



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψωρίαση

ΜΟΥΝΔΡΟΥΛΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επιβλέπων Καθηγητής

ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ιούνιος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψωρίαση

ΜΟΥΝΔΡΟΥΛΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ιούνιος, 2013

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	v
Abstract	vi
Ευχαριστίες	vii
Κατάλογος Εικόνων	viii
Κατάλογος Γραφημάτων	ix
Κατάλογος Πινάκων	x
Κεφάλαιο 1^ο - Εισαγωγή	1
1.1.Εισαγωγή	1
1.2. Καταγραφή προβλήματος	2
1.3. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	2
1.4. Σκοποί και στόχοι	2
1.5. Διασαφηνίσεις, προσδιορισμός και αποτύπωση κεντρικών εννοιών	3
1.5.1. Η ποιότητα ζωής του ασθενή	3
1.5.2. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ασθενή	3
1.5.3. Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα	3
1.5.4. Ψωρίαση	5
1.5.4.1. Ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία	6
1.5.4.2. Επιδημιολογία	7
1.5.4.3. Κλινική εικόνα της ψωρίασης	8
Κεφάλαιο 2^ο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση	13
2.1. Εισαγωγή	13
2.2. Θεωρητικό πλαίσιο	13
2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	15
2.3.1. Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους	15
2.3.2. Επίδραση άλλων διαταραχών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους	20
2.3.3. Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών	23
2.4. Ελληνική Πραγματικότητα	25
2.5. Συμπεράσματα	27

Κεφάλαιο 3^ο – Μεθοδολογία	28
3.1. Σκοπός – Στόχοι	28
3.2. Δείγμα – Συλλογή δεδομένων	28
3.3. Εργαλεία Έρευνας	30
3.3.1. Ερωτηματολόγιο EQ-5D	30
3.3.2. Ερωτηματολόγιο DLQI	32
3.3.3. Ερωτηματολόγιο SF-36	33
3.4. Στατιστική Ανάλυση Αποτελεσμάτων	34
Κεφάλαιο 4^ο – Αποτελέσματα	36
4.1. Δημογραφική Ανάλυση	36
4.2. DLQI Σκορ – Ανάλυση	39
4.3. EQ-5D Σκορ – Ανάλυση	45
4.4. SF-36 – Ανάλυση	49
4.5. Ανάλυση Βιολογικών και Συμβατικών Θεραπειών	63
Κεφάλαιο 5^ο - Συμπεράσματα – Εισηγήσεις	65
5.1. Συζήτηση	65
5.1.1. Αποτελέσματα Έρευνας	65
5.1.2. Σύγκριση με άλλες έρευνες	71
5.2 Περιορισμοί της μελέτης	73
5.3. Εισηγήσεις	73
Βιβλιογραφία	76
Παράρτημα	80

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψωρίαση αποτελεί μια πάθηση του δέρματος, η οποία επηρεάζει διάφορους τομείς της καθημερινότητας των ασθενών, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η επιδείνωση της νόσου είναι πιθανό να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των ατόμων με ψωρίαση. Η νόσος προσβάλλει διάφορα σημεία του σώματος των ασθενών, μεταξύ των οποίων το δέρμα, τα νύχια και τα άνω και κάτω άκρα. Η ψωρίαση έχει σχετιστεί με την κληρονομικότητα, αλλά και με τη στάση ζωής του ατόμου, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Η νόσος επίσης συνδέεται με άλλες παθήσεις, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Παράλληλα, η ψωρίαση ενδέχεται να επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, τη σχέση τους με τα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού συνόλου, καθώς και την επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή.

Σκοπός: Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψωρίαση και οι επιπτώσεις των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους σε αυτή.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελείται από 190 ασθενείς. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια EQ-5D, DLQI και SF-36, ενώ συλλέχθηκαν και πληροφορίες σχετικές με τους ασθενείς (δημογραφικές πληροφορίες, είδος θεραπείας κ.α.).

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του DLQI βρέθηκε να είναι $6,29 \pm 5,62$ (καμία μέχρι πολύ μεγάλη επίδραση της ψωρίασης στην καθημερινή ζωή). Το επίπεδο υγείας βάσει του EQ-5D βρέθηκε αρκετά καλό (μέση τιμή EQ-5D και EQ-VAS, $0,76 \pm 0,19$ και $69,32 \pm 16,37$, αντίστοιχα). Η μέση τιμή στις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-36 ήταν σχετικά χαμηλή ($48,18 \pm 9,37$ και $44,80 \pm 10,63$, αντίστοιχα). Τα EQ-5D, EQ-VAS, DLQI και SF-36, βρέθηκαν συσχετισμένα.

Συμπεράσματα: Η αύξηση της ηλικίας και η συν-νοσηρότητα βρέθηκε πως μειώνουν την ποιότητα ζωής του ψωριασικού ασθενή. Οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες βρέθηκε να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους υπόλοιπους.

Λέξεις κλειδιά:

Ψωρίαση, ποιότητα ζωής, SF-36, EQ-5D, DLQI.

Abstract

Background: Psoriasis refers to a skin condition that affects various areas of the patients' everyday life, and in some cases the disease is likely to set in danger the health of people with psoriasis. The disease affects various parts of the patients' body, including the skin, the nails, and the upper and lower extremities. Psoriasis has been linked to heredity, as well as to the attitude of the individual, such as smoking and alcohol consumption. The disease is also associated with other conditions such as anxiety and depression. Furthermore, psoriasis may affect the daily activities of the patients, their relationship with the other members of society, and their professional and social life.

Objective: The measurement of quality of life in patients with psoriasis and the effects of demographical and clinical aspects of the patients on the quality of life.

Methods: The sample consisted of 190 patients. Questionnaires EQ-5D, DLQI and SF-36 were used in the study, whilst information regarding the demographical and clinical aspects of patients were also collected.

Results: The mean DLQI score was found $6,29 \pm 5,62$ (from no to very large effect on patient's life). The health status based on the EQ-5D was found to be quite good (mean EQ-5D and EQ-VAS scores, $0,76 \pm 0,19$ and $69,32 \pm 16,37$, respectively). The mean value of the physical health scale and the mental health scale were found relatively low ($48,18 \pm 9,37$ and $44,80 \pm 10,63$, respectively). The scores of EQ-5D, EQ-VAS, DLQI and SF-36 were found to be correlated.

Conclusions: The increase of age and the presence of comorbidity were found to affect the quality of life of the psoriatic patient. Patients receiving biological treatments were found to have better quality of life against other patients.

Keywords:

Psoriasis, quality of life, SF-36, EQ-5D, DLQI.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης κρίνω σκόπιμο να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ και να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη σε όλους εκείνους που συνέδραμαν στην εκπόνησή της.

Κατ' αρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Κοντοδημόπουλο Νικόλαο για την καθοδήγησή του και τις πολύτιμες συμβουλές του. Επίσης, ένα θερμό ευχαριστώ στην καθηγήτρια Δερματολογίας κα Αντωνίου Χριστίνα, στον Διευθυντή της Κρατικής Κλινικής κο Πετρίδη Αθανάσιο και στην κα Μπεφόν Αγγελική Επιμελήτρια Α' που υποστήριξαν με ευχαρίστηση αυτήν μου την προσπάθεια.

Φυσικά, δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω ιδιαίτερα τις συναδέλφους μου νοσηλεύτριες στα Τμήματα Ημερήσιας Νοσηλείας και PUVA αλλά και τους ασθενείς των συγκεκριμένων τμημάτων, οι οποίοι με τίμησαν με την συνεργασία τους και συνέβαλλαν τα μέγιστα στο ερευνητικό κομμάτι της διατριβής μου.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένειά μου που δεν σταμάτησε ποτέ να με στηρίζει και να μου συμπαραστέκεται σε κάθε μου βήμα όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.1: Ποσοστά κατανομής ασθενών στις κατηγορίες σοβαρότητας της νόσου 8

Κατάλογος Γραφημάτων

Ιστόγραμμα 4.1: Κατανομή DLQI Σκορ	40
Γράφημα 4.2: Κλίμακες DLQI	40
Ιστόγραμμα 4.3: Κατανομή EQ-5D Σκορ	45
Ιστόγραμμα 4.4: Κατανομή EQ-VAS	46
Γράφημα 4.5: Συσχέτιση EQ-5D και EQ-VAS	47
Γράφημα 4.6: Συσχέτιση EQ-5D και DLQI Σκορ	49
Ιστόγραμμα 4.7: Κατανομή Συνοπτικής κλίμακας Σωματικής Υγείας	50
Ιστόγραμμα 4.8: Κατανομή Συνοπτικής κλίμακας Ψυχικής Υγείας	51

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1: Σοβαρότητα της ψωρίασης ως αποτέλεσμα του ποσοστού της επιφάνειας του σώματος που υποφέρει	6
Πίνακας 1.2: Οι πιο συχνές εντοπίσεις των βλαβών σε ασθενείς με ψωρίαση	9
Πίνακας 4.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών	36
Πίνακας 4.2: Κλινικά Χαρακτηριστικά ασθενών	37
Πίνακας 4.3: Χαρακτηριστικά Θεραπευτικής αγωγής	38
Πίνακας 4.4: Απαντήσεις ασθενών στο DLQI	41
Πίνακας 4.5: Χαρακτηριστικά των ασθενών και DLQI σκορ	42
Πίνακας 4.6: Χαρακτ.ασθενών & επίδραση νόσου στην καθημερινότητά τους	44
Πίνακας 4.7: Απαντήσεις των ασθενών στο EQ-5D	47
Πίνακας 4.8: Χαρακτηριστικά των ασθενών και EQ-5D σκορ	48
Πίνακας 4.9: Μέση Τιμή και τυπική απόκλιση για τις κλίμακες του SF-36	50
Πίνακας 4.10.α: Τα δημογραφικά χαρακτ. ασθενών & οι κλίμακες του SF-36	52
Πίνακας 4.10.β: Τα δημογραφικά χαρακτ. ασθενών & οι κλίμακες του SF-36 (συν.)	53
Πίνακας 4.11.α: Τα κλινικά χαρακτ. των ασθενών & οι κλίμακες του SF-36	56
Πίνακας 4.11.β: Τα κλινικά χαρακτ. των ασθενών & οι κλίμακες του SF-36 (συν.)	57
Πίνακας 4.12: Συσχέτιση ηλικίας με τις διάφορες κλίμακες του SF-36	60
Πίνακας 4.13: Συσχέτιση EQ-5D σκορ με τις διάφορες κλίμακες του SF-36	61
Πίνακας 4.14: Συσχέτιση EQ-VAS με τις διάφορες κλίμακες του SF-36	62
Πίνακας 4.15: Συσχέτιση DLQI σκορ με τις διάφορες κλίμακες του SF-36	62
Πίνακας 4.16: Είδος θεραπείας και ανεπιθύμητες ενέργειες	63
Πίνακας 4.17: Είδος θεραπείας και DLQI Σκορ	63
Πίνακας 4.18: Είδος θεραπείας, EQ-5D Σκορ και EQ-VAS	64
Πίνακας 4.19: Είδος θεραπείας και κλίμακες του SF-36	64

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

1.1.Εισαγωγή

Η ψωρίαση αποτελεί μια νόσο που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς σχετίζεται με άλλες νόσους, όπως η κατάθλιψη, το άγχος αλλά και κοινωνικά προβλήματα όπως ο κοινωνικός στιγματισμός. Η ψωρίαση δύναται να εμφανιστεί σε διάφορα σημεία του σώματος των ασθενών, ενώ δημιουργεί σε πολλές περιπτώσεις προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες τους, όπως το ντύσιμο και η σχέση με γνωστούς και φίλους. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί πλέον θεραπείες, οι οποίες συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της νόσου, βελτιώνοντας συνεπώς την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση, οι οποίοι ήδη λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για να αντιμετωπίσουν τη νόσο. Ειδικότερα, διερευνήθηκαν οι απόψεις των ασθενών με ψωρίαση όσον αφορά στην ποιότητα της ζωής, στις κοινωνικές και επαγγελματικές τους σχέσεις, αλλά και στις καθημερινές τους δραστηριότητες, χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο τα ερωτηματολόγια SF-36 (Short Form Health Survey) και EQ-5D (EuroQol) καθώς και το DLQI (Dermatology Life Quality Index) για την αποτύπωση της δερματολογικής κατάστασης των ασθενών.

Συγκεκριμένα, στο 2^ο κεφάλαιο της μελέτης παρουσιάζονται αποτελέσματα προηγούμενων μελετών σχετικά με την επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τη συσχέτιση της νόσου με άλλες διαταραχές αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας. Στο 3^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, στο 4^ο κεφάλαιο τα αποτελέσματα της έρευνας υπό

μορφή πινάκων και διαγραμμάτων, ενώ στο 5^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

1.2. Καταγραφή προβλήματος

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια πάθηση, η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, ενώ πλήττει διάφορα σημεία του σώματος των ασθενών. Παρόλα αυτά, η παρούσα μελέτη εστιάζει στην επίδραση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και ειδικότερα στις σχέσεις που αναπτύσσουν με τα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού συνόλου, με τα προβλήματα που είναι πιθανό να παρουσιαστούν στην εργασία τους και με τα προβλήματα που σχετίζονται με τη σωματική και δερματική κατάσταση των ασθενών.

1.3. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνηθούν οι συνέπειες της νόσου στις καθημερινές λειτουργίες των ασθενών, έτσι ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν και να βελτιωθεί συνεπώς η ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, διερευνάται η σχέση της ψωρίασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σκοπό να εξασφαλιστεί βέλτιστη φροντίδα υγείας, καθώς και η κοινωνική τους αποδοχή. Επίσης, επιτυγχάνεται ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις και τη σοβαρότητα της νόσου, αλλά και διερευνάται η απόκριση των ασθενών στις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται.

1.4. Σκοποί και στόχοι

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, στόχοι της μελέτης αποτελούν η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και των κλινικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση, καθώς και η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης της νόσου με άλλες διαταραχές.

1.5. Διασαφηνίσεις, προσδιορισμός και αποτύπωση κεντρικών εννοιών

1.5.1. Ποιότητα ζωής του ασθενή

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στις συνθήκες που επηρεάζουν την κοινωνική ευημερία ενός ατόμου που παρουσιάζει κάποια πάθηση, καθώς και την κοινωνική ευημερία του συνόλου της κοινωνίας στα πλαίσια της οποίας δραστηριοποιείται το άτομο αυτό. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται επίσης στο βαθμό στον οποίο οι ασθενείς μπορούν να επιτύχουν κάποιο σκοπό και συνεπώς δεν περιορίζεται στις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου (EFILWC, 2003). Επίσης, η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένας ασθενής είναι ικανοποιημένος από τις συνθήκες διαβίωσης και από την ευημερία του. Τέλος, η έρευνα για την ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έρευνα η οποία αναφέρεται στη φυσική, κοινωνική, υλική, συναισθηματική και αναπτυξιακή ικανοποίηση του ασθενούς (Felce & Perry, 1995).

1.5.2. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ασθενή

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών σχετίζεται άμεσα με τους στόχους των θεραπευτικών ή των προληπτικών παρεμβάσεων, οι οποίοι είναι η αύξηση της μακροβιότητας, η μείωση της νοσηρότητας και η ευεξία των ασθενών. Στην κλινική πράξη, συνήθως, οι περισσότεροι λειτουργοί υγείας απασχολούνται αποκλειστικά με τις επιδράσεις της ασθένειας στον τρόπο ζωής και στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, χωρίς όμως να επιχειρήσουν κάποια τυπική μέτρηση. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής λαμβάνει χώρα κυρίως στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων ή όταν επιχειρείται να προσδιοριστούν οι ανάγκες περίθαλψης μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών. Η επιτυχία και η χρησιμότητα της εκτίμησης αυτής έγκειται στον σωστό προσδιορισμό των στόχων και των εργαλείων μέτρησης (Νάκου, 2001).

1.5.3. Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα

Ένα νόσημα χαρακτηρίζεται χρόνιο όταν πληροί κριτήρια όπως η χρονική διάρκεια, ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων, η επίδρασή του στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη τακτικής και επιμελούς φροντίδας από το ίδιο το άτομο όσο και θεραπευτικής αγωγής από τις υπηρεσίες υγείας (Ασημόπουλος, 2005). Σύμφωνα με

τα κριτήρια αυτά, ως χρόνια ορίζεται κάθε παθολογική κατάσταση της οποίας η διάρκεια είναι τουλάχιστον τρεις μήνες ή τα συμπτώματα επιβάλλουν περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μηνός. Επίσης, το χρόνια νόσημα επιφέρει προβλήματα στην καθημερινή συμπεριφορά, συνήθειες και ικανότητες του ατόμου και αναγκάζει για διαφοροποίηση της κοινωνικής του λειτουργικότητας από την αντίστοιχη σε περίπτωση απουσίας του νοσήματος. Στα χρόνια νοσήματα περιλαμβάνονται η εγκεφαλική παράλυση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η επιληψία, το σύνδρομο Down και άλλες χρωμοσωμικές (δομικές ή αριθμητικές) ανωμαλίες, η κυστική ίνωση, καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, η νεανική αρθρίτιδα, το άσθμα, δερματίτιδες (συμπεριλαμβανομένων του εκζέματος και της ψωρίασης), η λευχαιμία και τα διάφορα είδη αναιμίας. Περαιτέρω, οι σωματικές αναπηρίες ως χρόνια νόσημα περιλαμβάνουν παραμορφώσεις, ακρωτηριασμούς, εγκαύματα και άλλες σοβαρές δερματικές βλάβες (Theofanidis, 2007).

Παράλληλα με τις άμεσες επιπτώσεις του χρόνιου νοσήματος στη σωματική υγεία και επομένως στην ποιότητα ζωής, οι έμμεσες επιπτώσεις της χρόνιας παθολογικής κατάστασης έγκεινται στη σοβαρότητα της κατάστασης της σωματικής υγείας που αποτελεί τη βάση των δυο άλλων διαστάσεών της, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Η διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια σειρά προκλήσεων πέρα από το γεγονός της επιβίωσης αυτής κάθε αυτής. Η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής αποτελεί σημαντική επιδίωξη των ατόμων με χρόνια νόσημα (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005).

Η ευημερία λοιπόν των νέων που πάσχουν από χρόνια νόσημα εξαρτάται κατά πολύ από τη σοβαρότητα της νόσου. Οι ασθενείς έφηβοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχιατρικές και συμπεριφορικές διαταραχές, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, οι νέοι με άσθμα διακατέχονται από αισθήματα μοναξιάς, δυστυχίας, κατάθλιψης και υποφέρουν από σωματικά συμπτώματα πολύ πιο συχνά από τους υγιείς (Suris et al., 2004).

Η ψωρίαση αποτελεί και αυτή παράδειγμα χρόνιου νοσήματος που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που τη φέρουν. Μάλιστα, παρόμοια επίπεδα κλινικής σοβαρότητας της νόσου μπορεί να συνδέονται με διαφορετικά επίπεδα ποιότητας ζωής και ψυχολογικής δυσφορίας των ασθενών (Nijsten et al., 2007).

1.5.4. Ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι μια δερματολογική πάθηση που προσβάλλει περίπου 1 έως 3% του πληθυσμού. Θεωρείται μια χρόνια, συνεχώς αυξανόμενη ασθένεια του δέρματος, γενετικά καθορισμένη, μα απρόβλεπτης εξέλιξης. Οι αλλοιώσεις εκδηλώνονται ως βλατίδες και ως ερυθρηματώδεις πλάκες που καλύπτονται από παχιά λέπια τα οποία απομακρύνονται εύκολα. Οι αλλοιώσεις είναι συνήθως συμμετρικά κατανεμημένες στις αρθρώσεις, όπως αγκώνες και γόνατα. Έχουν παρουσιαστεί μέχρι σήμερα διάφορες μορφές ψωρίασης, όπως η σταγονοειδής, η κατά πλάκας, η φλυκταινώδης, η ψωριασική ονυχία, η ερυθροδερμική κ.α. (Langley et al., 2005).

Λόγω της φύσης της ασθένειας, οι ασθενείς επιδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που ποικίλουν σε σοβαρότητα. Αν και πολλοί ασθενείς, ιδίως εκείνοι με την περιορισμένη μορφή της νόσου, δύναται απλά να ιαθούν με τοπική θεραπεία, εκείνοι με εκτεταμένη (μέτρια έως σοβαρή) ψωρίαση απαιτούν τελικά φωτοθεραπεία, κλασσική ή βιολογική θεραπεία για να αντιμετωπίσουν επαρκώς την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει (Van Voorhes et al., 2009).

Η ψωρίαση δύναται να καθοριστεί με βάση το ποσοστό της επιφάνειας σώματος στο οποίο εντοπίζεται ως ήπια ψωρίαση (0 -3%), μέτρια ψωρίαση (3 - 10%) και σοβαρή ψωρίαση (κάλυψη μεγαλύτερη από 10%). Άλλοι την καθορίζουν ως περιορισμένη (κάλυψη μικρότερη από 3% της επιφάνειας του σώματος) ή εκτεταμένη (κάλυψη μεγαλύτερη από 3% της επιφάνειας του σώματος). Σε κλινικές δοκιμές, η σοβαρή ψωρίαση ορίζεται ως η παρουσία των αλλοιώσεων σε πάνω από το 10% επιφάνειας του σώματος. Παρόλα αυτά, οι συγκεκριμένες κατηγοριοποιήσεις και εκτιμήσεις της χρόνιας αυτής πάθησης δε λαμβάνουν υπόψη τον αντίκτυπό της στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Σε περιπτώσεις σοβαρής ψωρίασης και σε πολλές περιπτώσεις μέτριας ψωρίασης, για την αποτελεσματική θεραπεία της νόσου χρησιμοποιούνται οι κλασσικές ή αν χρειαστεί οι πιο σύγχρονες βιολογικές θεραπείες. Η συμμετοχή εντοπισμένων περιοχών όπως στα χέρια, στο πρόσωπο και στο τριχωτό της κεφαλής (λιγότερο από 3% της όλης επιφάνειας), σε συνδυασμό με τη συναισθηματική επίδραση που ασκείται στον ασθενή, μπορεί ασφαλώς να είναι επαρκούς μεγέθους ώστε να δικαιολογούν τη κλασσική θεραπεία (Van Voorhes et al., 2009).

Πίνακας 1.1: Σοβαρότητα της ψωρίασης ως αποτέλεσμα του ποσοστού της επιφάνειας του σώματος που υποφέρει (Van Voorhes et al., 2009).

Σοβαρότητα	% της Σωματικής επιφάνειας
Ήπια ψωρίαση	μέχρι 3%
Μέτρια ψωρίαση	3% - 10%
Σοβαρή ψωρίαση	> 10%

1.5.4.1. Ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία

Η λέξη ψωρίαση προέρχεται από την ελληνική λέξη "ψώρα" (δηλαδή φαγούρα) ή και το αρχαίο ελληνικό "ψώρας" (δηλαδή λέπι). Ωστόσο, ως "ψώρα" χαρακτηρίζεται και η μεταδοτική νόσος η οποία οφείλεται στο ακάρι της ψώρας και επομένως πρέπει να δίνεται προσοχή, αφού πρόκειται για δύο εντελώς διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις (Νικολάου, 2008).

Στους αρχαίους αιγυπτιακούς πάπυρους αναφέρεται μια εκτενής σειρά από δερματολογικές παθήσεις. Ωστόσο, η μελέτη των κειμένων αυτών δε φανέρωσε καμία σαφή ένδειξη αναφοράς στην ψωρίαση (Νικολάου, 2008). Η πρώτη ιστορική έννοια της ψωρίασης περιλαμβάνεται στην "Αγία Γραφή". Στην Παλαιά Διαθήκη, ο Deuteronomious κάνει αναφορά στις λεπροειδείς ασθένειες που θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνουν κατά πάσα πιθανότητα και τη συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση (Buzzi, 2011).

Ο Ιπποκράτης (468 - 377 π.Χ.) αναφέρεται στην ψωρίαση παρόλο που η φύση της δεν είχε ακόμη διαχωριστεί από άλλες δερματικές παθήσεις όπως ακόμα και τη λέπρα. Αυτή η μη διαφοροποίηση διατηρήθηκε αρκετούς αιώνες με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς με ψωρίαση να παραγκωνιστούν και να απομονωθούν από το κοινωνικό σύνολο ως λεπροί. Ο Γαληνός (130 - 200 π.Χ.) χρησιμοποιεί τον όρο "Psoriasis vulgaris" όταν αναφέρεται σε όλα τα δερματικά και επιδερμικά νοσήματα που συνοδεύονται από κνησμό. Μόλις τον 18^ο αιώνα ο Άγγλος δερματολόγος Robert William περιέλαβε την ψωρίαση στις ερυθρηματώδεις πλακώδεις καταστάσεις. Αργότερα, ο Jean Louis Alibert (1818) περιέγραψε για πρώτη φορά τη συσχέτιση της ψωρίασης και της αρθρίτιδας, ενώ το 1841 χάρη στο έργο των Ferdinand Ritter Von Hebra και Moritz Kaposi από τη σχολή της Βιέννης, η ψωρίαση διαχωρίστηκε με

σαφήνεια πλέον από τη λέπρα και περιγράφηκαν ξεχωριστά τα κλινικά και ανατομοπαθολογικά χαρακτηριστικά των δύο διαφορετικών ασθενειών. Ο Pierre Bazin (1860) περιέγραψε την ψωριασική αρθρίτιδα και οι Seghers και Robinson (1937) θεώρησαν την ψωριασική αρθρίτιδα ως κλινική οντότητα. Ωστόσο, η αιτιολογία και μηχανισμός της ψωριασικής αρθρίτιδας παρέμειναν άγνωστα κατά τη διάρκεια των τελευταίων αιώνων (Buzzi, 2011).

1.5.4.2. Επιδημιολογία

Η ψωρίαση επηρεάζει περίπου το 2,1% των ενηλίκων στις ΗΠΑ και αφορά το 1-2% του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως. Δηλαδή αποτελεί πάθηση για μέχρι και 7,5 εκατομμύρια ανθρώπους στις ΗΠΑ και μέχρι 80-120 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως. Από αυτούς, το 30% θα αναπτύξει ψωριασική αρθρίτιδα, εκ των οποίων οι 200.000 ασθενείς στην Ελλάδα (Ιωαννίδης, 2007, Van Voorhes et al., 2009).

Αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι η ψωρίαση μπορεί να είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, η ψωρίαση επηρεάζει όλες τις ηλικίες, φύλα, φυλές και εθνικότητες. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζουν πρώτα τα σημεία και τα συμπτώματα της ψωρίασης κατά τη νεότητα, πριν δηλαδή από την ηλικία των 35. Ωστόσο, η νόσος προσβάλλει και τα παιδιά, αφού σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες το 10 - 15% των ασθενών με ψωρίαση αποτελούν παιδιά κάτω της ηλικίας των 10 ετών, με βαρύτερη, μάλιστα, πρόγνωση λόγω της μεγαλύτερης έκτασης που καταλαμβάνει και της φτωχής ανταπόκρισης στα θεραπευτικά σχήματα (Ιωαννίδης, 2007, Van Voorhes et al., 2009).

Από οικονομική σκοπιά, εκτιμάται ότι 56 εκατομμύρια ώρες εργασίας χάνονται κάθε χρόνο από τους ανθρώπους με ψωρίαση. Επιπλέον, περίπου \$11,25 δισεκατομμύρια ξοδεύονται ετησίως για τη θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας. Το κόστος είναι μεγαλύτερο για τα άτομα με πιο σοβαρή ασθένεια και οι οικονομικές αυτές επιπτώσεις σχετίζονται και με την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Το κόστος αυτό είναι περισσότερο από εκείνο άλλων δια βίου ασθενειών, όπως το εμφύσημα και η επιληψία (Van Voorhes et al., 2009).



Εικόνα 1.1: Ποσοστά κατανομής των ασθενών στις κατηγορίες σοβαρότητας της νόσου (Μετάφραση από Van Voorhes et al., 2009)

1.5.4.3. Κλινική εικόνα της ψωρίασης

Η ψωρίαση αποτελεί μια πολυπαραγοντική, υποτροπιάζουσα, ανοσοεξαρτώμενη, χρόνια νόσο, ετερογενούς μορφολογίας και σοβαρότητας του δέρματος και των αρθρώσεων. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψωρίασης είναι η εμφάνιση ερυθρών πλακών ή βλατίδων αργυρόχρους κλίμακας. Επιπρόσθετα, οι βλάβες συνήθως διανέμονται συμμετρικά επί του τριχωτού της κεφαλής, των αγκώνων, των γονάτων, της οσφυοϊερής περιοχής και των πτυχώσεων του σώματος (Langley et al., 2005).

Η ψωρίαση μπορεί επίσης να αναπτυχθεί στην περιοχή του τραύματος ή τραυματισμού, γνωστή ως φαινόμενο του Koebner. Εάν είναι προοδευτική ή ανεξέλεγκτη, μπορεί να οδηγήσει σε μια γενικευμένη λεπιδώδη ερυθροδερμία. Η ψωριασική αρθρίτιδα, περιλαμβάνει και βλάβες των ονύχων. Περιστασιακά, η ψωρίαση μπορεί να καταλαμβάνει το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας ή τη γλώσσα, η επιφάνεια της οποίας εμφανίζει κόκκινες κηλίδες λευκού-κίτρινου περιγράμματος (γεωγραφική γλώσσα). Οι κηλίδες μπορεί να εξελιχθούν και να εξαπλωθούν σε καθημερινή βάση, εμφανίζοντας δακτυλιοειδείς δομές και σχέδια (Langley et al., 2005).

Παρά την κλασική εικόνα που περιγράφηκε ανωτέρω, η μορφολογία της νόσου μπορεί να κυμαίνεται από μικρές διάσπαρτες βλατίδες (σταγονοειδής ψωρίαση) σε φλύκταινες (φλυκταινώδης ψωρίαση) και γενικευμένη παρουσία ερυθρημάτων και λεπιών (ερυθροδερμική ψωρίαση). Επιπλέον, αυτές οι διαφορετικές μορφές της ψωρίασης μπορεί να είναι εντοπισμένες ή εκτεταμένες σε διαφορετικά σημεία του σώματος, χρόνιες ή οξείες με ταχεία εξέλιξη. Οι βλάβες της ψωρίασης είναι ανώδυνες και στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων δεν είναι κνησμώδεις. Υπάρχουν όμως

περιπτώσεις που η νόσος είναι συμπτωματική με έντονο κνησμό και αίσθημα καύσου. Ακολουθεί σύντομη καταγραφή των διαφόρων τύπων και μορφών ψωρίασης (Langley et al., 2005).

Πίνακας 1.2: Οι πιο συχνές εντοπίσεις των βλαβών σε ασθενείς με ψωρίαση (Van Voorhes et al., 2009)

Εντόπιση βλάβης	% των ασθενών με ψωρίαση
Τριχωτό κεφαλής	80
Αγκώνες	78
Μηροί	74
Γόνατα	57
Βραχίονες	54
Κορμός	53
Κάτω μέρος σώματος	47
Βάση της πλάτης	38
Αλλού	38
Παλάμες και πέλματα	12

Κατά πλάκας ψωρίαση

Η συνηθέστερη μορφή της ψωρίασης είναι η ψωρίαση κατά πλάκας στην οποία οι ασθενείς εμφανίζουν ερυθματολεπιδώδεις πλάκες, σχήματος στρογγυλού, ωοειδούς, ή δισκοειδούς. Η παρουσία λεπιών είναι τυπική στη ψωρίαση. Άλλοτε τα λέπια αυτά είναι πεπαχυσμένα ενώ άλλες φορές όχι, με ομοιόμορφη ή όχι κατανομή και ως προς την απόχρωση, γκριζωπά - λευκωπά ή αργυρόχροα - λευκωπά. Η απομάκρυνση της λεπιδώδους επικάλυψης αποκαλύπτει μικροσκοπικά σημεία αιμορραγίας (σημάδια Auspitz). Η ποσότητα και η εντόπιση των λεπιών ποικίλλει μεταξύ των ασθενών (Langley et al., 2005).

Σταγονοειδής ψωρίαση

Η σταγονοειδής ψωρίαση, αποτελεί την οξεία εκδήλωση πολλαπλών μικρών αλλοιώσεων διαμέτρου 2 - 10 χιλιοστών. Αυτές συνήθως διανέμονται κεντρικά, αν και οι σταγονοειδείς ερυθματώδεις βλάβες μπορεί να περιλαμβάνουν επίσης την κεφαλή και τα άκρα. Οι βλάβες έχουν αρχικά ένα βαθύ ερυθρό χρώμα και σταδιακά εμφανίζουν το αργυρόχροο λέπι της ψωρίασης (Κατσαμπάς, 2001). Στα παιδιά, ένα οξύ επεισόδιο σταγονοειδούς ψωρίασης είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενο, ενώ σε

ενήλικες στο 33% των περιπτώσεων μεταπίπτει σε χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση (Langley et al., 2005).

Ερυθροδερμική ψωρίαση

Η ερυθροδερμική ψωρίαση χαρακτηρίζεται από την καθολική εμπλοκή του δέρματος το οποίο εμφανίζει ερυθρότητα και φλεγμονή ενώ γίνεται ξηρό και εύθρυπτο. Αποτελεί επακόλουθο της χρόνιας ψωρίασης κατά πλάκας, η οποία εξελίσσεται σταδιακά καθώς οι πλάκες γίνονται συρρέουσες και εκτεταμένες. Η ερυθροδερμική ψωρίαση μπορεί να επηρεάσει τη θερμορρυθμιστική ικανότητα του δέρματος, προκαλώντας υποθερμία, καρδιακή ανεπάρκεια, και μεταβολικές αλλαγές (Langley et al., 2005).

Γενικευμένη και εντοπισμένη φλυκταινώδης ψωρίαση

Η γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (νόσος του von Zumbusch) είναι σπάνια και αποτελεί μια ενεργό, ασταθή νόσο. Οι ασθενείς παρουσιάζουν πυρετική κατάσταση ενώ το δέρμα τους είναι ερυθρό και καλύπτεται από επώδυνες ερυθρηματώδεις πλάκες πάνω στις οποίες εμφανίζονται συρρέουσες κιτρινόλευκες φλύκταινες. Είναι μια σοβαρή κλινική κατάσταση που αντιμετωπίζεται με εισαγωγή στο νοσοκομείο¹.

Ψωρίαση παλαμών και πελμάτων

Η ψωρίαση των παλαμών και των πελμάτων εμφανίζεται με σαφώς αφοριζόμενες συμμετρικές και ερυθρές πλάκες με λευκά ή κίτρινα λέπια. Αντιμετωπίζεται με τοπικές θεραπείες. Στην φλυκταινώδη της μορφή χαρακτηρίζεται από κίτρινες φλύκταινες που σχηματίζονται πάνω στις πλάκες οι οποίες μετά από 7-10 ημέρες, αποξηραίνονται και παίρνουν μια σκούρα καφέ απόχρωση με λεπιδώδη επικάλυψη. Απαιτείται συστηματική αγωγή (Κατσαμπάς, 2001).

Ψωριασική ονυχία

Το συνηθέστερο χαρακτηριστικό της ψωριασικής ονυχίας είναι η εμφάνιση μικρών κοιλωμάτων στην επιφάνεια του νυχιού, που προκύπτουν από τον ελαττωματικό σχηματισμό του νυχιού στο εγγύς τμήμα της μήτρας. Ο όνυχας μπορεί επίσης να αποσπάται από την κοίτη και το υπονύχιο, κατάσταση γνωστή ως ονυχόλυση. Οι

¹ http://www.iatrikionline.gr/derma38/d_psor.htm

ψωριασικοί όνυχες προοιωνίζουν την εμφάνιση της ψωριασικής αρθρίτιδας (Καραμπίδου και συν., 2010).

Ψωριασική αρθρίτιδα

Εμφανίζεται σε ποσοστό 30% των ασθενών με ψωρίαση και χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και ακαμψία του μαλακού ιστού γύρω από τις αρθρώσεις (Van Voorhes et al., 2009). Ως εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να θεωρηθούν οι τραυματισμοί και η καταπόνηση των αρθρώσεων, ορισμένες βακτηριακές λοιμώξεις κα. Έχουν περιγραφεί πέντε κλινικές μορφές ψωριασικής αρθρίτιδας ανάλογα με το είδος και τον αριθμό των αρθρώσεων που προσβάλλονται (Κατσαμπάς, 2001): 1) η κλασσική μορφή που προσβάλλει τις μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις ποδιών και χεριών 2) η συμμετρική ψωριασική πολυαρθρίτιδα, 3) η βαριά παραμορφωτική αρθρίτιδα με οστεόλυση των φαλαγγών και εκτεταμένες αγκυλώσεις, 4) η ασύμμετρη ολιγοαρθρική αρθρίτιδα με ασύμμετρη προσβολή των αρθρώσεων ποδιών και χεριών και 5) η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα με ή χωρίς περιφερική αρθροπάθεια.

Ο εντοπισμός των σημείων και των συμπτωμάτων της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι ένα βασικό στοιχείο για την αξιολόγηση ασθενών με ψωρίαση επειδή βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες στις αρθρώσεις (Baker, 1999, Van Voorhes et al., 2009, Καραμπίδου και συν., 2010).

Συνοδά νοσήματα και ψωρίαση

Υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση ότι η ψωρίαση είναι μια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που σχετίζεται με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ο διαβήτης, η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο, όπως και το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η κατάθλιψη, είναι πιο κοινά σε ασθενείς με ψωρίαση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Gottlieb et al., 2008).

Επομένως, είναι απαραίτητος ο προσυμπτωματικός έλεγχος για αυτά τα συνοδά νοσήματα. Αν και δεν έχουν καθοριστεί οριστικές κατευθυντήριες γραμμές, οι ασθενείς με ψωρίαση θα πρέπει τουλάχιστον να έχουν τις συνιστώμενες αξιολογήσεις και στρατηγικές πρόληψης που είναι κατάλληλες για την ηλικία τους. Η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενθαρρύνεται. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να ενθαρρυνθούν ώστε να γνωστοποιήσουν την πάθησή τους στο γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας,

αφού η ψωρίαση αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Όσον αφορά άλλους παράγοντες κινδύνου, η αρτηριακή πίεση, ο δείκτης μάζας σώματος και τα επίπεδα χοληστερόλης πρέπει να ελέγχονται συχνότερα στο συγκεκριμένο αυτό πληθυσμό κινδύνου (Van Voorhes et al., 2009).

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1. Εισαγωγή

Διάφορες έρευνες έχουν παρουσιαστεί στην παγκόσμια βιβλιογραφία σχετικές με την επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι η σχέση αυτή είναι πιθανό να επηρεάζεται από τα ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, η ηλικία και η εθνικότητα. Ακόμη, η σχέση αυτή ενδέχεται να επηρεάζεται από τη συν-νοσηρότητα και ιδιαίτερα από άλλες διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου και άλλα δερματικά προβλήματα. Επίσης, κρίνεται αναγκαία η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.

2.2. Θεωρητικό πλαίσιο

Οι Lambert et al. (2012) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά, τη σοβαρότητα και τις συνέπειες της ψωρίασης. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές μελέτησαν τη σοβαρότητα της ασθένειας και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπό της έρευνας αποτέλεσε η περιγραφή των συμπτωμάτων της ψωρίασης, η κλινική της σοβαρότητα και η επίδραση της στην ποιότητα ζωής των ασθενών που είχαν διαγνωσθεί από δερματολόγους με ψωρίαση. Στην έρευνα συμμετείχαν 192 Βέλγοι δερματολόγοι οι οποίοι εξέτασαν ασθενείς με ψωρίαση και έλαβαν υπόψη τους δημογραφικά χαρακτηριστικά, τους τύπους της ψωρίασης, τα σημεία του σώματος που επηρεάζει, τη σοβαρότητα της ψωρίασης, την επιφάνεια του σώματος που έχει επηρεαστεί και τέλος τη γνωμάτευση του δερματολόγου.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με την ψωρίαση χρησιμοποιώντας τους δείκτες DLQI και τα

ερωτηματολόγια Skindex-17 και EQ-5D. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι από τους 3.629 ασθενείς με ψωρίαση, περισσότερο από το 75% είχαν ψωρίαση κατά πλάκας για περισσότερο από 16 χρόνια. Περίπου το 20% αυτών είχε ψωρίαση στα νύχια, ενώ το 15% των συμμετεχόντων ανέφεραν πόνο στις αρθρώσεις. Επίσης, παρά τη θεραπεία που ακολουθούσαν οι ασθενείς, παρατηρήθηκε ότι το 83% αυτών ανέφερε ότι η κλινική βαρύτητα της ασθένειας ήταν υψηλή και το 40% αυτών ανέφερε σημαντική επίπτωση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής τους καθώς σημείωσαν ψηλή βαθμολογία (σκορ) και στους τρεις δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν. Συνεπώς, παρατηρείται ότι η ψωρίαση σχετίζεται με μεγάλη επιβάρυνση στη σωματική και ψυχολογική υγεία των ασθενών (Lambert et al., 2012).

Επίσης, οι Tadros et al. (2011) μελέτησαν την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ψωρίαση. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 80 ασθενείς με ψωρίαση, ενώ τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα ήταν το SF-36 και το EQ-5D. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και ο δείκτης DLQI για να διερευνηθεί η επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής και στην υγεία των ασθενών. Ακόμη, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν έναν ειδικό δείκτη σχεδιασμένο για δερματολογικές παθήσεις (Family Dermatology Life Quality Index ή FDLQI). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 88,3% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι η ψωρίαση επηρεάζει με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους την ποιότητα ζωής τους, ενώ μόνο το 11,2% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι η ασθένεια δεν επηρεάζει καθόλου τη ζωή τους. Τέλος, από το δείκτη FDLQI παρατηρήθηκε ότι το 90% των μελών της οικογένειας των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, ανέφεραν ότι η ψωρίαση επηρέαζε επίσης και την ποιότητα ζωής της οικογένειας και όχι αποκλειστικά του ασθενή. Συνεπώς, παρατηρείται ότι η ψωρίαση αποτελεί μια χρόνια ασθένεια η οποία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συγγενών τους.

Ακόμη, οι Bonifati et al. (2012) μελέτησαν τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της ασθένειας. Η συγκεκριμένη έρευνα επικεντρώθηκε στην ψωριασική αρθρίτιδα, η οποία επηρεάζει κυρίως το δέρμα και τις αρθρώσεις. Οι ερευνητές εστίασαν στο συγκεκριμένο είδος ψωρίασης καθώς παρατηρήθηκε ότι ο αριθμός των ατόμων με ψωριασική αρθρίτιδα τα τελευταία χρόνια αυξάνεται διαρκώς. Συνεπώς, σκοπός της έρευνας αποτέλεσε η περιγραφή, η συχνότητα εμφάνισης και τα συμπτώματα της ασθένειας. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι 33 ασθενείς διαγνώστηκαν με

πρόωρη ψωριασική αρθρίτιδα, ενώ η ποιότητα ζωής τους δεν επηρεάστηκε σημαντικά ως προς τις συνέπειες της ασθένειας στο δέρμα και τις φλεγμονές που δημιουργούσε η ασθένεια στις αρθρώσεις, χρησιμοποιώντας τους δείκτες DLQI και HAQ.

Τέλος, οι Kowalewska et al. (2012) πρότειναν την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με δερματικά προβλήματα. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 281 ασθενείς, από τους οποίους το 59,8% ήταν γυναίκες από 51 έως 60 ετών. Ως ερευνητικό εργαλείο επιλέχθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης ενώ για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης DLQI. Παρατηρήθηκε ότι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 66,2% δεν είχε κάποιο συγγενή με δερματικά προβλήματα. Ακόμη, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παθήσεις επηρεάζουν κυρίως τα κάτω άκρα (37,4%), τα άνω άκρα (31,3%), καθώς και όλο το σώμα (29,9%).

Από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, το 53,5% είχε ήδη έρθει σε επαφή με το δερματολόγο για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ασθένειας. Επίσης, το 48,7% δήλωσε θετική στάση απέναντι στην ασθένειά τους. Ωστόσο, το 40,1% δήλωσε ότι δεν έχει ακόμη συμφιλιωθεί με την ασθένεια και οι περισσότεροι είχαν αρνητικά συναισθήματα. Ακόμη, το 37,3% των ασθενών δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος και το 17,8% ότι είχε γίνει ευέξαπτο. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με δερματικές μυκητιάσεις είχαν τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούσαν να αποδεχθούν πλήρως την ασθένειά τους και διαμόρφωναν αρνητική στάση προς αυτή (Kowalewska et al., 2012).

2.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.3.1. Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους

Οι Khoudri et al. (2013) παρατήρησαν ότι η ψωρίαση έχει σημαντικές επιπτώσεις στις λειτουργίες του δέρματος και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ερευνητές ασχολήθηκαν με τα προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (HRQL), χρησιμοποιώντας την αραβική έκδοση του δερματολογικού δείκτη ποιότητας ζωής (DLQI). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο σε ασθενείς με ψωρίαση που

νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία, όσο και σε ασθενείς που δε νοσηλεύονταν. Επίσης, διερευνήθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στην έρευνα συμμετείχαν 176 ασθενείς με ψωρίαση, με μέσο όρο ηλικίας τα 36 ± 14 έτη.

Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μέσο σκορ του δείκτη DLQI ήταν $12,7 \pm 5,9$, δηλαδή από μέτρια μέχρι πολύ μεγάλη επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τέλος, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση εξαρτάται από τη σοβαρότητα της ασθένειας, ενώ παρατήρησαν επίσης ότι όσο μεγαλύτερος ηλικιακά είναι ο ασθενής και όσο σοβαρότερη είναι η κλινική μορφή της ασθένειας, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Khoudri et al., 2013).

Επίσης, οι Böhm et al. (2013) μελέτησαν τη συσχέτιση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ψωρίασης, του φύλου, του κοινωνικού στιγματισμού και της ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι η ψωρίαση αποτελεί μια δερματική ασθένεια η οποία σχετίζεται με σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, τα οποία κατά συνέπεια επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 381 ασθενείς με ψωρίαση, οι οποίοι λάμβαναν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μελετήθηκαν μόνο με υποκειμενικά στοιχεία. Για την αξιολόγηση του στιγματισμού χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο σχετικά με τις Εμπειρίες στις Παθήσεις του Δέρματος. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες DLQI και SF-8. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η βαρύτητα των συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, με εντονότερο κοινωνικό στιγματισμό και με μείωση της ποιότητας ζωής. Ακόμη, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς το φύλο, καθώς οι άνδρες ασθενείς ανέφεραν διαφορετικές εμπειρίες ως προς τις δυσκολίες, τον κοινωνικό στιγματισμό και την επίδραση των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τις γυναίκες ασθενείς. Συνεπώς, τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες αντιμετωπίζουν κοινωνικό στιγματισμό εξαιτίας των συμπτωμάτων της ασθένειας, ωστόσο η σοβαρότητα των συμπτωμάτων επηρεάζει διαφορετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με το φύλο. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα της ασθένειας επηρεάζουν τους ασθενείς ανεξαρτήτως φύλου (Böhm et al., 2013).

Ακόμη, οι Norlin et al. (2012) εστίασαν στην επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα της ασθένειας. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενή, οι οποίες αφορούν τη γενική κατάσταση της υγείας του και δεν περιορίζονται στο δέρμα. Σκοπό της έρευνας αποτέλεσε η ανάλυση της σχέσης του δείκτη EQ-5D, του δείκτη DLQI, των σημείων του σώματος που παρατηρείται ψωρίαση και του δείκτη κλινικής σοβαρότητας της ασθένειας (PASI). Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση στη Σουηδία, ενώ λήφθηκαν υπόψη και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα της παρατήρησης των ασθενών με ψωρίαση συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα υγιών ατόμων. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι από τους 2.450 ασθενείς (1.479 άνδρες και 971 γυναίκες) που συμμετείχαν, οι ασθενείς με ψωρίαση σημείωσαν χαμηλότερο σκορ στο δείκτη EQ-5D σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Ακόμη, ο δείκτης EQ-5D σχετιζόταν μέτρια με το δείκτη DLQI και ελάχιστα με το δείκτη PASI. Συνεπώς, προτείνεται ότι κατά την αξιολόγηση και τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την αντιμετώπιση της ψωρίασης να λαμβάνονται υπόψη οι δείκτες EQ-5D, PASI και DLQI, καθώς αξιολογούν διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής.

Επίσης, οι Tang et al. (2013) μελέτησαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση στη Μαλαισία, καθώς και το κόστος της ασθένειας. Ειδικότερα, ανέφεραν ότι η ψωρίαση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς και επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική του εξέλιξη, τις κοινωνικές δραστηριότητες, τις οικογενειακές σχέσεις και τις υπόλοιπες πτυχές της ζωής. Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η περιγραφή του βαθμού στον οποίο η ψωρίαση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών στη Μαλαισία καθώς και η εκτίμηση του κόστους της ασθένειας. Στην έρευνα συμμετείχαν 250 ασθενείς με ψωρίαση, που λάμβαναν θεραπεία σε οκτώ κλινικές δερματολογίας στη Μαλαισία. Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ψωρίασης χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες DLQI και SF-12. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν και άλλες ιατρικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η ισχαιμική καρδιακή νόσος. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ως προς τη σοβαρότητα της νόσου, οι συμμετέχοντες σημείωσαν μέσο σκορ 9,9 στο δείκτη PASI, δηλαδή είχαν ήπιες ψωριασικές βλάβες και 10,0 στο δείκτη DLQI, δηλαδή μέτρια επίδραση της ψωρίασης στην καθημερινή ζωή. Η επίπτωση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη

σε εκείνους τους ασθενείς με τις πιο εκτεταμένες βλάβες από την ψωρίαση, στους νεότερους ασθενείς και σε εκείνους με ψωριασική αρθροπάθεια. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι η ψωρίαση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και στα δύο φύλα εξίσου. Αντίθετα, ο δείκτης μάζας σώματος δεν είχε καμία επίδραση στην σοβαρότητα της ψωρίασης ή στην ποιότητα ζωής. Ακόμη, οι ασθενείς με ψωρίαση είχαν σημαντικά χαμηλότερο σκοπ SF-12 σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Επίσης, αναφέρθηκε ότι η ψωρίαση είχε αρνητική επίδραση στην υγεία των ασθενών ως προς την ποιότητα ζωής παρόμοια με την επίδραση άλλων χρόνιων παθήσεων. Το εκτιμώμενο κόστος της ασθένειας για την ψωρίαση στους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 1.307,47 ρίνγκιτ Μαλαισίας (RM), δηλαδή €314,59 ανά άτομο ετησίως. Συνεπώς, η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση είναι σημαντικά μειωμένη σε σύγκριση με εκείνη των υγιών ατόμων και η μείωση αυτή είναι παρόμοια με εκείνη των ασθενών με άλλες χρόνιες ιατρικές ασθένειες. Τέλος, το εκτιμώμενο κόστος της ασθένειας της ψωρίασης στη συγκεκριμένη μελέτη αποδείχθηκε χαμηλότερο σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ασίας, κυρίως επειδή το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία επιδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση (Tang et al., 2013).

Οι Lin et al. (2011) μελέτησαν επίσης την επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών σε χώρα της Ασίας, και συγκεκριμένα στην Ταϊβάν. Σκοπό της έρευνας αυτής αποτέλεσε ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση στην Ταϊβάν. Στην έρευνα συμμετείχαν 480 ασθενείς με ψωρίαση, από τους οποίους οι 67,5% ήταν άντρες και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με το δείκτη DLQI. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο μέσος όρος του δείκτη DLQI υπολογίστηκε σε $9,16 \pm 6,3$ (δηλαδή από μικρή μέχρι πολύ μεγάλη επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής) και ότι το 67% των ασθενών ανέφερε μέτριο έως πολύ μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους ($DLQI > 6$). Επίσης, ο δείκτης PASI, η ηλικία και οι αρχικές βλάβες στα νύχια αποδείχθηκαν κυρίως ότι επηρέασαν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συνεπώς, η κλινική σοβαρότητα της νόσου, η ηλικία και τα σημεία του σώματος στα οποία εμφανίζονταν οι αρχικές επιπτώσεις της ψωρίασης συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σε μια άλλη χώρα της Ασίας, στην Ιαπωνία, οι Mabuchi et al. (2012) μελέτησαν την επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών ως προς το φύλο, χρησιμοποιώντας το δείκτη DLQI. Επίσης, οι ερευνητές αξιολόγησαν τη συσχέτιση μεταξύ του δείκτη DLQI και της κλινικής σοβαρότητας της ψωρίασης, δηλαδή του δείκτη PASI. Στην έρευνα συμμετείχαν 102 Ιάπωνες ασθενείς με ήπια έως σοβαρή ψωρίαση (77 άνδρες, 25 γυναίκες, με μέσης ηλικίας $55,2 \pm 14,2$ έτη). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ηλικία και στο δείκτη PASI ως προς το φύλο. Επίσης, το μέσο σκορ του δείκτη DLQI ήταν $3,6 \pm 3,2$ στους άνδρες (από καμία μέχρι μέτρια επίδραση στην καθημερινότητα) και $7,2 \pm 1,2$ σε γυναίκες (μέτρια επίδραση στην καθημερινότητα), ενώ το μέσο συνολικό σκορ του δείκτη DLQI στις γυναίκες ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με τους άνδρες. Ακόμη, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών DLQI και PASI. Συνεπώς, το μέσο συνολικό σκορ του δείκτη DLQI στις γυναίκες ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο στους άντρες. Επίσης, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν τη συσχέτιση μεταξύ του δείκτη DLQI και της κλινικής σοβαρότητας της ψωρίασης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η εκτίμηση για την ποιότητα ζωής των ασθενών παίζει σημαντικότερο ρόλο στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (Mabuchi et al., 2012).

Όσον αφορά στην επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών στην Κίνα, σχετική έρευνα πραγματοποίησαν οι He et al. (2013) χρησιμοποιώντας το δείκτη DLQI. Στην έρευνα συμμετείχαν 851 ασθενείς με ψωρίαση άνω των 18 ετών, οι οποίοι επισκέπτονταν 9 νοσοκομεία σε διάφορες περιοχές της Κίνας, ενώ χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης DLQI, ο δείκτης ανικανότητας λόγω ψωρίασης (PDI), ο δείκτης SF-36 και ο δείκτης PASI. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διαφορές στο δείκτη DLQI μεταξύ των ασθενών ως προς την ηλικία, τη γεωγραφική περιοχή, τη διάρκεια της ψωρίασης και του δείκτη PASI.

Τέλος, οι Chernyshov και Bilaite (2010) μελέτησαν την επίδραση της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών στη Λιθουανία και στην Ουκρανία. Η έρευνα επικεντρώθηκε στις συγκεκριμένες χώρες καθώς έχουν διαφορετικά μοντέλα εθνικής υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών με ψωρίαση και για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες DLQI και Skindex-16.

Στην έρευνα συμμετείχαν 157 ασθενείς από τη Λιθουανία και 136 ασθενείς από την Ουκρανία, οι οποίοι παρουσίαζαν χρόνια ψωρίαση. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στη Λιθουανία οι ασθενείς είχαν υψηλότερο συνολικό μέσο σκορ DLQI και Skindex-16, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς της Ουκρανίας ανέφεραν ότι η ψωρίαση δεν επέφερε καμία ή είχε μικρή επίδραση στη ζωή τους, ενώ αντίθετα οι περισσότεροι ασθενείς από τη Λιθουανία υποστήριζαν ότι η ψωρίαση είχε πολύ μεγάλη ή πάρα πολύ μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής τους σύμφωνα με το δείκτη DLQI. Συνεπώς, οι διαφορές στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση μεταξύ Λιθουανίας και Ουκρανίας μπορούν να αποδοθούν στις ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

2.3.2. Επίδραση άλλων διαταραχών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους

Οι Ghajarzadeh et al. (2011) που μελέτησαν τη συσχέτιση της κατάθλιψης και της ψωρίασης, εστίασαν στην ψωριαστική αρθρίτιδα. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι η ψωριασική αρθρίτιδα εμφανίζεται στο 25-34% των περιπτώσεων ψωρίασης και αποτελεί ένα είδος φλεγμονώδους αρθρίτιδας που χαρακτηρίζεται από πόνο, διόγκωση και ευαισθησία γύρω από τις αρθρώσεις. Η συγκεκριμένη μορφή ψωρίασης μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τις λειτουργικές ικανότητες του ασθενούς και την ποιότητα ζωής του. Σκοπό της έρευνας αποτέλεσε η αξιολόγηση της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ψωρίαση και ψωριασική αρθρίτιδα στο Ιράν. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 ασθενείς με ψωρίαση που επιλέχθηκαν τυχαία, ενώ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης Beck (BDI) και οι δείκτες SF-36 και DLQI. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μέσο σκορ του BDI, του SF-36 και του DLQI των ασθενών ήταν $17,1 \pm 12,3$, $59,8 \pm 19,5$ και $12,4 \pm 6,1$, αντίστοιχα. Τα σκορ αυτά υποδηλώνουν από μικρή μέχρι σοβαρή κατάθλιψη, χαμηλή ποιότητα ζωής και από μέτρια μέχρι πολύ μεγάλη επίδραση της ασθένειας στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Από τους συμμετέχοντες παρατηρήθηκε ότι 31 γυναίκες και 26 άνδρες παρουσίαζαν κατάθλιψη και σημείωσαν υψηλότερα σκορ στο δείκτη DLQI. Οι ασθενείς με αρθρίτιδα είχαν σημαντικά υψηλότερο σκορ BDI και χαμηλότερο σκορ SF-36, αποτελέσματα που υποδηλώνουν

περισσότερο σοβαρή κατάθλιψη και μείωση της ποιότητας της ζωής σε σύγκριση με τους υγιείς ασθενείς (Ghajarzadeh et al., 2011).

Οι Karaca et al. (2013) μελέτησαν τη συσχέτιση της ψωρίασης με τις διαταραχές ύπνου. Ειδικότερα, η έρευνα επικεντρώθηκε στο σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας ύπνου, το οποίο επηρεάζει όλα τα συστήματα και χαρακτηρίζεται από διαλείπουσα μερική ή πλήρη απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκε η συχνότητα του συνδρόμου σε ασθενείς που είχαν προηγουμένως διαγνωσθεί με ψωρίαση έτσι ώστε να εξεταστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου και της ψωρίασης. Στην έρευνα συμμετείχαν 31 ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν με ψωρίαση, και χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, οι δείκτες PASI και DLQI, καθώς και η κλίμακα υπνηλίας Epworth. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας ύπνου εντοπίστηκε σε 18 από 33 ασθενείς με ψωρίαση (54,5%). Αναλυτικότερα, 11 από τους 18 ασθενείς είχαν ήπια, 2 είχαν μέτρια, και 5 είχαν σοβαρή μορφή συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας ύπνου. Η μέση ηλικία ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας ύπνου σε σύγκριση με τους υγιείς ασθενείς ($54,4 \pm 15,5$ έτη έναντι $39,4 \pm 11,8$ έτη αντίστοιχα). Όσον αφορά στο μέσο σκορ του δείκτη PASI, ήταν υψηλότερο στους ασθενείς με σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας ύπνου σε σύγκριση τους υγιείς ασθενείς. Συνεπώς, παρατηρείται ότι η συχνότητα του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας ύπνου σε ασθενείς με ψωρίαση ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό (Karaca et al., 2013).

Αντίστοιχα, οι Strober et al. (2012) επίσης μελέτησαν τις διαταραχές ύπνου στους ασθενείς με ψωρίαση. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι η ψωρίαση σχετίζεται με την κακή ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένης της δυσλειτουργίας του ύπνου. Στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της απομείωσης του ύπνου σε ασθενείς με ψωρίαση. Η έρευνα διήρκεσε 16 εβδομάδες και χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες DLQI, PASI, η συνολική εκτίμηση των γιατρών, μια κλίμακα αξιολόγησης του πόνου και ο δείκτης Παραγωγικότητας της Εργασίας και των Δραστηριοτήτων. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ασθενείς με ψωρίαση αντιμετώπιζαν δυσκολίες / προβλήματα κατά την έναρξη του ύπνου. Η ανεπάρκεια ύπνου επηρέαζε την παραγωγικότητα εργασίας και συσχετίστηκε με χαμηλή ποιότητα ζωής και

κατάθλιψη. Οι ερευνητές πρότειναν τη θεραπεία με Adalimumab, η οποία βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα του ύπνου κατά 15%, καθώς το σκορ DLQI, μείωσε τον πόνο και αύξησε την παραγωγικότητα στην εργασία (Strober et al., 2012).

Επίσης, οι Ghajarzadeh et al. (2012) μελέτησαν την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ψωρίαση και πραγματοποίησαν σύγκριση με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με άλλα δερματικά προβλήματα, όπως η λεύκη και η αλωπεκία. Στην έρευνα συμμετείχαν 300 ασθενείς, 100 με γυροειδή αλωπεκία, 100 με ψωρίαση και 100 με λεύκη, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία από νοσοκομείο της Τεχεράνης. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες για την αξιολόγηση της κατάθλιψης του Beck (BDI), ο SF-36 και ο DLQI. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σκορ του δείκτη DLQI ήταν σημαντικά υψηλότερο σε περιπτώσεις ψωρίασης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ασθένειες, ενώ ο SF-36 είχε σημαντικά χαμηλότερο σκορ σε σύγκριση με τις υπόλοιπες νόσους. Συνεπώς, οι ασθενείς με ψωρίαση παρουσίαζαν σχετικά χειρότερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των δεικτών DLQI και BDI σε όλες τις νόσους. Παρόλα αυτά, το σκορ του δείκτη BDI ήταν επίσης υψηλότερο στους ασθενείς με ψωρίαση, αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Ghajarzadeh et al., 2012).

Τέλος, οι Rosen et al. (2012) μελέτησαν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ψωρίαση και σε ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Ειδικότερα, ανέφεραν ότι η ψωριασική αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης αρθρίτιδα η οποία παρουσιάζεται περίπου στο 30% των ατόμων με ψωρίαση. Ωστόσο, και οι δύο μορφές της νόσου έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Σκοπό της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση της υπόθεσης ότι τα άτομα με ψωριασική αρθρίτιδα έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με ψωρίαση, λαμβάνοντας υπόψη τις συνέπειες της αρθρίτιδας, την ηλικία και διάφορα άλλα νοσήματα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες SF-36, DLQI, EQ-5D και η κλίμακα δριμύτητας κούρασης (FSS), ενώ το δείγμα αποτελούνταν από 201 ασθενείς με ψωρίαση και 201 ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα σε σύγκριση με τους ασθενείς με ψωρίαση, σε όλους τους δείκτες εκτός του DLQI. Συνεπώς, οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση την αντίστοιχη

των ασθενών με ψωρίαση, όπως υπολογίζεται από όλους τους δείκτες, εκτός από το DLQI (Rosen et al., 2012).

2.3.3 Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών

Οι Papp et al. (2013) παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ψωρίαση παρουσιάζουν λειτουργική ανικανότητα, πόνο και συναισθηματικά προβλήματα. Συνεπώς, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό οι ερευνητές μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του Etanercept (ETN) ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο συνέβαλε στην ποιότητα της ζωής τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 523 ασθενείς με ψωρίαση και 1.330 ασθενείς με άλλα δερματικά προβλήματα, οι οποίοι λάμβαναν 25 mg ETN μία φορά την εβδομάδα έως 50 mg δύο φορές την εβδομάδα ή εικονικό φάρμακο για 12 έως 24 εβδομάδες. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες PASI, DLQI, EQ-5D, SF-36 και HAM-D, δηλαδή η κλίμακα κατά Hamilton για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση του ETN συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών με ψωρίαση, όσο και των ασθενών με άλλα δερματικά προβλήματα, σε λιγότερο από δύο εβδομάδες. Ακόμη, για τους ασθενείς που παρουσίαζαν προβλήματα κατάθλιψης, παρατηρήθηκε ότι 24 εβδομάδες μετά τη χρήση του ETN, τα συμπτώματα είχαν περιοριστεί (Papp et al., 2013).

Επίσης, οι Palotai et al. (2010) μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα της ψωρίασης, την ποιότητα ζωής και την αντιμετώπιση της ασθένειας, εστιάζοντας σε ασθενείς στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη. Η έρευνα επικεντρώθηκε στη συγκεκριμένη περιοχή καθώς η επιδημιολογία της ασθένειας ήταν ιδιαίτερος περιορισμένη. Στην έρευνα συμμετείχαν δερματολόγοι από την Τσεχία, την Εσθονία, την Ουγγαρία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Πολωνία, τη Ρουμανία, τη Σλοβακία και τη Σλοβενία. Σκοπός της έρευνας ήταν ο προσδιορισμός της σοβαρότητας της νόσου, των θεραπειών που εφαρμόζονται, καθώς του αριθμού των γιατρών που προτίθενται να συνταγογραφήσουν βιολογικούς παράγοντες στους ασθενείς τους. Η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε ερωτηματολόγια τα οποία συμπλήρωσαν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι δερματολόγοι, ενώ στην έρευνα συμμετείχαν 913 ασθενείς. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η μέση ηλικία εμφάνισης της ψωρίασης ήταν 29 ± 15 έτη, η μέση επιφάνεια σώματος που προσβάλλει η ασθένεια υπολογίστηκε σε $29\% \pm 22\%$, η μέση περιοχή ψωρίασης και ο Δείκτης Σοβαρότητας (PASI) υπολογίστηκε σε

15 ± 12 (ήπιες μέχρι σοβαρές ψωριασικές βλάβες) και τέλος ο δείκτης DLQI υπολογίστηκε σε 11 ± 7 (μικρή μέχρι πολύ μεγάλη της ψωρίασης της ψωρίασης στην καθημερινότητα). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι 37% των ερωτηθέντων είχαν σοβαρή ψωρίαση σύμφωνα με το δείκτη PASI, ενώ το 53% των δερματολόγων δήλωσαν δυσαρεστημένοι με τις θεραπείες που εφαρμόζαν στους ασθενείς τους. Επίσης, όλοι σχεδόν οι δερματολόγοι δήλωσαν ότι επιθυμούσαν να αλλάξουν τη θεραπεία που ακολουθούσαν και το 30% αυτών δήλωσε ότι επιθυμούσε να στραφεί σε βιολογικές θεραπείες καθώς είχαν εξαντλήσει πλέον τις δυνατότητες των μη βιολογικών θεραπειών. Παράλληλα, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ασθενών διαφορετικών χωρών, ενώ παρατηρήθηκε ότι η ψωρίαση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της νόσου και την εθνικότητα (Palotai et al., 2010).

Επίσης, οι Baker et al. (2013) μελέτησαν τους τρόπους αντιμετώπισης της ψωρίασης με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής εστιάζοντας σε ασθενείς στην Αυστραλία. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η ψωρίαση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και για το λόγο αυτό δερματολόγοι από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες αποφάσισαν να θέσουν σαφείς στόχους για την αντιμετώπιση της νόσου. Στην έρευνα συμμετείχαν 12 άτομα, από τους οποίους οι 9 είναι δερματολόγοι, ένας ρευματολόγος, μια νοσηλεύτρια και ένας γενικός ιατρός εκπαιδευόμενος στη δερματολογία. Η ομάδα πραγματοποίησε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και εξέτασε τα διαθέσιμα στοιχεία ως προς τους στόχους της θεραπείας. Στη συνέχεια διαμόρφωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την εκτίμηση της ψωρίασης και τα αποτελέσματα των διάφορων θεραπειών. Η ομάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εκτός από το δείκτη σοβαρότητα της ψωρίασης, θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση της στην ποιότητα ζωής του ασθενή και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ειδικότερα, η μέτρια σοβαρότητα ψωρίασης ορίστηκε ως PASI ≤ 10 και ο δείκτης DLQI ≤ 10, ενώ η σοβαρή ψωρίαση ορίστηκε ως PASI > 10 και / ή DLQI > 10. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ο στόχος της θεραπείας της ασθένειας θα πρέπει να είναι η βελτίωση των δεικτών έτσι ώστε PASI ≥ 75% και DLQI ≤ 5. Συνεπώς, παρατηρείται ότι για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ψωρίασης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο ο δείκτης PASI, όσο και ο δείκτης DLQI. Τέλος, οι ειδικοί θα πρέπει να προσδιορίσουν με σαφήνεια

τους στόχους της θεραπείας, έτσι ώστε να επιλέξουν τις κατάλληλες θεραπείες και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Baker et al., 2013).

2.4. Ελληνική Πραγματικότητα

Οι Rigoropoulos et al. (2010a) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά της ψωρίασης στην Ελλάδα και ανέφεραν ότι η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του δέρματος, η οποία σχετίζεται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων των ασθενών με ψωρίαση, τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και η μελέτη των παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση της ασθένειας. Στην έρευνα συμμετείχαν 784 Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι εισήχθησαν σε 6 κέντρα (4 στην Αθήνα και 2 στη Θεσσαλονίκη). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 43,2 έτη, ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών ήταν 1,8:1. Επιπλέον, 35% των ασθενών ανέφεραν ότι είχαν οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μέση ηλικία των ασθενών κατά την εμφάνιση ψωρίασης ήταν 31,3 έτη. Οι ασθενείς ανέφεραν το άγχος ως την κύρια αιτία για την επιδείνωση της ψωρίασης. Πιο συχνά σημεία εμφάνισης της ψωρίασης αναφέρθηκαν οι αγκώνες, τα πόδια, το κεφάλι και τα γόνατα, ενώ ως τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα αναφέρθηκαν η απολέπιση και ο κνησμός. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς επισκέφθηκαν δερματολόγους 2,4 φορές ανά έτος για θέματα που σχετίζονται με την ψωρίαση, ενώ οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι μετά την εμφάνιση της νόσου η ποιότητα ζωής τους έγινε χειρότερη. Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση του προφίλ των ασθενών με ψωρίαση και στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών (Rigoropoulos et al., 2010a).

Επίσης, οι Rigoropoulos et al. (2010b) μελέτησαν την αντιμετώπιση της ψωρίασης των νυχιών μέσω της θεραπείας Adalimumab στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του Adalimumab στη θεραπεία της ψωρίασης των νυχιών. Στην έρευνα συμμετείχαν 7 ασθενείς που έπασχαν από σοβαρή ψωρίαση και 14 ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αξιολογήθηκε κατά την έναρξη της και κατά τις εβδομάδες 12 και 24 με τη χρήση του δείκτη Σοβαρότητας Ψωρίασης Νυχιών (NAPSI). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σημαντική βελτίωση

εμφανίζεται στην όγδοη εβδομάδα εφαρμογής της θεραπείας. Το μέσο σκορ του δείκτη NAPSI κατά την έναρξη της θεραπείας ήταν $10,57 \pm 1,21$ για τους ασθενείς με ψωρίαση στα νύχια και $29,29 \pm 2,87$ για τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Αντίστοιχα, το σκορ του δείκτη NAPSI την εβδομάδα 12 ήταν $5,57 \pm 0,78$ για τους ασθενείς με ψωρίαση στα νύχια και $19,21 \pm 2,07$ για τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Τέλος, το σκορ του δείκτη NAPSI μετά από 24 εβδομάδες θεραπείας ήταν $1,57 \pm 0,20$ για τους ασθενείς με ψωρίαση στα νύχια και $10,00 \pm 1,40$ για τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η θεραπεία ήταν ανεκτή και είχε ελάχιστες και προσωρινές παρενέργειες, κυρίως κατά την πραγματοποίηση της ένεσης. Ακόμη, όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ικανοποιημένοι, ενώ παρατηρήθηκε ακόμη σημαντική βελτίωση στην ποιότητα της ζωής τους σύμφωνα με το δείκτη DLQI (Rigoroulos et al., 2010b).

Επιπλέον, οι Avgerinou et al. (2012) μελέτησαν την επίδραση του Ustekinumab στην αντιμετώπιση της σοβαρής ψωρίασης στην Ελλάδα. Ειδικότερα, σκοπός της έρευνας ήταν η ετήσια και ανά ασθενή επίπτωση στον προϋπολογισμό με τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ψωρίασης στην Ελλάδα από την εφαρμογή του Ustekinumab. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ένα μοντέλο δημοσιονομικών επιπτώσεων του συστήματος υγείας, το οποίο περιελάμβανε τις κλινικές και οικονομικές πτυχές της θεραπείας της ψωρίασης για μια χρονική περίοδο 5 ετών. Στο μοντέλο περιλαμβάνονται το κόστος αγοράς φαρμάκων, παρακολούθησης, τα έξοδα διοίκησης και το κόστος συνδυασμού θεραπείας με Etanercept, Adalimumab, Infliximab, με ή χωρίς Ustekinumab. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από 110 συνεντεύξεις με Έλληνες δερματολόγους που πραγματοποιήθηκαν τον Φεβρουάριο του 2009. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή του Ustekinumab στη θεραπεία για μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση αποφέρει συνολική ανά ασθενή εξοικονόμηση ίση με € 443 και € 900 για το πρώτο και το πέμπτο έτος εισαγωγής του, αντίστοιχα. Συνεπώς, η χρησιμοποίηση του Ustekinumab στη θεραπεία για μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση στην Ελλάδα, αναμένεται να έχει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα για την υγεία και τα οικονομικά οφέλη, τόσο σε ετήσια όσο και ανά ασθενή βάση, ενώ συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας υγείας του ασθενή με χαμηλότερο κόστος σε σύγκριση με άλλες θεραπείες.

2.5. Συμπεράσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παρατηρήθηκε ότι η ψωρίαση δύναται να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι επίσης αλληλεπιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Συγκεκριμένα, στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η σοβαρότητα της νόσου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο και η ηλικία. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι οι επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών εξαρτώνται και από τα χαρακτηριστικά της ασθένειας. Σε προηγούμενες σχετικές μελέτες τα κύρια εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι τα SF – 36, EQ-5D, Skindex-16, οι δείκτες DLQI και PASI, καθώς και η κλίμακα FSS. Επίσης, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ασθενών με ψωρίαση διαφορετικών εθνικοτήτων.

Ακόμη, η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από τη συν-νοσηρότητα και ιδιαίτερα από διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η ψωριαστική αρθρίτιδα, οι διαταραχές ύπνου και τα διάφορα δερματικά προβλήματα. Συνεπώς, η νόσος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς παρατηρείται ότι πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα, πόνο και μειωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής. Για το σκοπό αυτό οι ασθενείς μπορούν να λάβουν σύγχρονες φαρμακευτικές αγωγές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλή απόκριση. Τέλος, όσον αφορά στην ψωρίαση σε Έλληνες ασθενείς, παρατήθηκε ότι η νόσος παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες, ενώ αναφέρθηκαν επίσης υψηλά επίπεδα άγχους από τους πάσχοντες.

Μεθοδολογία

3.1. Σκοπός – Στόχοι

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των επιπτώσεων της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, οι στόχοι είναι οι εξής:

- Η μέτρηση της επίπτωσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους.
- Η μέτρηση της επίπτωσης των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους.
- Η μέτρηση της επίπτωσης που έχω άλλες διαταραχές των ασθενών με ψωρίαση στην ποιότητα ζωής τους.

3.2. Δείγμα – Συλλογή δεδομένων

Στην παρούσα εργασία συγκεντρώθηκαν πρωτογενή στοιχεία με τη χρήση των ερωτηματολογίων, τα οποία αφορούσαν τις ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας και αποσκοπούσαν στη συγκέντρωση πληροφοριών έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Αρχικά διανεμήθηκαν 200 (διακόσια) περίπου ερωτηματολόγια, από τα οποία συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν συνολικά τα 190 (εκατόν ενενήντα). Το δείγμα αποτελούνταν από 190 (εκατόν ενενήντα) ασθενείς που προσήλθαν στον Νοσοκομείο Αφροδίσιας και Δερματικών παθήσεων «Ανδρέας Συγγρός» και πιο συγκεκριμένα στα τμήματα:

(α) Τακτικά εξωτερικά ιατρεία

(β) Φωτοβιολογικό

(γ) Ημερήσιας Νοσηλείας

Η έρευνα διήρκησε τέσσερεις μήνες. Ο χρόνος διεξαγωγής ήταν από 1^η Νοεμβρίου 2012 μέχρι και 25 Φεβρουαρίου 2013. Τα κριτήρια εισόδου που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή του δείγματος της έρευνας ήταν τα εξής:

- Ασθενείς με διαγνωσμένη ψωρίαση μιας ή περισσότερων μορφών.
- Ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία για τη ψωρίαση (έστω και συμπτωματική) και μεταβήκαν στο νοσοκομείο για επανεξέταση/εκτίμηση της πορείας τους ή για τη λήψη κάποιας θεραπείας.
- Ενήλικοι ασθενείς (άνω των 18 ετών).
- Ασθενείς που γνώριζαν καλά την ελληνική γλώσσα και μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (δηλαδή να κατανοήσουν τα ερωτηματολόγια και να απαντήσουν σε αυτά).

Όσον αφορά στη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων, θα πρέπει να αναφερθεί ότι αρχικά πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τους ασθενείς με ψωρίαση ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην έρευνα, καθώς και να ενημερωθούν σχετικά με το σκοπό αυτής. Οι ασθενείς που συμφώνησαν, υπέγραψαν μία φόρμα συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Ακολούθως, τους διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια, ενώ ο ερευνητής ήταν παρών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ώστε να αποφευχθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, και να δοθούν σχετικές διευκρινίσεις, σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες δεν κατανοούσαν πλήρως κάποια από τις ερωτήσεις. Παράλληλα, δώθηκε γραπτή οδηγία από τον ερευνητή στους συμμετέχοντες που τους διαβεβαίωνε σχετικά με την ανωνυμία, τόσο των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων, όσο και των ατομικών τους απαντήσεων στο πλαίσιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς και σχετικά με τη δυνατότητα να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα, εάν υπήρχε ανάγκη. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε συλλογή αυτών και ο ερευνητής ευχαρίστησε

τους συμμετέχοντες για τη συμβολή τους στην έρευνα. Για τη χρήση των ερευνητικών εργαλείων υπήρξε επικοινωνία:

- με τη QualityMetric, φορέα διαχείρισης του SF-36²,
- με το Τμήμα Δερματολογίας του Πανεπιστημίου του Cardiff, φορέα διαχείρισης του DLQI³,
- με τη EuroQol Group, φορέα διαχείρισης του EQ-5D⁴,

ελήφθησαν οι σχετικές άδειες, οι οποίες παρατίθενται στο παράρτημα. Αντίστοιχα, για τη διεξαγωγή της δειγματοληψίας ελήφθη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

3.3. Εργαλεία Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία εργαλεία μέτρησης και συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια EQ-5D, DLQI και SF-36.

3.3.1 Ερωτηματολόγιο EQ-5D

Το EQ-5D είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε το 1990 από το EuroQoL Group, ένα δίκτυο επιστημόνων και ερευνητών από όλο τον κόσμο που ασχολείται με την μέτρηση του επιπέδου υγείας. Το ερωτηματολόγιο EQ-5D αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού, όπως αυτή εκτιμάται από τα ίδια τα άτομα του πληθυσμού τη στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Έχει μεταφραστεί επίσημα σε πάνω από 60 γλώσσες.

Το EQ-5D αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος, με τη σειρά του, αποτελείται από πέντε ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούν σε:

- 1^η – Κινητικότητα
- 2^η – Αυτοεξυπηρέτηση
- 3^η – Καθημερινές Δραστηριότητες

²<http://www.qualitymetric.com/DefaultPermissions/RequestInformation/tabid/233/Default.aspx/>

³<http://www.dermatology.org.uk/downloads/DLQI%20FLOW%20CHART.pdf>

⁴<http://www.euroqol.org/eq-5d-products/how-to-obtain-eq-5d.html>

- 4^η – Πόνο/Δυσφορία
- 5^η – Άγχος/Κατάθλιψη

Κάθε μία από τις πέντε ερωτήσεις επιδέχεται μίας πιθανής απάντησης από τις:

1. Κανένα Πρόβλημα, 2. Μέτριο Πρόβλημα και 3. Σοβαρό Πρόβλημα.

Με τον τρόπο αυτό προκύπτει ένα σύνολο $3^5 = 243$ πιθανών συνδυασμών και άρα 243 πιθανές καταστάσεις υγείας. Για παράδειγμα, η κατασταση 12321 αντιστοιχεί σε έναν ασθενή ο οποίος ανέφερε ότι δεν έχει πρόβλημα κινητικότητας, έχει μέτριο πρόβλημα αυτοεξυπηρέτησης, σοβαρό πρόβλημα στις καθημερινές του δραστηριότητες, αισθάνεται μέτριο πόνο ή δυσφορία και δεν αισθάνεται καθόλου άγχος ή κατάθλιψη. Υπάρχουν δύο ακόμα καταστάσεις υγείας που δεν είναι δυνατό να αναπαραχθούν με τον παραπάνω τρόπο (θάνατος και απώλεια αισθήσεων / κώμα), αλλά αυτές δεν αποτελούν αυτοαξιολογούμενες καταστάσεις υγείας και πρέπει να διαπιστωθούν από άλλο άτομο.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από το «θερμόμετρο» υγείας EQ-VAS. Το EQ-VAS είναι μία εκατοστιαία οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale – VAS) μήκους 20 cm στην οποία ο ερωτώμενος καλείται να βαθμολογήσει τη σημερινή κατάσταση της υγείας του, όπου η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορεί να φανταστεί είναι το 0 και η καλύτερη το 100. Το τρίτο μέρος του EQ-5D αποτελείται από μία μόνο ερώτηση στην οποία ο ερωτώμενος καλείται να συγκρίνει την σημερινή κατάσταση της υγείας του με αυτή των 12 τελευταίων μηνών, επιλέγοντας μία απάντηση ανάμεσα σε Καλύτερη, Ίδια και Χειρότερη. Μόλις το ερωτηματολόγιο συμπληρωθεί, υπολογίζεται το EQ-5D σκορ που είναι ενδεικτικό της σημερινής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου και παίρνει τιμές από -0,594 (χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας) μέχρι 1,0 (άψογη κατάσταση υγείας).

Το 2008 έγινε η εγκυροποίηση της ελληνικής έκδοσης του EQ-5D σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.388 ατόμων από το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας (Kontodimopoulos et al., 2008).

3.3.2. Ερωτηματολόγιο DLQI

Το ερωτηματολόγιο DLQI (Dermatology Life Quality Index) είναι το πρώτο ειδικό ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για δερματικές παθήσεις, το 1994, από τον καθηγητή Δερματολογίας του Πανεπιστημίου του Cardiff, A. Finlay. Το DLQI αποτελείται από 10 ερωτήσεις στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει κατά πόσο η κατάσταση του δέρματος του επηρέασε διάφορες πτυχές της ζωής του την τελευταία εβδομάδα, όπως τις καθημερινές του δραστηριότητες, την εργασία του, τη σεξουαλική του ζωή και τις σχέσεις του με συγγενείς και φίλους. Ο ερωτώμενος διαλέγει σε κάθε ερώτηση μία από τις εξής απαντήσεις:

Καθόλου, Άσχετο, Λίγο, Πολύ και Πάρα Πολύ

οι οποίες βαθμολογούνται με 0, 0, 1, 2 και 3, αντίστοιχα.

Αφού συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, αθροίζονται οι επιμέρους βαθμολογίες των ερωτήσεων και προκύπτει ένας δείκτης (σκορ) από 0 – 30. Οι τιμές του DLQI έχουν κατηγοριοποιηθεί στις ακόλουθες κλίμακες, όσον αφορά την επίδραση της υπό εξέταση νόσου στην καθημερινότητα του ασθενούς:

0 – 1: Καμία Επίδραση

2 – 5: Μικρή Επίδραση

6 – 10: Μέτρια Επίδραση

11 – 20: Πολύ Μεγάλη Επίδραση

21 – 30: Εξαιρετικά Μεγάλη Επίδραση

Το DLQI είναι το πιο διαδομένο ερωτηματολόγιο για δερματολογικές κλινικές μελέτες. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 800 μελέτες για τουλάχιστον 33 διαφορετικές δερματικές παθήσεις (συμπεριλαμβανομένης και της ψωρίασης) σε πάνω από 32 χώρες. Το DLQI είναι διαθέσιμο σε περισσότερες από 85 διαφορετικές γλώσσες.⁵

Η εσωτερική συνάφεια του DLQI μετρήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha, οποίος βρέθηκε ίσος με $\alpha=0,84$. Η απομάκρυνση οποιασδήποτε από τις 10 ερωτήσεις

⁵ <http://www.dermatology.org.uk>

του DLQI βρέθηκε να μειώνει το συντελεστή α. Συνεπώς, για το συγκεκριμένο δείγμα, το DLQI βρέθηκε να είναι εσωτερικά συνεπές και κατάλληλο για χρήση στην έρευνα.

3.3.3. Ερωτηματολόγιο SF-36

Το ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form 36 Health Survey) είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής του ερωτώμενου. Το SF-36 προέκυψε μετά από τη MOS (Medical Outcome Study), μία διετή μελέτη που ξεκίνησε το 1992 και αποτελούνταν από 116 ερωτήσεις που απευθύνονταν σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στην σωματική, ψυχική και γενική υγεία των ασθενών, αλλά και γενικότερα στην ποιότητα ζωής τους. Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας δημιουργήθηκε, το 1994, το SF-36 από τους J. Ware και C. Sherbourne. Η βασική έκδοση (standard 4 – week recall version) αξιολογεί την κατάσταση της υγείας κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, ενώ υπάρχει και η «σύντομη» έκδοση (acute 1 – week recall version) στην οποία αξιολογείται η κατάσταση υγείας κατά την τελευταία εβδομάδα.

Το SF-36 αποτελείται από 36, συνολικά, ερωτήσεις κλειστού τύπου, με διαβαθμισμένες απαντήσεις. Αφού συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, οι απαντήσεις χρησιμοποιούνται για να σχηματιστούν οι ακόλουθες 8 κλίμακες υγείας:

1. Κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας (Ερωτήσεις 3.α – 3.ι)
2. Κλίμακα Σωματικού Ρόλου (Ερωτήσεις 4.α – 4.δ)
3. Κλίμακα Σωματικού Πόνου (Ερωτήσεις 7 και 8)
4. Κλίμακα Γενικής Υγείας (Ερωτήσεις 1 και 11.α – 11.δ)
5. Κλίμακα Ζωτικότητας (Ερωτήσεις 9.α, 9.ε, 9.ζ και 9.θ)
6. Κλίμακα Κοινωνικού Ρόλου (Ερωτήσεις 6 και 7)
7. Κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου (Ερωτήσεις 5.α – 5.γ)
8. Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Ερωτήσεις 9.β, 9.γ, 9.δ, 9.στ και 9.η)

Υπάρχουν άλλες δύο κλίμακες υγείας που προκύπτουν από το SF-36, οι:

9. Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας
10. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

Οι κλίμακες 9 και 10 συνοψίζουν τις κλίμακες 1 – 8 και ειδικότερα, η Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας συνοψίζει τις κλίμακες 1 – 4 και η Συνοπτική Κλίμακα

Ψυχικής Υγείας συνοψίζει τις κλίμακες 5 – 8. Οι βαθμολογίες που προκύπτουν σε κάθε κλίμακα είναι εκατοστιαίες, όπου το 100 αντιπροσωπεύει την καλύτερη δυνατή κατάσταση σε κάθε κλίμακα.

Το SF-36 είναι ένα ευρέως διαδεδομένο γενικό ερωτηματολόγιο που μετράει περί τις 4.000 αναφορές σε κλινικές μελέτες και στη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ έχει μεταφραστεί και σε πάνω από 60 γλώσσες.

Το SF-36 μεταφράστηκε στα Ελληνικά και το 2005, εγκυροποιήθηκε σύμφωνα με τα πρότυπα του IQOLA (International Quality of Life Assessment) Project με αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.426 ατόμων από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας (Pappa et al., 2005).

3.4. Στατιστική Ανάλυση αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS v.21.0. Για τη περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή (Mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation, SD). Ελέγχθηκε αν οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν κανονική κατανομή με χρήση του Kolmogorov – Smirnov test. Η ηλικία, οι διαστάσεις ποιότητας ζωής των SF – 36, EQ – 5D καθώς και η κλίμακα DLQI δε βρέθηκε να ακολουθούν κανονική κατανομή ($p < 0,05$), συνεπώς χρησιμοποιήθηκαν μη-παραμετρικοί έλεγχοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Mann – Whitney test, ενώ για την σύγκριση μεταξύ τριών ή παραπάνω ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Kruskal – Wallis test. Για τη σύγκριση ποιοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact test, ενώ για τη σύγκριση τριών ή παραπάνω ομάδων, το χ^2 test. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni, σύμφωνα με την οποία, το επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται ως $0,05/k$, όπου k ο αριθμός των συγκρίσεων. Για τον έλεγχο της συσχέτισης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ). Η συσχέτιση (όταν υπάρχει σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό), θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης, κατ' απόλυτη τιμή, κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3 ($0,1 \leq |\rho| \leq 0,3$), μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 ($0,31 \leq |\rho| \leq 0,5$) και υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος του 0,5 ($|\rho| \geq 0,51$). Αναλόγως του

πρόσημου του συντελεστή συσχέτισης, η συσχέτιση των μεταβλητών είναι θετική (αύξηση της μίας, συνεπάγεται αύξηση της άλλης) ή αρνητική (αύξηση της μίας, συνεπάγεται μείωση της άλλης). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το 5% ($\alpha = 0,05$). Όπου το p value κάποιου test είναι μικρότερο του 5% (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας), τότε αυτό **αναγράφεται με έντονα γράμματα** και στο κεφάλαιο 5 δίνεται επεξήγηση. Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου DLQI μετρήθηκε με το συντελεστή Cronbach's α . Ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται συνεπές όταν ο α είναι μεγαλύτερος ή ίσος του 0,70 ($\alpha \geq 0,70$) (Kline, 1999). Τέλος, τα δεδομένα αναλύθηκαν και παρουσιάστηκαν σε μορφή πινάκων, ιστογραμμάτων και γραφημάτων, ενώ τα ερωτηματολόγια παρέμειναν στην κατοχή του ερευνητή.

Κεφάλαιο 4^ο

Αποτελέσματα

4.1. Δημογραφική Ανάλυση

Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών:

Πίνακας 4.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών.

		N	Ποσοστό %
Φύλο	Άνδρες	132	69,5
	Γυναίκες	58	30,5
Μέση Ηλικία ± SD Ηλικιακή ομάδα	48,85 ± 15,52		
	18 – 30	19	10,0
	31 – 50	90	47,4
	50+	81	42,6
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	103	54,3
	Άγαμος-η	70	36,8
	Χήρος-α	17	8,9
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	127	66,8
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	63	33,2
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	25	13,2
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	31	16,3
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	43	22,6
	Άνεργος-η / Φοιτητής-ρια / Οικιακά	50	26,3
	Συνταξιούχος	41	21,6
Κάπνισμα	Ναι	98	51,6
	Όχι	92	48,4
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	78	41,1
	Όχι	112	58,9

Το δείγμα αποτελείται από 190 ασθενείς, 132 άνδρες και 58 γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι 48,9 έτη με τυπική απόκλιση 15,5 έτη και εύρος 68 έτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν στις ηλικιακές ομάδες 18 – 30, 31 – 50 και 50+ (ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών). Η ηλικιακή ομάδα 18 – 30 έχει τα λιγότερα περιστατικά ενώ οι 31 – 50 και 50+ αποτελούνται από σχεδόν «σόποσα» περιστατικά (90 και 81,

αντίστοιχα). Εφόσον η ψωρίαση εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στις ηλικίες 30 – 40 και αφού αντιμετωπίζεται σε βάθος χρόνου (λόγω της χρονιότητάς της), ο διαχωρισμός αυτός των ηλικιών ενδείκνυται για ανάλυση και συγκρίσεις. Το 54,3% των ασθενών είναι έγγαμοι, το 36,8% είναι άγαμοι και το 8,9% είναι χήροι. Το 66,8% των ασθενών έχουν κατώτερη ή μέση εκπαίδευση, ενώ το 33,2% έχουν ανώτερη ή ανώτατη. Όσον αφορά το επάγγελμα, 13,2% των ασθενών είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 16,3% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 22,6% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 21,6% συνταξιούχοι, ενώ οι άνεργοι, οι φοιτητές και οι νοικοκυρές αποτελούν το 26,3% του δείγματος. Από τους 190 ασθενείς, το 51,6% είναι συστηματικοί καπνιστές, ενώ το 41,1% καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ (3 φορές την εβδομάδα, ή παραπάνω).

Στον ακόλουθο περιγράφονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών:

Πίνακας 4.2: Κλινικά Χαρακτηριστικά ασθενών.

		N	Ποσοστό %
Συν-νοσηρότητα	Ναι	68	35,8
	Όχι	122	64,2
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	77	30,5
	> 10 έτη	113	69,5
Κληρονομικότητα	Ναι	39	20,5
	Όχι	151	79,5
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	161	84,7
	Σταγονοειδής	22	11,6
	Φλυκταινώδης	3	1,6
	Ερυθροδερμική	4	2,1
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	36	18,9
	Όχι	154	81,1
Εντοπισμός	Άνω και κάτω άκρα	178	93,7
	Κορμός	185	97,4
	Τριχωτό Κεφαλής	48	25,3
	Πελματοπαλαμιαία – Ακ/νώση	14	7,4
	Ψωριασική Ονυχία	77	40,5

Το 35,8% των ασθενών αναφέρει συν-νοσηρότητα (κατάθλιψη, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, στεφανιαία νόσο, θυρεοειδοπάθειες, λιπώδης διήθηση ήπατος, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση και άλλες) ενώ το 64,2% όχι. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (69,5%) έχει χρόνια ψωρίαση (πάνω από 10 χρόνια). Στο 20,5% των περιπτώσεων αναφέρθηκε κληρονομικότητα (συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού που νοσούσε από ψωρίαση). Όσον αφορά στη μορφή της νόσου, η πλειονότητα των ασθενών (84,7%) πάσχουν από ψωρίαση κατά πλάκας, και με πολύ μικρότερα ποσοστά ακολουθούν η σταγονοειδής ψωρίαση (11,6%), η ερυθροδερμική (2,1%) και

η φλυκταινώδης με ποσοστό μόλις 1,6%. Περίπου 1 στους 5 ασθενείς πάσχει από ψωριασική αρθρίτιδα (18,9%). Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είχαν προσβληθεί στα άνω και στα κάτω άκρα (σε ποσοστό 93,7%) και στον κορμό (ποσοστό 97,4%). Παράλληλα, το 40,5% βρέθηκε με ψωριασική ονυχία, το 25,3% με ψωριασικές βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής και το 7,4% με βλάβες στις παλάμες και στα πέλματα.

Στον πίνακα 4.3 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της τρέχουσας θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνουν οι ασθενείς:

Πίνακας 4.3: Χαρακτηριστικά Θεραπευτικής αγωγής.

		N	Ποσοστό %
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Τοπικά Κορτικοστεροειδή	18	9,5
	Καλσιποτριόλη	9	4,7
	PUVA	0	0
	UVB	0	0
	UVB-NB	21	11,1
	Ασιτρετίνη	7	3,7
	Κυκλοσπορίνη	14	7,4
	Μεθοτρεξάτη	15	7,9
	Etanercept	9	4,7
	Infliximab	69	36,3
	Adalimumab	9	4,7
Ustekinumab	6	3,2	
	Συνδυασμός κάποιων από τα παραπάνω	13	6,8
Τρόπος Θεραπείας	Καθημερινά	52	27,4
	Εβδομαδιαία / Δεκαπενθήμερη	58	30,5
	Μηνιαία / Διμηνιαία	68	35,8
	Τριμηνιαία	10	5,3
	Περιστασιακά	2	1,1
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	8	4,2
	Όχι	182	95,8

Παρατηρείται ότι σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς (ποσοστό 48,9% αθροιστικά) λαμβάνουν αγωγή με βιολογικούς παράγοντες (Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab). Αντίθετα, οι «κλασσικές θεραπείες» (Κυκλοσπορίνη, Ασιτρετίνη και Μεθοτρεξάτη) παρατηρούνται μόλις στο 19% των περιστατικών. Ακολουθούν οι αλοιφές τοπικής χρήσης (τοπικά κορτικοστεροειδή με 9,5% και Καλσιποτριόλη με 4,7%), ενώ η φωτοθεραπεία με UVB – NB παρατηρείται στο 11,1% των περιπτώσεων. Το μικρότερο ποσοστό (6,8%) των ασθενών ακολουθούν συνδυαστικό σχήμα θεραπείας (δύσκολα, χρόνια περιστατικά ψωρίασης).

Η πλειοψηφία (98,9%) ακολουθεί συνεχές θεραπευτικό σχήμα. Το 25,3% των ασθενών λαμβάνουν καθημερινή θεραπεία (Αλοιφές, Κυκλοσπορίνη και Ασιτρετίνη), το 28,4% εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη (Μεθοτρεξάτη, Adalimumab, Etanercept και UVB – NB), το 36,3% μηνιαία ή διμηνιαία (Infliximab) και το 3,2% τριμηνιαία (Ustekinumab). Μόλις το 1,1% λαμβάνει θεραπεία μόνο μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ψωρίασης (περιστασιακή θεραπεία). Ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρθηκαν μόλις στο 4,2% των περιπτώσεων (ιδιαίτερος σε χρόνια περιστατικά, με μακροχρόνια λήψη φαρμάκων και μετάβαση ανάμεσα σε θεραπευτικά σχήματα). Αν αναλογιστεί κανείς ότι το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνει συνεχή θεραπεία, το ποσοστό στο οποίο παρατηρήθηκαν παρενέργειες, είναι σχεδόν αμελητέο.

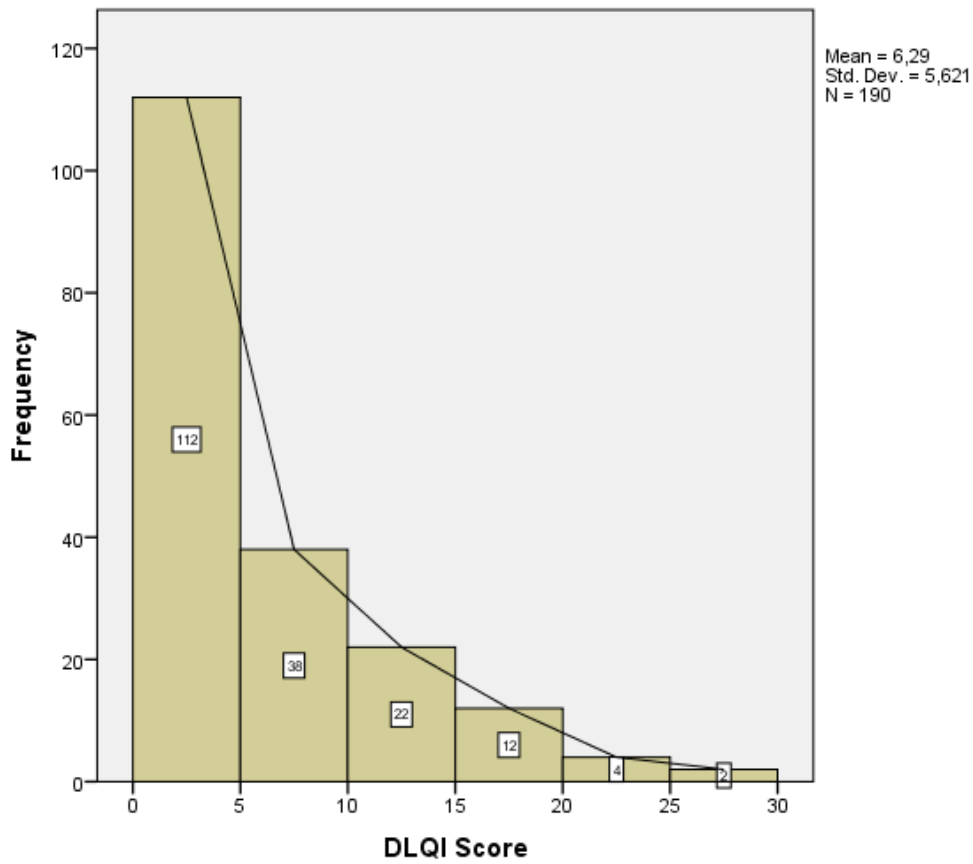
4.2. DLQI Σκορ – Ανάλυση

Η κλίμακα DLQI βρέθηκε να έχει μέση τιμή 6,29 και τυπική απόκλιση 5,62. Η κατανομή της απεικονίζεται στο Ιστόγραμμα 4.1. Η πλειονότητα των ασθενών (150 ή 78,9%) σημείωσαν DLQI σκορ μέχρι 10 (δηλαδή από καμία μέχρι μικρή επίδραση της νόσου στην καθημερινή ζωή), ενώ μόλις 6 ασθενείς (3,1%) σημείωσαν DLQI σκορ από 20 μέχρι 30 (δηλαδή εξαιρετικά μεγάλη επίδραση της νόσου στην καθημερινή τους ζωή). Η κατανομή των ασθενών στις κλίμακες του DLQI περιγράφεται στο Γράφημα 4.2.

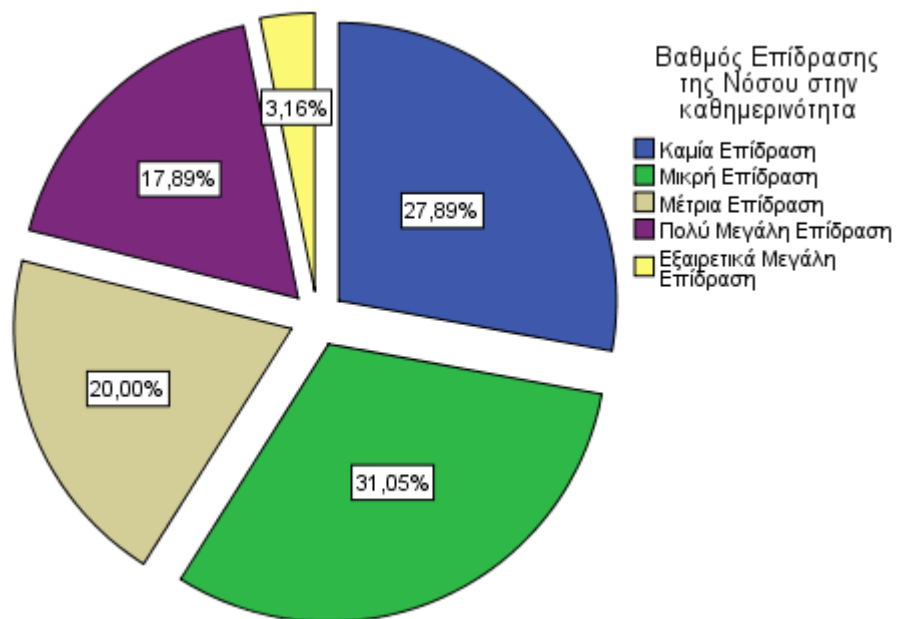
Στο 27,89% των ασθενών δεν υπάρχει επίδραση της ψωρίασης στην καθημερινότητα τους, ενώ σε μεγαλύτερο ποσοστό (31,05%) υπάρχει μικρή επίδραση. Μέτρια επίδραση υπάρχει στο 20%, πολύ μεγάλη στο 17,89%, ενώ εξαιρετικά μεγάλη μόλις στο 3,16%.

Στον Πίνακα 4.4 παρατίθενται αναλυτικά οι απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις του DLQI.

Ιστόγραμμα 4.1: Κατανομή DLQI Σκορ



Γράφημα 4.2: Κλίμακες DLQI



Πίνακας 4.4: Απαντήσεις ασθενών στο DLQI

	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	Άσχετο
1. Φαγούρα, ενόχληση, πόνος, τσούξιμο – N (%)	7 (3,7)	45 (23,7)	89 (46,8)	49 (25,8)	0 (0)
2. Ενόχληση δερματικής κατάστασης – N (%)	12 (6,3)	52 (27,4)	74 (38,9)	52 (27,4)	0 (0)
3. Επιρροή δερματικής κατάστασης στα ψώνια και στο σπίτι – N (%)	3 (1,6)	13 (6,8)	49 (25,8)	122 (64,2)	3 (1,6)
4. Επιρροή δερματικής κατάστασης στην επιλογή ρούχων – N (%)	5 (2,6)	15 (7,9)	47 (24,7)	119 (62,6)	4 (2,1)
5. Επιρροή δερματικής κατάστασης στις κοινωνικές δραστηριότητες – N (%)	7 (3,7)	17 (8,9)	53 (27,9)	111 (58,4)	2 (1,1)
6. Επιρροή δερματικής κατάστασης στα σπορ – N (%)	7 (3,7)	17 (8,9)	42 (22,1)	94 (49,5)	30 (15,8)
	Ναι	Όχι	Άσχετο		
7. Επιρροή δερματικής κατάστασης στην εργασία (Ναι ή Όχι) – N (%)	21 (11,1)	166 (87,4)	3 (1,6)		
	Πολύ	Λίγο	Καθόλου		
Επιρροή δερματικής κατάστασης στην εργασία – N (%)	2 (1,2)	38 (22,9)	126 (75,9)		
	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	Άσχετο
8. Επιρροή δερματικής κατάστασης στη σχέση με φίλους – N (%)	6 (3,2)	14 (7,4)	47 (24,7)	118 (62,1)	5 (2,6)
9. Επιρροή δερματικής κατάστασης στη σεξουαλική ζωή – N (%)	7 (3,7)	17 (8,9)	30 (15,8)	110 (57,9)	26 (13,7)
10. Η θεραπεία αποτέλεσε πρόβλημα – N (%)	1 (0,5)	11 (5,8)	44 (23,1)	128 (67,4)	6 (3,2)

Τα σκορ στο DLQI ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (δημογραφικά και κλινικά), δίνονται στον Πίνακα 4.5.

Πίνακας 4.5: Χαρακτηριστικά των ασθενών και DLQI σκορ.

DLQI Σκορ				
		Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	p value
Φύλο	Άνδρες	5,73	6,06	0,201
	Γυναίκες	6,72	5,76	
Ηλικιακή ομάδα	18 – 30	5,79	6,33	0,382
	31 – 50	5,38	5,39	
	50+	6,83	6,46	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	5,24	5,37	0,242
	Άγαμος-η	6,81	6,08	
	Χήρος-α	7,65	8,27	
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	6,41	6,47	0,600
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	5,29	4,77	
Κάπνισμα	Ναι	6,24	6,29	0,656
	Όχι	5,82	5,63	
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	6,12	6,73	0,565
	Όχι	5,98	5,41	
Συν-νοσηρότητα	Ναι	6,99	6,10	<0,001
	Όχι	5,51	5,86	
Κληρονομικότητα	Ναι	6,59	5,77	0,387
	Όχι	5,89	6,03	
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	6,51	6,22	0,375
	> 10 έτη	5,72	5,80	
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	5,72	5,89	0,145
	Σταγονοειδής	7,95	6,14	
	Φλυκταινώδης	3,33	2,08	
	Ερυθροδερμική	10,25	8,22	
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	6,25	6,13	0,362
	Όχι	5,14	5,24	
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Αλοιφές	7,00	6,02	<0,001
	Φωτοθεραπεία	6,48	5,13	
	Κλασικές Θεραπείες	6,14	7,12	
	Βιολογικές Θεραπείες	5,45	5,79	
	Συνδυασμός των ανωτέρω	7,21	5,28	
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	6,04	5,96	0,997
	Όχι	6,00	6,33	

Μετά από πολλαπλές συγκρίσεις και από μελέτη των ανωτέρω στοιχείων διαπιστώνεται ότι οι στατιστικά σημαντικές διαφορές βρίσκονται μεταξύ:

- (A) των ασθενών που ανέφεραν συν-νοσηρότητα και αυτών που δεν ανέφεραν ($p=0,02$).
- (B)
 1. των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που ακολουθούσαν κλασσικές θεραπείες ($p=0,02$).
 2. των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που ακολουθούσαν βιολογικές θεραπείες ($p<0,001$).
 3. των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που έκαναν συνδυαστικές θεραπείες ($p=0,02$).
 4. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν κλασσικές θεραπείες ($p=0,004$).
 5. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p<0,001$).
 6. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν συνδυαστικές θεραπείες ($p=0,032$).

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4.6) γίνεται σύγκριση της επίδρασης της ψωρίασης στην καθημερινή ζωή των ασθενών (βάσει του DLQI σκορ) αναλόγως των χαρακτηριστικών τους. Τα σκορ ομαδοποιήθηκαν σε 2 ομάδες. Από 0 – 10, δηλαδή από καμία μέχρι μέτρια επίδραση στην καθημερινότητα και από 11 – 30, δηλαδή από μεγάλη έως εξαιρετικά μεγάλη επίδραση στην καθημερινότητα του ασθενή.

Πίνακας 4.6: Χαρακτηριστικά των ασθενών και επίδραση της νόσου στην καθημερινότητά τους

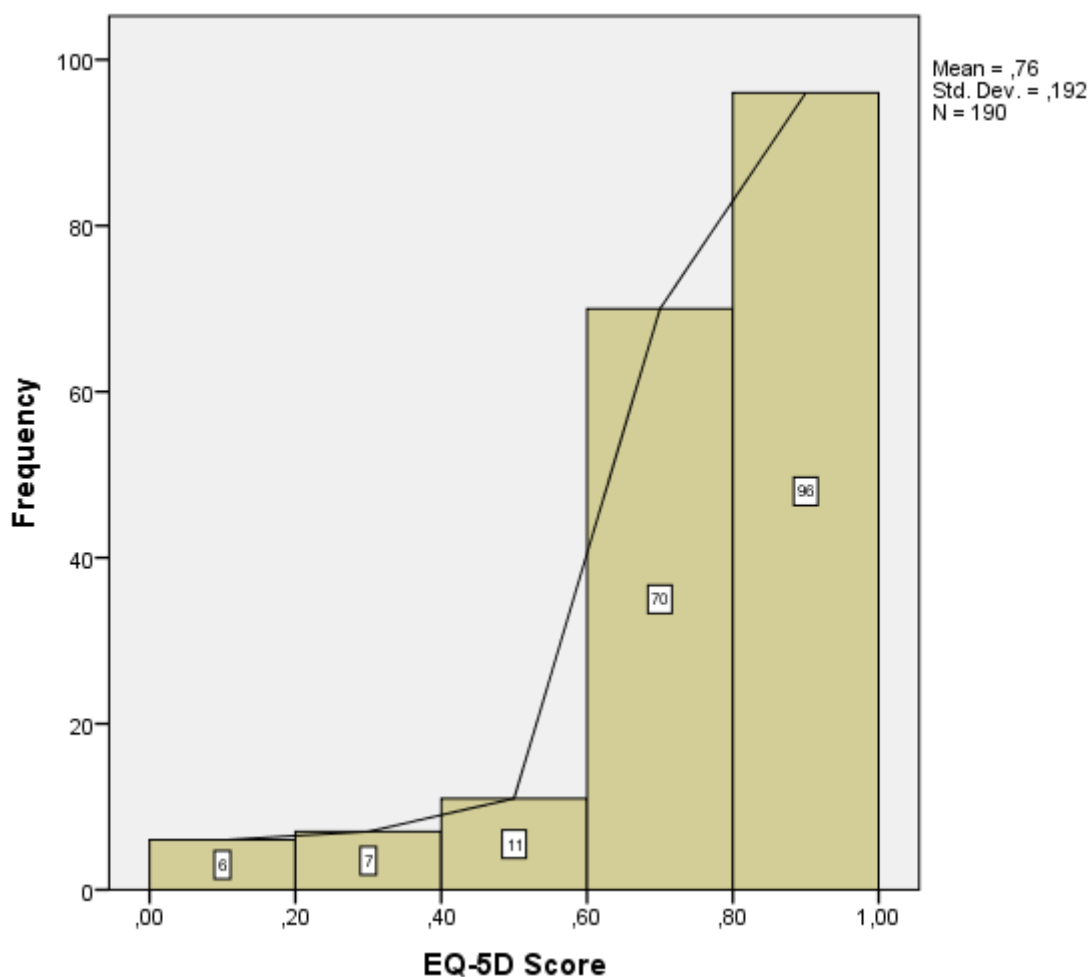
Βαθμός Επίδρασης (Εύρος DLQI Σκορ)						
		Καμία έως μέτρια (0 – 10)		Μεγάλη έως εξαιρετικά μεγάλη (11 – 30)		p value
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρες	108	81,8	24	18,2	0,176
	Γυναίκες	42	72,4	16	27,6	
Ηλικιακή ομάδα	18 – 30	14	73,7	5	26,3	0,555
	31 – 50	74	82,2	16	17,8	
	50+	62	76,5	19	23,5	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	89	86,4	14	13,6	<0,001
	Άγαμος-η	48	68,6	22	31,4	
	Χήρος-α	13	76,5	4	23,5	
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	97	76,4	30	23,6	0,259
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	53	84,1	10	15,9	
Κάπνισμα	Ναι	77	77,6	22	22,4	0,722
	Όχι	74	80,4	18	19,6	
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	62	79,5	16	20,5	1,000
	Όχι	88	78,6	24	21,4	
Συν-νοσηρότητα	Ναι	51	75,0	17	25,0	0,356
	Όχι	99	81,1	23	18,9	
Κληρονομικότητα	Ναι	30	76,9	9	23,1	0,826
	Όχι	120	79,5	31	20,5	
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	58	75,3	19	24,7	0,366
	> 10 έτη	92	81,4	21	18,6	
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	130	80,7	31	19,3	0,235
	Σταγονοειδής	14	63,6	8	36,4	
	Φλυκταινώδης	3	100,0	0	0,0	
	Ερυθροδερμική	3	75,0	1	25,0	
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	31	86,1	5	13,9	0,363
	Όχι	119	77,3	35	22,7	
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Αλοιφές	13	48,1	14	51,9	<0,001
	Φωτοθεραπεία	10	47,6	11	52,4	
	Κλασσικές Θεραπείες	30	83,3	6	16,7	
	Βιολογικές Θεραπείες	85	91,4	8	8,6	
	Συνδυασμός των ανωτέρω	12	92,3	1	7,7	
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	6	75,0	2	25,0	0,676
	Όχι	144	79,1	38	20,9	

Στην παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι ο βαθμός επίδρασης της ψωρίασης δεν είναι ανεξάρτητος από την οικογενειακή κατάσταση και την τρέχουσα θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, κατά την εκτέλεση του χ^2 test σε αυτές τις δύο περιπτώσεις, προέκυψαν κατηγορίες με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Έτσι, το χ^2 test δε δίνει αξιόπιστο αποτέλεσμα και άρα δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα.

4.3. EQ-5D Σκορ – Ανάλυση

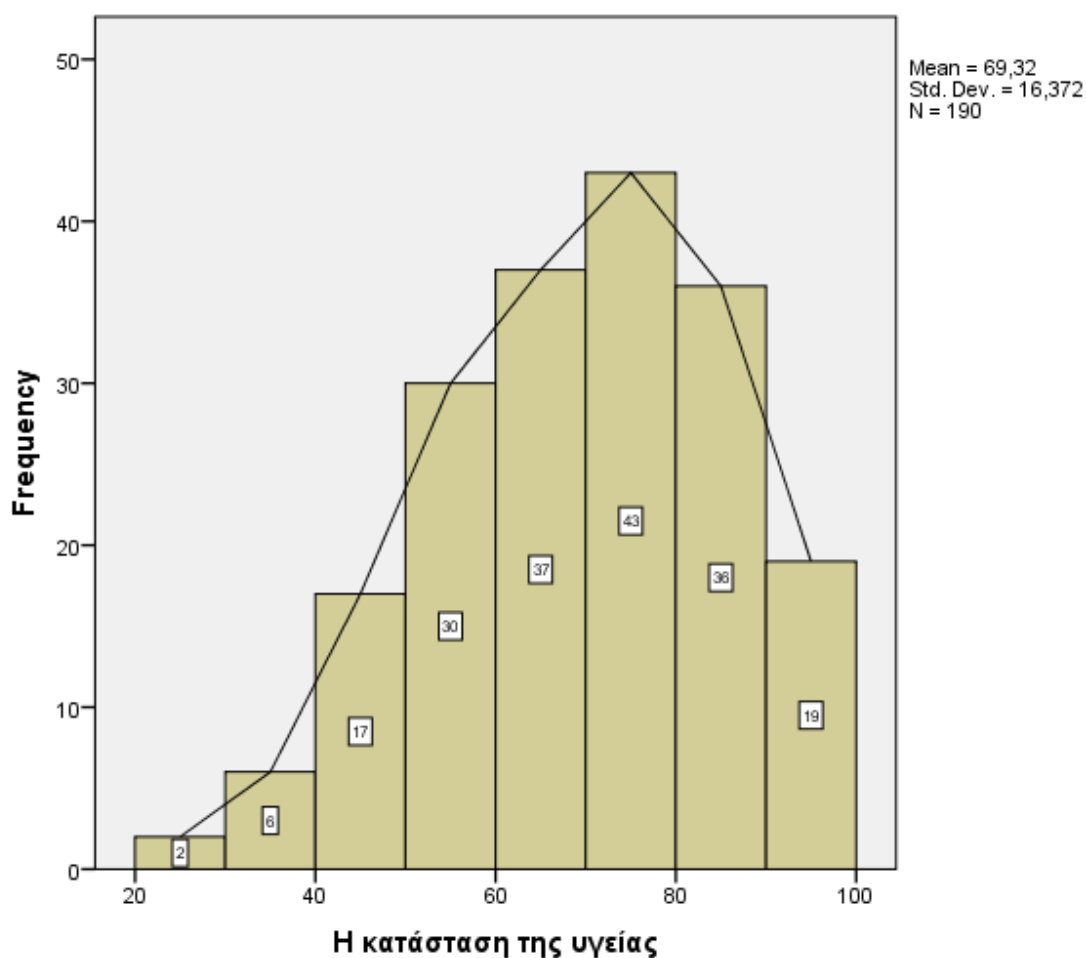
Η κλίμακα EQ-5D βρέθηκε να έχει μέση τιμή 0,76 και τυπική απόκλιση 0,19. Η κατανομή της περιγράφεται στο Ιστόγραμμα 4.3. Παρατηρείται ότι 166 ασθενείς (το 87,36%) σημειώνουν βαθμολογία στο EQ-5D πάνω από 0,60.

Ιστόγραμμα 4.3: Κατανομή EQ-5D Σκορ



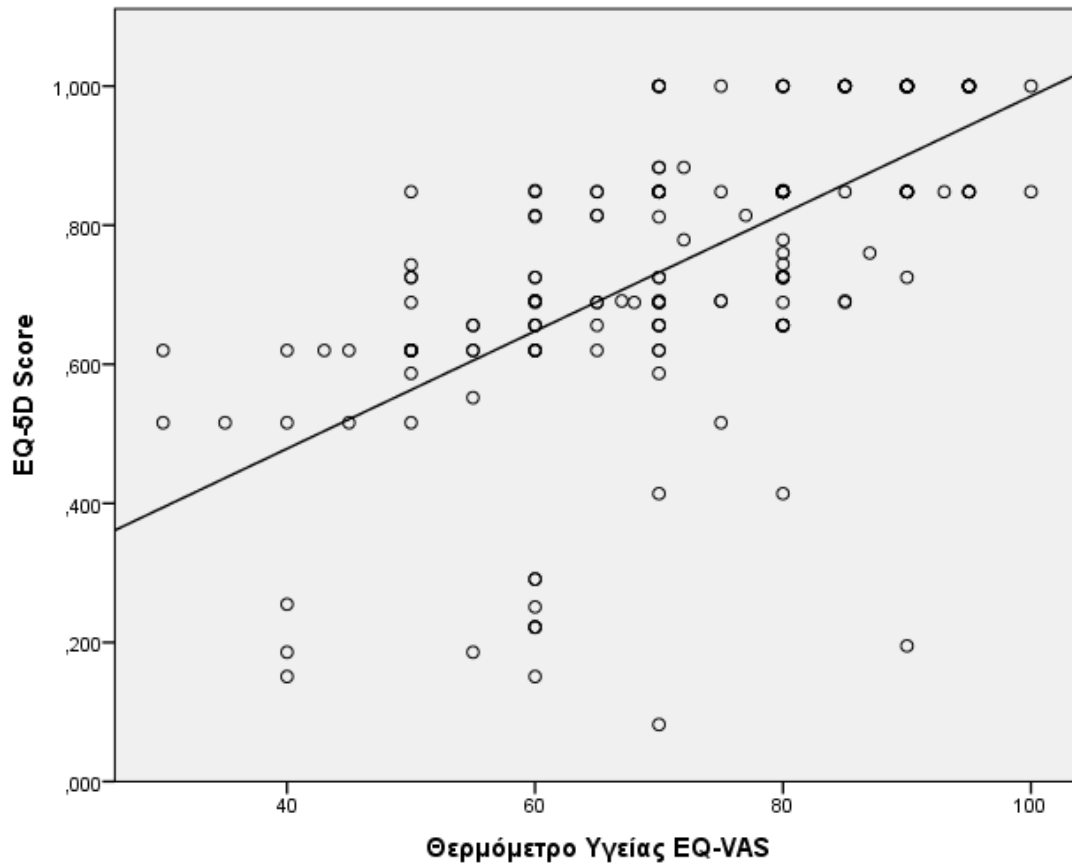
Το ιστόγραμμα 4.4 περιγράφει την τωρινή κατάσταση υγείας των ασθενών (όπως οι ίδιοι την αυτοαξιολόγησαν με το «θερμόμετρο» EQ-VAS). Το EQ-VAS βρέθηκε να έχει μέση τιμή 69,32 και τυπική απόκλιση 16,37. Όπως διαπιστώνεται το 71% των ασθενών (135 ασθενείς) αυτοαξιολογούν την τωρινή κατάσταση της υγείας τους με 60 και πάνω (όπου 0 είναι η χειρότερη κατάσταση που μπορούν να φανταστούν και 100 η καλύτερη δυνατή).

Ιστόγραμμα 4.4: Κατανομή EQ-VAS



Μεταξύ της επίδοσης των ασθενών στο EQ-5D και της ένδειξης του EQ-VAS βρέθηκε υψηλά θετική συσχέτιση (Spearman's $\rho = 0,724$, $p < 0,001$). Η συσχέτιση απεικονίζεται στο Γράφημα 4.5. Αύξηση της βαθμολογίας στο EQ-VAS συνεπάγεται αύξηση του σκορ στο EQ-5D. Ο συσχετισμός είναι λογικός, αφού όσο καλύτερα αυτοαξιολογεί ο ασθενής την κατάσταση της υγείας του, τόσο καλύτερη είναι και η ποιότητα της ζωής του.

Γράφημα 4.5: Συσχέτιση EQ-5D και EQ-VAS



Οι απαντήσεις των ασθενών στο EQ-5D έχουν ως εξής:

Πίνακας 4.7: Απαντήσεις των ασθενών στο EQ-5D

	Κανένα	Μέτριο	Σοβαρό
Πρόβλημα Κινητικότητας – N (%)	122 (64,2)	68 (35,8)	0 (0)
Πρόβλημα Αυτοεξυπηρέτησης – N (%)	176 (92,6)	14 (7,4)	0 (0)
Πρόβλημα στις Καθημερινές Δραστηριότητες – N (%)	124 (65,3)	65 (34,2)	1 (0,5)
Πρόβλημα Πόνου/Δυσφορίας – N (%)	103 (54,2)	86 (45,3)	1 (0,5)
Πρόβλημα Άγχους/Κατάθλιψης – N (%)	68 (35,8)	108 (56,8)	14 (7,4)
	Καλύτερη	Ίδια	Χειρότερη
Κατάσταση Υγείας συγκριτικά με τους τελευταίους 12 μήνες – N (%)	71 (37,4)	94 (49,5)	25 (13,1)

Στον επόμενο Πίνακα 4.8 δίνεται το EQ-5D σκορ αναλόγως των χαρακτηριστικών των ασθενών:

Πίνακας 4.8: Χαρακτηριστικά των ασθενών και EQ-5D σκορ

EQ-5D Σκορ				
		Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	p value
Φύλο	Άνδρες	0,76	0,21	0,078
	Γυναίκες	0,72	0,20	
Ηλικιακή ομάδα	18 – 30	0,77	0,08	<0,001
	31 – 50	0,76	0,20	
	50+	0,65	0,19	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	0,76	0,19	0,370
	Άγαμος-η	0,75	0,20	
	Χήρος-α	0,66	0,28	
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	0,74	0,21	0,228
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	0,77	0,20	
Κάπνισμα	Ναι	0,73	0,22	0,309
	Όχι	0,77	0,18	
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	0,76	0,21	0,404
	Όχι	0,74	0,20	
Συν-νοσηρότητα	Ναι	0,65	0,23	0,073
	Όχι	0,81	0,16	
Κληρονομικότητα	Ναι	0,72	0,23	0,465
	Όχι	0,76	0,20	
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	0,74	0,20	0,669
	> 10 έτη	0,76	0,21	
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	0,75	0,21	0,956
	Σταγονοειδής	0,77	0,19	
	Φλυκταινώδης	0,79	0,17	
	Ερυθροδερμική	0,77	0,17	
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	0,76	0,21	0,275
	Όχι	0,73	0,20	
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Αλοιφές	0,73	0,21	0,090
	Φωτοθεραπεία	0,73	0,14	
	Κλασσικές Θεραπείες	0,73	0,22	
	Βιολογικές Θεραπείες	0,79	0,19	
	Συνδυασμός των ανωτέρω	0,63	0,27	
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	0,64	0,20	0,091
	Όχι	0,76	0,20	

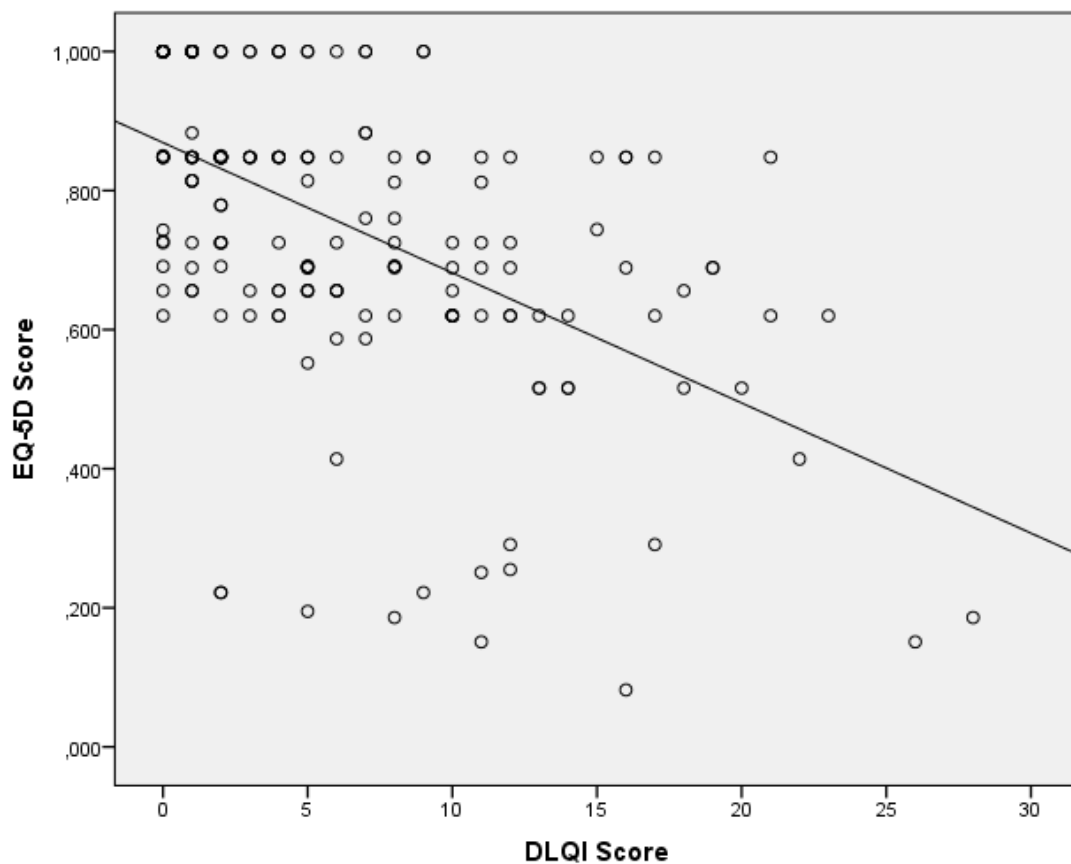
Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές βρίσκονται μεταξύ:

1. των ηλικιακών ομάδων 18 – 30 και 50+ ($p < 0,001$).

2. των ηλικιακών ομάδων 31 – 50 και 50+ ($p=0,01$).

Μεταξύ των επιδόσεων των ασθενών στα DLQI και EQ-5D βρέθηκε υψηλά αρνητική συσχέτιση (Spearman's $\rho=-0,577$, $p<0,001$). Η συσχέτιση απεικονίζεται στο Γράφημα 4.6. Δηλαδή, αύξηση του DLQI σκορ συνεπάγεται μείωση του EQ-5D σκορ. Ο συσχετισμός είναι λογικός, αφού μεγαλύτερα DLQI σκορ σημαίνουν μεγαλύτερη επίδραση της νόσου στην καθημερινότητα του ασθενή και άρα μεγαλύτερη επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής του (δηλαδή, χαμηλότερο EQ-5D σκορ).

Γράφημα 4.6: Συσχέτιση EQ-5D και DLQI Σκορ



4.4. SF-36 – Ανάλυση

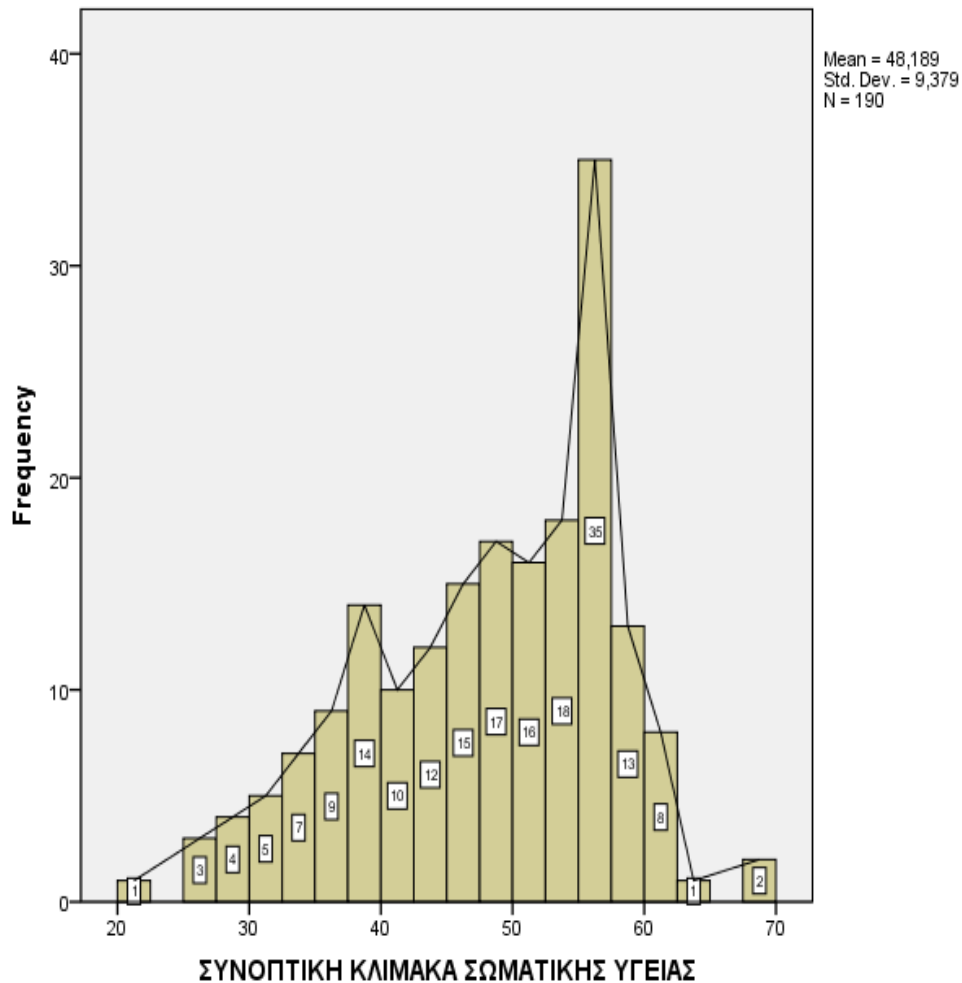
Στην παρούσα ενότητα αναλύονται οι επιδόσεις των ασθενών στο SF-36. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τις διάφορες κλίμακες του SF-36.

Πίνακας 4.9: Μέση Τιμή και τυπική απόκλιση για τις κλίμακες του SF-36

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
1. Σωματική λειτουργικότητα	81,05	19,90
2. Σωματικός Ρόλος	69,47	40,61
3. Σωματικός Πόνος	73,76	25,43
4. Γενική Υγεία	56,22	21,68
5. Ζωτικότητα	62,39	18,85
6. Κοινωνικός Ρόλος	71,77	25,39
7. Συναισθηματικός Ρόλος	68,07	38,15
8. Ψυχική Υγεία	63,13	20,35
A. Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας	48,18	9,37
B. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	44,80	10,63

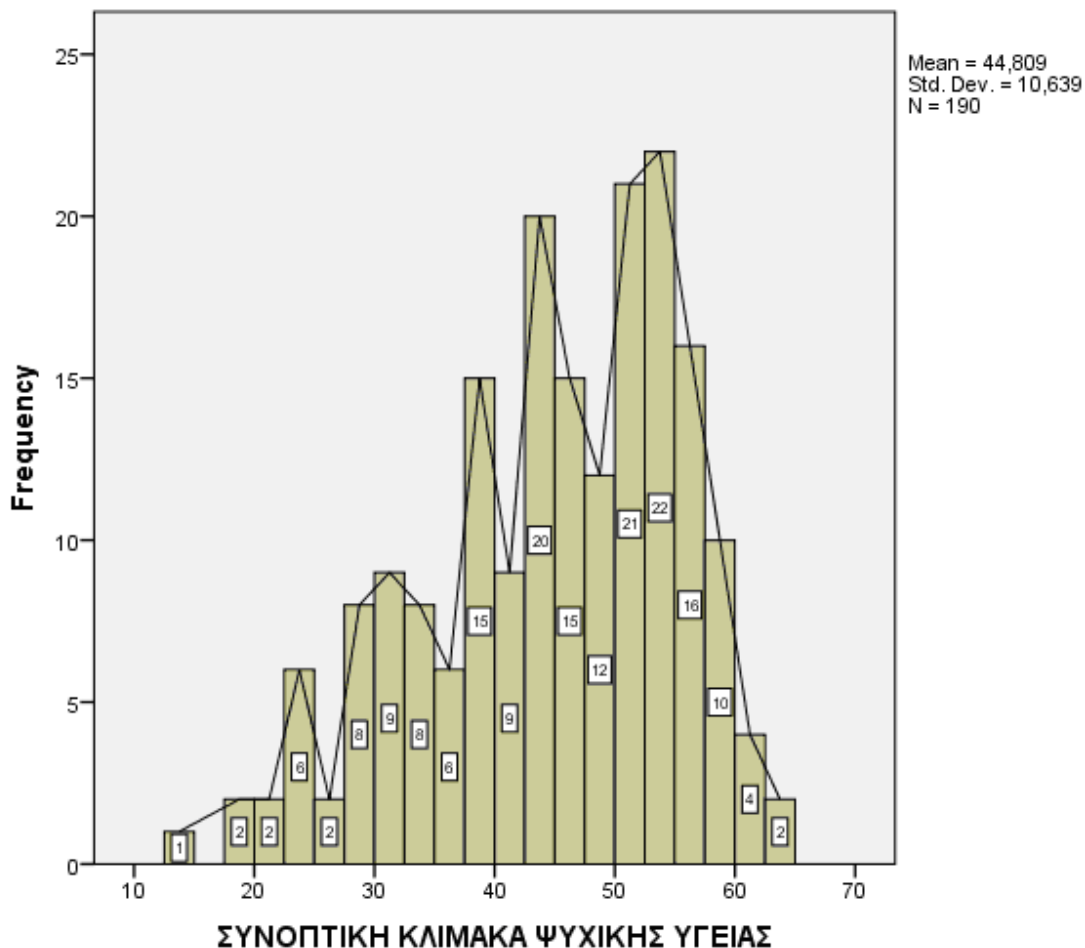
Η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας βρέθηκε να έχει μέση τιμή 48,18 και τυπική απόκλιση 9,37. Η κατανομή των βαθμολογιών της απεικονίζεται στο ακόλουθο γράφημα:

Ιστόγραμμα 4.7: Κατανομή Συνοπτικής κλίμακας Σωματικής Υγείας



Η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας βρέθηκε να έχει μέση τιμή 44,80 και τυπική απόκλιση 10,63. Η κατανομή των βαθμολογιών της απεικονίζεται στο ακόλουθο γράφημα:

Ιστόγραμμα 4.8: Κατανομή Συνοπτικής κλίμακας Ψυχικής Υγείας



Στη συνέχεια, αναλύθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των ασθενών και οι βαθμολογίες τους σε κάθε μία από τις κλίμακες του SF-36. Τα αποτελέσματα συνοψίστηκαν στους πίνακες που ακολουθούν. Ειδικότερα, στους Πίνακες 4.10.α και 4.10.β συγκρίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ στους Πίνακες 4.11.α και 4.11.β τα κλινικά χαρακτηριστικά και οι κλίμακες του SF-36. Σε κάθε χαρακτηριστικό αναγράφεται η μέση τιμή και από κάτω η τυπικά απόκλιση (με \pm).

Πίνακας 4.10.α: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι κλίμακες του SF-36

		ΣΛ	ΣΡ	ΣΠ	ΓΥ	Z
Φύλο	Άνδρες	82,84 ± 19,14	71,40 ± 40,29	74,79 ± 25,69	58,60 ± 21,76	63,03 ± 19,61
	Γυναίκες	76,98 ± 21,14	65,08 ± 41,34	71,41 ± 24,89	50,81 ± 20,68	60,94 ± 17,07
		p=0,068	p=0,235	p=0,384	p=0,019	p=0,361
Ηλικιακή ομάδα	18 – 30	92,89 ± 9,47	82,89 ± 32,33	85,52 ± 22,45	56,31 ± 20,71	66,57 ± 14,81
	31 – 50	89,83 ± 13,45	81,38 ± 31,48	79,44 ± 24,35	61,35 ± 19,92	67,38 ± 17,88
	50+	68,51 ± 20,86	53,08 ± 45,65	65,39 ± 25,09	50,50 ± 22,57	55,86 ± 18,95
		p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,005	p<0,001
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	82,57 ± 18,64	72,33 ± 40,51	74,56 ± 24,57	56,51 ± 21,10	64,02 ± 18,35
	Άγαμος-η	82,57 ± 17,99	66,42 ± 39,67	73,64 ± 26,15	56,28 ± 22,70	60,21 ± 18,26
	Χήρος-α	65,58 ± 28,11	64,70 ± 45,97	69,41 ± 28,62	54,23 ± 22,06	61,47 ± 23,96
		p=0,034	p=0,454	p=0,769	p=0,951	p=0,347
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	79,09 ± 21,02	66,73 ± 42,96	72,31 ± 25,74	56,20 ± 21,62	61,22 ± 19,70
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	85,00 ± 16,89	75,00 ± 35,06	76,68 ± 24,74	56,26 ± 21,98	64,76 ± 16,90
		p=0,105	p=0,433	p=0,252	p=0,912	p=0,375
Κάπνισμα	Ναι	82,09 ± 20,20	64,79 ± 42,29	72,18 ± 26,51	56,48 ± 20,96	62,80 ± 17,76
	Όχι	79,94 ± 19,63	74,45 ± 38,33	75,44 ± 25,26	55,94 ± 22,54	61,95 ± 20,04
		p=0,324	p=0,073	p=0,464	p=0,966	p=0,867
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	84,67 ± 18,06	73,71 ± 40,67	76,24 ± 26,3	58,33 ± 21,36	63,39 ± 19,02
	Όχι	78,52 ± 20,80	66,51 ± 40,48	72,03 ± 24,78	54,75 ± 21,88	61,69 ± 18,78
		p=0,023	p=0,128	p=0,255	p=0,258	p=0,413

ΣΛ= Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΡ= Σωματικός Ρόλος, ΣΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, Z=Ζωτικότητα

Πίνακας 4.10.β: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι κλίμακες του SF-36 (συνέχεια)

		KP	ΣΘΡ	ΨΥ	ΣΣΥ	ΣΨΥ
Φύλο	Άνδρες	71,78 ± 26,10	69,44 ± 37,98	63,39 ± 20,63	49,05 ± 8,88	44,81 ± 10,91
	Γυναίκες	71,76 ± 23,94	64,94 ± 38,70	62,55 ± 19,80	46,22 ± 10,22	44,78 ± 10,07
		p=0,846	p=0,407	p=0,721	p=0,034	p=0,617
Ηλικιακή ομάδα	18 – 30	71,71 ± 21,18	75,43 ± 36,58	65,26 ± 19,46	52,33 ± 5,88	44,77 ± 9,42
	31 – 50	77,63 ± 23,44	74,07 ± 35,95	65,95 ± 20,64	51,80 ± 8,11	46,03 ± 10,55
	50+	65,27 ± 27,02	59,67 ± 39,69	59,50 ± 19,91	43,19 ± 9,08	43,45 ± 10,94
		p=0,008	p=0,027	p=0,065	p<0,001	p=0,198
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η	73,42 ± 24,85	67,63 ± 39,45	64,50 ± 19,93	48,78 ± 9,27	45,21 ± 10,40
	Άγαμος-η	69,64 ± 24,87	68,57 ± 37,16	61,82 ± 20,18	48,25 ± 9,28	43,98 ± 10,43
	Χήρος-α	70,58 ± 31,23	68,62 ± 36,26	60,23 ± 24,01	44,31 ± 10,02	45,77 ± 13,14
		p=0,541	p=0,995	p=0,570	p=0,234	p=0,618
Μορφωτικό Επίπεδο	Κατώτερη / Μέση Εκπαίδευση	71,06 ± 26,29	65,35 ± 38,80	60,62 ± 21,50	47,79 ± 9,79	43,91 ± 11,00
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	73,21 ± 23,63	73,54 ± 36,49	68,19 ± 16,88	48,98 ± 8,48	46,61 ± 9,70
		p=0,740	p=0,151	p=0,024	p=0,496	p=0,106
Κάπνισμα	Ναι	65,30 ± 40,59	65,30 ± 40,59	61,95 ± 21,93	48,02 ± 9,10	44,24 ± 11,21
	Όχι	72,28 ± 26,84	71,01 ± 35,36	64,39 ± 18,57	48,36 ± 9,71	45,40 ± 10,01
		p=0,612	p=0,505	p=0,710	p=0,750	p=0,680
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	73,55 ± 26,03	69,65 ± 37,29	61,17 ± 21,89	50,05 ± 8,79	44,17 ± 11,22
	Όχι	70,53 ± 24,99	66,96 ± 38,87	64,50 ± 19,20	46,89 ± 9,59	45,24 ± 10,23
		p=0,342	p=0,684	p=0,362	p=0,018	p=0,633

KP=Κοινωνικός Ρόλος, ΣΘΡ=Συναισθηματικός Ρόλος, ΨΥ=Ψυχική Υγεία, ΣΣΥ=Συνοπτική Σωματική Υγεία, ΣΨΥ= Συνοπτική Ψυχική Υγεία

Όπως φαίνεται και στους παραπάνω πίνακες, κατόπιν πολλαπλών συγκρίσεων, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αναλόγως των δημογραφικών χαρακτηριστικών, ως προς τις κλίμακες του SF-36 βρίσκονται:

Στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας, μεταξύ:

- (A) 1. Της ηλικιακής ομάδας 18 – 30 και της 50+ ($p < 0,001$),
2. της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p < 0,001$).
- (B) 1. Των έγγαμων ασθενών και των χήρων ($p = 0,012$),
2. των άγαμων ασθενών και των χήρων ($p = 0,014$).

Στην κλίμακα Σωματικού Ρόλου, μεταξύ:

1. Της ηλικιακής ομάδας 18 – 30 και της 50+ ($p = 0,015$),
2. της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p < 0,001$).

Στην κλίμακα Σωματικού Πόνου, μεταξύ:

1. Της ηλικιακής ομάδας 18 – 30 και της 50+ ($p = 0,011$),
2. της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p < 0,001$).

Στην κλίμακα Γενικής Υγείας, μεταξύ:

- (A) Των ανδρών και των γυναικών ($p = 0,019$).
- (B) Της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p = 0,001$).

Στην κλίμακα Ζωτικότητας, μεταξύ:

1. Της ηλικιακής ομάδας 18 – 30 και της 50+ ($p = 0,032$),
2. της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p < 0,001$).

Στην κλίμακα Κοινωνικού Ρόλου, μεταξύ:

- Της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p = 0,002$).

Στην κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου, μεταξύ:

Της ηλικιακής ομάδας 31 – 50 και της 50+ ($p=0,012$).

Στην κλίμακα Ψυχικής Υγείας, μεταξύ:

Των ασθενών που έχουν λάβει κατώτερη ή μέση εκπαίδευση και αυτών που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη.

Στην Συνοπτική κλίμακα Σωματικής Υγείας, μεταξύ:

(Α) Των ανδρών και των γυναικών ($p=0,034$).

(Β) Των ασθενών που καταναλώνουν αλκοόλ έναντι των υπολοίπων ($p=0,018$).

(Γ) 1. Των ηλικιακών ομάδων 18 – 30 και 50+ ($p<0,001$),

2. των ηλικιακών ομάδων 31 – 50 και 50+ ($p<0,001$).

Στη Συνοπτική κλίμακα Ψυχικής Υγείας δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 4.11.α: Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι κλίμακες του SF-36

		ΣΛ	ΣΡ	ΣΠ	ΓΥ	Z
Συν-νοσηρότητα	Ναι	70,44 ± 22,38	56,25 ± 45,37	61,50 ± 25,05	47,17 ± 19,99	54,11 ± 19,02
	Όχι	86,96 ± 15,58	76,84 ± 35,81	80,59 ± 23,05	61,27 ± 21,01	67,00 ± 17,17
		p<0,001	p=0,002	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Κληρονομικότητα	Ναι	77,82 ± 20,25	67,3 ± 41,02	69,05 ± 25,73	60,07 ± 21,69	63,46 ± 19,97
	Όχι	81,88 ± 19,79	70,03 ± 40,62	74,98 ± 25,3	55,23 ± 21,64	62,11 ± 18,61
		p=0,157	p=0,817	p=0,207	p=0,224	p=0,687
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	83,70 ± 18,10	68,83 ± 39,14	74,32 ± 26,09	56,02 ± 20,97	62,33 ± 17,57
	> 10 έτη	79,24 ± 20,92	69,91 ± 41,74	73,38 ± 25,09	56,36 ± 22,24	62,43 ± 19,75
		p=0,202	p=0,512	p=0,784	p=0,976	p=0,656
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	81,24 ± 19,03	70,80 ± 40,04	73,27 ± 25,73	56,54 ± 22,27	61,80 ± 18,96
	Σταγονοειδής	82,72 ± 25,80	62,50 ± 44,15	79,45 ± 23,84	55,18 ± 19,18	66,81 ± 18,09
	Φλυκταινώδης	68,33 ± 11,54	58,33 ± 52,04	51,33 ± 10,50	37,33 ± 8,73	61,66 ± 2,88
	Ερυθροδερμική	73,75 ± 24,95	62,5 ± 47,87	79,00 ± 24,46	63,25 ± 10,30	62,50 ± 27,53
		p=0,202	p=0,707	p=0,295	p=0,339	p=0,830
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	67,63 ± 22,81	65,97 ± 43,97	66,19 ± 28,89	55,13 ± 21,35	56,25 ± 18,21
	Όχι	84,18 ± 17,83	70,29 ± 39,89	75,53 ± 24,32	56,48 ± 21,82	63,83 ± 18,76
		p<0,001	p=0,778	p=0,098	p=0,737	p=0,015
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Αλοιφές	79,81 ± 22,63	58,33 ± 47,02	73,92 ± 24,68	50,77 ± 23,19	56,66 ± 20,09
	Φωτοθεραπεία	77,61 ± 22,94	47,61 ± 43,23	68,71 ± 25,65	44,95 ± 18,00	56,90 ± 22,38
	Κλασσικές Θεραπείες	84,16 ± 13,65	73,61 ± 35,82	72,66 ± 27,58	53,61 ± 35,82	64,58 ± 16,66
	Βιολογικές Θεραπείες	81,50 ± 20,83	75,26 ± 37,85	76,45 ± 25,30	62,84 ± 20,73	65,64 ± 17,22
	Συνδυασμός των ανωτέρω	77,30 ± 17,63	75,00 ± 43,30	65,38 ± 21,54	45,61 ± 21,77	53,84 ± 22,37
	p=0,704	p=0,051	p=0,438	p<0,001	p=0,080	
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	73,12 ± 23,13	65,62 ± 44,19	62,00 ± 22,14	45,37 ± 19,38	51,87 ± 22,35
	Όχι	81,40 ± 19,75	69,64 ± 40,56	74,28 ± 25,50	56,70 ± 21,70	62,85 ± 18,62
		p=0,174	p=0,711	p=0,167	p=0,145	p=0,149

Πίνακας 4.11.β: Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι κλίμακες του SF-36
(συνέχεια)

		KP	ΣΘP	ΨY	ΣΣY	ΣΨY
Συν-νοσηρότητα	Ναι	62,31 ± 25,68	56,86 ± 40,74	57,29 ± 19,26	43,36 ± 9,63	41,81 ± 10,72
	Όχι	77,04 ± 23,74	74,31 ± 35,28	66,39 ± 20,29	50,87 ± 8,09	46,47 ± 10,25
		p<0,001	p=0,003	p=0,001	p<0,001	p=0,003
Κληρονομικότητα	Ναι	68,58 ± 25,14	65,81 ± 36,26	62,66 ± 19,58	47,42 ± 8,96	44,69 ± 9,62
	Όχι	72,59 ± 25,48	68,65 ± 38,72	63,25 ± 20,61	48,38 ± 9,50	44,83 ± 10,91
		p=0,288	p=0,503	p=0,814	p=0,471	p=0,783
Διάρκεια Νόσου	< 10 έτη	70,77 ± 25,29	70,56 ± 37,84	60,31 ± 20,17	48,86 ± 9,30	43,98 ± 11,18
	> 10 έτη	72,45 ± 25,56	66,37 ± 38,44	65,06 ± 20,34	47,72 ± 9,44	45,37 ± 10,26
		p=0,643	p=0,400	p=0,110	p=0,489	p=0,386
Μορφή Ψωρίασης	Κατά Πλάκας	72,20 ± 25,69	68,94 ± 37,66	62,93 ± 20,84	48,30 ± 9,41	44,80 ± 10,79
	Σταγονοειδής	68,78 ± 24,92	63,63 ± 42,3	62,72 ± 19,21	48,79 ± 9,43	44,10 ± 10,34
	Φλυκταινώδης	79,16 ± 14,43	55,55 ± 38,49	65,33 ± 8,32	39,73 ± 8,81	47,31 ± 8,48
	Ερυθροδερμική	65,62 ± 27,71	66,66 ± 47,14	72,00 ± 14,23	46,70 ± 7,99	47,00 ± 9,90
		p=0,810	p=0,890	p=0,849	p=0,489	p=0,945
Ψωριασική Αρθρίτιδα	Ναι	72,56 ± 25,14	64,81 ± 40,58	63,11 ± 17,45	44,29 ± 10,14	45,57 ± 8,84
	Όχι	71,59 ± 25,53	68,83 ± 37,66	63,14 ± 21,03	49,10 ± 8,98	44,62 ± 11,03
		p=0,842	p=0,643	p=0,745	p=0,070	p=0,904
Τρέχουσα Θεραπευτική Αγωγή	Αλοιφές	59,72 ± 27,15	58,02 ± 39,86	55,70 ± 22,35	47,60 ± 10,40	39,95 ± 12,36
	Φωτοθεραπεία	59,52 ± 24,97	52,38 ± 41,59	57,14 ± 16,10	44,80 ± 8,95	40,47 ± 9,66
	Κλασσικές Θεραπείες	69,44 ± 25,43	76,85 ± 34,56	62,66 ± 22,28	48,30 ± 9,54	45,40 ± 10,69
	Βιολογικές Θεραπείες	79,03 ± 22,88	69,89 ± 37,77	68,12 ± 18,61	49,35 ± 9,07	47,21 ± 9,63
	Συνδυασμός των ανωτέρω	71,15 ± 24,67	76,92 ± 34,38	53,84 ± 20,82	46,13 ± 9,19	43,03 ± 10,76
		p=0,001	p=0,072	p=0,005	p=0,282	p=0,007
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Ναι	62,50 ± 25,00	75,00 ± 38,83	55,00 ± 20,81	43,87 ± 7,57	42,73 ± 11,03
	Όχι	72,18 ± 25,40	67,76 ± 38,20	63,49 ± 20,32	48,37 ± 9,42	44,89 ± 10,64
		p=0,254	p=0,564	p=0,236	p=0,123	p=0,579

Από τους Πίνακες 4.11.α και 4.11.β, κατόπιν πολλαπλών συγκρίσεων, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αναλόγως των κλινικών χαρακτηριστικών, ως προς τις κλίμακες του SF-36 βρίσκονται:

Στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας, μεταξύ:

(A) Των ασθενών που ανέφεραν συν-νοσηρότητα και αυτών που δεν ανέφεραν ($p<0,001$).

(B) Των ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα και αυτών που δεν έχουν αρθρίτιδα ($p<0,001$).

Στην κλίμακα Σωματικού Ρόλου, μεταξύ:

Των ασθενών με συν-νοσηρότητα, έναντι των υπολοίπων ($p=0,002$).

Στην κλίμακα Σωματικού Πόνου, μεταξύ:

Των ασθενών με συν-νοσηρότητα, έναντι των υπολοίπων ($p<0,001$).

Στην κλίμακα Γενικής Υγείας, μεταξύ:

(A) Των ασθενών που νοσούσαν και από άλλα νοσήματα, πέραν της ψωρίασης ($p<0,001$).

(B) 1. Των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,02$),

2. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p<0,001$),

3. των ασθενών που έκαναν κλασσικές θεραπείες και αυτών που έκαναν βιολογικές ($p=0,03$),

4. των ασθενών που λάμβαναν συνδυαστικό θεραπευτικό σχήμα και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,05$).

Στην κλίμακα Ζωτικότητας, μεταξύ:

(A) Των ασθενών με συν-νοσηρότητα έναντι των υπολοίπων ($p<0,001$).

- (B) Των ασθενών που πάσχουν και από ψωριασική αρθρίτιδα και αυτών που δεν πάσχουν ($p=0,015$).

Στην κλίμακα Κοινωνικού Ρόλου, μεταξύ:

- (A) Των ασθενών με συν-νοσηρότητα έναντι των υπολοίπων ψωριασικών ασθενών ($p<0,001$).
- (B) 1. Των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,001$),
2. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,001$),
3. των ασθενών που έκαναν κλασσικές θεραπείες και αυτών που έκαναν βιολογικές ($p=0,049$).

Στην κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου, μεταξύ:

Των ασθενών με συν-νοσηρότητα έναντι των υπολοίπων ($p=0,003$).

Στην κλίμακα Ψυχικής Υγείας, μεταξύ:

- (A) Των ασθενών που ανέφεραν συν-νοσηρότητα και αυτών που δεν ανέφεραν ($p=0,001$)
- (B) 1. Των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,009$),
2. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p=0,008$),
3. των ασθενών που έκαναν συνδυαστικές θεραπείες και αυτών που έκαναν βιολογικές ($p=0,015$).

Στη Συνοπτική κλίμακα Σωματικής Υγείας, μεταξύ των:

- (A) Των ασθενών που νοσούσαν και από άλλες αρρώστιες (σωματικές ή ψυχικές) και των υπολοίπων ψωριασικών ασθενών ($p<0,001$).

- (B) 1. Των ηλικιακών ομάδων 18 – 30 και 50+ ($p < 0,001$),
 2. των ηλικιακών ομάδων 31 – 50 και 50+ ($p < 0,001$).

Στη Συνοπτική κλίμακα Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των:

- (A) Των ασθενών που ανέφεραν συν-νοσηρότητα και των υπολοίπων ψωριασικών ασθενών ($p = 0,003$).
- (B) 1. Των ασθενών που ακολουθούσαν τοπική αγωγή (αλοιφές) και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p = 0,04$),
 2. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν κλασσικές θεραπείες ($p = 0,044$),
 3. των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή με φωτοθεραπεία και αυτών που έκαναν βιολογικές θεραπείες ($p = 0,006$).

Λόγω των ανωτέρω στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων που αφορούν την ηλικιακή ομάδα των ασθενών και τις διάφορες κλίμακες του SF-36, εξετάστηκε η συσχέτιση της ηλικίας με τις διάφορες κλίμακες του SF-36. Ειδικότερα, εξετάστηκε η συσχέτιση της ηλικίας του συνολικού πληθυσμού (και όχι ανά ηλικιακή ομάδα) με τις κλίμακες του SF-36. Τα αποτελέσματα συνοψίστηκαν στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4.12: Συσχέτιση ηλικίας με τις διάφορες κλίμακες του SF-36

Κλίμακα SF-36	Spearman's ρ	p value
Σωματική λειτουργικότητα	-0,545	<0,001
Σωματικός Ρόλος	-0,314	<0,001
Σωματικός Πόνος	-0,287	<0,001
Γενική Υγεία	-0,214	0,003
Ζωτικότητα	-0,268	<0,001
Κοινωνικός Ρόλος	-0,164	0,024
Συναισθηματικός Ρόλος	-0,170	0,019
Ψυχική Υγεία	-0,178	0,108
Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας	-0,463	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	-0,068	0,35

Παρατηρείται ότι η ηλικία βρέθηκε αρνητικά συσχετισμένη σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό σχεδόν με όλες τις κλίμακες του SF-36. Αυτό σημαίνει ότι αύξηση της ηλικίας συνεπάγεται μείωση της αντίστοιχης κλίμακας.

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του EQ-5D σκορ και των κλιμάκων του SF-36, αλλά και του DLQI σκορ και των κλιμάκων του SF-36. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στους ακόλουθους πίνακες.

Πίνακας 4.13: Συσχέτιση EQ-5D σκορ με τις διάφορες κλίμακες του SF-36

Κλίμακα SF-36	Spearman's ρ	p value
Σωματική λειτουργικότητα	0,580	<0,001
Σωματικός Ρόλος	0,556	<0,001
Σωματικός Πόνος	0,701	<0,001
Γενική Υγεία	0,610	<0,001
Ζωτικότητα	0,672	<0,001
Κοινωνικός Ρόλος	0,553	<0,001
Συναισθηματικός Ρόλος	0,379	<0,001
Ψυχική Υγεία	0,591	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας	0,667	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	0,523	<0,001

Το EQ-5D σκορ βρέθηκε θετικά συσχετισμένο με όλες τις κλίμακες του SF-36 (και μάλιστα ισχυρά συσχετισμένο, με μόνη εξαίρεση την κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου). Ομοίως, το θερμόμετρο υγείας EQ-VAS βρέθηκε θετικά συσχετισμένο με όλες τις κλίμακες του SF-36 (αυτό, βέβαια, είναι λογικό αφού το EQ-VAS έχει βρεθεί υψηλά θετικά συσχετισμένο με το EQ-5D σκορ).

Πίνακας 4.14: Συσχέτιση EQ-VAS με τις διάφορες κλίμακες του SF-36

Κλίμακα SF-36	Spearman's ρ	p value
Σωματική λειτουργικότητα	0,618	<0,001
Σωματικός Ρόλος	0,449	<0,001
Σωματικός Πόνος	0,528	<0,001
Γενική Υγεία	0,617	<0,001
Ζωτικότητα	0,619	<0,001
Κοινωνικός Ρόλος	0,492	<0,001
Συναισθηματικός Ρόλος	0,361	<0,001
Ψυχική Υγεία	0,531	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας	0,613	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	0,456	<0,001

Το DLQI σκορ βρέθηκε αρνητικά συσχετισμένο με όλες τις κλίμακες του SF-36, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.15.

Πίνακας 4.15: Συσχέτιση DLQI σκορ με τις διάφορες κλίμακες του SF-36

Κλίμακα SF-36	Spearman's ρ	p value
Σωματική λειτουργικότητα	-0,318	<0,001
Σωματικός Ρόλος	-0,470	<0,001
Σωματικός Πόνος	-0,454	<0,001
Γενική Υγεία	-0,505	<0,001
Ζωτικότητα	-0,497	<0,001
Κοινωνικός Ρόλος	-0,677	<0,001
Συναισθηματικός Ρόλος	-0,425	<0,001
Ψυχική Υγεία	-0,592	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	-0,356	<0,001
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	-0,624	<0,001

4.5. Ανάλυση Βιολογικών και Συμβατικών Θεραπειών

Όπως διαπιστώθηκε, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ακολουθούν βιολογική θεραπεία. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμο να μελετηθούν και τα πλεονεκτήματα (αν υπάρχουν) των βιολογικών θεραπειών (Etanercept, Infliximab, Adalimumab και Ustekinumab) έναντι των υπολοίπων «συμβατικών» θεραπειών (Τοπικά Κορτικοστεροειδή, Καλσιποτριόλη, PUVA, UVB, UVB-NB, Ασιτρετίνη, Κυκλοσπορίνη, Μεθοτρεξάτη και συνδυασμός αυτών).

Στον Πίνακα 4.25 εξετάζεται η σχέση του είδους θεραπείας (βιολογική / συμβατική) με την εμφάνιση ή όχι ανεπιθύμητων ενεργειών.

Πίνακας 4.16: Είδος θεραπείας και ανεπιθύμητες ενέργειες.

		Ανεπιθύμητες ενέργειες				p value
		Ναι		Όχι		
		N	%	N	%	
Είδος Θεραπείας	Βιολογική	0	0	93	48,9	0,007
	Συμβατική	8	100	89	51,1	

Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών βρέθηκε να εξαρτάται από το είδος θεραπείας σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό. Ειδικότερα, οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες βρέθηκε να μην έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες από την θεραπεία τους.

Πίνακας 4.17: Είδος θεραπείας και DLQI Σκορ.

Είδος Θεραπείας	Βιολογική Θεραπεία	DLQI Σκορ
		4,09 ± 4,76
Είδος Θεραπείας	Συμβατική Θεραπεία	7,91 ± 6,40
		p<0,001

Όπως διαπιστώνεται (Πίνακας 4.17), υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ερωτηθέντες που ακολουθούσαν βιολογική θεραπεία και στους υπόλοιπους ως προς το DLQI σκορ. Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με βιολογική θεραπεία σημειώνουν σχεδόν κατά 50% μικρότερο σκορ στο DLQI συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Οι ελαφρώς αυξημένες επιδόσεις στα EQ-5D και EQ-VAS των ερωτηθέντων που λάμβαναν βιολογικούς παράγοντες έναντι αυτών που λάμβαναν συμβατικό θεραπευτικό σχήμα, όπως αυτές φαίνονται στον Πίνακα 4.18, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 4.18: Είδος θεραπείας, EQ-5D Σκορ και EQ-VAS.

Είδος Θεραπείας	Βιολογική Θεραπεία	EQ-5D	EQ-VAS
		0,79 ± 0,19	76,94 ± 14,53
	Συμβατική Θεραπεία	0,72 ± 0,21	68,86 ± 16,07
		p=0,019	p<0,001

Πίνακας 4.19: Είδος θεραπείας και κλίμακες του SF-36.

Είδος Θεραπείας	Βιολογική Θεραπεία	ΣΛ	ΣΡ	ΣΠ	ΓΥ	Z
		81,50 ± 20,83	75,26 ± 37,85	76,45 ± 25,3	62,84 ± 20,73	65,64 ± 17,22
	Συμβατική Θεραπεία	80,61 ± 19,07	63,91 ± 42,53	71,18 ± 25,42	49,87 ± 20,75	59,27 ± 19,88
		p=0,380	p=0,045	p=0,114	p<0,001	p=0,030
Είδος Θεραπείας	Βιολογική Θεραπεία	KP	ΣΘΡ	ΨΥ	ΣΣΥ	ΣΨΥ
		79,03 ± 22,88	69,89 ± 37,77	68,12 ± 18,61	49,35 ± 9,07	47,21 ± 9,63
	Συμβατική Θεραπεία	64,81 ± 25,85	66,32 ± 38,63	58,35 ± 20,89	47,06 ± 9,57	42,50 ± 11,08
		p<0,001	p=0,518	p=0,001	p=0,114	p=0,003

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες που ακολουθούσαν θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες είχαν καλύτερες επιδόσεις στα DLQI, EQ-5D (συμπεριλαμβανομένου και του EQ-VAS) καθώς και στις περισσότερες κλίμακες του SF-36 (με μοναδικές εξαιρέσεις την κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας, την κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου και τη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας), ενώ παράλληλα, έχουν μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.

Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

5.1. Συζήτηση

5.1.1. Αποτελέσματα Έρευνας

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ψωρίαση. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκαν 190 ασθενείς με ψωρίαση, οι οποίοι ακολουθούν ήδη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της νόσου. Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα κάποιων προηγούμενων μελετών, ενώ έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών.

Όσον αφορά το DLQI σκορ, παρατηρείται ότι οι ασθενείς που νοσούσαν και από άλλο νόσημα παράλληλα με την ψωρίαση, είχαν μεγαλύτερο DLQI σκορ από τους υπόλοιπους, αφού η ήδη κακή κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνει και την ψωρίαση. Επιπλέον, όσοι ασθενείς λαμβάνουν τοπική θεραπεία (αλοιφές) σημειώνουν μεγαλύτερο DLQI σκορ από αυτούς που ακολουθούν κλασσική θεραπεία, βιολογική θεραπεία, αλλά μικρότερο από αυτούς που ακολουθούν συνδυαστικό θεραπευτικό σχήμα. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στη «φτωχή» δραστηριότητα των τοπικών σκευασμάτων έναντι των κλασσικών και των βιολογικών θεραπειών. Επίσης, οι ασθενείς που υπόκεινται σε φωτοθεραπεία σημειώνουν μεγαλύτερο σκορ έναντι αυτών που ακολουθούν κλασσική ή βιολογική θεραπεία. Αυτό επίσης μπορεί να οφείλεται στο ότι η φωτοθεραπεία δεν επιφέρει εξίσου δραστικά αποτελέσματα με τις υπόλοιπες θεραπείες. Πάραυτα, την υψηλότερη επίδοση στην κλίμακα DLQI φαίνεται να έχουν ασθενείς που λαμβάνουν συνδυαστικό σχήμα θεραπείας. Αυτά είναι τα «δύσκολα» και χρόνια περιστατικά που συνήθως έχουν μεγάλη έξαρση της ψωρίασης στο σώμα τους και άρα είναι λογικό να αναμένονται και υψηλότερες τιμές στο DLQI.

Στον Πίνακα 4.8 βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα 50+ σημειώνει μεγαλύτερο σκορ στο EQ-5D από τις άλλες δύο (18 – 30 και 31 – 50), δηλαδή, η ψωρίαση επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό την κατάσταση της υγείας τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι πιο ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν «συμφιλιωθεί» με την κατάστασή τους και έχουν μάθει να «συμβιώνουν» με την ψωρίαση, κάτι που οι μικρότερες ηλικίες (που πάσχουν και λιγότερα χρόνια από τη νόσο) δυσκολεύονται να αποδεχθούν.

Οι κλίμακες του SF-36 αναλόγως των χαρακτηριστικών των ασθενών αποτυπώνονται στους πίνακες 4.10.α, 4.10.β, 4.11.α και 4.11.β. Πιο συγκεκριμένα, στην κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας, βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα 50+ έχει χαμηλότερο δείκτη σωματικής λειτουργικότητας από τις άλλες δύο ομάδες. Μάλιστα, η διαφορά της ηλικιακής ομάδας 18 – 30 από την 50+ αγγίζει τις 20 μονάδες. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού ο παράγων ηλικία επιβαρύνει τη σωματική λειτουργικότητα. Επίσης, οι χηρεύσαντες ασθενείς φαίνεται να έχουν χαμηλότερες επιδόσεις από τους έγγαμους και τους άγαμους, γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι οι χηρεύσαντες ασθενείς συνήθως είναι μεγαλύτερης ηλικίας με μειωμένη σωματική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με συν-νοσηρότητα είχαν μειωμένη σωματική λειτουργικότητα έναντι των «υγείων», γεγονός εύλογο. Περιέργως, οι ασθενείς που καταναλώνουν αλκοόλ συστηματικά φέρεται να σημειώνουν μεγαλύτερες επιδόσεις στην κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι στους ασθενείς με βαριάς μορφής ψωρίαση που λαμβάνουν «ισχυρές» θεραπείες δεν επιτρέπεται η κατανάλωση αλκοόλ. Έτσι, η αυξημένη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών που καταναλώνουν αλκοόλ συστηματικά είναι «πλασματική» και οφείλεται κυρίως στην «απαγόρευση» κατανάλωσης αλκοόλ στους χρόνια ψωριασικούς ασθενείς. Οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα έχουν σχεδόν 20% χαμηλότερη επίδοση στο δείκτη σωματικής λειτουργικότητας, γεγονός που αντικατοπτρίζει την επίδραση της αρθρίτιδας.

Στην κλίμακα του σωματικού ρόλου βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν και άλλα νοσήματα είχαν αρκετά μεγαλύτερη δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς τους και των καθημερινών εργασιών τους (πάνω από 20 μονάδες έναντι των υπολοίπων ασθενών που είχαν μόνο ψωρίαση). Επίσης, παρατηρείται ότι και η ηλικιακή ομάδα 50+ σημειώνει σημαντικά μικρότερες επιδόσεις στην κλίμακα του σωματικού ρόλου

και η αιτία είναι ότι η αυξημένη ηλικία επιδεινώνει τη φυσική κατάσταση του ασθενή και καθιστά τις καθημερινές εργασίες δύσκολες.

Όσον αφορά την κλίμακα του σωματικού πόνου, η ηλικιακή ομάδα 50+ βρέθηκε ότι βιώνει περισσότερο ή πιο έντονο πόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας έναντι των άλλων δύο ομάδων. Η αύξηση της ηλικίας, κατά μείζονα λόγο, συνεπάγεται και την εμφάνιση επιπλέον προβλημάτων υγείας αλλά και του χρόνου που ο ασθενής έχει ψωρίαση με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο σωματικός πόνος. Οι ασθενείς με συννοσηρότητα σημειώνουν μεγαλύτερη επίδοση στην κλίμακα σωματικού πόνου, λόγω της περαιτέρω ζημιωμένης υγείας τους.

Από την ανάλυση της κλίμακας γενικής υγείας, βρέθηκε ότι οι ψωριασικοί άνδρες σημειώνουν υψηλότερες επιδόσεις στο δείκτη της γενικής υγείας από τις ψωριασικές γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι η επίδραση της ψωρίασης εξαρτάται και από το φύλο του ασθενή. Επιπλέον, η ηλικιακή ομάδα 50+ έχει σαφώς χαμηλότερο δείκτη γενικής υγείας από την 18 – 30, γεγονός αναμενόμενο. Όπως είναι λογικό, οι ασθενείς με συννοσηρότητα σημειώνουν περίπου κατά 23% χαμηλότερη επίδοση στην κλίμακα γενικής υγείας από τους υπόλοιπους ψωριασικούς ασθενείς. Οι ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες σημειώνουν την υψηλότερη επίδοση στην κλίμακα γενικής υγείας έναντι των υπολοίπων. Αυτό οφείλεται ενδεχομένως στην αποτελεσματικότητα των βιολογικών θεραπειών καθώς και στην έλλειψη παρενεργειών από αυτές.

Η ηλικιακή ομάδα 50+ έχει πολύ χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα της ζωτικότητας έναντι των άλλων δύο. Αυτό είναι εύλογο αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν περιορισμένη διάθεση και ζωτικότητα. Αλλά και οι ασθενείς που ανέφεραν συννοσηρότητα σημειώνουν αρκετά χαμηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα της ζωτικότητας. Επίσης, η ύπαρξη της αρθρίτιδας φαίνεται να μειώνει τη ζωτικότητα των ασθενών, δηλαδή φαίνεται να έχει επιπτώσεις και στον ψυχολογικό κόσμο του ασθενή.

Οι ασθενείς που νοσούσαν παράλληλα και από άλλο νόσημα είχαν σχεδόν κατά 20% μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα. Η ηλικιακή ομάδα 50+ έχει μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, γεγονός που δείχνει ότι ο παράγοντας της ηλικίας δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική υγεία του ασθενή αλλά περιορίζει και την κοινωνική

λειτουργικότητά του. Οι ασθενείς που ακολουθούν βιολογικές θεραπείες φέρονται να είναι κοινωνικά πιο λειτουργικοί έναντι αυτών που ακολουθούν τοπικές αγωγές ή φωτοθεραπεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αποτελεσματικότητα των βιολογικών θεραπειών και στο ότι καταπολεμούν αρκετά γρήγορα και σε μεγάλο βαθμό τις ορατές φλεγμονές της ψωρίασης αποτρέποντας, έτσι, τον ασθενή από τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι ασθενείς με συν-νοσηρότητα έχουν κατά 18 μονάδες πιο ζημιωμένο συναισθηματικό ρόλο. Η ηλικιακή ομάδα 50+ έχει σχεδόν κατά 20% χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου από ότι η ηλικιακή ομάδα 31 – 50. Η προχωρημένη ηλικία και η χρόνια ψωρίαση έχουν αντίκτυπο και στον συναισθηματικό κόσμο του ασθενή.

Οι ασθενείς με κατώτερη ή μέση μόρφωση έχουν πιο ευάλωτη ψυχική υγεία έναντι των υπολοίπων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη χαμηλότερη ποιότητα ζωής που συνήθως απολαμβάνει κάποιος με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Εξάλλου, η ψωρίαση είναι μία νόσος που επηρεάζει και τη ψυχική υγεία του ασθενή (είναι σύνηθες οι ψωριασικοί ασθενείς να εκδηλώνουν κατάθλιψη) και έτσι ένας ασθενής με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο «βεβαρημένος» ψυχικά από τη νόσο από ότι κάποιος με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Επίσης βεβαρημένη ψυχική υγεία έχουν οι ασθενείς που ανέφεραν συν-νοσηρότητα. Η ψωρίαση, σε συνδυασμό με τα άλλα νοσήματα που ενδεχομένως να έχει ο ασθενής έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του. Περαιτέρω, οι ασθενείς που ακολουθούν βιολογικές θεραπείες φαίνεται να απολαμβάνουν καλύτερης ψυχικής υγεία από ότι αυτοί που κάνουν αγωγή με αλοιφές, φωτοθεραπεία ή συνδυαστικές θεραπείες. Αυτό οφείλεται και πάλι στη δραστηριότητα των βιολογικών θεραπειών και στην έλλειψη παρενεργειών.

Όσον αφορά στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη επίδοση από ότι οι άνδρες. Διαπιστώνεται ότι η ψωρίαση επηρεάζει πιο έντονα τις γυναίκες στο κομμάτι της σωματικής υγείας και άρα, όπως φάνηκε και από την κλίμακα γενικής υγείας, το φύλο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη σωματική υγεία των ασθενών με ψωρίαση. Οι ασθενείς που πίνουν συστηματικά φαίνεται να έχουν καλύτερη σωματική υγεία από τους υπόλοιπους. Όπως προαναφέρθηκε και στην κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας, όμως, αυτό είναι «πλασματικό» και μπορεί να οφείλεται στην απαγόρευση του αλκοόλ σε

ασθενείς με βαριάς μορφής ψωρίαση και εξίσου βαριά θεραπεία (και άρα πιο ζημιωμένη φυσική υγεία). Εύλογο είναι το γεγονός πως οι ασθενείς με συννοσηρότητα καταγράφουν και χαμηλότερη επίδοση στην συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας από ότι οι υπόλοιποι ασθενείς. Η ηλικιακή ομάδα 50+ σημειώνει χαμηλότερη επίδοση στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, τόσο από την 18 – 30, όσο και από την 31 – 50. Αυτό είναι λογικό αφού είναι γεγονός ότι η αύξηση της ηλικίας επηρεάζει αρνητικά τη φυσική κατάσταση του ασθενή.

Όπως σε όλες τις υπόλοιπες κλίμακες του SF-36, έτσι και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με συννοσηρότητα σημειώνουν χαμηλότερες επιδόσεις από ότι οι υπόλοιποι ασθενείς (κατά 5 μονάδες). Επίσης, οι ασθενείς που ακολουθούσαν τοπική αγωγή, είχαν πιο βεβαρημένη ψυχική υγεία από αυτούς που λάμβαναν βιολογικούς παράγοντες. Ομοίως, οι ασθενείς που ακολουθούσαν φωτοθεραπευτική αγωγή είχαν χαμηλότερες επιδόσεις, τόσο από αυτούς που ακολουθούσαν βιολογική θεραπεία, όσο και από αυτούς που ακολουθούσαν κλασσική θεραπεία. Αυτό, όπως σημειώθηκε ανωτέρω, μπορεί να οφείλεται στην ήπια δραστηριότητα των αλοιφών και της φωτοθεραπείας έναντι των κλασσικών και βιολογικών θεραπειών. Η στάσιμη κατάσταση υγείας του ασθενή επιβαρύνει τον ψυχισμό του.

Η ηλικία παρατηρήθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά σχεδόν με όλες τις κλίμακες του SF-36, με εξαίρεση την κλίμακα ψυχικής υγείας και τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι η αύξηση της ηλικίας έχει αρνητικές επιπτώσεις σε όλες, σχεδόν, τις πτυχές της υγείας του ψωριασικού ασθενή. Αυτό οφείλεται τόσο στη φυσιολογική επιδείνωση της υγείας με το πέρασμα των χρόνων, όσο και στην επιδείνωση της υγείας από την ψωρίαση.

Το EQ-5D σκορ και το EQ-VAS βρέθηκαν θετικά συσχετισμένα με όλες τις κλίμακες του SF-36. Οι συσχετίσεις είναι λογικές και μάλλον αναμενόμενες, αφού χαμηλό EQ-5D σκορ και EQ-VAS, σημαίνουν βεβαρημένη υγεία (σωματική και ψυχική) και άρα χαμηλότερες επιδόσεις στις κλίμακες του SF-36.

Το γεγονός ότι η βαθμολογία του DLQI βρέθηκε αρνητικά συσχετισμένη με όλες τις κλίμακες του SF-36 εξηγείται διότι υψηλότερο DLQI σκορ σημαίνει μεγαλύτερη επίδραση (σωματική και ψυχική) της νόσου στη ζωή του ασθενή. Το γεγονός αυτό,

με τη σειρά του, σημαίνει κακή κατάσταση της υγείας του ασθενή και άρα χαμηλότερες επιδόσεις στις κλίμακες του SF-36.

Όσον αφορά το είδος της θεραπείας που ακολουθούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ακολουθούσαν θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στο DLQI (και μάλιστα της τάξεως του 40%), υψηλότερες βαθμολογίες στα EQ-5D και EQ-VAS και με εξαίρεσεις την κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας, συναισθηματικού ρόλου και τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, υψηλότερες επιδόσεις σε όλες τις υπόλοιπες κλίμακες του SF-36. Επίσης, οι ασθενείς που λάμβαναν βιολογικές θεραπείες δεν εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Συνεπώς, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που ακολουθούν βιολογικές θεραπείες απολαμβάνουν καλύτερο επίπεδο υγείας και, γενικότερα, ποιότητα ζωής από ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν συμβατικές θεραπείες.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, στην παρούσα έρευνα το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η κληρονομικότητα της ψωρίασης δε βρέθηκε να επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας και την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων. Ωστόσο, η συν-νοσηρότητα βρέθηκε να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη τόσο με τη μείωση του επιπέδου υγείας, όσο και με τη μείωση της ποιότητας της ζωής των ψωριασικών ασθενών. Η αύξηση της ηλικίας βρέθηκε επίσης να μειώνει το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής. Το φύλο των ασθενών προέκυψε ότι επηρεάζει το επίπεδο της σωματικής τους υγείας και ιδιαιτέρως, ότι οι γυναίκες με ψωρίαση έχουν πιο ζημιωμένη σωματική υγεία από ότι οι άνδρες.

Το είδος της θεραπείας βρέθηκε να επηρεάζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ιδιαιτέρως, οι ασθενείς που ακολουθούσαν βιολογικές θεραπείες βρέθηκε να έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας (σωματικής και ψυχικής) αλλά και υψηλότερη ποιότητα ζωής έναντι των υπολοίπων ασθενών, όπως αυτά αποτυπώνονται στα DLQI, EQ-5D και SF-36. Όσον αφορά τα υπόλοιπα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα.

5.1.2. Σύγκριση με άλλες έρευνες

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα κάποιων προηγούμενων μελετών, ενώ έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι η κυριότερη μορφή ψωρίασης που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς είναι κατά πλάκας. Συνεπώς τα ευρήματα της παρούσας εργασίας είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Lambert et al. (2012), οι οποίοι παρατήρησαν ότι η συχνότερη μορφή ψωρίασης είναι η ψωρίαση κατά πλάκας.

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά της νόσου, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ψωρίαση είναι από 31 έως 50 ετών. Το συγκεκριμένο εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με τους Khoudri et al. (2013), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η ψωρίαση αφορά κυρίως νεαρότερους ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας τα 36 ± 14 έτη.

Επίσης, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο των ασθενών, καθώς οι περισσότεροι από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνδρες. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξαν οι Böhm et al. (2013), οι οποίοι ανέφεραν ότι το φύλο επηρεάζει την εμφάνιση της νόσου, καθώς παρατήρησαν ότι η ψωρίαση είναι περισσότερο συχνή σε άνδρες ασθενείς, οι οποίοι, μάλιστα, αντιμετωπίζουν και κοινωνικό στιγματισμό λόγω της νόσου. Παρόλα αυτά υποστήριξαν ότι η ψωρίαση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από το φύλο τους.

Ομοίως, οι He et al. (2013) παρατήρησαν επίσης διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψωρίαση. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι Mabuchi et al. (2012) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με ψωρίαση ως προς το φύλο και την ηλικία. Παρόλα αυτά, η παρούσα έρευνα καταλήγει σε συμπεράσματα ανάλογα με τους Khoudri et al. (2013) όσον αφορά την αύξηση της ηλικίας και την επιβάρυνση της ποιότητας ζωής από αυτή.

Ακόμη, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι η ψωρίαση δεν επηρεάζει καθόλου κάποιους από τους τομείς της καθημερινότητας,

όπως τη σχέση τους με τους φίλους τους και την εργασία τους. Ωστόσο, οι Tadros et al. (2011) παρατήρησαν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με ψωρίαση θεωρούν ότι η νόσος δεν επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών. Παρόλα αυτά υποστήριξαν ότι η νόσος επιδεινώνει την ποιότητα ζωής τόσο τους ασθενή όσο και των μελών της οικογένειας τους.

Όσον αφορά στην κληρονομικότητα της νόσου, η παρούσα μελέτη καταλήγει σε αποτελέσματα αντίστοιχα της μελέτης των Kowalewska et al. (2012). Ειδικότερα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι σημαντικός αριθμός ατόμων με ψωρίαση δεν αναφέρει κληρονομικότητα της νόσου.

Επίσης, τα αποτελέσματα της μελέτης είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Kowalewska et al. (2012) όσον αφορά στην κύρια εντόπιση της ψωρίασης, κυρίως στα άνω και κάτω άκρα.

Στην παρούσα έρευνα, προέκυψε ότι ο μέσος όρος του DLQI είναι $6,29 \pm 5,6$. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους Khoudri et al. (2013), Lin et al. (2011) και Ghajarzadeh et al. (2011) οι οποίοι υποστήριξαν ότι ο μέσος όρος του DLQI των ψωριασικών ασθενών είναι $12,7 \pm 5,9$, $9,16 \pm 6,3$ και $12,4 \pm 6,1$, αντίστοιχα.

Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι στο 37,89% των ερωτηθέντων, η επίδραση της ψωρίασης στην καθημερινή τους ζωή είναι από μέτρια μέχρι πολύ μεγάλη. Ωστόσο, οι Lin et al. (2011) κατέληξαν ότι το συγκεκριμένο ποσοστό ανέρχεται στο 67%.

Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν επίσης άγχος, εκτός της ψωρίασης. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των Kowalewska et al. (2012), οι οποίοι υποστήριξαν ότι τα άτομα με ψωρίαση είναι πιθανό να αναπτύξουν άγχος και ευέξαπτη συμπεριφορά, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι αντίστοιχα με τα ευρήματα των Tang et al. (2013), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ψωρίαση είναι πιθανό να παρουσιάζουν επίσης κατάθλιψη.

Τα ευρήματα της μελέτης για τους ασθενείς που εκδήλωσαν και ψωριασική αρθρίτιδα, τοποθετούν το ποσοστό αυτό στο 18,9%. Αυτό έρχεται σε αντιπαράθεση με τους Rosen et al. (2012) που βρήκαν το συγκεκριμένο ποσοστό στο 30%, αλλά

συγκλίνει περισσότερο προς τους Ghajarzadeh et al. (2011) που οριοθετούν το ποσοστό των αρθροπαθών ψωριασικών ασθενών στο 25 – 34%.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της νόσου, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η τωρινή θεραπεία της νόσου πραγματοποιείται με Infliximab, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τους Papp et al. (2013) οι οποίοι ανέφεραν το Etanercept ως πιο διαδεδομένη θεραπεία. Ωστόσο, ανέφεραν επίσης ότι το Etanercept είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό και συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Στην ίδια έρευνα, παρατηρήθηκε ότι το Etanercept προτείνεται για ασθενείς με ψωρίαση, οι οποίοι παρουσιάζουν συν-νοσηρότητα, όπως κατάθλιψη.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Ο βασικός περιορισμός της μελέτης έγκειται στο είδος των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων (τρία) που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων είναι ικανοποιητικός, ωστόσο δε χρησιμοποιήθηκαν ειδικοί δείκτες και ερωτηματολόγια για την ψωρίαση (όπως τα PASI, PSORIQoL, PLSI και PDI). Επιπλέον, το κόστος συλλογής των πρωτογενών δεδομένων είναι υψηλό, καθώς, επίσης και ο απαιτούμενος χρόνος συλλογής αυτών. Επίσης, τα δεδομένα σχετικά με τους ψωριασικούς ασθενείς συγκεντρώθηκαν από ένα, μόνο, νοσοκομείο (Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός»). Αυτό επηρεάζει εν μέρει το δείγμα που αποτελείται μόνο από ασθενείς από συγκεκριμένες περιοχές που επισκέφθηκαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

5.3. Εισηγήσεις

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις της ψωρίασης στις κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις των ασθενών, καθώς και στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Παρόλα αυτά, δε διερευνήθηκε ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με ψωρίαση, ο οποίος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και τους συνεπώς θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης μελλοντικής έρευνας. Ειδικότερα, προτείνεται η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο τα άτομα με ψωρίαση

μπορούν να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις, να ενσωματωθούν σε κοινωνικές ομάδες και να γίνουν αποδεκτά από το κοινωνικό σύνολο.

Επίσης, προτείνεται η ευρύτερη διερεύνηση των επιπτώσεων της ψωρίασης σε ψυχολογικό και ατομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με ψωρίαση, η οποία είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους, καθώς αναπτύσσονται παράγοντες όπως η κατάθλιψη. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να μελετηθεί η επίδραση της αντιμετώπισης των ψυχολογικών αυτών καταστάσεων στη θεραπεία της ψωρίασης.

Ακόμη, προτείνεται η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψωρίαση σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι βασικοί περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν στο είδος των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και στο χρόνο και το κόστος συλλογής των πρωτογενών στοιχείων μέσω των ερωτηματολογίων. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών, με επιπλέον δείκτες και ερωτηματολόγια, ειδικά για τη ψωρίαση, καθώς και σε διάφορα νοσοκομεία ανά τη χώρα. Επίσης, εκτός των ερωτηματολογίων ως ερευνητικών εργαλείων θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλες μέθοδοι συλλογής πρωτογενών δεδομένων, όπως οι συνεντεύξεις, καθώς επίσης και ο συνδυασμός των δύο αυτών ερευνητικών εργαλείων.

Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη, δεν εξετάστηκαν καθόλου οι οικονομικές επιπτώσεις της ψωρίασης, τόσο στους ασθενείς όσο και στον Τομέα Υγείας. Θα μπορούσε να διερευνηθεί το μέσο κόστος της ψωρίασης ανά ασθενή, ανά έτος καθώς και πόσο «επιβαρύνεται» οικονομικά η Δημόσια Υγεία και ατομικά ο κάθε ασθενής από την ψωρίαση.

Πρόσθετα, δεν έχει διερευνηθεί στην παρούσα έρευνα η συσχέτιση της σοβαρότητας της ψωρίασης και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Συνεπώς, προτείνεται η μελέτη της επίδρασης της σοβαρότητας της ψωρίασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τέλος, έχει επισημανθεί ότι στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν μόνο όσοι ασθενείς με ψωρίαση ακολουθούσαν ήδη κάποια θεραπεία για τη νόσο. Για το λόγο αυτό, θα μπορούσε να διερευνηθεί και η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση οι οποίοι

ωστόσο δεν ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή, ώστε να πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσες αναφορές

Avgerinou, G., Bassukas, I., Chaidemenos, G., et al. (2012). “Budget impact analysis of ustekinumab in the management of moderate to severe psoriasis in Greece”, *BMC Dermatology*, 12: 10

Baker, C., Mack, A., Cooper, A., et al (2013). “Treatment goals for moderate to severe psoriasis: An Australian consensus”, *Australasian Journal of Dermatology*, 54 (2): 148 – 154

Baker, H. (1966). “Epidemiological aspects of psoriasis and arthritis”, *The British Journal of Dermatology*, 78 (5): 249 – 261

Böhm, D., Stock Gissendanner, S., Bangemann, K., et al. (2013). “Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27 (2): 220 – 226

Bonifati, C., Elia, F., Francesconi, F. et al. (2012). “The diagnosis of early psoriatic arthritis in an outpatient dermatological centre for psoriasis”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26 (5): 627 – 633

Buzzi, A. (2011). “The History of Psoriasis”. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica*, 4: 1 - 3

Chernyshov, P.V. & Bilaite, M. (2010). “Comparative study of quality of life in patients with psoriasis from Lithuania and Ukraine”, *Likars'ka Sprava*, (7-8): 107 – 111

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC), 2003. *European Quality of Life Survey, 2003*. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities

Felce, D. & Perry, J. (1995). “Quality of life: Its definition and measurement”, *Research in Development Disabilities*, 16 (1): 51 – 74

Ghajarzadeh, M., Ghiasi, M. & Kheirikhah, S. (2012). “Associations between skin diseases and quality of life: A comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata”, *Acta Medica Iranica*, 50 (7): 511 – 515

- Ghajarzadeh, M., Kheirkhah, S., Ghiasi, M., et al. (2011). "Depression and quality of life in psoriasis and psoriatic arthritis patients", *Iranian Journal of Dermatology*, 14 (4): 123 – 128
- Gottlieb, A.B., Chao, C. & Dann, F. (2008). "Psoriasis comorbidities". *The Journal of Dermatological Treatment*, 19 (1): 5 – 21
- He, Z., Lu, C., Basra, M.K, et al. (2013). "Psychometric properties of the Chinese version of Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 851 Chinese patients with psoriasis", *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27 (1): 109 – 115
- Karaca, S., Fidan, F., Erkan, F., et al. (2013). "Might psoriasis be a risk factor for obstructive sleep apnea syndrome?", *Sleep and Breathing*, 17 (1): 275 – 280
- Khoudri, I., Lamchahab, F.Z., Ismaili, N., et al. (2013). "Measuring quality of life in patients with psoriasis using the Arabic version for Morocco of the Dermatology Life Quality Index", *International Journal of Dermatology*, Article in press, DOI: 10.1111/j.1365-4632.2011.05450.x
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*, London: Routledge
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., et al. (2008), "Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population", *Value in Health*, 11 (7): 1162 – 1169
- Kowalewska, B., Krajewska - Kułak, E., Wrońska, I., et al. (2010). "Self-assessment of quality of life in patients with dermatological disorders", *Dermatologia kliniczna*, 12 (2): 106 – 113
- Lambert, J., Dowlatshahi, E.A., de la Brassinne, M., et al. (2012). "A descriptive study of psoriasis characteristics, severity and impact among 3,269 patients: results of a Belgian cross sectional study (BELPSO)", *European Journal of Dermatology*, 22 (2): 231 – 237
- Langley, R., Krueger, G. & Griffiths, C. (2005). "Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life", *Annals of Rheumatic Diseases*, 64 (2): 18 – 23
- Lin, T.Y., See, L.C., Shen, Y.M., et al. (2011). "Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan", *Chang Gung Medical Journal*, 34 (2): 186 – 196
- Mabuchi, T., Yamaoka, H., Kojima, T., et al. (2012). "Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan", *Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 37 (3): 84 – 88

- Norlin, J.M., Steen Carlsson, K., Persson, U., et al. (2012). “Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients”, *The British Journal of Dermatology*, 166 (4): 797 – 802
- Palotai, T., Szepietowski, J.C., Pec, J., et al. (2010). “A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and eastern Europe”, *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 18 (3): 151 – 161
- Papp, K., Poulin, Y., Vieira, A., et al. (2013). “Disease characteristics in patients with and without psoriatic arthritis treated with etanercept”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, Article in press, DOI: 10.1111/jdv.12138
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D., (2005), “Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey”, *Quality of Life Research*, 14 (5): 1433 – 1438
- Rigopoulos, D., Gregoriou, S., Katrinaki, A., et al. (2010a). “Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate”, *European Journal of Dermatology*, 20 (2): 189 – 195
- Rigopoulos, D., Gregoriou, S., Lazaridou, E., et al. (2010b). “Treatment of nail psoriasis with adalimumab: an open label unblinded study”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24 (5): 530 – 534
- Rosen, C.F., Mussani, F., Chandran, V., et al. (2012). “Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone”, *Rheumatology*, 51 (3): 571 – 576
- Nijsten, T., Sampogna, F., Stern, R.S., et al. (2007). “The reduced Impact of Psoriasis Questionnaire has good psychometric properties in Italian patients”. *Dermatology*, 215 (4): 348 – 351
- Strober, B.E., Sobell, J.M., Duffin, K.C., et al. (2012). “Sleep quality and other patient-reported outcomes improve after patients with psoriasis with suboptimal response to other systemic therapies are switched to adalimumab: results from PROGRESS, an open-label Phase IIIB trial”, *The British Journal of Dermatology*, 167 (6): 1374 – 1381
- Suris, J., Michaud, P. & Viner, R., (2004). “The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues”, *Archives of Disease in Childhood*, 89 (10): 938 – 942
- Tadros, A., Vergou, T., Stratigos, A.J., et al. (2011). “Psoriasis: Is it the tip of the iceberg for the quality of life of patients and their families?”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25 (11): 1282 – 1287

- Tang, M.M., Chang, C.C., Chan, L.C., et al. (2013). “Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: A multicenter study”, *International Journal of Dermatology*, 52 (3): 314 – 322
- Theofanidis, D. (2007). “Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family”, *Health Science Journal*, 1 (2): 1 – 9
- Van Voorhees, A., Feldman, S., Koo, J., et al. (2009). *The Psoriasis and Psoriatic Arthritis Pocket Guide: Treatment Algorithms and Management Options* (3rd Ed.), Portland : National Psoriasis Foundation

Ελληνόγλωσσες αναφορές

- Ασημόπουλος, Χ. (2005). *Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας σωματικής ασθένειας στο παιδί και την οικογένεια*, Κέντρο Πληροφόρησης για την Ψυχική Υγεία του Παιδιού και του Εφήβου, www.childmentalhealth.gr
- Ιωαννίδης, Δ. (2007). Ψωρίαση. Στο Γραμματικοπούλου Ε. (Επιμ.), *Κοινωνία & Υγεία VI* (σελ. 123 – 132), Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών
- Καραμπίδου, Κ., Μπαλαμώτη Ε. & Αντωνίου, Χ. (2010). “Ψωρίαση: Βασικές έννοιες”, *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας*, 21 (4): 221 - 234
- Μηνασίδου, Ε. & Λεμονίδου, Χ. (2005), “Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών”, *Νοσημευτική*, 44 (2): 202 - 211
- Νάκου, Σ. (2001). “Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001*, 18 (3): 254 - 266
- Νικολάου, Ν. (2008). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση*, Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Κατσαμπάς, Α. (Επιμ.) (2001). *Μαθήματα Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη

Παράρτημα

Παρατίθενται οι άδειες χρήσης των ερευνητικών εργαλείων:

- από τη EuroQol Group, φορέα διαχείρισης του EQ-5D⁶.

EQ-5D registration

Dear Ms/Mr. George Mondrouleas,

Thank you for registering your research at the EuroQol Group Foundation's website.

As the study you registered involves low patient numbers (190) you may use the EQ-5D-5L instrument (Paper version) free of charge. Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:

- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Number of respondents ? 5000
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Greek (Greece) EQ-5D-5L version (word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website (www.euroqol.org).

Please note that currently we do not have value sets associated with the EQ-5D-5L system. Valuation studies to elicit values for the EQ-5D-5L are just beginning in a number of countries. In the meantime, the EuroQol Group has developed a "crosswalk" between the EQ-5D-3L value sets and the new EQ-5D-5L descriptive system, resulting in interim value sets for the new EQ-5D-5L descriptive system. Please find all information about the crosswalk from EQ-5D-5L data to the EQ-5D-3L value sets online at the EuroQol website (<http://www.euroqol.org/about-eq-5d/valuation-of-eq-5d/eq-5d-5l-value-sets.html>).

Kind regards,

Mandy Oemar
Communications Officer
T: [+31 88 4400190](tel:+31884400190)
E: omemar@euroqol.org
W: www.euroqol.org

- από το Τμήμα Δερματολογίας του Πανεπιστημίου του Cardiff, φορέα διαχείρισης του DLQI⁷.

DLQI, Cyprus, Psoriasis

Dear George,

I am writing this email on behalf of Professor Finlay. Thank you for your interest in the DLQI. We are happy to give you formal permission to use the DLQI in the Psoriasis Study as you have described. There will be no charge. It is a requirement that the copyright statement must always be reproduced at the end of every copy of the DLQI. You can find the validated translations of the DLQI, as well as further information, at www.dermatology.org.uk (click on Quality of Life).

Best Wishes,
Faraz

Dr Faraz Mahmood Ali MBBCh MRCP
Clinical Research Fellow in Dermatology

Department of Dermatology
School of Medicine, Cardiff University
3rd Floor Glamorgan House
Heath Park
Cardiff, Wales, UK
CF14 4XN

e: alifm@cf.ac.uk
t: [+44 \(0\)29 2074 5874](tel:+44012920745874)

⁶<http://www.euroqol.org/eq-5d-products/how-to-obtain-eq-5d.html>

⁷<http://www.dermatology.org.uk/downloads/DLQI%20FLOW%20CHART.pdf>

- από τη QualityMetric, φορέα διαχείρισης του SF-36⁸,

LICENSE AGREEMENT
ACKNOWLEDGEMENT BY EDUCATOR



Effective Date: 30 June 2013
License Number: QM019663
Licensee Name: George Mondrouleas
Licensee Address: 40, Paianias Str.
Athens, GR-19002
GR
Licensee College/University: Open University of Cyprus (OUC)
License Term: Beginning on 1 May 2013 and ending on 30 April 2014
Licensed Surveys: SF-36v1, Standard Recall, Greece (Greek)
Educator Name: Nikolaos Kontodimopoulos
Educator Address: PO Box, 2252, Latsia, Cyprus
Educator E-mail Address: nkontodi@otenet.gr
Approved Purpose: Graduation Thesis - Quality of life in patients with psoriasis

Educator affirms that Licensee is currently enrolled as a student at the above-referenced college/university, and that Licensee's use of the Licensed Surveys is in pursuit of Licensee's thesis, dissertation or required class project, and not on behalf of, or for the benefit of, the above-referenced college/university, a university hospital, hospital, or other organization or entity. Educator acknowledges that the Licensed Survey(s) are owned by QualityMetric ("QM") and licensed by Licensee under the License Agreement identified above, solely for use in connection with the Approved Purpose. Educator agrees and acknowledges that the Licensee is allowed to use and administer the Licensed Survey(s) only during the License Term and only for the Approved Purpose, and that neither Educator nor the Licensee may use the Licensed Survey(s) or the individual responses received by Licensee through administration of the Licensed Surveys, for any other purpose, including, but not limited to, any commercial purpose. Further, Educator agrees and acknowledges that the college/university identified above will not provide, directly or indirectly, monetary compensation to Licensee for the research to be performed by Licensee in connection with the Approved Purpose.

Educator is not a party to the License Agreement.

(This space intentionally left blank)

⁸<http://www.qualitymetric.com/DefaultPermissions/RequestInformation/tabid/233/Default.aspx>

IN WITNESS WHEREOF, the Educator has executed this Acknowledgement by Educator as of the date set forth below.

ACKNOWLEDGED, ACCEPTED, AND AGREED TO:

Educator - Nikolaos Kontodimopoulos

Signature: _____

Name: _____

Title: _____

Date: _____



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

License Number: QM019663

Effective Date: 30 June 2013

Licensee Name: George Mondrouleas, c/o Open University of Cyprus (OUC)

Licensee Address: 40, Paianias Str. Athens, GR-19002

Approved Purpose: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student License Program.

Study Name: Graduation Thesis - Quality of life in patients with psoriasis
Study Type: Student Thesis/Dissertation – BACKDATED LICENSE

Therapeutic Area: Skin, Hair, and Nails

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

Other Definitions: As indicated on Appendix B "License Agreement – Details", including without limitation: Licensed Surveys, Modes, Fees, Administrations, Services, Approved Languages and (if applicable) License Term

Licensee accepts and agrees to the terms of this Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) of OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("OptumInsight") as of the Effective Date.

Subject to the terms of this Agreement, including the OptumInsight Non-Commercial License Terms and Conditions attached as Appendix A: OptumInsight grants to Licensee, and Licensee accepts, a non-exclusive, non-transferable, non-assignable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the License Term, the Licensed Surveys in the authorized Modes and Approved Languages indicated on Appendix B and to administer the Licensed Surveys only up to the approved number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages and Modes and to use any related software provided by OptumInsight.

Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them above, or in Appendices A and B attached hereto. Appendices A and B attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

EXECUTED, as of the Effective Date, by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.
[OptumInsight]

George Mondrouleas
[Licensee]

Signature: _____

Signature: _____

Name: _____

Name: _____

Title: _____

Title: _____

Date: _____

Date: _____

APPENDIX A

OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Attached to and Incorporated into License No. QM019663

1. **No Commercial Use of Data** - Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys only in connection with the Approved Purpose set forth on Page 1 of this Agreement. Licensee agrees that it shall not use such data for any other purpose, or provide such data to any commercial or non-commercial entity (including without limitation any university or university hospital) for any commercial purpose.
2. **License Term and Termination** - This Agreement shall be effective until end of the License Term reflected in Appendix B, after which this Agreement and the licenses granted here under shall terminate. Notwithstanding the foregoing, OptumInsight may terminate this Agreement at any time upon in the event of a material breach by Licensee or its personnel of this Agreement that is not cured within thirty (30) days following notice to Licensee.
3. **Administration by Third Parties** - A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee, subject to such third party's execution of OptumInsight's Acknowledgement By Agent form, available by request. However, in all such cases, Licensee shall not be relieved of its obligations, and Licensee shall be responsible for any breach hereof by such student or third party.
4. **Trademark and Copyright Notices** - Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Licensed Surveys on all reproductions of the Licensed Surveys permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Licensed Surveys. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials (as defined in Section 7(a)).
5. **Records** - Licensee shall maintain accurate records, in all material respects, containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including as applicable, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, the number of administrations of the Licensed Surveys performed, and the use(s) made of the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys.
6. **Proprietary Rights** -
 - a. Licensee acknowledges that the Licensed Surveys, copyright in all publications purchased, Software, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), shall be and remain at all times the property of OptumInsight. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder in connection with the Approved Purpose. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations.
 - b. Licensee acknowledges and agrees that the Mode of survey administration reflected in Appendix B is the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys. By way of example, if the Mode reflected in Appendix B is "paper", the Licensed Survey(s) shall be used, distributed, and administered via paper only, and shall not be used, distributed, displayed, or administered via any electronic means.
 - c. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by OptumInsight, and OptumInsight retains ownership of any and all translations.
7. **Ownership of Survey Results Data** - Notwithstanding the foregoing, the parties agree that all results of Licensee's administration of the Licensed Survey(s) shall be the property of Licensee.
8. **Confidentiality; Injunctive Relief** - Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of OptumInsight and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized



an OptumInsight company

distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to OptumInsight. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that OptumInsight shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.

9. **Disclaimer of Warranty** – Licensee understands and acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. OptumInsight cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS PROVIDED HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUMINSIGHT MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, ARISING BY LAW OR OTHERWISE WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR THIS AGREEMENT, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY REPRESENTATIONS OR WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.

10. **Compliance with Law** – OptumInsight and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations.

11. **LIMITATION OF LIABILITY** – IN NO EVENT SHALL OPTUMINSIGHT BE LIABLE TO LICENSEE OR ANY THIRD PARTY FOR ANY SPECIAL, PUNITIVE, INCIDENTAL, INDIRECT, OR CONSEQUENTIAL DAMAGES, ARISING FROM ANY CLAIMED BREACH OF WARRANTY, BREACH OF CONTRACT, NEGLIGENCE, STRICT LIABILITY IN TORT, OR ANY OTHER LEGAL THEORY, EVEN IF OPTUMINSIGHT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. SUCH EXCLUDED DAMAGES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO, LOST PROFITS, COST OF ANY SUBSTITUTE GOODS OR SERVICES, LOST BUSINESS INFORMATION AND DATA, AND BUSINESS INTERRUPTION.

12. **Additional Terms for Use of OptumInsight Software** – The following additional terms apply to any software provided by OptumInsight to Licensee in connection with this Agreement (“Software”). Licensee may install and use one copy of the Software on a single computer, and except for making one back-up copy of the Software, may not otherwise copy the Software. The Software may not be shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of OptumInsight. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.

13. **Form Review** – If Licensee will administer the Licensed Surveys on an electronic device Licensee acknowledges that this provision shall be applicable to Licensee’s use of the Licensed Surveys. Licensee is required to submit screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to OptumInsight. OptumInsight shall perform an initial form review to determine whether the Licensed Surveys have been appropriately migrated to electronic format (the “Initial Review”). OptumInsight will complete its Initial Review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from OptumInsight’s receipt of screen shots or website link from Licensee. Upon OptumInsight’s completion of the Initial Review, OptumInsight will provide Licensee with a detailed list of revisions that will need to be made before OptumInsight can approve the electronic format. Licensee is required to submit subsequent screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language incorporating any changes required by OptumInsight until OptumInsight provides its final approval of the electronic format. The parties acknowledge and agree that multiple rounds of review and revisions may be necessary prior to OptumInsight being able to provide final approve of the electronic format. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Licensee does not obtain any rights in the Licensed Surveys not otherwise granted in this Agreement due to the administration and/or use of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits OptumInsight from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to effects from use of electronic

format compared to a static Mode of administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

14. Miscellaneous –

a. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

b. Notices, copies of notices or other communications shall be sent to a party at the address set forth on the first page of this Agreement. All notices shall be effective upon delivery of the notice at such address.

c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure to delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.

d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions of this Agreement shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, and shall be enforceable, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.

e. In the event a Licensed Survey or associated OptumInsight intellectual property is exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, both parties agree that Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions. Licensee shall indemnify, defend and hold harmless OptumInsight (including payment of all reasonable costs, fees, settlements and damages) with respect to any suits or proceedings brought against OptumInsight arising from Licensee's export of a Licensed Survey.

f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.

g. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be deemed an original and all of which shall be deemed the same agreement

Very Important - Please Read

NO formatting or editing changes to the survey

In order to obtain licensing from Licensor no changes can be made to the survey forms. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, **no language or formatting changes** allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. **You should administer the survey in the exact format you will receive it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information. If you do wish to add a header please ask for a sample copy of the survey to edit and then submit this to your Account Representative for review prior to signing this License Agreement.** Once the licensing process is completed, you will receive a clean set of Survey Forms in a word and .pdf. file. These are the forms you will administer. **Please do not use any forms you may already have access to as the ones we send you are the most current versions.**

* * *

APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Open University of Cyprus (OUC)
 George Mondrouleas
 40, Paianias Str.
 GR-19002 Athens
 Greece

License Number: QM019663
 Amendment to: N/A
 License Term: 05/01/13 to 04/30/14
 Master License Term: N/A

Approved Purpose
 Graduation Thesis - Quality of life in patients with
 psoriasis

Study Name: BACKDATED LICENSE
 Protocol:
 Govt. ID: UNFUNDED STUDENT
 Study Type: Student Thesis/Dissertation
 Clients Reference:

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity	Fees
	**BACKDATED LICENSE ISSUED.			
	**PERMISSION GRANTED FOR THIS STUDY ONLY.			
	**SEE SPECIAL CONDITIONS ON LAST PAGE.			
PROJ01	License Fee	Paper	1	
ES0190	SF-36v1, Standard Recall	Paper	1	

Approved Languages:

Greece (Greek)				
ADM012	Patients Enrolled		190	
ADMINS	Administrations (190 @ 1)		190	
SS040	Scoring Software v4		1	
SS046	SS v4 Key: SF-36v1 Scoring Key		190	
SS997	Missing Item Recovery		190	

**QUALIFIED UNDER OGSR UNFUNDED STUDENT
 LICENSE PROGRAM.
 ALL FEES WAIVED.
 **PLEASE SIGN AND RETURN LICENSE

AGREEMENT BEFORE 30 JULY 2013 TO
MAINTAIN FREE OFFER.

TOTAL FEES: 0.00 USD

Payment Terms: Due on Receipt

BACKDATED LICENSE - ADDITIONAL CONDITIONS TO LICENSE SURVEY:

To move forward in using your SF-36v1 data for this project, you must agree to the following conditions to obtain licensure and score your data using the SF-36v1[®] algorithm:

1. You are only using this data for your student thesis/dissertation.
2. You understand that there is the possibility that you may not reliably compare your results to any other QualityMetric SF-36v1[®] standard data or normative data due to the modifications made.
3. Any documentation and/or publications must indicate the following:
 - a) That modifications were made to the questionnaire.
 - b) That these modifications were not made with the consent or approval of OptumInsight Life Sciences (QualityMetric).
 - c) Due to these modifications, scores are not necessarily reliable or valid.
4. You agree not to use this form in any future studies, or distribute it to anyone else.