

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία , σε ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς που υποβάλλονται σε συμπληρωματική θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο (I-131) .

Αλεφαντινού Μαρίνα

Πυρηνικός ιατρός

- Επιβλέποντες:
1. Ι. Τσιλιγιάννη Επίκουρη καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 2. Κ. Βλασιάδης, Δρ. Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης
 3. Ν. Τσακουντάκης, Δρ. Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2020



© 2020

Αλεφαντινού Μαρίνα

ALL RIGHTS RESERVED

Ευχαριστίες

Φτάνοντας στο τέλος των μεταπτυχιακών μου σπουδών θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη θεραπευτική μονάδα της Πυρηνικής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, που με προθυμία δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Ευχαριστώ θερμά τη διευθύντρια του τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής του Π. Γ. Ν. Η. Κουκουράκη Σοφία για την ενθάρρυνσή της στην πραγματοποίηση του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος, αλλά και για τη συναίνεσή της στη διεξαγωγή της μελέτης. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διευθύντρια του τμήματος της Πυρηνικής Ιατρικής του Βενιζελείου Νοσοκομείου Προφαντή Μαρία για την υπομονή και τις συμβουλές της κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης.

Επίσης οφείλω να ευχαριστήσω τους φίλους νοσηλευτές του τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής για την πολύτιμη βοήθειά τους και ιδιαίτερος την Κωνσταντίνα Ζαρογιάννη, το Νίκο Στρατάκη και τη Βαγγελιώ Μαρκουτσάκη.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους επιβλέποντες της εργασίας μου την κα Τσιλιγιάννη Ιωάννα για τις πολύτιμες συμβουλές της και ιδιαίτερος τον κ.Βλασιάδη Κωνσταντίνο για την καθοδήγηση στην ολοκλήρωση της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Γιαχνάκη Μανώλη για τη βοήθειά του στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος χρωστάω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, στον παππού Γιώργο και στη γιαγιά Ανδρομάχη, στο σύζυγό μου Δημήτρη και στα παιδιά μου για την υπομονή και την υποστήριξη τους σε αυτή την προσπάθεια.

Αφιερωμένη στη μνήμη των γονιών μου

Γεωργίου και Αγάπης

στον άνδρα μου Δημήτρη

και

στα παιδιά μου

Ανδρομάχη και Γεωργία.

1 Περιεχόμενα

<i>Ευχαριστίες</i>	3
1 Περιεχόμενα	5
2 Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασία	7
3 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	13
4.1 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ	13
4.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία	13
4.1.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	13
4.1.3 Ιστολογική κατάταξη	15
4.1.4 Σταδιοποίηση κατά TNM	15
4.1.5 Διαγνωστική προσέγγιση.....	15
4.1.6 Θεραπευτικές επιλογές.....	16
4.1.7 Ραδιοϊσοτοπική θεραπεία με I-131	17
4.1.8 Ενδείξεις χορήγησης I-131	18
4.1.9 Αντενδείξεις.....	19
4.1.10 Προετοιμασία ασθενούς.....	19
4.1.11 Διαδικασία χορήγησης Ιωδίου-παρενέργειες-μέτρα ακτινοπροστασίας.....	20
5 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	21
5.1 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του θυρεοειδούς.....	21
5.2 Η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης	23
5.3 Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος.....	24
5.4 Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης.....	26
6 Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	26
6.1 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.....	28
6.2 Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας.....	28

6.3	Ποιότητα Ζωής η σχετιζόμενη με την υγεία και Ca θυρεοειδούς. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	29
7	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	32
8	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	33
8.1	Το Δείγμα	33
8.2	Διαδικασία συλλογής στοιχείων	33
8.3	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	34
8.4	Κλίμακα μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI).....	36
8.5	Ερωτηματολόγιο SF-36.....	37
8.6	Έντυπο καταγραφής δημογραφικών	40
8.7	Έντυπο καταγραφής ιατρικών δεδομένων	40
8.8	Στατιστική Ανάλυση	40
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	42
9.1	Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	42
9.2	Ερωτηματολόγιο A: PTGI.....	43
9.3	Ερωτηματολόγιο B: SF-36.....	44
9.4	Συσχετίσεις μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων PTGI και SF-36.....	47
10	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	47
10.1	Ευρήματα σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη.....	47
10.2	Ευρήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία.....	50
10.3	Ευρήματα για τη σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία	52
10.4	Περιορισμοί της μελέτης.....	52
11	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	54
12	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α-ΠΙΝΑΚΕΣ.....	57
13	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β -ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	77
14	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93

2 Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία , σε ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς που υποβάλλονται σε συμπληρωματική θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο (I-131) .

Της: Αλεφαντινού Μαρίνας

Υπό τη επίβλεψη των: : 1. Ι. Τσιλιγιάννη Επίκουρη καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
2. Κ. Βλασιάδη Δρ.Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
3. Ν. Τσακουντάκης Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Σκοπός : Η έρευνα αυτή μελετά την παρουσία μετατραυματικής ανάπτυξης και την ποιότητα ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία, των ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς που πρόκειται να λάβουν θεραπεία με I-131, καθώς και τη μεταξύ τους σχέση. Πιο συγκεκριμένα αποσκοπεί στην καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης και τη συσχέτισή της με τους δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη δημιουργία της. Επιπλέον καταγράφει την ποιότητα ζωής καθώς και τη συσχέτισή της με τα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία των ασθενών και τέλος μελετά τη συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και μετατραυματικής ανάπτυξης.

Υλικό-μέθοδος: Για την πραγματοποίηση της έρευνας σχεδιάστηκε μια συγχρονική μελέτη η οποία έλαβε χώρα στη θεραπευτική μονάδα της Πυρηνικής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος του 2020 έως τον Ιούνιο του 2020. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στα θωρακισμένα δωμάτια της Πυρηνικής Ιατρικής , είχαν υποβληθεί σε θυρεοειδεκτομή και είχαν ιστολογική διάγνωση καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου θυρεοειδούς. Στους ασθενείς χορηγήθηκαν δύο αυτό - συμπληρούμενα ερωτηματολόγια ένα για την μετατραυματική ανάπτυξη (PTGI) και το

SF-36 για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία λίγο πριν τη λήψη του I-131.

Αποτελέσματα : Από τη μελέτη προέκυψε από ότι από το σύνολο των 60 ασθενών οι 21 ασθενείς (35,0%) εμφάνισαν χαμηλή μετατραυματική ανάπτυξη ενώ οι 39 (65%) εμφάνισαν υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη. Επίσης η μετατραυματική ανάπτυξη είναι ανεξάρτητη των δημογραφικών παραγόντων όπως το φύλο ,την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και των ιατρικών παραγόντων όπως η τιμή της Tg,η θεραπευτική δόση κ.λπ. Για την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου το οποίο έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την κοινωνική λειτουργικότητα και τη ψυχική υγεία. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι από τα δημογραφικά στοιχεία η ηλικία φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση όχι με τις 8 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36, αλλά με την σύγκριση της κατάστασης της υγείας των ασθενών 1 χρόνο πριν. Με βάση τα λοιπά ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης , βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου που μεσολάβησε από τη θυρεοειδεκτομή και του συναισθηματικού ρόλου, της τιμής της θυρεοσφαιρίνης με την ψυχική υγεία καθώς και του σταδίου της νόσου με τη γενική υγεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι λοιπές μεταβλητές που σχετίζονται με νοσήματα όπως και ο δείκτης μάζας σώματος που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, είναι ανεξάρτητες των 8 υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36. Επιπλέον βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Λέξεις κλειδιά : Καρκίνος θυρεοειδούς , Ραδιοϊσοτοπική θεραπεία I-131 , Μετατραυματική ανάπτυξη , Ποιότητα ζωής η σχετιζόμενη με την υγεία,

Abstract

Title: Assessment of posttraumatic growth and Health Related Quality of Life in patients with well differentiated thyroid cancer subjected to Radioiodine therapy.

By: Alefantinou Marina

Supervisors: 1. I. Tsiligianni Assistant Professor Sector of Social Medicine,
Department of Medicine, University of Crete.

2. K.Vlasiadis PhD Medicine University of Crete

3. N. Tsakountakis PhD Medicine of Crete

Aim: The aim of the study is to identify the determinants of the posttraumatic growth and the Health-Related Quality of Life (HRQoL) in patients with well differentiated thyroid cancer subjected to radioiodine therapy and their interrelation. More specifically this research records the prevalence of posttraumatic growth, assess the Health -Related Quality of Life and identifies their association with patient's clinical and demographic factors.

Patients-Methods: In order to achieve these targets a cross sectional study took place in Therapy Unit of Nuclear Medicine Department in University Hospital of Heraklion Crete, from February 2020 to June 2020. The sample of the study was consisted of 60 patients who have undergone thyroidectomy and with histological diagnosis of well differentiated thyroid cancer. Two scales were administrated to the patients Post- traumatic Growth Inventory (PTGI) and SF-36 Questionnaire, on the first day of their hospitalization before I-131 treatment.

Results: The findings of this study suggested that 21 patients (35%) experienced low levels and 39 patients (65%) experienced high levels of post-traumatic growth. Moreover, post-traumatic growth level was unrelated to both demographics (age, sex, family status, education) and clinical factors (TNM stage, RAI dose, RAI preparation, comorbidities, BMI, Time from Surgery) were found to be unrelated. HRQoL and especially two scales Social Functioning and Mental Health were found to be related with sex. All the others demographics and clinical factors were unrelated with

HRQoL. It has to be noticed that from the demographic's factors, the age seems to influence positive Present Health Status compare to HS one year ago. Moreover, Role Emotional seems to be influenced by Time from Surgery, Mental Health was statistically related with Tg level and General Health with TNM stage. Mental Health and Social Functioning seems to be influenced by Post-Traumatic Growth.

Key words: Thyroid cancer, Radioiodine therapy I-131, Post-traumatic growth, Health Related Quality of life.

3 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ραγδαία αύξηση των περιστατικών διαφόρων μορφών καρκίνου σε όλο τον κόσμο . Ο αριθμός των καρκινοπαθών που νόσησαν παγκοσμίως μεταξύ 2004-2008 υπολογίστηκε σε 28,8 εκατομμύρια ,με 12,7 εκατομμύρια νέα περιστατικά κάθε χρόνο(επίπτωση ανδρών /γυναικών = 0.9) από τους οποίους 900.000 είχαν καρκίνο του θυρεοειδούς (1,2) . Η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου του θυρεοειδούς είναι ο καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος ,που περιλαμβάνει τα θηλώδη και θυλακιώδη καρκινώματα. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι διατηρούν τη λειτουργία πρόσληψης και μεταβολισμού του ιωδίου του φυσιολογικού κυττάρου. Σε αυτή την ιδιότητα στηρίζεται η αποτελεσματικότητα της ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας με I-131.

Αν και ο καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος του θυρεοειδούς έχει γενικά καλή πρόγνωση και χαρακτηρίζεται ως «καλός καρκίνος», παρόλα αυτά συνεχίζει να είναι ένα ισχυρό τραυματικό γεγονός ικανό να αλλάξει την πραγματικότητα του ανθρώπου. Η όλη διαδικασία από τη στιγμή της διάγνωσης , επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ψυχοσύνθεση του ασθενούς, προκαλώντας του έντονο στρες ,σύγχυση και δυσκολία στην προσαρμογή της νέας πραγματικότητας που καθιστά η ασθένεια. Η βαρύτητα των αλλαγών αυτών ποικίλει, ανάλογα το χαρακτήρα και το βαθμό που βιώνει την όλη κατάσταση ο ασθενής, αλλά και πώς οι επαγγελματίες υγείας διευκολύνουν τον ασθενή στην κατανόηση της θεραπευτικής διαδικασίας (3) .

Ένα ισχυρό τραυματικό γεγονός όπως ο καρκίνος, διαφοροποιεί την ήδη υπάρχουσα πραγματικότητα του ανθρώπου, ορίζοντας εκ νέου μια άλλη πραγματικότητα. Αυτή η σημαντική αλλαγή προκαλεί έντονη συναισθηματική φόρτιση επηρεάζοντας όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου, επιφέροντας δυσμενείς επιπτώσεις τόσο ψυχικές όσο κοινωνικές και οικονομικές. Οι ανθρωπιστικές επιστήμες τα προηγούμενα χρόνια εστίαζαν κυρίως στις αρνητικές συνέπειες της τραυματικής εμπειρίας και επιδίωκαν να τις θεραπεύσουν. Οι σύγχρονες ανθρωπιστικές επιστήμες όμως επικεντρώνονται κυρίως στη μελέτη της θετικής πλευράς των επιπτώσεων μιας τραυματικής εμπειρίας και πώς αυτές μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν μέσα από μελέτες ότι μετά από μια τραυματική εμπειρία παρατηρούνται σε πληθώρα ατόμων περισσότερες θετικές παρά αρνητικές αλλαγές (4–8). Το σύνολο των θετικών αυτών αλλαγών μετά από μια τραυματική εμπειρία ονομάστηκε «μετατραυματική ανάπτυξη» από τους ερευνητές Tedeschi and Calhoun (9). Η εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης θεωρείται ότι σχετίζεται με την καλύτερη προσαρμογή του ανθρώπου στις νέες συνθήκες, τη μείωση της ψυχικής δυσφορίας και τη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης(10). Επιπλέον στην έρευνα των Carver & Antoni(11) φαίνεται ότι επηρεάζει και την ποιότητα ζωής των ασθενών προς το καλύτερο. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα ζωής είναι μια δυναμική έννοια που διαφοροποιείται συνεχώς από τα βιώματα του ανθρώπου που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή του(12). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου και τον αντίκτυπο της θεραπευτικής διαδικασίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τη σχετιζόμενη με την υγεία τους.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής των ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, τη μεταξύ τους συσχέτιση, αλλά και τους παράγοντες που ενδεχομένως τις επηρεάζουν. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη θεραπευτική μονάδα της Πυρηνικής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, πριν τη χορήγηση της ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας με I-131.

4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

4.1 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

4.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο αριθμός κρουσμάτων από καρκίνο του θυρεοειδούς αυξάνεται συνεχώς παγκοσμίως ,έτσι ώστε να αποτελέσει την τέταρτη πιο συχνή αιτία καρκίνου στις Η.Π.Α. μέχρι το 2030 (13).

Στην Ελλάδα ο δείκτης θνησιμότητας την περίοδο 2008 -2012 παρουσίασε μείωση κατά 11,04 % στους άνδρες, σε σχέση με την περίοδο 1998-2002, ενώ αντίθετα στις γυναίκες παρουσίασε αύξηση κατά 13,3% το αντίστοιχο χρονικό διάστημα (14).

Οι πιο συχνές μορφές καρκίνου του θυρεοειδούς είναι τα καλώς διαφοροποιημένα ,ιδίως το θηλώδες (PTC) σε ασθενείς άνω των 45 ετών, ενώ παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης του PTC <1cm σε όλες τις ηλικιακές ομάδες τις τελευταίες δεκαετίες που φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση των γονιδιακών μεταλλάξεων(15).Όμως η αύξηση της επίπτωσης του καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς ιδίως του (PTC) οφείλεται κατά ένα μέρος στην αλλαγή της κλινικής πρακτικής που ακολουθείται από τους ενδοκρινολόγους, με αύξηση της χρήσης της υπερηχοτομογραφίας και της παρακέντησης δια λεπτής βελόνης (FNA),με αποτέλεσμα τον εντοπισμό μικροεστιών σε αρχικό στάδιο . Επίσης υποστηρίζεται εν μέρει η άποψη ,ότι η σχετικά συχνή αξιοποίηση της αξονικής τομογραφίας για διαγνωστικούς σκοπούς με ιωδιούχο σκιαγραφικό, έχει ως αποτέλεσμα την κατακράτηση του ιωδίου από τον αδένα και της μεγαλύτερης ακτινοβολήσής του από το φωτόνια προκαλώντας μεταλλάξεις στο DNA των θυρεοειδικών κυττάρων(16).

4.1.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του καρκίνου του θυρεοειδούς. Ανάμεσα σε αυτούς είναι το οικογενειακό ιστορικό ,η εθνικότητα και το

γυναικείο φύλο που όπως έχει διαπιστωθεί παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του συγκεκριμένου καρκίνου (17). Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι ο πρώτος συμπαγής όγκος για τον οποίο παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας του ανάμεσα στους ανθρώπους που επιβίωσαν από έκρηξη ατομικής βόμβας (18). Μελέτες που έγιναν σε άτομα που επιβίωσαν μετά από στιγμιαία έκθεση σε μεγάλη δόση ακτινοβολίας όπως στην περίπτωση της Χιροσίμας, έδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς σε παιδιά ηλικίας < 10 χρόνων είναι μεγαλύτερος, ενώ είναι μικρότερος όταν η έκθεση στην ακτινοβολία γίνει σε ηλικία > 20 ετών (19). Στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά για την καθυστερημένη δράση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας στο θυρεοειδή σε παιδιά, που ο χώρος διαμονή τους ήταν σε περιοχές κοντά στο Τσερνόμπιλ, και ανέπτυξαν καρκίνο του θυρεοειδούς μετά από κάποια χρόνια. Οι Furukawa et al (20) απέδειξαν την επικίνδυνη δράση της ακτινοβολίας στο θυρεοειδή ακόμη και 50 χρόνια μετά την έκθεση σε αυτήν.

Αρκετές γονιδιακές μεταλλάξεις έχουν επιβεβαιωθεί με το πέρασμα των χρόνων, που σχετίζονται με τη δράση της Tyrosine kinase, συμπεριλαμβανομένου των ογκογονιδίων RET, RAF ή RAS, και BRAF που οδηγούν στη συνεχή λειτουργία του μονοπατιού των κινασών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων και την ανάπτυξη κυτταρικής νεοπλασίας (21).

Οι διατροφικές συνήθειες όπως για παράδειγμα η έλλειψη ιωδίου σε ιωδοπενικές περιοχές, βρέθηκε ότι οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς, κυρίως στα θυλακιώδη και αναπλαστικά σε σχέση με τα θηλώδη. Παρατηρήθηκε όμως ότι η προφυλακτική χορήγηση ιωδίου προκάλεσε ανατροπή των ανωτέρω αποτελεσμάτων (22). Η παχυσαρκία έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση καρκίνου του θυρεοειδούς κυρίως για τα θηλώδη, θυλακιώδη και αναπλαστικά καρκινώματα (23). Ωστόσο η έλλειψη σωματικής άσκησης και ο διαβήτης τύπου II που συνδέονται άμεσα με την παχυσαρκία, δεν φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του θυρεοειδούς. Το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης του θυρεοειδικού καρκίνου (24).

4.1.3 Ιστολογική κατάταξη

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αποτελείται από τέσσερις βασικούς ιστολογικούς τύπους: 1) Το θηλώδες που είναι το πιο συχνό 2) Ακολουθεί σε συχνότητα το θυλακιώδες 3) Κατόπιν το μυελοειδές 4) Τέλος ακολουθεί το αναπλαστικό. Η προέλευση των νεοπλασματικών κυττάρων είναι το επιθήλιο των θυλακίων, από όπου αναπτύσσονται τα θηλώδη, τα θυλακιώδη και τα αναπλαστικά καρκινώματα, τα κύτταρα –C, από όπου προέρχονται το μυελοειδές και μερικά αναπλαστικά καθώς και από μη επιθηλιακά στοιχεία όπως τα λεμφώματα.

Τα θηλώδη και τα θυλακιώδη καρκινώματα ανήκουν στα καλώς διαφοροποιημένα, τα οποία συνεχίζουν να διατηρούν στοιχεία της φυσιολογικής λειτουργίας του θυρεοειδούς, όπως η έκφραση του συμμεταφορέα νατρίου-ιωδίου (NIS) και έχουν γενικά καλή πρόγνωση, ενώ το μυελοειδές και το αναπλαστικό ανήκουν στα κακώς διαφοροποιημένα με κακή πρόγνωση (21).

4.1.4 Σταδιοποίηση κατά TNM

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του θυρεοειδούς και συγκεκριμένα των καλώς διαφοροποιημένα, γίνεται με βάση την ηλικία των 45 ετών με το σύστημα ταξινόμησης Tumor, Node, Metastasis (TNM) (25).

Το T αντιπροσωπεύει το μέγεθος του όγκου, το N αντιπροσωπεύει τους λεμφαδένες και το M τις μεταστάσεις. Η σταδιοποίηση είναι σημαντική για τον καθορισμό και τη χορήγηση της θεραπευτικής δόσης του ραδιενεργού ^{131}I .

4.1.5 Διαγνωστική προσέγγιση

Τα βήματα που ακολουθεί ο θεράπων ιατρός για να προσεγγίσει διαγνωστικά τον θυρεοειδή αδένα είναι τα εξής:

1. Λεπτομερές ιστορικό.
2. Κλινική εξέταση.
3. Μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών.
4. Απεικονιστικός έλεγχος. Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς (Ανεύρεση όζων , περιγραφή των χαρακτηριστικών τους και του λοιπού παρεγχύματος , διερεύνηση καταδυσόμενης βρογχοκήλης του θυρεοειδούς καθώς και αξιολόγηση των τραχηλικών λεμφαδένων), αξονική τομογραφία (σε περιπτώσεις καταδυσόμενης βρογχοκήλης στο μεσοθωράκιο ή σε εξωθυρεοειδική επέκταση του καρκίνου με διήθηση των γειτονικών ανατομικών στοιχείων).
5. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς. (Επιβεβαίωση της λειτουργίας του όζου αν είναι θερμός ,ψυχρός ή χλιαρός καθώς επίσης και για τη γενικότερη λειτουργία του αδένος αν υπάρχει Graves ή Hashimoto).
6. FNA και κυτταρολογική εξέταση του υλικού. Οι μη λειτουργικοί όζοι διερευνώνται περαιτέρω με βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA).

Συνήθως όζοι >1cm είναι αυτοί που διερευνώνται περαιτέρω ,εκτός αν από το ιστορικό του ασθενούς προκύπτουν στοιχεία που προδιαθέτουν για κακοήθεια(21) .

4.1.6 Θεραπευτικές επιλογές

Η θεραπεία του καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς περιλαμβάνει τις εξής επιλογές:

1. Αρχικά ο ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, συνήθως ολική θυρεοειδεκτομή, σε κάθε ιστολογικό τύπο. Οι τυχόν επιπλοκές σπανιότερα σήμερα λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων, είναι ο υποπαραθυρεοειδισμός , η υπασβεστιαμία , ο τραυματισμός του λαρυγγικού νεύρου ενώ η παρουσία αιματώματος σε ποσοστό 1% είναι το πιο σύνηθες μετά το χειρουργείο.
2. Ακολουθεί τις περισσότερες φορές η ραδιοϊσοτοπική θεραπεία με I-131 , προκειμένου να καταστραφεί ο υπολειμματικός θυρεοειδικός ιστός ή τυχόν

μεταστάσεις (26). Αφορά τον καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς. Η δόση του I-131 εξαρτάται από το στάδιο των ασθενών.

3. Τέλος στον ασθενή χορηγείται θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη. Η παρακολούθηση τυχόν υποτροπής περιλαμβάνει την μέτρηση Tg (κάθε 3 με 6 μήνες για δύο χρόνια μετά τη θυρεοειδεκτομή και στη συνέχεια κάθε 6 με 12 μήνες), αντί -Tg αντισωμάτων και υπερηχογραφικός έλεγχος (21).

4.1.7 Ραδιοϊσοτοπική θεραπεία με I-131

Το I-131 είναι το πρώτο ρ/φ που χρησιμοποιήθηκε το 1940 για τη θεραπευτική αντιμετώπιση θυρεοειδικών νοσημάτων και κυρίως για τον καρκίνο του θυρεοειδούς (27). Διατίθεται ως ιωδιούχο νάτριο σε κάψουλες, σε πόσιμο διάλυμα και σε ενέσιμη μορφή. Η πιο ασφαλής χορήγηση για τον ασθενή και για τον υπεύθυνο της χορήγησης είναι δια του στόματος σε μορφή κάψουλας. Η θεραπευτική δράση του I-131 προέρχεται από την εκπομπή β-ακτινοβολίας, ενώ ταυτόχρονα εκπέμπει και γ-ακτινοβολία που χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς σκοπούς (π.χ. σπινθηρογράφημα). «Η δέσμευση του I-131 από το θυρεοειδή και η ενεργός ενσωμάτωσή του στη σύνθεση των ορμονών του αδένος δίνει τη δυνατότητα μιας «εσωτερικής επιλεκτικής ακτινοθεραπείας» των θυρεοειδικών κυττάρων με την έννοια μιας «μεταβολικής θεραπείας με ραδιοϊσότοπα», ενώ από την άλλη πλευρά επιβαρύνει με χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας τα λοιπά όργανα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το αποτέλεσμα της θεραπείας με I-131 γίνεται εμφανές μετά από την πάροδο εβδομάδων, μηνών ή ακόμη και ετών. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης των νόσων του θυρεοειδούς οδηγεί σε μακροπρόθεσμη μείωση της λειτουργίας και του όγκου του αδένος.» (28).

Ο φυσικός χρόνος ημιζωής του I-131 είναι 8 ημέρες ενώ ο βιολογικός χρόνος του I-131 στο θυρεοειδή είναι 120 ημέρες. Συνυπολογίζοντας τους παραπάνω χρόνους και την αποβολή του ιωδίου από τον οργανισμό με τα ούρα κυρίως, ο ενεργός χρόνος ημιζωής του I-131 είναι 7,6 ημέρες (29). Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανωτέρω ιδιότητες του I-131 υπολογίζεται το χρονικό διάστημα που ο ασθενής θα τηρήσει τα μέτρα ακτινοπροστασίας μετά τη λήψη του ραδιενεργού ιωδίου.

4.1.8 Ενδείξεις χορήγησης I-131

Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος περιορίζεται στο θυρεοειδή αδένα, η αρχική θεραπευτική προσέγγιση είναι το χειρουργείο. Η ραδιοϊσοτοπική θεραπεία είναι καθιερωμένη ως συμπληρωματική θεραπεία μετά από θυρεοειδεκτομή, στους ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς. Η χορηγούμενη δόση του I-131 για αυτή την κατηγορία ασθενών είναι μεταξύ 30- 100mCi (30).Εξάιρεση αποτελούν περιπτώσεις με μία μόνο εστία θηλώδους καρκινώματος ,διαμέτρου ≤ 1 cm,χωρίς ιστορικό έκθεσης σε εξωτερική ακτινοβολή ή κληρονομικό ιστορικό, με καλά ιστολογικά χαρακτηριστικά δηλαδή να μην υπάρχουν υψηλά ή κυλινδρικά κύτταρα , απουσία διάχυτης σκλήρυνσης ορισμένων υποτύπων ,χωρίς διήθηση της θυρεοειδικής κάψας ή αγγείου και χωρίς ενδείξεις μεταστάσεων .Επίσης ο γονιδιακός έλεγχος είναι σημαντικός στην ανάδειξη γενετικών μεταλλάξεων συνδεδεμένων με τον καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς και θα πρέπει να συνυπολογίζεται .

Όταν ο καρκίνος είναι σε προχωρημένο στάδιο και έχει δώσει μεταστάσεις ,τότε το I-131 χορηγείται ως απαραίτητη θεραπεία μετά από το χειρουργείο ή ως παρηγορητική θεραπεία σε προχωρημένη νόσο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η ενεργότητα του I-131 είναι μεταξύ 100-200mCi (30).Επίσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα του όγκου να συνδέεται με το I-131 δηλαδή να μην έχει αποδιαφοροποιηθεί και χάσει την ικανότητα πρόσληψης του ιωδίου και επομένως να μην ανταποκριθεί στη θεραπεία. Επίσης ασθενείς με μεταστάσεις στον εγκέφαλο θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή πρώτον γιατί είναι κακός προγνωστικός δείκτης και δεύτερον γιατί άλλη θεραπεία από το I-131 θεωρείται καταλληλότερη για την αντιμετώπισή του ,όπως η εξωτερική ακτινοβολή (31,32).

4.1.9 Αντενδείξεις

Απόλυτες αντενδείξεις

Θεωρούνται η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός.

Σχετικές αντενδείξεις

Λαμβάνεται υπόψη το ιστορικό μεταστάσεων του ασθενούς, η συνύπαρξη μεταστάσεων και παρεγχυματικής νόσου στους πνεύμονες που δυσκολεύει τη χορήγηση I-131 ,λόγω μειωμένης λειτουργίας των πνευμόνων. Η παρουσία νευρολογικών συμπτωμάτων από μεταστάσεις που η θεραπεία θα προκαλούσε οίδημα και πιεστικά φαινόμενα στον εγκέφαλο. Η περιορισμένη λειτουργία των σιελογόνων αδένων που δυσκολεύεται περισσότερο με τη χρήση του I-131,επειδή συσσωρεύεται σε αυτούς. Επίσης η τυχόν ύπαρξη καταστολής του μυελού των οστών από τις επαναλαμβανόμενες χορηγήσεις ιωδίου (32).

4.1.10 Προετοιμασία ασθενούς

Η προετοιμασία του ασθενούς είναι απαραίτητη για τη λήψη του I-131 και ο τρόπος που θα επιλέξουμε επηρεάζει την ψυχοσύνθεση του ασθενούς. Τιμές της $TSH \geq 30$ mU/L συνδέονται με αυξημένη πρόσληψη του I-131 από τους καλώς διαφοροποιημένους όγκους του θυρεοειδούς (30). Αυτό επιτυγχάνεται είτε με τη διακοπή της θεραπείας υποκατάστασης, είτε με χορήγηση της ανασυνδρασμένης hrTSH είτε με το συνδυασμό και των δύο. Στην περίπτωση της διακοπής των θυρεοειδικών ορμονών οι ασθενείς γίνονται υποθυρεοειδικοί με συνοδά συμπτώματα, όπως μελαγχολία ,κατάθλιψη ,κόπωση ,απώλεια μνήμης ,νωθρότητα ,διαταραχές ύπνου , απώλεια βάρους ,γαστρεντερικές διαταραχές , ξηρό δέρμα, καρδιαγγειακές διαταραχές ,νεφρική δυσλειτουργία κ.α. Στην περίπτωση της χορήγησης ανασυνδρασμένης hrTSH

μειώνεται η παρουσία των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού (32) Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η γρήγορη αποβολή του I-131 από τον οργανισμό και η μικρότερη ακτινοβόληση των εξωθυρεοειδικών ιστών, λόγω της διατήρησης της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών(33,34).

Στην προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνεται η αποφυγή ιωδιούχων φαρμάκων και σκευασμάτων για 3 μήνες πριν την ραδιοϊσοτοπική θεραπεία, όπως της αμιοδαρόνης, των σκιαγραφικών, πολυβιταμινών καθώς και θαλασσινών τροφών πλούσιες σε ιώδιο.

4.1.11 Διαδικασία χορήγησης Ιωδίου-παρενέργειες-μέτρα ακτινοπροστασίας

Η διαδικασία χορήγησης του I-131 αλλά και ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στο ειδικά διαμορφωμένο δωμάτιο του νοσοκομείου, καθορίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία και τις πρόσφατες Ευρωπαϊκές οδηγίες (Κανονισμός Ακτινοπροστασίας, Υ.Α.1014/ΦΕΚ216/06-03-2001,2013/59/EURATOM).Ο ασθενής ενημερώνεται πλήρως για τις συνθήκες διαμονής του στο χώρο του νοσοκομείου ,για τις παρενέργειες της θεραπείας καθώς και για τους κανόνες ακτινοπροστασίας που θα πρέπει να ακολουθούνται για ένα διάστημα 15 ημερών μετά τη λήψη του I-131.

Στο θωρακισμένο δωμάτιο ο ασθενής παραμένει μόνος του με κλειστή την πόρτα , απαγορεύεται η έξοδος του μετά τη λήψη του I-131, καθώς και οι επισκέψεις από άτομα του περιβάλλοντός του, για την αποφυγή άσκοπης ακτινοβόλησης του προσωπικού αλλά και των υπολοίπων αντίστοιχα. Ενημερώνεται για τις παρενέργειες (άμεσες και απώτερες) του I-131 ,από τις οποίες οι άμεσες με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι η ακτινική θυρεοειδίτιδα, η διόγκωση του όγκου ,η ακτινική σιελαδενίτιδα, η ακτινική γαστρίτιδα ,οι παροδικές διαταραχές στη γεύση και στην όσφρηση, ναυτία και έμετοι κ.α. οι οποίες αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη αγωγή στο χώρο του νοσοκομείου. Οι απώτερες παρενέργειες όπως η ακτινική πνευμονική ίνωση<1% ,2^η πρωτοπαθής κακοήθεια <1%,μόνιμη καταστολή του μυελού των οστών, χρόνια υποσπερμία και αζωοσπερμία ,πρόωρη εμμηνόπαυση, χρόνια σιελαδενίτιδα ,με ξηροστομία και διαταραχές γεύσης και όσφρησης, χρόνια ξηρότητα των οφθαλμών

εκδηλώνονται σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν επαναλαμβανόμενα υψηλές δόσεις I-131, σε σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα (32). Επίσης ο ασθενής ενημερώνεται για τα μέτρα ακτινοπροστασίας που θα πρέπει να ακολουθούνται για ένα διάστημα 15 ημερών, όπως η αποφυγή στενής επαφής με μέλη της οικογένειας, ιδίως μικρά παιδιά, η απαγόρευση της σεξουαλικής επαφής και η τεκνοποίηση καθώς και η αποφυγή επαφής με κόσμο σε δημόσιους χώρους.

Όλα τα ανωτέρω επισκιάζουν τη θεραπευτική διαδικασία μεγαλοποιώντας τον ήδη υπάρχοντα φόβο του ασθενούς για την ακτινοβολία, προκαλώντας του συναισθηματική φόρτιση, ο βαθμός της οποίας ποικίλει ανάλογα με την ψυχοσύνθεση του ασθενούς.

5 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

5.1 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του θυρεοειδούς

Η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων κάθε μορφής καρκίνου έχει οδηγήσει στη δημιουργία ενός πληθυσμού ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες. Αυτές τις ιδιαιτερότητες έχει αναλάβει να μελετήσει ο τομέας της ψυχοογκολογίας που μελετά τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις του καρκίνου στις ζωές των ασθενών και πώς τελικά θα μπορούσαν να μετατραπούν σε εφόδια για μια πιο δημιουργική αντιμετώπιση της ζωής. Ο καρκίνος αλλά και η θεραπεία του προκαλεί σοβαρά ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα στους ασθενείς ακόμη και όταν αυτοί είναι ελεύθεροι των συμπτωμάτων της νόσου. Οι ασθενείς με καρκίνο χαρακτηρίζονται από αυξημένο άγχος, κατάθλιψη, κούραση, αδυναμία, σεξουαλικά προβλήματα και μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί και μια στροφή στη θετική σκέψη, στην εκτίμηση της αξίας της ζωής, της οικογένειας, τον επαναπροσδιορισμό των αξιών και την αίσθηση ευγνωμοσύνης για ό,τι καλό έχει προκύψει στη ζωή τους (35).

Οι ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς έχουν την ιδιαιτερότητα να ανήκουν στην κατηγορία των καρκινοπαθών με «καλό καρκίνο». Ο χαρακτηρισμός αυτός αν και πολύ διαδεδομένος, δεν φαίνεται να επιδρά πάντα θετικά

στους ασθενείς ,οι οποίοι στο άκουσμα της διάγνωσης και μόνο τρομοκρατούνται. Ο φόβος των μεταστάσεων ,η επανάληψη της ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας ή άλλου είδους θεραπείας προκαλεί κοινωνική απομόνωση ,κατάθλιψη αλλά και οικονομικές δυσκολίες σε σχέση με ασθενείς χωρίς καρκίνο (36). Στη μελέτη των Randle et al (3) οι ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό ,δεχόντουσαν τον όρο «καλό καρκίνο» με θετικά συναισθήματα ,ενώ οι υπόλοιποι βίωναν αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχές ,σύγχυση , ακύρωση των συναισθημάτων τους και παράλληλα ανέφεραν την ανάγκη για περισσότερη κατανόηση ,καλύτερη αναλυτική προσέγγιση του προβλήματός τους ,των θεραπειών και των αναγκών τους από τον κλινικό τους ιατρό .

Η ένταση του άγχους των ογκολογικών ασθενών είναι διαφορετική κατά τη διάγνωση ,τη θεραπεία και την αποθεραπεία. Η υποψία κακοήθειας αυξάνει τα επίπεδα άγχους του ασθενούς και η διάγνωση του καρκίνου εντείνει ακόμη περισσότερο τα αρνητικά του συναισθήματα (37,38). Ακολουθεί η περίοδος της θεραπευτικής διαδικασίας και η συνήθης επιλογή που είναι το χειρουργείο αφαίρεσης του θυρεοειδούς. Αποτελεί επίσης μια στρεσογόνο χρονική περίοδος με έντονο προεγχειρητικό άγχος για την εξέλιξη της επέμβασης , τις τυχόν μεταστάσεις του καρκίνου στο υπόλοιπο σώμα καθώς και για τον μετεγχειρητικό πόνο (38) .Το σύνθηδες χρονικό διάστημα από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι τη λήψη του θεραπευτικού I-131 είναι 1-6 μήνες περίπου ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του ασθενούς.

Ο ασθενής που πρόκειται να λάβει I-131 έχει κάνει διακοπή της θεραπείας υποκατάστασης των θυρεοειδικών ορμονών ή του έχουν χορηγηθεί ενδομυϊκά δύο ενέσεις ανασυνδουασμένης TSH με σκοπό την αύξηση της πρόσληψης του I-131 από τυχόν υπολείμματα του αδένου. Η διακοπή της θεραπείας ,που καθιστά τον ασθενή υποθυρεοειδικό ,το άγχος της ραδιενεργού θεραπείας ,οι 15 ημέρες απομόνωσης μετά από αυτή για λόγους ακτινοπροστασίας , ο φόβος και το άγχος του θανάτου ,προκαλούν γενικά συναισθηματική φόρτιση που καταλήγουν σε κάποιους ασθενείς σε ψυχικές διαταραχές με συνέπειες την τροποποίηση των ισορροπιών στην οικογένεια ,στη δουλειά και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πριν τη θεραπεία του I-131 το άγχος του ασθενούς είναι στην κορύφωσή του και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του.

5.2 Η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης

Ο όρος μετατραυματική ανάπτυξη(Post-traumatic growth) αναφέρεται στη θετική ψυχολογική αλλαγή που βιώνεται από τον άνθρωπο ,σαν αποτέλεσμα του αγώνα με πολύ δύσκολες καταστάσεις της ζωής» (39,40). Αν και είναι σύγχρονος ορισμός, η ύπαρξη της ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Οι αρχαίοι Έλληνες τραγωδοί μέσα από το έργο τους πίστευαν ότι ο ανθρώπινος πόνος είναι μια εμπειρία κάθαρσης, που συντελεί στην αναγέννηση του ανθρώπου . Επίσης αποτελεί θεμελιώδης αρχή της φιλοσοφίας του Χριστιανισμού η άποψη ότι, όταν ένας άνθρωπος υποφέρει με έντονο σωματικό ή ψυχικό πόνο, στη συνέχεια εξιλεώνεται και τέλος μεταμορφώνεται φωτίζοντας την ύπαρξή του ,έτοιμος να αποδεχτεί τη σωτηρία του. Η σύγχρονη τάση των κοινωνικών επιστημών είναι η επικέντρωση στη θετική σκοπιά των πραγμάτων που προκύπτουν από μια τραυματική εμπειρία . Είναι γεγονός ότι μια τέτοια ισχυρή εμπειρία είναι ικανή να προκαλέσει έντονο πόνο ,συναισθηματική φόρτιση ,δυσφορία και αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της καθημερινότητας του. Παρόλα αυτά σε μια πληθώρα ατόμων παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά θετικών αλλαγών από ότι αρνητικών ,μετά από μια τραυματική εμπειρία (41).Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές (9) η μετατραυματική ανάπτυξη αναλύεται και αφορά στους παρακάτω τομείς :

1) Προσωπική δύναμη .

Το τραυματικό γεγονός αποτελεί μια αφετηρία αναθεώρησης της προσωπικότητας του ατόμου . Γίνεται αντιληπτό από το ίδιο το άτομο ότι στην πραγματικότητα είναι πιο ευαίσθητο και ευάλωτο από ότι πίστευε. Παρόλα αυτά αντιμετωπίζει το γεγονός αυτό σαν μια πρόκληση που μόνο οι δυνατοί μπορούν να αντιμετωπίσουν. Αισθάνεται ισχυρό και, μέσα από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσει για την επίλυση του προβλήματος ,αναδεικνύονται νέες προοπτικές για το μέλλον.

2) Αναθεωρημένη φιλοσοφία της ζωής.

Σημαντικό στοιχείο της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η αναθεώρηση της αντίληψης περί της πραγματικής ουσίας και σπουδαιότητας των καθημερινών γεγονότων . Αντιλαμβάνεται τη θνητότητά του , αναζητά την ουσία της ύπαρξής του

συχνά μέσω της θρησκείας ,με αποτέλεσμα να αλλάζει την ιεραρχία των στόχων του. Αναθεωρεί την έννοια της προσωπικής του ευτυχίας και συνθέτει μια νέα εικόνα της ζωής του. Συνειδητοποιεί την αξία της οικογένειας ,των φίλων, νιώθει συμπόνια για τους συνανθρώπους του και παραμερίζει τη συσσώρευση υλικών αγαθών.

3) Διαπροσωπικές σχέσεις

Στα πλαίσια της ευρύτερης νέας φιλοσοφίας για τη ζωή που αναπτύσσει το άτομο, γίνεται αντιληπτή η σπουδαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στην ολοκλήρωση της ευτυχίας του. Επιδιώκει να βελτιώσει τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειάς του, προσφέρει τη συμπαράστασή του στους άλλους ,νιώθει αγάπη και αλtruισμό για τους συνανθρώπους του .Μέσα από τις δύσκολες αυτές καταστάσεις οι ανθρώπινες σχέσεις δοκιμάζονται ,ξεκαθαρίζονται και τέλος μένουν αυτές που πραγματικά αξίζουν και συμβάλλουν στην ευτυχία του ανθρώπου.

5.3 Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος

Η δημιουργία της μετατραυματικής ανάπτυξης συνδέεται με τη συνειδητή γνωστική επεξεργασία των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και αποσκοπεί στην αναδιαμόρφωση της πραγματικότητας του ατόμου με βάση την τραυματική του εμπειρία (42,43). Το τραύμα για να μπορέσει να ενεργοποιήσει το μηχανισμό δημιουργίας της μετατραυματικής ανάπτυξης πρέπει να είναι ισχυρό και να απειλεί τον κόσμο του ατόμου. Όσο πιο στρεσογόνο και οδυνηρό είναι τόσο η πιθανότητα να πυροδοτήσει τη δημιουργία της είναι μεγαλύτερη (44-46).

Αρχικά το άτομο, που τελικά θα οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη μετά τη βίαιη εισβολή του τραυματικού γεγονότος στη ζωή του, ακολουθεί την εξής πορεία συλλογισμού: αρχικά αποδοχή της πραγματικότητας και στη συνέχεια ενεργοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης, με σκοπό το χειρισμό της κατάστασης και τέλος την εξάλειψη της έντασης. Το άτομο αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα του τραύματος και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα εφόδια, προσωπικά ,κοινωνικά, υλικά που θα το βοηθήσουν στη διαχείρισή του. Σημαντικό ρόλο παίζουν η προσωπικότητα του ατόμου, η αισιοδοξία και η ελπίδα που το διακατέχουν, οι πεποιθήσεις που του επιτρέπουν την εκμυστήρευση των συναισθημάτων και των σκέψεων του σε άλλους .Επίσης η

οικογένεια ,οι φίλοι και ο σύντροφος , αποτελούν τη σανίδα σωτηρίας για το άτομο που αισθάνεται την υποστήριξη και την αγάπη των δικών του ανθρώπων άνευ όρων. Η υποστήριξη αυτή ενισχύεται επιπλέον από την πίστη και τη θρησκευτική ομάδα στην οποία ανήκει το άτομο και είναι διαθέσιμη να του συμπαρασταθεί (47).

Η παραπάνω διαδικασία ειδικά σε ασθένειες με μακροχρόνια διάσταση ,όπως ο καρκίνος ,απαιτεί περισσότερο χρόνο για να ολοκληρωθεί. Ο άνθρωπος αφού αισθανθεί ότι επέζησε της ασθένειάς του και ότι είναι ικανοποιητικό το επίπεδο της υγείας του ,τότε εστιάζει στη νόσο του ακολουθώντας την παραπάνω διαδικασία συλλογισμού, ώστε μέσα σε αυτή να βρει νόημα και να οδηγηθεί τελικά στη μετατραυματική ανάπτυξη (44). Οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της νόσου ,όμως ένα μεγάλο ποσοστό αυτών εμφανίζουν τελικά θετικές αλλαγές στη ζωή τους. Υψηλά ποσοστά μετατραυματικής ανάπτυξης από 53%-83% ανέδειξαν σε ασθενείς με καρκίνο διάφορες μελέτες (48,49). Σε μελέτη των Tomich & Helgeson (50) οι επιδράσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης στον ψυχισμό και τη σωματική υγεία του ατόμου γίνονται αντιληπτές μετά από 3 μήνες περίπου από τη διάγνωση του καρκίνου επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους.

Τα οφέλη αυτής της μακρόχρονης διαδικασίας είναι πολλά με βάση τις έρευνες της ψυχοογκολογίας .Η μετατραυματική ανάπτυξη στους καρκινοπαθείς σχετίζεται με όλα όσα προαναφέρθηκαν. Πολλοί ασθενείς με καρκίνο οδηγούνται σταδιακά σε αναθεώρηση της αντίληψης για τη ζωή , σε υπαρξιακές αναζητήσεις καθώς και σε επαναπροσδιορισμό και ιεράρχηση των ουσιωδών πραγμάτων στη ζωή. Στο πλαίσιο αυτής της αντίληψης ,αυξάνεται η ψυχική ευμάρεια, ενώ μειώνεται η ψυχική δυσφορία του ατόμου ,με αποτέλεσμα την καλύτερη προσαρμογή στην πραγματικότητα της ασθένειάς του και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (51,52) Υπάρχουν και έρευνες οι οποίες έδειξαν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν συνδέεται απαραίτητα με την πραγματική ψυχική ευμάρεια (53). Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να συνυπάρχουν (49,53-55) .Οι Stanton & Low (56) θεωρούν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη είναι μια ψευδαίσθηση του ατόμου προκειμένου να αντιμετωπίσει την τραυματική του εμπειρία και πιθανότατα να μην είναι ικανή να οδηγήσει σε πραγματικές αλλαγές όμως μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και μόνο από τη θετική διάθεση που προκύπτει από αυτή την ψευδαίσθηση.

5.4 Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης

Η μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης γίνεται με ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο από τους Calhoun & Tedeschi (9) αρχικά με 34 ερωτήσεις ,που αργότερα μειώθηκαν σε 21. Στην Ελλάδα η μετάφραση και η αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του συγκεκριμένου εργαλείου, έγινε από τους Μυστακίδου και συν (57), με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες . Στην παρούσα έρευνα, έγινε η χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου το οποίο θα αναλυθεί εκτενώς στο ειδικό μέρος.

6 Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η υγεία αποτελούσε πάντα για τον άνθρωπο πολύτιμο αγαθό. Ο απλός κόσμος ταυτίζει την υγεία με την απουσία αρρώστιας .Η πραγματικότητα όμως είναι ,ότι η υγεία είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και η σχέση της με αυτούς, είναι αμφίδρομη και δυναμική.

Την έννοια της υγείας έρχεται να συμπληρώσει η ποιότητα ζωής (quality of life) . Πρόκειται επίσης για μια πολυδιάστατη έννοια που εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής του ανθρώπου. Θεωρείται ως η υποκειμενική άποψη του ατόμου για τη ζωή του ,που πηγάζει από τα φυσικά χαρίσματα της προσωπικότητά του ,σε συνδυασμό με την επιρροή της οικογένειάς του και της κοινωνίας . Μπορεί να χαρακτηριστεί θετικά ή αρνητικά ,προσδιορίζοντας έτσι μοναδικά τη ζωή ενός ανθρώπου (58).

Κρίθηκε λοιπόν απαραίτητη η δημιουργία ενός συγκεκριμένου ορισμού και ενός τρόπου μέτρησης της ποιότητας ζωής που δεν αφορά γενικά την ευτυχία του ανθρώπου ,αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (59) . Πρόκειται για μια έννοια επίσης δυναμική η οποία μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας ,οι εμπειρίες ,η ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου καθώς και οι κοινωνικές του σχέσεις.

Τον Ιούνιο του 2001 το Ευρωπαϊκό συμβούλιο του Gothenburg τόνισε τις παρακάτω προκλήσεις «για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους»:

- 1)Της γήρανσης
- 2)της μακροχρόνιας περίθαλψης
- 3)της ιατρικής τεχνολογίας
- 4)του αυξανόμενου κόστους περίθαλψης

Η μεγάλη ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, βοήθησε στη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις κοινωνίες του δυτικού κόσμου. Το θέμα που απασχολεί έντονα τους επιστήμονες αλλά και τον πολιτικό κόσμο ,είναι κατά πόσο αυτή η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας συνοδεύεται από ποιοτικά χρόνια, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών ή συνοδεύονται από χρόνια νοσηρότητα που επιβαρύνουν ψυχικά και σωματικά τον άνθρωπο αλλά και οικονομικά το σύστημα υγείας (59).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ιατρική πλέον δεν περιορίζεται στην ίαση μόνο των σωματικών δυσλειτουργιών αλλά επεκτείνεται στις ψυχικές ,πνευματικές και κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου. Για το λόγο αυτό μια θεραπεία δεν φτάνει απλώς να είναι αποτελεσματική ,καταστέλλοντας τις βιολογικές εκδηλώσεις μιας ασθένειας, αλλά να είναι ικανή να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς τη σχετιζόμενη με την υγεία, σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να μπορεί να απολαμβάνει τη ζωή του όντας ασθενής. Είναι ο κύριος στόχος σε ασθένειες όπου δεν υπάρχει θεραπεία και η ιατρική παρέμβαση συνδέεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και όχι της αιτίας της ασθένειας (59). Η ποιότητα ζωής η σχετιζόμενη με την υγεία αποτελεί ένα ξεχωριστό πεδίο έρευνας ,στο οποίο μελετώνται οι πλευρές της ζωής των ανθρώπων που επηρεάζονται από την υγεία τους αλλά και από τις δραστηριότητες ή θεραπείες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας τους. Πρόκειται για μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας ενός ατόμου και πώς αυτό επηρεάζει τη ζωή τους σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά.

6.1 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής έχει πρωταρχικό στόχο την αποτίμηση της υγείας του ατόμου σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο αλλά και στο σύνολο ενός πληθυσμού.

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους γίνονται αυτές οι μετρήσεις είναι (60–62)
.Αξιολόγηση της προσωπικής εκτίμησης του ασθενούς για την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών κλινικών παρεμβάσεων και εκτίμηση του κινδύνου των ανεπιθύμητων ενεργειών τους
- Αξιολόγηση της έκτασης και της βαρύτητας της ασθένειας
- Ανίχνευση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του υπό εξέταση πληθυσμού
- Εκτίμηση και διαχρονική παρακολούθηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού
- Εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου με χαμηλή ποιότητα ζωής
- Αξιολόγηση της εφαρμοζόμενης πολιτικής στον τομέα της υγείας και ιεράρχηση προτεραιοτήτων
- Ανάλυση κόστους -ωφέλειας

Το 1970 άρχισαν να χρησιμοποιούνται ως εργαλεία μέτρησης ,ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Έκτοτε έχουν βελτιωθεί και περιλαμβάνονται στις περισσότερες έρευνες που μελετούν τα αποτελέσματα κυρίως κλινικών παρεμβάσεων. Χρησιμοποιούνται σταθμισμένα ερωτηματολόγια δύο βασικών κατηγοριών: 1)γενικού επιπέδου υγείας και 2)εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια.

6.2 Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας

Εκτιμούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ασθένειες. Τα άτομα είναι ανεξαρτήτου ηλικίας ,φύλου ,εκπαίδευσης και κοινωνικής τάξης. Αξιολογούνται τουλάχιστον 4 διαστάσεις:

σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και αντίληψη της γενικής υγείας (59). Επιτρέπουν τη σύγκριση ασθενών σε διαφορετικές συνθήκες υγείας, γιατί βασίζονται στην ικανότητα πραγματοποίησης των καθημερινών και κοινωνικών του δραστηριοτήτων. Σημαντικό μειονέκτημα αυτών των εργαλείων είναι ότι αδυνατούν να εντοπίσουν τα στοιχεία μιας ασθένειας, που επηρεάζουν σημαντικά το αποτέλεσμα μιας θεραπείας. Τα πιο γνωστά είναι:

- Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile)
- Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (sickness impact profile)
- Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (general health-ratings index)
- Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB)
- Health utilities index (HUI)
- Index of health-related quality of life
- EuroQoL (European quality of life scale)
- 15-D
- Κλίμακα SF-36. Είναι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη. Αποτελείται από τριάντα έξι ερωτήσεις που ανήκουν σε δύο γενικές κατηγορίες τη γενική φυσική κατάσταση και τη γενική ψυχική υγεία και οι οποίες χωρίζονται συνολικά σε 8 υποκατηγορίες:

Φυσική λειτουργία, σωματικός πόνος, σωματικός ρόλος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, ψυχική υγεία,

και συναισθηματικός ρόλος. Χαρακτηρίζεται για την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την ευαισθησία του. Η συμπλήρωσή του ολοκληρώνεται σε 10 min είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τον ερευνητή τηλεφωνικά ή με συνέντευξη. Θα αναλυθεί περισσότερο στα υλικά και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη.

6.3 Ποιότητα Ζωής η σχετιζόμενη με την υγεία και Ca θυρεοειδούς.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Συνήθως εστιάζονται στις πιο συχνές μορφές καρκίνου του πληθυσμού. Ωστόσο μελέτες για τον Ca του θυρεοειδούς και την ποιότητα ζωής

των συγκεκριμένων ασθενών πριν τη ραδιοϊσοτοπική θεραπεία είναι σχετικά λίγες. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες που εστιάζουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, λόγω των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού πριν τη ραδιοϊσοτοπική θεραπεία .

Επίσης μια ποιοτική μελέτη (63) που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς για τις συνέπειες της νόσου και της ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας στη ζωή τους έγινε με ανοικτές ερωτήσεις υπό μορφή συνέντευξης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικά επηρεασμένη τη ζωή των ασθενών λόγω των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται από τη διάγνωση της κακοήθειας και των παρενεργειών της ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας.

Σε μια μεγάλη συγχρονική μελέτη (64) με 3993 άνδρες και 5498 γυναίκες ,κάνοντας χρήση του ερωτηματολογίου SF-36, μελέτησαν την ΣΥΠΖ των ατόμων με σημαντική διαταραχή της TSH, συγκριτικά με εκείνα που είχαν φυσιολογικές τιμές TSH .Τα συμπεράσματα ήταν διαφορετικά από την αρχική υπόθεση των ερευνητών και έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική μείωση της ΣΥΠΖ στα άτομα με μεγάλες διακυμάνσεις της TSH, συγκριτικά με εκείνα που είχαν φυσιολογικές τιμές της TSH.

Διαφορετικά ήταν όμως τα ευρήματα άλλων ερευνητών (33) που μελέτησαν την ΣΥΠΖ ,με το ίδιο ερωτηματολόγιο, 228 ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης ,μετά τη διακοπή της και μετά τη χρήση της ανασυνδρασμένης rhTSH .Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία σε σχέση με αυτούς που δεν τη διέκοψαν ή έκαναν χρήση της rhTSH. Παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν από μία έρευνα με 136 υποθυρεοειδικούς ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς (65) όπου μελέτησαν την ποιότητα ζωής ,το στρες, το άγχος ,την κατάθλιψη και τα σωματικά ενοχλήματα. Οι ασθενείς είχαν προγραμματιστεί να λάβουν ραδιοϊσοτοπική θεραπεία και για το λόγο αυτό, διέκοψαν τη θεραπεία υποκατάστασης για ένα συγκεκριμένο διάστημα .Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 και τα αποτελέσματα ανέδειξαν σοβαρά επηρεασμένη ΣΥΠΖ σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, λόγω των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού.

Επιπλέον άλλοι ερευνητές (66) μελέτησαν τις επιδράσεις της διακοπής της θεραπείας υποκατάστασης στην υγεία των ασθενών με Ca θυρεοειδούς και στην ποιότητα ζωής τους, σε σχέση με τη χρήση της rhTSH χωρίς τη διακοπή της LT4. Οι αρνητικές επιδράσεις της διακοπής της LT4 στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο μεταβολισμό των λιπιδίων, στην αιμάτωση του εγκεφάλου και στη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, προκαλούν σοβαρή δυσλειτουργία στους ασθενείς οι οποίοι διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο της υγείας τους ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Συνέπεια των παραπάνω είναι η σοβαρή υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και της παραγωγικότητας των ασθενών, σε σύγκριση με αυτούς που έκαναν χρήση της rhTSH και διατήρησαν σε ικανοποιητικό επίπεδο την υγεία τους χωρίς να επηρεαστεί η καθημερινότητά τους. Άλλοι ερευνητές (67) μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν κυρίως την ποιότητα ζωής των ασθενών με Ca θυρεοειδούς, μετά τη διακοπή της θεραπείας υποκατάστασης, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία με I-131 και η μέτρηση της Tg. Ο αριθμός των ασθενών που συμμετείχαν ήταν 150 και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QOL-Thyroid. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική δυσφορία των ασθενών στην αντιμετώπιση των σωματικών διαταραχών που προκαλούνται από τον υποθυρεοειδισμό και την ανάγκη τους για ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο.

Επίσης σε μια μελέτη 152 ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς (68) μελέτησαν την ΣΥΠΖ, κάνοντας χρήση του SF-36. Μελετήθηκε ο βαθμός επίδρασης στην ποιότητα ζωής τους κατά τη διάγνωση του καρκίνου, τη θεραπεία και την μετέπειτα παρακολούθησή τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν μειωμένη ποιότητα ζωής στους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς και με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης.

Αντίθετα αποτελέσματα ανέδειξε άλλη έρευνα όπου (69) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Washington Quality of Life (Spanish version) προκειμένου να μελετηθεί επίδραση της διάγνωσης του καρκίνου θυρεοειδούς και της θεραπευτικής διαδικασίας στη ζωή 75 ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται ελάχιστα.

Ερευνητικό Μέρος

7 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης στους ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς και η μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα:

Σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη:

- Καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης στους ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς.
- Συσχέτιση των δημογραφικών και ιατρικών στοιχείων με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης στους ασθενείς αυτούς.

Σχετικά με την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία:

- Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.
- Συσχέτιση των δημογραφικών και ιατρικών στοιχείων με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Επιπλέον:

- Η συσχέτιση των 8 υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής (γενική υγεία, σωματική λειτουργία, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία), με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

8 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

8.1 Το Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς, με καλώς διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη θεραπευτική μονάδα της Πυρηνικής ιατρικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, προκειμένου να λάβουν τη συμπληρωματική θεραπεία με ραδιενεργό Ιώδιο. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο μεταξύ 02/2020-6/2020.

Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη :

1. Ασθενείς >18 ετών.
2. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε θυρεοειδεκτομή
3. Ιστολογική διάγνωση καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς.
4. Θα υποβάλλονταν σε ραδιοϊσοτοπική θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο.
5. Είχε προηγηθεί διακοπή της θεραπείας υποκατάστασης, ώστε η TSH >25 $\mu\text{IU/ml}$, για ένα μήνα ή χορήγηση rhTSH ή ο συνδυασμός και των δύο.

Κριτήρια αποκλεισμού :

1. Εγκυμοσύνη.
2. Μεταστάσεις εγκεφάλου.
3. Η μειωμένη διανοητική ικανότητα του ασθενούς που μπορεί να οφείλεται είτε σε άνοια είτε σε νοητική υστέρηση είτε σε σοβαρή ψυχιατρική νόσο.

Οι πλειονότητα των ασθενών προσήλθαν στο τμήμα της Πυρηνικής ιατρικής έχοντας μαζί τους εξετάσεις αίματος (γενική, βιοχημικό έλεγχο, Tg, TSH,) και ιστολογική διάγνωση, ενώ για τους υπολοίπους γινόταν εξετάσεις πριν τη λήψη του ιωδίου.

8.2 Διαδικασία συλλογής στοιχείων

Η πραγματοποίηση της μελέτης έγινε κατόπιν κατάθεσης έντυπης αίτησης στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε), στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ, στην 7^η ΥΠΕ καθώς και στη διευθύντρια της κλινικής της

Πυρηνικής Ιατρικής του ΠΑΓΝΗ. Μετά τη χορήγηση της άδειας για τη διεξαγωγή της έρευνας από τους προαναφερόμενους φορείς, η ερευνήτρια ήταν παρούσα κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, κάθε Δευτέρα και Πέμπτη. Με τη βοήθεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι ασθενείς έλαβαν τις απαραίτητες οδηγίες για τη διαμονή τους και τη θεραπευτική διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθηθεί.

Ο κάθε ασθενής νοσηλεύτηκε σε ξεχωριστό δωμάτιο, με κατάλληλο εξοπλισμό για τη διευκόλυνσή του και με όλα τα απαραίτητα μέτρα για την τήρηση των κανόνων ακτινοπροστασίας που επιβάλλει η νομοθεσία. Μετά την πλήρη ενημέρωση των ασθενών για την όλη διαδικασία και την τακτοποίηση των αντικειμένων τους στα ερμάρια, είχαν διαθέσιμο χρόνο για τη συμμετοχή τους στη μελέτη, μέχρι τη στιγμή της χορήγησης του ραδιενεργού ιωδίου από τον ακτινοφυσικό του νοσοκομείου.

Στο ήσυχο περιβάλλον του δωματίου η ερευνήτρια αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό ενημέρωναν πλήρως τους ασθενείς για τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, εφόσον οι ασθενείς πληρούσαν όλα τα κριτήρια εισαγωγής και κανένα κριτήριο αποκλεισμού για τη συμμετοχή τους σε αυτή. Δίνονταν εξηγήσεις προφορικά και γραπτά για το σκοπό της έρευνας, τη σημασία της συμμετοχής τους σε αυτή και τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Γινόταν σαφές στους συμμετέχοντες ότι εφόσον ήθελαν να πάρουν μέρος στη μελέτη έδιναν γραπτή συγκατάθεση. Στη συνέχεια δίνονταν οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αυτοσυμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων, με όποια σειρά ήθελαν, αλλά και την αναγκαία απάντηση όλων των ερωτήσεων για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Τα ιατρικά στοιχεία συμπληρώνονταν από την ίδια την ερευνήτρια με βάση το φάκελο του ασθενούς, ώστε να αποφευχθούν τυχόν λάθη.

8.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν:

1. Το ερωτηματολόγιο - κλίμακα μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory-PTGI).
2. Το ερωτηματολόγιο SF-36 για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής καθώς και ένα έντυπο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο,) καθώς και ορισμένα

ιατρικά στοιχεία (συννοσηρότητα, στάδιο νόσου, θεραπευτική δόση) του κάθε ασθενούς.

3. Ένα έντυπο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο μόρφωσης.
4. Ένα έντυπο καταγραφής ιατρικών δεδομένων: στάδιο νόσου, δόση RAI κ.α.

Αυτά όλα συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς, αμέσως πριν τη λήψη του I-131, στα θωρακισμένα δωμάτια της θεραπευτικής μονάδας της Πυρηνικής Ιατρικής στο ΠΑΓΝΗ:

Τα ανωτέρω ερωτηματολόγια έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μυστακίδου και συν (70) και από τους Παππά και συν (71) αντίστοιχα. Για τη χρήση τους στην παρούσα μελέτη ζητήθηκε άδεια από τους ερευνητές.

Η χρήση των ερωτηματολογίων στην έρευνα αλλά και η συμπλήρωσή τους από τους ίδιους τους ασθενείς, έχει ορισμένα πλεονεκτήματα π.χ.:

1. Μικρό κόστος για την υλοποίηση της έρευνας.
2. Απαιτεί τον ελάχιστο αριθμό ερευνητών.
3. Επιτρέπει την ανωνυμία του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να απαντήσει με μεγαλύτερη ειλικρίνεια τις ερωτήσεις.
4. Οι συμμετέχοντες δεν επηρεάζονται από την παρουσία του ερευνητή, κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Αποφεύγεται έτσι το interviewer bias.
5. Τυποποίηση των δεδομένων, που οδηγεί σε μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Παρόλα αυτά υπάρχει ένα μειονέκτημα που θα πρέπει να αναφερθεί από τη χρήση των ερωτηματολογίων (72) το οποίο είναι:

- Η κατανόηση των ερωτήσεων απαιτεί ένα σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο μόρφωσης. Ο πληθυσμός χαμηλής γνωστικής ικανότητας αποκλείστηκε από την έρευνα.

Όλα τα άτομα-ασθενείς στα οποία απευθυνθήκαμε συναίνεσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη παρέχοντας τα δεδομένα τους.

8.4 Κλίμακα μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI)

Οι δημιουργοί του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (9) έφτιαξαν αρχικά 34 ερωτήσεις που στη συνέχεια έγιναν 21, που είναι και η τελική μορφή της κλίμακας. Ζητά από τους ασθενείς να υποδείξουν σε τι βαθμό βίωσαν την αλλαγή που περιγράφει κάθε ερώτηση ως αποτέλεσμα της ασθένειάς τους. Στην κλίμακα αυτή υπάρχουν προτάσεις όπως «Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής». Ο ασθενής απαντά σύμφωνα με την εξής διαβάθμιση : 0, 1, 2, 3, 4 και 5, όπου 0= δεν βίωσα αυτή την αλλαγή, 1=βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μικρό βαθμό, 2=βίωσα αυτή την αλλαγή σε μικρό βαθμό, 3=βίωσα αυτή την αλλαγή σε μέτριο βαθμό, 4=βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό και 5=βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου.

Η συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των απαντήσεων. Όσο μεγαλύτερο είναι το τελικό σκορ τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης.

Η κλίμακα αποτελείται από 5 κατηγορίες (70):

1. Νέες προοπτικές (περιλαμβάνει 5 προτάσεις).
2. Σχέσεις με άλλους (7 προτάσεις).
3. Προσωπική δύναμη (4 προτάσεις).
4. Εκτίμηση ζωής (3 προτάσεις).
5. Πνευματική αλλαγή (2 προτάσεις).

Οι ερευνητές Tedeschi & Calhoun που έφτιαξαν την κλίμακα, αναφέρουν ότι έχει πολύ καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0,90$) και καλή αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου στους δύο μήνες με $r=0,71$. Επίσης η συσχέτιση των παραγόντων με το τελικό σκορ είναι μεταξύ 0,62-0,83. Οι Μυστακίδου και συν οι οποίοι μετέφρασαν και στάθμισαν την κλίμακα στον ελληνικό πληθυσμό, αναφέρουν ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ήταν 0,90. Σε γενικές γραμμές η συγκεκριμένη κλίμακα θεωρείται αξιόπιστη και έγκυρη.

Παρόλα αυτά οι Tedeschi & Calhoun αναφέρουν κάποια μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου όπως:

1. Η κλίμακα δεν επιτρέπει την καταγραφή των αρνητικών στοιχείων, που προέκυψαν από την ασθένεια. Εστιάζει μόνο στα θετικά. Συνεπώς δεν εξετάζει ολοκληρωμένα μια κατάσταση.
2. Υπάρχει η περίπτωση να διαστρεβλωθούν οι απαντήσεις από τον ίδιο τον ασθενή προκειμένου να δημιουργήσει μια θετική εικόνα του εαυτού του. Όμως σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές Tedeschi & Calhoun δεν παρατηρείται σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μέτρηση της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή.

8.5 Ερωτηματολόγιο SF-36

Το ερωτηματολόγιο SF-36 αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για την κατάσταση της υγείας. Περιλαμβάνει συνολικά 36 ερωτήσεις οι οποίες αντλήθηκαν από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, τις οποίες επεξεργάστηκαν και τελικά πρότειναν οι ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS). Το σύνολο των 146 ερωτήσεων δημιουργήθηκε μετά από συνεχή μελέτη διαφόρων εργαλείων μέτρησης για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (59). Η μετάφραση, η στάθμιση και η προσαρμογή του SF-36 στον ελληνικό πληθυσμό, έγινε από τους Παππά και συν με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με συντελεστή Cronbach Alpha μεταξύ 0,70-0,90.

Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ (υπό)κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής: τη σωματική λειτουργία, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, τη κοινωνική λειτουργία, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία.

Αναλυτικότερα κάθε επιμέρους κλίμακα έχει ως εξής:

- Σωματική λειτουργία, ΣΛ (Physical Functioning, PF) (Περιλαμβάνει την ερώτηση 3, η οποία αποτελείται από 10 υποερωτήσεις). Σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει από ήπιας μέχρι μεγάλης έντασης δραστηριότητες που αφορούν την καθημερινότητά του, π.χ. το ντύσιμο, το περπάτημα από μερικά μέτρα έως 1 Km, η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η άρση βαρέων αντικειμένων κ.α.
- Σωματικός ρόλος, ΣΡ (Role Physical, RP) (Ερώτηση 4, με 4 υποερωτήματα α,β,γ,δ). Σχετίζεται με τη σωματική κατάσταση του ατόμου τις 4 τελευταίες

εβδομάδες, και αν ήταν η αιτία να μειώσει τις δραστηριότητές του και να τις εκτελέσει με δυσκολία.

- Σωματικός Πόνος, ΣΠ (Bodily Pain, BP) (Ερώτηση 7 και 8). Αναφέρεται στο σωματικό πόνο που ένιωσε ο ασθενής τις τελευταίες 4 εβδομάδες και κατά πόσο επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία του.
- Γενική Υγεία, ΓΥ (General Health, GH) (Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1 και 11α, β, γ, δ). Αναφέρονται στην προσωπική εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του στο παρόν και στο μέλλον, καθώς και σε σύγκριση με τα άτομα του περιβάλλοντός του.
- Ζωτικότητα, ΖΤ (Vitality, VT) (Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9α, ε, ζ, θ). Αναφέρεται στο χρονικό διάστημα που το άτομο αισθάνεται ζωντάνια, ενεργητικότητα ή εξάντληση, τις τελευταίες 4 εβδομάδες.
- Ψυχική Υγεία, ΨΥ (Mental Health, MH) (Περιλαμβάνει τις υπόλοιπες 9β, γ, δ, στ, η ερωτήσεις). Αναφέρεται στο χρονικό διάστημα που το άτομο αισθάνεται εκνευρισμό, απελπισία, μελαγχολία ή ευτυχία, τις τελευταίες 4 εβδομάδες.
- Κοινωνική λειτουργικότητα, ΚΛ (Social Functioning, SF) (Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 6 και 10). Αναφέρονται στις τελευταίες 4 εβδομάδες. Εκτιμούν το βαθμό και τη χρονική διάρκεια της επίδρασης της σωματικής και συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, στις κοινωνικές του δραστηριότητες.
- Συναισθηματικός ρόλος, ΡΣ (Role Emotional, RE) (Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 5, α,β,γ,). Αναφέρονται στις τελευταίες 4 εβδομάδες. Εκτιμούν κατά πόσο τα συναισθηματικά προβλήματα επηρέασαν το χρόνο και την ποιότητα της εργασίας του ασθενούς.
- Η ερώτηση 2 δεν περιλαμβάνεται σε καμιά κλίμακα. Αναφέρεται στην εκτίμηση από τον ίδιο τον ασθενή της υγείας του συγκριτικά με ένα χρόνο πριν.

Οι ανωτέρω 8 κλίμακες του SF-36 συνοψίζονται σε 2 ευρύτερες έννοιες (συνοπτικές κλίμακες):

1. Της Συνολικής Φυσικής Υγείας που λογικά περιλαμβάνει τη γενική υγεία, τη σωματική λειτουργία, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο και τη ζωτικότητα.
2. Της Συνολικής Ψυχικής Υγείας που λογικά περιλαμβάνει την ψυχική υγεία, το συναισθηματικό ρόλο, τη ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία και τη γενική υγεία.

Ωστόσο, η ακριβής σύνθεση των κλιμάκων αυτών προκύπτει μετά από παραγοντική ανάλυση η οποία δείχνει ποια επιμέρους κλίμακα (ή τμήμα της)

συμμετέχει σε ποια από τις 2 ευρύτερες κλίμακες (στη Συνολική Φυσική Υγεία ή/και στη Συνολική Ψυχική Υγεία) και με πόσο συντελεστή.

Η εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης στην παρούσα εργασία (με παραγοντοποίηση κυρίων αξόνων PAF και μέθοδο περιστροφής Promax) έδωσε παράγοντες με συνιστώσες που δεν δικαιολογούνται λογικά, γεγονός που εδώ αποδόθηκε πιθανότατα στον μικρό αριθμό διαθέσιμων δεδομένων τουλάχιστον. Σημειωτέον ότι ο μικρός αριθμός διαθέσιμων δεδομένων δεν είναι ο μόνος λόγος για μια τέτοια “αποτυχία” της παραγοντικής ανάλυσης. Για παράδειγμα, σε σχετική μελέτη με 4133 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (73), ως αποτέλεσμα της παραγοντικής ανάλυσης για παραγωγή συνοπτικών κλιμάκων, η γενική υγεία που λογικά υπάγεται στη συνολική φυσική υγεία τοποθετήθηκε στη συνολική ψυχική υγεία ενώ ο συναισθηματικός ρόλος και η κοινωνική λειτουργικότητα που λογικά συμμετέχουν στη συνολική ψυχική υγεία βρέθηκαν να συμμετέχουν τόσο στη συνολική ψυχική υγεία όσο και στη συνολική φυσική υγεία. Επομένως δεν ήταν δυνατή η σύνθεση των δύο συνοπτικών κλιμάκων στην παρούσα μελέτη.

Η πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης προϋποθέτει την επανακωδικοποίηση ορισμένων απαντήσεων, ώστε η υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε καλύτερη υγεία.

Με αυτό το συλλογισμό ανακατασκευάζονται (αντιστρέφονται κατά μέγεθος) οι τιμές για τις ερωτήσεις 1, 2, 6, 7, 9 (α, δ, ε, η), 11 (β, δ). Παραδείγματος χάρη, στην ερώτηση 1 η απάντηση 1 (εξαιρετική) γίνεται 5, η απάντηση 2 (πολύ καλή) γίνεται 4, η απάντηση 3 (καλή) γίνεται 3, η απάντηση 4 (μέτρια) γίνεται 2 και η απάντηση 5 (κακή) γίνεται 1.

Ειδικά όμως για την ερώτηση 8 η ανακατασκευή λαμβάνει υπ’ όψιν τις απαντήσεις στην ερώτηση 7: Αν δεν καταγράφεται καθόλου πόνος στην 7, τότε η ερώτηση 8 βαθμολογείται με 6. Αν όμως στην ερώτηση 7 καταγράφεται πόνος (η απάντηση είναι >καθόλου) και στην ερώτηση 8 η απάντηση είναι 1 (καθόλου) τότε η ερώτηση 8 βαθμολογείται με 5. Αν πάλι στην ερώτηση 7 καταγράφεται πόνος και στην ερώτηση 8 η απάντηση δεν είναι καθόλου (δεν είναι 1) τότε η απάντηση 2 (λίγο) γίνεται 4, η απάντηση 3 (μέτρια) γίνεται 3, η απάντηση 4 (αρκετά) γίνεται 2 και η απάντηση 5 (πάρα πολύ) γίνεται 1.

Στη συνέχεια, αποκτώνται τα σκορ στις 8 κλίμακες με απλή άθροιση των απαντήσεων (ανακωδικοποιημένων) στις αντίστοιχες ερωτήσεις. Π.χ. για το σκορ PF προστίθενται οι απαντήσεις στα 10 υποερωτήματα της ερώτησης 3.

Τέλος, οι τιμές στα 8 αυτά σκορ των κλιμάκων επανακωδικοποιούνται γραμμικά ώστε να έρθουν στο πεδίο τιμών 0-100 (100 αντιστοιχεί σε άριστη υγεία) με χρήση του παρακάτω τύπου (74): Νέα τιμή του σκορ της κλίμακας = [(υφιστάμενη τιμή του σκορ της κλίμακας- χαμηλότερη τιμή των σκορ της κλίμακας) / διακύμανση κλίμακας] X 100.

8.6 Έντυπο καταγραφής δημογραφικών

Καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση.

8.7 Έντυπο καταγραφής ιατρικών δεδομένων

Συμπληρώνονται τα ανθρωπομετρικά στοιχεία των ασθενών όπως το ύψος και το βάρος σώματος, άλλα ιατρικά δεδομένα όπως συνυπάρχοντα νοσήματα δηλαδή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης ή άλλο νόσημα καθώς και κλινικά στοιχεία που σχετίζονται με τον καρκίνο του θυρεοειδούς. Αυτά τα στοιχεία είναι ο χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή σε μήνες, η τιμή της θυρεοσφαιρίνης, σταδιοποίηση κατά TNM, προετοιμασία για λήψη I-131 και η θεραπευτική δόση.

8.8 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences), έκδοση 25.0. Χρησιμοποιήθηκε καταρχήν απλή περιγραφική στατιστική. Δεν υπήρχαν καθόλου missing values σε καμιά άλλη

μεταβλητή εκτός από την TG στην οποία δεν υπήρχαν τιμές για 16 ασθενείς δηλαδή για το 26,7%.

Για τον έλεγχο κανονικότητας ή μη των ποσοτικών μεταβλητών – για εν συνεχεία χρήση μεθόδων παραμετρικών ή μη παραμετρικών – συνεκτιμήθηκαν τα αποτελέσματα των δοκιμασιών Kolmogorov-Smirnov (κυρίως, επειδή το μέγεθος του δείγματος είναι >50) και Shapiro-Wilkxon αλλά επίσης σε σημαντικό βαθμό οι τιμές της λοξότητας και της κύρτωσης καθώς και ο οπτικός έλεγχος των ιστογραμμάτων, των normal Q-Q διαγραμμάτων και των θηκογραμμάτων (box plots) τους.

Καμιά από τις μεταβλητές δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή, επομένως εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες: εκτελέστηκαν συγκρίσεις με τις μεθόδους Mann-Whitney και Kruskal-Wallis, και συσχετίσεις με τη μέθοδο Kendall's tau. Χρησιμοποιήθηκε επίσης η χ^2 δοκιμασία για την εύρεση της σημαντικότητας σχέσεων μεταξύ δύο μεταβλητών. Ανιχνευτικές παραγοντικές αναλύσεις (EFA) των κλιμάκων PTGI και SF-36 επιχειρήθηκαν με τη μέθοδο παραγοντοποίησης κυρίων αξόνων (PAF) και μέθοδο περιστροφής Promax. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων εκτιμήθηκε με την τιμή α του Cronbach. Σε όλες τις περιπτώσεις ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το ,05, δηλαδή στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το (αμφίπλευρο) $P < ,05$.

9 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 60 ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένο του καρκίνου του θυρεοειδούς από τους οποίους 13 ήταν άνδρες και 47 γυναίκες. Σε ποσοστό 71,7% ήταν έγγαμοι, 13,3% άγαμοι, 10% διαζευγμένοι και 5% χήροι. Το μεγαλύτερο ποσοστό 65% είχαν μέση εκπαίδευση, 15% ανωτέρα, 11,7% ανωτάτη και 8,3% κατώτερα εκπαίδευση. Τα συνοδά νοσήματα κυμαίνονταν μεταξύ 3,3%-15%. Το 81,7% των ασθενών ήταν σταδίου I, το 8,3% σταδίου II και το 10% σταδίου III.

Η ηλικία (σε ακέραια έτη) ήταν στο εύρος από 21 έως 73 ετών και με ενδιάμεση τιμή 45,00, κυρίαρχη τιμή 45, μέση τιμή 46,33, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 1,466, τυπική απόκλιση 11,358, και 95% ΔΕ για τη μέση τιμή 43,40-49,27. Πραγματοποιήθηκε διάκριση της ηλικίας σε ομάδες ως εξής: Ηλικιακή ομάδα 1: έως και 45 ετών (N=31), ηλικιακή ομάδα 2: άνω των 45 ετών (N=29).

Ο δείκτης μάζας σώματος (Kg/m^2 , υπολογισμένος με βάση τα διαθέσιμα ύψη και βάρη των ασθενών με το γνωστό τύπο) ήταν στο εύρος από 16,135 έως 42,907, με μέση τιμή 26,984, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 0,631, τυπική απόκλιση 4,890, και 95% ΔΕ για τη μέση τιμή 25,721-28,247. Διακρίναμε επίπεδα ως εξής: Επίπεδο 1: λιποβαρής για δείκτη μάζας σώματος $<18,5$ (N=2), επίπεδο 2: φυσιολογικός για ΔΜΣ 18,5-24,9 (N=17), επίπεδο 3: υπέρβαρος για ΔΜΣ 25,0-29,9 (N=23), επίπεδο 4: παχύσαρκος για ΔΜΣ $\geq 30,0$ (N=18).

Ο χρόνος που μεσολάβησε από την θυρεοειδεκτομή μέχρι τη συμπλήρωση των δεδομένων (σε ακέραιους μήνες) ήταν στο εύρος από 2 έως 48 μήνες, με ενδιάμεση τιμή 3,25, κυρίαρχη τιμή 3, μέση τιμή 5,05, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 0,982, τυπική απόκλιση 7,603, και 95% ΔΕ για τη μέση τιμή 3,086-7,014. (Γράφημα 1). Διακρίναμε επίπεδα του χρόνου αυτού ως εξής: Επίπεδο 1: λιγότερο από 3 μήνες (N=15), επίπεδο 2: από 3 έως και 6 μήνες (N=40), επίπεδο 3: περισσότερο από 6 μήνες (N=5).

Η χορηγηθείσα θεραπευτική δόση ραδιενεργού ιωδίου (mCi) ήταν στα καθορισμένα επίπεδα ως εξής: Επίπεδο 1: 100 mCi (N=34), επίπεδο 2: 120 mCi (N=19), επίπεδο 3: 150 mCi (N=7). Κυρίαρχη τιμή: 100 mCi.

Η τιμή της θυρεοσφαιρίνης Tg (ng/ml) ήταν στα καθορισμένα επίπεδα ως εξής: Επίπεδο 1: χαμηλότερη του 0,2 (N=9), επίπεδο 2: 0,2-10,0 (N=32), επίπεδο 3: υψηλότερη του 10,0 (N=3) (**Πίνακας 1 και 2**).

9.2 Ερωτηματολόγιο A: PTGI

Στην ανιχνευτική παραγοντική ανάλυση (EFA) που επιχειρήσαμε δεν κατέστη δυνατή η παραγωγή υποκλιμάκων (των αναμενόμενων πέντε). Επίσης η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ήταν $\alpha=0,970$ ενώ φαινομενικά είναι πολύ καλή (μεγαλύτερη από 0.8), αυτό δεν είναι βέβαιο ,επειδή είναι μεγαλύτερη του 0.95 (75) ένδειξη κάποιου τύπου «redundancy». Αυτά στη συγκεκριμένη περίπτωση αποδόθηκαν στον εξαιρετικά μικρό αριθμό των δεδομένων.

Τα ποσοστά των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς για την καθεμιά ερώτηση του Ερωτηματολογίου PTGI φαίνονται στον **Πίνακα 3**. Σύμφωνα με αυτά το 40% των ασθενών απάντησαν ότι δεν είχαν αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα, το 36,7% δεν έκαναν μια νέα αρχή στη ζωή τους ,το 31,7% δεν είχαν πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους. Επίσης το 35% των ασθενών δεν υποστήριζαν την άποψη ότι ήταν διαθέσιμες νέες ευκαιρίες οι οποίες δεν υπήρχαν πριν και τέλος το 30% δεν έμαθαν πιο πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.

Το συνολικό σκορ των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτηθέντες στο Ερωτηματολόγιο PTGI (= το επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξής τους) είναι στο εύρος 0-105, με μέση τιμή 51,23, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,913, τυπική απόκλιση 30,313, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 43,40-59,06 (**Γράφημα 2**).

Τα (60) συνολικά σκορ που αναλογούν στο δείγμα της μελέτης, κρίνονται ότι αντιστοιχούν σε χαμηλή ή υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη συγκρινόμενα με την τιμή 43,76 που είναι το μέσο σκορ στον ελληνικό πληθυσμό στάθμισης του

Ερωτηματολογίου (76). Χαμηλή μετατραυματική ανάπτυξη εμφάνισαν 21 ασθενείς (35,0%) ενώ υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη 39 ασθενείς (65,0%) (**Γράφημα 3**)..

Η διαφοροποίηση του συνολικού σκορ του Ερωτηματολογίου PTGI με βάση τις διαφορετικές τιμές των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, καθώς και οι αντίστοιχες συγκρίσεις του σκορ αυτού παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δημογραφικών ή ιατρικών μεταβλητών με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σημειωτέον ότι η παράθεση των περιγραφικών μέτρων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, τυπικό λάθος της μέσης τιμής) δεν συνδέεται άμεσα με τις συγκεκριμένες δοκιμασίες της σύγκρισης (Mann-Whitney U και Kruskal Wallis H) αφού αυτές είναι μη παραμετρικές.

Επιπλέον παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ των δύο επιπέδων μετατραυματικής ανάπτυξης (χαμηλό, υψηλό) αφενός, και των διαφορετικών τιμών των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών αφετέρου όπου π.χ. το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών που εμφάνισαν υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη, στο σύνολο του δείγματος με υψηλό επίπεδο ήταν 20,51% και 79,49% αντίστοιχα. Η ηλικιακή ομάδα ≤ 45 ετών με υψηλή μετατραυματική ανάλυση στο σύνολο αυτών με υψηλό επίπεδο εμφάνισε 51,28% ενώ η ομάδα >45 ετών 48,71%. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων (χαμηλό, υψηλό) μετατραυματικής ανάπτυξης και των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών (**Πίνακας 5**).

9.3 Ερωτηματολόγιο B: SF-36

Στην ανιχνευτική παραγοντική ανάλυση (EFA) που επιχειρήσαμε δεν κατέστη δυνατή η παραγωγή υποκλιμάκων (των αναμενόμενων οκτώ), με άλλα λόγια δεν κατέστη δυνατό να ανιχνευτεί η δομή των Παππά και συν κατά τη στάθμιση και προσαρμογή του SF-36 στον ελληνικό πληθυσμό. Αυτό στη συγκεκριμένη περίπτωση αποδόθηκε στον εξαιρετικά μικρό αριθμό των δεδομένων μας. Παρά ταύτα, για τα περαιτέρω (παραγωγή σκορ για τις 8 υποκλίμακες) θεωρήσαμε ότι η δομή αυτή ισχύει. Πάντως, εδώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας μας ήταν $\alpha=0,923$, πολύ καλή (μεγαλύτερη από 0.8).

Οι τιμές Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες φαίνονται στον **Πίνακα 6**. Οι καλές τιμές του Cronbach's alpha είναι > 0.7 , εντούτοις τιμές > 0.6 είναι επίσης αποδεκτές (77,78). Η αξιοπιστία των 8 υποκλιμάκων όπως φάνηκε από τις τιμές του Cronbach's alpha είναι αποδεκτή έως πολύ καλή.

Τα ποσοστά των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στο Ερωτηματολόγιο SF-36 φαίνονται στον **Πίνακα 7**. Ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών απάντησαν ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, δεν τους περιορίζει καθόλου μέτριας έντασης δραστηριότητες (70%), όπως επίσης όταν ανεβαίνουν ένα όροφο (71,7%) ή όταν περπατούν εκατό μέτρα (76,7%) και όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται (83,3%).

Τα χαρακτηριστικά των συνολικών σκορ των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτηθέντες στο Ερωτηματολόγιο SF-36 κατά υποκλίμακα, καθώς και οι αντίστοιχες μέσες τιμές στον γενικό πληθυσμό (71) είχαν ως εξής:

Όλες οι υποκλίμακες είχαν εύρος από 0 έως 100. Η γενική υγεία είχε μέση τιμή 60,10, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,089, τυπική απόκλιση 23,927, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 53,917-66,279 ενώ η αντίστοιχη μέση τιμή στο γενικό πληθυσμό ήταν 67,46. Η σωματική λειτουργία είχε μέση τιμή 76,42, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,133, τυπική απόκλιση 24,271, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 70,147-82,686 και η αντίστοιχη μέση τιμή του γενικού πληθυσμού ήταν 80,76. Ο σωματικός ρόλος είχε μέση τιμή 55,83, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 5,294, τυπική απόκλιση 41,006, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 45,240-66,426 και αντίστοιχη μέση τιμή του γενικού πληθυσμού 79,74.

Ο συναισθηματικός ρόλος είχε μέση τιμή 55,56, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 5,114, τυπική απόκλιση 39,615, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 45,321-65,789 και η αντίστοιχη μέση τιμή του γενικού πληθυσμού ήταν 81,53. Η κοινωνική λειτουργικότητα είχε μέση τιμή 55,24, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,923, τυπική απόκλιση 30,386, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 47,388-63,088 και μέση τιμή του γενικού πληθυσμού ήταν 82,05. Η ζωτικότητα είχε μέση τιμή 59,22, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,018, τυπική απόκλιση 23,376, 95% ΔΕ της μέσης τιμής 53,177-65,254 και η αντίστοιχη μέση τιμή του γενικού πληθυσμού ήταν 66,53. Η ψυχική υγεία είχε μέση τιμή 57,54, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,216, τυπική απόκλιση 24,910, 95% ΔΕ της

μέσης τιμής 51,105-63,975 και η αντίστοιχη μέση τιμή του γενικού πληθυσμού ήταν 68,23.

Επιπλέον η σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν είχε μέση τιμή 55,83, τυπικό λάθος της μέσης τιμής 3,275, τυπική απόκλιση 25,365 ,95% Δε της μέσης τιμής 49,281-62,386. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα της παρούσας έρευνας δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή για το λόγο αυτό , η παράθεση αυτών των στατιστικών χαρακτηριστικών έχει ενδεικτική μόνο αξία (**Πίνακας 8**).

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η διαφοροποίηση του συνολικού σκορ του Ερωτηματολογίου SF-36 με βάση τις διαφορετικές τιμές των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, καθώς και οι αντίστοιχες συγκρίσεις του σκορ αυτού. Το φύλο βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία, με τους άνδρες να έχουν υψηλότερα σκορ (70,3 και 72,2 αντίστοιχα). Ο χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συναισθηματικό ρόλο ,με μεγαλύτερο σκορ (100) στο επίπεδο >6 μηνών. Το στάδιο της νόσου βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη γενική υγεία με μεγαλύτερο σκορ (85,9) στο στάδιο II. Η τιμή της θυρεοσφαιρίνης είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ψυχική υγεία με μεγαλύτερο σκορ (69,8) στο επίπεδο που καθορίστηκε η τιμή της θυρεοσφαιρίνης <0,2ng/ml .Επιπλέον η ηλικιακή ομάδα είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, ιδίως η ομάδα >45 ετών με σκορ 62,9. Χρησιμοποιήθηκε η ίδια μεθοδολογία με την οποία προέκυψαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 5 για το Ερωτηματολόγιο A.

Στον **Πίνακα 10** φαίνονται οι συσχετίσεις των 8 υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής με τη σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σημερινής κατάστασης υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν ,με τη γενική υγεία ($p=0,045$), το σωματικό ρόλο ($p=0,030$), το συναισθηματικό ρόλο ($p=0,008$) ,την κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,032$), ζωτικότητα ($p=0,003$) και την ψυχική υγεία ($p=0,043$).

9.4 Συσχετίσεις μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων PTGI και SF-36

Οι συσχετίσεις μεταξύ του σκορ του Ερωτηματολογίου μετατραυματικής ανάπτυξης (PTG) αφενός και των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SF-36 αφετέρου ανέδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης με την κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,001$) και την ψυχική υγεία ($p=0,032$) (Πίνακας 11).

10 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

10.1 Ευρήματα σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη

Τα συνολικά σκορ των απαντήσεων των ασθενών της μελέτης, στο Ερωτηματολόγιο PTGI (μετατραυματικής ανάπτυξης) χ είχε εύρος 0-105 και μέση τιμή 51,23 συγκριτικά με την τιμή 43,76 που είναι η μέση τιμή που εμφανίζει το δείγμα στάθμισης του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό των Μυστακίδου και συν. Στην έρευνα εκείνη που αφορούσε μόνο γυναίκες, το μέγεθος του δείγματος ήταν μεγαλύτερο (131 ασθενείς), η κατανομή των δεδομένων ήταν κανονική και η διάγνωση διαφορετική: καρκίνος του μαστού, χειρότερης πρόγνωσης συγκριτικά με τον καρκίνο του θυρεοειδούς. Τα συνολικά αυτά σκορ συγκρινόμενα με την ως άνω τιμή 43,76, διαχωρίζονται σε χαμηλή μετατραυματική ανάπτυξη την οποία εμφάνισαν 21 ασθενείς (35,0%) και σε υψηλή την οποία εμφάνισαν 39 ασθενείς (65,0%).

Τα ποσοστά αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών με άνω του μετρίου ανάπτυξη του φαινομένου όπως 53% (48), 83% (49), 98% (79). Στην έρευνα της Κουτρούλη (80) το δείγμα της μελέτης είχε μέση τιμή 66,74 με μέγεθος του δείγματος 202, επίσης κανονική κατανομή των δεδομένων, και με πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ διάγνωσης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (μέση τιμή τα 8,5 χρόνια, σε σύγκριση με τους 5,05 μήνες της παρούσας μελέτης). Σύμφωνα με τους ερευνητές που μελετούν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης (81) ο χρόνος από τη διάγνωση βοηθάει στην εμφάνιση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση των δημογραφικών και ιατρικών στοιχείων με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα ερευνήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση των ανωτέρω δημογραφικών παραγόντων με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Θα πρέπει να τονιστεί ότι πορίσματα άλλων ερευνών υποστηρίζουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της μετατραυματικής ανάπτυξης, αλλά με αρνητικό πρόσημο. Αυτό σημαίνει ότι τα νεαρά άτομα εμφανίζουν συχνότερα μετατραυματική ανάπτυξη (80,82-84). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι ο περίγυρος των νεαρών ατόμων είναι πιο υποστηρικτικός, με αποτέλεσμα να ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη μιας πιο θετικής στάσης για τη ζωή (84). Οι ερευνητές Tedeschi & Cahoun που αρχικά μελέτησαν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης, υποστηρίζουν ότι οι πιο δυνατοί μπορούν να υπερνικήσουν τα εμπόδια και να αναπτύξουν μια πιο θετική στάση για τη ζωή. Τα νεότερα άτομα θεωρούνται πιο δυνατά, με μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν μετατραυματική ανάπτυξη(85).

Εκτός από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη (80,86). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι ο περίγυρος των νεαρών ατόμων είναι πιο υποστηρικτικός, με αποτέλεσμα να ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη μιας πιο θετικής στάσης για τη ζωή (84).

Επιπλέον στην παρούσα μελέτη το μορφωτικό επίπεδο δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Όμως οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, φαίνεται να έχουν κατά μέσο όρο υψηλό επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξης (μέση τιμή 56,8) σε αντίθεση με αυτούς που είχαν υψηλό επίπεδο μόρφωσης (μέσο όρο 47,14). Το ίδιο υποστηρίζουν και άλλες μελέτες οι οποίες συσχετίζουν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο με μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη (45,86). Είναι γεγονός ότι το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης δεν αποτελεί εμπόδιο για την υιοθέτηση θετικής στάσης για τη ζωή. Όλοι οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν νέες προοπτικές στη ζωή και πτυχές της προσωπικότητάς τους, ικανές να τους οδηγήσουν στη μετατραυματική ανάπτυξη, μετά από ένα τραυματικό γεγονός.

Επίσης στην παρούσα έρευνα όπως προαναφέρθηκε σχετικά με τους δημογραφικούς παράγοντες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και μετατραυματικής ανάπτυξης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με άλλες έρευνες όπως των Sears et al(49) , Manne et al (84), Weiss (45,79), όπου οι τρεις τελευταίες δεν αναδεικνύουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και ποιότητας γάμου. Όπως φάνηκε στην παρούσα έρευνα οι διαζευγμένοι είχαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (μέση τιμή 59,00), ακολουθούν οι χήροι (μέση τιμή 54,67), μετά οι έγγαμοι (μέση τιμή 46,07) και τέλος οι άγαμοι(μέση τιμή 35,13). Είναι λογικό τα άτομα που δέχτηκαν πριν τη νόσο τους ένα πλήγμα στην οικογενειακή τους ζωή, να έχουν μπει από πιο νωρίς στη διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η χαμηλή τιμή στους άγαμους, δείχνει το σημαντικό ρόλο της συντροφικότητας στην αντιμετώπιση της νόσου, η έλλειψη της οποίας δυσχεραίνει την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Εκτός από την εξέταση των δημογραφικών στοιχείων διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και ορισμένων ιατρικών στοιχείων όπως το στάδιο της νόσου, χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή, προετοιμασία για τη λήψη RAI, θεραπευτική δόση, Tg, συνυπάρχοντα νοσήματα. Για κανένα από τα ανωτέρω στοιχεία δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Συγκριτικά με άλλες μελέτες, αναφορικά με το στάδιο της νόσου, το οποίο δείχνει ουσιαστικά τη σοβαρότητα της νόσου, δεν αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη (45,53,84,87). Στην παρούσα μελέτη μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη εμφάνισαν ασθενείς με προχωρημένο στάδιο της νόσου (μέση τιμή 54,83). Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός, ότι η σοβαρότητα της νόσου αποτελεί σοβαρή απειλή για τη ζωή του ανθρώπου και επομένως τον βάζει γρηγορότερα στη διαδικασία δημιουργίας της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Ένα επιπλέον ιατρικό στοιχείο, που οι δημιουργοί του όρου της μετατραυματικής ανάπτυξης το θεωρούν σημαντικό για την εμφάνισή της, είναι ο χρόνος από τη στιγμή της διάγνωσης (χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή για τη συγκεκριμένη μελέτη).Οι ίδιοι ερευνητές Tedeschi & Calhoun υποστηρίζουν ότι ο άνθρωπος χρειάζεται χρόνο για να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη. Με αυτή την άποψη συμφωνούν τα αποτελέσματα ορισμένων μελετών όπως των Cordova et al (53) , Manne et al (84) ,Sears et al (49). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το μικρό

χρονικό διάστημα σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (45). Άλλοι πάλι θεωρούν ότι η κορύφωση της συναισθηματικής φόρτισης ολοκληρώνεται στις 100 ημέρες από τη διάγνωση της νόσου (88) ενώ άλλοι μετά το τέλος των θεραπειών (89). Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου από τη θυρεοειδεκτομή και τη μετατραυματική ανάπτυξη και συμφωνούν με ευρήματα της Κουτρούλη (80). Επίσης η διαφορετικότητα των αποτελεσμάτων δείχνουν ότι η μεταξύ τους σχέση δεν είναι ξεκάθαρη.

10.2 Ευρήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όλες οι υποκλίμακες που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο SF-36 ήταν μειωμένες συγκριτικά με τον πληθυσμό στάθμισης του ερωτηματολογίου για τον ελληνικό πληθυσμό (71). Αυτό ήταν αναμενόμενο εξαιτίας του ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν καταστεί υποθυρεοειδικοί, προκειμένου να λάβουν το I-131. Επίσης οι ασθενείς αυτοί, σύμφωνα με άλλες έρευνες, βιώνουν δύσκολες στιγμές παρατηρώντας καθημερινά την ουλή στο σώμα τους, που προκλήθηκε εξαιτίας της θυρεοειδεκτομής (90,91). Επιπλέον αν και οι ασθενείς ενημερώνονται για την καλή πρόγνωση της νόσου, παρόλα αυτά οι κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής τους είναι το ίδιο χαμηλές με κακοήθειες κακής πρόγνωσης και χρόνια νοσήματα (33).

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου το οποίο έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την κοινωνική λειτουργικότητα και τη ψυχική υγεία. Οι άνδρες έχουν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τις γυναίκες. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξαν και άλλες μελέτες (68,92) με την τελευταία να αναφέρει επιπλέον σημαντική σχέση μεταξύ του υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας. Αυτό οφείλεται πιθανότατα στην καλύτερη ενημέρωση και κατανόηση της νόσου αλλά και του θεραπευτικού χειρισμού. Στη μελέτη των Καραπάνου και συν (93) οι 8 υποκλίμακες ήταν ανεξάρτητες των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι από τα δημογραφικά στοιχεία η ηλικία φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση όχι με τις 8 υποκλίμακες, αλλά με την σύγκριση

της κατάστασης της υγείας των ασθενών 1 χρόνο πριν. Τα σκορ των ασθενών που ανήκουν στο ηλικιακό επίπεδο >45 ετών είναι μεγαλύτερα. Με βάση τα λοιπά ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου που μεσολάβησε από τη θυρεοειδεκτομή και του συναισθηματικού ρόλου, της τιμής της θυρεοσφαιρίνης με την ψυχική υγεία καθώς και του σταδίου της νόσου με τη γενική υγεία. Τα αποτελέσματα αυτά θεωρούνται αναμενόμενα καθώς το πέρασμα του χρόνου από τη χειρουργική επέμβαση βοηθάει στην καλύτερη διαχείριση της συναισθηματικής φόρτισης, που επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Η τιμή της θυρεοσφαιρίνης και το στάδιο της νόσου εκφράζουν αντίστοιχα την υποτροπή και τη σοβαρότητα της νόσου του ασθενούς, που με τη σειρά τους επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται στην έρευνα της Γκατζιά 2018 (92) .

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι λοιπές μεταβλητές που σχετίζονται με νοσήματα όπως και ο δείκτης μάζας σώματος που ενδεχομένως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, είναι ανεξάρτητες των 8 υποκλιμάκων . Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μιας μεγάλης έρευνας 19.460 ατόμων των Kearns et al (94) όπου τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα είχαν μειωμένη ποιότητα ζωής.

Σε προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά στην αναγκαιότητα να γίνει ο ασθενής υποθυρεοειδής προκειμένου να λάβει τη συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά και τα έντονα συμπτώματα σωματικά και ψυχικά που προκαλούνται από τον υποθυρεοειδισμό. Διάφορες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη χορήγηση της ανασυνδυασμένης TSH που υποστηρίζουν ότι ο ασθενής γίνεται υποθυρεοειδής χωρίς την παρουσία των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού και επομένως δεν επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Σε αντίθεση με τη διακοπή των θυρεοειδικών ορμονών που προκαλεί έντονα συμπτώματα υποθυρεοειδισμού. Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της προετοιμασίας για τη ραδιοϊσοτοπική θεραπεία και των 8 υποκλιμάκων . Αυτό συμβαίνει πιθανότητα λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα. Σε αντίθεση με άλλες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η χορήγηση της rhTSH είναι η καλύτερη επιλογή συγκριτικά με τη διακοπή των θυρεοειδικών ορμονών στην επίδραση της ποιότητας ζωής των ασθενών (30,33,66,95,96) .

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην παρούσα μελέτη η θεραπευτική δόση που χορηγήθηκε ήταν ανεξάρτητη της ποιότητας ζωής των ασθενών ,παρόλο που υποδηλώνει τη σοβαρότητα της νόσου. Σε αντίθεση με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι μεγάλες δόσεις I-131 (>150mCi) επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών(97).

10.3 Ευρήματα για τη σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία

Σε προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκε ότι η εμπειρία του καρκίνου είναι πιθανόν να δημιουργήσει τη μετατραυματική ανάπτυξη αλλά και να επηρεάσει την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών εννοιών και βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και δύο υποκλιμάκων της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Τα αποτελέσματα αυτά θεωρούνται αναμενόμενα διότι η μετατραυματική ανάπτυξη αναλύεται στους τομείς που αφορά την προσωπική δύναμη και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ανωτέρω ευρήματα συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών όπου η δημιουργία της μετατραυματικής ανάπτυξης στους ασθενείς με καρκίνο, βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους μετριάζοντας τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από την κατάθλιψη (98–100) .Αντίθετα άλλες μελέτες διαφωνούν με τα εν λόγω ευρήματα και υποστηρίζουν ότι η σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και ποιότητας ζωής είναι ελάχιστη (101) .

10.4 Περιορισμοί της μελέτης

Ένας από τους σημαντικούς περιορισμούς της μελέτης είναι το μικρό μη τυχαιοποιημένο δείγμα των 60 ατόμων που έλαβε μέρος τελικά στην έρευνα, σε σύγκριση με τον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης που περιλάμβανε 80 άτομα. Η μείωση

στον αριθμό του δείγματος οφείλεται κυρίως στην πανδημία COVID-19, που για λόγους προστασίας των ασθενών, δεν ήταν δυνατή η χορήγηση των ερωτηματολογίων από την ερευνήτρια. Επιπλέον είναι περιορισμένος ο αριθμός των συγκεκριμένων ασθενών, περίπου 24 άτομα το μήνα νοσηλεύονται στη μονάδα νοσηλείας της Πυρηνικής Ιατρικής του ΠΑΓΝΗ. Το μικρό δείγμα της μελέτης περιορίζει την πιθανότητα ανάδειξης στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων, τόσο στην μετατραυματική ανάπτυξη όσο και στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική, οι οποίοι όμως δεν μπορεί να μελετήσει την αιτιολογική σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός νέων διαχρονικών και πειραματικών μελετών, οι οποίες θα δώσουν περισσότερες πληροφορίες στην κατανόηση της δημιουργίας της μετατραυματικής ανάπτυξης και τη σχέση της με τα ιατρικά, δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του υπό έρευνα πληθυσμού.

Στην παρούσα μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες αλλά δε μετρά τις αρνητικές συνέπειες της νόσου στη συμπεριφορά τους. Η πλήρης μελέτη της συμπεριφοράς ενός ατόμου αφορά τόσο στις θετικές και όσο και στις αρνητικές αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου, όπως αυτή επηρεάζεται από την ασθένεια.

Επίσης η συγκεκριμένη έρευνα μετρά τη θετική αλλαγή, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν αν αυτή είναι πραγματικό αποτέλεσμα της νόσου ή της αλλαγής και της ωριμότητας που φέρνει το πέρασμα του χρόνου. Οι Cordova et al(53) σχεδίασαν μια τέτοια μελέτη, όπου τα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης στην ομάδα ελέγχου υγιών ατόμων συγκρίθηκε με εκείνα της ομάδας των ασθενών. Η ομάδα των ασθενών εμφάνισε μεγαλύτερα ποσοστά εξαιτίας της νόσου σε σύγκριση με τους υγιείς για το ίδιο χρονικό διάστημα.

Ένας επιπλέον περιορισμός της μελέτης είναι η χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 γενικής υγείας. Το SF-36 είναι ένα σημαντικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία. Η ανάδειξη όμως κλινικά σημαντικών αλλαγών, ως αποτέλεσμα μιας νόσου, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, δεν είναι δυνατόν να γίνει με τη χρήση του SF-36. Σύμφωνα με τον McKenna 1993 η μέτρηση της ποιότητας ζωής δεν είναι αρκετή θέτοντας μόνο γενικές ερωτήσεις, αλλά και πιο

συγκεκριμένες που αφορούν την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Σε ασθένειες είναι ιδιαίτερα σημαντική, η χρήση εξειδικευμένου ερωτηματολογίου για τη συγκεκριμένη νόσο και αποτελούν ευαίσθητους δείκτες κλινικά σημαντικών αλλαγών του επιπέδου υγείας των ασθενών (59). Θα πρέπει να τονιστεί ότι κατά την έναρξη της παρούσας μελέτης δεν είχε ακόμα ολοκληρωθεί η μετάφραση και στάθμιση του ειδικού ερωτηματολογίου QLQ-THY34 για τον ελληνικό πληθυσμό με Ca θυρεοειδούς. Για το λόγο αυτό δεν έγινε η χρήση του στην παρούσα μελέτη.

11 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ανωτέρα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε είναι τα εξής:

A) Σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη το 65,0% του δείγματος των ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, εμφάνισαν υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη και το 35,0% χαμηλή, συγκριτικά με το πληθυσμό στάθμισης. Επιπλέον δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και των δημογραφικών και ιατρικών χαρακτηριστικών των ασθενών.

B) Οι 8 υποκλίμακες της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία ήταν γενικά χαμηλές, συγκριτικά με τον πληθυσμό στάθμισης του ερωτηματολογίου. Ο συσχετισμός των 8 υποκλιμάκων με τα δημογραφικά στοιχεία ανέδειξε ότι μόνο το φύλο είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία, με τους άνδρες να έχουν υψηλότερα σκορ από τις γυναίκες. Τα λοιπά δημογραφικά στοιχεία είναι ανεξάρτητα των 8 υποκλιμάκων. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι το ηλικιακό επίπεδο είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας των ασθενών συγκριτικά με ένα χρόνο πριν και πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς >45 να έχουν μεγαλύτερα σκορ.

Με βάση τα λοιπά ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου που μεσολάβησε από τη θυρεοειδεκτομή και του συναισθηματικού ρόλου, της τιμής της θυρεοσφαιρίνης

με την ψυχική υγεία καθώς και του σταδίου της νόσου με τη γενική υγεία. Οι λοιπές μεταβλητές που αφορούν τα συνοδά νοσήματα αλλά και ο δείκτης μάζας σώματος που συνήθως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, είναι ανεξάρτητες των 8 υποκλιμάκων.

Γ) Τέλος η παρούσα μελέτη ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και δύο υποκλιμάκων της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι λόγω της πανδημίας COVID-19 δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθεί μεγαλύτερο δείγμα ασθενών ,γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Η αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία, θα μπορούσε να βελτιώσει τη θεραπευτική διαδικασία των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ραδιοϊσοτοπική θεραπεία με I-131,. Η εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης στους ασθενείς συμβάλλει στην ανάδειξη των αισιόδοξων στοιχείων της προσωπικότητας ,στην ψύχραιμη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων ,στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής αποκτά σταδιακά την ικανότητα να μπορεί να κατανοήσει και να διαχειριστεί καλύτερα τη θεραπευτική διαδικασία.

Θα πρέπει να σχεδιαστούν τυχαιοποιημένες μελέτες με αρκετά μεγαλύτερο δείγμα ασθενών, με σκοπό τη διερεύνηση της δυναμικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος και των ατομικών χαρακτηριστικών (προσωπικότητα) , συμπεριφορά, ιατρικών παραγόντων (στάδιο της νόσου) , εξωτερικών παραγόντων (υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον) και της μετατραυματικής ανάπτυξης. Επιπλέον θα ήταν απαραίτητη η συμπληρωματική χρήση ενός Ειδικού Ερωτηματολογίου για τον καρκίνο του θυρεοειδούς μαζί με ένα Γενικό Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής ,από όπου θα μπορούσαν να συλλεχθούν στοιχεία κλινικά σημαντικών αλλαγών στη ζωή των ασθενών. Η κατανόηση των ανωτέρω σχέσεων αλλά και η καταγραφή των κλινικά σημαντικών αλλαγών στους ασθενείς, θα εμπλουτίσει τις γνώσεις μας για τη συμπεριφορά των ασθενών με καρκίνο του θυρεοειδούς και θα οδηγήσει σε παρεμβάσεις με στόχο την ψυχολογική τους

υποστήριξη και την καθοδήγησή τους προς την μετατραυματική ανάπτυξη η οποία τελικά θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

12 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α-ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Οι συχνότητες και τα ποσοστά % των ασθενών σύμφωνα με τα δημογραφικά δεδομένα τους.

Μεταβλητή	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστό %
Φύλο	Άνδρες	13	21,7%
	Γυναίκες	47	78,3%
Ηλικιακή ομάδα	<=45 ετών	31	51,7%
	> 45 ετών	29	48,3%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	8	13,3%
	Έγγαμος	43	71,7%
	Διαζευγμένος/η	6	10,0%
	Χήρος/α	3	5,0%
Εκπαίδευση	Κατωτέρα	5	8,3%
	Μέση	39	65,0%
	Ανωτέρα	9	15,0%
	Ανωτάτη	7	11,7%

Πίνακας 2: Οι συχνότητες και τα ποσοστά % των ασθενών σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα τους.

Μεταβλητή	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστό %
Δείκτης μάζας σώματος σε επίπεδα	Λιποβαρής<18,5,	2	3,3%
	Φυσιολογικός 18,5-24,9,	17	28,3%
	Υπέρβαρος 25,0-29,9,	23	38,3%
	παχύσαρκος>=30,0.	18	30,0%
Υπέρταση	Όχι	54	90,0%
	Ναι	6	10,0%
Δυσλιπιδαιμία	Όχι	52	86,7%
	Ναι	8	13,3%
Στεφανιαία νόσος	Όχι	58	96,7%
	Ναι	2	3,3%
Σακχαρώδης διαβήτης	Όχι	58	96,7%
	Ναι	2	3,3%
Άλλα νοσήματα	Όχι	51	85,0%
	Ναι	9	15,0%
Χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή	<3 μήνες	15	25,0%
	3-6 μήνες	40	66,7%

	>6 μήνες	5	8,3%
Τιμές θυρεοσφαιρίνης*	<0,2	9	15,0%
	0,2-10,0	32	53,3%
	>10,0	3	5,0%
Στάδιο Νόσου	Στάδιο I	49	81,7%
	Στάδιο II	5	8,3%
	Στάδιο III	6	10,0%
Προετοιμασία για τη λήψη ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας	Διακοπή θυροξίνης	29	48,3%
	Χορήγηση hrTSH	23	38,3%
	Και τα δύο παραπάνω	8	13,3%
Επίπεδα θεραπευτικής δόσης I-131	100 mCi	34	56,7%
	120 mCi,	19	31,7%
	150 mCi.	7	11,7%

* Για τις τιμές της θυρεοσφαιρίνης υπήρχαν μόνο n=44 ασθενείς (16 άτομα δηλαδή το 26,7% των ασθενών δεν διέθεταν τιμή για το TG τους).

Πίνακας 3: Η συχνότητα και το αντίστοιχο ποσοστό των απαντήσεων (0-5) για την καθεμιά ερώτηση του Ερωτηματολογίου Α.

Απαντήσεις Ερωτηματολογίου Α (0-5).

0 = δεν βίωσα αυτή την αλλαγή σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

1 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

2 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

3 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μέτριο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

4 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

5 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

Ερώτηση	Απαντήσεις					
	0	1	2	3	4	5
1. Άλλαξα τις προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.	17 (28,3%)	7 (11,7%)	10 (16,7%)	7 (11,7%)	10 (16,7%)	9 (15,0%)
2. Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.	12 (20,0%)	6 (10,0%)	7 (11,7%)	10 (16,7%)	10 (16,7%)	15 (25,0%)
3. Έχω αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα.	24 (40,0%)	3 (5,0%)	9 (15,0%)	12 (20,0%)	7 (11,7%)	5 (8,3%)
4. Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	17 (28,3%)	7 (11,7%)	5 (8,3%)	12 (20,0%)	9 (15,0%)	10 (16,7%)
5. Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για τα πνευματικά θέματα.	17 (28,3%)	5 (8,3%)	6 (10,0%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	7 (11,7%)
6. Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.	13 (21,7%)	7 (11,7%)	10 (16,7%)	12 (20,0%)	6 (10,0%)	12 (20,0%)
7. Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.	22 (36,7%)	6 (10,0%)	8 (13,3%)	12 (20,0%)	5 (8,3%)	7 (11,7%)
8. Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.	19 (31,7%)	6 (10,0%)	6 (10,0%)	15 (25,0%)	5 (8,3%)	9 (15,0%)
9. Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.	15 (25,0%)	11 (18,3%)	8 (13,3%)	10 (16,7%)	10 (16,7%)	6 (10,0%)

10. Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.	10 (16,7%)	6 (10,0%)	5 (8,3%)	9 (15,0%)	15 (25,0%)	15 (25,0%)
11.Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου.	14 (23,3%)	6 (10,0%)	5 (8,3%)	10 (16,7%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)
12. Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πως εξελίσσονται τα πράγματα.	12 (20,0%)	5 (8,3%)	11 (18,3%)	12 (20,0%)	8 (13,3%)	12 (20,0%)
13. Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.	9 (15,0%)	9 (15,0%)	6 (10,0%)	8 (13,3%)	13 (21,7%)	15 (25,0%)
14. Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες ,οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.	21 (35,0%)	2 (3,3%)	13 (21,7%)	11 (18,3%)	6 (10,0%)	7 (11,7%)
15. Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.	12 (20,0%)	5 (8,3%)	7 (11,7%)	7 (11,7%)	13 (21,7%)	16 (26,7%)
16. Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.	17 (28,3%)	5 (8,3%)	8 (13,3%)	10 (16,7%)	9 (15,0%)	11 (18,3%)
17. Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλαχθούν.	12 (20,0%)	7 (11,7%)	6 (10,0%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	10 (16,7%)
18. Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.	17 (28,3%)	8 (13,3%)	6 (10,0%)	9 (15,0%)	10 (16,7%)	10 (16,7%)
19. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός απ'ότι νόμιζα.	11 (18,3%)	8 (13,3%)	6 (10,0%)	4 (6,7%)	14 (23,3%)	17 (28,3%)
20. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.	18 (30,0%)	4 (6,7%)	8 (13,3%)	14 (23,3%)	8 (13,3%)	8 (13,3%)
21. Αποδέχομαι καλύτερα πως έχω ανάγκη τους άλλους ανθρώπους.	13 (21,7%)	5 (8,3%)	4 (6,7%)	10 (16,7%)	13 (21,7%)	15 (25,0%)

Πίνακας 4: Παρουσιάζει τη διαφοροποίηση του σκορ του Ερωτηματολογίου PTGI με βάση τις διαφορετικές τιμές των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, καθώς και τις αντίστοιχες συγκρίσεις του σκορ αυτού.

Μεταβλητή	Τιμή	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	Σύγκριση
Φύλο	Άνδρες	13	46,15	28,059	7,782	Mann-Whitney U=253,000; P=,346
	Γυναίκες	47	52,64	31,046	4,529	
Ηλικιακή ομάδα	<=45ετών	31	54,87	31,890	5,728	Mann-Whitney U=377,000; P=,283
	>45 ετών	29	47,34	28,570	5,305	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	8	35,13	9,387	3,319	Kruskal Wallis H=2,302; P=,512
	Έγγαμος	43	46,07	9,896	1,509	
	Διαζευγμένος/η	6	59,00	6,293	2,569	
	Χήρος/α	3	54,67	15,885	9,171	
Εκπαίδευση	Κατωτέρα	5	56,80	14,839	6,636	Kruskal Wallis H=3,192; P=,363
	Μέση	39	46,69	9,545	1,528	
	Ανωτέρα	9	38,33	11,927	3,976	
	Ανωτάτη	7	47,14	12,890	4,872	
Δείκτης μάζας σώματος	Λιποβαρής<18,5,	2	78,50	2,121	1,500	Kruskal Wallis H=3,900; P=,272
	Φυσιολογικός 18,5-24,9,	17	56,82	27,600	6,694	
	Υπέρβαρος 25,0-29,9,	23	42,87	33,468	6,979	
	παχύσαρκος>=30,0.	18	53,61	28,334	6,678	
Υπέρταση	Όχι	54	52,17	31,105	4,233	Mann-Whitney U=120,000; P=,300
	Ναι	6	42,83	22,203	9,064	
Δυσλιπιδαιμία	Όχι	52	50,21	31,396	4,354	Mann-Whitney U=182,000; P=,571
	Ναι	8	57,88	22,465	7,943	
Στεφανιαία νόσος	Όχι	58	50,86	30,689	4,030	Mann-Whitney U=49,500; P=,726
	Ναι	2	62,00	16,971	12,000	

Σακχαρώδης διαβήτης	Όχι	58	51,14	30,799	4,044	Mann-Whitney U=54,000; P=,869
	Ναι	2	54,00	11,314	8,000	
Άλλα νοσήματα	Όχι	51	52,59	30,638	4,290	Mann-Whitney U=188,500; P=,395
	Ναι	9	43,56	28,841	9,614	
Χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή	<3 μήνες	15	56,13	31,573	8,152	Kruskal Wallis H=,465; P=,793
	3-6 μήνες	40	48,88	31,096	4,917	
	>6 μήνες	5	55,40	21,663	9,688	
Τιμή θυρεοσφαιρίνης	<0,2	9	41,67	8,441	2,814	Kruskal Wallis H=4,588; P=,101
	0,2-10,0	32	45,81	11,939	2,111	
	>10,0	3	54,67	15,011	8,667	
Στάδιο Νόσου	Στάδιο I	49	45,45	10,540	1,506	Kruskal Wallis H=,560; P=,756
	Στάδιο II	5	44,80	19,097	8,540	
	Στάδιο III	6	54,83	8,208	3,351	
Προετοιμασία για τη λήψη ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας	Διακοπή θυροξίνης	29	46,00	11,781	2,188	Kruskal Wallis H=,267; P=,875
	Χορήγηση hrTSH	23	45,78	10,570	2,204	
	Και τα δύο παραπάνω	8	49,13	13,065	4,619	
Επίπεδα θεραπευτικής δόσης I-131	100 mCi	34	48,00	8,917	1,529	Kruskal Wallis H=1,942; P=,379
	120 mCi,	19	48,21	13,444	3,084	
	150 mCi.	7	33,14	7,690	2,907	

*

Για την τιμή της θυρεοσφαιρίνης υπήρχαν μόνο n=44 ασθενείς (16 άτομα δηλαδή το 26,7% των ασθενών δεν διέθεταν τιμή για τη θυρεοσφαιρίνη τους).

Πίνακας 5: Παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ των δύο επιπέδων μετατραυματικής ανάπτυξης και των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών αφετέρου.

		Μετατραυματική ανάπτυξη		Σύγκριση
		χαμηλή	υψηλή	
Φύλο	Άνδρες	5	8	$\chi^2=,087$; $\beta.ε.=1$; $P=,767$
	Γυναίκες	16	31	
Ηλικιακή ομάδα	<=45ετών	11	20	$\chi^2=,007$; $\beta.ε.=1$; $P=,935$
	>45 ετών	10	19	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	3	5	$\chi^2=1,004$; $\beta.ε.=3$; $P=,800$
	Έγγαμος	16	27	
	Διαζευγμένος/η	1	5	
	Χήρος/α	1	2	
Εκπαίδευση	Κατωτέρα	1	4	$\chi^2=3,500$; $\beta.ε.=3$; $P=,321$
	Μέση	14	25	
	Ανωτέρα	5	4	
	Ανωτάτη	1	6	
Δείκτης μάζας σώματος	Λιποβαρής<18,5,	0	2	$\chi^2=2,906$; $\beta.ε.=3$; $P=,406$
	Φυσιολογικός 18,5-24,9,	4	13	
	Υπέρβαρος 25,0-29,9,	10	13	
	παχύσαρκος>=30,0.	7	11	
Υπέρταση	Όχι	19	35	$\chi^2=,008$; $\beta.ε.=1$; $P=1,000\#$
	Ναι	2	4	
Δυσλιπιδαιμία	Όχι	20	32	$\chi^2=2,054$; $\beta.ε.=1$; $P=,301\#$
	Ναι	1	7	
Στεφανιαία νόσος	Όχι	21	37	$\chi^2=1,114$; $\beta.ε.=1$; $P=,763\#$
	Ναι	0	2	
Σακχαρώδης διαβήτης	Όχι	21	37	$\chi^2=1,114$; $\beta.ε.=1$; $P=,763\#$
	Ναι	0	2	
Άλλα νοσήματα	Όχι	18	33	$\chi^2=,013$; $\beta.ε.=1$; $P=1,000\#$
	Ναι	3	6	
Χρόνος από τη θυρεοειδεκτομή	<3 μήνες	4	11	$\chi^2=,623$; $\beta.ε.=2$; $P=,732$
	3-6 μήνες	15	25	
	>6 μήνες	2	3	
	<0,2	5	4	

Τιμή θυρεοσφαιρίνης*	0,2-10,0	7	25	$\chi^2=3,850;$ $\beta.ε.=2;$ $P=,146$
	>10,0	1	2	
Στάδιο Νόσου	Στάδιο I	16	33	$\chi^2=,767;$ $\beta.ε.=2;$ $P=,681$
	Στάδιο II	2	3	
	Στάδιο III	3	3	
Προετοιμασία για τη λήψη ραδιοϊσοτοπικής θεραπείας	Διακοπή θυροξίνης	12	17	$\chi^2=3,088;$ $\beta.ε.=2;$ $P=,214$
	Χορήγηση hrTSH	5	18	
	Και τα δύο παραπάνω	4	4	
Επίπεδα θεραπευτικής δόσης I-131	100 mCi	12	12	$\chi^2=2,140;$ $\beta.ε.=2;$ $P=,343$
	120 mCi,	5	14	
	150 mCi.	4	3	

*

Για την τιμή της θυρεοσφαιρίνης υπήρχαν μόνο n=44 ασθενείς (16 άτομα δηλαδή το 26,7% των ασθενών δεν διέθεταν τιμή για το TG τους). # Στη δοκιμασία χ^2 χρησιμοποιήθηκε διόρθωση Yates.

Πίνακας 6: Οι τιμές Cronbach's alpha για την αξιοπιστία των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Β.

	Cronbach's alpha
Γενική Υγεία	,752
Σωματική Λειτουργία	,928
Σωματικός Ρόλος	,840
Σωματικός Πόνος	,914
Συναισθηματικός Ρόλος	,707
Κοινωνική Λειτουργικότητα	,674
Ζωτικότητα	,666
Ψυχική Υγεία	,759

Πίνακας 7: Η συχνότητα και το αντίστοιχο ποσοστό των απαντήσεων για την καθημιά ερώτηση του Ερωτηματολογίου Β.

Κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου Β έχει διαφορετικό αριθμό (από 1 έως 6) και περιεχόμενο απαντήσεων. Βλέπε Ερωτηματολόγιο SF-36 σελ.83.

	1	2	3	4	5	6
1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	6 (10,0%)	23 (38,3%)	23 (38,3%)	8 (13,3%)		
2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας <u>τώρα</u> ;	9 (15,0%)	10 (16,7%)	29 (48,3%)	10 (16,7%)	2 (3,3%)	
3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει</u> σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;	11 (18,3%)	32 (53,3%)	17 (28,3%)			
3α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ						
3β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	6 (10,0%)	12 (20,0%)	42 (70,0%)			
3γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	4 (6,7%)	23 (38,3%)	33 (55,0%)			

3δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους	11 (18,3%)	25 (41,7%)	24 (40,0%)			
ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	3 (5,0%)	14 (23,3%)	43 (71,7%)			
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	6 (10,0%)	15 (25,0%)	39 (65,0%)			
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	5 (8,3%)	20 (33,3%)	35 (58,3%)			
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	4 (6,7%)	15 (25,0%)	41 (68,3%)			
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	2 (3,3%)	12 (20,0%)	46 (76,7%)			
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1 (1,7%)	9 (1,0%)	50 (83,3%)			
4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, <u>εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας</u>;	23 (38,3%)	37 (61,7%)				
4α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες						
4β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	25 (41,7%)	35 (58,3%)				

4γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	29 (48,3%)	31 (51,7%)				
4δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)	29 (48,3%)	31 (51,7%)				
5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα <u>εξαιτίας</u> οποιουδήποτε <u>συναισθηματικού προβλήματος</u> (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);	23 (38,3%)	37 (61,7%)				
5α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες						
5β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	30 (50,0%)	30 (50,0%)				
5γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό,τι συνήθως	27 (45,0%)	33 (55,0%)				
6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;	15 (25,0%)	15 (25,0%)	12 (20,0%)	13 (21,7%)	5 (8,3%)	

7. Πόσο <u>σωματικό</u> πόνο νιώσατε τις <u>τελευταίες</u> 4 εβδομάδες;	24 (40,0%)	13 (21,7%)	6 (10,0%)	9 (15,0%)	8 (13,3%)	
8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο <u>πόνος</u> τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	30 (50,0%)	14 (23,3%)	11 (18,3%)	4 (6,7%)	1 (1,7%)	
9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:	2 (3,3%)	18 (30,0%)	11 (18,3%)	14 (23,3%)	11 (18,3%)	4 (6,7%)
9α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;						
9β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	4 (6,7%)	5 (8,3%)	12 (20,0%)	17 (28,3%)	14 (23,3%)	8 (13,3%)
9γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	4 (6,7%)	8 (13,3%)	11 (18,3%)	15 (25,0%)	9 (15,0%)	13 (21,7%)
9δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	2 (3,3%)	13 (21,7%)	9 (15,0%)	17 (28,3%)	10 (16,7%)	9 (15,0%)
9ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	7 (11,7%)	11 (18,3%)	8 (13,3%)	17 (28,3%)	12 (20,0%)	5 (8,3%)
9στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	4 (6,7%)	4 (6,7%)	7 (11,7%)	21 (35,0%)	8 (13,3%)	16 (26,7%)

9 ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	5 (8,3%)	6 (10,0%)	7 (11,7%)	17 (28,3%)	17 (28,3%)	8 (13,3%)
9 η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	6 (10,0%)	18 (30,0%)	11 (18,3%)	13 (21,7%)	6 (10,0%)	6 (10,0%)
9 θ. Αισθανόσαστε κούραση;	3 (5,0%)	5 (8,3%)	9 (15,0%)	20 (33,3%)	16 (26,7%)	7 (11,7%)
10. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς ,κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;</u>	1 (1,7%)	11 (18,3%)	22 (36,7%)	9 (15,0%)	17 (28,3%)	
11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;	6 (10,0%)	3 (5,0%)	12 (20,0%)	10 (16,7%)	29 (48,3%)	
11α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους						
11β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	13 (21,7%)	17 (28,3%)	16 (26,7%)	7 (11,7%)	7 (11,7%)	
11γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	3 (5,0%)	4 (6,7%)	19 (31,7%)	11 (18,3%)	23 (38,3%)	
11δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	14 (23,3%)	26 (43,3%)	11 (18,3%)	8 (13,3%)	1 (1,7%)	

Πίνακας 8: Τα στατιστικά χαρακτηριστικά των συνολικών σκορ των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτηθέντες στο Ερωτηματολόγιο SF-36.

Μεταβλητή	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	Τυπική απόκλιση	95% ΔΕ της μέσης τιμής	Μέση τιμή γενικού πληθυσμού
Γενική Υγεία	0	100	60,10	3,089	23,927	53,917-66,279	67,46
Σωματική Λειτουργία	0	100	76,42	3,133	24,271	70,147-82,686	80,76
Σωματικός Ρόλος	0	100	55,83	5,294	41,006	45,240-66,426	79,74
Σωματικός Πόνος	0	100	68,70	3,983	30,855	60,733-76,675	72,98
Συναισθηματικός Ρόλος	0	100	55,56	5,114	39,615	45,321-65,789	81,53
Κοινωνική Λειτουργικότητα	0	100	55,24	3,923	30,386	47,388-63,088	82,05
Ζωτικότητα	0	100	59,22	3,018	23,376	53,177-65,254	66,53
Ψυχική Υγεία	0	100	57,54	3,216	24,910	51,105-63,975	68,23
Σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν	0	100	55,83	3,275	25,365	49,281-62,386	-

* Επειδή τα δεδομένα της παρούσας έρευνας δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η παράθεση αυτών των στατιστικών χαρακτηριστικών έχει ενδεικτική μόνο αξία.

Πίνακας 9: Παρουσιάζει τη διαφοροποίηση των σκορ του Ερωτηματολογίου SF-36 με βάση τις διαφορετικές τιμές των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, καθώς και τις αντίστοιχες συγκρίσεις των σκορ αυτών.

	Μέθοδος	Γενική Υγεία		Σωματική Λειτουργία		Σωματικός Ρόλος		Σωματικός Πόνος		Συναισθηματικός Ρόλος		Κοινωνική Λειτουργικότητα		Ζωτικότητα		Ψυχική Υγεία		Σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν		
		Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	Score	P	
Φύλο	Ανδρες	U	70.1	P=,085	81.5	P=,442	63.5	P=,516	82.9	P=,061	69.2	P=,149	70.3	P=,048	69.2	P=,097	72.2	P=,026	63.5	P=,328
	Γυναίκες	57.3	75.0		53.7		64.8		51.8		51.1		*		56.4		53.5		*	
Ηλικιακή ομάδα	<=45 ετών	U	61.1	P=,847	79.5	P=,264	54.8	P=,884	66.3	P=,645	60.2	P=,356	55.8	P=,982	56.2	P=,409	57.1	P=,959	49.2	P=,038
	>45 ετών	59.0	73.1		56.9		71.3		50.6		54.7		62.5		58.0		62.9			
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	H	58.1	P=,716	72.5	P=,843	62.5	P=,873	87.5	P=,210	50.0	P=,569	50.0	P=,693	50.0	P=,595	49.4	P=,459	50.0	P=,630
	Έγγαμος	61.3	78.6		56.4		63.8		59.7		58.1		61.0		60.6		55.8			
	Διαζευγμένος/η	53.9	70.0		45.8		74.1		38.9		42.9		57.8		55.6		58.3			
	Χήρος/α	60.8	68.3		50.0		77.8		44.4		52.4		60.8		39.7		66.7			
Εκπαίδευση	Κατωτέρα	H	62.4	P=,880	66.0	P=,139	40.0	P=,183	68.9	P=,300	33.3	P=,196	62.9	P=,618	68.2	P=,409	55.2	P=,063	75.0	P=,203
	Μέση	58.2	73.5		50.6		65.0		53.0		51.3		56.0		53.0		53.2			
	Ανωτέρα	62.7	86.1		83.3		85.2		77.8		60.3		64.1		64.0		58.3			
	Ανωτάτη	65.5	87.9		60.7		68.3		57.1		65.3		64.7		76.2		53.6			
Λείκτης μάζας σώματος	Λιποβαρής<18,5	H	76.5	P=,636	87.5	P=,675	87.5	P=,788	66.7	P=,813	100.0	P=,355	64.3	P=,777	52.9	P=,933	69.0	P=,635	75.0	P=,504
	Φυσιολογικός 18,5-24,9	57.4	80.3		54.4		64.1		49.0		50.4		59.9		50.1		52.9			
	Υπέρβαρος 25,0-29,9	58.1	75.2		53.3		71.5		53.6		56.5		57.8		57.3		56.5			
	παχύσαρκος>=30,0.	63.4	73.1		56.9		69.8		59.3		57.1		61.1		63.5		55.6			
Υπέρβαρος	U	60.9	P=,785	78.2	P=,339	56.5	P=,740	67.7	P=,399	56.2	P=,788	56.1	P=,584	59.5	P=,683	58.4	P=,474	55.1	P=,469	

	Ναι		52,9		60,0		50,0		77,8		50,0		47,6		56,9		50,00		62,5	
Ανσπλιδα- μια	Όχι	U	62,3	P=,093	75,2	P=,476	53,4	P=,275	67,5	P=,491	57,1	P=,410	58,0	P=,144	59,2	P=,853	57,7	P=,785	54,3	P=,250
	Ναι		45,6		84,4		71,9		76,39		45,8		37,1		59,6		56,6		65,6	
Σ/Ν	Όχι	U	60,6	P=,247	76,6	P=,534	57,3	P=,153	68,20	P=,494	56,3	P=,416	55,4	P=,755	59,4	P=,679	57,5	P=,901	55,6	P=,912
	Ναι		47,1		70,0		12,5		83,3		33,3		50,0		52,9		59,5		62,5	
ΣΔ	Όχι	U	59,8	P=,577	76,6	P=,384	54,3	P=,097	68,2	P=,494	54,0	P=,095	54,9	P=,632	58,6	P=,246	57,6	P=,934	55,2	P=,333
	Ναι		67,7		70,0		100,0		83,3		100,0		64,3		76,5		57,1		75,0	
Άλλα νοσήματα	Όχι	U	62,4	P=,140	78,0	P=,125	55,9	P=,949	70,6	P=,225	56,2	P=,715	55,7	P=,778	59,52	P=,716	58,6	P=,418	54,9	P=,557
	Ναι		47,1		67,2		55,6		58,0		51,9		52,4		57,5		51,3		61,1	
Χρόνος από τη θυροειδεκτομή	<3 μήνες	H	61,6	P=,723	73,0	P=,089	41,7	P=,213	65,2	P=,884	48,9	P=,024 *	51,4	P=,100	54,9	P=,602	56,5	P=,698	53,3	P=,433
	3-6 μήνες		59,0		75,4		58,8		70,0		52,5		53,2		59,9		56,8		58,1	
	>6 μήνες		64,7		95,0		75,0		68,9		100,0		82,9		67,1		66,7		45,0	
*Τμή θυροσφαιρίνης	<0,2	H	60,1	P=,169	79,4	P=,921	66,7	P=,332	54,3	P=,128	70,4	P=,393	68,3	P=,407	67,3	P=,212	69,8	P=,041 *	55,6	P=,173
	0,2-10,0		66,5		73,8		46,9		74,7		53,1		54,9		59,7		56,8		52,3	
	>10,0		27,5		60,0		41,7		51,9		33,3		42,9		41,2		33,3		33,3	
Στάδιο Νόσου	I	H	57,1	P=,024*	75,3	P=,412	54,6	P=,864	68,0	P=,792	51,7	P=,170	52,8	P=,230	58,0	P=,494	55,2	P=,110	54,1	P=,419
	II		85,9		91,0		60,0		75,6		86,7		77,1		68,2		81,0		60,0	
	III		62,7		73,3		62,5		68,5		61,1		57,1		61,8		57,1		66,7	
Προετοιμασία για τη λήψη θεραπείας με I-131	Διακοπή θυροξίνης	H	60,9	P=,650	75,5	P=,545	55,2	P=,890	67,8	P=,943	51,7	P=,773	52,2	P=,602	54,4	P=,256	56,8	P=,332	52,6	P=,416
	Χορήγηση hrTSH		60,9		81,3		58,7		70,5		59,4		55,3		66,0		62,3		56,5	
	Και τα δύο παραπάνω		55,1		65,6		50,0		66,7		58,3		66,1		57,4		46,4		65,6	
Επίπεδα θεραπευτικής δόσης (131)	100 mCi	H	56,4	P=,116	79,3	P=,345	58,1	P=,565	65,4	P=,438	54,9	P=,781	53,8	P=,902	59,5	P=,604	57,4	P=,962	55,9	P=,545
	120 mCi		68,4		70,5		57,9		76,6		59,6		57,1		62,5		56,4		60,5	
	150 mCi		55,5		78,6		39,3		63,5		47,6		57,1		48,7		61,2		42,9	

U: Η σύγκριση έγινε με τη (μη παραμετρική) μέθοδο Mann-Whitney. H: Η σύγκριση έγινε με τη (μη παραμετρική) μέθοδο Kruskal-Wallis.

Πίνακας 10: Οι συσχετίσεις της σημερινής κατάστασης υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν ,με τα σκορ των 8 υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SF-36.

	Γενική Υγεία	Σωματική Λειτουργία	Σωματικός Ρόλος	Σωματικός Πόνος	Συναισθηματικός Ρόλος	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Ζωτικότητα	Ψυχική Υγεία
Σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν	cc=,204 P=,045*	cc=,144 P=,162	cc=,235 P=,030*	cc=,048 P=,655	cc=,290 P=,008*	cc=,224 P=,032*	cc=,305 P=,003*	cc=,205 P=,043*

cc σημαίνει συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) υπολογισμένος με το Kendall's tau_b. * σημαίνει στατιστική σημαντικότητα.

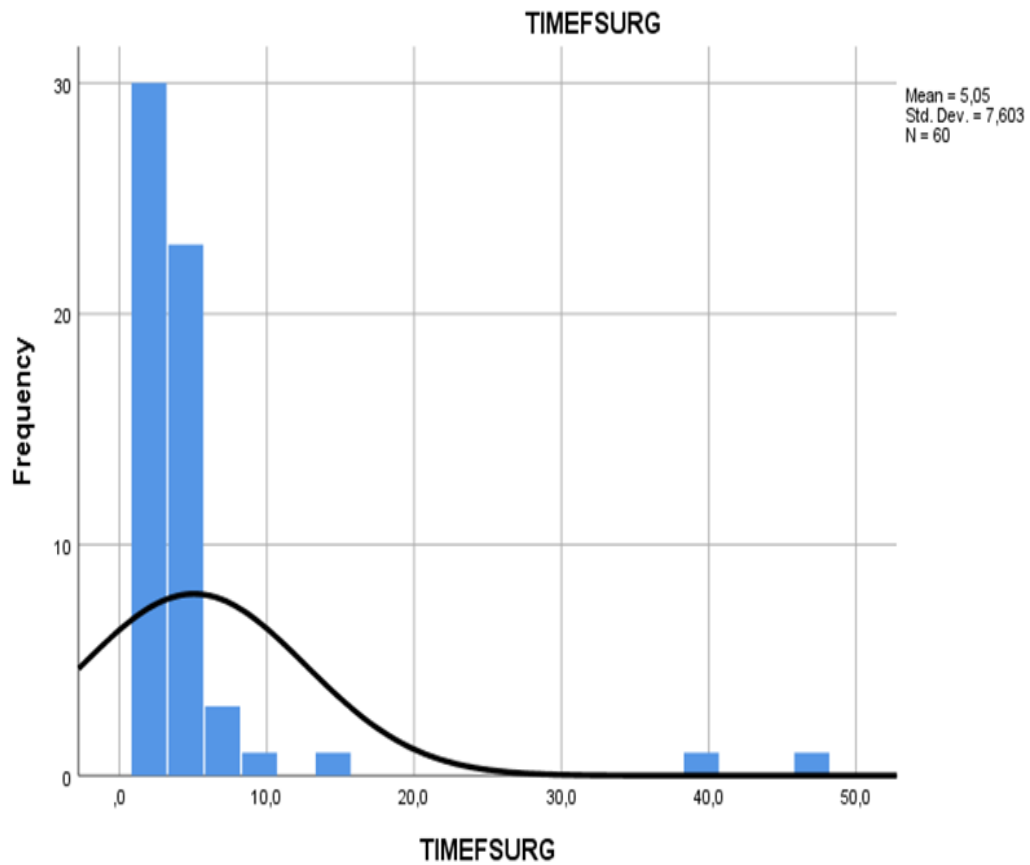
Πίνακας 11: Οι συσχετίσεις μεταξύ των σκορ του Ερωτηματολογίου μετατραυματικής ανάπτυξης (PTG) αφενός και των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SF-36 αφετέρου.

	Γενική Υγεία	Σωματική Λειτουργία	Σωματικός Ρόλος	Σωματικός Πόνος	Συναισθηματικός Ρόλος	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Ζωτικότητα	Ψυχική Υγεία	Σημερινή κατάσταση υγείας συγκριτικά με ένα χρόνο πριν
Μετα-τραυματική ανάπτυξη	cc=-,009 P=,923	cc=-,154 P=,099	cc=-,150 P=,126	cc=-,167 P=,085	cc=-,092 P=,355	cc=-,317 P=,001*	cc=-,149 P=,108	cc=-,197 P=,032*	cc=-,095 P=,341

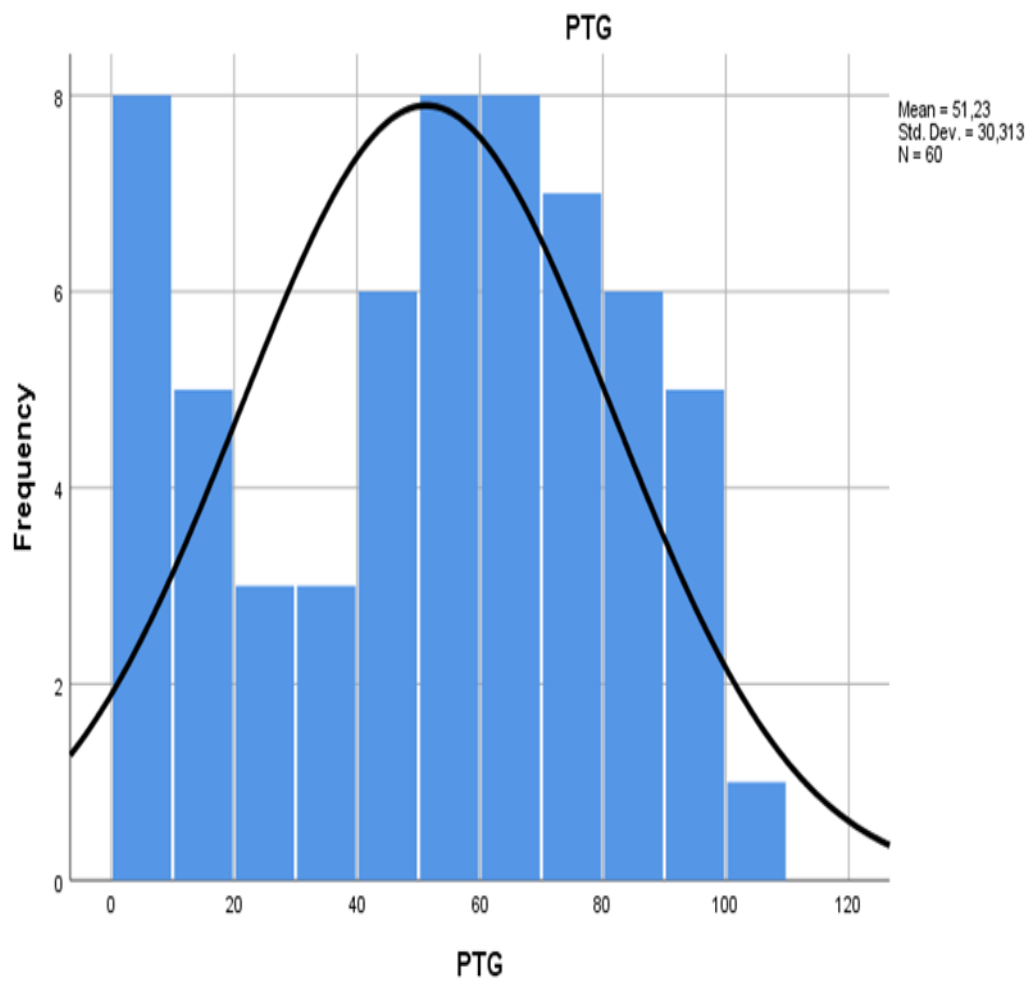
cc σημαίνει συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) υπολογισμένος με το Kendall's tau_b. * σημαίνει στατιστική σημαντικότητα.

13 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β -ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

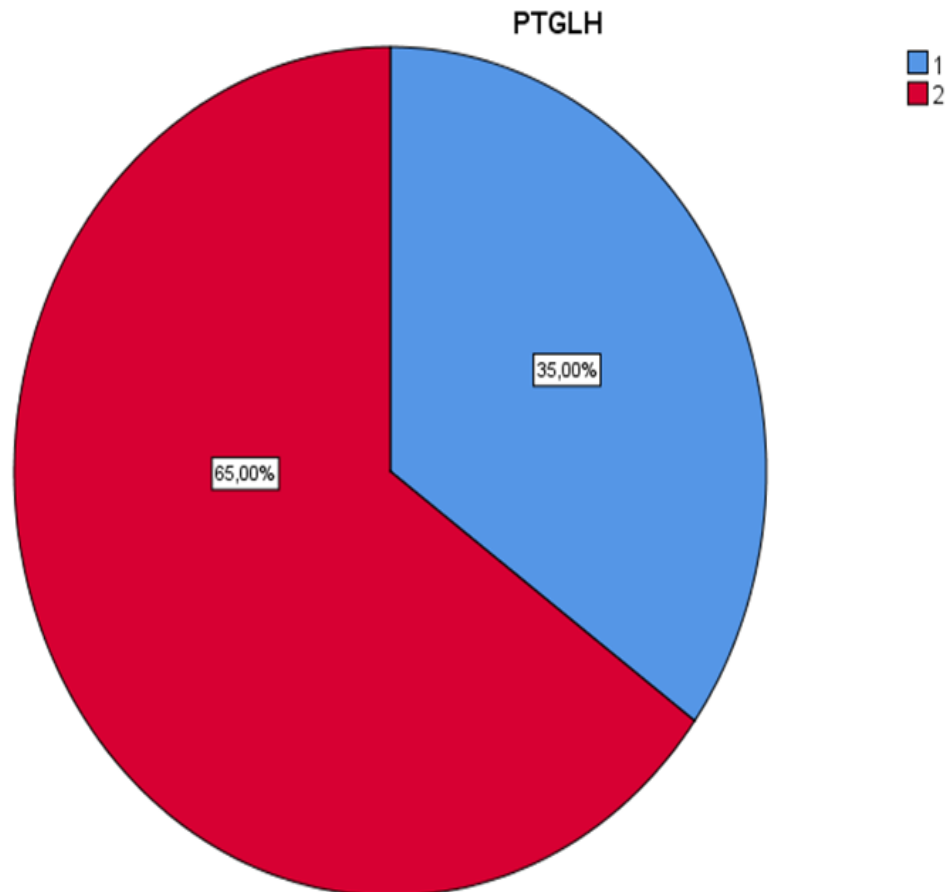
Γράφημα 1: Ο χρόνος που μεσολάβησε από τη θυροειδεκτομή μέχρι τη θεραπεία.



Γράφημα 2: Η κατανομή του σκορ της μετατραυματικής ανάπτυξης.



Γράφημα 3: Τα ποσοστά της μετατραυματικής ανάπτυξης και ο διαχωρισμός τους σε υψηλή και χαμηλή.



1= χαμηλή μετατραυματική ανάπτυξη, 2=υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη

ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν.

Η Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα βοηθήσει σημαντικά στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι προαιρετική.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

ΗΜ/ΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ :

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΡ.ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....

.....

ΦΥΛΟ

Αντρας

Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος /η

Έγγαμος

Διαζευγμένος /η

Χήρος/α

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Κατωτέρα

Μέση

Ανωτέρα

Ανωτάτη

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ύψος:cm

Βάροςkg

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Υπέρταση:

Ναι

Όχι

Δυσλιπιδαιμία:

Ναι

Όχι

Στεφανιαία Νόσος:

Ναι

Όχι

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Ναι

Όχι

Άλλο

νόσημα.....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Χρόνος από την θυρεοειδεκτομή σε μήνες

Τιμή Tg

Σταδιοποίηση νόσου κατά TNM

Προετοιμασία για λήψη RAI με :

Διακοπή θυροξίνης

Χορήγηση hrTSH

και τα δύο παραπάνω

Δόση RAI σε mCi

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SF-36

SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος / βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Εξαιρετική1
- Πολύ καλή2
- Καλή3
- Μέτρια4
- Κακή5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε έναν κύκλο)

- Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 1
- Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 2
- Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν 3

Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 4

Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2
---	---	---

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό τι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1

Ελάχιστα2

Μέτρια3

Αρκετά4

Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1

Πολύ ήπιο2

Ήπιο3

Μέτριο4

Έντονο5

Πολύ έντονο6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1

Λίγο2

Μέτρια3

Αρκετά4

Πάρα πολύ5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6

στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς1

Το μεγαλύτερο διάστημα2

Μερικές φορές3

Μικρό διάστημα4

Καθόλου5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5

β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Υποδείξτε για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις/προτάσεις τον βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της ασθένειας σας, χρησιμοποιώντας την κάτωθι σκάλα:

0 = δεν βίωσα αυτή την αλλαγή σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

1 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

2 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

3 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μέτριο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

4 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

5 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

1. Άλλαξα τις προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3	4	5
2. Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.	0	1	2	3	4	5
3. Έχω αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα.	0	1	2	3	4	5
4. Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	0	1	2	3	4	5
5. Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά θέματα.	0	1	2	3	4	5
6. Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.	0	1	2	3	4	5
7. Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
8. Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.	0	1	2	3	4	5
9. Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.	0	1	2	3	4	5
10. Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.	0	1	2	3	4	5

11. Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
12. Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πως εξελίσσονται τα πράγματα.	0	1	2	3	4	5
13. Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.	0	1	2	3	4	5
14. Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.	0	1	2	3	4	5
15. Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5
16. Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.	0	1	2	3	4	5
17. Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλάξουν.	0	1	2	3	4	5
18. Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.	0	1	2	3	4	5
19. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός απ' ότι νόμιζα.	0	1	2	3	4	5
20. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.	0	1	2	3	4	5
21. Αποδέχομαι καλύτερα πως έχω ανάγκη τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5

Μετάφραση-αξιολόγηση εγκυρότητας & αξιοπιστίας: Μυστακίδου Κ., Τσιλικά Ε., Πάρπα Ε., Παθιάκη Μ., Γαλανός Α., Βλάχος Λ.

K. Mystakidou, E. Tsilika, E. Parpa, M. Pathiaki, A. Galanos, L. Vlahos. Posttraumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology* 2008

Ταχυδρομείο Yahoo - Fwd: άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

<https://mail.yahoo.com/d/search/name=KONSTANTINOS%20VLASIA...>

Fwd: άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Από: KONSTANTINOS VLASIADIS (vlasiadis.dent@gmail.com)

Προς: marinaalefantinou@yahoo.gr

Ημερομηνία: Παρασκευή, 3 Μαΐου 2019, 1:08 μ.μ. EEST

----- Forwarded message -----

Από: kyriaki Mistakidou <mistakidou@yahoo.com>

Date: Παρ, 3 Μαΐ 2019 στις 10:00 π.μ.

Subject: Re: άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

To: KONSTANTINOS VLASIADIS <vlasiadis.dent@gmail.com>

Κυριε Βλασιαδη καλημερα σας

Βεβαιωσ και μπορειτε να χρησιμοποιησετε το ερωτηματολοιο μετατραυματικής αναπτυξης το οποιο σας το στελνω συνημμενο.

Με εκτιμηση

Κυριακή Μυστακίδου

Καθηγήτρια Ανακουφιστικής Αγωγής

Ιατρική Σχολή

Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής "Τζένη Καρέζη" (Παράρτημα Αρεταίειου

Νοσοκομείου)

Εθνικο και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

On Thursday, May 2, 2019, 1:07:08 PM GMT+3, KONSTANTINOS VLASIADIS <vlasiadis.dent@gmail.com> wrote:

Αξιότιμη κα Μυστακίδου καλημέρα σας.

Κατόπιν τηλεφωνικής μας επικοινωνίας, σας στέλνω αυτό το μήνυμα προκειμένου να σας ζητήσω την άδεια χρήσης της κλίμακας μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory - PTGI) στο οποίο έχετε πραγματοποιήσει τη μετάφραση και στάθμιση στα ελληνικά δεδομένα.

Το ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιήσουμε στη μεταπτυχιακή εργασία της Μαρίας Αλεφαντινού, μεταπτυχιακή

φοιτήτρια στο ΠΜΣ 'Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Υπηρεσίες υγείας', Σχολή

Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, της οποίας είμαι επιβλέπων.

Με εκτίμηση

Κώστας Βλασιάδης



MAA_Δ1_E30 Ερωτηματολόγιο Μετατραυματικής Ανάπτυξης.docx
39.4kB



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ(Ε.Η.Δ.Ε)

ΑΠΟΦΑΣΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΙΑ
ΕΓΚΡΙΣΗ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Τίτλος μελέτης για την οποία ζητήθηκε έγκριση			
Αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής ασθενών με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς που υποβάλλονται σε συμπληρωματική θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο(I-131) (Μεταπτυχιακή Εργασία κας Αλεφαντινού Μαρίνας)			
Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης			
Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Π.Κ.			
Είδος προτεινομένης μελέτης			
Συγχρονική μελέτη			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
53/26.02.2020 (αρχική υποβολή 34/11.02.2020)			
Αριθμός& Ημερομηνία Απόφασης Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
53/06.03.2020			
Απόφαση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
Εγκρίνεται (κατόπιν παροχής διευκρινίσεων)			
Μέλη της Επιτροπής			
Σταυρούλα Τσινόρεμα, Πρόεδρος, Τακτικό Μέλος Σπύρος Αναστασιάδης, Αντιπρόεδρος, Τακτικό Μέλος Βασιλική Πετούση, Τακτικό Μέλος Ιωάννης Δαλέζιος, Τακτικό Μέλος Σοφία Αγγελάκη, Τακτικό Μέλος Παναγιώτης Βιδάλης, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος Ρωζάννη Φράγκου, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος			
Σχόλια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε			
<p>Μελετώντας το ερευνητικό πρωτόκολλο και όλα τα σχετικά δικαιολογητικά/πρόσθετες εγκρίσεις, όπως κατατέθηκαν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) και λαμβάνοντας υπόψη τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής, την έλλειψη σύγκρουσης συμφερόντων από τους ερευνητές και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας, και τις διευκρινίσεις που εστάλησαν από τον Ε.Υ. (με οικ. αρ. πρωτ. 53/26.02.2020)</p> <p style="text-align: center;">η Ε.Η.Δ.Ε.</p> <p><i>αποφασίζει ομόφωνα, σύμφωνα με τον Ν. 4521/2018 άρθρα 21-27, σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση με αρ. πρωτ. 53/26.02.2020 (αρχική υποβολή 34/11.02.2020), ότι εγκρίνει την εκτέλεση του εν λόγω ερευνητικού έργου, καθώς προκύπτει ότι πληρούνται οι εκ του άμεσα εφαρμοστέου δικαίου και ηθικής και δεοντολογίας όροι και προϋποθέσεις.</i></p> <p><i>Η παρούσα απόφαση της Ε.Η.Δ.Ε. σε καμία περίπτωση ΔΕΝ υποκαθιστά την απαιτούμενη από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, έγκριση ή αδειοδότηση του παρόντος ερευνητικού έργου/ μελέτης που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου.</i></p>			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Έτος: 2020		Μήνας: Μάρτιος	Ημέρα: Έκτη (06 ^η) Παρασκευή
Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής			
Θέση	Όνομα	Επώνυμο	Υπογραφή
Καθηγήτρια	Σταυρούλα	Τσινόρεμα	

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Digitally signed by
Efthymios Argyriadis
DN: c=GR, I=Efthymios, ou=University of Crete, cn=Efthymios Argyriadis
Date: 2020.03.06 14:19:46 +02'00'

14 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133–45.
2. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013 Apr;49(6):1374–403.
3. Randle RW, Bushman NM, Orne J, Balentine CJ, Wendt E, Saucke M, et al. Papillary Thyroid Cancer: The Good and Bad of the “good Cancer.” *Thyroid*. 2017 Jul 1;27(7):902–7.
4. Maslow AH. *Motivation and personality*. Harper, editor. New York; 1954.
5. Yalom ID. *Existential psychotherapy*. Books B, editor. NEW YORK; 1980.
6. Cella DF, Tross F. Psychological adjustment to survival from Hodgkin’s disease. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54:616–22.
7. Park CL, Cohen L, Murch R. Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers*. 1996;64:645–58.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma and Transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE Publications, Inc.; 1995.
9. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455–71.
10. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychol Inq*. 2004;15 (1):93–102.
11. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Heal Psychol*. 2004 Nov;23(6):595–8.
12. C.O. L. Quality of life and breast cancer survivors: Psychosocial and treatment issues. *Cancer Pract [Internet]*. 1997;5(5):309–16. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L28122574>
13. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: The unexpected burden of

- thyroid, liver, and pancreas cancers in the united states. Vol. 74, Cancer Research. American Association for Cancer Research Inc.; 2014. p. 2913–21.
14. La Vecchia C, Malvezzi M, Bosetti C, Garavello W, Bertuccio P, Levi F, et al. Thyroid cancer mortality and incidence: A global overview. Vol. 136, International Journal of Cancer. Wiley-Liss Inc.; 2015. p. 2187–95.
 15. Hughes DT, Haymart MR, Miller BS, Gauger PG, Doherty GM. The most commonly occurring papillary thyroid cancer in the United States is now a microcarcinoma in a patient older than 45 years. *Thyroid*. 2011 Mar 1;21(3):231–6.
 16. How J, Tabah R. Explaining the increasing incidence of differentiated thyroid cancer. Vol. 177, *CMAJ*. 2007. p. 1383–4.
 17. Kilfoy BA, Zheng T, Holford TR, Han X, Ward MH, Sjodin A, et al. International patterns and trends in thyroid cancer incidence, 1973-2002. *Cancer Causes Control*. 2009 Jul;20(5):525–31.
 18. Wood JW, Tamagaki H, Neriishi S, Sato T, Sheldon WF, Archer PG, et al. Thyroid carcinoma in atomic bomb survivors hiroshima and nagasaki. *Am J Epidemiol*. 1969;89(1):4–14.
 19. Boice JD. Thyroid disease 60 years after Hiroshima and 20 years after Chernobyl. Vol. 295, *Journal of the American Medical Association*. 2006. p. 1060–2.
 20. Furukawa K, Preston D, Funamoto S, Yonehara S, Ito M, Tokuoka S, et al. Long-term trend of thyroid cancer risk among Japanese atomic-bomb survivors: 60 years after exposure. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1222–6.
 21. Nguyen QT, Lee EJ, Huang MG, Park YI, Khullar A, Plodkowski RA. Diagnosis and treatment of patients with thyroid cancer. Vol. 8, *American Health and Drug Benefits*. Engage Healthcare Communications, Inc.; 2015. p. 30–8.
 22. Ντάλλες Κ, Κώστογλου Α. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007;(Καρκίνος του θυρεοειδούς):24(3):250–264.
 23. Schmid D, Ricci C, Behrens G, Leitzmann MF. Adiposity and risk of thyroid cancer: A systematic review and meta-analysis. Vol. 16, *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 1042–54.
 24. Kitahara CM, Platz EA, Beane Freeman LE, Black A, Hsing AW, Linet MS, et

- al. Physical activity, diabetes, and thyroid cancer risk: A pooled analysis of five prospective studies. *Cancer Causes Control*. 2012 Mar;23(3):463–71.
25. Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC Cancer Staging Manual seventh edition* [Internet]. *AJCC Cancer Staging Manual seventh edition*, Springer. 2009. 117 p. Available from: <http://www.springer.com/it/book/9780387884400#aboutBook>
26. Salvatori M, Perotti G, Rufini V, Maussier ML, Dottorini M. Are there disadvantages in administering 131I ablation therapy in patients with differentiated thyroid carcinoma without a preablative diagnostic 131I whole-body scan? *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2004 Dec;61(6):704–10.
27. Γώγου Λ. *Μαθήματα Πυρηνικής Ιατρικής*. Σταμούλη, editor. Αθήνα; 1999.
28. Μπαζιώτης Ν. *Πυρηνική Ιατρική, ραδιοϊσοτοπική θεραπευτική*. Εκδόσεις Β ιατρικές, editor. Αθήνα; 1998.
29. Ziessmann H, O'Malley J, Thrall J. *The Requisites*. Fouth. 2013.
30. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American thyroid association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Vol. 19, *Thyroid*. 2009. p. 1167–214.
31. Chow SM, Law SCK, Mendenhall WM, Au SK, Chan PTM, Leung TW, et al. Papillary thyroid carcinoma: Prognostic factors and the role of radioiodine and external radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2002 Mar 1;52(3):784–95.
32. Luster M, Clarke SE, Dietlein M, Lassmann M, Lind P, Oyen WJG, et al. Guidelines for radioiodine therapy of differentiated thyroid cancer. Vol. 35, *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. 2008. p. 1941–59.
33. Schroeder PR, Haugen BR, Pacini F, Reiners C, Schlumberger M, Sherman SI, et al. A comparison of short-term changes in health-related quality of life in thyroid carcinoma patients undergoing diagnostic evaluation with recombinant human thyrotropin compared with thyroid hormone withdrawal. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006 Mar;91(3):878–84.
34. Guo Y, Zhang Y, Chen Z, Xin Z. Effects of recombinant human thyroid stimulating hormone on 131I therapy for the treatment of differentiated thyroid cancer. *Exp Ther Med*. 2015 May 1;9(5):1847–50.

35. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Vol. 112, *Cancer*. 2008. p. 2577–92.
36. Ramsey S, Blough D, Kirchoff A, Kreizenbeck K, Fedorenko C, Snell K, et al. Washington state cancer patients found to be at greater risk for bankruptcy than people without a cancer diagnosis. *Health Aff*. 2013 Jun;32(6):1143–52.
37. Tomich PL, Helgeson VS. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*. 2002;11(2):154–69.
38. Φινοκαλιώτη Μ, Κουτρούλη Ν, Ιωαννίδου-Μουζάκα Α, Μανδρέκας Α, Μπαρμπούνης. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο του μαστού. In: Πασχαλίδη Ι εκδόσεις, editor. Σύγχρονη μαστολογία ΙΙ. 2007.
39. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. *Personality and Clinical Psychology Series*. 1999.
40. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress*. 2000;13(3):521–7.
41. Tedeschi RG, Calhoun LG. Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *Omega J Death Dying*. 2006;53(1–2):105–16.
42. Epstein S. The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In: Ozer DJ, Healy JM, Jr., Stewart AJ, editors. *Perspectives in personality, Vol 3: Part A: Self and emotion; Part B: Approaches to understanding lives*. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 1991. p. 63–98.
43. Tedeschi R, Calhoun L. *Trauma & Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Trauma & Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering. SAGE Publications, Inc.; 2014.
44. Linley PA, Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Vol. 17, *Journal of Traumatic Stress*. 2004. p. 11–21.
45. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *J Soc Clin Psychol*. 2004 Oct;23(5):733–46.
46. Calhoun LG, Tedeschi RG. Beyond Recovery From Trauma: Implications for Clinical Practice and Research. *J Soc Issues*. 2010 Apr 9;54(2):357–71.
47. Goss RE, Klass D. Dead but not lost-grief narratives in tradition. Lachman,

- MD AP, editor. 2005.
48. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol.* 1983 Nov;38(11):1161–73.
 49. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Heal Psychol.* 2003 Sep;22(5):487–97.
 50. Tomich PL, Helgeson VS. Posttraumatic Growth Following Cancer: Links to Quality of Life. *J Trauma Stress.* 2012 Oct;25(5):567–73.
 51. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Vol. 15, *Psychological Inquiry.* Routledge; 2004. p. 1–18.
 52. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychol Heal.* 2005 Apr;20(2):175–92.
 53. Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Heal Psychol.* 2001;20(3):176–85.
 54. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Heal Psychol.* 2001;20(1):20–32.
 55. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med.* 2005;29(3):236–45.
 56. Stanton AL, Low CA. Toward Understanding Posttraumatic Growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. Vol. 15, *Psychological Inquiry.* 2004. p. 76–80.
 57. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Mendoza TR, Pisteveu-Gombaki K, Vlahos L, et al. Psychometric Properties of the Brief Fatigue Inventory in Greek Patients with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2008;
 58. Bowling A. What things are important in people’s lives? A survey of the public’s judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci*

- Med. 1995;41(10):1447–62.
59. Yfantopoulos J. Quality of life and QALYs in the measurement of health. Vol. 18, Archives of Hellenic Medicine. 2001. p. 114–30.
60. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessments. Vol. 305, British Medical Journal. 1992. p. 1074–7.
61. WHOQOL. What quality of life? / The WHOQOL Group [Internet]. Vol. 17, World Health Forum. 1996. p. 354–6. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://www.who.int/iris/handle/10665/54358
62. M. S, B. C, D. D, S. Z, D. R, S. B, et al. Impact on the thyroid hormone withdrawal method on patients' quality of life at the time of radioiodine administration. Thyroid [Internet]. 2015;25:A135–6. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L72065859>
63. Sawka AM, Goldstein DP, Brierley JD, Tsang RW, Rotstein L, Ezzat S, et al. The impact of thyroid cancer and post-surgical radioactive iodine treatment on the lives of thyroid cancer survivors: A qualitative study. PLoS One. 2009 Jan 14;4(1).
64. Klaver EI, Van Loon HCM, Stienstra R, Links TP, Keers JC, Kema IP, et al. Thyroid hormone status and health-related quality of life in the lifeLines cohort study. Thyroid. 2013 Sep 1;23(9):1066–73.
65. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, et al. Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. Qual Life Res. 2006 May;15(4):695–703.
66. Duntas LH, Biondi B. Short-term hypothyroidism after levothyroxine-withdrawal in patients with differentiated thyroid cancer: Clinical and quality of life consequences. Vol. 156, European Journal of Endocrinology. 2007. p. 13–9.
67. Rubic M, Kuna SK, Tesic V, Samardzic T, Despot M, Huic D. The most common factors influencing on quality of life of thyroid cancer patients after

- thyroid hormone withdrawal. *Psychiatr Danub*. 2014;26:520–7.
68. Tan LGL, Nan L, Thumboo J, Sundram F, Tan LKS. Health-related quality of life in thyroid cancer survivors. *Laryngoscope*. 2007 Mar;117(3):507–10.
 69. Vega-Vázquez MA, Gonzalez-Rodriguez L, Santiago-Rodríguez EJ, Garcés-Domínguez A, Shum LM, Tírado-Gómez M, et al. Quality of life-in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the University Hospital of Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R*. 2015 Jan 1;107(1):25–31.
 70. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol*. 2008 Nov;13(4):633–46.
 71. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 2005 Jun;14(5):1433–8.
 72. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th ed. Lippincott, editor. PHILADELPHIA; 1999.
 73. Rannou F, Boutron I, Jardinaud-lopez M, Meric G, Revel M, Fermanian J, et al. Should aggregate scores of the Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey be used to assess quality of life in knee and hip osteoarthritis? A national survey in primary care. *Osteoarthr Cartil*. 2007 Sep;15(9):1013–8.
 74. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res*. 1992;
 75. Hulin C, Netemeyer R, Cudeck R. Can a Reliability Coefficient Be Too High? *J Consum Psychol*. Vol. 10, N:55-58.
 76. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Psychometric Properties of the Impact of Event Scale in Greek Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Apr;33(4):454–61.
 77. Griethuijsen V, R.A.L.F., van Eijck MW, Haste H et al. Global Patterns in Students' Views of Science and Interest in Science. *Res Sci Educ*. 2015;45:581–603.
 78. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018 Dec

- 1;48(6):1273–96.
79. Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *J Psychosoc Oncol.* 2002;20(2):65–80.
80. ΚΟΥΤΡΟΥΛΗ Ν. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: συχνότητα εμφάνισης, παράγοντες καθορισμού, συσχέτιση εννοιών. ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ; 2015.
81. Calhoun, L. G., & Tedeschi RG (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework.. In: (Eds.) ILGC& RGT, editor. Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. NEW YORK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.; 2006. p. (p. 3–23).
82. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Heal Psychol.* 2006 Jan;25(1):47–56.
83. Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, et al. Posttraumatic Growth and Health-related Quality of Life in a Racially Diverse Cohort of Breast Cancer Survivors. *J Health Psychol.* 2010 May;15(4):615–26.
84. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med.* 2004;66(3):442–54.
85. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med.* 1997;59(3):280–93.
86. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Heal Psychol.* 2006 Jan;25(1):47–56.
87. Oh S, Heflin L, Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Ganz PA. Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: A follow-up study. *Breast Cancer Res Treat.* 2004 Sep;87(1):45–57.
88. Weisman A, Worden J. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Medicine.* 7:1–15.
89. Fineberg IC. After breast cancer: a common-sense guide to life after treatment. Written by Hester Hill Schnipper. Bantam Books, New York, 2003.\$14.95. 320pp. Paperback. ISBN:0-553-38162-8. Psychooncology. 2004

- Feb;13(2):140–1.
90. Dimov RS. The effect of neck dissection on quality of life in patients with differentiated thyroid cancer. *Gland Surg.* 2013;2(4):219–21926.
 91. Choi Y, Lee JH, Kim YH, Lee YS, Chang HS, Park CS, et al. Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients. *Ann Dermatol.* 2014 Dec 1;26(6):693–9.
 92. ΓΚΑΤΖΙΑ Ν. Εκτίμηση των αλλαγών της σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής, ασθενών με διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς, πριν και μετά την συμπληρωματική θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο(RAI). 2018. p. 55–9.
 93. O. K, A. P, B. V, C. V, E. P, S. T, et al. Health status of Greek thyroid cancer patients after radioiodine administration compared to a demographically matched general population sample. *Hell J Nucl Med [Internet].* 2012;15(2):98–166. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L365494075>
 94. Kearns B, Ara R, Young T, Relton C. Association between body mass index and health-related quality of life, and the impact of self-reported long-term conditions - Cross-sectional study from the south Yorkshire cohort dataset. *BMC Public Health.* 2013;13(1).
 95. Nygaard B, Bastholt L, Bennedbæk FN, Klausen TW, Bentzen J. A Placebo-Controlled, Blinded and Randomised Study on the Effects of Recombinant Human Thyrotropin on Quality of Life in the Treatment of Thyroid Cancer. *Eur Thyroid J.* 2013 Sep 25;2(3):195–202.
 96. Wolfson RM, Rachinsky I, Morrison D, Driedger A, Spaic T, Van Uum SHM. Recombinant Human Thyroid Stimulating Hormone versus Thyroid Hormone Withdrawal for Radioactive Iodine Treatment of Differentiated Thyroid Cancer with Nodal Metastatic Disease. *J Oncol.* 2016;2016.
 97. Almeida J, Vartanian JG, Kowalski LP. Clinical predictors of quality of life in patients with initial differentiated thyroid cancers. *Arch Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2009 Apr;135(4):342–6.
 98. Morrill EF, Brewer NT, O’Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology.* 2008

- Sep;17(9):948–53.
99. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psychooncology*. 2010 Nov;19(11):1139–47.
 100. Sim BY, Lee YW, Kim H, Kim SH. Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Jun 1;19(3):230–6.
 101. Jansen L, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V. Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: Prevalence, determinants, and associations with quality of life. *Br J Cancer*. 2011 Oct 11;105(8):1158–65.