



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία:

«CA Προστάτη και διαχείριση των ασθενών αυτών
από το νοσοκομειακό περιβάλλον»

Από τις φοιτήτριες:

ΜΙΧΑΗΛ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

ΜΙΧΑΛΑΚΗ ΒΑΡΒΑΡΑ

Επιβλέπων καθηγητής:

Ρίκος Νικόλαος

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα του καρκίνου του προστάτη και της διαχείρισης των ασθενών αυτών από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει το καρκίνο του προστάτη ως ασθένεια. Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα και την εφαρμογή που έχουν στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει την έννοια της φροντίδας του ασθενούς και στο τέταρτο κεφάλαιο εξετάζεται το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Η εργασία ολοκληρώνεται με συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από την ανάλυση των ως άνω θεμάτων.

Summary

This thesis deals with the issue of the prostate cancer and the management of these patients from the hospital environment. The first chapter presents the prostate cancer as a disease. The second chapter analyzes the nursing protocols and the application they have in the hospital environment. The third chapter presents the concept of patient care and in the fourth chapter there is addressed the issue of care of patients with prostate cancer. The thesis concludes with conclusions drawn from the analysis of the above issues.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή.....	3
Κεφάλαιο Πρώτο: Ο καρκίνος του προστάτη.....	9
1.1 Εισαγωγικά για τον καρκίνθ.....	9
1.2 Ο καρκίνος του προστάτη.....	13
1.3 Ανατομία του προστάτη.....	30
1.4 Ελέγχοντας την ανάπτυξη του προστάτη.....	32
Κεφάλαιο Δεύτερο: Νοσηλευτικά πρωτόκολλα.....	39
2.1 Ορισμός.....	39
2.2 Σχεδιασμός πρωτοκόλλων.....	42
Κεφάλαιο Τρίτο: Φροντίδα Ασθενών.....	55
3.1 Ορισμός φροντίδας.....	55
3.2 Εργασία φροντιστών ασθενών με καρκίνο του προστάτη.....	58
3.3 Ποιότητα ζωής.....	62
3.4 Το φορτίο των φροντιστών.....	64
3.4.1 Αισθήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντι.....	65
3.4.1.α Πένθος.....	65
3.4.1.β Θυμός.....	66
3.4.1.γ Ντροπή.....	66
3.4.1.δ Μοναξιά.....	66
Κεφάλαιο Τέταρτο: Φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του προστάτη.....	69

Κεφάλαιο τεταρτο : Μέθοδος έρευνας.....	87
4.1 Σκοπός έρευνας & Σημαντικότητα του θέματος.....	88
4.2 Μεθοδολογία της έρευνας.....	89
4.3 Συλλογή δεδομένων.....	
Κεφάλαιο πεμπτο : αποτελεσματα	91
Κεφάλαιο εκτο: Συζήτηση- συμπερασματα.....	106
Βιβλιογραφία.....	108

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί το συχνότερο συμπαγή όγκο στους άνδρες και τη δεύτερη αιτία θανάτου λόγω κακοήθειας στις ΗΠΑ, καθώς και τον τέταρτο σε συχνότητα όγκο στους άνδρες παγκόσμια. Σπανιότερα εμφανίζεται στην Ασία και συχνότερα στο δυτικό κόσμο (Σκανδιναβία και Βόρειο Αμερική), κάτι που ενισχύει την υπόθεση ότι το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνεται σταθερά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η θνησιμότητα όμως από τη νόσο μειώνεται από την έναρξη μελέτης του PSA (προστατικό ειδικό αντιγόνο), που οδήγησε στη διάγνωση της νόσου σε αρχικό στάδιο (Wadhwa & Burman, 2011).

Η γενετική προδιάθεση και το περιβάλλον παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου του προστάτη έχουν πολυγονιδιακή εξάρτηση, ενώ μερικές πιο σπάνιες κληρονομικές μορφές οφείλονται σε μεταλλάξεις ενός ή λίγων γονιδίων, όπως για παράδειγμα του HPC1 που κωδικοποιεί το ένζυμο RNase L με αντιική και αντιαποπτωτική δράση (Miller & Spencer, 2007).

Επίσης, η χρόνια φλεγμονή και ίσως κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πιθανόν να έχουν αιτιολογική σχέση εμφάνισης του καρκίνου στον προστάτη. Το οξειδωτικό stress κατά τη φλεγμονή οδηγεί σε ελάττωση της κυτταρικής άμυνας και πιθανόν να συμβάλλει στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Ο ρόλος των στεροειδών ορμονών (ανδρογόνα και οιστρογόνα) είναι σημαντικός, κυρίως στην εξέλιξη της πορείας της νόσου, αλλά ακόμα αδιευκρίνιστος σε ό,τι αφορά την καρκινογένεση. Διαιτητικοί παράγοντες όπως η αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών ενέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Όσον αφορά τους παράγοντες προφύλαξης, είναι υπό μελέτη οι αναστολείς της 5α-αναγωγάσης και αντιοξειδωτικοί παράγοντες όπως το Σελήνιο και η βιταμίνη E με δυνητικά προφυλακτική δράση (Chang & Szymanski, 2011).

Η διάγνωση τίθεται με τη βιοψία του προστάτη. Γίνεται λήψη ιστοτεμαχίων με λεπτή βελόνη και κατόπιν ιστοπαθολογική εξέταση. Η βιοψία γίνεται υπό υπερηχογραφικό έλεγχο και αντιβιοτική κάλυψη. Η σωστή τεχνική με τη βοήθεια του κατάλληλου τεχνικού εξοπλισμού (διορθικός υπερηχογράφος υψηλής συχνότητας) και επαρκή αριθμό παρακεντημάτων (τουλάχιστον 10-14) έχουν ως αποτέλεσμα τη διάγνωση του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο με υψηλό βαθμό ευαισθησίας. Αποτελεί μια άκρως αποτελεσματική και ανώδυνη τεχνική (Miller & Spencer, 2007).

Ποιοι άνδρες πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία του προστάτη; Η ένδειξη τίθεται από τον ουρολόγο που εκτιμά συγκεκριμένες παραμέτρους. Μια αυξημένη τιμή του PSA ή μια αυξανόμενη τιμή στην πορεία του χρόνου, σε συνδυασμό με ή χωρίς ένα παθολογικό εύρημα κατά την ψηλάφηση του προστάτη, αποτελούν ένδειξη για βιοψία. Επομένως, η συχνή παρακολούθηση από Ουρολόγο και η τακτική μέτρηση του PSA είναι αναγκαία για την έγκαιρη διάγνωση και αποδεικνύεται σωτήρια καθημερινά για πολλούς άνδρες που έχουν δυνατότητα ίασης. Η έναρξη του προληπτικού ελέγχου πρέπει να γίνεται κατά

το 45ο έτος ή κατά το 40ο εφόσον υπάρχει επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Τα μεσοδιαστήματα του ελέγχου καθορίζονται από τον Ουρολόγο ανάλογα με τα ευρήματα των εξετάσεων (Chang & Szymanski, 2011).

Η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη εξαρτάται από την ηλικία και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του άνδρα, καθώς και από το στάδιο της νόσου. Οριστική ίαση επιτυγχάνεται σε αρχικό στάδιο (νόσος περιορισμένη στον προστάτη) με τη ριζική προστατεκτομή που αποτελεί το «gold standard» των θεραπευτικών επιλογών. Η ορμονοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία έχουν βέβαια τη θέση τους όταν η χειρουργική θεραπεία δεν είναι δυνατή (Spencer & Steinberg, 2003) .

Η ριζική προστατεκτομή πρωτοεφαρμόστηκε πριν από σχεδόν 100 χρόνια και τα τελευταία 25 χρόνια έχει διαδοθεί ευρέως μεταξύ των χειρουργών ουρολόγων με ειδική ογκολογική εκπαίδευση. Αποτελεί μια δύσκολη τεχνικά εγχείρηση και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και ικανότητα για καλό ογκολογικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Το κύριο πλεονέκτημα της οπισθοηβικής ριζικής προστατεκτομής με ταυτόχρονο πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό, εφόσον εκτελεσθεί άρτια, είναι ότι προσφέρει τη δυνατότητα ίασης με ελάχιστο τραύμα των γύρω ιστών. Επιπλέον, προσφέρει ακριβή σταδιοποίηση με εξέταση όλου του προστάτη και πιο σίγουρη μετεγχειρητική παρακολούθηση. Ο κίνδυνος μιας σοβαρής διεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής αιμορραγίας με ανάγκη μετάγγισης αίματος είναι πολύ χαμηλός. Επίσης, η δυνατότητα διατήρησης του σφιγκτηριακού μηχανισμού και των αγγειονευρωδών δεματίων (τα νεύρα που είναι υπεύθυνα για τη στύση) ουσιαστικά ελαχιστοποιούν την πιθανότητα αλλοίωσης της ποιότητας ζωής των ανδρών. Η ακράτεια ούρων που παλαιότερα αποτελούσε τον εφιάλτη των ασθενών, αλλά και των χειρουργών, έχει περιοριστεί με τη σωστή χειρουργική τεχνική σε ένα ελάχιστο ποσοστό 2-3%. Η διατήρηση μιας φυσιολογικής

σεξουαλικής λειτουργίας είναι σε μεγάλο ποσοστό εφικτή. Επομένως, η ριζική προστατεκτομή αποτελεί μια ογκολογικά αποτελεσματική και όμως ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική παρέμβαση, με σεβασμό στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η εκτέλεσή της βέβαια απαιτεί την ύπαρξη οργανωμένου κέντρου με εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό και την αντίστοιχη υλικοτεχνική υποδομή (Wadhwa & Burman, et al, 2011).

Τα τελευταία 25 χρόνια έχει συντελεστεί σημαντική πρόοδος στον τομέα της έγκαιρης διάγνωσης, αλλά και της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη. Το όφελος για τους άνδρες τεράστιο! Η ίαση από έναν καρκίνο του προστάτη με παράλληλη διατήρηση της ποιότητας ζωής αποτελούν πραγματικότητα, αρκεί να ακολουθηθεί η σωστή στρατηγική. Η προληπτική εξέταση από ουρολόγο που περιλαμβάνει την ψηλάφηση και την υπερηχογραφική μελέτη του προστάτη με ειδική διορθική κεφαλή, καθώς και μια απλή εξέταση αίματος για προσδιορισμό του PSA, πρέπει να αποτελέσει πάγια τακτική όλων των ανδρών μετά την ηλικία των 45 ετών. Σε περίπτωση περαιτέρω αντιμετώπισης, ένα οργανωμένο κέντρο μπορεί να παράσχει τις ενδεδειγμένες θεραπευτικές λύσεις (Miller & Spencer, 2007).

Η κατανόηση των στάσεων του προσωπικού είναι σημαντική, γιατί λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την αναγκαιότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων και τη θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών, που δίνουν τη δυνατότητα στο προσωπικό να διαχειριστεί την παρουσία συγγενών με τον καλύτερο και ασφαλέστερο τρόπο τόσο για τον ασθενή, όσο και για τους συγγενείς, αλλά και για το ίδιο το προσωπικό (Charman et al 2012).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των στάσεων, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται σε ΤΕΠ, σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη. Απώτερος στόχος είναι η ανάδειξη μέσα από τη διερεύνηση

των στάσεων αυτών, της αναγκαιότητας και της σημασίας των κατευθυντήριων οδηγιών, ως πλαίσιο βέλτιστης τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής. Τα συμπεράσματα τα οποία και θα προκύψουν από τη μελέτη θα αναδείξουν ζητήματα μείζονος σημασίας για τα ελληνικά νοσοκομειακά δεδομένα αναφορικά με το ζήτημα και θα δώσουν το έναυσμα στην επιστημονική κοινότητα για περαιτέρω διερεύνηση όχι μόνο σε επίπεδο βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αλλά και σε ερμηνευτικό επίπεδο των παραγόντων και των αιτιών που διαμορφώνουν τις στάσεις του προσωπικού. Η ερμηνευτική αυτή σε συνδυασμό με την επιστημονική αποτύπωση των παραγόντων, θα οδηγήσει μέσα από την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην αλλαγή, όπου απαιτείται, των στάσεων αυτών (Albertsen et al., 2005).

Οι βασικότεροι στόχοι της παρούσας εργασία είναι (Crane, July 2010):

-Η καταγραφή της εμπειρίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη.

-Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς.

-Η διερεύνηση των απόψεων του προσωπικού σχετικά με τη θέσπιση πρωτοκόλλων αναφορικά με την αντιμετώπιση.

-Η δημιουργία προτάσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη από το νοσοκομειακό περιβάλλον.

Κεφάλαιο Πρώτο

Ο καρκίνος του προστάτη

1.1 Εισαγωγικά για τον καρκίνο

Καρκίνος ονομάζεται με τον ευρύ όρο η ασυγκράτητη αύξηση και εξάπλωση κακοηθών κυττάρων. Είναι πιθανόν να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο στο ανθρώπινο σώμα, με διαφορετική ταχύτητα, να εμφανίζει ποικίλα συμπτώματα, να έχει άλλη πρόβλεψη και άλλη ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή. Στις μέρες συνιστά το δεύτερο λόγο θανάτου έπειτα από τις καρδιοπάθειες. Αν και οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν αρχικώς τη λέξη καρκίνος για τη συγκεκριμένη αρρώστια, φαίνεται πως ο καρκίνος έγκειται σε πιο παλιές περιόδους. Υπάρχουν στοιχεία για ένα είδος καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε ταριχευμένα πτώματα στην Αρχαία Αίγυπτο (Barocas & Penson, 2010).

Έχει επίσης βρεθεί και αναφορά αυτής της αρρώστιας σε πάπυρο ο οποίος εκτιμάται να γράφτηκε το 1600 π.Χ. Στον πάπυρο δηλώνονται 8 περιστάσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονται με καυτηριασμό, το ονομαζόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο δηλώνονταν πως η αρρώστια δεν είχε γιατρεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η ποινή από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές ενέργειες. Τα κείμενα του Ιπποκράτη πάραυτα είναι εκείνα που για πρώτη φορά “βαφτίζουν” αυτή την αρρώστια καρκίνο. Η εξήγησή της στηρίχθηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (φλέγμα, κίτρινη, μαύρη χολή και αίμα).

Σε νορμάλ περιστάσεις οι χυμοί εκείνοι είναι σε αρμονία, όταν ωστόσο μαζεύεται πάρα πολλή ποσότητα μαύρης χολής σε ορισμένα σημεία του κορμιού, προκύπτει ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για αρκετούς αιώνες έως περίπου του 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο γνωστός ιατρός Γαληνός (Dalkin, 2010).

Η μακρά διατήρησή της οφείλεται στον αυστηρό περιορισμό έρευνας του ανθρώπινου κορμιού, που είχε επιβληθεί εκείνο το διάστημα για θρησκευτικές αιτίες. Για όλα αυτά τα έτη και για αρκετά αργότερα η αρρώστια θεωρούνταν αγιάτρευτη αρρώστια ακόμη και εφόσον υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους εγχείρηση, αφαίρεσης του όγκου. Τον 15ο αιώνα περίπου, ξεκίνησαν να αξιοποιούνται πιο επιστημονικοί τρόποι στην έρευνα των ασθενειών. Το 1628 ξεκίνησε να χρησιμοποιείται ο τρόπος της αυτοψίας όπου έδειξε αρκετά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και το πώς κυκλοφορεί το αίμα μέσα από την καρδιά και τα άλλα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τις βάσεις για την επιστημονική έρευνα του καρκίνου και τη διεύρυνση της επιστήμης της ογκολογίας. Το ίδιο σχεδόν διάστημα ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) εισήγαγε πως ορισμένα είδη καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν με εγχείρηση, εκείνοι που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Όμως μόνο έναν αιώνα μετά διευρύνθηκε ο τρόπος της αναισθησίας που δεχόταν την ανάπτυξη των μεθόδων εγχείρησης (Miller & Saigal, 2009).

Εκείνο το διάστημα κυριαρχούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα δια του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υπερθεμάτιζε πως η δημιουργία του καρκίνου είναι απόρροια της μεταβολής της πυκνότητας και σύνθεσης της λέμφου. Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία δια της

συστηματικής πια χρήσης του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Ο συγκεκριμένος τρόπος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η ευκαιρία για ευκρινή διάγνωση. Επομένως ξεκίνησε να υπερθεματίζεται πως ο καρκίνος συνιστάται από κύτταρα μη φυσιολογικά (Spencer et al, 2008).

Ο Virchow πάραυτα υποστήριξε πως όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα. Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν ταυτόχρονα με τη διεύρυνση της ιατρικής επιστήμης μέσα στους αιώνες. Μια θεωρία τον 17ο με 18ο αιώνα, θεωρούσε πως ότι ο καρκίνος είναι κολλητική αρρώστια. Αρρώστια που δημιουργείται από παράσιτα στο σώμα, όπως ένα σκουλήκι που είναι υπόλογο για τον καρκίνο στο στομάχι. Κάτι που οδήγησε στην αποξένωση του πρώτου νοσοκομείου κατά του καρκίνου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, για να μη προσβληθεί ο υγιής πληθυσμός. Από τα τέλη του 19ου μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, νόμιζαν στη θεωρία, πως ο καρκίνος δημιουργείται από ένα τραύμα ή από τη χειροτέρευση ενός τραύματος. Εγκαταλείφθηκε γρήγορα αυτή η θεωρία, έπειτα από μη επιτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό (Penson, 2008).

Τη χρονιά του 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Έπειτα έγινε γνωστός ο ιός με το όνομα, σάρκωμα του Rous. Για την εργασία εκείνη το 1968 πήρε το βραβείο Νόμπελ. Το 1915 στο Τόκιο σε ένα πανεπιστήμιο, απομονώθηκε για πρώτη φορά εργαστηριακά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και ειδικότερα στο δέρμα των ποντικών. Τελευταία, η κωνική θεωρία υπερθεματίζει πως πρωτίστως συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μόνο

κύτταρο, όπου αναπαράγεται και δίνει ένα «κλώνο» ολόιδιων κυττάρων, τα οποία διαμορφώνουν τον καρκινικό όγκο. Είναι μια θεωρία η οποία υπερθεματίζεται από μεγάλο τμήμα των επιστημόνων που ασχολούνται με τη μελέτη του καρκίνου (Bourdoumis et al, 2010).

Τόσους αιώνες η σιγουριά πως ο καρκίνος είναι μία αθεράπευτη αρρώστια ακολουθούσε τις ποικίλες θεωρίες και αυτό ήταν που ενδυνάμωσε αρκετά το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που κυριαρχεί στο κοινό μυαλό. Ήδη η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει αρκετές από εκείνες τις ιδέες και έχει καταφέρει να σχηματίσει μία πιο ευκρινή εικόνα και για τη φύση της αρρώστιας και για τα αίτιά της (Hansel et al, May 2007).

Στον άνθρωπο, έπειτα τη γονιμοποίηση του ωαρίου σχηματίζονται 65 τρισεκατομμύρια κύτταρα. Έχει εκτιμηθεί πως για να διατηρηθεί η κανονική προμήθεια του οργανισμού σε ερυθροκύτταρα, χρειάζονται 2.000.000 κυτταρικές διαιρέσεις/sec. Ο μηχανισμός της κυτταρικής διαίρεσης είναι σχεδόν άψογος, εφόσον διαιρείται ένας τόσο μεγάλος αριθμός κυττάρων και βεβαίως δίχως σφάλματα. Αυτή η τάξη και η απόλυτη ακρίβεια εξαρτάται από τη δράση ορισμένων γονιδίων τα οποία ενεργοποιούνται τη σωστή ώρα και στην ορθή φάση, πριν και κατά την κυτταρική διαίρεση (Chang et al, 2011).

Η εξακρίβωση της κακοήθειας με την κλινική εξέταση ή με απεικονιστικούς τρόπους απαιτεί την παρουσία στον οργανισμό σχεδόν 1 δισεκατομμυρίου κακοήθων κυττάρων. Η διαδικασία της κακοήθους εξαλλαγής είναι η απόρροια διαδοχικών αλλαγών της κυτταρικής λειτουργίας. Αυτές οι φαινοτυπικές παραλλαγές εμφανίζουν στο κύτταρο την αξιοσύνη αναπαραγωγής, διήθησης και μετάστασης, γνωρίσματα παθογνωμικά για τον καρκίνο. Είναι εν γένει αποδεκτό- αν και δεν είναι αποδεδειγμένο- πως για όλες τις κυτταρικές και βιοχημικές διαταραχές που είναι υπαίτιες για τον κακοήθη φαινότυπο, έχουν ευθύνη οι γενετικές αλλαγές (Lorenz et al, 2005).

Μερικές από εκείνες τις αλλαγές τείνουν να είναι ιδιαίτερες για ένα ορισμένο είδος καρκίνου ή για μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, πχ ο υψηλός ρυθμός πολλαπλασιασμού ή η μεγαλύτερη δυνατότητα μετάστασης. Ίσως έτσι να εκτιμηθεί- και εν συνεχεία να αποδειχθεί αληθινά- πως μία καθορισμένη γενετική αλλαγή μπορεί να οδηγήσει άμεσα ή έμμεσα σε ένα ειδικό φαινότυπο. Κάποιες γενετικές αλλαγές είναι δυνατό να σημειώνονται σε αρκετούς τύπους όγκων ή να ανευρίσκονται γενικώς σε υψηλή συχνότητα ή σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές, ως απόρροια να μην είναι εύκολο να υπολογιστεί ο ακριβής τους ρόλος (Miller et al, 2007).

1.2 ο καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας τύπος καρκίνου, ο οποίος διευρύνεται στον προστάτη αδένα του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος. Οι πιο πολλοί καρκίνοι διευρύνονται αργά, πάραυτα υφίστανται και περιστάσεις επιθετικού καρκίνου. Τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να κάνουν μετάσταση (εξαπλωθούν) και σε άλλα τμήματα του σώματος, και στα οστά και στους λεμφαδένες. Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να δημιουργήσει πόνο, δυσχέρεια στην ούρηση, προβλήματα κατά τη συνουσία και στυτική δυσλειτουργία. Άλλα συμπτώματα ίσως να εκδηλωθούν σε μεταγενέστερα στάδια της αρρώστιας (Weert & Pinggen, 2009).

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας τύπος καρκίνου, που δημιουργείται στον προστάτη αδένα του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος. Οι καρκίνοι ως επί το πλείστον αναπτύσσονται αργά, μολοταύτα υφίστανται και περιστάσεις επιθετικού καρκίνου. Τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να εξαπλωθούν και σε άλλα μέρη του σώματος, όπως στα κόκκαλα και στους λεμφαδένες. Ο καρκίνος του προστάτη πιθανόν να προξενήσει πόνο, δυσχέρεια στην ούρηση, προβλήματα κατά τη συνουσία και στυτική δυσλειτουργία.

Άλλα συμπτώματα ίσως εκδηλωθούν σε μετέπειτα στάδια της ασθένειας (Nilsson et al, 2001).

Οι ρυθμοί αναζήτησης του καρκίνου του προστάτη διαφέρουν ανά τον κόσμο, με την Νοτιοανατολική Ασία να εμφανίζει χαμηλά ποσοστά, ενώ η Ευρώπη και οι ΗΠΑ υψηλότερα. Ο καρκίνος του προστάτη τείνει να παρουσιάζεται σε άνδρες με ηλικία άνω των 50 χρόνων. Σε όλο τον κόσμο, είναι ο έκτος λόγος θανάτου (που σχετίζεται με καρκίνο) στους άνδρες. Πάραυτα, αρκετοί άνδρες με καρκίνο του προστάτη δε παρουσιάζουν κάποιο σύμπτωμα, δεν κάνουν κάποια θεραπεία και στο τέλος πεθαίνουν εξαιτίας άλλων αφορμών. Αρκετοί συντελεστές, ιδίως διατροφικοί και γενετικοί, έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία αυτού του τύπου καρκίνου. Η παρουσία καρκίνου του προστάτη προσδιορίζεται από τα συμπτώματα, τις σωματικές εξετάσεις, το PSA τεστ και από τη βιοψία (Stattin et al, 2010).

Ο πρώιμος καρκίνος του προστάτη δεν προξενεί συμπτώματα. Καμιά φορά, όμως, παρουσιάζονται συμπτώματα, που είναι παρεμφερή με άλλων ασθενειών, όπως είναι η καλοήθης προστατική υπερπλασία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η συχνουρία, νυκτουρία (αυξημένη ούρηση τη νύχτα), αιματουρία (αίμα στα ούρα) και δυσουρία (πόνος κατά την ούρηση). Σχεδόν το 1/3 των ασθενών, που θα διαγνωσθεί με καρκίνο του προστάτη, παρουσιάζει ένα ή πιο πολλά τέτοια συμπτώματα, ενώ τα δύο τρίτα δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα (Jemal et al, 2011).

Ο καρκίνος του προστάτη έχει σχέση με τη δυσλειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, όπως ο προστάτης πλαισιώνει την προστατική μοίρα της ουρήθρας. Άρα, οποιαδήποτε αλλαγή στον προστάτη επηρεάζει με άμεσο τρόπο τη λειτουργία του ουροποιητικού. Επιπροσθέτως, λόγω ότι ο προστάτης συμμετέχει στο σχηματισμό του

σπέρματος, είναι πιθανό ο καρκίνος να προξενήσει θέματα στη σεξουαλική λειτουργία και απόδοση, όπως αδυναμία στύσης και επώδυνη εκσπερμάτιση (Miller et al, 2003).

Ο προχωρημένος καρκίνος του προστάτη είναι δυνατό να εξαπλωθεί και σε άλλες περιοχές του σώματος, δημιουργώντας κι άλλα συμπτώματα. Το πιο κοινό σύμπτωμα είναι ο πόνος των οστών, όπως τα οστά της σπονδυλικής στήλης, της πυέλου (λεκάνης) και των πλευρών. Η μετάσταση του καρκίνου σε άλλα οστά, όπως το μηριαίο οστό, γίνεται συνήθως στο εγγύτερο μέρος του οστού. Επιπροσθέτως, η μετάσταση του προστατικού καρκίνου στη σπονδυλική στήλη πιθανόν να προξενήσει τη συμπίεση της, ως απόρροια την αδυναμία των κάτω άκρων, όπως και ακράτεια ούρων ή/και κοπράνων (Mc Niff et al, 2009).

Οι κύριοι συντελεστές κινδύνου είναι το πάχος, η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Ο καρκίνος του προστάτη είναι αρκετά ασυνήθιστος σε άντρες μικρότερους των 45, αλλά γίνεται πιο εκτεταμένος με την αύξηση της ηλικίας. Άντρες, που έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με άτομα με καρκίνο του προστάτη, παρουσιάζουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν την ασθένεια σε συνάρτηση με άτομα δίχως ιστορικό. Το ρίσκο είναι μεγαλύτερο για τους άντρες που έχουν έναν καρκινοπαθή αδερφό, παρά έναν καρκινοπαθή πατέρα. Ακόμη, ενδέχεται να αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη άντρες με υψηλή αρτηριακή πίεση και έλλειψη άσκησης (Cheetham et al, 2010).

Το γενετικό θεμέλιο μπορεί να βοηθήσει στον κίνδυνο δημιουργίας καρκίνου του προστάτη, όπως υποδεικνύεται από αντιστοιχίες με το γένος, την οικογένεια και ορισμένες γονιδιακές παραλλαγές. Άνδρες που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο του προστάτη έχουν διπλάσιο κίνδυνο δημιουργίας καρκίνου και άνδρες με δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του προστάτη έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο από άνδρες δίχως οικογενειακό αρχείο καρκίνου του προστάτη. Στις Ηνωμένες Πολιτείες

Αμερικής οι μαύροι άνδρες συνήθως έχουν πιο μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη σε συνάρτηση με τους λευκούς ή τους ισπανόφωνους και σε αυτούς συνήθως ο καρκίνος είναι θανάσιμος. Μελέτες σε δίδυμα στη Σκανδιναβία δείχνουν πως 40% της εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη οφείλεται σε κληρονομικούς συντελεστές (Spencer et al, 2003).

Για τη δημιουργία καρκίνου του προστάτη δεν είναι ένα μοναδικό γονίδιο υπεύθυνο, αλλά αναμιγνύονται αρκετά γονίδια. Μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία είναι καίριοι γονιδιακοί συντελεστές κινδύνου για τον καρκίνο των ωοθηκών και του στήθους στις γυναίκες, συνδέονται με τον καρκίνο του προστάτη. Άλλα γονίδια που έχουν σχέση με τον καρκίνο του προστάτη είναι το HPC1 (Hereditary Prostate cancer gene 1), ο υποδοχέας ανδρογόνων και ο υποδοχέας βιταμίνης D. Η οικογένεια γονιδίων TMPRSS2-ETS και ιδιαίτερα τα γονίδια TMPRSS2-ERG , TMPRSS2-ETV1/4 προωθούν την καρκινική κυτταρική ανάπτυξη (Stanford et al, JAMA 2000).

Η απώλεια ογκοκατασταλτικών γονιδίων έχει εντοπιστεί στα χρωμοσώματα 8p, 10q, 13q και 16q. Μεταλλάξεις στο γονίδιο του P53 στον καρκίνο του προστάτη είναι ελάχιστες σχετικά και πολλές φορές είναι σε θέσεις μεταστάσεων και για αυτό οι μεταλλάξεις του p53 είναι ένα όψιμο περιστατικό στην παθολογία του καρκίνου του προστάτη. Άλλα ογκοκατασταλτικά γονίδια που εκτιμάται πως έχουν κάποιο ρόλο στον καρκίνο του προστάτη είναι το PTEN και το KAI1. Το 70% των ανδρών με καρκίνο του προστάτη έχει χάσει ένα αντίγραφο του γονιδίου PTEN τη στιγμή της διάγνωσης. Σχετικά συχνή απώλεια της E-καντχερίνης και του CD44 έχει επιπροσθέτως επισημανθεί (Wadhd et al, 2011).

Αν και κάποιο διατροφικοί συντελεστές έχουν συνδεθεί με τον καρκίνο του προστάτη, δεν έχει αποδειχθεί ολοκληρωμένα αυτή η σύνδεση. Το κόκκινο κρέας και το

επεξεργασμένο κρέας έχουν μικρό ρόλο στη δημιουργία του καρκίνου, όπως παρουσιάζεται σε μερικές μελέτες, ενώ σε άλλες συσχετίζεται η υψηλή κατανάλωση κρέατος με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στο αίμα αλλά και η λήψη πολυβιταμινών περισσότερες από επτά φορές την εβδομάδα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Το 2009 μία μελέτη παρουσίασε τη σχέση των συμπληρωμάτων φολικού οξέος με αυξημένο κίνδυνο παρουσίασης της ασθένειας αυτής (Scmal et al, March 2008).

Υφίσταται ακόμη κάποια σύνδεση ανάμεσα στον καρκίνο του προστάτη και ορισμένων φαρμάκων, ιατρικών διαδικασιών και ιατρικών καταστάσεων. Η χρήση φαρμάκων για τη μείωση της χοληστερόλης, γνωστά σαν στατίνες εικάζεται πως ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Λοίμωξη ή φλεγμονή του προστάτη (προστατίτιδα) πιθανόν να αυξάνει την πιθανότητα για καρκίνο του προστάτη, ενώ μία άλλη μελέτη δείχνει πως, η λοίμωξη ίσως να βοηθάει στην πρόληψη του, όπως αυξάνει το αίμα στην περιοχή. Ειδικότερα, λοίμωξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: χλαμύδια, γονόρροια ή σύφιλη φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο. Τέλος, η παχυσαρκία και αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο. Υφίσταται μια αντιστοιχία μεταξύ της απολίνωσης των σπερματικών πόρων και του καρκίνου του προστάτη, αλλά χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να αποδειχθεί ότι είναι μια σχέση αιτίου-αιτιατού (Redman et al, August 2008).

Το 2006 οι μελετητές συσχέτισαν έναν άγνωστο μέχρι τότε ρετροϊό XMRV (Xenotropic MuLV-related virus) με τους ανθρώπινους προστατικούς όγκους. Μεταγενέστερες περιγραφές για τον ιό υπήρξαν ασύμφωνες. Ένα γκρουπ από Αμερικανούς μελετητές εντόπισαν πρωτεϊνική έκφραση του XMRV σε ανθρώπινους προστατικούς όγκους, ενώ Γερμανοί επιστήμονες δε βρήκαν ειδικά αντισώματα για τον XMRV ή ειδικές

ακολουθίες του νουκλειικού οξέος του XMRV σε προστατικούς όγκους. Ακόμη, σε μια μεταγενέστερη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν πολλοί από τους συγγραφείς της έρευνας του 2006, δήλωνε πως το αρχικό αποτέλεσμα που συσχέτιζε τον XMRV και τον καρκίνο του προστάτη δεν μπορούσε να επαναληφθεί και ότι οφειλόταν σε επιμόλυνση που δεν είχε εντοπιστεί στην αρχή (Kolata, June 2008).

Ο προστάτης συνιστά μέρος του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος και βοηθά στην παραγωγή και αποθήκευση του σπέρματος. Στους ενήλικες άνδρες, ο τυπικός προστάτης έχει μήκος σχεδόν 3 εκατοστά και ζυγίζει περίπου 20 γραμμάρια. Είναι στην πύελο, κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό (τελικό τμήμα του παχέος εντέρου). Λόγω της θέσης του, οι παθήσεις του προστάτη πολλές φορές επηρεάζουν την ούρηση, την εκσπερμάτιση και σπανίως την αφόδευση. Ο προστάτης περιέχει πολλούς μικρούς αδένες, οι οποίοι παράγουν περίπου το 20% του υγρού του σπέρματος. Στον καρκίνο του προστάτη, τα κύτταρα αυτών των αδένων αλλάζουν σε καρκινικά (Bostwick et al, 2007).

Ο καρκίνος του προστάτη ταξινομείται ως αδενοκαρκίνωμα. Η περιοχή του προστάτη, όπου το αδενοκαρκίνωμα είναι πιο συχνό, είναι η περιφερική ζώνη. Στην αρχή, μικρές συμπαγείς μάζες καρκινικών κυττάρων μένουν περιορισμένες από τους φυσιολογικούς αδένες. Ενώ περνάει ο καιρός, αυτά τα καρκινικά κύτταρα ξεκινούν να πολλαπλασιάζονται και να εξαπλώνονται στον περιβάλλον προστατικό ιστό, δημιουργώντας έναν όγκο. Εν τέλει, ο όγκος αναπτύσσεται αρκετά και τα καρκινικά κύτταρα εισχωρούν σε γειτονικά όργανα, πχ οι σπερματοδόχες κύστεις και το ορθό, ή ταξιδεύουν διά της κυκλοφορίας του αίματος και του λεμφικού συστήματος. Ο καρκίνος του προστάτη εκτιμάται κακοήθης όγκος (Waloshim & Schwartz, 2011).

Ο προστάτης είναι ένα όργανο που μαζεύει ψευδάργυρο και βγάζει κιτρικό οξύ, το οποίο συνιστά καίριο συστατικό του σπέρματος. Υπεύθυνη για την ενεργό μεταφορά του

ψευδάργυρου μέσα στα κύτταρα του προστάτη η πρωτεΐνη ZIP1. Ο ψευδάργυρος με τη σειρά του συμμετέχει στην παραγωγή κιτρικού οξέος. Όμως, τα καρκινικά κύτταρα στερούνται ψευδαργύρου. Αυτό τους επιτρέπει να μη σπαταλούν ενέργεια για την παραγωγή κιτρικού, αλλά να τη χρησιμοποιούν ώστε να αυξηθούν και να εξαπλωθούν. Η απουσία ψευδαργύρου, εκτιμάται πως, ανακλύπει δια της απενεργοποίησης του γονιδίου που παράγει την πρωτεΐνη ZIP1. Η αιτία της απενεργοποίησης του γονιδίου είναι ακόμη άγνωστη (Adams, 1853).

Καλό είναι να γνωρίζουμε τους δύο βασικούς τρόπους διάγνωσης όπου μπορούν να μας βοηθήσουν και στην πρώιμη διάγνωση, και στη διαφορική διάγνωση από άλλα νοσήματα αυτού του μικροσκοπικού οργάνου του ανθρώπινου σώματος (Lytton, June 2001).

Ο απλούστερος και συνοπτικός τρόπος διάγνωσης είναι η δακτυλική εξέταση, που διενεργείται από τον ουρολόγο ή παθολόγο μέσω του πρωκτού του ασθενούς, ο οποίος ξαπλώνει σε θέση που ευνοεί τον ψηλαφισμό του αδένου, στο μπροστινό μέρος του εντέρου. Με τη δακτυλική διερεύνηση της περιοχής ο γιατρός εκτιμά τυχόν αύξηση του μεγέθους ή της υφής του προστάτη και είναι σε θέση να προσδιορίσει σε μεγάλο ποσοστό εάν η κατάστασή είναι απολύτως φυσιολογική, ή αν υπάρχει κάποια υπερτροφία, καλοήθης ή κακοήθης. Το επόμενο βήμα -που συχνά απαιτείται να συνυπάρχει με την δακτυλική εξέταση- είναι η μέτρηση του επιπέδου του Ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (PSA) στο αίμα του ασθενούς (Young, 1905).

Είναι άξιο να επισημανθεί, πως με βάση καινούριες έρευνες, η παρουσία της πρωτεΐνης Engrailed-2 (EN2) στα ούρα συνιστά καίριο στοιχείο για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Και αυτό επειδή, η EN2 ανευρίσκεται στα ούρα μόνο των αρρώστων και ποτέ στα ούρα των ατόμων που είναι υγιή ή ατόμων με άλλες παθήσεις του προστάτη, όπως

προστατίτιδα ή καλοήθης υπερπλασία. Φυσικά, το μόνο τεστ που μπορεί να εξακριβώσει εξ' ολοκλήρου τον καρκίνο του προστάτη είναι η βιοψία, όπου λαμβάνονται μικρά τεμάχια του αδένα, τα οποία εν συνεχεία διατίθενται για μικροσκοπικό τεστ (Walsch et al, 1983).

Ο υπέρηχος και η μαγνητική τομογραφία είναι οι δύο βασικοί απεικονιστικοί τρόποι που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Οι ουρολόγοι χρησιμοποιούν διορθικό υπέρηχο κατά τη διάστημα της βιοψίας, αλλά ο υπέρηχος εμφανίζει κακής ποιότητας ανάλυση του ιστού κι έτσι δεν αξιοποιείται εν γένει.. Τουναντίον, η μαγνητική τομογραφία του προστάτη εμφανίζει σε ανώτερη ποιότητα τον ιστό (Huggins & Hodges, 1941).

Κατά τη βιοψία ο ουρολόγος παίρνει μικρά δείγματα ιστού από τον προστάτη μέσω του ορθού. Ένα "πιστόλι βιοψίας" εισάγει και στη συνέχεια απομακρύνει ειδικές μικρές βελόνες σε λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο. Οι βιοψία του προστάτη αποτελεί διαδικασία ρουτίνας και σπάνια απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο. Το 55% των ανδρών αναφέρουν δυσφορία κατά τη διάρκεια της βιοψίας του προστάτη (Schally et al, November 1971).

Τα δείγματα ιστού ακολούθως διερευνώνται στο μικροσκόπιο, για να καθοριστεί η παρουσία και τα γνωρίσματα των καρκινικών κυττάρων. Το προστατικό ειδικό αντιγόνο (PSA) είναι μια πρωτεΐνη που υπερεκφράζεται στον καρκινικά κύτταρα του προστάτη και σχετίζεται με υψηλά αποτελέσματα στο σύστημα Gleason (Tolis et al, March 1982).

Υφίσταται σε μεγάλο βαθμό συσχέτιση ανάμεσα στον τρόπο ζωής και την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη. Είναι σπουδαίο, για ένα άτομο που επιθυμεί να προλάβει την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη, να διατηρεί το βάρος σε κανονικά επίπεδα, να έχει

στο διαιτολόγιό του αρκετά χορταρικά και να περιορίσει την κατανάλωση κόκκινου κρέατος και αλκοόλ (Deumeade & Issacs, May 20020).

Η συχνή εκσπερμάτιση είναι άξια να μειώσει το ρίσκο ένας άνδρας να εκδηλώσει καρκίνο του προστάτη. Έρευνες έδειξαν πως, άνδρες, που εκσπερμάτιζαν 3-5 φορές τη βδομάδα στην ηλικία 15-19, είχαν μειωμένη πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο του προστάτη σε μεγάλη ηλικία, ενώ άλλες μελέτες δεν έχουν δείξει κανένα όφελος. Οι εκβάσεις αυτές έρχονται σε αντίθεση με τις ανάλογες εκβάσεις πιο παλιών ερευνών, που δήλωναν πως, η συχνή σεξουαλική επαφή μεγαλώνει τον κίνδυνο παρουσίασης καρκίνου του προστάτη μέχρι και 40%. Μια κύρια διαφορά είναι πως οι προγενέστερες έρευνες όριζαν τη σεξουαλική δράση σαν σεξουαλική επαφή, ενώ οι νεότερες εστιάζουν στο νούμερο των εκσπερματίσεων, είτε υπάρχει επαφή με άλλο άτομα, είτε όχι. Μια ανάλυση σε αυτή την ασυμφωνία πιθανόν είναι πως η σεξουαλική επαφή αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, που με τη σειρά του μεγαλώνει το ρίσκο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη (Scott et al, December 1975).

Η πρώτη απόφαση που πρέπει να παρθεί στη διαχείριση του καρκίνου του προστάτη είναι αν είναι απαραίτητη η θεραπεία του. Ο καρκίνος του προστάτη και ειδικά ο πιο συνηθισμένος που εμφανίζεται στον τυπικό ηλικιωμένο ασθενή, συνήθως αναπτύσσεται τόσο αργά, που δεν χρειάζεται καμία θεραπεία. Η θεραπεία ,επίσης, μπορεί να είναι ακατάλληλη ή και αδύνατη, εάν ο ασθενής έχει άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας ή δεν αναμένεται να ζήσει μέχρι να εμφανιστούν τα συμπτώματα (Goldstein et al, July 2010).

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας , το σύστημα διαβάθμισης κατά Gleason και το επίπεδο του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) . Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η ηλικία, η κατάσταση του ασθενούς και η γνώμη του για τις πιθανές θεραπείες και τις παρενέργειές τους. Επειδή όλες οι θεραπείες μπορεί

να έχουν παρενέργειες , όπως δυσλειτουργία στύσης και ακράτεια ούρων, συνήθως οι συζητήσεις εστιάζονται στην εξισορρόπηση των στόχων της θεραπείας με τις αλλαγές του τρόπου ζωής. Ένας συνδυασμός τρόπων θεραπείας συνίσταται για τον καρκίνο του προστάτη (Browne 2001).

Η επιλογή της θεραπείας περικλείει αρκετούς συντελεστές. Παραδείγματος χάριν, εφόσον η ακτινοθεραπεία εφαρμοστεί αρχικά και αποτύχει, έπειτα η ριζική προστατεκτομή, που είναι μία τεχνικά δυσχερής επέμβαση, δε θα είναι κατορθωτή. Από την άλλη μεριά, η ακτινοθεραπεία έπειτα από μια χειρουργική αποτυχία ίσως να έχει αρκετές επιπλοκές (Amst, 2007).

Αρκετοί άνδρες με καρκίνο του προστάτη χαμηλού κινδύνου επιλέγονται για ενεργή παρακολούθηση. Η έννοια αυτή σημαίνει πως ο όγκος του ασθενούς θα παρακολουθείται προσεκτικά, με στόχο την έναρξη θεραπείας, εφόσον υφίστανται σημάδια ανάπτυξης του καρκίνου. Η ενεργή παρακολούθηση περικλείει παρακολούθηση του όγκου για σημάδια αύξησης ή παρουσίασης συμπτωμάτων, δια επαναλαμβανόμενων PSA τεστ, φυσικής εξέτασης του προστάτη και/ή επαναλαμβανόμενων βιοψιών. Ο σκοπός της παρακολούθησης είναι να αποφευχθεί η θεραπεία σε καταστάσεις όγκων που δε θα δημιουργούσαν ποτέ πρόβλημα στον ασθενή και οι παρενέργειες , που ορισμένες φορές είναι σοβαρές και σταθερές. Αυτή η προσέγγιση δε χρησιμοποιείται σε επιθετικούς τύπους καρκίνου (Iyer et al, February 2005).

Γιατρεία για τον επιθετικό καρκίνο του προστάτη περικλείουν εγχείρηση, ακτινοθεραπεία όπως και βραχυθεραπεία (προστατική βραχυθεραπεία) και τη εξωτερική δέσμη ακτινοθεραπείας (IARC Worldwide Cancer Incidence Statistics - Prostate 2001).

Εξαιτίας του PSA τεστ, σχεδόν στο 90% των περιπτώσεων γίνεται διάγνωση έγκαιρα και η εγχείριση ή η ακτινοθεραπεία οδηγεί σε θεραπεία. Πάραυτα, σε ποσοστό 50% έως 75% αυτών των ασθενών, ο καρκίνος δε θα είχε επηρεάσει την επιβίωση τους ακόμα και δίχως θεραπεία, αλλά με τη θεραπεία έχουν υψηλό κίνδυνο για παρενέργειες στη σεξουαλική ζωή, στην ούρηση και στην εντερική λειτουργία. Παραδείγματος χάριν, τα δύο τρίτα των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή δεν έχουν αρκετή στύση για συνουσία και σχεδόν το ένα τρίτο έχει διαρροή ούρων (Adams, 1853).

Εφόσον ο καρκίνος εξαπλωθεί πέραν του προστάτη, οι θεραπευτικές επιλογές μεταβάλλονται αρκετά και οι γιατροί ως επί το πλείστον χρησιμοποιούν μία ποικιλία νομογραμμμάτων για να προβλέψουν το ενδεχόμενο εξάπλωσης. Η θεραπευτική αγωγή με ενεργή παρακολούθηση, εξωτερικής δέσμης ακτινοβολία, βραχυθεραπεία, κρυοχειρουργική, υψηλής έντασης εστιασμένων υπερήχων και χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ιδίως σε άνδρες όπου ο καρκίνος παραμένει στον προστάτη. Ορμονική θεραπεία και χημειοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιούνται σε καρκίνους που έχουν εξαπλωθεί πέραν του προστάτη. Μολοταύτα, υφίστανται ειδικές περιπτώσεις: η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μερικούς διευρυμένους όγκους και η ορμονική θεραπεία για ορισμένους όγκους σε πρώιμο στάδιο χρησιμοποιείται. Η κρυοθεραπεία, η ορμονική θεραπεία και η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται και σε καταστάσεις που η πρώτη θεραπεία δεν πετυχαίνει και ο καρκίνος ακολουθεί να αναπτύσσεται. Ένα εμβόλιο, το sipuleucel-T έχει βρεθεί πως έχει οφέλη τσους άνδρες με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη (Lytton, June 2001).

Τα ποσοστά καρκίνου του προστάτη είναι πιο υψηλά και οι προγνώσεις είναι χειρότερες στα ανεπτυγμένα κράτη παρά στον υπόλοιπο κόσμο. Αρκετοί από τους συντελεστές κινδύνου για τον καρκίνο του προστάτη είναι πιο διαδεδομένοι στον ανεπτυγμένο κόσμο.

Στους συντελεστές αυτούς περιλαμβάνονται το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και οι δίαιτες με μεγάλες ποσότητες κόκκινου κρέατος. Ακόμη, όπου υφίσταται μεγαλύτερη πρόσβαση σε προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου, υφίσταται και πιο υψηλό ποσοστό ανίχνευσης. Ο καρκίνος του προστάτη είναι η ένατη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο (Huggins & Hodges, 1941).

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία, οι πιο σημαντικοί κλινικοί προγνωστικοί δείκτες της έκβασης της νόσου είναι το προ-θεραπείας επίπεδο PSA, και ο βαθμός Gleason. Σε γενικές γραμμές, όσο υψηλότερος είναι ο βαθμός και το στάδιο, τόσο χειρότερη η πρόγνωση. Νομογραφήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό του εκτιμώμενου κινδύνου του ασθενούς μεμονωμένα. Οι προβλέψεις είναι με βάση την εμπειρία των μεγάλων ομάδων των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο σε διάφορα στάδια (Tolis et al, March 1982).

Από το 2011, ο καρκίνος του προστάτη είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος που διαγιγνώσκεται και η έκτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες σε όλο τον κόσμο. Τα ποσοστά του καρκίνου του προστάτη ποικίλλουν ευρέως σε όλο τον κόσμο. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών, είναι λιγότερο συχνός στη Νότια και Ανατολική Ασία, πιο συχνός στην Ευρώπη και ακόμα πιο κοινός στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο καρκίνος του προστάτη αναπτύσσεται κυρίως σε άντρες άνω των πενήντα (Young, 1905).

Το Prostate Cancer Prevention Trial εξακρίβωσε πως η φιναστερίδη ελαττώνει τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη κατά 30%. Υφίστατο μια διένεξη στο ότι αυτό μπορούσε να αυξήσει το ρίσκο για πιο επιθετικά είδη καρκίνων, αλλά νέες μελέτες έδειξαν πως αυτό δεν είναι δυνατό να συμβεί (Goldstein et al, December 1975).

Παραπάνω από το 80% των ανδρών θα αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη από την ηλικία των 80. Πάραυτα, στην πλειοψηφία τους, θα είναι αργός στην ανάπτυξη και ακίνδυνος. Σε τέτοιες καταστάσεις η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη ονομάζεται υπερδιάγνωση και η θεραπευτική αγωγή σε εκείνους μπορεί να τους εκθέσει σε αρκετές ανεπιθύμητες παρενέργειες, δίχως ευκαιρία παράτασης του βίου τους (Browne, 2001).

Αν και ο προστάτης περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ενετό ανατόμο Niccolò Massa το 1536, και παρουσιάστηκε από τον Φλαμανδό ανατόμο Andreas Vesalius το 1538, ο καρκίνος του προστάτη δεν είχε ανιχνευτεί έως το 1853. Ο καρκίνος του προστάτη θεωρήθηκε στην αρχή μια σπάνια ασθένεια, ενδεχομένως εξαιτίας του μικρότερου προσδόκιμου ζωής και των πιο φτωχών τρόπων ανίχνευσης τον 19ου αιώνα. Οι πρώτες θεραπείες του καρκίνου του προστάτη ήταν εγχειρήσεις για την ανακούφιση της ουροποιητικής απόφραξης. Η αφαίρεση του αδένου ολόκληρου (ριζική προστατεκτομή), παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1904 από τον Hugh H. Young στο Νοσοκομείο Johns Hopkins. Η χειρουργική αφαίρεση των όρχεων (ορχεκτομή) για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1890, αλλά με περιορισμένη επιτυχία. Διουρηθρική εκτομή του προστάτη (ασθενείς με διουρηθρική προστατεκτομή) αντικατέστησε τη ριζική προστατεκτομή για τη συμπτωματική ανακούφιση της απόφραξης στα μέσα του 20ου αιώνα, διότι θα μπορούσε να διατηρήσει την καλύτερη στυτική λειτουργία του πέους. Η ριζική προστατεκτομή αναπτύχθηκε το 1983 από τον Patrick Walsh. Αυτή η χειρουργική προσέγγιση επέτρεψε την αφαίρεση του προστάτη και των λεμφαδένων με τη διατήρηση της λειτουργίας του πέους (Arnst, 2007).

Το 1941, ο Charles B. Huggins δημοσίευσε μελέτες, στις οποίες γινόταν χρήση οιστρογόνων για να προβάλλουν αντίσταση στην παραγωγή τεστοστερόνης, σε άνδρες με

μεταστατικό καρκίνο του προστάτη. Με την ανακάλυψη του "χημικού ευνουχισμού" κέρδισε ο Huggins το 1966 Βραβείο Νόμπελ Ιατρικής. Ο ρόλος της GnRH στην αναπαραγωγή προσδιορίστηκε από τον Andrzej W. Schally και τον Roger Guillemin, οι οποίοι κέρδισαν το 1977 το Νόμπελ Ιατρικής για το έργο αυτό. Οι GnRH αγωνιστές υποδοχείς, όπως λευπρολίδη και γοσερελίνη, αναπτύχθηκαν στην συνέχεια και χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη (Iyer et al, February 2005).

Η ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη αναπτύχθηκε στις αρχές του 20ου αιώνα και αρχικά αποτελούνταν από ενδοπροστατικά εμφυτεύματα ραδίου. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία έγινε πιο δημοφιλής, όταν ισχυρότερες [X-ray] πηγές ακτινοβολίας έγιναν διαθέσιμες στα μέσα του 20ου αιώνα. Βραχυθεραπεία με εμφύτευση σπόρων (για τον καρκίνο του προστάτη) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1983.

Η συστηματική χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη είχε μελετηθεί πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970. Η αρχική θεραπευτική αγωγή της κυκλοφωσφαμίδης και 5-φθοριουρακίλης γρήγορα ενώθηκε με πολλαπλά σχήματα χρησιμοποιώντας μια σειρά από άλλα συστηματικά φάρμακα χημειοθεραπείας (Albertsen et al, JAMA 2005).

Μια σειρά από μελέτες, που δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό Science, εμπλέκει ιούς που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο στα κύτταρα του προστάτη: AKT, ERG, και AR εισήχθησαν σε απομονωμένα δείγματα των βασικών κυττάρων και των κυττάρων του αυλού του προστάτη ποντικών. Έπειτα από 16 εβδομάδες, κανένα από τα δείγματα που είχε κύτταρα αυλού δεν είχε υποστεί κακοήγη αλλαγή, ενώ τα κύρια δείγματα είχαν μεταλλαχθεί και είχαν διευρυνθεί ακολούθως σε κακοήθεις καρκινικούς όγκους, όπου παρουσιάστηκαν ίδιοι με ανθρώπινα δείγματα υπό μεγέθυνση. Αυτό οδήγησε στο

συμπέρασμα πως τα κύρια κύτταρα του προστάτη ίσως να είναι ο πιο πιθανός λόγος προέλευσης του καρκίνου του προστάτη (Barocas & Penson, 2010).

Οι άνθρωποι που έχουν καρκίνο του προστάτη αντιμετωπίζουν γενικά καίριες διαφορές στην ευαισθητοποίηση, την επιχορήγηση, την ειδησεογραφική κάλυψη και την έρευνα- και ως εκ τούτου, κατώτερου επιπέδου θεραπεία και πιο φτωχές εκβάσεις, σε συνάρτηση με άλλα είδη καρκίνου. Το 2001, η εφημερίδα The Guardian υπογράμμισε πως η Βρετανία είχε 3.000 νοσηλευτές ειδικευόμενους στον καρκίνο του μαστού, σε συνάρτηση με μόνο έναν για τον καρκίνο του προστάτη. Ακόμα, βρήκε πως ο χρόνος αναμονής ανάμεσα σε παραπομπή και διάγνωση ήταν δύο εβδομάδες για τον καρκίνο του μαστού, αλλά τρεις μήνες για τον καρκίνο του προστάτη. Μια έκθεση του 2007 από το National Prostate Cancer Coalition δήλωσε πως για κάθε φάρμακο για τον καρκίνο του προστάτη στην αγορά, υφίσταντο επτά που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Dalkin, 2010).

Οι διαφορές ακόμα διευρύνονται σε κλάδους όπως η ανίχνευση, με τις κυβερνήσεις να μην επιχορηγούν το προσυμπτωματικό τεστ του καρκίνου του προστάτη, ενώ υπερθεματίζουν ολοκληρωμένα τα προγράμματα του καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος του προστάτη βιώνει και καίρια μικρότερη κάλυψη από τα MME σε συνάρτηση με άλλες, εξίσου γνωστές μορφές καρκίνου, με μια έρευνα από το Prostate Coalition να παρουσιάζει πως 2.6 ιστορίες καρκίνου του μαστού αναλογούν σε κάθε μια που καλύπτει τον καρκίνο του προστάτη (Miller & Saigal, 2009).

Οι επιστήμονες έχουν εδραιώσει ορισμένες κυτταρικές σειρές καρκίνου του προστάτη για να εξετασθεί ο μηχανισμός που εμπλέκεται στην τροπή του καρκίνου του προστάτη. Οι LNCaP, PC-3, και DU-145 χρησιμοποιούνται κοινώς σαν κυτταρικές σειρές καρκίνου του προστάτη. Η LNCaP κυτταρική σειρά δημιουργήθηκε από μία μεταστατική βλάβη σε

ένα ανθρώπινο λεμφαδένα του προστατικού αδενοκαρκινώματος. Οι PC-3 και DU-145 σειρές έχουν δημιουργηθεί από μεταστάσεις ενός ανθρώπινου προστατικού αδενοκαρκινώματος στα οστά και στον εγκέφαλο, αντιστοίχως. Τα LNCaP κύτταρα διατυπώνουν τον υποδοχέα ελάχιστη ή καθόλου AR. Ο AR, ένας ανδρογόνο-ενεργοποιημένος συντελεστής μεταγραφής, υπάγεται στην στεροειδή οικογένεια των πυρηνικών υποδοχέων. Ανάπτυξη του προστάτη εξαρτάται από ανδρογόνα σηματοδότηση μεσολαβούμενη από τον AR, και ο AR είναι επιπροσθέτως καίριος κατά το διάστημα της ανάπτυξης του καρκίνου του προστάτη. Ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων LNCaP είναι ανδρογόνο-εξαρτώμενος όμως ο πολλαπλασιασμός των PC-3 και DU-145 κυττάρων είναι ανδρογόνο-μη εξαρτώμενος. Ανύψωση της έκφρασης του AR πολλές φορές σημειώνεται σε ασθενείς με προχωρημένους όγκους του προστάτη (Penson, 2008).

Για τώρα, ένας ενεργός κλάδος των μη κλινικά εφαρμοσμένων μελετών περιλαμβάνει μη επεμβατικούς τρόπους ανίχνευσης καρκίνου του προστάτη. Αδενοϊοί εκσυγχρονισμένοι για τη μόλυνση κυττάρων όγκου με αβλαβή ακόμη διακριτά γονίδια (όπως λουσιφεράση) έχουν αποδειχθεί ικανοί για έγκαιρη ανίχνευση. Μέχρι τώρα, πάραυτα, αυτή η περιοχή της μελέτης έχει δοκιμαστεί μόνο σε ζωικά και LNCaP μοντέλα κυττάρων (Spencer et al, 2007).

Ένας άλλος ενδεχόμενος μη επεμβατικός τρόπος έγκαιρης διάγνωσης όγκου του προστάτη είναι δια μιας μοριακής δοκιμής που εντοπίζει την εμφάνιση του mRNA που κωδικοεύεται από το γονίδιο PCA3. Το PCA3 mRNA διατυπώνεται σχεδόν αυστηρά από κύτταρα του προστάτη και έχει διαπιστωθεί πως υπερ-εκφράζεται σε καρκινικά κύτταρα του προστάτη. Η έκβαση της δοκιμής για την ώρα δηλώνεται ως μία αναλογία δείγματος PCA3 mRNA προς mRNA PSA. Αν και δεν είναι μια αντικατάσταση για το επίπεδο του

PSA, η εξέταση PCA3 είναι ένα πρόσθετο μέσο για να αποφασίσει εφόσον, σε άνδρες με υποψία καρκίνου του προστάτη (ειδικά αν η αρχική βιοψία αποτύχει να εξηγήσει την αυξημένη PSA ορού), μια βιοψία είναι πράγματι απαραίτητη. Όσο πιο υψηλή είναι η έκφραση του PCA3 στο δείγμα, τόσο πιο μεγάλο είναι το ενδεχόμενο μια θετική βιοψία, δηλαδή, η παρουσία των κυττάρων του καρκίνου του προστάτη (Lorenz et al, 2006).

Μια καινούρια εξέταση αίματος ανίχνευσης αντιγόνου-2 για τον πρώιμο καρκίνο του προστάτη είναι δυνατό να προειδοποιήσει τους άνδρες αν έχουν καρκίνο του προστάτη και πόσο επιθετικός θα είναι. Η Θρομβοφλεβίτιδα με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη και ίσως να είναι ένας καλός τρόπος για τους ιατρούς να υποψιαστούν τους ασθενείς με θρομβοφλεβίτιδα και για καρκίνο του προστάτη, όπως αυτά τα δύο συνδέονται αρκετά μεταξύ τους (Miller et al, 2005).

Τα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη εκκρίνουν prostasomes όπως και PSA. Τα prostasomes περιβάλλονται από μεμβράνη, οργανίδια τα οποία παρουσιάζονται εξωκυτταρικά, και μία από τις φυσιολογικές λειτουργίες τους είναι να προστατεύσουν το σπέρμα από επιθέσεις από το ανοσοποιητικό σύστημα του θήλεος. Καρκινικά κύτταρα προστάτη συνεχίζουν να συνθέτουν και να εκκρίνουν prostasomes, και μπορούν να θωρακίζονται έναντι ανοσολογικών επιθέσεων (Bourdoumis et al, 2010).

1.3 ανατομία του προστάτη

Το ανδρικό γεννητικό-αναπαραγωγικό σύστημα απαρτίζεται από τα εξής όργανα: όσχεο, πέος, προστάτης αδένας, όρχεις, σπερματικός πόρος, επιδιδυμίδα, σπερματοδόχος κύστη, εκσπερματικός πόρος, και βολβουρηθραίοι αδένες. (εικόνα 1) Οι όρχεις είναι οι ανδρικές γονάδες (αδένες του φύλου). Έχουν οβάλ σχήμα και εμπεριέχονται μέσα στο όσχεο μαζί με την επιδιδυμίδα, τα σπερματικά σωληνάκια του όρχεως και το σπερματικό πόρο. Το

όσχεο είναι ένας λεπτοτοιχωματικός μυώδης σάκος, πολύ ευαίσθητος στην θερμοκρασία, την πίεση, στην αφή και τον πόνο και κρέμεται από το ηβικό οστό. Το πέος είναι ένα κυλινδρικό σπυραγγώδες όργανο που κρέμεται μπροστά από το όσχεο και καλύπτεται από δέρμα. Περιέχει δύο στήλες σπογγώδους ιστού και μια στήλη σπυραγγώδους ιστού που του επιτρέπουν να απλώνεται και να διαστέλλεται σε διάμετρο, κάνοντας το σκληρό κατά το σεξουαλικό ερεθισμό (Shaw & Shaw, 1998).

Το πέος και το όσχεο είναι τα εξωτερικά γεννητικά όργανα του άνδρα. Ο σπερματικός πόρος είναι ένας μυώδης σωλήνας που ενώνεται με την επιδιδυμίδα. Η ουρήθρα περνά μέσα από το κέντρο του προστάτη, όπου την περικλείει όπως ένα κολάρο σφιγκτήρας για την εγκράτεια των ούρων. Ο προστάτης είναι ένα μικρό όργανο-αδένας που περικλείει την ουρήθρα. Μεγαλώνει κατά την εφηβεία και συνεχίζει να μεγαλώνει σε τη διάρκεια του βίου του άνδρα. Στους νεαρούς άνδρες έχει μέγεθος κάστανου και ζυγίζει σχεδόν 15-20 γραμμάρια. Όταν τραφεί αρκετά και μεγαλώσει, μπορεί να φτάσει και τα 100-200 γραμμάρια. (ΚΑΛΛΗΣ 1989). Πήρε την ονομασία του από τη θέση που είναι (προΐσταται, βρίσκεται μπροστά και κάτω από την ουροδόχο κύστη) και όχι επειδή μας προφυλάσσει από κάτι. Επιπροσθέτως, είναι πίσω από την ηβική σύμφυση και μπροστά από το κατώτερο μέρος του παχέος εντέρου, το ορθό. Άρα είναι εύκολο για τον ιατρό να εξετάσει τον προστάτη, τσεκάροντάς τον με το δάχτυλο μέσα από το ορθό. Οι βολβουρηθραίοι αδένες (αδένες του Cowper) είναι μικροί αδένες σε σχήμα μπιζελιού, που ανιχνεύονται πίσω από τον σφιγκτήρα της ουρήθρας.(Hansel et al, May 2007).

Τα σπερματικά σωληνάρια παράγουν σπερματοζώαρια, αλλά οι όρχεις αποφέρουν τεστοστερόνη. Το όσχεο κρατά τους όρχεις έξω από το σώμα, όπου κρατιούνται σε θερμοκρασία πιο μικρή από εκείνη του σώματος. Η επιδιδυμίδα είναι ένας μακρύς σωλήνας που φέρει σπερματοζώαρια από τους όρχεις στον σπερματικό πόρο. Τα

ανώριμα σπερματοζωάρια ωριμάζουν κατά την πορεία τους μέσα στην επιδιδυμίδα. Τα ώριμα δε σπερματοζωάρια αποθηκεύονται στην κατώτερη μοίρα της επιδιδυμίδας. Ο σπερματικός πόρος ενώνει τους όρχεις με το σώμα. Ακόμη, φυλάσσει σπερματοζωάρια και ακολούθως τα πηγαίνει στον εκσπερματικό πόρο με περιοριστικές κινήσεις. Η προστατική μοίρα της ουρήθρας υποδέχεται το σπέρμα και το μεταφέρει στην πεϊκή μοίρα της ουρήθρας για να εκσπερματώσει. (εικόνα 2) Η κύρια λειτουργία του προστάτη είναι η παραγωγή ενός υγρού (γαλακτώδεις και αλκαλικές εκχύσεις) όπου, αφενός, μεταφέρει το σπέρμα κατά την εκσπερμάτωση αφετέρου, βοηθά στη ρευστοποίηση του σπερματικού υγρού έτσι ώστε η εισχώρηση των σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννα να είναι πιο εύκολη. Ο προστάτης λειτουργεί και σαν ένα συνδετικό-κομβικό κουτί κατά το διάστημα της εκσπερμάτωσης. Αφήνει επομένως τα σωληνάκια που μεταφέρουν το σπέρμα από τους όρχεις (σπερματικός πόρος) και στα σωληνάκια που αποχετεύουν το σπερματικό υγρό από τις σπερματοδόχους κύστες (αποθηκευτικές δεξαμενές που δίνουν τροφή στα σπερματοζωάρια και είναι πίσω από τον προστάτη) να βοηθήσουν σε ένα κοινό σωληνάκι, που ονομάζεται εκσπερματικός πόρος, και να αδειάζουν από κοινού το σπερματικό υγρό στην ουρήθρα (Taylor, 2005).

1.4 ελέγχοντας την ανάπτυξη του προστάτη

Η διεύρυνση των φυσιολογικών όπως και των νεοπλασματικών κυττάρων του προστάτη εξαρτάται από τα επίπεδα των ανδρογόνων. Πιο μεγάλη αναλογία των κυκλοφορούντων, στον ορό, ανδρογόνων παράγεται από τους όρχεις με τον τύπο της τεστοστερόνης (την ανδρική γεννητική ορμόνη), ενώ μικρό ποσοστό (η ανδροστενεδιόνη και η δυεπιανδροστερόνη) παράγεται από τα επινεφρίδια. Η τεστοστερόνη μπαίνει στον προστάτη και, με τη βοήθεια του ενζύμου 5α-ρεδουκτάση, τροποποιείται σε διυδροτεστοστερόνη (deydotestosterone-DHT), όπου είναι η δραστική μορφή της

τεστοστερόνης και εξάπτει την ανάπτυξη του προστάτη αδένου. Έτσι, ο προστάτης σταδιακά μεγαλώνει σε μέγεθος όσο περνάνε τα χρόνια κάτω από την διεγερτική επιρροή της διυδροτεστοστερόνης. Η σταδιακή αυτή υπερπλασία του προστάτη δημιουργεί συμπτώματα όπως ελάττωση της ροής των ούρων και αίσθημα ελλιπούς αδειάσματος της κύστης μια τελείως νορμάλ και καλοήθης (μη καρκινική) περίπτωση. (εικόνα 3) Τα ανδρογόνα των επινεφριδίων αλλάζουν περιφερικά και σε DHT, αλλά δείχνει πως ο ρόλος τους στη διεύρυνση των προστατικών κυττάρων είναι καθορισμένος (Cox et al, 2007).

Τα ανδρικά αναπαραγωγικά όργανα συνιστούν και μέρη της ουροποιητικής οδού, ως απόρροια διαταραχές στη λειτουργία του ενός συστήματος να επηρεάζουν αρκετές φορές και το άλλο. Για αυτό, άνδρες με διαταραχές ή ανωμαλίες της αναπαραγωγικής οδού χειρίζονται από ουρολόγους.(DEWIT 2009) Οι παθήσεις του προστάτη είναι συνήθως γνωστές στους άνδρες. Αλλά εκείνο που πιθανό δε γνωρίζουν οι άνδρες είναι πως το λιγότερο μια φορά σε όλη τη ζωή τους, θα έχουν θέμα από τον προστάτη τους. Οι πιο καίριες και πιο συχνές αρρώστιες του προστάτη είναι (Arnst, 2007):

- I. Υπερτροφία του προστάτη: Αφορά καλοήθη συμφόρηση του προστατικού αδένου, όπου είναι γνωστή στον κόσμο σαν “προστάτης”.
- II. Φλεγμονές του προστάτη: Αφορά την οξεία και τη χρόνια προστατίτιδα. Και οι δύο τύποι οφείλονται σε προσβολή του προστάτη από κοινούς μικροοργανισμούς.
- III. Καρκίνος του προστάτη: Αφορά την κακοήθη ασθένεια του προστάτη, όπου αν και είναι πολύ συχνή ασθένεια του άνδρα πάραυτα δεν είναι συχνή και σαν αιτία θανάτου. Περίπου κάθε άνδρας άνω των

80 χρόνων έχει καρκίνο του προστάτη, έστω και δίχως να του δημιουργεί ενοχλήσεις.

Αν και οι παθήσεις του προστάτη είναι ποικίλες, η συμπτωματολογία όπου δημιουργούνται είναι σε μεγάλο βαθμό συνήθης. Τα συμπτώματα χωρίζονται σε 2 είδη. Στο πρώτο υπάγονται τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ούρηση και παρουσιάζονται σαν διαταραχές ούρησης. Αυτά είναι: 1. Συχνουρία 2. Επιτακτική ούρηση 3. Νυχτερινή ούρηση (νυχτουρία) 4. Δυσουρία 5. Επίσχεση ούρων 6. Ακράτεια ούρων Τα συμπτώματα αυτά είναι όχι μόνο τα πιο κοινά και τα πιο συχνά των παθήσεων του προστάτη, αλλά και τα βασικότερα και τα πιο χαρακτηριστικά. Στο δεύτερο υπάγονται συμπτώματα που δεν είναι γνωρίσματα των παθήσεων του προστάτη πχ: ρίγος, κακουχία, αιματουρία, πόνος στο περίνεο και υπερηβικά και πυρετός. Ορισμένα από τα συμπτώματα αυτά πιθανόν να οφείλονται και σε άλλες αρρώστιες πλην του προστάτη, για αυτό επομένως, είναι καίριο ο νοσών να πάει σε έναν ουρολόγο με τα πρώτα ήδη συμπτώματα (Bourdoumis et al, 2010).

Κανονικά στον προστάτη, όπως και στο υπόλοιπο κορμί, υφίσταται μία διαρκή ανανέωση των κυττάρων, όπου τα καινούρια κύτταρα υποκαθιστούν τα κύτταρα που πεθαίνουν. Αλλά στον καρκίνο, η ισορροπία ανάμεσα στα νέα και παλιά κύτταρα έχει χαθεί και αρκετά καινούρια κύτταρα δημιουργούνται ενώ τα παλιά κύτταρα συνεχίζουν να ζουν για μεγάλη χρονική διάρκεια. Ειδικότερα ο καρκίνος είναι μια ομάδα από μη φυσιολογικά κύτταρα, όπου ίσως να έχουν υποστεί κάποιες αλλαγές στο DNA. Για αυτό πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα από τα φυσιολογικά κύτταρα και γίνονται πιο μικρές και σκληρές μάζες αρνούμενες να «πεθάνουν». Η διαφορά από την καλοήγη υπερπλασία είναι πως τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εισχωρήσουν και να διηθούν παρακείμενους φυσιολογικούς ιστούς – όπως στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη όπου ο

καρκίνος μπορεί να επεκταθεί στο ορθό και στην ουροδόχο κύστη – είτε να δώσουν μεταστάσεις σε αποξενωμένα όργανα - όπως στα οστά, δια του κυκλοφορικού συστήματος. Αν και η θεραπεία του καρκίνου έχει προοδεύσει, ο καρκίνος ευθύνεται ακόμη για 1 στους 4 θανάτους (Penson, 2008).

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η πιο σύνηθες εμφανιζόμενη σπλαχνική (μη δερματική) κακοήθεια σε άνδρες των ανεπτυγμένων κρατών, απαρτίζοντας το 30% των καρκίνων που διαγιγνώσκονται στο Δυτικό κόσμο. Αφορά ιδίως άνδρες 50- 80 χρόνων. Είναι ένας καρκίνος που αναπτύσσεται σιγά σιγά, εξαρτάται από τα ανδρογόνα, αυξάνει ξαφνικά με την ηλικία και επηρεάζει την κληρονομικότητα. Οι άνδρες με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη πιθανόν να έχουν πολλαπλάσιο ρίσκο να αναπτύξουν αυτόν τον καρκίνο σε συνάρτηση με τους άνδρες δίχως τέτοιο ιστορικό. (NETTER 2009) Έχουν διενεργηθεί αρκετές έρευνες για τον καρκίνο του προστάτη. Πολλές εντούτοις περιγράφουν πως 30% σχεδόν των ανδρών ηλικίας άνω των 50 χρόνων, παρουσιάζουν ιστολογικά επιβεβαιωμένο καρκίνο προστάτη. Σε άλλες έχει βρεθεί σχέση του καρκίνου του προστάτη και του ποσού της ανδροστενεδιόνης του πλάσματος, ενώ σε άλλες έρευνες εξακριβώθηκε πως αυξημένη τεστοστερόνη και χαμηλά επίπεδα SHBG (Sex Hormone Binding Globuline) είχαν σχέση με τον καρκίνο του προστάτη. (ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ n.d.) Χρειάζεται προσοχή το ότι άνδρες με μεγάλη σεξουαλική δράση από νεαρής ηλικίας και με εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων έχουν πιο υψηλά επίπεδα καρκίνου του προστάτη, καθώς και άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς (Nilsson et al, 2001).

Ο καρκίνος του προστάτη είναι στις μέρες μας σε όλα περίπου τα αναπτυγμένα δυτικά κράτη η συνηθέστερη κακοήθη ασθένεια του άνδρα. Ειδικότερα, στην Ελλάδα αρρωσταίνουν σχεδόν 4.000 άνδρες από καρκίνο του προστάτη και πεθαίνουν 1.500 από

τις επακόλουθες νοσογόνους καταστάσεις του. Ευλόγως, επομένως, ο καρκίνος του προστάτη είναι η δεύτερη συνηθέστερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες, παρόλο που η γρήγορη διάγνωση του αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τα ενδεχόμενα ολοκληρωμένης θεραπείας. Η συχνότητα παρουσίασης καρκίνου του προστάτη έχει σχεδόν διπλασιαστεί κατά το διάστημα των τελευταίων 20 χρόνων για αυτό και τα τελευταία έτη ακούγεται πολλές φορές η λέξη «επιδημία» καρκίνου του προστάτη. Η πιθανότητα, άρα, πως 1 στους 7 να εμφανίσει καρκίνο του προστάτη, ο οποίος βέβαια αν δεν θεραπευτεί γίνεται μοιραίος, είναι μία φρικιαστική πραγματικότητα (Stattin et al, 2010).

Ο καρκίνος του προστάτη εξελίσσεται αργά και παραμένει στην αρχή ανιχνευμένος στον προστάτη αδένα, όπου δε δημιουργεί καμία σοβαρή βλάβη. Αλλά εάν μείνει δίχως γιατρεία ξεκινά να "τρυπά" την προστατική φούντωση και να εξελίσσεται, πρωτίστως έξω από εκείνη (διήθηση προστατικής κάψας με εξωπροστατική επέκταση) και εν συνεχεία να μπαίνει και να αναπτύσσεται στους γειτονικούς ιστούς, όπως είναι οι σπερματοδόχες κύστεις ή η ουροδόχος κύστη δημιουργώντας ποικίλες βλάβες. Λόγω ότι η πλειονότητα των καρκίνων του προστάτη διευρύνεται στην περιφερική ζώνη ίσως και ένας μικρός σχετικός όγκος να διηθήσει την κάψα και να προξενήσει εξωπροστατική επέκταση. Ακόμη είναι πιο εύκολο να βρει δίοδο προς τους εξωπροστατικούς ιστούς δια των αγγείων και νεύρων που τρυπούν τη φούντωση του προστάτη. Αυτές τις φυσιολογικές ρωγμές της προστατικής κάψας ανακαλύπτουν τα καρκινικά κύτταρα για να περάσουν ομαλά προς τα έξω. Αυτή είναι η ονομαζόμενη περινευριδική διήθηση, όπου συχνά εντοπίζεται στη βιοψία προστάτη και συνιστά αντίξοο προγνωστικό συντελεστή. Επιπροσθέτως, εφόσον διαπεράσει την προστατική κάψα, μπορεί να εισβάλει στα αιμοφόρα αγγεία και να μεταφερθεί με εκείνα σε απομονωμένα μέρη του

σώματος, όπως είναι τα οστά της σπονδυλικής στήλης και να δημιουργήσει μία νέα καρκινική εστία, την λεγόμενη μετάσταση (Miller & Saigal, 2009).

Ορισμένοι τύποι του καρκίνου του προστάτη είναι τόσο πολύ επιθετικοί που μπορούν να εξαπλωθούν και να δώσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις ταχύτατα. Τέλος, τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατό να μεταδοθούν και με τα λεμφοφόρα αγγεία. Τα λεμφοφόρα αγγεία περνούν μέσα από τους λεμφαδένες και εν τέλει αδειάζουν την λέμφο μέσα στις μεγάλες κεντρικές φλέβες. Έτσι, μπορούν να προσβληθούν και οι λεμφαδένες από καρκινικά κύτταρα (Iyer et al, February 2005).

Αρκετά συχνά, ο καρκίνος του προστάτη δε δημιουργεί κανένα σύμπτωμα στα πρώτα στάδιά του, όπου είναι και πλήρως θεραπεύσιμος! Το πρώτο στοιχείο του προβλήματος μπορεί να έρθει κατά το διάστημα ενός προληπτικού ελέγχου ρουτίνας. Για αυτόν τον λόγο, οι ετήσιες προληπτικές εξετάσεις (screening tests) είναι τεράστιας σημασίας στην πρόληψη της αρρώστιας και πρέπει να περικλείουν: Δακτυλική εξέταση από το ορθό Η δακτυλική εξέταση διενεργείται από το ορθό του ασθενούς και στόχο έχει την άμεση ψηλάφηση του αδένου. Κατά την εξέταση ο ιατρός, φορώντας γάντια και με λιπαντική αλοιφή, εισάγει ένα δάκτυλο (τον δείκτη) στο ορθό για να ψηλαφίσει την κάτω επιφάνεια του προστάτη, η οποία βρίσκεται σε επαφή με το τελικό τμήμα του παχέος εντέρου. Κατά την εξέταση μπορεί να βρεθούν ανωμαλίες στην υφή, στο μέγεθος ή στο σχήμα του προστάτη, οι οποίες να υπαγορεύουν την διενέργεια κι άλλων εξετάσεων (Tolis et al, March 1982).

Καθορισμό της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου (Prostate Specific Antigen, PSA) Με μία εξέταση αίματος μπορεί να καθοριστεί η τιμή του PSA. Το PSA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που παράγεται φυσιολογικά, ιδίως, από τα κύτταρα των αδένων και πόρων του προστάτη, υπάρχει στον ορό του αίματος και συμβάλλει στη ρευστοποίηση

του σπέρματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το PSA είναι ειδικό για τον προστάτη και όχι ειδικό για τον καρκίνο του προστάτη (Cheetman et al, 2010).

Τα επίπεδα του PSA στον γενικό πληθυσμό είναι ανάμεσα στο 0 και 4 νανογραμμάρια ανά χιλιοστόλιτρο (ng/ml) και όπως αυτή η τιμή ανεβαίνει, με την πάροδο της ηλικίας εξαιτίας της φυσιολογικής αύξησης του καλοήθους προστατικού ιστού, μεγαλώνουν και τα ενδεχόμενα ύπαρξης προστατίτιδας, καλοήθους υπερπλασίας ή καρκίνου του προστάτη. Κακοήθεις όγκοι του προστάτη προξενούν συνήθως πιο μεγάλη αύξηση της τιμής του PSA παρά η καλοήθη υπερπλασία. Ασθενείς με εκτεταμένο καρκίνο ίσως εάν έχουν PSA 100 ng/mL ή και πιο μεγάλο. Σε περίπτωση που τα επίπεδα του PSA είναι πιο μεγάλα από 10 ng/mL, πρέπει να γίνει σπινθηρογράφημα οστών και όταν τα επίπεδα είναι πιο μεγάλα από 20 ng/mL είναι δυνατόν να συστηθεί αξονική τομογραφία κοιλίας για να εντοπιστούν μεταστάσεις. Καινούριες μετρήσεις του P.S.A. έχουν αναπτυχθεί για να καλυτερεύσει η ευαισθησία του, όπως το κλάσμα ελεύθερο προς ολικού P.S.A., η ταχύτητα του P.S.A., η πυκνότητα του P.S.A., η τιμή του P.S.A. ανά ηλικία κ.ά. 21

Διορθικό υπερηχογράφημα Εφόσον υφίσταται κάποιο παθολογικό στοιχείο από τις προγενέστερες εξετάσεις ή το ιστορικό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το διορθικό υπερηχογράφημα για την περαιτέρω διερεύνηση του προστάτη. Μία μικρή κεφαλή υπερήχων μπαίνει στο ορθό. Η κεφαλή αυτή χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα και παίρνει εικόνες από προστάτη όπου είναι υψηλής ακρίβειας εξαιτίας της άμεσης επαφής με τον προστάτη (Barocas & Penson, 2010).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Νοσηλευτικά πρωτόκολλα

2.1 Ορισμός

Τα λάθη στην κλινική πράξη αποτελούν φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται καθημερινά στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, από όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, και έχουν άμεση επίπτωση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και στην ασφάλεια του ασθενούς. Αναλυτικότερα, η έννοια του λάθους αφορά σε κάθε ακούσιο συμβάν, το οποίο αποτελεί απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς ή κάθε απόκλιση από τους κανόνες και τις καθιερωμένες πρακτικές του χώρου εργασίας. Πράγματι, το πρόβλημα των λαθών είναι υπαρκτό και γιγαντώνεται καθημερινά επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής επιστήμης. Ωστόσο, οι έρευνες και οι προσπάθειες χρησιμοποίησης μεθοδολογικών προσεγγίσεων για τη διασφάλιση ποιότητας των

παρεχομένων υπηρεσιών συνεχίζονται, ενώ προτείνονται ειδικά εργαλεία για την πρόληψη λαθών, γνωστά ως Κλινικά Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα και Προτυποποιημένες Νοσηλευτικές διαδικασίες.

Η Νοσηλευτική Επιστημονική Κοινότητα αναγνωρίζοντας αυτή την αναγκαιότητα, προσανατολίστηκε παγκοσμίως στην ανάπτυξη κλινικών νοσηλευτικών πρωτοκόλλων τα οποία εφαρμόζονται σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, ως εργαλεία για τους νοσηλευτές με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας ενιαίας πρακτικής από όλους τους νοσηλευτές κατά την εφαρμογή νοσηλευτικών διαδικασιών και την παροχή φροντίδας, που βασίζεται στη σύγχρονη τεκμηρίωση (Evidence Based Practice).

Στη συγγραφή των κλινικών νοσηλευτικών πρωτοκόλλων συμμετέχουν παγκοσμίως κλινικοί νοσηλευτές, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από επαγγελματική επάρκεια και υψηλό αίσθημα ευθύνης, και οι οποίοι εργάζονται εποικοδομητικά για την ολοκλήρωση αυτού του εγχειρήματος. Η υιοθέτηση, η αποδοχή και η συστηματική εφαρμογή των κλινικών πρωτοκόλλων στην καθημερινή κλινική πράξη θα αποτελέσει την απαρχή για την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτονομίας των νοσηλευτών στο έργο τους.

Η χρήση των πρωτοκόλλων στον χώρο της Υγείας υπήρξε θέμα συζήτησης και πηγή ανησυχίας για τη νοσηλευτική επιστημονική κοινότητα, και συζητήθηκε σε διάφορες συνεδριάσεις παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, υπήρχε η ανησυχία ότι τα ιατρικά πρωτόκολλα δεν μπορούν να παρέχουν επαρκή στοιχεία για την καθοδήγηση των νοσηλευτών κατά την εκτέλεση της ιατρικής οδηγίας. Επιπλέον, υπήρχε ανησυχία ότι υπήρχε μεγάλη διακύμανση στην κατανόηση και την πρακτική που σχετιζόταν με τα ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ παράλληλα υπήρχε η επιθυμία να αναπτυχθούν ορισμένες

κατευθυντήριες γραμμές για να βοηθήσουν στη λήψη μιας κοινής προσέγγισης για την αξιολόγηση των πρωτοκόλλων κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της έρευνας. Για τους λόγους αυτούς η νοσηλευτική κοινότητα αποφάσισε ότι είναι απαραίτητο να απεμπλακούν οι νοσηλευτές από τα ιατρικά πρωτόκολλα και να δημιουργήσουν Κλινικά Νοσηλευτικά πρωτόκολλα.

Σύμφωνα με το συμβούλιο νοσηλευτικής της πολιτείας Νεβάδα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής με τον όρο Κλινικό Πρωτόκολλο ορίζουμε μια σειρά από ενέργειες (που μπορεί να περιλαμβάνει μια σειρά από χορήγηση φαρμάκων), που μπορούν να εφαρμοστούν για τη διαχείριση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Ένα πρωτόκολλο επιτρέπει την εφαρμογή ειδικών παρεμβάσεων που θα αποφασιστούν από τον νοσηλευτή με βάση την κατηγορία ασθενών που πληρούν ορισμένα κριτήρια που περιγράφονται στο πρωτόκολλο, εφόσον η παρέμβαση εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της πρακτικής του νοσηλευτή. Ένα πρωτόκολλο περιλαμβάνει εναλλακτικές ενέργειες ή «εξαιρέσεις» από τις περιοριστικές εντολές που επιτρέπει την ατομική περίπτωση ασθενούς όπως αξιολογείται από τον νοσηλευτή. Αυτές οι «εξαιρέσεις» αντιμετωπίζονται από την εφαρμογή ενός αλγορίθμου που είναι μία βήμα-προς-βήμα διαδικασία για την επίλυση ενός προβλήματος ή την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Ένας οργανισμός μπορεί, εφόσον το επιθυμεί, να εφαρμόζει τα πρωτόκολλα που έχουν αναπτυχθεί από εγκεκριμένους επαγγελματίες και έχουν σχεδιαστεί για την τυποποίηση και τη βελτιστοποίηση της φροντίδας των ασθενών σύμφωνα με τις τρέχουσες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρότυπα της πρακτικής (Nevada State Board of Nursing 2009, Connecticut Board of Examiners for Nursing 2004).

Ευρέως διαδεδομένο στον χώρο της Νοσηλευτικής κοινότητας παγκοσμίως, συναντούμε και τον όρο Προτυποποιημένες Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Ο όρος αυτός

αναφέρεται σε ένα εργαλείο το οποίο έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει εκείνους τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συντάσσουν τις εντολές. Τέτοια εργαλεία μπορεί να περιλαμβάνουν ένα μενού των φαρμάκων ή ενέργειες από τις οποίες ο εξουσιοδοτημένος ιατρός κάνει επιλογές που πρέπει να εφαρμόζονται σε ένα συγκεκριμένο ασθενή. Μερικές φορές περιλαμβάνουν έναν πρότυπο συνδυασμό των φαρμάκων και των δράσεων που πρέπει να ακολουθούνται χωρίς τροποποίηση, όταν ο ιατρός επιλέγει την εν λόγω διάταξη. Όλες οι διαδικασίες, προτυποποιημένες ή όχι, οφείλουν να είναι καταγεγραμμένες στον ιατρικό φάκελο και πρέπει να φέρουν ημερομηνία και ώρα, αλλά και να επικυρώνονται από τον υπεύθυνο για την παροχή ή την αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας (Nevada State Board of Nursing, 2009).

2.2 Σχεδιασμός πρωτοκόλλων

Ένα πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας είναι μία γραπτή οδηγία για τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς, εκφρασμένο βάσει στόχων, έτσι ώστε οι ορθές νοσηλευτικές πράξεις να είναι καθορισμένες ή εφαρμόσιμες. Πάραυτα, τα πλάνα φροντίδας πιθανόν να συνιστούν κατευθυντήριες οδηγίες της φροντίδας και να εντάσσονται στην κλινική πρακτική για την εκτίμηση και απόδειξη της φροντίδας, που προσφέρεται στον ασθενή (Hildman & Ferguson, 1991; Lee, 2006; Shea, 1986). Το πλάνο είναι ένα μέσο για επαφή, ένα ιστορικό για τη δοθείσα περιποίηση και συνιστά ένα βασικό εργαλείο για την ημερήσια παροχή φροντίδας. Η διάθρωση του πλάνου φροντίδας σχηματίζεται σύμφωνα με το σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται και για αυτή την αιτία ίσως να

υφίσταται πολυμορφία του πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας (Björvell, 2002; Karshmer, 1991; Mason, 1999).

Το πρώτιστο προνόμιο των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων είναι η βελτιστοποίηση της δομημένης επαφής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, για να διασφαλιστεί η ακολουθία της προσωπικής σχεδιασμένης φροντίδας στον ασθενή. Δίχως προσωπικό πλάνο φροντίδας, η νοσηλευτική φροντίδα έχει την τάση να γίνει τμηματική και να στηρίζεται ως επί το πλείστον στις μεθόδους ρουτίνας του φορέα υγείας και σε χρονοδιαγράμματα. Το πλάνο φροντίδας καθορίζει τον πυρήνα της νοσηλευτικής φροντίδας όχι απλά στο νοσηλευτικό επιτελείο αλλά και στον ασθενή και την οικογένεια. Με την απόδειξη της συμφωνίας ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή, δίδεται η ευκαιρία στον ασθενή να πάρει μέρος στις αποφάσεις για την περιποίησή του. Επιπροσθέτως, η απόδειξη από έναν ειδικό νοσηλευτή προσφέρει μία σπουδαία πηγή γνώσεων στους πιο νέους νοσηλευτές και ενδεχόμενη παρότρυνση για διεύρυνση της νοσηλευτικής θεωρίας. Το πλάνο φροντίδας αποφέρει κριτήρια για επανεξέταση και αξιολόγηση της φροντίδας, οικονομική αποζημίωση και επάνδρωση. Παρόλο που υφίστανται έρευνες οι οποίες υπερθεματίζουν ότι δεν υφίσταται στοιχείο από τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες ότι τα προσωπικά πλάνα φροντίδας έχουν κάποια έκβαση – καλή ή κακή – στην περιποίηση του ασθενούς (Maloney & Maggs, 1999), σε άλλες έρευνες δηλώνεται η σχέση των πλάνων φροντίδας με θετική έκβαση επί των ασθενών (Björvell et al., 2002).

Επίσης, η καταχώρηση του σταδίου του σχεδιασμού σε ένα γραπτό ή ηλεκτρονικό πλάνο φροντίδας, προσφέρει ακολούθως στη φροντίδα, τονώνει την επαφή, βοηθά στον προσδιορισμό των αναγκών επάνδρωσης της υπηρεσίας ή μονάδας, αποδεικνύει τη νοσηλευτική διεργασία, λειτουργεί ως εκπαιδευτικό εργαλείο και προγραμματίζει την

παροχή περιποίησης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Lee, 2006). Ένα φερέγγυο πλάνο φροντίδας παρουσιάζει την προσωπική φροντίδα του ατόμου, αντικατοπτρίζοντας τους φόβους του ίδιου και των σημαντικών άλλων (Lee 2005), όπως και τις πολιτισμικές, ψυχοκοινωνικές και σωματικές ανάγκες και ικανότητές του (Doenges et al., 2008). Η εκτέλεση ηλεκτρονικών πλάνων φροντίδας κατευθύνει σε κέρδος χρόνου (Korst et al., 2003; Lee et al., 2002), αποδοτικότητα και δραστηκότητα (Allan & Englebright, 2000), διότι έτσι εκτιμώνται πιο πολλά ζητήματα ασθενών, γίνονται πιο πολλές παρεμβάσεις (Daly et al., 2002) και εξυπηρετείται η εκτέλεση οδηγητικών οδηγιών κατά το διάστημα της παροχής της φροντίδας υγείας (Lee et al., 2002; Lee & Chang, 2004) έπειτα από την αναγκαία κατάρτιση (Festa et al., 1996).

Η διεύρυνση ενός πλάνου φροντίδας στηρίζεται στη νοσηλευτική ανάπτυξη. Η νοσηλευτική ανάπτυξη καθορίζεται ως ένας συνήθης, συστηματικός τρόπος καθορισμού της πορείας της υγείας του ατόμου, προσδιορίζει προβλήματα, που προσδιορίζονται ως διαταραχές, στην ολοκλήρωση των ανθρώπινων αναγκών, διευρύνει πλάνα για τη λύση τους, εισάγει και εκτελεί το πλάνο και υπολογίζει την έκταση που το πλάνο ήταν δραστικό στην προαγωγή της ευεξίας και στη λύση των ζητημάτων που έχουν ανακαλυφθεί (Yura & Walsh, 1988; Björvell, 2002).

Η νοσηλευτική διεργασία ορίζεται ως η επιβεβαιωμένη αλληλεπίδραση, στην οποία αυτός που φροντίζει επιβεβαιώνει, σε επαφή του με τον ασθενή, τι ακριβώς εκείνος καταλαβαίνει ότι είναι οι ανάγκες του ασθενούς για φροντίδα (Björvell, 2002; Björvell et al., 2002) και ψάχνει άλλες εναλλακτικές για την ευχαρίστησή τους (Cholowski & Chan, 1992; Shea, 1986; Wooley, 1990).

Η νοσηλευτική διεργασία έχει ορισμένα γνωρίσματα. Πρωτίστως είναι συστηματική, εφόσον στηρίζεται και στη θεωρία των συστημάτων. Επίσης, είναι δυναμική, διότι

συνενώνονται πολλές φορές δραστηριότητες και από τα πέντε στάδια και αποφέρει αποτελέσματα. Το βασικότερο γνώρισμά της, είναι το ουμανιστικό ύφος της, μιας και πρωταρχικός σκοπός της είναι να βοηθήσει τα άτομα να έχουν ενεργή συμμετοχή στην περιποίησή τους και να φτιάξει μία βάση για το νοσηλευτή, για να συλλέξει στοιχεία για τις προσωπικές ανάγκες φροντίδας τους (Björnvell, 2002). Συνεπώς, είναι αφοσιωμένη σε πορίσματα, μιας και όλο το πλάνο της φροντίδας αρχίζει με αποτελέσματα και καταλήγει στην αξιολόγησή τους (Ζαβερδινού, 2005).

Η αξιολόγηση συνιστά το πρώτο στάδιο για τον προσδιορισμό της βαθμίδας υγείας του ατόμου. Αναλύεται ως η μεθοδική συλλογή προσωπικών και αντικειμενικών στοιχείων με στόχο τη διαχείριση αποφάσεων για τη φροντίδα, την υποστήριξη και τις παρεμβάσεις που χρειάζονται (Brooker et al., 2007). Η συλλογή πληροφοριών είναι μία διαρκής μέθοδος, η οποία αρχίζει στο πρώτο ραντεβού με το άτομο (Ζαβερδινού, 2005). Οι ικανότητες της εκτίμησης έχουν διευρυνθεί στις μέρες μας από την απλή παρατήρηση σε αναλυτική χρήση της κλινικής εξέτασης (Dillon, 2007).

Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται κατά την εκτίμηση μπορούν να ταξινομηθούν ως υποκειμενικά και αντικειμενικά. Τα υποκειμενικά στοιχεία αντικατοπτρίζουν τα βιώματα του ασθενούς και περικλείουν στοχασμούς, αισθήματα, αρχές, συναισθήματα και απόψεις, ενώ τα αντικειμενικά στοιχεία είναι ορατά και υπολογίσιμα, και περιγράφονται ως σημεία (Dillon, 2007).

Οι ενημερώσεις που χρειάζονται σε κάθε κατάσταση εκτίμησης, προσδιορίζονται από το νοσηλευτικό φάσμα που χρησιμοποιείται σε κάθε χώρο. Η συλλογή στοιχείων πρέπει να γίνεται με σύστημα, για να διασφαλιστεί ότι δεν αγνοούνται καίρια ζητήματα. Μία συσχέτιση διαδικασιών εκτίμησης, όπως η συνέντευξη, η κλινική εξέταση και η

παρατήρηση, είναι αναγκαία για να δίδεται ολοκληρωμένη εκτίμηση (Brooker et al., 2007).

Η συνέντευξη συνιστά μία δομημένη επαφή, που αποσκοπεί στην απόκτηση υποκειμενικών στοιχείων (Dillon, 2007; Doenges & Moorhouse, 1992). Η κλινική εξέταση προσφέρει αντικειμενικά στοιχεία και κατά το διάστημα της χρησιμοποιούνται οι ανθρώπινες αισθήσεις για τη συλλογή στοιχείων, δια των τεχνικών της ψηλάφησης, επισκόπησης, επίκρουσης και ακρόασης (Dillon, 2007). Για να έχουν σπουδαιότητα τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, ο νοσηλευτής πρέπει να ξέρει τα φυσιολογικά οργανικά και ψυχολογικά γνωρίσματα του ανθρώπου αρκετά, για να μπορεί να διακρίνει τις παρεκκλίσεις (Doenges & Moorhouse, 1992). Η παρατήρηση είναι μία βασική νοσηλευτική ικανότητα για την εκπλήρωση της εκτίμησης. Η συγκέντρωση των στοιχείων, με αυτή τη διαδικασία, γίνεται με τις αισθήσεις (Brooker et al., 2007; Dillon, 2007; Doenges & Moorhouse, 1992).

Η γενικευμένη εκτίμηση πραγματοποιείται κατά το διάστημα της συνολικής συγκέντρωσης στοιχείων και διευρύνει το προφίλ, την εικόνα του ατόμου. Η επικεντρωμένη εκτίμηση έχει τη δυνατότητα να δίδει πιο πολλές πληροφορίες για κάποιο θέμα, όπου χρειάζεται επέκταση ή αποσαφήνιση. Οι δύο τύποι της αξιολόγησης είναι καίριοι και ολοκληρώνουν ο ένας τον άλλον. Με την αξιολόγηση, τονίζεται με ευκρίνεια ο βαθμός ευεξίας του ατόμου (υγιούς ή ασθενούς) όπως και οι τωρινοί συντελεστές ρίσκου. (Doenges & Moorhouse, 1992).

Τα στοιχεία για την αξιολόγηση μπορούν να συγκεντρωθούν από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές. Η πρωτογενής πηγή είναι το άτομο, και οι δευτερογενείς πηγές είναι λοιπά άτομα ή αρχεία (Brooker et al., 2007).

Τα στοιχεία που συλλέγονται από την παρατήρηση, τη συνέντευξη και την κλινική εξέταση και από άλλες πηγές σχεδιάζονται και σημειώνονται με ένα σύντομο, συστηματικό τρόπο και ταξινομούνται σε κλάσεις με πολλούς τρόπους. Ένας υπολογισμός, που έχει κοινώς αξιοποιηθεί για αρκετά έτη από τη Νοσηλευτική αλλά και από την Ιατρική, είναι η αναδρομή των οργανικών συστημάτων. Αλλά, αυτός ο υπολογισμός είναι εν τέλει πιο βοηθητικός για την ιατρική διάγνωση και λιγότερο για την αναγνώριση νοσηλευτικών πορισμάτων (Doenges & Moorhouse, 1992). Για αυτή την αιτία έχουν διευρυνθεί νοσηλευτικά φάσματα οργάνωσης στοιχείων, που έχουν ένα κοινό στοχασμό που απευθύνονται σε ψυχοκοινωνικές, πνευματικές και οργανικές ανάγκες του ατόμου, έχοντας πάντα μία ολιστική προσέγγιση (Dillon, 2007; Doenges & Moorhouse, 1992).

Όποιος τρόπος κι αν επιλεγεί για το συντονισμό των στοιχείων, πρέπει να τηρείται σε όλη τη διαδρομή της νοσηλευτικής διαδικασίας, αφήνοντας το νοσηλευτή να έχει καθορισμένη άποψη του ασθενούς και να δίνει νόημα στα στοιχεία (Dillon, 2007). Ακόμα, υπογραμμίζονται πληροφορίες που λείπουν ή πρέπει να συγκεντρωθούν και εν τέλει έχει ως κύρια επιδίωξη τον εντοπισμό των νοσηλευτικών πορισμάτων (Cox et al., 2007).

Η έννοια νοσηλευτική διάγνωση δηλώθηκε πρώτη φορά σχεδόν πενήντα έτη πριν σε συνάρτηση με το μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας. Από τότε, έχει διεθνώς αξιοποιηθεί ο όρος της αναγνώρισης ορισμένων νοσηλευτικών αναγκών ατομικά για κάθε ασθενή, ανάγκες που προσφέρουν ένα επίκεντρο για προγραμματισμό και εκτέλεση της νοσηλευτικής περιποίησης (Doenges & Moorhouse, 1992; Doenges et al., 2008; Gordon, 1994; NANDA, 2007; Ζαβερδινού, 2005). Κατά τη NANDA (2007), νοσηλευτική διάγνωση λέγεται η κλινική κρίση για αντιδράσεις ατόμου, συγγενών ή

κοινωνικού συνόλου σε υπαρκτά ή ενδεχόμενα και δυνητικά ζητήματα υγείας / διαδικασίες ζωής. Δίδει τη βάση για την επιλογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων και την πραγματοποίηση εκβάσεων που οι νοσηλευτές είναι υπόλογοι. Μία απλούστερη επεξήγηση δόθηκε από την Weber (1991) η οποία συνιστά πως η νοσηλευτική διάγνωση είναι μία εισήγηση, που αναλύει τα υπαρκτά ή δυνητικά ζητήματα υγείας ενός ατόμου σύμφωνα με την ολοκληρωμένη ολιστική εκτίμησή του. Τα ζητήματα πρέπει να επιλύονται εν μέρει από νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Hogston, 1997).

Η διαγνωστική διαδικασία προϋποθέτει κριτική αντίληψη και ικανότητα λήψης πορισμάτων από το νοσηλευτή (Wooley, 1990). Μία τυπική νοσηλευτική διάγνωση έχει τέσσερα στοιχεία: τίτλο, ορισμό, προσδιοριστικά γνωρίσματα (σημεία και συμπτώματα) και σχετιζόμενους συντελεστές. Οι σχετιζόμενοι συντελεστές είναι αιτιολογικές ή συνεισφέρουσες περιστάσεις που επηρεάζουν μία τροπή στην κατάσταση υγείας όπως παθο-φυσιολογικά, αναφορικά με γιατρεία, σποραδικά και ωρίμανσης στοιχεία (Carpenito, 1997).

Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τον προσδιορισμό επιδιώξεων και την έκφρασή τους δια των επιθυμητών αποτελεσμάτων για το άτομο όπως και τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που χρειάζονται. Αυτή η διεργασία χρειάζεται εισερχόμενες ενημερώσεις από το άτομο / σημαντικούς άλλους για να αποφανθούν σε αμοιβαία συμφωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή για το πλάνο. Έτσι το άτομο οδηγείται προς την ανάληψη υπευθυνότητας για τη φροντίδα του όπως και την πραγμάτωση των επιθυμητών αποτελεσμάτων και βλέψεων (Doenges et al., 2008; Brooker et al., 2007).

Οι σκοποί του σχεδιασμού είναι (Brooker et al., 2007):

1. Να λύσει τα ζητήματα που υπάρχουν
2. Να μειώσει το ρίσκο εμφάνισης δυνητικών ζητημάτων
3. Να ελαττώσει τα συνεχή προβλήματα
4. Να βοηθήσει στη διεύρυνση στρατηγικών χειρισμού για ζητήματα υγείας
5. Να οικοδομήσει στις δυνάμεις του ασθενούς.

Ο προσδιορισμός των προτεραιοτήτων κατορθώνεται δια της αντίληψης της θεωρίας και των όρων της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Μπορούν να αξιοποιηθούν πολλοί τρόποι. Κάποιοι νοσηλευτές ορίζουν προτεραιότητες με βάση αν το πρόβλημα υγείας είναι επικίνδυνο για τη ζωή όπου και θα πρέπει να χειρίζεται πριν από άλλες γενικές ανάγκες υγείας (Brooker et al., 2007; Cox, 2007). Άλλοι εκτελούν την πυραμίδα αναγκών του Maslow που πιθανόν να βοηθήσει ένα νοσηλευτή να διακρίνει με ευκρίνεια και να θέσει προτεραιότητες σε αυτά που χρειάζεται το άτομο (Doenges & Moorhouse, 1992). Πάραυτα, η κύρια ανάγκη του ατόμου μπορεί να αλλάζει ημερησίως ή ακόμα και εντός λεπτών, ανάλογα με τις μετατροπές της πορείας του ατόμου ή των περιστάσεων (Doenges et al., 2008). Η σύμπραξη του ασθενούς σε αυτό το στάδιο βοηθά στον ορισμό προτεραιοτήτων σε συνάρτηση με τα θέλω του, εφόσον δεν υφίσταται απειλητική για τη ζωή κατάσταση (Brooker et al., 2007; Cox, 2007).

Έπειτα από τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων για τις ανάγκες του ατόμου, μπαίνουν οι αντίστοιχες βλέψεις για τη φροντίδα, οι οποίες υποδεικνύουν την αναμενόμενη γενική καλύτερευση ως ανταπόκριση του ατόμου στη φροντίδα. Ο ορισμός των βλέψεων της φροντίδας του ατόμου συνιστά μία περίπλοκη και δυναμική δοκιμασία που διασφαλίζει την απαραίτητη εστίαση της προσοχής και των συνεχόμενων βημάτων του νοσηλευτή. Οι σκοποί, σύμφωνα με την προβλέψιμη χρονική περίοδο για την πραγματοποίησή τους,

ίσως να είναι βραχυπρόθεσμοι – που συχνά πρέπει να κατορθωθούν πριν την έξοδο ή τη διακίνηση του ατόμου σε πιο χαμηλό επίπεδο περιποίησης – και / ή μακροπρόθεσμοι, όπου ίσως και να παραμένουν ακόμα και μετά την αποξένωσή του από το φορέα υγείας. Οι επιδιώξεις ορίζουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για τη μέτρηση της πραγματοποίησης των σκοπών της φροντίδας ή των κριτηρίων εξόδου. Ειδικότερα, εκβάσεις είναι οι κατορθωτές και επιθυμητές ανταποκρίσεις του ατόμου σε ορισμένη χρονική περίοδο για τη δεδομένη περίσταση και τους πόρους (Doenges et al., 2008).

Οι νοσηλευτικές εκβάσεις αναλύουν αναμενόμενες μετατροπές στην κατάσταση υγείας του ασθενούς ως απόρροια των νοσηλευτικών αναμίξεων όπως μετατροπές στο λειτουργικό επίπεδο, σε τακτικές χειρισμού ή αυτοφροντίδας. Νοσηλευτικά ευαίσθητα αποτελέσματα είναι οι μετρήσιμες περιστάσεις ασθενών, οι οποίες προκύπτουν από τα νοσηλευτικά πορίσματα και για τα οποία οι νοσηλευτές είναι υπόλογοι. Οι νοσηλευτικές εκβάσεις υπολογίζονται ως επίλυση ή μη του νοσηλευτικού πορίσματος (Muller- Staub et al., 2006).

Οι επιθυμητές εκβάσεις έχουν τη δυνατότητα να κατηγοριοποιηθούν σε συνάρτηση με το είδος της αλλαγής που αναλύουν για τον ασθενή. Τα αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με τον γνωστικό κλάδο αναλύουν την αύξηση των γνώσεων του ασθενούς και τη πνευματική του συμπεριφορά. Οι ψυχοκινητικές απόρροιας αναλύουν την ανάπτυξη καινούριων δεξιοτήτων στον ασθενή ενώ οι απόρροιας του συναισθηματικού τομέα αναλύουν αλλαγές στις αξίες, τα πιστεύω και τις απόψεις του ασθενούς άρα αλλαγή σε διαγωγή. Οι συναισθηματικές εκβάσεις είναι δυσχερές να εκφραστούν αλλά και να παρατηρηθούν ή μετρηθούν (Λεμονίδου & Πατηράκη, 2002).

Ακολούθως, επιλέγονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η επιλογή τους στηρίζεται στα νοσηλευτικά πορίσματα που έχουν εκφραστεί για το άτομο και στα επιθυμητά

αποτελέσματα. Σπουδαίος συντελεστής για την επιλογή παρεμβάσεων είναι η αξιοσύνη του νοσηλευτή να εκτελέσει την παρέμβαση με σωστό και πετυχημένο τρόπο. Επιπρόσθετο ρόλο στην επιλογή των παρεμβάσεων παίζει και ο ασθενής σε συνάρτηση με την αξιοσύνη και προθυμία του να υποβληθεί ή να πάρει μέρος σε κάθε παρέμβαση, οι οποίες επηρεάζονται από την ηλικία, την κατάσταση που βρίσκεται το άτομο και τις εξατομικευμένες του δυνάμεις, εφόσον είναι εφικτό (Doenges et al., 2008).

Βασικά, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι νοσηλευτικές διαδικασίες που στηρίζονται στην κλινική κρίση και γνώση και εκτελούνται από νοσηλευτές για να καλυτερεύσουν τα πορίσματα των ασθενών. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν άμεσες νοσηλευτικές διαδικασίες, που δίνονται κατευθείαν στους ασθενείς όπως φροντίδα τραύματος και έμμεσες ιάσεις που δε γίνονται κατευθείαν στους ασθενείς αλλά έχουν σχέση με την ευπραγία τους (McCloskey & Bulechek, 1995; Muller- Staub et al., 2006). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όπως και οι νοσηλευτικές διαγνώσεις, συνιστούν κύρια στοιχεία της νοσηλευτικής γνώσης και εξακολουθούν να διευρύνονται ενόσω η μελέτη υπερθεματίζει τη σύνδεση ενεργειών και αποτελεσμάτων (Doenges et al., 2008).

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σχηματίζεται σύμφωνα με τον τύπο των νοσηλευτικών πορισμάτων που απευθύνονται. Σε αληθινά νοσηλευτικά πορίσματα βασικές προτεραιότητες είναι η αναχαίτιση ή η εξαφάνιση των σχετιζόμενων συντελεστών της διάγνωσης, η παρακολούθηση της πορείας του ατόμου και η προαγωγή μεγαλύτερου επιπέδου ευεξίας του. Σε τροποποιητικά νοσηλευτικά πορίσματα οι προτεραιότητες των παρεμβάσεων σχηματίζονται με ανίχνευση και εκτίμηση των συντελεστών κινδύνου, αναχαίτιση ή εξαφάνιση των υπαρχόντων συντελεστών κινδύνου και προαγωγή της ευεξίας. Σε ενδεχόμενα νοσηλευτικά πορίσματα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνουν στη συγκέντρωση κι άλλων στοιχείων για τον αποκλεισμό

ή την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Εν κατακλείδι, σε ομαδικά ζητήματα, ο νοσηλευτής είναι υπόλογος για παρεμβάσεις όπως η παρακολούθηση μετατροπών της πορείας του ατόμου, η επιμελητεία των αλλαγών της πορείας του με νοσηλευτικές και ιατρικές συγκεκριμένες παρεμβάσεις και ο απολογισμός της ανταπόκρισης του ασθενούς σε εκείνες (Doenges et al., 2008).

Η Εφαρμογή γίνεται με την πραγματοποίηση του πλάνου φροντίδας, όπου ο νοσηλευτής υλοποιεί τις προγραμματισμένες παρεμβάσεις. Αν ένα πλάνο φροντίδας έχει δομηθεί σωστά, είναι δυσχερές να προβλεφθεί κάτι, που ίσως να παρουσιαστεί σε κάποιο άτομο σε καθημερινή βάση. Η γνώση και η πείρα κάθε νοσηλευτή όπως και η ρουτίνα της υπηρεσίας αφήνουν την απαραίτητη προσαρμοστικότητα για την αποδοχή της αλλαγής των αναγκών του ατόμου. Επίσης, είναι απαραίτητο να συνυπολογίζονται νομικά και ηθικά θέματα που έχουν να κάνουν με τις παρεμβάσεις, όπως και οι επιδιώξεις του ατόμου και της οικογένειας, που θα πρέπει να κουβεντιάζονται και να γίνονται σεβαστές. Είναι καίριο, προτού εκτελεστούν οι παρεμβάσεις του πλάνου φροντίδας, ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται το λόγο εφαρμογής κάθε παρέμβασης, τα επιθυμητά αποτελέσματα και την παρουσίαση κάθε πιθανού ρίσκου. Ο νοσηλευτής πρέπει ακόμα να είναι βέβαιος ότι οι παρεμβάσεις είναι συνεπείς με το διευρυμένο πλάνο φροντίδας, ότι εφαρμόζονται με ασφαλή και ορθό τρόπο, υπολογίζονται ως προς την αποδοτικότητά τους και τεκμηριώνονται με σωστό τρόπο (Doenges et al., 2008).

Το στάδιο της εφαρμογής σχηματίζεται από την ενεργοποίηση του σχεδιασμού της φροντίδας. Θα πρέπει να εντάσσει την τρέχουσα τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική και να αναλύει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις. Η εφαρμογή μπορεί να περιλαμβάνει και κινήσεις που είναι πλην της εμπειρίας των νοσηλευτών και προϋποθέτουν παραπομπή σε άλλους

επαγγελματίες υγείας. Η αναφορά είναι νοσηλευτική ευθύνη και καταχωρείται στην οργάνωση της φροντίδας (Brooker et al., 2007).

Η Εκτίμηση Αποτελεσμάτων γίνεται με τον προσδιορισμό της προόδου του ατόμου σε σχέση με την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων και της παρακολούθησης της αντίδρασης του ατόμου στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που έχουν επιλεγεί όπως και της δραστηριότητά τους με στόχο την αντίστοιχη αλλαγή του πλάνου. Αυτό το στάδιο γίνεται με τη συγκέντρωση στοιχείων δια της άμεσης παρατήρησης, της συνέντευξης όπως και της αναδρομής του φακέλου υγείας του ατόμου. Αν και ο τρόπος του απολογισμού παραλληλίζεται με τη μέθοδο της εκτίμησης, πάραυτα έχουν καίριες διαφορές. Η εκτίμηση συνιστά διαρκή διαδικασία που περικλείει τη σταθερή μέτρηση και παρακολούθηση της πορείας του ατόμου για να προσδιοριστεί αν οι επιλεχθείσες νοσηλευτικές κινήσεις είναι ορθές, αν χρειάζεται επανεξέταση των παρεμβάσεων, αν υφίσταται ανάγκη για παραπομπή σε άλλους φορείς και εν τέλει η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων για την κάλυψη των αξιώσεων της φροντίδας, που διαρκώς αλλάζουν. Τα βασικά συστατικά της εκτίμησης είναι η σύγκριση των συνολικών εκβάσεων και η αναφορά της δραστηριότητας των ειδικών παρεμβάσεων, που δυνητικά συνιστούν τον πυρήνα μελέτης για την επικύρωση της νοσηλευτικής διεργασίας και την υποστήριξη της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις. Στο σύνολο, η μέθοδος εκτίμησης κατευθύνει στη διεύρυνση και καλύτερευση των προτύπων φροντίδας και των αναγκαίων πρωτοκόλλων, πολιτικών και διαδικασιών, ώστε εν τέλει να κατευθύνει στη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας για κάθε περίπτωση ή περιβάλλον (Doenges et al., 2008).

Η εκτίμηση είναι μία οργανωμένη ανασκόπηση της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή και ατόμου για την αναγνώριση συντελεστών, που διευκολύνουν ή εμποδίζουν τις

αναμενόμενες εκβάσεις. Η εκτίμηση είναι μία αμοιβαία διαδικασία μεταξύ του νοσηλευτή και του ατόμου που λαμβάνει τη φροντίδα. Τα στοιχεία, που σχετίζονται με τη βιό – ψυχή – κοινωνικό- πνευματική κατάσταση του ασθενούς και τις αντιδράσεις, καταγράφονται σε όλη τη διαδρομή της μεθόδου παροχής της φροντίδας. Τα στοιχεία έχουν σχέση με τις συνήθειες, τις προκλήσεις και τις ανάγκες του ατόμου, τα πρότυπα των εκβάσεων και τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Dossey et al., 2005).

Ο σκοπός του απολογισμού είναι να προσδιορίσει αν κατορθώθηκαν οι εκβάσεις και αν ναι σε ποιο βαθμό. Ο νοσηλευτής, ο ασθενής, η οικογένεια και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας λαμβάνουν μέρος στη μέθοδο εκτίμησης. Η εκτίμηση των εκβάσεων πρέπει να είναι διαρκής εξαιτίας της δυναμικής φύσης των ανθρώπων και των συχνών μετατροπών, που λαμβάνουν χώρα κατά το διάστημα μιας αρρώστιας και μιας «υγιούς» περίπτωσης. Ακόμα, είναι απαραίτητο να διευρυνθούν καινούριες εκβάσεις και να επανεξεταστεί το πλάνο φροντίδας. Οι συντελεστές, που κάνουν πιο εύκολες τις δραστηκές εκβάσεις ή προλαμβάνουν λύσεις σε θέματα, πρέπει να ερευνηθούν. Το φιάσκο αναγνώρισής του ότι οι μετρήσιμες εκβάσεις ίσως να μην είναι άμεσες, αλλά να είναι σε στάδιο επίτευξης, συνιστά εμπόδιο στην αξιολόγηση (Dossey et al., 2005; Brooker et al., 2007).

Όταν η αξιολόγηση εκβάσεων και το πλάνο φροντίδας έχει αποπερατωθεί, τότε γίνεται ορατή η μετατροπή στην κατάσταση του ασθενούς προς μία κατεύθυνση, αναμενόμενη ή όχι και υποδεικνύεται αλλαγή στη θεραπευτική προσέγγιση. Το πλάνο φροντίδας πρέπει να αλλάξει έτσι ώστε να αντικατοπτρίζει αυτές τις μετατροπές. Ο νοσηλευτής μπορεί να αναγνωρίσει ή να ενεργοποιήσει επιπρόσθετες νοσηλευτικές διαγνώσεις, επιθυμητές εκβάσεις και ανάλογες παρεμβάσεις. Όταν οι επιθυμητές εκβάσεις υπολογίζονται ως μη

επιτευχθείσες, οι αιτίες που εμπόδισαν την επίτευξή τους πρέπει να αναγνωρίζονται και να καταγράφονται, οπότε οι εκβάσεις επανεξετάζονται ή καινούριες εκβάσεις καταγράφονται. Κατά το διάστημα τροποποίησης του πλάνου φροντίδας είναι καίριο να συνυπολογίζονται οι αλλαγές στις ανάγκες του ασθενούς ή της οικογένειας, όπως και οι μετατροπές στην κατάσταση υγείας του ασθενούς, στον περίγυρο και τη θεραπευτική αγωγή (Doenges & Moorhouse, 1992).

Κεφάλαιο Τρίτο

Φροντίδα ασθενών

3.1 Ορισμός φροντίδας

Οι επαγγελματίες της υγείας απομακρύνονται όλο και περισσότερο από ένα έργο προσανατολισμένο, με γνώμονα το επαγγελματικό μοντέλο της υγειονομικής περίθαλψης, προς ένα πιο ολιστικό μοντέλο φροντίδας που δίνει έμφαση στους ασθενείς με βάση τις εμπειρίες και τις ανάγκες τους. Στον τομέα της περίθαλψης των ασθενών,

αυτή η στροφή έχει περιγραφεί πιο συχνά ως μια κίνηση προς την τη φροντίδα με επίκεντρο την προσέγγιση πρόσωπο με πρόσωπο. Παρά την πλούσια βιβλιογραφία που περιγράφει την φιλοσοφία της προσωποκεντρικής φροντίδας, γνωρίζουμε πολύ λίγα για τον καθορισμό της και στην εφαρμογή της φιλοσοφίας αυτής στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο του προστάτη (Mason, 1999).

Η έννοια του «προσώπου» βρίσκεται στο επίκεντρο των σημερινών συζητήσεων σχετικά με την αρχή και το τέλος της ζωής, την αξιολόγηση της ικανότητας, και τον ανθρώπινο πόνο. Προωθούμενη ως μια στροφή στην «κουλτούρα» της φροντίδας, η ολιστική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του προστάτη αναφέρεται πιο συχνά ως «πρόσωποκεντρική» και είναι βασισμένη σε διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ψυχολογίας του καθηγητή Tom Kitwood (Adams, 1853).

Η προσωποκεντρική φροντίδα (PCC) έχει αναδειχθεί ως απάντηση σε μια παλιά κουλτούρα της φροντίδας η οποία (Michel et al, 2007):

- 1) μείωνε την ασθένεια σε ένα αυστηρά βιοϊατρικό φαινόμενο
- 2) οδηγούταν από δραστηριότητες
- 3) επικαλούταν τεχνικές ελέγχου συμπεριλαμβανομένων χημικών και φυσικών περιορισμών, αποθήκευσης και περιττών φαρμάκων
- και 4) υποτιμούσε τον οργανισμό και την ατομικότητα των ατόμων.

Σε αντίθεση, η προσωποκεντρική φροντίδα οδηγείται από τις αξίες, επικεντρώνεται στην ανεξαρτησία, την ευημερία και την ενδυνάμωση των ατόμων και των οικογενειών, και επιτρέπει στο άτομο να αισθάνεται να υποστηρίζεται, και να αποκτά κοινωνική αυτοπεποίθηση. Η προώθηση της ανθρωποκεντρικής φροντίδας είναι επίσης μια

απάντηση στην έλλειψη προσοχής στην έρευνα για τον καρκίνο του προστάτη, καθώς και στον οργανισμό και την υποκειμενικότητα των ατόμων με την εν λόγω ασθένεια (Jemal et al, 2011).

Σύμφωνα με τον Kitwood, η προσωπικότητα είναι μια μόνιμη κατάσταση ή καθεστώς που δίδεται σε ένα ανθρώπινο ον, από άλλους, στο πλαίσιο της σχέσης και του κοινωνικού όντος η οποία και υπονοεί την αναγνώριση, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη. Ο στόχος της καλής φροντίδας είναι να διατηρήσει στη προσωπικότητας στο πλαίσιο της έκπτωσης των ψυχικών δυνάμεων. Η προσοχή στην προσωπικότητα περιλαμβάνει την αναγνώριση της κεντρικότητας της σχέσης, τη μοναδικότητα των προσώπων, και το γεγονός της ενσωμάτωσης. Η φροντίδα της η οποία εστιάζεται μόνο στη νόσο και τη θεραπεία της δεν παρίσταται στην προσωπικότητα του ασθενούς, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ένα παθητικό αντικείμενο, και είναι επιζήμια για τον ασθενή (Crane, 2010).

Η προσωποκεντρική φροντίδα βασίζεται στην ηθική ότι όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν απόλυτη αξία και είναι άξια σεβασμού, στο ότι δεν έχει σημασία η αναπηρία τους, καθώς και στην πεποίθηση ότι τα άτομα με καρκίνο του προστάτη μπορούν να ζήσουν ολοκληρωμένες ζωές. Κεντρικό ρόλο στην προσωποκεντρική φροντίδα έχει η αρχή ότι η εμπειρία ενός ατόμου στη ζωή, η μοναδική του προσωπικότητα και το δίκτυο των σχέσεων του θα πρέπει να αποτιμηθούν και να ληφθούν υπόψη από το προσωπικό στις ρυθμίσεις φροντίδας. Η προοπτική αυτή βασίζεται στην παρατήρηση ότι η παρουσίαση του καρκίνου του προστάτη δεν μπορεί να μειωθεί στα αποτελέσματα μιας νευροπαθολογικής βλάβης, αλλά αντίθετα είναι ένας συνδυασμός παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικότητας, της βιογραφίας, της σωματικής υγείας, της νευρολογικής δυσλειτουργίας και της κοινωνικής ψυχολογίας. Σε αντίθεση, το να

εστιάζει κάποιος στις απώλειες ή την υποβάθμιση του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει αρνητικές αντιλήψεις και κακή θεραπεία ατόμων που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη, και επίσης ενδέχεται να έχει σημαντική επίπτωση στην εξέλιξη της εν λόγω ασθένειας (ως άνω) (Lytton, June 2001).

Αρκετές μελέτες έχουν αναγνωρίσει τη σημασία της αυτοεκτίμησης για τη συνολική ευημερία των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη. Η προσωποκεντρική φροντίδα περιλαμβάνει τη δημιουργία και τη διατήρηση θετικών, υποστηρικτικών και κοινωνικών περιβαλλόντων για τα άτομα αυτά. Σε αυτά τα πλαίσια, η προσωπικότητα των ατόμων με καρκίνο του προστάτη μπορεί να βελτιωθεί με την ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων του ατόμου, καλλιεργώντας τις ικανότητες ή τις δεξιότητες του και με τη βοήθεια της επούλωσης του ψυχικού τραύματος. Μέσα από την παραγωγή ή / και τη διατήρηση των θετικών αλληλεπιδράσεων, τη σταθερότητα και την ασφάλεια των σχέσεων, η προσωπικότητα των ατόμων με καρκίνο του προστάτη αναπληρώνεται συνεχώς (ως άνω) (Young, 1905).

Ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για τη διευκόλυνση αυτών των σχέσεων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Arnst, 2007):

- 1) Επικύρωση - η αποδοχή της πραγματικότητας, και τα συναισθήματα του να είναι κάποιος ζωντανός, σε επαφή και πραγματικός.
- 2) Σταθερότητα - η παροχή ενός ασφαλούς ψυχολογικού χώρου όπου εκτεθεί η ένταση και η τρωτότητα μπορούν να εκδηλωθούν. Μπορεί να είναι τόσο ψυχολογική όσο και σωματική.
- 3) Διευκόλυνση – επιτρέπει σε ένα άτομο να κάνει ότι δεν είναι σε θέση να κάνει, με την παροχή των τμημάτων της δράσης που λείπουν.

Η προσωποκεντρική φροντίδα έχει ενθαρρυνθεί από μια πληθώρα πρόσφατων μελετών που αποκαλύπτουν ιδιότητες της προσωπικότητας σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη. Οι ιδιότητες της προσωπικότητας περιλαμβάνουν την αυτογνωσία, την υποκειμενικότητα, που σημαίνει τη λήψη αποφάσεων, την , ουσιαστική συζήτηση, τη σεξουαλικότητα, την εκφραστική συμπεριφορά, την αυτονομία, τις κοινωνικές και γνωστικές ικανότητες, την αίσθηση της κοινωνικής και προσωπικής ταυτότητας, το χιούμορ και την ατομικότητα (Dalkin, 2010).

Το άτομο με καρκίνο του προστάτη δεν είναι απλά ένα παθητικό θύμα, αλλά μάλλον επιδιώκει ενεργά να κατανοεί και να αντιμετωπίζει οτιδήποτε συμβαίνει. Οι συζητήσεις για τη φροντίδα σε βιοηθική βιβλιογραφία προωθούν επίσης τη θεραπεία και την περίθαλψη που βασίζεται στην προσωπικότητα και την ηθική της καθημερινής ζωής, και επικεντρώνονται σε μια ενσωματωμένη προσωπικότητα που εκφράζεται μέσα σε ένα πλαίσιο, και μέσα από τις σχέσεις (ως άνω) (Brooker et al, 2007).

3.2 Εργασία φροντιστών ασθενών με καρκίνο του προστάτη

Αν ληφθεί υπόψη ότι μαζί με τον ασθενή πάσχει ολόκληρη η οικογένεια και ότι σε ποσοστό έως και 75% οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη φροντίζονται στο σπίτι, η κατανόηση των συνεπειών της παροχής φροντίδας είναι σημαντική προκειμένου να διατηρηθεί η σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή. Όμως πώς ορίζεται ο φροντιστής (Dillon, 2007);

Ο υπεύθυνος φροντιστής θεωρείται εκείνο το πρόσωπο που είναι περισσότερο υπεύθυνο για την καθημερινή λήψη αποφάσεων και παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο του προστάτη. Ο ανεπίσημος φροντιστής είναι εκείνος ο οποίος παρέχει την φροντίδα του στον ασθενή με καρκίνο του προστάτη χωρίς αμοιβή (Cox et al, 2007).

Πώς εννοείται η παροχή φροντίδας; Κατά τον Bridges «βασίζεται σε έναν βαθύ σεβασμό για τη ζωή και την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να διατηρήσουν τις νοητικές και σωματικές τους δυνατότητες στο ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας. Η μεγαλύτερη αποστολή της παροχής φροντίδας είναι η προαγωγή της ανεξαρτησίας με τη διατήρηση της πιο λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά και ψυχικά» (Albertsen et al, 2005).

Συνοπτικά, οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν το πώς οι διαφορές ως προς το φύλο επηρεάζουν την επιβάρυνση των ατόμων φροντίδας, έχουν γίνει σε συζύγους. Αναφορικά με τη συσχέτιση συγγένειας και επιβάρυνσης ατόμου φροντίδας, οι πλειονότητα των ερευνών συγκρίνει γυναίκες συζύγους με άνδρες συζύγους ως άτομα φροντίδας. Επίσης, σε αρκετές μελέτες, οι κόρες είχαν βιώσει μεγαλύτερη επιβάρυνση εν συγκρίσει με τους/τις συζύγους και τους γιους (Chumbler et al, 2003). Μάλιστα στο εγγύς μέλλον, ο αριθμός των δυνητικά διαθέσιμων ατόμων που θα παρέχουν γενικότερα τη φροντίδα τους θα μειωθεί εξαιτίας των χαμηλότερων ποσοστών γεννήσεων, του αυξημένου ποσοστού μετακίνησης του πληθυσμού σε αστικά κέντρα κυρίως και της διάλυσης της οικογένειας με τη στενή της έννοια λόγω του αυξανόμενου ποσοστού των διαζυγίων (Barocas & Penson, 2010).

Η ενημέρωση των φροντιστών ασθενών με καρκίνο του προστάτη για τη νόσο είναι επιτακτική γιατί έχει βρεθεί ότι μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση που νιώθουν λόγω της παρεχόμενης φροντίδας. Είναι σημαντική η διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ατόμων φροντίδας ασθενών με καρκίνο του προστάτη, προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν επαρκώς στο δύσκολο και απαιτητικό ρόλο τους, με σκοπό την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης της σωματοψυχικής υγείας τους και της υποβίβασης της ποιότητας ζωής τους (Pfiger, 2000).

Διεθνώς η κύρια προτεραιότητα για δράση είναι η ενημέρωση για στον γενικό πληθυσμό στο γενικό πληθυσμό, τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας και τους σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής (Miller & Saigal, 2009).

Στις Η.Π.Α., Πρακτικές Οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης δίνουν έμφαση στη σημασία διασφάλισης της εκπαίδευσης των περιθαλπόντων τους ασθενείς με καρκίνο. Από τη στιγμή που είναι δεδομένη η αύξηση του αριθμού των ατόμων με καρκίνο του προστάτη που ζουν στο σπίτι τους, παραμένοντας στη κοινότητα και φροντίζονται από τις οικογένειες ή τους γείτονες και φίλους τους, οι ανάγκες και οι επιθυμίες τους έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη χάραξη και εφαρμογή ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής για την έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία του (Tolis et al, March 1982).

Μία ψυχοκοινωνική αντίδραση στην παροχή φροντίδας είναι η εκλαμβανόμενη επιβάρυνση των φροντιστών. Όπως αναφέρουν οι Parks και συν (2003), οι LK George και LP Gwyther το 1986 όρισαν την επιβάρυνση του φροντιστή ως το «σωματικό, συγκινησιακό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο της παροχής φροντίδας». Η επιβάρυνση βιώνεται ως αποτέλεσμα των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων τα οποία αναδύονται στις οικογένειες που περιθάλπουν ηλικιωμένα μέλη τους με διαταραχές. Περιλαμβάνει αισθήματα υπερέντασης, δυσφορίας και εγκλωβισμού, αμηχανία, απώλεια ελέγχου, απομόνωση από την κοινωνία, αναποτελεσματική επικοινωνία και πιέσεις στην εργασία. Δεδομένων αυτών των αντιδράσεων, είναι αναμενόμενη η μεγαλύτερη αυτοαναφερόμενη εμπειρία υπερέντασης των φροντιστών ασθενών με καρκίνο του προστάτη από τους μη-φροντιστές. Συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, τα άτομα φροντίδας -που προέρχονται από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον- αναφέρουν σε τριπλάσια συχνότητα αισθήματα απόγνωσης.

Συχνά αναφέρουν αϋπνία και μειωμένη ενεργητικότητα. Συνήθως αισθάνονται σωματική καταπόνηση, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά, θυμό, ματαιώση, ενώ χάνουν εύκολα την υπομονή τους (Bourdouris et al, 2010).

Τα συναισθήματα αυτά συντελούν στη λεγόμενη επιβάρυνση του ατόμου φροντίδας η οποία θεωρείται ως ένα μέτρο των συνεπειών της φροντίδας ενός ασθενούς στον φροντιστή του. Σύμφωνα με τους Parks και Novielli (2003), σε μία έρευνα σε 510 οικογενειακούς φροντιστές που αναλύθηκαν οι τέσσερις όψεις της επιβάρυνσης, οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν συμπτώματα άγχους σε υψηλότερο βαθμό και λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες παρά οι μη-φροντιστές. Η φροντίδα του ασθενούς επιβαρύνει σωματικά και ψυχολογικά το μέλος της οικογένειάς του που αναλαμβάνει αυτή την ευθύνη. Ο ασθενής μπορεί να μην αναγνωρίζει τα μέλη της οικογένειάς του, να τα θεωρεί αγνώστους που προσπαθούν να τον εξαπατήσουν, μπορεί να τους κατηγορήσει για κλοπή, απιστία ή άλλη «κακή» συμπεριφορά. Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, επηρεάζεται και ο ύπνος του φροντιστή του που πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι φροντιστές όσο πιο υπεύθυνοι είναι στη φροντίδα των συγγενών τους –με την έννοια της επιμελούς φροντίδας τους– τόσο πιο πολύ έχουν την τάση για κατάθλιψη και επιβάρυνση (Iyer et al, February 2005).

Τα τριάντα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν συμφωνήσει στο ότι η παροχή φροντίδας σε ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας είναι επίσημο για την υγεία. Μάλιστα μία χρόνια στρεσογόνα διαδικασία, με δυνητικές αρνητικές συνέπειες για τη σωματική υγεία του πάσχοντα (Walsch et al, 1983).

3.3 Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος υποκειμενικός, ο οποίος περιλαμβάνει την υγεία και τη λειτουργικότητα, τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, τη ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική κατάσταση του ατόμου. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει και μερικά άλλα δεδομένα, όπως είναι η λειτουργία της οικογένειας, η επιβάρυνση και πώς η αρρώστια ενός ανθρώπου έχει επιρροή σε όλη την οικογένεια ("IARC Worldwide Cancer Incidence Statistics—Prostate", February 5 2006).

Η ποιότητα ζωής σε αρκετές έρευνες έχει εκτιμηθεί με έμμεσο τρόπο, με τη μέτρηση της επιβάρυνσης, της γενικής υγείας, του άγχους, της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής, ή της σωματικής και ψυχικής κούρασης. Επίσης ένα ζήτημα στην έρευνα του θέματος είναι πως οι ασθενείς και οι σύντροφοι εγκλιματίζονται με άλλο ρυθμό στην κατάσταση και αυτή η προσαρμογή επηρεάζεται από ποικίλους συντελεστές. Ενδιαφέρον επιπροσθέτως υφίσταται και για εκείνο που λέγεται "μετατόπιση της αντίδρασης" με βάση την οποία εάν τα άτομα ζουν μία μεγάλη μετατροπή στην καθημερινότητά τους, τα εσωτερικά τους επίπεδα και οι αξίες ή ο όρος της ποιότητας ζωής πιθανόν να αλλάξουν (Πάνου, 2006).

Οι Coen και συν. (2002) μελέτησαν την ποιότητα ζωής προσώπων που φρόντιζαν άτομα με καρκίνο του προστάτη, κάνοντας σύγκριση ανάμεσα 88 σε φροντιστές υψηλής επιβάρυνσης και σε φροντιστές χαμηλής επιβάρυνσης, με τη χρησιμοποίηση του μέσου IQoL (Individual Quality of Life). Το πόρισμα έδειξε ότι τα άτομα υψηλής επιβάρυνσης είχαν πιο χαμηλή ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με τους φροντιστές χαμηλής επιβάρυνσης. Ανακαλύφθηκε ότι τα άτομα εκείνα δεν είχαν κοινωνική στήριξη και οι οικονομικοί όροι μάλλον να εμποδίζουν τον πρωτοβάθμιο φροντιστή από το να «αγοράσει» υποστηρικτικές υπηρεσίες. Δείχνει ακόμα ότι στην περίπτωση των ασθενών αυτών, υφίσταται μια σχετική απροθυμία από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να

μεριμνήσουν, επομένως αυτά τα άτομα συνιστούν μια δυνητική μεν, αλλά μη δραστική πηγή στήριξης (Schally et al, November 1971).

Οπότε στην περίπτωση αυτή ισχύει ο «νόμος της αντίστροφης φροντίδας» των Jones και Peters (1992) κατά τον οποίο εκείνοι που χρειάζονται πιο πολύ χρόνο για να χαλαρώσουν λίγο από το βάρος της φροντίδας είναι εκείνοι που θα πάρουν λιγότερο. Το σύνηθες σενάριο του άγχους της φροντίδας περιγράφει την εικόνα φροντιστών όπου θυσιάζουν τη δική τους υγεία για να βοηθήσουν τα ανήμπορα συγγενικά τους άτομα να συνεχίσουν να μένουν στην κοινότητα. Αυτό είναι δυνατόν να μεταβληθεί με σωματικά και ψυχολογικά κουρασμένους φροντιστές όπου εν τέλει προσφέρουν κατώτερης ποιότητας φροντίδα που ίσως να οδηγήσει σιγά σιγά σε κακοποίηση ή αμέλεια και στο τέλος σε άσχημα πορίσματα για τον ασθενή (Scott et al, December 1975).

Αρκετές έρευνες εστίασαν πάνω στους συντελεστές ρίσκου για κακοποίηση μέσα στο φάσμα της φροντίδας ασθενών με καρκίνο του προστάτη και έχουν βρει ότι η προβληματική συμπεριφορά, η βία και η επιθετικότητα κατά του φροντιστή όπως και η νοητική ανεπάρκεια του ασθενούς συνιστούν καίριο κίνδυνο για κακοποίηση του αρρώστου (Wadhwa et al, 2011).

Από τη μεριά του φροντιστή, το στρες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών έχουν αναφερθεί σαν αιτίες κινδύνου για κακοποίηση του ασθενούς, σε συνάρτηση με αρκετά έτη φροντίδας και πιο πολλές ώρες ανάμειξης στη φροντίδα. Ένας τρίτος συντελεστής κινδύνου για κακοποίηση βρέθηκε να είναι η συσχέτιση μεταξύ στη δυάδα φροντιστή-φροντιζόμενου, περικλείοντας της σχέσης συζύγου, της συγκατοίκησης και της φτωχικής προνοσηρής επαφής. Νεότερες έρευνες συνυπολογίζουν και τη νοητική κατάσταση του φροντιστή σα συντελεστή πρόβλεψης της ποιότητας της φροντίδας. Επίσης, στις περιπτώσεις όπου οι φροντιστές οι ίδιοι έδειχναν

πνευματικά ελλείμματα, οι ασθενείς έλεγαν ότι γίνονταν θύματα εγκλιτικά κακής συμπεριφοράς. Τα πορίσματα δίδουν την εικόνα ηλικιωμένων συζυγικών δυάδων όπου ο ασθενής εμφανίζει ψηλά επίπεδα ανικανότητας, η λειτουργικότητα, η ψυχική και η σωματική υγεία του νοσοκόμου είναι υποβαθμισμένα και μέσα στη σχέση δηλώνονται προσβλητικές λεκτικές διαντιδράσεις (Nilsson et al, 2001).

3.4 Το φορτίο των φροντιστών

Στον καρκίνο με τον ασθενή πάσχει όλη η οικογένεια. Στη μεγαλύτερή τους πλειονότητα, οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, φροντίζονται στο σπίτι από την οικογένειά τους, παιδιά, αδέρφια, συζύγους. Η οικογένεια έχει την υποχρέωση της φροντίδας των ασθενών ακόμη και εφόσον υφίστανται επαγγελματίες βοηθοί ή νοσηλεύονται σε κλινικές, στην Ελλάδα. Οι μεγάλες αξιώσεις μέριμνας των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο έχουν επιρροή στην υγεία εκείνων που τους φροντίζουν, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, μειώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και ρισκάρουν την οικονομική τους σιγουριά (Miller et al, 2003).

Η επιβάρυνση από τη φροντίδα ενός ασθενή που πάσχει από καρκίνο ίσως να είναι ψυχική, σωματική και οικονομική. Η ψυχική είναι ευκρινώς η σπουδαιότερη και η πιο προσωπική. Οι φροντιστές κάνουν μεγάλη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ενώ διατρέχουν μεγάλο ρίσκο να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Η στενή σχέση με έναν ασθενή που πάσχει από καρκίνο κινητοποιεί ενοχές και φόβο θανάτου. Ειδικά ψυχοφθόρο είναι και το συνεχές αίσθημα στρες, το ενδιαφέρον για τον ασθενή, την ασφάλεια του, τα πιθανά απρόοπτα σε καθημερινή βάση. Η εικόνα του φροντιστή, μας δείχνει έτσι, ένα πρόσωπο που προσφέρει τη φροντίδα και την επίβλεψη που έχει ανάγκη ο ασθενής (Lorenz et al, 2006).

3.4.1 Αισθήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής

3.4.1.α Πένθος

Το πένθος είναι η ψυχική αντίδραση εκείνου που ζει μία απώλεια, αληθινή ή συμβολική. Λόγω της αρρώστιας ο φροντιστής νιώθει ότι έχει χάσει τον άνθρωπό του, το γονέα ή ένα φίλο. Οδυνηρές επιστρέφουν οι μνήμες και γίνονται οι παραλληλισμοί με το παρελθόν. Κι όταν κάποιος θεωρεί πως έχει προσαρμοστεί, η αρρώστια εμφανίζεται ξανά. Στα πιο προχωρημένα στάδια εάν ο ασθενής δεν αναγνωρίζει ούτε εκείνον που τον φροντίζει, τα συναισθήματα οδύνης γίνονται σαρωτικά. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η συμμετοχή των φροντιστών σε μια ομάδα υποστήριξης είναι ο πιο καλός τρόπος χειρισμού αυτής της κατάστασης. Ενοχή Είναι λογικό να υφίστανται αισθήματα ενοχής και ντροπής για τη μη σωστή συμπεριφορά του ασθενούς. Στις περιπτώσεις, όπου ο θυμός και η ανέχεια φτάσουν στα όρια τους θα πρέπει να ερευνώνται τα ενδεχόμενα δραματοποίησης του ασθενούς. Το να μοιραστεί ένας άνθρωπος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους που τον φροντίζουν ή με γνωστά πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σε μεγάλο βαθμό (Spencer et al, 2008).

3.4.1.β Θυμός

Ο θυμός ίσως να έχει αρκετούς αποδέκτες. Ίσως να αποτείνεται στον ασθενή, στον ιατρό, στο Θεό ή στην όλη περίσταση. Είναι σπουδαίο να θυμάται κάποιος πως το θυμό τον προξενεί η αρρώστια και οι δυσχέρειες που συνεπάγονται και όχι ο ασθενής ως άτομο. Κάποιες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τέτοιο θυμό που υπάρχει κίνδυνος να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Η βοήθεια ενός ειδικού πιθανόν να είναι χρήσιμη για τον φροντιστή όταν έρθει σε ένα σημείο όπου δεν θα αντέχει άλλο την κατάσταση της φροντίδας του ατόμου που πάσχει από καρκίνο (Redman et al, August 2008).

3.4.1.γ Ντροπή

Το αίσθημα της ντροπής, ιδίως εάν ο ασθενής φέρεται έτσι που εκθέτει δημόσια και τον ίδιο και το φροντιστή, είναι μεγάλη. Αυτό το αίσθημα είναι πιθανό να αμβλυθεί αν φροντιστής μιλήσει για αυτό με άλλους φροντιστές που έρχονται αντιμέτωποι με παρόμοια προβλήματα. Επιπροσθέτως, βοηθά η πληροφορία στους φίλους και οικογενειακά πρόσωπα αναφορικά με την πορεία της αρρώστιας, για να αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά του ασθενούς (Cholowski & Cahn, 1992).

3.4.1.δ Μοναξιά

Αρκετοί φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και περιορίζονται στο σπίτι τους με τον ασθενή που φροντίζουν. Μία τέτοια φροντίδα τείνει να είναι μια πολύ μοναχική δραστηριότητα, ενώ η πρότερη συντροφική επαφή με τον ασθενή ίσως να χαλαρώσει, ενώ περιορίζονται και οι άλλες κοινωνικές επαφές εξαιτίας των μεγάλων αξιώσεων στο σπίτι. Η μοναξιά δυσκολεύει τον χειρισμό των ζητημάτων. Είναι χρήσιμο να δοθεί προτεραιότητα στη διατήρηση των φιλικών επαφών και των κοινωνικών σχέσεων του φροντιστή (Shaw & Shaw, 1998).

Η αυτοπεποίθηση ενός φροντιστή είναι κοινώς η αυτοαποτελεσματικότητα του στην φροντίδα του ασθενούς. Κάποιοι μελετητές θεωρούν, ότι η υποκειμενική μετάφραση της κατάστασης είναι ο κύριος συντελεστής που ευθύνεται για την μετρίαση του βαθμού του άγχους που βιώνεται από τους φροντιστές. Η ποιότητα ζωής του φροντιστή μπορεί να επηρεάζεται από ορισμένα γνωρίσματα της κατάστασης της φροντίδας παρά από τον ίδιο τον ασθενή. Επίσης έχει εισηγηθεί ότι οι φροντιστές που χειρίζονται καλά την κατάσταση πιθανόν έχουν μεγάλα ποσοστά αυτοαποτελεσματικότητας (Cheetham et al, 2010).

Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι η προσωπική αντίληψη της εμπιστοσύνης κάποιου στις δικές του ικανότητες με τις οποίες μπορεί να αποπερατώσει ένα έργο ή να βγάλει στην επιφάνεια κάποια συμπεριφορά με επιτυχία. Κατά τον ορισμό της αυτοαποτελεσματικότητας υφίστανται δυο τύποι προσδοκιών: οι προσδοκίες για το αποτέλεσμα και οι προσδοκίες για την δραστηριότητα. Στις προσμονές για το αποτέλεσμα υφίσταται η σιγουριά πως μια ορισμένη συμπεριφορά θα κατευθύνει σε ένα συγκεκριμένο πόρισμα. Από την άλλη οι προσμονές για την κινητικότητα είναι η σιγουριά ότι κάποιος με επιτυχία επιτελεί μια συμπεριφορά με στόχο να καταφέρει το αποτέλεσμα που προσδοκάται. Το μυστικό για τη μεταβολή της συμπεριφοράς είναι να αυξήσουμε την αυτοπεποίθηση και να ξεκινήσει το άτομο να στηρίζεται σε αυτή, όταν επιτελεί μια άλλη συμπεριφορά. Για να κατορθωθεί αυτό θα πρέπει να δοθεί σημασία όχι απλά στο χτίσιμο των δεξιοτήτων, αλλά και στην τόνωση του ατόμου που φροντίζει με τη γνώση, για να πιστέψει ότι μια ορισμένη συμπεριφορά θα κατευθύνει σε ένα ορισμένο αποτέλεσμα, το οποίο βέβαια είναι η καλύτερευση της ποιότητας της ζωής του (Denmeade & Isaacs, May 2002).

Κεφάλαιο Τέταρτο

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΝΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Οι ογκολογικοί ασθενείς με νόσο του καρκίνου του προστάτη και οι ασθενείς τελικού σταδίου εμφανίζουν, ως αποτέλεσμα της νόσου και των διαφόρων θεραπειών, αρκετά προβλήματα υγείας, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα, την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής τους.

Οι παρεμβάσεις από τους νοσηλευτές οφείλουν να έχουν στο επίκεντρο τους ασθενείς, να προάγουν το αίσθημα της αμοιβαίας συνεργασίας ασθενών-οικογένειας-επαγγελματιών υγείας και να διασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας.

Η βέλτιστη ανακουφιστική φροντίδα βασίζεται στη συνεχιζόμενη και ολιστική εκτίμηση των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και άλλων αναγκών υγείας

κάθε ασθενούς και της οικογένειάς του, καθώς και στην αποτελεσματική διαχείρισή τους.

Η αυξανόμενη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους προάγει την προσαρμογή τους στην ασθένεια, πάντα υπό το πρίσμα των περιορισμών που θέτει η νόσος, και αμβλύνει τις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις μεταξύ ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην ιεράρχηση και την αντιμετώπιση θεμάτων που αφορούν στη φροντίδα.

Σε αυτό το πλαίσιο, ορισμένα από τα βασικά ερωτήματα που σχετίζονται με τις ανάγκες υγείας των συγκεκριμένων ασθενών είναι: Ποιες ομάδες ογκολογικών ασθενών εμφανίζουν αυξημένες ανάγκες υγείας και σε ποια φάση στην πορεία της νόσου; Σε ποιο βαθμό επηρεάζονται οι φροντιστές τους; Πόσο σημαντική είναι η εκτίμηση των αναγκών υγείας στην καθημερινή κλινική πρακτική; Ποια είναι τα συνήθη εργαλεία αξιολόγησης για την ποιοτική και την ποσοτική καταγραφή των αναγκών υγείας; Σε ποιο βαθμό ταυτίζεται η ιεράρχηση των αναγκών υγείας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας;

Η έννοια ανάγκη (need), χρησιμοποιείται ως μια οριζόμενη δομή από τον ασθενή, που εστιάζει στη σπουδαιότητα της αυτοαξιολόγησής του και κυρίως στην επιθυμία του να λάβει υποστήριξη από την παρεχόμενη φροντίδα, για ένα πρόβλημα που βιώνει.

Επειδή οι προσδιοριστές της υγείας είναι πολυάριθμοι, η έννοια ανάγκες υγείας (health needs) μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων, όπως είναι η ατομική υγεία, η κατοικία, οι υπηρεσίες υγείας, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικονομική κατάσταση.

Δεδομένου ότι στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη επικρατεί η πρακτική-επιχειρησιακή έννοια της ανάγκης, όπου η ικανοποίησή της απαιτεί μια παρέμβαση-φροντίδα, συχνά προτιμάται ο όρος υποστηρικτικές ανάγκες (supportive needs) ή

υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (supportive care needs). Στην καθημερινή πρακτική δεν θα πρέπει να συγχέονται οι έννοιες πρόβλημα (problem) και ανάγκη στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται ότι έχει ένα πρόβλημα, όπως η αλωπεκία, αλλά μπορεί να το υπομένει και να το αποδέχεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια μιας θεραπείας που θα του παρατείνει τη ζωή, με αποτέλεσμα να μην το αισθάνεται ως ανάγκη προς αντιμετώπιση. Πολλά ερωτηματολόγια που μετρούν την ποιότητα ζωής σε ογκολογικούς ασθενείς εστιάζουν στα προβλήματα και όχι στην απαιτούμενη βοήθεια για τη διαχείρισή τους.

Σημαντικό είναι επίσης να αναγνωριστεί η διαφορά μεταξύ ανάγκης, ζήτησης (demand) (τι θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν οι ασθενείς ή θα επιθυμούσαν να χρησιμοποιήσουν σε ένα δωρεάν σύστημα υγείας) και προσφοράς (supply) (τι παρέχεται στην πράξη). Αυτό βοηθά στην ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με το εάν αντανακλούν ανάγκη, ζήτηση ή προσφορά. Η κεντρική περιοχή αλληλοκάλυψης των τριών εννοιών είναι το βέλτιστο πεδίο για παροχή υπηρεσιών. Γενικά, η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ίδια σε όλα τα άτομα και επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη γνώση τους για την υγεία, τη γεωγραφική περιοχή και την κατάσταση της υγείας τους. Από τις παρατηρούμενες ανάγκες, αυτές που απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα είναι συνήθως αποτέλεσμα προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας ή που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Εκτίμηση αναγκών (needs assessment) είναι μια στρατηγική που εστιάζει στην αναγνώριση των προβληματισμών και των ανησυχιών που βιώνουν οι ασθενείς και που δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς. Σκοπός της είναι, μέσα από τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών, να καθοριστεί με ακρίβεια εάν χρειάζονται περισσότερη

βοήθεια και να αποφασιστεί το είδος της υποστήριξης ή της θεραπείας που θα προσφερθεί.

Ως έννοια (α) περιγράφει μια σαφώς ορισμένη διαδικασία που λαμβάνει χώρα με ή από τον ογκολογικό ασθενή, (β) προϋποθέτει κάποιον τύπο σταθερού πλαισίου, (γ) εμπεριέχει συχνές και εκτενείς εκτιμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, (δ) βασίζεται στο πώς βλέπει ο ασθενής τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, για τις οποίες και αναμένει επαγγελματική φροντίδα και τελικά (ε) ενημερώνεται για τις αποφάσεις το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα.

Κατά την εκτίμηση καταγράφονται οι ανάγκες υγείας και κυρίως οι ανικανοποίητες ανάγκες, οι οποίες απαιτούν άμεση παρέμβαση. Ανικανοποίητες ανάγκες (unmet needs) προκύπτουν όταν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για τις ανάγκες τους, καθώς και της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η μέγιστη ευεξία.

Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει μια ιδιαίτερα πιεστική και στρεσογόνα ανάγκη, όπως επί πλέον πληροφορίες για την αναλγητική αγωγή στοσπίτι, που μπορεί να μείνει ανικανοποίητη, όταν διάφοροι παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας του προσωπικού τον αποτρέπουν από την αναζήτηση υποστήριξης. Η μη αναγνώριση των αντιλαμβανόμενων ανικανοποίητων αναγκών και η συνεχιζόμενη παρουσία τους έχει συσχετιστεί με κακή γνωστική λειτουργία, σωματική νοσηρότητα, γενικευμένο άγχος και δυσφορία, μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς, επιδείνωση της ποιότητας ζωής και επιπρόσθετη αναπηρία.

Υποστηρικτική φροντίδα (supportive care) ορίζεται ως η φροντίδα που συμβάλλει, ώστε το άτομο και η οικογένειά του να διαχειριστούν το βίωμα του καρκίνου και να καλύψουν

τις σωματικές, τις πληροφοριακές, τις συναισθηματικές, τις ψυχολογικές, τις κοινωνικές, τις πνευματικές και τις πρακτικές τους ανάγκες. Εκτείνεται από την περίοδο πριν την οριστική διάγνωση, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και των θεραπειών, της ίασης ή της συνεχιζόμενης ασθένειας με τις υποτροπές της και στους επιζήσαντες από τη νόσο.

Εστιάζει στη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων της θεραπείας, κυρίως μέσω του ελέγχου των συμπτωμάτων και της ποιοτικής παράτασης της ζωής των ογκολογικών ασθενών. Επομένως, η ποιότητα της υποστηρικτικής φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η έκταση σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες αναγνωρίζονται και ικανοποιούνται με την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών και παρεμβάσεων. Η υποστηρικτική φροντίδα ταυτίζεται σε πολλά σημεία με την ανακουφιστική φροντίδα (palliative care), όταν γίνεται αναφορά στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, επειδή στο πλαίσιο ορισμού τους περιλαμβάνονται η διαχείριση των συμπτωμάτων, η ποιότητα ζωής και η φροντίδα για την κάλυψη των σωματικών, των ψυχολογικών και των άλλων αναγκών που βιώνουν οι ασθενείς. Η υποστηρικτική όμως φροντίδα έχει μεγαλύτερο πεδίο δράσης, από τους νεοδιαγνωσθέντες μέχρι τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε τελικό στάδιο, και εστιάζεται περισσότερο στην περίοδο των θεραπειών. Αντίθετα, η ανακουφιστική φροντίδα εστιάζει κυρίως στους ασθενείς τους τελευταίου σταδίου και γενικότερα σε ασθενείς με μικρό ποσοστό επιβίωσης μέχρι και την περίοδο πένθους. Συμπεριλαμβάνει δε, σε μεγαλύτερο βαθμό, τη συμμετοχή των φροντιστών και τις δράσεις της διεπιστημονικής ομάδας.

Συχνά όμως, στη συνομιλία με τους ασθενείς με σχετικά μικρό προσδόκιμο επιβίωσης προτιμάται ο όρος υποστηρικτική από ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα, επειδή προκαλεί μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση. Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς δεν μεταφράζουν το στάδιο της νόσου τους ως μια περίοδο που δεν υπάρχει κάποια

θεραπεία, δεν σκέφτονται έντονα ότι θα βιώσουν πολλές και επώδυνες καταστάσεις που απαιτούν ανάγκη αυξημένης και μακροχρόνιας φροντίδας και κυρίως δεν χάνουν την ελπίδα.

Οι σημαντικότερες ανάγκες υγείας των ασθενών με καρκίνο του προστάτη μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες ομάδες. Σε πρόσφατη έρευνα μη νοσηλευόμενων ασθενών, ο μέσος όρος τους ήταν. Η εμφάνιση, η ικανοποίηση και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους μεταβάλλεται στην πορεία της νόσου και επηρεάζεται κυρίως από το είδος της θεραπείας, τον αριθμό και την ένταση των συμπτωμάτων, τη λειτουργική τους ικανότητα, εάν είναι νοσηλευόμενοι, τον πιθανό χρόνο επιβίωσης, το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, το φύλο, την ηλικία, την παρουσία φροντιστών, την παρουσία συνυπαρχόντων νοσημάτων κ.ά.

Επίσης, επηρεάζεται από τη γνώση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στην εκτίμηση αναγκών, καθώς και από την παρουσία κατάλληλων νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών υποστήριξης ασθενών.

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται αυξημένες ανάγκες: Στο διάστημα αμέσως μετά από τη διάγνωση, σε άτομα που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, ή θεραπεία γενικότερα και αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, στους ασθενείς τελικού σταδίου, σε νεαρότερους ασθενείς, σε γυναίκες, σε άτομα που συνοδεύονται από φροντιστή.

Τα ψυχολογικά προβλήματα, που συνήθως είναι αυξημένα κατά τη διάγνωση, ακολουθούνται από τις ανάγκες πληροφόρησης για τη φροντίδα τους, τις διάφορες θεραπευτικές επιλογές και παρεμβάσεις και τις συχνές εισαγωγές που θα απαιτηθούν, τους τρόπους αντιμετώπισης των σωματικών τους προβλημάτων, τα θέματα διαχείρισης

της καθημερινής πρακτικής, καθώς και ερωτήσεις που αφορούν στην επάρκεια των φροντιστών.

Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη εμφανίζουν ποικίλα προβλήματα που απαιτούν ολιστική, εξατομικευμένη προσέγγιση και άμεση, αλλά και μακροχρόνια φροντίδα. Σε ανασκόπηση των Harrison et al, οι ανάγκες υγείας των ασθενών με καρκίνο του προστάτη ήταν κυρίως για καθημερινές δραστηριότητες (1–52%), επικοινωνίας (34–36%), οικονομικές (13–60%), πληροφόρησης (39%), σωματικές (7–89%), ψυχοκοινωνικές (7–44%), ψυχολογικές (16–41%) και πνευματικές (14–33%).

Στην έρευνα των Walsh et al, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς ανέφεραν 11 συμπτώματα (εύρος: 1–27). Το ποσοστό των ατόμων με προχωρημένο, μη ιάσιμο καρκίνο που έχει κάποιο επίπεδο αντιλαμβανόμενων αναγκών για βοήθεια είναι 95% κατά την πορεία της νόσου. Σε ανασκόπηση των Solano et al, σε 33 άρθρα για τη μελέτη 11 συχνών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, σε δείγμα που κυμαινόταν από 2.888–10.379 ασθενείς για κάθε σύμπτωμα, το άλγος, η κόπωση και η δυσχέρεια στην αναπνοή ανευρέθηκαν σε ποσοστό >50%.

Αντίστοιχα, στην ανασκόπηση των Teunissen et al, σε ασθενείς με ακρκίνο του προστάτη τελικού σταδίου, τα συχνότερα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν ήταν η κόπωση, η απώλεια βάρους, η έλλειψη ενέργειας, η αδυναμία και η απώλεια όρεξης.

Άλλα συχνά σωματικά συμπτώματα, που συνήθως συνυπάρχουν, είναι αϋπνία, δυσκοιλιότητα, αλλαγές στη γεύση, ναυτία/έμετοι, διαταραχές της διάθεσης, απώλεια μνήμης, ξηροστομία κ.ά., ενώ η παρουσία τους εξαρτάται από το αν οι ασθενείς λαμβάνουν ή όχι θεραπεία.

Η σωματική διάσταση του «υποφέρειν» φαίνεται να είναι κυρίαρχη, με τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των συμπτωμάτων να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο κάθε ασθενή και κάθε μέλος της οικογένειάς του. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως είναι η δυσφορία, το έντονο άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος για τον επικείμενο θάνατο, παρατηρούνται στους ογκολογικούς ασθενείς ανεξάρτητα από τη φάση της νόσου στην οποία βρίσκονται.

Η αποτίμηση για το πώς επιδρά ο καρκίνος στη ζωή τους, η παρουσία δύο ή περισσότερων σοβαρών συμπτωμάτων, η κακή πρόγνωση, η αρνητική σχέση με τη θρησκεία, η έντονη ανησυχία για τις μελλοντικές προσδοκίες και προοπτικές, τα προσωπικά και υπαρξιακά προβλήματα, αλλά και τα κοινωνικά θέματα που προκύπτουν, φαίνεται ότι επιδρούν περισσότερο στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών.

Η έγκαιρη παρέμβαση είναι σημαντική για τη μείωση της παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο, τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και την αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη εκφράζουν την επιθυμία να έχουν όλες τις πληροφορίες, στον κατάλληλο χρόνο και ζητούν ειλικρίνεια από τους επαγγελματίες υγείας.

Χρειάζεται όμως διερεύνηση του ποσοστού της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων και σεβασμός της επιθυμίας τους για ασάφεια, όταν η συζήτηση εστιάζεται γύρω από την ακριβή πρόγνωση της νόσου. Σημαντικό στοιχείο για την ποιοτική φροντίδα και την ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί απλά η καταγραφή των αναγκών υγείας τους, αλλά και η εκτίμηση των ασθενών με ανικανοποίητες ανάγκες και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις για την επίλυσή τους.

Σε μελέτη των Hansen et al, το ποσοστό αυτό ήταν 60,1%, με τους ασθενείς να εκφράζουν κυρίως σωματικά (40%) και συναισθηματικά (37,5%) προβλήματα. Συχνές ανικανοποίητες ανάγκες αφορούσαν σε πρακτικά θέματα, όπως αδυναμία να σταθμεύσουν πολύ κοντά στο ογκολογικό κέντρο και πληροφορίες για αλλαγές στην καθημερινότητά τους και της οικογένειάς τους. Επίσης, αφορούσαν σε προβληματισμούς που σχετίζονταν με το μέλλον τους, όπως για την πιθανότητα επανεμφάνισης/ διασποράς του καρκίνου, για γενετικές πληροφορίες και για τη ματαίωση των προσδοκιών τους ως προς την ικανότητά τους να χειρίζονται καταστάσεις που συνήθιζαν να πράττουν.

Πολλοί επίσης ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες πνευματικότητας που τους θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και μειωμένο αίσθημα γαλήνης, ειδικά όταν είναι νοσηλευόμενοι.

Αντίθετα, λίγες μελέτες έχουν διενεργηθεί για τις ανικανοποίητες ανάγκες ασθενών με προχωρημένη νόσο που επιβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και οι οποίοι σταδιακά απομακρύνονται από την άμεση παρακολούθηση από το νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς και των συγγενών τους.

Οι συγκεκριμένοι ασθενείς εμφανίζουν παρατεταμένες αντιδράσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από τις αρχικές θεραπείες. Η αποτελεσματική διαχείρισή τους, που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, συχνά συναντά εμπόδια ειδικά για τα μη ογκολογικά τους προβλήματα και μέτρια υποστήριξη από τις υπηρεσίες υγείας. Οι ανάγκες των φροντιστών αποτελούν σημαντική παράμετρο της φροντίδας των ασθενών με καρκίνο τα τελευταία έτη.

Ειδικά για την Ελλάδα, όπου οι περισσότεροι φροντιστές είναι μέλη της οικογένειας των ασθενών και ταυτόχρονα δεν υπάρχουν επαρκείς μεταβατικές δομές υγείας μεταξύ

ογκολογικού νοσοκομείου και οικίας, οι φροντιστές δέχονται μεγάλη επιβάρυνση στην οποία συχνά δεν μπορούν να ανταποκριθούν, γεγονός που προκαλεί αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. Οι ανικανοποίητες ανάγκες των φροντιστών που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους συνήθως επηρεάζονται από δύο ομάδες παραγόντων.

Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται τα προσωπικά τους προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με την εργασία τους, την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, τις ανάγκες άλλων μελών της οικογένειας, τα ψυχολογικά προβλήματα, την αϋπνία, τις δαπάνες για τη φροντίδα των ασθενών κ.ά. Στη δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται τα θέματα που σχετίζονται με τις ανάγκες των ασθενών τους οποίους φροντίζουν και με την αντίληψη που έχουν για αυτές.

Φαίνεται ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες των φροντιστών είναι περισσότερο αυξημένες όταν συνδέονται με ασθενείς που λαμβάνουν νοσοκομειακή φροντίδα, σε σχέση με αυτούς οι οποίοι νοσηλεύονται σε ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου.

Αυξημένες ανάγκες επίσης περιγράφονται σε περιπτώσεις φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν έχει συζητηθεί τυχόν επιθυμία των ασθενών για μηχανική υποστήριξη ή άλλες πρακτικές παράτασης της επιβίωσης, όπως η εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας και όταν δεν έχουν ενημερωθεί για ενέργειες που ανακουφίζουν τους ασθενείς εκτός νοσοκομείου.

Απαιτείται, λοιπόν, εξατομικευμένη υποστήριξη των φροντιστών από τους επαγγελματίες υγείας, όχι μόνο για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που βιώνουν οι ασθενείς καθημερινά, αλλά και για το θρήνο και το πένθος, για όσους ασθενείς αποβιώνουν.

Τα εργαλεία για την εκτίμηση των αναγκών υγείας διευκολύνουν τον ακριβή και πλήρη εντοπισμό των προ- βλημάτων, την αναγνώριση, την καταγραφή και την αξιολόγηση των αναγκών, καθώς και την καλύτερη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας τόσο με τον ασθενή, όσο και μεταξύ των μελών της. Ενισχύουν την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών και τον ενιαίο τρόπο προσέγγισης των αναγκών.

Συμβάλλουν στην καλύτερη εφαρμογή των σχεδίων φροντίδας, στη βελτίωση των δομών που ήδη υφίστανται για τους ογκολογικούς ασθενείς ή στο σχεδιασμό νέων, εστιάζοντας στην κάλυψη των αναγκών τις οποίες ο ασθενής κρίνει ως σημαντικές και άμεσες. Έτσι, παρατηρείται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καλύτερη διαχείριση του κόστους και του ανθρώπινου δυναμικού.

την ανίχνευση ασθενών υψηλού κινδύνου, ειδικά όταν η εκτίμηση πραγματοποιείται με ερωτηματολόγια που περιέχουν απαντήσεις «ναι-όχι» ή με επιλογή από διαφορετικές απαντήσεις. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις ασθενών που εισάγονται σε τμήματα ημερήσιας νοσηλείας ή όταν η παραμονή τους σε μονάδες υγείας είναι μικρής διάρκειας και δεν επαρκεί για πιο συστηματική διερεύνηση των αναγκών.

Ακόμη, στοχεύουν στην καλύτερη φροντίδα ειδικών ομάδων ογκολογικών ασθενών, όπως είναι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες και άτομα που δυσκολεύονται ή φοβούνται να επικοινωνήσουν με αποτελεσματικό τρόπο για τη διεκδίκηση καλύτερης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Τέλος, με τη χρήση τους ανοίγει ένα «παράθυρο» για επικοινωνία, βοηθώντας τους ασθενείς να κάνουν σωστές επιλογές. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι οι ανησυχίες τους δεν είναι ασυνήθεις και αξίζουν της προσοχής του προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για συζήτηση και ενημέρωσή τους. Αυτή ενδέχεται να περιλαμβάνει και πηγές

που πιθανόν να μην τις χρειάζονται τη δεδομένη στιγμή, αλλά θα μπορούσαν να τις χρησιμοποιήσουν στο μέλλον.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της εκτίμησης των αναγκών υγείας στην καθημερινή κλινική πρακτική και ο σχεδιασμός πρωτοκόλλων παρέμβασης προσδίδει σημαντικά οφέλη για τη φροντίδα του ασθενούς. Η υλοποίησή της προϋποθέτει εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, κατάλληλα εργαλεία μέτρησης αναγκών υγείας και διαθεσιμότητα του εκπαιδευμένου προσωπικού. Οι νοσηλευτές, λόγω της πολύωρης παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς σε καθημερινή βάση, συλλέγουν αρκετές πληροφορίες για τις ανάγκες και τις ανησυχίες των ασθενών με καρκίνο του προστάτη, συζητώντας, ακούγοντας και παρατηρώντας τις εκφράσεις και τη στάση του σώματος.

Δυστυχώς, όμως, οι περισσότεροι, για διάφορους λόγους όπως η έλλειψη χρόνου, δεν χρησιμοποιούν ειδικά εργαλεία για την καταγραφή των πληροφοριών με συστηματικό τρόπο, με συνέπεια τη μη συστηματική και ολοκληρωμένη διαχείρισή τους.

Ο φόρτος εργασίας δεν είναι ο μόνος ανασταλτικός παράγοντας για την ολοκληρωμένη εκτίμηση των αναγκών. Τα περισσότερα εργαλεία δεν καλύπτουν όλες τις διαστάσεις των αναγκών ή είναι εκτενή και μη λειτουργικά για όλα τα περιβάλλοντα εργασίας.

Τα εργαλεία εκτίμησης αναγκών περιγράφονται εκτενώς σε τρεις ανασκοπήσεις, ενώ η αναλυτική παρουσία τους δεν αποτελεί σκοπό του παρόντος άρθρου. Πρόκειται για ερωτηματολόγια που διερευνούν συνήθως ανάγκες υγείας μικτών πληθυσμών από ογκολογικούς ασθενείς ως προς τη νόσο (όπως με καρκίνο μαστού, πνεύμονα, προστάτη), ως προς το είδος της ανάγκης (όπως καταγραφή πληροφοριακών αναγκών, ψυχολογικών κ.ά.), ως προς το χώρο νοσηλείας (νοσηλευόμενοι ή για δομές στην

κοινότητα) και ως προς τη φάση της νόσου (αρχική διάγνωση, κατά τη θεραπεία, σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, ασθενείς τελικού σταδίου, για συγγενείς/φροντιστές).

Η εκτίμηση αναγκών συχνά συμπληρώνεται και από τα ειδικά ερωτηματολόγια καταγραφής της δυσφορίας, όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το Distress Thermometer (DT), το General Health Questionnaire (GHQ) και το Brief Symptom Inventory (BSI), καθώς και από ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, όπως το EORTC QLQ-C30. Υπάρχουν επίσης ειδικά εργαλεία για την αξιολόγηση του πένθους. Αυτά χρησιμοποιούνται συχνά σε μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας και ταξινομούνται σε δύο μεγάλες ομάδες: Σε αυτά που αξιολογούν τους ασθενείς από τη στιγμή της εισαγωγής μέχρι μικρό διάστημα κατά τη διάρκεια του πένθους, όπως είναι το Bereavement Risk Index (BRI), και σε αυτά που αξιολογούν το πένθος περίπου μήνες μετά από το θάνατο των ασθενών και εκτιμούν το είδος του πένθους και τις πιθανές παρεμβάσεις που απαιτούνται για την ανακούφισή του, όπως είναι το Adult Attitude to Grief Scale (AAG).

Η χρήση κατάλληλων εργαλείων μέτρησης αναφορικά με την καταγραφή των αναγκών υγείας ασθενών δεν αμφισβητείται για την αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου. Είναι όμως σημαντικό να διερευνηθεί η δυνατότητα εφαρμογής τους σε ένα περιβάλλον υψηλής έντασης εργασίας ή σε ένα υποστελεχωμένο περιβάλλον και ο βαθμός αποδοχής, ειδικά όταν είναι μεγάλης έκτασης, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους εργαζόμενους (νοσηλευτές, ιατρούς, ψυχολόγους κ.ά.).

Ένα απλό, αυτοσυμπληρούμενο, μικρής έκτασης, ταχύ στη συμπλήρωσή του ερωτηματολόγιο, το οποίο παρέχει πληροφορίες για τις ανάγκες των ασθενών και διευκολύνει το σχεδιασμό της φροντίδας, είναι εύκολο στη βαθμολόγηση από τους επαγγελματίες υγείας και καταγράφει όχι μόνο τις ανάγκες αλλά και το βαθμό

υποστήριξης που απαιτείται, μπορεί να συμβάλλει τα μέγιστα στο συγκεκριμένο σκοπό. Τέτοιου τύπου ερωτηματολόγια συνδράμουν στη μείωση του χρόνου των ασθενών για τη συμπλήρωσή τους και ταυτόχρονα διευκολύνουν τη χρήση τους ως ένα αρχικό εργαλείο διαλογής.

Δεδομένου ότι οι ανάγκες μεταβάλλονται στην πορεία του χρόνου, η εκτίμηση πρέπει να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η χρήση υπολογιστικών συστημάτων θα διευκολύνει την αξιολόγηση και τις παρεμβάσεις, επειδή θα παρέχει τη δυνατότητα μέσα από την αυτο-αξιολόγηση άμεσης πρόσβασης σε πληροφορίες που αναζητά ο ασθενής βάσει των καταγεγραμμένων αναγκών του.

Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι η ίαση ή η υποχώρηση των επώδυνων συμπτωμάτων και η επιμήκυνση της επιβίωσης, διατηρώντας την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Η διεπιστημονική ογκολογική ομάδα συμβάλλει στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση και υποστήριξη των ασθενών, ειδικά όταν η γνώση από την αξιολόγηση διαχέεται στην ομάδα και υπάρχει συνεργική δράση. Ακόμα, βοηθάει τους ασθενείς να λάβουν σημαντικές αποφάσεις για την υγεία τους και γενικότερα για τις ζωές τους.

Οι επαγγελματίες υγείας, όμως, ειδικά όταν εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς που νοσηλεύονται σε γενικά τμήματα νοσοκομείων, συχνά λόγω φόρτου εργασίας, ανεπαρκούς εκπαίδευσης, έλλειψης κατάλληλων εργαλείων μέτρησης αναγκών ή όταν έχουν να αντιμετωπίσουν και την άγνοια πολλών ασθενών για τη νόσο τους, δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά και να εκμαιεύσουν πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν στην αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας.

Συχνά επίσης, αυτό που οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη θεωρούν ως σημαντικό προς επίλυση δεν αποτελεί θέμα ίσης προτεραιότητας για τους επαγγελματίες υγείας, με

αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και να μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης, οι ασθενείς αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν την επιθυμητή υποστήριξη και οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ενεργό ρόλο στην εκτίμηση των αναγκών στο βαθμό που επιθυμούσαν οι ασθενείς.

Η υποκειμενικότητα των συμπτωμάτων, τα οποία συχνά μεταβάλλονται σε ένταση και διάρκεια κατά την πορεία της νόσου, και το γεγονός ότι συχνά τα συμπτώματα που προκαλούν τη μεγαλύτερη δυσφορία δεν είναι συνήθως τα πλέον σημαντικά, αλλά τα πιο απειλητικά σύμφωνα με τους ασθενείς, προκαλούν σύγχυση στον καθορισμό των προτεραιοτήτων για τη φροντίδα τους. Η υποεκτίμηση της έντασης των συμπτωμάτων, η χαμηλή βαθμολόγηση στην κλίμακα λειτουργικής ικανότητας Karnofsky και η μικρή ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο ανεπαρκούς θεραπείας.

Αντίθετα, η διάθεση ικανοποιητικού χρόνου, οι καλές τεχνικές επικοινωνίας και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας συμβάλλουν στη διευθέτηση τέτοιων θεμάτων. Για την ολιστική εκτίμηση των ασθενών προτείνονται συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες που διευκολύνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας.

Οι ανησυχίες και οι ανάγκες που εκφράζουν οι ασθενείς μπορεί να επιλυθούν συνήθως με δύο τρόπους: Άμεσα με την εφαρμογή μιας παρέμβασης, όπως η χρήση ενός αναλγητικού όταν ο ασθενής υποφέρει, ή με ανάληψη ευθυνών για επί πλέον δράση μεταγενέστερα, όπως είναι η συζήτηση μέσα στην οικογένεια για θέματα σεξουαλικότητας ή η παραπομπή τους σε άλλη δομή, π.χ. στην κοινωνική υπηρεσία.

Φυσικά, πάντα υπάρχει η πιθανότητα ορισμένα θέματα να παραμένουν άλυτα λόγω της προχωρημένης νόσου. Γενικότερα, παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν είναι η ψυχολογική συμβουλευτική, η σωματική άσκηση, η προφορική και η γραπτή

πληροφόρηση, καθώς και οι τεχνικές μείωσης του άλγους, της κόπωσης και της κατάθλιψης.

Η γνώση των υπηρεσιών υγείας και των άλλων υποστηρικτικών δομών (όπως για κοινωνική φροντίδα, συμβουλές για εργασία και για οικονομικά θέματα, μονάδες αποκατάστασης, υποστήριξη από ιερείς, συμπληρωματικές θεραπείες και ομάδες υποστήριξης ασθενών και συγγενών) και του τρόπου πρόσβασης των ασθενών σε αυτές σε τοπικό επίπεδο είναι επίσης αρκετά υποβοηθητική.

Η υποκειμενική εκτίμηση της ασθένειάς τους όμως αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στον καθορισμό των επιλογών και των αποφάσεών τους. Οι παρεμβάσεις που σκοπό έχουν τον επανακαθορισμό των αναγκών και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να διαχειριστούν τον καρκίνο πιθανότατα επαυξάνουν την ψυχολογική τους ευεξία, ακόμη και μεταξύ ασθενών με «πτωχή» πρόγνωση.

Εκτός από τις όποιες δυσκολίες, η συστηματική εκτίμηση των αναγκών υγείας των ασθενών, αλλά και των φροντιστών τους, πρέπει να αποτελεί το πρώτο και πλέον ουσιαστικό βήμα για την υποστηρικτική φροντίδα και την ενεργοποίηση όλων των δυνατικών υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο και στην κοινότητα. Η εφαρμογή των ερωτηματολογίων εκτίμησης αναγκών, αν και στην κλινική πρακτική δεν έχει υιοθετηθεί πλήρως, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης και καταγραφής των σημαντικότερων ανικανοποίητων αναγκών, παρά τα προβλήματα λόγω της ετερογένειας του δείγματος και των άλλων μεθοδολογικών περιορισμών. Για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει να παρέχουν ένα μετρήσιμο αποτέλεσμα στην έκβαση των ασθενών και κατευθύνσεις στη φροντίδα.

Η συμμετοχή και η συνεργασία των ασθενών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων δεν πρέπει να υποτιμάται, επειδή οι συνεχιζόμενες ανικανοποίητες ανάγκες μπορεί να υποδηλώνουν ανεπαρκή εκτίμηση από τους επαγγελματίες υγείας, χαμηλή ικανοποίηση και ταυτόχρονα να προκαλούν επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Απλές παρεμβάσεις, όπως η «πρόσωπο με πρόσωπο» συνέντευξη και η χρήση εκπαιδευτικού υλικού μικρής έκτασης, αποτελούν για τους ασθενείς με καρκίνο και τους φροντιστές τους την προτεινόμενη πηγή των αναγκών τους σε πληροφόρηση.

Οι ποικίλες παρεμβάσεις πρέπει να εφαρμόζονται από εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και όπου είναι δυνατό να προσαρμόζονται στις αναφερόμενες ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Η συζήτηση με τους ασθενείς σε σωστό χρόνο μειώνει την επιβάρυνση από τα πολλά συμπτώματα και τις επιθετικές παρεμβάσεις κοντά στο τέλος της ζωής τους και διευκολύνει την παραπομπή τους σε μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας.

Επειδή οι φροντιστές αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του προστάτη, απαιτείται καλύτερη κατανόηση της επιβάρυνσής τους και του τρόπου που αυτή επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ιδιαίτερα στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν επιτευχθεί στην καταγραφή των αναγκών, συνεχίζεται να παρατηρείται περιορισμένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την κάλυψη των ανικανοποίητων αναγκών.

Το γεγονός αυτό πιθανότατα να οφείλεται σε προβλήματα με τη μεθοδολογία καταγραφής, τη χρήση μη αποτελεσματικών παρεμβάσεων, τη μη συμμόρφωση στα πρωτόκολλα παρεμβάσεων και σε άλλους λόγους. Είναι γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς τυγχάνουν θεραπείας σε υποστελεχωμένες κλινικές, σε μονάδες που έχουν μεγάλη

επιβάρυνση με ανεπαρκή υποστήριξη για την κάλυψη των ανικανοποίητων αναγκών των ασθενών.

Η ενεργοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας, η ολιστική προσέγγιση των ογκολογικών και μη προβλημάτων των ασθενών, η ικανοποιητική επικοινωνία, η συνεργασία με τους φροντιστές που αναλαμβάνουν ένα μεγάλο βάρος της φροντίδας, κυρίως κατ' οίκον, και οι βασισμένες σε ενδείξεις παρεμβάσεις (evidence-based) προάγουν την ποιοτική φροντίδα και διευκολύνουν την πορεία των ασθενών με προχωρημένη νόσο για μια ειρηνική ζωή μέχρι το θάνατό τους.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μέθοδος έρευνας

4.1 Σκοπός έρευνας & Σημαντικότητα του θέματος

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των στάσεων, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη. Απώτερος στόχος είναι η ανάδειξη μέσα από τη διερεύνηση των στάσεων αυτών, της αναγκαιότητας και της σημασίας των κατευθυντήριων οδηγιών, ως πλαίσιο βέλτιστης τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής. Τα συμπεράσματα τα οποία και θα προκύψουν από τη μελέτη θα αναδείξουν ζητήματα μείζονος σημασίας για τα ελληνικά νοσοκομειακά δεδομένα αναφορικά με το ζήτημα και θα δώσουν το έναυσμα στην επιστημονική κοινότητα για περαιτέρω διερεύνηση όχι μόνο σε επίπεδο βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αλλά και σε ερμηνευτικό επίπεδο των παραγόντων και των αιτιών που διαμορφώνουν τις στάσεις του προσωπικού. Η ερμηνευτική αυτή σε συνδυασμό με την επιστημονική αποτύπωση των παραγόντων, θα οδηγήσει μέσα από την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην αλλαγή, όπου απαιτείται, των στάσεων αυτών (Albertsen et al, JAMA 2005).

Οι βασικότεροι στόχοι της παρούσας εργασία είναι (Crane, July 2010):

-Η καταγραφή της εμπειρίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη.

-Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς.

-Η διερεύνηση των απόψεων του προσωπικού σχετικά με τη θέσπιση πρωτοκόλλων αναφορικά με την αντιμετώπιση.

-Η δημιουργία προτάσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με CA προστάτη από το νοσοκομειακό περιβάλλον.

4.2 Μεθοδολογία έρευνας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Συγκεκριμένα, έγινε περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση, δηλαδή διεξήχθη έρευνα επί της υπάρχουσας έρευνας (Needleman 2002), προκειμένου να επιτευχθεί αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, της σύνθεσης και της κριτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Η καταγραφή και αξιολόγηση των μελετών έγινε με τη χρήση φόρμας μεθοδολογικής αξιολόγησης ερευνητικών εργασιών.

Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε επίσης γιατί παρόλο που κάποιες φορές είναι χρονοβόρα ως μέθοδος έχει σημαντικά μειωμένο κόστος και αν υπάρχει η σχετική πρόσβαση σε άρθρα κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση μπορεί να μειωθεί αρκετά και ο ερευνητικός χρόνος για την ολοκλήρωσή της (Mulrow 1995).

4.3 Συλλογή δεδομένων

Για τον καθορισμό των κριτηρίων εισαγωγής του βιβλιογραφικού υλικού στη μελέτη, προηγήθηκε αδρή πρωτογενής βιβλιογραφική αναζήτηση για να υπάρξει μία πρώτη εκτίμηση του αριθμού των δημοσιευμένων εργασιών σχετικά με την τεκμηριωμένη νοσηλευτική και τη νοσηλευτική πρακτική. Στη συνέχεια επιλέχθηκαν

μελέτες Ελλήνων και ξένων ερευνητών που αφορούσαν τα έτη από το 2003 έως και το 2015. Έτσι τα κριτήρια εισαγωγής ήταν τα εξής:

Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία

Δημοσιευμένες έρευνες την περίοδο 2003-2015

Μελέτες που αφορούσαν:

Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις

Τυχαιοποιημένα πειράματα

Κλινικά πειράματα με ομάδα ελέγχου χωρίς τυχαιοποίηση του δείγματος

Μελέτες περιπτώσεων με ομάδα ελέγχου

Για την διερεύνηση των ερευνητικών στόχων πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση άρθρων, τα οποία προέκυψαν, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά:

- **Στα Ελληνικά:**
 - «καρκίνος του προστάτη»,
 - «ποιότητα φροντίδας»,
 - «φροντίδα ασθενών», και
- **στα Αγγλικά:**
 - «prostates cancer»,
 - «nursing care».

Από τις επιστημονικές εργασίες που βρέθηκαν στις μηχανές αναζήτησης Google, Scholar, Pub med, Medline, Scopus, ProQuest, CINHL κ.α. προέκυψε ένα σύνολο μελετών, εκ των οποίων επιλέχθηκαν κάποιες, οι οποίες εξυπηρετούσαν το σκοπό της παρούσας έρευνας.

Συνολικά τα άρθρα που συγκεντρώθηκαν από την παραπάνω ανασκόπηση παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Από τα άρθρα που παρουσιάζονται τελικά επιλέχθηκαν 8 άρθρα, των οποίων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο επόμενο

κεφάλαιο. Τα άρθρα τα οποία απορρίφθηκαν και εξαιρέθηκαν της μελέτης, δεν χρησιμοποιήθηκαν, καθώς δεν είχαμε την απαιτούμενη σε αυτά πρόσβαση

Κεφάλαιο Πέμπτο

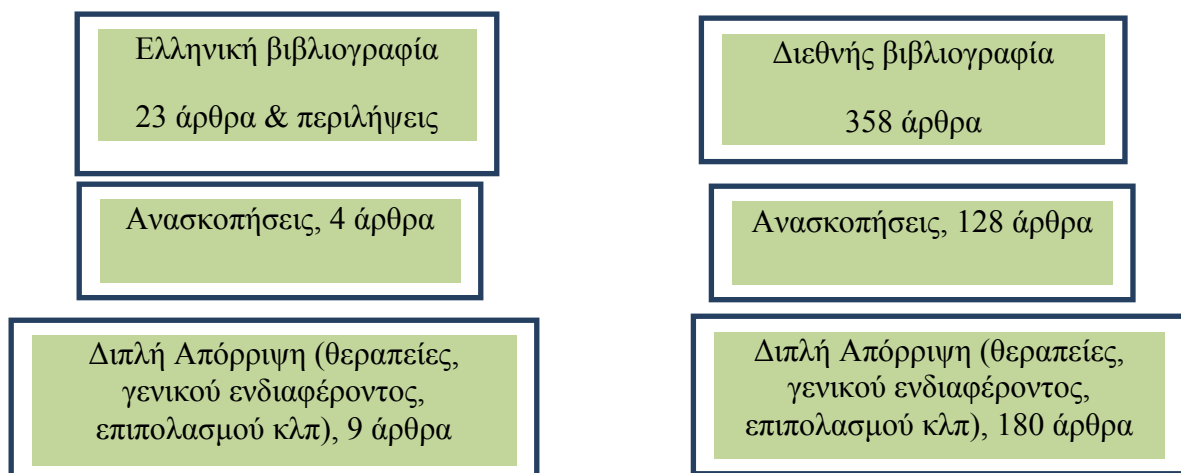
Αποτελέσματα

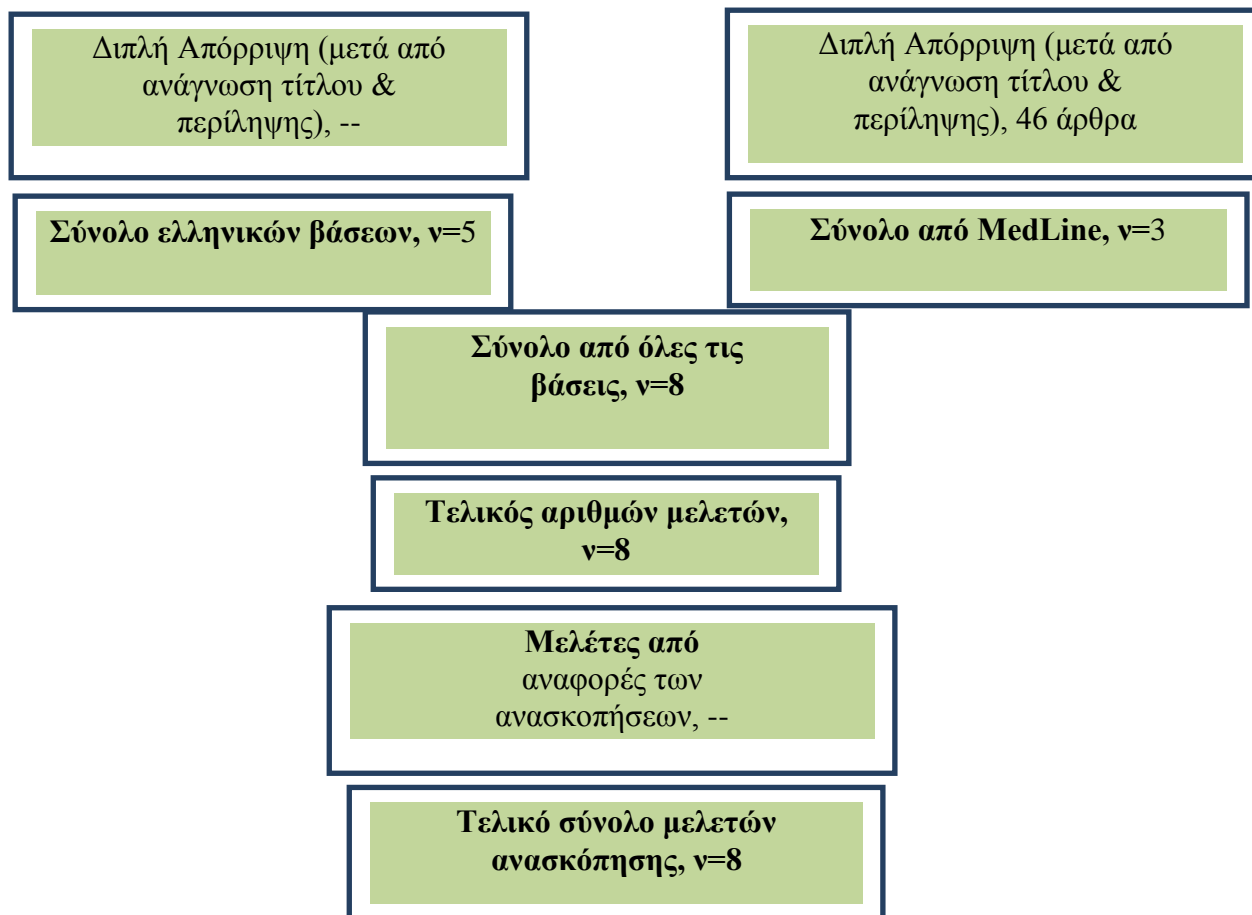
5.1 Αποτελέσματα Αναζήτησης

Το αποτέλεσμα της ανασκόπησης σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά για την καταγραφή, του καρκίνου του προστάτη, παρουσιάζεται στο σχήμα 1. Από την ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκαν 23 άρθρα, περιλήψεις ή εργασίες αναφοράς, εκ των οποίων οι 6 πληρούσαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αναζήτησης. Παράλληλα, από τη διεθνή βάση MedLine και τα κοινά λήμματα αναζήτησης, βρέθηκαν 358 εργασίες.

Από τις 358, οι 108 αφορούσαν ανασκοπήσεις ενώ τελικά μετά από κοινή συμφωνία των ερευνητριών της παρούσας εργασίας, έγιναν αποδεκτές μόλις 4. Συνολικά λοιπόν, 8 εργασίες βρέθηκαν να πληρούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αναζήτησης και παράλληλα να σχετίζονται εν μέρει με τον καρκίνο του προστάτη. Όπως τονίστηκε και διαφαίνεται από το σχήμα 1 δεν υπήρξαν σχετικές μελέτες Ελλήνων συγγραφέων κατά την περίοδο 2007-2012 που να πληρούν ακριβώς τα κριτήρια της παρούσας ανασκόπησης.

Σχήμα 1 Διάγραμμα ροής συστηματικής ανασκόπησης.





5.2 Ταξινόμηση των Πηγών σε Σχέση με το Θέμα, το Συγγραφέα και το Περιοδικό

Η ταξινόμηση των 8 μελετών που βρέθηκαν με βάση το θέμα τους, δίνεται στον πίνακα 1. Το κύριο χαρακτηριστικό τους όπως αναμένεται είναι η διερεύνηση ή η θεματική ανάπτυξη του σημαντικού ζητήματος του πόνου, της αποκατάστασης ή της αξιολόγησης της σωματικής και ψυχικής υγείας. Στην περίπτωση αυτή λόγω του πολύ μεγάλου όγκου των νοσημάτων που καλύπτουν ο καρκίνος του προστάτη, διαπιστώνεται ότι γίνεται αναφορά στους τίτλους τους γενικά σε καρκίνο του προστάτη και φυσικά στο χρόνιο πόνο που προκαλούν.

Επίσης, η ταξινόμηση τους με βάση τον πρώτο ή και δεύτερο συγγραφέα/είδος εργασίας δίνεται στον πίνακα 2 και με βάση το περιοδικό ή το ιστοχώρο, στον οποίο βρέθηκαν, στον πίνακα 3.

Πίνακας 1 Ταξινόμηση μελετών σύμφωνα με το θέμα.

ΑΑ	Θέμα Μελέτης Άρθρου ή Περίληψης
ΕΛΛΗΝΙΚΑ	
1	Μελέτη για την διερεύνηση του ανδρικού πληθυσμού απέναντι στον καρκίνο του προστάτη
2	Ο Καρκίνος του προστάτη ως υψηλό ρίσκο στις ηλικίες 70 - 90
3	Ανασκόπηση του Προστατικού Αδενοκαρκινώματος
4	Οι Επιπτώσεις της Παχυσαρκίας στον Καρκίνο του Προστάτη
ΔΙΕΘΝΗ	
5	Relationship of Dietary Intake of Omega-3 and Omega-6 Fatty Acids with Risk of Prostate Cancer Development
6	Intakes of fish and marine fatty acids and the risks of cancers of the breast and prostate and of other hormone-related cancers: a review of the epidemiologic evidence
7	Vitamin D and prostate cancer risk: a review of the epidemiological literature
8	Tomato Phytochemicals and Prostate Cancer Risk

Πίνακας 2 Ταξινόμηση σύμφωνα με το συγγραφέα/είδος εργασίας.

Συγγραφείς	Είδος Εργασίας
Μουσιδης 2009	Έρευνα
Κίτσιος 2011	Άρθρο Ιατρικό
Παρανυχιανάκης 2010	Ανασκόπηση

Κοτταράς 2013	Έρευνα
Michael E. Chua 2012	Έρευνα
Campbell, J 2003	Ιατρικό Άρθρο
D Gupta 2009	Ανασκόπηση
Terry P 2002	Ανασκόπηση

Πίνακας 3 Ταξινόμηση μελετών σύμφωνα με το περιοδικό, τον ιστοχώρο κλπ.

Πηγή	Πλήθος	Κατηγορία
Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής	1	Ελληνικό Επιστημονικό Περιοδικό
Επιστημονικά Νέα	1	Ελληνικό Επιστημονικό Περιοδικό
Info Urology	1	-//-
Περιεγχειρητική Νοσηλευτική	1	-//-
Clinical Study	1	-//-

American Society for Clinical Nutrition	1-/-
Prostate Cancer and Prostatic Diseases	1-/-
The American Society for Nutritional Sciences	1-/-

5.3 Σύνοψη και Καταγραφή Χαρακτηριστικών Κάθε Εργασίας.

Η συνοπτική αναφορά-περιγραφή για κάθε μελέτη ή πηγή που αναζητήθηκε και περιλήφθηκε στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, παρουσιάζεται στους πίνακες 4-5. Στον πίνακα 4, περιλαμβάνονται 5 εργασίες που δεν ήταν γνήσιες έρευνες αλλά ανασκόπηση, θεραπευτικός ρόλος τεστοστερόνης, διατροφή και καρκίνος.

Σύμφωνα με τον Κίτσιο (2011) σε υψηλού ρίσκου καρκίνο του προστάτη σε άτομα άνω των 70 ετών θα πρέπει να γίνεται αυστηρή επιλογή των ασθενών για ριζική προστατεκτομή. Τονίστηκε ότι σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση παίζει η επιλογή των ίδιων των ασθενών. Στο θέμα του πληθυσμιακού ελέγχου αναφέρθηκε ότι παγκόσμια υπάρχει μείωση όσων προβαίνουν σε έλεγχο PSA. Ότι πλέον, όπως στην Ευρώπη, έτσι και στην Αμερική δεν συνιστάται ο έλεγχος λόγω της ανακάλυψης πολλών κλινικά μη σημαντικών καρκίνων του προστάτη (insignificant PCa) με αποτέλεσμα την υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τον Παρανυχιανάκη(2010) ο απεικονιστικός έλεγχος αποτελεί συμπληρωματικό μέσο διαγνώσης και διερεύνησης της νόσου. Η δακτυλική εξέταση του ορθού και η μέτρηση των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και των κλασμάτων του στο αίμα, θα πρέπει πάντα να προηγούνται.

(2010) Σύμφωνα με Campbell (2003) οι αυξανόμενες αποδείξεις κατά την τελευταία δεκαετία δείχνει ότι η κατανάλωση των νωπών και μεταποιημένων προϊόντων τομάτας συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Η αναδυόμενη υπόθεση είναι ότι το λυκοπένιο, το κύριο κόκκινο καροτενοειδές στις ντομάτες, μπορεί να είναι η αρχή φυτοχημικής, η οποία θεωρείται υπεύθυνη για αυτή την

μείωση του κινδύνου. Ένας αριθμός δυνητικών μηχανισμών με τους οποίους το λυκοπένιο μπορεί, να δράσει έχουν προκύψει, συμπεριλαμβανομένων χρησιμεύει ως ένα σημαντικό αντιοξειδωτικό *in vivo*, ενισχύοντας κύτταρο-προς-κύτταρο επικοινωνία μέσω αυξάνοντας συνδέσεις χάσματος μεταξύ των κυττάρων, και ρυθμίζοντας την εξέλιξη του κυτταρικού κύκλου. Αν και η επίδραση του λυκοπενίου είναι βιολογικά σχετικό, η ντομάτα είναι επίσης μια εξαιρετική πηγή θρεπτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων φυλλικό οξύ, βιταμίνη C, και διάφορα άλλα καροτενοειδή και φυτοχημικά, όπως οι πολυφαινόλες, οι οποίες επίσης μπορεί να σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου. Οι ντομάτες περιέχουν επίσης σημαντικές ποσότητες καλίου, καθώς και κάποια βιταμίνη A και βιταμίνη E ή συνδυασμός των συστατικών στις ντομάτες που είναι υπεύθυνες για τη μείωση του κινδύνου του καρκίνου του προστάτη.

Σύμφωνα με Gupta (2009) παρά την υψηλή νοσηρότητα, η αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγνωστος. Η προχωρημένη ηλικία, η φυλή και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη είναι οι μόνοι εγκατεστημένοι παράγοντες κινδύνου. Πολλοί πιθανοί παράγοντες κινδύνου, αποτελούν τα ανδρογόνα, η διατροφή η σωματική δραστηριότητα, η σεξουαλική ζωή, καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η φλεγμονή και η παχυσαρκία, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί, για τους ρόλους τους στην αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη. Εκτιμάται ότι το 42% του κινδύνου του καρκίνου του προστάτη μπορεί να αιτιολογηθεί από τις γενετικές επιρροές. Χρειάζεται να γίνει διερεύνηση των πολύπλοκων σχέσεων από τις διάφορες διεπιστημονικές επιδημιολογικές μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερη αντίληψη, θεραπεία και, τελικά, την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη.

Σύμφωνα με Terry (2002) είναι ασαφής, αν μια μεγάλη κατανάλωση θαλάσσιων λιπαρών οξέων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτών των καρκίνων ή άλλων καρκίνων που εξαρτώνται από ορμόνη σε ανθρώπινους πληθυσμούς. Εστιάζοντας κυρίως στα αποτελέσματα των μελετών κοόρτης και στην περίπτωση ελέγχου, θα επανεξεταστεί η τρέχουσα επιδημιολογική βιβλιογραφία σχετικά με την πρόσληψη ψαριών και θαλάσσιων λιπαρών οξέων σε σχέση με τους καρκίνους που εξαρτώνται από ορμόνη. Παρά τις πολλές επιδημιολογικές μελέτες που έχουν δημοσιευθεί, τα στοιχεία από αυτές τις μελέτες παραμένουν ασαφή. Οι περισσότερες από τις μελέτες δεν έδειξε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης ψαριών ή πρόσληψη

θαλάσσιων λιπαρών οξέων και του κινδύνου καρκίνου των ορμονών.. Οι μελλοντικές επιδημιολογικές μελέτες θα ωφεληθούν πιθανώς, από την εκτίμηση των συγκεκριμένων λιπαρών οξέων στη δίαιτα, συμπεριλαμβανομένων εικοσιπεντανοϊκό και δοκοσαεξανοϊκό οξέα, και της αναλογίας αυτών προς ω-6 λιπαρά οξέα, διαιτητικά συστατικά που δεν έχουν εξεταστεί ατομικά πολύ συχνά.

Πίνακας 4 Σύνοψη εργασιών συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αφορούν εργασίες που δεν ήταν έρευνες (ανασκόπηση, κατευθυντήριες οδηγίες κ.α.).

Συγγραφείς	Χαρακτηριστικά μελέτης: σκοποί
Κίτσιος 2011	Οι ακτινοθεραπευτές αντέταξαν ότι οι ασθενείς με ψηλού κινδύνου καρκίνο πρέπει να αντιμετωπίζονται με συνδυασμό ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας.
Παρανυχιανιάκης 2010	ο απεικονιστικός έλεγχος αποτελεί συμπληρωματικό μέσο διαγνωσης και διερευνησης της νόσου. Η δακτυλική εξέταση του ορθού και η μέτρηση των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγονου (PSA) και των κλασμάτων του στο αιμα, θα πρέπει πάντα να προηγούνται.
Campbell, J 2003	Η αναδυόμενη υπόθεση είναι ότι το λυκοπένιο, το κύριο κόκκινο καροτενοειδές στις ντομάτες, μπορεί να είναι η αρχή φυτοχημικές υπεύθυνη για αυτή την μείωση του κινδύνου.
D Gupta 2009	Προχωρημένη ηλικία, τη φυλή και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη είναι οι μόνου

	εγκατεστημένοι παράγοντες κινδύνου.
Terry P 2002	Οι περισσότερες από τις μελέτες δεν έδειξε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης ψαριών ή πρόσληψη θαλάσσιων λιπαρών οξέων και του κινδύνου καρκίνου των ορμονών που σχετίζονται.

Στον πίνακα 5 δίνεται η σύνοψη των 8 εργασιών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης .

Σύμφωνα με τον Μωυσίδη (2009) σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στον τακτικό προληπτικό έλεγχο για έναν από τους συχνότερους καρκίνους στον άνδρα, τον καρκίνο του προστάτη. Συντάχθηκαν και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια με 10 απλές ερωτήσεις στους ασθενείς και συνοδούς των ΤΕΙ του νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους πρώτους 150 άνδρες στις αίθουσες αναμονής με βάση τα παρακάτω κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού: 1ο) Άνδρας, 2ο) Ηλικιακή ομάδα 40-70 ετών, 3ο) Γνώση γραφής κι ανάγνωσης, 4ο)Να μην πάσχει από προστατική νόσο, 5ο)Να μην είναι ασθενής σε ΤΕΙ ουρολογικής 6ο)Γνώση του τακτικού προληπτικού ελέγχου. Το 80% συμφωνεί ότι είναι χρήσιμο για τους άνδρες άνω των 45 να κάνουν τακτικό έλεγχο και το 90% περίπου συμφωνεί ότι η έγκαιρη διάγνωση μειώνει τις επιπλοκές. Το 75% πιστεύει ότι η δακτυλική εξέταση είναι σημαντική όμως, το 90% νιώθει άγχος και ντροπή σε περίπτωση που του ζητηθεί. Το 62% θεωρεί τον PSA αποτελεσματικό δείκτη. Το 80% απαντά ότι δε θέλει να κάνει εξετάσεις, διότι αυξάνουν το άγχος και το φόβο τους και μόνο το 45% συμφωνεί ότι είναι υποχρεωμένοι να κάνουν εξετάσεις για τον καρκίνο του προστάτη εάν τους ζητηθεί.

Σύμφωνα με τον Κοτταρά (2013) η παχυσαρκία συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη διάφορων μορφών καρκίνου καθώς και του καρκίνου του προστάτη. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν πρόσφατα άρθρα της τελευταίας τουλάχιστον πενταετίας, σχετικά με το θέμα που ανευρέθηκαν κυρίως στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Medline και στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL--- Link).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι, η αυξημένη κατανάλωση λιπαρών τροφών σε συνδυασμό με τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα οδηγεί στην αύξηση του βάρους σώματος και στη δημιουργία ενός παχύσαρκου ατόμου. Οι παχύσαρκοι άνδρες έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του προστάτη συγκρινόμενοι με τους άνδρες με φυσιολογικό βάρος. Οι άνδρες οι οποίοι διαγνώστηκαν με καρκίνο του προστάτη και είναι παχύσαρκοι είναι πιο πιθανό, να έχουν προχωρημένο στάδιο της νόσου, που είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί με επιτυχία, συγκρινόμενοι με τους άνδρες που δεν είναι παχύσαρκοι.

Σύμφωνα με τον Chua (2012) οι ερευνητές, με τη βοήθεια ενός βιβλιοθηκονόμου πίνακας-επικυρωμένος, συνέλεξαν στοιχεία χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για να εντοπίσουν ότι έχει δημοσιευθεί σε ιατρική βιβλιογραφία σχετικά με ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, ωμέγα-6 λιπαρά οξέα, και του καρκίνου του προστάτη. Η βιβλιογραφική έρευνα δεν περιορίζεται από τη γλώσσα. Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: MEDLINE, Χωρίς περιορισμούς MEDLINE, EMBASE, Science Direct, Οβίδιος, και Cochrane Βιβλιοθήκη, συμπεριλαμβανομένης της βάσης δεδομένων Cochrane Συστηματικής Κριτικής και η Cochrane Κεντρικό Μητρώο των ελεγχόμενων Δοκιμές . Η διατροφική πρόσληψη ωμέγα-3 λιπαρά οξέα και ωμέγα-6 λιπαρά οξέα δεν συνδέεται σημαντικά με τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη, είτε σε τοπικό είτε σε προχωρημένο στάδιο ή χαμηλής ή υψηλής ποιότητας.

Υψηλή πρόσληψη άλφα-λινολενικού οξέος μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Πρόσληψη μακράς αλυσίδας ωμέγα-3 λιπαρά οξέα δεν επέδειξαν σημαντικά αποτελέσματα. Περισσότερη έρευνα είναι αναγκαία για τον προσδιορισμό επίδραση της μακράς αλυσίδας, ωμέγα-3 λιπαρά οξέα για τον καρκίνο του προστάτη με συχνότητα εμφάνισης, ποιότητας, και ειδική θνησιμότητα.

Πίνακας 5 Σύνοψη εργασιών συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ερευνητικές εργασίες (κλινικές κ.α.) σε ΕΛΛΗΝΙΚΑ περιοδικά.

Μελέτη	Έρευνα Στόχος	Είδος Μελέτης	Πεδίο Έρευνας	Χρόνος	Δείγμα Μελέτης	Ερευνητικά Εργαλεία	Εκβαση	Συμπέρασμα
Μουσιδής 2009	Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στον τακτικό προληπτικό έλεγχο για έναν από	Προοπτική	Βόρεια, Κεντρική, Νότια Ελλάδα	2009	Τυχαίο 150 άνδρες 50 – 70 ετών	Ερωτηματολόγιο Ερευνών	Το 80% συμφωνεί ότι είναι χρήσιμο για τους άνδρες άνω των 45 να κάνουν τακτικό	Ο γενικός ανδρικός πληθυσμός θεωρεί ότι είναι σημαντικός ο τακτικός έλεγχος για τον

	τους συχνότερους καρκίνους στον άνδρα, τον καρκίνο του προστάτη						έλεγχο και το 90% περίπου συμφωνεί ότι η έγκαιρη διάγνωση μειώνει τις επιπλοκές του ζητηθεί.	καρκίνο του προστάτη. Παράγοντες όμως όπως το άγχος, ο φόβος, η ντροπή τους αποτρέπουν από το να προβούν στην πραγματοποίηση του τακτικού αυτού ελέγχου.
Κοτταράς 2013	Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και καρκίνου του προστάτη.	Προοπτική	----	2013	Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν πρόσφατα άρθρα της τελευταίας τουλάχιστον πενταετίας, σχετικά με το θέμα που ανευρέθηκαν κυρίως στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Medline και στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL--- Link).	Επιστημονικά άρθρα	Οι άνδρες οι οποίοι Διαγνώστηκαν με Καρκίνο του Προστάτη και Είναι παχύσαρκοι Είναι πιο πιθανό Να έχουν προχωρημένο στάδιο της νόσου, που είναι Πιο δύσκολο να Αντιμετωπιστεί με επιτυχία συγκρινόμενοι με τους άνδρες που δεν είναι παχύσαρκοι.	Η παχυσαρκία συνδέεται Άμεσα με την ανάπτυξη Του καρκίνου του προστάτη Στους άνδρες. Με την αύξηση του βάρους Του σώματος αυξάνεται και Η πιθανότητα εμφάνισης Καρκίνου του Προστάτη
Michael E. Chua 2012	Για να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ διατροφικών ωμέγα-3 λιπαρά οξέα (n-3 PUFA) και ωμέγα-6 λιπαρά οξέα (n-6 PUFA) με τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη από το μετα-ανάλυση προοπτικών μελετών.	προοπτική	-----	2012	Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: MEDLINE, Χωρίς περιορισμούς MEDLINE, EMBASE, Science Direct, Οβίδιος, και Cochrane Βιβλιοθήκη, συμπεριλαμβανομένης της βάσης δεδομένων Cochrane Συστηματικής Κριτικής και η Cochrane Κεντρικό Μητρώο των ελεγχόμενων Δοκιμές	Επιστημονικά άρθρα	Η διατροφική πρόσληψη Ωμέγα-3 λιπαρά οξέα και ωμέγα-6 λιπαρά οξέα δεν συνδέεται σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Πρόσληψη μακράς αλυσίδας ωμέγα-3 λιπαρά οξέα δεν ή επεδείξαν σημαντικά αποτελέσματα. καρκίνος του προστάτη ειδικές θνησιμότητα.	Υψηλή πρόσληψη άλφα-λινολενικό οξύ μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Προσληψη μακράς αλυσίδας ωμέγα-3 λιπαρά οξέα δεν επεδείξαν σημαντικά αποτελέσματα.
Κίτσιος 2011	Οι ακτινοθεραπευτές αντέταξαν ότι οι ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνο πρέπει να αντιμετωπίζονται με συνδυασμό ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας,	Επιδημιολογική μελετη	-----	2011	Ανδρες ηλικίας 70-90ετη.	Επιστημονικα αρθρα	Το σημαντικό εύρημα είναι ότι μεταξύ 70-90 χρόνων το 40% είναι υψηλού κινδύνου καρκίνου	σε υψηλού ρίσκου καρκίνο του προστάτη σε άτομα άνω των 70 ετών θα πρέπει να γίνεται αυστηρή επιλογή των ασθενών για ριζική προστατεκτομή. Τονίστηκε ότι σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση παίζει η επιλογή των ίδιων των ασθενών. Στο θέμα του πληθυσμιακού ελέγχου αναφέρθηκε ότι

								παγκόσμια υπάρχει μείωση όσων προβαίνουν σε έλεγχο PSA. Ότι πλέον, όπως στην Ευρώπη, έτσι και στην Αμερική δεν συνιστάται ο έλεγχος λόγω της ανακάλυψης πολλών κλινικά μη σημαντικών καρκίνων του προστάτη (insignificant PCa) με αποτέλεσμα την υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.
Παρανυχιανάκης 2010	Η δακτυλική εξέταση του ορθού, και η μετρηση επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγονου PSA , και των κλασμάτων στο αίμα θα πρέπει πάντα να προηγούνται.	Προοπτική.	H.Π.Α	2010	Ανδρες ηλικίας 65-80ετων.	Επιστημονικά αρθρα.	Ο καρκίνος του προστάτη είναι συχνός, αλλά όχι συχνά θανατηφόρος. Γενικές παραδοχές για τη βοήθουν στον σχεδιασμό προσέγγισης	Η πρόωπη διάγνωση συνεπάγεται την άσκηση θεραπευτικής αγωγής ενωρίτερα και τη βελτίωση της πρόγνωσης του ασθενή.
Campbell, 2003	Στοχος είναι να αποδειχτει αν κατανάλωση των νοπών και μεταποιημένων προϊόντων τομάτας συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη	Προοπτική, έλεγχος περιπτώσης.	-----	2003	τυχαιο	Μελέτη Παρακολούθησης Επαγγελματιών Υγείας (HPFS), in vitro μελετες.	Η πλειοψηφία των επιδημιολογικών μελετών για την προοπτική και έλεγχ των περιπτώσεων υποστηρίζει την υπόθεση ότι οι δίαιτες πλούσιες σε ντομάτες και προϊόντα τομάτας συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη	Το συμπερασμα που προκυπτει είναι ότι η ντομάτα και φυτοχημικά συστατικά της μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη.
D Gupta 2009	Προχωρημένη ηλικία, τη φυλή και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη είναι οι μόνοι εγκατεστημένοι παράγοντες κινδύνου.	Επιδημιολογική.	-----	2009	έλεγχος περιστατικού ομάδα ασθενών, εγκάρσιος,προοπτικός, αναδρομικός, ένθετος έλεγχος περιπτώσεων, οικολογική, κλινική δοκιμή και μετα-ανάλυση)	Διεξήγαμε έρευνες MEDLINE για να εντοπίσουμε επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη σχέση μεταξύ της βιταμίνης D και του κινδύνου καρκίνου του προστάτη. Επίσης, ερευνήσαμε τη βιβλιογραφία των επιλεγμένων εγγράφων για να εντοπίσουμε	Πολλοί πιθανοί παράγοντες κινδύνου, αποτελούν τα ανδρόγona, η διατροφή η σωματική δραστηριότητα, η σεξουαλική ζωή, καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η φλεγμονή και η παχυσαρκία, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί, για τους ρόλους τους στην αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη	Εκτιμάται ότι το 42% του κινδύνου του καρκίνου του προστάτη μπορεί να αιτιολογηθεί από τις γενετικές επιρροές. Χρειάζεται να γίνει διερεύνηση των πολύπλοκων σχέσεων από τις διάφορες επιδημιολογικές μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών μπορούν να

						σχετικά άρθρα που ενδεχομένως έχουμε κατά την κύρια αναζήτηση MEDLINE.		οδηγήσουν σε καλύτερη ανίχνευση, θεραπεία και τελικά, την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη
Terry P 2002	Σκοπος είναι να δείξει τη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης ψαριών ή πρόσληψη θαλάσσιων λιπαρών οξέων και του κινδύνου καρκίνου των ορμονών που σχετίζονται.	Επιδημιολογική μελετη	-----	2002	τυχαιο	Αποτελεσματα μελετων κοορτης και περιπτωση ελεγχου	Οι περισσότερες από τις μελέτες δεν έδειξε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης ψαριών ή πρόσληψη θαλάσσιων λιπαρών οξέων και του κινδύνου καρκίνου των ορμονών..	Οι μελλοντικές επιδημιολογικές μελέτες θα ωφεληθούν πιθανώς, από την εκτίμηση των συγκεκριμένων λιπαρών οξέων στη διαίτα, συμπεριλαμβανομένων εικοσιπεντανοϊκό και δοκοσαεξανοϊκό οξέα, και της αναλογίας αυτών προς ω-6 λιπαρά οξέα, διαιτητικά συστατικά που δεν έχουν εξεταστεί ατομικά πολύ συχνά.

5.4 Εργαλεία Αξιολόγησης από τις Εργασίες Ανασκόπησης

Από τις επιλεγμένες μελέτες της παρούσας ανασκόπησης, έγινε προσπάθεια ακόμη στον πίνακα 6 να καταγραφούν σε ποιες από αυτές, γίνεται μεταξύ άλλων χρήση ερωτηματολογίων ή άλλων εργαλείων αξιολόγησης. Όπως διαπιστώνεται, οι περισσότερες μελέτες κάνουν χρήση ή αναφέρονται σε τέτοια εργαλεία για ασθενείς με χρόνια νοσήματα και ιδιαίτερα με καρκίνο του προστάτη. Η ποικιλία τους καθορίζεται είτε από την εγκυρότητα που έχουν ήδη χρησιμοποιημένα έτοιμα διεθνή ερωτηματολόγια, είτε από το σκοπό τους που μπορεί να είναι κατασκευασμένα ώστε να εξυπηρετούν το συγκεκριμένο σκοπό της έρευνας.

Πίνακας 6 Εργαλεία αξιολόγησης από τις εργασίες της ανασκόπησης

Συγγραφείς	Ερωτηματολόγια
Μουσίδης 2009	---
Κίτσιος 2011	---
Παρανυχιανάκης 2010	---
Κοτταράς 2013	Γενικό
Michael E. Chua 2012	Γενικό
Campbell, J 2003	---
D Gupta 2009	---
Terry P 2002	---

Κεφάλαιο Έκτο

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του προστάτη (PC) αποτελεί την τρίτη πιο συχνά διαγνωσμένη μορφή καρκίνου στους άνδρες, η έκτη πιο συχνά διαγνωσμένη μορφή καρκίνου στο σύνολο του πληθυσμού, η κύρια αιτία θνησιμότητας στις ΗΠΑ άνδρες, ενώ ο επιπολασμός του εξακολουθεί να αυξάνεται σε όλο τον κόσμο, ιδίως σε κράτη όπου οι άνδρες καταναλώνουν μια δίαιτα «δυτικού τύπου», σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο Έρευνας & το Παγκόσμιο Ταμείο Έρευνας για τον Καρκίνο (AICR & WCRF). Η σωστή διαιτητική θεραπεία αποτελεί τη βασικότερη, μη-επεμβατική πρόταση για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη (Prostate Cancer-PC), αλλά και την εξέλιξή του.

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως στις αναπτυγμένες χώρες. Πολυάριθμες επιδημιολογικές, προκλινικές και κλινικές, μελέτες υποδεικνύουν τον πιθανό ρόλο της διαιτητικής πρόσληψης στη συχνότητα εμφάνισης και εξέλιξης του καρκίνου του προστάτη. Σύμφωνα με την ισχύουσα βιβλιογραφία υπάρχουν διαιτητικοί παράγοντες αλλά και διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης και εξέλιξης του προστάτη. Παράγοντες όπως η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων, η πρωτεΐνη σόγιας, τα ωμέγα-3 (ω -3) λιπαρά, το πράσινο τσάι, οι ντομάτες και τα προϊόντα ντομάτας έχουν συσχετιστεί με τη μείωση του κινδύνου PCa ή την εξέλιξη του. Την ίδια στιγμή, η υψηλότερη πρόσληψη κορεσμένου λίπους και τα υψηλότερα επίπεδα της β-καροτίνης βρέθηκε ότι μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο, ενώ φαίνεται ότι μπορεί να υπάρχει μια σχέση σχήματος «U» ανάμεσα στο φυλλικό οξύ, τη βιταμίνη C, τη βιταμίνη D και την πρόσληψη ασβεστίου με τον κίνδυνο προστάτη.

Παράγοντες όπως η εθνικότητα, η καταγωγή, η ηλικία, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η διατροφή, επηρεάζουν τον κίνδυνο της εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, ενώ σημαντική είναι και η επίπτωση της κληρονομικότητας δεδομένου ότι όσοι έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με άτομο με καρκίνο προστάτη έχουν τριπλάσια πιθανότητα εμφάνισής του.

Η διατροφή έχει έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην πρόληψη πολλών τύπων καρκίνου, όπως είναι ο καρκίνος του στομάχου, του λεπτού εντέρου και του παχέος εντέρου.. Με βάση τα συμπεράσματα της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης, η αυξημένη κατανάλωση φυτικών ινών καθώς και μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων συσχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης των καρκίνων του στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου. Επιπλέον, η αυξημένη κατανάλωση ζωικής

πρωτεΐνης και κορεσμένου λίπους συσχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης των παραπάνω καρκίνων.

Παρόλο που υπάρχει πληθώρα ερευνών, που εστιάζουν στη συσχέτιση διατροφής-καρκίνου, τα αποτελέσματα συνεχίζουν να είναι αμφιλεγόμενα. Σημαντική είναι η συμβολή τόσο της σωστής διατροφής όσο και της συστηματικής άσκησης στην πρόληψη και στην εξέλιξη των διαφόρων μορφών καρκίνου αλλά και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου πραγματοποιήσαμε δεν εντόπισε ικανοποιητικό αριθμό μελετών που να ερευνά την πιθανή συσχέτιση της θεραπείας του καρκίνου με τη διατροφή. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η εκτενέστερη μελέτη (π.χ. με κλινικές μελέτες, έρευνες ασθενών-μαρτύρων και προοπτικών ερευνών) της επίδρασης των διάφορων διατροφικών παραγόντων στην ανάπτυξη των καρκίνων.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Adams J (1853). "The case of scirrhus of the prostate gland with corresponding affliction of the lymphatic glands in the lumbar region and in the pelvis". *Lancet* 1.[page needed]

Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA*. 2005; 293:2095-2101.

Arnst, Catherine (2007-06-13). "A Gender Gap in Cancer". *Businessweek.com*. Retrieved 2011-08-29.

Barocas D. A. and D. F. Penson (2010). "Racial variation in the pattern and quality of care for prostate cancer in the USA: mind the gap." *BJU Int*106(3): 322-328

Blayne, D. W., K. McNiff, et al. (2009). "Implementation of the Quality Oncology Practice Initiative at a university comprehensive cancer center." *J Clin Oncol* 27(23):3802-3807.

Bostwick, David G.; Eble, John N. (2007). *Urological Surgical Pathology*. St. Louis: Mosby. p. 468. ISBN 0-323-01970-6.

Bourdoumis A, Papatsoris AG, Chrisofos M, Efstathiou E, Skolarikos A, Deliveliotis C (2010). "The novel prostate cancer antigen 3 (PCA3) biomarker". *Int Braz J Urol* 36 (6): 665–8; discussion 669. PMID 21176272.

.Björvell C. (2002) *Nursing Documentation in Clinical Practice, Instrument Development and evaluation of a comprehensive intervention programme*, Thesis from Department of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm.

Brooker C., Waugh A., Watson R., (2007), *Foundations of Nursing Practice. Fundamentals of Holistic Care*, Mosby Elsevier

Cheetham P, Truesdale M, Chaudhury S, Wenske S, Hruby GW, Katz A. Long-term cancer-specific and overall survival for men followed more than 10 years after primary and salvage cryoablation of the prostate. *J Endourol.* 2010 Jul;24(7):1123-9. PubMed PMID:20575687.

Cox H., Hinz M., Lubno M.A., Scott-Tilley D., Newfield S., McCarthy Slater M. (2007) *Clinical Applications of Nursing Diagnosis*, 5th edition, F. A. DAVIS COMPANY, Philadelphia.

Cholowski KM, Cahn L. (1992) Diagnostic reasoning among second-year nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1171–1181.

Crane, K. Surveillance May Be Suitable Treatment Option for Patients With LowRisk Prostate Cancer. Press release JNCI July 2010

Dalkin, B. L. (2010). “Editorial comment. Comprehensive quality-of-life outcomes in the setting of a multidisciplinary, equal access prostate cancer clinic.” *Urology* 76(5): 1238; author reply 1238-1239.

Dillon P., (2007), *Nursing Health Assessment, A critical thinking, case studies approach*, 2nd ed., F.A. Davis, Philadelphia

.

Doenges M. E., Moorhouse M. F., Murr A., (2008), *Nurse’ s pocket guide – diagnoses, prioritized interventions and rationales*, 11th edition, F. A. Davis Company Philadelphia.

Doenges M., Moorhouse M. F., (1992) *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: An interactive text*, F. A. Davis Company, Philadelphia

Dossey M.B., Keegan L., Guzzetta C., (2005), *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*, 4th edition, Jones & Bartlett Publishers.

Gine Kolata (June 15, 2008). "New Take on a Prostate Drug, and a New Debate". NY Times. Retrieved 15 June 2008.

Goldstein AS, Huang J, Guo C, Garraway IP, Witte ON (July 2010). "Identification of a cell of origin for human prostate cancer". *Science* 329 (5991): 568–71. doi:10.1126/science.1189992. PMC 2917982. PMID 20671189.

Hansel DE, DeMarzo AM, Platz EA, Jadallah S, Hicks J, Epstein JI, Partin AW, Netto GJ (May 2007). "Early prostate cancer antigen expression in predicting presence of prostate cancer in men with histologically negative biopsies". *J. Urol.* 177 (5): 1736–40. doi:10.1016/j.juro.2007.01.013. PMID 17437801. Lay summary – Newsweek.

Huggins CB, Hodges CV (1941). "Studies on prostate cancer: 1. The effects of castration, of estrogen and androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate". *Cancer Res* 1.[page needed]

Jia-Chi Huang, (2010) "Unbundling task conflict and relationship conflict: The moderating role of team goal orientation and conflict management", *International Journal of Conflict Management*, Vol. 21 Iss: 3, pp.334 – 355.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D (2011). "Global cancer statistics". *CA: A cancer journal for clinicians* 61 (2): 69–90. doi:10.3322/caac.20107. PMID 21296855.

Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ (March 2008). "Cancer Statistics, 2008". *CA Cancer J Clin* 58 (2): 71–96. doi:10.3322/CA.2007.0010. PMID 18287387.

Mason C. (1999), Guide to practice or 'load of rubbish'? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 29, 380–387.

Michel, P., Quenon, J.L., Djihoud, A., Tricaud-Vialle, S. & de Sarasqueta, A.M. (2007), "French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff", *Quality and Safety in Health Care*, 16(5):369.

ORGANIZATIONAL CONFLICT BEHAVIOR", *International Journal of Conflict Management*, Vol. 14 Iss: 2, pp.119 – 139

Patient Safety First. The 'How to' Guide for Reducing Harm in Perioperative Care», Version 2 – 2009 09, Διαδικτυακή σελίδα: www.patientsafetyfirst.nhs.uk.

Shaw, V. & Shaw, T.C. (1998). Conflict between Engineers and Marketers. The Engineer's Perspective. *Industrial Marketing Management*. 27: 279-291.

Schwoebel, A. & Creely, J. (2010), "Improving the Safety of Neonatal Care through the Development and Implementation of a Staff-Focused Delta Team", *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 24(1):81.

Simon Herbert A. (1960). *The New Science of Management Decision* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall), 1-8.

Taylor, S. (2005). *Communication for Business*. 4th ed.. Pearson Education Inc. Browne, Anthony (2001-10-07). "Cancer bias puts breasts first". *The Guardian* (London).

"IARC Worldwide Cancer Incidence Statistics—Prostate". *JNCI Cancer Spectrum*. Oxford University Press. December 19, 2001. Archived from the original on February 5, 2006. Retrieved on 5 April 2007 through the Internet Archive

Iyer M, Salazar FB, Lewis X, Zhang L, Wu L, Carey M, Gambhir SS (February 2005). "Non-invasive imaging of a transgenic mouse model using a

prostate-specific two-step transcriptional amplification strategy". *Transgenic Res.* 14 (1): 47–55. doi:10.1007/s11248-004-2836-1. PMID 15865048.

Lorenz, K., J. Lynn, et al. (2006). "Cancer care quality measures: symptoms and end-of-life care." *Evid Rep Technol Assess(Full Rep)*(137): 1-77.

Lytton B (June 2001). "Prostate cancer: a brief history and the discovery of hormonal ablation treatment". *The Journal of Urology* 165 (6 Pt 1): 1859–62. doi:10.1016/S0022-5347(05)66228-3. PMID 11371867.

Miller, D. C., J. E. Montie, et al. (2005). "Measuring the quality of care for localized prostate cancer." *J Urol*174(2): 425-431.

Miller, D. C., M. S. Litwin, et al. (2003). "Use of quality indicators to evaluate the care of patients with localized prostate carcinoma." *Cancer*97(6): 1428-1435.

Miller, D. C., B. A. Spencer, et al. (2007). "Treatment choice and quality of care for men with localized prostate cancer" *Med Care*45(5): 401-409.

Miller, D. C. and C. S. Saigal (2009). "Quality of care indicators for prostate cancer: progress toward consensus." *Urol Oncol*27(4): 427-434.

Nilsson BO, Carlsson L, Larsson A, Ronquist G (2001). "Autoantibodies to prostasomes as new markers for prostate cancer". *Ups. J. Med. Sci.* 106 (1): 43–9. doi:10.3109/2000-1967-171. PMID 11817562.

Penson, D. F. (2008). "Assessing the quality of prostate cancer care." *Curr Opin Urol* 18(3): 297-302.

Redman MW, Tangen CM, Goodman PJ, Lucia MS, Coltman CA, Thompson IM (August 2008). "Finasteride Does Not Increase the Risk of High-grade Prostate Cancer: A Bias-adjusted Modeling Approach". *Cancer Prev Res (Phila Pa)* 1 (3): 174–81. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-08-0092. PMC 2844801. PMID 19138953.

Spencer, B. A., D. C. Miller, et al. (2008). "Variations in quality of care for men with early-stage prostate cancer." *J Clin Oncol* 26(22): 3735-3742.

Spencer, B. A., M. Steinberg, et al. (2003). "Quality-of-care indicators for early-stage prostate cancer." *J Clin Oncol* 21(10): 1928-1936.

Schally AV, Kastin AJ, Arimura A (November 1971). "Hypothalamic follicle-stimulating hormone (FSH) and luteinizing hormone (LH)-regulating hormone: structure, physiology, and clinical studies". *Fertility and Sterility* 22 (11): 703–21. PMID 4941683.

Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000;283:354-60.

Stattin P, Holmberg E, Johansson JE, Holmberg L, Adolfsson J, Hugosson J; National Prostate Cancer Register (NPCR) of Sweden. Outcomes in localized prostate cancer: National Prostate Cancer Register of Sweden follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2010 Jul 7;102(13):950-8. Epub 2010 Jun 18. PubMed PMID:20562373; PubMed Central PMCID: PMC2897875.

Scott WW, Johnson DE, Schmidt JE, Gibbons RP, Prout GR, Joiner JR, Saroff J, Murphy GP (December 1975). "Chemotherapy of advanced prostatic carcinoma with cyclophosphamide or 5-fluorouracil: results of first national randomized study". *The Journal of Urology* 114 (6): 909–11. PMID 1104900.

Tolis G, Ackman D, Stellos A, Mehta A, Labrie F, Fazekas AT, Comaru-Schally AM, Schally AV (March 1982). "Tumor growth inhibition in patients with prostatic carcinoma treated with luteinizing hormone-releasing hormone agonists".

Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A 79 (5): 1658–62. doi:10.1073/pnas.79.5.1658. PMC 346035. PMID 6461861.

van Weert HC, Pinggen F (2009). "Recurrent thrombophlebitis as a warning sign for cancer: a case report". *Cases J* 2. doi:10.1186/1757-1626-2-153. PMC 2783109. PMID 19946524.

Wadhwa, D., D. Burman, et al. (2011). "Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer." *Psychooncology*

Walsh PC, Lepor H, Eggleston JC (1983). "Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations". *The Prostate* 4 (5): 473–85. doi:10.1002/pros.2990040506. PMID 6889192.

Woloshin, Steve; Schwartz, Lisa A. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. USA: Beacon Press. pp. 45–60. ISBN 0-8070-2200-4.

Young HH (1905). "Four cases of radical prostatectomy". *Johns Hopkins Bull.*