგობრებს. ბავშვის ავადმყოფობა გავლენას ახდენს მუშაობის დაწყების გადაწყვეტილებაზე, სამუშაოს შესრულებაზე. მშობლები თავს არიდებენ ოჯახურ ფოტოებს. ბავშვს სძინავს მშობლების ლოგინში, მშობლები მეტ ხანს ატარებენ სახლში, აქვთ მეტი საოჯახო საქმეები, არ სიამოვნებთ ბავშვის სხვასთან დატოვება, აწუხებთ ბავშვის ხანგრძლივი მკურნალობა, აქვთ პრობლემები ბავშვის ძიძის აყვანასთან და ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებით, სარგებლობენ მხოლოდ ხანმოკლე შვებულებით, აქვთ პრობლემები ნათესავებთან და მეგობრებთან ურთიერთობაში.

ადამიანის ცხოვრების ხარისხი დაფუძნებულია საკუთარ კულტურაზე, იმედებზე, ინტერესებზე, ფასეულობებსა და

იდეალებზე. იგი წარმოადგენს ადამიანის ამბიციებისა და მისწრაფებების თანხვედენას ცხოვრებისეულ გამოცდილებასთან თვით დაავადების, მისი სიმპტომებისა და ნიშნების ჩათვლით. სამედიცინო თვალსაზრისით ცხოვრების ხარისხი მრავალგანზომილებიანი ინდივიდუალური კონდიციაა, რომელშიც მრავალი კომპონენტი ურთიერთქმედებს, როგორცაა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, დაავადების აღქმა, თავისუფალი დრო, სკოლა, სამუშაო ჩვევები და ა. შ.

ატოპიური დერმატიტი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ პაციენტის, არამედ მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხსა და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. იგი შეიძლება გახდეს ოჯახურ და სოციალურ ურთიერთობათა რღვევის მიზეზი. ასეთი ბავშვების მშობლები ხშირად აღნიშნავენ უმწეობის შეგრძნებასა და სტრესს, გამოწვეულს ბავშვის მოვლითა და მკურნალობით. შესაბამისად ატოპიური დერმატიტი ხშირად ასოცირდება ცხოვრების დაბალ ხარისხთან.

3.3 ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა მშობლების დამლევის სტრატეგიის შესწავლის შედეგები

ატოპიური დერმატიტი გავლენას ახდენს შვილსა და მშობელს შორის ურთიერთობაზე, იწვევს რა მრავალ და ამასთანავე ურთიერთგამომრიცხავ გრძნობათა წარმოშობას, დეპრესიას. მშობლის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა გადამწყვეტ გავლენას ახდენს ბავშვის ემოციური სფეროს ფორმირებაზე, მის თვითშეფასებასა და დაავადებისადმი დამოკიდებულებაზე, ასევე ქავილის სუბიექტური აღქმის ინტენსივობაზე. რამდენადაც დაავადებული ბავშვის მორიდება ტრიგერებისაგან, მისი ფსიქოლოგიური და სოციალური ფორმირების სიჯანსაღე მთლიანად მშობლის პრეროგატივაა, უზარმაზარი მნიშვნელობა ენიჭება მშობლის სწორ დამოკიდებულებას დაავადებისადმი, მის მიერ კრიზისული სიტუაციის დამლევის სტრატეგიას. მშობელი ხშირად აღიქვამს ატოპიურ დერმატიტს ენიგმატურ დაავადებად. მშობლისათვის იგი კრიზისულ სიტუაციას წარმოადგენს. ასეთ მდგომარეობაში, როგორც ცნობილია, ამოქმედდება კრიზისული სიტუაციის დამლევის სტრატეგია, რომლის სწორად წარმართვა დადებითად აისახება მკურნალობის შედეგზე და ავადმყოფისა და მშობლის ცხოვრების ხარისხზე.

მშობლის დამლევის სტრატეგიის მაჩვენებლებიდან დაავადების მძიმე ფორმების დროს შეკავების სტრატეგია აღენიშნებოდა მშობლების 34.4% -ს, ისინი ძირითადად მიმართავდნენ ემოციურ (35.3%) და სოციალურ ინსტრუმენტულ მხარდაჭერას (.35,5%),

ემოციებზე ფოკუსირებასა და ემოციების გამოხატვას (45.5%). დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობისას მშობლის დაძლევის სტრატეგია აქცენტირებული იყო მიმღებლობაზე (30.8%), დაგეგმვაზე (34.6%), აქტიურ დაძლევაზე (34.7%).

სტრესული სიტუაციის დაძლევა წარმოადგენს კოგნიტური და ბიჰევიორული ძალების ჯამს. რომელსაც ინდივიდი სტრესის გავლენის შესამსუბუქებლად მიმართავს. ის მოიცავს როგორც დაკვირვებად ქცევას, ასევე პიროვნების შიგნით მიმდინარე მოვლენებს. დაძლევა მოიცავს ადამიანური აქტივობის ფართო სპექტრს არაცნობიერი დაცვითი მექანიზმებიდან კრიზისული სიტუაციის მიზანმიმართულ გადაჭრამდე. როცა დაძლევის სტრატეგია სწორადაა მიმართული, მშობელი უკეთ ეხმარება დაავადებულ ბავშვს ფიზიკური და ფსიქოემოციური თვალსაზრისით, რაც შესაძლებლობას იძლევა უკეთ დაგეგმვით მკურნალობა და ვმართოთ რემისიის პერიოდები.

დაავადებულ და ჯანმრთელ ბავშვთა მშობლების დაძლევის სტრატეგიებს შორის განსხვავების დასადგენად შეირჩა იმავე ასაკობრივი ჯგუფის ჯანმრთელ ბავშვთა მშობლების 40 ობიექტიანი ჯგუფი. ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების მშობლები უფრო ხშირად მიმართავდნენ ემოციების გამოხატვისა და ემოციებზე ფოკუსირების სტრატეგიას, ვიდრე ჯანმრთელი ბავშვების მშობლები ($t=1.984$; $p<0.05$).

დაავადების მსუბუქი ფორმების მქონე ბავშვების მშობლებს საშუალო და მძიმე ფორმებით დაავადებულთა მშობლებთან შედარებით მიმღებლობის სტრატეგიის უფრო მაღალი მაჩვენებელი აქვთ. ($F=4.7$; $p= 0.021$).

დაძლევის დანარჩენი 14 სტრატეგიის მიხედვით დაავადების სხვადასხვა სიმძიმის მქონე ბავშვთა მშობლები ერთმანეთისგან არ განსხვავდებოდნენ.

დაძლევის მხოლოდ ორი სტრატეგია აღმოჩნდა კორელაციაში დაავადების სირთულის ობიექტურ მაჩვენებელთან (SCORAD): მიმღებლობა (უარყოფითი კორელაცია $p < 0.01$), და ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენება (დადებითი კორელაცია $p < 0.05$), თუმცა მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი კვლევის ამ ეტაპზე არ გამოვლინდა. შედეგის ობიექტური ინტერპრეტაცია საჭიროებს შემდგომ გაღრმავებულ კვლევას.

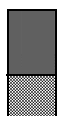
ემოციებზე ფოკუსირებისა და ემოციების გამოხატვის სტრატეგია დადებით კორელაციაშია ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების ხარისხის ინდექსთან ($r=0.6$ $p=0.004$) და ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე დერმატიტის გავლენასთან ($r=0.5$ $p=0.016$).

დადებითი კორელაცია გამოვლინდა დედის ინსტრუმენტული სოციალური მხარდაჭერის სტრატეგიასა და ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების ხარისხის ინდექსს შორის ($r=0.5$ $p=0.04$).

ცხრილი №4

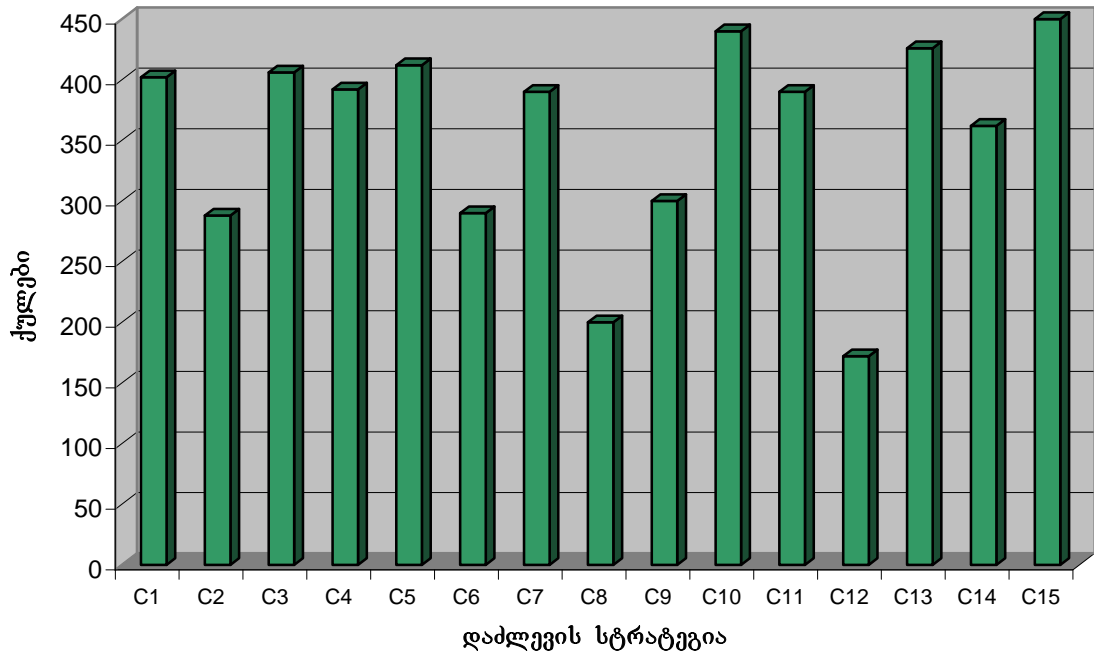
დაძლევის სტრატეგიის კორელაცია დაავადების სიმძიმის, ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის ინდექსთან.

	დაძლევის სტრატეგიის ფორმები	SCORAD	CDQOL	DFIQ	მშობელთა რაოდენობა
C1	პოზიტიური რეინტერპრეტაცია და ზრდა				15%
C2	მენტალური ჩაურთველობა				0%
C3	ემოციებზე ფოკუსირება და ემოციების გამოხატვა				20%
C4	ინსტრუმენტული სოციალური მხარდაჭერა				20%
C5	აქტიური დაძლევა				10%
C6	უარყოფა				5%
C7	რელიგიასთან მიბრუნება				20%
C8	იუმორი				14%
C9	ბიჰევიორული ჩაურთველობა				8%
C10	შეკავება				30%
C11	ემოციური სოციალური მხარდაჭერა				25%
C12	ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება				3%
C13	მიმღებლობა				35%
C14	სხვა აქტივობების დათრგუნვა				15%
C15	დაგეგმვა				35%



უარყოფითი კორელაცია
დადებითი კორელაცია

დიაგრამა №5



ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების ხარისხი დადებით კორელაციაშია ავადმყოფი ბავშვის ოჯახის წევრების რაოდენობასთან და უარყოფით კორელაციაშია ოჯახის საცხოვრებელ ფართთან.

ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლისათვის შემუშავებული სპეციალური სასწავლო კურსის ეფექტურობის შესაფასებლად ჩატარებული რანდომიზებული პრეფერენციული კვლევის შედეგები მოცემულია შემდეგ ცხრილში

ცხრილი №5

პირველი ვიზიტი

ჯგუფის პარამეტრები	საკვლევი ჯგუფი	საკონტროლო ჯგუფი
საშუალო ასაკი	12.2	12.9
SCORAD	31.4	28.7
CDLQI	17.1	16.2
DFIQ	18.2	16.9

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფის საშუალო ასაკი დაახლოებით ერთნაირი იყო 12-დან – 13-წლამდე. SCORAD-ის საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 31.4, საკონტროლო ჯგუფში 28.7, ბავშვთა დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსის (CDLQI) საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 17.1, საკონტროლო ჯგუფში 16.2, ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე დერმატიტის გავლენის ინდექსის (DFIQ) საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 18.2, საკონტროლო ჯგუფში 16.9.

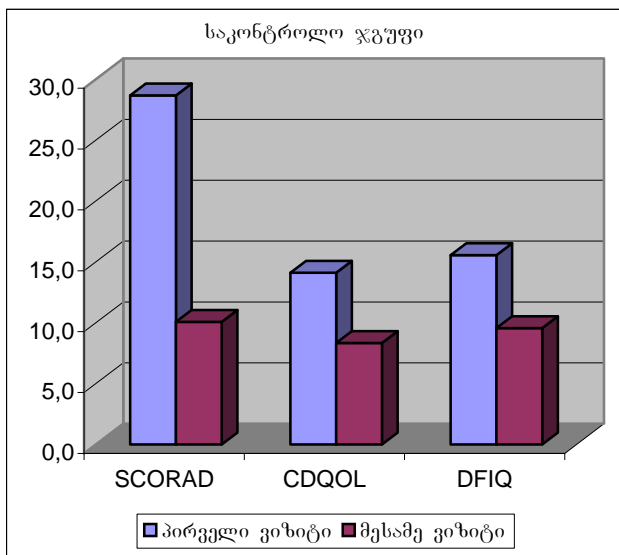
ორივე ჯგუფში ჩატარებული მკურნალობისა და საკვლევ ჯგუფთან დამატებითი ტრენინგის შემდეგ პარამეტრების განმეორებითი შეფასების შედეგები მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში.

ცხრილი №6
მესამე ვიზიტი

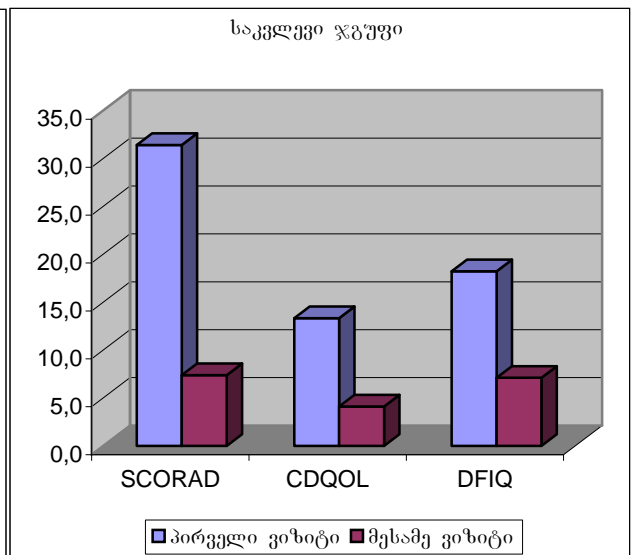
ჯგუფის პარამეტრები	საკვლევი ჯგუფი	საკონტროლო ჯგუფი
საშუალო ასაკი	12.2	12.9
SCORAD	7.4	10.1
CDQOL	4.1	11.4
DFIQ	7.1	12.9

მესამე ვიზიტის დროს კვლავ შეფასდა ორივე ჯგუფის პარამეტრები. (დიაგრამები 15 და 16). SCORAD – ინდექსის საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 7.4, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 10.1, ბავშვთა დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსის (CDLQI) საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 4.1, საკონტროლო ჯგუფში 11.4, ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე დერმატიტის გავლენის ინდექსის (DFIQ) საშუალო მნიშვნელობა საკვლევ ჯგუფში იყო 7.1, საკონტროლო ჯგუფში 12.9.

დიაგრამა №6

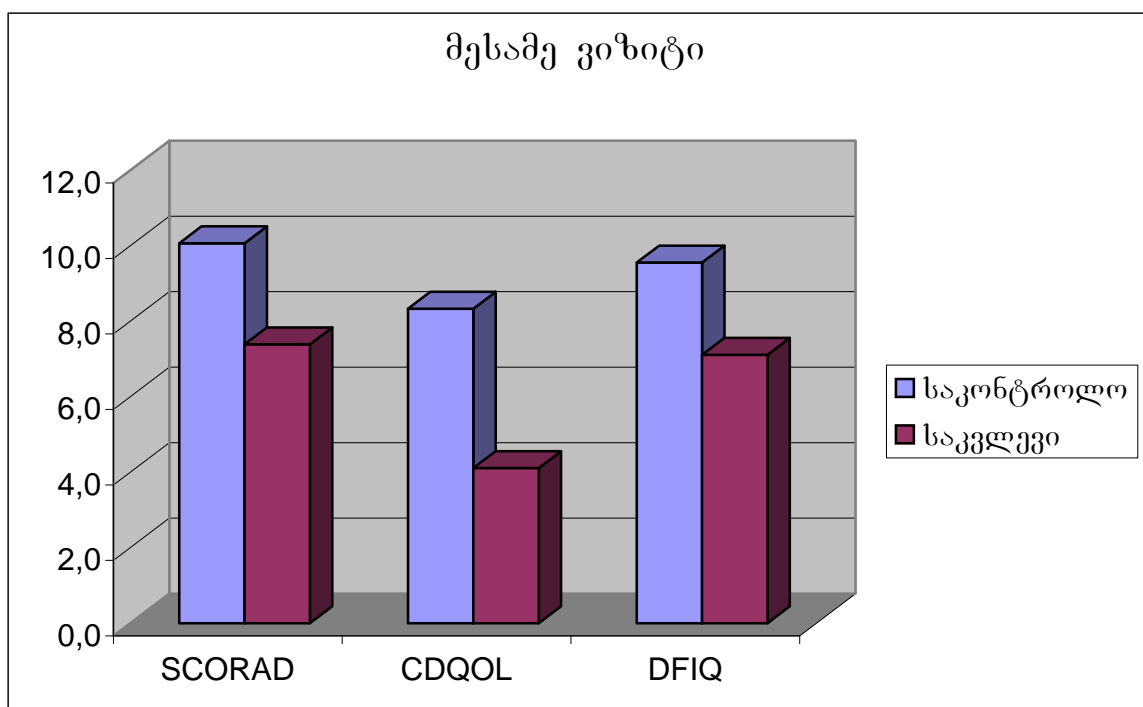


დიაგრამა №7



ორივე ჯგუფში მოხდა SCORAD –ის ინდექსის სტატისტიკურად სარწმუნო კლება. საკვლევ ჯგუფში კლება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე საკონტროლოში (იხ. დიაგრამა №7), თუმცა განსხვავება საკონტროლო ჯგუფთან არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო. საკვლევ ჯგუფში CDQOL და DFIQ –ის ინდექსებმა დაიკლო სარწმუნოდ. საკონტროლო ჯგუფში აღინიშნება ორივე ინდექსის კლების ტენდენცია, მაგრამ კლება არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო.

დიაგრამა №8



თავი IV. კვლევის შედეგების განსჯა

ცხოვრების ხარისხის შეფასება მეტად პოპულარულ საზომს წარმოადგენს და ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა სახის სამედიცინო მიზნებისთვის, განსაკუთრებით ატოპიური დერმატიტის კვლევისას. განუწყვეტლივ მიმდინარეობს მისი, როგორც ინსტრუმენტის სრულყოფა, უპირატესად ამერიკასა და ინგლისში. იგი იპყრობს მკვლევართა ყურადღებას, როგორც მარტივი, პრაქტიკული, მგრძობიარე და ძალზე ეფექტური მეთოდი სხვადასხვა კლინიკური ჩარევის შედეგების შეფასებისთვის. კლინიკურ კვლევებში გამოყენებული ტრადიციული შეფასებები, როგორც არის, მაგალითად, დაზიანებული კანის ფართობის გაზომვა, არ ითვალისწინებს პაციენტის შეხედულებებს. ამავე დროს კი, ცხოვრების ხარისხის გაზომვა კლინიკურ სიმპტომებთან ერთად, როგორც პაციენტზე ორიენტირებული შეფასება, იძლევა დამატებით პერსპექტივას ახალი თერაპიის დანერგვის, მკურნალობის ახალი მეთოდის ეფექტურობის კვლევისას ან ალტერნატიული მეთოდების უპირატესობის დასაზუსტებლად.

ზოგადად, როცა საჭიროა კვლევათა შედეგების შესამოწმებელი კლინიკური აქტივობა, ცხოვრების ხარისხის შეფასების გამოყენება ძალზე ეფექტურია.

ჩარევის კლინიკური ეფექტის დაფიქსირებიდან აუცილებლად არ გამომდინარეობს, რომ იმავდროულად მოხდება QOL-ის გაუმჯობესება, ან საერთოდ ხდება მისი გაუმჯობესება.

როგორც კვლევის შედეგებმა აჩვენა, ატოპიური დერმატიტის მიმდინარეობის სიმძიმე დადებით კორელაციაშია ცხოვრების

ხარისხთან ორივე ასაკობრივ ჯგუფში – როგორც 4 წლამდე, ასევე 4 წლიდან 18 წლამდე. აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ კლინიკური სიმპტომები და ფუნქციონირება არიან QOL-ის მედიატორები, იმ თვალსაზრისით, რომ ისინი უფრო გავლენას ახდენენ ვიდრე შეადგენენ QOL-ის არსს, ამიტომ შეიძლება იყოს გარკვეული შუალედი ვიდრე კლინიკური გაუმჯობესება აისახება QOL-ის გაუმჯობესებაში, უფრო მეტიც, შესაძლოა ეს დაყოვნება უფრო მეტად იყოს გამოხატული იმ შემთხვევაში, როცა QOL-ის გაზომვა არ ჩატარებია იმ პაციენტს, რომელსაც აღვნიშნება კლინიკური გაუმჯობესება, მაგალითად, ჩვილ ბავშვებს. ეს მოვლენა აისახა ასოციაციის მცირე დონეში, რომელიც შეიმჩნეოდა QOL-ისა და ქავილის სიმძიმეს შორის, როგორც მშობლის შეფასებით, ასევე მკვლევარების დასკვნით.

ატოპიური დერმატიტი ზღუდავს ბავშვის ფიზიკურ შესაძლებლობებს და სოციალურ უნარს, ცვლის ემოციებსა და ქცევას, აქვეითებს თვითშეფასებას და მთლიანად ფსიქოლოგიურ განვითარებას. დაავადების გავლენა არ შემოიფარგლება მხოლოდ ავადმყოფით და ვრცელდება მთელს ოჯახზე. ისეთი ფაქტორები, როგორცაა მუდმივი ქავილი, კანის ინფექციები, ძილის ნაკლებობა, დისციპლინური პრობლემები, დაბალი თვითშეფასება, ზრდისა და განვითარების პრობლემები, შესაძლოა აზიანებდეს როგორც ბავშვს, ასევე მის ოჯახს. ყოველდღიური ცხოვრების მრავალი ასპექტი, როგორც არის მაღაზიაში საყიდლებზე წასვლა, საქმიანობა სახლსა და ეზოში, რთული ხდება. ტანსაცმლის არჩევანი შეზღუდულია და შესაძლოა საჭიროებდეს გარეცხვის სპეციალურ რეჟიმს. სოციალური აქტივობა, როგორც არის მეგობრებთან სიარული ან სპორტული

ცხოვრება, ცურვა, ფიზიკური აქტივობის სხვა ფორმები გართულებულია ძირითადად ორი ურთიერთდამოკიდებული მიზეზის გამო – პაციენტი თვითონ განიცდის, რომ შესაძლოა გამოუჩნდეს დაზიანებული კანი და შიშობს, რომ სხვებს ექნებათ დისკომფორტი და ზიზღის გრძნობა მისი დანახვისას. ქავილი, ნახეთქები ხელის მტევანზე ავადმყოფს უქმნის ფიზიკურ დისკომფორტს კლავიატურით სარგებლობისას, რასაც თან ერთვის დაზიანებული კანის გამოჩენისა და „ინვალიდის” დამღის მიღების შიში. ყველაფერი ეს კი იწვევს გარკვეული სახის სამუშაოს შესრულებისაგან თავის არიდებას. მკურნალობით გამოწვეული მოდუნება, ძილის დარღვევა აძნელებს ყურადღების კონცენტრაციას და წარმოშობს სირთულეებს სწავლის დროს.

პიროვნულ ურთიერთობათა დამყარება რთულდება, ან ისინი უსიამოვნოა. შესაძლოა დაზიანდეს პაციენტის სექსუალური ცხოვრებაც.

ატოპიური დერმატიტი, ისევე როგორც ბავშვთა ასაკის სხვა ქრონიკული დაავადებანი, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გავლენას ახდენს ავადმყოფი ბავშვის ოჯახზე, მშობლების მენტალურ ემოციურ და ფიზიკურ კომფორტზე, ანუ მშობლების QOL -ზე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა მშობლებს ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ, შეასრულონ ბავშვის მოთხოვნები. მშობლების მიერ განცდილი სტრესი ილუსტრირებულია მათი უუნარობით, რომ დაისვენონ დღისით და გამოიძინონ ღამით, გრძნობენ დაღლილობას მთელი დღე და არ შეუძლიათ განმუხტონ დაძაბულობა ოჯახში, აქვთ უუნარობის განცდა, რომელიც ავადმყოფობის ქრონიკული ხასიათის შედეგია.

აღმოჩნდა, რომ ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის

ყოლა აზიანებს მშობლის ინტიმურ და სოციალურ ურთიერთობებს და მშობლის სოციალური ცხოვრება მთლიანად ტრიალებს ბავშვის მკურნალობის პრობლემების გარშემო, რის შედეგადაც სოციალური კონტაქტები შეიძლება დაიკარგოს, მოხდეს სოციალური იზოლაცია. ამ პრობლემებს თან ერთვის ფინანსური პრობლემები, გამოწვეული სამუშაოს ხშირი გაცდენით, კლინიკაში მისვლის, მკურნალობის და მოვლის ხარჯებით, ასევე დაძინების პირობების, ტანსაცმლის სპეციფიური არჩევანის, საკვების თავისებურებების გამო.

M. S. Lewis-Jones, A. Y. Finlay -ს მიერ შემუშავებული ორიგინალური კითხვარები: Infant's Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL), Child's Dermatitis Quality of Life Index (CDQOL), Dermatology Life Quality Index (DLQI), Dermatitis Family Impact Questionnaire (DFIQ), შესანიშნავად არის მორგებული ატოპიურ დერმატიტზე, როგორც დაავადებაზე, ითვალისწინებს დაავადების ფსიქოსომატურ და ფსიქოსოციალურ ასპექტებს, ასაკობრივ თავისებურებებს, მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, მოითხოვს მცირე დროს გამოყენებისას და შესრულების და შეფასების მარტივ ტექნიკას, ადვილად იტანს ადაპტაციას სხვა ენაზე. კითხვარების ორიგინალური ვარიანტი შემუშავებულია ინგლისურ ენაზე და მათი სხვა ენაზე ადაპტაცია ხორციელდება საერთაშორისო მეთოდური რეკომენდაციების თანახმად:

- თარგმნა ინგლისურიდან მოცემულ ენაზე;
- თარგმნის ხარისხის კონტროლი;
- თარგმნა მოცემული ენიდან ინგლისურად;
- პილოტური ტესტირება;

თარგმნილი ვერსიის რეპროდუქტიულობა მოწმდება კლასთაშორისი კორელაციის კოეფიციენტით (Interclass Correlation Coefficient-ICC) და

კრონბახის კოეფიციენტით (Cronbach,s coefficient).

როგორც კვლევის შედეგებმა აჩვენა, ოჯახზე დერმატიტის გავლენის ინდექსმა დაკვირვების არეალში კლების უფრო დუნე დინამიკა გამოავლინა, ვიდრე ბავშვთა დერმატიტის ცხოვრების ხარისხის ინდექსმა, რაც დაავადების სოციალური ასპექტების გათვალისწინების აუცილებლობის წინაშე გვაყენებს.

ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლები განიცდიან სტრესს, დანაშაულის შეგრძნებას, უძლურებას,რაც გამოწვეულია იმით,რომ მშობელს არ შეუძლია შეუჩეროს ბავშვს ქავილი და ტკივილი.

ფინანსურ და ფსიქო-სოციალურ ზეწოლას მშობლებზე მნიშვნელოვანი უარყოფითი გავლენა აქვს მთელ ოჯახზე: შეიძლება გამოიწვიოს მტრული დამოკიდებულება სიბლინგებს შორის, სხვა ოჯახის წევრებს აქვთ ძილის დეპრივაცია, გარკვეული შეზღუდვები, ცვლიან ცხოვრების სტილს, სოციალურ გეგმებს, ირჩევენ დასვენების სპეციალურ ფორმებს.

ატოპიური დერმატიტი გავლენას ახდენს შვილსა და მშობელს შორის ურთიერთობაზე, იწვევს რა მრავალ და ამასთანავე ურთიერთგამომრიცხავ გრძნობათა წარმოშობას, დეპრესიას. მშობლის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა გადამწყვეტ გავლენას ახდენს ბავშვის ემოციური სფეროს ფორმირებაზე, მის თვითშეფასებასა და დაავადებისადმი დამოკიდებულებაზე, ასევე ქავილის სუბიექტური აღქმის ინტენსივობაზე. რამდენადაც დაავადებული ბავშვის მორიდება ტრიგერებისაგან, მათი ჯანმრთელი ფსიქოლოგიური და სოციალური ფორმირება მთლიანად მშობლის პრეროგატივაა, უზარმაზარი მნიშვნელობა ენიჭება მშობლის სწორ

დამოკიდებულებას დაავადებისადმი, მის მიერ კრიზისული სიტუაციის დაძლევის სტრატეგიას.

ატოპიური დერმატიტი არის ქრონიკული დაავადება. იგი წარმოადგენს კრიზისულ სიტუაციას დაავადებული ბავშვის მშობლისათვის.

სტრესული სიტუაციის დაძლევა წარმოადგენს კოგნიტური და ბიჰევიორალური ძალების ჯამს, რომელსაც ინდივიდი სტრესის გავლენის შესამსუბუქებლად მიმართავს. ის მოიცავს როგორც დაკვირვებად ქცევას, ასევე პიროვნების შიგნით მიმდინარე მოვლენებს. დაძლევა მოიცავს ადამიანური აქტივობის ფართო სპექტრს არაცნობიერი დაცვითი მექანიზმებიდან კრიზისული სიტუაციის მიზანმიმართულ გადაჭრამდე. არ არის აუცილებელი, რომ დაძლევა წარმოადგენდეს დასრულებულ, „წარმატებულ“ ქმედებას, მაგრამ ეს არის მცდელობა, რომელიც აუცილებლად უნდა განხორციელდეს. ეს მცდელობა ყოველთვის დაკვირვებად ქცევაში არ ვლინდება, ის შეიძლება მიმდინარეობდეს კოგნიციის დონეზეც; დაძლევის წინ უძღვის არსებული კრიზისული სიტუაციის კოგნიტური შეფასება, რომელიც დაძლევის აუცილებელ წინაპირობას წარმოადგენს. დაძლევის კონცეპტუალიზაციისადმი სამი ძირითადი თეორიული და მეთოდოლოგიური მიდგომა არსებობს. ფსიქოანალიტური მიდგომა აქცენტს დაცვის მექანიზმების გამოყენებაზე აკეთებს, პიროვნული მიდგომა კი – დაძლევის სტაბილურ სტილზე. ორივე ამ მიდგომის თანახმად, დაძლევა უმთავრესად პიროვნული მახასიათებლების ფუნქციას წარმოადგენს. ამის საწინააღმდეგოდ, დაძლევის, როგორც პროცესის მიდგომა დაძლევის განიხილავს, როგორც ტრანსაქციულ ცვლადს, რაც

გულისხმობს იმას, რომ ის ასახავს არა მხოლოდ პიროვნებას და არა მხოლოდ გარემოს, არამედ ორივეს ინტეგრაციას პიროვნება-გარემოს სტრესულ ტრანსაქციაში.

ჩ. ქარვერი თვლის, რომ ფართოდ ცნობილი განსხვავება პრობლემაზე ფოკუსირებულ დაძლევასა და ემოციაზე ფოკუსირებულ დაძლევას შორის საკმაოდ მარტივია. მისი აზრით, დაძლევის ორივე ფუნქცია კიდევ უნდა დაიყოს, რადგან არსებობს ემოციების რეგულირებისა და პრობლემის გადაჭრის უამრავი გზა. დაძლევა განიხილება, როგორც დინამიკური პროცესი, რომელიც დროთა განმავლობაში იცვლება მოთხოვნების ცვლილებებისა და სიტუაციის შეფასების ცვლილების შესაბამისად. თავის მხრივ, განსხვავებული შეხედულებები დაძლევის ცნებისადმი განაპირობებს კლასიფიკაციათა მრავალფეროვნებას და დაძლევის საკვლევი ინსტრუმენტების დიდ რაოდენობას.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს დაძლევის ცნების სხვადასხვა თეორიული და მეთოდოლოგიური მიდგომა, დაძლევის სტრატეგიების უამრავი სხვადასხვა კლასიფიკაცია და სხვადასხვა ინსტრუმენტი, გადაუჭრელი პრობლემები საკმაოდ ბევრია, რაც ართულებს დაძლევის შეფასებისა და გაზომვის პროცესს. დაძლევის ამ ინსტრუმენტმა გაიარა განვითარების რამდენიმე ეტაპი და იდენტიფიცირებული იქნა თეორიულად მნიშვნელოვანი ფაქტორები. რაციონალური და კონსტრუქციული პროცედურების გამოყენებით შედგენილი იქნა სხვადასხვა სკალები. დაძლევის შეფასებისა და გაზომვის ერთ-ერთი ფორმაა „დაძლევის სკალა“, (Coping scale) Carver, C. S., Sheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989) .

„დაძლევის სკალა“ ითვლება დაძლევის ინდივიდუალური განსხვავებების კარგად სტრუქტურირებულ დისპოზიციურ საზომად. სიტუაციური საკითხისაგან განსხვავებით, იგი ასახავს ბალანსირებულ შეხედულებას დისპოზიციის შესახებ. კვლევაში გამოყენებულია „დაძლევის სკალის“ დისპოზიციური ვარიანტი. მშობლის დაძლევის სტრატეგიისა და SCORAD, CDQOL, DFIQ-ის ინდექსების კორელაციური თავისებურებანი იძლევა საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ მშობლის დაძლევის სტრატეგიის კორექციის გზით შესაძლებელია დაავადების მიმდინარეობის სირთულის მართვა, ავადმყოფი ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე დერმატიტის გავლენის ობიექტური პარამეტრების. ძნელია მოვიყვანოთ სხვა ისეთი დაავადების მაგალითი, რომლის დროსაც ყველა პროფილაქტიკური რეკომენდაციების ზუსტი და მოთმინებით შესრულება იქნებოდა ესოდენ მნიშვნელოვანი, როგორც ატოპიური დერმატიტის დროს. თითოეული ექიმისათვის ცნობილია, რომ ხშირად სტაციონარის პირობებში რეციდივის სწრაფი კუპირება ხდება იმავე საშუალებებით, რომლებსაც სახლის პირობებში შედეგი არ მოაქვს.

ტრენინგის კურსი მშობლებისათვის ატარებდა მხოლოდ ინფორმაციულ ხასიათს. იგი არ ისახავდა მიზნად მშობლის და ბავშვის ფსიქოლოგიურ კორექციას და მშობლის დაძლევის სტრატეგიის შეცვლის მცდელობას, რაც არ წარმოადგენს დერმატოლოგის კომპეტენციას, თუმცა გამოვლენილი კორელაციური კანონზომიერებანი ნათლად მეტყველებს აღნიშნული სახის ჩარევის მნიშვნელოვნებასა და ტრენინგული კურსის გაფართოების აუცილებლობაზე.

შეიძლება ვთქვათ, რომ სტანდარტულ მკურნალობასთან ერთად მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით ჩატარებული საგანმანათლებლო კურსი მხოლოდ სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით სარწმუნოდ აუმჯობესებს ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხს.

დასკვნები

1. ატოპიური დერმატიტით დაავადებულ ბავშვებს აღნიშნებათ ქცევითი და დისციპლინური პრობლემები, თანატოლებთან და უფროსებთან კომუნიკაციის სირთულეები; ხოლო დაავადებულ ბავშვთა მშობლებს ემოციური და სოციალური ხასიათის ზოგად პრობლემებთან ერთად – გამოხატული ფინანსური პრობლემები ბავშვის დაავადების გამო (89%), აგრეთვე სიძნელები, დაკავშირებული საკვების მომზადებასთან (62,5%), დასვენებასთან (45,5%), ბანაობასთან (49%).
2. ატოპიური დერმატიტის მიმდინარეობის სიმძიმე დადებით კორელაციაშია ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან, რაც განსაკუთრებით გამოხატულია 4 - დან 18 წ-მდე ასაკობრივ ჯგუფში.
3. ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვების მშობლები უფრო ხშირად მიმართავენ ემოციების გამოხატვისა და ემოციებზე ფოკუსირების სტრატეგიას, ვიდრე ჯანმრთელი ბავშვების მშობლები ($t=1.984$; $p<0.05$). აღნიშნული სტრატეგია დადებით კორელაციაშია ბავშვთა დერმატოლოგიური ცხოვრების ხარისხის ინდექსთან და ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე დერმატიტის გავლენასთან.
4. დაავადების მსუბუქი ფორმების მქონე ბავშვების მშობლებს საშუალო და მძიმე ფორმებით დაავადებულთა მშობლებთან შედარებით მიმდებლობის სტრატეგიის უფრო მაღალი მაჩვენებელი აქვთ ($F=4.7$; $p=0.021$). დაავადების სირთულის

ობიექტური მაჩვენებელი (SCORAD) უარყოფით კორელაციაშია მიმდებლობასთან და დადებით კორელაციაშია ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენებასთან, რაც მიუთითებს დაავადების მძიმე ფორმების დროს, ერთის მხრივ, მშობლის არაადექვატურ დაძლევის სტრატეგიაზე, მეორეს მხრივ, დაავადების მიუღებლობაზე.

5. სტანდარტულ მკურნალობასთან ერთად მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით ჩატარებული საგანმანათლებლო კურსი სარწმუნოდ აუმჯობესებს ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხს.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. რეკომენდებულია თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში ატოპიური დერმატიტით დაავადებულის ფსიქოლოგიური თავისებურებებისა და ქცევითი მახასიათებლების შეფასება და მკურნალობაში საჭიროებისამებრ სპეციალიზებული დახმარების აღმოსაჩენად ფსიქოლოგის ან ფსიქიატრის მონაწილეობა.
2. რეკომენდებულია ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა კლინიკური კვლევისას ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის შესწავლა და შედეგების მკურნალობის სქემაში გათვალისწინება.
3. რეკომენდებულია ატოპიური დერმატიტით დაავადებული ბავშვის მშობლის დაძლევის სტრატეგიის განსაზღვრა და მკურნალობის სქემაში მისი გათვალისწინება.
4. რეკომენდებულია ატოპიური დერმატიტით დაავადებულთა და მათი მშობლებისათვის სპეციალური საგანმანათლებლო კურსის შემუშავება ავადმყოფის, მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის და დაავადებული ბავშვის მშობლის დაძლევის სტრატეგიის გათვალისწინებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. დვალი ი.ი. - ბავშვთა დერმატოზებით ავადობა აღმოსავლეთ საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში. საკანდიდატო დისერტაციის ავტორეფერატი, ქ. თბილისი, 1998წ.
2. შეწირული ლ.თ., დვალი ი.ი. - ბავშვთა დერმატოზები საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში // Georgian Medical News - 1997. - 17-8.-p.24-26.
3. Адаскевич В.П. Современные представления о патогенезе атопического дерматита //Здравоохранение. - 1997. - № 1.- С.43.
4. Атопический дерматит: Руководство для врачей // под ред. Сергеева Ю.В. - М.: Медицина для всех, 2002. - 183 с.
5. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: Науч.-практ. программа. - Москва,2000. - 76 с.
6. Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей // Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - № 4. - С.74-78.
7. Балаболкин И.И. Современные проблемы детской аллергологии // Педиатрия.- 1997.- № 1.- С. 5-8.
8. Балаболкин И.И., Гребенюк В.И. Атопический дерматит у детей. - М.:Медицина,1999. - 240 с.
9. Билая И.Н. Особенности течения и лечения атопического дерматита при наличии сопутствующей патологии // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. - 2000. - Т.2,№ 3. - С. 130-133.
10. Вельтищев Ю.Е., Святкина О.Б. Атопическая аллергия у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 1995. - № 1. - С.4-9.

11. Веркович Н.В., Резайкина А.В., Гребенюк В.Н. Иммунал и веторон в лечении атопического дерматита у детей // Вестн. дерматол. венерол.-2000.-№5.-0.47-49.
12. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Аковбян М.А. Атопический дерматит // Рус. мед. журн.- 1998. - № 20. - С. 1328-1335.
13. Гончарова Г.И., Лянная А.М., Козлова Э.П. и др. Бифидофлора человека, ее нормализующие и защитные функции // Антибиотики и мед. биотехнологии. - 1987. - № 3. - С. 179-189.
14. Горопова Н.П., Кунгуров Н.В., Захаров М.А. и соавт. Аллергодерматозы у детей (клиника, лечение, организация диспансерного наблюдения, профилактика): Метод, рекомендации. - Свердловск: Кн. изд- во, 1990. - 65 с.
15. Гребенников В. А., Зотова В. В., Символокова Л. В. Иммуногенетические исследования у больных атопическим дерматитом детей // Тез. докл. международной конференции "Атопический дерматит у детей". - Екатеринбург, 1994. - С. 8-9.
16. Гребенюк В.Н., Новикова З.И., Акулов Ю.С., Куршакова Т.С. Значение различных факторов в развитии атопического дерматита у детей и оптимизация терапии // Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей. - Дубна, 1992. - С.32.
17. Гущин И.С, Зебрев А.М. Молекулярные основы механизма аллергии: Развивающиеся направления аллергологии // Итоги науки и техники: Иммунология. - 1987. - Т. 10. - С.5-48.
18. Гущин И.С. Взаимодействие клеток иммунного и эффекторного звеньев аллергического ответа и возможные пути его фармакологического контроля//Иммунология. - 1994.-№ 4. - С.8-9.
19. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. - М.: Медицина, 1996. - 240с.
20. Зверькова Ф.А. Об атопическом дерматите // Вестник дерматол. венерол. - 1989. - № 2. - С.27-29.

21. Казначеева Л.Ф., Мананкин И.А., Дубровина Л.И. Особенности течения аллергодерматозов на современном этапе // Матер, научно-практ. конференции "Аллергические заболевания у детей: современные проблемы диагностики, терапии и реабилитации". - Новосибирск, 1998. - С.6-11.
22. Калюжная Л.Д., Бойко С.Ю., Деревянко Л.А. Триптофановый обмен и иммунологические нарушения у больных атопическим дерматитом// Тез. докл. международной конференции "Атопический дерматит у детей". - Екатеринбург, 1994. - С. 14-15.
23. Калюжная Л.Д. Чудо-крем против атопического дерматита // Медицина для всех. -1997. - № 5. - С.28-29.
24. Клиническая иммунология и аллергология./Пер. с нем.: Под ред. Л. Йегера. - М.: Медицина, 1990. - т. 1. -342 с.
25. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. и др. Антигистаминные препараты в практике детского врача: Руководство для врачей.-Москва ДОО 1.-48 с. -
26. Короткий Н.Г., Шарова Н.М., Тихомиров А.А. Диагностика различных клинико-патогенетических вариантов атопического дерматита у детей и дифференцированные, патогенетически обоснованные методы их лечения // Дет. больница. - 2000. - №1. - С.36-41.
27. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. Атопический дерм. У детей. Рук. Для врачей .2003.
28. Краснов М.В., Ботвиньева В.В. Иммунологическая реактивность детей: Учеб. Пособие. Чебоксары: Изд-во Чуваш, ун-та, 1993. - 104 с.
29. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микроэкологические и иммунные нарушения у детей. - М., 1991. - 240 с.
30. Кузнецова Н.П., Рудых Н.М., Кочеткова В.Г. и др. Висцеральные поражения у детей с атопическим дерматитом // Тез. докл. международной конференции "Атопический дерматит у детей". -

Екатеринбург, 1994. - С.32.

31. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит: типы течения, принципы терапии. - Екатеринбург: Изд-во Уральск, ун-та, 2000. - 266 с.
32. Лопухин Ю.М., Арион В.Я., Зимина И.В., Москвина С.Н. и др. Значение сывороточной тимической активности для определения функционального состояния тимуса: Пособие для врачей. - Москва., 1999.-34
33. Мазина Н.М., Авдеева Ж.И., Мананов А.М. Показатели иммунного статуса детей, больных атопическим дерматитом, в процессе терапии нуклеином натрия // Вестн. дерматол. венерол. - 1990. - N10. - С.45-49
34. Ногаллер А.М. Пищевая аллергия. - М.: Медицина, 1983. - 192 с.
35. Нугманова Д.С. Значение аутоидиопатических анти IgE аутоантител при атопических заболеваниях // Иммунология.-1997.- №1
С.14-18.
36. Образцова Т.Н. и др. Полиоксидоний в комплексной терапии детей с аллергодерматозами // Мат. VIII Росс. Национ. Контр. «Человек и лекарство». - М.,2001. -С. 451-452.
37. Ошват П. Аллергические и иммунологические болезни детского возраста: Пер. с венгер. - Будапешт, 1983. - 250 с.
38. Петров Р.В. Иммунология.- М.: Медицина, 1972.
39. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.В. и др. Полиоксидоний иммуномодулятор последнего поколения. Итоги трехлетнего клинического применения // Медикаменты и фармпрепараты. - 2000.- №2(33). - С.24 - 26
40. Потемкина А.М. Диагностика и лечение аллергических заболеваний у детей. - Казань, Изд-во Казанского университета, 1990. - 320

41. Потемкина А.М. Принципы диетотерапии детей с атопическим дерматитом // Тез. докл. респ. науч.- практ. конф. "Реабилитация детей с хроническими дерматозами". - Екатеринбург - Сочи, 1997. - С. 113-114.
42. Прохоренков В.И., Гасич Н.А. Экспрессия НЬА-ОК. антигенов моноклеарными клетками крови и клетками Лангерганса кожи у больных атопическим дерматитом // Тез. докл. междунар.конф. "Атопический дерматит у детей ". - Екатеринбург, 1994. - С.20-21.
43. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.Р. Аллергические заболевания. - М.: Изд-во «Триада-Х»,1999. - 470 с.
44. Ревякина В.А. Иммунный статус детей с аллергодерматозами // Тез. конф. "Актуальные проблемы клинической иммунологии". - Бакуриани, 1986. - С.408.
45. Ревякина В.А., Бакрадзе М.Д. Современные направления в терапии атопического дерматита у детей // Детский доктор. - 2000. - № 2. -С.37-42. Роит А. Основы иммунологии.//Пер. с англ. - М.:Мир,1991. - 328
46. Свечникова Н.Н. Атопический дерматит как социальная проблема // Св науч. тр. "Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем". -Иркутск,2001.-С. 140-142. Свечникова Н.Н. Атопический дерматит как социальная проблема. Сб. научн.тр. «Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем» - Иркутск. 2001 - с. 140-142.
47. Сергеев Ю.В., Зимин Ю.И. Классификация иммунодефицита при атопическом дерматите // Актуальные проблемы иммунологии, иммунодефицита и иммунокоррекции. - Владивосток, 1988. - С.76.
48. Синявская О.А., Торопова Н.П., Градинаров А.М. Аллергические заболевания у детей. - Мурманск: Кн. изд-во, 1989. - 54 с.
49. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарاپова Г.Я., Студницин А.А.

- Руководство по детской дерматовенерологии. - Л.: Медицина, 1983. - 480 с.
50. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. - М.: Медицина, 1995. - С. 187-194.
51. Скрипкин Ю.К., Шеклакова Н.М., Масюкова С.А. Атопический дерматит // РМЖ. - 1999. - №14. - С.643
52. Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами // Под ред. Л.Ф. Казначеевой. - Новосибирск: Изд-во мед. ин-та.- 1999.-122 с.
53. Старченко М.Е., Смирнова О.Н., Звездочкин А.Г. и др. Влияние аутоотрансфузии уф-облученной крови на состояние микрогемоциркуляции в коже больных диффузным нейродермитом, осложненным вторичной инфекцией // Вестн. дерматол. венерол. - 1994. - № 5. - С.29-31.
54. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский СИ., Писаренко М.Ф. Атопический дерматит. - Саратов, 1989. - 163 с.
55. Суворова К.Н. Атопический дерматит: иммунопатогенез и стратегия терапии // Рус. мед. журн. - 1990. - № 6. - С.363-367
56. Торопова Н.П., Синявская О.А., Градинаров А.М. Тяжелые инвалидизирующие формы атопического дерматита у детей. Методы медико-социальной реабилитации // Рус. мед. журн. - 1997. - т. 5 - N11. - С.713-720.
57. Тузанкина И.А. Иммунологическая характеристика часто болеющих детей с аллергической патологией // Тез. докл. междунар. конф. "Атопический дерматит у детей". - Екатеринбург, 1994. - С.25.
58. Тухватуллина З.Г. Клетки Лангерганса // Вестн. дерматол. венерол. - 1994. - № 5. - С.23-24.
59. Феденко Е.С., Строилов И.С, Ярилина Л.Г., Латышева Т.В. Эпидемиология атопического дерматита // Мазепа Месиса. - 2000. - № 1(25).- С. 19-25.

60. Хлопова Э.А., Каганова Т.И. Эффективность применения полиоксидония в схемах лечения атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, у детей // Мат. науч.- практ. конф. «Актуальные проблемы дерматовенерологии». - Самара, 2002. - С.57-58.
61. Чебуркин А.А., Погомий Н.Н., Чистяков Г.М. О полиорганных атопических заболеваниях у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 1994. - № 3. - С.22-25.
62. Чарман Ц. Спагтап С. Атопический дерматит // Дерма. - 2001. - №4.- С.4-6.
63. Чернохвостова Е.В., Котова Т.С., Герман Г.П. и др. IgG4- антитела к аллергенам пыльцы злаков и пыльцы деревьев у больных поллинозом: диагностическое и прогностическое значение // Тер. арх. - 1990. - № 11. - С.111-1
64. Ярилин А.А. Основы иммунологии: Учебник. М.: Медицина, 1999.-238 с.
65. Ярилина Л.Г., Феденко Е.С., Латышева Т.В. Этиология и патогенез атопического дерматита // Materia Medica. - 2000. - № 1(25). - С.3-18.
66. Abildstrøm SZ, Ottesen MM, Rask-Madsen C, Andersen PK, Rosthøj S, Torp-Pedersen C, Køber L. Sudden cardiovascular death following myocardial infarction: The importance of left ventricular systolic dysfunction and congestive heart failure. *Int J Cardiol* 2005;104(2):184-9.
67. Aldwin, C.M. (1999). Stress, coping, and development: An integrative approach. New York: Guilford.
68. Archer C.B. Cyclic nucleotide metabolism in atopic dermatitis // *Z. Hautkrankh.* - 1989. - Bd.62, N 6. - P.444-454.
69. Bach J.-F., Dardenne V., Pleou J.M., et al. Isolation, biochemical characteristics and biological activity of circulating hormone in the mouse and the human // *Acad. Sci.* - 1975. - V.249, N2. - P. 186-210.

70. Bach J.-F., Bach M.-A., et al. Thymic Serum Factor // Bull. Inst. Pasteur. -1978. - Vol.76, N 4. - P.325-398.
71. Bager P, Nielsen NM, Bihmann K, Frisch M, Hjalgrim H, Wohlfart J, Koch-Henriksen N, Melbye M, Westergaard T. Childhood infections and risk of multiple sclerosis. Brain. 2005 Nov;127(Pt 11):2491-7.
72. Balkrishnan R., Housman T. S., Carroll C., Feldman S. R. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. Arch. Dis. Child. 2003, 88-423-427.
73. Bauer CP., Urbanek R. Allergologie in kindersalter // Munchen: Hans Marselle, 1990. -175 p.
74. Bieber T., de la Salle H., Wollenberg A. et al. Human epidermal Langerhans cells express the high affinity receptor for immunoglobulin E (Fc epsilon R-1)//J. Exp. Med. - 1992. -N 175. - P. 1285-1290.
75. Billings A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46, 877-891.
76. Blumental M.N., Bonini S. Immunogenetics of specific immune responses to allergens in twins and families // Hereditary factors in clinical allergy. - Minneapolis. University of Minnesota Press, 1990. - P.20-31.
77. Bos J.D., Kapsenberg ML., Sillevs Smitt J.H. Pathogenesis of atopic eczema// Lancet. - 1994. - Vol.343. - P. 1338-1341.
78. Bronnum-Hansen H, Stenager E, Ny Bos J.D., Sillevs Smitt J. H. Atopic dermatitis // YE ADV. - 1996. - Vol.7. -P.101-114.
- 79.lev Stenager E, Koch-Henriksen N. Suicide among Danes with multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1457-9.
80. Bruinzeel-Koomen C, Reysen F. Van., Mudde G.C. IgE and atopic dermatitis // - 1991. - Vol.21, Suppl. N 1. - P.294-303.

81. Brunner T.W.A., Dahinden C.A. Platelet - activating factor mediates release by primed basophils // *Schweiz. med Wochenschr.* - 1991. - Vol.121, Suppl.N 40. - P.35.
82. Burne, D. (1964). repression-sensitization as a dimension of personality. In B.A.Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*, Vol. 1 (pp.169-220), New York: Academic Press.
83. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56 (2), 267-283.
84. Chamlin Sarah L., Frieden Ilona J. Effects of Atopic Dermatitis on Young American Children and Their Families. *Pediatrics* 2004; 114; 607-611.
85. Charlesworth E.N. Practical approaches to the treatment of atopic dermatitis // *Allergy Prog.* - 1994. - Vol.15,N6. - P.269-
86. Cooper K.D. Atopic dermatitis: recent trends in pathogenesis and therapy // *J. Invest. Dermatol.* - 1994. - Vol.102. - P. 128-137.
87. Coorson W.O.C.M. Genetics, Atopy and asthma // *Allergol. Intern.* - 1996. - Vol.45. - P.3.
88. Crammer, P. (1991). Anger and the use of defense mechanisms in college students. *Journal of Personality*, 59, 39-55.
89. Crammer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
90. David T.J. Conventional allergy tests // *Arch Dis Child.* - 1991. - Vol.66.-P.281-28
91. Desrenmaux P., Carpon M. Eosinophils in allergic reactions // *Current Opinion in Immunology.* - 1996. - N 8. - P.790-795.
92. European Allergy White Paper, The UCB Institute of Allergy. 1997.
93. Fennessy ML, Coupland S. et al. The epidemiology and experience of atopic eczema during childhood: a discussion paper on the implications of current knowledge for health care, public health policy and research // *J.*

- Epid. Commun. Health. - 2000. - Vol.54,N8. - P. 581-58
94. Flodmark C-E, Lissau I, Pietrobelli A. First Scandinavian Pediatric Obesity Conference. *Acta Pædiatr* 2005;94(Suppl. 448):3.
 95. Flodmark C-E, Lissau I, Pietrobelli A. Child and Adolescent Obesity: Why we need to Fight. *Acta Pædiatr* 2005;94(Suppl. 448):4-7.
 96. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 2, 219-239.
 97. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48 (1), 150-170.
 98. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
 99. Folkman, S., & Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50 (5), 992-1003.
 100. Grewe M, Bruijnzeel-Koomen C A. et al. A role for TH1 and TH2 cells in the immunopathogenesis of atopic dermatitis // *Immunol. Today*. - 1998. - Vol.19. - P.359-361.
 101. Gushcin I.S., Prozorovsky N.S., Ignatyeva E.M. et al. Histamine releasing activity of blood mononuclear cells is acquired by means of activation of mast cells // *Agents Actions*. - 1994. - Vol.41, Spes No. - P. 16-18.
 102. Hamid Q., Nasen T., Minspall E.M., et al. In vivo expression IL-12 and IL-13 in atopic dermatitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1996. - Vol.98. - P.225-231.
 103. Hanifin J.M., Chan S.C. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis // *Dermatological therapy*. - 1996. - Vol.1. - P.9-18.

104. Hanifin J.M., Schneider L.C. et al. Recombinant Interferone Gamma Therapy for Atopic Dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. - 1993. - Vol.28. -P.189-197.
105. Hanifin M., Rajka G., Diagnostic features of atopic dermatities // Acta Dermatol. Venerol. Stokholm 1980, p. 146-148.
106. Hansen T, Skytthe A, Stenager E, Petersen HC, Brønnum-Hansen H, Kyvik KO. Concordance for multiple sclerosis in Danish twins: an update of a nationwide study. *Multip Scle* 2005;11(5):504-10.
107. Hansen T, Skytthe A, Stenager E, Petersen HC, Kyvik KO, Brønnum-Hansen H. Risk for multiple sclerosis in dizygotic and monozygotic twins. *Multip Scle* 2005;11(5):500-3.
108. Herd R.M., Tidman M.J., Prescott R.J., Hunter J. Prevalence of atopic eczema in the communitu: The Lothian atopic dermatitis stady // *Brit. J of Dermatol.* -1996. - Vol.135, N1. –
109. Holanan, C.J., Moos, R.H., and Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. . In M. Zeidner & N. S. Endler *Handbook of Coping*. New York: Wiley
110. Jemec GB, Wulf HC. Pacient physician consensus on quality of life in dermatology. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1996, 21, 177-179.
111. Jonesen G., Kiehl R. Biogenic amines and histamine splitting enzymes in psoriasis and atopic dermatitis // *Dev. Z. Hautkr.* - 1991. - Vol.66, N 5. - P.405-407.
112. Juhlin L., Johansson S.G.O., Bennich H. et al. Immunoglobulin E in dermatoses // *Arch Dermatol.* - 1969. - Vol.100. - P. 12-16.
113. Kay A.B.J. // *Allerg. Clin. Immunol.* - 1991. - Vol.87,N 5. - P.893.
114. Lazarus, R.S (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
115. Lazarus, R.(2000). Toward better research on stress and coping. . *Amerikan Psychologist*, 55, 665-673

116. Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
117. Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York; Viking.
118. Leung D.Y.M. The immunology of atopic dermatitis: a potential role for immune modulating therapies // *Clin. Exp. Immunol.* - 1997. - Vol.107, Suppl. 1. - P.25-30.
119. Leung D.Y.M. Atopic Dermatitis - An Update for the next Millennium // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1999. - Vol.104. - P.99-108.
120. Leung D.Y.M., Hirsh R.L., Scheeider L., et al. Thimopentin therapy reduces the clinical severity of atopic dermatitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1990. - V.85. - P.927-933.
121. Lever R. Infection of atopic dermatitis // *Dermatology therapy.* - 1996. - V.1. - P.32-37.
122. Lissau I, Poulsen J. Nutrition policy, food and drinks at school and after school care. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2005;29(suppl 2):s58-s61.
123. Martskvishvili Kh. Stress Coping Strategies // *Кавказоведение.* - 2006 - №10 - Москва. - с.90-107.
124. Menardo I.L., Bousquet I., Michel F.B. Prevention de l'allergie // *Rev.Prat (Paris).* - 1988. - Vol.38, N 20. - P. 1352-1357.
125. Menninger, K. (1963) *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking.
126. Miller, S. (1980). When is a little information is a dangerous thing? Coping With stressful events by monitoring vs. blunting. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 145-170). New York: Plenum.
127. Miller, S. M. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology.* 52 (2), 345-353.
128. Morren M.A., Przybilla B., Bamelis et al. Atopic dermatitis triggering factors // *J. Am. Acad. Dermatol.* - 1994. - Vol.31. - P.467-473.

129. Mortensen LH, Sørensen TIA, Grønbæk M. Intelligence in relation to later beverage preference and alcohol intake. *Addiction* 2005;100(10):1445-52.
130. Mukamal KJ, Jensen MK, Grønbæk M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, Rimm EB. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation* 2005;112(10):1406-13.
131. Nartova-Boharev, S. K. (1997) „Coping behavior” v sisteme ponåtij psixologii lihnosti” *Psixologiheskij jurnal* Tom 18. N 5.
132. Nielsen NM, Westergaard T, Rostgaard K, Frisch M, Hjalgrim H, Wohlfart J, Koch-Henriksen N, Melbye M. Familial risk of multiple sclerosis: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol* 2005;162(8):774-8.
133. Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. Use of natural medicines in the danish population: a national cross-sectional survey. *Ann. Pharmacother* 2005;39(9):1534-8.
134. Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Köhler L. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. *Child Care Health Dev* 2005;693-701.
135. Ohkouchi K., Mizutani H., Tanaka M. et al. Anti - elongation factor-alpha autoantibody in adult atopic dermatitis patients // *hit. Immunol.* - 1999. - N11.-P.1635-164
136. Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful situations. // *Journal of Personality and Social Psychology.* 46. 655-668.
137. Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology.* 51 (6), 1277-1292.
138. Pietrobelli A, Flodmark C-E, Lissau I, Moreno LA, Widhalm K. From birth to adolescence: Vienna 2005 European Childhood Obesity Group

International Workshop. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2005;29(suppl. 2):s1-s6.

139. Rajka G. Essential aspects of atopic dermatitis. - Berlin: Springer-Verlag, 1989. - P.5-7.
140. Rasmussen S, Zwisler AD, Abildstrøm SZ, Madsen JK, Madsen M. Hospital Variation in Mortality After First Acute Myocardial Infarction in Denmark From 1995 to 2002: Lower Short-Term and 1-Year Mortality in High-Volume and Specialized Hospitals. *Med Care* 2005;43(10):970-8.
141. Reinhold U., Kukel S., Goeden B. et al. Functional characterization of skin-infiltrating lymphocytes in atopic dermatitis // *Clin. Exp. Immunol.* - 1991. - Vol.86. - P.444-448.
142. Renz H., Brodie C, Bredley K. et al. Enhancement of IgE production by anti-CD40 antibody in atopic dermatitis// *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1994. - Vol.93,№ 3. - P.658-668.
143. Rith, S., & Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *Amerikan Psychologist*, 41, 813-819.
144. Sarlio-Lähteenkorva S, Lissau I, Lahelma E. The social patterning of relative body weight and obesity in Denmark and Finland. *Eur. J Public Health* 2005;(Sept. 8).
145. Schleimer R.P., Sterbinsky S.A., Kaiser J. et al. IL-4 induces adherence of human eosinophils and basophils but not neutrophils to endothelium: association with expression of VCAM-1 // *J. Immunol.* - 1992. - Vol.48. - P. 1086-1092.
146. Schreiber R.A., Walker W.A. Food allergy: facts and Fiction // *Mayo Clin. Proc.* - 1989.-N 11. - P. 1381-1391.
147. Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A Critical Survey of Coping Instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler *Handbook of Coping*. New York: Wiley

148. Severity scoring of atopic dermatitis. The SCORAD Index (consensus report of the European Task Force on atopic dermatitis. *Dermatology* - 1998.
149. Simmons A., Tschärke D., Speck P. The role of immune mechanisms in control of herpes simplex infection of the peripheral nervous system // *Curr. Top. Microbiol. Immunol.*-1992. -N 179. - P.31-56.
150. Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (4), 892-902.
151. Sugiura H. et al. Prevalence of infantile and childhood atopic dermatitis in a Japanese population: Comparison with the disease frequency examined 20 years ago // 6 th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology: Abstracts. - Dublin, Ireland, 1997. - P.4028.
152. Taskapan Ol.M.O., Kumar P. Role of Staphylococcal superantigens in atopic dermatitis: from colonization to inflammation.// *An Allergy Asthma Immunol.* - 2000. - V.84,N1.- P.3-10
153. Tay Y.K., Khoo B.P., Goh G.L. The profile of atopic dermatitis in a tertiary dermatology outpatient clinic in Singapore // *Int. J. Dermatol.* - 1999. - Vol.38,N9.-P.689-692.
154. Thestrup-Pedersen K. The incidence and pathophysiology of atopic dermatitis // *J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol.* - 1996. - Vol.7,N 1. – P
155. Thygesen LC, Knudsen LB, Keiding N. Modelling regional variation of first-time births in Denmark 1980-1994 by an age-periodcohort model. *Demogr Res* 2005;13(23):573-96.
156. Ursin, H. (1980). Personality, activation and somatic health. in S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health*. New York: Plenum.
157. Vitaliano P. P. et.al. (1990). Coping profiles associated with psychiatric, physical health, work and family problems. *Health Psychology*. Vol.9 (3). 348-37

158. Williams H.C., Strachan D.P., May R.J. Childhood eczema: disease of the advantaged//Br. Med. J. - 1994. - Vol.308. - P. 1132-1135.
159. Williams R.E.A., Gibson A.G. et al. Assesment of a contact-plate sampling technique and subsequent quantitative bacterial studies in atopic dermatitis // Br. J. Dermatol.. - 1990.-V.123. - P.493-501.
160. Wittkowski A. Richards HL Criffiths C, The Impact of psychological and clinical factors on quality of individuals with atopic dermatits. J Psychosom Res 2004; 57 (2): 195-200.
161. Woolley K.L., Adelroth E., Woolley M.J. et al. Granulocyte-macrophage colonustimulating factor, eosinophils and eosinophil cationic protein in subjects with and without mild, stable, atopic asthma // Eur. Respir. J. - 1994. -Vol.7,N9. -P.1576-1584.
162. Worth C.E.N. Practical approaches to the treatment of atopic dermatitis
// Allergy Proc. - 1994. -N.5. - P.34-38.
163. Wuthrich B. Atopic dermatitis // Ther Umsch . 1994.Bd.51,Nl. - S.45-54.
164. Wuthrich B., Schindler B., Medici C et al. igE levels, atopy markers and hay fever in relation to age. sex and smoking status in a normal adult Swiss population // Intern. Arch. Allergy Immunol. - 1996. - Vol.111,N 4. - P.396-402113
165. Zwisler AD, Træden UI, Videbæk J, Madsen M. Cardiac rehabilitation services in Denmark: Still room for expansion. Scand J Public Health 2005;33:376-83.
166. Zwisler ADO, Schou L, Soja AMB, Brønnum-Hansen H, Gluud C, Iversen L, Sigurd B, Madsen M, Fischer-Hansen J, The DANREHAB Group. A randomized clinical trial of hospital-based, comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care for patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease (the

DANREHAB trial)-design, intervention, and population. *Am Heart J* 2005;150(5):899-908.