

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ποιότητα ζωής, υποστηρικτικά δίκτυα, στιγματισμός και προσαρμογή σε δείγμα ασθενών με ψωρίαση

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, των υποστηρικτικών δικτύων, του στιγματισμού και της προσαρμογής των ασθενών με ψωρίαση και η διερεύνηση της σχέσης αυτών με τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στη μελέτη συμμετείχαν 110 ασθενείς με ψωρίαση που επισκέπτονταν την ειδική δερματολογική κλινική δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τον δερματολογικό δείκτη ποιότητας ζωής (DLQI), τη σύντομη μορφή της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης (SSQ-6), την κλίμακα στιγματισμού για χρόνιες ασθένειες (SSCI-24), δύο υποκλίμακες της κλίμακας ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη νόσο (PAIS-SR), καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν σε κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 25.0. Για τον έλεγχο των διαμεσολαβητικών παραγόντων (mediators) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα PROCESS, v3.5. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά με την ψυχολογική δυσφορία ήταν ο εσωτερικευμένος στιγματισμός, η ποιότητα ζωής, το μορφωτικό επίπεδο και η ικανοποίηση από το κοινωνικό δίκτυο ($R^2=0,563$). Ακόμη, επιβεβαιώθηκε ο σημαντικός διαμεσολαβητικός ρόλος του συνολικού στίγματος στη σχέση μεταξύ του μεγέθους του υποστηρικτικού δικτύου και της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής δυσφορίας ($p<0,001$). Τέλος, ο εσωτερικευμένος στιγματισμός επιδρά σημαντικά στη σχέση της ποιότητας ζωής με την ψυχολογική δυσφορία ($p<0,001$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι ο στιγματισμός των ασθενών με ψωρίαση θα πρέπει να αποτελεί στόχο παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας στον εν λόγω πληθυσμό, που θα αποβλέπουν στην καλύτερη προσαρμογή τους στη νόσο.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης δερματοπάθεια, στην οποία μεσολαβούν ανοσοποιητικοί παράγοντες λόγω δυσλειτουργίας και λανθασμένης ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Αποτελεί μια σχετικά συχνή, μη μεταδοτική νόσο με περιόδους εξάρσεων και υφέσεων.¹ Χαρακτηρίζεται από αυξημένο ρυθμό πολλαπλασιασμού, ωρίμανσης και ανανέωσης των κυττάρων του δέρματος και συσώρευσής τους στα ανώτερα στρώματά του, δημιουργώντας τοπική φλεγμονή και ψωριασικές πλάκες. Υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση της νόσου, ενώ το stress και το άγχος μπορεί να αποτελέσουν εκλυτικούς παράγοντες.² Η ψωρίαση προσβάλλει το 0,1–11,8% του παγκόσμιου πληθυσμού. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι επηρεάζει >200.000 ανθρώπους.³ Αποτελείται κυρίως

από τέσσερις κλινικούς τύπους: Ψωρίαση κατά πλάκας, σταγονοειδή ψωρίαση, ερυθροδερμική ψωρίαση και φλυκταινώδη ψωρίαση. Η συχνότερη μορφή της αφορά σε επώδυνες, περιχαρακωμένες και συμμετρικές διαβρώσεις στο δέρμα, κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, στις παλάμες και στα πέλματα, στους αγκώνες, στον κορμό και στα νύχια.^{2,4} Αυτές οι περιοχές του σώματος καλύπτονται από αργυρόχρωσα λέπια και συνοδεύονται από έντονο κνησμό, αίσθημα καύσου και πόνο.^{1–5}

Λόγω της αυτοάνοσης φύσης της, η νόσος παρουσιάζει συννοσηρότητα με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νόσος Crohn και οι οφθαλμικές φλεγμονές,¹ αλλά και με παθήσεις όπως το μεταβολικό σύνδρομο, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(4):476–486
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(4):476–486

Π. Σταματίνη,
Φ. Αναγνωστόπουλος

Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο Κοινωνικών
και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Quality of life, social support,
stigmatization and adjustment
in patients with psoriasis

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ποιότητα ζωής
Προσαρμογή στην ασθένεια
Στιγματισμός
Υποστηρικτικά δίκτυα
Ψωρίαση

Υποβλήθηκε 27.10.2020
Εγκρίθηκε 5.11.2020

η αρτηριακή υπέρταση.^{2,5} Υψηλή συννοσηρότητα παρατηρείται με την ψωριασική αρθρίτιδα (σε 25–40% των ασθενών).^{2,6} Η ψωρίαση αποτελεί μια νόσο με μικρά ποσοστά πλήρους ίασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι θεραπείες επιδιώκουν την καταστολή και την ύφεση των συμπτωμάτων. Η θεραπεία είναι εξατομικευμένη και πρέπει να ανταποκρίνεται στην ηλικία του ασθενούς, στις συνοδές παθήσεις και στη σοβαρότητα της νόσου.^{5,6}

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την ψωρίαση αφορούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών, επισημαίνοντας τον αρνητικό αντίκτυπο της νόσου τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.^{7–9} Σε ψυχολογικό επίπεδο, το άγχος κυριαρχεί στις επιπτώσεις της ασθένειας, ενώ θεωρείται ως ένας από τους εκλυτικούς παράγοντες. Η αρνητική εικόνα σώματος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή νόσο και εκτεταμένες αλλοιώσεις, οδηγεί σε φόβο απόρριψης. Απόρροια αυτού είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτο-εικόνα των ασθενών, προερχόμενη από την αίσθηση της σωματικής παραμόρφωσης και συνοδευόμενη από αισθήματα ντροπής και αβοηθησίας.⁹ Άλλες ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου είναι ο αυξημένος θυμός, η νευρικότητα και η μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ συχνές είναι η κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός.^{2,7,10} Στο κοινωνικό επίπεδο, οι ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την έκθεση του σώματος, όπως κολύμβηση, καθώς ανησυχούν για την αντίδραση του κοινωνικού περιγυρού, ενώ επιλέγουν συγκεκριμένα ρούχα που καλύπτουν το σώμα τους.^{2,6,7} Λόγω των εμφανών δερματικών αλλοιώσεων οι ψωριασικοί ασθενείς μπορούν να γίνουν στόχος στιγματισμού, απόρριψης και κοινωνικής απομόνωσης, γεγονός που επεκτείνεται και στον επαγγελματικό χώρο, με περιπτώσεις απόλυσης από την εργασία.^{10–13} Τέλος, η νόσος επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη σεξουαλική ζωή των ασθενών, παρουσιάζοντας διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και μεταξύ έγγαμων και άγαμων ασθενών. Συγκεκριμένα, οι άγαμοι βιώνουν μεγαλύτερες επιπτώσεις στις διαπροσωπικές και στις ερωτικές σχέσεις, ενώ η νόσος επιβαρύνει περισσότερο τις γυναίκες.¹³

Μεγάλος είναι ο αντίκτυπος της ψωρίασης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Χαρακτηριστικά των ασθενών όπως τα δημογραφικά (φύλο, ηλικία), τα κλινικά (συννοσηρότητα, σοβαρότητα νόσου) και τα ψυχολογικά (άγχος, αμηχανία) μπορεί να επιδεινώνουν την κατάσταση, με επικρατέστερο τη βαρύτητα της νόσου. Ωστόσο, σε παγκόσμια έρευνα, ποσοστό 5,6–15% των ασθενών δήλωσε ότι η ασθένεια δεν επηρέασε την ποιότητα ζωής τους. Η επιδείνωση της ποιότητας ζωής, συνοδευόμενη με στιγματισμό, επιδρά στον ασθενή διά βίου, ακόμη και σε περιόδους βελτίωσης (αθροιστική διά βίου έκπτωση), αλλά –με έγκαιρη παρέμβαση– μπορεί να αντιμετωπιστεί.²

Ακόμη, στην παγκόσμια έκθεση για την ευημερία των ψωριασικών ασθενών βρέθηκε ότι στην Ελλάδα ο μέσος όρος ευημερίας ανερχόταν σε 5,7 και ήταν μεγαλύτερος στον ανδρικό πληθυσμό. Η ευημερία μειωνόταν όταν υπήρχε μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου με συνοδό συννοσηρότητα. Τέλος, το 53% των Ελλήνων ασθενών δήλωσαν ότι ήταν λιγότερο επηρεασμένοι από τη νόσο. Ωστόσο, οι Έλληνες ασθενείς ανέφεραν 68,5% υψηλότερα επίπεδα stress και 37,4% υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες.¹⁴

Σημαντικό ρόλο στη ζωή των ψωριασικών ασθενών διαδραματίζει το υποστηρικτικό δίκτυο. Σύμφωνα με τους Janowski et al, η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων θεωρείται πολύτιμη για την προσαρμογή στη νόσο, την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών και τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά προσαρμογής, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Και τα δύο φύλα αναφέρουν παρόμοια επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, ενώ υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. Γίνεται εμφανές ότι η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ψωρίαση σχετίζεται με την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, αλλά αυτή η σχέση επηρεάζεται από το φύλο.^{15,16}

Η έννοια του στίγματος είναι κομβική για την υγεία των ασθενών με ψωρίαση. Συνδέεται με τον φόβο της κοινωνικής απόρριψης, το αίσθημα ντροπής, την κοινωνική απομόνωση, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και τη μικρότερη κοινωνική υποστήριξη. Οι Ginsburg και Link¹⁷ εντόπισαν έξι παράγοντες στιγματισμού που σχετίζονται με την ψωρίαση: πρόβλεψη απόρριψης, αίσθημα αβοηθησίας (helplessness), ευαισθησία στις απόψεις των άλλων, ενοχή και ντροπή, θετικές/αισιόδοξες στάσεις σχετικά με τη νόσο, μυστικότητα, ενώ πρόσθεσαν μια έβδομη, την απελπισία σχετικά με την ψωρίαση. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων συσχετίζεται με μεγαλύτερη δυσφορία, εντονότερο στιγματισμό και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η έντονη σοβαρότητα της νόσου, συνοδευόμενη από την λίαν εμφανή εντόπιση των δερματικών εκδηλώσεων, συνδέεται με συχνότερο στιγματισμό, συγκριτικά με τη μέτριας ή ήπιας σοβαρότητας νόσο. Ωστόσο, οι βλάβες σε μη εμφανή μέρη του σώματος μπορεί, επίσης, να προκαλέσουν σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις ακόμα και σε ήπιας βαρύτητας νόσο.^{18,19} Σε πρόσφατη έρευνα έχει βρεθεί ότι 99% των ασθενών έχουν βιώσει στιγματισμό, κυρίως εξ αιτίας της σοβαρότητας της νόσου. Οι ασθενείς της έρευνας δήλωσαν ότι, εκτός του βαθμού σοβαρότητας, θεωρούσαν ως μορφή στιγματισμού τα επίμονα βλήματα και τις αδιάκριτες ερωτήσεις αναφορικά με τη νόσο. Το 86% θεωρούσε ότι η ζωή τους θα ήταν καλύτερη αν υπήρχε

κατάλληλη ενημέρωση του κοινού για τη νόσο.²⁰ Σύμφωνα με το μοντέλο επεξεργασίας του άγχους (stress process framework), ο Parkhouse²¹ και άλλοι ερευνητές έδειξαν ότι ο στιγματισμός, μαζί με το υποστηρικτικό δίκτυο, είναι ο πλέον ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την ύπαρξη υψηλών ποσοστών ψυχολογικής δυσφορίας.¹⁸⁻²⁰ Η παρούσα έρευνα εστιάζει σε δύο μορφές στιγματισμού, τον έμπρακτο στιγματισμό και τον εσωτερικευμένο στιγματισμό. Ο έμπρακτος στιγματισμός αφορά σε απτές και συγκεκριμένες συμπεριφορές των άλλων ατόμων, οι οποίες προκαλούν τον κοινωνικό διαχωρισμό και τη διάκριση σε βάρος των θιγόμενων, ενώ ο εσωτερικευμένος στιγματισμός ορίζεται ως η εσωτερική αποδοχή στερεότυπων αντιλήψεων και κοινωνικών προκαταλήψεων, συνοδευόμενων από προσδοκίες βίωσης δυσμενούς στάσης και διάκρισης από την κοινωνία.²²

Ο βαθμός προσαρμογής στην ασθένεια ορίζεται βάσει των αποτελεσμάτων της προσαρμογής, όπως είναι η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και η επίδραση της νόσου στη ζωή του. Η προσαρμογή δεν αποτελεί την τελική έκβαση των προσπαθειών ενός ασθενούς να διαχειριστεί το stress της νόσου, αλλά αφορά σε μια μακρόχρονη διαδικασία που αρχίζει από την έναρξη των πρώτων εκδηλώσεων και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια και πορεία της νόσου, ενώ τροποποιείται όταν υπάρχουν αλλαγές σε αυτή, όπως είναι η υποτροπή ή η επιδείνωση της νόσου.^{23,24} Η έννοια έχει μελετηθεί στο πλαίσιο όλων των δερματικών παθήσεων, όπως π.χ. στην ατοπική δερματίτιδα και στο σκληρό-δερμα. Μελετώντας την προσαρμογή στην ψωρίαση, το κατ'εξοχήν εμπόδιο στους ψωριασικούς ασθενείς είναι οι δερματικές εκδηλώσεις, η θεραπεία τους και οι επιπτώσεις που προκαλούν.¹⁶ Το εμφανές των δερματικών αλλοιώσεων προκαλεί συνήθως αρνητικές συμπεριφορές από τον κοινωνικό περίγυρο, που έχουν ως κατάληξη τη χρήση από τον ασθενή αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου.^{25,26} Μελέτη μεταξύ ατόμων με ψωρίαση και ατόμων με λεύκη έδειξε ότι, ενώ και οι δύο ομάδες είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι ψωριασικοί ασθενείς εμφάνιζαν χειρότερη προσαρμογή λόγω περισσότερων αρνητικών αντιδράσεων από τον κοινωνικό περίγυρο.^{16,27} Γενικά, οι ψωριασικοί ασθενείς ζουν με το άγχος της αποδοχής και της εκτίμησής τους από τους άλλους, γεγονός που δημιουργεί αμηχανία και μεταβάλλει την αντίληψη των ασθενών για την αξία τους και την κοινωνική συμπεριφορά τους.^{10,16}

Οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών συνολικά (π.χ. μεταξύ της προσαρμογής, του στιγματισμού, της ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης) δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά σε ερευνητικό επίπεδο διεθνώς. Ωστόσο, πολλές μελέτες συνδέουν μεταξύ τους ορισμένες επί μέρους

μεταβλητές της παρούσας έρευνας, που σκοπό είχε τον προσδιορισμό παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με ψωρίαση. Συγκεκριμένα, οι εν λόγω μελέτες έδειξαν ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με τον στιγματισμό και ότι η σχέση αυτή επηρεάζεται από το φύλο, με τις γυναίκες να αναφέρουν εντονότερο στιγματισμό και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτή τη σχέση παρεμβάλλεται και η σοβαρότητα της νόσου, καθώς θεωρείται ως προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής μέσω του στιγματισμού.^{28,29} Ακόμη, επειδή οι ασθενείς βιώνουν την απόρριψη και τον στιγματισμό, εύλογη είναι η σημασία της ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου στη διαδικασία αντιμετώπισης της νόσου. Η προσαρμογή στην ψωρίαση και η ποιότητα ζωής των ασθενών εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την παρουσία ατόμων που προσφέρουν αφ'ενός συμβουλές για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων και αφ'ετέρου συναισθηματική υποστήριξη. Ουσιαστικά, η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει έναν διαμεσολαβητικό ρόλο (mediation) μεταξύ του στιγματισμού, της ποιότητας ζωής και της προσαρμογής.^{15,30} Τέλος, έχει βρεθεί ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του στιγματισμού και της κοινωνικής υποστήριξης, δηλαδή το υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο μπορεί να μειώσει τον στιγματισμό και, αντίστροφα, ο στιγματισμός μπορεί να περιορίσει το κοινωνικό δίκτυο.^{31,32}

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη διαμόρφωση ενός θεωρητικού πλαισίου σχετικά με την προσαρμογή στις χρόνιες νόσους. Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί το μοντέλο της προσαρμογής στη χρόνια νόσο,²³ το οποίο λαμβάνει υπ' όψιν του τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (π.χ. δημογραφικά), τα κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (π.χ. κοινωνική υποστήριξη και σχέσεις με άλλους) και τα χαρακτηριστικά της νόσου (π.χ. σοβαρότητα συμπτωμάτων, ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την ασθένεια). Όλα τα παραπάνω θα οδηγήσουν είτε σε επιτυχή προσαρμογή και επιστροφή στην ψυχοκοινωνική ισορροπία, είτε σε δυσκολίες προσαρμογής και συνεχιζόμενη ανισορροπία.^{20,23}

Μετά από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν μελέτες που να συνδέουν την προσαρμογή των ασθενών με ψωρίαση με την ποιότητα ζωής, τον στιγματισμό και την κοινωνική υποστήριξη. Για τον λόγο αυτόν, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, των υποστηρικτικών δικτύων, του στιγματισμού και της προσαρμογής των ασθενών με ψωρίαση και η μελέτη της μεταξύ τους σχέσης, καθώς και η διερεύνηση της σχέσης αυτών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης διατυπώθηκαν ορισμένες ερευνητικές υποθέσεις για την παρούσα έρευνα: Πρώτον,

οι γυναίκες ασθενείς αναμένεται να έχουν χαμηλότερη προσαρμογή συγκριτικά με τους άνδρες, και η οικογενειακή κατάσταση θα σχετίζεται με την προσαρμογή στη νόσο και με τον στιγματισμό, ενώ θα παρατηρηθούν διαφορές μεταξύ των άγαμων, διαζευγμένων και χήρων συμμετεχόντων συγκριτικά με τους έγγαμους συμμετέχοντες. Δεύτερον, τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά, η ποιότητα ζωής, ο έμπρακτος και εσωτερικευμένος στιγματισμός και η κοινωνική υποστήριξη θα σχετίζονται σημαντικά με την ψυχολογική δυσφορία. Τρίτον, αναμενόμενες διαμεσοαβητικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών θα είναι οι εξής: (α) Το μέγεθος του υποστηρικτικού δικτύου θα επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική δυσφορία μέσω του συνολικού στιγματισμού και (β) η ποιότητα ζωής θα επηρεάζει την ψυχολογική δυσφορία μέσω του εσωτερικευμένου στιγματισμού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Διεξήχθη συγχρονική μελέτη με την εφαρμογή μη τυχαίας δειγματοληψίας. Προσεγγίστηκαν 120 ασθενείς με διαφορετικές μορφές ψωρίασης και δέχθηκαν όλοι να συμμετάσχουν. Οι ασθενείς επισκέπτονταν ανά 3 μήνες την κλινική ειδικού δερματολογικού δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό παρέπεμπαν τους ασθενείς στην ερευνήτρια προκειμένου να ενημερωθούν περαιτέρω για την έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στο διάστημα μεταξύ Δεκεμβρίου 2019 και Ιανουαρίου 2020.

Οι ασθενείς ενημερώνονταν στον χώρο αναμονής ή κατά την ώρα της ιατρικής επίσκεψης για τη διεξαγωγή της έρευνας και την εθελοντική συμμετοχή τους. Ακολούθως, συναντούσαν την ερευνήτρια σε ειδικό χώρο και ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας και τη διατήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας των απαντήσεών τους. Τέλος, υπέγραφαν το έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης και συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Η διάρκεια συμπλήρωσης ήταν 15–30 min. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιείτο είτε κατά τη διάρκεια αναμονής των ασθενών, πριν από τον προγραμματισμένο ιατρικό έλεγχο, είτε μετά από αυτόν. Η ερευνήτρια ήταν παρούσα καθ' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων για διευκρινίσεις, όπου χρειαζόνταν.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν διαγνωσμένοι από το ιατρικό προσωπικό, σύμφωνα με τον δείκτη βαρύτητας και έκτασης της νόσου (Psoriasis Area Severity Index, PASI),³³ με διάφορες μορφές ψωρίασης και διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας της νόσου. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν ασθενείς που είχαν συννοσηρότητα με κάποια άλλη σωματική και ψυχολογική νόσο. Ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα επίσης αποκλείστηκαν για την αποφυγή ύπαρξης ανομοιογένειας στο δείγμα. Το τελικό μέγεθος του δείγματος ήταν 110 ασθενείς.

Συλλογή δεδομένων

Για την εκπόνηση της μελέτης καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και μερικά ιατρικά στοιχεία των ασθενών, η ποιότητα ζωής, η κοινωνική υποστήριξη, ο στιγματισμός και η προσαρμογή στη νόσο. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία (με ανώτατο όριο τα 75 έτη, η υπέρβαση των οποίων ήταν και κριτήριο αποκλεισμού), την επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση. Τα ιατρικά στοιχεία αφορούσαν στην ηλικία έναρξης της νόσου, τη σοβαρότητα της νόσου, με τρία επίπεδα, δηλαδή ήπια (έως 3% σωματική κάλυψη), μέτρια (3–10% σωματική κάλυψη), σοβαρή (>10% σωματική κάλυψη) σύμφωνα με τον δείκτη PASI,³³ καθώς και τη θεραπεία που λάμβαναν οι ασθενείς, με τέσσερα επίπεδα, δηλαδή καμιά αγωγή, φαρμακευτική αγωγή, κατάλληλη διατροφή, ή φωτοθεραπεία.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο δερματολογικός δείκτης της ποιότητας ζωής (Dermatology Life Quality Index, DLQI). Η προσαρμογή της κλίμακας έχει γίνει σε όλες τις γλώσσες υπό την εποπτεία του δημιουργού της Finlay.³⁴ Η μορφή του δείκτη, που χρησιμοποιείται για ασθενείς ≥16 ετών, αποτελείται από 10 ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψη των ασθενών για την επίδραση των δερματικών παθήσεων σε διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία τους την τελευταία εβδομάδα. Οι ερωτήσεις ελέγχουν έξι παράγοντες: Συμπτώματα και συναισθήματα, καθημερινές δραστηριότητες, ελεύθερο χρόνο, εργασία και σχολείο, διαπροσωπικές σχέσεις και θεραπεία. Παραδείγματα ερωτήσεων είναι «Την περασμένη εβδομάδα, πόσο νιώσατε το δέρμα σας να φαγουρίζει, να ενοχλεί, να πονάει ή να σουζίζει;», «Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στο να πάτε για ψώνια ή να ασχοληθείτε με το σπίτι ή τον κήπο σας;», «Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στις κοινωνικές σας δραστηριότητες ή στα χόμπι σας;». Οι απαντήσεις δίνονται από τον ασθενή σε τετράβαθμη κλίμακα που εκτείνεται από «καθόλου/άσχετο» (0) έως «πέρα πολύ» (3). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 (καμιά επίδραση) έως 30 (υπερβολική επίδραση). Η βαθμολογία 0 συμπίπτει με απουσία επίδρασης στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, ενώ όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο χαμηλότερη είναι η ποιότητα ζωής. Μια βαθμολογία >10 δηλώνει ότι η ζωή του ασθενούς επηρεάζεται σοβαρά από τη δερματική του νόσο.³⁴ Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach α της κλίμακας ήταν 0,88.

Η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης-σύντομη μορφή (Social Support Questionnaire-Short Form, SSQ-6). Η ελληνική στάθμιση της κλίμακας έγινε από τους Kafetsios και Sideridis.³⁵ Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από έξι ερωτήσεις. Για κάθε μία από τις έξι ερωτήσεις οι ερωτηθέντες καλούνται να αναφέρουν όλα τα πρόσωπα που είναι γνωστά σε αυτούς και τα οποία παρέχουν τον συγκεκριμένο τύπο υποστήριξης που περιγράφεται στην εκάστοτε ερώτηση. Μπορούν να καταχωρηθούν έως 9 άτομα. Στη συνέχεια, αξιολογούν το επίπεδο ικανοποίησής τους από τα συγκεκριμένα άτομα σε κλίμακα έξι σημείων, που εκτείνεται από το «πολύ δυσανεκτικό»

(1) έως το «πολύ ικανοποιημένος» (6). Από το ερωτηματολόγιο λαμβάνονται δύο βαθμολογίες: ο αριθμός των υποστηρικτικών ατόμων, που κυμαίνεται από 0–54, και το επίπεδο ικανοποίησης από αυτή την υποστήριξη, με διακύμανση από 6–36.^{35,36} Ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας στην υποκλίμακα για την ικανοποίηση από την υποστήριξη ήταν 0,90.

Λόγω της μη ύπαρξης κάποιου μεταφρασμένου και εξειδικευμένου ερωτηματολογίου σχετικού με το στίγμα σε ψωριασικούς ασθενείς, η μέτρηση του αισθήματος στιγματισμού έγινε με την κλίμακα στιγματισμού για χρόνιες νόσους (Stigma Scale for Chronic Illness, SSCI-24).³⁷ Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 24 ερωτήσεις, οι οποίες διαμορφώνουν δύο τομείς που εξετάζουν τον εσωτερικευμένο στιγματισμό και τον έμπρακτο/κοινωνικό στιγματισμό. Παραδείγματα ερωτήσεων του εσωτερικευμένου στιγματισμού είναι «Λόγω της ασθένειάς μου, νιώθω αμηχανία σε κοινωνικές περιστάσεις», «Είμαι δυσανεκτός για το πώς η ασθένειά μου επηρεάζει την εμφάνισή μου», ενώ παραδείγματα ερωτήσεων του έμπρακτου/κοινωνικού στιγματισμού είναι «Λόγω της ασθένειάς μου, οι άνθρωποι είναι αγενείς σε μένα», «Λόγω της ασθένειάς μου, οι άνθρωποι έχουν την τάση να αγνοούν τις δυνατότητές μου». Οι απαντήσεις δίνονται σε πεντάβαθμη κλίμακα, η οποία ελέγχει τη συχνότητα και εκτείνεται από «ποτέ» (1) έως «πάντα» (5). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτυπώνουν την υψηλή υποκειμενική αίσθηση εσωτερικού ή εξωτερικού στιγματισμού. Η προσαρμογή της κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Anagnostouli et al.³⁸ Μετά από αφαίρεση δύο ερωτήσεων ώστε να βελτιωθεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach α για το SSCI-24 στην παρούσα μελέτη ήταν 0,91. Για την υποκλίμακα του εσωτερικευμένου στιγματισμού η αξιοπιστία ήταν 0,89, ενώ για την υποκλίμακα του έμπρακτου/κοινωνικού στιγματισμού ήταν 0,80.

Για τη μέτρηση της προσαρμογής στη νόσο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report, PAIS-SR).³⁹ Στη συνολική του μορφή, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 45 ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν επτά τομείς προσαρμογής: Φροντίδα υγείας, επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον, οικιακό περιβάλλον, σεξουαλικές σχέσεις, ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, κοινωνικό περιβάλλον και ψυχολογική δυσφορία. Οι απαντήσεις αφορούν στο διάστημα των τελευταίων 30 ημερών και δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα για κάθε ερώτηση. Η υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει δυσμενή μεταβολή και μειωμένη προσαρμογή.^{40,41} Η προσαρμογή της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα έγινε από τους Kolokotroni et al.⁴² Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις που κάλυπταν συγκεκριμένα δύο τομείς. Ο πρώτος τομέας ήταν το κοινωνικό περιβάλλον με 6 ερωτήσεις (π.χ. «Συμμετέχετε ακόμη σε κοινωνικές δραστηριότητες στον ίδιο βαθμό που συμμετείχατε πριν από την ασθένεια;», «Βγαίνετε ακόμη με τους φίλους σας για να κάνετε πράγματα;»), και ο δεύτερος τομέας αφορούσε στην ψυχολογική δυσφορία, με 7 ερωτήσεις (π.χ. «Έχετε τελευταία αισθανθεί φοβισμένος(η), σφιγμένος(η), νευρικός(η), ή ανήσυχος(η);», «Έχετε πρόσφατα αισθανθεί ότι υποτιμάτε τον εαυτό σας, ή ότι αξίζετε λιγότερο ως άτομο;»). Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας για το κοινωνικό περιβάλλον ήταν 0,82, ενώ για την ψυχολογική δυσφορία ήταν 0,83.

Ζητήματα δεοντολογίας

Πριν από την έναρξη της έρευνας είχε υποβληθεί ερευνητικό πρωτόκολλο στην επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου, από την οποία και εγκρίθηκε προκειμένου να αρχίσει η δειγματοληψία. Στη συνέχεια, υπήρξε συνάντηση της ερευνήτριας με τους ιατρούς της κλινικής ώστε να ενημερωθούν για τους σκοπούς της έρευνας. Αξίζει ακόμη να σημειωθεί, αναφορικά με τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, ότι υπήρξε επικοινωνία με τους Έλληνες ερευνητές που έκαναν την προσαρμογή της εκάστοτε κλίμακας, ώστε να δώσουν την άδειά τους για τη χρήση τους.

Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που προβλέπει η Διακήρυξη του Helsinki (1975, αναθεωρημένη 1983) σχετικά με την ηθική και τις αρχές δεοντολογίας, οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται από τους ερευνητές όταν διεξάγουν έρευνα με ανθρώπους ή ανθρώπινο υλικό. Οι ασθενείς, αρχικά, πληροφορήθηκαν για την εθελοντική τους συμμετοχή, τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας και στη συνέχεια συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα υπογράφοντας το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Οι συμμετέχοντες έλαβαν διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας των προσωπικών τους στοιχείων και των απαντήσεων που δίνονταν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Ενημερώθηκαν για τη μη ύπαρξη ενδεχόμενων κινδύνων και οικονομικού ή άλλου οφέλους από τη συμμετοχή τους. Ακόμη, έλαβαν γνώση ότι μπορούσαν να αποσυρθούν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να αιτιολογήσουν την αποχώρησή τους και χωρίς να επηρεαστεί η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα υγείας. Τέλος, γνωστοποιούνταν ο τρόπος αξιοποίησης των αποτελεσμάτων της έρευνας και τα στοιχεία της ερευνήτριας.

Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα για τις κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσος όρος (ΜΟ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), διάμεσος τιμή, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Με βάση τον έλεγχο των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας ελέγχθηκε η κανονικότητα των κατανομών. Ο έλεγχος της κανονικότητας ήταν αναγκαίος για την επιλογή μεταξύ χρήσης παραμετρικών ή μη παραμετρικών στατιστικών τεχνικών. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα ιστογράμματα και τα διαγράμματα πιθανοτήτων (normal Q-Q plot, detrended normal Q-Q plot, scatterplot) για τον έλεγχο της συμμετρίας των κατανομών.^{43,44}

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, η ποιότητα ζωής, ο στιγματισμός, τα υποστηρικτικά δίκτυα, ενώ η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η προσαρμογή βάσει των βαθμολογιών στις υποκλίμακες του PAIS-SR. Οι βαθμολογίες δεν ακολουθούσαν πάντοτε την κανονική κατανομή και για τον λόγο αυτόν χρησιμοποιήθηκε η διάμεσος τιμή και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε ο μαθηματικός μετασχηματισμός των βαθμολογιών, έτσι ώστε να ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Ο έλεγχος των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλη-

τών έγινε με τον δείκτη συσχέτισης Pearson r .^{43,44} Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση t-test για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με περισσότερες από δύο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-way ANOVA). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05 (5%). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 25.0, ενώ οι ενδεχόμενες διαμεσολαβητικές σχέσεις (mediation) ελέγχθηκαν με το πρόγραμμα PROCESS, v3.5.⁴³

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η ηλικία των περισσότερων ασθενών κυμαινόταν από 36–55 έτη, ενώ το ποσοστό των ανδρών ασθενών ήταν ίσο με αυτό των γυναικών (50%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (25,5%), είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (50,9%) και ήταν έγγαμοι (56,4%).

Όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά (πίν. 2), η μέση τιμή της ηλικίας των ασθενών κατά την έναρξη της νόσου ήταν τα 29,3 έτη (TA=15,3). Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν μέτρια σοβαρότητα της νόσου (36,4%) και χρησιμοποιούσαν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπισή της (79,1%).

Περιγραφικά αποτελέσματα κλιμάκων

Τα συνολικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης για όλες τις κλίμακες παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Όσον αφορά στην κλίμακα DLQI για την ποιότητα ζωής, ο μέσος όρος (MO=5,67, TA=5,90) υποδεικνύει τη μικρή έως μέτρια επίδραση της ψωρίασης στη ζωή των ασθενών.³⁶ Σχετικά με τα υποστηρικτικά δίκτυα, το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου παρουσιάζεται σχετικά χαμηλό (MO=17,09, TA=8,74), καθώς το εύρος των απαντήσεων κυμάνθηκε από 0–46. Το 3,6% των ασθενών δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση από το υποστηρικτικό δίκτυό τους (MO=31,16, TA=5,12).^{35,36} Ακόμη, ο στιγματισμός παρουσίασε σχετικά χαμηλές τιμές (MO=37,34, TA=12,54), ενώ η μέγιστη τιμή ήταν 84.^{37,38} Η υποκλίμακα του εσωτερικευμένου στιγματισμού συγκέντρωσε μεγαλύτερη μέση βαθμολόγηση (MO=23,23) από τον έμπρακτο στιγματισμό (MO=14,11), υποδεικνύοντας ότι ο εσωτερικευμένος στιγματισμός ίσως έχει μεγαλύτερη επίδραση στους ασθενείς. Τέλος, η υποκλί-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (n=110).

Μεταβλητή	n (%)
<i>Φύλο</i>	
Άνδρας	55 (50,0%)
Γυναίκα	55 (50,0%)
<i>Ηλικία (έτη)</i>	
18–35	37 (33,6%)
36–55	38 (34,6%)
56–75	35 (31,8%)
<i>Επάγγελμα</i>	
Δημόσιος υπάλληλος	7 (6,4%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	27 (24,5%)
Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	28 (25,5%)
Φοιτητής(τρια)	12 (10,9%)
Άνεργος(η)	15 (13,6%)
Συνταξιούχος	21 (19,1%)
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	12 (10,9%)
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	56 (50,9%)
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	35 (31,8%)
Μεταπτυχιακές/διδασκαρικές σπουδές	7 (6,4%)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμος	33 (30%)
Έγγαμος	62 (56,4%)
Διαζευγμένος(η)	7 (6,4%)
Σε σχέση	5 (4,5%)
Χήρος(α)	3 (2,7%)

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (n=110).

Μεταβλητή	MO	TA
<i>Ηλικία έναρξης της νόσου</i>	29,3	15,3
	n (%)	
<i>Σοβαρότητα της νόσου</i>		
Ήπια	38 (34,5)	
Μέτρια	40 (36,4)	
Υψηλή	32 (29,1)	
<i>Θεραπευτική αγωγή</i>		
Καμιά	2 (1,8)	
Φαρμακευτική	87 (79,1)	
Κατάλληλη διατροφή/άσκηση	7 (6,4)	
Φωτοθεραπεία	14 (12,7)	

MO: Μέσος όρος, TA: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 3. Περιγραφικά αποτελέσματα των ψυχοκοινωνικών κλιμάκων και υποκλιμάκων.

Κλίμακα	ΜΟ	ΤΑ	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής	5,67	5,90	4	0	28
<i>Υποστηρικτικά δίκτυα</i>					
Μέγεθος δικτύου	17,09	8,74	17	0	46
Ικανοποίηση υποστήριξης	31,16	5,12	32	7	36
<i>Στιγματισμός</i>					
Εσωτερικευμένος	37,34	12,54	35	22	84
Έμπρακτος	23,23	8,97	21	12	55
Έμπρακτος	14,11	4,64	13	10	30
<i>Προσαρμογή</i>					
Μεταβολή στο κοινωνικό περιβάλλον	2,93	3,40	2	0	12
Ψυχολογική δυσφορία	6,80	4,68	6	0	21

ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

μακα προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον έδειξε μικρή έως ελάχιστη μεταβολή των κοινωνικών δραστηριοτήτων των συμμετεχόντων (ΜΟ=2,93, ΤΑ=3,40), ενώ η υποκλίμακα της ψυχολογικής δυσφορίας έδειξε μικρή έως μέτρια δυσφορία μεταξύ των συμμετεχόντων (ΜΟ=6,80, ΤΑ=4,68).³⁹⁻⁴²

Σχέσεις μεταξύ μεταβλητών

Το πρώτο μέρος των ερευνητικών υποθέσεων αφορούσε στη σχέση του φύλου με την προσαρμογή. Εφαρμόστηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα, με σκοπό να συγκριθεί η προσαρμογή των ανδρών και των γυναικών στη νόσο. Η ανάλυση αυτή έδειξε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ως προς την προσαρμογή στο κοινωνικό περιβάλλον ($t=-1,01$, $p=0,315$). Ωστόσο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ως προς την ψυχολογική δυσφορία ($t=-2,30$, $p=0,023$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες (ΜΟ=7,81, ΤΑ=4,65) ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από τους άνδρες (ΜΟ=5,80, ΤΑ=4,52).

Το δεύτερο μέρος της ερευνητικής υπόθεσης αφορούσε στη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την προσαρμογή και το στίγμα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά στην ψυχολογική δυσφορία ($F=3,94$, $p=0,005$). Οι διαζευγμένοι βίωναν μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας (ΜΟ=12,57, ΤΑ=5,76) τόσο συγκριτικά με τους άγαμους συμμετέχοντες (ΜΟ=7,33, ΤΑ=5,05, $p=0,043$), όσο και με τους έγγαμους συμμετέχοντες (ΜΟ=5,85, ΤΑ=4, $p=0,002$). Αυτές οι δύο τελευταίες ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ψυχολογική δυσφορία ($p=0,537$). Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην αίσθηση στιγματισμού ήταν στατιστικά σημαντική ($F=3,80$, $p=0,006$). Οι διαζευγμένοι αισθάνονταν

μεγαλύτερο στιγματισμό (ΜΟ=51,57, ΤΑ=21,62) από τους άγαμους συμμετέχοντες (ΜΟ=39,30, ΤΑ=12,38, $p=0,015$), τους έγγαμους συμμετέχοντες (ΜΟ=34,98, ΤΑ=10,33, $p=0,001$) και τους χήρους συμμετέχοντες (ΜΟ=28, ΤΑ=1, $p=0,005$).

Για να ελεγχθεί η ύπαρξη σημαντικών παραγόντων που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία, έγινε, αρχικά, έλεγχος των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ όλων των μεταβλητών (πίν. 4). Παρατηρήθηκε ότι σχεδόν όλες οι συσχέτισεις μεταξύ ψυχολογικών μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%.

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχολογική δυσφορία (πίν. 5). Βρέθηκε αρνητική σχέση του μορφωτικού επιπέδου ($\beta=-0,164$, $p=0,028$) και της ικανοποίησης από το υποστηρικτικό δίκτυο ($\beta=-0,156$, $p=0,031$) με την ψυχολογική δυσφορία, ενώ ο αντίκτυπος της νόσου στην ποιότητα ζωής ($\beta=0,365$, $p<0,001$) και ο εσωτερικευμένος στιγματισμός ($\beta=0,501$, $p<0,001$) εμφάνισαν θετική σχέση με την ψυχολογική δυσφορία. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές φάνηκε να ερμηνεύουν μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού $R^2=0,563$).

Τέλος, ελέγχθηκαν οι διαμεσολαβητικές σχέσεις. Αυτές θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές όταν το διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) δεν περιλάμβανε την τιμή 0. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι τυποποιημένες εκτιμήσεις των παραμέτρων, τα τυπικά τους σφάλματα (ΤΣ), καθώς και τα αντίστοιχα ΔΕ. Το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου σχετίστηκε σημαντικά τόσο με την ποιότητα ζωής ($\beta=-0,13$, ΤΣ=0,06, 95% ΔΕ [-0,26, -0,02], $p<0,001$), όσο και με την ψυχολογική δυσφορία μέσω του συνολικού στιγματισμού ($\beta=-0,13$, ΤΣ=0,06, 95% ΔΕ [-0,25, -0,01], $p<0,001$). Επί πλέον,

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών.

Μεταβλητή	ΜΟ (ΤΑ)	1	2	3	4	5	6	7	8
Αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής	5,67 (5,90)	1							
Μέγεθος δικτύου	17,09 (8,74)	-0,109 [†]	1						
Στίγμα	37,33 (12,53)	0,526***	-0,210*	1					
Εσωτερικευμένος στιγματισμός	23,23 (8,97)	0,545***	-0,227*	0,96***	1				
Έμπρακτος στιγματισμός	14,10 (4,64)	0,390***	-0,128 [†]	0,826***	0,662***	1			
Δυσπροσαρμογή	9,73 (7,01)	0,668***	-0,234*	0,661***	0,757***	0,534***	1		
Μεταβολή στο κοινωνικό περιβάλλον	2,92 (3,39)	0,545***	-0,129 [†]	0,610***	0,598***	0,492***	0,813***	1	
Ψυχολογική δυσφορία	6,80 (4,67)	0,605***	-0,257**	0,664***	0,70***	0,493***	0,906***	0,492***	1

[†] p<0,10, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 5. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχολογική δυσφορία.

Μεταβλητή	Β	ΤΣ	β	t	p	Διαστήματα εμπιστοσύνης 95%	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Φύλο	0,796	0,630	0,092	1,263	0,210	-0,455	2,046
Ηλικία	0,069	0,238	0,026	0,292	0,773	-0,403	0,541
Μορφωτικό επίπεδο	-0,637	0,302	-0,164	-2,228	0,028	-1,273	-0,073
Ηλικία έναρξης νόσου	-0,025	0,025	-0,088	-1,018	0,311	-0,074	0,024
Σοβαρότητα νόσου	-0,508	0,461	-0,094	-1,103	0,273	-1,402	0,466
Αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής	0,272	0,070	0,365	3,87	<0,001	0,132	0,411
Ικανοποίηση από το δίκτυο	-0,132	0,060	-0,156	-2,192	0,031	-0,251	-0,012
Μέγεθος δικτύου	-0,024	0,037	-0,047	-0,649	0,518	-0,098	0,050
Εσωτερικευμένος στιγματισμός	0,252	0,052	0,501	4,876	<0,001	0,149	0,355
Έμπρακτος στιγματισμός	-0,072	0,086	-0,075	-0,841	0,402	-0,243	0,098

Πίνακας 6. Τυποποιημένες εκτιμήσεις παραμέτρων, τυπικά σφάλματα (ΤΣ) και διαστήματα εμπιστοσύνης για τις διαμεσολαβητικές σχέσεις.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διαμεσολαβητής	Εξαρτημένη μεταβλητή	Εκτιμήσεις παραμέτρων (ΤΣ)	Διαστήματα εμπιστοσύνης 95%	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Μέγεθος κοινωνικού δικτύου →	Συνολικός στιγματισμός →	Αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής	-0,13* (0,06)	-0,26	-0,02
Μέγεθος κοινωνικού δικτύου →	Συνολικός στιγματισμός →	Ψυχολογική δυσφορία	-0,13* (0,06)	-0,25	-0,01
Ποιότητα ζωής →	Εσωτερικευμένος στιγματισμός →	Ψυχολογική δυσφορία	0,32* (0,07)	0,20	0,45

* p<0,001

η ποιότητα ζωής σχετίστηκε σημαντικά με την ψυχολογική δυσφορία μέσω του εσωτερικευμένου στιγματισμού ($\beta=0,32$, ΤΣ=0,07, 95% ΔΕ [0,20, 0,45], $p<0,001$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι

γυναίκες του δείγματος παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από τους άνδρες, εύρημα που συγκλίνει με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών.^{15,16,28}

Πρόσφατη έρευνα σχετικά με τους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης σε ψωριασικούς ασθενείς έδειξε ότι το γυναικείο φύλο, λόγω της βίωσης και της έκφρασης υψηλότερης ψυχολογικής δυσφορίας, αποτελεί

έναν σημαντικό παράγοντα στην εκδήλωση κατάθλιψης.^{45,46} Ωστόσο, σύμφωνα με τους Martin et al,⁴⁷ οι διαφορές στο φύλο είναι ασήμαντες αναφορικά με τα συμπτώματα.

Όσον αφορά στα υψηλά ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας και αίσθησης στιγματισμού των διαζευγμένων συμμετεχόντων, πολλές έρευνες έχουν εστιάσει κυρίως στις διαφορές μεταξύ έγγαμων και άγαμων ασθενών.^{13,15,21} Στην έρευνα της Muftin,¹⁰ οι ασθενείς δήλωσαν ότι είχαν αναγκαστεί από τον(τη) σύντροφό τους να χωρίσουν λόγω της νόσου, γεγονός που εξηγεί την υψηλή δυσφορία. Ακόμη, στην έρευνα των Jankowiak et al,⁴⁶ για τα επίπεδα στιγματισμού και κατάθλιψης, τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης αφορούσαν στους διαζευγμένους και στους άνεργους συμμετέχοντες.

Σχετικά με την ψυχική υγεία των ασθενών, βρέθηκε ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η καλή ποιότητα ζωής, η ύπαρξη χαμηλού εσωτερικευμένου στίγματος και η υψηλή ικανοποίηση από το κοινωνικό δίκτυο σχετιζόταν με καλή ψυχολογική υγεία, γεγονός που επιβεβαιώνει το μοντέλο προσαρμογής.²³ Το παράδοξο στο συγκεκριμένο εύρημα είναι το μορφωτικό επίπεδο. Σύμφωνα με τους Jankowiak et al⁴⁶ και τους van Beugen et al,⁴⁹ οι ασθενείς με χαμηλή μόρφωση είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς με υψηλή μόρφωση, ενώ, συνοδευόμενη με νεότερη ηλικία και άγαμη κατάσταση, επηρέαζε σημαντικώς αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Ακόμη, η σοβαρότητα της νόσου, ως κύριος παράγοντας ψυχολογικής δυσφορίας, δεν εντοπίστηκε στην παρούσα μελέτη. Όπως εξηγούν οι Wan et al,⁵⁰ αποτελεί λογικό εύρημα καθώς οι αντικειμενικές μετρήσεις της σοβαρότητας της ψωρίασης που αξιολογήθηκαν από ιατρό σχετίζονται ελάχιστα με τις υποκειμενικές μετρήσεις του ασθενούς για την ποιότητα της ζωής του.

Για τις έμμεσες διαμεσολαβητικές σχέσεις επιβεβαιώθηκε ότι η σχέση μεταξύ στίγματος και μεγέθους κοινωνικής υποστήριξης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική δυσφορία και στην ποιότητα ζωής. Σε περι-

πτώσεις μη ύπαρξης δικτύου και αύξησης του stress,⁵¹ αρκετοί ασθενείς αναζητούν τρόπους αυτο-διαχείρισης της ασθένειας, καταφεύγοντας σε βιβλία ή διαδικτυακούς ιατρικούς ιστότοπους για την ψωρίαση, ώστε να αυξήσουν τις γνώσεις τους αναφορικά με την ασθένειά τους. Κάποιες προτεινόμενες παρεμβάσεις αυτο-βοήθειας θα ήταν (α) εκπαιδευτικά προγράμματα αυτο-διαχείρισης, τα οποία ενθαρρύνουν τους ασθενείς να ενεργοποιηθούν στη διαχείριση της νόσου τους και να την αποδεχθούν, (β) μείωση του stress μέσω της ενσυνειδητότητας («η με πρόθεση παρατήρηση της εμπειρίας μας στο παρόν, χωρίς κριτική») και (γ) η ύπαρξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης με τον ψυχοθεραπευτή.¹⁰ Συχνή είναι η αναζήτηση διαδικτυακών foras για επικοινωνία με άλλους ασθενείς, που προσδίδει μια αίσθηση σκοπού και νοήματος,^{10,21} ενώ συμβάλλει στη λήψη μεγαλύτερης συναισθηματικής υποστήριξης, η οποία θεωρείται σημαντική για την αποφυγή της κατάθλιψης.⁴⁵

Τέλος, φάνηκε ότι η αρνητική επιρροή της ποιότητας ζωής και ο υψηλός εσωτερικευμένος στιγματισμός συμβάλλουν σε μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία. Το εύρημα συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των Wan et al⁵⁰ και Earnshaw et al,⁵¹ όπου ο εσωτερικευμένος στιγματισμός δημιουργείται κυρίως από το εμφανές των δερματικών αλλοιώσεων, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής, με απόρροια την υψηλή ψυχική δυσφορία. Ακόμη, οι Earnshaw et al προτείνουν ότι οι χρόνιοι ασθενείς ενδέχεται να μη βιώνουν έμπρακτο στίγμα, αλλά προσδοκούν αυτό να συμβεί στο μέλλον, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική τους υγεία.⁵¹

Συμπερασματικά, η ψωρίαση συνιστά μια χρόνια δερματική νόσο με αρνητική επίδραση σε όλους τους τομείς της ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν μια ομάδα που χρήζει ιδιαίτερης μελέτης και προσοχής από τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Απώτερος στόχος των παρεμβάσεων πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η μείωση του στιγματισμού, με άμεσο επακόλουθο την καλή ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή.

ABSTRACT

Quality of life, social support, stigmatization and adjustment in patients with psoriasis

P. STAMATINI, F. ANAGNOSTOPOULOS

Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(4):476–486

OBJECTIVE To assess the quality of life (QoL), social support, stigmatization and adjustment in a sample of patients with psoriasis and to investigate their relationships with psychosocial, demographic, and clinical characteristics.

METHOD The sample consisted of 110 patients with psoriasis who attended the special dermatology clinic of a pub-

lic hospital in Athens. The participants completed a series of questionnaires, including the Dermatology Life Quality Index, the Short Form Social Support Questionnaire (SSQ-6), the Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI-24), and two sub-scales of the self-report Psychosocial Adjustment to Illness Scale, and answered questions concerning socio-demographic characteristics. Data analysis was conducted with the Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), version 25.0. The PROCESS v3.5 program was used to examine mediator factors. **RESULTS** On multiple regression analysis, internalized stigmatization, QoL, educational level, and satisfaction with social support were demonstrated to be significant predictors of psychological distress ($R^2=0.563$). The mediating role of stigma in the relationship between social support, QoL and psychological distress was confirmed ($p<0.001$). The mediating role of internalized stigmatization in the relationship between QoL and psychological distress was also confirmed ($p<0.001$). **CONCLUSIONS** Stigmatization of patients with psoriasis should be taken into account in the efforts of health professionals to help these patients better adapt to, and cope with their disease.

Key words: Adjustment to illness, Psoriasis, Quality of life, Social support, Stigmatization

Βιβλιογραφία

1. ΣΟΥΡΑ Ε, ΒΕΡΓΟΥ Θ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ Χ. Ψωρίαση: Σημειώσεις στη γενετική και την παθογένεια της νόσου. *Ελλ Επιθ Δερμ Αφροδ* 2014, 25:13–26
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on psoriasis. WHO, Geneva, 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>
3. RIGOPOULOS D, GREGORIOU S, KATRINAKI A, KORFITIS C, LARIOS G, STAMOU C ET AL. Characteristics of psoriasis in Greece: An epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol* 2010, 20:189–195
4. RENDON A, SCHÄKEL K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci* 2019, 20:1475
5. ΑΝΤΩΝΙΟΥ Χ, ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ ΑΔ. *Δερματολογία Αφροδισιολογία*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2015:128–132
6. ΤΡΕΠΑ Σ. Μελέτη και αξιολόγηση διαδικτυακής ομάδας στήριξης ασθενών με ψωρίαση ή ψωριασική αρθρίτιδα: Διερεύνηση της επίδρασης στη γνωστική και συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Διπλωματική εργασία. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2019. Διαθέσιμο στο: https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/42783/1/106259_%CE%A4%CE%A1%CE%95%CE%A0%CE%91_%CE%A3%CE%9F%CE%A6%CE%99%CE%91.pdf
7. MENTER A, STOFF B. *Psoriasis*. Manson Publishing, London, 2011:25–55
8. GUPTA MA, GUPTA AK, KIRKBY S, WEINER HK, MACE TM, SCHORK NJ ET AL. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol* 1988, 124:1052–1057
9. RAPP SR, FELDMAN SR, EXUM ML, FLEISCHER AB, REBOUSSIN DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999, 41:401–407
10. MUFTIN Z. Psychosocial self-help for disfigurement. Doctoral thesis. Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, 2012. Available at: http://etheses.whiterose.ac.uk/2889/1/Final_thesis_White_Rose_Server.pdf
11. LESNER K, REICH A, SZEPIETOWSKI JC, DALGARD FJ, GIELER U, TOMAS-ARAGONES L ET AL. Determinants of psychosocial health in psoriatic patients: A multi-national study. *Acta Derm Venereol* 2017, 97:1182–1188
12. GRIFFITHS CE, RICHARDS HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001, 26:338–342
13. FELDMAN SR, MALAKOUTI M, KOO JY. Social impact of the burden of psoriasis: Effects on patients and practice. *Dermatol Online J* 2014, 20:13030/qt48r4w8h2
14. LEO INNOVATION LAB; HAPPINESS RESEARCH INSTITUTE. World psoriasis happiness report 2018. Copenhagen, 2018. Available at: <https://psoriasis-happiness-report/>
15. JANOWSKI K, STEUDEN S, PIETRZAK A, KRASOWSKA D, KACZMAREK L, GRADUS I ET AL. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2012, 304:421–432
16. KENT G. Stigmatisation and skin conditions. In: Walker C, Papadopoulos L (eds) *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders*. Cambridge University Press, New York, 2005:44–55
17. GINSBURG IH, LINK BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989, 20:53–63
18. ŁAKUTA P, MARCINKIEWICZ K, BERGLER-CZOP B, BRZEZIŃSKA-WCISŁO L. How does stigma affect people with psoriasis? *Postepy Dermatol Alergol* 2017, 34:36–41
19. SCHIMID-OTT G, SCHALLMAYER S, CALLIESS IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007, 25:547–554
20. CHEN A, BECK KM, TAN E, KOO J. Stigmatization in psoriasis. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis* 2018, 3:100–106
21. PARKHOUSE A. “Nobody wants to feel different...but it’s just the way it is”: Experiences of stigma and other stressors among people living with psoriasis. Doctoral dissertation. Department of Sociology, University of New Hampshire, Durham, NH, 2015. Available at: <https://scholars.unh.edu/dissertation/2213>
22. PESCOLIDIO BA, MARTIN JK. The stigma complex. *Annu Rev Sociol* 2015, 41:87–116
23. MOSS-MORRIS R. Adjusting to chronic illness: Time for a unified theory. *Br J Health Psychol* 2013, 18:681–686
24. SHARPEL, CURRAN L. Understanding the process of adjustment

- to illness. *Soc Sci Med* 2006, 62:1153–1166
25. OBRADORS M, BLANCH C, COMELLAS M, FIGUERAS M, LIZAN L. Health-related quality of life in patients with psoriasis: A systematic review of the European literature. *Qual Life Res* 2016, 25:2739–2754
 26. ADAMSKA M, MINISZEWSKA J. Determinants of acceptance of an illness in the case of patients suffering from psoriasis treated in the hospital and outpatient clinic settings. *Health Psychol Rep* 2016, 4:54–64
 27. DIJKSTRAL A, BUUNK AP, TOTTH G, JAGER N. Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. *J Appl Biobehav Res* 2007, 12:119–140
 28. BÖHM D, GISENDANNER SS, BANGEMANN K, SNITJER I, WERFEL T, WEYERGRAF A ET AL. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013, 27:220–226
 29. VARDY D, BESSER A, AMIR M, GESTHALTER B, BITON A, BUSKILA D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2002, 147:736–742
 30. SAKSON-OBADA O, PAWLACZYK M, GERKE K, ADAMSKI Z. Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. *Health Psychol Rep* 2017, 3:251–257
 31. DAVISON SN, JHANGRI GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* 2013, 45:170–178
 32. HYARAT SY, SUBIH M, RAYAN A, SALAMI I, HARB A. Health related quality of life among patients with multiple sclerosis: The role of psychosocial adjustment to illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2019, 33:11–16
 33. MARKS R, BARTON SP, SHUTTLEWORTH D, FINLAY AY. Assessment of disease progress in psoriasis. *Arch Dermatol* 1989, 125:235–240
 34. FINLAY AY, KHAN GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994, 19:210–216
 35. KAFETSIOS K, SIDERIDIS GD. Attachment, social support and well-being in young and older adults. *J Health Psychol* 2006, 11:863–875
 36. SARASON IG, SARASON BR, SHEARIN EN, PIERCE GR. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *J Soc Pers Relat* 1987, 4:497–510
 37. RAO D, CHOI SW, VICTORSON D, BODE R, PETERMAN A, HEINEMANN A ET AL. Measuring stigma across neurological conditions: The development of the stigma scale for chronic illness (SSCI). *Qual Life Res* 2009, 18:585–595
 38. ANAGNOSTOULI M, KATSAVOS S, ARTEMIADIS A, ZACHARIS M, ARGYROU P, THEOTOKAI ET AL. Determinants of stigma in a cohort of hellenic patients suffering from multiple sclerosis: A cross-sectional study. *BMC Neurol* 2016, 16:101
 39. DEROGATIS LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986, 30:77–91
 40. RODRIGUE JR, KANASKY WF Jr, JACKSON SI, PERRI MG. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale – Self-Report: Factor structure and item stability. *Psychol Assess* 2000, 12:409–413
 41. DEROGATIS LR, DEROGATIS MA. *PAIS & PAIS-SR: Administration, scoring & procedures manual-II*. 2nd ed. Clinical Psychometric Research, Baltimore, 1990
 42. KOLOKOTRONI P, ANAGNOSTOPOULOS F, MISSITZIS I. Psychosocial adjustment to illness scale: Factor structure, reliability, and validity assessment in a sample of Greek breast cancer patients. *Women Health* 2016, 57:705–722
 43. FIELD A. *Η διερεύνηση της στατιστικής με τη χρήση του SPSS της IBM*. Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα, 2016
 44. ΓΑΛΑΝΗΣ Π. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2009, 26: 699–711
 45. WOJTYNA E, ŁAKUTA P, MARCINKIEWICZ K, BERGLER-CZOP B, BRZEZIŃSKA-WCISŁO L. Gender, body image and social support: Biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2017, 97:91–97
 46. JANKOWIAK B, KOWALEWSKA B, KHVORIK DF, KRAJEWSKA-KUŁAK E, NICZYPORUK W. The level of stigmatization and depression of patients with psoriasis. *Iran J Public Health* 2016, 45:690–692
 47. MARTIN LA, NEIGHBORS HW, GRIFFITH DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry* 2013, 70:1100–1106
 48. JANKOWIAK B, KOWALEWSKA B, KRAJEWSKA-KUŁAK E, KHVORIK DF. Stigmatization and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020, 10:285–296
 49. VAN BEUGEN S, VAN MIDDENDORP H, FERWERDA M, SMIT JV, ZEEUWEN-FRANSSSEN MEJ, KROFT EBM ET AL. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2016, 176:687–694
 50. WAN MT, PEARL RL, CHIESA FUXENCH ZC, TAKESHITA J, GELFAND JM. Anticipated and perceived stigma among patients with psoriasis. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis* 2020, 5:93–99
 51. EARNSHAWVA, QUINN DM, PARK CL. Anticipated stigma and quality of life among people living with chronic illnesses. *Chronic Illn* 2012, 8:79–88
- Corresponding author:*
- P. Stamatini, Department of Psychology, Panteion University of Social & Political Sciences, 136 Syngrou Ave., 176 71 Athens, Greece
e-mail: p.stamatini@yahoo.com