



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ ΝΕΑ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

**Αλεξάνδρα Καρκασίνα
Α. Μ. 15379
Η' Εξάμηνο**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Βασιλική Οικονόμου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Εισαγωγή.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Σκοποί και στόχοι της εργασίας.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Ορισμός.....	5
3.2 Ανατομία.....	5
3.3 Φυσιολογία.....	7
3.4 Παθοφυσιολογία.....	9
3.5 Επιδημιολογία.....	10
3.6 Αιτιολογία.....	11
3.7 Κλινική εικόνα.....	13
3.8 Διάγνωση και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	14
3.8.1 Φυσική εκτίμηση.....	16
3.8.2 Ο ρόλος του P.S.A.....	17
3.8.3 Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.....	18
3.9 Σταδιοποίηση.....	20
3.10 Νοσηλευτικοί ρόλοι.....	22
3.10.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη.....	22
3.10.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή στην κλινική και στην προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.....	23
3.10.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υποδοχή του ασθενή στο χειρουργείο.....	25
3.10.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διεγχειρητική φάση του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.....	25
3.10.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.....	26
3.10.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.....	27
3.10.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.....	28
3.11 Η Ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη.....	30
3.12 Θεραπεία.....	32

3.12.1 Ενεργό επιτήρηση.....	33
3.12.2 Ακτινοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	34
3.12.3 Χημειοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	36
3.12.4 Ορμονοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	37
3.12.5 Ριζική προστατεκτομή και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	38
3.12.6 Κρυοχειρουργική.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Το είδος της έρευνας.....	42
4.2 Μέθοδος και διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	67
4.3 Συζήτηση αποτελεσμάτων	67
4.4 Συμπεράσματα.....	68
Βιβλιογραφία.....	70

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του προστάτη παίρνει μέρος στους ποιά συχνούς καρκίνους που προσβάλλουν τους άνδρες μετά τα 50 έτη. Διάφοροι παράγοντες παίρνουν μέρος στην εμφάνιση αυτού. Η διάγνωση της νόσου ακολουθεί μία στρατηγική ποικίλων διαδικασιών. Ενώ η πρόληψη της νόσου είναι ένα εξίσου σημαντικό κομμάτι καθώς είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες λύσεις. Ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινά από την πρόληψη της νόσου και για όσο φανεί εφικτός.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθεί ο ρόλος των νοσηλευτών σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη, στα συμπτώματα και τις παρενέργειες που βιώνουν από τις θεραπείες που υποβάλλονται και πώς όλα αυτά επηρεάζουν την καθημερινότητά τους.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ. Ε. Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ανίχνευση της νόσου μέσω του προστατικού αντιγόνου έφερε μεγάλη εξέλιξη, μετά τα 50 όλοι οι άνδρες θα πρέπει να υποβάλλονται σε δακτυλική εξέταση, καθώς η λανθάνουσα μορφή της αποτελεί συχνό φαινόμενο. Όσον αφορά την αντιμετώπισή της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, βασιζοντας πάντα στην σταδιοποίηση της νόσου. Οι παρενέργειες και οι αλλαγές που προκύπτουν κατά και μετά τη θεραπεία ποικίλουν συμπεριλαμβάνοντας σωματικές και ψυχολογικές πτυχές, έτσι νέες τεχνικές προβαίνουν έχοντας ως στόχο την μείωση των παρενεργειών αυτών.

Συμπεράσματα: Βασική ενέργεια είναι η πρώιμη διάγνωσή της νόσου λόγω της γρήγορης μετάστασής της και να εφαρμοστούν τόσο θεραπευτικά όσο και νοσηλευτικά πλάνα για την αντιμετώπιση της νόσου και της κατάστασης στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς.

Λέξεις ευρητηρίου: Prostate cancer, nursing intervention, therapy, prevention, psychology.

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer takes place at what frequent cancers that affect men after 50 years. Several factors are involved in this occurrence. The diagnosis follows a strategy of various procedures. While prevention of the disease is an equally important part since it is possible to provide early solutions. The role of the nurse starts preventing disease and as seem feasible.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the role of nurses in individuals suffering from prostate cancer, the symptoms and the side effects experienced by the treatments received and how all this affects their daily lives.

Material and method: Carried review of Greek and international literature in electronic databases Pubmed and Google Scholar and library SEYP T. E. I. Epirus. The material of the study were selected books and articles published mainly in the last decade and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, articles in general reviews, systematic studies. Posted restriction regarding the language of publication of books and articles and only used the ones that were published in Greek and English.

Results: The detection of the disease agent of prostate antigen brought great progress, after 50 all men should undergo a digital rectal examination, as the latent form of a frequent phenomenon. Those concerning its treatment depends on many factors, always basing on staging disease. The side effects and the changes that occur during and after treatment vary including physical and psychological aspects, so new techniques make aiming to reduce these effects.

Conclusions: Key action is the early diagnosis of the disease due to rapid metastasis and apply both therapeutic and nursing plans for dealing with the disease and the situation facing patients.

Key words: Prostate cancer, nursing intervention, therapy, prevention, psychology.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Εμβαθύνοντας στο θέμα που κάνει λόγο για τον καρκίνο του προστάτη είναι κατανοητό πώς δεν είναι λίγοι εκείνοι οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση αυτού. Από την άλλη η διάγνωση συμπεριλαμβάνει μία σειρά από διαδικασίες για την έγκαιρη αναγνώρισή του. Η σταδιοποίηση είναι ένα κομμάτι που δίνει την δυνατότητα να προσδιοριστεί ο όγκος και να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση. Οι ασθενείς βιώνουν τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές αλλαγές στην καθημερινότητά τους, σημαντικό ρόλο εδώ λοιπόν παίζει η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού, για την εξάλειψη όσο το δυνατόν περισσότερων προβλημάτων που σχετίζονται είτε με την ίδια τη νόσο είτε με τη θεραπεία αυτής. Στην παρακάτω εργασία ωστόσο αναφέρομαι στον τρόπο με τον οποίο εμφανίζεται η νόσος, πώς η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται καθώς και ποια θεραπεία ακολουθείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου.

Στη συνέχεια ακολουθούν τρία κεφάλαια: Το 2 το οποίο κεφάλαιο αναφέρεται στους σκοπούς και τους στόχους της εργασίας. Το 3 κεφάλαιο συμπεριλαμβάνει και το σώμα της εργασίας, ξεκινώντας με τον ορισμό της νόσου, την ανατομία, την φυσιολογία, την παθοφυσιολογία, την επιδημιολογία, τα αίτια που την προκαλούν, τα συμπτώματα που φέρει, με ποιον τρόπο πραγματοποιείται η διάγνωση, γιατί δίνεται έμφαση στην σταδιοποίηση, ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και σε όλες τις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές διαδικασίες συμπεριλαμβανομένου και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ανδρών, ακολουθεί η θεραπεία και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως είναι η ενεργό επιτήρηση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η ριζική προστατεκτομή και η κρυοχειρουργική, καθώς και τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής. Τέλος, το 4 κεφάλαιο αποτελείται από τις περιλήψεις επιστημονικών μελετών οι οποίες συμπεριλαμβάνουν νέα δεδομένα σχετικά με τη νόσο, με ποιόν τρόπο συλλέχθηκε το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των ερευνών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σκοποί και στόχοι της εργασίας.

Ο καρκίνος του προστάτη θεωρείται ένα από τα πιο συνήθη κακοήγη νεοπλασμάτα που προσβάλλει όλο και περισσότερο τους άνδρες. Τα συμπτώματά του ποικίλουν καθώς η λανθάνουσα φάση εκλαμβάνει ένα σημαντικό κομμάτι στη διάγνωση και στην έγκαιρη θεραπεία αυτού. Προσωπικός μου στόχος είναι να προσεγγίσω ένα νοσολογικό ζήτημα που είναι τόσο συχνό, καθώς αποτελεί προσβάλλει ολοένα και περισσότερο τους άνδρες. Με την εργασία αυτή κάνω την προσπάθεια μου να αναλύσω το θέμα αυτό από την πλευρά του νοσηλευτή – τριας με ποιόν τρόπο δηλαδή θα μπορέσει να συμβάλει τόσο στην προαγωγή της νόσου όσο και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί.

Οι στόχοι της εργασίας συμπεριλαμβάνουν τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται για την ανίχνευση της νόσου καθώς συμπεριλαμβάνονται μια σειρά από διαδικασίες συμπληρώνοντας η μία την άλλη. Τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιηθούν πλάνα για την προαγωγή της νόσου. Τρίτος και ζωτικής σημασίας είναι ο ρόλος του νοσηλευτή καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου από το στάδιο της διάγνωσης και μέχρι την παρηγορητική φροντίδα, καθώς οι ασθενείς επηρεάζονται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά είτε από τις αλλαγές που τους επιφέρει η θεραπεία, είτε από την ίδια την ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ορισμός

Ο καρκίνος του προστάτη θεωρείται ως το πιο συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα των ανδρών και το 95% των όγκων αυτών ανήκουν στα αδενοκαρκινώματα (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Η συχνότητά του αυξάνει σε άνδρες άνω των 50 ετών ενώ σε αυτούς που βρίσκονται σε μικρότερη ηλικία θεωρείται σπάνιο φαινόμενο (Τσακρακλίδης, 2008).

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η πιο κοινή σπλαχνική νόσος στις δυτικές χώρες και η δεύτερη πιο θανατηφόρα αιτία στους άνδρες όσων αφορά τον καρκίνο. Επί του παρόντος, ο κίνδυνος της ζωής ενός ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο του προστάτη φτάνει περίπου στο 17%. Παρόλο που ο καρκίνος του προστάτη είναι μια ασθένεια της γήρανσης, οι πιθανότητες για μακροζωία μπορούν να αυξηθούν αφού συνεχώς έχουμε βελτίωση στον τομέα της υγείας και του τρόπου ζωής των ατόμων. Η ασθένεια αυτή είναι μια ετερογενής νόσος με ευρεία μεταβλητότητα σε κλινικές παρεμβάσεις. Παρά το γεγονός ότι ορισμένοι όγκοι αναπτύσσονται γρήγορα, πολλοί παραμένουν σχεδόν ασυμπτωματικοί και εντοπίζονται με το πέρας του χρόνου (Garzotto & Hung, 2010).

Παρά τις μεγάλες προσπάθειες διευκρίνησης της παθογένειας της νόσου τα αίτια και οι παράγοντες που την προκαλούν δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί. Συσσωρεύονται ενδείξεις που υπαινίσσονται την εμπλοκή κληρονομούμενων αλλά και περιβαλλοντικών αιτιών. Όσων αφορά την ερμηνεία των μεγάλων γεωγραφικών διακυμάνσεων της επίπτωσης του κλινικού καρκίνου του προστάτη, των βασικών διαφορών της συχνότητας μεταξύ λανθάνουσας και κλινικού καρκίνου καθώς επίσης και της μεγάλης αύξησης της επίπτωσης της νόσου στους μετανάστες που μετακινούνται από άλλες χώρες με ποιο χαμηλής συχνότητας καρκίνου του προστάτη σε χώρες με ποιο υψηλό δείκτη της νόσου ευθύνονται περιβαλλοντικοί παράγοντες (Μελέκος και Μητσογιάνης, 2013).

3.2 Ανατομία

Τα όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος του άνδρα ταξινομούνται σε εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα. Στα εξωτερικά ανήκουν: Το πέος, το όσχεο και τα περιβλήματα του όσχεου. Στα εσωτερικά ανήκουν: Η επιδιδυμίδα, οι όρχις, ο σπερματικός πόρος, οι επικουρικοί αδένες, ο βολβοουθρικός αδένας και η

σπερματοδόχο κύστη. Τα έσω γεννητικά όργανα βρίσκονται πάνω από το πυελικό έδαφος και προέρχονται από την ουρογεννητική πτυχή, από την άλλη τα εξωτερικά γεννητικά όργανα προέρχονται από τον ουρογεννητικό κόλπο και βρίσκονται κάτω από το πυελικό έδαφος. Το ανδρικό γεννητικό όργανο είναι αποτελούμενο από τα σηραγγώδη σώματα του πέους, το οποίο αποτελείται από τη ρίζα, το σώμα και το βάλανο (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Το σώμα αυτού αποτελείται από τρία κυλινδρικά μορφώματα στυτικού ιστού, ενώ η ρίζα συνδέεται με το ηβικό οστόν μέσω δύο συνδέσμων. Το δέρμα που καλύπτει το πέος ονομάζεται πόσθη και το τμήμα που καλύπτει το βάλανο λέγεται ακροπρόσθια (Τσακρακλίδης, 2008).

Το πέος είναι το γεννητικό όργανο που περιλαμβάνει και την ουρήθρα. Στύση αυτού συμβαίνει όταν τα σώματά του γεμίζουν από αίμα μέσω αντανακλαστικών που διεγείρουν το παρασυμπαθητικό σύστημα (Lemone at al., 2014).

Όσον αφορά τον βάλανο είναι μια επέκταση του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας, που προεκτείνεται μπροστά από το σώμα του πέους. Στην κορυφή του οποίου βρίσκεται το άνοιγμα της ανδρικής ουρήθρας (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Το όσχεο κρέμεται στη βάση του πέους, μπροστά από τον πρωκτό και συστέλλεται ή διαστέλλεται ανάλογα από την περιβαλλοντική θερμοκρασία (Lemone at al., 2014).

Οι όρχεις έχουν ωοειδές σχήμα και διάμετρο 5cm περίπου. Το πάνω και πίσω μέρος τους παρουσιάζει τους εκφορητικούς πόρους, οι οποίοι συνδέουν τον όρχι με την επιδιδυμίδα. Τα διάμεσα κύτταρα του όρχι, όπου βρίσκονται στο συνδετικό ιστό ανάμεσα στα σπερματικά σωληνάρια παράγουν την τεστοστερόνη, απαραίτητη για τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Η επιδιδυμίδα περιβάλλει το ήμισυ του όρχι και η κεφαλή της βρίσκεται προς τα πάνω ενώ η ουρά της προς τα κάτω. Στην επιδιδυμίδα τα σωληνάρια του όρχι ενώνονται σε ενιαίο σωλήνα, όπου συνεχίζεται ως πόρος της επιδιδυμίδας και με το σπερματικό τόνο εισέρχεται στο βουβωνικό σωλήνα. Η πορεία του συνεχίζεται και πίσω από την ουροδόχο κύστη, όπου σχηματίζονται οι σπερματοδόχοι κύστες και τελικά καταλήγει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας ως εκσπερματικός πόρος, ενώ οι δύο βολβοουρηθραίοι αδένες βρίσκονται κάτω από τον προστάτη και εκκρίνουν βλενώδες υγρό για την λίπανση της ουρήθρας (Τσακρακλίδης, 2008).

Ο σπερματικός πόρος έχει μήκος 35-40 εκ. μεταφέρει το σπέρμα και εκβάλλει στον εκσπερματικό πόρο που βρίσκεται στην προστατική ουρήθρα. Η σπερματοδόχος κύστη βρίσκεται στην οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης, πλαγίως της

ληκύθου του σπερματικού πόρου. Ο προστάτης αδένας έχει σχήμα κάστανου και βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη και πάνω από το πυελικό έδαφος. Διαθέτει τρεις επιφάνειες: Την πρόσθια επιφάνεια η οποία βλέπει προς την ηβική σύμφυση, την οπίσθια που είναι στραμμένη προς το ορθό, την κάτω και έξω επιφάνεια που βλέπει προς το πλάγιο πυελικό τοίχωμα (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Ο αδένας αυτός περιβάλλει την προστατική μοίρα της ουρήθρας, εμφανίζει βάση η οποία προς άνω βρίσκεται στον αυχένα της ουροδόχου κύστης, κορυφή η οποία βρίσκεται προς τα κάτω επί του ουρογεννητικού διαφράγματος και δύο πλάγιες επιφάνειες. Οι λοβοί του προστάτη είναι οι εξής: Ο πρόσθιος λοβός που βρίσκεται μπροστά από την ουροδόχο κύστη, ο μέσος λοβός βρίσκεται μεταξύ της ουρήθρας και των εκσπερματικών πόρων, ο οπίσθιος λοβός πίσω από την ουρήθρα και ο δεξιός και αριστερός πλάγιος λοβός κάτω από την ουρήθρα (Snell, 2009).

Πρόκειται λοιπόν για έναν εξωκρινή αδένα ο οποίος αποτελείται περίπου από 40 σωληνοκυψελιδικά αδένια τα οποία εκβάλουν με προστατικά σωληνάκια γύρω από το σπερματικό λοφίδιο μέσα στην ανδρική ουρήθρα (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Η περιφερειακή, κεντρική, η μεταβατική ζώνη και η ινομυώδης είναι οι τέσσερις ανατομικές ζώνες του προστάτη με την περιφερειακή ζώνη να περιλαμβάνει περίπου 75% του αδένα (Dunn & Kazer, 2011).

Η μεταβατική ζώνη εσωκλείει την ουρήθρα στο επίπεδο του στομίου του εκσπερματικού πόρου. Η μεταβατική ζώνη από τη άλλη περιβάλλεται από αδενικό ιστό που ονομάζεται κεντρική ζώνη οποία εσωκλείει τον εκσπερματικό πόρο. Το μεγαλύτερο μέρος λαμβάνει η περιφερική ζώνη η οποία συμπιέζει το τμήμα της ουρήθρας που περιβάλλεται από τον προστάτη παρεμποδίζοντας την ούρηση (Fritsch & Kuhnel, 2009).

3.3 Φυσιολογία

Η ανάπτυξη των σπερματοζωαρίων από τα σπερματογόνα κύτταρα τα οποία βρίσκονται στην περιφέρεια των σπερματοδόχων σωληναρίων των όρχεων, ονομάζεται σπερματογένεση. Το κάθε σπερματοζώαριο στη κεφαλή του περιέχει τα χρωμοσώματα, το μεσαίο τμήμα αυτού περιέχει τα μιτοχόνδρια και η ουρά του βοηθάει στην κίνησή του. Σε κάθε στάδιο της σπερματογένεσης εκτός από τα αναπτυσσόμενα κύτταρα παίρνουν μέρος και τα κύτταρα Steroli (Μεγάλα κύτταρα που βρίσκονται στα σπερματικά σωληνάκια). Όσον αφορά τον ορμονικό έλεγχο αυτών πραγματοποιείται ως εξής: Ο υποθάλαμος παράγει την GnRH (Γοναδοτρόπος ορμόνη), η οποία μεταφέρεται στο πρόσθιο λοβό της υπόφυσης,

εκεί διεγείρει την έκκριση των γοναδοτροπινών, FSH (Ωοθυλακιότροπος ορμόνη) και LH (Ωχρινότροπος ορμόνη), οι οποίες μέσω της κυκλοφορίας του αίματος μεταφέρονται στους όρχεις. Κάθε γοναδοτροπίνη ασκεί την δράση της σε διαφορετικό τύπο κυττάρων, η FSH δρα στα κύτταρα Steroli διεγείροντας τη σπερματογένεση, ενώ η LH διεγείρει την έκκριση της τεστοστερόνης από τα ενδιάμεσα κύτταρα του Leyding (McGeown, 2008).

Το σπέρμα αφού μεταφερθεί στο σπερματικό πόρο όπου αποθηκεύεται, η μεταφορά του μέχρι την επιδιδυμίδα γίνεται με την αύξηση του υγρού μέσω των κυττάρων Steroli και από τις κινήσεις του σωλήνα. Μετά το τελικό τμήμα της επιδιδυμίδας εισέρχεται στον σπερματικό πόρο μέσω των περισταλτικών συστολών του λείου μυός της επιδιδυμίδας. Το ακόλουθο στάδιο είναι η εκσπερμάτωση η οποία έπεται στην στύση. Παρατηρείται μια αλληλουχία μεταξύ μυών της επιδιδυμίδας, του σπερματικού πόρου, των εκσπερματικών αγωγών, του προστάτη και των σπερματικών κύστεων αδειάζοντας έτσι τις αδενικές εκκρίσεις εντός της ουρήθρας και με γρήγορες συστολές μεταφέρεται στη βάση του πέους. Κατά την εκσπερμάτωση ο σφιγκτήρας της ουροδόχου κύστης είναι κλειστός ώστε να μην μεταφερθεί προς τα εκεί και ούτε ούρα να προστεθούν στο σπέρμα (Vander et al., 2011).

Ο προστάτης αδένας είναι ένας μεγάλος επικουρικός αδένας του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος. Ο αδένας αυτός είναι μικρός κατά τη γέννηση, αλλά κατά την εφηβεία μεγαλώνει γρήγορα στο φυσιολογικό μέγεθος ενός ενήλικα (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η αιμάτωση του προστάτη πραγματοποιείται από δύο αρτηρίες οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω κυστίνης και της μέσης αιμορροϊδικής αρτηρίας και από το προστατικό φλεβικό πλέγμα. Η νεύρωση του προέρχεται από το κάτω υπογάστριο πλέγμα, όπου τα συμπαθητικά νεύρα διεγείρουν τις λείες μυϊκές ίνες κατά τη διάρκεια της εκσπερμάτωσης. Ο προστάτης παράγει ένα γαλακτώδες λεπτόρρευστο υγρό, που περιέχει κιτρικό οξύ και όξινη φωσφατάση, τα οποία εμπεριέχονται στο σπερματικό υγρό κατά την εκσπερμάτωση (Snell, 2009).

Περιέχει ωστόσο ασβέστιο και ένζυμα, αφού στο σύνολό τους οι εκκρίσεις των επικουρικών γεννητικών αδένων αποτελούν το 90% του όγκου της εκσπερμάτωσης (Costanzo, 2013).

Επίσης ο προστάτης παράγει το προστατικό αντιγόνο (PSA), όπου η ενζυματική του δραστηριότητα συσχετίζεται με την υγροποίηση και την κινητικότητα του σπέρματος. Τα φυσιολογικά επίπεδα του PSA στο αίμα κυμαίνονται κάτω από 5

ng/ml (Μπανκουσλί, 2008).

Οι προστατικές αυτές εκκρίσεις είναι ελαφρώς αλκαλικές, γεγονός που αυξάνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων βοηθώντας στη γονιμοποίηση εξουδετερώνοντας έτσι την οξύτητα των εκκρίσεων του σπερματικού πόρου και του κόλπου (Costanzo, 2013).

3.4 Παθοφυσιολογία

Τα δύο χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους φυσιολογικούς αδένες από τους καρκινικούς αδένες του προστάτη είναι η διάταξη των καρκινικών κυττάρων που έχουν στο στρώμα τους και στη δομή τους. Οι νεοπλασματικοί αδένες καλύπτονται εξωτερικά από μια απλή στιβάδα των κυβοειδών κυττάρων με εμφανή πυρήνα, σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς που καλύπτονται από βασικό κυτταρικό στρώμα. Η σταδιοποίηση της νόσου βασίζεται σε χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένου το βαθμό της αδενικής διαφοροποίησης, την πυρηνική ανάπλαση και τη μιτωτική δραστηριότητα (Βαγγέλη, 2010).

Ιστοί οι οποίοι έχουν ληφθεί από διουρηθρική εκτομή του προστάτη μπορεί τυχαία να βρεθούν να έχουν καρκίνο. Σχεδόν όλα τα καρκινώματα του προστάτη είναι αδενοκαρκινώματα (Netter et al, 2009).

Οι υπόλοιποι τύποι των προστατικών νεοπλασμάτων ταξινομούνται ως μη επιθηλιακά καρκινώματα και περιλαμβάνουν τα πορώδη καρκινώματα, τα καρκινώματα εκ μεταβατικών κυττάρων, τα επιθηλιακά καρκινώματα και τα σαρκώματα. Τα συνηθέστερα σημεία μεταστάσεων είναι οι επιχώριοι λεμφαδένες, ο μυελός των οστών, τα οστά της πυέλου και το ιερό οστόν. Μετάσταση στα σπλαχνικά όργανα συμβαίνει στην επέκταση της νόσου, τα όργανα που προσβάλλονται είναι οι πνεύμονες, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και οι νεφροί (Ignatavicius & Workman, 2008)

Αναπτύσσονται κυρίως στις περιφερικές ζώνες του προστάτη, αυτή η εντόπιση όμως αυξάνει τον κίνδυνο της τοπικής εξάπλωσης στην προστατική κάψα. Παρόλο που βρίσκεται τόσο κοντά με το ορθό συνήθως δεν γίνεται μετάσταση στο έντερο, επειδή η περιτονία λειτουργεί ως αποτελεσματικός φραγμός. Μεγαλώνοντας ο όγκος μπορεί να συμπιέσει την ουρήθρα, παρεμποδίζοντας έτσι τη ροή των ούρων. Μεταστάσεις συμπεριλαμβάνουν και τις σπερματοδόχους κύστες ή την ουροδόχο κύστη, επίσης μετάσταση μέσω των λεμφικών και φλεβικών οδών είναι συνήθης (Lemone et al., 2014).

Η μεταβατική ζώνη του προστάτη εκλαμβάνεται ως η προέλευση της καλοήθους

υπερπλασίας του προστάτη και το μεγαλύτερο μέρος της περιφερειακής ζώνης ως η προέλευση του καρκίνου του προστάτη. Η κακοήθεια προστάτη είναι η μοναδική από πολλές άλλες μορφές καρκίνου, επειδή εμφανίζεται σε δύο κλινικά διακριτές μορφές. Μια κλινική λανθάνουσα ή αργά αναπτυσσόμενη μορφή, η οποία επηρεάζει περίπου το 30% των ανδρών ηλικίας άνω των 50 ετών και το 60% έως 70% των ανδρών ηλικίας άνω των 80 ετών ηλικίας που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη. Οι άνδρες με κλινικά λανθάνουσα μορφή είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από καρκίνο του προστάτη και όχι ως άμεσο αποτέλεσμα του καρκίνου (Gray & Sims, 2006).

Έτσι λοιπόν οι υπερπλαστικές βλάβες εμφανίζονται κυρίως στις μεταβατικές και στις περιοχές του προστάτη που βρίσκονται γύρω από την ουρήθρα, ενώ οι περισσότεροι καρκίνοι, όπως αναφέρεται και πιο πάνω αναπτύσσονται στις περιφερικές ζώνες. Η ορχεκτομή ή η χορήγηση ανδρογόνων είναι δυνατόν να αναστείλουν τον καρκίνο στον προστάτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό αρχίζει από τους περιφερικούς αδένες, έτσι δίνεται η δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης με την ψηλάφηση από τον ορθό. Τα καρκινικά κύτταρα επιδεικνύουν νωρίς την μεταστατική τους ικανότητα, διηθώντας τους τοπικούς λεμφαδένες και την πύελο (Βαγγέλη, 2010).

3.5 Επιδημιολογία

Με την ανακάλυψη του ειδικού προστατικού αντιγόνου οι περισσότεροι άνδρες είναι πιθανό να ζητήσουν τη συμβουλή του υγειονομικού προσωπικού όταν αποφασίσουν να υποβληθούν σε έλεγχο για καρκίνο του προστάτη. Το 75% των καρκίνων του προστάτη διαγνώστηκε σε άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών, ως την πιο συχνή αιτία θανάτου στους ηλικιωμένους άνδρες. Με την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής, ο καρκίνος του προστάτη θα συνεχίσει να είναι μια σημαντική ανησυχία για την υγεία των ανδρών αυτών. Ο ρόλος της φυλής και της εθνικότητας στην ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη παραμένει ασαφής, αλλά μπορεί να συσχετιστεί με κοινωνικοοικονομικούς, περιβαλλοντικούς και διατροφικούς παράγοντες. Κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω εάν διαγνωστεί σε ηλικία κάτω των 60 και εάν υπάρχουν περισσότεροι συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη (Dunn & Kazer, 2011).

Από την άλλη όμως η συχνότητα του λανθάνοντα καρκίνου του αδένα είναι υψηλότερη από εκείνη του κλινικού καρκίνου του προστάτη. Ωστόσο, η επίπτωση

του λανθάνοντα καρκίνου είναι περίπου ίδια ανά τον κόσμο. Για τις γεωγραφικές διακυμάνσεις, της επίπτωσης του κλινικού καρκίνου αλλά και για τη διαφορά του κλινικού και του λανθάνοντα ευθύνονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατά 90%. Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί αναμφίβολα ιδανικό στόχο της επίδρασης του περιβάλλοντος στην ανάπτυξή του και για αυτό η λανθάνουσα περίοδος για να γίνει κλινικά εμφανής είναι αρκετά μεγάλη και η επίπτωσή του υψηλή. Η ύπαρξη διαθέσιμων καρκινικών δεικτών, αναγνωρίσιμων προκαρκινικών βλαβών αλλά και ομάδων υψηλού κινδύνου, διευκολύνουν τη μακροχρόνια μελέτη μιας πιθανής σχέσης περιβαλλοντικών παραγόντων. Εκτός αυτών η παχυσαρκία και η διαίτα φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο (Μελέκος και Μητσογιάννης, 2013).

Η διαχείριση του υψηλού κινδύνου της νόσου αυτής παραμένει μια τεράστια πρόκληση, παρά τις μεγάλες τεχνικές εξελίξεις στη χειρουργική και στην ακτινοθεραπεία, έτσι να βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας βελτιώθηκαν με την προσθήκη της επικουρικής θεραπείας στήρησης των ανδρογόνων. Υποτροπές όμως μπορεί να συμβούν και μετά την βασική θεραπεία. Είναι πιθανό ότι η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών που βασίζονται στην κατανόηση της βιολογίας των όγκων του προστάτη, θα οδηγήσει σε σημαντικές προόδους στη θεραπεία αυτής της ασθένειας (Garzotto & Hung, 2010).

Η θνητότητα από τον καρκίνο του προστάτη όπως και από αρκετούς άλλους καρκίνους μειώθηκε εντός του 1998, αν και η συσχέτιση αυτής της μείωσης με τις τρέχουσες προσπάθειες ελέγχου δεν έχει αποδειχτεί. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία και οι άνδρες με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη μπορεί να έχουν πολλαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σχέση με τους άνδρες που δεν έχουν κάποιο ιστορικό (Netter et al, 2009).

3.6 Αιτιολογία

Λαμβάνουν μέρος αρκετοί παράγοντες στον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη. Μελέτες έχουν δείξει ως ισχυρό παράγοντα το οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα, τη σωματική δραστηριότητα, το βάρος, τη παχυσαρκία, και το δείκτη μάζας σώματος (Ganesh et al., 2011).

Κλινικά δεδομένα έχουν δείξει ότι οι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου όπως είναι το μοτίβο σεξουαλικής συμπεριφοράς, η κατανάλωση αλκοόλ, η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία και η εργασιακή έκθεση σε παράγοντες κινδύνου είναι δυνατόν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου (Heidenreich et al.,

2011).

Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό εάν ο πατέρας και ο αδερφός ενός άνδρα πάσχουν από καρκίνο του προστάτη, τότε το άτομο αυτό έχει διπλάσια πιθανότητα να νοσήσει από τη νόσο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Ιστορικό εκτομής σπερματικών πόρων, πιστεύεται ότι αυξάνει τα επίπεδα ελεύθερης τεστοστερόνης (Lemone et al., 2014).

Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο αφού η νόσος εμφανίζεται κυρίως μετά τα 65 έτη, η εθνικότητα και η διατροφή λόγω υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και κατανάλωσης κρέατος, επίσης το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο θανατηφόρου καρκίνου του προστάτη (Osborn et al., 2013).

Η ανάπτυξη του αδένου και η διατήρηση της λειτουργικής του δραστηριότητας εξαρτώνται από τις ορμόνες του φύλλου, ενώ ο καρκίνος του προστάτη ο οποίος είναι ορμονοεξαρτώμενος, σχετίζεται πιθανόν με τα επίπεδα των ορμονών αυτών. Στις μέρες μας πιστεύεται ότι η μεταβολή της αναλογίας των οιστρογόνων προς τα ανδρογόνα, που λαμβάνει χώρα με την αύξηση της ηλικίας, πιθανόν να συμβάλει στην ανώμαλη αύξηση του προστάτη. Ειδικά μετά τη τρίτη ηλικία τα επίπεδα της ολικής και της ελεύθερης τεστοστερόνης ελαττώνονται, ενώ εκείνα της σφαιρίνης που συνδέονται με τις ορμόνες του φύλου αυξάνονται. Τα οιστρογόνα μπορούν να παρουσιάσουν τις εξής επιδράσεις: Επιπτώσεις στους μικροσωληνίσκους, αναστολή της λειτουργίας του επιθηλίου, επίδραση στο κολλαγόνο ή βλάβες στο DNA. Σε άτομα με παχυσαρκία υπάρχει αυξημένος αριθμός λιποκυττάρων, τα οποία μετατρέπουν τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα, έτσι η έκθεση του αδένου στα οιστρογόνα πιθανόν να οδηγήσει σε καρκίνο (Μελέκος και Μητσογιάννης, 2003).

Δεν είναι υπεύθυνο μόνο ένα γονίδιο για την εμφάνιση της νόσου, καθώς μεταλλάξεις που μπορεί να γίνουν στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου των ωοθηκών και του στήθους στις γυναίκες, συσχετίζονται και με τον καρκίνο του προστάτη. Άλλα γονίδια είναι το HPC1 (Hereditary Prostate Cancer gene 1), ο υποδοχέας των ανδρογόνων και ο υποδοχέας βιταμίνης D (Beuzebec et al., 2009).

Οι άνθρωποι με μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA2, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη. Στα άτομα που έχουν αυτές τις γονιδιακές μεταλλάξεις, η νόσος εμφανίζεται σε πρώιμη ηλικία και συνήθως είναι πιο επιθετικής μορφής (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί την αιτία καρκίνων διαφόρων οργάνων, γεγονός που αποδεικνύεται επίσημα επιστημονικά στα τέλη της δεκαετίας του 90.

Η βιβλιογραφία δεν δείχνει κάποιο ασφαλές όριο κατανάλωσης και η επίδραση της αιθανόλης είναι ίδια ανεξαρτήτως της μορφής του ποτού που καταναλώνεται, αυτή ταξινομείται από την διεθνή βιβλιογραφία ως καρκινογόνος ουσία (Κόντου και συν., 2010).

Οι σημαντικότερες αλλαγές της διατροφής αλλά και γενικότερα του τρόπου διαβίωσης που συνέβησαν τις τελευταίες χιλιετίες της εξέλιξης των ανθρώπων συμπεριλαμβάνουν από τη μία πλευρά τη δραματική αύξηση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους, κόκκινου κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων, καθώς και την αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος ενώ από την άλλη την ελάττωση κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων, αυτά τα δεδομένα είναι δυνατόν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της νόσου (Μελέκος και Μητσογιάννης, 2003).

3.7 Κλινική εικόνα

Όπως ισχύει και στην καλοήγη υπερπλασία του προστάτη τα πρώτα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει αυτός ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο του προστάτη σχετίζονται με την απόφραξη του αυχένα της ουροδόχου κύστης, όπως είναι η δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις της κύστης και επίσχεση των ούρων. Μακροσκοπική ανώδυνη αιματουρία είναι η συνηθέστερη πρώτη εκδήλωση της νόσου. Ο ασθενής που έχει συμπτώματα ουρηθικής απόφραξης (δυσκολία στην ούρηση, πόνο στη μέση) και οστικό πόνο είναι πιθανό να έχει μεταστατική νόσο κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσης (Ignatavicius & Workman, 2008).

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη είναι ασυμπτωματικοί, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου. Συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος συνήθως σχετίζονται με καλοήγη ή κακοήγη υπερπλασία του προστάτη, σε αυτά ανήκουν νυκτουρία, ατελής κένωση της ουροδόχου κύστης, ακράτεια, αιματουρία, αιμοσπερμάτωση και στυτική δυσλειτουργία (Dunn & Kazer, 2011).

Ωστόσο συχνά συμπτώματα αποτελούν και η συχνουρία, προβλήματα στη συγκράτηση των ούρων, δυσουρία, πόνος χαμηλά στην πλάτη, στα ισχία ή στον ανώτερο μηρό, εάν ο καρκίνος έχει κάνει μεταστάσεις (Osborn et al., 2013).

Όσον αφορά το μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να εμφανιστούν οσφυαλγίες, μεταναστευτικός οστικός πόνος και πόνος στα οστά ή τις αρθρώσεις. Στις νευρολογικές επιπτώσεις συμπεριλαμβάνεται η νευραλγία, η αμφιτερόπλευρη αδυναμία κάτω άκρων, μυϊκοί σπασμοί και δυσλειτουργία του εντέρου ή της

κύστης, ωστόσο δεν απουσιάζει η απώλεια βάρους και η κόπωση (Lemone et al., 2014).

Σε περίπτωση μεταστατικής νόσου τα συμπτώματα προέρχονται από τα πάσχοντα όργανα π.χ. Οστικά άλγη, αναιμία και αιματολογικές διαταραχές μετά από διήθηση του μυελού των οστών, δύσπνοια και αιμόπτυση μετά από εξάπλωση στους πνεύμονες, άλγος του δεξιού υποχόνδριου μετά από μεταστάσεις στο ήπαρ και σπάνια θρομβοεμβολικά επεισόδια παρανεοπλασματικά σύνδρομα με υπέρ ή υποασβεστιαμία και υπονατριαμία (Μπανκουσλί, 2008).

Όσον αφορά την αιματοουρία συνδέεται με σημαντικό κίνδυνο για πολλαπλές ουρολογικές κακοήθειες συμπεριλαμβανομένης της ουροδόχου κύστεως και τον καρκίνο των νεφρών. Ως εκ τούτου, οι άνδρες που παρουσιάζουν αιμοσπερμία θα πρέπει να υποβληθούν σε περαιτέρω αξιολόγηση για να αποκλειστεί κάποιο νεόπλασμα του προστάτη (Gray & Sims, 2006).

Ένα λεπτομερές ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι απαραίτητη κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ουροποιητικού με διάφορα ερωτηματολόγια και διαγνωστικές εξετάσεις. Σε προχωρημένο στάδιο οι άνδρες αυτοί μπορεί να εμφανίσουν οστεώδη πόνο στα ισχία, την πλάτη και τη λεκάνη ή ανεξήγητη αναιμία που προκαλούνται λόγω μετάστασης της νόσου (Dunn & Kazer, 2011).

3.8 Διάγνωση και ο ρόλος του νοσηλευτή

Όταν ένα αυξημένο PSA ορού ή μία μη φυσιολογική δακτυλική εξέταση δημιουργεί μια ισχυρή υποψία για καρκίνο του προστάτη, ο ασθενής παραπέμπεται σε ουρολόγο για την οριστική διάγνωση. Η διάγνωση βασίζεται σε παθολογικές αξιολογήσεις του ιστού που ελήφθησαν με τη βοήθεια του διορηθρικού υπερηχογράφηματος. Εάν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός με το προσδόκιμο ζωής <10 ετών δεν μπορεί να ενδείκνυται περαιτέρω αξιολόγηση. Σε αντίθεση με τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ένα προσδόκιμο ζωής >10 έτη και άτομα με ενδείξεις της νόσου σε προχωρημένο στάδιο, θα υποστούν πρόσθετες αξιολογήσεις, συμπεριλαμβανομένης μιας πλήρους αιματολογικής εξέτασης, κρεατινίνης του ορού, και αλκαλικής φωσφατάσης. Ένα σπινθηρογράφημα οστών, αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία μελέτη της κοιλίας και της πυέλου μπορεί να γίνουν για να αξιολογηθεί η έκταση της τοπικής εισβολής ή κοιλιακών μεταστάσεων (Gray & Sims, 2006).

Η προετοιμασία και η αναμονή των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις πιθανόν να αγχώσουν τον ασθενή. Πέρα του ότι αντιμετωπίζουν την πιθανότητα να πάσχουν

από κάτι σοβαρό το οποίο θα επηρεάσει την υγεία τους έρχονται αντιμέτωποι με δυσάρεστες αποφάσεις, που πιθανόν να τους επιφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σημαντικό ρόλο λαμβάνει η επικοινωνία του νοσηλευτή με τα οικεία πρόσωπα του ασθενή, διότι τις περισσότερες φορές δεν βρίσκουν τον κατάλληλο τρόπο για να τον υποστηρίξουν (Lemone & Burke, 2006).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η δημιουργία ενός πιο άνετου περιβάλλοντος και η επικοινωνία με τον ασθενή, που όμως για να αποκτηθεί πρέπει να αφιερωθεί ο κατάλληλος χρόνος, καθώς σημαντικό ρόλο έχει και η μη λεκτική επικοινωνία όπου με ένα άγγιγμα ή μια έκφραση του προσώπου, ο ασθενής μπορεί να νιώσει οικεία με τον νοσηλευτή (Pvlish & Cerensky, 2009).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση της νόσου αυτής μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας με τις διαγνωστικές εξετάσεις, την εκπαίδευση του ασθενούς και της συντρόφου του σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τη σωματική φροντίδα μετά τη βιοψία, καθώς και τη συναισθηματική υποστήριξη. Εάν ο ασθενής και η σύντροφός του επιλέξουν τη στενή παρακολούθηση και αναμονή, ο νοσηλευτής μπορεί να τους εκπαιδεύσει σχετικά με το χρόνο παρακολούθησης από το θεράποντα γιατρό. Ενημερώνεται ο ασθενής να βελτιώσει τη διατροφή του, τη σωματική του κατάσταση, καθώς και στην αντιμετώπιση του άγχους (Osborn et al., 2013).

Στη διαδικασία της βιοψίας ο νοσηλευτής ενημερώνει πλήρως τον ασθενή για την διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει, τον πληροφορεί ότι θα είναι ξύπνιος και ξαπλωμένος στο πλάι, ένα τοπικό αναισθητικό θα εφαρμοστεί στο ορθό για να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος που προκαλείται από τη διάταση του τοιχώματος του ορθού. Παρέχετε υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Πριν εφαρμοστεί η βιοψία θα πρέπει να γίνει ένας υποκλυσμός για να εξασφαλιστεί η καθαριότητα του ορθού, ωστόσο θα πρέπει ο ασθενής να υπογράψει μια συγκατάθεση καθώς αυτή η διαδικασία είναι επεμβατική (Lemone & Burke, 2006).

Αφού γίνει η διαδικασία της βιοψίας ενημερώνεται ο ασθενής για τις πιθανές επιπλοκές, όπως είναι η αιματουρία με πήγματα αίματος, σημεία λοίμωξης και πόνο στο περίνεο. Διδάσκεται να αναφέρει την παρουσία πυρετού, ρίγους, αιματηρών ούρων και δυσκολία στην ούρηση. Διευκρινίζεται στον ασθενή η σπουδαιότητα της πλήρους θεραπείας, καθώς συμβουλεύεται να αποφεύγει την έντονη σωματική άσκηση και να πίνει άφθονα υγρά ιδιαίτερα το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.8.1 Φυσική Εκτίμηση

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρία, η ετήσια δακτυλική εξέταση και η εξέταση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) θα πρέπει να διενεργούνται σε άνδρες που έχουν περάσει την ηλικία των 50 ετών, άνδρες με προσδόκιμο επιβίωσης τουλάχιστον 10 ετών και νεότεροι άνδρες που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Οι άνδρες σε αυξημένο κίνδυνο περιλαμβάνουν εκείνους με ισχυρή οικογενειακή κατάσταση και Αφρο - αμερικανούς άνδρες. Η δακτυλική εξέταση πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας ικανούς να αξιολογήσουν τα ευρήματα αν και η εξέταση αυτή είναι λιγότερο αποτελεσματική από το PSA (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η δακτυλική εξέταση (ΔΕ) παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του πρόωμου και δυνητικά ιάσιμου καρκίνου του προστάτη. Η ανίχνευση κάποιας ανωμαλίας σημαίνει καρκίνος του αδένου κατά 15 - 45% των περιστατικών. Τα ψευδώς θετικά ευρήματα στη δακτυλική εξέταση μπορεί να οφείλονται σε καλοήγη υπερπλασία, σε κοκκιώματα, αποτιτανώσεις, φυματίωση, προστατίτιδα ή σε κάποια επέμβαση. Μια αρνητική δακτυλική εξέταση δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη καρκίνου, αλλά μια θετική ή ύποπτη ΔΕ αποτελεί ένδειξη για να προχωρήσει κανείς σε βιοψία (Choi et al., 2007).

Η ΔΕ Μπορεί να αποκαλύψει ανώδυνα και σκληρά οζίδια στην επιφάνεια του προστάτη. Περίπου το 40% αυτών των οζιδίων αποδεικνύονται ιστολογικά να είναι καρκινώματα. Η εξέταση αυτή συστήνεται να γίνεται σε όλους τους ασθενείς που θέτουν κάποια υποψία για πιθανή παρουσία κακοήθειας στον προστάτη, καθώς και σε ασθενείς που βρέθηκαν να έχουν αυξημένο PSA σε τυχαία εξέταση αίματος (Μπανκουσλί, 2008).

Η εξέταση αυτή γίνεται με τον ασθενή να βρίσκεται σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, με τα γόνατα του σε κάμψη προς την κοιλία. Ο προστάτης μπορεί να ψηλαφηθεί στο πρόσθιο τοίχωμα του ορθού. Φυσιολογικά ο αδένας είναι επίπεδος, λείος, με χαρακτηριστική αυλάκωση μεταξύ των δύο λοβών του. Εξετάζεται το μέγεθος, η σύσταση και η ευαισθησία του οργάνου χρησιμοποιώντας την ονυχοφόρο φάλαγγα του δακτύλου. Σημαντικό κρίνεται πριν από την εξέταση ο ασθενής να ενημερώνεται για τη φύση αυτής καθώς και ότι προκειμένου η εξέταση να μην είναι επώδυνη, πρέπει η είσοδος του δακτύλου να γίνεται αφού έχει τοποθετηθεί στο ορθό βαζελίνη ή ξυλοκαΐνη (σε μορφή γέλης). Η ΔΕ εξέταση δεν προτιμάται επί υποψίας οξείας προστατίτιδας λόγω έντονης ευαισθησίας και πιθανής πρόκλησης εισόδου μικροβίων στη συστηματική

κυκλοφορία (Δαΐκος και συν., 2015).

Ο ασθενής θα ενημερωθεί για το σκοπό και τα βήματα της διαδικασίας. Ο γιατρός εισάγει το δάχτυλο απαλά στον πρωκτό, ενώ ο ασθενής καλείται να παίρνει βαθιά αναπνοή με τον τρόπο αυτό ο προστάτης βρίσκεται στην ανώτερη πτυχή του ορθού, λίγο πιο πέρα από τον σφιγκτήρα του πρωκτού. Μια ανώμαλη δακτυλική εξέταση έχει θετική προγνωστική αξία του 72% για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, ωστόσο μια αρνητική δακτυλική εξέταση φέρει μία θετική προγνωστική αξία στο 37% να μην είναι κακοήθεια. Ως εκ τούτου, ο καρκίνος του προστάτη είναι έντονα ύποπτος όταν η δακτυλική εξέταση αποκαλύπτει ένα ή περισσότερα διακριτικά, σκληρυμένα οζίδια, ασυμμετρία μεταξύ του μεγέθους των ψηλαφητών λοβών, σκλήρυνση ή έναν αδένα πετρώδες που στερεώνεται στο τοίχωμα του ορθού. Παρ' όλα αυτά, η απουσία παθολογικού ευρήματος δεν αποκλείει κατ' ανάγκη την παρουσία του καρκίνου του προστάτη, ιδίως όταν το επίπεδο του PSA ορού είναι αυξημένο (Gray & Sims, 2006).

3.8.2 Ο ρόλος του PSA

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) είναι μια μονοάλυσος γλυκοπρωτεΐνη, η οποία αποτελείται από 237 αμινοξέα. Το PSA βρίσκεται σε αυξημένες συγκεντρώσεις στο σπέρμα, μέχρι 5 mg/ mL, ενώ στον ορό του αίματος πολύ λιγότερο. Η παραγωγή του εξαρτάται κυρίως από τα ανδρογόνα. Η τεράστια κλινική σημασία του PSA ως βιοχημικού καρκινικού δείκτη στη διάγνωση και κυρίως στην παρακολούθηση της πορείας του αδενοκαρκινώματος του προστάτη οδήγησε στην ανάπτυξη υπερευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης στον ορό του αίματος. Έτσι είναι δυνατόν ο προσδιορισμός επιπέδων PSA του ορού πολύ κατώτερων των τιμών που μετρούν οι ευρείας χρήσης μέθοδοι ρουτίνας. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η παρακολούθηση των επιπέδων του μετά από ριζική προστατεκτομή, δεδομένου ότι επί υποτροπής της νόσου ή μεταστάσεων, τα βιοχημικά ευρήματα προηγούνται χρονικά των κλινικών εκδηλώσεων και επιτρέπουν την έγκαιρη διερεύνηση και αντιμετώπιση του ασθενούς (Αντωνίου, 2002).

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο λοιπόν είναι μια πρωτεΐνη που παράγεται κάθε φορά όταν ο αδένας του προστάτη είναι μεταβολικά δραστήσιος, αυξημένα επίπεδα παράγονται σε απόκριση σε φλεγμονής, καλοήθους υπερπλασίας, ή κακοήθους νεοπλασίας. Στο φυσιολογικό ενήλικα τα επίπεδα του PSA στον ορό γενικά βρίσκονται 2,05 - 2,66 ng / mL. Με την παρουσία της καλοήθους υπερπλασίας

του προστάτη η PSA ορού κυμαίνεται από περίπου 2,56 - 3,90 ng / mL. Το επίπεδο PSA στον ορό που είναι >10 ng / mL δείχνει υψηλό επίπεδο υποψίας για τον καρκίνο του προστάτη, εκτός αν υπάρχει ένδειξη οξείας φλεγμονής του προστάτη. Ωστόσο, οι τιμές μεταξύ 4 και 10 ng / mL υποδεικνύουν μέτριο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη και τρεις ειδικές δοκιμές έχουν σχεδιαστεί για τον εντοπισμό με μεγαλύτερη ακρίβεια τον καρκίνο του προστάτη σε αυτούς τους άνδρες (Gray & Sims, 2006).

Τα επίπεδα του ειδικού προστατικού αντιγόνου χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση της νόσου, αλλά και για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Τα επίπεδα εξαρτώνται από τη ηλικία και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα φυσιολογικά ή παθολογικά όρια. Η αύξηση της τιμής με το πέρασμα του χρόνου είναι πιο σημαντική από ότι ένα μεμονωμένο αποτέλεσμα. Τα επίπεδα PSA χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τη δακτυλική εξέταση από το ορθό έχοντας ως σκοπό την ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη σε άνδρες ηλικίας 48 ετών και άνω (Lemone et al., 2014).

Ο καρκινικός προστατικός ιστός παράγει περίπου δέκα φορές περισσότερο αντιγόνο από αυτό που παράγει φυσιολογικά ο ιστός. Μεγάλη βαρύτητα για ένα άτομο δεν έχει μόνο η αύξηση του PSA πάνω από το φυσιολογικό όριο, αλλά η σύγκριση δύο διαφορετικών τιμών του PSA στο ίδιο άτομο, έτσι μία απότομη αύξηση στην τιμή αυτού πρέπει να μας οδηγήσει σε υποψίες ακόμη και αν δεν έχει περάσει τα φυσιολογικά όρια. Η ευρεία χρήση του ειδικού προστατικού αντιγόνου PSA έφερε πολλά πλεονεκτήματα στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Αποτελεί μέθοδο με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα, στο 75% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη εμφανίζεται θετική (Μπανκουσλί, 2008).

Με τη χρήση του αντιγόνου αυτού λοιπόν έχουν διαγνωστεί πολλοί άνδρες με ασυμπτωματικό, πρώιμο καρκίνο του προστάτη. Εάν το PSA είναι μεγαλύτερο από 20 mg/mL, τότε συνίσταται σπινθηρογράφημα οστών, δεδομένου ότι είναι πιθανές οι οστικές μεταστάσεις, αξονικές τομογραφίες χρησιμοποιούνται μόνο για τους άνδρες που έχουν Gleason σκορ μεγαλύτερο από 6 (Osborn et al., 2013).

Ωστόσο, το PSA δεν αποτελεί ειδικό δείκτη για τη νόσο, καθώς τα αυξημένα επίπεδα μπορεί να ανευρεθούν και σε περιπτώσεις οζώδους υπερπλασίας ή προστατίτιδας (Βαγγέλη, 2010).

3.8.3 Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις

Η διάγνωση του προστάτη εξακολουθεί να αποτελεί μια κλινική πρόκληση, όμως

σήμερα υπάρχουν ποικίλες διαγνωστικές εξετάσεις. Επί του παρόντος η βιοψία του προστάτη παραμένει η μόνη διαδικασία η οποία παρέχει μια οριστική διάγνωση. Ωστόσο και η συχνά χρησιμοποίηση της βιοψίας με βάση το σκορ Gleason μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της νόσου (Fusco et al., 2016).

Το υπερηχογράφημα του προστάτη μπορεί να διενεργηθεί προκειμένου να απομονώσει την περιοχή του προστάτη για βιοψία. Υπάρχουν αρκετές επεμβάσεις για δείγμα βιοψίας αλλά το σύνηθες είναι η βιοψία με βελόνα. Μετά από ένα διουρητικό υπερηχογράφημα με βιοψία του οργάνου θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για την διαδικασία που ακολουθεί. Αφού γίνει η διάγνωση του προστατικού καρκίνου ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινολογικές και αιματολογικές εξετάσεις (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η αξονική τομογραφία είναι χρήσιμη για τον έλεγχο της επέκτασης του όγκου και των μεταστάσεων. Το σπινθηρογράφημα των οστών, αποτελεί την πλέον ευαίσθητη μέθοδο για τον έλεγχο των οστικών μεταστάσεων. Ειδικοί νεοπλασματικοί δείκτες της νόσου συμπεριλαμβάνουν: α) Την όξινη φωσφατάση η οποία είναι πολύ υψηλή στο 90% των ασθενών με οστικές μεταστάσεις, ενώ σε ασθενείς που είναι στα αρχικά στάδια είναι περιορισμένη. β) Ποιο ευαίσθητος και χρήσιμος δείκτης είναι το PSA όπως αναφέρεται και πιο πάνω, ο οποίος είναι αυξημένος από τα αρχικά στάδια της νόσου. Ο δείκτης αυτός χρησιμεύει και για την πορεία της νόσου αφού αυξάνεται όταν ο καρκίνος εξαπλώνεται και μειώνεται σε αποτελεσματική θεραπεία του προστατικού καρκίνου (Χαράτση - Γιωτάκη, 2014).

Τον κύριο ρόλο στη διάγνωση των παθήσεων του προστάτη διαδραματίζει το διορθικό υπερηχογράφημα, εκτός από τη συμβολή του στην απεικονιστική της παθολογίας του προστάτη, χρησιμεύει και ως οδηγός για λήψη κατευθυνόμενης βιοψίας από ύποπτες περιοχές του οργάνου, με αποτέλεσμα σαφώς ανώτερα από εκείνα των τυφλών βιοψιών. Παρά τα πλεονεκτήματα που διαθέτει, από μόνο του δεν θεωρείτε εξέταση εκλογής για τη διάγνωση του προστατικού καρκίνου και τα ευρήματα του θα πρέπει να αξιολογούνται σε συνδυασμό με τη δακτυλική εξέταση από το ορθό, την εξέταση του προστάτη και τη στάθμη του PSA στον ορό ή ακόμη καλύτερα το λόγο του ελεύθερου προς το ολικό PSA (Τσουφάκης και Τζανέτου, 2000).

Έτσι σε διορθικό υπερηχογράφημα προστάτη πρέπει να υποβάλλονται ασθενείς με υποψία καρκίνου για την εκτίμηση της θέσης της βλάβης και την καθοδήγηση των βιοψιών που θα ακολουθήσουν. Η MRI με φασματοσκοπία παρέχει μια πιο

σαφής και πιο λεπτομερή εικόνα για την έκταση της νόσου, αφού πρώτα έχει τεκμηριωθεί η νόσος ιστολογικά (Μπανκουσλί, 2008).

Η μαγνητική τομογραφία θεωρείται και αυτή χρήσιμη για την εντόπιση περιοχών χαμηλού σήματος στον προστάτη και στις σπερματοδόχους κύστες που είναι ύποπτες για καρκίνο (Weinreb et al., 2009).

3.9 Σταδιοποίηση

Όπως συμβαίνει και σε κάθε τύπο καρκίνου, η ακριβής σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπείας και την παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Η σταδιοποίηση του όγκου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στην αντιμετώπιση του προστατικού καρκίνου η οποία συνιστά την εκτίμηση της επιθετικότητας από τον παθολογοανατόμο. Τα φυσιολογικά κύτταρα του προστατικού ιστού βαθμολογούνται με 1 (ως καλύτερος βαθμός) και τα μη φυσιολογικά κύτταρα βαθμολογούνται μέχρι 5. Οι βαθμοί των δύο συνηθέστερων κυτταρικών τύπων που ανευρίσκεται στο ιστικό δείγμα προστίθεται για να δώσουν στον όγκο ένα βαθμό μεταξύ 2 και 10 (Ignatavicius & Workman, 2008).

Υπάρχουν δύο συστήματα που εφαρμόζονται στην σταδιοποίηση της νόσου, το ένα είναι ιστολογικής ταξινόμησης κατά Gleason και σταδιοποίησης TNM σύμφωνα με το οποίο ως T1 ο όγκος θεωρείται μικροσκοπικός, μη ορατός από το διορθικό υπερηχογράφημα, T2 είναι ψηλαφητός και περιορισμένος στον προστάτη, T3 προεξέχει έξω από την κάψα του προστάτη και T4 είναι σταθερός και αρκετά έξω από τον αδένα (Osborn et al., 2013).

Η παθολογική στάση βασίζεται στη διάγνωση ιστού και στο σύστημα TNM. Το σύστημα περιγράφει την έκταση του όγκου (T), συμμετοχή των λεμφαδένων (N) και παρουσία μεταστατικής νόσου (M). Η έκταση της όγκου διαιρείται σε T1-T4 με υψηλές τιμές T υποδεικνύει μεγαλύτερη συμμετοχή του προστάτη και τις περιβάλλουσες δομές (Dunn & Kazer, 2011).

Εφόσον ο καρκίνος είναι περιορισμένος μέσα στον προστάτη, μη ψηλαφητός με εστιακή εντόπιση και καλώς διαφοροποιημένος γίνεται παρακολούθηση του ασθενούς, διάμεση ή εξωτερική ακτινοθεραπεία και ριζική προστατεκτομή. Όταν είναι περιορισμένος στον προστάτη, ψηλαφητός, καταλαμβάνει έναν ή δύο λοβούς και υπάρχει χαμηλή διαφοροποίηση, ακολουθείται προσεκτική παρακολούθηση, ριζική προστατεκτομή, διάμεση ή εξωτερική ακτινοθεραπεία και καθοδηγούμενη με υπερήχους διαδερμική κρυοχειρουργική. Σε περίπτωση που υπάρχει έκταση του όγκου έξω από την προστατική κάψα, πιθανή επινέμηση της σπερματοδόχου

κύστης, εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία με εξωτερική ακτινοβολή, διάμεση ακτινοβολή, ριζική προστατεκτομή, επιπρόσθετη ορμονική θεραπεία και ανακουφιστική θεραπεία. Επιπλέον όταν υπάρχει επέκταση του όγκου στους γύρω ιστούς, προσβολή λεμφαδένων ή απομακρυσμένη μετάσταση γίνεται ορμονική θεραπεία, ακτινοθεραπεία με εξωτερική ακτινοβολή, ανακουφιστική θεραπεία με ακτινοθεραπεία ή διουρηθρική προστατεκτομή, ριζική προστατεκτομή με ορχεκτομή και χημειοθεραπεία (Lemone & Burke, 2006).

Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του προστάτη σταδίου 0 και έχουν επιλέξει την προσεκτική αναμονή, απαιτούν μόνο στενή παρακολούθηση από τους υπεύθυνους παροχής φροντίδας. Σε περίπτωση που συμβεί απόφραξη οι επανειλημμένες βιοψίες διά βελόνας ή η διουρηθρική εκτομή του προστάτη (RALP) θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στον έλεγχο της νόσου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η σταδιοποίηση της νόσου καθορίζεται με βάση την τιμή του PSA, τα ευρήματα της δακτυλικής εξέτασης, τα αποτελέσματα της βιοψίας και το σκορ Gleason. Κλινική σταδιοποίηση αναφέρεται με βάση τα κλινικά αποτελέσματα όπως PSA, δακτυλική εξέταση και απεικονίσεις. Οι άνδρες με κλινικά εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη θεωρούνται "πολύ χαμηλού κινδύνου" αν έχουν εξετάσεις T1, ένα Gleason score <6, PSA <10 ng / mL, λιγότερους από τρεις πυρήνες θετικής βιοψίας του προστάτη με <50% συμμετοχή σε κάθε πυρήνα και PSA πυκνότητα <0,15 ng / mL. Οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη "υψηλού κινδύνου" έχουν εξετάσεις T3, σκορ Gleason μεταξύ 8-10 και PSA > 20 ng / mL. Μεταστατικοί καρκίνοι του προστάτη χαρακτηρίζονται ως οποιαδήποτε T και N και M1. Οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου σε σχέση με εκείνους που είναι συμπτωματικοί θα πρέπει να υποβληθούν σε περαιτέρω διαγνωστικό έργο με τη μορφή της απεικόνισης, όπως είναι το σπινθηρογράφημα των οστών και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις (Dunn & Kazer, 2011).

Κλείνοντας, οι υψηλού σταδίου όγκοι έχουν περισσότερες πιθανότητες για μετάσταση έξω από τον αδένα και για υποτροπή μετά από τη θεραπεία. Η σταδιοποίησή του χρησιμοποιεί το σύστημα TNM όπου οι T1 και T2 ανιχνεύονται από τυχαία βιοψία του προστάτη όταν έχει παρατηρηθεί αύξηση του PSA (Netter et al, 2009).

3.10 Νοσηλευτικοί ρόλοι

3.10.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην ανίχνευση του καρκίνου και στα προγράμματα εξέτασης αυξάνεται συνεχώς, υποβοηθώντας έτσι τα άτομα στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων πρόληψης και ανίχνευσης της νόσου. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση του κοινού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου, τους παράγοντες κινδύνου και την πρόωπη ανίχνευσή του. Διδάσκοντας πως να μειώσουν τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της κακοήθειας και τα σημαντικά τεστ που χρησιμοποιούνται για την πρόωπη ανίχνευση, όταν η νόσος είναι πιο εύκολο να θεραπευτεί. Οι νοσηλευτές τίνουν να μειώσουν τον φόβο που προκαλείται και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αν και είναι άγνωστο εάν τα άτομα θα υιοθετήσουν συμπεριφορές και πρακτικές συνεχούς εκπαίδευσης σε θέματα υγείας (Osborn et al., 2013).

Η αύξηση του προληπτικού ελέγχου στους ηλικιωμένους αυξάνει με τον αριθμό των διαγνωσθέντων περιστατικών και συνεπώς τον αριθμό των περιστατικών που θεραπεύονται στα αρχικά στάδια. Λόγω της βελτίωσης της συνολικής κατάστασης της υγείας των ασθενών, αρκετοί άνδρες που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα παραμένουν σωματικά και σεξουαλικά δραστήριοι. Επίσης όταν ο καρκίνος περιορίζεται στον προστάτη κατά τη διάγνωση, η πενταετής επιβίωση είναι 100% (Lemone et al., 2014).

Η χρήση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) βοήθησε σε μεγάλο βαθμό τη νόσο στο αρχικό της στάδιο. Τα μέσα για την πρόληψη της νόσου, είναι η ετήσια μέτρηση του PSA σε άτομα που είναι πάνω από 40 ετών, ο επίμονος έλεγχος ασθενών με συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, η δακτυλική εξέταση, το υπερηχογράφημα, η σωστή διαίτα και η βιοψία σε ασθενείς που έχουν $PSA > 4 \text{ ng/mL}$. Η πρόληψη του καρκίνου του προστάτη είναι δυνατόν να διακριθεί: 1. Σε πρωτογενή πρόληψη -"Χημειοπροφύλαξη". Εδώ χρησιμοποιούνται φυσικές αλλά και συνθετικές χημικές ουσίες έχοντας ως σκοπό να προλάβουν, να αναστείλουν και να αποστρέψουν τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Οι ουσίες από τη διατροφή, όπου μέγιστο όφελος θα ήταν η μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών τα οποία περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις σε βιταμίνες και φυτικές ίνες (Μπανκουσλί, 2008).

Η πρωτογενής πρόληψη ωστόσο επικεντρώνεται στη μείωση παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο του προστάτη, ενώ παράλληλα προωθεί προστατευτικούς παράγοντες. Παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία που υποστηρίζουν

το μέγεθος της επίδρασης που σχετίζεται με κάποιους προστατευτικούς παράγοντες είναι ελάχιστα, η προσαρμογή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής δεν συνδέεται με επιβλαβείς παρενέργειες και πολλά (όπως η κατανάλωση μιας δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά και τακτική άσκηση) είναι γνωστά προς όφελος της συνολικής υγείας (Gray & Sims, 2006).

2. Μαζικό έλεγχο του πληθυσμού. Η δακτυλική εξέταση σε άτομα >50 ετών, σε άτομα >40 υψηλού κινδύνου και σε αυτά που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό της νόσου συνδυαστικά με την καταμέτρηση του PSA, πρέπει να γίνονται μια φορά κάθε δύο χρόνια, έτσι ώστε η νόσος να αποκαλύπτεται σε πρώιμα στάδια. Αξίζει να διευκρινιστεί ότι πολλοί επιστήμονες προτείνουν την έναρξη του ελέγχου στην ηλικία 40- 45 ετών και τη διακοπή του προσδιορισμού του PSA στην ηλικία των 75 ετών ή ακόμη και στην ηλικία των 65 ετών όταν παρουσιαστούν διαδοχικές τιμές PSA από 0.5- 1 ng / mL (Μπανκουσλί, 2008).

Η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία (AUA) προτείνει την αξιολόγηση ρουτίνας για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Ωστόσο, η απόφαση να υποβληθούν οι άνδρες σε δακτυλική εξέταση ή μέτρηση του PSA στον ορό είναι μια μεμονωμένη απόφαση που πρέπει να γίνει μετά την παραλαβή των πληροφοριών σχετικά με τα πιθανά οφέλη και παρενέργειες. Τα προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης με βάση την κοινότητα ενθαρρύνονται, ιδίως εκείνων που αφορούν ομάδες υψηλού κινδύνου. Για να είναι αποτελεσματικά, τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να βασίζονται στη γνώση της τοπικής κοινότητας και των εθνοκοινοτήτων. Όλοι οι άνδρες άνω των 40 ετών ενθαρρύνονται να υποβληθούν σε ετήσια δακτυλική εξέταση. Μια πιο εμπειριστατωμένη ετήσια εξέταση του προστάτη, συμπεριλαμβανομένων τόσο της δακτυλικής εξέτασης και του PSA του ορού προτιμώνται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, η AUA συμβουλεύει ότι όλοι οι άνδρες άνω των 50 ετών θα πρέπει να συμβουλεύονται να υποβληθούν σε ετήσια αξιολόγηση του προστάτη. Περαιτέρω οι άνδρες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, καθώς και Τζαμάικας και αφροαμερικάνων άνδρες) θα πρέπει να υποβάλλονται σε ετήσια εξέταση του προστάτη στην ηλικία των 40 χρόνων (Gray & Sims, 2006).

3.10.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή στην κλινική και στην προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.

Αρχικά χρήσιμο θα ήταν να εκτιμηθούν οι γνώσεις του άνδρα και της οικογένειάς

του για την εγχείριση που πρόκειται να υποβληθεί. Αρκετοί άνδρες βρίσκονται σε σύγχυση όσον αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση, διότι υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι. Ενημερώνεται ο άνδρας ότι θα φοράει ουροκαθετήρα όταν θα επιστρέψει από το χειρουργείο και πιθανόν και σωλήνα παροχέτευσης στην τομή του (Lemone & Burke, 2006).

Η παροχέτευση των ούρων επιτυγχάνεται με την εισαγωγή του ουροκαθετήρα με άσηπτη τεχνική, σε περίπτωση που η απόφραξη είναι σοβαρή ο ουρολόγος μπορεί να εισάγει ένα ειδικό άκαμπτο καθετήρα. Ενθαρρύνεται η πρόσληψη υγρών και κατά κανόνα χορηγούνται τα αντιβιοτικά που κρίνονται είναι απαραίτητα (Dewit, 2009).

Η πληροφόρηση αυτή πιθανόν να μειώσει το άγχος μετεγχειρητικά και να ενδυναμώσει τη συμμόρφωση στη μετεγχειρητική φροντίδα. Επιβεβαιώνεται ότι στο φάκελο υγείας του ασθενή υπάρχει το έντυπο της υπογεγραμμένης συγκατάθεσής του. Μπορεί να δοθεί οδηγία για καθαρισμό του εντέρου με υποκλυσμό, αυτό είναι χρήσιμο για την αντισηψία του εντέρου εφόσον χρησιμοποιηθεί περινεϊκή πρόσβαση. Θετικό θα ήταν αν εκφραστεί από τον νοσηλευτή η προθυμία να αντιμετωπίσει κάθε φόβο ή ανησυχία του ασθενούς, διότι είναι αρκετά πιθανόν να είναι ανήσυχοι για τα αποτελέσματα της επέμβασης και για τις συνέπειες που μπορεί να τους επιφέρει όπως είναι η στυτική δυσλειτουργία. Στην περίπτωση προστατεκτομής, υπάρχουν φόβοι που σχετίζονται με την έκταση της νόσου, τις πιθανότητες για ίαση όπως και για το τέλος της ζωής τους (Lemone & Burke, 2006).

Ενημερώνεται λοιπόν ο ασθενής για τις επιπλοκές που πιθανόν να ακολουθήσουν όπως είναι η ακράτεια των ούρων. Διδάσκεται πως να διεγείρει τις ασκήσεις Kegel (ασκήσεις που ενδυναμώνουν τον ηβο-κοκκυγικό μυ) πριν το χειρουργείο. Αυτές οι ασκήσεις θα συνεχιστούν και μετά το χειρουργείο. Μπορεί να λάβει υδαρή διαίτα την ημέρα πριν την επέμβαση και τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα. Φάρμακα μπορούν να ληφθούν σε ειδικές καταστάσεις το πρωί της επέμβασης με ελάχιστο νερό. Παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη αναλόγως των περιστάσεων (Ignatavicius & Workman, 2008).

Επίσης στις προεγχειρητικές ασκήσεις συμπεριλαμβάνονται και οι βαθιές αναπνοές, οι ασκήσεις εύρους κίνησης των κάτω άκρων, τη συνήθη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα καθώς και την ανάλυση της φροντίδας της χειρουργικής τομής, του καθετήρα, του συστήματος έκπλυσης και των παροχετεύσεων (Dewit, 2009).

3.10.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υποδοχή του ασθενούς στο χειρουργείο.

Από τη στιγμή που ο ασθενής θα εισέλθει στο χειρουργικό δωμάτιο θα δεχτεί τη φροντίδα του αναισθησιολόγου, του χειρουργού και του νοσηλευτή. Η ομάδα αυτή πληροφορεί τον ασθενή και τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια του ηλεκτροκαρδιογράφου. Περιορίζονται οι επεμβάσεις όσο είναι δυνατόν πριν την αναισθησία. Αφού γίνει η αναισθησία μετά μπορεί να καθετηριαστεί η ουροδόχος κύστη, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς για την αποφυγή ανησυχίας από τη αγγχογόνο χειρουργική εμπειρία. Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής υποδέχεται τον ασθενή κατά την άφιξή του, ρωτώντας το όνομά του και ελέγχοντας σε συνδυασμό με το αναγνωριστικό βραχιόλι που φέρει, το φάκελό του και τη κάρτα του νοσοκομείου, χρησιμοποιώντας τουλάχιστον δύο από τα στοιχεία του π. χ. Την ημερομηνία γέννησης και το όνομά του. Μετά ελέγχει το φάκελο με τα στοιχεία του ασθενή, εάν έχει ολοκληρωθεί η προεγχειρητική ετοιμασία, την καρτέλα φαρμάκων και ότι η συναίνεση έχει υπογραφεί. Ο νοσηλευτής διεξάγει την προαναισθητική εξέταση, αυτό σημαίνει την αντιμετώπιση του κάθε ατόμου ως μία δυναμική οντότητα που αποτελείται από στοιχεία τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική εξέταση είναι το βασικότερο βήμα για την προσφορά μιας εξατομικευμένης φροντίδας σε όλα τα περιεγχειρητικά περιβάλλοντα (Osborn et al., 2012).

3.10.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διεγχειρητική φάση του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.

Αφού ετοιμαστεί η αίθουσα του χειρουργείου μεταφέρεται ο ασθενής, επιβεβαιώνεται το σημείο που θα χειρουργηθεί και σημειώνεται, πιστοποιείται ξανά η ταυτότητά του από τον νοσηλευτή κίνησης. Στον ασθενή τοποθετούνται μαλακά προθέματα για την αποφυγή κάκωσης των νεύρων και ελαχιστοποίηση της πίεσης που ασκείται από τα υποκείμενα οστά. Η άσηπτη τεχνική πρέπει να διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης και οποιαδήποτε διακοπή της ασηψίας πρέπει να επισημαίνεται και να διορθώνεται άμεσα. Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να είναι ως εργαλειοδότης, που συμπεριλαμβάνει την όλη προετοιμασία του υλικού, την ένδυση των χειρουργών, την ακριβή καταμέτρηση των γαζών και των αιχμηρών αντικειμένων και οτιδήποτε έχει να κάνει με την άσηπτη τεχνική. Ο ρόλος του ως νοσηλευτή κίνησης συμπεριλαμβάνει την υποδοχή του ασθενή στο χειρουργείο και τη μεταφορά αυτού στο φορείο όταν τελειώσει τη επέμβαση, ελέγχει τα φάρμακα του ασθενή και ότι έχει υπογραφεί το

έντυπο συναίνεσης. Τέλος, ελέγχει τον εξοπλισμό που θα χρειαστεί προετοιμασία του δέρματος του ασθενή πριν την κάλυψη από αποστειρωμένα πεδία και γενικά την όλη κατάσταση του ασθενούς (Dewit, 2009).

3.10.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση του ασθενούς με καρκίνο του προστάτη.

Σαφώς η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ποικίλλει ανάλογα με το είδος της επέμβασης που έχει εφαρμοστεί στον προστάτη. Οι γενικές αρχές της μετεγχειρητικής φροντίδας που αφορούν όλους τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, είναι απαραίτητες και για τον ασθενή ο οποίος έχει υποβληθεί σε προστατεκτομή. Έτσι θα πρέπει να μεταφερθεί στην μονάδα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής της μονάδας ανάνηψης θα λάβει πληροφορίες από τον αναισθησιολόγο για την αναισθησία που πήρε ο ασθενής. Συνδέεται ο ασθενής με τη συσκευή καταγραφής καρδιακού ρυθμού και οξυμετρίας ώστε να βρίσκεται σε στενή παρακολούθηση, αξιολογείται η νευρολογική εκτίμηση του καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο ο ασθενής να βρίσκεται σε σύγχυση. Οι επιπλοκές της επέμβασης αυτής είναι αρκετές γι' αυτό ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται στενά. Δίαιτα πλούσια σε ίνες και μαλακτικά κοπράνων μπορεί να χορηγηθούν προκειμένου να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα που αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση και μπορεί να προκαλέσει επιπλέον αιμορραγία (Dewit, 2009).

Αποτελεσματικό θα ήταν να εκτιμηθεί η κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής αφού εξέλθει από το χειρουργείο και να εφαρμοστεί άσηπτη τεχνική στο χειρισμό του συστήματος παροχέτευσης ούρων και τη διαδικασία των πλύσεων. Πρέπει να παρακολουθούνται στενά τα ζωτικά του σημεία κυρίως τις πρώτες 24 ώρες, διότι μια αλλαγή σε αυτά μπορεί να σημαίνει κάποια επιπλοκή, όπως αιμορραγία. Καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλόμενα υγρά του ασθενή, εξετάζοντας τη βατότητα των καθετήρων που φέρει, καθώς αυτοί μπορεί να αποφραχθούν και να δημιουργήσουν θρόμβους αίματος παρεμποδίζοντας την παροχέτευση των ούρων αυξάνοντας έτσι και τον κίνδυνο για αιμορραγία. Συχνά χρησιμοποιούνται αντιεμβολικές κάλτσες και συσκευές συμπίεσης με αέρα. Χρήσιμες θα ήταν οι ασκήσεις των κνημών κυρίως την πρώτη μετεγχειρητική μέρα, διότι ο ασθενής αυτός έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης θρομβοεμβολών. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να λαμβάνει 2 – 3 L νερό ημερησίως ελαττώνοντας έτσι τον καύσο στην ούρηση και την ουρολοίμωξη (Lemone & Burke, 2006).

Διατηρείται κλινήρης την ημέρα του χειρουργείου, ελέγχεται για τυχόν εν τω

βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή. Σημαντικό είναι η ουρογεννητική περιοχή να παραμείνει καθαρή αποφεύγοντας έτσι κάθε παρέμβαση ή θεραπεία από το ορθό. Όσων αφορά την φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη των λοιμώξεων. Ο πόνος αντιμετωπίζεται με αναλγητικά σκευάσματα, ένα υπακτικό μαλακτικό κοπράνων μπορεί να δοθεί στον ασθενή, διότι τα φάρμακα μπορεί να του προκαλέσουν δυσκοιλιότητα. Ο ασθενής μπορεί επίσης να φέρει και ρινογαστρικό σωλήνα λόγω του εκτεταμένου χειρουργείου, ο οποίος συνήθως αφαιρείται τη δεύτερη μετεγχειρητική μέρα, ακολούθως ο ασθενής θα λάβει υγρά από το στόμα και στερεές τροφές όταν επανέλθουν εντερικοί ήχοι. Η κινητοποίηση του ασθενή συχνά ξεκινά την επόμενη μέρα μετά την επέμβαση, παρέχεται βοήθεια ώστε να κινητοποιηθεί τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα. Ωστόσο οίδημα στο όσχεο και το πέος μπορεί να συμβεί λόγω της διακοπής της λεμφικής πυελικής ροής (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.10.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενή με καρκίνο του προστάτη.

Η διαδικασία εξόδου από το νοσοκομείο συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση, την αναγνώριση των αναγκών της συνεχούς φροντίδας, κατάρτισης και την εφαρμογή ενός σχεδίου που θα καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς. Η διαδικασία ξεκινά από την εισαγωγή του ασθενή στην κλινική, εκτιμώντας έτσι από την αρχή τις ανάγκες του ασθενούς σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς οι ογκολογικοί ασθενείς έρχονται σε επαφή με το πρόσωπο του περιβάλλοντος αυτού για θεραπείες και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Πολλοί επαγγελματίες υγείας είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην διαδικασία αυτή, όμως ο νοσηλευτής και ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι πιο σημαντικοί. Η ανάπτυξη μιας συστηματικής προσέγγισης θα βοηθήσει στην κατάρτιση ενός αποτελεσματικού πλάνου φροντίδας. Οι ασθενείς και η οικογένειά τους πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία και η εκπαίδευση τους σχετικά με την αυτοφροντίδα κρίνεται σημαντική σε ένα πλάνο εξόδου, πρώτα όμως θα πρέπει να αξιολογηθούν οι μαθησιακές ανάγκες που θα επηρεάσουν την ικανότητά τους για την αποτελεσματική διδασκαλία (Osborn et al., 2013).

Ο ασθενής μπορεί να σχεδιάσει καλύτερα τη φροντίδα του στο σπίτι όταν γνωρίζει τι πρόκειται να αντιμετωπίσει. Το βασικότερο πράγμα όταν επιστρέφει στο σπίτι είναι η περιποίηση του ουροκαθετήρα που πιθανόν να έχει και αφού επιστρέψει

στο σπίτι. Ένας καθετήρας που αποχετεύει ούρα μπορεί να παραμείνει για 3 εβδομάδες. Διδάσκεται ο ασθενής πώς να φροντίζει τον ουροκαθετήρα του, να τον αλλάζει μία φορά την εβδομάδα να χρησιμοποιεί τον ουροσηλλέκτη και να αναγνωρίζει λοιμώξεις. Το βάδισμα μικρών αποστάσεων ενθαρρύνεται, αλλά απαγορεύεται η άρση βάρους για διάστημα έως 6 εβδομάδες. Πρέπει να διατηρούν μια όρθια στάση και να μην περπατούν σε κάμψη, η έντονη άσκηση απαγορεύεται για 12 εβδομάδες τουλάχιστον. Καθοδηγείται ώστε να μην σφίγγεται υπερβολικά κατά την αφόδευση, χορηγείται εάν έχει συνταγογραφηθεί κάποιο οπιοειδές για την αντιμετώπιση του πόνου. Εκπαιδεύεται πώς να παρατηρεί το χειρουργικό τραύμα καθημερινά για σημεία λοίμωξης. Εξετάσεις του PSA αίματος γίνονται στις 6 εβδομάδες από την επέμβαση και ακολούθως κάθε 4-6 μήνες για τον έλεγχο της νόσου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Ωφέλιμο θα ήταν πληροφορηθεί σχετικά με κάποια σημεία όπως:

- Να πίνει άφθονο νερό κατά τη διάρκεια της μέρας ώστε να ρέουν ελεύθερα τα ούρα.
- Σε περίπτωση που παρατηρήσει αίμα στα ούρα να ξαπλώσει και αν συνεχιστεί να επικοινωνήσει με τον χειρουργό.
- Να διατηρεί καθαρό τον καθετήρα καθαρίζοντάς τον γύρω από την ουρήθρα αρκετά καλά.
- Να αναφέρει σημεία λοίμωξης όπως πυρετό ή ρίγος.
- Μετά την αφαίρεση του καθετήρα μπορεί να παρατηρηθεί στάγδην αποβολή στα ούρα για διάστημα ως και 6 μήνες, το πρόβλημα αυτό συνήθως αποχωρεί, κυρίως με ασκήσεις ενδυνάμωσης του περινέου.
- Με την πλήρη επούλωση να αναφέρει στον χειρουργό την ροή των ούρων και αν υπάρχει κάτι που τον ανησυχεί.
- Επίσης σημαντικό ο ετήσιος επανέλεγχος για να παρακολουθήσει της εξέλιξης της νόσου (Dewit, 2009).

3.10.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενή με καρκίνο του προστάτη.

Η Ογκολογική νοσηλευτική επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο. Κατανοώντας το πλήρες αντίκτυπο της θεραπείας είναι επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές να βοηθήσουν τους ασθενείς με δύσκολες αποφάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία και την προσαρμογή στις επιπτώσεις της θεραπείας. Οι Pruzinsky και Cash υποστηρίζουν ότι η συνεχιζόμενη άγνοια της

επιρροής της εικόνας του σώματος σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους δείχνει ότι οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν. Είναι επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές ογκολογίας να επικεντρωθούν στην ανθρώπινη απάντηση, στις προκλήσεις του καρκίνου και της θεραπείας του σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των επιζώντων και να αντιμετωπίσουν την ποιότητα των αλλαγών της εικόνας του σώματος (Harrington, 2011).

Με την εύρεση του καρκίνου του προστάτη και των διάφορων θεραπειών η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και η εκπαίδευση των ασθενών βρίσκονται στο επίκεντρο της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ασθενείς ενημερώνονται σχετικά με τον έλεγχο της νόσου και τους προσφέρονται τεκμηριωμένες καθοδηγήσεις. Οι κίνδυνοι, τα οφέλη και οι εναλλακτικές λύσεις σε όλες τις μορφές θεραπείας θα πρέπει να προσφέρονται έτσι ώστε ο ασθενής και η οικογένεια να μπορούν να λάβουν μια τεκμηριωμένη απόφαση. Καθώς η συχνότητα εμφάνισης της νόσου συνεχίζει να αυξάνεται, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και της παρενέργειας που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής και στη συμβουλευτική των ανδρών αυτών που αντιμετωπίζουν την κακοήθεια. Όσες νεότερες θεραπείες προκύψουν για τη νόσο αυτή η υποστηρικτική φροντίδα των νοσηλευτών όσον αφορά την εκπαίδευση και τη διαχείριση των παρενεργειών θα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η νοσηλευτική έρευνα θα είναι επίσης αναγκαίο να διερευνήσει περαιτέρω την ποιότητα ανησυχιών της ζωής και την πρακτική βάση στοιχείων που σχετίζονται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων (Dunn & Kazer, 2011).

Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να παρέχει μια προσαρμοσμένη προσέγγιση για τα πιο έντονα και αγχωτικά συμπτώματα του ασθενούς. Για παράδειγμα, ένας ογκολογικός νοσηλευτής με γνώση των αρχών της διαχείρισης του πόνου θα γνωρίζει ότι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου και η δοσολογία συνιστάται όταν ο πόνος είναι συνεχής. Το ίδιο ισχύει και για τις προσεγγίσεις διαχείρισης σε άλλα συμπτώματα όπως δύσπνοια, άγχος και κατάθλιψη. Έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν γνώση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών, ώστε οι βέλτιστες πρακτικές να μπορούν να μεταφραστούν σε κλινικό περιβάλλον. Καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται και οι ασθενείς είναι πιο κοντά στο θάνατο, τα συμπτώματα συχνά επιδεινώνονται μαζί με το άγχος και άλλες ψυχοκοινωνικές εκδηλώσεις. Χρήσιμο είναι να καταβληθούν όλες οι προσπάθειες για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, χωρίς να θυσιάζεται η

γνωστική του λειτουργία, καθώς οι συζητήσεις θα πρέπει να γίνονται για δυναμικό λόγο, για ανεπιθύμητες παρενέργειες εάν τα συμπτώματα γίνονται επώδυνα και απαιτείται ταχεία παρέμβαση. Οι ασθενείς λοιπόν θα πρέπει να λάβουν τεκμηριωμένη απόφαση σχετικά με τα μέτρα άνεσης, την εξισορρόπηση των παρενεργειών και της ποιότητα ζωής τους (Brant, 2010).

Κλείνοντας, ο στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς με καρκίνο στο τέλος της ζωής τους, παρέχοντας άνεση ενώ διατηρείται υψηλή η ποιότητα ζωής. Ο ασθενής εκφράζει πολλά ισχυρά συναισθήματα στην τελευταία φάση της ζωής του. Τα άτομα του περιβάλλοντός του δεν μπορούν σχεδόν ποτέ να μειώσουν άμεσα μέσω του διαλόγου το φόβο του θανάτου. Ο νοσηλευτής είναι περισσότερο χρήσιμος για τον ασθενή απλά με το να βρίσκεται πλάι του και να τον βεβαιώνει ότι νοιάζεται, δείχνοντάς του ενδιαφέρον φροντίδας είναι δυνατόν να παρέχει περισσότερη υποστήριξη στον ασθενή. Όταν ο ασθενής εμφανίζει συμπεριφορά, η οποία μπορεί να αναστατώσει την οικογένεια, ο νοσηλευτής μπορεί να εξηγήσει ότι ο ασθενής περνάει από κάποια στάδια και δεν οφείλετε σε κάποιο λάθος εκ μέρους της οικογένειας. Αυτές είναι οι στιγμές που τόσο οι ασθενείς όσο και η οικογένεια τους, έχουν ανάγκη τη νοσηλευτική παρέμβαση, η οποία κρίνεται ιδιαίτερα ανακουφιστική σε αυτήν την φάση (Dewit, 2009).

3.11 Η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη.

Η ηλικία μπορεί να επηρεάσει την ανταπόκριση του ατόμου σε μια ασθένεια όπως είναι και ο καρκίνος. Τα νεότερα άτομα (κάτω των 65) σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για ψυχολογικά προβλήματα. Επιπλέον τα νεότερα άτομα με καρκίνο έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη αναστάτωση της ζωής τους. Ασθενείς με καρκίνο του προστάτη (μέσης ηλικίας 73) η σωματική δυσλειτουργία άφησε τα άτομα αυτά ευάλωτα απέναντι σε προβλήματα που σχετίζονται με την συναισθηματική υγεία, γεγονός που υποδηλώνει την αλληλένδετο των σωματικών και συναισθηματικών πτυχών της ποιότητας της ζωής τους (Harden et al. 2008).

Η ποιότητα ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς αυτούς, αφού η νόσος εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς και βιώνουν τη νόσο για αρκετά χρόνια. Δεν υπάρχει κάποια θεραπεία που θα μπορούσε να είναι καλύτερη απ' την άλλη. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διάφορες παρενέργειες των θεραπειών θα επηρεάσουν την ποιότητα ζωής σε διάφορες μορφές και αυτές οι παρενέργειες

περιλαμβάνουν το ουροποιητικό σύστημα, το πεπτικό σύστημα και τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο καρκίνος του προστάτη ως ασθένεια δεν φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής πριν από την έναρξη της θεραπείας, όμως τα αποδεικτικά στοιχεία για αυτό δεν είναι επαρκές (Caughan et al., 2012)

Οι ασθενείς ηλικίας (65-74) έχουν βρει τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη λιγότερο απειλητική για την ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες μέσης ηλικίας. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνδρες μέσης ηλικίας που εργάζονται μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερη αναστάτωση στην καθημερινότητά τους και περισσότερες αρνητικές συνέπειες για την οικονομική τους κατάσταση, σε σχέση με τους πιο νέους σε ηλικία άνδρες. Οι ηλικιωμένοι άνδρες μπορεί ήδη να βιώνουν το στρες που σχετίζονται με τη γήρανση και άλλες συν - υπάρχουσες συνθήκες υγείας, έτσι ώστε η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη και η θεραπεία να προκαλεί μεγαλύτερο άγχος για τη διαχείριση της νόσου η οποία με τη σειρά της επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγηση της ασθένειάς τους (Harden et al. 2008).

Δεν θεωρείται σημαντική μόνο η διάρκεια της ζωής, αλλά και η ποιότητα αυτής στους επιζώντες η οποία θεωρείται ζωτικής σημασίας, καθώς οι άνδρες ζουν περισσότερο με τις συνέπειες της ασθένειας και της θεραπείας της. Οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη έχουν αναφέρει μια σειρά από δυσκολίες και σε αυτές συμπεριλαμβάνονται: Η ψυχολογική δυσφορία, ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, την αυτοδιαχείριση των διαρκών συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα και τα μετέπειτα αποτελέσματα της θεραπείας (Paterson et al., 2015).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα μετά από τη ριζική προστατεκτομή και είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ανδρών και να έχουν μια βαθιά επίδραση στην ανδρική συναισθηματική ευεξία. Ακράτεια, ανικανότητα, απώλεια της λίμπιντο και κούραση επηρεάζουν τις ζωές τόσο των ασθενών όσο και των συζύγων τους και μπορεί να μειώσουν την ποιότητα της ζωής και των δύο. Η ψυχική ποιότητα ζωής μπορεί επίσης να επηρεαστεί από το άγχος και την αβεβαιότητα που σημειώθηκαν κατά την εμπειρία του καρκίνου. Η κούραση και το άγχος που συνδέεται με την παροχή φροντίδας μπορεί ωστόσο να μειώσει την ποιότητα της ζωής του φροντιστή (Harden et al. 2008).

Όπως συμβαίνει σε πολλές χρόνιες ασθένειες και η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη και οι επιπτώσεις της δημιουργούν ένα τεράστιο βάρος για τις φυσικές και συναισθηματικές πόρους του ζευγαριού, λόγω των συνεπειών που σχετίζονται

με τη θεραπεία. Τα ζευγάρια που είναι επιζώντες του καρκίνου του προστάτη αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις που επηρεάζουν την υγεία, την ποιότητα ζωής και την επικοινωνία τους. Η νόσος και η θεραπεία της έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τους ασθενείς και τις συντρόφους τους. Οι επιζώντες και οι εταίροι τους έχουν εκφράσει οργή, απογοήτευση, απώλεια και θλίψη ως αποτέλεσμα των εμπειριών τους από την θεραπεία του καρκίνου του προστάτη (Galbraith et al., 2011).

3.12 Θεραπεία

Η θεραπεία αρχίζει με την πρωτογενή πρόληψη και επεκτείνεται όταν κρίνεται απαραίτητο, μέσω της διαχείρισης σε ένα περιβάλλον παρηγορητικής φροντίδας. Το βέλτιστο σχέδιο θεραπείας για ένα δεδομένο άνθρωπο βασίζεται σε πολλαπλές θεωρήσεις, συμπεριλαμβανομένου του σταδίου του όγκου, βαθμού, την ηλικία του ατόμου και την προτίμησή του (που καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις της συντρόφου του ή της οικογένειά όποτε είναι εφικτό) (Gray&Sims, 2006).

Η αντιμετώπιση της νόσου εξαρτάται επίσης από τα επίπεδα του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA). Ασθενείς με υψηλό PSA μπορεί να μην αποτελούν καλούς υποψήφιους για ριζική παρέμβαση παρά την απουσία εμφανών απεικονιστικών μεταστάσεων. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπισθούν με ανδρογονικό αποκλεισμό (Δημόπουλος και συν, 2008).

Η νόσος συνήθως αναπτύσσεται με αργό ρυθμό. Η μετάβαση μιας λανθάνουσας μορφής καρκινώματος του προστάτη σε έκδηλη μορφή καρκίνου, απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα που συνήθως υπερβαίνει τη δεκαετία. Η Εξέλιξη της νόσου επηρεάζεται κυρίως από τον ιστολογικό βαθμό κακοήθειας (Gleason score). Τα χαμηλού βαθμού κακοήθειας είναι αυτά που δεν ξεπερνούν το βαθμό 6, ενώ τα αντίστοιχα θεωρούνται υψηλού βαθμού. Η αντιμετώπιση της νόσου αρχίζει από την απλή ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς χωρίς καμία θεραπευτική αγωγή και φτάνει μέχρι και τις πολύπλοκες θεραπείες. Σε γενικές γραμμές η πρώτη σκέψη πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική απόφαση είναι εάν η συγκεκριμένη περίπτωση καρκίνου είναι δυνητικά ιάσιμη ή όχι (Μπανκουσλί, 2008).

Δυνητικά ιάσιμοι ασθενείς είναι αυτοί που ο καρκίνος τους περιορίζεται αυστηρά εντός της κάψας του προστατικού αδένου (στάδιο T1-T2) και αντιμετωπίζονται κυρίως με προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία. Μη θεραπεύσιμοι ασθενείς θεωρούνται αυτοί που έχουν τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο και

αντιμετωπίζονται με ορμονοθεραπείες, τοπική ακτινοβολία και χημειοθεραπείες με τελικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Μπανκουσλί, 2008).

Η αντιμετώπιση της νόσου κατατάσσεται σε τρεις ομάδες: 1) Στάδιο T1, T2 NO που αντιμετωπίζονται με ριζική προστατεκτομή, ριζική ακτινοθεραπεία, παρακολούθηση, ανδρογονικός αποκλεισμός. 2) Στάδιο T3, T4 NO, εφαρμόζεται ριζική ακτινοθεραπεία και ανδρογονικός αποκλεισμός. 3) N+ ή απομακρυσμένες μεταστάσεις χορηγούνται αγωνιστές LH - RH, αντιανδρογόνα, ζολενδρονικό οξύ και χημειοθεραπεία (Δημόπουλος και συν, 2008).

Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών θα πρέπει να συνεκτιμάτε μαζί με τα οφέλη και τους κινδύνους στην επιλογή της θεραπείας. Η πρόγνωση χειροτερεύει όταν κατά την πρώτη διάγνωση υπάρχει τοπική επέκταση του όγκου (Μπανκουσλί, 2008).

Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη πολλών παρεμβάσεων της φροντίδας του ασθενούς κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, ακτινοβολίας ή και σε άλλες επιλογές θεραπείας. Όσων αφορά τις θεραπείες της στυτικής δυσλειτουργίας δεν έχουν καλά μελετηθεί για όλες τις επιλογές θεραπείας του καρκίνου του προστάτη, οι αρχές και οι στρατηγικές της πεικνής αποκατάστασης μπορεί να εφαρμοστούν σε όλους τους ασθενείς που βιώνουν στυτική δυσλειτουργία. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν τον κίνδυνο της στυτικής δυσλειτουργίας πριν από την επεξεργασία και την υλοποίηση των παρεμβάσεων για τη θεραπεία της δυσλειτουργίας αυτής (Mirza et al., 2011).

3.12.1 Ενεργό επιτήρηση

Ενεργό επιτήρηση (E.E) ονομάζεται η εναλλακτική λύση για την επιθετική θεραπεία για επιλεγμένους άνδρες με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη. Βασίζεται στην γνώση της φυσικής του καρκίνου του προστάτη που αποκαλύπτει ότι περίπου το 70% των όγκων είναι βραδείας ανάπτυξης (λανθάνουσας μορφής) και δεν μπορούν να απαιτούν θεραπεία όταν το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς είναι <10 έτη. Συμπεριλαμβάνει την προσεκτική παρακολούθηση για την εμφάνιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, οξεία επίσχεση ούρων ή σημεία που υποδηλώνουν μετάσταση. Ο ασθενής παρακολουθείται για σημεία και συμπτώματα της εξέλιξης της νόσου συμπεριλαμβανομένου της ακούσιας απώλειας βάρους, αιματουρίας ή πόνο στα οστά. Η επιλογή των ασθενών για ενεργό επιτήρηση βασίζεται στη γνώση της

χρονολογικής εμφάνισης της νόσου στον ασθενή καθώς και την ηλικία του άνδρα, άλλοι βασικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τις προτιμήσεις του ασθενούς, της συντρόφου ή της οικογένειας του ασθενή (Gray & Sims, 2006).

Η μέθοδος αυτή έχει γίνει πιο κοινή δεδομένου ότι η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη σε πρώιμο στάδιο έχει αυξηθεί με την έλευση του PSA. Η E. E μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση για την οριστική θεραπεία με χαμηλό PSA και με την ασθένεια στο πρώιμο στάδιο. Πρωτόκολλα της E. E περιλαμβάνουν περιοδικές αξιολογήσεις PSA, δακτυλική εξέταση, επαναλαμβανόμενες βιοψίες του προστάτη και μια εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων, προσαρμογή και υποστήριξη των πόρων του ασθενούς. Η οριστική θεραπεία θα πρέπει να προσφέρεται σε ασθενείς των οποίων ο καρκίνος βρέθηκε να έχει προχωρήσει ή να είναι πιο επιθετικής μορφής (Dunn & Kazer, 2011).

Οι ασθενείς με πολύ χαμηλό κίνδυνο καρκίνου του προστάτη αρχικά δεν αντιμετωπίζονται αλλά παρακολουθούνται σε περίπτωση εξέλιξης της νόσου. Η E. E επινοήθηκε με στόχο τη μείωση της αναλογίας των υπερθεραπειών σε ασθενείς με κλινικά χαμηλού κινδύνου καρκίνου του προστάτη με βάση τα πρώιμα δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι οι άνδρες με καλά διαφοροποιημένο καρκίνο του προστάτη έχουν 20 - ειδικό ποσοστό επιβίωσης στην ομάδα του καρκίνου του προστάτη κατά 80-90%. Έχουν εντοπιστεί διάφορα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα ακολουθήσουν την ενεργό επιτήρηση, σε αυτά συμπεριλαμβάνονται:

- Κλινικά περιορισμένος καρκίνος του προστάτη (T1 – T2).
- Gleason score <6.
- Τρεις ή λιγότερες βιοψίες που εμπλέκονται με τον καρκίνο.
- PSA < 10 ng / ml (Heidenreich et al, 2011).

3.12.2 Ακτινοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Η ακτινοθεραπεία θεωρείται ως μια μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Η χρησιμότητάς της έχει να κάνει με τον έλεγχο της μετάστασης της νόσου και την πρόληψη της μικροσκοπικής νόσου. Πάνω από το 50% των ασθενών θα υποβληθούν στην ακτινοθεραπεία κατά τη διάρκεια της νόσου (Osborn et al., 2013).

Η θεραπεία αυτή έχει ως μεγάλο πλεονέκτημα ότι η τοπική καταστροφή του όγκου γίνεται χωρίς καμία δυσφορία ενώ παράλληλα διατηρείται η λειτουργικότητα του οργάνου, χρησιμοποιείται για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα και την

ελάχιστη καταστροφή των φυσιολογικών κυττάρων. Σαφώς και η μέθοδος αυτή συμπεριλαμβάνει και κινδύνους γι αυτό θα πρέπει να εφαρμόζονται και προφυλάξεις. Δύο από τις παρενέργειες που συμπεριλαμβάνει η ακτινοθεραπεία είναι η διαταραχή στην αίσθηση της γεύσης και σωματική εξάντληση (Χαράτση - Γιωτάκη, 2010).

Η ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως βασική θεραπεία του καρκίνου του προστάτη. Μακροχρόνια προβλήματα ανικανότητας και ακράτειας ούρων μπορεί να αποφευχθούν και τα ποσοστά επιβίωσης συχνά είναι όμοια (Lemone and Burke, 2006).

Η ακτινοθεραπεία με εξωτερική δέσμη ακτινοβολίας χρησιμοποιείται για τους παρακάτω λόγους:

- Ως εναλλακτική μέθοδος ως προς τη χειρουργική επέμβαση.
- Ως συμπληρωματική της ριζικής προστατεκτομής.
- Για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενή (Ignatavicius & Workan, 2008).

Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του νοσηλευτή εξαρτάται από τη διαδικασία και τις παρενέργειες. Ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί σχετικά με το ενδεχόμενο προστατίτιδας, κυστίτιδας ή και δερματίτιδας καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιεί τα προστατευτικά υλικά του δέρματος και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Osborn et al., 2013).

Κόπωση, υπνηλία, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη και το άγχος έχουν σημειωθεί ως κοινά και καθοριστικά συμπτώματα που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία. Ερεθισμός του δέρματος με κνησμό μπορεί επίσης να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο (Brant, 2010).

Η βραχυθεραπεία συμπεριλαμβάνει την τοποθέτηση ραδιενεργών πηγών στον προστατικό ιστό μέσω βελόνας, τους σπόρους ή τα καλώδια με την καθοδήγηση του διουρθρικού υπερηχογραφήματος. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο της ή και όχι. Υπάρχουν δύο τεχνικές για την παροχή βραχυθεραπείας: Με ρυθμό χαμηλής ή υψηλής δόσης (Dunn & Kazer, 2011).

Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με εξωτερική ακτινοβολία για τη μέγιστη επίδραση πάνω στον όγκο. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί σε μια περίοδο αρκετών ημερών με τη χορήγηση μιας μικρής δόσης είτε μέσα σε λίγα λεπτά με τη χορήγηση αυξημένης δόσης. Η τεχνική με υψηλή δέσμη είναι μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται για τη διασπορά της ακτινοθεραπείας. Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων μέσα σε κοιλότητα του σώματος ή δομή

πραγματοποιείται μέσω ειδικών εργαλείων εφαρμογής. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και της οικογένειάς τους σχετικά με το εμφύτευμα, συμπεριλαμβάνοντας τη διεργασία, τις επιδράσεις και τις στρατηγικές για τη διαχείριση των επιδράσεών του. Πριν την τοποθέτηση του εμφυτεύματος οι ασθενείς ενημερώνονται για τη διαχείριση των συμπτωμάτων, τους περιορισμούς της δραστηριότητας όταν έχει τοποθετηθεί το εμφύτευμα και πότε να ενημερώνουν τους επαγγελματίες υγείας για τυχόν επιπλοκές (Osborn et al., 2013).

Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας συμπεριλαμβάνει πληροφορίες για την ασθένεια, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να γίνουν καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας. Ενημερώνεται ο ασθενής για τη διαδικασία που θα ακολουθήσει, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσουν όπως και για την αντιμετώπισή τους. Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση της θεραπείας αυτής με τη χημειοθεραπεία ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει και τα δύο αυτά είδη θεραπείας, διότι όταν χορηγούνται ταυτόχρονα επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που θα χορηγηθούν και να τηρηθούν οι κανόνες ασφαλείας (Karper & Haas, 2006).

Κλείνοντας, ο άνδρας που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με τους άλλους για μία εβδομάδα να κοιμάται σε ξεχωριστό δωμάτιο, αποφυγή επαφής με τις έγκυες γυναίκες, βρέφη και παιδιά. Να χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, διότι το σπέρμα μπορεί να είναι αποχρωματισμένο (Lemone & Burke, 2006).

3.12.3 Χημειοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Χημειοθεραπεία ονομάζεται η συστηματική χορήγηση κυτταροτοξικών ουσιών για τη θεραπεία του καρκίνου. Η διαδικασία αυτή έχει ως στόχο την ίαση, τον έλεγχο της διασποράς ή την ανακούφιση του ασθενούς. Μπορεί να χρησιμοποιείται με πολλούς τρόπους όπως είναι η επικουρική θεραπεία η οποία χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, η νεοεπικουρική η οποία γίνεται πριν την χειρουργική αφαίρεση του όγκου, πρωτογενής εφαρμόζεται όταν οι άλλες θεραπείες δεν είχαν αποτέλεσμα, επαγωγική όταν δεν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές και η συνδυαστική γίνεται σε συνδυασμό με άλλα σκευάσματα (Osborn et al., 2013).

Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ανθεκτικότητα στην ορμονοθεραπεία ή εξ αρχής ανθεκτικότητα. Μέχρι πριν λίγα χρόνια δεν υπήρχε χημειοθεραπευτικό φάρμακο με αντικειμενική ανταπόκριση σε αυτούς τους ασθενείς, εκτός από το Mitoxantrone που προκαλούσε μείωση του PSA στο 30% (Μπανκουσλί, 2008).

Σκοπός είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων μέχρι 99% εξαρτώμενο από τη δόση που θα χορηγηθεί. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται για να διακόψουν την αναπαραγωγή των κυττάρων σε κρίσιμα σημεία του κυτταρικού κύκλου (Osborn et al., 2013).

Οι νοσηλευτές δίνουν μεγάλη σημασία τόσο στον τρόπο έγχυσης των φαρμάκων όσο και στην εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν. Οι παρενέργειες των φαρμάκων αυτών ποικίλουν ανάλογα με το σύστημα που θα προσβληθεί, προσβάλλοντας έτσι το ουρογεννητικό σύστημα, τη νεφρική λειτουργία, την καρδιακή λειτουργία, πνευμονική λειτουργία. Οι νοσηλευτές λοιπόν πρέπει να εκπαιδεύουν τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τις διάφορες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, να ενθαρρύνει τον ασθενή να ισορροπεί μεταξύ δραστηριότητας, ξεκούρασης και βελτίωσης της διατροφικής πρόληψης. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών είναι γεμάτη προκλήσεις και πολύπλοκη, έτσι ο νοσηλευτής οφείλει να αξιολογήσει καταστάσεις που συμπεριλαμβάνουν τον έλεγχο του πόνου, την αιμοδυναμική σταθερότητα και τη συναισθηματική του κατάσταση (Osborn et al., 2013).

3.12.4 Ορμονοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Λόγω του ότι η νόσος θεωρείται ορμονοεξαρτώμενη οι ασθενείς που έχουν εκτεταμένους όγκους αντιμετωπίζονται με καταστολή των ανδρογόνων. Η επίδραση της τεστοστερόνης είναι δυνατόν να καταργηθεί με αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή ή να χορηγηθούν οιστρογόνα ή ανάλογα αγωνιστές της ορμόνης που απελευθερώνει γοναδοτροπίνη (GnRH) (Ignatavicius & Workman, 2008).

Στους περισσότερους ασθενείς η ορμονοθεραπεία λειτουργεί πολύ καλά και πολύ γρήγορα στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην καθυστέρηση της νόσου. Δυστυχώς όμως σχεδόν όλοι οι ασθενείς αποκτούν ορμονοαντοχή, με συνέπεια να δημιουργείται η ανάγκη για νέα θεραπευτικά μέσα. Όσων αφορά τους ασθενείς που έχουν αντιμετωπιστεί με ριζική προστατεκτομή ή ακτινοβολία και παρουσιάζουν βιοχημική μόνο υποτροπή, χωρίς ακτινολογική ένδειξη ο τομέας της έρευνας δεν έχει καταλήξει ακόμη σε ομοφωνία για τον κατάλληλο χρόνο έναρξης

της ορμοθεραπείας (Μπανκουσλί, 2008).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας συμπεριλαμβάνουν την ανικανότητα, εξάψεις, κόπωση, γυναικομαστία, αύξηση του σωματικού βάρους, απώλεια της μυϊκής μάζας, κατάθλιψη και οστεοπόρωση (Δημόπουλος και συν., 2008).

Ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε ορμονοθεραπεία ή ορχεκτομή εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί εκτός του προστατικού αδένου. Εάν επιλεγεί ορχεκτομή, η χειρουργική επέμβαση είναι ταχεία. Η απώλεια των όρχεων, ωστόσο μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή. Η απώλεια του ανδρισμού μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, λόγω αλλαγής της εικόνας του σώματος και της λειτουργίας του. Η ορμονοθεραπεία είναι αρκετά πιθανόν να μειώσει τα επίπεδα τεστοστερόνης αλλά οι παρενέργειες μπορεί να είναι πιο επώδυνες για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα βοηθήσει στην εξεύρεση τρόπων μείωσης των ανεπιθύμητων παρενεργειών και να προσφέρει υποστήριξη στο ζευγάρι, καθώς προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις αλλαγές (Osborn et al, 2013).

Σημαντικό είναι να αξιολογούνται οι ασθενείς 3 – 6 μήνες μετά την θεραπεία. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να συμπεριλαμβάνει τη καταμέτρηση του PSA, τη δακτυλική εξέταση και την προσεκτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, ώστε να κριθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας. Αν οι ασθενείς υποβάλλονται σε διαλείποντα ανδρογονικό αποκλεισμό, το PSA και η τεστοστερόνη θα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε 3 μήνες κατά την περίοδο διακοπής της θεραπείας αυτής. Η παρακολούθηση πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τα συμπτώματα ή τη πρόγνωση της νόσου που έχει ο κάθε ασθενής. Σε ασθενείς με M0 στάδιο με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, η παρακολούθηση προγραμματίζεται κάθε 6. Για τους ασθενείς σταδίου M1 και καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, η παρακολούθησή τους συνιστάται κάθε 3 – 6 μήνες. Στο στάδιο M0 πρέπει να ελέγχονται επίσης και τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, κρεατινικής και αλκαλικής φωσφατάσης. Σε περίπτωση που παρατηρείται εξέλιξη της νόσου ή ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία τότε η παρακολούθηση πρέπει να εξατομικεύεται και να ακολουθούνται και άλλες απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες βέβαια δεν συνιστάται σε σταθερούς ασθενείς (Heidenreich et al., 2011).

3.12.5 Ριζική προστατεκτομή και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Η χειρουργική επέμβαση για την οριστική θεραπεία του καρκίνου του προστάτη περιλαμβάνει την ανοικτή ριζική προστατεκτομή, την λαπαροσκοπική ριζική

προστατεκτομή και τη ρομποτική υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή. Κατά τη διάρκεια της ριζικής προστατεκτομής αφαιρείται ολόκληρος ο αδένας του προστάτη και οι σπερματοδόχες κύστεις. Ο ασθενής θα πρέπει να συμβουλευτείται για τους κινδύνους της γενικής χειρουργικής και τους ειδικούς κινδύνους που σχετίζονται με την προστατεκτομή πριν την επέμβαση. Η στυτική λειτουργία είναι σε καλύτερη κατάσταση μετεγχειρητικά, εφόσον πριν την επέμβαση ήταν σε καλή κατάσταση και ο ασθενής έκανε την κατάλληλη προεγχειρητική φροντίδα και ηλικία του βρίσκεται < 60 έτη (Dunn & Kazer, 2011). Η ριζική προστατεκτομή είναι μια καλά αναγνωρισμένη θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη. Ανεξάρτητα από τη χειρουργική προσέγγιση, η χειρουργική επέμβαση επιτυγχάνει την αφαίρεση ολόκληρου του αδένα του προστάτη και της ουροδόχου κύστης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η σωματική βλάβη λείων μυών. Η απώλεια της στύσης συνδέεται επίσης με την υποξία του πέους, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του κολλαγόνου και την απόπτωση των λείων μυών (Mirza et al., 2011).

Η μέθοδος της θεραπείας αυτής συνιστάται στη χειρουργική αφαίρεση του προστατικού αδένα, της προστατικής μοίρας της ουρήθρας και των σπερματοδόχων κύστεων, σε συνδυασμό με την αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου. Σε αυτή τη διαδικασία υποβάλλονται ασθενείς <75 ετών, χωρίς ιδιαίτερα ιατρικά προβλήματα, με όγκο σταδίου T1 ή T2 χωρίς κλινικά ή υπερηχοτομογραφικά στοιχεία, επίπεδα (PSA) < 10 ng/ml και βαθμός διαφοροποίησης 5 κατά κλίμακα Gleason είναι δυνατόν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Δημόπουλος και συν, 2008).

Μία άλλη εναλλακτική όπως η διουρηθρική προστατεκτομή του προστάτη (TURP) σχεδόν πάντα θεωρείται ως το πρότυπο στη χειρουργική θεραπεία για την καλοήγη προστατική απόφραξη (BPO). Ωστόσο, η διουρηθρική προστατεκτομή έχει συσχετιστεί με περιεγχειρητική νοσηρότητα, οι οποίοι έχει άμεση σχέση με τον όγκο του προστάτη και χειρουργικά ασθενείς υψηλού κινδύνου με τη σχετική συν νοσηρότητα, όπως είναι οι βηματοδότες. Η εξαρτώμενη από το χρόνο απορρόφηση του ηλεκτρολύτη ελεύθερου υγρού καταιονισμού που οδηγεί σε υπονατρίαμια, συνήθως περιορίζει το χρόνο για να εκτελέσει μια ασφαλής μονοπολική διουρηθρική προστατεκτομή ειδικά σε μεγάλα αδενώματα (Enhilali & Elkoushy, 2016).

Αφού έχει γίνει η προεγχειρητική διαδικασία, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει για τη χρήση του υπερηβικού καθετήρα και το σχέδιο αντιμετώπισης του πόνου

του. Χρήσιμη είναι η συναισθηματική υποστήριξη καθώς θα αντιμετωπίζει ορισμένες από τις επιπλοκές όπως είναι ακράτεια ούρων, η στυτική δυσλειτουργία και η πιθανή βλάβη του ορθού και του πρωκτού. Η ακράτεια ούρων είναι πιο πιθανό να συμβεί αμέσως μετά από τη χειρουργική επέμβαση και βελτιώνεται κατά τους επόμενους 6 μήνες έως 2 χρόνια σε ποσοστό περίπου 50%. Η ενίσχυση της εκπαίδευσης και η επανάληψη της πληροφόρησης είναι αναγκαίες για τους αγχώδεις ασθενείς και τις συντρόφους του (Osborn et al, 2013).

Η ακράτεια είναι πιθανή γιατί ο έσω και ο έξω σφιγκτήρας της κύστης βρίσκονται κοντά στον προστάτη και αρκετά συχνά καταστρέφονται λόγω της επέμβασης. Οι περινεϊκές ασκήσεις Kegel πιθανόν να ελαττώσουν τη σοβαρότητα της ακράτειας, ωστόσο μία άλλη εναλλακτική παρέμβαση συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση βιο – ανάδρασης και τη χειρουργική τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα της ουρήθρας (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η ριζική προστατεκτομή ανήκει στα μεγάλα χειρουργεία και μια κοινή επιπλοκή είναι η αιμορραγία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση συμβαίνει μετεγχειρητικά λόγω κολλώδους θρόμβου στον σωλήνα της παροχέτευσης, έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί συχνά το σωλήνα για πιθανή αναδίπλωση και κατάλληλη ροή ούρων. Στάγδην αποβολή ούρων παρατηρείται συχνά μετά την επέμβαση λόγω μείωσης του τόνου του σφιγκτήρα και συνήθως υποχωρεί σε 6 μήνες. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί το χειρουργικό τραύμα και τα επικαλύμματα της τομής, αντικαθιστώντας όταν χρειάζεται, διότι τα ούρα είναι πολύ ερεθιστικά για το δέρμα. Πριν τη χορήγηση φαρμάκων ελέγχεται η βατότητα του καθετήρα, καθώς η απόφραξη είναι δυνατόν να προκαλέσει σπασμό της ουροδόχου κύστης. Επίσης ο ασθενής μπορεί να φέρει αντλία για την παροχή ελεγχόμενης από τον ασθενή αναισθησία και τον έλεγχο του πόνου (Dewit, 2009).

Η περίοδος επούλωσης διαρκεί από 4 έως 8 εβδομάδες. Διευκρινίζεται στον ασθενή ότι πρέπει να είναι προσεκτικός στο περπάτημά του και να εξακολουθεί να κάνει τις ασκήσεις ραχιαίας κάμψεως για την παρεμπόδιση θρόμβων στις κνήμες. Η αιμορραγία μπορεί να είναι παρόν οποτεδήποτε μετά την επέμβαση και συνήθως μετά από ένα βήχα, αφόδευση ή έντονη άσκηση. Αυτό που μπορεί να κάνει αρχικά ο ασθενής, είναι ανάπαυση και αυξημένη πρόσληψη υγρών και σε περίπτωση που αυτή επιμένει να επικοινωνήσει με το γιατρό του. Μπορεί να ξεκινήσει και πάλι τη φυσιολογική δίαιτά του, αποφεύγοντας το αλκοόλ εκτός έχει διαφορετική οδηγία από το γιατρό. Θα πρέπει να αποφεύγεται η ερωτική επαφή με τη σύντροφό του για 6 εβδομάδες μετά την εγχείρηση για αποφυγή αιμορραγίας και παλινδρόμησης του

σπέρματος στην ουροδόχο κύστη. Μετά την απομάκρυνση του καθετήρα ο ασθενής μπορεί να νιώσει καύσο κατά τη διάρκεια της ούρησης ή διάρροια για μερικές εβδομάδες, αυτά τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν καθώς επουλώνεται η περιοχή. Κλείνοντας, ενημερώνεται ο ασθενής να επικοινωνήσει με το γιατρό εάν δεν μπορεί να ουρήσει, να ελέγξει την αιμορραγία ή εάν έχει πυρετό (Lemone & Burke, 2006).

3.12.6 Κρυοχειρουργική

Η κρυοχειρουργική είναι ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης που περιλαμβάνει την κατάψυξη του προστάτη αδένου. Κρυοθεραπεία είναι μια θεραπεία επιλογής για τους άνδρες με εντοπισμένη νόσο υψηλού κινδύνου, αν η ριζική προστατεκτομή αντενδείκνυται και συνήθως περιορίζεται σε άνδρες με το στάδιο του καρκίνου του προστάτη T1N0M0 (Dunn & Kazer, 2011).

Η κρυοχειρουργική κατάλυση λοιπόν είναι μια εναλλακτική επεμβατική μέθοδος που διενεργείται δια του ορθού με μακρόχρονη νοσηλεία και λιγότερες παρενέργειες ενώ αμφοτερόπλευρη ορχεοτομή εφαρμόζεται σε εκτεταμένη μεταστατική νόσο (Χαράτση - Γιωτάκη, 2014).

Η μέθοδος αυτή επιφυλάσσεται για τους ασθενείς με καρκίνο εντοπισμένο εντός του προστάτη. Κατά τη διαδικασία της επέμβασης ο ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και ένας διορθικός ηχοβολέας υπερήχων εισέρχεται στο ορθό. Το υγρό άζωτο παγώνει τον προστατικό αδένου με επακόλουθο τη νέκρωση των προστατικών κυττάρων τα οποία σταδιακά απορροφούνται από το σώμα. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επέμβασης είναι η ελάχιστη απώλεια αίματος και ελάχιστος πόνος. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι σε θέση να επανέλθουν στην καθημερινότητά τους εντός μιας εβδομάδας μετά την επέμβαση (Ignatavicius & Workman, 2008).

Οι καθετήρες της ουροδόχου κύστης χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για να περιοριστεί η ζημιά σε μη καρκινικό ιστό και να βοηθήσει στην πρόληψη των επιπλοκών όπως η διάβρωση της ουρήθρας. Βελτιώσεις στην τεχνολογία επεξεργασίας οδήγησαν σε βελτιώσεις στις συνολικές κλινικές εκβάσεις (Mirza et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Το είδος της έρευνας

1. Racial/ethnic Differences in Lifestyle-related Factors and Prostate Cancer Risk: The Multiethnic Cohort Study.

[Cancer Causes Control](#). 2015 Oct;26(10):1507-15. doi: 10.1007/s10552-015-0644

[Park SY](#), [Haiman CA](#), [Cheng I](#), [Park SL](#), [ilkins LR](#), [Kolonel LN](#), [Le Marchand L](#), [Henderson BE](#).

PURPOSE: Older age, African ancestry, and family history of prostate cancer are well-established risk factors for prostate cancer, and all are non-modifiable. Various lifestyle factors have been examined in relation to prostate cancer risk, including diet, obesity, and physical activity; however, none of them has been consistently related to risk. In the Multiethnic Cohort Study, we investigated whether lifestyle-related factors are associated with prostate cancer risk and whether such factors explain the racial/ethnic differences in risk.

METHODS: During a mean follow-up of 13.9 years, 7,115 incident cases were identified among 75,216 white, African-American, Native Hawaiian, Japanese American, and Latino men. Cox proportional hazards models were used to calculate relative risks (RRs) and 95 % confidence intervals (95 % CIs) for prostate cancer.

RESULTS: Among selected lifestyle-related factors including body mass index, height, education, physical activity, and intakes of alcohol, calcium, legumes, lycopene, and selenium, only smoking (RR for current (≥ 20 cigarettes/day) vs. never smoking = 0.72; 95 % CI 0.63-0.83) and history of diabetes (RR for yes vs. no = 0.78; 95 % CI 0.72-0.85) were significantly associated with prostate cancer risk. Compared to whites, the risk of incident prostate cancer was two fold higher in African-Americans and 16 % higher in Latinos. Additional adjustment for a history of PSA testing did not change the results.

CONCLUSIONS: The findings suggest that racial/ethnic differences in prostate cancer risk are not explained by the lifestyle factors examined and that underlying genetic factors may be involved.

KEYWORDS: Cohort; Lifestyle factors; Multiethnic population; Prostate cancer; Racial/ethnic difference.

- ΦΥΛΕΤΙΚΕΣ / ΕΘΝΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Η ΠΟΛΥΕΘΝΙΚΗ COHORT ΜΕΛΕΤΗ.

Στόχος: Μεγαλύτερης ηλικίας άνδρες Αφρικανικής καταγωγής και με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη είναι αποδεδειγμένοι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του προστάτη και είναι αδιαμφισβήτητοι. Διάφοροι παράγοντες του τρόπου ζωής εξετάστηκαν σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής, της παχυσαρκίας και της σωματικής δραστηριότητας. Ωστόσο, κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν έχει σταθερά σχετιστεί με τον κίνδυνο. Στην Πολυεθνική έρευνα, ερευνήσαμε κατά πόσον οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής συνδέονται με τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη και εάν αυτοί οι παράγοντες εξηγούν τις φυλετικές / εθνικές διαφορές όσον αφορά στον κίνδυνο.

Μέθοδοι: Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 13,9 χρόνων, 7.115 περιπτώσεις περιστατικών αναγνωρίστηκαν μεταξύ 75.216 λευκών, Αφρο-Αμερικανών, καταγόμενων από την Χαβάη, Ιαπωνο-Αμερικανών και Λατίνων ανδρών. Cox αναλογικά μοντέλα κινδύνων χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των σχετικών κινδύνων (RRs) και 95% διαστήματα διαμονής / εμπιστοσύνης / σιγουριάς (95% CIs) για τον καρκίνο του προστάτη.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των επιλεγμένων παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένων του δείκτη μάζας σώματος, του ύψους, της εκπαίδευσης, της σωματικής δραστηριότητας και την πρόσληψης αλκοόλ, ασβεστίου, οσπρίων, λυκοπένιου, σεληνίου και "μόνο κάπνισμα" (RR για την τρέχουσα (C20 τσιγάρα / ημέρα) έναντι στο " ποτέ κάπνισμα" = 0,72 95% CI 0,63 – 0,83) και το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη (RR για να έναντι του όχι = 0,78 95% CI 0,72 – 0,85) σχετίστηκαν σημαντικά με τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη. Σε σύγκριση με τους λευκούς, ο κίνδυνος για περιστατικό καρκίνο του προστάτη ήταν δύο φορές μεγαλύτερος σε Αφρο-Αμερικανούς και 16% υψηλότερος σε Λατίνους. Πρόσθετη προσαρμογή για ένα ιστορικό δοκιμής PSA δεν άλλαξε τα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι φυλετικές / εθνικές διαφορές όσον αφορά στον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη δεν δικαιολογούνται από τους παράγοντες του τρόπου ζωής που εξετάστηκαν και ότι υποκείμενοι γενετικοί παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται.

Λέξεις κλειδιά: Παράγοντες του τρόπου ζωής, Πολυεθνικός πληθυσμός, Καρκίνος του προστάτη, Φυλετική / εθνοτική διαφορά.

2. Body Mass Index and Mortality in Men with Prostate Cancer.

Prostate. 2015 Aug 1;75(11):1129-36. doi: 10.1002/pros.23001. Epub 2015 Apr 30.

Cantarutti A, Bonn SE, Adami HO, Grönberg H, Bellocco R, Bälter K.

BACKGROUND: Body Mass index (BMI) has been shown to affect risk and mortality of several cancers. Prostate cancer and obesity are major public health concerns for middle-aged and older men. Previous studies of pre-diagnostic BMI have found an increased risk of prostate cancer mortality in obese patients.

OBJECTIVE: To study the associations between BMI at time of prostate cancer diagnosis and prostate cancer specific and overall mortality.

METHODS: BMI was analyzed both as a continuous variable and categorized into four groups based on the observed distribution in the cohort (BMI < 22.5, 22.5 < 25, 25 < 27.5 and ≥ 27.5 kg/m²). The association between BMI and mortality was assessed using stratified Cox proportional hazards models and by fitting regression splines for dose response analysis in 3,161 men diagnosed with prostate cancer. After 11 years of follow up via linkage to the population-based cause of death registry, we identified 1,161 (37%) deaths of which 690 (59%) were due to prostate cancer.

RESULTS: High BMI (BMI ≥ 27.5 kg/m²) was associated with a statistically significant increased risk of prostate cancer specific mortality (HR:1.44, 95% CI: 1.09-1.90) and overall mortality (HR:1.33, 95% CI: 1.09-1.63) compared to the reference group (BMI 22.5 < 25 kg/m²). Additionally, men with a low BMI (<22.5 kg/m²), had a statistically significant increased risk of prostate cancer specific mortality (HR:1.33, 95% CI: 1.02-1.74) and overall mortality (HR:1.36, 95% CI: 1.11-1.67) compared to the reference. However, this effect disappeared when men who died within the first two years of follow-up were excluded from the analyses while the increased risk of prostate cancer specific mortality and overall mortality remained statistically significant for men with a BMI ≥ 27.5 kg/m² (HR:1.44, 95% CI: 1.09-1.90 and HR: 1.33, 95% CI: 1.09-1.63, respectively).

CONCLUSION: This study showed that a high BMI at time of prostate cancer diagnosis was associated with increased overall mortality.

KEYWORDS: body mass index; epidemiology; mortality; prostate cancer

- Δείκτης Μάζας Σώματος και θνησιμότητα σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τον κίνδυνο και τη θνησιμότητα από τις διάφορες μορφές καρκίνου. Ο καρκίνος του προστάτη και η παχυσαρκία στους μεσήλικες και ηλικιωμένους άνδρες αποτελούν σημαντικούς προβληματισμούς της δημόσιας υγείας. Προηγούμενες μελέτες προ-διαγνωστικών ΔΜΣ έχουν βρει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας από καρκίνο του προστάτη σε παχύσαρκους ασθενείς.

Στόχος: Η μελέτη της συσχέτισης μεταξύ ΔΜΣ κατά τον χρόνο της διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη, καθώς επίσης και η συγκεκριμένη και συνολική θνησιμότητα από την συγκεκριμένη ασθένεια.

Μέθοδοι: Ο ΔΜΣ αναλύθηκε ως μια συνεχής μεταβλητή και κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις ομάδες βασισμένες στην παρατηρούμενη διανομή στην κοόρτη (ΔΜΣ <22,5, 22,5 <25, 25 <27,5 και 27.5kg / m²). Η σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και της θνησιμότητας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας στρωματοποιημένα αναλογικά μοντέλα κινδύνων Cox και με την τοποθέτηση σφηνών παλινδρόμησης για την ανάλυση όσον αφορά στην απόκριση της δόσης σε 3.161 άνδρες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του προστάτη. Μετά από 11 χρόνια παρακολούθησης και σε σύνδεση με τα αίτια θανάτου του πληθυσμού βασισμένα στο μητρώο θανάτων, εντοπίσαμε 1.161 θανάτους (37%) από τους οποίους οι 690 (59%) οφείλονταν σε καρκίνο του προστάτη.

Αποτελέσματα: Ο υψηλός ΔΜΣ (ΔΜΣ ≥ 27.5kg / m²) συσχετίστηκε με έναν στατιστικά σημαντικά αυξημένο κίνδυνο συγκεκριμένης θνησιμότητας από καρκίνο του προστάτη (HR: 1,44, 95% CI: 1,09 - 1,90) και τη συνολική θνησιμότητα (HR: 1,33, 95% CI: 1,09- 1,63) σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς (ΔΜΣ 22.5 <25kg / m²). Επιπλέον, οι άνδρες με υψηλό ΔΜΣ (<22.5kg / m²), είχαν μια στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του προστάτη συγκεκριμένης θνησιμότητας (HR: 1,33, 95% CI: 1,02 - 1,74) και συνολικής θνησιμότητας (HR: 1,36, 95% CI : 1,11 - 1,67) σε σύγκριση με την αναφορά. Ωστόσο, αυτή η επίδραση / συνέπεια / ενέργεια εξαφανίστηκε όταν οι άνδρες που πέθαναν μέσα στα δύο πρώτα χρόνια της παρακολούθησης, αποκλείστηκαν από τις αναλύσεις, ενώ ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του προστάτη συγκεκριμένης θνησιμότητας και η συνολική θνησιμότητα παρέμεινε

στατιστικά σημαντική για τους άνδρες με ΔΜΣ 27.5kg / m² (HR : 1,44, 95% CI: 1,09- - 1,90 και HR: 1,33, 95% CI: 1,09 - 1,63, αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη έδειξε ότι ένας υψηλός ΔΜΣ κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη συσχετίστηκε με αυξημένη συνολική θνησιμότητα. Προστάτη 75: 1129-1136, 2015. 2015 Wiley Περιοδικά, Inc.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του προστάτη, θνησιμότητα, δείκτης μάζας σώματος, επιδημιολογία.

3. The Supportive Care Needs of Men with Advanced Prostate Cancer.

[Oncol Nurs Forum](#). 2011 Mar;38(2):189-98. doi: 10.1188/11.ONF.189-198.

[Carter N](#), [Bryant-Lukosius D](#), [DiCenso A](#), [Blythe J](#), [Neville AJ](#).

RESEARCH APPROACH: Qualitative, descriptive study.

SETTING: Outpatient cancer center and urology clinics in central western Ontario, Canada.

PARTICIPANTS: 12 men with hormone-sensitive prostate cancer and 17 men with hormone-refractory prostate cancer.

METHODOLOGIC APPROACH: Patients participated in focus groups and interviews that examined their supportive care needs, their priority needs, and suggestions for improvements to the delivery of care. Tape-recorded focus group discussions and interviews were organized using NVivo software.

MAIN RESEARCH VARIABLES: Patients' supportive care needs.

FINDINGS: Participants identified prostate cancer-specific information and support to maintain their ability "to do what they want to do" as priority needs. Both hormone-sensitive and hormone-refractory groups cited problems with urinary function, the side effects of treatment, fatigue, and sexual concerns as major functional issues. Participants experienced emotional distress related to diagnosis and treatment.

CONCLUSIONS: A priority health need for men with advanced prostate cancer is to improve or maintain functional abilities. In addition, men require support to meet their stage-specific information needs and to address concerns about the diagnosis and ambivalent feelings about past treatment decisions.

INTERPRETATION: Nurses could play an important role in addressing men's information needs and providing emotional support. The complex care needs of men with advanced prostate cancer provide opportunity for the development of advanced practice nurse roles that would use the clinical and nonclinical aspects of the role.

- Η υποστηρικτική ανάγκη φροντίδας των ανδρών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη.

Σκοπός / Στόχοι: Να γίνει καλύτερα κατανοητή, η προτεραιότητα των αναγκών των ανδρών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη για υποστηρικτική φροντίδα.

Προσέγγιση Έρευνας: Ποιοτική, περιγραφική μελέτη.

Περιβάλλον: Εξωτερικά Ιατρεία κέντρου καρκίνου και ουρολογικές κλινικές στο κεντρικό δυτικό Οντάριο, στον Καναδά.

Συμμετέχοντες: 12 άνδρες με ορμονικά ευαίσθητο / ευπαθή καρκίνο του προστάτη και 17 άνδρες με ορμονικά επίμονο καρκίνο του προστάτη.

Μεθοδολογική Προσέγγιση: Οι ασθενείς συμμετείχαν σε ομάδες εστίασης και συνεντεύξεις, οι οποίες εξέτασαν τις ανάγκες τους για υποστηρικτική φροντίδα, τις ανάγκες τους για προτεραιότητα και υποβλήθηκαν προτάσεις για βελτιώσεις στην παροχή φροντίδας. Οργανώθηκαν και καταγράφηκαν / μαγνητοφωνήθηκαν εστιασμένες ομαδικές συζητήσεις και συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας λογισμικό NVivo.

Κύριες ερευνητικές μεταβλητές: Οι υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας των ασθενών.

Ευρήματα: Οι συμμετέχοντες βρήκαν σαφείς πληροφορίες σχετικές με τον καρκίνο του προστάτη και υποστήριξη στο να διατηρήσουν την ικανότητά τους "να κάνουν ότι θέλουν να κάνουν», ως ανάγκη προτεραιότητας. Τόσο οι ομάδες των ασθενών με ορμονικά ευαίσθητο όσο και οι ομάδες με ορμονικά επίμονο καρκίνο του προστάτη, παρέθεσαν προβλήματα με την λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, τις παρενέργειες της θεραπείας, την κόπωση και τις σεξουαλικές ανησυχίες ως κύρια λειτουργικά ζητήματα. Οι συμμετέχοντες βίωσαν συναισθηματική δυσφορία που σχετιζόταν με τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Πρώτιστη ανάγκη υγείας για τους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη, είναι η βελτίωση ή διατήρηση των λειτουργικών τους

ικανοτήτων. Επιπλέον, οι άνδρες χρειάζονται στήριξη για να καλύψουν τις ανάγκες τους σε ειδικά στάδια και κάθε φάση συγκεκριμένα και να δηλώσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τη διάγνωση και τα αντιμαχόμενα συναισθήματα σχετικά με προηγούμενες αποφάσεις της θεραπείας.

Ερμηνεία: Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των αναγκών των ανδρών για πληροφόρηση και να παράσχουν συναισθηματική υποστήριξη. Οι σύνθετες ανάγκες περίθαλψης των ανδρών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη, παρέχουν την ευκαιρία για την ανάπτυξη προηγμένων ρόλων νοσοκομειακής πρακτικής που θα χρησιμοποιούν τόσο τις κλινικές όσο και τις μη κλινικές πτυχές του ρόλου.

4. Identifying the Unmet Supportive Care Needs of Men Living with and Beyond Prostate cancer: A Systematic Review.

[Eur J Oncol Nurs.](#) 2015 Aug;19(4):405-18. doi: 10.1016/j.ejon.2014.12.007. Epub 2015 Jan 19.

[Paterson C](#), [Robertson A](#), [Smith A](#), [Nabi G](#).

PURPOSE: Men affected by prostate cancer are a patient population in need of ongoing person-centred supportive care. Our aim was to synthesise current available evidence with regard to the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer.

METHODS: A systematic review was conducted according to the PRISMA Statement Guidelines. Electronic databases (DARE, Cochrane MEDLINE, BNI, PsychINFO, EMBASE and CIHAHL) were searched to identify studies employing qualitative and/or quantitative methods. Methodological evaluation was conducted, and findings were integrated in a narrative synthesis.

RESULTS: 7521 references were retrieved, 17 articles met the eligibility criteria. Individual needs were classified into the following domains: social needs (2/17:11.8%), spiritual needs (4/7: 23.5%), practical needs (4/17: 23.5%), daily living needs (5/17: 9.4%), patient-clinician communication (5/17: 29.4%), family-related needs (7/17:41.2%), physical needs(8/17: 47.1%), psychological emotional needs (9/17:52.9%), interpersonal/intimacy needs (11/17: 64.7%) and healthsystem/Information needs (13/17: 76.5%).

CONCLUSIONS: This systematic review has identified that men can experience a range of unmet supportive care needs with the most frequently reported being needs related to intimacy, informational, physical and psychological needs. Despite the emerging evidence-base, the current with-in study limitations precludes our understanding about how the needs of men evolve over time from diagnosis to living with and beyond prostate cancer. Whether demographic or clinical variables play a moderating role, only remains to be addressed in future studies. This review has made an important contribution by informing clinicians about the complex unmet supportive care needs of men affected by this disease.

KEYWORDS: Prostate cancer; Quality of life; Supportive care needs; Systematic review.

- Ο εντοπισμός των Ακάλυπτων Υποστηρικτικών αναγκών φροντίδας των ανδρών που ζουν με τον καρκίνο του προστάτη και πέρα απ' αυτόν: Μια συστηματική ανασκόπηση.

Σκοπός: Οι άνδρες που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη είναι ένας πληθυσμός ασθενών που έχουν ανάγκη από συνεχή προσωποκεντρική υποστηρικτική φροντίδα. Στόχος μας ήταν να συνθέσουμε τα τρέχοντα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις ανεκπλήρωτες υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας των ανδρών που ζουν με τον καρκίνο του προστάτη και πέρα από αυτόν.

Μέθοδοι: Μια συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές / οδηγίες της δήλωσης PRISMA. Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (DARE, Cochrane MEDLINE, BNI, PsychINFO, EMBASE και CINAHL) ερευνήθηκαν για τον εντοπισμό μελετών που χρησιμοποιούν ποιοτικές ή ποσοτικές μεθόδους. Πραγματοποιήθηκε μεθοδολογική αξιολόγηση και τα πορίσματα ενσωματώθηκαν σε μία αφηγηματική σύνθεση.

Αποτελέσματα: 7521 αναφορές ανακτήθηκαν και 17 άρθρα βρέθηκαν να πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Οι ατομικές ανάγκες ταξινομήθηκαν στους παρακάτω τομείς ως εξής" κοινωνικές ανάγκες (2/17: 11,8%), πνευματικές ανάγκες (4/17: 23,5%), πρακτικές ανάγκες (4/17: 23,5%), καθημερινές ανάγκες διαβίωσης (5/17: 29,4%), επικοινωνία του ασθενούς με τον κλινικό γιατρό (5/17: 29,4%), ανάγκες που σχετίζονται με την οικογένεια (7/17: 41,2%), φυσικές / σωματικές ανάγκες (8/17: 47,1%), ψυχολογικές συναισθηματικές ανάγκες (9/17: 52,9 %),

διαπροσωπικές / στενές σχέσεις (11/17: 64,7%) και το σύστημα υγείας / ανάγκες πληροφόρησης (13/17: 76,5%).

Συμπεράσματα: Η συστηματική ανασκόπηση έχει αναγνωρίσει ότι οι άνδρες μπορούν να δοκιμάσουν μια σειρά από ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας με πιο συχνά αναφερόμενες τις ανάγκες που σχετίζονται με την οικειότητα / σεξουαλική σχέση, την ενημέρωση και τις φυσικές / σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες. Παρά την βάση αποδείξεων / στοιχείων που ανέκυψαν, οι περιορισμοί από το τρέχον πλαίσιο μελέτης αποκλείουν την κατανόησή μας για το πώς οι ανάγκες των ανδρών εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου από τη διάγνωση, έως το ζώντας με τον καρκίνο του προστάτη και πέρα από αυτόν. Το εάν οι δημογραφικές ή κλινικές μεταβλητές παίζουν κατευναστικό ρόλο μένει να αντιμετωπιστεί σε μελλοντικές μελέτες. Η αναθεώρηση αυτή έχει συνεισφέρει σημαντικά, ενημερώνοντας τους κλινικούς γιατρούς σχετικά με τις σύνθετες ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας των ανδρών που πλήττονται από αυτή την ασθένεια.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του προστάτη, Ποιότητα ζωής, Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας, Συστηματική αξιολόγηση.

5. Access to Health Care and Quality of Life for Underserved Men with Prostate Cancer.

[Semin Oncol Nurs.](#) 2011 Nov;27(4):267-77. doi: 10.1016/j.soncn.2011.07.005.

[Maliski SL](#)1, [Connor SE](#), [Oduro C](#), [Litwin MS](#).

OBJECTIVES: To explore links between access to care and quality of life for underserved men with prostate cancer through a literature review.

DATA SOURCES: Articles published from 2000 to present based on a PubMed search using the key words access, quality of life, health care access, underserved, low-income, health literacy, and prostate cancer.

CONCLUSION: There is not one reason that adequately explains factors affecting access, health-related quality of life(HRQOL), or the potential relationships between the two for underserved men with prostate cancer. Socioeconomic factors contribute to accessibility and HRQOL, but not consistently, suggesting that there

is still much work to be done in identifying factors and relationships that connect access to care and HRQOL for underserved men with prostate cancer.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: Particularly important is to develop intervention strategies to address the disparities in access to care and prostate cancer treatment outcomes (including HRQOL) for this vulnerable population. Based on findings from studies, nurses need to be actively involved in the development and implementation of programs that address multiple barriers including socioeconomic status, minority status, health literacy, insurance, and language.

- Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στην ποιότητα ζωής για υποεξυπηρετούμενους άνδρες με καρκίνο του προστάτη.

Στόχοι: Να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της πρόσβασης στην περίθαλψη και στην ποιότητα της ζωής για υποεξυπηρετούμενους άνδρες με καρκίνο του προστάτη μέσω μιας ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.

Πηγές δεδομένων: Άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2000 έως και σήμερα βασισμένα σε μια PubMed έρευνα χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά όπως πρόσβαση, ποιότητα ζωής, πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης, υποεξυπηρετούμενοι, χαμηλό εισόδημα, γνώση της υγείας και καρκίνος του προστάτη.

Συμπέρασμα: Δεν υπάρχει ούτε ένας λόγος που να εξηγεί επαρκώς τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση, την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) ή τις πιθανές σχέσεις μεταξύ των δύο για υποεξυπηρετούμενους άνδρες με καρκίνο του προστάτη. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συμβάλλουν στην προσβασιμότητα και στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αλλά όχι συστηματικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει ακόμη πολύ δουλειά που πρέπει να γίνει για τον εντοπισμό παραγόντων και σχέσεων που συνδέουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία για υποεξυπηρετούμενους άνδρες με καρκίνο του προστάτη.

Συνέπειες για την νοσηλευτική πρακτική: Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση, στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη (συμπεριλαμβανομένων HRQOL) για αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό. Βασιζόμενοι

σε ευρήματα από μελέτες, οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και την εφαρμογή των προγραμμάτων που απευθύνονται σε πολλαπλά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένων αυτών της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της κατάστασης των μειονοτήτων, της γνώσης για την υγεία, την ασφάλιση και τη γλώσσα.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, πρόσβαση, καρκίνος του προστάτη, ανισότητες στην υγεία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

6. Evaluating Health-Related Quality of Life and Priority Health Problems in Patients with Prostate Cancer: A Strategy for Defining the Role of the Advanced Practice Nurse.

[Can Oncol Nurs J.](#) 2010 Winter;20(1):5-14.

[Bryant-Lukosius D, Browne G, DiCenso A, Whelan T, Gafni A, Neville A, Sathya J.](#)

A framework for the introduction and evaluation of APN roles emphasizes the importance of a systematic approach to role development based on the assessment of patient health needs. This study determined the health-related quality of life (HRQL) of patients with prostate cancer. The most frequent and severe patient health problems and their perceptions of priority health problems were identified and compared across five patient groups as a strategy to inform the supportive care role of the advanced oncology nurse for patients with advanced prostate cancer. The study found that the majority of men with early stage and advanced hormone sensitive prostate cancer can expect to enjoy good quality of life for several years following diagnosis. These two patient groups have common priority needs for improving their health related to sexual function, urinary frequency, urinary incontinence, and physical activity. Both groups may benefit from an advanced practice nursing (APN) role that can provide episodic supportive care for health problems occurring at different treatment stages. Conversely, it was found that men with advanced hormone refractory prostate cancer experience significantly poorer HRQL and have multiple severe health problems. These patients also have different priority needs including problems related to pain, fatigue, and decreased physical activity. Because of this, the focus of supportive care programs and interventions in advanced prostate cancer will differ for those with hormone refractory disease. They may benefit more from an APN role that can provide on going rather than

episodic supportive care to assess and manage the multiple, new, and worsen in ghealth problems associated with progressive disease.

- Αξιολογώντας την υγεία της ποιότητα ζωής και την προτεραιότητα των προβλημάτων υγείας σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη: Μια στρατηγική για τον προσδιορισμό του ρόλου του σύνθετου πρακτικού νοσηλευτή.

Ένα πλαίσιο για την εισαγωγή και την αξιολόγηση των σύνθετων νοσηλευτικών ρόλων δίνει έμφαση στη σημασία μιας συστηματικής προσέγγισης για την ανάπτυξη ενός ρόλου βασισμένου στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των ασθενών. Αυτή η μελέτη προσδιόρισε την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL) των ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα υγείας ασθενών και οι αντιλήψεις τους για την προτεραιότητα των προβλημάτων υγείας εντοπίστηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ πέντε ομάδων ασθενών ως μια στρατηγική να ενημερώσουν για τον ρόλο της υποστηρικτικής φροντίδας του προχωρημένου / εξελιγμένου ογκολογικού νοσηλευτή για τους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη. Η μελέτη έδειξε ότι η πλειοψηφία των ανδρών σε πρώιμο στάδιο και σε προχωρημένο ορμονικά ευαίσθητο καρκίνο του προστάτη μπορούν να προσδοκούν να απολαύσουν μία καλή ποιότητα ζωής για πολλά χρόνια μετά τη διάγνωση. Αυτές οι δύο ομάδες ασθενών έχουν κοινές ανάγκες προτεραιότητας για τη βελτίωση της υγείας τους που σχετίζονται με την σεξουαλική λειτουργία, την συχνουρία, την ακράτεια ούρων και τη σωματική δραστηριότητα. Και οι δύο ομάδες μπορούν να επωφεληθούν από ένα ρόλο προηγμένης νοσηλευτικής πρακτικής (APN) που μπορεί να παρέχει επεισοδιακή υποστηρικτική φροντίδα για τα προβλήματα υγείας που εμφανίζονται σε διαφορετικά στάδια της θεραπείας. Αντίθετα, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες με προχωρημένο ορμονικά επίμονο καρκίνο του προστάτη βιώνουν σημαντικά φτωχότερες HRQL και έχουν πολλαπλά σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν επίσης διαφορετικές ανάγκες προτεραιότητας, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων που σχετίζονται με τον πόνο, την κούραση και με την μειωμένη φυσική / σωματική δραστηριότητα. Εξαιτίας αυτού, το επίκεντρο των προγραμμάτων υποστηρικτικής φροντίδας και οι παρεμβάσεις στον προχωρημένο καρκίνο του προστάτη θα διαφέρουν για τα άτομα με ορμονικά επίμονη ασθένεια. Αυτοί μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο από ένα πρακτικό νοσηλευτικό ρόλο που μπορεί να παρέχει συνεχή και όχι αποσπασματική

υποστηρικτική φροντίδα για την αξιολόγηση και τη διαχείριση των πολλαπλών, νέων και επιδεινούμενων προβλημάτων υγείας που συνδέονται με την προοδευτική νόσο.

7. Exploring the Relationship Between Coping, Social Support and Health-related Quality of Life for Prostate Cancer Survivors: A Review of the Literature.

[Eur J Oncol Nurs.](#) 2013 Dec;17(6):750-9. doi: 10.1016/j.ejon.2013.04.002

[Paterson C](#), [Jones M](#), [Rattray J](#), [Lauder W](#).

OBJECTIVE: Men affected by prostate cancer can experience profound physical and psychological sequelae; and unmet support needs are prevalent in men affected by this disease. Social support has been linked to improved health-related quality of life (HRQoL) and coping strategies, but little is known about the relationship between social support, coping and HRQoL for prostate cancer survivors. This review aims to identify the mechanism through which social support influences the relationship between coping and HRQoL for prostate cancer survivors.

METHODS: A literature review was conducted from the earliest date available to January 2013. Medline, CINAHL, PsycInfo, and ASSIA databases were searched using terms relevant to coping, social support and prostate cancer. Studies that explored the relationship between coping, social support and HRQoL were included.

RESULTS: 175 studies were assessed for potential inclusion with 11 publications included in this review. Studies predominately reported main effects of perceived social support on HRQoL, and few studies assessed moderation and mediation effects of coping and social support on HRQoL. Perceived social support was frequently assessed, but few studies evaluated the effects of received social support or satisfaction with social support on HRQoL.

CONCLUSIONS: The evidence base is under-developed at present. Future research should use a multidimensional inventory of the social support constructs to examine how each of the constructs influences the relationship between coping and HRQoL over time. This may facilitate the development of appropriately targeted social support interventions that are theoretically driven to address the unmet support needs of prostate cancer survivors.

KEYWORDS: Health-related quality of life; Oncology; Prostate cancer; Psycho-social; Social support; Structured review; Survivorship

- Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αντιμετώπισης, κοινωνικής υποστήριξης και της υγεία που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής των επιζώντων του καρκίνου του προστάτη. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Στόχος: Οι άνδρες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του προστάτη ενδέχεται να βιώσουν βαθιά σωματικά και ψυχολογικά επακόλουθα και ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστήριξης, πλήττοντας από αυτή την ασθένεια. Η κοινωνική υποστήριξη έχει συνδεθεί με την βελτίωση της ποιότητας ζωής (HRQoL) και στρατηγικές αντιμετώπισης που αφορούν την υγεία, αλλά λίγα είναι γνωστά για τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής για επιζώντες του καρκίνου του προστάτη. Η αναθεώρηση αυτή έχει ως στόχο να εντοπίσει τον μηχανισμό μέσω του οποίου η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει τη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης και HRQoL για επιζώντες του καρκίνου του προστάτη.

Μέθοδοι: Μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας διεξήχθη από την παλαιότερη ημερομηνία διαθέσιμη έως τον Ιανουάριο του 2013. Βάσεις δεδομένων των Medline, CINAHL, PsycInfo και ASSIA αναζητήθηκαν χρησιμοποιώντας όρους που σχετίζονται με την αντιμετώπιση, την κοινωνική υποστήριξη και τον καρκίνο του προστάτη. Συμπεριλήφθηκαν οι μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης, κοινωνικής στήριξης και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Αποτελέσματα: 175 μελέτες αξιολογήθηκαν για πιθανή συμπερίληψή τους με 11 εκδόσεις που περιλαμβάνονται σε αυτήν την αναθεώρηση. Οι μελέτες αναφέρονται κυρίως στα βασικά αποτελέσματα της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης για την ποιότητα ζωής και κάποιες μελέτες αξιολόγησαν τις επιπτώσεις μετριοπάθειας και διαμεσολάβησης στην αντιμετώπιση και κοινωνική υποστήριξη για την ποιότητα ζωής τους. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη συχνά εκτιμήθηκε, αλλά λίγες μελέτες αξιολόγησαν τα αποτελέσματα της ληφθείσας κοινωνικής στήριξης ή της ικανοποίησης με την κοινωνική στήριξη στην ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Η βάση στοιχείων είναι υπανάπτυκτη προς το παρόν. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια πολυδιάστατη απογραφή των δομών της κοινωνικής υποστήριξης για να εξετάσει πώς κάθε μια από αυτές τις

δομές επηρεάζει τη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης και ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία με την πάροδο του χρόνου. Αυτό μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη κατάλληλα στοχευμένων παρεμβάσεων κοινωνικής στήριξης που θεωρητικά οδηγούνται στο να αντιμετωπίσουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες στήριξης των επιζώντων του καρκίνου του προστάτη.

Λέξεις κλειδιά: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, Ογκολογία, Καρκίνος του προστάτη, Ψυχο-κοινωνικές, Κοινωνική υποστήριξη, Δομημένος

8. Measuring Illness Uncertainty in Men Undergoing Active Surveillance for Prostate Cancer.

[Appl Nurs Res.](#) 2011 Nov;24(4):193-9. doi: 10.1016/j.apnr.2009.08.001. Epub 2009

[Bailey DE Jr, Wallace M, Latini DM, Hegarty J, Carroll PR, Klein EA, Albertsen PC.](#)

BACKGROUND AND PURPOSE: Uncertainty is an aversive experience and plays an important role in the lives of men undergoing active surveillance (AS; earlier referred to as watchful waiting) for early-stage prostate cancer. Yet reliable and valid measures of uncertainty have not been fully tested in this population. This secondary analysis therefore tested the reliability of the Mishel Uncertainty in Illness Scale Community Form (MUIS-C; M.H. Mishel, 1997b) for use with men undergoing AS for prostate cancer.**METHODS:**Item-Total correlations were conducted on the 23 items of the MUIS-C with four samples of men undergoing AS.

RESULTS: Cronbach's alpha for the full MUIS-C was .908; 22 of 23 items showed significant positive correlations with the total score. Removing the item without a significant correlation from the reliability analysis increased Cronbach's alpha to .913.

CONCLUSIONS:The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form for Active Surveillance is a reliable and valid tool for measuring uncertainty with men undergoing AS for prostate cancer.

- Μέτρηση της αβεβαιότητας σε άνδρες που υποβάλλονται σε ενεργό επιτήρηση για τον καρκίνο του προστάτη.

Ιστορικό και σκοπός: Η αβεβαιότητα είναι μια απεχθής εμπειρία και παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή των ανδρών που υποβάλλονται σε ενεργό επιτήρηση (Η Ενεργό Επιτήρηση νωρίτερα αναφερόμενη ως προσεκτική αναμονή) για τον καρκίνο του προστάτη σε πρώιμο στάδιο. Ωστόσο, αξιόπιστα και έγκυρα μέτρα της αβεβαιότητας δεν έχουν ελεγχθεί πλήρως σε αυτόν τον πληθυσμό. Αυτή η δευτερεύουσα ανάλυση, επομένως, δοκίμασε την αξιοπιστία της Mishel Αβεβαιότητας στην Ασθένεια Κλίμακα Κοινοτικού Εντύπου (MUIS-C; M.H. Mishel, 1997b) για χρήση σε άνδρες που υποβάλλονται σε ενεργό επιτήρηση για τον καρκίνο του προστάτη.

Μέθοδοι: Συσχετισμοί του συνόλου των στοιχείων των συσχετίσεων διεξήχθησαν στα 23 στοιχεία της MUIS-C με τέσσερα δείγματα ανδρών που υποβάλλονται σε ενεργό επιτήρηση.

Αποτελέσματα: Το Άλφα του Cronbach για την πλήρη MUIS-C ήταν 908, τα 22 από τα 23 στοιχεία έδειξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη συνολική βαθμολογία. Αφαιρώντας το στοιχείο που δεν έχει σημαντική συσχέτιση από την ανάλυση αξιοπιστίας, αύξησε την άλφα του Cronbach σε .913.

Συμπεράσματα: Η αβεβαιότητα Mishel στην Ασθένεια Κλίμακα-Κοινοτικού εντύπου για την Ενεργό Επιτήρηση είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση της αβεβαιότητας στους άνδρες που υποβάλλονται σε ενεργό επιτήρηση για τον καρκίνο του προστάτη.

9. A descriptive Study of Functions, Symptoms, and Perceived Health State After Radiotherapy for Prostate Cancer.

[Eur J Oncol Nurs.](#) 2012 Jul;16(3):310-4. doi: 10.1016/j.ejon.2011.07.007. Epub 2011 Sep 14.

[Cameron S, Springer C, Fox-Wasylyshyn S, El-Masri MM](#)

PURPOSE: To explore the impact of prostate cancer treatment on: (a) the experience of symptoms (i.e. sexual, urinary, and bowel), and (b) perceived health state of men with prostate cancer one month following their radiation treatment.

METHODS: A prospective pre-test-post-test descriptive survey was conducted on a convenience sample of 73 men with prostate cancer who were recruited from a Regional Cancer Centre in Southwestern Ontario, Canada. Participants receiving radiation treatment (brachy therapy, high dose radiation [HDR] and external beam radiation [EBR], or EBR alone) completed a question naire that elicited

information pertaining to quality of life (QOL), symptom experiences, and perceived health state prior to, and one month after completion of their radiation treatment.

RESULTS: Post-treatment scores showed increased problems with urinary bother ($p < 0.001$) and function ($p < 0.001$), bowel bother ($p = 0.002$) and function ($p = 0.001$), and sexual function ($p < 0.001$). The results also suggested that urinary bother, sexual bother, and pain were independent predictors of the perceived health state of participants after radiation treatment.

DISCUSSION: Our findings suggest that prostate cancer treatment presents a challenge with regard to symptom experiences and perceived health state in men with prostate cancer. Therefore, strategies for patient education to assist men to cope with their symptoms and to provide them with support in the initial weeks following treatment are discussed.

- Μια περιγραφική μελέτη των λειτουργιών, συμπτωμάτων και της αντιληπτής κατάστασης υγείας μετά από ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη. Σκοπός: Να διερευνήσει την επίδραση της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη όσον αφορά: (α) την εμπειρία των συμπτωμάτων (δηλαδή την σεξουαλικότητα, το ουροποιητικό και πεπτικό σύστημα) και (β) την αντιληπτή κατάσταση της υγείας των ανδρών με καρκίνο του προστάτη ένα μήνα μετά τη θεραπεία ακτινοβολίας τους.

Μέθοδοι: Μια επίδοξη προ-τεστ-μετά-test περιγραφική έρευνα διεξήχθη σε δείγμα ευκολίας 73 ανδρών με καρκίνο του προστάτη οι οποίοι στρατολογήθηκαν από ένα Περιφερειακό Κέντρο Καρκίνου στο Νοτιοδυτικό Οντάριο, στον Καναδά. Οι συμμετέχοντες λαμβάνοντες θεραπεία ακτινοβολίας (βραχυθεραπεία, ακτινοβολία υψηλής δόσης [HDR] και ακτινοβολία εξωτερικής δέσμης [EBR] ή EBR μόνο) συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εκμαίευσε πληροφορίες που αφορούσαν την ποιότητα ζωής (QOL), στις εμπειρίες των συμπτωμάτων, καθώς και στην αντιληπτή κατάσταση της υγείας πριν και ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ακτινοβολίας τους.

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά μετά τη θεραπεία έδειξαν αυξημένα προβλήματα ουρικής ενόχλησης ($p < 0,001$) και λειτουργίας ($p < 0.001$), ενόχλησης του εντέρου ($p = 0.002$) και λειτουργίας ($p = 0,001$) και της σεξουαλικής λειτουργίας (p

<0,001). Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι η ουρική και η σεξουαλική δυσχέρεια και ο πόνος ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της αντιληπτής κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων μετά τη θεραπεία με ακτινοβολία.

Συζήτηση: Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη αποτελεί μια πρόκληση σε σχέση με την εμπειρία των συμπτωμάτων και την αντιληπτή κατάσταση της υγείας των ανδρών με καρκίνο του προστάτη. Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές για την εκπαίδευση των ασθενών να βοηθήσουν τους άνδρες να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους και να τους παρέχουν υποστήριξη κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τη θεραπεία βρίσκονται υπο συζήτηση.

10. Hypercholesterolemia Is Associated with a Shorter Time to Castration-Resistant Prostate Cancer in Patients Who Have Undergone Androgen Deprivation Therapy.

[World J Mens Health.](#) 2016 Apr;34(1):28-33. doi: 10.5534/wjmh.2016.34.1.28.

[Jeon JC, Park J, Park S, Moon KH, Cheon SH, Park S.](#)

PURPOSE: The goal of this study was to investigate the association between hypercholesterolemia and the time required for progression to castration-resistant prostate cancer (CRPC) in patients who have undergone androgen deprivation therapy (ADT).

MATERIALS AND METHODS: Data from 154 patients with prostate cancer between 2005 and 2012 were reviewed retrospectively. ADT was employed as a treatment modality for these patients either due to multiple bone metastases at the time of diagnosis or due to old age in combination with other morbidities. Serum cholesterol levels and statin use were reviewed. We analyzed the factors associated with the development of CRPC after ADT treatment. The mean follow-up period was 34.8 months.

RESULTS: The mean age of the patients was 71.3 years old and their mean prostate-specific antigen level was 141.8±212.6 ng/mL. Their mean cholesterol level was 175.9±37.7 mg/dL, and 14 patients (9.1%) were statin users. CRPC developed in 44 patients (28.6%), and the mean duration from ADT treatment to CRPC was 24.1 months. In a multivariate analysis, hypercholesterolemia was associated with the development of CRPC (hazard ratio [HR]=1.017, p<0.001), depending on clinical T stage (p=0.005) and the presence of bone metastasis (p<0.001). A subanalysis showed that hypercholesterolemia was associated with the

development of CRPC in patients with bone metastasis (HR=1.032, p<0.001), but not in patients without bone metastasis.

CONCLUSIONS: Hypercholesterolemia may be associated with the development of CRPC after ADT in patients with bone metastasis. Further studies with longer follow-up periods and larger samples are needed to validate this finding.

KEYWORDS: Cholesterol; Prognosis; Prostatic neoplasm

- Η υπερχοληστερολαιμία σχετίζεται με μικρότερο χρονικό διάστημα για τον ανθεκτικό καρκίνο του προστάτη σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία στέρησης ανδρογόνων.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της υπερχοληστερολαιμίας και του χρόνου που απαιτείται για την εξέλιξη σε ανθεκτικό καρκίνο του προστάτη (CRPC) σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία στέρησης ανδρογόνων (ADT).

Υλικά και μέθοδοι: Δεδομένα από 154 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη μεταξύ του 2005 και του 2012 εξετάστηκαν αναδρομικά. Η ADT θεραπεία χρησιμοποιήθηκε ως μορφή θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς, είτε λόγω των πολλαπλών οστικών μεταστάσεων κατά τον χρόνο της διάγνωσης ή λόγω γήρανσης σε συνδυασμό με άλλες παθολογικές καταστάσεις. Εξετάστηκαν τα επίπεδα ορού της χοληστερόλης και της χρήσης στατινών. Αναλύσαμε τους παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη του ανθεκτικού καρκίνου μετά την θεραπεία στέρησης ανδρογόνων. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 34,8 μήνες.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 71,3 ετών και το μέσο επίπεδο συγκεκριμένου προστατικού αντιγόνου ήταν $141,8 \pm 212,6$ ng / mL. Το μέσο επίπεδο της χοληστερόλης τους ήταν $175,9 \pm 37,7$ mg / dL, και 14 ασθενείς (9,1%) ήταν χρήστες στατινής. Η ανθεκτικότητα αναπτύχθηκε / εμφανίστηκε σε 44 ασθενείς (28,6%) και η μέση διάρκεια από την θεραπεία στέρησης ανδρογόνων σε ανθεκτικό καρκίνο ήταν 24,1 μήνες. Σε μία ανάλυση πολλαπλών παραγόντων, η υπερχοληστερολαιμία συνδέθηκε με την ανάπτυξη του CRPC (αναλογία κινδύνου [HR] = 1.017, p <0.001), ανάλογα με το κλινικό στάδιο T (p = 0.005) και της παρουσίας των μεταστάσεων στα οστά (p <0,001). Μια υπο-ανάλυση έδειξε ότι η υπερχοληστερολαιμία συνδέθηκε με την ανάπτυξη ανθεκτικού καρκίνου σε

ασθενείς με μετάσταση στα οστά (HR = 1,032, p <0.001), αλλά όχι σε ασθενείς χωρίς μετάσταση στα οστά.

Συμπεράσματα: Η υπερχοληστερολαιμία μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη του ανθεκτικού μετά από θεραπεία στέρησης ανδρογόνων σε ασθενείς με μετάσταση στα οστά. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερες περιόδους παρακολούθησης και μεγαλύτερα δείγματα απαιτούνται για την επικύρωση αυτής της διαπίστωσης.

Λέξεις κλειδιά: Χοληστερόλη, Πρόγνωση, Νεοπλάσματα του προστάτη.

11. Dealing with a Troublesome Body: A Qualitative Interview Study of Men's Experiences Living with Prostate Cancer Treated with Endocrine Therapy.

[Eur J Oncol Nurs.](#) 2012 Apr;16(2):103-8. doi: 10.1016/j.ejon.2011.04.005. Epub 2011 May 7

[Ervik B, Asplund K.](#)

PURPOSE: Endocrine therapy for prostate cancer causes substantial side effects, and previous studies have focused on the impacts on sexuality and masculinity. Little is known about how men experience bodily alterations in everyday life through the course of the prostate cancer and treatment. The aim of this study was to show how men with prostate cancer experience bodily changes and how these alterations influence daily life.

METHOD: The study was conducted via qualitative interviews with a phenomenological hermeneutic approach. We interviewed ten men (aged 58-83) with prostate cancer who received endocrine therapy as the primary treatment method.

RESULTS: The results showed that five themes were important for the men's experiences of their bodily alterations throughout the course of the illness: "something is 'wrong'", "when the body becomes troublesome", "to be well or to be ill", "dealing with the alterations" and "to talk about cancer and the intimate details". Initially, the shock of receiving a cancer diagnosis and the physical changes in their bodies were at the forefront of many patients' minds. Eventually, the impact of the side effects became more evident, which caused problems in everyday life. Yet, the men were able to reflect on the impact of treatment on their everyday lives.

CONCLUSION: This study showed that hormone treatment has a significant influence, both directly and indirectly, on the bodies of prostate cancer patients. The experiences of men with prostate cancer may lead to feelings of loss of identity on an existential level.

- Η ενασχόληση με την εικόνα του σώματος: Μια ποιοτική μελέτη συνέντευξη από εμπειρίες ανδρών ζώντας με τον καρκίνο του προστάτη αντιμετωπίζοντάς τους με ορμονική θεραπεία.

Σκοπός: Η ορμονική θεραπεία για καρκίνο του προστάτη προκαλεί σημαντικές παρενέργειες και προηγούμενες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις επιπτώσεις όσον αφορά στη σεξουαλικότητα και την αρρενωπότητα. Λίγα είναι γνωστά για το πώς οι άνδρες βιώνουν σωματικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή μέσα από την πορεία τους με τον καρκίνο του προστάτη και την θεραπεία. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να δείξει πώς οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη βιώνουν τις σωματικές αλλαγές και πώς αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή.

Μέθοδος: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω ποιοτικών συνεντεύξεων με έναν φαινομενολογικό καρκίνο που έλαβε ορμονική θεραπεία ως την κύρια μέθοδο θεραπείας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πέντε "θέματα" ήταν σημαντικά όσον αφορά στην εμπειρία των ανδρών στις σωματικές αλλαγές τους καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας: "κάτι δεν πηγαίνει καλά "," όταν το σώμα γίνεται βασανιστικό "," να είναι κάποιος καλά ή να είναι άρρωστος " , "αντιμετωπίζοντας τις αλλαγές" και "να μιλήσουμε για τον καρκίνο και τις προσωπικές λεπτομέρειες". Αρχικά, το σοκ από την παραλαβή της διάγνωσης του καρκίνου και οι φυσικές / σωματικές αλλαγές στο σώμα τους ήταν στην πρώτη γραμμή στο μυαλό πολλών ασθενών. Τελικά, η επίπτωση των ανεπιθύμητων ενεργειών έγινε πιο εμφανής και αυτό προκάλεσε προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. Ωστόσο, οι άνδρες ήταν σε θέση να προβληματιστούν σχετικά με την επίδραση της θεραπείας στην καθημερινή τους ζωή.

Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η ορμονική θεραπεία έχει σημαντική επιρροή, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, στα σώματα των ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Οι εμπειρίες των ανδρών με καρκίνο του προστάτη μπορεί να οδηγήσουν σε αισθήματα απώλειας της ταυτότητας σε ένα υπαρξιακό επίπεδο.

12. Men's Experiences of Regaining Urinary Continence Following Robotic-Assisted Laparoscopic Prostatectomy (RALP) for Localised Prostate Cancer: a Qualitative Phenomenological Study.

[J Clin Nurs](#). 2013 Feb;22(3-4):368-78. doi: 10.1111/jocn.12082.

[Waller J, Pattison N.](#)

AIMS AND OBJECTIVES: To understand how men interpret their experiences of regaining continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP).

BACKGROUND: RALP is an innovative surgical technique intended to minimise the risk of long-term postoperative urinary incontinence in localised prostate cancer. Studies have shown that urinary function and quality of life domains can be adversely affected following RALP; however, the impact on men's lives has been hitherto unreported.

DESIGN: A qualitative study using hermeneutic phenomenology

METHODS: Face-to-face, in-depth audio-recorded interviews with seven men (aged 57-71) who had recently undergone RALP and defined themselves as continent of urine. Data were inductively analysed for themes using an adapted version of Diekelmann et al. [1989, *The NLN Criteria of Appraisal of Baccalaureate Programs: A Critical Hermeneutic Analysis*, 1st edn. National League for Nursing (NLN) Press, New York, NY] framework.

RESULTS: Men's experiences of regaining continence were situated within a wider network of personal and social relationships, and cultural structures. Themes included 'what was forecast', 'after-sales service', 'new plumbing', 'sense of self'. Men adopted a variety of practical coping strategies: preventing incontinence; improving incontinence; and dealing with lack of bladder control.

CONCLUSION: The need to regain a sense of control over their lives resulted in all men developing coping mechanisms in order that they could resume their societal roles, which were salient to their personal identity, inferring that men's ability to cope with incontinence after RALP was dependent on factors other than urinary leakage alone.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Knowledge of the potential impact of RALP could help nurses tailor appropriate interventions. Incontinence is individually interpreted and may not be well-addressed by traditional 'one-size fits

all' preoperative programmes or information. Flexible and imaginative options (e.g., activity - focused interventions; buddy systems; internet programmes; telephone follow-up) for preoperative and postoperative support and activities for men may improve men's uptake of such services, through specialist nurse or peer support.

- Εμπειρίες των ανδρών από την επανάκτηση της ακράτειας ούρων μετά από πομποτική υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική προστατεκτομή (Ralp) για τον τοπικό καρκίνο του προστάτη: Μια ποιοτική Φαινομενολογική Μελέτη.

Σκοποί και στόχοι: Να γίνει κατανοητό το πώς οι άνδρες ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους από την ανάκτηση της εγκράτειας μετά από ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική προστατεκτομή (Ralp).

Λεπτομέρειες: Το Ralp είναι μια πρωτοποριακή χειρουργική τεχνική που στοχεύει στο να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της μακροπρόθεσμης μετεγχειρητικής ακράτειας ούρων σε εντοπισμένο / περιορισμένο καρκίνο του προστάτη. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ουρική λειτουργία και οι τομείς της ποιότητας ζωής μπορεί να επηρεαστούν δυσμενώς μετά από την εφαρμογή της τεχνικής Ralp. Ωστόσο, ο αντίκτυπος στις ζωές των ανδρών δεν έχει μέχρι στιγμής αναφερθεί.

Σκοπός / πρόθεση: Μια ποιοτική μελέτη χρησιμοποιώντας ερμηνευτική φαινομενολογία.

Μέθοδοι: Συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο και σε βάθος ηχογραφημένες με επτά άνδρες (ηλικίας 57-71), οι οποίοι είχαν πρόσφατα υποβληθεί σε RALP και προσδιόρισαν τους εαυτούς τους ως ήπειρος των ούρων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν επαγωγικά για θέματα χρησιμοποιώντας μια προσαρμοσμένη έκδοση του Diekelmann et al. [1989, τα NLN κριτήρια αξιολόγησης / αποτίμησης των προγραμμάτων απολυτηρίου (Baccalaureate): Μια κρίσιμη Ερμηνευτική ανάλυση, 1ο edn. Εθνικός Σύνδεσμος για τον Νοσηλευτικό (NLN) Τύπο, πλαίσιο New York, NY].

Αποτελέσματα: Οι εμπειρίες των ανδρών από την επανάκτηση της εγκράτειας, τοποθετήθηκαν μέσα σε ένα ευρύτερο δίκτυο προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων και πολιτιστικών δομών. Θέματα που περιελήφθησαν ήταν 'αυτό που προβλέφθηκε', 'έξυπνότητα μετά την πώληση', 'αίσθηση του εαυτού του'. Οι άνδρες υιοθέτησαν μια σειρά από πρακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης: προλαμβάνοντας την ακράτεια, βελτιώνοντας την ακράτεια και αντιμετωπίζοντας

την έλλειψη ελέγχου της κύστης.

Συμπεράσματα: Η ανάγκη να ανακτηθεί ή αίσθηση ελέγχου της ζωής τους, οδήγησε όλους τους άνδρες να αναπτύξουν μηχανισμούς αντιμετώπισης, έτσι ώστε να μπορέσουν να ανακτήσουν τους ρόλους τους στην κοινωνία, οι οποίοι(ρόλοι) ήταν σημαντικοί για την προσωπική τους ταυτότητα, συμπεραίνοντας ότι η ικανότητα των ανδρών να αντιμετωπίσουν την ακράτεια μετά το RALP εξαρτώταν από παράγοντες διαφορετικούς από την απώλεια ούρων και μόνο.

Σχέση με την κλινική πρακτική: Η γνώση των πιθανών επιπτώσεων του RALP θα μπορούσε να βοηθήσει τους νοσηλευτές να φτιάξουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Η ακράτεια ερμηνεύεται διαφορετικά για τον καθένα και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με προεγχειρητικά προγράμματα ή πληροφορίες βασισμένες στο παραδοσιακό " το ίδιο για όλους". Ευέλικτες και ευφάνταστες επιλογές (π. χ. παρεμβάσεις επικεντρωμένες σε δραστηριότητες, συστήματα φίλων, διαδουκτικά προγράμματα, τηλεφωνική παρακολούθηση) για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική υποστήριξη και δραστηριότητες για τους άνδρες μπορεί να βελτιώσουν την αντίληψη των ανδρών για τέτοιες υπηρεσίες, μέσω εξειδικευμένων νοσηλευτών ή αμοιβαίας υποστήριξης.

Λέξεις κλειδιά: φαινομενολογία, καρκίνος του προστάτη, ποιοτική, ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική.

13. Men's Experiences of Radical Prostatectomy as Treatment for Prostate Cancer.

[Eur J Oncol Nurs.](#) 2010 Apr;14(2):125-33. Doi: 10.1016 [Walsh E,](#) [Hegarty, J](#)

PURPOSE OF THE RESEARCH: The aim of this study was to provide a retrospective view of men's experiences of the prostate cancer treatment journey from initial diagnosis through to completion of their surgery and beyond.

METHOD AND SAMPLE: A qualitative, descriptive design was employed. A volunteer sample (n = 8) of men 15 years or less post radical prostatectomy was recruited through a prostate cancer support group M.A.C. (Men Against Cancer). Interviews were taped and transcribed verbatim. Data were analysed using qualitative thematic content analysis.

KEY RESULTS: Men identified a number of themes related to their prostate cancer diagnosis, subsequent surgery and life post surgery. These included the process of

diagnosis, support, normalisation, the importance of information, defining moments and primary concerns.

CONCLUSIONS: Qualitative, descriptive research provides a platform for men to share their experiences of the prostate cancer journey. Healthcare professionals should be alert to the factors which patients consider important during their treatment trajectory. These qualitative interviews provide much needed knowledge in relation to men's experience of the prostate cancer treatment trajectory. In a healthcare system which increasingly values the 'patients view' this type of information is vital in order to tailor healthcare services to meet the unique needs of each patient

- Εμπειρίες των ανδρών από τη ριζική προστατεκτομή ως θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη.

Σκοπός της εργασίας: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσφέρει μια αναδρομική προβολή των εμπειριών των ανδρών, σχετικά με τη διαδρομή θεραπείας του καρκίνου του προστάτη από την αρχική διάγνωση μέχρι την ολοκλήρωση της εγχείρησης και πέραν αυτής.

Μέθοδος και δείγμα: Ένα ποιοτικό, περιγραφικό σχήμα χρησιμοποιήθηκε. Ένα δείγμα εθελοντών (n = 8) ανδρών, με 15 ή λιγότερα έτη μετά από ριζική προστατεκτομή, σ τρατολογήθηκαν μέσω μιας ομάδας υποστήριξης ασθενών με καρκίνο του προστάτη M.A.C. (Άνδρες κατά του καρκίνου). Συνεντεύξεις μαγνητοσκοπήθηκαν και αντιγράφηκαν κατά λέξη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση ποιοτικής ανάλυσης θεματικού περιεχομένου.

Βασικά αποτελέσματα: Οι άνδρες εντόπισαν μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη τους μετά τη χειρουργική επέμβαση και τη ζωή μετά την χειρουργική επέμβαση. Αυτά περιελάμβαναν τη διαδικασία της διάγνωσης, την υποστήριξη, την ομαλοποίηση, την σπουδαιότητα των πληροφοριών, τις καθοριστικές στιγμές και τις πρωτογενείς ανησυχίες.

Συμπεράσματα: Η ποιοτική, περιγραφική έρευνα παρέχει μια πλατφόρμα για τους άνδρες να μοιράζονται τις εμπειρίες τους από τη διαδρομή τους με τον καρκίνο του προστάτη. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε επιφυλακή για τους παράγοντες που οι ασθενείς θεωρούν σημαντικούς κατά τη διάρκεια της πορείας της θεραπείας τους. Αυτές οι ποιοτικές συνεντεύξεις παρέχουν την αναγκαία γνώση σχετικά με την εμπειρία των ανδρών σε σχέση με την πορεία της θεραπείας

του καρκίνου του προστάτη. Σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης το οποίο εκτιμά ολοένα και περισσότερο 'τις απόψεις των ασθενών' οι πληροφορίες αυτού του είδους είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να προσαρμόσουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή.

4.2 Μέθοδος και διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αυτής αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα από το 2010-2016. Η συλλογή του υλικού πραγματοποιήθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς ήταν: «καρκίνος του προστάτη» prostate cancer, «διάγνωση» diagnosis, «θεραπεία» therapy, «πόνος» pain, «ψυχολογία» psychology, «νοσηλευτικές παρεμβάσεις» nursing interventions, «άνδρες άνω των 50 ετών» men over 50 years old.

4.3 Συζήτηση αποτελεσμάτων.

Ανασκοπώντας τους παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη, συμπεραίνεται πως οι άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας Αφρικανικής καταγωγής, με οικογενειακό ιστορικό έχουν περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου σε σύγκριση με τους λευκούς άνδρες, ωστόσο σημαντικός παράγοντας είναι και η διατροφική συνήθεια καθώς ένας υψηλός ΔΜΣ θα επιφέρει συνέπειες στην πορεία της νόσου. Ζωτικής σημασίας είναι να τεθεί η προτεραιότητα των αναγκών σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, καθώς πρώτης γραμμής κρίνεται η βελτίωση των λειτουργικών τους ικανοτήτων και η άμεση στήριξη για να καλυφθούν οι ανάγκες τους στα διάφορα στάδια της νόσου. Οι άνδρες αυτοί θεωρούνται ως ένας πληθυσμός που έχουν ανάγκη από μία συνεχή υποστηρικτική φροντίδα, έτσι το υγειονομικό σύστημα πρέπει να βασίζεται σε αυτήν ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών. Βασιζόμενοι σε μελέτες οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και την εφαρμογή των προγραμμάτων που κατευθύνονται σε ποικίλα εμπόδια, όπως κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης, της γνώσης για την υγεία και

σε ότι άλλο σχετίζεται με τη νόσο. Χρήσιμο θα ήταν να αναπτυχθούν οι κατάλληλες στοχευμένες παρεμβάσεις κοινωνικής στήριξης, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες στους επιζώντες της νόσου αυτής. Η αβεβαιότητα συμβάλει στο στάδιο της ενεργού επιτήρησης και είναι παρόν για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη. Οι άνδρες που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο και έχουν ορμονικά ευαίσθητο καρκίνο έχουν μια καλή ποιότητα ζωής για αρκετά χρόνια μετά την διάγνωση, σε σύγκριση με τους άνδρες με προχωρημένο ορμονικά καρκίνο, οι οποίοι χρειάζονται μία συνεχή υποστηρικτική φροντίδα. Επίσης η υπερχοληστερολαιμία μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη του ανθεκτικού καρκίνου του προστάτη μετά από θεραπεία στέρησης ανδρογόνων και εφόσον η νόσος έχει κάνει οστικές μεταστάσεις. Η γνώση των πιθανών επιπτώσεων της υποβοηθούμενης ρομποτικής προστατεκτομής (Ralp) θα ήταν ωφέλιμο ώστε οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν ένα αποτελεσματικό νοσηλευτικό πλάνο. Κλείνοντας, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βρίσκονται σε επιφυλακή για τους παράγοντες που οι ασθενείς θεωρούν σημαντικούς κατά την θεραπεία. Έτσι λοιπόν θα εκτιμούνται ολοένα και περισσότερο οι απόψεις από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του κάθε ασθενή.

4.4 Συμπεράσματα

Πρωταρχική ανάγκη για τους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη είναι η προσωποκεντρική υποστήριξη από το υγειονομικό προσωπικό, καθώς ποικίλοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους ξεκινώντας από την διάγνωση της νόσου και φτάνοντας μέχρι τις χειρουργικές επεμβάσεις. Οι παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη της νόσου σχετίζονται με το οικογενειακό ιστορικό και τις φυλετικές ιδιαιτερότητες. Όπως αναφέρεται και ποιο πάνω ο ΔΜΣ είναι ένας άλλος παράγοντας εξίσου σημαντικός ο οποίος συμβάλει στην ανάπτυξη της νόσου και στη θνησιμότητα όταν είναι υψηλός κατά τη διάγνωση. Σημαντικό για την πρόληψη αυτού είναι να εφαρμοστεί ένα πλάνο διατροφικών παραγόντων οι οποίοι θα συμβάλουν στην μείωση του. Αξίζει να σημειωθεί πως ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τους ασθενείς αυτούς καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου τόσο για να τους πληροφορεί σχετικά με την νόσο όσο και για να τους στηρίζει. Έτσι οι ασθενείς αυτοί χρήζουν ανάγκη να εκπαιδευτούν από το υγειονομικό προσωπικό το οποίο θα πρέπει να βρίσκεται σε θέση να εφαρμόζει νοσηλευτικά πλάνα, καθώς ο κάθε ασθενής έχει διαφορετικές ιδιαιτερότητες. Συμπερασματικά με τον τρόπο αυτό θα μπορέσουν να

αντιμετωπίζουν και να συμβιβάζονται όσο το δυνατόν περισσότερο με τα συμπτώματα που τους επιφέρει ο καρκίνος του προστάτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνίου, Α., Παπαναστασίου, Π., Στεφανίδης, Α., Διαμαντής, Ε. & Ανδρουλάκης, Φ. 2002. Προσδιορισμός των επιπέδων ορού του ειδικού προστατικού αντιγόνου (sPSA) στην παιδική ηλικία, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 19 (6): 660 - 664.
- Βαγγέλη, Δ. 2010. *Ειδική Ιστοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Bailey, D. E., Wallace, M., Latini, M. D., Hegarty, J., Carroll, R. P., Klein, A. E. & Albetsen, P. C. 2011. Measuring illness uncertainty in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied Nursing Research*, 24 (4): 193 – 199.
- Beuzebec, P., Soulie, M., Richaud, P., Salomon, L. & Staerman, F. 2009. Fusion genes and prostate cancer. From discovery to prognosis and therapeutic perspectives. *Progres en Urologie*, 19 (11): 819 – 824.
- Brant, J. 2010. Palliative care for adults a cross the cancer trajectory: from diagnosis to end of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26 (4): 222 – 230.
- Bryant – Lukosius, D., Browne, G., Dicenso, A., Whelan, T., Gafni, A., Neville, A. & Sathya, J. 2010. Evaluating health – related quality of life and priority health problems in patients with prostate cancer: A strategy for defining the role of the advanced practice nurse. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 20 (1): 5 – 14.
- Cameron, S., Springer, C., Fox – Wasylshyn, S. & El – Masri, M. M. 2012. A describe study of functions, symptoms and perceived health state after radiotherapy for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (3): 310 – 314.
- Cantarutti, A., Bonn, S. E., Adami, H. O., Gronberg, H., Bellocco, R. & Balter, K. 2015. Body mass index and mortality in men with prostate cancer. *The Prostate*, 75 (11): 1129 – 1136.
- Carper, E. & Haas, M. 2006. Advanced practice nursing in radiation oncology. *Seminars in Oncology Nursing*, 22 (4): 203 – 211.
- Carter, N., Lukosius – Bryant, D., Dicenso, A., Blythe, J. & Neville, J. A. 2011. The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2): 189 – 198.
- Caughan, E., Sorley, O., Prue, G., Parahoo, K., Bunting, B. M Sullivan, O. & Kenna, H. 2013. Quality of life in men receiving radiotherapy and neo –

- adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: results from a prospective longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (1): 53 – 65.
- Choi, J. C., Kim, K. J., Kim, N., Kim, K. W., Choi, E. K. & Cho, K. S. 2007. Functional MR imaging of prostate cancer. *Radio Graphics*, 27 (1): 63 – 67.
 - Constanzo, L. S. 2013. *Φυσιολογία*. 4 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
 - Δαΐκος, Γ. και συν 2015. *Ουροποιητικό και Γεννητικό Σύστημα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.
 - Δημόπουλος, Α. Μ., Αναστασίου, Μ., Αλεβιζάκη, Μ. & Ζακόπουλος, Ν. 2008. *Θεραπευτική των Συχνότερων Νοσημάτων Εσωτερικής Παθολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Dewit, S. 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες & Πρακτική*. 1 τόμος – 2 τομος. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Dunn, M. W. & Kazer, M. W. 2011. Prostate cancer overview. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4): 241 – 250.
 - Elhilali, M. M. & Elkoushy M. A. 2016. Greenlight laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic obstruction: evidence from randomized controlled studies. *Transl Adrol Urol*, 5 (3): 388 – 392.
 - Ervik, B. & Asplud, K. 2012. Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men' s experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (2): 103 – 108.
 - Fritsch, H. & Wolfgang, K. 2009. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής Εσωτερικά Όργανα*. 2 τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Fusco, R., Sansone, M., Petrillo, M., Setola, S. V., Granata, V., Botti, G., Perdon, S., Borzillo, V., Muto, P. & Petrillo, A. 2016. Multiparametric MRI for prostate cancer detection: preliminary results on quantitative analysis of dynamic contrast enhanced imaging, diffusion weighted imagin and spectroscopy imaging. *Magnetic Resonance Imaging*, 34 (7): 839 – 845.
 - Galbraith, E. M., Fink, R. & Wilkins, G. G. 2011. Couples surviving prostate cancer: Challenges in their live and relationship. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4): 300 – 308.
 - Ganesh, B., Sooba, S. L., Sarade, N. M. & Pinjari, S. V. 2011. Risk factors

for prostate cancer: An hospital – based – case control study from Mumbai, India. *Indian Journal of Urology*, 27 (3): 345 – 350.

- Grazotto, M. & Hung, A. Y. 2010. Contemporary management of high – risk localized prostate cancer. *Current Urology Reports*, 11: 159 – 164.
- Gray, M. & Sims, T. 2006. Prostate cancer: prevention and management of localized disease. *Nurse Pract*, 31 (19): 14 – 29.
- Harden, J., Northouse, L., Cimprich, B., Pohl, J., Liang, J. & Kersgaw, T. 2008. The influence of developmental life stage on quality of life in survivors of prostate cancer and their partners. *J Cancer Surviv*, 2(2): 84 – 94.
- Harrington, J. K. 2011. Implications of treatment on body image and quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4): 290 – 299.
- Heidenreich, A., Bellmunt, J., Bolla, M., Jonian, S., Mason, M., Matveev, V., Mottet, N., Schmid, H – P., Kwast, Th., Wiegel, Th. & Zattoni, F. 2011. Guidelines of prostate cancer. Part 1: Screening, diagnosis and treatment of clinically localized disease. *European Association of Urology*, 59 (1): 61 – 71.
- Ignatavicius, D. D. & Workman, M. L. 2008. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*. 5 έκδοση Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Jeon, J, Ch., Park, J., Park, S., Moon, K. H., Cheon, S. H. & Park, S. 2016. Hypercholesterolemia is associated with a shorter time to castration – resistant prostate cancer in patients who have undergone androgen deprivation therapy. *World Journal Men' s Health*, 34 (1): 28 – 33.
- Κόντου, Ν., Γεωργίου, Γ. & Παναγιωτάκος, Δ. 2010. Διατροφή και Καρκίνος: Ανασκόπηση Επιδημιολογικών και Κλινικών Ερευνών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3): 323 – 343.
- Lemone, P. & Burke, K. 2006. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη Κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. 3 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff. G. 2014. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη Κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. 5 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- Lev, E. L., Eller, L. S., Gejerman, G., Kolassa, J., Colella, J., Pezzino, J., Lane, P., Munver, R., Esposito, M., Sheuch, J., Lanteri, V. & Samezuk, I.

2009. Quality of life treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Support Care Cancer*, 17 (5): 509 – 517.
- Maliski, S. L., Connor, S. E. Oduro, Ch. & Litwin, M. S. 2011. Access to health care and quality of life for underserved men with prostate cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4): 267 – 277.
 - McGeown, J. G. 2008. *Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου*. 2 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Μελέκος, Μ. Δ. & Μητσογιάννης, Η. Χ. 2003. Οι Επιπτώσεις της Παχυσαρκίας και της Δίαιτας στον Καρκίνο του Προστάτη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (6): 594 – 608.
 - Mirza, M., Griebing, T. L. & Kazer, M. W. 2011. Erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4): 278 – 289.
 - Μπανκουσλί, Ι. 2008. *Πρακτική στην Κλινική Ογκολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
 - Netter, F. H., Runge, S. & Greganti, M. A. 2009. *Παθολογία Βασικές Αρχές*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Osborn, K. S., Wraa, C. E. & Watson, A. B. 2012. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. 1 τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Osborn, K. S., Wraa, C. E. & Watson, A. B. 2013. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. 2 τόμος. Κύπρος: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
 - Park, S., Haiman, Ch. A., Cheng, I., Park, S. L., Wilkers, L. R., Kolonel, L. N., Marchad, L. L. & Henderson, B. E. 2015. Racial / ethnic differences in lifestyle - related factors and prostate cancer risk: The multiethnic cohort study. *Cancer Causes Control*, 26: 1507 – 1515.
 - Paterson, C., Jones, M., Rattray, J. & Lauder, W. 2013. Exploring the relationship between coping, social support and health - related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17 (6): 750 – 759.
 - Paterson, C., Robertson, A. & Nabi, G. (2015a). Exploring prostate cancer survivors self management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health – related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. *European Journal*

of Oncology Nursing, 19 (2): 120 – 128.

- Paterson, C., Robertson, A. & Nabi, G. (2015b). Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (4): 405 – 418.
- Pvlsh , C. & Cerensky, C. 2009. Oncology nurses perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (4): 404 – 412.
- Snell, R. S. 2009. *Κλινική Ανατομική*. 8 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσα.
- Τσακρακλίδης, Β. 2008. *Βασική Ανατομική με Κλινικό Προσανατολισμό*. 4 έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τσουφάκης, Γ. & Τζανέτου, Κ. 2000. Διερεύνηση της Αιματοουρίας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (3): 237 – 255.
- Vander, A. M. D., Sherman, J., Luciano, D. Ph. D. & Τσακόπουλος, Μ. Μ. D. 2011. *Φυσιολογία του Ανθρώπου, Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού*. 8 έκδοση. 2 τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Waller, J. & Pattison, N. 2013. Men' s experiences of regaining urinary continence following robotic – assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localized prostate cancer: A qualitative phenamenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3- 4): 368 – 378.
- Walsh, E. & Hegarty, S. 2010. Men' s experiences of radical prostatectomy treatment for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (2): 125 – 133.
- Wenreb, J. C., Blume, J. D., Coackley, F., Weeler, Th., Comack, J., Sotto, Ch., Cho, H., Kawashima, A., Tempany, C., Macura, K., Rosen, M., Gest, S. & Kurhanewicz, J. 2009. Prostate cancer: sextant localization at MR imaging and MR spectroscopic imaging before prostatectomy results of ACRIN prospective multi – institutional clinicopathologic study. *Radiology*, 25(1): 122 – 133.
- Χαράτση – Γιωτάκη, Ε. 2010. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης.
- Χαράτση – Γιωτάκη, Ε. 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Χωρίς Έκδοση.

