



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ»**

Υπό των

ΖΩΗ ΡΟΥΣΣΗ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΒΟΓΙΑΤΖΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΡΑ ΠΑΠΑΔΑΚΗ, MSc, PhD

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας αλλά και τους καθηγητές μας στο ελληνικό μεσογειακό πανεπιστήμιο. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα Χαρά Παπαδάκη για την καθοδήγηση και την πολύτιμη στήριξη για την πραγματοποίηση της εργασίας μας.

Περίληψη

Ο καρκίνος είναι μια συχνή και πολλές φορές θανατηφόρα νόσος. Υπάρχουν διάφορα είδη καρκίνου ανάλογα με το όργανο του ανθρώπινου σώματος που προσβάλλουν. Μπορεί να οφείλεται σε εύρος παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου ζωής, του ατομικού ιστορικού αλλά και του οικογενειακού ιστορικού. Οι πιθανότητες εμφάνισης ορισμένων ειδών καρκίνου αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η εν λόγω νόσος καθιστά τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως.

Η διαχείριση του καρκίνου είναι περίπλοκη και συχνά δαπανηρή. Ωστόσο, η πρόληψη έχει αναφερθεί ως μια βιώσιμη λύση, η οποία είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσω διαφόρων τρόπων. Οι προληπτικές εξετάσεις, ο υγιεινός τρόπος ζωής και ο εμβολιασμός είναι τα κυριότερα μέσα πρόληψης. Σημαντικό ρόλο σε αυτή διαδραματίζει ο νοσηλευτής, ο οποίος καλείται να ενημερώσει τον εντοπισμό ύποπτων σημείων καρκίνου και να καθοδηγήσει κατάλληλα τους πολίτες. Η πλήρης και έγκυρη ενημέρωσή από το νοσηλευτή προάγει την εξάλειψη της ημιμάθειας, προλαμβάνοντας συχνά τον καρκίνο.

Λέξεις κλειδιά: *καρκίνος, πρόληψη, πρόληψη καρκίνου, νοσηλευτικός ρόλος*

Abstract

Cancer is a common and often deadly disease. There are different types of cancer depending on the organ of the human body that they affect. It can be due to a range of factors, including lifestyle, personal history and family history. The chances of developing certain types of cancer increase with age. According to the World Health Organization, this disease is the second most common cause of death worldwide.

Cancer management is complex and often costly. However, prevention has been cited as a viable solution, which can be achieved in a number of ways. Preventive examinations, healthy lifestyle and vaccination are the main means of prevention. An important role in this is played by the nurse, who is called to inform the detection of suspicious signs of cancer and to guide the citizens properly. Complete and valid information from the nurse promotes the elimination of semi-learning, often preventing cancer.

Keywords: cancer, prevention, cancer prevention, role of nurse

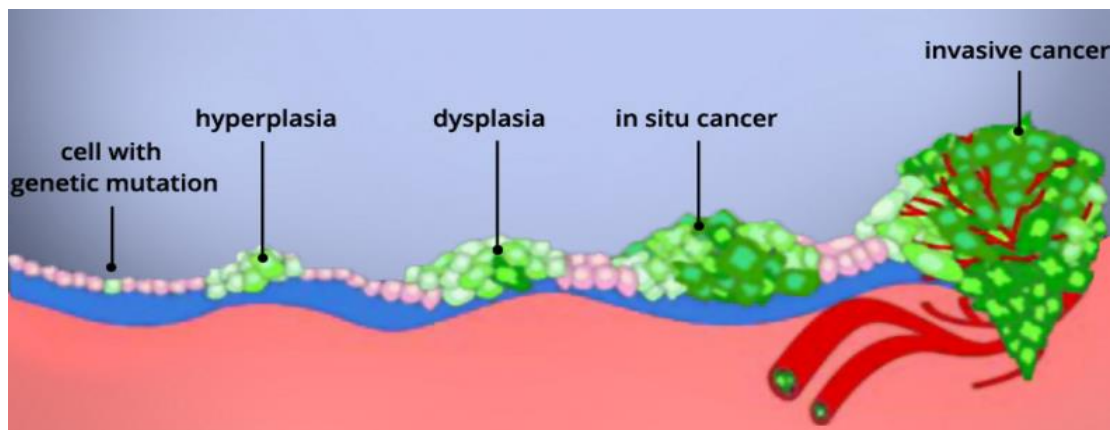
Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
Περίληψη	3
Abstract	4
1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.1 Ορισμός και στατιστικά στοιχεία	7
1.2 Αιτίες και συχνότητα καρκίνου	10
1.3 Συχνότερα είδη καρκίνου	13
1.3.1 Καρκίνος του μαστού	13
1.3.2 Καρκίνος του πνεύμονα	14
1.3.3 Καρκίνος παχέος εντέρου	15
1.3.4 Καρκίνος του προστάτη.....	17
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	19
2.1 Σκοπός	19
2.2.Ερευνητικά ερωτήματα.....	19
2.3 Μεθοδολογία	19
2.3.1 Κριτήρια επιλογής μελετών.....	20
2.3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	20
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	21
3.1. Πρόληψη	21
3. 2. Οι έξι παρεμβάσεις για την πρόληψη του καρκίνου	22
3.2.1 Τρόπος ζωής	23
3.2.2. Διαγνωστικές εξετάσεις τομογραφία μαστών.....	26
3.2.3. Εμβόλια	29
3.2.4. Χειρουργικές παρεμβάσεις.....	30
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	31
3.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του μαστού	32
3.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου	33
3.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του πνεύμονα	34
3.3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του προστάτη	35
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	36
Βιβλιογραφία	39

1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα αναλυθεί μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και η σημαντικότητά του έγκειται στο γεγονός της αύξησης των περιστατικών καρκίνου και της σπουδαιότητας της πρόληψης ως ένα βιώσιμο μέσο διαχείρισης του εν λόγω φαινομένου, που έχει αρνητικό αντίκτυπο σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η ασθένεια του καρκίνου είναι το αποτέλεσμα του μη φυσιολογικού πολλαπλασιασμού των κυττάρων στο ανθρώπινο σώμα (Εικόνα 1). Είναι αξιοσημείωτο, πως υπάρχουν περισσότεροι από εκατό διαφορετικοί τύποι καρκίνου, ενώ το βασικότερο ζήτημα σε ότι αφορά στην παθολογία του καρκίνου καθίσταται η διάκριση μεταξύ των καλοήθων και κακοήθων όγκων. Σχετικά με τον καλοήθη όγκο μένει περιορισμένος στην αρχική του θέση, δεν εξαπλώνεται σε άλλες περιοχές του σώματος και δεν εισβάλλει γύρω από τον φυσιολογικό ιστό. Ωστόσο, ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εισβάλει στον περιβάλλοντα φυσιολογικό ιστό όπως επίσης και να εξαπλώνεται σε όλο το σώμα διαμέσου του κυκλοφορικού συστήματος είτε του λεμφικού συστήματος, πραγματοποιώντας μεταστάσεις. Ως καρκίνοι καλούνται οι κακοήθεις όγκοι, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι για τον προσβαλλόμενο οργανισμό (Cooper, 2000).



Εικόνα 1. Τα τέσσερα στάδια που περιλαμβάνουν τη δημιουργία έως και την εξέλιξη του καρκίνου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καρκίνος συνιστά τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο και ευθύνεται για 9,6 εκατομμύρια θανάτους, δηλαδή για περίπου 1 στους 6 θανάτους, κατά κύριο λόγο σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ενώ, οι πιο συνηθισμένοι καρκίνοι είναι ο καρκίνος του

πνεύμονα με 2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού με 2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του παχέως εντέρου με 1,80 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του προστάτη με 1,28 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του δέρματος με 1,04 εκατομμύρια περιπτώσεις και ο καρκίνος του στομάχου με 1,03 εκατομμύρια περιπτώσεις (WHO, 2018).

Η πρόληψη των μορφών καρκίνου έχει αναφερθεί ως μια βιώσιμη λύση για τη διαχείριση του καρκίνου και μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαφόρων τρόπων, όπως είναι ο εμβολιασμός για τα είδη καρκίνου για τα οποία διατίθεται εμβόλιο, οι συχνές εξετάσεις, ο περιορισμός της έκθεσης σε υπεριώδη και ιονίζουσα ακτινοβολία, ο υγιεινός τρόπος ζωής που περιλαμβάνει σωστή διατροφή, άσκηση, διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ, καθώς επίσης και ο έλεγχος του επαγγελματικού κινδύνου (WHO, 2018; Wiseman, 2018; Dunn & Kramer, 2016; Dart et al., 2012).

Υπό την πίεση των αυξανόμενων καρκίνων σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ρόλος του νοσηλευτή κρίνεται μείζονος σημασίας για τη διαχείριση των διαφόρων μορφών καρκίνου, τόσο στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά όσο και στην πρόληψη του καρκίνου (Lai et al., 2017). Αναφορικά με την πρόληψη των διαφόρων τύπων καρκίνου, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός και καλείται να ενημερώσει τους ανθρώπους για τον εντοπισμό ύποπτων σημείων που παραπέμπουν σε καρκίνο, να τους ενημερώσει πλήρως και ορθά ώστε να αρθούν οι προκαταλήψεις που μπορεί να επικρατούν και να εξαλειφθεί η ημιμάθεια (Αθανάτου, 2000; Κόνιαρη, 1991).

1.1 Ορισμός και στατιστικά στοιχεία

Ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια η οποία μπορεί να προκύψει από μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό κυττάρων στο ανθρώπινο σώμα. Αξίζει να σημειωθεί, πως υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη καρκίνου, τα οποία ξεπερνούν τους εκατό τύπους. Επίσης, μπορεί να ποικίλλει τόσο η συμπεριφορά τους όσο και η ανταπόκριση στην θεραπεία που θα λάβει ο ασθενής. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα το οποία αφορά στην παθολογία του καρκίνου καθίσταται η διάκριση μεταξύ των καλοήθων όγκων και των κακοήθων όγκων (Cooper, 2000).

Ειδικότερα, ένας όγκος συνιστά μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό κυττάρων, που ενδέχεται να είναι είτε καλοήθης είτε κακοήθης. Σχετικά με τον καλοήθη όγκο, όπως

είναι παραδείγματος χάριν ο κονδυλώνας του δέρματος, παραμένει περιορισμένος στην αρχική του θέση, δεν εισβάλλει γύρω από τον κανονικό ιστό και ακόμη δεν εξαπλώνεται σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Από την άλλη πλευρά ένας κακοήθης όγκος εισβάλλει γύρω από τον φυσιολογικό ιστό και είναι δυνατόν να εξαπλωθεί σε όλο το σώμα μέσω του κυκλοφορικού είτε μέσω του λεμφικού συστήματος, δηλαδή κάνοντας μεταστάσεις (Εικόνα 1). Μόνο οι κακοήθεις όγκοι αναφέρονται σωστά ως καρκίνοι και έχουν την ικανότητά να εισβάλλουν και να κάνουν μεταστάσεις που καθιστά τον καρκίνο τόσο επικίνδυνο. Μια ακόμη διαφορά τους είναι, πως οι καλοήθεις όγκοι μπορούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, να αφαιρεθούν χειρουργικά. Σχετικά με την εξάπλωση των κακοηθών όγκων τους καθιστά ιδιαίτερα ανθεκτικούς σε τοπική θεραπεία.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, πως και οι δύο κατηγορίες όγκων οι καλοήθεις αλλά και οι κακοήθεις ταξινομούνται βάσει του τύπου κυττάρου από το οποίο προέρχονται. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία των καρκίνων εμπίπτουν σε μία από τις τρεις κύριες ομάδες: καρκίνωμα, σάρκωμα και λευχαιμία ή λεμφώματα. Σχετικά με τα καρκινώματα, τα οποία περιλαμβάνουν περίπου το 90% των καρκίνων του ανθρώπου, είναι κακοήθειες των επιθηλιακών κυττάρων. Αναφορικά με τα σαρκώματα, τα οποία είναι σπάνια στον άνθρωπο, είναι συμπαγείς όγκοι συνδετικών ιστών, όπως μυών, οστών, χόνδρων και ινωδών ιστών. Τέλος, οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα, αντιπροσωπεύουν περίπου το 8% των κακοηθειών και προκύπτουν από τα κύτταρα που σχηματίζουν το αίμα και από τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, αντίστοιχα.

Επίσης, οι όγκοι ταξινομούνται περαιτέρω σύμφωνα με τον ιστό προέλευσης, όπως παραδείγματος χάριν τα καρκινώματα του πνεύμονα και τα καρκινώματα μαστού, όπως επίσης και σύμφωνα με τον τύπο του σχετικού κυττάρου. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η ερυθροειδής λευχαιμία που προκύπτει από προδρόμους ερυθροκυττάρων (ερυθρά αιμοσφαίρια) (Cooper, 2000).

Παρόλο που υπάρχει πληθώρα ειδών καρκίνου, ορισμένα εξ αυτών εμφανίζονται συχνά. Οι καρκίνοι από 10 διαφορετικά σημεία του σώματος αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 75% αυτής της συνολικής επίπτωσης καρκίνου. Ενώ, οι τέσσερις πιο συνηθισμένοι καρκίνοι, που αντιπροσωπεύουν τουλάχιστον το ήμισυ όλων των περιπτώσεων καρκίνου, είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του προστάτη, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει φανεί πως

ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο θανατηφόρος και ευθύνεται για το 30% όλων των θανάτων που οφείλονται σε καρκίνο.

Κάθε χρόνο, η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου υπολογίζει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων καρκίνου και θανάτων που θα συμβούν στις Ηνωμένες Πολιτείες και συγκεντρώνει τα πιο πρόσφατα στοιχεία σχετικά με την εμφάνιση καρκίνου με βάση τον πληθυσμό. Το 2020 καταγράφηκαν 1.806.590 νέες περιπτώσεις καρκίνου και 606.520 θάνατοι από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το ποσοστό θανάτου από καρκίνο αυξήθηκε μέχρι το 1991 και στη συνέχεια μειώθηκε συνεχώς έως το 2017, με αποτέλεσμα μια συνολική μείωση 29% που μεταφράζεται σε 2.9 εκατομμύρια λιγότερους θανάτους από καρκίνο από ό,τι θα είχαν συμβεί αν τα υψηλά ποσοστά είχαν διατηρηθεί. Αυτή η πρόοδος οφείλεται σε μακροχρόνιες μειώσεις στα ποσοστά θανάτου για τους 4 κύριους καρκίνους. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία (2008-2017), οι μειώσεις επιβραδύνθηκαν για τους καρκίνους του μαστού και του παχέος εντέρου και σταμάτησαν για τον καρκίνο του προστάτη. Αντίθετα, οι μειώσεις επιταχύνθηκαν για τον καρκίνο του πνεύμονα, από 3% ετησίως κατά τη διάρκεια του 2008 έως το 2013 σε 5% κατά τη διάρκεια του 2013 έως το 2017 στους άνδρες και από 2% έως σχεδόν 4% στις γυναίκες, προκαλώντας τη μεγαλύτερη ετήσια πτώση στη συνολική θνησιμότητα από καρκίνο το χρονικό διάστημα 2016-2017 (Siegel et al., 2020).

Ωστόσο, ο καρκίνος του πνεύμονα προκάλεσε περισσότερους θανάτους το 2017 σε σύγκριση με τους καρκίνους του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου. Οι πρόσφατες μειώσεις της θνησιμότητας ήταν επίσης σημαντικές για το μελάνωμα του δέρματος μετά την έγκριση της Αμερικανικής Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων για νέες θεραπείες.

Επιπροσθέτως, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, πως η θνησιμότητα από καρκίνο του ήπατος έχει εξασθενήσει στις γυναίκες και σταθεροποιηθεί στους άνδρες. Συνοπτικά, η επιβράδυνση της ορμής για ορισμένους καρκίνους που επιδέχονται έγκαιρη ανίχνευση έρχεται σε αντίθεση με αξιοσημείωτα οφέλη για άλλους κοινούς καρκίνους. κλιμακώνονται σε 7% ετησίως κατά το 2013 έως το 2017 από 1% το 2006 έως το 2010 σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 64 ετών και από 2% σε 3% σε άτομα ηλικίας 20 έως 49 ετών (Siegel et al., 2020).

Επίσης, είναι αξιοσημείωτες οι ετήσιες μειώσεις από 5% έως 6% σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, καθώς τα ποσοστά σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα αυξάνονταν πριν από το 2013. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι οι μακροχρόνιες ραγδαίες αυξήσεις στη θνησιμότητα από καρκίνο του ήπατος έχουν εξασθενήσει στις γυναίκες και σταθεροποιούνται στους άνδρες. Συνοπτικά, η επιβράδυνση της ορμής για ορισμένους καρκίνους που επιδέχονται έγκαιρη ανίχνευση έρχεται σε αντίθεση με αξιοσημείωτα οφέλη για άλλους κοινούς καρκίνους. κλιμακώνονται σε 7% ετησίως κατά το 2013 έως το 2017 από 1% το 2006 έως το 2010 σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 64 ετών και από 2% σε 3% σε άτομα ηλικίας 20 έως 49 ετών. Οι ετήσιες μειώσεις από 5% έως 6% σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακές επειδή τα ποσοστά σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα αυξάνονταν πριν από το 2013 (Siegel et al., 2020).

1.2 Αιτίες και συχνότητα καρκίνου

Μία από τις πιο σημαντικές πρώτες παρατηρήσεις σχετικά με τον καρκίνο είναι ότι η συχνότητά του ποικίλλει μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί πως το 1775 σημειώθηκε μια αυξημένη συχνότητα καρκίνου του όσχεου μεταξύ των ανδρών που εργαζόταν ως καπνοδόχοι σε νεαρότερη ηλικία. Στα μέσα της δεκαετίας του 1800, ο καρκίνος του πνεύμονα παρατηρήθηκε με ανησυχητικά υψηλά ποσοστά μεταξύ των ανθρακωρύχων στη Γερμανία. Ενώ, μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα, ορισμένοι γιατροί θεώρησαν ότι η χρήση ταμπάκων και πούρων συνδέεται άμεσα με καρκίνους του στόματος και του λαιμού (National Institutes of Health (US), 2007).

Οι εν λόγω παρατηρήσεις μεταξύ άλλων πρότειναν ότι οι αιτίες του καρκίνου μπορεί να βρίσκονται έξω από το σώμα, οδηγώντας σε σημαντική αναζήτηση παραγόντων που θα μπορούσαν να προκαλέσουν καρκίνο. Μια πρώιμη αντίληψη, που προκλήθηκε από την ανακάλυψη ότι τα βακτήρια προκαλούν ποικίλες σημαντικές ανθρώπινες ασθένειες, ήταν ότι ο καρκίνος είναι μια μολυσματική ασθένεια. Επίσης, αναφέρθηκε ότι ο καρκίνος προκύπτει από τον χρόνια ερεθισμό των ιστών. Μάλιστα, η συγκεκριμένη άποψη ενισχύθηκε με την ανακάλυψη των ακτίνων X το έτος 1895 και παρατηρήθηκε πως η έκθεση στη συγκεκριμένη μορφή ακτινοβολίας είναι δυνατόν να προκαλέσει τοπική βλάβη ιστού, προκαλώντας την ανάπτυξη καρκίνου. Επίσης,

διατυπώθηκε και μια άλλη άποψη πως ο καρκίνος ορισμένες φορές είναι κληρονομικός και εμφανίζεται συχνά σε άτομα της ίδιας οικογένειας.

Να σημειωθεί, πως τέτοιου είδους στοιχεία που τότε ήταν αποσπασματικά αλλά και ελλιπή ως προς την κατανόηση, συνέβαλλαν στην ανάπτυξη σύγχυσης σχετικά με τον καρκίνο μεταξύ των επιστημόνων στα μέσα του εικοστού αιώνα (National Institutes of Health (US), 2007).

Έχει φανεί, πως υπάρχουν ουσίες οι οποίες προκαλούν καρκίνο και καλούνται ως καρκινογόνες ουσίες, όπως είναι ουσίες που περιλαμβάνονται στο τσιγάρο και συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Δεδομένου του γεγονότος, πως η ανάπτυξη κακοήθειας αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία πολλών σταδίων, σειρά παραγόντων μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Ωστόσο, πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ακτινοβολίας, των χημικών ουσιών και των ιών, έχει βρεθεί ότι προκαλούν καρκίνο τόσο σε πειραματόζωα όσο και σε ανθρώπους (Cooper, 2000).

Αναφορικά με την ακτινοβολία και πολλά χημικά καρκινογόνα δρουν καταστρέφοντας το DNA και προκαλώντας μεταλλάξεις. Τα εν λόγω καρκινογόνα αναφέρονται ως παράγοντες έναρξης, καθώς η επαγωγή μεταλλάξεων σε βασικά γονίδια στόχους θεωρείται ότι καθιστά το αρχικό γεγονός το οποίο προάγει την ανάπτυξη καρκίνου. Η ηλιακή υπεριώδης ακτινοβολία παραδείγματος χάριν αποτελεί την κύρια αιτία του καρκίνου του δέρματος. Επίσης, καρκινογόνες χημικές ουσίες στον καπνό και αφλατοξίνη αποτελούν ισχυρά καρκινογόνα του ήπατος.

Έχει φανεί, πως το κάπνισμα καθιστά την αιτία του 80 - 90% των καρκίνων του πνεύμονα, ενώ έχει φανεί πως εμπλέκεται και σε καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου. Ο συγκεκριμένος παράγοντας ευθύνεται για το ένα τρίτο όλων των θανάτων από καρκίνο (Cooper, 2000).

Επιπροσθέτως, ορισμένα καρκινογόνα συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου προάγοντας τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Αυτές οι ενώσεις καλούνται ως προαγωγείς όγκων, διότι παρουσιάζουν αυξημένη κυτταρική διαίρεση, συντελώντας στην ανάπτυξη ενός πολλαπλασιαστικού κυτταρικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια πρώιμων σταδίων ανάπτυξης όγκου. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η περίπτωση των εστέρων *phorbol* που διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενεργοποιώντας την πρωτεϊνική κινάση C.

Επίσης, οι ορμόνες, όπως είναι τα οιστρογόνα καθίστανται προαγωγείς όγκων στην ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων στον άνθρωπο. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί, ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων του ενδομητρίου που διεγείρεται από οιστρογόνα και η έκθεση σε περίσσεια οιστρογόνων αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου. Μάλιστα, έχει φανεί πως ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου αυξάνεται στην περίπτωση που μια γυναίκα λαμβάνει μακροχρόνια θεραπεία αντικατάστασης μετεμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων με υψηλές δόσεις οιστρογόνων μόνο. Εντούτοις, ο εν λόγω κίνδυνος ελαχιστοποιείται με τη χορήγηση προγεστερόνης, η οποία εξαλείφει τη διεγερτική επίδραση του οιστρογόνου στον πολλαπλασιασμό των ενδομητρίων κυττάρων. Από την άλλη πλευρά έχει αποδειχθεί, πως η μακροχρόνια θεραπεία με συνδυασμούς οιστρογόνων και προγεστερόνης είναι πιθανό να οδηγήσει σε καρκίνο του μαστού.

Ακόμη, κάποιοι ιοί προκαλούν καρκίνο σε ανθρώπους όπως είναι ο καρκίνος του ήπατος και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Αυτοί οι δύο τύποι καρκίνου αντιπροσωπεύουν 10-20% της παγκόσμιας επίπτωσης καρκίνου. Αυτοί οι ιοί είναι σημαντικοί όχι μόνο ως αιτίες καρκίνου του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο καρκίνος συνιστά τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο και ευθύνεται για 9,6 εκατομμύρια θανάτους, δηλαδή για περίπου 1 στους 6 θανάτους, κατά κύριο λόγο σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ενώ, οι πιο συνηθισμένοι καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα με 2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού με 2,09 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 1,80 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του προστάτη με 1,28 εκατομμύρια περιπτώσεις, ο καρκίνος του δέρματος με 1,04 εκατομμύρια περιπτώσεις και ο καρκίνος του στομάχου με 1,03 εκατομμύρια περιπτώσεις (WHO, 2018).

1.3 Συχνότερα είδη καρκίνου

1.3.1 Καρκίνος του μαστού

Σχετικά με τον καρκίνο του μαστού αποτελεί τον πιο κοινό καρκίνο, ο οποίος διαγιγνώσκεται στις γυναίκες και εμφανίζεται σε περισσότερες από 1 στις 10 νέες διαγνώσεις καρκίνου κάθε χρόνο. Επιπλέον, αφορά τη δεύτερη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καρκίνος του μαστού εξελίσσεται σιωπηλά και οι περισσότερες ασθένειες ανακαλύπτονται κατά τον συστηματικό έλεγχο.

Ο προσδιορισμός παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού καθίσταται ύψιστης σημασίας στη γενική εξέταση της υγείας των γυναικών. Ακολουθούν οι παράγοντες κινδύνου της εν λόγω μορφής καρκίνου:

- Ηλικία. Έχει φανεί πως με την πρόοδο της ηλικίας του γυναικείου πληθυσμού αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- Φύλο. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες παρά σε άνδρες.
- Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Το ατομικό ιστορικό καρκίνου στον ένα μαστό αυξάνει την πιθανότητα δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό.
- Ιστολογικοί παράγοντες κινδύνου. Οι ιστολογικές ανωμαλίες που διαγνώστηκαν από βιοψία του μαστού αποτελούν μια σημαντική κατηγορία παραγόντων κινδύνου της εν λόγω μορφής καρκίνου. Στις συγκεκριμένες κατηγορίες συγκαταλέγεται το λοβιακό καρκίνωμα *in situ* (LCIS) και οι πολλαπλασιαστικές αλλαγές με ατυπία.
- Οικογενειακό ιστορικό και γενετικοί παράγοντες κινδύνου. Έχει φανεί, πως οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου παρουσιάζουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του.
- Αναπαραγωγικοί παράγοντες κινδύνου. Έχει φανεί, πως τα αναπαραγωγικά ορόσημα τα οποία αυξάνουν την έκθεση σε οιστρογόνα όπως είναι η εμμηνόρροια πριν από την ηλικία των δώδεκα χρόνων, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- Λήψη εξωγενούς ορμόνης. Αναλυτικότερα, τα θεραπευτικά και τα συμπληρωματικά οιστρογόνα αλλά και η προγεστερόνη που λαμβάνονται για

την αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων, όπως η αντισύλληψη αυξάνουν τις πιθανότητες καρκίνου του μαστού.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, έχει φανεί πως ο επεμβατικός καρκίνος του μαστού επηρεάζει 1 στις 8 γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες (12,4%) κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Parada et al., 2019; White et al., 2018).

Αναλυτικότερα, στις ΗΠΑ περίπου 266.120 γυναίκες διαγνώστηκαν με διηθητικό καρκίνωμα του μαστού κατά το έτος 2018 και περίπου 2550 άνδρες. Πιο συγκεκριμένα, περίπου 1 στους 1.000 άνδρες αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μια σημαντική διαπίστωση του παρελθόντος είναι πως το έτος 2000, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ άρχισε να παρουσιάζει πτωτική τάση, γεγονός το οποίο ενδεχομένως να οφείλεται στη μειωμένη χρήση της θεραπείας αντικατάστασης ορμονών (HRT) από τις γυναίκες. Συνεπώς, συσχετίστηκε η HRT με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Επιπροσθέτως, το έτος 2008 εκτιμήθηκαν 1,38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις επεμβατικού καρκίνου του μαστού σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, πως η έγκαιρη ανίχνευση και λήψη θεραπείας καρκίνου του μαστού μειώνει τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο του μαστού. Μάλιστα, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 χρόνων σημειώθηκε μείωση τόσο στη Βόρεια Αμερική όσο και σε περιοχές της Ευρώπης. Αντιθέτως, σε πολλές αφρικανικές αλλά και ασιατικές χώρες, όπως παραδείγματος χάριν η Ουγκάντα και Ινδία, αυξήθηκαν τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο του μαστού.

Ακόμη, έχει φανεί πως το ποσοστό συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία και αποδεικνύεται από το γεγονός πως 1,5 περιπτώσεις ανά 100.000 εντοπίζονται σε γυναίκες 20-24 ετών και 421,3 περιπτώσεις ανά 100.000 εντοπίζονται σε γυναίκες 75-79 ετών. Μάλιστα, έχει φανεί πως το 95% των νέων περιπτώσεων αναπτύσσεται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών (Alkabban & Ferguson, 2021).

1.3.2 Καρκίνος του πνεύμονα

Σε ότι αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα αναφέρεται σε όγκους που προέρχονται από το παρέγχυμα του πνεύμονα ή εντός των βρόγχων. Ο εν λόγω καρκίνος συγκαταλέγεται μεταξύ των κύριων αιτιών που οδηγούν σε θάνατο στις ΗΠΑ. Μάλιστα, έχει σημειωθεί

σημαντική άνοδος κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η οποία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση του καπνίσματος τόσο μεταξύ των ανδρών όσο και μεταξύ των γυναικών.

Εκτιμάται ότι το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα και παρατηρείται μεγαλύτερος κίνδυνος σε άνδρες που καπνίζουν. Ακόμη, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την έκθεση σε άλλους καρκινογόνους παράγοντες, όπως είναι παραδείγματος χάριν ο αμίαντος. Ωστόσο, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του πνεύμονα και του αριθμού των πακέτων που καπνίζονται ετησίως, εξαιτίας της περίπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του καπνίσματος και των περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων.

Καθίσταται αξιοσημείωτο, πως ο κίνδυνος από το παθητικό κάπνισμα αυξάνεται κατά 20% - 30%. Επιπρόσθετοι παράγοντες έχει διαπιστωθεί πως είναι η ακτινοβολία για τη θεραπεία κατά του καρκίνου του μαστού. Ακόμη, η έκθεση σε μέταλλα, όπως είναι παραδείγματος το χρώμιο, το νικέλιο καθώς επίσης και αρσενικό, αυξάνει τον κίνδυνο. Εκτός από τα προαναφερθέντα, και ορισμένες πνευμονικές παθήσεις όπως είναι η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση αυξάνουν τον κίνδυνο (Siddiqui & Siddiqui, 2021).

1.3.3 Καρκίνος παχέος εντέρου

Σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου (CRC) καθιστά την τρίτη πιο κοινή διάγνωση καθώς επίσης και τη δεύτερη θανατηφόρα κακοήθεια και για τα δύο φύλα. Ο εν λόγω καρκίνος έχει ισχυρούς περιβαλλοντικούς συσχετισμούς όπως επίσης έχει συσχετιστεί και με γενετικούς παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως η συχνότητα εμφάνισης νέων περιπτώσεων και θνησιμότητας παρουσιάζει σταθερή μείωση κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, που είναι σχετιζόμενη με την αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου και των αποτελεσματικότερων τρόπων θεραπείας.

Ακόμη, σχεδόν το 5% των περιστατικών καρκίνου του παχέος εντέρου αποδίδεται σε δύο κληρονομικά σύνδρομα, την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση και το σύνδρομο Lynch. Η αλλαγή του φυσιολογικού επιθηλίου του παχέος εντέρου σε προκαρκινική βλάβη και τελικά σε ένα επεμβατικό καρκίνωμα απαιτεί συσσώρευση γενετικών μεταλλάξεων σε περίοδο 10-15 ετών (Kuipers et al., 2013).

Μια σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων τρόπου ζωής, σε μεγάλο βαθμό τροποποιήσιμων, επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυξάνεται από το κάπνισμα, την πρόσληψη αλκοόλ και το αυξημένο σωματικό βάρος. Επιπροσθέτως, ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνεται κατά 2–3% σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Guraya, 2015). Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (2-3 μονάδες την ημέρα) εκτιμάται ότι αυξάνει τον κίνδυνο κατά 20%, ενώ ακόμη και η υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο έως και 50% (Fedirko et al., 2011). Το παρατεταμένο έντονο κάπνισμα έχει επίδραση παρόμοιου μεγέθους (Liang et al., 2009). Η πρόσληψη κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένου κρέατος αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου κατά περίπου 1,16 φορές ανά 100g ημερήσιας πρόσληψης (Song et al., 2015).

Αντίθετα, η κατανάλωση δημητριακών ολικής αλέσεως, φρέσκων φρούτων και λαχανικών, καθώς και η πρόσληψη ασβεστίου, φυτικών ινών, πολυβιταμινών και βιταμίνης D, μειώνουν τον κίνδυνο. Η μείωση του κινδύνου εκτιμάται σε περίπου 10% ανά ημερήσια πρόσληψη κάθε 10 g ινών και 300 mg ασβεστίου. Θετική επίδραση έχει φανεί πως έχει η καθημερινή σωματική δραστηριότητα για 30 λεπτά. Τέλος, η χαμηλή δόση ασπιρίνης έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου (Kuipers et al., 2015; Algra & Rothwell, 2012).

Επιπλέον, ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης καρκίνου του παχέος εντέρου είναι το παθολογικό στάδιο της παρουσίασης. Όλες οι νέες περιπτώσεις πρέπει να παρακολουθούνται καθολικά και σε σχεδόν όλους τους ασθενείς απαιτείται κολονοσκόπηση διαλογής για παθολογική επιβεβαίωση καρκινώματος του παχέος εντέρου με βιοψία ιστού. Ακόμη, μπορεί να γίνει υπολογιστική τομογραφία (CT) του θώρακα, της κοιλιάς και της λεκάνης πριν από την χειρουργική εκτομή του καρκίνου (Recio-Boiles & Cagir, 2021).

Η χειρουργική εκτομή είναι ο κύριος τρόπος θεραπείας κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η συμπληρωματική θεραπεία θα μπορούσε να αυξήσει την πιθανότητα θεραπείας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με καρκίνο του παχέος εντέρου (Recio-Boiles & Cagir, 2021).

Σε ότι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει γεωγραφικά, με την υψηλότερη συχνότητα να παρουσιάζεται στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία (44,8 και 32,2 ανά 100.000 άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα), ενώ η Δυτική Αφρική (4,5 ανά 100.000) έχει

τη χαμηλότερη συχνότητα. Ακόμη, οι πιο ανεπτυγμένες περιοχές, δηλαδή η Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία καθώς επίσης και η Ιαπωνία παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα από τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, όπως είναι οι περιοχές της Αφρικής, της Ασίας εκτός της Ιαπωνίας, της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής.

Οι επτά περιοχές παγκοσμίως μπορούν να ταξινομηθούν σύμφωνα με την αύξηση του από την Αφρική (6,3 ανά 100.000), την Ασία (13,7 ανά 100.000), τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (14,0 ανά 100.000), τη Μικρονησία/ Πολυνησία (15,0 ανά 100.000), τη Βόρεια Αμερική (26,1 ανά 100.000), την Ευρώπη (29,5 ανά 100.000) και την Ωκεανία (34,8 ανά 100.000).

Ωστόσο, στην Ευρώπη, η Αλβανία (8,4 ανά 100.000) και η Ουκρανία (23,4 ανά 100.000) έχουν χαμηλότερα ποσοστά, ενώ η Σλοβακία (42,7 ανά 100.000), η Ουγγαρία (42,3 ανά 100.000) και η Δανία (40,5 ανά 100.000) έχουν υψηλή συχνότητα. Επιπλέον, η επίπτωση είναι υψηλή στην Κορέα (45,0 ανά 100.000), τη Σιγκαπούρη (33,7 ανά 100.000) και την Ιαπωνία (32,2 ανά 100.000), αλλά πολύ χαμηλότερη στο Νεπάλ (3,2 ανά 100.000), στο Μπουτάν (3,5 ανά 100.000) και στην Ινδία (6,1 ανά 100.000). Αυτές οι παραλλαγές σχετίζονται με διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα (Kuipers et al., 2015).

1.3.4 Καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ένα ακόμη συχνό είδος καρκίνου. Ειδικότερα, σε παγκόσμιος επίπεδο, ο καρκίνος του προστάτη καθιστά την πιο συχνά διαγνωσμένη κακοήθεια σε άνδρες και την τέταρτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες. Αναλυτικότερα, το έτος 2018, διαγνώστηκαν 1.280.000 περιπτώσεις και 359.000 θάνατο από την εν λόγω ασθένεια, παγκοσμίως (Mattiuzzi & Lippi, 2019).

Έχει διαπιστωθεί, πως η πλειονότητα των καρκίνων του προστάτη τείνουν να αναπτύσσονται αργά και παρουσιάζουν σχετικά χαμηλό κίνδυνο και περιορισμένη επιθετικότητα. Αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη είναι οι παρακάτω (Mayo Clinic, 2020):

- Μεγαλύτερη ηλικία. Ο κίνδυνος καρκίνου του προστάτη αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και είναι πιο συνηθισμένο μετά την ηλικία των 50 ετών.

- Φυλή. Για λόγους που δεν έχουν ακόμη προσδιοριστεί, οι έγχρωμοι άνδρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη από ό, τι οι άνθρωποι άλλων φυλών. Επίσης, σε αυτά τα άτομα ο καρκίνος του προστάτη είναι πιο πιθανό να είναι επιθετικός.
- Οικογενειακό ιστορικό. Εάν ένας συγγενής εξ αίματος, όπως γονέας, αδελφός ή παιδί, έχει διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη, ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί. Επιπροσθέτως, εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό γονιδίων που αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (BRCA1 ή BRCA2) ή πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, ο κίνδυνος καρκίνου του προστάτη μπορεί να είναι υψηλότερος.
- Παχυσαρκία. Τα άτομα που είναι παχύσαρκα μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη σε σύγκριση με τα άτομα που θεωρείται ότι έχουν υγιές βάρος. Σε παχύσαρκα άτομα, ο καρκίνος είναι πιο πιθανό να είναι πιο επιθετικός και πιο πιθανό να επιστρέψει μετά την αρχική θεραπεία.

Ωστόσο, στην περίπτωση καρκίνου του προστάτη δεν υπάρχουν πρώιμα συμπτώματα στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά όψιμα συμπτώματα τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση λόγω αναιμίας, οστικό πόνο και παράλυση από σπονδυλικές μεταστάσεις και νεφρική ανεπάρκεια από αμφίπλευρη απόφραξη του ουρητήρα.

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως σε δοκιμές ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και βιοψίες προστάτη με καθοδήγηση υπερήχων (TRUS). Οι νεότεροι διαγνωστικοί τρόποι περιλαμβάνουν εκτός από τα παραπάνω και δοκιμή ούρων PCA3, βαθμολογία δείκτη υγείας προστάτη (PHI), δοκιμή "4K", δοκιμές εξωσωμάτων, γονιδιωματική ανάλυση, απεικόνιση MRI, βαθμολόγηση PIRADS και βιοψίες καθοδηγούμενες από σύντηξη MRI-TRUS.

Όταν ο καρκίνος περιορίζεται στον προστάτη, θεωρείται αντιμετωπίσιμος και δυνητικά θεραπεύσιμος. Εντούτοις, στην περίπτωση που η ασθένεια έχει εξαπλωθεί στα οστά ή σε άλλο σημείο του σώματος, μπορούν να χρησιμοποιηθούν φάρμακα για τον πόνο, διφωσφονικά, ορμονική θεραπεία, χημειοθεραπεία, ραδιοφαρμακευτικά προϊόντα, ανοσοθεραπεία και εστιασμένη ακτινοβολία. Σε ότι αφορά στα αποτελέσματα εξαρτώνται σημαντικά από την ηλικία του ασθενούς, τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει, την ιστολογία του όγκου και την έκταση του καρκίνου (Lesile et al., 2021).

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να εξετάσει το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου μέσα από τη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, εστιάζοντας σε πληροφορίες που αφορούν τόσο στον καρκίνο και τη σημασία της πρόληψης όσο και στο ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές.

2.2.Ερευνητικά ερωτήματα

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας διατυπώθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Η πρόληψη του καρκίνου είναι σημαντική για τη διαχείριση της ασθένειας;
- Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι κρίσιμος για την πρόληψη του καρκίνου;
- Με ποιους τρόπους μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου ο νοσηλευτής;

2.3 Μεθοδολογία

Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό να μελετηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου. Η συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PUBMED, GOOGLE SCHOLAR και Research gate.Επίσης αναζητήθηκαν δεδομένα και στα ελληνικά περιοδικά της Ε.Ε.Π.Ο (Ελληνική εταιρεία προληπτικής ογκολογίας) και Ε.Ε.Μ (Ελληνική εταιρεία μαστολογίας) .

Για την ανεύρεση των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη σχετικά με το θέμα χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: cancer, prevention, cancer prevention, role of nurse.

2.3.1 Κριτήρια επιλογής μελετών

Κριτήρια ένταξης

- 1) Ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες
- 2) Δημοσίευση στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα
- 3) Έτος δημοσιεύσεις τον άρθρων από το 1987 μέχρι το 2021
- 4) Άρθρα που ήταν πλήρους κειμένου.
- 5) Άρθρα που αναφέρονται στους διάφορους τύπους καρκίνου
- 6) Έρευνες που αναφέρονταν σε νοσηλευτές και στο ρόλο τους στην πρόληψη του καρκίνου

Κριτήρια απόρριψης

- 1) άρθρα που δεν ήταν πλήρες κειμένου
- 2) άρθρα πριν το 1987
- 3) άρθρα σε διαφορετική γλώσσα από ελληνική η αγγλική

2.3.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Αρχικά με την έρευνα άρθρων που έγιναν με τις συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά είχαν ανευρεθεί 200 άρθρα εκ των οποίων μετά από τα κριτήρια ένταξης και απόρριψης απέμειναν 110 άρθρα εκ των οποίων μετά από την ανάγνωση του τίτλου απορρίφθηκαν ακόμη 20 άρθρα. Στην συνέχεια μετά από ανάγνωση της περίληψης των κειμένων απορρίφθηκαν ακόμη 11. Απέμειναν 59 άρθρα για μελέτη για την παρούσα έρευνα.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Πρόληψη

Η πρόληψη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, οι οποίες καλούνται και "παρεμβάσεις", οι οποίες στοχεύουν στον περιορισμό των κινδύνων αλλά και των απειλών για την υγεία. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες πρόληψης και ειδικότερα υπάρχει η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια πρόληψη.

- Πρωτοβάθμια πρόληψη

Αναφορικά με την πρωτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών πριν εκδηλωθούν. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόληψη της έκθεσης σε κινδύνους οι οποίοι προάγουν την ανάπτυξη μιας ασθένειας, μεταβάλλοντας ανθυγιεινές και μη ασφαλείς συμπεριφορές είτε ενισχύοντας την αντίσταση σε ασθένειες σε περίπτωση που εμφανιστεί έκθεση. Έπονται σημαντικά παραδείγματα (Wallack & Winkleby, 1987; Ruiz et al., 2018):

- Η θέσπιση νομοθεσίας και επιβολή για την απαγόρευση ή τον έλεγχο της χρήσης επικίνδυνων προϊόντων όπως είναι ο αμίαντο είτε για την επιβολή ασφαλών όπως παραδείγματος χάριν η χρήση ζωνών ασφαλείας στα οχήματα.

- Η εκπαίδευση των πολιτών για υγιείς και ασφαλείς συνήθειες, όπως είναι η σωστή διατροφή και η διακοπή του καπνίσματος.

- Η ανοσοποίηση κατά μολυσματικών ασθενειών.

- Δευτεροβάθμια πρόληψη

Σε ότι αφορά στη δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει στον περιορισμό των επιπτώσεων μιας ασθένειας που έχει ήδη αναπτυχθεί. Αυτό γίνεται διαγιγνώσκοντας και θεραπεύοντας ασθένειες το συντομότερο δυνατό προκειμένου να σταματήσει είτε να επιβραδυνθεί η πρόοδό τους. Παραδείγματα τέτοιων στρατηγικών είναι τα παρακάτω (Institute for Work and Health, 2015; Frederix, 2017):

- Η πραγματοποίηση τακτικών εξετάσεων με σκοπό την ανίχνευση ασθενειών όταν βρίσκονται στα πρώτα στάδια και μπορεί να περιλαμβάνει παραδείγματος χάριν μαστογραφίες για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού.

- Η καθημερινή λήψη ασπιρίνης σε χαμηλή δόσης είτε η εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων διατροφής μπορεί να συντελέσει στην πρόληψη περαιτέρω καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων.

- Η κατάλληλα τροποποιημένη εργασία προκειμένου οι ασθενείς οι οποίοι εργαζόμενοι να μπορούν να επιστρέψουν με ασφάλεια στο εργασιακό τους περιβάλλον.

- Τριτοβάθμια πρόληψη

Τέλος, σχετικά με την τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στον περιορισμό του αντίκτυπου μιας συνεχιζόμενης ασθένειας που έχει διαρκή αποτελέσματα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παροχής βοήθειας στους ανθρώπους ώστε να διαχειριστούν μακροχρόνια χρόνιας ασθένειες και μόνιμες βλάβες και να βελτιώσουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό την ποιότητα ζωής τους και το προσδόκιμο ζωής. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα παρακάτω (Institute for Work and Health, 2015):

- Τα προγράμματα αποκατάστασης καρδιακών όπως επίσης και εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά και τα προγράμματα διαχείρισης χρόνιων παθήσεων όπως είναι ο διαβήτης.

- Η σύσταση ομάδων υποστήριξης που επιτρέπουν στα μέλη να μοιράζονται στρατηγικές για να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής τους.

- Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης με σκοπό την επανεκπαίδευση των εργαζομένων για νέες θέσεις εργασίας μετά την ανάρρωσή τους.

3. 2. Οι έξι παρεμβάσεις για την πρόληψη του καρκίνου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η πρόληψη του καρκίνου αφορά έξι είδη παρεμβάσεων, όπως δείχνει η Εικόνα 2.



Εικόνα 2. Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη του καρκίνου αφορούν έξι άξονες

3.2.1 Τρόπος ζωής

Ο τρόπος ζωής είναι ύψιστης σημασίας σε ότι αφορά στην πρόληψη του καρκίνου. Ακολουθούν οι κυριότεροι παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής:

Διατήρηση υγιούς βάρους. Ειδικότερα, η διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα υγιές εύρος έχει φανεί πως συμβάλει στην πρόληψη του καρκίνου. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το υπερβολικό βάρος είναι παράγοντας κινδύνου για καρκίνο. Αντιθέτως, ένα «φυσιολογικό» βάρος όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που αξιολογείται μέσω του ΔΜΣ είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Καθώς το υπερβολικό βάρος ξεκινά από την παιδική ηλικία, η υπερβολική αύξηση βάρους πρέπει να αποφεύγεται από τότε. Ακόμη, για τους ενήλικες είναι καλύτερο να διατηρείται η ενεργειακή ισορροπία και σταθερό βάρος σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το αυξημένο σωματικό λίπος μπορεί να προκαλέσει διάφορους τύπους καρκίνων, όπως παραδείγματος χάριν καρκίνο στο στόμα, στο φάρυγγα και το λάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχι, το πάγκρεας, το ήπαρ, το στήθος, τις ωοθήκες, τι ενδομήτριο και τον προστάτη (Kerschbauma & Nüssler, 2019).

Σωματική δραστηριότητα. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο διαφόρων τύπων καρκίνου. Τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ισχυρά για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, για μετεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού και καρκίνο του ενδομητρίου, όπως επίσης και για άλλους τύπους καρκίνου. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, πως στην Ευρώπη, το 9-19% όλων των περιπτώσεων καρκίνου μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα. Η άσκηση αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου επηρεάζοντας διάφορα συστήματα του σώματος, όπως είναι ο μεταβολισμός και το ενδοκρινικό σύστημα. Βοηθά, επίσης, στη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους και μειώνει το σωματικό λίπος, έναν άλλο παράγοντα κινδύνου για πολλούς καρκίνους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά την ενεργό δράση κάθε μέρα και τον περιορισμό της καθιστικής συμπεριφοράς. Τουλάχιστον 150 λεπτά προπόνησης μέτριας έντασης (π.χ. κηπουρική, χορός, περπάτημα) ή τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης προπόνησης (π.χ. τζόκινγκ, αερόμπικ, ομαδικά αθλήματα) την εβδομάδα είναι η σύσταση για ενήλικες (Friedenreich et al., 2010; Moore et al., 2016).

Η φυσική δραστηριότητα ορίζεται ως «κάθε κίνηση που χρησιμοποιεί σκελετικούς μύες και απαιτεί περισσότερη ενέργεια από την ανάπαυση». Οι οικιακές δουλειές, η κηπουρική, και ορισμένα επαγγέλματα καθώς και ψυχαγωγικές δραστηριότητες συμβάλλουν στην καρδιομεταβολική υγεία. Στα περισσότερα μέρη του κόσμου, οι άνθρωποι κάνουν λιγότερη σωματική δραστηριότητα από ό, τι είναι απαραίτητο για την προαγωγή της υγείας, αυξάνοντας τις ώρες που αφιερώνουν στον Η/Υ και την τηλεόραση. Αυτές οι συνήθειες μπορούν εύκολα να συμβάλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους ή στο να γίνει υπέρβαρο το άτομο, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρκίνου (Kerschbaum & Nüssler, 2019).

Υγιεινή διατροφή. Οι υγιεινές συνήθειες στη διατροφή έχει φανεί πως λειτουργούν προληπτικά σε ότι αφορά στην ανάπτυξη του καρκίνου. Ειδικότερα, τα προϊόντα ολικής αλέσεως, τα λαχανικά, τα φρούτα και τα όσπρια παρέχουν πολλά απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και φυτικές ίνες. Συνιστανται 30 g ινών και πέντε μερίδες τουλάχιστον 400 g φρούτων και λαχανικών την ημέρα. Αυτό το είδος διαίτας είναι αποτελεσματικό στη ρύθμιση της πρόσληψης ενέργειας, προστατεύοντας έτσι από την αύξηση βάρους. Ακόμη, οι διαιτητικές ίνες βοηθούν στην προστασία από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ακόμη, συστήνεται ο περιορισμός της κατανάλωσης «Fast Food» και άλλων μεταποιημένων τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη. Τα εν λόγω τρόφιμα είναι συνήθως εύγευστα, εύκολα διαθέσιμα και προσιτά. Περιέχουν κυρίως περισσότερη ενέργεια, αλλά λιγότερα μικροθρεπτικά συστατικά, από τα μη μεταποιημένα τρόφιμα. Έτσι, ενισχύεται η υπερβολική κατανάλωση ενέργειας σε σχέση με τις ενεργειακές δαπάνες, οι οποίες, με τη σειρά τους, οδηγούν εύκολα στην αύξηση του βάρους.

Επιπροσθέτως, το κόκκινο και το μεταποιημένο κρέας δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 350–500 g ανά εβδομάδα. Αναλυτικότερα, στην κατηγορία του κόκκινου κρέας συμπεριλαμβάνεται το βόειο, το χοιρινό, το μοσχαρίσιο, το αρνίσιο, το κατσικίσιο και το πρόβειο κρέας. Σχετικά με το μεταποιημένο κρέας, συμπεριλαμβάνεται το ζαμπόν, το μπέικον και τα λουκάνικα και πρέπει να καταναλώνεται όσο το δυνατόν λιγότερο. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα του κόκκινου κρέατος είναι καλύτερο να μην αποφεύγετε εντελώς, καθώς είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά όπως η βιταμίνη B12, ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος (Martínez Steele et al., 2016).

Όμως, έχει φανεί πως η υπερβολικά συχνή κατανάλωση κόκκινου κρέατος αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Επομένως, πρέπει να καταναλώνεται μέτρια ποσότητα κόκκινου κρέατος και να ακολουθείται διατροφή πλούσια σε ψάρια, πουλερικά και αυγά, που συνιστούν πολύτιμες πηγές πρωτεϊνών και μικροθρεπτικών συστατικών.

Ακόμη, αναφορικά με τον τρόπο ζωής συστήνεται ο περιορισμός της κατανάλωσης ποτών με ζάχαρη. Πιο συγκεκριμένα, οι μεγάλες ποσότητες ποτών με ζάχαρη μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους, οδηγώντας σε παχυσαρκία και αυξάνοντας τον κίνδυνο πολλών μορφών καρκίνου. Υπό αυτό το πλαίσιο, το νερό, το τσάι ή ο καφές χωρίς προσθήκη ζάχαρης θα πρέπει να προτιμώνται για τη διατήρηση επαρκούς ενυδάτωσης. Ενώ, έχει φανεί πως ο καφές έχει προστατευτική δράση έναντι του καρκίνου του ήπατος και του ενδομητρίου. Η κατανάλωση ζάχαρης και ζαχαρούχων τροφών, συμπεριλαμβανομένων των αναψυκτικών και των γλυκών χυμών φρούτων σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος (Larsson et al., 2006; World Cancer Research Fund, 2018).

Τέλος, για την πρόληψη διαφόρων μορφών καρκίνου προτείνεται η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος. Το κάπνισμα θεωρείται υπαίτιο για το 1/3

όλων των τύπων καρκίνου. Η μέγιστη, όμως, νεοπλασματική του δράση φαίνεται στον καρκίνο του πνεύμονα, αφού ευθύνεται για το 90% των καρκίνων του πνεύμονα στους άνδρες και για το 60% στις γυναίκες, στις αναπτυγμένες χώρες. Εκτός, όμως, από τον καρκίνο του πνεύμονα, ευθύνεται για την αύξηση της συχνότητας και άλλων καρκινωμάτων, όπως ο καρκίνος του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του παγκρέατος, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών, του στομάχου, του μαστού, του τραχήλου και τη λευχαιμία. Λόγω, λοιπόν, της ύπαρξης αυτής της στενής σχέσης καπνίσματος-καρκίνου, είναι κατανοητό ότι η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σωτήρια πράξη.

Πιο συγκεκριμένα, έχει φανεί πως για την πρόληψη του καρκίνου είναι καλύτερο να μην αποφεύγεται τελείως το αλκοόλ, καθώς ακόμη και μικρές ποσότητες αλκοόλ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο τουλάχιστον ορισμένων καρκίνων, γεγονός που τεκμηριώνει αυτήν την αυστηρή οδηγία του WCRF. Τα στοιχεία είναι ισχυρά, πως ο κίνδυνος ορισμένων καρκίνων, δηλαδή, καρκίνων του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του παχέος εντέρου, του μαστού και του στομάχου, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (World Cancer Research Fund, 2018; Kerschbauma & Nüssler, 2019).

3.2.2. Διαγνωστικές εξετάσεις Μια απλή γενική αίματος και μία απλή γενική ούρων όσο και να μας φαίνεται απλοϊκό, μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες που μας παραπέμπουν να ψάξουμε μήπως υπάρχει ένας καρκίνος κάπου. Όλοι οι άνθρωποι πάνω από τα 50, θα πρέπει να κάνουν μια κολονοσκόπηση για ανεύρεση καρκίνου παχέος εντέρου. Οι καπνιστές πάνω από 40 ετών θα πρέπει να κάνουν low dose αξονική τομογραφία θώρακος ετησίως ή μαγνητική τομογραφία πνεύμονα, συμπληρώνοντας τον έλεγχο με μια σπιρομέτρηση για την έγκαιρη ανεύρεση Ca πνεύμονα, που είναι ένας από τους κυριότερους καρκίνους που απειλεί και τα δύο φύλα εξίσου. Μετά τα 40, κάθε γυναίκα οφείλει να κάνει ετησίως μια ψηφιακή μαστογραφία για την εντόπιση σε πρώιμο στάδιο κάποιου όγκου στο μαστό. Η μαστογραφία συμπληρώνεται με ένα υπερηχογράφημα μαστών όπου και γίνεται σύγκριση για καλύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Μια άλλη εξέταση αρκετά διευκρινιστική είναι η μαγνητική τομογραφία μαστών.

Οι προληπτικές εξετάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές στην περίπτωση του καρκίνου. Ειδικότερα, η μαστογραφία είναι σημαντική εξέταση για την πρόωμη ανίχνευση καρκίνου του μαστού. Το 2009-2010, η Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ (USPSTF) εξέδωσε νέες ενημερωμένες συστάσεις για τον συστηματικό έλεγχο μαστογραφίας, αφού εξέτασε και συγκριτικά αξιολόγησε διαφορετικούς τρόπους ελέγχου: δισδιάστατη (2D) μαστογραφία οθόνης, κλινική εξέταση μαστού (CBE), αυτοεξέταση μαστού (ΣΕΒ), τρισδιάστατη (3D) ψηφιακή μαστογραφία (όπως η Τομοσύνθεση Ψηφιακού Μαστού ή DBT, που εγκρίθηκε πρόσφατα από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων, FDA) και απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI). Άλλοι τρόποι διαλογής, όπως η θερμογραφία, είναι ακόμη πειραματικοί, ενώ οι προσεγγίσεις δειγματοληψίας ιστού, χρησιμοποιούνται συνήθως μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς.

Το USPSTF συνέστησε την καταπολέμηση της ρουτίνας μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, εκτός αν το ιστορικό της ασθενούς το απαιτεί και μετά από προσεκτική αξιολόγηση των οφελών και των βλαβών. Αναλυτικότερα, συστήθηκε διετής μαστογραφική εξέταση για γυναίκες ηλικίας 50-74 ετών (Valle et al., 2015).

Αντίθετα, το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας (ACR), η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ASCO) και η Εταιρεία Απεικόνισης του Μαστού (SBI) υπολόγισαν ότι η μαστογραφία, εάν δεν εκτελείται σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, θα χάσει το 19-33 % των καρκίνων και θα θυσιάσει 33 χρόνια ζωής ανά 1.000 γυναίκες που ελέγχθηκαν. Αυτοί οι οργανισμοί συνέστησαν επομένως τη ρουτίνα μαστογραφίας ανίχνευσης ξεκινώντας από την ηλικία των 40 ετών (Valle et al., 2015).

Αναφορικά με τον καρκίνο του προστάτη οι εξετάσεις που διενεργούνται στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου είναι η εξέταση για το προστατικό ειδικό αντιγόνο (PSA) το οποίο συνιστά μια πρωτεΐνη που παράγεται από κύτταρα στον προστάτη αδένα. Το PSA βρίσκεται κυρίως στο σπέρμα, ενώ μια μικρή ποσότητα βρίσκεται στο αίμα (American Cancer Society, 2021).

Ακόμη, το επίπεδο PSA στο αίμα μετράται σε μονάδες που ονομάζονται νανογραμμάρια ανά χιλιοστόλιτρο (ng / mL). Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη αυξάνεται καθώς αυξάνεται το επίπεδο PSA, αλλά δεν υπάρχει καθορισμένο σημείο αποκοπής που να μπορεί να θεωρηθεί με βεβαιότητα εάν ένας άντρας έχει ή δεν έχει καρκίνο του προστάτη. Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν ως σημείο καμπής το PSA

4 ng / mL ή υψηλότερο όταν αποφασίζουν εάν ένας άντρας μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω εξετάσεις. Ωστόσο, κάποιος άλλος μπορεί να συστήσουν περαιτέρω έλεγχο ακόμη και σε χαμηλότερο επίπεδο, όπως 2,5 ή 3.

Οι περισσότεροι άντρες χωρίς καρκίνο του προστάτη έχουν επίπεδα PSA κάτω από 4 ng / mL αίματος. Όταν ο καρκίνος του προστάτη αναπτύσσεται, το επίπεδο PSA συχνά υπερβαίνει το 4. Παρόλα αυτά, πρέπει να σημειωθεί πως ένα επίπεδο κάτω από το 4 δεν αποτελεί εγγύηση ότι ο άνθρωπος δεν έχει καρκίνο. Περίπου το 15% των ανδρών με PSA κάτω των 4 διαγιγνώσκονται με καρκίνο του προστάτη όταν γίνεται βιοψία.

Ακόμη, οι άνδρες με επίπεδο PSA μεταξύ 4 και 10 έχουν περίπου 1 στις 4 πιθανότητες να έχουν καρκίνο του προστάτη. Επίσης, στην περίπτωση που το PSA είναι μεγαλύτερο από 10, η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη είναι πάνω από 50%. Τέλος στην περίπτωση που το επίπεδο PSA είναι υψηλό, ενδέχεται να χρειαστούν περαιτέρω εξετάσεις (American Cancer Society, 2021).

Άλλη μια εξέταση που συστήνεται για τη διάγνωση του προστάτη είναι η λήψη βιοψίας προστάτη. Για ορισμένους άνδρες, η λήψη βιοψίας προστάτη μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή, ειδικά εάν το αρχικό επίπεδο PSA είναι υψηλό. Ειδικότερα, η βιοψία καθιστά μια διαδικασία στην οποία αφαιρούνται μικρά δείγματα του προστάτη και μετά εξετάζονται με μικροσκόπιο. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα της εξέτασης δείξουν πως ο ασθενής έχει καρκίνο του προστάτη, τότε μπορεί να αποτραπεί η εξάπλωσή του (American Cancer Society, 2021).

Αναφορικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, συστήνεται ως έλεγχος μέσω εξετάσεων για την εύρεση της νόσου ακόμη και σε άτομα που δεν έχουν συμπτώματα. Κατά τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται μια δοκιμή η οποία καλείται ως σάρωση CAT χαμηλής δόσης ή αξονική τομογραφία (LDCT) σε άτομα με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Οι σαρώσεις LDCT μπορούν να βοηθήσουν στην εύρεση μη φυσιολογικών περιοχών στους πνεύμονες που μπορεί να έχει αναπτυχθεί καρκίνος. Η έρευνα έχει δείξει ότι η χρήση σαρώσεων LDCT για τον έλεγχο ατόμων με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα έσωσε περισσότερες ζωές σε σύγκριση με τις ακτινογραφίες στο στήθος. Για άτομα με υψηλότερο κίνδυνο συστήνεται η ετήσια σάρωση LDCT πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων (American Cancer Society, 2021).

Σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου αποτελεί μια διαδικασία αναζήτησης καρκίνου ακόμη και σε άτομα που δεν έχουν συμπτώματα. Οι πιο διαδεδομένες δοκιμές είναι οι παρακάτω (American Cancer Society, 2021):

- Δοκιμές κοπράνων. Σε αυτές τις εξετάσεις ελέγχονται τα κόπρανα για σημάδια καρκίνου. Αυτές οι δοκιμές είναι λιγότερο επεμβατικές και ευκολότερες, αλλά πρέπει να γίνονται πιο συχνά.

Σε αυτή τη διαδικασία υπάγεται η Ανοσοχημική Δοκιμή Κοπράνων (FIT) η οποία ελέγχει κρυμμένο αίμα στα κόπρανα. Αυτή η δοκιμή πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο.

Επίσης, σε αυτή την κατηγορία ανήκει και η εξέταση απόκρυψης αίματος κοπράνων με βάση το guaiac (gFOBT) η οποία εντοπίζει κρυφό αίμα στα κόπρανα μέσω χημικής αντίδρασης. Λειτουργεί διαφορετικά από την FIT. Ωστόσο, όπως η FIT έτσι και η gFOBT δεν μπορεί να εντοπίσει εάν το αίμα προέρχεται από το παχύ έντερο ή από άλλα μέρη του πεπτικού συστήματος.

- Οπτικές (δομικές) εξετάσεις. Σε αυτές τις εξετάσεις εξετάζεται η δομή του παχέος εντέρου και του ορθού για τυχόν ανωμαλίες. Αυτό γίνεται είτε με ένα όργανο που μοιάζει με σωλήνα με μια μικροσκοπική βιντεοκάμερα στο τέλος που τοποθετείται στο ορθό και καλείται ως κολonosκόπηση, ή με ειδικές δοκιμές απεικόνισης (ακτινογραφία).

Επιπροσθέτως, υπάρχει η υπολογιστική τομογραφία, που αποτελεί μια εξέταση σάρωσης του παχέος εντέρου και του ορθού που μπορεί να δείξει μη φυσιολογικές περιοχές, όπως πολύποδες ή καρκίνο. Τα ειδικά προγράμματα υπολογιστών χρησιμοποιούν ακτινογραφίες καθώς επίσης και αξονική τομογραφία προκειμένου να αναπτύξουν τρισδιάστατες εικόνες του εσωτερικού του παχέος εντέρου και του ορθού. Να σημειωθεί, πως για αυτήν την εξέταση δεν απαιτείται καταστολή ούτε γίνεται τοποθέτηση κάποιου στο ορθό ή στο παχύ έντερο.

3.2.3. Εμβόλια

Ο εμβολιασμός είναι ένας τρόπος πρόληψης κατά του καρκίνου. Υπάρχουν δύο είδη αντικαρκινικών εμβολίων. Ειδικότερα, υπάρχουν τα προληπτικά και τα θεραπευτικά εμβόλια. Σχετικά με τα προληπτικά εμβόλια περιλαμβάνουν εμβόλια κατά του HPV δηλαδή εφαρμόζονται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τα

εμβόλια κατά του HBV για την πρόληψη του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Τα τελευταία είναι εμβόλια με βάση ολόκληρα κύτταρα, πρωτεΐνες και πεπτίδια, δενδριτικά κύτταρα, γονίδια ή ιδιότυπους ανοσοσφαιρινών.

Σε γενικές γραμμές, τα αντικαρκινικά εμβόλια διεγείρουν κυτταροτοξικά Τ λεμφοκύτταρα (CTL) εναντίον αντιγόνων που σχετίζονται με όγκο (TAA) ή αντιγόνα ειδικά για όγκο (TSAs).

3.2.4. Χειρουργικές παρεμβάσεις

Είναι η παλαιότερη και η πιο επιτυχής θεραπευτική μέθοδος. Αν είναι εφικτό να αφαιρεθεί ασφαλώς ο όγκος και να μην παραμείνουν καρκινικά υπολείμματα, μπορεί να επιτευχθεί πλήρης ίαση. Για να θεωρηθεί η χειρουργική επέμβαση ως η ορθότερη επιλογή πρέπει να δοθεί απάντηση σε δυο θεμελιώδη ερωτήματα:

1. Εντοπίζεται ο όγκος σε ένα μόνο σημείο; Αν είναι διάσπαρτος, η χειρουργική αντιμετώπιση ίσως αποδειχθεί επωφελής, ίσως όχι.

2. Μπορούμε να αφαιρέσουμε τον όγκο χωρίς να βλάψουμε τα ζωτικά όργανα και χωρίς λειτουργικά προβλήματα; Ο καρκίνος του πνεύμονα ή του νεφρού είναι δυνατό να αφαιρεθεί διότι τα δυο αυτά όργανα είναι διπλά, ο χειρουργός όμως δεν μπορεί να αφαιρέσει ολόκληρο το ήπαρ ή ζωτικά τμήματα του εγκεφάλου.

Υπάρχουν δυο χειρουργικές προσεγγίσεις:

Κατά τη διαδικασία σ' ένα στάδιο, μετά τη διαγνωστική βιοψία, αφαιρείται χειρουργικά ο όγκος ενώ ο ασθενής παραμένει υπό γενική νάρκωση. Μετά την επέμβαση εξετάζεται το ενδεχόμενο να εφαρμοστεί και άλλη θεραπευτική αγωγή, οπότε πρέπει να επιλεγεί η πιο αποτελεσματική ή ίσως η σειρά των θεραπευτικών μεθόδων, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλές εφαρμόσιμες εναλλακτικές επιλογές.

Κατά τη δεύτερη προσέγγιση γίνεται μόνο βιοψία. Αν η βιοψία δείξει την ύπαρξη καρκίνου, τότε ασθενής και ιατρός σχεδιάζουν την οριστική θεραπευτική αγωγή. Αν επιλεγεί η χειρουργική, γίνεται η κατάλληλη επέμβαση.

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη με σκοπό τη βελτίωση της υγείας των ασθενών μέσω τεκμηριωμένων συστάσεων και ενθαρρύνοντας τα άτομα να λαμβάνουν προληπτικές υπηρεσίες όπως προσυμπτωματικό έλεγχο, συμβουλευτική και προληπτικά φάρμακα. Μέσω της εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία, οι νοσηλευτές μπορούν να εμπνεύσουν μια μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπων να ασχοληθούν με έναν υγιεινό τρόπο ζωής και τελικά να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Οι νοσηλευτές προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης ενθαρρύνουν τους ανθρώπους για τα παρακάτω (Lazarou & Kouta, 2010; Harris, 2019; Benedictine University, 2021):

- Τακτική άσκηση: Οι νοσηλευτές προωθούν την τακτική σωματική δραστηριότητα με σκοπό την πρόληψη διαφόρων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών παθήσεων, της υψηλής αρτηριακής πίεσης και άλλων ασθενειών όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης και η αρθρίτιδα.
- Διαχείριση βάρους: Η προληπτική φροντίδα περιλαμβάνει τη διατήρηση και τον έλεγχο του βάρους με άσκηση και υγιεινές διατροφικές συνήθειες για την πρόληψη ασθενειών όπως είναι μεταξύ άλλων η παχυσαρκία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η οστεοαρθρίτιδα.
- Αποφυγή του καπνίσματος και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών: Το κάπνισμα και τα ναρκωτικά συνδέονται σημαντικό κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα, με εμφύσημα και άλλες μορφές καρκίνου. Οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν την αποφυγή τους.
- Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ: Η εκπαίδευση σχετικά με τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η έγκαιρη εξέταση για ασθένειες όπως ηπατική νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο ή υψηλή αρτηριακή πίεση, μπορεί να αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες πρόληψης ασθενειών.
- Έλεγχος των υπαρχουσών ασθενειών: Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την προληπτική υγειονομική περίθαλψη εργάζονται για να εντοπίσουν τις υπάρχουσες καταστάσεις στα αρχικά στάδια. Η τροποποίηση των συμπεριφορών ενός ατόμου μπορεί να ελέγξει ή να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις μιας συγκεκριμένης ασθένειας.

Ακόμη, η προληπτική φροντίδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα τεχνικών για τον εντοπισμό, την εκπαίδευση, την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών σε πληθυσμούς. Υπάρχουν τρεις τύποι πρόληψης όπως προαναφέρθηκε και οι νοσηλευτές συμμετέχουν σε τακτική βάση ανάλογα με τη θέση τους σε εγκαταστάσεις ή οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

3.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του μαστού

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε προνομιακή θέση ώστε να κάνουν χρήση των πολλών ευκαιριών που παρουσιάζονται στην καθημερινή τους εργασία για να ενθαρρύνουν και να επηρεάσουν τις γυναίκες να γνωρίζουν το στήθος τους. Αναλυτικότερα, έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την υγεία των γυναικών ενθαρρύνοντας τις να εμπλακούν περισσότερο στην υγεία τους και να κάνουν χρήση των διαθέσιμων προγραμμάτων ελέγχου (Bailey, 2000).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το πρώτο εθνικό πρόγραμμα διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού ξεκίνησε το 1988, μετά τη δημοσίευση της έκθεσης Forrest (Patnick 1995). Παρόλο που τα προγράμματα μαζικής εξέτασης για καρκίνο του μαστού ήταν ευπρόσδεκτα για λόγους προαγωγής της υγείας, δεν παρακολουθούνται πάντα από εκείνες τις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Ωστόσο, το πλεονέκτημα της αυτοεξέτασης του μαστού είναι ότι συνιστά μια απλή, χωρίς κόστος, μη επεμβατική τεχνική που μπορεί να ανακαλύψει αλλαγές στον ιστό του μαστού (Bailey, 2000).

Η έρευνα δείχνει ότι οι γυναίκες που ενημερώνονται για την αυτοεξέταση του μαστού και τη συνειδητοποίηση του μαστού από έναν επαγγελματία υγείας δείχνουν μεγαλύτερη γνώση και αυτοπεποίθηση και είναι πιο πιθανό να ασκήσουν αυτή τη διαδικασία, σε σχέση με εκείνες που ενημερώθηκαν από άλλες πηγές. Είναι αξιοσημείωτο, πως οι προφορικές και γραπτές εξηγήσεις πρέπει να δίνονται από τους επαγγελματίες με σκοπό την υποστήριξη και την ενθάρρυνση αναφοράς τέτοιων αλλαγών (Bailey, 2000).

Οι Patistea et al (1992) αναφέρουν ότι για έναν σχετικά μεγάλο αριθμό γυναικών, η κύρια πηγή πληροφοριών για θέματα του μαστού είναι ο επαγγελματίας υγείας. Οι νοσηλευτές είναι σε εξαιρετική θέση να ενθαρρύνουν και να διδάσκουν τέτοιες προληπτικές συμπεριφορές υγείας, καθώς αποτελούν τη μεγαλύτερη ενιαία ομάδα επαγγελματιών υγείας που αποτελείται κυρίως από γυναίκες και αλληλεπιδρούν με

γιατρούς και ασθενείς σε ένα εύρος υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι διευκολυντές και εκπαιδευτές, ενθαρρύνοντας τις γυναίκες να γνωρίζουν το στήθος.

Ακόμη, οι Lillington et al (1993) αναφέρουν πως καθώς οι νοσηλευτές έχουν ήδη ιστορικό υγείας, εντοπίζουν άτομα που κινδυνεύουν, και παρέχουν εκπαίδευση και πληροφορίες για την κάλυψη των μεμονωμένων αναγκών των ασθενών, είναι σε μοναδική θέση να έχουν ευνοϊκό αντίκτυπο στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού και στην έγκαιρη ανίχνευσή του.

3.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου

Βάσει των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, υπάρχουν σημαντικές δυνατότητες πρωτογενούς πρόληψης μέσω τροποποίησης αρκετών περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η εξέταση του τρόπου διατροφής στο σύνολό της μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διατύπωση συστάσεων. Όπως προαναφέρθηκε, η υψηλή πρόσληψη κόκκινων και επεξεργασμένων κρεάτων, γαλακτοκομικών προϊόντων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Έτσι, η αντικατάσταση αυτών των τροφών με τα πουλερικά, τα ψάρια και τις φυτικές πηγές ως την κύρια πηγή πρωτεΐνης και λιπαρών, αλλά και η κατανάλωση φυτικών ινών είναι πιθανό να μειώσουν τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ύψιστης σημασίας για την ενημέρωση σχετικά με διατροφικά ζητήματα (Chan & Giovannucci, 2011).

Επίσης, αν και ο ρόλος για πολλά συμπληρώματα, συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης D, του φυλλικού οξέος και του Β6, παραμένει σε μεγάλο βαθμό αβέβαιος, τα συμπληρώματα ασβεστίου είναι πιθανώς μέτρια ωφέλιμα, ιδιαίτερα στην περίπτωση με χαμηλή πρόσληψη διαιτητικού ασβεστίου. Η πρόσληψη βιταμίνης D 1000-2000 IU / ημέρα μπορεί να βελτιώσει τη γενική κατάσταση της υγείας και πιθανώς να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου.

Επίσης, η ενημέρωση για παράγοντες του τρόπου ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι η αποφυγή του καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ, η πρόληψη της αύξησης βάρους και η διατήρηση ενός εύλογου επιπέδου σωματικής δραστηριότητας μπορούν να έχουν θετική επίδραση στον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Επιπλέον, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι φάρμακα όπως η

ασπιρίνη και τα ΜΣΑΦ είναι αποτελεσματικά προληπτικά φάρμακα (Chan & Giovannucci, 2011).

Συνολικά, η τροποποίηση πολλαπλών παραγόντων διατροφής και τρόπου ζωής είναι πιθανό να έχει σημαντική συνολική επίδραση στον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Έτσι, η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής είναι ένα σημαντικό συμπλήρωμα στον έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου και στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου (Chan & Giovannucci, 2011).

Ακόμη, ένα από τα πιο ισχυρά εργαλεία που έχουν οι νοσηλευτές είναι η ικανότητά τους να αναπτύξουν βαθιές επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι νοσηλευτές είναι σε μοναδική θέση για να μεταδώσουν τη σημασία της πρόληψης του καρκίνου σε όλα τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να συμβουλευθούν αποτελεσματικά τους ασθενείς σχετικά με τις πρακτικές μείωσης του κινδύνου καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να διαθέτουν επαρκείς γνώσεις για τους διάφορους τύπους διαθέσιμων εξετάσεων διαλογής. Παραδείγματος χάριν, οι ενήλικες ηλικίας 45 ετών και άνω με μέσο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική εξέταση - είτε με τεστ κοπράνων είτε με δομική εξέταση, ανάλογα με την προτίμηση του ασθενούς και τη διαθεσιμότητα των εξετάσεων.

Επίσης, όλα τα θετικά αποτελέσματα σε εξετάσεις διαλογής χωρίς κολονοσκόπηση πρέπει να παρακολουθούνται με έγκαιρη κολονοσκόπηση. Ενώ, οι ενήλικες μέσου κινδύνου με καλή υγεία και με προσδόκιμο ζωής άνω των 10 ετών θα πρέπει να συνεχίσουν τον έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου έως την ηλικία των 75 ετών. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ύψιστης σημασίας για την παρακίνηση των ασθενών και των οικογενειών τους ώστε να προβούν σε διαγνωστικές εξετάσεις (Kahl, 2018).

3.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του πνεύμονα

Το κάπνισμα αποτελεί ισχυρό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στον έλεγχο του καπνού. Έχει αναφερθεί, πως αν καθένας από τους 2,2 εκατομμύρια νοσηλευτές που εργάζονται στις ΗΠΑ βοηθούσε έναν καπνιστή να σταματήσει κάθε χρόνο, θα τριπλασίαζε το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. Για να γίνει αυτό, η ρουτίνα αξιολόγηση και θεραπεία διακοπής του καπνού πρέπει να ενσωματωθεί στην κλινική πρακτική και η εκπαίδευση

των νοσηλευτών κρίνεται ύψιστης σημασίας. Οι φραγμοί που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως το αντιληπτό στίγμα που σχετίζεται με το κάπνισμα και τον καρκίνο μεταξύ των μελών της οικογένειας, μπορεί επίσης να διαδραματίσει ρόλο στην αποτροπή της αποτελεσματικής παράδοσης των παρεμβάσεων διακοπής (Cooley et al., 2008).

Σε μικρές μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις νοσηλευτών που αφορούν τη θεραπεία εξάρτησης από τον καπνό βελτιώνουν τα ποσοστά διακοπής (Stanislaw & Wewers, 1994; Wewers et al., 1997).

Η κατάλληλη εκπαίδευση για την παροχή θεραπείας εξάρτησης του καπνού είναι απαραίτητη για να μπορούν οι νοσηλευτές να ενσωματώσουν επιτυχώς αυτές τις παρεμβάσεις στην πρακτική τους. Επίσης, οι Sarna et al (2000) διαπίστωσαν ότι αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές ογκολογίας συναντούν καπνιστές στην πρακτική τους, μόνο το 10% είχε ακούσει για την Κατευθυντήρια Γραμμή για το TDT, δηλαδή τη θεραπεία εξάρτησης από τον καπνό. Η πλειονότητα των νοσηλευτών ήθελε να βοηθήσει τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα, αλλά χρειάστηκε περαιτέρω εκπαίδευση. Αυτή η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι, όπως και με άλλους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές που καπνίζουν ήταν λιγότερο πιθανό να παρέμβουν στους ασθενείς. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης της εκπαίδευσης σε νοσηλευτικές σχολές, την παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετικά με την παύση του καπνού σε περιβάλλον πρακτικής και την υποστήριξη προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος για επαγγελματίες υγείας.

3.3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου του προστάτη

Οι νοσηλευτές είναι σημαντικό να εκπαιδεύσουν τους άνδρες σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του προστάτη. Η ψηφιακή ορθική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται από έναν εκπαιδευμένο επαγγελματία, αλλά αυτή η εξέταση είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη δοκιμή PSA στην ανίχνευση καρκίνου (Mathewson-Chapman, 1998).

Συνεπώς, απαιτείται εκπαίδευση σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη του ελέγχου και της καθοδήγησης σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων PSA για άνδρες όλων των ηλικιών. Οι άνδρες με θετικά αποτελέσματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες

σχετικά με αποφάσεις για τις επιλογές θεραπείας και τον αντίκτυπο αυτής της θεραπείας στην ποιότητα ζωής τους.

Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στις προσπάθειες πρόληψης μέσω της εκτίμησης του κινδύνου καρκίνου, της εκπαίδευσης των ασθενών και της προώθησης αλλαγών στον τρόπο ζωής και τη διατροφή, οι οποίες μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα, τη θνησιμότητα και τον αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ανδρών με καρκίνο του προστάτη (Mathewson-Chapman, 1998).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή νόσο που πλήττει το σύγχρονο κόσμο και μπορεί να αναπτυχθεί σε διάφορα όργανα του σώματος, έχοντας συχνότερη εμφάνιση στους μαστούς, τον προστάτη, το παχύ έντερο και τους πνεύμονες. Πρόκειται για μια πολυπαραγοντική νόσο και αφορά το μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες, στον τρόπο ζωής συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών συνηθειών και της σωματικής δραστηριότητας. Επίσης, η ανάπτυξη της νόσου μπορεί να οφείλεται και στην έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες.

Έχει διεξαχθεί μεγάλος αριθμός ερευνών τόσο για να διερευνηθεί η φύση της νόσου όσο και για να εντοπιστούν οι αποτελεσματικότεροι τρόποι αντιμετώπισής της. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, πως η πρόληψη συνιστά έναν

αποτελεσματικό τρόπο για την αντιμετώπιση της νόσου και συστήνονται προληπτικές εξετάσεις. Η συχνότητα και το είδος των εξετάσεων διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, καθώς λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, όπως είναι το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό αλλά και η ηλικία. Επίσης, ο εμβολιασμός συνιστά άλλο ένα μέσο πρόληψης του καρκίνου, παρόλο που διατίθενται εμβόλια μόνο για ελάχιστα είδη καρκίνου. Τέλος, ο τρόπος ζωής που περιλαμβάνει μια ισορροπημένη υγιεινή διατροφή, τακτική σωματική άσκηση, διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, αποφυγή αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών ουσιών υπάγεται στο πλαίσιο της πρόληψης κατά του καρκίνου.

Σήμερα, η εμφάνιση καρκίνου φαίνεται πως δεν μπορεί να αποφευχθεί για ένα μέρος του πληθυσμού, με βάση τις αιτίες εμφάνισης του. Η σύγχρονη ζωή και οι κληρονομικοί παράγοντες αποτελούν από μόνα τους στοιχεία της αναπόφευκτης εμφάνισης της ασθένειας. Από τη στιγμή εμφάνισης του καρκίνου, ο ασθενής υποβάλλεται σε κίνδυνο και ταλαιπωρία. Επομένως, η πρόληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης της νόσου και θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε αυτή, καθώς αποτελεί ουσιαστικά μονόδρομο για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Ωστόσο, σε μια εποχή που ο μέσος τρόπος ζωής αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από συνήθειες που ελοχεύουν τον κίνδυνο εμφάνισης του, σε συνδυασμό με κληρονομικούς παράγοντες τους οποίους δεν μπορεί να αποφύγει ο ασθενής, η πρόληψη παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλη σπουδαιότητα. Αποτελεί, ωστόσο, έργο απαιτητικό και πρέπει να πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους και μέσα, καθώς οι περισπασμοί της σύγχρονης ζωής μπορούν εύκολα να παρασύρουν τους ανθρώπους μακριά από την πρόληψη και να τους κρατήσουν σε άγνοια κινδύνου.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη διαδραματίζει ο ασθενής. Είναι ο επαγγελματίας υγείας που έρχεται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς αλλά και με τους γιατρούς. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου μέσα από την ενημέρωση των ασθενών για τη σημαντικότητα του τρόπου ζωής που προάγει την πρόληψη τόσο του καρκίνου όσο και άλλους ασθενειών και την ενημέρωσή τους για τη σπουδαιότητα των προληπτικών εξετάσεων. Πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι, ώστε να μεταφέρουν σαφείς και πλήρεις πληροφορίες στους ασθενείς σε ότι αφορά την πρόληψη του καρκίνου. Η ανθρώπινη επαφή αποτελεί στοιχείο που μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ενθάρρυνση της πρόληψης και ο νοσηλευτής αποτελεί το μέσο το οποίο κατέχει το στοιχείο αυτό. Μπορεί να

αξιοποιήσει την ενσυναίσθηση και την εξατομίκευση σε κάθε άτομο, καθώς γνωρίζει έως ένα βαθμό τον ασθενή του. Συνεπώς, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως αρκετά αξιόπιστο μέσο ενθάρρυνσης και καθοδήγησης πρόληψης του καρκίνου. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως οι άνθρωποι θα έρθουν σε επαφή με νοσηλευτικό προσωπικό στη ζωή τους και επομένως, είναι αδιαμφισβήτητη η αξία τους στην πρόληψη. Μέσω συγκεκριμένων δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση που αναφέρθηκε παραπάνω, μπορούν να καθοδηγήσουν κατάλληλα τους ασθενείς ανάλογα με την κάθε περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τους παράγοντες κινδύνου όσο και το ιστορικό και τα χαρακτηριστικά του ασθενή.

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να αποκτήσει πλήθος γνώσεων, καθώς υπάρχουν πολλά είδη καρκίνων, αλλά και δεξιοτήτων επικοινωνίας και παροχής γνώσεων, καθώς ο κάθε ασθενής έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Έτσι, είναι σημαντικό να λαμβάνουν επαρκή και συχνή καθοδήγηση, ώστε να μπορούν να διαχειριστούν, με βάση αυτά που θα αποκομίσουν, ένα πλήθος καταστάσεων στο οποίο θα πρέπει να διαχειριστούν σημαντικό όγκο πληροφοριών. Επιπροσθέτως, εκτός από τις γνώσεις και τις δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος ώστε να δρα ενεργά για την προαγωγή της πρόληψης αλλά και να έχει τις ικανότητες να πείθει τους ίδιους τους πολίτες για αυτή. Έτσι, καθίσταται σαφές πως, προκειμένου ένας νοσηλευτής να είναι ικανός να συμβάλει στην πρόληψη του καρκίνου, πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο πολλών και διαφορετικών στοιχείων, καθένα από τα οποία είναι εξίσου σημαντικό για τη σωστή πραγματοποίηση του εν λόγω έργου. Και είναι σαφές πως η απόκτηση των στοιχείων αυτών είναι απαιτητική, μακροχρόνια και προϋποθέτει καταβολή προσπάθειας και θέλησης από την πλευρά του.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό πως οι νοσηλευτές θα πρέπει να κατέχουν συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες επιτυχούς επικοινωνίας προκειμένου να εξασφαλιστεί η καθοδήγηση σωστής πρόληψης. Έτσι, θα πρέπει να εξασφαλιστεί πως υφίστανται συγκεκριμένοι τρόποι με τους οποίους το νοσηλευτικό προσωπικό αποκτά τις γνώσεις αυτές και εξασφαλίζει τις κατάλληλες δεξιότητες. Δίχως αυτές στα επαγγελματικά του εφόδια, ο ρόλος του στην πρόληψη του καρκίνου είναι ανεπαρκής και δεν μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της νόσου αυτού. Η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο στο πλαίσιο της εκπαίδευσης τους όσο και κατά την επαγγελματική τους πορεία, από κάθε πλευρά. Λαμβάνοντας υπόψη τη σπουδαιότητα της νόσου και τον σημαντικό ρόλο που μπορεί να

διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην πρόληψη του, θα μπορούσε να ειπωθεί πως η σχετική εκπαίδευση του πάνω στο εν λόγω ζήτημα αποτελεί στοιχείο μείζονος σημασίας για την ποιότητα ζωής του ευρύτερου πληθυσμού. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών θα μπορούσε να γίνει μέσω διεξαγωγής συχνών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στο πλαίσιο των οποίων 1) αποκτούν τις κατάλληλες γνώσεις, 2) αναπτύσσουν και ενημερώνονται σχετικά με τις κατάλληλες δεξιότητες επί του θέματος και 3) ενημερώνονται επαρκώς ώστε να αποκτήσουν κίνητρο για να συμβάλλουν ενεργά στην προώθηση της πρόληψης του καρκίνου. Επίσης, είναι αναγκαίο να δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών και στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης, δεδομένου πως η πρόληψη συνιστά την οικονομικότερη μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου. Η βασική εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει το εν λόγω αντικείμενο, καθώς είναι κάτι που θα κληθεί να διαχειριστεί ο νοσηλευτής μελλοντικά και είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθεί και να αποκτήσει τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες.

Ο νοσηλευτής αποτελεί ίσως το σημαντικότερο μέσο προαγωγής της πρόληψης. Η σημασία τους θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο πλαίσιο ενημέρωσης των πολιτών για την πρόληψη του καρκίνου. Ειδικότερα, οι πλευρές οι οποίες παρέχουν τη σχετική ενημέρωση, θα πρέπει να εμπεριέχουν σε αυτή το νοσηλευτικό προσωπικό ως βασική πλευρά στην οποία μπορούν να απευθυνθούν οι πολίτες. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να κατανοήσουν οι πολίτες τη σημασία της πρόληψης για τον καρκίνο και να αναγνωρίσουν τους νοσηλευτές ως μια αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης και καθοδήγησης τους.

Βιβλιογραφία

Alkabban, M.I., & Ferguson, T. (2021). *Breast Cancer*. StatPearls Publishing.

American Cancer Society (2021). *Screening Tests for Prostate Cancer*.
<https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/tests.html>

American Cancer Society (2021). Can Lung Cancer Be Found Early?.
<https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html>

American Cancer Society (2021). Colorectal Cancer Screening Tests.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>

- Bailey, K. (2000). The nurse's role in promoting breast awareness. *Nursing Standard*, 14(30), 34–36. <https://doi.org/10.7748/ns2000.04.14.30.34.c2811>
- Benedictine University (2021). *The Role of the Nurse in Preventative Health Care*. <https://online.ben.edu/programs/msn/resources/role-of-nurse-preventative-health-care>
- Chan, T.A., & Giovannucci, L.E. (2011). Primary Prevention of Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 138(6), 2029–2043. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2010.01.057>
- Cooper, G.M. (2000). *The Cell: A Molecular Approach*. Sinauer Associates.
- Cooley, E.M., Sipples, L.R., Murphy, M., & Sarna, L. (2008). Smoking Cessation and Lung Cancer: Oncology Nurses Can Make a Difference. *Semin Oncol Nurs*, 24(1), 16–26. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2007.11.008>
- Dart, H., Wolin, K.Y., & Colditz, G.A. (2012). Commentary: eight ways to prevent cancer: a framework for effective prevention messages for the public. *Cancer Causes & Control*, 23(4), 601-608. <https://doi.org/10.1007/s10552-012-9924-y>
- Dunn, K.B., & Kramer, S.B. (2016). Cancer Prevention: Lessons Learned and Future Directions. *Trends Cancer*, 2(12), 713-722. <https://doi.org/10.1016/j.trecan.2016.11.003>
- Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F., & Jenab, M. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals of Oncology*, 22(9), 1958–1972. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq653>
- Frederix, I., Dendale, P., & Schmid, J.P. (2017). Who needs secondary prevention? *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 8–13. <https://doi.org/10.1177/2047487317706112>
- Friedenreich, C.M., Neilson, H.K., & Lynch, B. M. (2010). State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer*, 46(14), 2593–2604. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.07.028>
- Guraya SY. (2015); Association of type 2 diabetes mellitus and the risk of colorectal cancer: A meta-analysis and systematic review. *World J Gastroenterol*, 21, 6026–6031

- Harris, D. (2019). Role of the nurse consultant in infection prevention and control. *Nursing Standard*, 34(11), 29-34. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11254>
- Institute for Work and Health (2015). *Primary, secondary and tertiary prevention*. <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>
- Kahl, K. L. (2018). *Nurses play integral role in newly issues colorectal screening guidelines*. <https://www.oncnursingnews.com/web-exclusives/nurses-play-integral-role-in-newly-issued-colorectal-screening-guidelines>
- Kerschbauma, E., & Nüssler, V. (2019). Cancer Prevention with Nutrition and Lifestyle. *Visc Med.*, 35(4), 204–209. <https://doi.org/10.1159/000501776>
- Kuipers, E.J., Rösch, T., & Bretthauer, M. (2013). Colorectal cancer screening—optimizing current strategies and new directions. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 10(3), 130–142. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.12>
- Kuipers, E.J., Grady, W. M., Lieberman, D., Seufferlein, T., Sung, J. J., Boelens, P. G., & Watanabe, T. (2015). Colorectal cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 15065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.65v>
- Lai, X.B., Ching, S.S.Y., & Wong, F.K.Y. (2017). Nurse-led cancer care: A scope review of the past years (2003-2016). *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 184-195. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.02.001>
- Larsson, S.C., Bergkvist, L., & Wolk, A. (2006). Consumption of sugar and sugar-sweetened foods and the risk of pancreatic cancer in a prospective study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84(5), 1171–1176. <https://doi.org/10.1093/ajcn/84.5.1171>
- Lazarou, Ch., & Kouta, Ch. (2010). The role of nurses in the prevention and management of obesity. *Br J Nurs*, 19(10), 641-647. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.10.48203>
- Liang, P.S., Chen, T.Y., & Giovannucci, E. (2009). Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 124(10), 2406–2415. <https://doi.org/10.1002/ijc.24191>

Lillington, L.B., Padilla, V.G., Sayre, W.J., & Chlebowski, T.R. (1993). Factors influencing nurses' breast cancer control activity. *Cancer Practice*, 1(4), 307-314.

Martínez Steele, E., Baraldi, L.G., Louzada, M. L. da C., Moubarac, J.C., Mozaffarian, D., & Monteiro, C. A. (2016). Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(3), e009892. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009892>

Mathewson-Chapman, M. (1998). The Nurse's Role in Prostate Cancer Education: Prevention, Treatment, and Rehabilitation. *Cancer Control*, 5(3), 44-45. <https://doi.org/10.1177/107327489800503s16>

Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current Cancer Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), 217-222. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>

Mayo Clinic (2020). *Prostate cancer*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prostate-cancer/symptoms-causes/syc-20353087>

Moore, S. C., Lee, I.-M., Weiderpass, E., Campbell, P. T., Sampson, J. N., Kitahara, C. M., ... Patel, A. V. (2016). Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. *JAMA Internal Medicine*, 176(6), 816-825. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1548>

National Institutes of Health (US) (2007). *Understanding Cancer*. National Institutes of Health (US).

Parada, H., Sun, X., Tse, C.K., Olshan, A.F., & Troester, M. A. (2018). Lifestyle patterns and survival following breast cancer in the Carolina Breast Cancer Study. *Epidemiology*, 1, 83-92. <https://doi.org/10.1097/ede.0000000000000933>

Patistea, E., Chliaoutakis, J., Darviri, C., & Tselika, A. (1992). Breast selfexamination: knowledge and behaviour of Greek female health care professionals working in primary health care centres. *Cancer Nursing*. 15(6), 415-442.

Patnick, J. (1995). Giving the knowledge. *Nursing Standard*, 9(26), 20-21.

Recio-Boiles, A., & Cagir, B. (2021). *Colon Cancer*. StatPearls Publishing

- Ruiz, M.E., de Labry, O.A., & Epstein, D. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease: an umbrella review. *An Sist Sanit Navar*, 41(3), 355-369. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0316>
- Sarna, L.P., Brown, J.K., Lillington, L., Rose, R., Wewers, E.M., & Brecht, L.M. (2000). Tobacco interventions by oncology nurses in clinical practice: report from a national survey. *Cancer*, 89, 881-889.
- Siddiqui, F., & Siddiqui, H. A. (2021). *Lung Cancer*. StatPearls Publishing
- Siegel, L.R., Miller, D.K., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*, 70(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21590>
- Song, M., Garrett, W.S., & Chan, A.T. (2015). Nutrients, foods, and colorectal cancer prevention. *Gastroenterology*, 148, 1244-1260.
- Stanislaw, A., & Wewers, M. (1994). A smoking cessation intervention with hospitalized surgical cancer patients: A pilot study. *Cancer Nurs.*, 17, 81-86.
- Valle, I., Tramalloni, D., & Bragazzi, M.I. (2015). Cancer prevention: state of the art and future prospects. *J Prev Med Hyg.*, 56(1), E21–E27.
- Wallack, L., & Winkleby, M. (1987). Primary prevention: A new look at basic concepts. *Social Science & Medicine*, 25(8), 923–930. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90263-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90263-2)
- Wewers, M.E., Jenkins, L., & Mignery, T. (1997). A nurse-managed smoking cessation intervention during diagnostic testing for lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24, 1419-1421.
- White, A.J., Bradshaw, P.T., & Hamra, G.B. (2018). Air pollution and Breast Cancer: A Review. *Curr Epidemiol Rep.*, 5(2), 92-100.
- WHO. (2018). *Cancer*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Cancer Research Fund (WCRF) (2018). *WCRF and American Institute for Cancer Research Continuous Update Project Expert Report 2018. Recommendations and public health and policy implications*. <https://www.wcrf.org/dietandcancer>.

World Cancer Research Fund (WCRF) (2018). *World Cancer Research Fund (WCRF) and International Agency for Research on Cancer (IARC), Diet, nutrition and physical activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report.*

Wiseman, M. J. (2018). Nutrition and cancer: prevention and survival. *British Journal of Nutrition*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/s0007114518002222>

Ελληνόγλωσση

Αθανάτου, Ε. (2000). *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Εκδόσεις Λαγός.

Κόνιαρη, Ε. (1991). *Καρκίνος του μαστού – νοσηλευτική παρέμβαση*. Εκδόσεις Βήτα.