

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

Д-р МИХАИЛ ПЕТРОВ МИХАЙЛОВ

ВЛИЯНИЕ НА ЕСТЕТИЧНИТЕ ПРОЦЕДУРИ
ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА
СТЕПЕН „ДОКТОР“

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ПРОФ. Д-Р АНЖЕЛИКА ВЕЛКОВА, ДМН

София, 2019 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	7
II. ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	
1.1. Основни понятия и определения.....	10
1.2. Обхват на естетичната медицина.....	11
1.3. Исторически преглед.....	12
1.3.1. Развитие на естетичната медицина до 19-и век.	
1.3.2. Развитие на естетичната медицина през 20-и век.	
1.3.3. Развитие на естетичната медицина през 21-ви век до наши дни.	
1.4. Пазарът на естетични процедури.....	24
1.4.1. Пазарът на естетични процедури в САЩ.	
1.4.2. Полово разпределение на естетичните нехирургични процедури за 2016 г. в САЩ	
1.4.3. Разпределение на естетичните нехирургични процедури според възрастта на пациента.	
1.5. Качество на живот – Качество на живот, свързано със здравето.....	29
1.5.1. Качество на живот, свързано със здравето (КЖСЗ).	
1.5.2. Клинично приложение на КЖСЗ в естетичната медицина.	
1.5.3. Методи за изследване и определяне на Качеството на живот.	
1.5.4. Изработване на въпросник за Качество на живот в естетичната медицина.	
1.5.4.1. Основни понятия.	
1.5.4.2. Формиране на скали и изчисляване на резултати.	
1.5.5. Видове въпросници за Качеството на живот.	
1.5.5.1. Генерични въпросници.	
1.5.5.2. Специфични въпросници за заболявания, разстройства или състояния.	
1.5.6. Подбор на подходящ въпросник.	
1.5.7. Някои важни аспекти при изследвания в естетичната медицина, естетичната дерматология и дерматологията.	
1.6. Качество на живот и естетична медицина.....	44
1.7. Нагласи на младите медицински специалисти към новата клинична	

специалност - естетична медицина.....	53
III. ГЛАВА 2. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ	
2.1. Цели и задачи на проучването.....	55
2.2. Хипотези на проучването.....	55
2.3. Обект, предмет, време и място на проучването.....	56
2.4. Материали и методи.....	57
IV. ГЛАВА 3. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	
3.1. Идентифициране на основните демографски, социални и здравни характеристики на пациентите – потребители на естетични услуги.....	64
3.1.1. Характеристики на пациентите от ретроспективното проучване	
3.1.2. Демографски, социални и здравни характеристики на лицата от основната група	
3.2. Идентифициране на моделите на потребление на естетични услуги сред лицата от ретроспективното проучване и от основната група.....	78
3.2.1. Потребление на естетични услуги от лицата в ретроспективното проучване	
3.2.2. Потребление на естетични услуги при лицата от основната група	
3.3. Проучване на мотивацията за търсене на естетични процедури и причините за отказ от естетични процедури.....	95
3.3.1. Мотивация на лицата за извършване на естетични процедури	
3.3.2. Причини за отказ от естетични процедури.	
3.4. Анализирание влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот и здравната самооценка.....	101
3.4.1. Описание на изходното ниво на качеството на живот в основната и контролната групи	
3.4.2. Качество на живот на 428 пациенти с пълен цикъл естетични процедури	
3.4.3. Промяна в качеството на живот преди и след естетични процедури	
3.4.4. Повлияване на здравната самооценка преди и след процедури	
3.4.5. Проучване на влиянието на депресивните състояния при пациентите с естетични процедури	

3.5. Определяне ефекта на пола, възрастта, образованието и социалния статус върху качеството на живот при пациенти с естетичен проблем.....	123
3.5.1. Влияние на пола върху изходните нива на качеството на живот при пациенти с естетични проблеми	
3.5.2. Влияние на демографските и социални характеристики на пациентите с ПЦП върху качеството на живот	
3.6. Проучване мнението на студентите по медицина, здравни грижи, обществено здравеопазване и др. за значимостта на естетичната медицина.....	126
V. ИЗВОДИ.....	134
VI. ПРЕПОРЪКИ.....	136
VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	137
VIII. ПРИНОСИ.....	138
IX. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ.....	139
X. СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАСТОЯЩИЯ ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД.....	140
XI. БИБЛИОГРАФИЯ.....	141
XII. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	166

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АОЕПХ - Американско Общество по Естетична Пластична Хирургия

БТ-А - Ботулинов токсин тип А

ЕМ- Естетична медицина

КЖСЗ - Качество на живот, свързано със здравето

КЖ - Качество на живот.

МЦ - Медицински център

НЗОК - Национална Здравно Осигурителна Каса

ПВРЕХ - Пластично възстановителна, реконструктивна и естетична хирургия

ПП –Първа процедура

ПЦП – Пълен цикъл от процедури

СВ - Съдържателна

СЗО - Световна здравна организация

ТКА - транс-културна адаптация

ФГ - Фокусни групи

ХК - Хиалуронова киселина

ADSC - Adipose-derived stem cells

BDD - Body dysmorphic disorder

BDDE - Body dysmorphic disorder examination

ВИ - Body-Image Inventory

BMI - Body mass index

CADI - Cardiff Acne Disability Index

CAMPHOR - The Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review

CDC - Център за контрол и превенция на заболяванията (САЩ)

DHP - Duke Health Profile

FDA - Food and Drug Administration

HIFU - High-Intensity Focused Ultrasound

HRQoL - Health-Related Quality of Life

IPL - Intense pulsed light

LASIK - Laser-assisted in situ keratomileusis

NHP - Nottingham Health Profile

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

PDGF - Platelet-derived growth factor

PRO - Patient-reported outcome

PRP - Platelet- rich plasma

QALY- Quality-adjusted life year

SEI - Self-Esteem Inventory

SIP - Sickness Impact Profile

SORT - strength of recommendation taxonomy

TCA - трихлороцетна киселина

TGF - transforming growth factor

VEGF - Vascular Endothelial Growth Factor

ВЪВЕДЕНИЕ

Връзката между външността, самооценката на индивида и социалното функциониране е добре установена и играе важна роля във всички аспекти на живота ни. Тя е феномен, който се наблюдава още в древността – цялата култура на Елада и формите на функциониране на личността, сама за себе си и спрямо общността, се основават на убедеността, че външността не е просто естетична опаковка, а отражение на душевността и морала, основани на най-важните принципи, тези на Космоса. А Космосът като отрицание на Хаоса, не е нищо друго, освен ред, порядък, създаващ и предоставящ симфониите (съзвучията) и хармониите в заобикалящия ни свят и в нас самите.

Съвременната дума „козметика“, чиято етимология откриваме в старогръцкото понятие „космос“, е най-показателният пример за важността на красотата в индивидуален и социален аспект – не от гледна точка на суетата, а като търсене на определено ниво на съвършенство и синхрон с универсални проявления на Космическото, каквито са златното сечение, пропорциите на лицето и тялото и други канони, изведени в математически формули от скулпторите и архитектите на Античността. Не случайно литературният критик Харолд Блум определя Клеопатра като “първата световна знаменитост” – не заради популярността ѝ като владетелка, а заради емблематичната ѝ красота.

В последните години предлагането и търсенето на естетични процедури се увеличи неколkokратно, успоредно с увеличаване на броя на центрoвете за естетична медицина. Човечеството отбелязва невидан до момента технологичен прогрес и повече от всякога Аз-ът представя себе си чрез образ, който може да бъде споделен публично чрез демократичността на социалните мрежи и достъпността на фотографското изображение. Сетивата ни са напълно зависими от визуалното, от иконичното. Съвременното общество създава и утвърждава промяната на отношението на съвременния човек към своята и на другите външност, превръщайки младежкия вид в белег на красота, потенциал и обещаващо бъдеще.

Успоредно с настъпилите промени в индивидуалните и обществени ценности се появиха нови перспективи и предизвикателства пред развитието на един нов клон от медицинската практика - „естетична медицина“. В научната и социална сфера се появиха много въпроси относно ефективността, ефикасността, нежеланите странични

реакции от естетични процедури и др. Част от тях все още търсят своя отговор и не са загубили актуалността си.

Основните дейности, които се развиват в естетичните центрове, са в областта на дерматологичната естетична медицина. В някои държави тази специфична медицинска дейност вече се обособява като отделна специалност. Днес Международната асоциация на лекарите по естетична медицина (IAPAM) ѝ дава следното определение: “Клон на медицината, който се фокусира върху удовлетворяване на естетическите желания и цели на пациентите“. Тази специалност е насочена основно върху патофизиологията на стареещата кожа и се придържа към научно обосновани процедури, целящи минимизирането на процесите на стареене. Лекарите, практикуващи естетична медицина, се обучават както на инвазивни, така и на неинвазивни начини за лечение и обикновено използват комбинация от методи, която да отговори на нуждите на пациента. Спецификата на дейностите в естетичните центрове изисква уникален подход към всеки пациент.

Световната здравна организация дава едно по-широко определение за здраве: ”Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг.”(2). Ролята на естетичната медицина не се изчерпва с удовлетворяване на естетичните желания на пациентите. Тя пряко повлиява тяхното здраве и едновременно с това - качеството им на живот. Естетичната медицина е съвкупност от съчетание на медицинска дейност, психология и изкуство.

Правилният психологически подход към пациента представлява значителна част от работата в естетичната медицина. Повлияването на външния вид рефлектира и върху душевния свят на индивида, подобрява самооценката и самочувствието, а те са елементи на психичното здраве. Подобреното самочувствие повлиява социалното благополучие на пациента, а оттам и качеството на живот. Човекът, уверен в себе си, има по-голяма вероятност да коригира социалния си статус и живот в положителна насока. Удовлетвореността на пациентите, които използват естетични услуги, пряко повлиява здравето им.

Естетичната медицина се оформя и утвърждава като нов научно-практически клон на медицината. Липсват задълбочени разработки и научни проучвания по темата, макар тя да става все по-актуална. Липсват достатъчно данни относно удовлетвореността на пациентите, подлагащи се на естетични процедури, както и за промяната в качеството на живот. Необходимо е цялостно и детайлно разглеждане на психологическите ефекти от този тип медицинска дейност.

Показатели като качество на живот, свързано със здравето и години живот, съобразени с качеството на живот, се използват при оценката на здравните технологии. Тези измерители са от съществено значение именно при естетичната медицина. Нейната цел е да удовлетворява субективните нужди на пациентите. Чрез измерването на качеството на живот може да се определи и съответно успеваемостта на различните естетични процедури.

В представения дисертационен труд ще бъде подробно проучен актуалния проблем за влиянието на естетичната медицина върху качеството на живот на пациентите, социално-демографските характеристики и мотивите на ползвателите на услугата, както и нагласите на младите здравни специалисти към оформящата се нова науко-практическа дисциплина - естетична медицина.

ГЛАВА 1.

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Проведено е системно литературно проучване на научни публикации в следните база данни: PubMed, Google Scholar и Web of Science. Използвани са следните ключови думи :

aesthetic medicine, cosmetic medicine, beauty, aesthetic surgery, aesthetic dermatology.

В настоящия литературен обзор са разгледани основни понятия, определения, обхват на естетичната медицина, историческо развитие и ефектите на естетичната медицина върху здравето и качеството на живот.

1.1. ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Наименованието на специалността „Естетична медицина“ поражда много въпроси от терминологичен, етимологичен и смислов порядък. В различните държави тази медицинска наука и практика има различни терминологични названия - естетична медицина, козметична медицина, естетична дерматология, анти-ейджинг, регенеративна медицина и т.н. Всички те регистрират един и същ феномен и имат едно и също значение. Пример за това са имената на професионалните сдружения като “Американска асоциация по естетична и хирургична медицина” (16), “Американска академия по естетична медицина” (257), “Американска академия по антиейджинг и регенеративна медицина”, ”Академия по козметична медицина и наука” (13) или “Европейско общество за козметична и естетична медицина.” (88).

Изобилието от формулировки за естетична медицина показва, че има дефицити в съществуващите определения. Това се дължи на факта, че тя е нова, тепърва прохождаща част от медицината, която в момента се оформя като самостоятелен клон. Налични са припокривания на нейното съдържание с някои медицински специалности, каквито са например, пластичната хирургия и дерматологията.

Американската академия по естетична медицина (АААМ) предлага следната дефиниция: “Естетичната медицина е специалност, състояща се от процедури, които целят подобряване външния вид и удовлетворяване на пациентите чрез използването на неинвазивни и минимално инвазивни козметични процедури.” След това допълва, че тази специалност не се ограничава само до дерматолози и пластични хирурзи, тъй като

лекари от различни специалности се стремят да удовлетворят естетичните нужди и желания на своите пациенти (16).

1.2. ОБХВАТ НА ЕСТЕТИЧНАТА МЕДИЦИНА

Разграничаването на естетичната медицина от пластично-възстановителната, реконструктивна и естетична хирургия (ПВРЕХ) може да бъде направено според типа инвазивност на прилаганите процедури (216). Естетичната медицина борави с неинвазивни и минимално инвазивни процедури, които изискват само кожно и подкожно инжектиране, убождане или малки разрези. При тези процедури се използват ботулинов токсин, резорбируеми филъри, липофилинг (199), тред лифтинг (лифтинг посредством резорбируеми конци) и различни форми липопластика. Всички тези процедури в естетичната медицина не изискват обща упойка на пациента, докато в ПВРЕХ се използват основно инвазивни процедури, изискващи поставянето на пациента под обща анестезия (98).

Бързият растеж на естетичната медицина като самостоятелен клон на медицината отчасти се предопределя от нарасналия брой пациенти, нуждаещи се от и предпочитатели подмладяващи процедури, които не изискват хирургична намеса и постигат незабавен ефект (88). Пациентите търсят такива процедури, заради желанието да изглеждат добре и да се чувстват добре – медиите, поп-културата, и не на последно място - индивидуалната ценност на младостта и младежкия външен вид повече от всякога засилват желанието в нас за вечна младост. Пациентите, търсещи естетични услуги, имат специфичен профил, типичен за естетичната медицина и отчасти за ПВРЕХ. Те се различават от пациентите на повечето медицински специалности, в които пациентът има физическо или психическо заболяване, изявена клинична симптоматика и акцентът пада върху поставянето на диагноза и провеждането на логично обосновано лечение на съответната патология. С появата на ботулиновия токсин, хиалуроновите филъри и други нехирургични процедури, пациентите имат възможността да изглеждат и да се чувстват по-добре, по-бързо и без всички съпътстващи фактори на една хирургична намеса. Съществува търсене на терапии, които са бързи, относително безболезнени, предлагащи естествена и осезаема промяна във външен вид – тук цената и видимият ефект са в пряка зависимост от скоростта, с която се постига желаната визия (98). Въпреки че естетичната медицина обхваща и удовлетворява напълно тези изисквания, тя все пак не замества естетичната хирургия. Връзката между тези две

дисциплини е по-скоро синергична. Понякога една хирургична естетична процедура може да бъде заменена с миниинвазивна или неинвазивна интервенция, като резултатите могат да бъдат съизмерими.

1.3. ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

Желанието да бъдем атрактивни, привлекателни и харесвани е познато на човечеството още от неговата зора – в началото всичко се свързва с демонстрацията на сила, здраве и плодовитост. Историята на красотата е толкова дълга, колкото и самото човечество. Естетичната медицина в своето начало е изглеждала доста варварско и нехуманно дело (160, 163).

Египетската цивилизация възниква около 3150 г. пр.н.е. Оттогава са и първите данни за естетически процедури. Египтяните са използвали животински мазнини, соли, алабастр, кисело мляко и др., за да подобрят естетичния вид на кожата си. По-късно гърците и римляните използвали синапено брашно и варовик със същата цел. В борбата срещу бръчките са намирали своето място и смирната, тамяна, пепелта, пемзата, чаеното дърво и други растителни масла. Турците използвали огъня за лека ексфолиация, а пък индийските жени примесвали урина с пемза и я прилагали върху кожата (37).

България също има своя традиция в естетиката и козметологията. Българската маслодайна роза, известна и като Казанлъшка роза (*Rosa damascena*) има благотворен ефект върху кожата и се използва при направата на розова вода, масло от роза, парфюми и пр. И днес този храст е запазил своето икономическо и символно значение.

Естетичните процедури са извървели своя дълъг път на развитие от тайнствени и окултни предания от жена на жена до високо специализирани медицински терапии. Едва през 1874 г. виенският дерматолог Ferdinand Ritter von Hebra (7 септември 1816 – 5 август 1880), бащата на съвременната дерматология, въвежда химичния пилинг за лечение на бръчки и мелазма. Повече от 5000 години са били необходими, за да се официализира естетичната медицина (15).

Въпросът за красотата е интригуващ за човечеството още от зората на неговото начало. Въпреки че философи като Платон и Имануел Кант са се опитали да дефинират термина “красота”, универсално валидното определение все още остава неуловимо. Днес проучвания върху темата за красотата показват, че най-важната част, същината на красотата се свързва с думи като чистота, яснота, симетрия, хармония и живи цветове

(39). Въпреки това дефиницията за красота днес, като че ли остава мъглява. Платон говори за красотата не само като физическа концепция, а и като морална. Тя е част от неговите три най-важни форми на ценност във философската му система – красота, истина и доброта. Леонардо да Винчи усеща красотата като симетрия, докато сър Френсис Бейкън – като хармония. Хармонично лице може да бъде постигнато чрез симетрия (217). Столетия идеалното лице се е представяло като сбор от симетрични пропорции. По този начин знаем, че атрактивните лица са предимно симетричните, но симетричните лица не винаги са атрактивни. Какво прави лицето атрактивно? Може ли да поставим знак за еднаквост между „атрактивно“ лице и „красиво“ лице?

Златният декагон е увлекателна концепция, описана от S. Marquardt (2002), която интегрира симетрията със съотношения, за да дефинира атрактивността на едно лице. Той говори за, т. нар. златно съотношение (Golden Ratio, Divine или още известно като Phi ratio), което изразено в цифри е 1:1.618. Това съотношение определя универсалния прием за привлекателно лице (178). Златното съотношение представлява генетично записан модел в нашия мозък, който ни напътства в разпознаването на лица от нашия вид, включително и „красивите“ лица. От тук произлиза въпросът дали красотата е измерима. Ако е измерима, това води до една ясна цел при корекции на естетични деформитети.

D. Symons (1979) твърди, че красотата не може да бъде просто математична величина, а по-скоро биологично проявление под формата на т. нар. коинофилия (любов към средното, нормалното, обикновеното) (253). Той постулира, че еволюционните процеси работят срещу различията в популацията. Следователно, хора с обикновени физически качества имат най-добър шанс за оцеляване.

J. Langlois и L. Roggman (1990) наслагват фотографии, за да създадат композиция от лица и установяват, че композицията е по-атрактивна в сравнение с единични фотографии (163). В действителност, всеки от нашите умове постоянно събира впечатления от лица, превръщайки ги в композит, формиращ нашите индивидуални представи за атрактивност. От това следва, че на база от нашите опит и заобикаляща среда, всеки изгражда различна представа за това как изглежда атрактивността. Механизмът, запазващ и осредняващ лицата, изглежда като да е вроден и универсален за всички хора. Можем да очакваме в съвременния засилващ се мултикултурен свят, че този механизъм на осредняване ще рефлектира върху новото универсално лице, считано за атрактивно. То ще бъде сбор от характеристиките на лицата от всички раси. Това би обяснило факта, че през изминалите години е налична

промяна на възприятието за „натурална“ красота.

Въз основа на тези данни, може да се говори за това, че атрактивността е осреднена, а не красотата. Открито е, че красивите лица са обикновените, нормалните, с изключение на някои случаи, когато са извън спектъра на „нормалност“. D. Perrett (1994) показва, че най-красивите жени се отличават с по-тънките си челюсти, големи очи, пълни устни, малък нос, по-късо разстояние между устна и брадичка и по-малка горна устна (212). Тези характеристики подчертават разликите на зрелите жени от зрелите мъже. Това са и чертите, които най-често са обект на пластичната хирургия и естетичната медицина. Точно тези черти са израз на женска красота, защото те експресират ниски нива на андрогени, високи естрогени и хиперфеминизирани черти, които предполагат добра плодовитост. Жените използват грим именно с такава цел, да подчертаят тези характеристики и да засилят сексуалните сигнали, подавани към мъжете/жените. Тъй като с напредването на възрастта както мъжките, така и женските лица се маскулинизират, жените се стремят да запазят красотата си, като поддържат млада външност и забавят процесите на остаряване. Нашите детектори за красота са едновременно детектори за младост и фертилност. Освен визуалната красота има и други белези за красота. Такива са глас, жестове, аромати и феромонна секреция. Нашият външен вид е най-публичният аспект на самите нас, поради което той има голям отпечатък върху нашия живот. Това се потвърждава и от факта, че нашето общество слага стандарти и ценности, основани на красотата. Обществото допълнително приема и че външният вид е отражение на вътрешния свят на човека.

Гледната точка на изследователите върху естетичните процедури е претърпяла развитие във времето. Конвенционалните клинични проучвания се фокусират тясно върху изследване на ефектите от усложненията, смъртността и основните индикатори на здравния статус. В пластично-възстановителната и реконструктивна хирургия са по-важни функционалността и заболяемостта, докато при козметичната, т.е. естетичната медицина са важни други показатели: качество на живот, удовлетвореност и т.н. (196).

Хронологично погледнато в последно време се забелязва зачестяване на изследванията върху удовлетвореността на пациента, функционалността на резултати и качеството на живот. Тези параметри е трудно да бъдат оценени количествено. Именно това провокира изборът ни на тема, която да отговаря на съвременните търсения в науката.

1.3.1. Развитие на естетичната медицина до 19-ти век.

Историята на козметичната хирургия и медицина може да ни отведе в дълбока древност. Първите данни за естетична хирургия са от преди повече от 2000 години. Тогава в Индия за първи път се е извършила реконструкция на нос чрез ламбо от челото. През времето техниката на работа се е променила и усъвършенствала. Едва през 1845 г., пруският хирург J. Differbach публикува няколко монографии за лицева реконструкция и за първи път споменава термина “ринопластика” (120). Ситуацията в естетичната медицина се е променила много, заедно с това новите норми за асептика и антисептика са гарантирали на пациентите по-голяма сигурност. Тези поредица от факти довели до бум естетичните процедури в края на 19-и век.

През 1871 г. са се появили химичните пилинги. Т. Фох остава в историята с прилагане на 20% фенол за избелване на кожата. Това е първият химически пилинг. През 1882 г. Р. Унна обогатява пилингите като добавя в техния набор салицилова киселина, резорцинол, фенол и трихлороцетна киселина (ТСА) (37).

През последното десетилетие на 19 в. F. Neuber е първият лекар, който използва и описва приложението на автоложна мазнина като филър за попълване на загубен обем (145). Шест години по-късно R. Gersuny препоръчва използването на парафин за същата цел (108). Днес тази методика е отхвърлена поради честото образуване на грануломи.

1.3.2. Развитие на естетичната медицина през 20-и век.

В началото на 20-и век са били все още популярни процедурите за попълване на бръчки с парафин и контуриране на лицето. Започват да стават все по-модерни естетичните процедури с хирургична намеса. Първата жена, чието име се свързва с естетичната хирургия, е S. Noel. За изненада на повечето естетични хирурзи, тя е дерматолог (109).

T. Rees (1965) публикува свое проучване, в което обяснява използването на силикона като филър за увеличаване обема на тъканта (228). Силиконът е представен като инертна, чиста, мазна субстанция, която лесно се инжектира и има продължителен и натурален ефект.

През 1976 година FDA забранява използването на течен силикон за инжектиране заради множеството нежелани странични ефекти като мигриране и фистулизиране.

Петдесетте години на 20-и век са известни с името на N. Orentreich, който за първи път в западния свят описва приложението на космена трансплантация. Неговият метод е известен като пънч (punch) техника за трансплантация на коса, приложим при лечението на андрогенна алопеция (132).

През същия период друго важно събитие разкрива нови хоризонти в естетичната медицина - използването на лазер в дерматологията. То се свързва с името на L. Goldman, който използва рубинов лазер при премахване на татуировки. Петнадесет години по-късно тази технология се забранява поради високите нива на хипертрофични цикатрикси и пигментации.

Важно събитие през 70-те и 80-те години на 20-и век е развитието на липосукцията като метод за отстраняване на излишни мастни депа от тялото. За първи път тази хирургическа процедура е презентирана през 1972 г. от J. Schruddle. За съжаление неговата методика има много последвали усложнения като хематоми, исхемии, некрози и т.н. Всичко се променя през 1980 г., когато Y. Plouz изобретява своя интумесцентна техника, при която се прилага въвеждане на 200-300 мл. инфузионен разтвор. През 1981 г. J. Kleins прави революция в техниката на липосукцията, като прилага локална анестезия и така позволява тази медицинска процедура да бъде извършвана от много по-малък екип, дори и в извънболничната помощ. Нови и по-модерни методи за липосукция са изобретени в следващите години. Появяват се ултразвукова асистирана и лазер-асистирана липосукция.

Краят на 80-те години се свързва с бум в развитието на лазерни технологии. С течение на годините те намират множество приложения като например: при отстраняване на татуировки (Q-switched laser), третиране на съдови лезии (Nd:Yag laser), аблативен фракциониран лазерен пилинг на кожата (CO₂ fractional laser) и др.

През 1977 г. за първи път Т. Кнарп публикува свое проучване, в което доказва, че телешкият колаген може да бъде използван в естетичната медицина като филър за лице (153). Четири години по-късно в САЩ е одобрен такъв колагенов филър за масово приложение. През следващите години на пазара се появяват много човешки и животински, натурални и синтетични деривати, които се използват за попълване на обеми в лицето. Колагентът остава най-важната съставка на всички филъри в следващите 20 години (111).

Деветдесетте години на 20-ти век бележат развитието и старта на приложение на ботулинов токсин в естетичната дерматология. За първи път през 1992 г. канадските лекари Jean и Alastair Carruthers публикуват статия за третирането на глабеларни

бръчки с ботулин-А екзотоксин (45). До този момент ботулиновият токсин е използван като лекарствено средство в неврологията и офталмологията. Първият лекарствен продукт регистриран на пазара за естетично приложение е “Botox” (Allergan, Irvine, USA). Той е одобрен за естетично приложение през 2002 г. (92). И до днес терапията с ботокс е на първо място сред предпочитаните от пациентите и лекарите. Тази терапия е една от процедурите, които влизат под названието: “Терапия в обедната почивка”. Рисковете са минимизирани, а ефектите са бързи и видими. Днес ботулиновият токсин има широко приложение в естетичната медицина. Използва се за третиране на глабеларна област, фронтални линии, бръчки тип “пачи крак”, “бъни” линии, брадичка, масетерния мускул, шийната област и др. Забележително е приложението на ботулинов токсин тип А (БТ-А) при лечението на хиперхидрозата. Терапията се прилага в областите на подмишниците, палмарната страна на ръцете и върху стъпалата.

През 1998 г. се появява нов филър от хиалуронова киселина. Първите научни проучвания и публикации за приложение му са от шведа М. Olenius (203). Той използва ХК за запълване на бръчки и обеми по лицето. Оказва се, че хиалуроновите филъри са добра алтернатива на колагеновите. Техният алергичен потенциал е в пъти по-малък. Поради тази причина ХК бързо измества колагена от предните позиции на пазара. Европа първа започва използването на такъв вид филъри. През 2003 г. те са одобрени и за американския пазар. Днес дермалните хиалуронови филъри са на второ място по честота сред всички естетични процедури. Характеризират се с добър профил на безопасност, резорбируемост и естествени резултати (104). Използват се за третиране на фини и по-дълбоки бръчки, при контуриране на лицето, при запълване на липоатрофия, при мезотерапии и прочие.

В края на 90-те години на 20-и век започва да се използва още един дермален филър. Неговият основен състав е от поли-Л-млечна киселина. Характеристиките му са биоразградимост и резорбируемост. Използва се при третирането на бръчки, при загуба на обем, при цикатрикси или при кръгове около очите. Първо е разрешен на европейския пазар, а след това и в САЩ. Много добри резултати с поли-Л-млечна киселина могат да се получат при липоатрофия.

Освен дермалните филъри и апаратните процедури извървяват своя възход през 90-те години. Появява се ново устройство, наречено IPL, интензивна пулсова светлина (intense pulsed light). Терминът указва метода на използване на интензивни импулси некохерентна светлина, излъчвани в диапазон с дължина на вълната от 500 nm и 1200 nm, за обезкосмяване, фотоподмладяване и други цели. Първи М. Goldman през 1996 г.

забелязва и описва, че IPL въздейства върху косъма като редуцира неговият растеж. Интересен е фактът, че това действие на IPL е било докладвано на FDA като странична нежелана реакция. M. Gold (1997) публикува статия, с която описва приложението на IPL за обезкосмяване (112). През същата година C. Littler и D. Goldberg съобщават за успешното приложение на Q-switched Nd:YAG лазер за обезкосмяване при хора (113). Същият лазер през 1991 г. е бил одобрен от FDA за премахване на татуировки, а 8 години по-късно за лечение на бръчки и разширени вени/капиляри (193).

1.3.3. Развитие на естетичната медицина през 21-ви век до наши дни

В началото на 21 век започва да се увеличава нуждата от нехирургични процедури за намаляване на обема на подкожна мастна тъкан в резултат на затлъстяване (231). Можем да си го обясним както със свръхпроизводството и потреблението на хранителни продукти в развитите страни, така и с обездвижения начин на живот. Началото се поставя от бразилската лекарка P. Rittes, която първа публикува статия за инжектиране на фосфатидилхолин в инфраорбиталните мастни торби с цел намаляване на обема им. Методът е ефективен, но скоро след масовото му прилагане се разкриват много странични ефекти и заради това продуктът е забранен в Бразилия (229). През 2004 г. проучване на A. Rotunda доказва, че *sodium deoxycholate* има голяма активност при лизирането на клетки (230). Този продукт е много по-добре толериран от пациентите и има добър ефект върху третирането на нежелана локална подкожна мазнина в областите на бедрата, корема, “любовните дръжки”, субменталната област, дори при лечение на липом. Днес има няколко продукта на пазара, които комбинират двете по-горе представени активни съставки.

През 2009 г. S. Coleman и др. публикуват статия, в която разкриват нов подход за неинвазивно намаляване на подкожни мазнини. До този момент най-често извършваната процедура за намаляване на мазнините в тялото е била липосукцията. Тя е оперативен, инвазивен метод, изискващ възстановителен период и крие своите рискове. Новата процедура на S. Coleman води до апоптоза на адипоцитите чрез изстудяване (60). Днес криолиполизата е добре познат метод. Прилага се основно за разрушаване на подкожни мастни натрупвания в областта на корема и “любовните дръжки”. Тази процедура е неинвазивна. При нея не се нарушава повърхностния слой на кожата, както и не се засягат периферни нерви. Тук рисковете от мастни емболии, цикатрикси, инфекции, хематоми и др. са сведени до минимум.

Търсенето на естетични процедури се засилва в областта на миниинвазивни и неинвазивни процедури. Развиват се нови технологии за неинвазивно стягане на кожата, комбинират се терапии за по-добри резултати. През 21-ви век започва да става популярен холистичният подход в козметичната медицина. J. Ruiz-Esparza (2003) първи публикува проучване върху нови неинвазивни, нехирургични методи за стягане на кожата на лицето и за неоперативен “фейслифтинг” (232). Технологията на метода е базирана върху използването на радиочестота, сегмент от електромагнитния спектър, която води до затопляне в кожата и по този начин активира производството на колагенови влакна (234). Подобриеното в технологията е комбинирането на радиочестота с едновременното приложение на оптична лазерна енергия. Този нов подход е публикуван за първи път от S. Doshi през 2005 г. (76). Две са целите на революционната технология - да се редуцират бръчките и да се повлияе отпуснатостта на кожата. Друга техника, която се използва и днес, е комбинирането на радиочестота с пулсово магнитно поле. Така се увеличава продукцията на колагенови влакна посредством нетермален механизъм. Подходът за първи път е представен от Y. Lee и др. (167). През 2009 В. Nantash и др. въвеждат нова процедура, наречена биполярна фракционирана радиочестота. Тя представлява миниинвазивна технология, при която чрез микронидлинг се преодолява епидермиса и директно върху дермата се въздейства с радиочестотата (119). През 2010 г. M. Alexiades-Armenakas и др. провеждат рандомизирано контролирано проучване за ефективността на методиката за лечение на отпусната кожа на лицето (18).

Днес радиочестотните технологии се превърнаха в стандартна терапия в естетичната медицина заради своята ефикасност, безопасност и гъвкавост. Технологията е широко използвана за намаляване на целулита, белезите от акне, за терапия на хипертрофични цикатрикси и келоиди, отпуснатост на кожата, розацея, възпалително акне и др. (159).

Развитието на технологиите достигна нови висоти. В последно време започва да става все по-популярна процедурата за стягане на кожата чрез миниинвазивна радиочестотна техника. Процедурата е алтернатива на класическия фейслифтинг. През 2014 г. S. Mulholland разглежда подробно и прави сравнение на всички видове миниинвазивни радиочестотни процедури. Той дефинира основните им цели - да се стегне и опъне кожата, да се намалят подкожните мазнини. Миниинвазивната радиочестота е приложима в областта на лицето, брадичката и шията (149). Процедурата се извършва чрез канюла, поставена в областта на подкожието.

Радиочестотата повишава температурата в дермата и субдермалните слоеве (197). Това води до активиране на синтезирането на колаген и аблацията на мастни клетки (144).

През 21-ви век лазерните технологии бележат нови върхове. През 2004 г. D. Manstein въвежда ново важно подобрене в лазерната технология - фракционирана фототермолиза (175). За разлика от конвенционалния лазер, тя обхваща само 5% от слоевете на самата кожа. За сравнение с конвенционалната нефракционирана лазерна процедура, при фракционираната 95% от тъканта остава незасегната. Това позволява по-бързо възстановяване, по-добра ефикасност и намаляване на страничните ефекти (165). Първите системи с фракциониран лазер са били основани на Er:diode лазери с дължина на вълната 1535 до 1550 nm. Те са неаблативни и не увреждат епидермиса. Втората генерация фракционирани лазери се появяват през 2007 г. Те са били представени от В. Nantash и др. (118). Тези нови устройства са мощни и комбинират силата на 10,600 nm CO₂ лазер с фракциониран подход. Предизвиква се аблативна фракционирана фототермолиза с висока ефикасност и с добър профил на безопасност. Днес фракционираният CO₂ лазер има разширени и нови показания (244). Приложението му при постменопаузални жени с вулвовагинална атрофия има добри резултати. Дълго време се смяташе, че келоидите могат да бъдат самостоятелно повлияни от фракционен CO₂ лазер (23). През 2017 г. А. Annabathula и други публикуват статия, която разглежда модерен подход при лечението на келоиди. Тяхната препоръка е да се комбинират повече от една методика, в това число CO₂ лазер с Long Pulse Nd:YAG, кортикостероиди и др. В естетичната медицина аблативният фракциониран CO₂ лазер е едно от най-важните средства за третиране на постакнетични цикатрикси. А. Abdel съобщава през август 2017 г., че комбинирането на аблативен CO₂ лазер с плазма, богата на тромбоцити дава по-добър резултат и по-бързо възстановяване след процедурата (11). Днес знаем, че аблативният лазер помага не само за премахване на белезите от акнето, но и за неговото лечение (213). С. Porvén предлага за лечение на кистозно акне комбинацията от CO₂ лазер с повърхностен третиноин.

Фототерапиите също продължават да се развиват и надграждат през 21 век. През 2002 г. се представя нова комбинация от IPL и повърхностен фотосензитиращ продукт - 5-аминолевулинова киселина. Първо с процедурата третираат актинова кератоза, а по-късно J. Ruiz-Esparza представя и възможното ѝ приложение за подмладяване (232). Същият автор през 2006 г. описва възможност за третиране на бръчки и отпусната кожа чрез IPL, която използва инфрачервения спектър (235). Днес приложението на IPL надхвърля познатите в миналото възможности. Той се използва за третиране на съдови

лезии, терапия при хидраденитис супуратива, терапия за акне, мелазми, фотоувредена кожа и др. Търсенето на този вид процедура нараства все повече, а също и предлагането. За съжаление, поради комерсиални цели, на пазара се предлагат уреди за домашна употреба. Процедурите, които се извършват у дома, са без медицинско наблюдение, което е рисковано. Апаратите за домашна употреба са по-нискоенергийни от професионалните, което повлиява резултатите след терапията. Освен за естетични цели, такива портативни апарати се предлагат и за лечение на псориазис (140). Това задава много въпроси и ни поставя пред едно несигурно бъдеще. За съжаление неотдавна тези всеобщи страхове на дерматологичната гилдия се оправдаха (99). През август 2014 г. D. Friedmann публикува статия, отнасяща се за усложнения след домашно приложение на IPL.

Освен апаратните процедури се развиват и филърите в областта на естетичната медицина. Нов дермален филър за обем се появява в началото на 21 век. Той е съставен от синтетичен калциев хидроксиапатит, който е напълно идентичен с този в човешките кости и зъби. Филърът е гелообразен, поставен в кожата се разгражда много бавно. Калциевият хидроксиапатит преди 2004 г. е бил използван в областта на травматологията и денталната медицина. T. Tzikass описва първи ефективността и безопасността на филъра с калциев хидроксиапатит за терапии в естетичната медицина (263). Едно от основните показания за този вид пълнител е ХИВ-асоцирана липоатрофия (61). През 2009 г. излиза нова публикация, която разширява приложението на калциевия хидроксиапатит в естетичната медицина. Препоръчва се за използване в областта на ръцете (177). През 2011 г. K. Tansavatdi и D. Mangat описват предимствата на филърите с калциев хидроксиапатит. Сред предимствата, които те изтъкват, са дълготрайността, безопасността и добрите резултати при поставяне в средната и долна част на лицето (254). Днес се използват свръх разреден калциев хидроксиапатит в областта на деколтето, шията, предна коремна стена (164) и горната част на ръцете за стимулиране на синтеза на колаген (284). През 2017 г. се появи публикация на G. Casabona, която препоръчва комбинирана терапия между калциев хидроксиапатит с микронидлинг и аскорбинова киселина за стягане на кожата (46). Същият автор предлага комбинирането на микрофокусиран ултразвук с калциев хидроксиапатит за подобряване на отпуснатата кожа и целулит (47).

В естетичната медицина започват да се появяват и нови кандидати за филъри. До момента никой от тях не може да измести първенеца сред филърите, хиалуроновата киселина. Един от претендентите е агарозният гел. Той показва забележима

биоактивност и биоразградимост (93), интегрира се добре в тъканите, води до новообразуване на колаген и не причинява грануломи. Не са налични много проучвания за агарозата като филър. През 2009 г. е направено проучване за действието на агарзония гел след три години от поставянето му (239). Изводите са, че той е предвидим и надежден при увеличаване на устни. През 2009 г. се появява и друг кандидат за семейството на дермалните филъри, а именно – полизахариден дермален филър (90).

Други новоразработени пълнители са базирани на поликапролактон. Първоначалните проучвания са за третиране на назолабиалната бръчка. През 2013 г. проспективни, рандомизирани и контролирани клинични проучвания доказват, че те са с добър профил на безопасност (194) През същата година V. Figueiredo провежда малко пилотно проучване за приложението на поликапролактонов филър за подмладяване на ръцете (96). Проучването показва, че пълнителят е безопасен, добре се толерира и има добра ефективност при този вид терапия. Поликапролактоновият филър, освен попълващ ефект, води до неколагенеза, (146) доказано в проучване от 2015 г. на J. Kim. През март месец 2015 г. излиза публикация на H. Iadagi и съавтори (161), в която се твърди, че поликапролактоновият филър има по-дълъг ефект в сравнение с хиалуроновите филъри.

В медицината ултразвукът се използва широко за диагностика и лечение. Лекарите разполагат с ултразвукови скенери, ехографи, високо интензивни ултразвукови излъчватели и др. Тези устройства намират своето приложение при лечението на някои опорно-двигателни проблеми, във физиотерапията, при лечение на миоми и други тумори в акушерството и гинекологията, при лечение на уролитиаза, при лечение на доброкачествена хиперплазия на простатата и др. (255). Ултразвукът има способност да повишава локално температурата в даден участък от тялото. От скоро тази технология започна да се прилага и в сферата на естетичната медицина. През 2009 г. K. Coleman и др. публикуват статия за неинвазивната, екстракорпорална ултразвукова липолиза (57). Тази терапия има за цел да намали подкожните мастни натрупвания и би могла да се приеме като алтернатива на хирургичната липосукция, макар да има много по-малък резултат. Ултразвукът загрява подкожните мазнини и води до липолиза, като този процес е безопасен и с добра ефективност.

Неотдавна микрофокусният ултразвук беше въведен като нова енергийна модалност за транскутанно доставяне на топлина, която достига до по-дълбоката подкожна съединителна тъкан в плътно фокусирани зони при постоянни програмирани

дълбочини. Целта е да се постигне по-добър отговор на лечението на рани на множество нива със силно ремоделиране на колагена и по-дълъг клиничен отговор. През 2009 г. усъвършенстваната микрофокусирана ултразвукова технология е адаптирана специално за стягане и повдигане на кожата с кратък възстановителен период и минимален риск от увреждания (172). Терапията набира популярност. Съществуват и нови комбинирани терапии. През 2014 г. излиза статия, която подчертава добрия ефект на комбинацията от CO₂ лазер и микрофокусиран ултразвук, за стягане на кожата и повдигане (282). Високоинтензивният фокусиран ултразвук, известен под абривиатурата HIFU, (207) разширява своя обхват и обем. Статия от 2015 г. на Н. Park, Е. Kim и др. доказва, че HIFU има много добър резултат при третиране на отпускната кожа на лицето в областите – бузи, периорална и долен контур. Доказано е, че ефектът от терапията се вижда 4 седмици след нейното извършване (57). През ноември 2017 г. Е. Ко, J. Hong и др. публикуват статия, в която представят добри резултати от приложението на HIFU не само върху лицето, а и върху цялото тяло (154).

Една от новите технологии с потенциал е ботулиновият токсин гел за повърхностно приложение за лечение на бръчки на лицето. Той съдържа пречистени 150 kD BoNTA молекули и пептиден увеличител на абсорбцията. Прилага се за 30 мин. само от медицинско лице. Първото контролирано проучване е извършено от F. Brandt и др. изследователи, които съобщават обещаващи резултати (110). Скоро третирането с ботулинов токсин за повърхностно приложение може да стане иновативна неинвазивна алтернатива, която има мек ефект с минимални рискове.

Друга иновативна процедура е PRP. Процедурата е позната като “вамписки лифтинг”, плазмолифтинг и др. Абривиатурата PRP идва от съкращението platelet-rich plasma или богатата на тромбоцити плазма. Естетичната медицина използва автоложна плазма, богатата на тромбоцити за подобряване на кожата и подмладяването ѝ. PRP съдържа множество растежни фактори като PDGF, platelet-derived growth factor (тромбоцитен растежен фактор), TGF - transforming growth factor (трансформиращ растежен фактор), VEGF - vascular endothelial growth factor (съдово-ендотелен растежен фактор) и др., които са ефективни в оздравителните процеси на кожата (12). Първите проучвания и резултати са от Al. Redaelli и др. (226). Те показват, че PRP може да подобри бръчките, еластичността на кожата и нейната текстура (279). Освен за подмладяване на лицето, PRP се използва и за терапия за коса. Процедурата стимулира космения растеж и намалява загубата на коса. Ефектите стават видими след 6-7 месеца (94). PRP много добре се комбинира и с други процедури като трансплантация на коса,

лазерно подмладяване на лицето, (11) аблативни лазерни процедури, липофилинг (199) и др. (278).

Терапиите с автоложни клетки са безопасни и с добър ефект. Те стават все по-популярни в последните години. Друг подход в приложението на автоложни клетки е multipotent adipose-derived stem cells (ADSC) (мултипотентни мастни стволови клетки) (279). Те се получават от мастния аспират след липосукция (199). Тези мултипотентни клетки имат способността да се диференцират в различни клетки, в това число адипоцитни клетки, кератиноцити и др. (104). По този начин се подобрява качеството на кожата, но и се повлиява загубата на обем (279).

Направеният преглед на литературата показва, че историята на естетичната медицина е вероятно толкова стара колкото и самата медицина. Първоначално тя се е практикувала и развивала от единици, докато днес естетичната медицина е самостоятелна научна дисциплина, в която работят различни учени и специалисти. Изобилието от изобретения и иновации в естетичната медицина са я превърнали в една от най-модерните и бързо променящите се специалности. Днес тя се развива в посока на мини- или неинвазивни процедури, с минимален риск за пациента, бърз възстановителен период и резултати, които да удовлетворяват .

1.4. ПАЗАРЪТ НА ЕСТЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1.4.1. Пазар на естетичните процедури в САЩ

Пазарът на козметични процедури и естетична хирургия е в своя апогей. Според Американското общество за естетична пластична хирургия козметичните процедури са се увеличили неколkokратно. При нехирургичните процедури за периода от 1997 г. до 2016 г. (19 години) в САЩ се забелязва бърз и обясним растеж (27) .

През 2016 г. в САЩ са направени 11 674 754 нехирургични естетични процедури. Това е 7,3% повече в сравнение с предходната година, а в сравнение с 1997 г. нарастването е 650,2%.

През 2016 г. в САЩ са направени 1 979 595 хирургични естетични корекции. Това е с 3,5% повече от предходната година, а в сравнение с 1997 представлява увеличение от 99,1%.

Сравнителният анализ показва, че огромен ръст и развитие на пазара се наблюдава при нехирургичните естетични процедури. Такъв пример е терапиите с ботулинов токсин. При тях се наблюдава ръст от 6956,6%. В същото време само за

една година инжекционните процедури, като цяло, са увеличи своя пазарен дял с 10%. Най-сигнификантно покачване в броя на процедурите се забелязва при: Фотоподмладяване (+ 36%); Хиалуронова киселина (+ 16%); Лазерно отстраняване на татуировки (+ 13%); Стягане на кожата по нехирургичен начин (+ 12%); Ботулинов токсин (+ 8%).

Пазарът в САЩ е голям и обхваща значителни финансови ресурси. През 2016 г. за естетични процедури (хирургически и нехирургически) в САЩ са изхарчени повече от 15 милиарда долара. От тази сума 56% са в областта на хирургичната естетична медицина. В сравнение с 1997 г. се е увеличил делът на нехирургичната естетична медицина.

От направения анализ става ясно, че в желанието си да подобрят външния си вид, пациентите започват да търсят все повече процедури с бърз ефект, известни още като “Процедури в обедната почивка”. За 2016 г. топ 5 нехирургични естетични процедури в САЩ са: Ботулинов токсин (4,597,886 процедури); Хиалуронова киселина (2,494,814 процедури); Обезкосмяване /лазерно или фото/ (1,035,783 процедури); Фотоподмладяване /PPL/ (657,172 процедури); Химически пилинг (616,225 процедури). Забелязва се промяна в топ 5 листата за 2016 г. в сравнение с 2015 г. Фотоподмладяването измества микродермабразия от листата. Лидерската позиция в класацията се държи в последните 16 години от Ботулиновия токсин. PPL процедурите бележат 36% скок в сравнение с 2015 г. Хиалуроновите филъри стават все по-популярни. Това вероятно е свързано с тяхната безопасност, възможност за бързо разграждане посредством хиалуронидаза и естествено изглеждащите резултати. За разлика от тях филърите с калциев хидроксилапатит бележат спад за последната година от 2,7%. Това вероятно е свързано с повишаване на честотата на нежелани лекарствени реакции. Филърите с Poly-L-lactic acid бележат една стабилност и устойчивост на пазара и запазват същия пазарен дял. Нехирургичното стягане на кожата чрез апарати с ултразвук набира своята популярност. За година процедурите са се увеличили с 11,6%., следователно се бележи тенденция пациентите да търсят нови и съвременни процедури, които са неинвазивни. Лазерните аблативни процедури през 2016 г. имат лек спад с 2,8%. Премахването на татуировки бележи ръст с 13,2%. Същевременно лазерното отстраняване на косми бележи спад в търсенето с 8,9%. Най-голям отлив при нехирургичните процедури има при склеротерапията. При нея се наблюдава намаление с 16,1%, което е възможно да се обясни с навлизането и популяризирането на лазерните процедури за премахване на повърхности капилляри (20).

Топ пет хирургични процедури при мъжете за 2016 година са: липосукция (45,012 процедури); намаляване на гърдите (31,368 процедури); блефаропластика (28,025 процедури); ринопластика (26,205 процедури); фейслифтинг (13,702 процедури)

Забелязват се и специфични предпочитания на естетични процедури при двата пола. През 2016 г. химическият пилинг става все по-популярните процедури при мъжете в САЩ. Те на свой ред също предпочитат миниинвазивните естетични процедури като ботокс, филъри, лазерно обезкосмяване и фотоподмладяване.

На пазара се появяват нови алтернативи на оперативните процедури. Днес разполагаме с неоперативни терапии, заместващи липосукцията, също така имаме и неоперативна блефаропластика, която набира все по-голяма популярност.

Американското общество за естетична пластична хирургия установява, че възрастовата група, която най-много използва естетични процедури, е между 35-50 години. Тези пациенти са 39,3% или 5.3 милиона от всички, които използват естетични процедури. Възрастовото разпределение на потребителите на естетични услуги е както следва:

- под 18- годишна възраст = 1,5%
- 19- год. до 34- год. = 17,6%
- 35- год. – 49- год. = 39,3%
- 50- год. - 64 год. = 30%
- над 65- год. = 11,5%

1.4.2. Полово разпределение на естетичните нехирургични процедури за 2016 г. в САЩ

Едва 8,9% от всички естетични нехирургични процедури са извършени при пациенти от мъжки пол. На първо място по честота при тях се нарежда терапията с ботулинов токсин. Втора по честота е терапията с хиалуронови филъри. 125 560 мъже за 2016 г. по данни на АОЕПХ са направили лазерно/фотообезкосмяване. Така тази процедура се поставя на трето място. Следващите по честота са както следва: 4-то място - Фотоподмладяване; 5-о място - Химически пилинг; 6-о място – Микродермабразия; 7-о място - Нехирургично стягане на кожата; 8-о място - Аблативен лазер; 9-о място - Нехирургична редукция на мазнини; 10-о място - Премахване на татуировкиб.

При жените пазарът на естетични процедури е много по-голям. За една година повече от десет и половина милиона дами са се подложили на такъв род терапии. На първо място в класацията са процедурите с ботулинов токсин, проведени от около 4 милиона жени годишно. Второто място се заема от хиалуроновите филъри, на трето е лазерно/фотообезкосмяването, на четвърто място е фотоподмладяването и на пето място е химичният пилинг. Следващите по честота са както следват: 6-о място - Микродермабразия с 547,936; 7-о място - нехирургично стягане на кожата с 497,215; 8-о място - Аблативен лазер с 287,694; 9-о място - Склеротерапия с 265,030; 10-о място - нехирургична редукция на мазнини с 148,461.

1.4.3. Разпределение на естетичните нехирургични процедури според възрастта на пациентите.

1.4.3.1. Пациенти до 18 годишна възраст.

Тази група извършва 1,5% от всички естетични нехирургични процедури. Най-честата процедура тук е лазерното/фотообезкосмяване. Втора в класацията по честота е процедурата за премахване на татуировки. Следват микродермабразия, химическият пилинг и аблативните лазерни процедури. Много ниско е потреблението на ботокс и дермални пълнители. Процедурите, които повлияват бръчките, не са сред предпочитаните в младата възраст. Най-често процедури се търсят за проблеми, свързани с появата на акне и белезите след него. Това обяснява високата честота на пилинги и дермоабразия.

1.4.3.2. Пациенти от 19- до 34- годишна възраст.

Процентният дял от общия пазар е 16,3%, т.е. на трето място по търсене на естетични нехирургични услуги. Най-популярната процедура сред тези пациенти е ботулиновият токсин. Приблизително, за 2016 г. в САЩ 702,455 човека са си направили такава процедура. На второ място е лазерното/фотообезкосмяване, на трето място са процедурите с хиалуронова киселина. На 4-то и 5-о място са химическите пилинги и микродермоабразията. Проблемите при тези потребители рязко се променят в сравнение с предишната група. Тук нуждите са от спиране на активната дейност на мимическите мускули на лицето и запълване на видимите бръчки.

1.4.3.3. Пациенти от 35- до 49- годишна възраст.

Това са пациентите, които най-много търсят услугите на естетичните лекари. Те предпочитат нехирургичните процедури пред хирургичните. В доказателство привеждаме данни от АОЕПХ, които показват, че 38,8% са потребителите на естетични хирургични процедури в тази възрастова рамка, а 39,3% са потребителите на естетични нехирургични процедури (26).

В тази група най-честа и желана процедура е ботулиновият токсин с почти два милиона потребители в рамките на една година в САЩ. На второ място са хиалуроновите филъри с близо 1 милион потребители. На трето място е лазерно/фотообезкосмяването, на четвърто - фотоподмладяването. Има промяна в последните места от класацията - процесите на стареене тук са засилени и се търсят бързи резултати.

1.4.3.4. Пациенти от 50- до 64- годишна възраст.

По-възрастните пациенти по-често търсят естетични нехирургични процедури. Техният дел от цялата популация на пациентите, подлагащи се на ЕП, е 30.8%. На първо място по честота е ботоксът, на второ място е хиалуроновата киселина, на трето - неоперативното стягане на кожата. В по-напреднала възраст еластичитетът на кожата се загубва и тя се отпуска, поради което търсенията на пациентите са в тази посока.

1.4.3.5. Пациенти над 65- годишна възраст.

Тази група включва 12,1% от всички потребители на естетични процедури. На първите три места са следните процедури: Ботулинов токсин с 537 606 потребители за година; Хиалуронови филъри с 331 545 пациенти; Химически пилинги с 82 978 пациенти.

В резултат на проведения от нас анализ установихме, че новата област от медицинската наука - естетична медицина има голям потенциал, съществува значителен интерес и търсене в сферата на нейния обхват, но все още липсват достатъчно проучвания на влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот в отделните социални групи.

1.5. КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ. КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ, СВЪРЗАНО СЪС ЗДРАВЕТО. ВЪПРОСНИЦИ.

Конституцията на Световната здравна организация (СЗО) определя здравето като "състояние на физическо, психическо и социално благоденствие (благополучие), а не само липсата на болест или недъг...". От това следва, че измерването на здравето и въздействието на здравните грижи трябва да включва не само индикация за промени в честотата и тежестта на заболяванията, но и оценка на благосъстоянието, което може да бъде оценено чрез измерване на подобрението в качеството на живот (259). Благополучието има субективна и обективна компонента. Обективната се отнася до това, което е общоприето да се нарича "жизнен стандарт" или "жизнено равнище". Субективната компонента се определя като "качество на живота" (219). Според СЗО то представлява "състоянието на живот като резултат от комбиниране на ефектите от всички фактори, определящи здравето, щастието (включително комфорт във физическата среда и удовлетворяващо занятие), образованието, социалните и интелектуални постижения, свободата на действие, справедливостта и свободата на изразяване" (258). СЗО, също така, определя качеството на живот като възприятие на индивида за неговото положение в живота, в контекста на културните и ценностните системи, в които живее и във връзка с неговите цели, очаквания, стандарти и тревоги. Това е широкообхватна концепция, засегната по сложен начин от физическото здраве на човека, неговото психическо състояние, личните вярвания, социалните взаимоотношения и връзката им с контекстуалните фактори на средата. Важно е да се подчертае, че качеството на живот (КЖ) на пациенти с един и същ естетичен проблем, подложени на една и съща естетична процедура, може да се промени по различен начин според културните и ценностни нагласи и специфики на социума, в който той/тя живее.

1.5.1. Качество на живот, свързано със здравето

КЖ е едно всеобхватно понятие, което налага конкретизирането му във връзка с и за целите на медицината. Това е довело до въвеждането на ново измерение на КЖ, а именно качество на живот, свързано със здравето (КЖСЗ). Концепциите за качеството на живот, свързана със здравето и нейните детерминанти са се развили от 80-те години на миналия век, за да обхванат онези аспекти на общото качество на живот, които

могат да бъдат ясно показани, че оказват влияние върху здравето - физически или психически (51,101,102).

На индивидуално ниво КЖСЗ включва възприятията за физическо и психическо здраве (напр. енергийно ниво, настроение) и техните корелати, включително здравни рискове и условия, функционално състояние, социална подкрепа и социално-икономически статус. Това понятие изключва елементи като свобода, вяра и религия, околна среда.

На наиндивидуално ниво КЖСЗ включва ресурси, условия, политики и практики на ниво общност, които влияят върху възприятията на здравето на населението и функционалното му състояние.

Въз основа на научни изследвания и съветите на партньорите за обществено здраве, Центърът за контрол и превенция на заболяванията в САЩ, Атланта, Джорджия определи КЖСЗ като „индивидуалното или групово възприятие за физическо и психическо здраве през времето“ (51).

В професионалната литература освен като КЖСЗ понятието често се заменя и със здравен статус (health status) и функционален статус (functional status) (250). Чрез изучаване възможностите на индивида да извършва различни дейности (физически и професионални), на психологическия статус, нивото на комфорт и взаимодействието с околните, то може да бъде използвано за получаване на по-непосредствена и ясна представа за влиянието на здравето върху ежедневната активност на хората. Касае се за оценка на едно изцяло субективно усещане на пациентите, което се различава от традиционните клинични, психологични или биологични изследвания, осъществявани от външни наблюдатели. Оригиналността на този подход се състои в това, че той се опитва да определи в стандартизирана и достоверна форма значението на нуждите, опита и поведението, изразени от самите пациенти и да се възползва от тях при оценка влиянието и хода на заболяванията и на евентуалния терапевтичен ефект.

КЖСЗ от своя страна може да се диференцира в две насоки – генерично и болестно-специфично. В първия случай се измерват и отчитат промени, които могат да възникнат независимо от конкретното заболяване, а във втория се набляга върху проблеми, развиващи се под влияние на дадена болест. За всеки тип проучване са разработени съответни психометрични инструменти – въпросници, скали и индекси, които количествено дават идея за въздействието на заболяването, лечението и други важни преживявания на пациента, свързани със заболяването.

Приложенията на резултатите от проучванията върху КЖСЗ са ориентирани главно в няколко области:

1. Здравна икономика. Медико-икономическите оценки изучават ефекта на медицинските дейности (8), измерени количествено (ефикасност и поносимост) и качествено (КЖ), както и връзката им с изразходването на ресурсите (2,3).
2. Клинични проучвания. Влиянието на дадено заболяване върху КЖ на пациентите все по-често се включва в клиничните проучвания като допълнителна мярка за резултатите от интервенциите (2). Въпреки че оценката на пациента не е от първостепенно значение в жизненоважни ситуации, тя е съществена, когато се касае за хронични заболявания, при тежка патология в напреднал стадий или естетична медицина. Перспективата на пациента за ефекта на болестите, провежданото лечение и рехабилитация е изключително ценен принос при изучаване на резултатите от клиничната работа.
3. Оценка на здравните технологии. Пациентите и лекарите оценяват различно влиянието на различните заболявания, както и тяхното лечение. Поради това при вземането на медицински решения, винаги когато е възможно, трябва да се има предвид и отношението на пациента към състоянието, заболяването и/или лечението (10). Често естетични проблеми, считани за незначителни и леко протичащи от лекарите, могат да имат значителен ефект върху живота на пациента. В оценката на здравните технологии качеството на живот намира своето важно място като показател за удовлетвореност на пациента (1,7).

Поява и смислови трансформации на понятието „Качество на живот“ и неговата значимост.

Аристотел е един от първите, който споменава качеството на живот като термин и прави връзка със здравето (24). В своята „Никомахова етика“ той се позовава на хармонията, постигната в добрия живот, като чувство за щастие, което се определя от момента, в който се намира човек. Аристотел пише: „...когато си болен, това се дължи на здравето, а когато си беден, това се дължи на богатството“. Следващите епохи не бележат голямо развитие по темата за качеството на живот. В средата на 20-и век СЗО дава своята дефиниция за здраве, свързваща здравето с качеството на живот и довела до нова категория - качество на живот, свързано със здраве. През 1993 г. Патрик и Ериксон дефинират КЖСЗ като мярка, която зависи от продължителността на живота, оптималното физическо, психологическо и социално функциониране и всички

ограничения, причинени от заболяване, последствията от него и лечението му, както и здравната политика на социума, в който живее (209). През 1996 г. Шумахер и др. дават определението за КЖСЗ като „субективно възприятие, повлияно от сегашния здравен статус, което повлиява важни за индивида активности“. През 1997 г. СЗО дава своята дефиниция за КЖСЗ, която е общовалидна и до днес.

За първи път КЖ е намерило приложение при оценяване на лечението на онкологични заболявания (87). В тази сфера често се налага да се вземе решение дали тежките странични ефекти и увреждането на жизнените функции, свързани с приложението на химиотерапията, са оправдани, за да се увеличи с не особено голяма степен на сигурност времето на ремисия или живот на пациента. Днес КЖ се използва често в почти всички клинични направления за оценка на здравните технологии.

Тази методика за оценяване е от особено значение в естетичната медицина, предвид нейната характеристика да задоволява естетичните нужди на пациентите си. Все още няма практика КЖ да се използва масово, за да се обективизират резултатите от естетичните намеси. Освен соматичните фактори, като процент на попълнен обем на лицето или сантиметри намалена обиколка на ханша, субективните възприятия на пациентите също могат да бъдат измервани и те са от първостепенна важност. За първи път това е осъществено в естетичната медицина преди около 10 години и оттогава интересът към тази област непрекъснато нараства. Поради видимия аспект на естетичните дефекти и силното им влияние върху психологичния статус, изучаването на КЖ в естетичната медицина е важен допълнителен елемент в клиничните проучвания. Според нас този фактор надделява по значимост за пациентите над обективните соматични резултати.

КЖСЗ има своето значение не само на индивидуално ниво. КЖСЗ се превърна във важен показател при оценката на здравните технологии, които пряко влияят върху здравната политика и оттам – върху общественото здраве. Самооценяваният здравен статус е по-силен предсказващ фактор за смъртността и заболеваемостта в сравнение с много обективни здравни мерки (74). Дефиницията на понятието КЖСЗ позволява на здравните служби да обръщат внимание на по-широки области на здравната обществена политика в контекста на тази тема. Следователно това може да доведе до сътрудничество с по-широк кръг от здравни партньори, включително службите за социални услуги, неправителствени организации и бизнес групи (147). Резултатите от КЖСЗ позволяват научно да се демонстрира въздействието на здравето върху

качеството на живот, което надхвърля старата парадигма, според която здравеопазване е само онова, което може да се види под микроскоп.

1.5.2. Клинично приложение на КЖСЗ в естетичната медицина.

Прецизното измерване на КЖ може да бъде много полезно при взимането на терапевтични решения, напр. за провеждане на скъпо и тежко за пациента лечение. В естетичната медицина това е от особено значение. При нея продуктите, които се използват, не са реимбурсирани от НЗОК и се заплащат напълно от пациентите, които са разбираемо чувствителни на тема цена-ефект от процедурата (201). Обикновено подходът, при който пациентите оценяват КЖ, се възприема добре. Те имат желание да изразят своите проблеми и в повечето случаи оценяват КЖ различно от своите лекари. Определянето на тежестта на някои естетични проблеми и заболявания се основава на оценката на признаци, симптоми и емоционално-психологическия дискомфорт. Тази информация не винаги съответства на измерванията на КЖ, защото те са субективни. Следователно определянето на КЖ дава допълнителна информация за цялостния ефект от терапията. През 2016 г. С. Kraus, L. Charman и др. провеждат проучване за КЖ сред пациенти, които претърпяват терапия по повод липоатрофия на лицето, асоциирана с високоефективна антиретровирусна терапия при ХИВ инфекция. Тяхното проучване доказва, че след попълване и намаляване на липоатрофията се подобрява качеството на живот на пациентите. Това от своя страна е важен показател за оценката на здравните технологии (156).

КЖСЗ в естетичната медицина се определя във връзка с изследователски цели. При някои от терапевтичните клинични проучвания се изисква задължително определяне на КЖ. Те са в областта на терапевтично лечение на лицева липоатрофия. Все повече от изследователските компании поощряват или изискват определяне на КЖ при раздаване на стипендии за изследователска работа, разглеждане на предложения за нови клинични проучвания или клинични изследвания трети стадий (125). В последните години при оценка на даден нов продукт на пазара на естетични процедури все по-често започва да се търси и оценката на качеството на живот на пациента. Според нас предвид спецификата на естетична медицина е задължително всяка нова процедура, технология, медицински продукт, лекарствено средство или др. да бъдат подложени и на оценка на КЖСЗ.

КЖСЗ в естетичната медицина се определя във връзка с финансови цели. Особеност на пазара на естетични процедури е, че той е напълно в сферата на

свободната конкуренция. На него няма повлияване от здравна каса или други осигурителни институции. Следователно до голяма степен самият пазар регулира финансовите цели (125). Ако в бъдеще време се реимбурсират част от медицинските продукти или дейности в естетичната медицина, то тогава КЖСЗ е добре да бъде един от критериите, използвани за оценка на здравните технологии (200, 218, 274).

КЖСЗ в естетичната медицина понякога се определя във връзка с политически цели. Животозастрашаващите заболявания получават финансова подкрепа много по-лесно от други, “по-малко сериозни състояния”, а естетичните състояния, се смятат за “люксовна прищявка” и “каприз”. Подобно отношение е обяснимо в общество, потиснато от страховете за демографски колапс, висока смъртност, ниска раждаемост и емиграция, negliжиращо проблеми като КЖ и персонално благополучие. Ние смятаме, че естетичната медицина повлиява до голяма степен не толкова “липсата на заболяване”, а “пълното психическо, емоционално и социално благополучие”. В България някои от заболяванията на кожата и естетични проблеми попадат извън обхвата на финансираните от обществото медицински услуги, независимо от това, че повечето от тях увреждат сериозно здравето на пациентите. Подобна е и ситуацията в други държави от Европейския съюз. НЗОК покрива само разходите за стационарно лечение на някои от дерматологичните заболявания и на нито едно естетично заболяване. В такива случаи хората, които отговарят за разпределението на ресурсите, трябва да бъдат убедени, че пациентите с естетико-дерматологични заболявания и естетични състояния реално се нуждаят от тези средства, а за това са нужни доказателства (7). В това отношение показателите за КЖ са от първостепенно значение при определяне влиянието на естетичните състояния върху КЖСЗ на пациентите.

1.5.3. Методи за изследване и определяне на Качеството на живот.

Методите, които се използват в оценката на КЖСЗ, си поставят за цел да отговорят на въпросите, свързани с физическите, функционалните, емоционалните, социалните и психологическите аспекти на личния живот на пациент, повлиян от заболяване, увреждане, недееспособност или друго здравно състояние (33), както и от провежданите терапевтични и други интервенции за подобряване на състоянието. Естетичната медицина търси да оцени същите показатели, но във връзка със съществуващи естетични проблеми и тяхното терапевтично третиране.

Ранните версии за измерване на качеството на живот, свързано със здравето, се отнасят до прости оценки на физическите способности от външен оценител (например

дали пациентът може да стане, да яде и да пие и да се грижи за личната хигиена без помощ от другите) или дори до едно измерване (например ъгълът, до който един крайник може да се огъне).

Настоящата концепция за КЖСЗ признава, че субектите (пациентите) излагат действителното си положение във връзка с личните си очаквания (139). Много е важно да се обърне внимание, че оценката на КЖ всъщност е основана на връзката между лични усещания и лични очаквания. Последните могат да се променят с течение на времето и да реагират на редица влияния като продължителност и тежест на заболяването, промяна в социалната ситуация, подкрепа за семейството и т.н. В естетичната медицина тези влияния могат да бъдат напр.: напредване на възрастта, рязко отслабване или напълняване, променен жизнен контекст и т.н. Както при всяка ситуация, включваща няколко гледни точки, оценката на пациентите и лекарите за една и съща ситуация се различава значително. КЖ представя уникалната оценка на отделния индивид относно удовлетвореността му от определена ситуация. Нетният ефект на оценката за КЖ може да се разглежда като разлика между очакванията на лицето, породени и съществуващи при определен личен и социален контекст, и неговите преживявания в резултат на болестта или приложеното лечение.

Качеството на живот, свързано със здравето, обикновено се оценява с помощта на въпросници за пациентите. Те често са многоизмерни и обхващат физически, социални, емоционални, когнитивни, свързани с работата, евентуално духовни аспекти, както и влиянията на голямо разнообразие от симптоми на болестта, странични ефекти от терапията и дори финансовото въздействие на медицинските състояния (42). Въпросниците за КЖ могат да бъдат конструирани така, че да отразяват всички възможни въздействия на което и да било заболяване или състояние върху живота на пациента (генерични инструменти), но могат да бъдат и по-специализирани, касаещи ефектите на болести на група или отдели нозологични единици (специфични).

Обикновено инструментите за оценка на КЖСЗ са многоизмерни писмени въпросници, попълват се най-често от самите пациенти. Предимството им в сравнение с интервюто се състои в това, че са по-бързи и позволяват записване и оценка на данните, независимо от интервюиращото лице, като се ограничава неговото влияние върху пациента. Времевият период, който проучват въпросите и степента на детайлност, варират значително в отделните въпросници.

Въпросниците за КЖСЗ могат да бъдат попълнени от самия пациент (пряка анкета), а в случай, че лицето не е в състояние да направи това само или не може да

даде информация, се задават въпроси на негови близки или грижещи се за него, а въпросникът се попълва от изследвателя или член на семейството (външна оценка, анкетиране чрез пълномощник) (256). Това се налага често при малки деца или много тежко болни пациенти (226). Някои автори предлагат долната граница, от която децата да могат сами да отговорят на въпроси, да бъде 8 години. По-малките деца могат да изразят своето отношение чрез картинки (smilies) или с въпросник под формата на интервю. За по-големите деца се създават специални въпросници (32).

Методологичната сигурност на въпросниците за КЖ е по-голяма, когато те са многоизмерни (с няколко скали) (134), отколкото ако са едноизмерни или с индивидуални въпроси. При терапевтични изследвания не винаги е уместно използването на обширни въпросници, които прекъсват работата за продължително време. В тези случаи се допуска да се приложат отделни скали, но само в случай, че те са валидни и авторите на въпросника са съгласни с това, а в протокола на проучването изрично е подчертано, че КЖ е измерено само в някои аспекти. Използването на индивидуални въпроси, без формиране на скала, е методологически недостатъчно, за да се направят заключения за КЖ. В същия смисъл фокусирането само върху симптом-свързани измерения на КЖ (напр. физически оплаквания) не може да се смята за цялостно отразяване на ефектите на здравното състояние и оценката е непълна.

Съдържанието, графичният дизайн, начинът на поставяне на въпросите и инструкциите трябва да гарантират добро разбиране и приемливост от страна на болните.

1.5.4. Изработване на въпросник за Качество на живот в естетичната медицина.

1.5.4.1. Основни понятия

Създаването на въпросници за КЖ е свързано с редица методологични трудности, тъй като се касае за индиректно наблюдавани явления, които могат да бъдат определени количествено само чрез отнасяне към модел. При традиционните клинични и биологични измервателни методи и средства чувствителността и специфичността се оценяват на базата на референтни стойности. При проучванията върху КЖ такива липсват(260). По тази причина при конструирането на въпросници за КЖ трябва да се съблюдават някои правила, за да може резултатите да се интерпретират правилно (59, 106, 171).

Въпросниците обхващат серия от твърдения или въпроси, групирани по различни признаци. Те са с определена вътрешна структура, която се отнася до броя на въпросите, на скалите, и категорията на отговорите. Формулирането на въпроса, начинът на приложение и изборът на таргетна популация оказват силно влияние върху качеството на въпросника (28). Затова конструирането на подобен инструмент трябва да следва определена серия от методологични стъпки в рамките на строго дефиниран процес на валидизация (78). Той се състои от изследвания и изчисления, които се извършват за оценка основните свойства на съответния въпросник – надеждност, валидност и чувствителност (28, 106, 233).

1.5.4.2. Формиране на скали и изчисляване на резултати.

За по-добра надеждност, особено при формиране на нови въпросници, е оправдано за аспектите от КЖ (242, 261), които представляват частична област, да бъдат формулирани по няколко въпроса. Така случайните отговори и въпросите, несвързани с основната тема, имат по-слабо влияние. Всички индивидуални въпроси, които се отнасят до определена област от КЖ формират скала (280). Нейната стойност се образува от средната или по-рядко сумарната стойност на индивидуалните въпроси (138). Ако това е позволено от психометричния тест, от резултатите от индивидуалните въпроси на всяка скала се калкулира частичен резултат (115). Резултатите от всички скали дават обща стойност за КЖ (173). Нейното определяне не се препоръчва от всички автори, тъй като често се отчитат разлики в подскалите и общата сума не винаги се приема за методологично издържана (128).

Сравнението на изследваната група пациенти с рандомизирано подбрана контролна група е от основно значение за интерпретацията на резултатите при изучаване КЖ. Контролите могат да бъдат подгрупи от същото проучване или пациенти от други проучвания с друго или същото заболяване (211).

1.5.5. Видове въпросници за КЖ

Подобно на други инструменти за психометрична оценка, въпросниците за КЖСЗ трябва да отговарят на гореспоменатите критерии за качество, най-вече по отношение на тяхната надеждност и валидност (58, 169). Поради това са разработени стотици валидирани въпросници по темата КЖСЗ, които са обобщени в две категории - генерични и болестно-специфични.

1.5.5.1. Генерични въпросници - измерват КЖ извън клиничния му контекст, определят здравния статус и навиците на пациентите. Най-широко разпространените са:

- SIP (Sickness Impact Profile) (31);
- NHP (Nottingham Health Profile) (129);
- SF-36 (Short Form 36) (137);
- the Duke Health Profile (208);
- Quality of Well-Being Scale (43);
- CDC HRQOL-14 "Мярка за здравословни дни": Въпросник с четири основни въпроса и десет допълнителни въпроса, използвани от Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC) (122);
- Short-Form Health Survey (SF-36, SF-12, SF-8): Един пример за широко използван въпросник, който оценява качеството на живот, свързано с физическото и психичното здраве. Използва се в клинични изпитвания и оценки на здравето на населението. Подходящ за фармакоекOLOGичен анализ, който се възползва от схемата за здравни грижи;
- EQ-5D е въпросник за качеството на живота (86);
- AQoL-8D е изчерпателен въпросник, който оценява КЖСЗ (HRQoL) за 8 домейна - независим живот, щастие, психично здраве, справяне, взаимоотношения, самоуважение, болка, сетива (179);
- The Health Utilities Index - Индексът на здравните услуги измерва здравословното състояние, качеството на живот, свързано със здравето и произвежда резултат на услугата.(127) Разработен е от Health Utilities Inc. в Канада (101). Използва се при клинични проучвания, изследващи остеоартрит на коляното, уринарна инконтиненция и деца, приети за интензивно лечение.

Тези въпросници могат да се прилагат при цялото население или да се използват при различни патологични състояния. Предимството им е в това, че позволяват сравнение между различните заболявания. Приложението на генеричните инструменти има и някои недостатъци:

- възможно е да пропуснат отчитането на специфични ефекти, свързани с конкретно заболяване;
- по-слабо чувствителни са към промяна;
- възможностите им за диференциране също са по-малки.

1.5.5.2. Специфични въпросници за заболявания, разстройства или състояния

Този инструментариум определя влиянието на конкретни заболявания, разстройства или състояния върху КЖ. Приложението им има следните предимства:

- отчитат специфичните ефекти, свързани с конкретното заболяване, разстройство или състояние;
- силно чувствителни са към промяна;
- имат добри възможности за диференциране.

Днес са познати многобройни специфични (болестно-свързани) въпросници. Такива примери в областта на вътрешните болести са: The Seattle Angina Questionnaire (SAQ) – използван при Ишемична болест на сърцето; “The Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease questionnaire (LCOPD)” - при пациенти с ХОББ (277); The Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR) – при пациенти с белодробна хипертония (182,184); The Asthma Life Impact Scale (ALIS)- при пациенти с Астма (191); Диабетният здравен профил (DHP) - при пациенти, страдащи от захарен диабет, The Kidney Disease Quality of Life (KD-QOL)- за заболявания на бъбреците (63, 91, 95, 121) и др. Добре разработени са болестно-свързани въпросници в областта на неврологията и психиатрията (44,189), някои от тях са: The Quality of Life of Carers of Alzheimer’s Disease Patients (ACQLI) е мярка, оценяваща качеството на живот на хората, които се грижат за пациенти с болестта на Алцхаймер; The Quality of Life in Depression Scale (QLDS) (21) оценява въздействието, което депресията оказва върху качеството на живот на пациента; The Migraine Specific Quality of Life (MSQoL) (210), прилаган при пациенти с мигрена; Epilepsy Surgery Inventory 55 (ESI-55), използван при пациенти с епилепсия (270); The Patient Reported Outcome Indices for Multiple Sclerosis (PRIMUS) (81) - при пациенти с множествена склероза и др. В световната литература се намират множество болестно-свързани въпросници, които са в областта на ортопедията и травматологията (142, 281). Пример за такива са: The Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire (ASQoL) (80), използван е при оценката на лечение с адалимумаб и етанерцепт; The Oxford knee score (OKS) - при пациенти показани за артропластика (67); The Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) - при пациенти с ревматоиден артрит (14, 71) и др.

Дерматологично-специфични въпросници

Dermatology Life Quality Index (DLQI) е лесен практически метод за определяне влиянието на кожните заболявания върху КЖ. Въпросите са провокирани от пациенти с различни кожни заболявания (5). Съдържа 10 въпроса, всеки с 4 положителни отговора, които степенуват тежестта на кожното засягане от 0 до 3. Форматът на въпросника (на една стандартна страница) и лесната система за точкуване го правят изключително практичен за употреба в натоварени клиники и кабинети (97).

Dermatology Specific Quality of Life (DSQL) (22) – изграден е от 52 (за контактен дерматит) или 53 (за акне) въпроса. Въпросите са формулирани въз основа на литературен обзор, клиничен опит и работа с фокусни групи. Съдържа 5 скали, както и две от скалите на SF-36 и 8 общи въпроса. Скалите фокусират върху честотата на уврежданията, а въпросите – върху тяхната интензивност и степенуване на удовлетвореност.

Dermatology Quality of Life Scale (DQOLS) (195) Включва 17 въпроса, които оценяват психосоциални аспекти, 12 за физическа активност и 12 за тежестта на симптомите (общо 41). Те са формирани чрез интервюиране на пациенти.

Болестно-специфични въпросници в областта на дерматологията

Псориазис:

Псориазис е хронично-рецидивираща дерматоза, която се характеризира с рязко ограничени еритемо-папуло-сквамозни изменения по кожата. Тези кожни петна обикновено са червени, сърбящи и люспести (75). Това заболяване сериозно влошава КЖ на пациентите, страдащи от него (4, 6). Към момента могат да се намерят множество въпросници и инструменти, които оценяват влиянието му и се използват широко в клиничната практика.

Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI)

Оценява стреса, причинен от заболяването (117). Оригиналният вариант на въпросника съдържа 41 въпроса, свързани със събития от последния месец, на които се отговаря с “да” или “не”.

Psoriasis Disability Index (PDI)

Първата версия е създадена чрез интервюиране на пациенти с псориазис за начина, по който животът им е повлиян от болестта. Тя съдържа 28 въпроса за оценка на всекидневната активност, професионалния живот, хобитата и лечението. По-късно е

валидирана версия с 15 въпроса (117). Въпросникът има две скали, като едната се отнася предимно за всекидневната активност, а другата - главно за специфични обществени ситуации.

The Psoriasis Index of Quality of Life (PSORIQOL) е първият въпросник за качеството на живот, свързан с псориазис. (168) Разработен е през 2003 г. от Galen Research (180) и е преведен на 10 езика. (185) Признат е от Националния институт за здраве и достойна грижа, National Institute for Health and Care Excellence като подходящ инструмент за оценка на въздействието на заболяването и се използва и в клинични проучвания. (185)

Псориатичен артрит. - The Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL) измерва ефекта, който псориатичният артрит оказва върху качеството на живот на пациента.(36) Това е само-администриран въпросник от 20 въпроса, отнема около три минути, за да бъдат завършени. (181) Преведен е на 30 езика и се използва за оценка на инфликсимаб и адалимумаб.

Напоследък се забелязва тенденция за разработване на скали чрез комбиниране на въпроси от генерични и специфични въпросници.

Екзема - Eczema Disability Index (EDI) (52) Това е адаптирана версия на краткия вариант (с 15 въпроса) на PDI. Herd и сътр. валидират два инструмента за определяне КЖ при АД – DLQI и PGI (Patient General Index).

Акне:

Acne Disability Index (ADI) -той съдържа 48 въпроса и изследва 8 измерения – психологични, физични, почивка, работа, себевъзприятие, социални реакции, грижи за кожата и финансови (202).

Cardiff Acne Disability Index (CADI) е съкратен вариант на ADI, който се състои от 5 въпроса (273).

Злокачествени заболявания - Използват се DLQI, UKSIP и въпросникът на Европейската организация за изследване и лечение на рака .

Уртикария - Заедно с NHP е използван въпросник за уртикария, съдържащ 40 въпроса относно последните четири седмици .

Атопичен дерматит:

Индексът на качеството на живот при атопичен дерматит - родители (PiQOL-AD) измерва влиянието на атопичния дерматит върху качеството на живот от гледна точка на родителите (25). Въпросникът има 28 сектора и е разработен едновременно в Обединеното кралство, Холандия, Германия, Италия, Испания, Франция и САЩ (183). Използван е в няколко научни изследвания на лечението на педиатричния атопичен дерматит с пимекролимус (141, 188, 271), както и в изследване на измерването на качеството на живот, свързано със здравето на децата в латино-американските държави (222).

Индексът на качеството на живот при атопичен дерматит (QoLIAD) измерва влиянието на атопичния дерматит върху качеството на живот на даден пациент (192). Въпросник с 25 въпроса за пациенти над 16 години (162). Използван е също така в проучвания, които оценяват образователни интервенции, локални кортикостероиди и пимекролимус.

Генитален херпес:

The Herpes Outbreak Impact Questionnaire (HOIQ) - “въпросник за влиянието от въздействието на херпеса” е предназначен да определи влиянието на повтарящите се генитални херпесни огнища върху живота на пациента (82). Ефикасността му е изследвана в австралийско клинично проучване (190).

The Herpes Symptom Checklist (HSC) е разработен заедно с HOIQ, за да се преценят ежедневните симптоми от появата на генитални херпесни огнища (77). Той е бил използван и в австралийско клинично изпитване, при което се изследва ефективността на фамцикловир (262).

The Recurrent genital herpes quality of life measure (RGHQoL) е разработена през 1998 г. от Galen Research, за да се оцени въздействието на повтарящия се генитален херпес върху качеството на живот (79). Той е използван в клинични проучвания, изследващи фамцикловир, потискаща антивирусна терапия.

Белези: The Patient-Reported Impact of Scars Measure (PRISM) Инструментът за оценка на съобщеното от пациентите въздействие на белези (PRISM) е разработено през 2010 г. от Galen Research и е първото, специфично за пациентите с такъв проблем измерване (38). То се състои от две части - една с 24 точки за качество на живот и една с 13 точки за симптоми.

Системен Лупус Еритематодес: The Systemic Lupus Erythematosus Quality of Life measure (L-QoL or SLEQoL) – Инструментът за качеството на живот на пациентите със системен

еритематозен лупус е публикувана през 2009 г. от Galen Research и е финансирана от изследователската кампания за артрит (48, 78).

1.5.6. Подбор на подходящия въпросник

Решението за избор на въпросник зависи от начина, по който въпросникът ще бъде използван и целите, за които е предназначен - клинични, изследователски, финансови или политически. При подбора съществуват две основни трудности – липса на профилиран вариант и необходимостта от валидация. Не винаги съществуват профилиращи въпросници за дадената тематика. Такъв е проблемът с естетичната медицина. Като нов клон на медицината за нея все още няма достатъчно разработени, усъвършенствани и утвърдени въпросници. В немногото проучвания по проблема за КЖСЗ при нехирургични естетични интервенции се прилагат специфични за други състояния въпросници, адаптирани за целите на конкретните изследвания.

1.5.7. Някои важни аспекти при изследвания на КЖСЗ в естетичната медицина, естетичната дерматология и дерматологията

Тежестта на естетично-дерматологичните заболявания, дерматологичните заболявания и естетичните състояния е тясно свързана с отражението им върху КЖ. Установено е, че приложението на локални терапевтични средства, естетични процедури, аблативни лазери и др. допълнително влошава КЖ, защото те могат да доведат до временни посинявания, болка, дискомфорт, видими поражения върху кожата и др. Предвид недостатъците на всяка от съществуващите скали, като ориентир в дерматологичната и естетична патология може да се предложи следната схема:

1. Хронични дерматологични заболявания (екзема, псориазис)

- при оценка ефекта на локална или системна (но без странични ефекти) терапия – дерматологично- или болестно-специфични скали;
- при оценка ефекта на системна терапия със странични ефекти - дерматологично- или болестно-специфични скала + генерична скала (SF-36, SIP) (5).

2. При не строго специфични дерматологични заболявания (васкулитни улкуси, лупус еритематозус, артропатичен псориазис, атопия с астма) – генерични скали;

3. При кожни карциноми или меланом – специфични за онкологични заболявания скали.

4. При дермато-естетичните заболявания/състояния се препоръчва смесен подход - болестно-специфична скала плюс генерична скала.

Валидация и адаптация на въпросниците според нуждите на изследването

С малки изключения всички досега създадени въпросници за КЖ са на английски език и са предназначени за употреба в англоговорящи страни. За използване в други страни и сред имигрантски популации е необходимо създаване на нови средства. Тази нужда нараства и във връзка с увеличаващия се брой големи мултицентрични и мултинационални проучвания. Съществуват две възможности, за да се отговори на тази необходимост - да се създаде нов въпросник или да се използва вече създаден, след като се преведе на съответния език.

Първият вариант отнема твърде много време, като основната част от усилията са съсредоточени върху концептуализацията на мярката и подбора и редуцирането на въпросите. Във втория случай, ако транспозицията на въпросника от оригиналния му културен контекст се осъществи само чрез тривиален превод, това би се отразило неблагоприятно върху измервателната му способност, поради особености в езика и културата на съответната страна (116). Затова вторият вариант изисква системен подход към превода и транскултурална адаптация (ТКА) на мерките за КЖ (64, 223)

ТКА има два компонента - превод на въпросника и неговата адаптация (30,186), т.е. комбинация от буквален превод на отделни думи и изречения и адаптация с оглед идиоми, културен контекст и начин на живот (241). След това качеството на вече адаптираната мярка се оценява по отношение чувствителността ѝ и нейните елементи – цел на въпросника, разбираемост, съдържателна и лицева валидност, възможност за възпроизводство и адекватност на скалите. Този процес се реализира в етапа на предварителното тестване, където се прави проверка за еквивалентност между началната и крайната версия.

1.6. КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И ЕСТЕТИЧНА МЕДИЦИНА

Направен бе систематичен обзор на литературата по темата - влияние на естетичните процедури върху качеството на живот. Той бе реализиран в определени база данни за медицински публикации по предварителното изготвен протокол за подбор на статиите.

Използваните база данни са PubMed и Cochrane. Ключовите думи на търсене са ("cosmetic" OR "aesthetic") AND ("procedure" OR "minimally-invasive" OR "non-surgical")

AND ("quality of life" OR „Health-related quality of life” OR "self esteem"). Първоначално са разгледани статии, публикувани между 01.01.1990 г. и 01.01.2018 г. Идентифицирани са 528 статии, които са подложени на подбор по заглавие със следните критерии:

Критерии за включване: Статии за качество на живот, естетични миниинвазивни процедури; таргетната група са пълнолетни лица (над 18 г.); клинични проучвания върху качеството на живот преди и след естетични миниинвазивни процедури и систематични обзори на същата тема.

Критерии за изключване: Не се разглежда връзката между естетични процедури и качеството на живот; статии, свързани с денталната медицина, ринопластика и пластични операции на гърди; таргетната група са непълнолетни лице (под 18 г.); статии, които не са на английски език и статии, обхващащи основно инвазивни оперативни процедури.

След подбора са одобрени 9 статии с оригинални проучвания и 3 литературни обзора, които разглеждат влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот, психо-емоционалното състояние и социалните аспекти на функциониране. При всички статии е използван широк набор от инструменти за оценка на КЖСЗ, най-вече въпросници с голяма вариабилност на разгледаните психо-социални аспекти от живота на пациентите, които показват противоречиви резултати.

Безспорно естетичната медицина със своята намеса повлиява външния вид на пациентите, но е налице въпросът доколко тези промени във външния вид водят до подобряване на качеството на живот и психо-социалните измерения на функционирането на пациентите. По тази тема са публикувани оскъден брой статии с недостатъчна доказателствена сила, въпреки непрекъснатото увеличение на извършвани процедури (131).

Ключово следствие от успешна естетична процедура е удовлетвореността на пациента. Способността да се установява клинично значима промяна от перспективата на пациента е от голямо значение при оценката на нивото на удовлетвореност. Както лекарят, така и пациентът се нуждаят от метрична система, чрез която биха могли да установяват и оценят получените резултати. Следователно оценката на качеството на живот, което е обвързано със здравето, е ключов елемент, показващ начина, по който естетичните процедури повлияват живота на пациента и неговото здраве.

Налични са проучвания и систематични литературни обзори, които показват, че качеството на живот на пациента се подобрява от естетични процедури, свързани с областта на лицето.

Към момента в световната литература липсва единен, унифициран и общо приложим инструмент за оценка на КЖ . Това установяват и Kosowski и др. през 2009 г. в своя литературен обзор (155) , като подчертават липсата на достатъчна информация за мотивацията на пациентите, който е друг важен и интересен научен въпрос. Въз основа на проучването си те предлагат 9 инструмента, които могат да се използват за оценка от пациентите за външния вид на лицето след естетична процедура- patient-reported outcome measures (PRO). Те са групирани в следните категории:

PRO методи за оценка на:

- подмладяване на кожата – Facial Lines Treatment Satisfaction Questionnaire, Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation, Facial Lines Outcomes Questionnaire;
- фейслифтинг – Facelift Outcomes Evaluation;
- блефаропластика – Blepharoplasty Outcomes Evaluation;
- ринопластика – Rhinoplasty Outcomes Evaluation, Glasgow Benefit Inventory, Facial Appearance Sorting Test;
- цялостен външен вид – Derriford Appearance Scale 59.

Въпреки множеството въпросници, никой от тях не отговаря на критериите да бъде валиден и общоприет. Съществува необходимост от нов метод за оценка на PRO, направен за оценка на удовлетвореността от външния вид и качеството на живот след естетични процедури. Използването на широко признат метод ще улесни и подобри работата в областта на естетичната медицина и ще може да я насочи повече към пациента. Ще позволи сравняване на различни техники, количествено определяне на позитивните ефекти и идентификация на пациентите, които са с най-голям шанс за позитивни резултати след конкретна процедура. Подобен метод за оценка на PRO би дал стандарт за проследяване на пациентите и отправна референтна точка за клинични проучвания, доклади за регулация и проучвания за ефективност.

Липсата на унифициран метод води до създаване на някои нови инструменти за оценка, сред тях е и добилият популярност и често използван FACE-Q (151). Концептуалната рамка на скалите е създадена на базата на задълбочени литературни проучвания, интервюта с пациенти и съвместната работа на специалисти (152). Различни скали са създадени за оценка на резултатите за пациенти, подлежащи на

отделни хирургични и нехирургични естетични процедури на лицето. Скалите за оценка могат да бъдат класифицирани и според момента на оценка на преди и след процедурни. FACE-Q скалите обхващат набор от повече от 40 независимо функциониращи скали и чек-листи, оценяващи концепции и симптоми от значение за пациенти, подложени се на естетични процедури във връзка с различни области на лицето (150).

Пациенти търсят естетични интервенции, за да се почувстват по-добре, а други - очаквайки, че успешно проведената естетична процедура ще доведе до увеличаване на самочувствието им, ще подобри настроението им и социалната увереност. На лице е значителен брой проучвания, засягащи удовлетвореността на пациентите след естетичните процедури (84, 107). По-малък е броят на тези относно психосоциални аспекти на промените при тези пациенти.

Резултатът, измерен в количество удовлетвореност на пациентите от извършването на естетични процедури, зависи както от тяхното първоначално психо-емоционално състояние (преди извършването на процедурата), така и от обема на процедурата. Например при ринопластика или операция за увеличение на бюста лекарската намеса е значително по-голяма от тази при неоперативен лифтинг или прилагане на ботулинов токсин. Следователно промяната е значително по-осезаема за пациента и се очаква, че по-лесно ще повлияе психо-емоционално-социалното му състояние (238).

Установява се, че очакванията на пациента за резултатите от процедурата също са от значение за удовлетвореността им в последствие. Може да се говори за очаквания в две направления. Първото са очакванията относно себе си, а второто засяга очакванията насочени към външни фактори - подобрене на социалните контакти, комуникативните умения, намиране на работа и т.н (50). Някои проучвания заключват, че очакванията насочени навън и свързани с възприемане на естетичната процедура като панацея за всички житейски проблеми, по-скоро водят до незадоволителни резултати от процедурата (29).

Проучванията идентифицират конкретна субпопулация от пациенти, неотговарящи добре на естетични процедури. Това са хора с психиатрично заболяване, известно като „body dysmorphic disorder“ (BDD) - отсъствие или наличие на минимални дефекти, водещи до значително голям дистрес или проблеми в социалната сфера (50). Тези пациенти имат обесивно разстройство, прекарват часове наред пред огледалото, опитвайки да коригират с грим, аксесоари и др. визуалните дефекти, които откриват

(220). В тези случаи рядко намесата на естетични процедури води до удовлетвореност от тях и подобряване на социалния живот. За това е важно споменатото състояние да бъде откривано от лекарите, занимаващи се с естетична медицина (268, 215). Лицата с BDD са 6 до 15% от пациентите, търсещи помощта на козметични хирурзи (237, 133) и около 12% от търсещите услугите на дерматолози (214). Според нас е необходимо при първоначалната оценка на пациентите, търсещи естетични процедури, да бъдат прилагани методики, откриващи такива с BDD. Те трябва да бъдат насочвани към психологично-психиатрична консултация и след това, при необходимост, да бъде извършена естетичната процедура.

Поради зачестили усложнения след поставяне на гърдни импланти във Великобритания през 2014 г. (35) се извършва бърз систематичен обзор, засягащ и естетичните процедури (G. Brunton и др. 2014) (40). В своя обхват обзорът засяга много малка част от естетичните неинвазивни и миниинвазивни процедури - единствено действието на ботулиновия токсин върху удовлетвореността на пациентите. Резултатите са недостатъчни и слабо доказателствени (41).

Световната литература е доминирана от изследвания за влиянието на хирургичните естетични процедури върху качеството на живот, самочувствието, социалните компетенции, психологическото състояние, липса на безпокойство/тревожност и себевъзприятието на пациентите, за разлика от нехирургичните такива. От публикациите се установява ограничена ефективност върху качеството на живот, психологическите и социалните резултати след абдоминопластика (S. Cook и др. 2006) (62). За разлика от предлагащите данни, G. Brunton и др. (2014) (41) съобщават за голямата удовлетвореност при пациентите с процедури за уголемяване на бюста. Обзори върху ринопластиката показват високи нива на удовлетвореност, но и смесени резултати относно психологическото функциониране и оскъден брой доказателства за подобрене на самочувствието и намаляване на тревожността след операция (40). Ефектите от фейслифтинга се разглеждат подробно в две ревюта - на R. Honigman и др. (2004) (126) и S. Shridharani и др. (2010) (234). В тези проучвания са налице краткотрайни и преходни психологични проблеми, лимитирано подобрене на самочувствието и положителна промяна в качеството на живот. През 2008 г. J. Litner и др. (170) установяват сигнификантно подобрене в качеството на живот на пациенти, подложени се на ринопластика и/или хирургична корекция на лицето. Положителното влияние на долна блефаропластика върху самочувствието е установено чрез проспективно проучване, направено през 2010 г. от G. Viana и др. (2010) (269).

Подобрението на самочувствието след интервенцията свидетелства и за прякото влияние на процедурата върху КЖСЗ.

Изследванията в сферата на миниинвазивните и неинвазивни процедури и тяхното влияние върху КЖСЗ и удовлетвореност са съсредоточени към терапията с ботулинов токсин. Резултатите не са единодушни, информацията е оскъдна, проучванията са противоречиви заради обхвата, продължителността и контрола на замъгляващите фактори (89). В разгледаните публикации не бе открита информация за влиянието на ботокс процедурите върху КЖ. Това показва необходимостта от изследвания в областта на миниинвазивните естетични процедури и повлияването им върху качеството на живот.

Един от систематичните обзори, който дава по-голяма и задълбочена информация за промяната на психосоциалното измерение при домени пациентите след хирургични и миниинвазивни естетични процедури на лицето е направен от S. Imadojemi и др. през 2013. В него се включват три важни проучвания, които доказват положителното влияние на миниинвазивните и неинвазивните естетичните процедури върху КЖ. С оглед на нуждите на докторантурата ще ги разгледаме по-детайлно в следващото изложение (131).

Малко са публикациите, които разглеждат повлияването на КЖ след естетични процедури с високо ниво на доказателственост. През 2010г. S. Dayan et al, реализират проучване с висока доказателствена стойност - първо ниво по SORT (strength of recommendation taxonomy) (68). То е рандомизирано проучване върху пациенти, получили или инжектиране с ботулинов токсин тип А, или с плацебо физиологичен разтвор. Използвали са Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire за измерване на качеството на живот на пациенти, получили или ботулинов токсин тип А, или плацебо физиологичен разтвор, инжектирани в глабела, чело и „пачи крак“. Установява се сигнификантно подобрение в качеството на живот и самочувствието на пациентите, инжектирани с ботулинов токсин тип А. Пациентите, на които за първи път се поставя ботулинов токсин, показват по-голямо подобрение в качеството на живот и самочувствието в сравнение с пациенти с поредна апликация ботулинов токсин. Интересен феномен е установен в плацебо-групата - сигнификантно подобрение на качеството на живот и самочувствието, измерени веднага след процедурата и на втора седмица ($p=0.03$), но сигнификантно подобрение на третия месец не е установено ($p=0.84$) в сравнение с другата група. От изследването става ясно, че е възможно да се повлияе КЖ, без дори да е получен медицински резултат. Подобни резултати дават

основание да се предположи, че терапиите в естетичната медицина, освен медицинския си ефект, могат да повлияят върху КЖ чрез психологическия ефект от това, че пациентът е направил нещо за себе си (176).

През 1998 г. М. Rankin и др. правят проучване, което отчита сигнификатно подобрене на КЖ през първите 6 месеца след извършване на лазерен пилинг и/или друга естетична процедура. Авторският колектив е измервал КЖСЗ чрез Health Measurement Questionnaire. Като недостатък на проучването може да се отбележи, че информацията е представена обобщено за всички процедури (224).

Девет от статиите, разгледани от S. Imadojemu и др. (2013) изучават повлияването на самочувствието на пациентите от естетични процедури. Ефектът на миниинвазивните процедури е представен в работата на S. Dayan и др. 2010 (68). Тя установява сигнификатно подобрене в цялостното самочувствие на пациентите на 2-ра седмица след естетичната процедурата с инжектиране на ботулинов токсин, а на третия месец – подобрене в две субскали, измерващи самочувствието по Heatherton and Polivy State Self-esteem Scale спрямо контролната плацебо група.

От направения систематичен обзор на наличната литература в споменатите медицински база данни открихме 9 проучвания, които ще опишем в хронологичен ред.

Q. Wang и др., 2016 (274) публикуват проучването си „Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Medical Procedures“ с цел да определят броя пациенти с телесно дисморфично разстройство /body dysmorphic disorder/ (BDD) в естетичната медицина в югозападен Китай. Проучването проследява промяната в удовлетвореността на пациентите от външния им вид, докато претърпяват определени естетични процедури и дали тези процедури биха подобрили симптомите на BDD или техните психологически процеси. Преди извършване на процедурата и месец след това чрез скалите - Multidimensional body self-relations questionnaire-appearance scales (MBSRQ-AS) и Rosenberg self-esteem scale (RSE-S) лицата оценяват промяната във възприятието на външния им вид, самочувствието. Проучването показва, че няма сигнификантна разлика в резултатите от BDDE, MBSRQ-AS и RSE-S при групата, диагностицирана с BDD месец след процедурата. Тези данни подчертават необходимостта от индивидуален подход при пациентите с BDD. Смятаме, че този род специфични пациенти се нуждаят и от консултация с психолог/психиатър, който да реши дали да бъдат подложени на естетични процедури.

B. Hibler и др. (2016) (124) осъществяват проучването „Assessing Improvement of Facial Appearance and Quality of Life after Minimally-Invasive Cosmetic Dermatology

Procedures Using the FACE-Q Scales“. Авторският екип използва FACE-Q скали (Satisfaction with Facial Appearance, Satisfaction with Facial Skin, and Appraisal of Facial Lines) (221) преди и след процедури - лазерния пилинг, инжектирането на невротоксин или дермални филъри. Установява се сигнификатно подобрене в начина, по който пациентите възприемат външния си вид (205).

J. Rivers и др. (2015) проучват удовлетвореността на пациенти след лечение на чело и латерални кантални линии с ботулинов токсин А. Използват Facial Line Satisfaction Questionnaire като въпросник и установяват, че на 60-ия ден удовлетвореността на лекуваните пациенти с ботулинов токсин А е сигнификантно по-голяма от плацебо групата. Тази удовлетвореност продължава до около 120-ия ден. M. De Aquino и др. (2013) (69) правят оценка за качеството на живот на пациенти, които се подлагат на миниинвазивни естетични процедури- ботулинов токсин и дермален хиалуронов филър. Статията им има трета степен на доказателственост. За оценката са използвани Quality of life questionnaire (DLQI), Self-esteem scale of Rosenberg (EPM/Rosenberg) и скала за болка. Резултатите показват подобрене в качеството на живот и самочувствието, завишени най-вече през третия месец след процедурата, но остават високи и на 6-ия месец. Комбинацията от хиалуронова киселина с лидокаин се отличава като най-комфортна за пациентите. Проучването засяга и друг важен въпрос за комфорта на пациентите по време на процедурата. Голяма част от хората, подлагащи се на естетични процедури, идват в кабинета на лекаря в напълно добро физическо здраве, т.е. те не изпитват болка. По време и след процедурата нивата на болково усещане се повишават. За естетичните лекари е важно да осигурят комфорт на пациентите си. Изследванията в областта на болковите усещания имат голямо значение в областта на естетичната медицина.

D. Hexsel и др. (2013) изследват оценката за самочувствие и симптомите на депресия преди и след процедура при пациенти, диагностицирани с депресия и такива без депресия, лекувани с ботулинов токсин тип А за глабеларна линия (123). Пациенти с депресия имат сигнификантно подобрене в симптомите си на депресия след процедурата. Максималният ефект се проявява на 8-ата седмица. На лице е и сигнификантно подобрене в самочувствието, измерено чрез Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE-S), но само подобrenieto на самочувствието не е достатъчно да обясни подобrenieto със симптомите на депресия. Проучването показва, че естетичните процедури влияят пряко на психиатричното състояние на пациента. Това допълнително подчертава и разширява спектъра на значимост на естетичната медицина.

В естетичната дерматология и хирургия очакваните резултати и реализираните такива са едни от най-дискутираните теми. Смятаме, че ролята на естетичния лекар е да информира пациента за очакваните резултати и да приближи неговите виждания до реалността. Необходимо е пациентите да бъдат добре запознати с възстановителния период – продължителността му и нивото на дискомфорт, което ще изпитват. През този период КЖ е силно повлияно с отрицателен знак.

През 2011г. S. Mulkens и др. изследват психопатологичните симптоми при жени, подложени се на естетични операции (198). Използвани са въпросници относно „body image“ неудовлетвореност, симптоми за BDD, обща психопатология и удовлетвореност от операцията на пациенти, които са били посетили даден естетичен център. Резултатите показват, че 86% от отговорилите пациенти са били доволни от резултата след естетичната процедура. Сравнявайки групата с BDD симптоми се установява, че те имат по-висок брой точки за неудовлетвореност от процедурата, отчитат се високи психопатологични нива и ниско самочувствие в сравнение с групата пациенти с малка BDD симптоматика.

Проучване, направено през 2002 г. от M. Goyen и др. , установява положителния ефект на липосукцията както върху физическото здраве, така и върху психо-социалното благополучие (114).

F. Ozgur и др. (1998) провеждат проспективно контролирано проучване с хипотеза, че пациентите търсещи естетични процедури имат по-ниско самочувствие, удовлетвореност от живота и по-висок процент на BDD спрямо нормалната популация (204). Използвани са скали: Socio-Demographic Questionnaire, Life-Satisfaction Index (LSI), Self-Esteem Inventory (SEI), and Body-Image Inventory (BII). Резултатите не подкрепят с висока доказателствена стойност заложената хипотеза. Поставеният изследователски въпрос и до ден днешен вълнува научната общност.

През 1998 M. Rankin и др. (1998) установява подобрене в показателите за КЖ и намаляване на симптомите на депресия след естетични интервенции, но не съобщава за липсата на влияние върху социалната функция (224).

Всички 9 статии, които разгледахме, са в подкрепа на тезата, че естетичната медицина повлиява КЖСЗ. Представените въпросници, които са използвани, са подходящи при изследвания на тази тематика. Забелязва се, че естетичните процедури повлияват не само самочувствието и КЖ на пациентите, но и депресивните им състояния. Това най-вероятно се дължи на факта, че самите естетични недъзи и проблеми могат да доведат до депресия. При тяхното отстраняване или подобряване се

разрешава и този въпрос. В обобщение, основавайки се на представения литературен обзор, можем да заключим, че естетичната медицина е важна част от здравеопазването със своите преки последици върху здравето, самочувствието и качеството на живот.

1.7. НАГЛАСИ НА МЛАДИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ КЪМ НОВАТА КЛИНИЧНА СПЕЦИАЛНОСТ - ЕСТЕТИЧНА МЕДИЦИНА.

При всяка здравна услуга има два основни субекта - ползвателите ѝ и медицинският персонал, които я извършва. През изминалото десетилетие се забелязва увеличаване на популярността на естетичната медицина. Търсенето на нехирургични процедури бележи своите върхове. Въпросът с нагласите на младите здравни специалисти е съществен, защото именно те ще извършват тази дейност. След направено проучване в световните литературни бази данни се установи, че не са налични изследвания на отношението на младите медицински специалисти (лекари, дентални лекари, медицински сестри, лекар-асистенти, рехабилитатори и др.) към естетичната медицина като възможност за професионална реализация.

Налични са няколко изследвания, които показват нагласите на младите студенти към извършването на естетични процедури върху самите тях. През 2015 г. J. Chen, от Fooyin University, Тайван, прави проучване на тема “Отношението към нехирургичните естетични процедури на студенти от женски пол”. Данните от изследването са съставени от полуструктурирани фокусни групи със 74 студентки в магистърска степен по здравеопазване, на които не са били извършвани естетични процедури. Резултатите от проучването показват, че изследваните лица са изразили положително отношение към нехирургическите естетични процедури и имат желание да се подложат на такъв род процедури (53).

Отношението на младите хора (студенти) към естетичната медицина варира в различните държави. През 2017 г. N. Ghotb и M. Khalili изследват отношението към естетичната хирургия сред студенти в Китай, Япония и Корея. Резултатите показват “негативно” отношение към естетичната хирургия сред японските (63%) и китайските (74%) студенти, и “позитивно” на корейските (72%). Авторите на статията намират значителна разлика в социо-културните и морални ценности на различните нации и смятат, че културните различия обясняват нагласите към естетичните процедури (105).

Липсата на данни в достъпната ни световна литература за отношението на младите здравни специалисти към естетичната медицина и нагласите им за

професионално развитие в тази сфера ни дава основание да смятаме, че е необходимо този въпрос да бъде изследван.

Изводи от литературния обзор:

Естетичната медицина се оформя и утвърждава като нова медицинска специалност, удовлетворяваща специфични потребности на пациентите. Естетичните процедури, които тя предлага, са неинвазивни и миниинвазивни по своя характер. Изучаването на КЖСЗ като мярка за резултатите от естетичните интервенции става актуално в последните 10 години, но все още публикациите по темата са недостатъчно. Установява се от повечето проучвания, че пациентите, търсещи естетични услуги имат нарушено качество на живот в емоционалната сфера и социалното функциониране. Противоречиви са находките от научните изследвания по отношение на ефектите от естетичните процедури върху различните области на КЖСЗ, въпреки че нарастващ брой публикации съобщават за подобрене в емоционалната област, функционирането, самооценката и др. Не са изяснени напълно механизмите, по които естетичните процедури подобряват психичното здраве и социалното функциониране.

ГЛАВА 2.

СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

2.1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Посочените данни в литературния обзор дават пълно основание да приемем високата значимост на темата за влиянието на естетичната медицина върху качеството на живот и да си поставим за

ЦЕЛ:

Да се определи влиянието на най-често използваните естетични процедури върху качеството на живот на пациентите и да се изследва значимостта на естетичната медицина за здравето.

За реализирането на поставената цел е необходимо да се изпълнят следните

ЗАДАЧИ:

1. Да се идентифицират основните демографски, социални и здравни характеристики на пациентите – потребители на естетични процедури;
2. Да се опишат моделите на потребление на естетични процедури в централните по естетична медицина;
3. Да се проучат мотивацията за търсене на естетични услуги и причините за отказ от естетични процедури;
4. Да се анализира влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот и здравната самооценка чрез използването на психометричен въпросник;
5. Да се определи ефекта на пола, възрастта, образованието и социалния статус върху качеството на живот при пациенти с естетичен проблем;
6. Да се проучи мнението на студентите по медицина, здравни грижи, обществено здравеопазване и др. за значимостта на естетичната медицина.

2.2. ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Научното изследване ще проверява верността на следните хипотези:

Хипотеза 1. Среднестатистическият потребител на естетични процедури е жена на възраст 45-59 г., от голям град, с доходи над средните за страната, с висок образователен статус и работеща, неомъжена или разведена, без сериозни здравни проблеми и с висока здравна самооценка.

Хипотеза 2. Наличието на естетичен проблем повлиява негативно самочувствието и взаимоотношението с други хора, като засяга емоционалната сфера и общата оценка на качеството на живот;

Хипотеза 3. Пациентите, търсещи естетични процедури, имат по-лошо качество на живот. Извършените естетични процедури подобряват психическото състояние, социалното функциониране и качеството на живот на пациентите;

Хипотеза 4. Студентите по медицина и по други здравни специалности разпознават естетичната медицина, изразяват положително отношение към нея и имат нагласа да я практикуват в бъдеще.

2.3. ОБЕКТ, ПРЕДМЕТ, ВРЕМЕ И МЯСТО НА ПРОУЧВАНЕТО

Обект на проучването е естетичната медицина.

Предмет на дисертационния труд е влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот на лицата-потребители на естетични услуги.

Време и място на проучването

Проучването е проведено в периода декември 2016 г. - февруари 2018 г.

За изпълнение на първите четири задачи на научното изследване са използвани клиники и центрове по естетична медицина от различни населени места на страната:

- три естетични клиники в гр. София;
- една естетична клиника в гр. Варна;
- естетична практика в гр. Сандански;
- естетична практика в гр. Перник.

Участващите клиники и центрове са подбрани така, че да са репрезентативни за съответния тип населени места по отношение на характеристиките на пациентите, търсещи естетични услуги, и по отношение на типа и честотата на извършваните естетични процедури.

Реализирането на петата задача на изследването е осъществено в някои от основните звена на Медицински университет – София и Софийски университет „Св. Климент Охридски“:

- Медицински факултет при Софийски университет „Св. Климент Охридски“;
- Факултет по Обществено здраве при Медицински университет - София;
- Медицински факултет при Медицински университет - София.

2.4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Постановка на проучването: Проведено е комплексно социално-медицинско изследване, включващо:

- I. **Ретроспективно проучване** на **712** пациенти, провели естетични процедури в Клиника за естетична медицина в гр. София;
- II. **Проспективно проучване** сред **основна група от 480** пациенти, провели естетични процедури и сред **контролна група от 52** лица, провели консултативен преглед по повод на естетичен проблем, но без извършване на естетични процедури;
- III. **Анкетно онлайн проучване** сред студенти и млади лекари относно мнението им за естетичната медицина, обхващащо **270** лица

I. Ретроспективно проучване

Извършено е ретроспективно проучване на медицинската документацията на 712 пациенти, последователно преминали през Клиника за естетична медицина в гр. София и провели естетични процедури за период от 1 година (01.10.2016 – 01.10.2017 г.). Информацията е получена от индивидуалните здравни досиета на лицата, поддържани в Центъра, с помощта на въпросник от 7 въпроса. Въпросникът извлича информация относно демографските и социални характеристики на лицата, провели естетични процедури, времето и причините за първото посещение, вида и поредността на процедурите (Приложение № 1).

II. Проспективно проучване

Основна група

В периода 01.10.2017 г. – 01.02.2018 г. е събрана информация от общо 480 лица, провели назначени естетични процедури, които съставляват основната група на проучването. Те се разделят по поредност на провеждане на естетичната процедура по следния начин:

- a. Пациенти, провели само първа естетична процедура (ПП)– 58 лица;
- b. Пациенти, провели пълен цикъл от естетични процедури (ПЦП) – 428 лица;

Участниците от основната група са подбрани на случаен принцип сред пациентите, чакащи за провеждане на естетична процедура. Поканата за участие е

отправена към всяко трето лице, посетило клиниката за процедура в съответния ден, като устно е предоставена унифицирана информация за същността на проучването от лекар от съответната клиника, или от докторанта. От поканените 593 лица са се отзовали 498 (82,44%), дали устно съгласие за участие. В анализите на дисертационния труд са включени 480 (97,36%) лица, провели естетични процедури. За оценяване ефекта на естетичните процедури върху КЖСЗ са анализирани данните на 428 лица с проведен пълен цикъл от назначени естетични процедури в съответствие със стандартния протокол за всяка процедура. Те са анкетираны двукратно с пряка индивидуална анкета, със специално създаден въпросник (Приложение № 2). Изходната индивидуална информация е събрана за цялата основна група от 480 лица при влизането им в проучването (T_1), преди извършване на естетичната процедура. Второто анкетиране на 428 лица е проведено при завършване на цикъла от процедури, по време на последната визита в съответния център по естетична медицина (T_2).

Продължителността на процедурите варира и е определена от стандартния протокол за всеки вид естетична процедура, както следва:

- филъри- 1 седмица (225);
- мезотерапия- 6 седмици;
- ботокс- 2 седмици;
- процедури с кръвна плазма - 24 седмици (227);
- лазерно обезкосмяване- 24 седмици;
- лазерни- други- 8 седмици;
- апаратни процедури- 8 седмици.

Пациентите, които са получили едновременно филъри в областта на лицето са провели второто анкетиране по време на проследяващо посещение в съответния център след един месец (30-31 дни) от провеждането на процедурата.

Контролна група

В периода на проучването е събрана информация от 52 лица, посетили клиниките по естетична медицина за консултативен преглед по повод на естетичен проблем, но без извършване на последващи естетични процедури. Те са поканени за участие от консултиращия лекар след приключване на прегледа, когато става ясно че няма да извършат в бъдеще процедури. Тази група играе ролята на контролна спрямо основната група по отношение на нагласите и мотивацията за предприемане на естетични процедури и по отношение на изходното качество на живот. Лицата от

контролната група са попълнили въпросник, който се различава в част от съдържанието си от този за основната група (Приложение № 3).

III. Онлайн анкетно проучване със студенти и млади лекари

Онлайн анкетното проучване е осъществено сред студенти и млади лекари, поканени за участие чрез изпращане на електронна поща с линк към анкетната карта, която е публикувана в интернет (Приложение № 4). Отзовали са се 270 лица, попълнили анкетната карта онлайн.

Извадката за това проучване е конструирана, следвайки принципа на снежната топка. Това е специален метод за създаване на извадка, при който първият респондент се очаква да даде възможност за достъп до анкетата на други потенциални респонденти. По този начин извадката лавинообразно нараства до момента, в който изследователят реши да преустанови провеждането на анкетата.

В резултат на метода на снежната топка данните се събират сравнително бързо, но се внася отклонение и не може напълно да се прецизира изборът на респонденти. Често тези извадки са неточни, но те са доста ефективни в конкретния случай, тъй като целта е да се достигне до повече студенти от професионалните направления в сферата на здравеопазването и до млади лекари, като се установи тяхното отношение към естетичната медицина.

Използвани методи:

В дисертационния труд са използвани широк спектър от изследователски подходи, използвани в социално-медицинските научни изследвания, включващи части от *общонаучни и интердисциплинарни методи*, като:

- Исторически метод – за изучаване и анализ на еволюцията на естетичната медицина като теория и практика. Методът е приложен както по отношение проследяването на възникването и промяната в годините (диахронно), така и на връзката ѝ (синхронно) с конкретните научни и технологични развития;

- Индуктивно-дедуктивен метод – от изучаването на литературните източници се систематизират общите и повтарящи се характеристики на естетичната медицина и се правят заключения относно нейната същност като новообособяващ се клон на медицинската наука и практика;

- Документален метод – събиране на данни от индивидуалната медицинска документация на пациенти на център по естетична медицина с количествен анализ и

идентифициране на основните демографски и социални характеристики на потребителите на естетични процедури;

- Анкетен метод:
 - ✓ пряка индивидуална анкета с пациенти, посещаващи клиниките и центровете по естетична медицина, в които е проведено проучването;
 - ✓ онлайн анкетиране със студенти по професионалните направления „Медицина“, „Обществено здраве“, „Здравни грижи“ и млади лекари.
- Статистически методи – използвани са описателни статистики, методи за проверка на статистически хипотези, дисперсионен, корелационен, непараметричен анализи и анализи за психометричните характеристики на инструмента за оценка на КЖСЗ.

Комбинираното използване на тези методи позволява осъществяването на връзка между различните резултати и изводи и дава възможност за всеобхватно и задълбочено изследване на влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот.

Инструментариум на проучването:

Основната първична информация, използвана за установяване на влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот, е събрана с помощта на анкетна карта с 39 въпроса. Въпросникът съдържа четири части:

1. Демографски и социални характеристики – 6 въпроса;
2. Мотивация за провеждане на естетична процедура, стил на живот – 11 въпроса;
3. Самооценка на здравето и наличие на депресивно настроение и анхедония – 3 въпроса;
4. Качество на живот преди и след провеждане на естетичните процедури – 19 въпроса.

Първата част събира информация относно важни демографски и социални характеристики – пол, възраст, образование, местоживеене, семеен статус, социално-икономически статус. Посочените променливи са важни замъгляващи фактори по отношение оценката на ефекта на естетичните процедури върху качеството на живот и тяхното контролиране е задължително. В анализите за качеството на живот е отчетен ефектът на пола, възрастта, образованието и социалния статус.

Втората част на анкетната карта включва въпроси, които са насочени към разбиране на мотивацията за провеждане на естетични процедури, общата оценка на пациентите по отношение техния ефект върху качеството на живот, както и стила на

живот на пациентите. Тази информация позволява да се направи анализ и да се идентифицират водещите фактори за формиране на потребностите от естетични процедури. Тяхното изясняване ще позволи по-добро планиране и управление на дейностите по удовлетворяване на тези потребности (9).

Третата част на въпросника изучава самооценката на здравето на лицата и наличието на депресивно настроение и анхедония. Самооценката на здравето на лицата е измерена с помощта на EuroQol-visual analogue scale (EQ-VAS) - визуална аналогова скала от EQ-5D инструмента за оценка на качеството на живот, разработен от EuroQol group, 1990 (266,267). Пациентите подреждат самооценката за своето здраве в момента върху вертикална графична скала с оценки от 0 (най-лошо здраве) до 100 (най-добро здраве). Този въпрос позволява да се потърси количествена връзка между здравната самооценка и качеството на живот при изследваните групи, като така се контролира ефекта на здравното състояние в момента и се създава възможност да се потърси нетният ефектът на естетичните процедури върху КЖ (258).

Анкетната карта съдържа въпроси, с помощта на които е изследвано наличието на депресивно настроение и анхедония (липса на удоволствие и интерес към любими преди дейности и неща), тъй като е известно, че част от лицата, обръщащи се за естетични услуги, могат да се намират в депресивно състояние и това да замъгли оценката за ефекта на естетичните процедури върху качеството на живот. Използван е прост инструмент от 2 въпроса - Scored Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), който широко се прилага в условията на първичната помощ като начален скрининг за наличие на депресия. Въпросите разпитват за честотата на проявление на „Малък интерес или удоволствие от правенето на нещата“ и „Усещане за потиснатост, депресираност или безнадеждност“ през последните две седмици. Възможните отговори са 4 и варират от „Никога“ до „Почти всеки ден“, като се оценяват от 0 до 3 точки за всеки от двата въпроса. Общ сбор от 3 и повече точки от PHQ-2 идентифицира лицата като тест-позитивни за наличие на депресивно разстройство и се налага те да бъдат изпратени за по-нататъшно диагностично изясняване. Въпросникът е приложен двукратно – преди и след извършване на естетичните процедури. Анализите, свързани с наличието на депресивна симптоматика и оценките на КЖСЗ са извършвани, като е ползван статусът на лицата по отношение на депресията, определен при началната оценка преди извършването на процедурите (158).

Четвъртата част на въпросника проучва качеството на живот на пациентите преди и след провеждане на естетичните процедури. Като основа за въпросите в тази

част е използван генеричен за дерматологичните заболявания психометричен въпросник за качеството на живот Skindex-29 (55), оригинално разработен от Mary-Margaret Chren, 1996, като въпросник с 61 въпроса (56) За нуждите на дисертационното проучване ние адаптирахме преведена на български език (264) и валидирана за българската популация от С. Вълкова и А. Велкова в 2004 г. версия на оригиналния инструмент (265). В нашия въпросник са използвани 19 въпроса от оригиналния въпросник, като те изследват отражението на естетичните процедури в три области на свързаното със здравето качество на живот – физическо и социално функциониране (8 въпроса), емоции (8 въпроса) и тежест на симптомите (3 въпроса).

Адаптираният въпросник приема концептуалната рамка на оригиналния въпросник за качеството на живот Skindex 29, представена на следващата фигура.



Фиг. 1. Концептуална рамка на психометричния въпросник Skindex29

Ние приемаме, че естетичните процедури повлияват трите сфери на качеството на живот – емоции, симптоми и функциониране. Чрез подобряване на самовъзприятието и премахване на свързаните с лошата самооценка негативни емоции, както и чрез ограничаване на симптомите, свързани с естетичните пробелеми, се подобрява цялостното физическо и социално функциониране и лицата оценяват свързаното със здравето си КЖ по-благоприятно.

В създаването на адаптирания въпросник за КЖ изразът „кожен проблем“ е заменен във всички използвани въпроси със съчетанието „естетичен проблем“. Отделните въпроси за оценка на КЖСЗ са предоставени под формата на твърдения за дадено явление във всяка област от качеството на живот, като респондентите дават отговори колко често са преживели явлението през последните 4 седмици. При всеки въпрос е следван форматът на отговорите в оригиналния въпросник. Отговорите са представени в ординална петстепенна скала с категории, вариращи от *никога* до

постоянно. Всяка категория има количествена оценка от 1 до 5. Индивидуалната стойност на всяка скала (функциониране, емоции, симптоми) се формира чрез изчисляване на средна стойност от отговорите на лицето на отделните въпроси. Изчислена е обща оценка на качеството на живот на всяко лице като средна от сумата на отделните оценки от трите скали. Впоследствие резултатите се трансформират в линейна скала от 0 (без ефект) до 100 (максимален ефект). Стойностите са инверсни и по-високите оценки за отделните скали отразяват по-изразено увреждане на КЖ.

Всички индивидуални въпроси, включени в адаптирания въпросник за изучаване на качеството на живот при пациентите с проведени естетични процедури показват удовлетворителна или висока психометрична ефективност с *corrected item-total correlations*, вариращи от 0.65 до 0.84. Адаптираният въпросник измерва трите основни домейни на качеството на живот, свързано с кожни състояния, които авторът на Skindex 29 идентифицира. Мерителната сила на създадения от нас адаптиран инструмент за нуждите на дисертационното проучване не се промени съществено след елиминирането на всеки от включените въпроси.

Измерването на надеждността на трите скали и на цялостния инструмент за КЖСЗ показва високи и много високи стойности. Cronbach's alpha (α) е 0.79 за скалата на Симптомите, за скала Функциониране α е 0.91, за скала Емоции тя е 0.92 и се увеличава до 0.95 за цялостния инструмент.

Факторният анализ за адаптирания въпросник за КЖ произведе 3-факторно решение, с факторите, извлечени в съответствие с критерий за собствени стойности, по-голям от 1. Нашето 3-факторно решение потвърждава три факторното решение, съобщено за оригиналния въпросник Skindex 29, използван по-късно като основа за създаването на по-кратки усъвършенствани въпросници. Въпросите от адаптирания инструмент на дисертационното проучване, които принадлежат на оригиналната скала „Емоции“ обясняват самостоятелно повече от половината (55.77%) от варирането на качеството на живот. Заедно, трите извлечени фактора в нашия анализ обясняват повече от 68% от варирането на КЖ.

Тъй като българската версия на въпросника Skindex 29 е валидирана от нейните автори, ние не сме провеждали допълнителна процедура за валидиране.

Статистически методи за анализ:

Събраната първична информация от документалните и анкетни проучвания е обработена с помощта на статистическите софтуерни пакети SPSS for Windows, v. 23 и Microsoft Office Excel 2013.

Количествените променливи са представени с техните средни стойности и стандартни отклонения или медиани и интерквартилен размах (при непараметрично разпределение). Качествените променливи са описани с относителните дялове на техните категории.

С тест на Kolmogorov-Smirnoff е проверена нормалността на разпределението на изследваните количествени променливи. Сравненията между основната и контролната групи са направени с помощта на статистически тестове за независими извадки: при параметрично разпределение на променливите с t-тест на Fisher и ANOVA, при непараметрично разпределение – с тест на Mann-Whitney и тест на Kruskal-Wallis. Сравненията на променливите, измервани преди и след естетичните процедури са провеждани с paired t-тест при параметрично разпределение и с Wilcoxon signed-rank – тест за зависими извадки при непараметрично разпределение.

Различията в разпределенията на качествените променливи са анализирани с χ^2 -тест на Pearson. Наличието на връзки между признаците и оценките за качеството на живот са търсено с корелационен анализ. Ефектът на замъгляващите променливи е контролиран чрез стратифициран анализ.

Анализите на психометричните характеристики на адаптирания от нас инструмент за КЖ са направени чрез тестване на надеждността на отделните скали (Reliability analysis) и определяне на Cronbach's α коефициент. Определянето на факторните компоненти на съдържанието на въпросника (броя на домейните) е реализирано чрез Факторен анализ.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА ОСНОВНИТЕ ДЕМОГРАФСКИ, СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЦИЕНТИТЕ – ПОТРЕБИТЕЛИ НА ЕСТЕТИЧНИ УСЛУГИ.

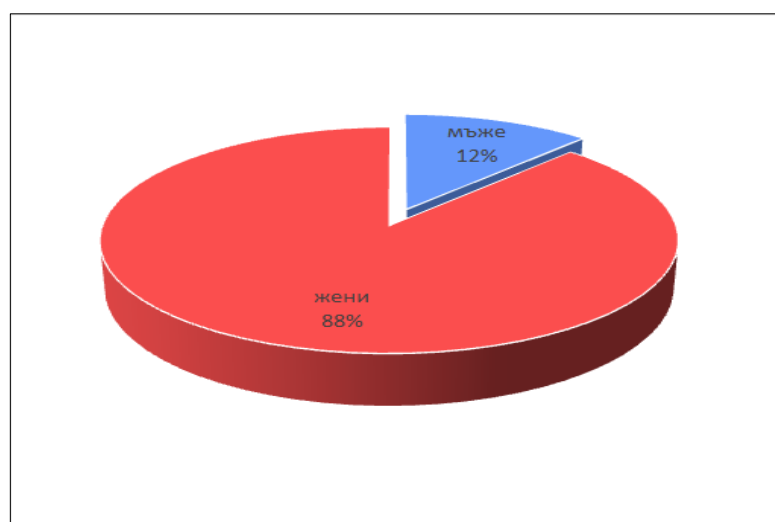
Поставена е задача да се идентифицират основните демографски, социални и здравни характеристики на пациентите, търсещи нехирургични естетични услуги в клиниките и центровете по естетична медицина. За нейното реализиране са проучени ретроспективно характеристиките на пациентите, преминали за една година през Клиника по естетична медицина (712 лица), както и характеристиките на включените в проспективната част на проучването пациенти от основната група (480 лица).

3.1.1. Характеристики на пациентите от ретроспективното проучване

Ретроспективното проучване на 712 пациенти, преминали за период от една година през една от водещите естетични клиники, намираща се в град София, предоставя възможност да се проучат три от основните демографски характеристики на лицата, за които се поддържа информация в базата данни на Клиниката - пол, възраст и местоживееене.

Полово разпределение

Типичният пациент на Клиниката по естетична медицина може да бъде описан като жена от София на $36,3 \pm 10,8$ години. Съотношението между мъже и жени е в полза на жените, както е видно на следната фигура 2.



Фиг. 2. Полово разпределение на пациентите

Получените резултати за половото съотношение на потребителите на естетични процедури отговарят на очакваните от нас. Причините за преобладаващия брой жени - 626 (87,92%) сред пациентите на Клиниката смятаме, че са няколко:

- жените са по-склонни да се подложат на естетични процедури, защото в женската природа е заложен стремежът към красота, и традиционно, социалните очаквания към жените са те да бъдат красиви и привлекателни;
- естетичните процедури подчертават женствеността и придават по-младежки вид, като и двете са важни ценности за повечето съвременни жени;
- таргетирането на пазара от маркетинговите стратегии в областта на естетичната медицина е основно насочено към тях.

Разпределение по възраст

Пациентите, преминали през Клиниката са в различни възрастови групи, като най-малкият е на 7 години, а най-възрастният е на 70 години. Разпределение по възрастови групи е както следва:

- от 7г. до 18г. - 14 (1,96 %);
- от 19г. до 24г. - 106 (14,88 %);
- от 25 г. до 34 г. - 216 (30,33 %);
- от 35г. до 54г.- 334 (46,91 %);
- от 55г. до 70г.- 41 (5,75 %).

Очевидно е, че сред пациентите, които търсят естетични услуги, най-голям е броят на тези в широката възрастова група от 25 г. до 54г. Смятаме, че това е свързано с естеството на процедурите, предлагани в Клиниката, а именно “анти-ейджинг” (подмладяващи) процедури. В следващите анализи възрастовите групи са обобщени до две: до 34-годишна възраст и над 35-годишна възраст, като разпределението на лицата при това класифициране на възрастите показва, че в по-младата група попадат 333 (47,33%), а в групата над 35г. са 375 (52,67%).

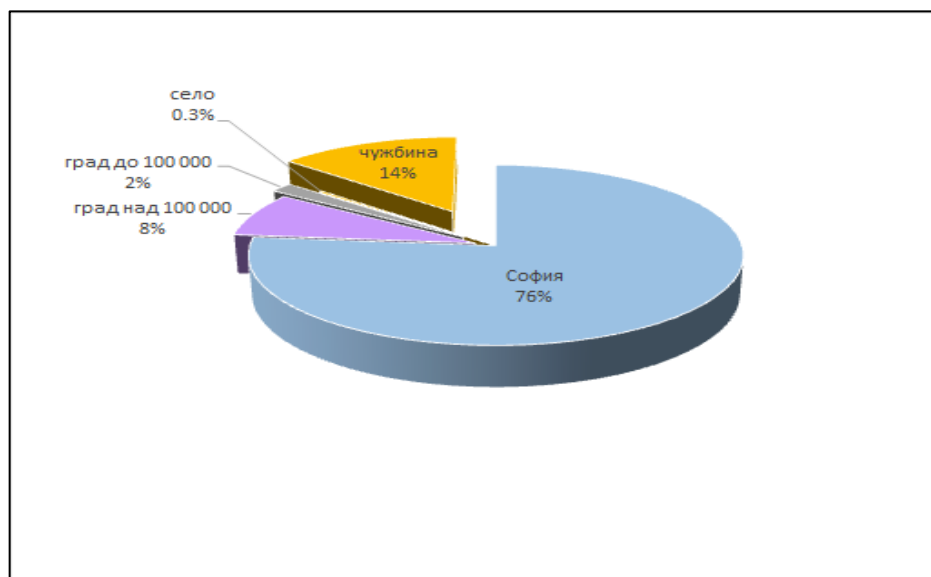
Местоживеене

В проучването е изследвано местоживеенето на пациентите (фиг 3.) Данните показват, че близо три четвърти от потребителите на естетични процедури са от столичния град. Смятаме, че това се дължи на три основни фактора:

1. Разгледаната Клиника за естетична медицина се намира на територията на Столична община;
2. По официални данни от националния статистически институт, гражданите с местожителство в град София към 31.12.2017 г. са 1 266 295 човека, това прави приблизително 18% от населението на България. Според други източници хората, живеещи в София с постоянно и временно местоживееене са над 28% от цялото население на държавата, което представлява голяма концентрация на потенциални потребители на естетични услуги;
3. Според Националния статистически институт на Република България заплатата на работещите в Столицата надхвърля средната заплата за страната. За последното тримесечие на 2017 година тя надхвърля 1 400 лв., като тези пациенти имат по-добра покупателна способност и могат по-лесно да си позволят услугите на клиниката.

След столицата на второ място се нареждат потребителите български граждани, живеещи в момента извън територията на страната. Обяснение на тази находка свързваме с няколко обективни факта:

- Клиниката по естетична медицина се намира на лесно и достъпно място, в близост до летище и метростанция.
- Клиниката има много добър сайт, който е преведен на два чужди езика. Пациентите, търсещи такива процедури от чужбина, лесно се ориентират в него и бързо достигат до необходимата им информация.
- Клиниката разполага с персонал, които говори минимум един чужд език.



Фиг. 3. Структура на пациентите по местоживееене.

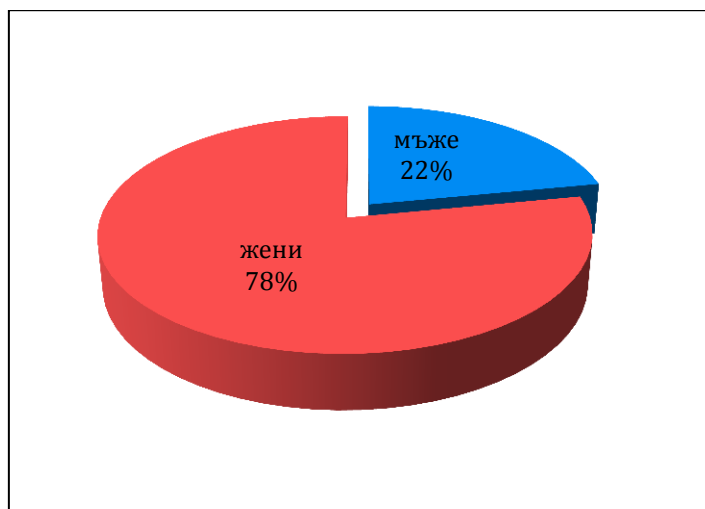
3.1.2. Демографски, социални и здравни характеристики на лицата от основната група

В тази част на работата са представени данните за някои важни демографски, социални и здравни характеристики на пациентите с проведени естетични процедури (основната група). Проспективният характер на проучването дава възможност при тях да се измерят характеристики, които не са регистрирани в индивидуалната документация, използвана при ретроспективното проучване, като напр. ниво на образование, семейно положение, трудова заетост, наличие на хронични заболявания и др. Изучаването на тези променливи, които са замъгляващи фактори, позволява да се контролира техния ефект при определяне влиянието на естетичните процедури върху КЖСЗ.

В проспективното проучване установихме типичните характеристики на потребителите на естетични услуги. Подобно на резултатите от ретроспективното изследване, установихме че типичният пациент-потребител на естетични процедури е жена от голям град, на средна възраст $38,35 \pm 11,56$ години. Липсата на съществено различие в профила на потребителите по пол и възраст потвърждава закономерния характер на наблюдението.

Разпределение по пол

Разпределението на лицата от основната група по пол е представено на фиг. 4. и показва доминиране на жените - 375 (77,81%). Не се установяват съществени различия в разпределението по пол при лицата, посещаващи естетичните центрове за първа процедура и при тези, които вече са провеждали естетично лечение ($\chi^2 = 1,699$; $p = 0,428$).



Фиг. 4. Разпределение по пол на лицата в основната група.

Резултатите за състава на групата по пол отговарят на очакваните от нас и си приличат с получените от ретроспективното проучване. Една от обществено приетите норми за типично поведение на женския пол е, че жените трябва да полагат грижи за външния си вид, да са атрактивни и красиви. Последните два критерия до голяма степен влияят върху социалните контакти и функциониране на жените. Социалното приемане пряко се отразяват позитивно върху тяхното самочувствие, самоувереност, качество на контактите и качеството на живот. Търсенето от все повече жени на естетични процедури, освен като израз на утвърдена традиция, може да се приеме като естествена нужда в контекста на днешните социо-културни реалности.

В основната група на дисертационното проучване всяко пето лице е мъж. Търсенето на естетични услуги от мъжете в последните две десетилетия нараства в развитите страни. Данните за пазара на естетични услуги в САЩ показва, че годишно повече от 3 милиона мъже се подлагат на естетични процедури, като в 2017г. те представляват около 10% от потребителите на нехирургични естетични интервенции (17). Увеличеният интерес на мъжете се дължи на нарастваща загриженост по отношение на външността им, като те откриват (доста по-късно от жените) възможността за повлияване на социалното функциониране чрез атрактивни външни физически характеристики. За това потвърждават и други автори (100). Тук може също така да се отбележи и промяната в отношението на лекарите и обществото към мъжете, които се грижат за външността си .

Разпределение по възраст

Възрастта на пациентите от проспективното проучване варира в широк диапазон, като най-младият е на 15 години, а най-възрастният е на 70 години. Средната възраст на лицата в основната група е $38,35 \pm 11,56$ години, а разпределението по възрастови групи е следното :

- от 15 г. до 18 г. – 6 (1,25 %);
- от 19 г. до 24 г. – 68 (14,17 %);
- от 25 г. до 34 г. – 110 (22,92 %);
- от 35 г. до 54 г. – 260 (54,16 %);
- от 55 г. до 70 г. – 36 (7,5%).

Обобщаването на лицата в две възрастови групи показва преобладаване на пациентите на възраст над 35 г., които са 296 (61,66%). В групата до 34 г. попадат 184 (38,34%) от лицата. Това възрастово разпределение се различава от данните в ретроспективното проучване, като промяната е за сметка на нарастване на лицата в групата 35-54 г. Вероятно то се дължи на включването в проучването на други естетични центрове и отразява по-остарялата възрастова структура на населението извън столицата.

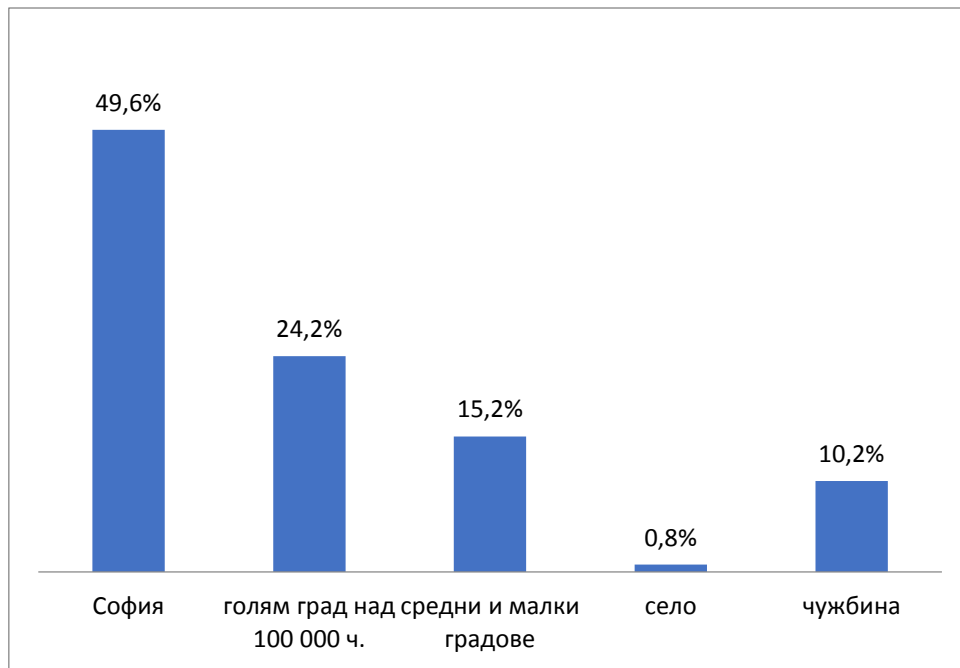
Средната възраст на жените е $39,25 \pm 11,42$ г., а на мъжете е $35,15 \pm 11,54$ г., като наблюдаваните различия са съществени ($F= 10,15$; $p = 0,001$). По-младата средна възраст на мъжете е обяснима с факта, че промяната в отношението и поведението на мъжете към тяхната външност засяга младата генерация. За това потвърждават и други автори като С. Frucht (2016) (100). При жените пък търсенето на естетични услуги се засилва с нарастване на възрастта и поява на видими белези на стареенето.

Проведеният от нас анализ установява съществени разлики ($p= 0,046$) в средната възраст на пациентите с първа процедура при започване на проучването и тези, които вече са провеждали естетично лечение. Средната възраст на лицата с първа процедура е $35,86 \pm 10,79$ г., докато на провеждащите вече естетични процедури тя е $38,85 \pm 11,66$.

В първата група (пациенти, извършили естетични процедури) възрастовите граници варират между 15г. и 70г. При втората група (пациенти за първа процедура) най-младият пациент е на 17г., а най-възрастният е на 66г. Подобно възрастово разпределение е напълно очаквано, тъй като пациентите, идващи за първи път в централите по естетична медицина, са по-млади хора.

Местоживееене

От направеното проучване се установява, че над 80% от пациентите в основната група живеят в столицата, в големите градове и в чужбина. В по-малките населени места са едва 16% от ползвателите на естетични процедури (фиг. 5).



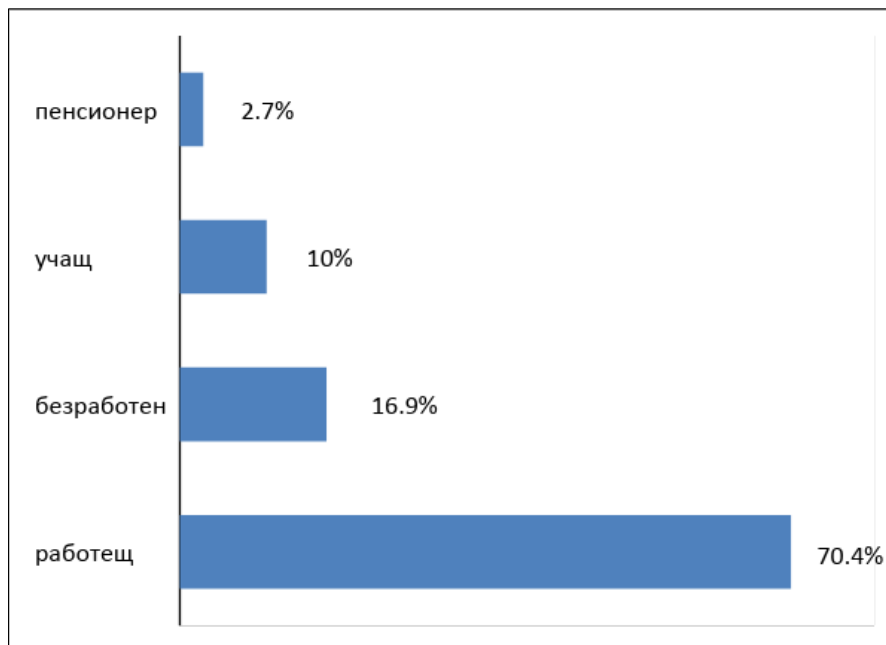
Фиг. 5. Разпределение по местоживее на лицата от основната група

Смятаме, че наблюдаваното разпределение е резултат от няколко причини: подборът на участващите в проучването центрове предполага по-значимо представяне на градското население; нивото на урбанизация на страната със 72% градско население; социалната нагласа на населението в големите градове да се отдава съществено значение на външността и това да повлиява социалното приемане. В по-малките населени места и селата достъпът до естетични услуги е ограничен поради съществуването на физически и икономически бариери – липса на центрове за естетична медицина и високи цени на естетичните услуги. Освен това, в тези населени места общностите са по-малки, хората се познават и ролята на външността при установяването и поддържането на социалните контакти е незначителна. Прави впечатление, че всяко десето лице, ползващо естетични процедури, живее в чужбина. Причините за това трябва да се търсят в по-ниските цени на естетични процедури в България, както и в развитието на медицинския туризъм към нашата страна в последните години.

При сравнение на разпределението по местоживее между лицата, провеждащи първа естетична процедура и тези с вече осъществено естетично лечение не се установяват съществени различия ($\chi^2 = 16,042$; $p = 0,098$).

Трудова заетост

Изучаването на трудовата заетост на лицата дава представа за техния социален статус и индиректно – за тяхното икономическо състояние и възможности за потребление на естетични процедури. Структурата на лицата по трудова заетост е представена на фигура 6 .



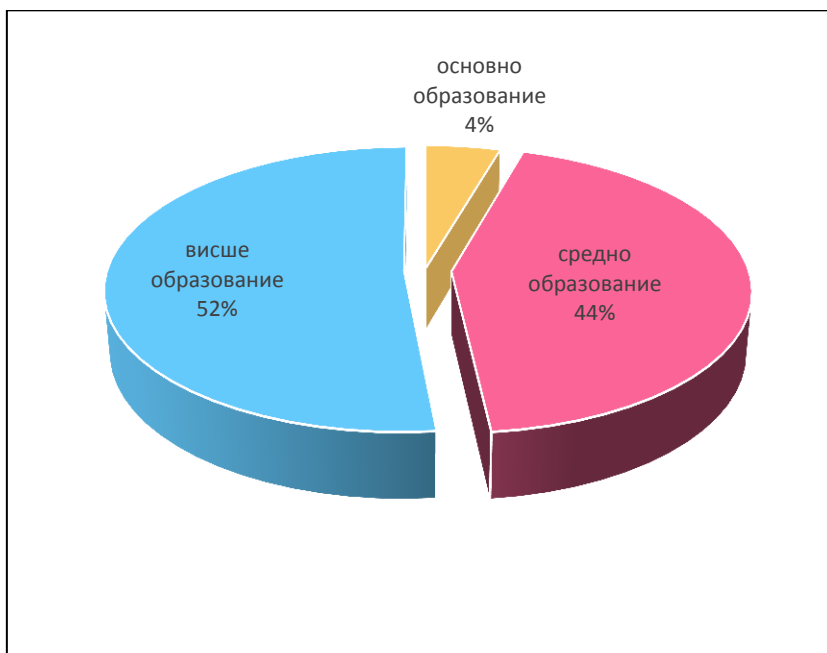
Фиг. 6 . Разпределение по трудова заетост на лицата от основната група

Най-голям дял от пациентите са работещи и активни хора. Това напълно отговаря на нашите очаквания, защото естетичната медицина не е субсидирана от държавата или НЗОК. Тя е напълно в частния сектор и пациентите сами плащат за естетичните услуги.

При сравнението на структурата по трудова заетост при пациентите с предшествващи естетични интервенции и тези с предстояща първа процедура не се установяват съществени различия ($\chi^2=11,11$; $p=0,35$). Интересни данни при вътрегруповите сравнения са тези за безработните пациенти. Те представляват 16,88% (81 лица) в цялата група, но техният дял е 14,62 % при пациентите, които вече са извършвали естетични процедури и е почти двойно по-висок (30,81%) при тези с първа процедура ($p < 0,01$).

Образователен статус

Образованието е един от най-важните социални фактори, свързани със здравето и качеството на живот. То е друг емпиричен измерител на социално-икономическия статус на лицата. В образователната структура на основната група (фиг.7) преобладават пациентите с висше образование – 248 (51,67%). Обяснимо нисък е дялът на лицата с основно образование – 22 (4, 58%).



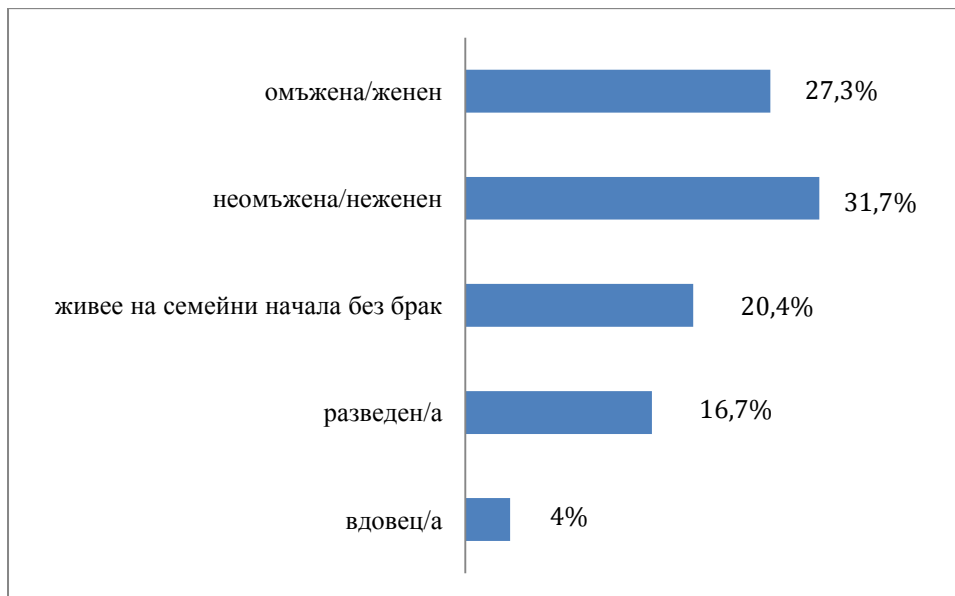
Фиг. 7 . Разпределение по образователен статус на лицата от основната група

По-високият образователен статус обикновено корелира с по-високо социално благосъстояние и по-добра социална позиция, като може да се предполага, че за тези лица естетичният външен вид е важен и те държат да го поддържат като имат достатъчен финансов ресурс за извършване на процедурите. Освен това, потребителите на естетични процедури са хора, които са добре информирани за възможностите на естетичната медицина. Тези характеристики напълно отговарят на профила на пациентите с висше образование в нашата извадка. Нашите данни са близки до съобщаваните по отношение на образователния статус на потребителите на естетични услуги от други автори. (240)

Семейно положение

Разпределението на пациентите по семейно положение установява, че е значителен дялът на хората без партньор – 251 (52,29%), т.е. повече от половината от лицата са неомъжени/неженени, разведени или овдовели (фиг. 8). Липсата на партньор

е фактор, който може да повлиява негативно себевъзприемането на лицата и да създава чувство за провал и несправяне в интимната сфера. В научната литература се съобщава за наличие на силна корелация между брачния статус, самооценката на лицата и чувството за себеефективност, като то е сред силните мотиватори за търсене на естетични хирургични и нехирургични процедури (136). В светлината на тези теоретични постановки е възможно, поне част от наблюдаваните пациенти да търсят естетични процедури, за да подобрят външния си вид и самочувствие, и по този начин да повишат шансовете си да открият партньор в живота.



Фиг.8 . Разпределение по семейно положение на лицата в основната група

При сравняване между пациентите с първа естетична процедура и тези с вече провеждано естетично лечение не се установяват съществени различия по семеен статус ($\chi^2 = 7,187$; $p = 0,517$).

Хронични заболявания

Наличието на хронични неинфекциозни заболявания и други увреждания на здравето се отразява на качеството на живот и сериозно би затруднило определянето на нетния ефект на естетичните процедури върху качеството на живот. Проучена е честотата на хронични заболявания сред пациентите, потърсили естетични услуги. Както очаквахме, делът на лицата без хронично заболяване в основната група е много висок – 432 (90%). За наличие на хронично заболяване съобщават 31 (6,5%) лица, а 17 (3,5%) не са сигурни дали имат хронично заболяване. Това показва, че популацията от

пациенти в естетичната медицина са предимно здрави хора, без съществени нарушения на здравето.

Естетичната медицина се различава от другите области на медицината, защото само при нея идват здрави пациенти без оплаквания и без болка. Нашите данни са в синхрон с резултатите на други автори, които също установяват незначителна честота на хронични неинфекциозни заболявания и правят заключение, че потребителите на естетични процедури са в по-голямата част от случаите здрави лица. Въпреки нарастването на дела на „естетичните“ пациенти в старшите възрастови групи, очевидно се осъществява процес на самоподбор на лицата-потребители на естетични услуги, основан на нивото на физическо здраве, при който тези със сериозни заболявания и увреждания на здравето се отказват от провеждането на естетични процедури.

Психиатрични/психологични проблеми/заболявания

Известно е че психичните заболявания и психологическите състояния значимо могат да увредят качеството на живот и да променят мотивацията за търсене на естетични услуги.

В нашето проучване пациентите отговарят на въпроса: “Имате ли психиатрични/психологични проблеми или заболявания?” Отговорите на този въпрос могат да бъдат повлияни от множество фактори. Ние отчитаме, че пациентите могат да се срамуват да признаят проблема си. Голяма част от психичните заболявания носят стигма със себе си. Възможно е пациентите да не знаят за заболяването си, да не осъзнават проблема или да не му отдават особено значение. Голяма част от изследваните отричат наличието на психологични/психиатрични заболявания – 438 (91,25%). Лицата, които не са сигурни дали имат проблеми от този род са 32 (6,67%), а само 10 (2,08%) съобщават за наличие на психичен или психологически проблем.

Прилагането на стандартизирания скринингов инструмент PHQ-2, който се използва широко в общата медицинска практика за идентифициране на лицата с депресивно настроение и анхедония, потвърждава резултатите от самооценката на лицата относно психичното им здраве. Скрининговият въпросник PHQ-2 не може специфично да определи типа на депресия, но чувствително установява наличието на всякакво депресивно разстройство (157). В основната група при започване на проучването провеждането на теста определи като тест-негативни за депресия 434 (90,42%) и 46 (9,58%) като позитивни за наличие на депресия. Установената от нас

честота на депресия не се различава съществено от честотата на депресивни епизоди сред българската популация, която е 7,7% за 2017 г. по данни на НЦЗОА(200). Установената честота на тест-позитивните за депресия лица сред основната група дава основание да се направи заключение, че депресивните разстройства сред лицата, които търсят естетични услуги имат сравнима честота с тази на депресивните състояния сред цялото население.

В направения литературен обзор е очертана важноста на проблема за психиатричните и психологични девиации и особености на пациентите, подлагащи се на естетични процедури. Необходимо е лекарят по естетична медицина да може да разпознава пациентите с BDD, за да може да ги посъветва да потърсят психологична помощ, преди да потърсят помощта на естетичния лекар.

Въпреки това естетичният лекар има комплексна роля в работата си с пациентите. Той има за цел да извърши естетичната процедура, но и да подпомогне пациента да се почувства психически по-добре. При първата среща между лекар и пациент е важно да се установи психическия статус на пациента.

Пациентите с депресивни нарушения обикновено са с по-високи очаквания, остават по-често неудовлетворени от резултатите и са склонни необосновано многократно да се подлагат на естетични процедури (70). Прилагането на скринингов тест за оценка на психологическата стабилност на пациентите преди започване на естетично лечение би помогнало за откриване на някои девиации, по-нататъшното им диагностично изясняване и лечение при необходимост.

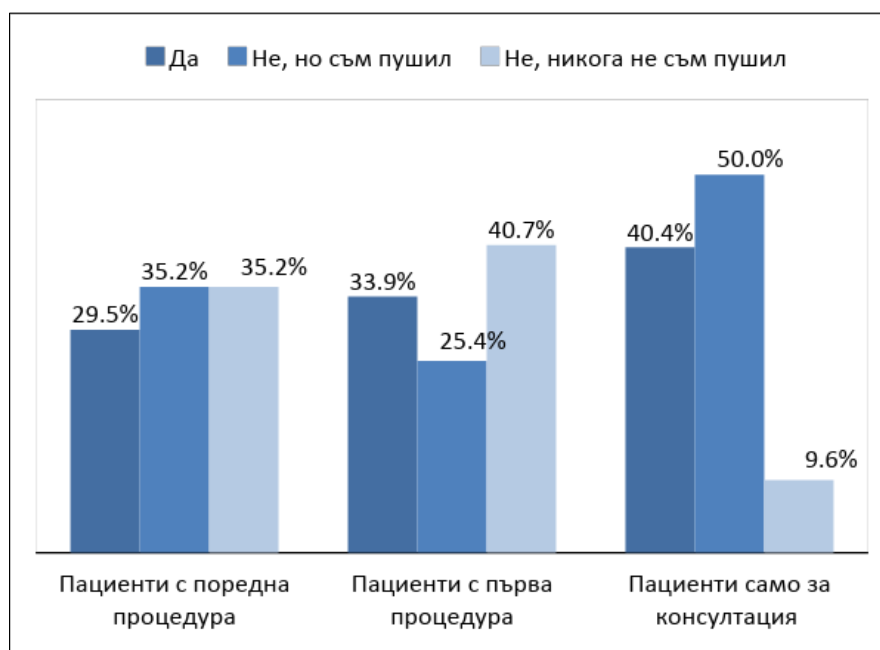
Стил на живот – наличие на вредни навици

Стилът на живот с негови разнообразни характеристики – хранене, физическа активност, режим на труд и почивка, сън, тютюнопушене, злоупотреба с психоактивни субстанции и др. по различни механизми се отразява на качеството на живот и може да затрудни тълкуването на резултатите относно ефекта на естетичните процедури. Наличието на някои нездравословни навици води до промени в кожата и в цялостната визия на индивидите, което от своя страна, може да бъде причина за неудовлетвореност от външния вид и прибегване до услугите на естетичната медицина. Възможните ефекти на вредните навици от стила на живот ни мотивираха да включим във въпросника на проучването въпроси относно два от най-разпространените поведенчески рискови фактора – тютюнопушене и употреба на алкохол.

Тютюнопушене

Честотата на тютюнопушене в основната група е установена чрез директен въпрос относно наличието на навика. Пациентите са запитани относно настоящата и миналата употреба на цигари и други тютюневи изделия. Отговорите на въпроса класифицират лицата като непущачи, настоящи и бивши пушачи. Разпределението на лицата в трите категории е почти равномерно - 33,1% не са пушили никога, 31,3% са пушачи в момента и 35,6% са бивши пушачи. Сравнението по пол установи съществени различия между мъжете и жените ($p = 0,039$), като мъжете по-често са пушачи в момента – 41,32% срещу 28,33%, а повече жени са пушили в миналото.

Честотата на тютюнопушене е сравнена между основната и контролната група лица (фиг. 9). Налични са съществени различия в тютюнопушенето между групите ($\chi^2 = 16,809$; $p = 0,002$). Най-голям дял на непущачи се наблюдава в групата на пациентите с първа естетична процедура, която е по-млада в сравнение с другите две групи. Сред младите хора пушенето губи популярност и това се отразява в получените резултати.



Фиг.9 . Честота на тютюнопушенето в основната и контролната групи.

Пациентите с вече проведени естетични процедури имат най-голям дял на бивши пушачи към момента на започване на изследването. Пушачите са най-много сред лицата от контролната група, дошли само за консултация. Същата група е и с най-нисък образователен статус. Може да се направи заключение, че по-високият

образователен статус се свързва с по-добра здравна култура и с по-ниска честота на тютюнопушенето.

Употреба на алкохол

Алкохолната употреба е проучена с един въпрос относно рисковата консумация на алкохол, определена като пиене на алкохол, независимо от вида и количеството му, в повече от 5 дни на седмицата. В основната група от пациенти с естетични процедури 285 (59,37%) не съобщават за рискова употреба на алкохол. Възможно е полученият от нас резултат да се дължи на няколко факта:

1. По-голямата част от изследваните лица са жени.
2. Употребата на слаб алкохол като вино до голяма степен се пренебрегва и пациентите казват, че не употребяват алкохол.
3. Под влияние на социалната неприемливост и негативно отношение към злоупотребяващите с алкохол се променят отговорите на хората и те не са искрени относно употребата на алкохол.

Сравнението между основната и контролната група показва наличието на съществени различия ($\chi^2 = 19,234$; $p = 0,001$). Контролната група се различава по високата рискова употреба на алкохол. Това корелира с факта, че лицата от тази група имат най-висок процент на безработица и са с най-нисък образователен статус.

Направените от нас анализи на демографските, социални и някои здравни характеристики на лицата от ретроспективното проучване и от основаната група в проспективното проучване ни дават възможност да направим характеристика на типичния потребител на естетични услуги. Нашите данни са близки до съобщаваните от други автори (240).

3.2. ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА МОДЕЛИТЕ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ НА ЕСТЕТИЧНИ УСЛУГИ СРЕД ЛИЦАТА ОТ РЕТРОСПЕКТИВНОТО ПРОУЧВАНЕ И ОТ ОСНОВНАТА ГРУПА

В тази част на дисертационния труд са представени резултатите, характеризиращи потреблението на естетични услуги в центровете и клиниките за естетична медицина. Използвани са данните от ретроспективното проучване на 712 пациента, както и информацията за потреблението на естетични процедури от 480 лица от основната група.

3.2.1. Потребление на естетични услуги от лицата в ретроспективното проучване

Причина за посещението на пациента в клиниката

Въз основа на данните от ретроспективното проучване за реализираните посещения в Клиниката, идентифицирахме 6 основни причини за посещенията на пациентите:

- посещение по повод извършване на естетична процедура;
- посещение по повод медицинско показание;
- посещение по повод консултиране или преглед;
- посещение по повод извършване на медицинска процедура;
- посещение по повод преглед и извършване на естетична процедура;
- посещение по повод медицинско показание и естетична консултация.

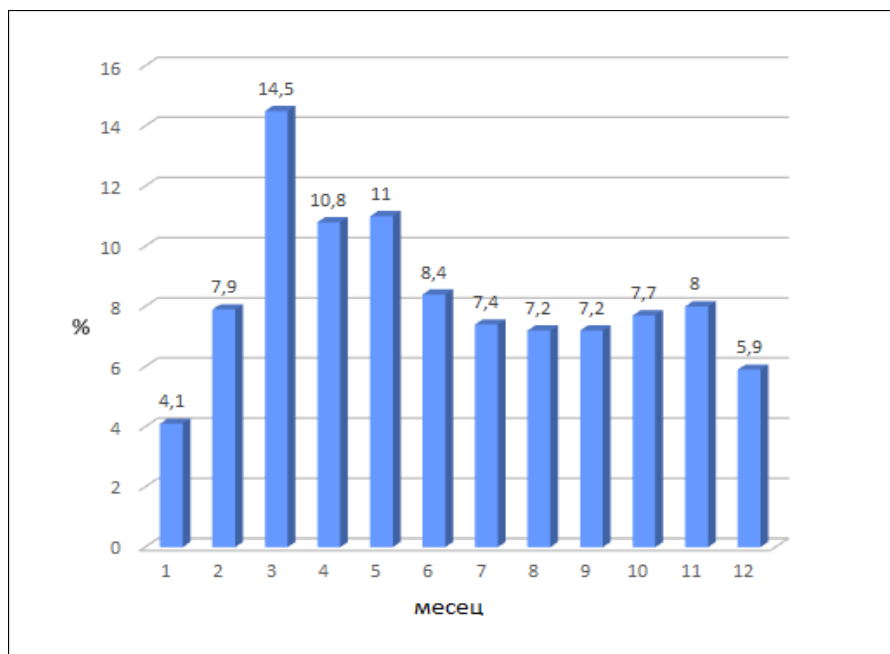
Най-голям дял от посещенията в Клиниката са по повод извършване на естетични процедури (фиг.10). Това подкрепя твърдението, че все повече нараства търсенето на естетичните нехирургични процедури и те постепенно стават водещи сред предлаганите в страната естетични услуги. Първоначално Клиниката е предлагала специализирана медицинска помощ в областта на дерматологията и венерологията, но предвид промените на пазара е взето решение за промяна на предлаганите медицински услуги. В момента Клиниката се занимава изключително с естетична медицина и е сред водещите центрове от такова естество в страната. Прави впечатление по-високият дял на консултативните и други прегледи, които потвърждават мястото на Клиниката сред предпочитаните заведения, предлагащи естетични услуги.



Фиг. 10. Причини за посещение в Клиника по естетична медицина.

Сезонност на посещението

Друг важен показател, който е изследван въз основа на събраните ретроспективно данни, е сезонността на първото посещение на пациентите. Установи се, че пациентите най-често посещават клиниката за първи път в месеците март, април и май, когато преминават повече от 35% от пациентите (фиг. 11). Пикът на търсене на естетични услуги логично е в месеците преди настъпването на лятото. Това е свързано с увеличената социална активност и контакти на хората през пролетните и летните месеци. Външността пряко влияе на честотата на социалните контакти, а в допълнение те зависят от самочувствието и самоувереността на индивида. Пациентите търсят естетични услуги по-често в този период на годината, за да подобрят външния си вид и да удовлетворят желанията си за постигане на определена визия и по-високо ниво на привлекателност. Подобренията на индивидуалната външност се трансформират в повишено самочувствие, подобро себевъзприятие, улеснено социално общуване, и респективно - подобро психосоциално функциониране и качество на живот.



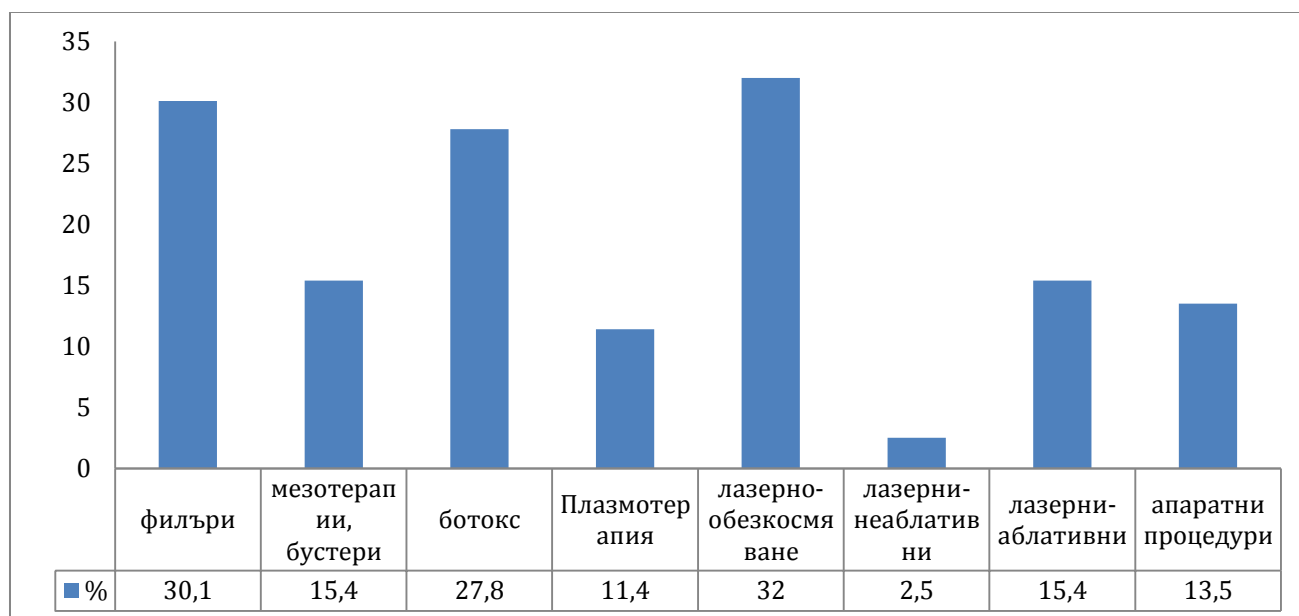
Фиг. 11. Сезонност на първото посещение в клиниката, за пациентите от ретроспективното проучване.

Вид на проведените естетични процедури

Проучени са видовете процедури, които се извършват в естетичната клиника и тяхната честота. Видовете процедури могат да бъдат групирани по следния начин:

- филъри - в това число, хиалуронови и други видове пълнители;
- мезотерапии и бустери – продукти, които хидратират, регенерират и биоревитализират кожата;
- ботокс;
- PRP- плазмотерапия;
- лазерно обезкосмяване;
- лазерни неаблативни процедури, в това число, премахване на капиляри, съдови звезди, третиране на онихомикоза, лазерно подмладяване, премахване на татуировки и др.;
- лазерни аблативни процедури- лазерно подмладяване на лицето с фракционен лазерен пилинг;
- апаратни процедури - LPG, Venys Legacy, Plasma Shower, дермабразия, дарсонвал, ултразвукови терапии и др.;

Графично разпределението на процедурите е представено на фиг. 12 .



Фиг. 12 . Структура на процедурите, извършени в Клиниката по естетична медицина.

Показаните данни потвърждават наблюдаваната тенденция в световен мащаб за нарастване на честотата на процедурите за поставяне на филъри и на ботокс, както и за извършване на лазерно обезкосмяване. При сравнение на тези данни със статистическите данни, представени в литературния обзор по отношение на честотата

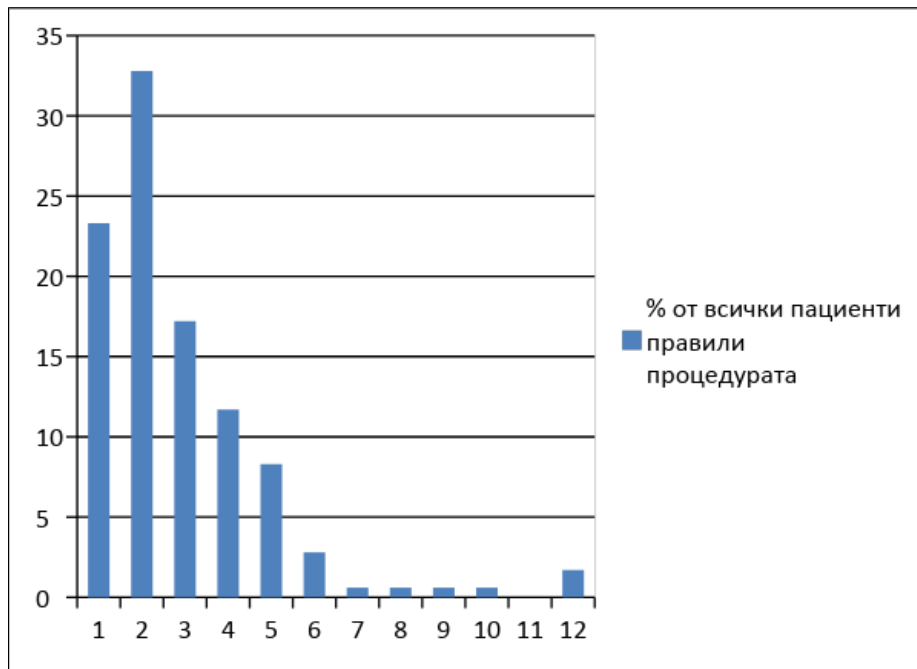
на процедурите в САЩ, се установява, че има разминаване относно вида на най-често правената инжекционна процедура. В българската клиника по естетична медицина най-често от инжекционните терапии се извършват процедури с филъри, за разлика от САЩ, където първенство има ботоксът. Наблюдаваното различие донякъде се дължи на „популяризирането“ и изграждането на трайно убеждение в българското общество, че ботулиновият токсин е опасен за здравето и много от пациентите се представят с т. нар. “ботокс фобия”. Прави впечатление, че в Клиниката има най-много процедури за лазерно обезкосмяване. Това е свързано с профила на Клиниката, с иновативната апаратура, с която тя разполага за осъществяване на процедурата, и с утвърдилите се нови естетически норми, включително сред мъжете, относно трайното премахване на окосмяването в определени зони на лицето и тялото. Лазерно обезкосмяване се провежда и по медицински причини, напр., когато пациентите страдат от хирзутизъм.

Кратност на извършване на естетичните процедури

Проучена е кратността на извършване на отделните видове процедури от един пациент. Различните процедури имат своя специфика на извършване и продължителност на въздействието, които са определени в стандартен протокол за всяка процедура. За някои от тях се изисква интервенцията да бъде направена неколkokратно, за да се получи желаният естетичен ефект. Такива са мезотерапиите, лазерните процедури, процедурите с кръвна плазма и др. В изложението по-долу представяме резултати за отделните видове процедури.

Филъри, бустери и мезотерапии

При 85% от пациентите с извършена процедура за попълване на обем на лицето с филър са проведени от 1 до 4 процедури. Най-много пациенти – около една трета от всички, провели процедура за филъри, са били третираны двукратно. Графично разпределението на кратността на поставяне на филъри е представена на следващата фиг. 13.

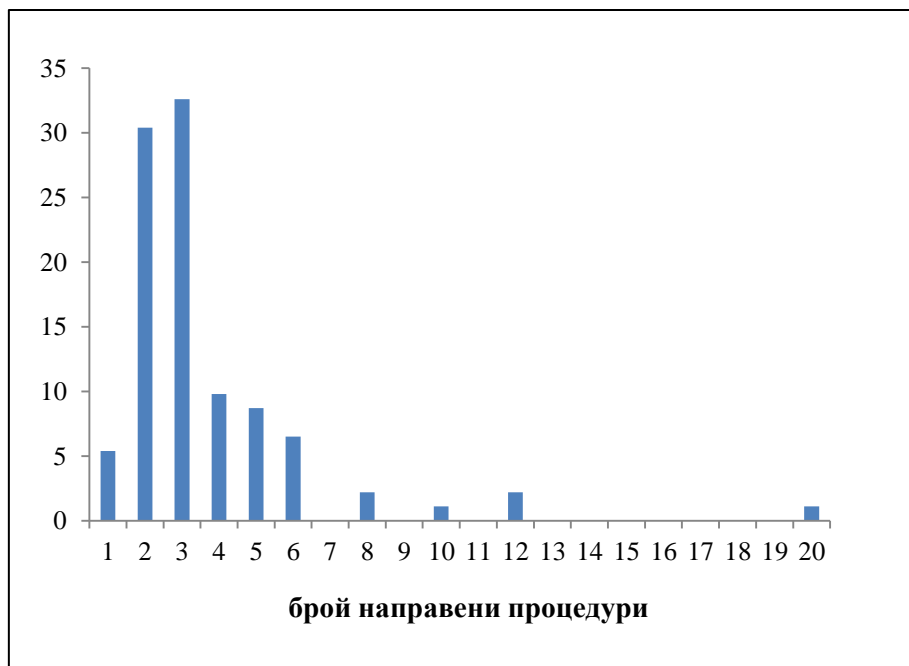


Фиг. 13. Кратност на направените процедури с филъри.

Незначителният дял на лицата с повече от 4-кратно провеждане на процедури с филъри на лицето през изследвания период може да се дължи на две основни причини:

- дългата продължителност на задоволителен естетичен ефект от филърите, която не налага многократно повторение на процедурата в рамките на едногодишния период на нашето изследване;
- краткият период на функциониране на Клиниката (от 19 месеца) на пазара на естетични услуги.

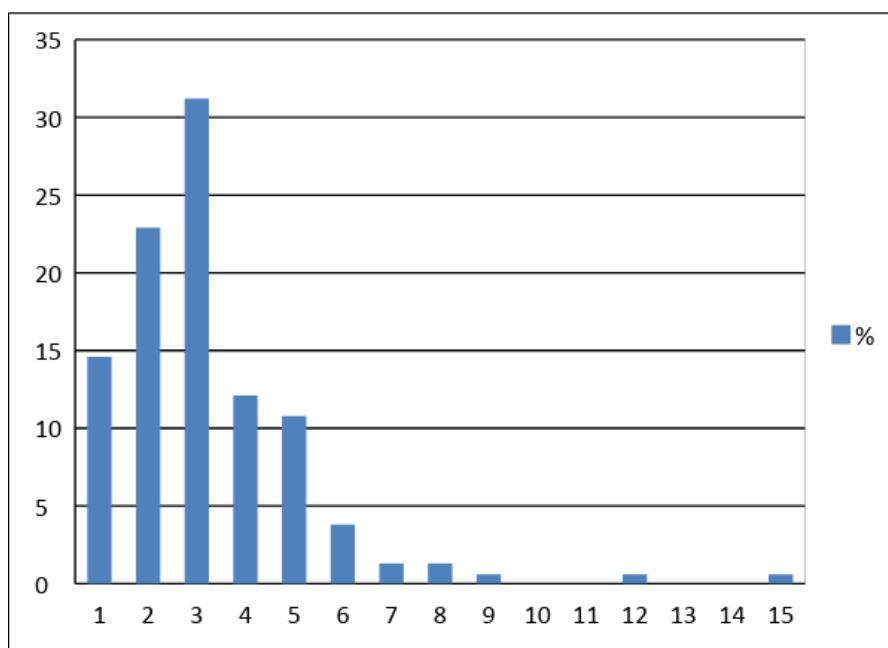
Мезотерапиите и хиалуроновите бустери се използват за подхранване, регенериране, подмладяване, изглаждане и хидратиране на кожата. Спецификата на този тип терапии е, че се правят неколккратно през определен интервал. Показанията за повечето бустери са минимум две терапии в рамките на един месец. От направеното проучване се установява, че повечето пациенти извършват тази процедура два, три или четири пъти (фиг.14).



Фиг.14. Кратност на направените процедури за мезотерапии и бустери.

Ботулинов токсин

Първата по честота на извършване в световен мащаб терапия – инжектирането на ботулинов токсин заема второ място в класацията на най-често извършваните процедури в представената клиника. Повече от 90% от пациентите, ползвали процедурата, са направили до пет процедури, като с най-висока честота са двукратно или трикратно извършвани поредни процедури (фиг. 15).

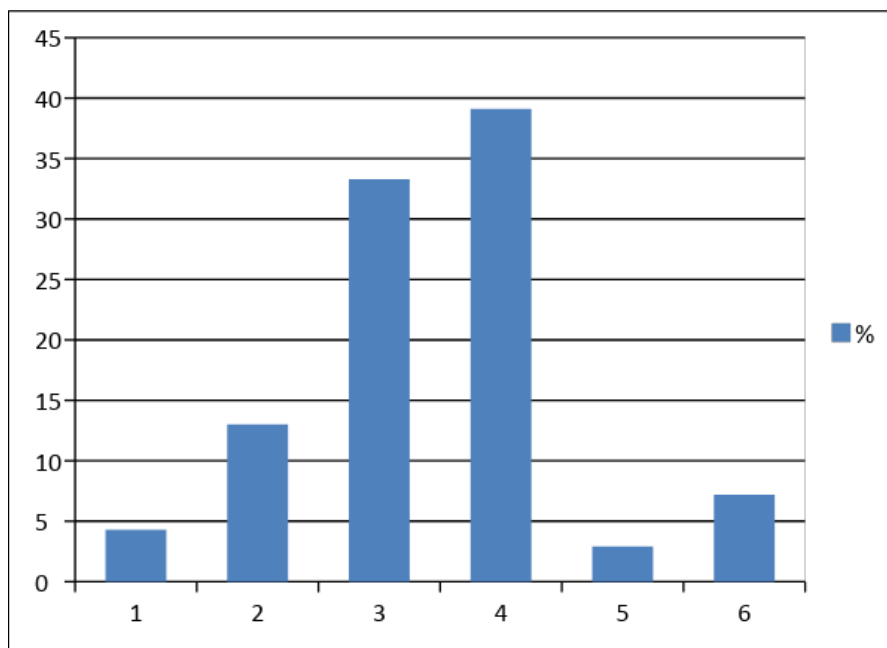


Фиг.15. Кратност на направените ботокс процедури

Установеното от нас разпределение на пациентите по кратност на процедурите с ботокс отговаря на профила на продукта. Повторната терапия с ботулинов токсин се прави между четвъртия и шестия месец. Повече от 75% от пациентите са направили поне две или повече процедури. Това показва, че те са доволни и прибегват към следваща процедура. Предвид кратката давност на предлагане на този вид услуга от Клиниката, наблюдаваните резултати са съвсем логични.

Плазмотерапия- PRP

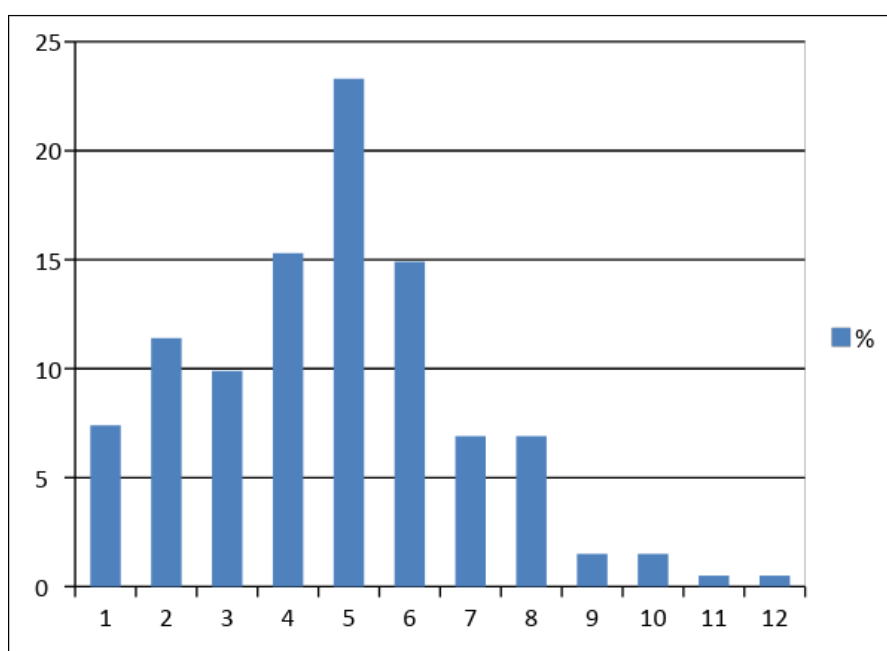
Протоколът за извършване на плазмотерапия е минимум три или четири процедури с интервал между тях от 1 месец, след което е необходимо да се прави по една поддържаща процедура на половин година. Резултатите от нашето проучване показват, че 72,4% от пациентите са извършили три или четири процедури. Очевидно пациентите имат удовлетворяващ резултат от естетичната процедура, което ги мотивира и убеждава да проведат интервенцията отново (227). Следващата фигура 16 илюстрира разпределението на пациентите по кратност на извършената плазмотерапия.



Фиг. 16. Кратност на извършените плазмотерапии.

Лазерно обезкосмяване

Лазерното обезкосмяване е една от най-честите процедури, извършвани в Клиниката. Самата естетична клиника се маркетира като място за лазерни процедури. Апаратът, с който разполага Клиниката, постига добри резултати и бързо повлияване. Проучванията относно неговата ефикасност и ефективност показват, че от пет до шест процедури са необходими, за да има пълно повлияване. Препоръките към пациентите са веднъж годишно да извършват поддържащи процедури. На следващата фигура 17 е представено разпределението по кратност на процедурите.

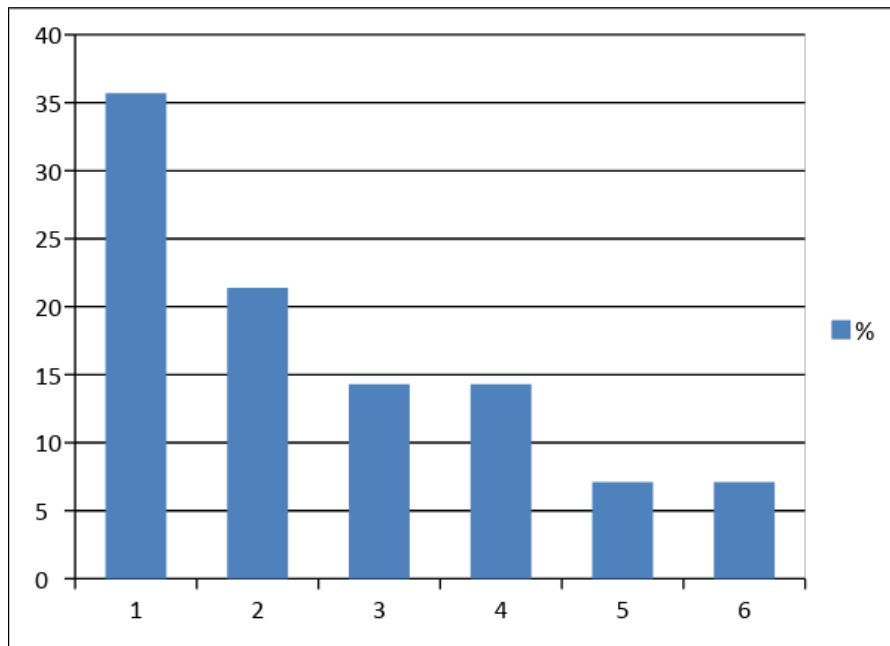


Фиг.17 . Кратност на направените процедури- лазерно обезкосмяване.

Над 38% от пациентите, извършили процедури за лазерно обезкосмяване, са се подложили на процедурата 5 и 6 пъти. От данните става ясно, че 17,8 % от пациентите са направили поддържащи процедури.

Лазерни неаблативни процедури

Сумарният брой на лазерните неаблативни процедури е много малък в сравнение с другите процедури (фиг. 18).



Фиг.18 . Брой направени лазерни неаблативни процедури.

Малкият брой неаблативни лазерни процедури се дължи на липсата на специфична апаратура, която да има добри показатели именно за тези процедури. Спектърът на неаблативните лазерни процедури включва: лазерно неаблативно подмладяване, премахване на капилляри, третиране на активни лезии от акне, третиране на розацея, премахване на татуировки и третиране на онихомикоза. Посочените процедури са приложими по-скоро при дерматологични състояния, отколкото при естетични проблеми. Предвид фокусирането на работа на клиниката в областта на естетичната медицина, резултатите за кратността на лазерни неаблативни процедури са обясними. Над половината от пациентите са извършили само една или две процедури.

Аблативни лазерни процедури

Две трети от пациентите, провели лазерни аблативни процедури, имат до три процедури (фиг.19).



Фиг. 19. Брой направени аблативни процедури.

Препоръките към пациентите са да осъществят сумарно две до три процедури от този тип, а интервалът между тях да бъде минимум един месец. Лазерните аблативни интервенции се извършват предимно през зимния сезон. Краткото време на съществуване на Клиниката не е позволило да се натрупат повече случаи на лазерно аблативно лечение. Трудно повлияващи се белези, келоиди, стрии и др. изискват да бъдат направени поне 8 до 10 процедури, за да се получи максимален ефект.

Апаратни процедури

Апаратните процедури в Клиниката по естетична медицина имат спецификация и протокол от минимум 8 процедури, за да се постигне видим резултат. Препоръките са пациентите да направят около 12 терапии за един цикъл. Клиниката предлага пакетни предложения от определен брой процедури. От направеното изследване се вижда, че най-много са проведените пакетни процедури, включващи по 12 интервенции. Те представляват 16,7% от всички проведени процедури (фиг. 20).



фиг. 20. Брой направени апаратни процедури.

За определяне и оценка на здравните потребности на пациентите е необходимо да се знае средният брой на процедури, които един пациент е извършил. Анализът на броя проведени процедури по вид позволи да определим средния брой проведени процедури на един пациент, провел съответното лечение. Водещите три места по среден брой процедури на един пациент се заемат от апаратните процедури, лазерното обезкосмяване и мезотерапията и бустерите (таблица 1). Това ранжиране вероятно се определя както от бързината и продължителността на ефектите, финансовата достъпност на процедурите, маркетинговият натиск от страна на центрове за естетична медицина върху потребителите, така и от модата, налагаща определени процедури като предпочитани сред потребителите за постигане на дадена желана визия (19).

Таблица 1. Среден брой процедури на един пациент по вид на процедурата

ВИД ПРОЦЕДУРА	СРЕДЕН БРОЙ ПРОЦЕДУРИ НА ЕДИН ПАЦИЕНТ
Филър	2,84
Мезотерапия, Бустер	3,62
Ботокс	3,22
Плазмотерапия	3,45
Лазерно обезкосмяване	5,00
Лазерни неаблативни процедури	2,00
Лазерни аблативни процедури	2,00
Апаратни процедури	12,00

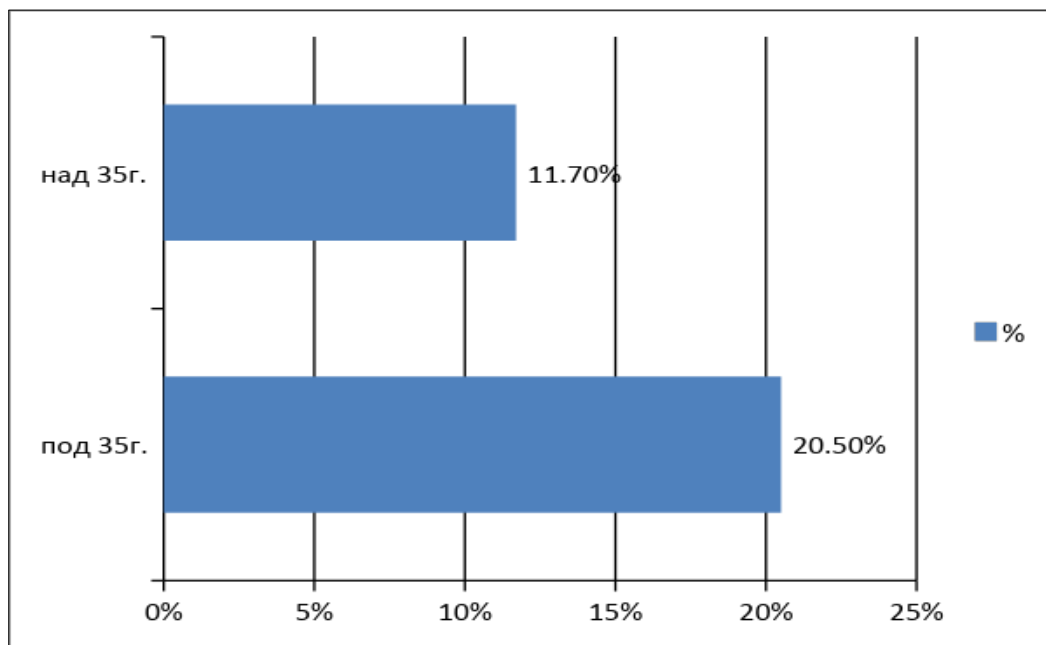
След анализиране на проведените процедури по различни характеристики, е извършено изследване на потреблението на естетични услуги по пол и възраст на лицата. Сравнено е потреблението на пациентите от двете обобщени възрастови групи – до 34-годишна и над 35-годишна възраст.

Половото разпределение в двете възрастови групи не показва съществени различия ($p=0,065$). В групата до 34 г. жените са 288 (85,45%), а мъжете са 49 (14,55%). При пациентите на възраст над 35г. жените са 338 (90,13%), мъжете подобно на предходната възрастова група са неколкократно по-малко – 37 (9,87%).

От анализа на структурите по пол на двете групи прави впечатление, че повече млади мъже (до 34 г.) се обръщат към естетичните лекари в сравнение с мъжете над 35-годишна възраст. Установените различия са с гранична стойност на статистическата достоверност. Това наблюдение може да се обясни с популяризирането на естетичните процедури сред по-младите хора и формирането на ново отношение към собствената външност. По-възрастните мъже все още остават консервативни в отношението си към естетичната медицина и не я приемат като необходим елемент на грижата за своя мъжествен външен вид. Макар че жените доминират и в двете групи, тези над 35-годишна възраст имат по-висок относителен дял, което може да се обясни с увеличаване на видимите белези на стареенето и желание за забавяне на развитието им или отстраняването им.

Пациентите в двете възрастови групи не се различават съществено по местоживеене.

Статистически достоверни различия двете групи показват по отношение на причините за посещение в Клиниката по естетична медицина (фиг.21). В групата пациенти до 35 г. се наблюдава по-висока честота на прегледите и консултациите в сравнение с честотата им в групата над 35г. ($p= 0,039$). Това може да се оцени като добър показател за здравната култура на младите хора, които активно търсят съвет и лечение на естетичните си проблеми. Влияние за наблюдаваното поведение може да оказва също натискът на социалната група по отношение на грижите за добър външен вид, който при младите хора е много по-голям и поради склонност към конформизъм. Те значително по-често следват модата в поведението и стила на живот.



Фиг. 21. Относителен дял на лицата от двете възрастови групи с проведени прегледи и консултации в клиниката.

За да се потърсят различия в потребностите от естетични процедури на лицата от двете възрастови групи, са сравнени моделите на потребление на естетични процедури. Установени бяха следните особености на потребление:

- Процедури за поставяне на филъри провеждат по-често лицата от групата под 35 г. , като при тях относителният дял на проведените филърни процедури е 14,4% от общия брой проведени процедури, в сравнение с 8,1% за пациентите над 35г.;

- Ботокс процедури се извършват предимно при групата над 35г., като всяко десето лице от групата е провело такава процедура срещу 5,4% от лицата в по-младата възрастова група;
- В групата на пациентите под 35г. са проведени два пъти повече процедури на лазерно обезкосмяване в сравнение с по-възрастната група, съответно 32,1%, срещу 8%. Това е свързано с наложените естетически норми при по-младите хора относно телесното и лицево окосмяване;
- За лазерните аблативни процедури, които са по-подходящи за възрастния тип кожа и повлияват качеството на кожата и старческите пигментации, се установява по-висока честота на провеждане сред лицата над 35 г. – 14,2% в сравнение с честотата в по-младата възрастова група – 11,6%.
- Апаратните процедури се провеждат по-често сред пациентите от групата под 35г. Този тип процедури имат регенеративен ефект и са насочени към превенцията на застаряването, а не към лечението на неговите белези.
- Не се установяват съществени различия в честотата на провеждане в двете групи на мезотерапия и бустери, плазмотерапия и лазерни неаблативни процедури.

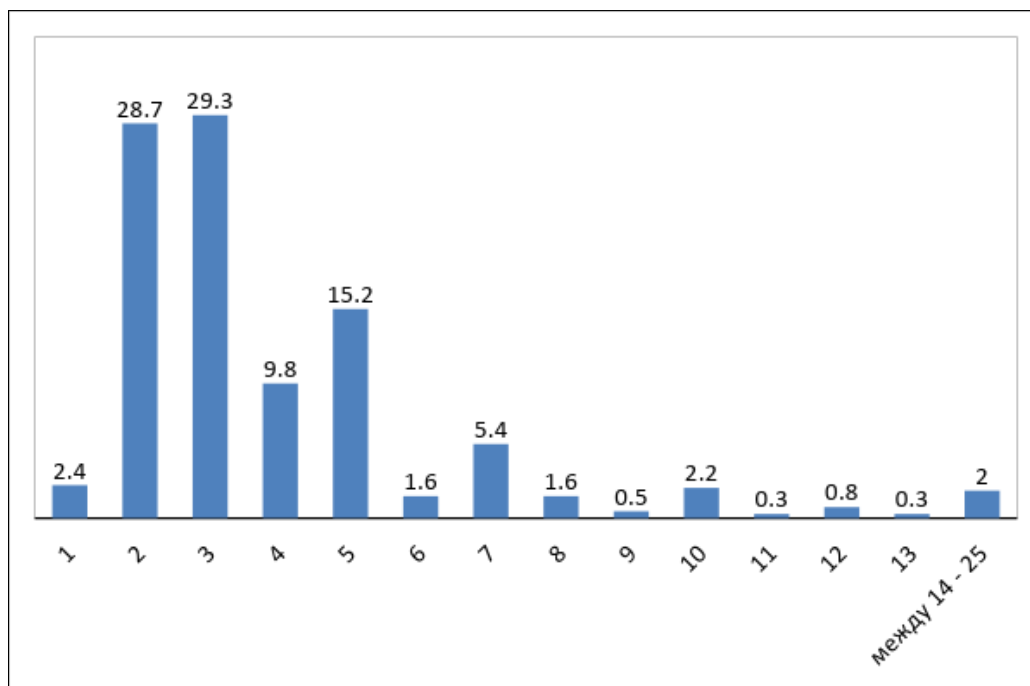
Въз основа на установените различия при лицата от ретроспективното проучване може да направим заключение, че младите хора по-често провеждат процедури за обезкосмяване, апаратно третиране на кожата и поставяне на филъри. При лицата над 35-годишна възраст преобладават процедурите с ботокс и лазерните аблативни процедури. Тези модели на потребление на естетични услуги са добре обосновани от възрастовите разлики в процесите на стареене, социалните роли и функциониране, поведенческите и естетически норми.

3.2.2. Потребление на естетични услуги при лицата от основната група

Потреблението на естетични услуги е оценено въз основа на информацията за 480 лица, натрупана по време на проспективното изследване. Тук се спираме само на някои от характеристиките на потребление, тъй като останалите не се различават съществено от установените при ретроспективното проучване.

Разпределение по кратност на процедурите

В проучването си разгледахме въпроса: “Колко процедури от един вид е извършил един пациент?”. Резултатите варират от една до двадесет и пет и могат да бъдат представени графично по следния начин (фиг. 22):



Фиг. 22 . Разпределение на лицата от основната група по кратност на естетичните процедури

От изнесените данни е видно, че най-често се правят между две и четири процедури. Това напълно отговаря на профила на терапията. За да се получи видим ефект, са нужни няколко последователни процедури. Максималният резултат от 25 процедури може да бъде обяснен с това, че за да се наблюдава ефект от апаратните процедури, се препоръчват пакети от по 12 до 18 процедури.

Честота на извършените процедури по вид на процедурата

Проучена е честотата на извършване на определени естетични процедури сред пациентите от основната група по вид на процедурите. От направеното изследване се установява, че най-разпространена процедура в основната група е инжектирането на невротоксин (18,3%). Тези резултати са в съответствие с тенденцията ботоксът да е най-разпространената естетична процедура в световен мащаб, както е видимо и от литературния обзор.

Втора по честота процедура с 17,95% е попълването на обеми на лицето с филъри. Тези данни отново напълно отговарят на световната статистика и на очакваните от нас резултати. На трето място е лазерното обезкосмяване с 11,3%. В сравнение с резултатите от ретроспективното проучване на данните от естетичния център, съобщено по-горе, се забелязва съществено различие. Това се дължи на факта, че МЦ от ретроспективно изследване се таргетира като център за лазерна и естетична дерматология. В проспективното проучване са взели участие основно центрове, в които се предлага естетична дерматология и пластично-възстановителна и естетична хирургия.

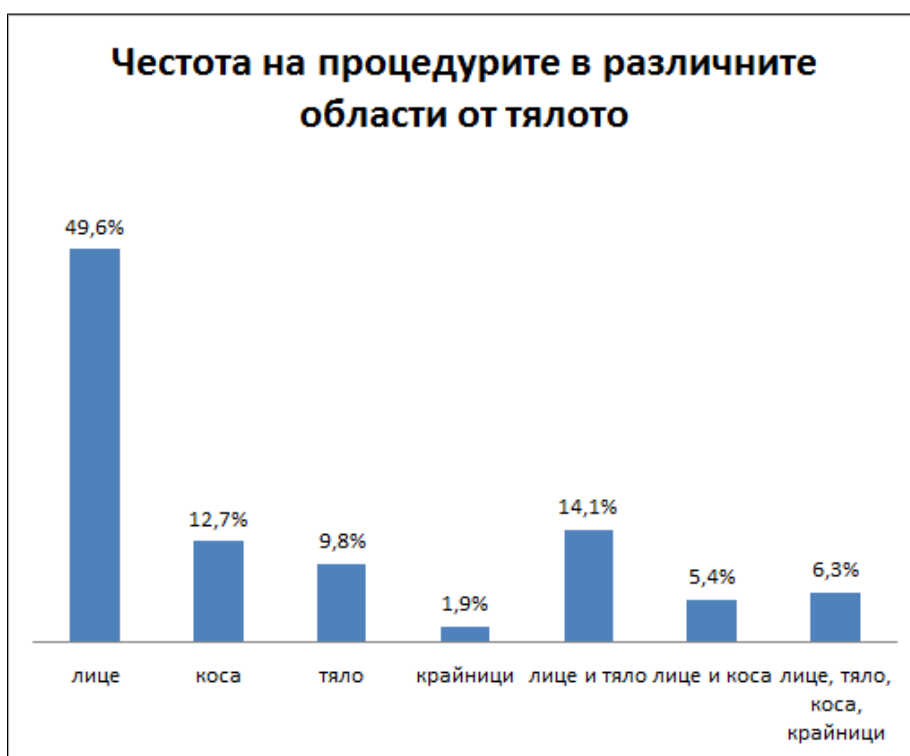
На четвърто място се поставят мезотерапиите с 10,9%. Петото място е за процедурите с кръвна плазма. Те са представени със 7,3%, тъй като тази процедура е нова на пазара на естетични процедури. На шесто място се нареждат други лазерни процедури с 3,75%. В този раздел се включват аблативен и неаблативен лазер. От аблативните лазерни процедури в портфолиото на лекарите, участвали в проучването, има аблативен лазерен пилинг и аблативно премахване на неестетични доброкачествени образувания. От неаблативните процедури са провеждани лазерна терапия за акне, розацея, онихомикоза, лазерно премахване на татуировки и др. Апаратните процедури са на последно място с 1,7%. Това се обяснява с факта, че този тип процедури до голяма степен не се извършват от лекари, а от среден медицински персонал.

Най-честата комбинация от процедури е между ботокс и филър (5,4%). Втора по честота комбинация е между ботокс, филър и мезотерапия с 4,3%. Единадесет човека от всички изследвани са се спрели на комбинация от мезотерапия и филър. От всички пациенти, правили процедури, 6,3% са изпробвали пълната гама - филъри, мезотерапия, ботокс, процедури с кръвна плазма, лазерно обезкосмяване, други лазерни процедури и апаратни процедури. Съществуват най-разнообразни комбинации между процедури, но те са по-малко представени.

Разпределение по области на тялото, в които се извършват процедури.

Друг съществен въпрос на потреблението на естетични услуги е къде е направена тя, в коя област от тялото. Въпросът е зададен на 480 пациенти, като са предложени четири опции - лице, коса, тяло, крайници. От изнесените данни на фиг. 23. е видно, че най-третираната с естетични интервенции област е лицето. Това отговаря на очакванията ни, защото лицето първо се вижда и остава открито пред

останалите хора. Затова то е най-често обект на естетични корекции и лечения за видими несъвършенства. Половината от потребителите са получили естетична процедура именно в областта на лицето. Втората по видимост област е косата, която заема второ място по честота на процедурите. Тялото и крайниците са на по-задни позиции, защото те могат да бъдат прикрити от дрехи, ако имат някакви естетични дефекти. Освен това, тъй като групата на потребителите се състои от хора с високо ниво на образование и мотивация за поддържане на естетичен външен вид, корекциите на тялото при една част от тях се поддържат чрез активен двигателен режим и спорт.



Фиг. 23. Честота на процедурите в различните части на тялото.

Нашите резултати са близки до съобщаваните от R. Small и други автори (245).

3.3. ПРОУЧВАНЕ НА МОТИВАЦИЯТА ЗА ТЪРСЕНЕ НА ЕСТЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ И ПРИЧИНИТЕ ЗА ОТКАЗ ОТ ЕСТЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Мотивацията на пациента за търсене на естетични процедури е много важна за разбиране на неговите потребности, желания и очаквания по отношение на предстоящата естетична терапия. Мотивите при различните пациенти варират, но редица автори посочват, че задължителен елемент на мотивацията за търсене на естетично лечение е наличието (в различна степен на изявеност) на неудовлетвореност от собствения външен вид. Фактори за формирането на подобно негативно отношение

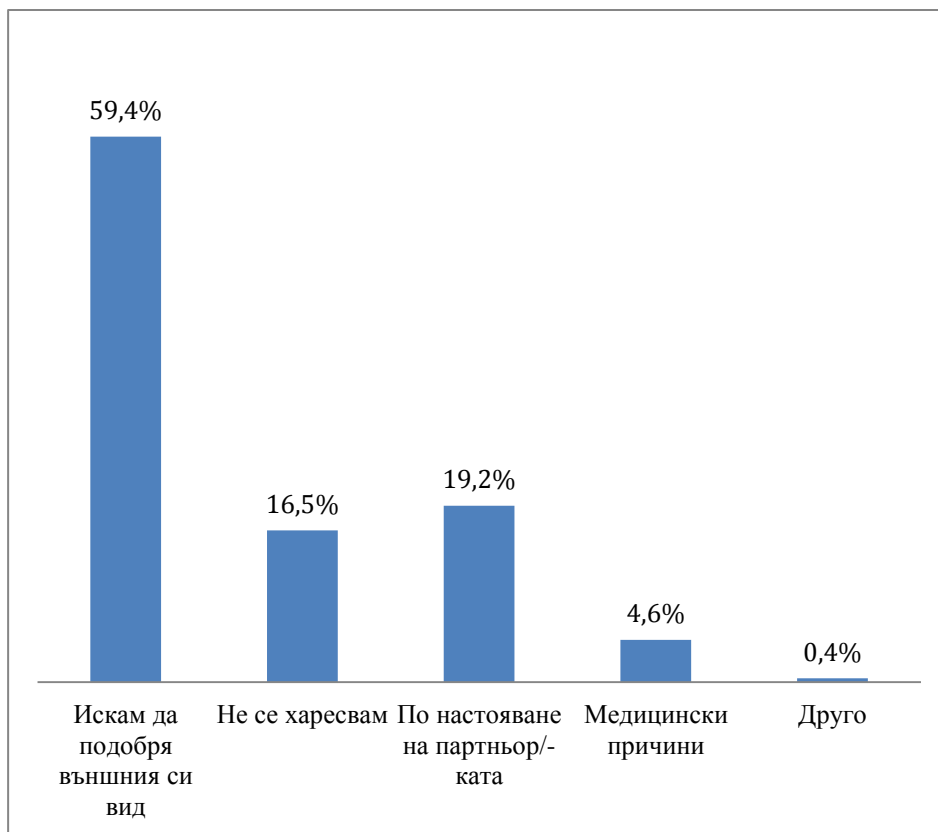
могат да бъдат както индивидуални психологически характеристики, така и полът, нивото на образование, брачният статус, качеството на междуличностните отношения и др. Третата задача на докторската дисертация представя проучването на мотивите на пациентите от основната група и на лицата, обърнали се за консултация по повод на естетичен проблем (52 лица), както и техните причини за отказ от извършване на естетични процедури.

3.3.1. Мотивация на лицата за извършване на естетични процедури

Причините, които подтикваат пациентите да пристъпят към естетични процедури, са от различно естество. Те могат да се класифицират в няколко основни групи:

1. Причини, произхождащи от желание да се подобри външния вид;
2. Причини, произхождащи от вътрешно неприемане, нехаресване и отрицание на собствената външност;
3. Причини и мотивация, идващи отвън, от друг човек, най-често партньор/ка;
4. Причини от медицинско естество, напр. при хирзутизъм се препоръчва прилагането на лазерно обезкосмяване и др.
5. Други причини, обобщаващи всички останали причини, които са мотиватори за естетични процедури.

Въз основа на този логическа рамка, от лицата в основната група е събрана информация относно мотивите им за естетично лечение чрез въпроса „Каква е мотивацията Ви да извършите естетична процедура?“. Въпросът е полузатворен според вида на отговорите, като на лицата са предложени 4 предварително формулирани отговора, съдържащи посочените по-горе четири основни причини за търсене на естетични процедури. Предложена е и възможност за изразяване свободно на друго мнение, ако собствените мотиви не попадат в обхвата на готовите отговори. Разпределението на отговорите на лицата от основната група е представено на фиг. 24.



Фиг. 24. Мотивация на пациентите да потърсят естетични услуги

Прави впечатление, че най-честият отговор на пациентите с естетични процедури е свързан с желание за подобряване на външния вид – 285 (59,37%). Доминирането сред основната група на този отговор подкрепя изводите на редица автори за най-честия мотив при търсене на естетични процедури (131, 174).

Три четвърти от пациентите съобщават вътрешно генерирани мотиви, свързани с техните желания или неудовлетвореност от външността им. Проучванията показват, че вътрешно мотивираните лица по-често реализират намеренията си за търсене на естетични процедури и завършват пълния цикъл от необходимими процедури.

Около една пета от пациентите посочват мотив от външно естество – по настояване на партньор/-ка. Често естетичните несъвършенства се забелязват от околните, най-близките хора мотивират лицата за разрешаване на естетичния проблем. Разбира се, тук възниква въпросът за етичността на въздействието от страна на партньора или друг значим човек, особено ако лицето с естетичен проблем потърси и се подложи на естетична процедура единствено, за да задоволи чуждото желание, а не по собствена воля.

При сравняване на мотивите на пациентите с тези на лицата от контролната група, които са провели само консултативен преглед, се установяват съществени различия ($\chi^2 = 43,081$; $p = 0,001$). Фигура 25 илюстрира това сравнение, като пациентите от основната група са разделени на такива с поредна естетична процедура (първа група) и такива с първа естетична процедура (втора група), а контролната група лица са означени като трета група.



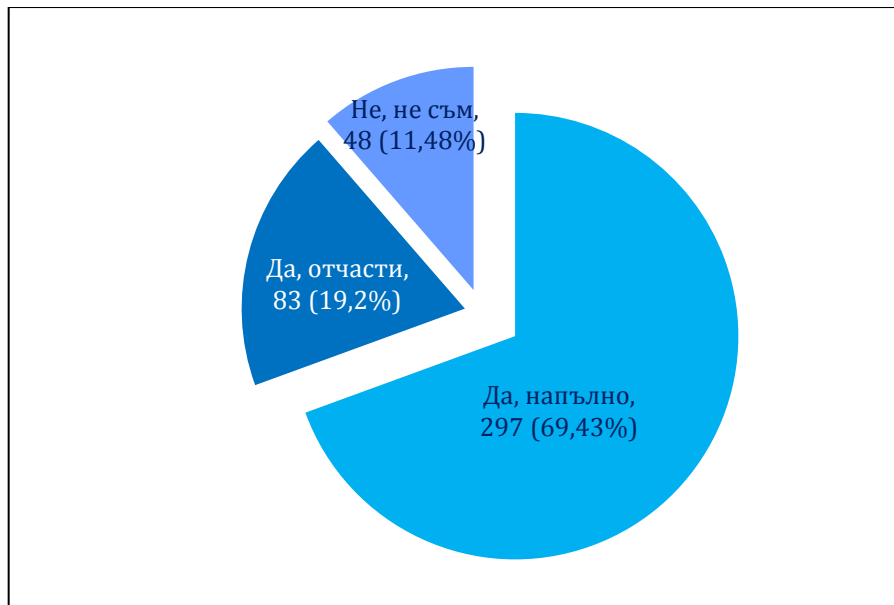
Фиг. 25 . Сравнение на мотивацията в основната и контролната група

Пациентите от основната група (първа и втора група) имат за основна мотивация подобряването на външния вид. При лицата от контролната (трета група), дошли за консултация и без проведена естетична процедура, за близо половината от лицата мотивацията идва отвън - по настояване на партньора/-ката. Тези резултати са в синхрон с посоченото вече твърдение, че когато желанието за естетична терапия е резултат от вътрешна мотивация, то се реализира в извършване на процедура.

Удовлетвореност на пациентите.

Мотивацията на пациентите с вече проведени естетични процедури за продължаване на естетичното лечение е силно зависима от удовлетвореността от получените резултати. Според определението за “естетична медицина”, удовлетвореността на пациентите от проведеното естетично лечение е сред най-важните показатели за успех. Изучаването на удовлетвореността е проведено сред 428

лица от основната група, които към момента на включване в проучването вече са провеждали естетични процедури. Резултатите са показани графично на фигура 26.



Фиг. 26. Удовлетвореност на пациентите, провели естетични процедури (n=428)

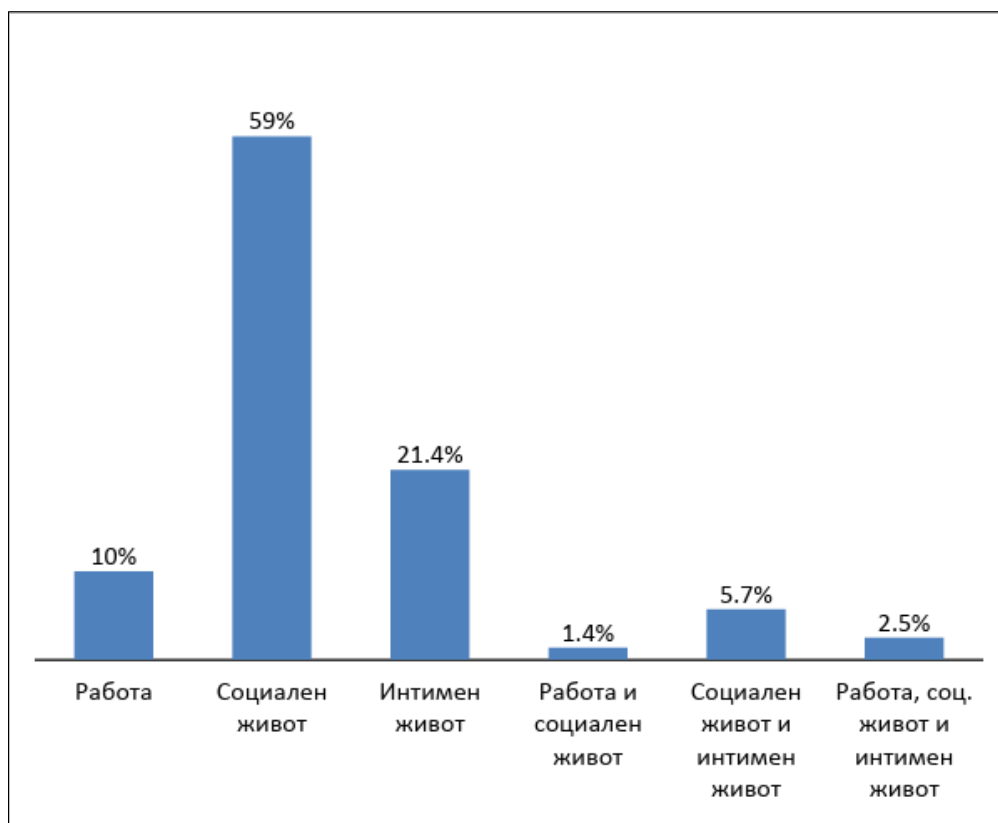
Приблизително 90% от пациентите с проведени естетични процедури са доволни в различна степен от тях, което е сериозен мотив за продължаване на лечението. В научната литература се посочва, че удовлетвореността на пациентите от процедурата е резултат най-вече от степента на съвпадение на техните предварителни очаквания и получения естетичен ефект (272, 285). Обръща се внимание, че пациентите с по-реалистични очаквания имат по-високо ниво на удовлетвореност. Специфичен проблем на миниинвазивните естетични процедури е, че пациентите обичайно имат много високи очаквания относно отстраняването на естетичните несъвършенства и съществува по-голяма вероятност да останат недоволни от получения резултат (247).

Удовлетвореността на пациентите също така зависи от отношенията с лекаря, извършващ процедурата. Значение за степента на удовлетвореност има не толкова качеството и техниката на извършване на процедурата, а преди всичко качеството на междуличностните отношения с лекуващия лекар (65, 166). Високото ниво на удовлетвореност от извършените процедури, което се установява за групата с поредна процедура при започване на проучването, може да се обвърже с въведената практика за предварително консултиране на всеки пациент от лекарите в участващите естетични клиники и центрове. Те правилно са оценили нуждите на пациентите. Коректно са дали

съвет и са извършили процедури, с които са постигнали удовлетворяващ резултат. До подобни изводи достигат и други автори (248, 252, 275) .

Оценка на ефективността на процедурите по сфери от живота.

Пациентите, които са ползвали естетични процедури, често са мотивирани да продължат лечението под влияние на настъпили позитивни промени в различните сфери на живота, в резултат на подобрения външен вид от процедурите. Същите пациенти са разпитани относно мотивиращия ефект от настъпилите положителни промени в резултат на естетичните процедури върху професионалния живот, социалния живот и интимния живот. Фигура 27 илюстрира получените резултати, като лицата са посочили повече от една положително променена сфера на живота им, която ги мотивира да търсят отново естетични процедури.



Фиг. 27. Ефект на естетичните процедури върху различните сфери от живота.

Проучването установи, че настъпилото подобрение в социалния живот на пациентите се посочва като мотивиращ фактор от най-голям брой пациенти – 289 (68,48%) с проведени естетични процедури. Положителните ефекти в интимната сфера са посочени като мотивиращ фактор от 185 (29,62%). Най-малък е дялът на лицата,

посочили позитивните ефекти на естетичните процедури върху професионалния им живот. Получените резултати кореспондират с нашите очаквания и съобщаваните в световната литература (246). Естетичните процедури най-често се правят от пациентите, за да изглеждат по-добре и да бъдат приети в обществото. На второ място са цели, свързани с интимния живот. Естетичната медицина се грижи за това, пациентите са бъдат по-атрактивни и привлекателни, което позитивно повлиява интимния живот. Подобри резултати съобщават и други автори (98, 150, 275).

В проучвания на мотивационните фактори за провеждане на естетични процедури, позитивните ефекти в трудовата среда са сред най-често посочваните, като напр. по-добри възможности за наемане на работа, постигане на желана външност при определени професии и др. (130, 247). Нашите резултати показват, че поддържането на определена визия, която е помогнала на пациента да постигне желани позитивни промени в качеството на живот в определени сфери, е мотив за многократното извършване на естетични процедури. Нашите резултати са близки до получените от R. Franki (98) и други автори (236, 275).

3.3.2. Причини за отказ от естетични процедури.

Направено е изследване сред 52 лица, които имат естетичен/дерматологичен проблем с необходимост от извършване на естетични процедури, но са отказали провеждането им. Те служат за контролна група, тъй като никога не са извършвали естетични процедури.

Социално-демографски характеристики на пациентите с отказ.

Покана за участие е отправена към 96 лица, които по време на консултация с лекаря са отказали предложеното естетично лечение, но от тях са се отзовали само 52 (54,16%). Първоначално поканата за участие в анкетирването е отправена към приблизително еднакъв брой представители и от двата пола – 45 мъже и 51 жени. Интересно е да се отбележи, че само 12 (23,07%) от отзовалите се са мъже, а 76,93% са жени. Вероятно обяснение за това е наличието в заглавието на предлагания въпросник на прилагателното „естетична“, а повечето мъже не проявяват интерес към тази сфера на медицината.

Средната възраст на лицата с отказ от естетични процедури е 40.27 ± 12.25 г., като тя е малко по-висока от средната възраст на популацията, която посещава естетичния лекар с цел провеждане на естетични процедури. Възрастовото

разпределение в две обобщени групи до 34 г. и над 35г. показва преобладаване на по-старшата възрастова група, в която попадат две трети от лицата с отказ от естетични процедури.

Разпределението на лицата по местоживеене е почти равномерно между столицата – 15 (28,84%), голям град над 100 000 - 19 (36,54%) и град под 100 000 жителя – 17 (32,69%); едно лице с отказ от процедури живее в чужбина.

Социалният статус на лицата показва, че 27 (51,92%) са работещи, една пета са безработни – 10 (19,23%), пенсионираните лица са 15 (28,84%). Делът на пенсионираните лица е сигнификантно по-висок от този на пенсионерите в основната група, в която те са само 2,7% ($p < 0,001$). Естетичните процедури не се покриват от НЗОК и други здравни застрахователи. Покупателната способност на българските пенсионери е ниска и те не могат да си позволят естетични процедури, но тъй като лекарските консултации са с достъпна цена, броят на консултираните пенсионери е по-висок. В подкрепа на тези разсъждения е и фактът, че повече от две трети (70,4%) от пациентите в основната група с естетични процедури работят, докато в групата с отказ работят само половината от лицата.

Пациентите с отказ от естетични процедури са предимно със средно образование – 37 (71,15%), а с висше образование са 15 (28,85%). Наблюдаваните различия с пациентите, провели естетични процедури, при които 51,67% са с висше образование, са статистически значими ($p < 0,01$).

Изследвахме семейното положение на пациентите, които са отказали естетични процедури. Сред тях преобладават лицата, състоящи в брак или живеещите на съвместни начала с партньор – общо 32 (61,54%). Този резултат е сигнификантно по-висок от дела на хората с брак или партньорство в основната група – 47,7% ($p = 0,027$).

Почти всички от лицата с отказ от естетични процедури дават положителен отговор на въпроса дали смятат, че имат естетичен проблем – 51 (98,08%). Точно противоположна е ситуацията с отговора на въпроса „Бихте ли потърсили естетични медицински услуги?“, на който има само един положителен отговор (1,92%). Интересно е да се отбележи, че дори пациентът, отговорил положително на този въпрос, е отказал провеждането на естетично лечение.

Изучаването на причините за отказ от естетични медицински услуги е направено с помощта на полузатворен въпрос, с опция за свободно изразяване на собственото мнение. Никое от анкетираните лица не се е възползвало от възможността да изрази различно мнение. Предполагаме, че причините за това са две: вероятно всички от

анкетираните са разпознали своя отговор в предварително формулираните опции или са предпочели по-лесния вариант да изберат една от опциите, вместо да изписват цели изречения. Половината от анкетираните са дали комбинация от повече отговори, най-често на две от опциите. Следващата таблица 2 представя отговорите на лицата относно причините за отказ от извършване на естетични процедури, като в първата колона е тяхната честота, когато са дадени самостоятелно, а в следващата колона е отбелязан кумулативния процент на категорията като комбиниран отговор.

Таблица 2. Причини за отказ от естетични процедури

Причина за отказ	Самостоятелно брой (%)	В комбинация брой(кумулятивен %)
1. Не смятам, че ще получа удовлетворяващ резултат	3 (5,76%)	12 (23,08%)
2. Страхувам се от извършването на такъв род процедури	8 (15,38%)	23 (44,23%)
3. Финансово непосилни са ми	15 (28,84%)	40 (76,92%)
4. Нямам достъпна клиника, която да извършва такъв род процедури	-	12 (23,08%)
5. Имам заболяване/ния, които не позволяват да ми бъдат извършени естетични процедури	2 (3,84%)	4 (7,69%)

Финансовите пречки като причина за отказ от естетични процедури са на първо място и като самостоятелен отговор, и като комбинация. Цените на естетичните процедури остават високи за потребителите, и то не само в нашата страна. Първата причина за въздържане от естетични процедури в САЩ също е цената (26). Естетичните продукти и машини се произвеждат при прилагането на иновативни технологии, а тяхната начална цена е доста висока, което определя и високата крайна цена за потребителите.

Близо половината от лицата с отказ посочват, че се страхуват да се подложат на естетични процедури. Страховете им са свързани най-вероятно с високото ниво на инвазивност на някои от процедурите, които крият различни рискове и може да са съпроводени с болка. Страхът от болка е също втора по честота причина при проучването сред американските потребители (26). Естетичните процедури са миниинвазивни до инвазивни и в голяма степен са съпроводени с болка, което плаши подлагащите се на такъв род интервенции. Един от най-често задаваните въпроси при консултация с естетичен лекар е дали и до колко процедурата боли, което разкрива притесненията на пациентите.

При обсъждането на страховете като причина за отказ, трябва да се отбележи нарастването на честотата на усложненията и нежеланите реакции в резултат на някои естетични интервенции. Отчасти наблюдаваната възходяща негативна тенденция се дължи на липсата на регулативни регламенти и стандарти за естетичната медицина в редица страни. Липсват и ясни правила, определящи кой трябва да извършва естетичните процедури – лекар-специалист, общопрактикуващ лекар, медицинска сестра, козметик или друго лице. Медиите също допринасят за насаждане на страх от естетичните процедури, като все по-често съобщават за случаи на некрози, инфекции, грануломи, „паднали клепачи“, асиметрии и др (111).

Страховете, свързани с неудовлетворителен резултат от естетичната процедура, са чести и редовно се превръщат в страх от самата процедура. Новите течения в естетичната медицина в последните 15-20 години налагат като мярка за качествена услуга получаването на естествени резултати без прекомерни корекции. Известна сред естетичните лекари е сентенцията „Визия като резултат след една добра почивка“. Такива са и желанията на информирани пациенти за резултатите от естетичните процедури. Групата на тези пациенти включва работещи хора, занимаващи се със социално престижни професии и те желаят резултатите на новата им визия да не бъдат изкуствени, очевидни и фрапиращи като разлика. Модерният пациент търси естествения вид на своята външност, да отговаря на годините си, да изглежда потпочинал, а не „направен“ (246, 257, 283).

В ежедневноата практика у нас страхът от неестествен външен вид след процедура е най-често срещан. Той се дължи на стереотипа естетичната медицина да се свързва с резултатите, видими в поп-фолк културата. Много от пациентите, желаещи да се подложат на естетични процедури, се отказват поради страх да не бъдат идентифицирани въз основа на външния си вид като представители на тази субкултура. Аугментацията на устни е една от най-честите процедури в кабинетите на естетичните лекари и е свързана с големи страхове от страна на пациентите за резултатите (203, 225). Значителна част от тях искат да избягат от визията на „силиконовите устни“. За представителите на определени социални прослойки с културен профил, различен от този на почитателите на поп-фолка, всеки елемент от външността, конотиращ принадлежност към считаната за ниска друга (суб)култура, е повод за притеснения и дори отказ от процедури, които биха довели до компрометираща външност.

В последните години все по-често срещана е фобията от инжектирането на ботулинов токсин (66, 92) и не рядко – страхът от поставянето на филъри. Мнението на

голяма част от пациентите относно процедурите се формира не на базата на консултация с лекар-специалист, а на въздействието на социалните медии и форуми, в които се пише за естетични процедури. Потенциалните пациенти първо влизат в тях и търсят мнението на анонимни потребители на естетични процедури, които оказват влияние при формиране на мнението, желанията и страховете относно естетичната медицина. За пациента е по-важно мнението на „потърпевш“, отколкото консултацията с лекар-специалист, за който по презумпция се мисли, че винаги ще препоръча процедура, поради финансов интерес.

Страхът на пациентите от настъпването на усложнения и нежелани резултати, обаче се явява движеща сила на стремглавото развитие на нов клон от естетичната медицина, наречен „естетична регенеративна медицина“. Голяма част от пациентите с ботокс-фобия и/или филър-фобия търсят естествени продукти без странични реакции и с минимални усложнения, каквито предлага регенеративната медицина. При нея чрез процедури като PRP (кръвна плазма, богата на тромбоцити и растежни фактори) и PRF (кръвна плазма, богата на фибрин) резултатите се постигат постепенно, с наслагващ се ефект, не може да се „пренапълни“, „предозира“ или да изглежда “изкуствено“(227, 279). Основният продукт е автоложната кръв на пациента, която не крие рискове за големи и животозастрашаващи странични реакции (227).

Не само страховете от резултатите спират пациентите да се подложат на естетични процедури, но и достъпът до този вид услуги може да се окаже причина за отказ. Повечето естетични клиники или центрове са съсредоточени в големите областни градове. От гледна точка на здравния мениджър тази стратегия е напълно обяснима, защото в градовете е най-големият поток на хора, съответно и търсенето е най-голямо. Интересно е да се отбележи, че никой от пациентите не е дал този отговор като самостоятелен. Днес комуникационните и транспортните връзки са добре развити, което прави лесен достъпа до населено място с естетична клиника. Самият вид на процедурите не изисква пролежаване в медицинския център или клиника и трае не повече от няколко часа. Естеството на терапиите предполага, че могат да бъдат извършени в рамките на един ден (245) и най-вероятно това е причината никой да не отбележи липсата на достъпна клиника по естетична медицина като самостоятелен отговор.

Малка група лица с отказ от процедури имат медицински противопоказания за извършване на естетични интервенции. Най-честите здравословни проблеми, при които не се разрешава извършване на естетични интервенции, са

свръхчувствителност/алергия към продукта или към някоя от съставките му, инфекции на мястото на инжектирането, миастения гравис, епилепсия, онкологични заболявания, автоимунни заболявания, инфекциозни заболявания в активна фаза, психиатрични заболявания, порфирия и други. Освен изброените заболявания има и други състояния, при които не се позволява извършване на естетична процедура - при бременност, кърмене. Възрастта също може да бъде ограничаващ фактор (под 18 години и над 65 години).

Влияние на някои демографски и социални фактори върху причините за отказ от естетични процедури.

Следващите резултати представят анализите ни по отношение влиянието на пола, възрастта, местоживеенето, образователното ниво, семейното положение и някои други характеристики върху причините за отказ.

При изследване на влиянието на пола върху причините за отказ от естетични процедури не се установяват съществени различия между мъжете и жените ($\chi^2 = 6,55$; $p = 0,84$). И при двата пола финансовите причини за отказ от естетични процедури са на първо място, следвани при жените от страха от процедури – около 44%, а при мъжете в еднакъв дял (по 30,8%) - от липсата на убеденост в ползата от процедурите, и изненадващо – от наличието на страх от провеждане на естетични процедури. Мъжете най-вероятно смятат, че този тип процедури са част от типичното женско поведение, с което те не се идентифицират. Мъжете също по-често не вярват в положителните промени, които могат да получат, подлагайки се на естетични процедури.

Възрастта не оказва влияние върху причините за отказ от естетични процедури. При сравнението на двете големи възрастови групи – под 34г. и над 35г. не се установиха съществени различия в разпределението на причините за отказ ($\chi^2 = 8,87$; $p = 0,63$). И при двете групи лица водещи са финансовите причини, които правят естетичните процедури недостъпни. При лицата до 35 г. втората по важност причина е изпитваният страх от провеждане на процедурите. При по-младите пациенти естетичните процедури не са толкова необходими и най-вероятно притесненията около болката и резултатите от интервенцията са по-чести. При по-възрастната група (над 35-годишна възраст) нуждите от естетична терапия се увеличават, предвид процесите на стареене. При тези пациенти значение за отказа от процедури има липсата на достъпна клиника, в която да се извършат процедурите. Най-вероятно по-възрастните пациенти живеят в по-малки населени места, където няма естетични центрове.

Разгледана е връзката между местоживеенето и причините за отказ от естетични процедури. Установява се съществено различие в причините за отказ по местоживеене. Докато финансовите причини за отказ от процедури имат еднакъв дял във всички групи по местоживеене, при пациентите от София се наблюдават съществено по-високи дялове на пациентите, изпитващи страх от процедури (37.7%) срещу 9.5% при лицата, живеещи в голям град над 50 000 жителя ($\chi^2 = 49,15$; $p = 0,03$). Респондентите с отказ от естетични процедури поради липса на достъпен център за естетична медицина са най-много сред жителите на малките градове (27.5%).

Образователния статус оказва съществено влияние върху причините за отказа от естетични процедури ($\chi^2=4,13$; $p=0,04$). Лицата с висше образование по-често посочват страха от процедури като причина за отказ от естетично въздействие (52.4 %), докато за лицата със средно образование водещи са финансовите затруднения, които правят естетичните процедури недостъпни за около 2/3 от тях. Образованите хора имат по-високи доходи и са добре информирани за рисковете, които крият естетичните процедури, докато хората с по-ниско образователно ниво вероятно са и с по-малки доходи и това рефлектира върху отговорите, които дават.

Не се наблюдава връзка между семейния статус на лицата и причините за отказ от естетични процедури ($\chi^2 = 38,04$; $p = 0,72$).

Анализирано е и влиянието на наличието на хронично заболяване върху причините за отказ от естетични процедури. За хронично заболяване съобщават 30 (57,69%) от лицата, а 22 (42,3%) не са посочили такова. Най-често съобщаваните хронични заболявания/състояния са Болест на Хашимото – при 6 (11,53%) лица и аспе *conglobata*, придружено с белези – при 7 (13,46%). Сравнение на разпределението на причините за отказ от процедури при лицата с и без хронично заболяване не установи съществени различия.

3.4. АНАЛИЗИРАНЕ ВЛИЯНИЕТО НА ЕСТЕТИЧНИТЕ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ И ЗДРАВНАТА САМООЦЕНКА

Изпълнението на четвъртата задача от проучването реализира неговата най-важна част. В следващото изложение са представени резултатите от измерванията на качеството на живот при започване на проучването, преди извършване на естетични процедури и тези, получени след приключване на пълния цикъл процедури според стандартния протокол на дадената интервенция. Представени са отговорите на

отделните въпроси, обобщените резултати за скалите за функциониране, емоции и симптоми, както и обща оценка за КЖСЗ, получена като средна аритметична величина от стойностите на оценките за трите скали. Направени са сравнения между основната група и пациентите с отказ от процедури по отношение изходните нива на скалите за КЖСЗ.

3.4.1. Описание на изходното ниво на качеството на живот в основната и контролната групи

Таблица 3 отразява средните стойности на отговорите на лицата от основната група и контролната на всеки въпрос от адаптирания въпросник за оценка на КЖСЗ.

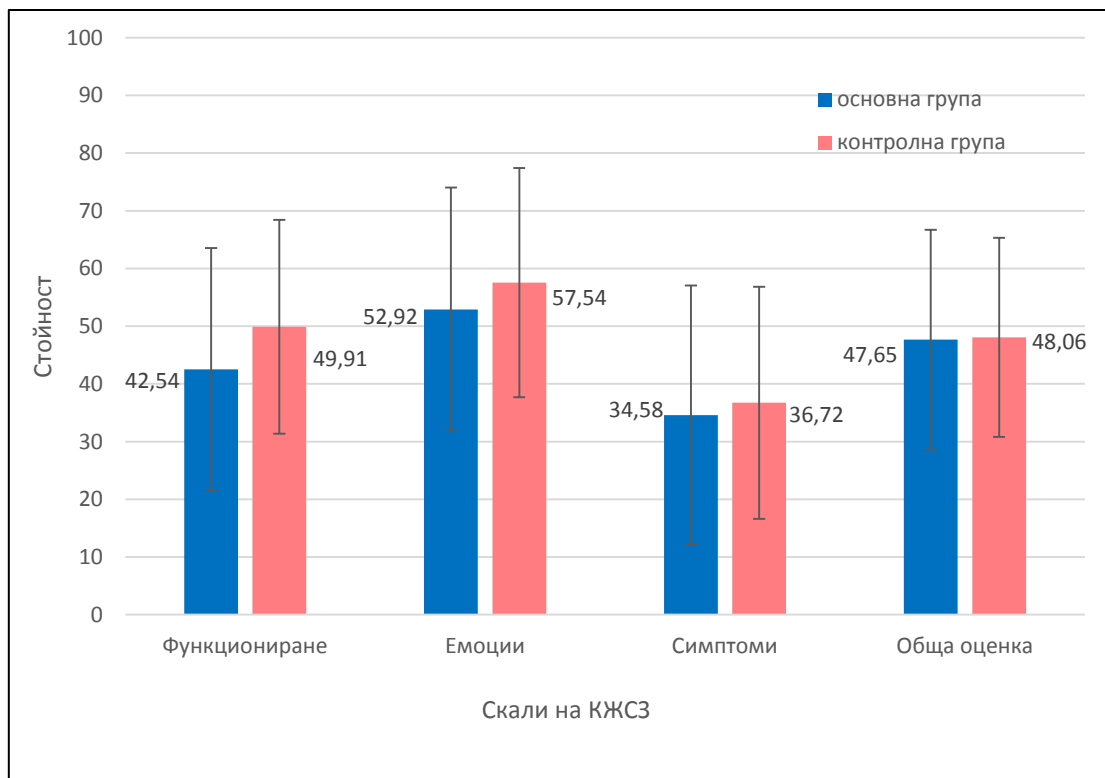
Табл. 3. Оценки на отделните въпроси за КЖСЗ при започване на проучването при лицата от основната група и от контролната група (средна стойност \pm стандартно отклонение)

Въпрос	Основна група (n=480)	Контролна група (n=52)	Ниво на значимост p
1. Естетичният ми проблем се отразява на качеството на съня ми.	1,80 \pm 0,94	1,96 \pm 0,98	0,21
2. Естетичният ми проблем затруднява работата ми и заниманията ми с хобита.	1,85 \pm 0,89	2,07 \pm 0,88	0,08
3. Естетичният ми проблем влияе върху социалния ми живот.	2,69 \pm 1,25	2,96 \pm 1,10	0,15
4. Предпочитам да правя нещата сам заради естетичния ми проблем.	2,06 \pm 1,07	2,38 \pm 1,14	0,05*
5. Състоянието на естетичния ми проблем ме затруднява да изразявам обичта си.	2,14 \pm 1,10	2,51 \pm 1,13	0,02*
6. Естетичният ми проблем намалява самочувствието ми и самоувереността ми.	2,99 \pm 1,28	3,27 \pm 1,22	0,14
7. Състоянието на естетичния ми проблем представлява проблем за хората, които обичам.	2,11 \pm 1,09	2,27 \pm 0,99	0,21
8. Естетичният ми проблем влияе върху желанието ми да бъда с други хора.	2,39 \pm 1,21	2,64 \pm 1,19	0,16
9. Естетичният ми проблем пречи на сексуалния ми живот.	2,71 \pm 1,32	3,16 \pm 1,24	0,02*
10. Срамувам се от естетичния ми проблем.	2,99 \pm 1,33	3,20 \pm 1,29	0,29
11. Безпокоя се, че естетичния ми проблем може да се влоши.	3,23 \pm 1,24	3,27 \pm 1,24	0,84
12. Естетичният ми проблем ме ядосва.	2,95 \pm 1,36	2,92 \pm 1,34	0,80
13. Изпитвам неудобство заради естетичния ми проблем.	2,68 \pm 1,24	2,61 \pm 1,19	0,66
14. Разстроен съм от естетичния ми проблем.	2,50 \pm 1,24	2,74 \pm 1,29	0,22
15. Чувствам се унижен от естетичния ми проблем	2,18 \pm 1,16	2,44 \pm 1,21	0,15
16. Другите забелязват естетичния ми проблем.	2,37 \pm 1,19	2,54 \pm 1,07	0,24
17. Естетичният ми проблем ме боли.	1,75 \pm 0,98	1,64 \pm 0,95	0,39
18. Естетичният ми проблем ме сърби.	1,90 \pm 1,16	2,04 \pm 1,27	0,48
19. Естетичният ми проблем ме кара да проверявам външния си вид в огледалото.	3,73 \pm 0,85	3,67 \pm 0,90	0,67

Данните в таблицата показват, че по-голямата част от отговорите на лицата в основната група имат средни стойности в диапазона 2.06 - 2.99, т.е. състоянията им се случват рядко и понякога. Забелязват се и малки отклонения. Например, при въпрос №11 пациентите от основната група съобщават за по-високи нива на безпокойство, че естетичният им проблем може да се влоши. Подобна тенденция се забелязва и в 19-и въпрос. Пациентите споделят, че често проверяват външния си вид в огледалото, което показва несигурност и безпокойство, свързани със собствената външност. И двата въпроса напълно отговарят на нашите предварителни очаквания. Пациентите посещават своя естетичен лекар, защото се притесняват, че проблемът им ще се влоши.

Лицата от контролната група имат на повечето въпроси по-високи оценки (показващи по-изразено увреждане на КЖ), но само при три от въпросите наблюдаваните различия между двете групи са съществени – това са въпроси №№ 4, 5 и 9 – от сферата на функционирането. Въпреки някои установени различия в характеристиките на двете групи като образование, семеен статус и фактори от стила на живот, не се установяват съществени различия в отговорите на отделните въпроси, изследващи качеството на живот.

При изчисляване на стойностите на отделните скали Функциониране, Емоции и Симптоми, както и на общата оценка за КЖ при започване на проучването за двете групи не се установяват съществени различия, макар че нивата на контролната група са малко по-високи (фиг. 28).



Фиг. 28. Качество на живот на лицата от основната и контролната групи при започване на проучването (T_1)

И в двете групи най-високи са стойностите на скала емоции, което показва че естетичните проблеми в най-голяма степен засягат негативно емоционалното благополучие на лицата. Нашите резултати потвърждават съобщаваните от редица автори ефекти на естетичните проблеми върху самочувствието, себевъзприятието и самоувереността (49,83).

3.4.2. Качество на живот на 428 пациенти с пълен цикъл естетични процедури

След завършване на пълния цикъл от необходими процедури, в края на проучването (T_2) пациентите са помолени отново да попълнят въпросника за КЖ. Първоначалната хипотеза, проверявана в проучването е, че след провеждане на естетичната терапия КЖСЗ ще се подобри. Проведените анализи на информацията за отделните области на КЖСЗ потвърждават тази хипотеза, като резултатите от средните стойности на отговорите на отделните въпроси след пълен цикъл естетични процедури са представени в следващата таблица 4 .

Табл. 4. Оценка на качеството на живот при 428 лица след естетична процедура

Въпрос	Средна оценка	Стандартно отклонение (SD)
1. Естетичният ми проблем се отразява на качеството на съня ми.	1.32	0.65
2. Естетичният ми проблем затруднява работата ми и заниманията ми с хобита.	1.36	0.52
3. Естетичният ми проблем влияе върху социалния ми живот.	1.75	0.73
4. Предпочитам да правя нещата сам заради естетичния ми проблем.	1.53	0.65
5. Състоянието на естетичния ми проблем ме затруднява да изразявам обичта си.	1.44	0.62
6. Естетичният ми проблем намалява самочувствието ми и самоувереността ми.	1.73	0.71
7. Състоянието на естетичния ми проблем представлява проблем за хората, които обичам.	1.41	0.62
8. Естетичният ми проблем влияе върху желанието ми да бъда с други хора.	1.46	0.60
9. Естетичният ми проблем пречи на сексуалния ми живот.	1.76	0.86
10. Срамувам се от естетичния ми проблем.	1.73	0.76
11. Безпокоя се, че естетичния ми проблем може да се влоши.	1.81	0.84
12. Естетичният ми проблем ме ядосва.	1.69	0.65
13. Изпитвам неудобство заради естетичния ми проблем.	1.81	0.84
14. Разстроен съм от естетичния ми проблем.	1.78	0.72
15. Чувствам се унижен от естетичния ми проблем	1.56	0.70
16. Другите забелязват естетичния ми проблем.	1.58	0.62
17. Естетичният ми проблем ме боли.	1.27	0.45
18. Естетичният ми проблем ме сърби.	1.20	0.48
19. Естетичният ми проблем ме кара да проверявам външния си вид в огледалото.	3.31	0.77

Получените резултати от отговорите на пациентите, провели пълен цикъл естетични процедури, демонстрират намаляване в средната оценка на всеки един от въпросите след приключване на интервенцията. Отговорите варират между 1.20 – 1.81, което съответства на отговори „никога“ и „рядко“. Очевидно след провеждане на естетичните процедури пациентите показват подобряване на качеството на живот и негативните явления в отделните области ги обезпокояват в по-малка степен. Отговорът на 19-и въпрос остава с висока средна оценка - 3.31. Това може да означава, че пациентите, макар и да са разрешили/подобрили естетичния си проблем, остават все толкова заинтересовани от външния си вид и често го проверяват. Подобни резултати съобщават и други автори (83, 252, 283).

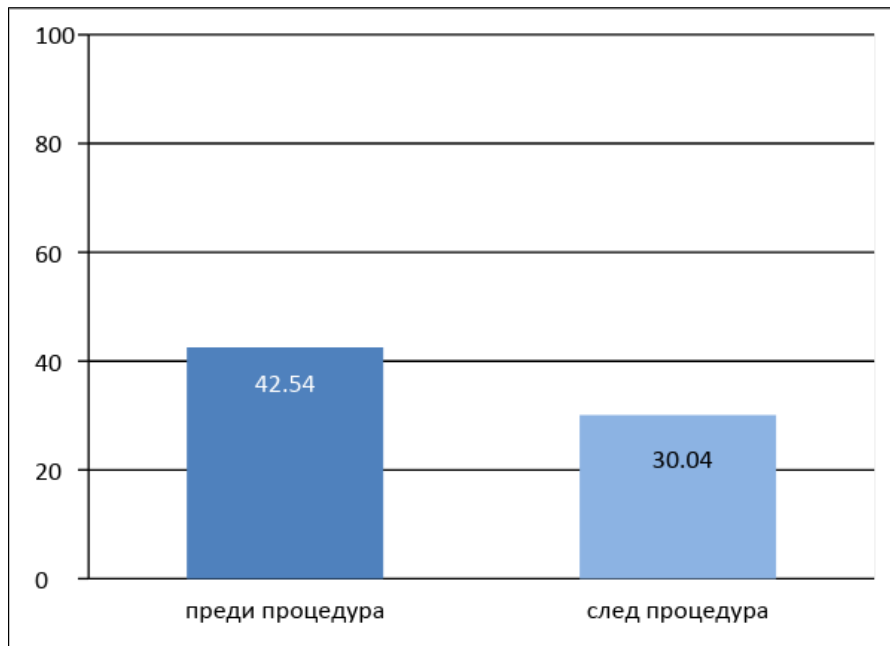
3.4.3. Промяна в качеството на живот преди и след естетични процедури

Въздействието на естетичните процедури върху качеството на живот е изследвано при подгрупата лица с ПЦП, включваща 428 пациенти, които са попълвали втория въпросник за оценка на КЖСЗ след процедура, завършили са пълния протокол за съответната процедура и са получили видим резултат. Сравнени са оценките в отделните области на КЖСЗ, дадени от лицата преди и след естетични процедури. Промяната в качеството на живот е представена поотделно за трите скали - Функциониране, Емоции и Симптоми, както и с обща оценка за КЖСЗ. За сравнението преди и след процедури е приложен непараметричен тест за сравнение на зависими извадки.

При сравнение на средните стойности на отговорите на групата пациенти с ПЦП на всеки въпрос преди и след провеждане на естетичните процедури, представени в таблиците по-горе, са получени сигнификантни различия. Пост-процедурните стойности за всички въпроси са по-ниски ($p \leq 0,001$), което показва намаляване на честотата на негативното преживяване на лицата във връзка с естетичния проблем.

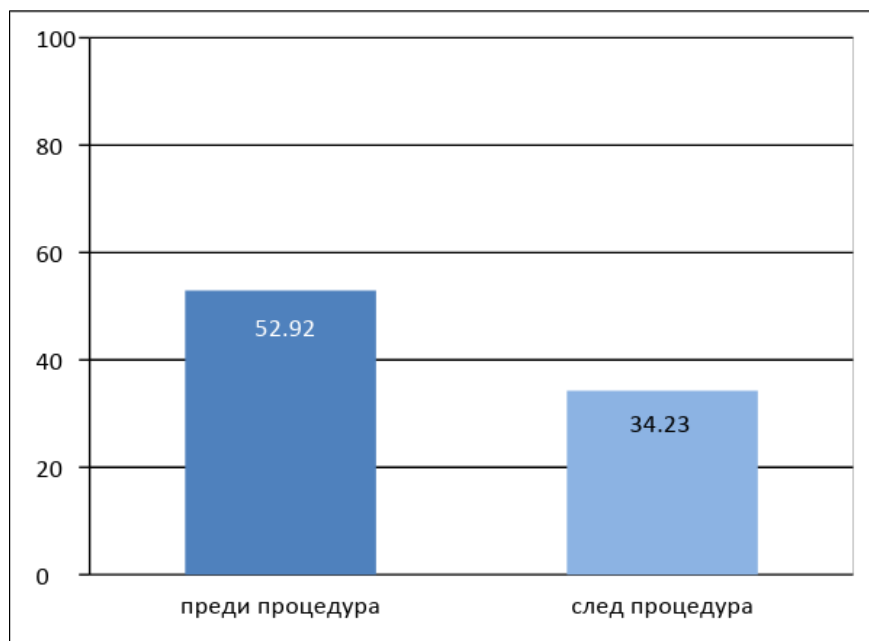
Първата област на КЖСЗ е представена чрез скала Функциониране и отразява физическото и социално функциониране на лицата. Резултатите от оценките на скалата при сравнението преди и след естетични процедури са представени на следващата фигура 29. Установява се, че пациентите преди процедура показват по-високи нива на теста, следователно и по-високо ниво на увреждане в областта на функциониране (42.54 ± 20.98). След направен пълен цикъл на назначената естетична процедура, нивото на теста намалява статистически значимо до 30.04 ± 8.70 ($p = 0,001$), реализирайки промяна от 29,38% в нивото на оценката за функционирането. Това доказва, че естетичната процедура повлиява положително функционалната сфера от качеството на живот.

Най-вероятно механизмите на въздействие на естетичните процедури върху функционирането са индиректни и преплетени с тези, повлияващи емоционалната сфера (236). При самото създаване на оригиналния въпросник Skindex-29, както и при създаването на адаптирания въпросник, ползван в това изследване, са идентифицирани 3 фактора, като при анализите част от въпросите на емоционалната сфера показват висока корелация и с функционалната сфера (53, 135). Необходими са следващи задълбочени интердисциплинарни изследвания за разкриването на тези общи механизми.



Фиг. 29. Стойности на скала Функциониране преди и след естетичните процедури

Следващата скала, която ще разгледаме, е скалата, представяща емоционалната сфера. Резултатите от оценката на тази област преди и след проведените естетични процедури са илюстрирани с фигура 30.



Фиг. 30. Стойности на скала Емоции преди и след естетичните процедури

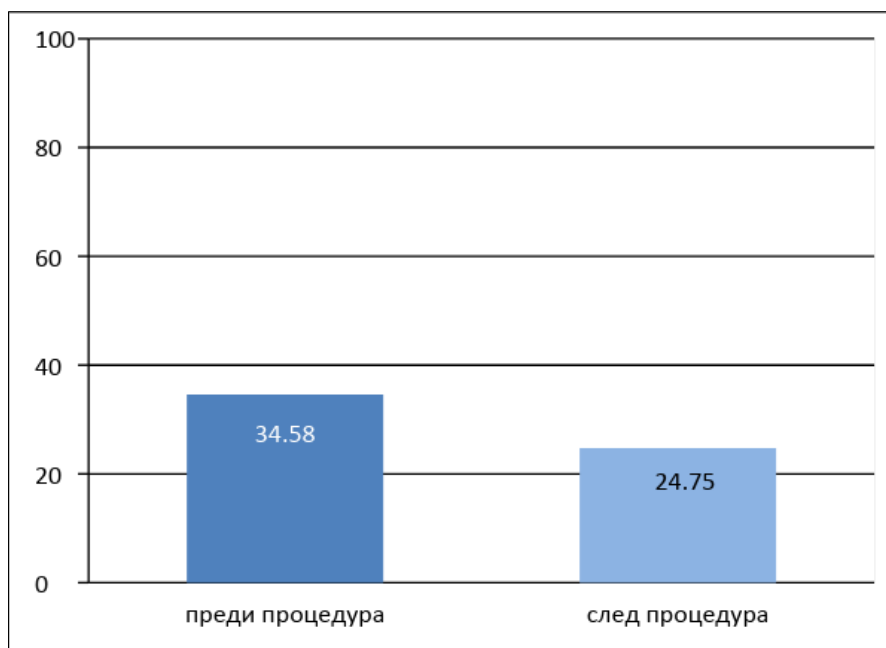
Направените анализи отново намират сигнификантно по-високи нива на теста в началото на проучването, преди извършването на естетична процедура (52.92 ± 34.24), в

сравнение със стойностите след процедура - 34.23 ± 8.70 ($p = 0.001$). Очевидно, след пълен цикъл на процедури значително се подобрява емоционалното благополучие на индивида. Настъпилата положителна промяна в стойността на оценките за тази област на КЖСЗ е от 43,24%. Необходимо е да отбележим, че емоционалната сфера има най-високи нива на теста преди естетична процедура и се повлиява най-благоприятно от извършването на пълен цикъл от дадената процедура. Следователно може да заключим, че естетичните проблеми повлияват негативно най-много емоциите, и съответно – отстраняването на несъвършенствата във външността чрез естетично лечение, подобрява най-много емоционалната област и психичното благополучие на лицата. Подобни резултати съобщават и други автори (236,283).

От направеното изследване се установява, че най-малко въздействие от естетичните проблеми има при симптомите. Данните показват, че преди третирането на естетичния проблем скалата на симптомите е със средна обща оценка 34.58 ± 22.46 , а след направата на процедурите тя намалява на 24.75 ± 7.04 ($p = 0,001$). Подобни резултати съобщават и други автори (206).

Наблюдаваното намаляване на средните стойности на скалата Симптоми всъщност означава подобряване на състоянието и намаляване на негативния ефект на симптоматиката върху качеството на живот след естетичната интервенция (фиг. 31.). Промяната в оценката на ефекта на симптомите е от 28,42% и е сравнима с промяната в оценките на скала Функциониране.

Установеното от нас засягане от естетичните проблеми на качеството на живот в областта на симптомите отговаря на клиничната действителност, защото много малко от тях имат изразена симптоматика като болка, сърбеж, дискомфорт или др. Както се вижда, естетичните проблеми предимно повлияват емоциите, защото самите естетични проблеми са свързани с това как пациентите възприемат себе си и процесите на стареене. В естетичната медицина основно се третират и забавят физиологичните процеси на стареенето (66). Не може да изключим, разбира се, и естетичните дефекти, които са настъпили вследствие на увреждане на здравето, но като процентно съотношение те са по-малко.



Фиг.31. Стойности на скала Симптоми преди и след естетичните процедури

За оценяване на общото въздействие на естетичните процедури върху качеството на живот на пациентите е изчислена обобщена оценка, която следва методиката на част от авторите, използващи инструмента Skindex 29 в изследванията на КЖСЗ в дерматологията и естетичната медицина. Те изчисляват обща средна оценка за КЖСЗ като средна аритметична стойност от оценките на всяка една от трите скали на въпросника като количествена променлива, която се трансформира после линейно (72), а не като проста сума от линейно трансформирани стойности, както правят други изследователи (135). Считаме че приетият от нас подход е методично по-издържан, тъй като: 1.) той не се различава от начина за изчисляване на оценките за всяка скала в оригиналната методика на Skindex-29; 2.) отразява резултатите за качеството на живот в рамките на линейна скала от 0 до 100, която е вече използвана при оценка на ефектите за всяка от трите области на КЖСЗ (143). Това прави резултатите по-разбираеми и лесни за интерпретиране, в сравнение с резултатите за КЖСЗ, представени с натрупване.

Сравнението на общата средна оценка за качеството на живот при пациентите от основната група с ПЦП установи, както се очаква, статистически достоверно различие между стойностите преди и след естетичните процедури. Стойността на общата оценка за КЖСЗ от $47,65 \pm 19,04$ при започване на проучването, преди извършване на естетична интервенция намалява с 30,43% след процедури и е $33,15 \pm 7,01$ ($p = 0,001$).

В заключение може да обобщим, че са налице сигнификантни различия в стойностите на трите скали на КЖСЗ преди и след извършване на естетични процедури, както и в общата средна оценка за качеството на живот ($p = 0.001$). Тези данни напълно отговарят на очакваните от нас резултати и доказват, че естетичните процедури имат силно въздействие върху качество на живот, свързано със здравето.

3.4.4. Повлияване на здравната самооценка преди и след процедури.

Като втори важен измерител на ефекта на естетичните процедури в нашето проучване е използвана здравната самооценка, измерена преди и след проведено естетично лечение при пациентите от основната група с ПЦП (428 лица). Използвана е самооценката на моментното здравно състояние (143), направена с помощта на визуалната аналогова скала (EuroQol-visual analogue scale - EQ-VAS) от стандартизирания инструмент за оценка на качеството на живота EQ-5D (86, 266).

Пациентите определят сами оценка на собственото здраве преди и след естетични процедури върху визуалната скала с вариране от 0 (най-лошо) до 100 (най-добро). Поради непараметричното разпределение на здравната самооценка съобщаваме стойностите на медианата, първия и третия квартил. Преди процедура пациентите оценяват здравето си предимно в обхвата на най-високите категории на здраве ($\text{Median}_{T1} = 85$; $\text{IQR}_{T1} = 70-95$). Това има своето логично обяснение - пациентите, подлагащи се на естетични процедури, се различават от обичайните пациенти. Най-често те не изпитват болка и физически дискомфорт от тяхното естетично състояние и са в добро здраве. Именно въз основа на факта, че тези пациенти са по-различни от обичайните, в последно време се засилва дискусиата дали трябва да използваме изобщо думата „пациент“ в естетичната медицина. На световните конгреси по естетична медицина започва да се обсъждат нови предложения за специфичен термин, който да бъде съчетание между пациент и клиент, тъй като се смята, че потребителите на естетични услуги имат характеристики и на двата типа.

След завършване на цикъла естетични процедури отново е измерена здравната самооценка. Установява се подобряване на здравната самооценка ($\text{Median}_{T2} = 90$; $\text{IQR}_{T2} = 80-95$), като наблюдаваните различия са статистически значими ($p = 0,001$). Най-вероятно тази промяна е свързана и с подобряването или премахването на техния естетичен проблем. При първоначалното измерване на здравната самооценка размахът на вариационния ред е 65, с минимална стойност от 44 и максимум от 100. След

процедура той е 40, с по-висока минимална стойност от 60. Дори пациентите, които са оценявали най-лошо своето здраве, имат подобрение.

За да проследим какъв е ефекта на проведените естетични процедури върху здравната самооценка на лицата и поради нейното непараметрично разпределение, проведехме анализите, разделяйки вариационния ред по квартали. Установиха се промени в самооценката на здравето при лицата след естетични процедури – само седем лица показват намаляване на първичната здравна самооценка, 283 (66,12%) лица не променят самооценката, а една трета показват нарастване на здравната самооценка. При сравнение на изходните оценки на КЖСЗ за всяка скала между отделните квартали на здравната самооценка не се наблюдават съществени различия (табл. 5). Също така не се установяват статистически значими различия в стойностите на оценките на КЖСЗ за всяка скала след проведени естетични процедури между лицата по квартали на изходната здравна самооценка. Сравнението, обаче, между стойностите за КЖСЗ за всяка скала преди и след процедури за лицата във всеки отделен квартал показва съществени различия.

Таблица 5 . Стойности на КЖСЗ по скали и по квартали на съобщаваната изходна самооценка на здравето

Квартали на изходната самооценка на здравето (брой лица)	Стойности на КЖСЗ преди процедури			
	Функциониране	Емоции	Симптоми	Обща оценка
0 - Q1 (n=72)	45.26	53.95	37.89	49.47
Q1 - Q2 (n=138)	43.91	53.75	31.88	48.42
Q2 - Q3 (n=109)	36.35	52.31	34.62	44.86
Q3 – 100 (n=109)	43.18	50.68	32.73	46.70
Стойности на КЖСЗ след процедури				
0 - Q1 (n=72)	31.18**	35.66**	23.68*	34.18**
Q1 - Q2 (n=138)	30.31*	34.69**	26.25	33.49**
Q2 - Q3 (n=109)	28.08*	32.31**	26.15*	31.98**
Q3 – 100 (n=109)	30.00*	33.41*	22.73	32.25*

*- $p \leq 0.01$ за сравнението преди-след по скали вътре в съответния квартал

** - $p \leq 0.001$ за сравнението преди-след по скали вътре в съответния квартал

В обобщение можем да приемем, че естетичните процедури повлияват положително здравната самооценка на пациентите. Въпреки очакванията ни за наличието на умерена до силна негативна корелационна връзка между здравната самооценка и областите на КЖСЗ, нашите изследвания не установяват такава. Измерени са слаби негативни корелации между стойностите на КЖСЗ по скали и на общата оценка за КЖСЗ със стойностите на здравната самооценка, като всички те са несигнификантни.

3.4.5. Проучване на влиянието на депресивните състояния при пациентите с естетични процедури.

Един от проблемите, които изследвахме, е свързан с въпроса „Дали пациентите подложили се на естетични процедури имат налично депресивно състояние?“. За целта използвахме въпросника PHQ-2. Този въпросник е първоначален скринингов инструмент за откриване на депресивно настроение и анхедония като симптоми на депресивен епизод (157). Изследването за депресия е направено сред лицата от основната група двукратно - при започване на проучването, преди извършване на естетична/и процедури (480 лица) и след приключване на цикъла естетични процедури (428 лица).

Резултатите от скрининга с PHQ-2 показват, че преди провеждане на процедура в основната група от 480 лица тестът идентифицира като позитивни за депресия 46 (9,58%). От тях 35 са завършили естетичното лечение, а 11 са само с първа процедура. След провеждане на пълен цикъл от естетични процедури в групата от 428 лица тестът определя като положителни за депресия 32 лица (7,47%). Сравнението на средните стойности на резултатите от теста за депресия преди ($1,16 \pm 0,96$) и след ($1,08 \pm 1,01$) провеждане на естетични процедури при 428 пациенти, реализирали ПЦП, не установява съществени различия. Резултатите не потвърждават нашата хипотеза за по-високата честота на депресията сред лицата, търсещи естетични процедури. Установената честота на депресия не се различава от данните за наличието на първи депресивен епизод сред българската популация (200).

Проверихме колко от 32-мата пациенти с депресивна симптоматика при второто скринингово проучване в групата с ПЦП са с нововъзникнала депресия. Този въпрос възникна поради данните в литературата, че част от пациентите с естетични интервенции развиват депресия в хода на лечението. Посочат се рискови фактори като

мъжки пол, по-млада възраст, анамнеза за предхождащо депресивно състояние, повишена тревожност или дисморфофобия, нереалистични очаквания за ефектите от естетичните процедури, разочарования от резултатите на предхождащи естетични интервенции и др.(34,274)

Проучването намери сред лицата с депресия при втората оценка само 2 (6,25%) нови случая на позитивна симптоматика. Това са две жени, във възрастовата група над 35 г., които са имали ниво на изходния тест за депресия 2 т. За съжаление, трудно може да се направи обобщение и заключение от тези случаи, тъй като те са твърде недостатъчни за оценката на явлението. Установената честота на състоянието не се различава от популационната честота на заболяемост.

Депресията е състояние, което повлиява едновременно настроението, мислите и тялото на човека. Тя се отразява на начина, по който се храним и спим; на начина, по който се възприемаме и се грижим за себе си; на начина, по който оценяваме света около нас. Депресията е нещо повече от лошото настроение, което "ще ни мине", ако спрем да мислим за него. Симптомите могат да траят седмици, месеци, дори години. Тестът, който използваме, е насочен към откриването на белезите на всякакъв вид депресивни епизоди и при изследваните пациентите, потърсили естетични процедури, не откриваме такива. Това не означава, че някои от тях нямат нарушения в настроението и/или мислите. Има различни форми на депресията според нейната тежест и отражение върху нормалната активност на човека. За разлика от тежката форма на депресия, в която е нарушена драстично способността да се работи, учи, спи, яде и да се изпитва удоволствие от дейности, които преди са били считани за приятни, дистимията е по-слабо изявено състояние, което се изразява в хронични симптоми, пречещи на човек да се чувства пълноценен, без да нарушава неговата обичайна активност. Много често този род пациенти не могат да дефинират състоянието си, нито да определят състоянието си като депресия или безнадеждност. Възможно е част от анкетираните да имат дистимия, но тъй като тестът не е специализиран, а скринингов, може да не е регистрирал проблема.

В клиничната ни работа с естетични пациенти се установяват и такива с маниейно-депресивни епизоди. Често този род депресия остава скрита (ларвирана), проявена в поведение, което на пръв поглед не изглежда свързано с нея - например "работохолизъм", прекомерно гледане на телевизия, бягство от активност и контакти или обратното - бурното отдаване на развлечения, а понякога и прекомерно посещение на естетичен лекар.

Друг вид депресия е рекурентното депресивно разстройство с повторения на депресивния епизод. Разстройството обикновено започва в юношеството или ранната зряла възраст. Хора с този тип повтаряща се депресия преживяват депресивни фази, които могат да продължат от месеци до години, включително с фази на нормално настроение между тях. Ако пациентът не е във фаза, то отговорите му за последните две седмици относно настроението му биха били положителни.

Кратките рекурентни разстройства също биха могли да бъдат пропуснати от такъв род въпросници. Това е лека и слабо изявена форма на депресия, която може да изложи на риск функционирането и засяга най-вече млади хора. Характеризира се с кратки периоди на депресивно или смесено настроение, обикновено продължаващо по-малко от две седмици. Предвид данните, които проучването установява за средната възраст на ползвателите на естетични процедури - млади хора, най-вероятно по-голямата част от тях могат да имат именно кратки рекурентни разстройства на настроението, които те не свързват с „депресията“ като термин.

Не трябва да подценяваме и факта, че често хората се притесняват да признаят и споделят за този род нарушения, защото все още в обществото съществува стигма към психиатрично болните пациенти.

Проведени са анализи за наличието на връзка между депресията и определени други независими променливи, които нашето проучване проверява като фактори на КЖСЗ. Те са направени за групата от 428 лица с ПЦП и хипотезата за наличие на връзка между депресията и конкретния фактор е проверявана двукратно – преди и след естетичните процедури.

Първият такъв анализ е направен за връзката на пола с наличието на депресия, като са потърсени различия в честотата на депресията преди и след естетична процедура при мъжете и жените. Не се установява такава връзка и при двете измервания ($p_{T1} = 0,308$; $p_{T2} = 0,890$).

Не се намират значими различия и наличие на статистическа асоциация между позитивна депресивна симптоматика и възрастта на лицата преди и след естетична процедура. Пациентите бяха разделени в две възрастови групи - под 34 г. и над 35 г. Анализите за наличието на връзка между депресията и възрастта не установяват статистическа зависимост ($p_{T1} = 0,352$; $p_{T2} = 0,732$).

Подобни анализи са проведени за депресията сред лицата по ниво на образование. Резултатите преди провеждане на естетични процедури не показват наличие на статистически значими различия по ниво на образование (FET $p_{T1} = 0.352$).

Липса на връзка между депресията и образованието показват и резултатите след курса на естетично лечение (FET $p_{T2} = 0.752$).

При изучаване на честотата на депресия сред лицата, търсещи естетични процедури, може да се допусне, че липсата на реализиране в личен и семеен план води до по-високи нива на депресия. Тази възможност ни накарва да проверим за наличието на статистическа връзка между депресията и семейния статус на изследваните лица. Анализите показват, че не се установява статистическа асоциация между семейния статус на лицата и наличието на депресия преди естетична процедура ($p_{T1} = 0,926$), както и след естетична процедура ($p_{T2} = 0,586$).

Влиянието на налично депресивно състояние върху КЖСЗ е определено с помощта на стратифицирани анализи сред лицата с ПЦП (428), като са сравнени стойностите на скалите и общата оценка за КЖ преди и след естетичните процедури според категоризацията на лицата по депресивен статус при първото измерване в началото на проучването. Резултатите показват, че лицата с наличие на депресивно настроение имат по-високи стойности за всички скали и общо за КЖСЗ, т.е. при тях естетичният проблем уврежда в по-голяма степен КЖСЗ, в сравнение с ефекта при лицата без депресивна симптоматика. Наблюдаваните различия между двете групи са сигнификантни само за скалата на симптомите преди извършване на естетичните процедури. Втората оценка на КЖСЗ показва липса на сигнификантни различия между лицата с и без депресивна симптоматика както за отделните скали, така и общо за КЖСЗ. Сравненията на стойностите на КЖСЗ преди и след естетични процедури в групата на лицата с депресивна симптоматика и в групата на тези без депресия, са сигнификантни и намират по-добро качество на живот и в двете групи след извършване на процедурите (табл.6).

Таблица 6 Стойности на КЖСЗ преди и след естетични процедури по депресивен статус при започване на проучването.

Депресивна симптоматика	КЖСЗ преди процедури				КЖСЗ след процедури			
	Ф	Е	С	О	Ф	Е	С	О
Налична (n=35)	55,83	64,44	48,89	60,00 [^]	36,11 [*]	38,06 [*]	30,00 [*]	38,13 [*]
Липсва (n=434)	40,15	50,85	32,00	45,43	28,95 ^{**}	33,55 ^{**}	23,80 [*]	32,25 ^{**}
P =	0,51	0,43	0,52	0,01	0,38	0,24	0,21	0,36

*- $p \leq 0.01$ и **- $p \leq 0.001$ - за сравнението преди-след вътре в съответната категория на депресивна симптоматика

Провеждането на естетичната интервенция при пациентите с депресивни състояния повлиява най-благоприятно емоционалното благополучие, като средната стойност за скала Емоции намалява с 40,93%; при симптомите редуцията на стойността е с 38,64%, а за скала Функциониране - с 35,32%. При лицата без депресия КЖСЗ също се подобрява най-много в областта на емоционалното здраве – средната стойност за скалата се редуцира с 34,02. Скалите на функционирането и симптомите имат близка по размер промяна с намаляване на средната стойност на скалата, съответно 27,89% и 25,62%. Средната обща оценка за КЖСЗ на пациентите с депресия намалява след процедурите с 36,45%, докато при лицата без депресия редуцията е с 29%.

Резултатите от изследването на депресивната симптоматика сред основната група лица потвърждават наблюденията на много автори, че значителна част от пациентите, търсещи естетични процедури, са в добро психическо и психологическо състояние, но някои не са. Проучванията съобщават за подобряване на психичното благополучие, социалното функциониране, взаимоотношенията и общото качество на живот след естетични процедури (41, 126). В заключение може да обобщим, че наблюдаваната положителна промяна в качеството на живот при лицата с налична депресия, поне отчасти, е резултат от проведените естетични процедури. Ние не сме питали тези пациентите за прием на антидепресанти или анксиолитици, както и за други фактори, които могат да подобряват качеството на живот, така че позитивните ефекти, които се наблюдават след естетични процедури, биха могли да са резултат от действието на други потенциални замъгляващи фактори, които не познаваме и не сме измерили в началото на проучването.

Проведени са анализи за наличието на корелационни връзки между резултатите от скрининговия тест за депресия и отговорите на лицата по скали и по въпроси за КЖ. Установява се слаба значима корелация на оценката от скалите за КЖ със скалата за наличие на депресия при функционирането ($\rho=0,200$). В скала Функциониране се установяват слаби корелационни сигнификантни връзки между наличието на депресивно настроение с отговорите на въпроси №1 ($\rho=0,248$), №2 ($\rho=0,191$) и №9 ($\rho=0,205$). В скалата на емоциите се установява корелационна връзка между наличието на депресивно настроение с отговорите на въпрос №6, който е свързан с намаляване на самочувствието ($\rho=0,228$) и въпрос №10 (Срамувате ли се от естетичния си проблем?) ($\rho=0,225$). Проведени са анализи за наличието на корелационна връзка между въпросите в скалата за симптомите и здравната самооценка с депресията. Установяват

се значима корелация с въпрос №17 (Естетичният ми проблем ме боли) от скалата за симптоми ($\rho=0,585$; $p\leq 0,01$), както и слаби сигнификантни негативни корелации със здравната самооценка ($\rho=-0,256$). Наличието на болка увеличава депресивните състояния на пациентите. Също така се забелязва, че депресивното настроение води до намаляване на самооценката за здравето. Депресията не само повлиява директно настроението, но оттам и функционирането ни, отразява се на начина, по който се храним, спортуваме, работим и спим. Депресията има голямо отражение върху начина, по който гледаме и възприемаме себе си. Това пряко повлиява естетичните ни желаниа. Смятаме, че е необходимо да се приложи задължителен скринингов тест за депресивни състояния при всички желаещи да се подложат на естетични процедури.

3.5. ОПРЕДЕЛЯНЕ ЕФЕКТ НА ПОЛА, ВЪЗРАСТТА, ОБРАЗОВАНИЕТО И СОЦИАЛНИЯ СТАТУС ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЕСТЕТИЧЕН ПРОБЛЕМ

3.5.1. Влияние на пола върху изходните нива на качеството на живот при пациенти с естетични проблеми

При проверката на влиянието на демографските променливи върху изходните нива на качеството на живот преди извършването на естетичните процедури, се установяват сигнификантни въздействия само на пола върху отговорите на някои от въпросите за оценка на КЖСЗ. В следващото изложение представяме само тези резултати.

Съществени различия във връзка с влиянието на пола върху качеството на живот при пациентите с естетични процедури в изходните им нива се забелязват при 2-ри, 4-ти, 16-и, 17-и и 18-и. При останалите въпроси не се забелязват съществени различия и те няма да бъдат разгледани.

По отношение на въпрос номер 2 „Естетичният ми проблем затруднява работата ми и заниманията ми с хобита.“ се наблюдават съществени различия ($\chi^2 = 23,326$; $p = 0,001$). На този въпрос мъжете отговарят, че естетичният им проблем „рядко“ затруднява работата и хобитата им, докато представителите на нежния пол отбелязват, че „понякога“ естетичният им проблем затруднява работата и хобитата им. Най-честите мъжки хобита са риболов, лов, спорт и други дейности, които не са свързани с общественото интегриране и приемане.

По отношение на въпрос номер 4 „Предпочитам да правя нещата сам заради естетичния ми проблем.“ се забелязват различия ($\chi^2 = 17,525$; $p = 0,025$). Мъжете

„рядко“ предпочитат да правят нещата сами заради естетичните са проблеми, докато жените отговарят на този въпрос „понякога“. Отново за мъжете естетичния проблем не се явява социална пречка толкова, колкото при жените.

По отношение на въпрос номер 16 „Другите забелязват естетичния ми проблем.“ се установяват гранични различия ($\chi^2 = 14,285$; $p = 0,075$). Отговорът „постоянно“ се среща по-често при мъжете. Един от най-честите естетични проблеми, които имат мъжете, е андрогенната алопеция. Това е и една от най-честите причини да посетят естетичен лекар. Този проблем е видим както за пациента, така и за останалите. Дамите много често сами се фиксират върху проблем, който само те виждат, а другите не забелязват, но това не означава, че по-малко ги притеснява. Те също така използват грим и други коригиращи средства.

По отношение на въпрос номер 17 „Естетичният ми проблем ме боли.“ се забелязват гранични различия ($\chi^2 = 15,300$; $p = 0,054$). Мъжете съобщават, че естетичният им проблем по-често ги боли в сравнение с жените. Смятаме, че данните не са клинично значими.

По отношение на въпрос номер 18 „Естетичният ми проблем ме сърби.“ се забелязват гранични различия ($\chi^2 = 18,339$; $p = 0,019$). Жените по-често съобщават за сърбеж. Трябва да отбележим по отношение на последните два въпроса 17-и и 18-ти, че те представят функционалната скала от въпросника. Естетичните проблеми не рядко са вследствие на дерматологичен или друг здравословен проблем. Средните стойности на отговорите по въпрос 17-и и 18-и варират както следва: 1.74 ± 1.03 и $1.96 \pm .17$. И при двата въпроса пациентите съобщават, че „никога“ или „рядко“ ги сърби или боли.

3.5.2. Влияние на демографските и социални характеристики на пациентите с ПЦП върху качеството на живот

Проверено е влиянието на някои социално-демографски фактори върху качеството на живот при пациенти, извършили естетични процедури. В анализите са включени 428 пациенти с ПЦП. Търсени са различия между категориите на изследваните независими променливи в трите скали на въпросника за качество на живот - функционална, емоционална и симптоми, както и в общата оценка за КЖСЗ. Резултатите показват, че по пол, местоживеене, професия, семеен статус и възраст не се наблюдават съществени различия при проследяващото попълване на въпросника. В таблица 7 представяме резултатите от стратифицирания анализ по пол, възрастова

група, образование, социален и семеен статус за всяка скала и общата оценка на КЖСЗ преди и след естетичните процедури.

Таблица 7. Стойности на КЖСЗ по някои демографски и социални променливи преди и след естетични процедури

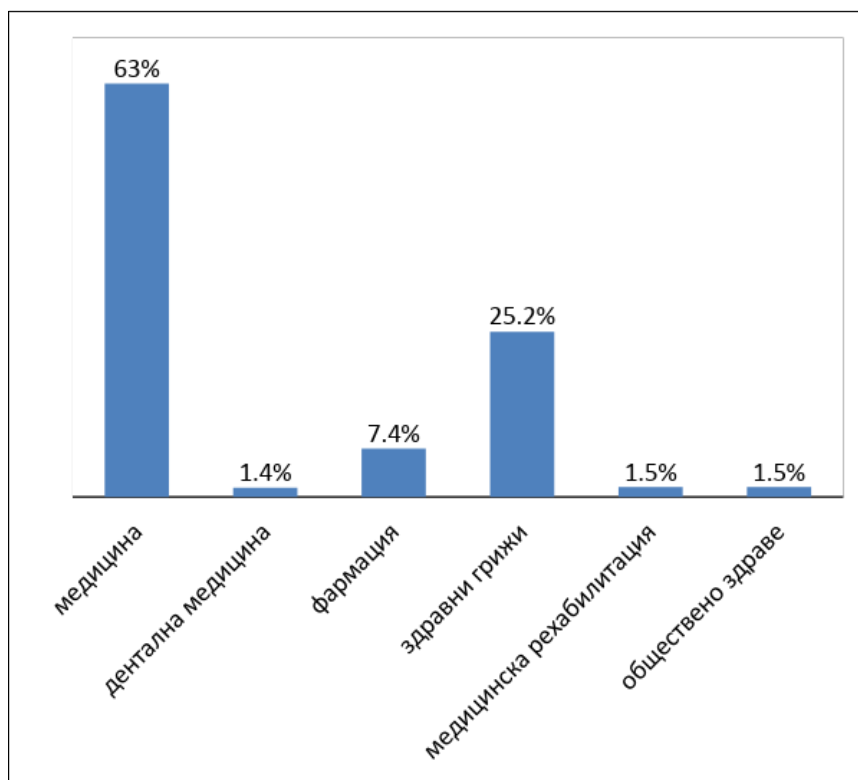
Променлива	КЖСЗ преди процедури				КЖСЗ след процедури			
	Ф	Е	С	О	Ф	Е	С	О
Пол								
Мъж	49,42	60,58	37,69	53,85	32,31**	34,81**	22,31*	33,93**
Жена	40,60	50,76	33,70	45,90	29,40**	34,08**	25,43**	32,93**
P =	0,18	0,13	0,74	0,16	0,28	0,73	0,21	0,52
Възраст								
≤ 35 год.	44,83	57,25	39,67	51,09	30,92**	34,92**	26,00**	34,04**
35 ⁺ год.	40,17	48,45	29,31	44,10	29,14**	33,53**	23,45*	32,23**
P =	0,33	0,08	0,07	0,09	0,29	0,44	0,28	0,17
Образование								
≤ 8 год.	40,00	35,00	24,74	37,37	35,00	27,50	20,00	32,11
Средно	49,69	55,94	37,50	52,43	32,66**	33,75**	25,63*	34,14**
Висше	39,88	52,50	34,50	46,29	28,75**	34,75**	24,75**	32,82**
P =	0,48	0,38	0,44	0,49	0,31	0,41	0,56	0,85
Семеен статус								
В брак	32,50	43,28	30,00	38,82	25,47**	31,56**	23,13	29,74**
Съжителство	43,91	56,88	29,38	48,95	31,41**	36,88**	25,00	34,80**
Неженен	47,86	57,98	43,33	53,38	32,14**	34,76**	24,76**	34,54**
Разведен	44,50	48,50	30,00	45,47	31,00*	31,00*	28,00	32,21*
Овдовял	60,00	58,32	31,15	58,95	32,50**	40,00**	28,38	36,84**
P =	0,11	0,19	0,66	0,13	0,14	0,23	0,52	0,12
Социален статус								
Работещ	41,41	54,04	34,62	47,69	29,36**	35,38**	25,13*	33,44**
Безработен	46,82	47,27	35,45	46,89	32,50*	30,91*	25,45	32,63*
Студент	44,69	57,81	35,00	50,79	30,94*	34,06*	22,50	33,29*
Пенсионер	44,75	46,75	34,00	44,27	32,16*	33,45*	26,35	32,48*
P =	0,59	0,49	0,85	0,58	0,41	0,28	0,73	0,74

Направените анализи показват, че промените в показателите за КЖ не са повлияни от действието на социално-икономически фактори. Може да се направи заключение, че настъпилите промени в самооценките на лицата относно КЖ най-вероятно се дължат на проведените естетични процедури.

3.6. ДА СЕ ПРОУЧИ МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА, ЗДРАВНИ ГРИЖИ, ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ДР. ЗА ЗНАЧИМОСТТА НА ЕСТЕТИЧНАТА МЕДИЦИНА

Тази задача има за цел да изясни нагласите на бъдещите здравни специалисти към значимостта и нуждата от естетична медицина. Проведохме анонимно анкетно изследване с 270 студенти от различни специалности, за да бъде по-представително спрямо бъдещите здравни работници.

Анкетата е попълнена от 206 жени (76,22%) и 64 мъже (23,78%). Те се обучават в различни специалности: медицина, дентална медицина, фармация, здравни грижи, медицинска рехабилитация и ерготерапия и обществено здраве. Поканата за участие беше отправена към равен брой студенти от различните специалности. На поканата се отзоваха най-много медици. Това би могло да се обясни с факта, че за тях естетичната медицина е бъдеща професионална възможност и те проявяват по-голям интерес към темата. Разпределението на участниците в анкетата по професионално направление е представено на следващата фигура 32.

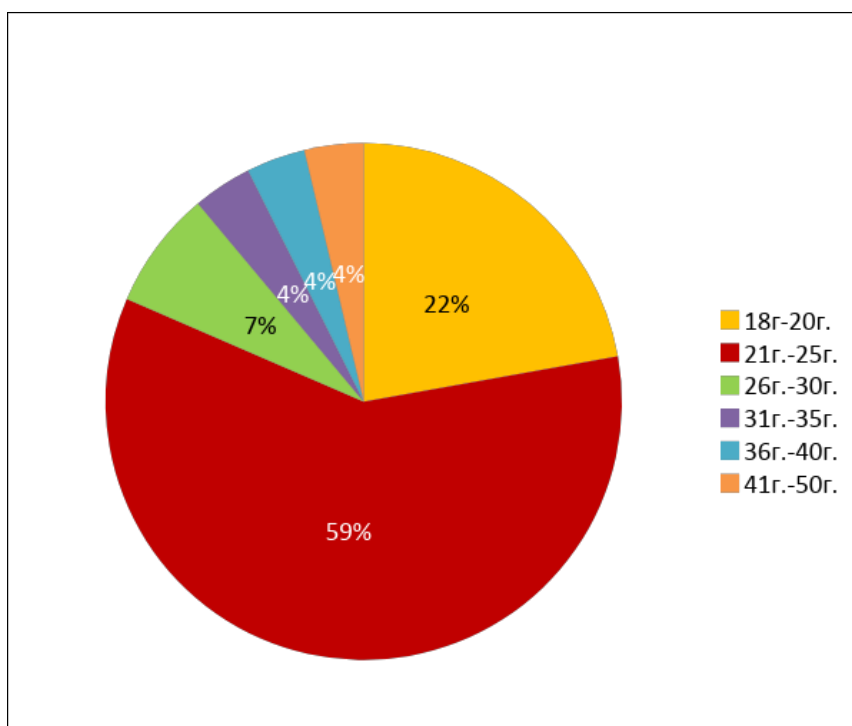


Фиг. 32. Разпределение на анкетираните студенти по професионално направление

Разпределението на студентите според курса на обучение показва, че най-значим дял сред анкетираните лица – около 60% имат студентите в първите три курса на

обучение: в първи курса са 53 (19,63%), във втори - 54 (20,00%), а в трети са 58 (21,4%). В по-горните курсове анкетираните студенти се разпределят така: четвърти курс – 42 (15,55%) в пети курс са 32 (11,85%) и в шести курс са 30 (11,11%). Петокурсници и шестоккурсници представляват по-малка група сред анкетираните. Това е напълно логично предвид факта, че тези курсове са част само от магистърските програми като медицина, фармация и дентална медицина. Освен това, студентите от последните курсове са на прага на завършването, което ги прави както по-ангажирани, така и по-малко склонни да се включат в изследване, отклоняващо ги от ангажиментите им.

Възрастовата структура на участниците показва, че приблизително 1/3 от респондентите в проучването са на възраст между 18 и 25 г. Възрастовото разпределение на проучената група е представено на фигура 33 .



Фиг. 33 . Възрастовото разпределение на анкетираните студенти.

С основните въпроси на изследването се цели да се определи информираността и отношението на студентите към естетичната медицина като нова област на медицинската и здравната практика. Зададен е въпрос, с който да се определи степента на познаване на понятието „естетична медицина“. По-голямата част от респондентите - 242 (89,62%) са запознати с понятието. Терминът постепенно приема гражданственост с все по-честото говорене за естетична медицина както сред широката общественост, така и в медицинските среди.

Поставен е също така въпрос с кой клон от медицината студентите свързват „естетичната медицина“. Към момента тази нова научно-практическа специалност от медицината се обособява и утвърждава. Все още някои автори не приемат, че естетичната медицина е медицинска специалност, тъй като тя работи със здрави хора и не е основана на непосредствена терапевтична необходимост (85). Много други считат, че естетичната медицина предоставя медицинска помощ – тя се извършва от лекари на пациенти с цел да се удовлетворят естетичните им нужди чрез видимо елиминиране на несъвършенствата във външността и по този начин - позитивно да се повлияе физическото, психичното и социално благополучие. Естетичната медицина е интердисциплинарна по своя характер. Тя включва в своите рамки познания от дерматологията, пластично-възстановителната и естетичната хирургия, денталната медицина, неврологията и др. За студентите естетичната медицина най-много се доближава до естетичната дерматология 138 (51,1%), но също така значителен брой 128 (46,7%) от лицата отговарят, че естетичната медицина има връзка с пластично-възстановителната и естетична хирургия. Само четирима студенти по дентална медицина съобщават, че най-близо до разбирането им за естетична медицина е естетичната дентална медицина.

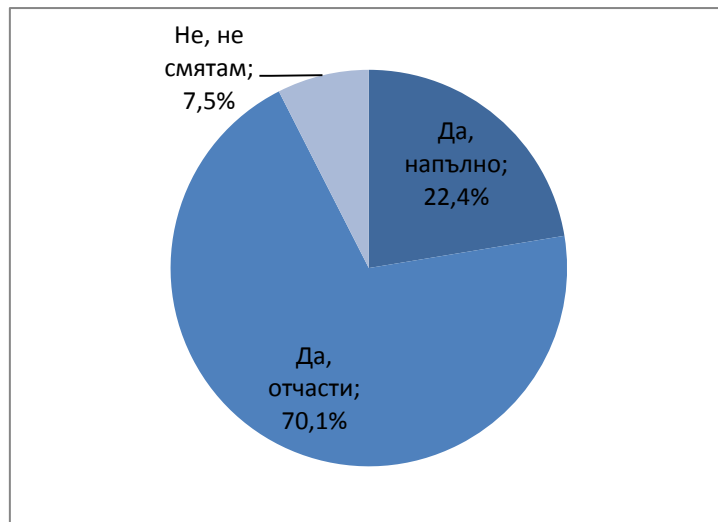
Един от основните въпроси в анкетата е „Смятате ли, че естетичната медицина повлиява качеството на живот на пациентите?“, свързан с основната цел на дисертацията. Според студентите естетичната медицина има пряко влияние върху качеството на живот, като 97,03% дават положителен отговор. Резултатите са представени в таблица 8:

Таблица 8. Отношение на студентите към влиянието на естетичните процедури върху качеството на живот.

Смятате ли, че естетичната медицина повлиява качеството на живот?	ДА, напълно	ДА, отчасти	НЕ
Брой (отн. дял в %)	114 (42,2%)	148 (54,8%)	8 (3%)

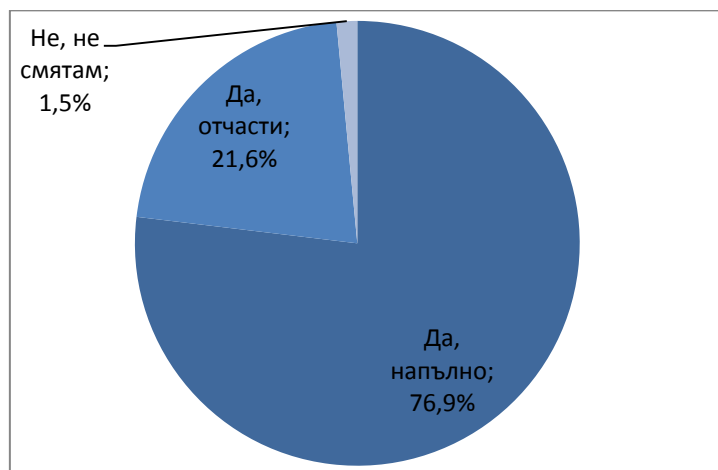
Подобни са отговорите на студентите на въпроса „Смятате ли, че естетичната медицина повлиява здравето на пациентите?“ По-голямата част от анкетиранияте студенти дават позитивен отговор. Разпределението на отговорите е представено в следващата фигура 34: От резултатите става ясно, че анкетиранияте студенти смятат, че

естетичната медицина повлиява качеството на живот, а не толкова здравето. Това е така, вероятно защото студентите свързват все още понятието здраве основно с неговата физическа компонента.



Фиг.34. Разпределение на отговорите на анкетирани по въпрос: „Смятате ли, че естетичната медицина повлиява здравето на пациентите?“

В анкетното проучване разгледахме отношението на студентите относно влиянието на естетичните процедури върху психиката. Резултатите са представени в следващата фигура 35:



Фиг. 35. Разпределение на отговорите на анкетирани на въпрос: „Смятате ли, че естетичната медицина повлиява психологическото състояние на пациентите?“

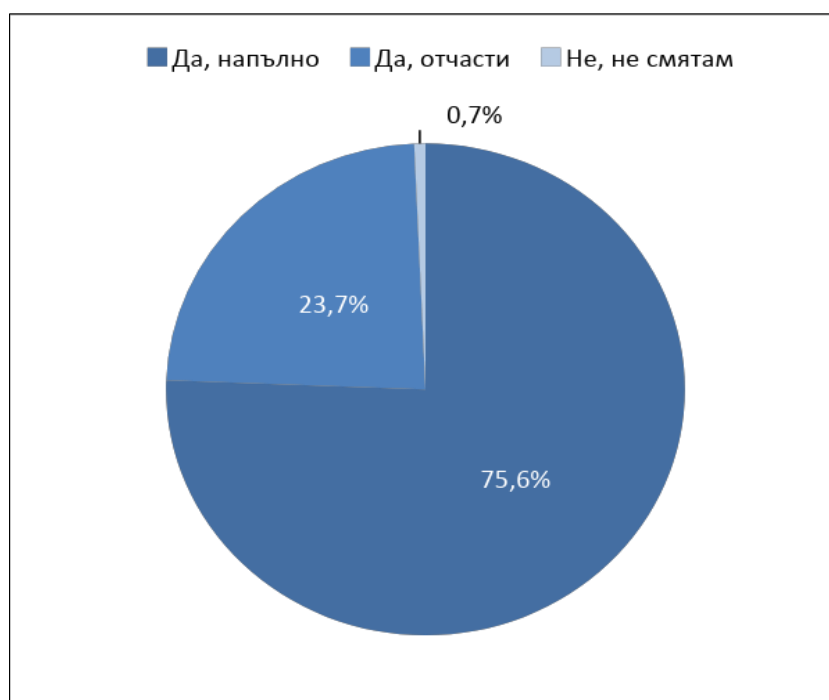
Ако направим сравнение между отговорите на предишните два въпроса и този, се установява, че според студентите естетичните процедури имат най-голямо влияние върху психическото състояние на пациентите.

На въпроса: „Смятате ли, че естетичната медицина е само търговска услуга, без съществено значение за здравето на пациентите?“ преобладаващият отговор е „Не“ (208

или 77%). Другите два отговора „Да, отчасти“ и „Да, напълно“ са отговорени съответно от 54 или 20% и от 8 или 3% от анкетираните.

В обобщение може да приеме, че студентите в медицинските специалности оценяват значимостта и влиянието на естетичната медицина върху здравето и я разграничат от чисто търговските услуги.

В момента в обществото на дневен ред е въпросът за регламентите и стандартите в медицината. Попитахме студентите: „Трябва да има регламенти и стандарти за естетична медицина?“. Отговорите са представени графично на следващата фигура 36:



Фиг. 36. Разпределение на отговорите на анкетираните на въпрос: „Смятате ли, че трябва да има регламенти и стандарти за естетична медицина?“

Само двама от анкетираните не намират за нужно естетичната медицина да бъде регламентирана и стандартизирана. Всички останали бъдещи здравни специалисти отчитат необходимостта от ясни правни норми, които да гарантират безопасността на пациентите. При естетичната медицина тя е от съществена необходимост. Пациентите на този клон от медицината по презумпция са физически здрави, но самите процедури могат да увредят временно здравето, а понякога дори да доведат до трайно увреждане. Това е добре разбрано от бъдещите лекари и здравни професионалисти и те подкрепят наличието на регламентиране и стандарти за дейностите в естетичната медицина.

В световен мащаб се забелязва тенденция за обособяване на естетичната медицина и медицината срещу стареенето като нова медицинска специалност. (виж

литературен обзор). Изследвахме отношението на студентите от различни медицински специалности към възможността за обособяване на нова специалност по естетична медицина в България. Резултатите са представени графично в следващата фигура 37:



Фиг. 37. Разпределение на отговорите на анкетираните на въпрос: „Смятате ли, че трябва да има отделна обособена специалност по естетична медицина?“

По-голямата част от анкетираните смятат за необходимо обособяването на нов клон от медицината, който специфично да се занимава с проблемите на естетичните състояния. Една част от студентите възприемат естетичната медицина като развитие на вече съществуващи медицински специалности и не виждат необходимост за обособяване на нова специалност.

Интерес представлява мнението на студентите относно изучаването на естетична медицина в курса на обучение на студентите. Понастоящем тя не се изучава като задължителен или свободно-избираем предмет в (според единните държавни изисквания). Резултатите от анкетата са представени графично на фиг. 38.

Малко над $\frac{1}{4}$ от студентите не намират необходимост от изучаването на естетичната медицина в рамките на базовото обучение, а останалите 197 (73%) са на противоположното мнение. Предвид тези резултати бихме препоръчали да се предложи курс по естетична медицина като факултативна дисциплина за някои от специалностите, съобразно тяхната професионална специфика – напр. в обучението по медицина, по специалност Медицинска сестра, Лекарски асистент и др. Така ще се удовлетвори желанието на студентите да бъдат информирани за основните положения

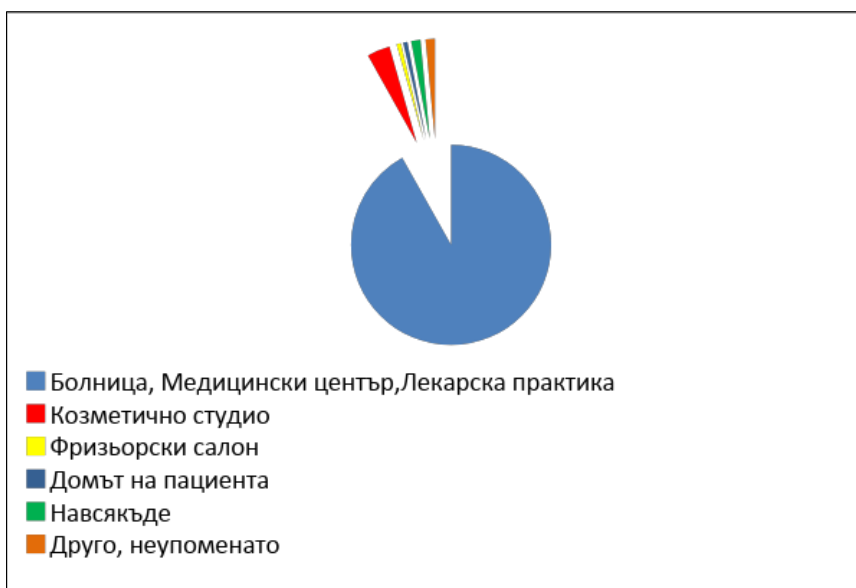
в естетичната медицина, за нейните терапевтични възможности и методи, както и за потенциални рискове и усложнения.



Фиг. 38. Разпределение на отговорите на анкетирания на въпрос: „Смятате ли, че трябва да се изучава естетична медицина по време на следването Ви?“

Чрез анкетата разгледахме отношението на студентите към евентуално професионално реализиране в областта на естетичната медицина. По-голямата част (160 или 59,3%) не са сигурни или не биха работили естетична медицина, докато 110 или 40,7% от анкетирания биха избрали професионална реализация в естетичната медицина. По-голяма част от отговорилите, че биха практикували естетична медицина са жени, което е обяснимо както с естествения стремеж и грижа на жените за красив външен вид и излъчване, както и с предимно неинвазивния и миниинвазивен характер на процедурите, който създава чувството за една относително спокойна кариера, без значително натоварване и неблагоприятия в работата с пациентите.

Поради липсата на регламенти и стандарти в естетичната медицина и поради липсата на изисквания относно квалификацията на специалистите, извършващи тези услуги, няма ясни условия към местата, където трябва да се извършват този род дейности. Проучихме мнението по този въпрос на бъдещите здравни специалисти. Отговорите им са представени графично в следващата графика:



Фиг. 39. Разпределение на отговорите на анкетираните на въпрос: „Къде трябва да се извършва този тип услуга?“

Над 251 (93%) от анкетираните смятат, че естетичните медицински дейности трябва да бъдат извършвани в регламентирано медицинско заведение във връзка с изисквания към професионалната подготовка на практикуващите, както и условията, вкл. възможностите за купиране на усложнения и гарантиране на високи стандарти на хигиена, необходими при извършване на този вид процедури .

ИЗВОДИ:

Въз основа на проведеното аналитично социално-медицинско проучване могат да се направят следните изводи:

1. Пациентите – потребители на естетични услуги имат специфичен демографски, социален и здравен профил. Това са основно жени от възрастовата група 25-54 г., жителки на столицата или голям град, с високо ниво на образование, работещи, без партньор в момента. Те оценяват здравето си с най-високите категории на здравна самооценка и могат да се определят като хора в добро здраве, не се различават по честота на депресивни състояния от лицата в генералната популация и имат по-рядко вредни здравни навици като тютюнопушене и рискова алкохолна употреба в сравнение с тях.
2. Изучаването на модела на потребление на пациентите, търсещи услуги в централите по естетична медицина, потвърди, че най-честата причина за това е извършването на естетична процедура. Наблюдава се сезонност в търсенето и извършването на естетични процедури през пролетните месеци на годината. Доминиращи в модела на търсене са естетичните процедури на лазерно обезкосмяване, поставянето на филтри и ботокс-терапия. Съществени различия в потреблението на естетични процедури се установят само по възраст на пациентите, като в групата над 35-годишна възраст преобладават ботокс-терапията и лазерните аблативни процедури.
3. Основните движещи мотиви за търсене на естетични услуги са вътрешни и са свързани с желанието за по-красива и привлекателна външност, като удовлетвореността от резултатите на вече проведените естетични процедури поддържа във времето потреблението и е мотиватор при около 70% от лицата с естетични процедури. Мнението на друг човек, най-често интимен партньор, за необходимост от естетична терапия е втори по важност мотив за основната група. Външната мотивация е водеща при лицата, които провеждат само консултация по повод на естетичен проблем, без последващо естетично лечение.
4. Сред причините за отказ от естетични процедури водещи са финансовата непосилност на процедурите и страхът от болка, възможни нежелани реакции и нежелана промяна на външността в резултат на процедурите.

5. Проведените първоначални изследвания на качеството на живот при лицата с естетични процедури преди започване на естетичните интервенции, както и при контролната група лица показват, че наличието на естетичен проблем засяга най-много сферата на емоциите и психичното здраве, като се отразява негативно и на физическото и социално функциониране.
6. Провеждането на естетични процедури подобрява общо КЖСЗ и повлиява благоприятно всички негови области, което се отразява както в позитивна промяна на оценките от адаптирания въпросник за качество на живот, така и от подобряване на здравната самооценка на лицата. Най-значим благоприятен ефект след извършване на естетични процедури се наблюдава в сферата на емоциите и социалното функциониране.
7. Качество на живот, свързано със здравето е надежден измерител за ефекта от естетичните процедури и дава възможност да се изучават в динамика свързаните с лечението резултати върху емоционалното, физическото и психично благополучие на лицата. Ефектите от естетичното лечение са най-големи в емоционалната сфера и психичното здраве, като споделени позитивни ефекти се наблюдават и при функционирането. Механизмите на благоприятно влияние върху качеството на живот и дълготрайните ефекти на естетичните процедури се нуждаят от проспективно изучаване с голяма продължителност.
8. Положителните ефекти на естетичните процедури се запазват непроменени и при контролиране ефекта на пола, възрастта, образователния и семеен статус, местоживеенето и наличието на депресивно настроение и андехония.
9. Бъдещите професионалисти по медицина и по останалите здравни професии демонстрират значим интерес и положително отношение към обособяващата се нова специалност естетична медицина. Близо три четвърти от студентите са убедени напълно в положителните ефекти на естетичната медицина върху здравето и психологическото състояние на пациентите. Всички анкетирани са сигурни, че естетичната медицина трябва да има правна регулация и да се предоставя в медицински центрове, а около 40% биха избрали естетичната медицина като поле на професионалното си развитие.

ПРЕПОРЪКИ

Към Министерството на здравеопазването (МЗ):

1. За регулацията на медицинските дейности при естетичните процедури.

Към медицинските университети:

2. За разработване и предлагане на факултативни курсове по естетична медицина за студентите по медицина и за някои други професионалисти в областта на здравеопазването, напр. медицински сестри и лекарски асистенти.

Към гилдията на естетичните лекари в България:

3. Да се въведат задължителни скринингови изследвания на лицата, търсещи естетични процедури, за наличието на депресивно състояние;
4. Да се въведат задължителни психологически тестове за пациенти с дисморфично разстройство (BDD);
5. Да се провежда редовно проследяване на пациентите в центровете по естетична медицина и за тях да се събира надлежна информация, като се включат инструменти за периодично измерване на качеството на живот, здравната самооценка, промяната в личностните характеристики и други важни корелати на качеството на живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Естетичната медицина е нов, динамичен и многообещаващ клон на медицинската наука и практика. Тя удовлетворява стремежа на хората към младост и красота и търси да постигне хармония между външност и вътрешно съдържание. Това обуславя нейния възход в последното десетилетие. Поради младостта си като научна област, естетичната медицина има пред себе си широко поле от въпроси за изучаване. Изследователите в областта адаптират и разработват собствената методологична база на дисциплината и натрупват доказателства за една научно-обоснована и ефективна практика. Все повече са доказателствата за приноса на естетичната медицина към здравето, самочувствието и качеството на живот на пациентите. Качество на живот, свързано със здравето е важен индикатор за измерване на този принос и трябва да бъде въведен в ежедневната практика на естетичната медицина. Това ще обогати цялостния процес на естетично лечение и грижи с перспективата и оценките на пациента и ще допринесе за тяхното усъвършенстване и развитие.

ПРИНОСИ

Научно-теоритични приноси:

- Проведено е първото в страната мащабно и комплексно медико-социално изследване за измерване на КЖСЗ на потребителите на естетични процедури.
- Получена е подробна аналитична и оценъчна информация за здравната самооценка на потребителите на естетични процедури.
- Съществен принос на дисертационната разработка е идентифицирането на основните демографски, социални и здравни характеристики на пациентите – потребители на естетични услуги.
- Идентифицирани са основните мотиви за извършване и за отказ от естетични процедури.
- За първи път у нас е направено проучване сред студентите и младите здравни специалисти, което показва положителното им отношение към естетичната медицина, като новоформиращ се клон на медицината.
- Проведено е първото в страната проучване относно депресивните състояния при пациентите, подлагащи се на естетични процедури.

Принос с потвърдителен характер:

- Естетичните проблеми увреждат в най-голяма степен емоционалната сфера и социалното функциониране.

Научно-приложни приноси:

- За пръв път у нас е адаптиран и приложен богат методологичен инструмент с въпроси, отнасящи се до КЖСЗ на пациентите, подлагащи се на естетични процедури.
- Представен е скринингов въпросник за депресивни състояния, който може да се използва в ежедневната практика на естетичния лекар.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ

Декларирам, че всички данни в настоящия дисертационен труд са резултат от извършената научноизследователска работа в катедра „Социална медицина“ на МУ-София. Резултатите, обсъжданията и изводите не са заимствани от други литературни източници, а при използването на такива, същите са задължително цитирани и приложени в библиографския списък.

Декларатор:.....

/д-р Михаил Петров Михайлов/

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАСТОЯЩИЯ ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

Публикации в списания, реферирани в международни библиографски бази данни

1. Mihailov M., Velkova A., Sociodemographic characteristics of patients using aesthetic procedures in centers for Aesthetic Medicine. *Trakia Journal of Sciences*. 2018; Vol. 16, Suppl. 1, pp 77-82, 2019, doi:10.15547/tjs.2018.s.01.016

2. Mihaylov M.P, Velkova A.S. 2019, The Effect of Non-Invasive and Mini-Invasive Aesthetic Procedures on Health-Related Quality of Life. *Int J Recent Sci Res*.2019; 10(01), pp. 30276-30281. DOI: <http://dx.doi.org/10.24327/ijrsr.2019.1001.3024>

Публикации в национални списания

3. Михайлов М, Велкова А. Историческо развитие на естетичната медицина. *Здравна политика и мениджмънт*. 2018; том 18 (№ 2): стр. 58-65, ISSN 1313-4981

III. Участия в научни форуми

1. Михайлов М, Велкова А., Управление на риска при някои естетични процедури. Четвърта научно-практическа конференция на Българския лекарски съюз, 26-29 април 2018 г. (постер)

2. Михайлов М, Велкова А., Социално- демографски характеристики на пациенти, ползващи естетични процедури в Център за естетична медицина. Втора конференция на Българското научно дружество по Обществено здраве, Стара Загора, 14- 16 юни 2018 г. (съобщение)

Библиография:

1. Велков Т, Христов Г и др. Оценка на здравните технологии. Бъдещето на здравната икономика. БКИ, София, 2014.
2. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. ИК ГорексПрес, София, 2013.
3. Воденичаров Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра, София, 2010.
4. Гинчева В, Господинова К, Димитрова В, Господинов Д. Качество на живот при пациенти с псориазис лекувани с Дайвобет гел, GP News, 2014; 15(10): 24-26.
5. Гинчева В, Тончев П, Господинов Д. Качество на живот при пациентите с остри и хронични дерматози, Дерматология и венерология, 2016; 54 (3):21-28.
6. Господинов Д, Господинова К, Гинчева В. Качество на живот при пациенти с тежка форма на псориазис. МедикАрт,2013;3:64-69.
7. Николова-Атанасова К. Особенности на паричното остойностяване на ползите при прилагане на метода „разходи – ползи” в здравеопазването. изд. Икон. Уни. – Варна, Варна, 2009; с. 89-98 .
8. Паунов М. Организационно поведение. София, 2013.
9. Петрова З, Генов Ст, Енчев Н. и др. Глосариум на най-често използваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването. Изд. „Ес Принт“ ООД, София, 2014.
10. Сотиров Д. Управление на организациите. София, 2012.
11. Abdel Aal A, Ibrahim I, Sami N, Abdel Kareem I. Evaluation of autologous platelet-rich plasma plus ablative carbon dioxide fractional laser in the treatment of acne scars. J Cosmet Laser Ther., 2017; 30:1-8.
12. Abuaf O, Yildiz H, Baloglu H, Bilgili ME, Simsek HA, Dogan B. Histologic Evidence of New Collagen Formulation Using Platelet Rich Plasma in Skin Rejuvenation: A Prospective Controlled Clinical Study. Ann Dermatol., 2016; 28(6):718-724.
13. Academy of cosmetic medicine and science [онлайн]. [прегледан:19.10.2018] <http://www.academycosmeticmedicine.com/>.

14. Adams J, Chapman J, Bradley S, Ryan SJ. Literacy levels required to complete routinely used patient-reported outcome measures in rheumatology. *Rheumatology.*, 2012; 52(3):460–4.
15. Adamson P, Doud Galli S. Modern concepts of beauty. *Plast Surg Nurs*, 2009; 29(1): 5-9.
16. Aesthetic Medicine. What is Aesthetic Medicine. [онлайн]. [прегледан:11.10.2017].https://www.aaamed.org/aesthetic_med.php 2018.
17. Ahn C, Davis S, Dabade T, Williford P, Feldman S. Cosmetic procedures performed in the United States: a 16-year analysis. *Dermatol Surg.*, 2013; 39(9): 1351-9.
18. Alexiades-Armenakas M, Rosenberg D. Randomized, quantitative grading comparison of minimally invasive, fractional radiofrequency and surgical facelift to treat skin laxity. *Arch Dermatol*, 2010; 146(4): 396-405.
19. American marketing association. Marketing Definition. Chicago, 1960.
20. American Society for Dermatologic Surgery 2017 statistics on dermatologic procedures. [онлайн]. [прегледан: 10.11.2017] <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/cosmetic-procedures-men-2017.pdf> .
21. Amir M, Lewin-Epstein N, Becker G, Buskila D. Psychometric Properties of the SF-12 (Hebrew Version) in a Primary Care Population in Israel. *Medical Care.*,2002; 40 (10): 918–28. doi:10.1097/00005650-200210000-00009. PMID 12395025.
22. Anderson R, Rajagopalan R. Responsiveness of the Dermatology-specific Quality of Life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo-controlled clinical trial. *Qual Life Res.* 1998 Dec;7(8):723-34. PubMed PMID: 10097621.
23. Annabathula A, Sekar C, Srinivas C. Fractional Carbon Dioxide, Long Pulse Nd:YAG and Pulsed Dye Laser in the Management of Keloids. *J Cutan Aesthet Surg.* 2017 Apr-Jun;10(2):76-80.
24. Aristotles. *Nicomachean Ethics*: Batoche Books Kitchener. [онлайн]. [прегледан: 10.10.2018]. <http://www.efm.bris.ac.uk/het/aristotle/ethics.pdf>.
25. Arnold R, Zhou Y, Wong KS, Sung J. Psk8 Impact of Atopic Dermatitis on the Quality-Of-Life of Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Value in Health.* 2005; 8 (3): 332. doi:10.1016/S1098-3015(10)62872-0.

26. ASAD. Consumer survey on cosmetic dermatologist procedures. [онлайн]. [прегледан: 11.01.2018] <https://www.asds.net/Portals/0/PDF>.
27. ASAPS. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics 2016. Percent of change in selected procedures. [онлайн]. [прегледан: 10.11.2017]. <https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2016-11-12.pdf>.
28. Badia X, Colombo J, Lara N et al. Combination of qualitative and quantitative methods for developing a new Health Related Quality of Life measure for patients with anogenital warts. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:24–30. doi: 10.1186/1477-7525-3-24.
29. Beale S, Lambert G, Lisper H, et al. Augmentation mammoplasty: the surgical and psychological effects of the operation and prediction of the result. *Ann Plast Surg*. 1985;14:473–493.
30. Beckers L, Speth L, Rameckers E, Janssen-Potten Y. Cross-cultural Translation and Adaptation of the Lifestyle Assessment Questionnaire (LAQ-CP) Into Dutch: A Brief Report. *Pediatr Phys Ther*. 2017 Jul;29(3):251-255. doi: 10.1097/PEP.0000000000000428.
31. Bergner M, Bobbitt R, Carter W, Gilson B. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981 Aug;19(8):787-805.
32. Boesen V, Nissen S, Groenvold M et al. Conversion of standard retrospective patient-reported outcomes to momentary versions: cognitive interviewing reveals varying degrees of momentary compatibility. *Qual Life Res*. 2017; doi:10.1007/s11136-017-1762-7.
33. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*. 2002; 7 (2): 120–125. doi:10.1634/theoncologist.7-2-120. ISSN 1083-7159.
34. Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D et al. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2016; 19, 1-8.
35. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons (BAAPS) (2012) Britons tighten belts (in more ways than one). [онлайн]. [прегледан: 10.06.2018]. <http://www.baaps.org.uk/about-us/audit/1105-britons-tighten-belts-in-moreways-than-one>.
36. Brodsky V, Péntek M, Bálint P, Géher P et al. Comparison of the Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL) questionnaire, the functional status (HAQ) and utility (EQ-5D) measures in psoriatic arthritis: Results from a cross-

- sectional survey. *Scandinavian Journal of Rheumatology.*, 2010; 39 (4): 303–9. doi:10.3109/03009740903468982.
37. Brody H, Monheit G et al. A history of chemical peeling. *Dermatol Surg* 2000; 26(5):405-409.
 38. Brown C, McKenna P, Solomon M. et al. The Patient-Reported Impact of Scars Measure: Development and Validation. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2010; 125(5): 1439–49. doi:10.1097/PRS.0b013e3181d4fd89.
 39. Brown L, Stevenson A. *Oxford Dictionary*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
 40. Brunton G, Paraskeva N, Caird J et al. Psychosocial predictors, assessment, and outcomes of cosmetic procedures: a systematic rapid evidence assessment. *Aesthetic Plast Surg*. 2014; 38(5):1030-40. doi: 10.1007/s00266-014-0369-4. Epub 2014 Jun 25.
 41. Brunton G, Paraskeva N, Caird J et al. Psychosocial predictors, assessment and outcomes of cosmetic interventions: a systematic rapid evidence review. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 2013; [онлайн]. [прегледан: 06.06.2017] . <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=3374>.
 42. Burckhardt C, Anderson K. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003; doi: 10.1186/1477-7525-1-60.
 43. Busija L, Pausenberger E, Haines T et al. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQoL). *Arthritis Care & Research.*, 2011; 63 (Suppl 11): S383–412. doi:10.1002/acr.20541.
 44. Carol M, Paul P, Peter G et al. Development of the 25-list-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Archives of Ophthalmology*. 119 (7): 1050–1058. doi:10.1001/archophth.119.7.1050.
 45. Carruthers J, Carruthers J. Treatment of glabellar frown lines with C. botulinum-A exotoxin. *J Dermatol Surg Oncol*. 1992; 18(1); 17-21.

46. Casabona G, Marchese P. Calcium Hydroxylapatite Combined with Microneedling and Ascorbic Acid is Effective for Treating Stretch Marks. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017;5(9):e1474. doi: 10.1097/GOX.0000000000001474.
47. Casabona G, Pereira G. Microfocused Ultrasound with Visualization and Calcium Hydroxylapatite for Improving Skin Laxity and Cellulite Appearance. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017 Jul 25;5(7):e1388.
48. Castelino M, Abbott J, McElhone K, Teh L. Comparison of the psychometric properties of health-related quality of life measures used in adults with systemic lupus erythematosus: A review of the literature. *Rheumatology*. 2012; 52 (4): 684–96. doi:10.1093/rheumatology/kes370.
49. Castle D, Honigman R, Phillips K. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust*. 2002; 176(12): 601-4.
50. Castle D, Phillips K. *Disorders of body image*. Hampshire, 2002; UK: Wrightson Biomedical.
51. Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Atlanta, Georgia.
52. Charan U, Peter C, Pulimood S. Impact of hand eczema severity on quality of life. *Indian Dermatol Online J*. 2013 Apr-Jun; 4(2): 102–105. doi: 10.4103/2229-5178.110629.
53. Chen J. *Female College Students' Attitudes toward Non-surgical Cosmetic Procedures*. Fooyin University, Taiwan, *Intercultural Communication Studies XXIV*: 3 (2015).
54. Choi S, Yoo K et al. High intensity focused ultrasound as a potential new modality for the treatment of pigmentary skin disorder. *Skin Res Technol*. 2016 May;22(2):131-6.
55. Chren M, Lasek R, Quinn L, Mostow E, Zyzanski S. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol*. 1996; 107: 707–713.
56. Chren M. The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on quality of life. *Dermatol Clin*. 2011; 30(2): 231-6.
57. Coleman K, Coleman WP 3rd, Benchetrit A. Non-invasive, external ultrasonic lipolysis. *Semin Cutan Med Surg*. 2009 Dec;28(4):263-7.

58. Coleman S, Nixon J, Keen J, Muir D et al. Using cognitive pre-testing methods in the development of a new evidenced - based pressure ulcer risk assessment instrument. *BMC Med Res Methodol.* 2016 Nov 16;16(1):158.
59. Collins D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Qual Life Res* 2003;12(3):229–238.
60. Colrman S, Sachdeva K, Egbert B, Preciado J, Allison J. Clinical efficacy of noninvasive cryolipolysis and its effect on peripheral nerves. *Aesthetic Plast Surg* 2009; 33(4); 482-488.
61. Comite S, Liu J, Balasubramanian S, Christian M. Treatment of HIV-associated facial lipoatrophy with Radiance FN (Radiesse). *Dermatol Online J.* 2004 Oct 15;10(2):2.
62. Cook S, Rosser R, Salmon P. Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(11):1133-51. Epub 2006 Jun 5. Review. PubMed
63. Cortes-Sanabria L, Paredes-Cesena A, et al. Comparison of Cost-Utility Between Automated Peritoneal Dialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis". *Archives of Medical Research.* 2013; 44 (8): 655–61. doi:10.1016/j.arcmed.2013.10.017.
64. Cruz-Domínguez M, Casarrubias-Ramírez M, Gasca-Martínez V, et al. The Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ): Validation of the translation of the original German version into Spanish and its relationship to the disease and to quality of life. *Reumatol Clin.* 2017 Dec 11; pii: S1699-258X(17)30239-5. doi: 10.1016/j.reuma.2017.09.001.
65. Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. Influences on decision making for undergoing plastic surgery: a mental models and quantitative assessment. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116 (3):907-916.
66. Davis J, Senghas A, Brandt F, Ochsner KN. The effects of BOTOX injections on emotional experience. *Emotion.* 2010; 10(3): 433-40.
67. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *The Jour. of Bone and Joint Surg.* 1998 80 (1): 63–9. doi:10.1302/0301-620X.80B1.7859.
68. Dayan S, Arkins J, Patel A, Gal T. A double-blind, randomized, placebo-controlled health-outcomes survey of the effect of botulinum toxin type a injections on quality of life and self-esteem. *Dermatol Surg.* 2010;36(suppl 4):2088-2097.

69. de Aquino M, Haddad A, Ferreira L. Assessment of quality of life in patients who underwent minimally invasive cosmetic procedures. *Aesthetic Plast Surg.* 2013 Jun;37(3):497-503. doi: 10.1007/s00266-012-9992-0.
70. de Arruda L, Rocha F, Rocha A. Studying the satisfaction of patients on the outcome of an aesthetic dermatological filler treatment. *J Cosmet Dermatol.* 2008; 7(4): 246–250.
71. De Jong Z, Van Der Heijde D, McKenna S. P, Whalley D.,The reliability and construct validity of the RAQoL: A rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. *Rheumatology.* 1998; 36 (8): 878–883. doi:10.1093/rheumatology/36.8.878.
72. de Paula H et al. Translation, cultural adaptation, and validation of the American Skindex-29 quality of life index. *An. Bras. Dermatol.* 2014; 89(4):600-607.
73. De Souza A, Alexandre N, Guirardelo E. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity, *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília,* 2017; 26(3): 649-659.
74. DeSalvo K, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Gen Intern Med* 2006;21(3):267-75.
75. Dimitrov B, Gincheva V, Simeonova I. et al. Recurrent arterial and venous thrombotic events in a patient with psoriasis. Impact of PAI – 1 polymorphism: A case report. *J Biomed Clin Res,* 2016; 9 (2):163 - 168
76. Doshi S, Alster T. Combination radiofrequency and diode laser for treatment of facial rhytides and skin laxity. *J Cosmet Laser Ther* 2005; 7(1); 11-15.
77. Doward C, McKenna P, et al. The Development of the Herpes Symptom Checklist and the Herpes Outbreak Impact Questionnaire. *Value in Health.* 2009; 12 (1): 139–45. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00424.x.
78. Doward C, McKenna P, et al. The development of the L-QoL: A quality-of-life instrument specific to systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2009;68 (2): 196–200. doi:10.1136/ard.2007.086009.
79. Doward C, McKenna P, Kohlmann T, et al. The international development of the RGHQoL: A quality of life measure for recurrent genital herpes. *Qual. of Life Res.* 1998;7 (2): 143–53. doi:10.1023/A:1008857426633.
80. Doward C, Spoorenberg A, et al. Development of the ASQoL: A quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic*

- Diseases. 2003;62 (1): 20–6. doi:10.1136/ard.62.1.20. PMC 1754293 Freely accessible.
81. Doward L, McKenna S, Meads D, et al. The development of patient-reported outcome indices for multiple sclerosis (PRIMUS). *Multiple Sclerosis*. 2009; 15 (9): 1092–102. doi:10.1177/1352458509106513.
 82. Doward L, McKenna S, Meads D. Pin41 Development of the Herpes Outbreak Impact Questionnaire (Hoiq). *Value in Health*. 2003;6 (6): 760–761. doi:10.1016/S1098-3015(10)61938-9.
 83. Dowling N, Jackson A, Honigman R, Francis K. Psychological characteristics and outcomes of elective cosmetic surgery patients: the influence of cosmetic surgery history. *Plast Surg Nurs*. 2011 Oct-Dec;31(4):176-84. doi: 10.1097/PSN.0b013e31823ef115.
 84. Edgerton M, Jacobsen W, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg* 1960;13:136–145.
 85. Edmonds A. Beauty, health and risk in Brazilian plastic surgery. *Medische antropologie*, 2009; 21(1): 21-38.
 86. EQ- 5D Instruments [онлайн]. [прегледан:29.06.2018] <https://euroqol.org>
 87. European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC, Aaronson 1993
 88. European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology [онлайн]. [прегледан:06.10.2017] <http://www.escad.org/>
 89. Fagien S, Carruthers J. A comprehensive review of patient-reported satisfaction with botulinum toxin type A for esthetic procedures. *Plast Reconstr Surg* 2008; 122:1915–1925
 90. Falcone S, Berg R. Temporary polysaccharide dermal fillers: a model for persistence based on physical properties. *Dermatol Surg*. 2009 Aug;35(8):1238-43.
 91. Fan W, Zhang Q, Luo L et al. Study on the Clinical Significance and Related Factors of Thirst and Xerostomia in Maintenance Hemodialysis Patients. *Kidney and Blood Pressure Research*. 2003; 37 (4–5): 464–474. doi:10.1159/000355717.
 92. Feiman A. The story of *Clostridium botulinum*: from food poisoning of Botox. *Clin Med* 2004; 4(3): 258-261

93. Fernández-Cossío S, León-Mateos A, Sampedro FG, Oreja MT. Biocompatibility of agarose gel as a dermal filler: histologic evaluation of subcutaneous implants. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Oct;120(5):1161-9.
94. Ferrando J, García-García S, González-de-Cossío A, Bou L, Navarra E. Proposal of an Effective Platelet-rich Plasma Protocol for the Treatment of Androgenetic Alopecia. *Int J Trichology*. 2017 Oct-Dec;9(4):165-170.
95. Fidan F, Alkan B, Tosun A, Altunoglu A, Ardicoglu O. Quality of life and correlation with musculoskeletal problems, hand disability and depression in patients with hemodialysis. *Inter Jour of Rheum Dis*. 2013 19 (2): n/a. doi:10.1111/1756-185X.12171.
96. Figueiredo V. A five-patient prospective pilot study of a polycaprolactone based dermal filler for hand rejuvenation. *J Cosmet Dermatol*. 2013 Mar;12(1):73-7.
97. Finlay A, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May;19(3):210-6.
98. Franki R. Minimally invasive cosmetic procedures more popular than ever; [онлайн]. [прегледан: 01.05.2018]. <https://www.mdedge.com/edermatologynews/article/139552/aesthetic-dermatology/>.
99. Friedmann D, Mishra V, Buckley S. Keloidal Scarring From the At-Home Use of Intense Pulsed Light for Tattoo Removal. *Dermatol Surg*. 2017 Aug;43(8):1112-1114.
100. Frucht C, Ortiz A. Nonsurgical Cosmetic Procedures For Men: Trends And Technique Considerations. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016;9(12):33-43.
101. Furlong W, Feeny D, Torrance G, Barr R. The Health Utilities Index (HUI) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Med*. 2001;33 (5): 375–84. doi:10.3109/07853890109002092.
102. Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE Jr. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financ Rev* 2004;25(4):5-25.
103. Gandek B, Sinclair S, Kosinski M, Ware J. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financ Rev* 2004;25(4):5-25.
104. Gennai A, Zambelli A, Repaci E et al. Skin Rejuvenation and Volume Enhancement with the Micro Superficial Enhanced Fluid Fat Injection (M-SEFFI)

- for Skin Aging of the Periocular and Perioral Regions. *Aesthet Surg J*. 2017 Jan;37(1):14-23.
105. Ghotbi N, Khalili M. Cultural Values Influence the Attitude of Chinese, Japanese, and Korean College Students towards Cosmetic Surgery, July 2017, *Asian Bioethics Review*, 2017; 9:103–116; DOI 10.1007/s41649-017-0004-1
 106. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619–626.
 107. Glatt B, Sarwer D, O'Hara D, et al. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:76–85.
 108. Glicenstein J. The first "fillers", vaseline and paraffin. From miracle to disaster. *Ann Chir Plast Esthet*. 2007 Apr;52(2):157-61. Epub 2006 Jul 21.
 109. Glicenstein J. The Golden book of the French plastic surgery. *Ann Chir Plast Esthet*. 2010 Oct;55(5):338-53. doi: 10.1016/j.anplas.2010.07.012.
 110. Glogau R, Blitzler A, Brandt F, Kane M, Monheit GD, Waugh JM. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a botulinum toxin type A topical gel for the treatment of moderate-to-severe lateral canthal lines. *J Drugs Dermatol*. 2012 Jan;11(1):38-45.
 111. Goh C. The need for evidence-based aesthetic dermatology practice. *J Cutan Aesthet Surg*. 2009; 2(2): 65-71.
 112. Gold M, Bell M, Foster T, Street S. Long- term epilation using the epi- Light broad band, intense pulsed light hair removal system. *Dermatol Surg* 1997; 23(10):909-913.
 113. Goldberg D, Littler C, Wheeland R. Topical suspension- assisted Q- switched Nd:YAG laser hair removal. *Dermatol Surg* 1997; 23(9): 741-745
 114. Goyen M. Lifestyle outcomes of tumescent liposuction surgery. *Dermatol Surg*. 2002 Jun;28(6):459-62.
 115. Graesser A, Wiemer-Hastings K, Kreuz R, Wiemer-Hastings P, Marquis K. QUAID: a questionnaire evaluation aid for survey methodologists. *Behav Res Methods Instrum Comput*. 2000 May;32(2):254-62.
 116. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dec;46(12):1417-32.

117. Gupta M, Gupta A. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol.* 1995 May;75(3):240-3.
118. Hantash B, Mahmood M. *Dermatol Surg.* Fractional photothermolysis: a novel aesthetic laser surgery modality. 2007 May;33(5):525-34.
119. Hantash B, Renton B, Berkowitz R, Stridde B, Newman J. Pilot clinical study of a novel minimally invasive bipolar microneedle radiofrequency device. *Lasers Surg Med.* 2009 Feb;41(2):87-95. doi: 10.1002/lsm.20687.
120. Hauben D. Our surgical heritage. Johann Friedrich Dieffenbach (1794-1847). *Zentralbl Chir.* 1984;109(22):1456-8.
121. Hays R, Kallich J, et al. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qua of Life Res.* 1994; 3 (5): 329–338. doi:10.1007/BF00451725. PMID 7841967.
122. Health-Related Quality of Life (HRQOL) | CDC[онлайн].[прегледан:28.03.2018] https://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm
123. Hexsel D, Brum C, Siega C, Schilling-Souza J, Dal'Forno T, Heckmann M, Rodrigues T. Evaluation of self-esteem and depression symptoms in depressed and nondepressed subjects treated with onabotulinumtoxinA for glabellar lines. *Dermatol Surg.* 2013 Jul;39(7):1088-96. doi: 10.1111/dsu.12175.
124. Hibler B, Schwitzer J, Rossi A. Assessing Improvement of Facial Appearance and Quality of Life after Minimally-Invasive Cosmetic Dermatology Procedures Using the FACE-Q Scales. *J Drugs Dermatol.* 2016 Jan;15(1):62-7.
125. Ho D, Jagdeo J. Patient Reported Outcomes from HIV Facial Lipoatrophy Treatment With a Volumizing Hyaluronic Acid Filler: A Prospective, Open-Label, Phase I and II Study. *J Drugs Dermatol.* 2016 Sep 1;15(9):1064-9.
126. Honigman R, Phillips K, Castle D. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(4):1229-37.;
127. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): Concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2003; 1: 54. doi:10.1186/1477-7525-1-54. PMC 293474 Freely accessible.
128. Howlett O, McKinstry C, Lannin N. Using the cognitive interviewing process to improve survey design by allied health: A qualitative study. *Aust Occup Ther J.* 2017 Dec 22. doi: 10.1111/1440-1630.12445.

129. Hunt S, McKenna S. et al. The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1981; 15 (3): 221–9. doi:10.1016/0271-7123(81)90005-5. PMID 6973203.
130. Hurd C, Griffin M. Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism *Ageing & Society*. 2008; 28(5): 653-74
131. Imadojemu S, Sarwer D, Percec I, et al. Influence of surgical and minimally invasive facial cosmetic procedures on psychosocial outcomes: a systematic review. *JAMA dermatol*. 2013;149(11):1325–1333
132. Inui S, Itami S. Dr Shoji Okuda (1886-1962): The grate pioneer of punch graft hair transplantation. *J dermatol* 2009; 36(10): 561-562
133. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:283–287.
134. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. A comparison of seven point and visual analogue scales: data from a randomized trial. *Controlled Clinical Trials*. 1990; 11:43–51
135. Janowski K, Steuden S, Bereza B. The Polish version of Skindex-29: psychometric properties of an instrument to measure quality of life in dermatology. *Postepy Dermatol Alergol*. 2014;31(1):12-20.
136. Javo I, Sørliie T. Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(5):1536-1543.
137. Jenkinson C. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? . *Jour of Pub Health Med*. 1996; 19: 179–186. PMID 9243433.
138. Jobe J. Cognitive psychology and self-reports: models and methods. *Qual Life, Res*. 2003 May;12(3):219-27.
139. Jonger J, Lehnick D, Sanders E. Health-related quality of life in relapsing remitting multiple sclerosis patients during treatment with glatiramer acetate: a prospective, observational, international, multi-centre study, *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, Jongen et al; licensee BioMed Central Ltd. 2010, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-133>©

140. Juhász M, Levin M, Marmur E. A review of available laser and intense light source home devices: A dermatologist's perspective. *J Cosmet Dermatol*. 2017 Jul 25. doi: 10.1111/jocd.12371.
141. Kapp A, Papp K, Bingham A, et al. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a nonsteroid anti-inflammatory drug. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2002; 110 (2): 277–84. doi:10.1067/mai.2002.126500.
142. Keenan A-M, McKenna S, Doward L, et al. Development and validation of a needs-based quality of life instrument for osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2008; 59 (6): 841–848. doi:10.1002/art.23714.
143. Keszei A, Novak M, Streiner D. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010; 68(4): 319-23.
144. Key D. Integration of thermal imaging with subsurface radiofrequency thermistor heating for the purpose of skin tightening and contour improvement: a retrospective review of clinical efficacy. *J Drugs Dermatol*. 2014 Dec; 13(12):1485-9.
145. Khater R, Simov R, Shipkov C, Nikolova D, Anastassov Y. Our experience in the application of lipofilling. *Folia Med (Plovdiv)*. 2007;49(3-4):46-51.
146. Kim J, Van Abel D. Neocollagenesis in human tissue injected with a polycaprolactone-based dermal filler. *J Cosmet Laser Ther*. 2015 Apr;17(2):99-101.
147. Kindig D, Booske B, Remington P. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis* 2010;7(4).
148. Kindig D, Booske B, Remington P. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis* 2010;7(4).
149. Kinney B, Andriessen A, DiBernardo B, Bloom J et al. Use of a controlled subdermal radio frequency thermistor for treating the aging neck: Consensus recommendations. *J Cosmet Laser Ther*. 2017 Dec;19(8):444-450.
150. Klassen A, Cano S, Scott A, et al. Measuring patient-reported outcomes in facial aesthetic patients: development of the FACE-Q. *Facial Plast Surg*. 2010;26(4):303–309.

151. Klassen A, Cano S, Scott A, et al. Measuring outcomes that matter to face-lift patients: development and validation of FACE-Q appearance appraisal scales and adverse effects checklist for the lower face and neck. *Plast Reconstruct Surg.* 2014;133(1):21–30
152. Klassen A, Cano S, Schwitzer J, Scott A, Pusic A., FACE-Q scales for health-related quality of life, early life impact, satisfaction with outcomes, and decision to have treatment: development and validation. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Feb;135(2):375-86.
153. Knapp T, Kaplan E, Daniels J. Injectable collagen for soft tissue augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1977 Sep;60(3):398-405.
154. Ko E, Hong J, Kwon T. et al. Efficacy and safety of non-invasive body tightening with high-intensity focused ultrasound (HIFU). *Skin Res Technol.* 2017 Nov;23(4):558-562.
155. Kosowski T, McCarthy C, Reavey P et al. A systematic review of patient-reported outcome measures after facial cosmetic surgery and/or nonsurgical facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2009 101. Jun;123(6):1819-27. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181a3f361. Review. PubMed PMID: 19483584.
156. Kraus C, Chapman L, Korta D etc., Quality of life outcomes associated with treatment of human immunodeficiency virus (HIV) facial lipoatrophy., *In t J Dermatol.* 2016 Dec; 55(12):1311-1320. Doi: 10.1111/ijd.13374. Epub 2016 Aug 6.
157. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care.* 2003; 41: 1284-92.
158. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9): 606-13.
159. Krueger N, Sadick NS. New-generation radiofrequency technology. *Cutis.* 2013 Jan;91(1):39-46.
160. Krueger N., Sattler G. The history of aesthetic medicine and surgery. *J Drugs Dermatol.* 2013;12(7):737-742.
161. Ladari H, van Abel D, Al Nuami K, Al Faresi F, Galadari I.A randomized, prospective, blinded, split-face, single-center study comparing polycaprolactone to hyaluronic acid for treatment of nasolabial folds. *J Cosmet Dermatol.* 2015 Mar;14(1):27-32.
162. Lambert J, Bostoen J, Geusens B, et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first

- results. *Archives of Dermatological Research*. 2010;303 (1): 57–63. doi:10.1007/s00403-010-1082-z.
163. Langlois J, Roggman L: Attractive faces are only average. *Psychol Sci* 1990, 1:115–121.
 164. Lapatina N, Pavlenko T. Diluted Calcium Hydroxylapatite for Skin Tightening of the Upper Arms and Abdomen. *J Drugs Dermatol*. 2017 Sep 1;16(9):900-906.
 165. Laubach H, Tannous Z, Anderson R, Manstein D. Skin responses to fractional photothermolysis. *Lasers Surg Med*. 2006 Feb;38(2):142-9.
 166. Lazar C, Deneuve S. Patients' perceptions of cosmetic surgery at a time of globalization, medical consumerism, and mass media culture: a French experience. *Aesthet Surg J*. 2013;33(6):878-885.
 167. Lee Y, Eun Y, Lee J, Cheon M, Cho B, Park H. Effects of multi-polar radiofrequency and pulsed electromagnetic field treatment in Koreans: Case series and survey study [Internet], *J Dermatolog Treat* 2012; Epub ahead of print
 168. Lewis V, Finlay A. Two decades experience of the Psoriasis Disability Index. *Dermatology*. 2005;210(4):261-8. Review. PubMed PMID: 15942210.
 169. Li J, Wang M, Yu X, Li S, Xie Y. Development and validation of a patient reported outcome instrument for chronic obstructive pulmonary diseases. *Chin J Integr Med*. 2015 Sep;21(9):667-75. doi: 10.1007/s11655-014-1982-4.
 170. Litner J, Rotenberg B, Dennis M, Adamson P. Impact of cosmetic facial surgery on satisfaction with appearance and quality of life. *Arch Facial Plast Surg*. 2008 Mar Apr;10(2):79-83. doi: 10.1001/archfaci.10.2.79. PubMed PMID: 18347233.
 171. Litwin M. How to measure survey reliability and validity. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
 172. MacGregor J, Tanzi E. Microfocused ultrasound for skin tightening. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Mar;32(1):18-25.
 173. Magliano J, Graesser A. Computer-based assessment of student-constructed responses. *Behav Res Methods*. 2012 Sep;44(3):608-21. doi: 10.3758/s13428-012-0211-3. Review. PubMed
 174. Maisel A, Waldman A, Furlan K, et al. Self-reported Patient Motivations for Seeking Cosmetic Procedures. *JAMA Dermatol*. 2018;154(10):1167–1174.
 175. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. *Lasers Surg Med*. 2004;34(5):426-38.

176. Margraf J, Meyer A, Lavallee K. Well-Being From the Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery. *Clin Psychol Sci.* 2013; 1(3): 239-52.
177. Marmur E, Al Quran H, De Sa Earp AP, Yoo JY. A five-patient satisfaction pilot study of calcium hydroxylapatite injection for treatment of aging hands. *Dermatol Surg.* 2009 Dec;35(12):1978-84.
178. Marquardt S: Dr. Stephen R. Marquardt on the Golden Decagon and human facial beauty. *J Clin Orthod* 2002, 36:339–347.
179. Maxwell A, Özmen M, Iezzi A, Richardson J. Deriving population norms for the AQoL-6D and AQoL-8D multi-attribute utility instruments from web-based data". *Qual of Life Res.* 2016; 25 (7). doi:10.1007/s11136-016-1337-z.
180. McKenna S, Lebwohl M, Kahler K. Development of the US PSORIQoL: A psoriasis-specific measure of quality of life. *International Journal of Dermatology.* 2005;44 (6): 462–9. doi:10.1111/j.1365-4632.2005.01941.x.
181. McKenna S, Doward LC, Whalley D, et al. Development of the PsAQoL: A quality of life instrument specific to psoriatic arthritis . *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2004;63 (2): 162–9. doi:10.1136/ard.2003.006296.
182. McKenna S, Ratcliffe J, Meads D M, Brazier J E .Development and validation of a preference based measure derived from the Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR) for use in cost utility analyses. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2008; 6: 65. doi:10.1186/1477-7525-6-65. PMC 2546377 Freely accessible.
183. McKenna S, Whalley D, Dewar A L, Erdman R, et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Quality of Life Research.* 2005;14 (1): 231–41. doi:10.1007/s11136-004-4231-z.
184. McKenna S, Doughty N, Meads D. et al. The Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR): A Measure of Health-Related Quality of Life and Quality of Life for Patients with Pulmonary Hypertension. *Quality of Life Research.* 2006;15 (1): 103–15. doi:10.1007/s11136-005-3513-4.
185. McKenna S, Cook S, Whalley D, et al. Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *British Journal of Dermatology.* 2003;149 (2): 323–31. doi:10.1046/j.1365-2133.2003.05492.x.
186. McKenna S, Doward L. The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value Health.* 2005 Mar-Apr;8(2):89-91.

187. McKenna S, Hunt S. A measure of family disruption for use in chickenpox and other childhood illnesses . *Social science & medicine*. 1994; 38 (5): 725–31. doi:10.1016/0277-9536(94)90463-4.
188. McKenna S, Whalley D, De Prost Y, Staab D, et al."Treatment of paediatric atopic dermatitis with pimecrolimus (ElidelR, SDZ ASM 981): Impact on quality of life and health-related quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2006; 20 (3): 248–54. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01383.x.
189. Meads D, Doward L, McKenna S, Fisk J, Twiss J, Eckert B. The development and validation of the Unidimensional Fatigue Impact Scale (U-FIS). *Multiple Sclerosis*. 2009;15 (10): 1228–38. doi:10.1177/1352458509106714.
190. Meads D, McKenna S, Bonney M-A, Bloch M. Further Validation and Responsiveness Assessment of the Herpes Outbreak Impact Questionnaire and Herpes Symptom Checklist. *Value in Health*. 2009;12 (2): 397–400. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00450.x.
191. Meads D, McKenna S, Doward L, et al. Development and validation of the Asthma Life Impact Scale (ALIS). *Res Med*. 2010;104 (5): 633–43. doi:10.1016/j.rmed.2009.11.023.
192. Meads D, McKenna S, Doward L, Hampson N, McGeown C. Psk6 Interpreting Scores on the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (Qoliad). *Value in Health*. 2005; 8 (3): 331–332. doi:10.1016/S1098-3015(10)62870-7.
193. Menaker G, Wrone D, Williams R, Moy R. Treatment of facial rhytids with a nonablative laser: a clinical and histological study. *Dermatol Surg* 1999; 25(6): 440-444.
194. Moers-Carpi M, Sherwood S. Polycaprolactone for the correction of nasolabial folds: a 24-month, prospective, randomized, controlled clinical trial.*Dermatol Surg*. 2013 Mar;39(3 Pt 1):457-63.
195. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales—a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol*. 1997 Feb;136(2):202-6.
196. Most S, Alsarraf R, Larrabee W. Outcomes of facial cosmetic procedures. *Facial Plast Surg* 2002; 18(2); 119-124.
197. Mulholland R. Nonexcisional, minimally invasive rejuvenation of the neck.*Clin Plast Surg*. 2014 Jan;41(1):11-31.

198. Mulkens S, Bos AE, Uleman R, Muris P, Mayer B, Velthuis P. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Mar;65(3):321-7. doi: 10.1016/j.bjps.2011.09.038. Epub 2011 Oct 24.
199. Naderi N, Combellack EJ, Griffin M, Sedaghati T, Javed M, Findlay MW, Wallace CG, Mosahebi A, Butler PE, Seifalian AM, Whitaker IS. The regenerative role of adipose-derived stem cells (ADSC) in plastic and reconstructive surgery. *Int Wound J.* 2017 Feb;14(1):112-124.
200. National Center of Public Health and Analysis (NCPHA). Public health statistics, 2017, annual. NCPHA: Sofia; 2017: 24.
201. National Institute for Health and Care Excellence "Judging whether public health interventions offer value for money". September 2013. Retrieved 2018-05-30.
202. Oakley A. The Acne Disability Index: usefulness confirmed. *Australas J Dermatol.* 1996 Feb;37(1):37-9.
203. Olenius M. The first clinical using a new biodegradable implant for the treatment of lips, wrinkles, and folds. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22(2): 97-101.
204. Ozgur F, Tuncali D, Guler Gursu K. Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plast Surg.* 1998 Nov-Dec;22(6):412-9.
205. Panchapakesan V, Klassen AF, Cano SJ, et al. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q Aging Appraisal Scale and Patient-Perceived Age Visual Analog Scale. *Aesthet Surg J.* 2013;33(8):1099–1109.
206. Papadopoulos N, Kovacs L, Krammer S, Herschbach P, Henrich G, Biemer E. Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study, *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007; 60(8): 915-21.
207. Park H, Kim E, Kim J, Ro Y, Ko J. High-Intensity Focused Ultrasound for the Treatment of Wrinkles and Skin Laxity in Seven Different Facial Areas. *Ann Dermatol.* 2015 Dec;27(6):688-93.
208. Parkerson G, Broadhead W, Tse C. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care.* 1990 Nov;28(11):1056-72.
209. Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press, New York, 1993.

210. Patrick D, Hurst B, Hughes J. Further Development and Testing of the Migraine-Specific Quality of Life (MSQOL) Measure. *Headache: the Journal of Head and Face Pain*. 2000;40 (7): 550–560. doi:10.1046/j.1526-4610.2000.00086.x.
211. Penson D, Wei J. *Clinical Research for surgeons*, chap. 12, p. 237- p.251, Human Press Inc., Totowa, New Jersey, 2006.
212. Perrett D, My K, Yoshikawa S: Facial shape and judgement of female attractiveness. *Nature* 1994, 368:239–242.
213. Pestoni Porvén C, Vieira Dos Santos V, Del Pozo Losada J. Fractional carbon dioxide (CO₂) laser combined with topical tretinoin for the treatment of different forms of cystic acne. *J Cosmet Laser Ther*. 2017 Dec;19(8):465-468.
214. Phillips K, Dufresne R, Wilkel C, Vittorio C. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:436–441.
215. Phillips K, Grant J, Siniscalchi J, Albertini R. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001;42:504–510.
216. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2015 Apr 7;3(3):e321.
217. Powell N, Humphreys B. *Proportions of the Aesthetic Face*. 1984, Thieme, New York.
218. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
219. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. Quantifying environmental health impacts. World Health Organization. 2006.
220. Pruzinsky T, Edgerton MT. *Body images: development, deviance, and change*. New York: Guildford Press; 1990. p. 217-236.
221. Pusic A, Klassen A, Scott A, et al. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q satisfaction with appearance scale: a new patient-reported outcome instrument for facial aesthetics patients. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):249–260.
222. Rajmil L, Roizen M, Psy A. et al. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. Working Group on HRQOL in Children in Ibero-American Countries. *Value in Health*. 2012;15 (2): 312–22. doi:10.1016/j.jval.2011.11.028. PMID 22433763.

223. Ramada-Rodilla J, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. *Salud Publica Mex.* 2013 Jan-Feb;55(1):57-66.
224. Rankin M, Borah G, Perry A, Wey P. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Nov;102(6):2139-45; discussion 2146-7.
225. Raspaldo H, Chantrey J, Belhaouari L, Saleh R, Murphy D. Juvéderm volbella with lidocaine for lip and perioral enhancement: a prospective, randomized, controlled trial. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2015 Apr 7;3(3):e321. doi: 10.1097/GOX.0000000000000266.
226. Ravens- Sieberer U, Karow A, Barthel D, Klasen F. How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry, *Dialogues Clin Neurosci.* 2014 Jun; 16(2): 147–158.
227. Redaelli A, Romano D, Marcianó A. Face and neck revitalization with platelet-rich plasma (PRP): clinical outcome in a series of 23 consecutively treated patients. *J Drugs Dermatol.* 2010 May;9(5):466-72.
228. Rees T, Platt J, Ballantyne D. .An investigation of cutaneous response to dimethylpolysiloxane (silicone liquid) in animals and humans- a preliminary report. *Plast Reconstr Surg.* 1965 Feb;35:131-9.
229. Rittes P. The use of phosphatidylcholine for correction of localized fat deposits. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;27(4):315-8.
230. Rotunda A, Kolodney M. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clasidication and review. *Dermatol Surg* 2006; 32(4):465-480.
231. Rotunda A. Injectable treatment for adipose tissue: terminology, mechanism, and tissue interaction. *Laser Surg Med* 2009; 41(10): 714-720.
232. Rruiz- Esparza J, Gomez J. The medical face lift: a noninvasive, nonsurgical approach to tissue tightening in facial skin usin popablative radiofrequency. *Dermatol Surg* 2003; 29 (4): 325-332; discission 332.
233. Ruft J, Asady A, Staubach P, Casale T, Sussmann G, Zuberbier T, Maurer M, Weller K, Altrichter S. Development and Validation of the Cholinergic Urticaria Quality of Life Questionnaire: CholU-QoL. *Clin Exp Allergy.* 2018 Jan 25. doi: 10.1111/cea.13102.
234. Ruiz-Esparza J, Gomez J. *Dermatol Surg.*The medical face lift: a noninvasive, nonsurgical approach to tissue tightening in facial skin using nonablative radiofrequency. 2003 Apr;29(4):325-32;

235. Ruiz-Esparza J. Nonablative radiofrequency for facial and neck rejuvenation. A faster, safer, and less painful procedure based on concentrating the heat in key areas: the ThermoLift concept. *J Cosmet Dermatol.* 2006 Mar;5(1):68-75.
236. Sadick N. The impact of cosmetic interventions on quality of life; [online] *Dermatology Online Journal.* 2008. 14(8). Available from URL: <https://escholarship.org/uc/item/7s4656k6>.
237. Sarwer D, Wadden T, Pertschuk M, et al. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1644–1649.
238. Sarwer D, Wadden T, Pertschuk M, Whitaker L. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev* 1998;18:1–22.
239. Scarano A, Carinci F, Piattelli Lip augmentation with a new filler (agarose gel): a 3-year follow-up study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009 Aug;108(2):e11-5.
240. Schlessinger J, Schlessinger D, Schlessinger B. Prospective demographic study of cosmetic surgery patients. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2010;3(11):30-5.
241. Schmidt S, Bullinger M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Apr;84(4 Suppl 2): S29-34.
242. Schwarz N, Cognitive aspects of survey methodology, *Cognitive Psychology*, 2007 DOI: 10.1002/acp.1340.
243. Shridharani S, Magarakis M, Manson P, Rodriguez E (2010) Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plastic and Reconstructive Surgery* 126: 2243- 2251.
244. Siliquini G, Tuninetti V, Bounous V, Bert F, Biglia N. Fractional CO2 laser therapy: a new challenge for vulvovaginal atrophy in postmenopausal women. *Climacteric.* 2017 Aug;20(4):379-384.
245. Small R. Aesthetic procedures in office practice. *Am Fam Physician.* 2009; 80(11):1231-7.
246. Sobanko J, Dai J, Gelfand J, Sarwer D , Percec I. Prospective cohort study investigating changes in body image, quality of life, and self-esteem following minimally invasive cosmetic procedures. *Dermatol Surg.* 2018; 44(8): 1121-1128.

247. Sobanko J, Taglienti A, Wilson A et al. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting *Aesthetic Surgery Journal*. 2015; 35(8):1014-20.
248. Sommer B, Zschocke I, Bergfeld D, Sattler G, Augustin M. Satisfaction of patients after treatment with botulinum toxin for dynamic facial lines, *Dermatol Surg*. 2003; 29: 456-460.
249. Spertus J, Winder J, Dewhurst T, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J of the American Coll of Card*. 1995; 25 (2): 333–341. doi:10.1016/0735-1097(94)00397-9.
250. Stedman. *Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*, 7th Edition, ISBN-10: 1608316920.
251. Strada L, Franke GH, Schulte B, Reimer J, Verthein U. Development of OSTQOL: A Measure of Quality of Life for Patients in Opioid Substitution Treatment. *Eur Addict Res*. 2017 Nov 21;23(5):238-248. doi: 10.1159/000484239.
252. Swanson E. Outcome analysis in 93 facial rejuvenation patients treated with a deep-plane face lift. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Feb;127(2):823-34. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181fed81f.
253. Symons D: *The Evolution of Human Sexuality*. Oxford: Oxford University Press; 1979.
254. Tansavatdi K, Mangat DS. Calcium hydroxyapatite fillers. *Facial Plast Surg*. 2011 Dec;27(6):510-6. doi: 10.1055/s-0031-1298783.
255. Terzić M. Focused ultrasound for treatment of uterine myoma: from experimental model to clinical practice. *Srp Arh Celok Lek*. 2008 Mar-Apr;136(3-4):193-5.
256. Testa M, Nackley J. Methods for quality-of-life studies. *Annu Rev Public Health*. 1994;15:535-59.
257. The American Association of Aesthetic Medicine and Surgery [онлайн]. [прегледан: 11.10.2017] <https://aaams.net/> .
258. The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990; 16(3):199-208.
259. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-1585.

260. Todorova K, Velikova V, Tsekov S. Psychometric properties of the Bulgarian version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31). *Epilepsy Behav.* 2013;28(2):203-10. doi:10.1016/j.yebeh.2013.05.014.
261. Tourangeau R, Rips L, Rasinski K. *The Psychology of Survey Response*, reprint. Publisher, Cambridge University Press, 2000. ISBN, 0521576296, 9780521576291. Length, 401 pages.
262. Twiss J, McKenna S, Bloch M, Bonney M. PIN5 Patient and Clinician Perceived Benefit of Early Consumption of Famciclovir for the Treatment of Herpes Outbreaks. *Value in Health.* 2011; 14 (7): A266. doi:10.1016/j.jval.2011.08.193.
263. Tzikas T. Evaluation of the Radiance FN soft tissue filler for facial soft tissue augmentation. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 Jul-Aug;6(4):234-9.
264. Valkova S, Velkova A. Preliminary clinical results of Bulgarian adaptation of the Skindex-29 questionnaire on quality of life in Dermatology. *Proceedings of the Third Spring Symposium of EADV.* Sofia, 2005: 92.
265. Valkova S, Velkova A. The impact of some dermatological diseases on quality of life. *Health management.* 2007; 7(2): 59-63. (in Bulgarian).
266. van Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument; [online]. Available from URL: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf
267. van Wijngaarden J, Scholten G, van Wijk K. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2012 Jan-Mar;27(1):34-49. doi: 10.1002/hpm.1032.
268. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and "DIY" surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull* 2000;24:218–221. 25.
269. Viana G, Osaki M, Nishi M. Effect of lower blepharoplasty on self-esteem. *Dermatol Surg.* 2010 Aug;36(8):1266-72. doi: 10.1111/j.1524-4725.2010.01620.x.
270. Vickrey B. A procedure for developing a quality-of-life measure for epilepsy surgery patients. *Epilepsia.* 1993;34 (Suppl. 4): S22–S27. doi:10.1111/j.1528-1157.1993.tb05912.x.
271. Wahn U, Bos J, et al. "Efficacy and Safety of Pimecrolimus Cream in the Long-Term Management of Atopic Dermatitis in Children. Pediatrics. Flare Reduction in Eczema with Elidel (Children) Multicenter Investigator Study Group. 2002; 110 (1 Pt 1): e2.

272. Waljee J, McGlinn EP, Sears ED, Chung KC. Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: a systematic review. *Surgery*. 2014;155(5):799-808; Zhong T, Pusic AL. Future of outcomes research in plastic surgery. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):351-357.
273. Walker N, Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index© (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index© (CADI), Volume 20, Issue 1 January 2006 , *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology* Pages 45–5, DOI: 10.1111/j.1468-3083.2005.01344.x.
274. Wang Q, Cao C, Guo R et al. Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Medical Procedures. *Aesthetic Plast Surg*. 2016; 40(6): 954-961.
275. Weinkle S, Werschler W, Teller C et al. Impact of Comprehensive, Minimally Invasive, Multimodal Aesthetic Treatment on Satisfaction With Facial Appearance: The HARMONY Study. *Aesthet Surg J*. 2018; 38(5): 540-556.
276. Weinstein M, Torrance G, McGuire A. QALYs: The Basics. *Value in Health*. 2009 12: S5–S9. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00515.x. ISSN 1098-3015.
277. Weldam S, Schuurmans M, Liu R, Lammers J-W. Evaluation of Quality of Life instruments for use in COPD care and research: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50 (5): 688–707. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.017.
278. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.
279. Willemsen J, Van Dongen J, Spiekman M, Vermeulen K, Harmsen M, van der Lei B, Stevens H. The addition of PRP to facial lipofilling: a double-blind placebo-controlled randomized trial. *Plast Reconstr Surg*. 2017 Oct 10.
280. Willis G, Artino A. What Do Our Respondents Think We're Asking? Using Cognitive Interviewing to Improve Medical Education Surveys. *J Grad Med Educ*. 2013 Sep; 5(3): 353–356.
281. Wirén L, Whalley D, McKenna S, Wilhelmssen L. Application of a disease-specific, quality-of-life measure (QoL-AGHDA) in growth hormone-deficient adults and a random population sample in Sweden: Validation of the measure by

- Rasch analysis. *Clinical Endocrinology*. 2000; 52 (2): 143–52. doi:10.1046/j.1365-2265.2000.00899.x.
282. Woodward J, Fabi S, Alster T, Colón-Acevedo B. Safety and efficacy of combining microfocused ultrasound with fractional CO2 laser resurfacing for lifting and tightening the face and neck. *Dermatol Surg*. 2014 Dec;40 Suppl 12:S190-3.
283. Yin Z, Wang D, Ma Y, et al. Self-esteem, Self-efficacy, and Appearance Assessment of Young Female Patients Undergoing Facial Cosmetic Surgery : A Comparative Study of the Chinese Population. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016;18(1):20–26.
284. Yutskovskaya Y, Kogan E. Improved Neocollagenesis and Skin Mechanical Properties After Injection of Diluted Calcium Hydroxylapatite in the Neck and Décolletage: A Pilot Study. *J Drugs Dermatol*. 2017 Jan 1;16(1):68-74.
285. Zhong T, Pusic AL. Future of outcomes research in plastic surgery. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):351-357.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

ВЪПРОСНИК НА РЕТРОСПЕКТИВНОТО ПРОУЧВАНЕ

Карта за извличане на информация
от документацията на пациенти, потърсили естетични процедури
в Клиника по естетична медицина за едногодишен период

1. Пациент №.....
2. Пол
 - 1- мъж;
 - 2- жена
1. Възраст (в навършени години)
2. Местоживееене:
 - 1- София;
 - 2- голям град (с население над 100 000 души);
 - 3- средно голям град (с население между 30 000 и 100 000 души);
 - 4- село;
 - 5- чужбина
1. Причина за посещение в Клиниката:
 - 1- естетична процедура;
 - 2- медицинско показание;
 - 3 - консултация/ преглед
1. Месец на първото посещение:.....
2. Вид на извършената естетична процедура:
 1. филър
 2. мезотерапия, бустер
 3. ботокс
 4. PRP- плазмотерапия
 5. лазер- обезкосмяване
 6. лазер- неаблативен др.
 7. лазер- аблативен
 8. апаратни процедури

Приложение 2.

ВЪПРОСНИК НА ПРОСПЕКТИВНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦАТА С ПРОВЕДЕНИ ЕСТЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Идент. №.....

Анкетна карта

**за проучване на влиянието на естетичните процедури върху качество на живот,
свързано със здравето на пациентите**

Уважаеми г-жо/г-не,

Цел на настоящия въпросник е да определи доколко Вашият естетичен проблем и проведеното естетично лечение се отразява върху качеството на Вашия живот. Моля, оградете с кръгче отговора, който най-точно отразява Вашето състояние или мнение.

Благодарим за отделеното време!

1. Възраст: _____

2. Пол: 1. мъж 2. жена

3. Местоживее: 1. София 2. голям град над 50000 ч. 3. малък град до 50000 ч. 4. село 5. чужбина

4. Социален статус: 1. работещ, 2. безработен, 3. учащ, 4. пенсионер,

5. Образование: 1. основно, 2. средно, 3. висше

6. Семейно положение:

1. омъжена/женен
2. неомъжена/неженен
3. живее на семейни начала без брак
4. разведена/разведен
5. вдовица/вдовец

7. Има ли възможност да проведете тези процедури във Вашето населено място?

1. Да, има подобни клиники
2. Няма подобни клиники

8. Каква е мотивацията Ви да извършите естетична процедура?

1. искам да подобря външния си вид
2. не се харесвам
3. по настояване на партньора/-ката
4. поради медицинска причина
5. Друго.....

9. Коя по ред процедура е за Вас?: _____ (при първа процедура, моля преминете към въпрос №14)

10. Ако е поредна процедура - удовлетворен ли сте от предишни процедури?

1. Да, напълно съм доволен/а
2. Да, отчасти съм доволен
3. Не, не съм доволен/а

11. В коя от следните сфери има най- голям ефект извършената процедура?

1. работа
2. соц. живот
3. интимен живот

12. Какви процедури сте извършвали до сега?

1. Филър
2. Мезотерапия
3. Ботокс
4. Процедури с кръвна плазма
5. Лазерни- обезкосмяване
6. Лазерни-други
7. Апаратни процедури

13. В кои области от тялото ви сте извършвали естетични процедури?

1. лице
2. коса
3. тяло
4. крайници

14. Имате ли хронично заболяване?

1. Да, имам _____
2. Не, нямам
3. Не съм сигурен

15. Имате ли психиатрични/ психологични проблеми или заболявания?

1. Да, имам _____
2. Не, нямам
3. Не съм сигурен

16. Пушите ли ?

1. Да, пуша в момента
2. Не, но съм пушил
3. Не, никога не съм пушил

17. Употребявате ли алкохол повече от пет пъти седмично ? 1. Да 2. Не

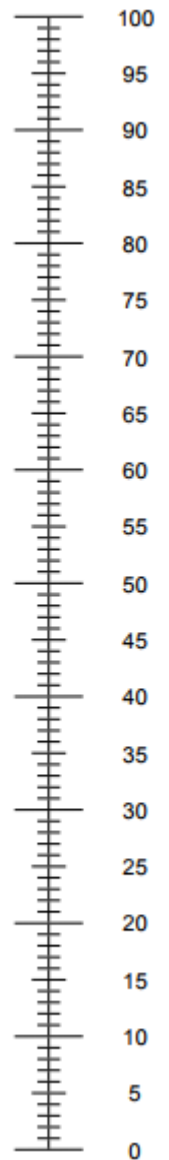
През изминалите 2 седмици, колко често се притеснявахте за някои от следните проблеми?

		Никога	Няколко дни	Повече от половината дни	Почти всеки ден
18.	Намален интерес или удовлетвореност от нещата, които правите	0	1	2	3
19.	Чувствам се потиснат/а, депресиран/а или отчаян/а	0	1	2	3

20. Бихме искали да знаем колко добро/ лошо е вашето здраве днес.

- Тази скала е номерирана от 0 до 100.
- Оценка 100 означава най- доброто здраве, което може да си представите, а 0 означава най- лошото, което може да си представите.
- Моля, означете с X на скалата оценката, която давате на вашето здраве ДНЕС.
- Моля напишете по- долу стойността на оценката, която сте дали..

ВАШЕТО ЗДРАВЕ ДНЕС Е: _____



Следващата част на въпросника Ви пита за ефектите на Вашия естетичен проблем върху качеството на живот. Тази част ще попълните сега, преди започване на естетичното лечение и още веднъж след приключване на естетичните процедури, най рано след 4 седмици. Моля бъдете откровени в отговорите си.

Здравнообусловено качество на живот

Преди процедура

След процедура

1.Естетичният ми проблем се отразява на качеството на съня ми.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

2.Естетичният ми проблем затруднява работата ми и заниманията ми с хобита.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

3.Естетичният ми проблем влияе върху социалния ми живот.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

4.Предпочитам да правя нещата сам заради естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

5.Състоянието на естетичния ми проблем ме затруднява да изразявам обичта си.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

6.Естетичният ми проблем намалява самочувствието ми и самоувереността ми.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

7.Състоянието на естетичния ми проблем представлява проблем за хората, които обичам.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

8.Естетичният ми проблем влияе върху желанието ми да бъда с други хора.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

9.Естетичният ми проблем пречи на сексуалния ми живот.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

10.Срамувам се от естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

11.Безпокоя се, че естетичния ми проблем може да се влоши.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

12.Естетичният ми проблем ме ядосва.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

13.Изпитвам неудобство, заради естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

14.Разстроен съм от естетичния ми проблем

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

15.Чувствам се унижен от естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

16.Другите забелязват естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

17. Естетичният ми проблем ме боли.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

18. Естетичният ми проблем ме сърби.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

19.Колко често проверявате вашият външен вид дневно?

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

Приложение 3:

ВЪПРОСНИК ЗА СЪБИРАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ ОТ КОНТРОЛНАТА ГРУПА ЛИЦА С ОТКАЗ ОТ ЕСТЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Идент. №.....

Анкетна карта

за проучване на качество на живот, свързано със здравето на пациентите с отказ от естетични процедури

Уважаеми г-жо/г-не,

Цел на настоящия въпросник е да определи доколко Вашият естетичен проблем се отразява върху начина Ви на живот. Моля, оградете с кръгче отговора, който смятате, че в най-голяма степен отразява Вашето състояние.

1. Възраст: _____ (в навършени години)

2. Пол: 1. мъж 2. жена

3. Местоживее: 1. София 2. голям град над 50000 ч. 3. малък град до 50000 ч. 4. село 5. чужбина

4. Социален статус: 1. работещ, 2. безработен, 3. учащ, 4. пенсионер,

5. Образование: 1. основно, 2. средно, 3. висше

6. Семейно положение:

1. омъжена/женен

2. неомъжена/неженен

3. живее на семейни начала без брак

4. разведена/разведен

5. вдовица/вдовец

7. Смятате ли, че имате естетичен проблем? (*при отговор не, моля преминете на въпрос № 5*)

1. Да

2. Не

8. Бихте ли потърсили естетични медицински услуги? (*при отговор да, моля преминете към въпрос № 10*)

1. Да

2. Не

9. Каква е причината/ите да не потърсите естетични медицински услуги?

1. Не смятам, че ще получа удовлетворяващ резултат
2. Страхувам се от извършването на такъв род процедури
3. Финансова непосилни са ми
4. Нямам достъпна клиника, която да извършва такъв род процедури
5. Имам заболяване/ния, които не позволяват да ми бъде извършена естетична процедура
6. Други _____

10. Има ли възможност да проведете естетични процедури във Вашето населено място?

1. Да, има подобни клиники
2. Няма подобни клиники

11. Имате ли хронично заболяване?

1. Да, имам _____
2. Не, нямам
3. Не съм сигурен

12. Имате ли психиатрични/ психологични проблеми или заболявания?

1. Да, имам _____
2. Не, нямам
3. Не съм сигурен

13. Пушите ли ?

1. Да, пуша в момента
2. Не, но съм пушил
3. Не, никога не съм пушил

14. Употребявате ли алкохол повече от 5 пъти седмично? 1. Да 2. Не

Следващата част на въпросника Ви пита за ефектите на Вашия естетичен проблем върху качеството на живот. Моля бъдете откровени в отговорите си.

Качество на живот с естетичния проблем

1. Естетичният ми проблем се отразява на качеството на съня ми.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

2. Естетичният ми проблем затруднява работата ми и заниманията ми с хобита.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

3. Естетичният ми проблем влияе върху социалния ми живот.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

4. Предпочитам да правя нещата сам заради естетичния ми проблем.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

5. Състоянието на естетични ми проблем ме затруднява да изразявам обичта си.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

6. Естетичният ми проблем намалява самочувствието ми и самоувереността ми.

1. Никога
2. Рядко
3. Понякога
4. Често
5. Постоянно

7. Състоянието на естетичния ми проблем представлява проблем за хората, които обичам.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

8. Естетичният ми проблем влияе върху желанието ми да бъда с други хора.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

9. Естетичният ми проблем пречи на сексуалния ми живот.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

10. Срамувам се от естетични ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

11. Безпокоя се, че естетични ми проблем може да се влоши.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

12. Естетичният ми проблем ме ядосва.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

13. Изпитвам неудобство, заради естетични ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

14. Разстроен съм от естетични ми проблем

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

15. Чувствам се унижен от естетични ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

16. Другите забелязват естетичния ми проблем.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

17. Естетичният ми проблем ме боли.

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

18. Естетичният ми проблем ме сърби.

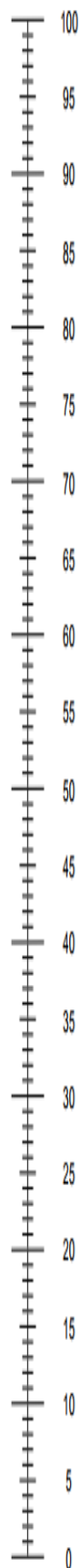
1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

19. Колко често проверявате вашият външен вид дневно?

1. Никога 2. Рядко 3. Понякога 4. Често 5. Постоянно

20. Бихме искали да знаем, колко добро/ лошо е вашето здраве днес.

- Скалата, намираща се вдясно на текста, е номерирана от 0 до 100.
- Оценка 100 означава най- доброто здраве, което може да си представите, а 0 означава най- лошото, което може да си представите.
- Моля, означете с X на скалата оценката, която давате на вашето здраве ДНЕС и го запишете с цифра тук: _____



Приложение 4:

ВЪПРОСНИК ЗА ОНЛАЙН ПРОУЧВАНЕТО

Анкетна карта

за проучване на мнението на студентите и младите лекари относно естетичната медицина

Уважаеми студенти,

Цел на настоящия въпросник е да определи доколко сте запознати с естетичната медицина като специалност и има ли почва тя у нас. Моля, оградете с кръгче отговора, който смятате, че в най-голяма степен отразява Вашето мнение.

Възраст: _____ (в навършени години)

Пол: 1. мъж 2. жена

Специалност: _____

Курс на обучение: _____

1. Срещали ли сте с понятието естетична медицина?:

1. Да 2. Не.

2. С кой клон на медицината свързвате естетичната медицина най-вече?:

1. Естетичната дерматология 2. Естетична хирургия
3. Естетична дентална медицина

3. Смятате ли, че естетичната медицина повлиява качеството на живот на пациентите?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

4. Смятате ли, че естетичната медицина повлиява здравето на пациентите?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

5. Смятате ли, че естетичната медицина повлиява психологическото състояние на пациентите?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

6. Смятате ли, че естетичната медицина е само търговска услуга, без съществено значение за здравето на пациентите?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

7.Смятате ли, че трябва да има регламенти и стандарти в този клон от медицината?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

8.Смятате ли, че трябва да има отделна обособена специалност, за хората, практикуващи този дял от медицината?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

9.Смятате ли, че трябва да се изучава естетична медицина по време на следването Ви?:

1. Да, напълно 2. Да, отчасти 3. Не, не смятам

10.Бихте ли работили като специалист по естетична медицина?:

1. Да 2. Не съм сигурен/а 3. Не

11.Къде трябва да се извършват този тип услуга?:

1. Болница, Медицински център, Лекарска практика;
2. Козметично студио;
3. Фризьорски салон;
4. Където и да е;
5. Друго _____