

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA TABURCULUK
EĞİTİMİNİN CERRAHİ İYİLEŞME, CİNSEL İŞLEV VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dilruba ÇELEBİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI**

MANİSA-2024

DİLRUBA
ÇELEBİ

PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA TABURCULUK EĞİTİMİNİN CERRAHİ
İYİLEŞME, CİNSEL İŞLEV VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

2024

TAAHHÜTNAME

Bu tezin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında akademik ve etik kurallara uygun olarak yazıldığını ve kullanılan tüm literatür bilgilerinin referans gösterilerek tezde yer aldığını, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, tezin yazımında akademik ve etik kurallara aykırı herhangi bir yapay zeka ve program kullanmadığımı beyan ederim.

İmza

Dilruba ÇELEBİ



ÖZET

Doktora Tezi

Dilruba ÇELEBİ
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Araştırma; prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yarı deneysel olarak yapılan bu araştırma Mart 2022-Mart 2023 tarihleri arasında Manisa ilindeki bir üniversite ile bir özel hastanenin Üroloji servisinde yürütüldü. Bu çalışmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G-Power analizi kullanıldı. Girişim grubu=44, kontrol grubu=44 olmak üzere 88 hasta sayısı belirlendi. Taburculuk sonrası araştırmacı tarafından hastalara verilen taburculuk eğitimi sonrasında girişim ve kontrol grubu hastalara hastanede kaldığı gün, taburculuk sonrası 2., 4., 8., ve 12. haftalarda görüşmeler yapıldı.

Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı ve tanımlayıcı istatistikler, grupların homojenliğini belirleme de kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi yapıldı. Verilerin normal dağılımına Shapiro Wilk testi ile bakıldı. Normal dağılan verilerde, bağımsız gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Normal dağılmayan verilerde ise Mann Whitney U testi, tekrarlı ölçümlerde Friedman varyans analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası taburculuk öncesi cerrahi iyileşme ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), girişim grubundaki hastaların ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlendi. (χ^2 : 165,772, $p<0,001$). Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu bulundu. Girişim

grubuna göre kontrol grubunda genel yaşam kalitesi azalma miktarının daha fazla olduğu görüldü.

Prostatektomi sonrası verilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinden dolayı önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostatektomi, taburculuk eğitimi, yaşam kalitesi, cerrahi iyileşme, cinsel işlev.

2024, 168 sayfa

ABSTRACT

PhD. Thesis

Dilruba ÇELEBİ

**Manisa Celal Bayar University
Graduate School of Education
Department of Nursing**

Supervisor: Assoc. Prof. Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Research; It was conducted to determine the effect of discharge education on surgical recovery, sexual function and quality of life in patients who underwent prostatectomy.

This semi-experimental research was conducted between 30.03.2022 and 31.03.2023 in the Urology Service of a university hospital in the western region of Turkey and in the Urology Service of a private hospital in the same region. In determining the sample size in this study, as a result of G-Power analysis, the number of patients was determined as 88, with intervention group = 45 and control group = 45. Following the discharge training given to the patients by the researcher after discharge, patients in the intervention and control groups were interviewed on the day of their hospital stay and at the 2nd, 4th, 8th, and 12th weeks after discharge.

In the analysis of the data, number percentage distribution and descriptive statistics were used to describe demographic characteristics, chi square test, t test in independent groups and Mann Whitney U test were used to evaluate the homogeneity of the groups. The normal distribution of the data was checked with the Shapiro Wilk test. For normally distributed data, t-test was used in independent groups and one-way analysis of variance was used for repeated measurements. For data that were not normally distributed, Mann Whitney U test, Friedman analysis of variance and Spearman Correlation Analysis were used for repeated measurements.

It was determined that there was a significant difference in the surgical recovery scores of the patients in the intervention group over time. It was determined that the average scores of the patients at the 12th week after discharge were higher than the average scores of the pre-discharge, 2nd, 4th and 8th weeks after discharge.

(x²: 165.772, p<0.001). It was determined that there was a significant difference in the surgical recovery scores of the patients in the control group over time (p<0.05), and the scores of the patients at the 4th, 8th, and 12th weeks after discharge were higher than their pre-discharge and 2nd week scores after discharge. It was found that the average scores in the intervention group were higher than the average scores of the patients in the control group. Discharge education was found to have a positive effect on surgical recovery.

It was found that there was no significant difference between the postoperative international sexual function index average scores of the intervention and control group patients (p>0.05). It was determined that 36.4% of the patients in the intervention group and 47.7% of the patients in the control group had severe postoperative Erectile Dysfunction.

There was a significant difference between the postoperative general health perception, vitality/energy, mental health sub-dimensions, mental health status and general quality of life average scores of the intervention and control group patients (p<0.05), and the average scores of the patients in the intervention group were higher than those in the control group. It was found to be lower than the average scores of the patients. It was observed that the overall quality of life decrease was greater in the control group compared to the intervention group.

Discharge education after prostatectomy is recommended due to its positive effects on surgical recovery and quality of life.

Keywords: Prostatectomy, discharge education, quality of life, surgical recovery, sexual function.

2024, 168 pages

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmam ve akademik hayatım boyunca bana kattığı bilgi, beceri, teorik ve pratikte her zaman tecrübeleriyle yol gösteren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI'ya,

Lisanüstü eğitim hayatım süresince bilgi, beceri ve tecrübelerini esirgemeyen Sayın hocam Prof.Dr. Emel YILMAZ'a,

Çalışmama destek veren sayın jüri üyeleri başta Doç.Dr. Esmâ ÖZŞAKER olmak üzere diğer hocalarıma,

Klinik tecrübeleriyle tez çalışmam da bilgi, beceri ve deneyimleriyle destek olan Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Talha Müezzinoğlu'na,

Çalışmam da emeği geçen ve yardımlarını esirgemeyen Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Servisin'de çalışan başta sorumlu hemşire Saadet Polat ve diğer hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca bana manevi desteğini esirgemeyen ve bu tezimde de başarmam da en önemli role sahip sevgili annem Emine ÇELEBİ, babam Selami ÇELEBİ, abim Oğuzhan ÇELEBİ' ye,

Eğitim hayatım ve tez çalışmam da bana önemli katkılarda bulunan Arş. Görevlisi Havva KARA ve Arş. Görevlisi Nurcan BİLGİN arkadaşşıma

İsmini sayamadığım ve emeği olan tüm hocalarım, meslektaşlarım ve arkadaşlarıma tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Dilruba ÇELEBİ

Manisa, 2024

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

PSA: Prostat Spesifik Antijen

BPH: Benign Prostat Hiperplazisi

PRM: Parmakla Rektal Muayene

TAUS: Transabdominal Ultrasonografi

TRUS: Transrektal Ultrasonografi

TRUS-PBx: Transrektal Ultrasonografi-Biyopsi

PVR: İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacim

IVP: İntravenöz Pyelografi

TUMT: Transüretral Mikrodalga Termoterapi

TUNA: Transüretral İğne Ablasyon

TUVP: Prostatın Transüretral Elektro Buharlaştırması

TUR-P: Transüretral Prostat Rezeksiyonu

TUIP: Prostatın Transüretral İnsizyonu

VLAP: Görsel Prostat Lazer Ablasyonu

ILC: İnterstisyel Lazer Koagülasyon

Ho: Holmiyum

HOLEP: Prostatın Holmiyum Lazer ile Enükleasyonu

TmLRP: Prostatın Thulium Lazer ile Rezeksiyonu

KTP: Potasyum-Titanil-Fosfat

AÜSS: Alt Üriner Sistem Semptomları

mpMRG: Multiparametrik Prostat Manyetik Rezonans Görüntüleme

KS: Kemik Sintigrafisi

Tc99m_MDP: Teknesyum 99m_metilendifosfonat

GS: Gleason Skoru

RP: Radikal Prostatektomi

LRP: Laparoskopik Radikal Prostatektomi

EKY: Ekstrakapsüler Yayılım

SVI: Seminal Vezikül İnvazyonu

CS+: Cerrahi Sınır Pozitifliği

N+: Lenf Nodu Tutulumu

DHT: Dihidrotestosteron Hormonu

ADT: Adrojen Deprivasyon Tedavisi

DVT: Derin Ven Trombozu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizleri

ED: Eretil Disfonksiyon

İ_PSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı

IPP: Prostatın İntravezikal Çıkıntısı

AP: Açık Prostatektomi

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Araştırmanın Örneklem Süreci	41
Şekil 2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Veri Toplama Süreci	50
Şekil 3. Grupların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat sonrası Cerrahi İyileşme Puanlarının Karşılaştırılması	72
Şekil 4. Grupların Ameliyat Sonrası Genel Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması	78



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	39
Tablo 2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	58
Tablo 3. Hastaların Taburculuk Öncesi ve Taburculuk Sonrası Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	60
Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı	62
Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı	64
Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı	66
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı	68
Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 12. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı	70
Tablo 9. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 10. Hastaların Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının gruplararası Karşılaştırılması	75
Tablo 11. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 12. Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Gruplararası Karşılaştırılması	77
Tablo 13. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 14. Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi Ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki Korelasyonlar	81

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Prostat Anotomisi	6
2.1.1. Prostat Glandula	6
2.1.2. Zonal Anotomi	6
2.2. Prostatın Cerrahi Hastalıkları	7
2.2.1. İyi Huylu Prostat Hiperplazisi (Benign Prostat Hiperplazisi/BPH)7	
2.2.2. Prostat Kanseri	13
2.3. Prostat Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	22
2.3.1. Benign Prostat Hiperplazisi Ameliyatı Öncesi Dönemde Hemşirelik Girişimleri.....	22
2.3.2. Benign Prostat Hiperplazisi Ameliyatı Sonrası Dönemde Hemşirelik Girişimleri.....	23
2.4. Cerrahi İyileşme	25
2.4.1. Cerrahi Yara İyileşmesinde Hemşirenin Rolü.....	27
2.5. Taburculuk Eğitimi	27
2.6. Yaşam Kalitesi	31
2.7. Prostatektomi ve Cinsel Yaşam.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38

3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	40
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	40
3.4. Araştırma Soruları ve Araştırma Hipotezleri	41
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	42
3.6. Veri Toplama Araçları.....	42
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	42
3.6.2. Hasta Değerlendirme Formu	42
3.6.3. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5)	43
3.6.4. Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu	44
3.6.5. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması.....	44
3.6.6. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	46
3.6.7. DISCERN Ölçüm Aracı	46
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	48
3.8. Çalışma Takvimi	52
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	53
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	54
4. BULGULAR	55
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	55
4.2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	58
4.3. Hastaların Cerrahi İyileşme Durumlarının İncelenmesi.....	60
4.3.1. Hastaların Taburculuk Öncesi ve Taburculuk Sonrası Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	60

4.3.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
4.4. Hastaların Cinsel İşlev Durumlarının İncelenmesi	74
4.4.1. Hastaların Taburculuk Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	74
4.4.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	75
4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Durumlarının İncelenmesi.....	77
4.5.1. Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının İncelenmesi	77
4.5.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	78
4.6. Hastaların Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi	80
5. TARTIŞMA	82
5.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi	82
5.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Cerrahi İyileşme Puanlarının Tartışılması.....	82
5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Cinsel İşlev Puanlarının Tartışılması	86
5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Yaşam Kalitesi Puanlarının Tartışılması.....	88
5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarında Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
7. KAYNAKLAR	95
8. EKLER.....	111





1. GİRİŞ

Cerrahi alanda hızlı gelişmeler, anestezi alanında edinilen yeni bilgiler, son teknolojiye uygun tıbbi cihazlar, ameliyat öncesi ve sonrasında bakım prosedüründe iyileşmelerle birlikte edinilen bilgilerle birlikte gelişen cerrahi girişimler daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerle birlikte üroloji alanında sık görülen ve ciddi hastalıkların da olduğu ileri yaş gruplarına da benzer uygulanmaya başlanmıştır. Fakat gelişmelerle birlikte isterse minimal bile olsa cerrahi girişimden sonra komplikasyon görülme olasılığı bilinmektedir (Vermişli & Çam, 2015). Cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında hemşirelik uygulamalarının güncellenmesi ve uygulaması mutlaka zorunlu kılınmıştır (Bayraktar & Aydın, 2018). Hemşirelerin prostatektomi cerrahisi öncesi, sırası ve sonrasında uyguladıkları hemşirelik bakımları ile hastaya fiziksel, spiritüel ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alıp yaşam kalitelerini arttırmalarını amaçlamalıdır (Ak & Özbaş, 2019).

Cerrahi hastaların tedavi ve bakım prosedürleri uygulanan hastaya göre değişiklik göstermektedir. Hastaların hemşirelik bakımı ve tedavileri esnasında yapılan uygulamaların daha güvenli ve kaliteli olması, tıbbi hataların en aza indirilmesi, hastanın hastanede yattığı süreçte ve taburcu olduktan sonra olası komplikasyonlar ve sorunların önlenmesi ya da azaltılmasında, hastanın bir bütün olarak ele alınıp tüm bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, sağlıklı ve dengeli beslenmenin ve yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi için bu amaç doğrultusunda hasta ve ailesinin sağlık eğitiminde sağlık profesyonellerinin takibi ve gözlemleri oldukça önemlidir. Cerrahi hastaların tedavi ve bakım prosedürleri değişkenlik göstermektedir (Dal ve ark., 2012).

Prostatektomi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası bakımı, ameliyat öncesi-sırasındaki durumu ile paralellik gösterir ve cerrah ile birlikte hasta bakım kalitesini belirler. Bu nedenle, hasta bakım prosedürlerinin etkili şekilde uygulanması oldukça önemlidir (Altınel & Akıncı, 2010).

Hemşire, hastanın cerrahi operasyon sonrası iyileşme süresi boyunca önemli görevlerden birini üstlenmektedir. Ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların yok edilmesi veya önlenmesi hasta bakım sürecinde önemli yer tutar. Ameliyat sonrası dönemde planlanan bakımın iyi yönetilmesi ve uygulanması

komplasyonları önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Uygulanan hemşirelik bakım ve girişimlerinin en az doğru uygulanan bir ameliyat tekniği kadar önem taşımaktadır (Vermişli & Çam, 2015).

Cerrahi girişimler hastanın psikolojik, emosyonel ve fizyolojik durumunu etkileyen sorunlar meydana getirebilmektedir. Hastanede yatışı olan veya cerrahi girişim geçirmek zorunda kalan hastaların anksiyete, korku ve benlik saygısını yitirme gibi durumlar yaşayabilmektedir. Bu durum karşısında baş etmek için sorularına cevap arayışına girerler. Sağlık bakım alanındaki teknolojik gelişmeler ve anestezi uygulamalarındaki yenilikler; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastanede kaldıkları süreyi kısaltma yardımcı olmaktadır. Cerrahi girişim sırası ve taburculuk sonrasında da hastalar bilgi gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum karmaşık olan sağlık sorunları sürecinde hastaların bilgi ve beceri konusunda bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Verilen taburculuk eğitimleri hastaneden eve geçiş sürecini kolaylaştırmada ve olası komplasyonları önlemede hayati önem taşır. Taburculuk eğitime başlamadan önce sağlık bakım profesyonellerinin hastanın bilgi gereksinimlerini belirleyip ve öğrenme stilini değerlendirerek eğitime başlamalıdır. Taburculuk eğitiminde sağlık profesyonellerinin önemli gördüğü bilgilerle birlikte hastanın ihtiyacı olan eğitime öncelik tanınması gerekmektedir. Bununla birlikte dikkatlice hazırlanmış bir taburculuk eğitimi; hastanede ve evde bakım kalitesinin güçlenmesi, hastanede olan yatış süresinin azalması ve bununla birlikte hasta memnuniyetinin artması hedeflenmektedir. Ameliyat olan hastaların cerrahi sonrası taburculuk eğitimi ile; hastaların sağlık problemleri ile ilgili sorumluluklarını bilmesini ve normal yaşamlarına bir an önce dönmelerini sağlamaktır (Güçlü & Kurşun, 2017).

Günümüzde cerrahi ve anestezi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, cerrahi öncesi ve sonrası hasta bakımındaki gelişmeler, ameliyat teknikleri yaygın olarak uygulanır. Ameliyat sonrası görülen ve en sık rastlanan komplasyonlar arasında; ateletazi, parolitik ileus, yara yeri ve üriner enfeksiyon, üriner retansiyondur (İzveren & Dal, 2011).

Hasta bakım sürecinin en önemli amaçlarından biri komplasyonları önlemek, hastanın bilgi gereksinimlerinin karşılanıp taburculuğa hazırlamaktır. Günümüz yüzyılında insanların demografik özellikleri ve sağlık hizmet kalitesindeki gelişmeler hastalar tarafından beklentileri arttırmaktadır. Hastaların ihtiyaçları

doğrultusunda bu beklentilerin karşılanamaması hastaların memnuniyetsizliğini arttıracaktır. Hastalık süreci, tedavi basamakları ve sonuçlarının, bakımın kalitesi ve evde bakım hizmetlerinin yürütülmesi hakkında bilgilendirilmenin bir hasta hakkı olduğu gibi kaliteli hizmet sunumudur (Yalçın ve ark., 2014).

Prostatektomi sonrası en sık karşılaşılan sorunlardan birisi de cinsel fonksiyonlarda değişikliktir. Bu durumun hastaların yaşam kalitesini etkilediğine ilişkin çalışmalar da yer almaktadır. Cinsel sağlık, insan sağlığının olması gereken parçalarından biridir. Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlıklı cinselliği “somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal bileşkeleri pozitif yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük” olarak tanımlanır (Şahin & Kayır, 2001).

Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşireler hastaların, cinsel yaşam ile ilgili olarak danışmanlık görevi üstlenirler. Danışmanlık sunmak, bilgi vermek ve rehabilite etmek yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından önemlidir ve hemşireler bu süreçte kilit rol üstlenirler (Karakoyunlu & Öncel, 2009).

Son dönemlerde hemşirelik mesleğinde yaşam kalitesi kavramı çok sayıda kronik hastalıklara birlikte yaşamakta olan bireyler için önemli olmuş ve yaşam kalitesi ile ilgili bilimsel araştırma yapılarak yaşam kalitesini arttıran durumların belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Yaşam kalitesi, bireyden bireye farklılık gösterdiği için tanım yapması oldukça güç olmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı; yalnızca hastalıklı değil, fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (Yeter ve ark., 2009). Klinik uygulamalarda yaşam kalitesi araştırma sonuçlarının kullanımının altında yatan en önemli etken, hastalıktan çok hasta odaklı bir tedavi ve bakım planı süreci değerlendirmesini sağlamaktır (Yıldırım ve ark., 2005).

DSÖ’ nün 2009 verilerine göre her yıl cerrahi sonrası görülen komplikasyon oranı %3-16 ve komplikasyonlara bağlı mortalite oranı %0,5 olarak bilinmektedir. NANDA’ ya göre “cerrahi iyileşmede gecikme” tanısı “sağlığı ve iyiliği devam ettirecek ve koruyacak faaliyetleri başlatmak ve yürütmek için gereken gün sayısının uzaması” olarak tanımlanmaktadır (Santana ve ark, 2014; Delphino ve ark, 2015).

Romanzini ve ark.(2018) yaptıkları bir araştırmada radikal prostatektomi uygulanan 120 hastanın ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi etkileyen faktörler

incelendi. Araştırma sonucuna göre hastaların prostatektomi sonrası ve sonrası ameliyat zamanı, yaş, ağrı, anksiyete ve depresyon yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biridir. Hastaların kaygısını azaltmak ve bu sorunla başa çıkma yetisini kazandırmak yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir.

Pak ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları bir çalışma da radikal prostatektomi sonrası hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelendi. Çalışmaya 211 erkek hasta katıldı. Bu çalışma sonucuna göre robotik cerrahi geçiren hastaların cinsel işlevi açık prostatektomiye göre daha hızlı bir şekilde geri döndü. Bu durum cerrahi tekniğin yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti ile doğrudan ilişkisi olduğunu bildirildi.

Wang ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları bir çalışma da radikal prostatektomi sonrası genişletilmiş hemşirelik bakımının hastaların üriner fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendi. Hastalar deney ve control gruplarına göre Deney grubu :37 kontrol grubu: 37 olmak üzere çalışmaya dahil edildi. Control grubundaki hastalar rutin hemşirelik bakımı alırken deney grubundaki hastalar sürekli hemşirelik bakımı aldı. Hastalar taburcu edildikten 6 ay sonra yaşam kalitesi ve üriner fonksiyonlarını değerlendirmek üzere anket çalışması yapıldı. Bu çalışma sonuçlarına göre deney grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanı kontrol grubuna göre anlamlı derece de yüksek bulundu.

Özcan ve Güler (2013) prostatektomi cerrahisi olan hastaların taburculuk sonrasında erken dönem günlük yaşam aktivitelerini ve komplikasyon görülme durumlarının incelendiği bir çalışma da 99 hasta çalışmaya katılmıştır. Taburculuk sonrasında hastaların daha çok banyo ve üriner boşaltım, ağrı, kabızlık, uyku sürelerinin azaldığı ve beden imajında bozulma gibi sorunların daha sık yaşandığı bildirildi. Bu çalışma da prostat cerrahisi geçiren erkeklerin %49'unun işe gidemediği, %54,9'unun cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirildi.

Yapılan çalışmalar ile birlikte hemşirelik bakımının kaliteli değerlendirilmesi ve uygulanması için uygulamaların bilimsel kanıta dayandırılması için, hasta bakım sürecinde komplikasyonların belirlenmesi ve önlenmesine yönelik taburculuk eğitiminin uygulanması amaçlanmaktadır. Prostatektomi ameliyatı sonrası hastaların bakım gereksinimlerini belirlenmesi ve gerekli önlemler alınması, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanması ile eğitim ihtiyaçlarını karşılanıp cerrahi

sonrası oluşabilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmayı hedeflemektir. Ülkemizde prostatektomi cerrahisi sonrası hemşirelik bakımının sunulmasında NIC (Nursing Intentions Classification) kullanılarak yapılan hemşirelik girişimleri üzerine yapılan çalışmalar yeterince bulunmamaktadır. Prostatektomi yapılan hastalara verilecek özelleştirilmiş, komplikasyonları önlemeye yönelik planlanmış bir taburculuk eğitiminin ameliyat sonrası iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışma yoktur. Bu sebeple araştırmamızın amacı, insan sağlığını korumak, geliştirmek ve iyileştirmekle görevli olan hemşirelerin, kaliteli hemşirelik bakım girişimlerine katkı sağlayıp, mesleki literature de veri kazandırması açısından da önem taşımaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prostat Anotomisi

2.1.1. Prostat Glandula

Prostat, gestasyonel olarak 3.ayda posterior ürogenital sinus epiteliyal invajinasyonlarından gelişen, proksimal üretradan kaynaklı uzantılardan oluşan prostat bezi, mesanenin alt kısmında bulunan ve erkek üretrasının proksimalini çevreleyen düz kas lifleri, bağ dokusu ve bez dokusundan oluşan bir organdır. Yaklaşık olarak prostat 20 gr ağırlığında olup, üretranın başlangıç bölümünde, mesanenin arka alt yüzünde, rektumun önünde olup, simfiz pubisin arkasında, 3 cm uzunluğunda, 2 cm genişliğinde ve 2 cm derinliğindedir. Bu özelliği sayesinde cerrahi yöntem ile kolayca çıkarılabilmektedir (Pekindil, 2017; Özbaş, 2018). Prostat bezi şekil olarak ters bir koniye benzemektedir. Genç erişkinlerde prostat bezi ortalama hacmi yaklaşık olarak 20 ml'dir. (Özen, 2016).

Prostat salgısı günlük 0,5 ml olup ve ejakülatın ise %15-25 kadar kısmını oluşturmaktadır. Prostat salgısı alkalen(bazik) yapısı sayesinde ovumun döllemesini sağlamaktadır (Özbaş, 2018). Prostat salgısı spermilerin geçişini kolaylaştırmakla birlikte, canlı kalmalarını sağlar. Prostat sıvısı, prostatın kas dokusu içinde bulunan glandlarda üretilir. (Erdil & Elbaş,2016). Ejekülasyon esnasında prostatın kaslı yapısı, üretra kanalının ağzını kapatarak spermanın idrara karışmasını önler (Yıldız ve ark., 2017).

Prostat, ejakülatı sıvı üretilip salgılayarak ve böylece erkek doğurganlığını önemli ölçüde artıran bir bezdir. Prostat, onkojenik dönüşüme oldukça duyarlıdır (Toivanen & Shen, 2017).

2.1.2. Zonal Anotomi

İnsan prostatının bölgesel anatomisi, John McNeal tarafından yüzlerce kadavra örneği kullanılarak oluşturulmuştur. McNeal'in şeması, yetişkin insan prostatını bir anterior fibromusküler bölge ve üç glandüler bölgeye ayırır (merkezi bölge ejakülatuar kanalları çevreler, geçiş bölgesi üretrayı çevreler ve periferik bölge her ikisini de çevreler). McNeal, iyi huylu prostat hiperplazisinin (BPH) çoğunlukla geçiş bölgesinde meydana geldiğini, prostat kanserinin çoğunun ise periferik bölgede bulunduğunu gözlemledi. Bu farklı bölgelerdeki hastalık insidansı, hücresel

bileşiminden ziyade anatomik bölgelerin tanımlanması için temel oluşturdu (Henry & ark., 2018).

2.2. Prostatın Cerrahi Hastalıkları

2.2.1. İyi Huylu Prostat Hiperplazisi (Benign Prostat Hiperplazisi/BPH)

Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat bezinin transizyonel zonunda düz kas ve epitelyal hücre proliferasyonu ile karakterize, prostat dokusunun iyi huylu olarak büyümesidir (Aslan ve ark., 2014). Prostat bezinin iyi huylu büyümesi sonucu oluşan ve erkeklerin yaşamı boyunca yaklaşık %50'sinde görülen yaygın bir ürolojik hastalıklardan biridir. Benign prostat hiperplazisi erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz yönde etkilemektedir (Özbaş, 2018). Mesane çıkımında tıkanıklığın neden olduğu işeme ile ilgili şikayetler ortaya çıkmaktadır (Özbaş & Çavdar, 2016).

BPH hayatı tehdit eden çok riskli bir hastalık olmamasına rağmen işeme ilgili sıkıntı yaşandığı için hastanın psikolojik durumu, günlük aktivitelerini yapamama durumu, uyku kalitesi ve uyku düzeninin bozulmasına, cinsel hayatın olumsuz yönde etkilenmesine neden olabileceğinden depresyon ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Şendoğan ve ark., 2019).

BPH, erkeklerde görülen, yaş ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı paralel olarak artan, belirti ve bulgularıyla birlikte bireylerin hayat kalitesini ciddi anlamda düşüren bir hastalıktır (Öztürk & Oksay, 2018). BPH hastalığı gelişimi; 30-40 yaş aralığı %10, 40-50 yaş aralığı %20, 60-70 yaş aralığı %50-60, 70-80 yaş sonrasında bütün erkekler de görülmektedir (Aslan ve ark., 2013).

Etiyolojik nedenler arasında metabolik sendrom, enflamasyon, büyüme faktörü, epitelyal-stromal etkileşim, androjen reseptörleri ve yaşam tarzı gibi faktörler olmasına rağmen etiyolojisi bilinmemektedir (Danacı, 2017).

Benign prostat hiperplazisinde ileri yaş, testesteron hormonu, genetik faktörler bu hastalığa neden olabilmektedir. Sigara ve alkol kullanımı BPH açısından kesin kanıt bulunamamıştır (Özbaş & Çavdar, 2016).

Makroskopik inceleme de hiperplazik prostat dokusu lastik kıvamlı ve sarı-gri renkte görülür. Mikroskopik inceleme de ise hiperplazik yapıya sahiptir. Prostat bezi, mesane, üretra ve rektuma doğru büyüyüp bası yapması sonucu patolojik olarak etkiler yapar (Karadakovan & Kaymakçı, 2017).

Prostat hücrelerinde Dihidroksitestosteron birikiminin aşırı olması sonucu ortaya çıktığı gözlenmektedir. Hücrelerin çoğalması sonucu prostat dokusunun büyümesini uyarabilmektedir. İleri yaş erkeklerin kan testosteron düzeyinde azalma olmasına rağmen prostat bezi aşırı DHT biriktirmeye devam etmektedir. Prostat bezini büyümesinin diğer bir nedeni ise kanda östrojen düzenin yüksek olmasına bağlı gelişmesidir. Erkekler yaş aldıkça kanda testosteron düzeyi azalırken östrojen düzeyi yükselmektedir. Bu durum da östrojen yüksekliği prostat bezindeki hücre çoğalmasını arttırır (Özbaş, 2018).

2.2.1.1. Belirti ve Bulgular

BPH, üretrayı çevreleyen prostat dokusunun iyi huylu büyümesi sonucu ortaya çıkar. Bu büyümeyle birlikte mesane çıkışında tıkanma ve AÜSS görülebilmektedir. BPH'ya bağlı olarak alt üriner sistem semptomları obstruktif ve irritatif belirtiler şeklinde ikiye ayrılır. Tıkanma yani obstrüksiyona bağlı gelişen belirtiler sık sık ve az idrara çıkma ve idrar yaparken zorlanma, idrar yaparken akım hızında azalma, mesane boşaltım hissinin tam olarak olmaması ve idrar yaptıktan sonra damlamayı tarif eder. İrritatif belirtilere bakılacak olursa aniden gelen idrar yapma isteği, sık sık idrara çıkma ve nokturi belirtiler arasındadır. 50 yaş üzeri erkeklerde BPH AÜSS'nin en sık görülen belirtilerinden biridir. Hastaların çoğunda AÜSS belirtileri görülmektedir (Küçükdurmaz ve ark., 2008). AÜSS belirtileri; depolama (idrarı acil yapma isteği, sık idrara çıkma, gece sık idrara çıkma ve urge inkontinans), işeme (işeme volümünde azalma, kesik kesik idrara çıkma ve gecikme) ve işeme sonrasında yeterli olmayan boşaltım olarak üç grupta incelenmektedir (Kaynar ve ark., 2016).

Tıkanmaya Bağlı Gelişen Belirtiler

- İdrar kalınlığının ve kuvvetinin azalması
- İdrar yapma sırasında zorlanma
- Kesik kesik idrara çıkma
- İdrar bittiği sırada damlamanın olması
- İdrarı tam anlamıyla boşaltma da güçlük
- Hematüri (Özbaş & Çavdar, 2016).

İdrar Kesesinin Uyarılmasına Bağlı Yakınmalar (İrritatif)

- Sık sık idrara çıkma

- Ani olarak gelişen idrar yapma hissi
 - İdrarını kaçıрма
 - İdrar yaptığı sırada gelişen ağrı, yanma ve sızı hissini olması
- (Özbaş & Çavdar, 2016).

Komplikasyonlar

Üriner retansiyon, hematuri, tekrarlayan üriner enfeksiyon, mesanede taş ve mesanede dekompanseasyon gelişimidir (Danacı, 2017).

BPH’de idrar yolu obstrüksiyonunun komplikasyonları nadir olarak görülmektedir. Akut üriner retansiyon, aniden ağrılı olarak idrarın kesilmesi ile meydana gelen bir problemdir. Diğer komplikasyon ise idrar yolu enfeksiyonu ve buna bağlı olarak gelişen sepsistir. Mesane taşı BPH’lı erkeklerde daha sık görülmektedir (Özbaş, 2018).

2.2.1.2. Tanılama

Benign Prostat Hiperplazisi tanısını koyabilmek için kapsamlı bir şekilde alınan bir hasta hikayesi oldukça önemlidir. Bununla birlikte dikkatlice alınmış fizik muayenesi ile birlikte istenilen tetkiklerin yapılması oldukça önemlidir. Bu nedenle hastaların şikayetleri dikkatlice dinlenmeli, hasta mahremiyetine saygı göstererek ayrıntılı hasta anamnezi almak önemlidir. Alt üriner sistem şikayetleri ile gelen hastanın BPH şüphesi varsa hastanın ayrıntılı bir şekilde anamnezi alınmalıdır. Hastanın ailesinde prostat hastalıklarının (BPH, Prostat kanseri vb) varlığı, hastanın yaşı, mesane fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyecek kullandığı ilaçlar (antikolinerjik, antidepresan vb) ilaç kullanım öyküsü, şikayetlerinin başladığı tarih ve zaman aralığı, ne kadar sürdüğü ve şiddeti sorgulanır. Hastanın belirti ve bulgularını objeksif olarak değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün ve Prostat Konseyi’nin kabul ettiği prostat semptom skorlama (I-PSS: İnternational Prostate Symptom Score- Uluslararası Prostat Semptom Skoru) sistemi kullanılmaktadır. Semptom skoru 0-7 arasında hafif, 8-19 arası orta, 20-35 arası şiddetli olarak değerlendirilir (Koçaşlı & Aktaş, 2021).

Fiziksel muayenenin amacı hastanın detaylı bir şekilde ve tam olarak fizik muayene yapılmalı, nörojenik mesane açısından eğer var ise hasta dikkatlice incelenmelidir. Parmakla rektal muayenede prostatın boyu ve kıvamı hakkında bilgi

edinilir. BPH’da prostat genelde düzgün, sıkı, elastik genişleme göstermektedir (Koçaşlı & Aktaş, 2021).

PSA (Prostat Spesifik Antijen)

Prostat bezi hasarının görüldüğü durumlarda PSA, kan dolaşımına geçer. Bununla birlikte iyi huylu prostat hiperplazisinde, idrar retansiyonu sonrası idrar kaçırma görülebilmektedir. Bu yüzden, PSA ‘kansere spesifik’ olarak değil, ‘organ spesifik’ olarak kabul edilir. Kan değerlerinde PSA’nın yükselme sebeplerinden biri de prostat bezine uygulanan biyopsi işlemi ve ejakülasyondur. (Özen, 2016). PSA değeri BPH’lı hastalarda genelde 4 ng/ml’den yüksektir (Koçaşlı & Aktaş, 2021).

2.2.1.3. Tedavi ve Bakım

İyi huylu prostat hiperplazisinde, yaşlı erkeklerde sık görülen sağlık problemlerinden biridir. Günümüzde BPH tedavisinde çeşitli medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Genellikle medikal tedaviye cevap alınamayan veya tolerasyonu olmayan hastalarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Gür & Tahmaz, 2021).

Tedavi ve bakımın amacı, mesane drenajını sağlamak, hastanın semptomlarını azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Hastaların bazılarında cerrahi tedaviye alternatif olarak ilaç tedavisi ve minimal invaziv girişimler uygulanabilir. Bazı hastalarda diyet değişiklikleri (yapay tatlandırıcılar, kafein, baharatlı veya asidik gıdaların azaltılması), dekonjestanlar gibi ilaçlardan kaçınılması, akşam sıvı kısıtlamasının sağlanması ile semptomların azaltılması planlanır. İşeme programı ile semptomlar azaltılır veya yok edilebilir (Özbaş, 2018).

Medikal Tedavi

Benign Prostat hiperplazisi medikal tedavisinin amaçlarından biri BPH ‘a bağlı alt üriner sistem ile ilgili şikayetleri ortadan kaldırmak, akut üriner retansiyon gelişmesini önlemek, cerrahi tedavi riskini en aza indirmek ve cinsel fonksiyonların bozulmasını önlemektir (Atan, 2021). Yapılan araştırmalarda BPH ile ilgili alt üriner sistem belirtilerinin meydana gelmesinde BPH’ ın yanı sıra mesaneden kaynaklı olduğu açıklanmaktadır. Bu nedenle BPH tedavisinde yeni araştırmalarla birlikte gelişmeler gündeme gelmiştir. Medikal tedavi;

- 5-ARi ilaçlar
- Alfa bloker ilaçlar

- Anti-muskarinikler
- Desmopressin
- Fosfodiesteraz tip-5 inhibitörü (PDE-5i) ilaçlar
- Fitoterapi kullanılır (Atan, 2021)

Cerrahi Tedavi

Hastanın özelliklerine ve endikasyona bağlı olarak cerrahi tedavi prosedürleri değişiklik gösterebilmektedir. Bazı hastalarda minimal invaziv yöntemler öncelikle tercih edilebilir.

Minimal İnvaziv Tedavi

Transüretral Mikrodalga Isı Tedavisi (TUMT)

TUMT, intraüretral olarak, anten aracılığıyla mikrodalga radyasyon yayılmasıyla prostat bezinin ısıtılmasıdır. TUMT tedavisi poliklinik ortamında, anestezi işlemi olmadan 1 saatten daha az sürmektedir. Büyük prostat olan hastalarda daha iyi sonuç vermektedir (Balcı & Tuncel, 2012). TUMT tedavisinde sıcaklığa dönüştürülen elektromanyetik radyasyonu prostata iletilerek bez içerisinde ablatif koagülasyon nekrozu meydana gelir. Üretral kanala yerleştirilen kateter yardımıyla sıcaklık prostat içerisinde 70 oC'yi, çevre doku ve üretral sıcaklığın prostat içerisinde 44 oC'den fazla olmaması gerekir. TUMT prostat dokusunda apoptozis ve sempatik sinir hasarı oluşturur. (Hasırcı ve ark., 2015). TUMT tedavisinin Transüretral rezeksiyon (TUR-P) ile karşılaştırıldığında avantajı daha az olumsuz etki yaratmaktadır. Kanama riski, hematüri oluşumu, üretra darlığı riski daha düşüktür. Böylelikle kanama riski açısından daha avantajlıdır (Saitz ve ark., 2019). TUMT işlemi sonrası görülebilen komplikasyonlar üriner retansiyondur. Bu yüzden hasta 2-7 gün süreyle idrar katateri takılarak eve gönderilir. İşlem sonrası hastaya ağrı kesici, antibiyotik ve mesane antispazmodik ilaç verilir (Özbaş, 2018).

Transüretral İğne Ablasyon (TUNA)

Minimal invaziv tedavi yöntemlerinden biri olan TUNA (Transüretral iğne ablasyonu) BPH tedavisi için uygulanmaktadır. Düşük seviye radyofrekans (RF) enerjisi ile prostat dokusunun nekrozuna neden olan bir işlemdir (Law at all., 2019). Transüretral yol ile prostat bezine konulan iğnelerle düşük dereceli radyofrekans enerjisi ile prostat dokusu 110o C'ye kadar ısıtılıp ablasyon oluşturur. İşlemin asıl

amacı termal hasar oluşturulup nekroz meydana gelir ve ablasyon sağlanır. Meydana gelen nekrozun emilimi hemen hemen iki ay sürmektedir (Hasırcı ve ark., 2015). TUNA, düşük dalga radyofrekansının ısı vermek için kullanıldığı TUMT'dan farklı bir yöntemdir. İğne ile doğrudan temas ile sadece prostat dokusu etkilenmektedir. TUNA yöntemi ile hastaların çoğunda semptomlarında iyileşme görülür. İşlem yaklaşık olarak 30 dakika sürmektedir ve hastalar ayaktan tedavi merkezinde lokal anestezi veya oral sedasyon eşliğinde uygulanmaktadır. TUNA işleminde görülebilen komplikasyonlar arasında üriner retansiyon, idrar yolu enfeksiyonu ile birlikte acil olarak idrara çıkma isteği ve ağrı görülebilmektedir. Hastaların çoğunda hematüri görülür (Özbaş, 2018).

Lazer Prostatektomi

Lazer hedef dokunun kontrol edilecek şekilde etki oluşturarak ve bu durumun değişik cerrahi tekniklerle uygulanabilen enerji çeşitlerinden biridir (Akyüz, 2012). TUR-P ameliyatı sırasında görülen bazı komplikasyonlar (kanama, normalden büyük prostat bezi) enükleasyon düşüncesinin tekrar ortaya çıkması sağlamış ve gelişen lazer teknolojisi de bu ihtiyaca hızla uyum sağlamıştır (Çalık, 2021).

İnvaziv Tedavi

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP)

Benign prostat hiperplazisi ileri yaş grubu erkeklerde sık görülen prostat hastalıklarından biridir. Transüretral rezeksiyon (TUR-P) ameliyatı prostat hastalıklarında en çok uygulanmakta olan ve altın standart olarak kabul edilmiştir (Polat ve ark., 2015). Transüretral Prostat Rezeksiyonu prostat dokusunun mesane boynundan başlayıp veru montanuma olan kısmı içeren rezeksiyon işlemidir. Yapılan çalışmalar da büyük bir kısmı TURP rezeksiyonunun kanama riski yüksek cerrahi yöntemlerden biridir. Bazı çalışmalar ise bu durumunun tersi olduğunu görüşündedir. (Hasırcı ve ark., 2015). TUR-P, prostat büyümesine bağlı alt AÜS sebebiyle 80 gramın altındaki prostat dokusuna sahip hastalar da yapılan tedavi yöntemlerden biridir. TUR-P perioperatif komplikasyonları ve mortalitesi bakımından güvenli bir işlem olması ve uzun süredir devam eden üriner inkontinans, idrar yolu enfeksiyonu, üretral darlık, mesane boynu stenozu, retrograd ejakülasyon ve erektil disfonksiyon ile ilişkili olabilmektedir (Tonyalı ve ark., 2018).

Prostatın transüretal rezeksiyonu, üretranın içine yerleştirilen rezektoskop ile prostat dokusunun çıkarılması işlemidir. TURP ameliyatları genel veya spinal anestezi eşliğinde yapılmaktadır. Hemostaz ve üriner drenajı sağlamak için 30 ml'lik bir balonu olan üç yollu kalıcı katater mesaneye yerleştirilir. Ameliyat sırası ve sonrasında kan pıhtısını engellemek için 24 saat boyunca mesane irrigasyonu yapılır (Özbaş, 2018).

Prostatın Transüretal İnsizyonu (TUIP)

İlk kez Orandi tarafından bulunan TUIP, 1969 yılında tarif edilmiştir. Prostat dokusu çıkarılmadan mesane boynunun kesilip obstrüksiyonun azaltılması amaçlanan cerrahi yöntemlerden biridir. Cinsel yaşantısı aktif genç erkeklerde ve prostat dokusunu 30 gramın altında olan hastalarda uygulanan ideal tedavi yöntemlerinden biridir. (Balcı & Tuncel, 2012).

Prostatın transüretal insizyonu (TUIP), lokal anestezi eşliğinde orta veya şiddetli semptomları olan erkeklerde yapılan cerrahi işlemidir. Prostat bezine küçük insizyon yapılarak üretraya yapılan baskı hafiflettirilir. Bununla birlikte idrar akışı sağlanmış olur. TURP ile yapılan cerrahi işlemle benzer hasta sonuçları elde edilir (Özbaş, 2018).

Açık Prostatektomi (AP)

Açık prostatektomi (AP), benign prostat hiperplazisi (BPH) için “birinci nesil” bir cerrahi uygulamadır ve gelişmekte olan ülkelerde ürologlar tarafından sık olarak uygulanmakta olan cerrahi yöntemlerden biridir. BPH için HoLEP ve diğer yeni minimal erişim teknikleri konusunda yetersiz ekipman ve uzmanlık söz konusu olduğunda büyük prostat hacmi olan BPH hastaları için Açık Prostatektomi uygun seçenek haline gelmektedir. Açık prostatektomi (AP) endoskopik tedavilerle karşılaştırıldığında ucuz, daha etkili ve komplikasyonları aynı anda tedavi etmek için kullanılabilir (Salako ve ark., 2016). 75 gr ve üzeri büyük prostat hacimleri olan hastalar ve kısıtlı erişimi olan yerlerde, açık prostatektomi altın standart kabul edilmektedir (Elshal ve ark., 2013).

2.2.2. Prostat Kanseri

Prostat kanseri sıklığı günümüzde giderek artış gösteren, yeni buluşlarla birlikte erken tanı konulduğunda tedavisi mümkün olan ve sağkalımı yüksek olan bir hastalıktır. Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen ikinci sırada görülen kanser

çeşitlerinden biridir ve bununla birlikte mortalite oranı yüksek olan beşinci kanser türlerinden biridir. İleri tetkik ve yöntemlere rağmen özellikle 50 yaş üzerindeki erkek hastaların sağlığını tehdit etmektedir. (Yencilek ve ark., 2018; Yalçınazan & ark., 2019). Ülkemizde erkeklerde prostat kanseri görülme sıklığı yüz binde 10,9-28 olarak bildirilmiştir (Türk ve ark.,2015). 75 yaşını geçmiş erkek popülasyonunun hemen hemen yarısında biyopsi sonucu ya da vefat edenlerin otopsi sonucunda prostat kanseri saptandığı görülmüştür. Avrupa Birliği ülkelerinde prostat kanseri tüm kanserler içinde yaklaşık olarak %11'ini ve tüm kanser türlerine oranla ölümlerin yaklaşık olarak %9'unu oluşturmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda, kardiyovasküler hastalıklarla ileri tetkik ve gelişmeler sonucu başarı sağlanan tedaviler ile yaşam ömrü uzamış ve ileri yaşla birlikte prostat kanseri tanısı konulan erkek hastaların da oranı artmış bulunmaktadır. (Genç ve ark., 2021). Çoğu vakada bazen daha agresif kanser türü olan genç erkeklerde görülmektedir (Özbaş, 2018). Epidemiyolojik verilere göre prostat kanserinin, 2018 yılında tahmini 1.276.000 yeni vaka ve 359.000 ölümle, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada görülen kanser ve dünyada erkeklerde malign neoplazmaların neden olduğu altıncı sırada mortalite nedeni olarak görülmektedir. Prostat kanserinin en çok gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Prostat kanseri insidansının 2040 yılına kadar hemen hemen 2,3 milyon yeni hasta sayısına yükseleceği ve mortalitenin 740.000'e ulaşacağı düşünülmektedir (Oczkowski ve ark., 2021). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre 3.532 hastanın prostat kanseri nedeniyle yaşamını yitirdiği belirlenmiştir (Ak & Özbaş, 2019).

Prostat bezi 50 ila 70 yaş aralığında atrofiye uğramaktadır. Kanser gelişimi prostat bezinin aktif alanlarından olmakta ve adrojen uyarısının etkisi altındadır. Prostat kanserinin %70'i prostat bezinin periferik, % 15-20'si santral, %10-15'i transizyon gelişir. Prostat kanserleri iyi diferansiye olarak sınıflandırılmaktadır (Karadakovan, 2017). Prostat kanseri olgularının %95'i prostatik bezden kaynaklıdır. Prostat kanserinin ilk olarak kemik metastazı yapmaya başladığı bilinmekle beraber metastaz yaptığı diğer organlar sırasıyla;

- Kemik (%90)
- Akciğer (%45)
- Karaciğer (%25)
- Plevra (%20)

- Adrenal bezler (%15) (Yalçınmaz ve ark., 2019).

Risk Faktörleri

Prostat kanserinin etiyolojisi hala iyi bilinmemekle birlikte, prostat kanseri gelişme riskinin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilen bazı faktörler vardır. Bunlar arasında yaş, aile öyküsü, etnik köken ve genetik değiştirilemeyen faktörlerden bazılarıdır (Perez Cornago ve ark., 2017). Ek olarak, sigara içmek, fazla kilolu olmak, sedanter yaşam ve düşük kaliteli diyetle beslenme düzeni prostat kanseri riski ile pozitif korelasyon gösteren diğer önemli faktörlerden biridir. Fakat, bu faktörlerin bireysel rolünün ve prostat kanseri gelişmesine neden olan diğer faktörler tam olarak bilinmemektedir (Oczkowski ve ark., 2021).

Yaş: Diğer kanserlerle karşılaştırıldığında, prostat kanseri riski yaşla birlikte çarpıcı biçimde artar. Brawley (2012).35-44 yaşındaki hastaların sadece %0.6'sına prostat kanseri teşhisi konduğunu, ancak 65-74 yaşındakilerde kanser prevalansının çok daha yüksek olduğunu gösterdi (%35) (Oczkowski ve ark., 2021). Yapılan bir diğer araştırma da prostat kanseri riskinin yaşa bağlı ilişkisini analiz ettiler ve 80 yaş üstü erkeklerde kanser vakalarının sayısının 50 yaş altı erkeklere göre yaklaşık 40 kat daha fazla olduğunu gözlemlediler (Malik ve ark., 2018).

Genetik Faktörler: Birinci derece akrabalarında prostat kanseri olan erkeklerde göreceli prostat kanseri oluşma riski daha yüksektir. Bu risk 65 yaşın altındaki erkeklerde, yaşlı erkeklere göre ve etkilenen akrabanın baba yerine erkek kardeş olması durumunda daha yüksektir. Aile öyküsü açıkça önemlidir, ancak şu anda ailesel riskin sadece %35'i bilinen genler tarafından açıklanmaktadır (Cuzick ve ark., 2014).

İrk: Prostat kanserinin bir göstergesi olarak ırkı analiz eden birçok çalışmanın sonuçları çelişkili sonuçlar göstermektedir. Prostat kanserli 306.100 hastayı kapsayan çok kohortlu bir çalışmada, siyahi etnik köken ile hastalık arasında anlamlı bir ilişki kurulamadı (Dess ve ark., 2019). Bir diğer çalışmalarda ise, siyahi popülasyonda, siyah olmayan popülasyona kıyasla prostat kanseri sıklığının yüksek olduğunu ortaya koydu (Netty ve ark., 2018). Adeloye ve ark. tarafından yapılan bir meta-analizin sonuçları ise, Avrupa veya Amerikan popülasyonları ile karşılaştırıldığında daha yüksek prostat kanseri insidansı gösterdi (Adeloye ve ark., 2016).

Hormonal faktörler: Prostat kanserinden sorumlu moleküler mekanizmalar tam anlamıyla bilinmemektedir. Prostat, hormonal duyarlılığı yüksek bir organdır ve biyolojik işlevleri hormonların etkisi altında uyarılır (Aaron ve ark. 2016). Ek olarak, prostat kanserinin etyo-patogenezi, diğerleri arasında, steroid hormonlarına (androjenler ve östrojenler) ve IGF'lere bağlıdır. Testosteron ayrıca, apoptotik genlerin ekspresyon seviyesini etkileyerek ve böylece kanser gelişimini teşvik ederek hormona bağımlı prostat hücrelerinde apoptotik süreçleri modüle edebilir. Prostat kanseri hormona bağımlı bir neoplazmdır ve hücreleri bir PSA salgılar ve bu seviye çoğu durumda kanser gelişim evresi ile ilişkilidir (Oczkowski ve ark. 2021).

Diyet: Hızla yayılan prostat kanserinin, etiyolojisinin araştırılmasını ve engellenmesine yönelik önlemlerin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Batı tipi beslenme düzeninin (yüksek yağ içeriğine sahip işlenmiş gıda, kırmızı et tüketiminin ve az meyve ve sebze alımı) prostat kanseri riskini artırabileceğini, Akdeniz diyet modelinin ise faydalı olabileceğini düşündürmektedir (Oczkowski ve ark., 2021).

Sigara kullanımı: Prostat kanseri insidansı ile bağlantılı olmasa da sigara içmenin prostat kanserinden ölüm oranının yüksek olduğuna dair düşündürücü kanıtlar vardır ve mevcut sigara içenler arasında tahminen %15-25 daha yüksek prostat kanseri ölüm oranı bildirilmiştir (Kensler & Rebbeck, 2020).

2.2.2.1. Belirti Bulgular

Prostat kanseri genellikle erken evrelerde asemptomatik seyretmektedir. Hastada idrar yapamama gibi BPH'ye benzer semptomlar görülür idrar şikayetleri ile birlikte kalçalara ve bacaklara yayılan ağrı kemik metastazı belirtilerini gösterebilmektedir. Bununla birlikte yorgunluk, halsizlik ve anemi gibi şikayetler görülebilmektedir (Özbaş, 2018).

a. Gündüz işeme sıklığında artış, gece idrara sık kalkma, sıkışma, idrar kaçırma.

b. Boşaltımla ilgili sorunlar (çatallı-dağınık idrar akımı, zayıf idrar akımı, kesintili idrar akımı, geç başlayan idrar, idrar yaparken zorlanma, damlama şeklinde idrar yapma).

c. İşeme sonrasında görülen belirtiler (idrar boşaltımının yeterli olarak olmaması, işeme sonrası görülen damlamanın olması) (Yalçınözan ve ark., 2019).

2.2.2.2. Tanılama

Prostat kanserinde hastalığın seyrini belirlemek ve tedavi planlamasını yapmak için doğru tanı ve evreleme kritik önem taşır (Gençhellaç & Yılmaz, 2015). Prostat kanserinin güncel tanı yöntemleri; parmakla rektal muayene (PRM), serum prostat spesifik antijen (PSA)'i ve ince iğne biyopsi ile birlikte uygulanan transrektal ultrason (TRUS) içermektedir (Yüksel ve ark., 2017). Son yıllarda prostat kanserini saptamanın en sık uygulanan yöntem serum prostat spesifik antijen (PSA) testi olmuştur. Serumdaki yükselmiş PSA seviyeleri prostat kanserini gösterebilir, ancak bir tarama aracı olarak PSA yeterli özgüllüğe sahip değildir, çünkü serum PSA'sının yükselmesi prostat kanserine özgü değildir. Prostatit, parmakla rektal muayene (PRM) ve iyi huylu prostat hiperplazisi (BPH), artan serum PSA düzeyleriyle birlikte değerlendirilir (Eskra ve ark., 2019).

Prostat Kanserinin Evrelendirilmesi

Prostat kanseri evrelemesinde genel olarak TNM sınıflaması kullanılır. TNM evreleme sisteminde; T, kanserin organ içindeki durumunu (PSA, rektal tuşe, transrektal US ve MR ile); N, lenf nodu tutulumunu (BT, MR) ve M ise uzak metastazını (torakoabdominal BT ve kemik sintigrafisi) belirtir. Prostat kanserinde klinik evrelemenin amacı, metastaz durumunu saptamak ve hastalığın seyrine göre uygun tedavi yöntemlerini belirlemektir. Prostat kanserinde evreleme amacıyla uygulanacak ileri tetkikler D'Amico risk sınıflamasına göre belirlenir. Tanı alan hastaların risk gruplarına göre uygulanan tedavi seçenekleri; aktif izlem, semptomatik tedavi, radikal prostatektomi, radyoterapi ve brakiterapidir (Yalçınsozan ve ark., 2019).

Amerikan Birleşik Kanser Komitesi (AJCC: American Joint Committee on Cancer) 2017 TNM Sınıflaması	
KLİNİK	PATOLOJİK
T KATEGORİ	T KATEGORİ
Tx Primer tümör değerlendirilemez To Primer tümör bulgusu yok T1 Palpe edilemeyen ve görüntüde saptanamayan tümör T1 a Tümör TUR ile rezeke edilen dokunun %5 'inden azında T1b Tümör TUR ile rezeke edilen dokunun %5 'inden fazlasında T1c İğne biopside saptanan tümör var (bir veya iki lobta), palpe edilen tümör yok T2 Tümör palpe ediliyor, prostat ile sınırlı T2a Bir lobun yarısından az T2b Bir lobun yarısından fazla T2c Her iki lobta tümör var T3 Kapsül dışı yayımlı tümör var, fiksede değil T3a Kapsül dışı yayılım; tek veya çift taraf T3b Seminal vezikül infiltrasyonu; tek veya çift taraf T4 Tümör fiksede, rektum, mesane, eksternal sfinkter, levatör adele ve pelvik duvara infiltrasyon	T2 Tümör prostat ile sınırlı T3 Kapsül dışı yayılım var T3a Kapsül dışı yayılım var; tek veya çift taraf veya mesane boynunda mikroskopik invazyon T3b Seminal vezikül infiltrasyonu; tek veya çift taraf T4 Tümör fiksede, rektum, mesane, eksternal sfinkter, levatör adele ve pelvik duvara infiltrasyon N KATEGORİ NX Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor NO Bölgesel lenf nodu metastazı yok N1 Bölgesel lenf nodlarında metastaz var M KATEGORİ M0 Uzak metastaz yok M1 Uzak metastaz var M1a Bölgesel olmayan lenf nodları M1b Kemik metastazı M1c Kemik dışı uzak organ metastazları

(Karaaslan, 2017).

2.2.2.3. Tedavi ve Bakım

Prostat kanseri dünya genelinde bir halk sağlığı problemi olup, tedavi ve bakımı profesyonel yaklaşım gerektiren bir hastalıktır. Tanı yöntemlerindeki

gelişmelerle birlikte prostat kanseri erken dönemde tanı konulabilen bir hastalıktır. Konservatif tedavi seçenekleri olmasına rağmen, cerrahi tedavi erken dönem prostat kanseri tedavisinde altın standart olup ve birincil tedavi yöntemidir (Ak & Özbaş, 2019). Prostat kanseri tedavi kararı verilirken hastanın demografik özellikleri, yaşı, yaşam beklentisi, yaşam kalitesi bununla birlikte eşlik eden yandaş problemleri, aile sorunları gibi özellikleri göz önüne alınarak tedavi protokolü uygulanmalıdır (Özbaş, 2018).

Prostat Kanseri Tedavi Yöntemleri

- Radikal Prostatektomi
- Laparoskopik Radikal Prostatektomi (LRP)
- Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi
- Kriyoterapi
- Radyoterapi
- Brakiterapi
- Hormonal Tedavi
- Orşiektomi
- LHRH Agonistleri
- Kemoterapi (Özbaş, 2018).

Radikal Prostatektomi (RP)

Açık radikal prostatektomi lokalize prostat kanserinin tedavisinde standart cerrahi seçeneklerinden biridir (Yüksel ve ark., 2014). Geç dönemde görülebilen komplikasyonları; inkontinans, erektil disfonksiyon ve inkontinans başlıca sorunlardan biridir. (Polat ve ark., 2016). Prostat kanserinde ideal tedavi kararı; tümörün karakteri, hastanın beklenen yaşam süresine ve var olan kronik hastalıklarına göre değişiklik göstermektedir. Eğer tümör prostat dokusuna sınırlı ise, primer tedavi yöntemi radikal prostatektomi önerilir. Fakat ekstrakapsüler hastalık, seminal vezikül tutulumu veya tanı sırasında konulan lenf nodu tutulumu var ise radikal prostatektomi önerilmemektedir (Karaca ve ark., 2018).

Laparoskopik Radikal Prostatektomi (LRP)

Laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) 1991 yılında ilk kez Schussler ve arkadaşları tanımlanmıştır. Guillonnet ve Vallancien ise transperitoneal LRP'nin prensiplerini belirlemiş ve 1999 yılında 40 olguluk ilk seriyi, "Montsorrisu tekniği"

bildirmiştir. Bu tedavi seçeneği ile birlikte LRP dünyada kabul edilen ve açık radikal prostatektomiye karşılık bir cerrahi teknik olarak kabul edilmiştir. LRP, prostat dokusu etrafında bulunan sinirlerin ve üretrayı destekleyen dokularra zarar vermemek amacıyla cerraha avantaj sağlamaktadır. Böylelikle LRP cerrahi ve onkolojik açıdan kolaylık sağlamaktadır (Uçar ve ark., 2018). Araştırmalar da LRP cerrahisi uygulanan hastalara cerrahi sonrasında görülen ağrıya bağlı şikayetler ve ilaç gereksinimleri açık prostatektomi cerrahisine oranla daha az olduğu, kanama riski ve kan transfüzyonunun daha az gereksinim olduğu bildirilmiştir (Özbaş, 2018).

Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi

1904 yılında ilk olarak uygulanan açık radikal prostatektomi uygulanmasından günümüze kadar cerrahi tekniklerin ilerlemesiyle beraber 3 boyutlu görüş olanağı sunan robotik cerrahi uygulaması ilk olarak 2000 yılında Binder ve Kramer tarafından robot yardımcı radikal prostatektomi cerrahi işlemi gerçekleştirilmiştir (Özbaş, 2018). Prostat kanserinde robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (RALP) yıllardır uygunluğu kanıtlanmış tedavilerden biridir. Tüm bunların sonucunda robotik cerrahi, hızlıca açık prostatektominin yerine uygulanmaktadır (Karabulut ve ark., 2020). RALP'ın tremor filtrasyon, optik büyütme gibi avantajları bulunmaktadır (Keske & Canda, 2019).

Kriyoterapi

Lokalize prostat kanserinde tümör hücrelerini dondurarak ortadan kaldırmak için uygulanan tedavi seçeneklerinden biridir. Gonder ve ark. tarafından ilk kez 1966 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Kriyoterapi daha önce lokal tedavi almamış hastalarda primer tedavi olarak kullanılabilmektedir ancak ileri evre metastaz durumlarında uygulanabilir olmasına dair yeterli kanıt yoktur (Altınova ve ark., 2012).

Kriyoterapi tedavi yönteminde, prostat dokusunun içine dört ile sekiz tane küçük iğneler şeklinde prob yerleştirilmektedir (Özbaş, 2018). Kriyoterapi, ısınin düşürülmesi ile birlikte intrasellüler ve ekstrasellüler buz kristalleri, dehidratasyon, asidoz ve koagulasyon nekrozu ve böylelikle vasküler staz ve apoptozis meydana gelir (Hamidi & Gülpınar, 2016).

Radyoterapi

Prostat cerrahisi olan hastaların ekstrakapsüler yayılım (EKY), seminal vezikül invazyonu (SVI), cerrahi sınır pozitifliği (CS+) ve lenf nodu tutulumu (N+) gibi patolojik durumlar görülebilmektedir. Bu durum cerrahi sonrası radyoterapi gibi ek tedaviler gerekebilmektedir (Yıkılmaz ve ark., 2017). Tedavi seçeneklerinden biri olan radyoterapinin son yıllarda yeni gelişmelerle birlikte daha güvenli bir şekilde uygulanmaktadır. Hasta ve doktorlar açısından daha çok tercih edilmektedir. Erken dönemde hastalığın küratif tedavi yöntemi olarak tek başına uygulanabilirken geç dönemde kurtarma tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (Reşorlu & Büyükalpelli, 2016).

Brakiterapi

Brakiterapi tedavi uygulaması son 30 yıl içinde teknolojik gelişmeler ile birlikte ilerleme kaydetmiştir. Bu yenilikler sayesinde hedef dokunun daha uygun bir doz dağılımına ve sağlık personelinin daha az radyasyona maruz kalmalarına olanak sağlamıştır (Özen ve ark., 2016). Bu işlem doğrudan prostat içine radyoaktif maddenin verilmesini içermektedir. İmplantlar kalıcı ya da geçici olabilmektedir. Sürekli implantı olan hastalara taburculuk öncesinde rutin bilgilendirme yapılır. Çocuklar ya da gebe kadınlara yakın temastan kaçınması gerektiği söylenir. Hekimin önerisiyle cinsel ilişki sırasında kondom kullanılması gerektiği söylenmelidir (Özbaş, 2018).

Hormonal Tedavi

Prostat Kanserinde Androjenler ve Androjen Reseptörleri

Testosteron, androjenler, dihidrotestosteron (DHT)'u da içeren steroid yapıdaki erkek seks hormonlarıdır. Bu androjenlerin %90-95'i testislerden, %5'i adrenal olarak köken alır (Hacıbekiroğlu ve ark., 2015).

Amaç; testosteron düzeyini uygun seviyede tutmak ve hastanın iyileşmesini sağlamaktır. Metastazı olan hastanın ADT uygun bir tedavi seçeneğidir. (Hacıbekiroğlu ve ark., 2015).

Hormon Tedavisinde Uygulanan Yöntemler

Orşiektomi (Cerrahi Kastrasyon)

Günöbirlik olarak uygulanan bu cerrahi yöntem hormon tedavisinin basit, ucuz hemen hemen komplikasyonsuz bir cerrahi tedavidir. Lokal anestezi altında uygulanabilir ve genellikle 12 saatten daha az zamanda kastrasyon seviyesine gelir. Geri dönüşü olmadığı için aralıklı tedaviye olanak sağlamaz (Evren & Tuğcu, 2018).

LHRH Analöğü Değişimi: Uzun yıllardır LHR analoglarının cerrahi kastrasyona benzer olduğu savunulmuştur. Fakat, yeni testosteron ölçüm tekniklerinin gelişmesiyle birlikte, hastaların büyük çoğunluğunda cerrahi kastrasyon ile sağlanan testosteron seviyelerine ulaşmadığı bildirilmiştir.

Kemoterapi

Hormon dirençli prostat kanseri tanısı konulan hastalar için antineoplastik tedavi tedavi seçeneklerinden biridir. Kemoterapinin amacı çoğu zaman palyatif amaçlı uygulanmaktadır (Özbaş, 2018).

2.3. Prostat Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.3.1. Benign Prostat Hiperplazisi Ameliyatı Öncesi Dönemde Hemşirelik Girişimleri

Hastaların ameliyat sonrasında oluşabilecek bilgi eksikliklerini gidermek için ameliyat öncesi dönemde gerekli bilgilerin verilmesi önem taşımaktadır. Ameliyat sonrası döneme ait ağrı, cerrahi yeri, hastanede kalma süresi, taburculuk sırası ve sonrası döneme ait endişeleri giderilmelidir. Prostatın seks organı olarak algılanması hastaların cinsel işlev fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyeceği konusunda ciddi endişe duymaktadırlar. Hasta ve hasta yakınlarına prostat cerrahisi hakkında bilgi verilmelidir. Hastaların genel popölasyonu ileri yaşta olması sebebiyle kardiyak fonksiyonlarını incelenip ameliyat öncesi gerekli tetkiklerin yapılması ciddi önem taşımaktadır (Özbaş & Çavdar, 2016).

BPH nedeniyle cerrahi girişim uygulanacak hastanın idrar drenajını sağlamak önemlidir. Prostat dokusunun büyümesiyle idrar çıkışının azalması veya olmayışı akut retansiyona neden olabilir. Bu nedenle hastaya idrar katateri takılması gerekir. Hastanın üriner sistem enfeksiyonu varsa cerrahi girişim öncesi antibiyotik kullanılması önerilmektedir. Hastanın bol sıvı alması da oldukça önemlidir (Karadakovan, 2017).

Ameliyat öncesi dönemde hastada obstrüksiyon gelişmiş ise idrar drenajını sağlamak için idrar katateri takılır. İdrar yolunda enfeksiyon varsa ameliyat öncesi dönemde tedavi edilmesi gerekmektedir (Özbaş, 2018).

2.3.2. Benign Prostat Hiperplazisi Ameliyatı Sonrası Dönemde Hemşirelik Girişimleri

BPH ameliyatı sonrası komplikasyon gelişiminin önlenmek veya meydana gelen komplikasyonların oluşmaması için hemşirelerin erken dönemde fark edip dikkatlice izlemesi oldukça önem taşımaktadır (Özcan & Güler, 2013).

Hastanın cerrahi sonrası vital bulguları sık takip edilmelidir.

Hastanın üretral katateri, pelvik drenleri sık takip edilmeli ve ölçülmelidir. Ölçülen miktarlar mutlaka kayıt edilmelidir.

Hastalarda TUP-P sendromu açısından sık izlenmelidir (konfüzyon, huzursuzluk, dispne, aritmi, baş ağrısı, siyanoz, hipotansiyon görülebilmektedir).

Hekim tarafından önerilen analjezikler, antibiyotikler ve sıvılar istenilen zaman içerisinde verilmelidir (Özbaş & Çavdar, 2016).

Prostatektomi sonrası hastanın ağrısı olması durumunda ağrının yeri şiddeti değerlendirilerek rahatlama teknikleri ve antispazmotikler verilmelidir (Karadakovan, 2017).

Ameliyat sonrası prostatın anüse yakınlığı açısından enfeksiyon bulguları açısından dikkat edilmeli ve hasta sık gözlenmelidir. Rektal derece ve lavman uygulamasından kaçınılmalıdır.

Hastaya idrar katateri veya üç lümenli idrar katateri takılır. Bir lümenenden mesane irrigasyonu yapılır. Bunun amacı pıhtılaşmış kanı ve idrarı mesaneden boşaltmak amacıyla uygulanır. Mesane irrihasyonu serum fizyolojik ile uygulanır. Bazen aralıklı olarak 50 ml enjektöre serum fizyolojik çekilerek mesane irrigasyonu uygulanabilmektedir. İdrar renginde pıhtı olmamalıdır.

İdrar miktarı sürekli izlenir, verilen miktar çıkan idrar miktarından az ise idrarın tıkanıklık yönünden takibi yapılmalıdır.

Mesane irrigasyonu sırasında aseptik tekniğe uyulmalıdır. Çünkü bakterilere idrar yollarına kolayca ulaşabileceği için idrar yolu enfeksiyonlarına yol açabilir.

Üriner enfeksiyonu ve tahrişi önlemek için idrar katateri düzgün sabitlenip kapalı drenaj sistemi sürdürülmelidir.

Katater bakımı için kataterin etrafı kirlenmiş ise su ve sabun ile kataterin giriş yeri temizlenmelidir.

Prostat cerrahisinden ilk 24-36 saat sonra idrarda kan pıhtısının olması normaldir.

Ameliyat sonrası iyileşme döneminde karın içi basıncını arttıran hareketlerden uzak tutulmalıdır. Örneğin; uzun süre oturma, yürüme, ıkınma (Valsalva manevrası) gibi aktivitelerden kaçınılması istenmektedir.

Mesane spazmları hastaya sıkıntı veren önemli komplikasyonlardan biridir. Bunun nedeni pıhtının katateri tıkaması, mesane mukozasına rezektoskopun uygulanması gibi durumlar mesane spazmına yol açabilmektedir. Bu durumda idrar katateri pıhtı varlığı açısından kontrol edilmeli ve gerekirse mesane irrigasyonu yapılmalıdır. Hekim önerisiyle ağrı ve spazmı önlemek için analjezik ve spazm önleyici ilaçlar uygulanabilir.

Ameliyattan 2-4 gün sonra idrar katateri hekim tarafından çıkarılmaktadır. Hastanın üretral katateri çıkarıldıktan 6 saat içinde idrar yapması beklenir. Eğer idrar yapmada sorun oluyorsa idrar katateri tekrar takılmalıdır.

Katater çıkarıldıktan kısa süre sonra sfinkterler zayıf olabilmektedir ve buna bağlı olarak idrar kaçırma sorunları oluşur. Bu hasta için oldukça sıkıntı veren komplikasyonlardan biridir. Hastanın sfinkter kaslarını güçlendirmek için saat başı 10-20 kez kegel egzersizleri (pelvik taban kas egzersizleri) öğretilir. Ameliyattan sonrası ilk 1-2 hafta idrar kaçırma problemi devam edebilir. Hastaya idrar kaçırma pedleri veya prezervatif katater önerilir.

Hastanın ameliyat sonrası dönemde kabız olmaması oldukça önemlidir. Bunun için hastanın bol lifli gıdaların tüketmesi gerektiği önerilir. Eğer kabızlık sorunu mevcut ise dışkı yumuşatıcılar ile barsak hareketliliği sağlanmalıdır.

Hastanın ağrı kontrolünü sağlamak için gevşeme ve derin nefes alma teknikleri öğretilir. Hekimin önerdiği ilaçlar uygulanarak ağrının yok edilmesi sağlanır.

Kanamaya sebep olacağından hastanın non-steroid antiinflatuar ilaç ve aspirin almaması gerektiği söylenir.

Hastanın ağır kaldırmaması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Özbaş, 2018).

Taburculuk Eğitimi ve Evde Bakım

Prostat cerrahisi sonrası taburculuk planlanması ve evde bakım oldukça önemlidir. Taburculuk ile ilgili hastaya;

Mesanenin eski boyutuna ulaşması 2 ay kadar sürebilmektedir. Hastayı bilgilendirirken günde yaklaşık olarak 2 veya 3 litre sıvı alması gerektiği söylenir.

Hastaya her 2-3 saatte bir idrar yapması gerektiği söylenir.

Mesaneyi tahriş etmesi açısından kafeinli içecekler, alkol ve meyve suları almaması yönünden bilgilendirilir.

Hasta eğer idrar katateri ile taburcu oluyorsa evde katater bakımını nasıl yapacağı konusunda bilgilendirilir

Ağır ve zorlayıcı egzersizleri 4 ila 6 hafta boyunca yapmaması gerektiği bilgisi verilir.

Ameliyattan sonra iyileşme süresi boyunca ıkınma gibi aktivitelerden, lavman rektal tuşe uygulanmaması konusunda bilgilendirilir.

Kabızlık sorunu mesaneyi daha fazla zorlayacağı ve bu nedenle de şikayetlerini artıracığı için kepekli, posalı ve sıvı gıdaların tüketilmesi gerektiği söylenir (Özbaş, 2018).

2.4. Cerrahi İyileşme

Cerrahi işlemler, dünya genelinde uygulanan bir tedavi şeklidir. Bununla birlikte, cerrahi girişimler sonucu oluşabilecek komplikasyonlar, ciddi sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyada yılda 234 milyon cerrahi işlem uygulanmakta ve 7 milyon kişi cerrahi işleme bağlı komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadır. DSÖ, cerrahi işlemlere bağlı gelişen sorunların yarısının önlenebileceğini açıklamaktadır (Gökay ve ark., 2016).

Cerrahi tekniklerdeki hızlı gelişmelerle birlikte cerrahi girişimler de daha sık uygulanmaktadır. Ürolojik cerrahide uygulanan radikal cerrahi yöntemleri daha da

artmış ve ek olarak sistemik hastalığa sahip ileri yaştaki hastalara da uygulanmaktadır. Tüm teknolojik gelişmelere rağmen cerrahi girişimlerden sonra komplikasyon gelişme olasılığının her zaman var olacağı gerçeği unutulmamalıdır (Vermişli & Çam, 2015).

Cerrahi sonrasında erken iyileşmenin sağlanması, mortalite ve morbidite oranını azaltmak, hastanede kalış süresinin azalması zorunluluğu, bakım prosedürlerinin tekrar gözden geçirme gereği duyulmuştur (Güzel & Yava, 2019). Son yıllarda uygulanan cerrahi girişimler ve anestezi alanındaki tekniklerin gelişmesiyle birlikte özellikle cerrahi tedavi uygulanan hasta sayısında daha çok artış görülmektedir. Operasyon sürecinde cerrah, anestezi, hemşire ve diğer sağlık personelleri ciddi bir uyum içinde çalışmak zorundadır. Cerrahi sürecinde bakım ve tedaviye yönelik kanıta dayalı uygulamalar ve güncel yaklaşımlarla cerrahi sonrasındaki iyileşmenin hızlanması ve cerrahi işlemin neden olduğu mortalitenin de azalacağı unutulmamalıdır (Çilingir & Candaş, 2017).

Cerrahi sonrası dönemde iyileşme süreci fizyolojik bulgular, psikolojik durum değişiklikleri ve komplikasyon görülme sıklığı sık görülmektedir. Bu durum hastanın günlük yaşamda uyguladığı aktiviteleri, sosyal ve mental sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ameliyat sonrası iyileşme süreci, hastanın ameliyat öncesi her açıdan ciddi bir şekilde incelenip ve bireysel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş bir hemşirelik bakım planının geliştirilmesiyle desteklenmelidir. Cerrahi sonrası dönemde hasta bireylerin iyileşme sürecinin değerlendirilmesi cerrahi sonrası yaşam kalitesi açısından olumlu yönde etkilediği kanıtlanmıştır (Dığın & Özkan, 2021).

Uygulanan her cerrahi girişimler genel olarak hastada ağrı, huzursuzluk, yorgunluk, yaşam kalitesinde azalma, kendi bakımlarını etkili bir şekilde uygulayamama açısından etkiler. Eğer hastada cerrahi girişim uygulanıyorsa bakım ve tedavideki amaç; oluşabilecek komplikasyonları önleyip hastanın sağlığını ve böylelikle yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için öncelikle hastaya uygulanacak bakım ve tedavi prosedürlerini uygulamak için ameliyat risklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Etkili ve dikkatli incelemeyle hastaya verilen bakım ve tedavinin etkinliğini arttırmaktır (Dal ve ark., 2012).

Cerrahi sonrası dönemde iyileşme sürecinde hemşire önemli yer tutmaktadır ve multidisipliner sağlık ekibinin önemli üyelerinden birisidir. Cerrahi sonrası

dönemde bakımın en iyi şekilde uygulanması oluşabilecek komplikasyonları önlemede etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle etkili ve doğru uygulanan bir bakım cerrahi girişim kadar önem taşır (Vermişli & Çam, 2015).

2.4.1. Cerrahi Yara İyileşmesinde Hemşirenin Rolü

Yara iyileşmesi için öncelikle yaranın değerlendirilmesi gerekmektedir. Yara değerlendirmesi ve bakımı temel hemşirelik girişimlerinden biridir. Yarası olan hastanın bakımında;

- Yara iyileşmesi komplikasyonlarını, uygulanan bakım ve tedavi yöntemleri ile ilgili sorunları önlemek,
- Yara bölgesinin işlevini arttırmak,
- Hastayı psikolojik olarak desteklemek,
- Yarası ile taburcu olan hastanın taburculuk eğitimini etkili bir şekilde eğitim vermektir.

Bu hedeflere ulaşabilmek için hemşirelerin, yara bakımı ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklarını bilmesi, yara bakımı ile ilgili temel bilgi ve becerilerinin yeterli olması, yara bakımı hakkında güncel bilgileri takip etmesi gereklidir. Yapılan araştırmalarda, hemşirelerin yara bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bilgilerini uygulama da gerekli şekilde uygulamaya yansıtmadığı bildirilmiştir (Yüksel, 2021).

2.5. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk planlaması hastanın hastaneye kabulü ile başlar. Eve güvenli bir şekilde taburcu olabilmek için, hastaların belli bir mesafeye kadar kendi kendilerine yürüyebilmesi, yatağa girip çıkabilmesi ve tuvalete gitmeleri konusunda bağımsız olmaları gerekir. Hastalardan olabildiğince bu aktiviteleri kendilerinin yaptırılmaya çalışılması, gerektiğinde yardım istemeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta ve ailesi;

- Ağrı kontrolü
- Aktivite ve dinlenme,
- Beslenme,
- Hidrasyon,
- Eliminasyon,

- Yara bakımı konusunda ve acil durumlarda kiminle iletişim kuracağı ve ne zaman randevu alacakları konusunda bilgiye ihtiyaç duyarlar (Yüksel, 2021).

Ağrı kontrolü: Ağrı kontrolü taburculuk eğitimi için önemli konulardan biridir. Hemşire genellikle reçete edilen ağrı kesiciler ve diğer alması gereken ilaçların isimleri dozaj bilgilerini açıklar ve yazılı olarak bilgilendirir (Yüksel, 2021).

Aktivite ve dinlenme: Ameliyat sonrası kullanacağı bir ekipman varsa nasıl kullanacağı hakkında bilgilendirilmelidir. Ameliyattan sonra nasıl ayağa kalkacağı, ameliyat sonrası egzersizleri nasıl yapılacağı öğretilir (Yüksel, 2021).

Yara bakımı: Hasta yara bakımında bandajını kendi değiştirecek ise elleri ile bandajın dış yüzeyine dokunması gerektiği, ancak yara ile doğrudan temas etmemesi, yara temizliğinde dezenfektan kullanmaması gerektiği açıklanır. Yaradan bir drenaj olduğunda eldiven kullanması gerektiği söylenir. Yaraya dokunmadan önce ve yaraya dokunduktan sonra el yıkama uygulamasının çok önemli olduğu açıklanır. Yara bölgesinin kızarıklık, ödem ya da yara kenarlarının ayrılması ve benzeri sorunlar ile karşı karşıya kalındığında en yakın sağlık merkezine gitmesi gerektiği anlatılır (Yüksel, 2021).

Hidrasyon: Mesanenin normal kapasitesine dönmesi yaklaşık 2 ay kadar sürebilir. Hastaya günde 2-3 litre kadar sıvı içmesi ve idrar yollarını temizlemesi için 2-3 saatte bir idrarını yapması istenir. Hasta idrar kaçırma probleminden dolayı az miktar sıvı alabilir bunun yanlış bir yöntem olduğu hastaya açıklanmalıdır. Mesaneyi tahriş edici özelliklerinden dolayı kafein, meyve suyu ve alkol gibi sıvı içeceklerin içilmemesi konusunda hasta bilgilendirilir (Özbaş, 2018).

Banyo ve Duş alma: Hijyen ile ilgili olarak hastanın küvette banyo yapılması ilk randevusuna gelene kadar istenmez. Cerrahın önerilerine göre duş şeklinde banyo yapması gerektiği açıklanır. Pansuman, yarayı su basıncından korumak için duş esnasında yerinde bırakılır. Duş aldıktan sonra eski pansuman çıkarılır ve yeni bir pansuman yapması gerektiği açıklanır. Dikişler alındığında ve yara tamamen iyileşme aşamasında olduğunda yara üzeri açık bırakılır (Yüksel, 2021).

Prostatektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Hastanın tedavisi esnasında bakım kalitesini arttırmak, tıbbi hataları olabildiğince azaltmak, hastanede kaldığı süreçte ya da taburculuk sonrasında görülebilecek komplikasyonları en aza indirmek, hastaya uygun bakım

gereksinimlerini belirlemek, dengeli beslenmeyi sağlamak ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için sağlık profesyonelleri tarafından sağlık eğitiminin verilmesi oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası dönemde taburcu olan hastaların bakım gereksinimleri devam etmektedir. Taburculuk planlamasının ise hastanın ihtiyaçlarına göre planlanıp yapıldığı yazılı bir belgedir (Dal ve ark., 2012).

- Hasta bireyin prostat kanseri tedavi ve bakım konusunda bilgilendirilmesinin yapılması,
- Sağlığın sürdürülmesi açısından yüksek kalorili yiyeceklerin azaltılması ve fiziksel aktivite (Haftada en az 150 dakika yürüyüş gibi) konusunda önemi açıklanmalı ve değerlendirilmeli,
- Sebze, meyve ve tahıl yönünden zengin bir beslenme planının yapılması,
- Alkol alımı azaltılmalı ve günde iki kadehten fazla tüketilmemesi konusunda bilgilendirilmeli,
- Sigara ve tütün içilmemesi gerektiği hakkında bilgilendirilmeli (Ak & Özbaş, 2019).

Kabızlık durumunda barsağın baskısı sonucu mesaneyi zorlayarak kanama riskinin artacağı için, kepekli ve posalı besin tüketilmesi gerektiği açıklanır. Kabızlık sorunu ortadan kalkmıyorsa oral laksatif kullanımı önerilir.

Yaranın iyileşme süresince hastanın ıkmaktan çekinmesi gerektiği ve ameliyat sonrasında rektal yoldan herhangi bir girişimin uygulanmaması gerektiği açıklanır.

Ameliyattan sonrası erken dönemde hapsurma ve öksürme gibi zorlayıcı durumlarda idrar kaçırma sorunu olabileceği açıklanır.

Üriner sfinkter kas kontrolünü tekrar kazanması açısından hastaya kegel egzersizleri öğretilir.

4 ila 6 hafta boyunca zorlayıcı egzersizlerin yapılmaması ve ağır eşyaların taşınmaması gerektiği açıklanır.

Hasta katater ile taburcu oluyorsa evde katater bakımı hakkında bilgi verilmelidir.

Yüksek ateş, aniden idrar yapamamak, idrar yaparken aşırı yanma, idrarda kanama, testislerde şişlik ve ağrı şikayetleri varsa hekime hemen başvurması gerektiği açıklanır (Özbaş & Çavdar, 2016).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri (Kegel Egzersizleri)

Kegel egzersizi ilk olarak Arnold Kegel tarafından, 1948 yılında levator ani kasının kapsamlı bir kasılma programı olarak tanımlanmıştır (Mamuk ve ark., 2018).

Pelvik taban; Abdomino pelvik basınca karşı koyabilen, gebelik gibi pelvis tabanına ciddi yük getiren fizyolojik durumlarında genital organların anatomisini koruyan kas ve bu kasların fasyalarından oluşan özel anatomik bir yapıdır. Kemik pelvis çıkışında yer alan pelvik taban, abdominal ve pelvik organlara destek sağlayan, levator ani, iskiokavernöz, bulbokavernöz, superfisiyel transvers kaslarından oluşmaktadır. Pelvik tabanı içerisinde bulunan bu yapılar; kontinansın sağlanmasını, prolapsusun önlenmesini, cinsel fonksiyonun sağlanmasında ve doğumun gerçekleştirilmesinde önemlidir (Mamuk ve ark.,2018).

PTKE amacı; ürterosfinkter ve pelvik taban kas gücünü arttırarak idrar kaçırmayı engellemektir. PTKE'nin bilinen bir yan etkisi yoktur. İdrar kaçırmının ilk tedavisi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte pelvik organ prolapsus olasılığını azaltmak, bağırsak kontrolünü arttırmak, orgazmı arttırıp seksüel sorunları en aza indirmek, gibi yararları vardır (Mamuk ve ark., 2018). Pelvik taban kas gücünün artırılmasında egzersiz oldukça etkili olup, inkontinansın önlenmesi ve birinci basamak tedavisinde düşünülmesi gereken bir egzersizdir (Cangöl ve ark., 2013). PTKE'nin fizyolojik etkileri 2 hafta sonra görülürken bazı hastalarda 6-8 hafta arasında semptomların azaldığı ve altıncı ayda ciddi anlamda düzelme görüldüğü bildirilmiştir (Sayılan & Özbaş. 2018).

Pelvik Taban Kas Egzersizi (Kegel Egzersizi) Nasıl Uygulanır?

Abdominal kasların kasılması için eller karın bölgesine konulmalı, abdominal kasların kasılma ve gevşemesi bu şekilde hissedilmelidir.

Hastanın pelvik taban kaslarını kastığı anda, nefes alıp vermesi istenir.

Hasta kontraksiyon sağladığı sırada vücudunun diğer bölgelerini tamamen gevşek bırakmalıdır.

Hasta pelvik taban kas eğitimine tamamen adaptasyon sağlamalı ve zamanının bir bölümünü sadece egzersizleri için harcamalıdır. Her 10 saniyelik

kontraksiyonu sağladıktan sonra genel relaksasyonu için, en az egzersiz süresinin iki katı kadar bir süre gevşemek için zaman harcamalıdır. Her kontraksiyon için olabildiğince efor sarf etmelidir.

Hasta pelvik taban kasını doğru bir şekilde kasmayı öğrendikten sonra, farklı pozisyonlarda ve günlük aktivitelerle kombine ederek egzersizini tamamlayabilir. Bu egzersizi televizyon seyredirken, telefonla konuşurken, otururken bile yapabilir.

Öksürme, hapşıрма, ıkınma gibi durumlarda hemen öncesinde pelvik taban kasları kasılmalıdır.

Hastaya PTKÉ’ nin sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir.

PTKE programı etkili ve düzenli şekilde sürekli uygulanmalıdır. (Patel ve ark., 2013)

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

Günümüzde yaşam kalitesiyle ilgili birçok tanımlar olmasına rağmen, evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımlı yoktur (Erdoğan & Yavuz, 2014). Yaşam kalitesi; bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, sosyal davranışlarda yeterli ve etkili olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun istenilen düzeyde olması ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi gibi özellikleri kapsar (Alemdar & Pakyüz, 2015). Yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde yer almıştır. Yaşam kalitesi, insan hakları konusunda ilerlemeler doğrultusunda ve tüm politik kararların alınmasında önemli bir gösterge olup, toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedeftir. Yaşam kalitesinin bir tanımlı bulunmamakla birlikte tüm tanımlardaki ortak nokta insan faktörü ve onun öznel değerlendirmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesi; bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak bireylerin yaşamdaki konumlarını algılaması olarak tanımlanır (Varol & Sivrikaya, 2018). Yaşam kalitesi amacına ulaşmak için standartların dışarıdan müdahalenin olmaması, kişinin yaşamını bütünüyle kendisinin değerlendirmesini hedefler (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi mevcut olabilecek tanımlanmasında memnuniyet, mutluluk, yaşam doyumu, pozitif ve negatif etki, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir. Yaşam kalitesi kavramı, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç grupta incelenir. Fiziksel fonksiyon alanı; ağrı, yorgunluk, nefes darlığı gibi belirtiler içermektedir. Fonksiyonel durum; günlük yaşam aktiviteleri (yemek yapma, ev işi), hareketlilik (merdiven çıkma, yürüyüş) ve günlük işlerdeki hafif aktiviteler (giyinme, su içme) içermektedir. Psikolojik fonksiyon ise; Psikolojik stres, iyilik hali ve mental durumla bağlantılıdır. Kişilerarası ilişkiler, aile fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve sosyal katılım gibi sosyal rollerin yerine getirilmesi sosyal fonksiyon alanındadır (Erdoğan & Yavuz, 2014).

Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olmasının nedeni, Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilmektedir. Bu teoriye göre insan gereksinimleri önceliklerine göre beş başlık:

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)

5. Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...) (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Cinsiyet: Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır. Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelere bakılacak olursa istihdam ve eğitim alanlarında cinsiyet açısından büyük farklılıklar vardır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaş: Yaşam kalitesi ve yaş arasındaki bağlantıyı kurmak için yapılan araştırmalar incelendiğinde belli bir yaş dönemini (ergenlik dönemi, yaşlılık dönemi gibi) örneklemine alarak yürütülen çalışmaların sıklığı, yaştan yaşam kalitesi açısından önemli olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesi her yaş döneminde önemli olduğu bildirilse de genel olarak yaşlılık dönemi için oldukça

önem arz etmektedir. Yaşlılık dönemi temel ihtiyaçlarının karşılanamadığı ve bununla birlikte yaşam kalitesinin en çok düşüşe geçtiği dönemdir. (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Medeni Durum: Medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde oldukça önemli etkiye sahiptir. En önemli etkili olan durum ise bireyin boşanmış veya dul olmasıdır. Bekar veya evli olmak bütün toplumlarda benimsenmiş bir durumdur fakat geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde boşanmış(dul) olmak kabul görmekte sıkıntı olmuş bir durumdur ve böylelikle yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Eğitim: Eğitim, yaşam kalitesi göstergelerini etkileyen bir diğer önemli faktörlerden biridir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sosyal imkanlara daha az sahip iken eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla sosyal imkanlara sahip olduğu ve bu durum yaşam kalitelerini olumlu ve olumsuz yönde oldukça etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Gelir: Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde birinci sırasında yer alan fiziksel gereksinimler (su, yemek, barınma vb.) olduğu bilinmesi ve bununla birlikte daha iyi sosyal koşullara sahip olmak ekonomik durum ile bağlantılı olduğu bir gerçektir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Sağlık: Yaşam kalitesi bireyin sağlıkla ilgili göstergeleri; fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan bireysel görüşleridir. Yapılan çalışmalarda çeşitli bedensel rahatsızlıkların, sürekli devam eden sağlık problemleri yaşam kalitesini önemli oldukça azalttığını göstermektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Sosyal Destek: Sosyal destek yaşam kalitesinin bir diğer önemli göstergelerinden biridir. Yaşam kalitesinin sosyal destek kısmını oluşturan en önemli öğelerden biri ailedir. Bireyin kendini gerçekleştirebileceği en önemli destek mekanizmalarından biri aile çevresidir ve böylelikle yaşam kalitesiyle önemli bir bağlantısı vardır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşanılan Konut ve Özellikleri: Bireyin yaşadığı konut ve konut özellikleri de yaşam kalitesi açısından önemli parçalardan biridir. Güvenle yaşayabileceği ve konfor açısından mevcut olan bir konut, yaşam kalitesini artıracaktır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

İş Yaşamı: Çalışma hayatında çalışılan iş saati bireyin günlük hayatının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. İş hayatında karşımıza çıkan başarı ve başarısızlıklar, yaşam kalitesini de paralel olarak etkiler (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Prostat Cerrahisi Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Prostat kanseri tanı ve tedavisi, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yaşanan olumsuz durumların yaşam kalitesi üzerine de olumsuz yönde etkileri bulunmaktadır. Prostat cerrahisi geçiren hastaların kanser tanısı konulmasının kaygı ve korku yaratması, cerrahi sonrası komplikasyonların gelişme riskleri, günlük hayatına dönmelerinin uzaması, fiziksel ve duygusal anlamda problemlerin yaşanması, hastaların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkiler. Diğer taraftan prostatektomi cerrahisi sonrası uzun dönem komplikasyonlarından olan erektil disfonksiyon ve inkontinansın gelişmesi, yaşam kalitesi üzerine olumsuz yönde etki etmektedir. Cerrahi sonrası 1 yıl içerisinde radikal prostatektomi olan hastaların ortalama %89-100'ünde kontinans sağlanırken, erektil fonksiyonunun geri kazanılması %55-81 oranında değişim göstermektedir (Çolak & Vural, 2021).

Prostat cerrahisi sonrası dönemde üriner inkontinans, mesanenin disfonksiyonu, sfinkterik disfonksiyon veya her ikisinin beraber gelişimi görülebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalarda üriner inkontinans ilk üç ayda (erken dönem) sıklıkla sıkışma (urge) inkontinans şeklinde, geç dönemde ise daha çok stres inkontinans şeklinde görülmektedir (Çamlı ve ark., 2021).

Prostatektomi sonrası hastaların post operatif sonrası dönemde görülen inkontinans ve noktüri nedeniyle uyku kalitesinde bozulma ve bununla birlikte halsizlik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşarlar. Üriner inkontinans yaşayan hastaların idrar kaçırma korkusu, bez kullanmak zorunda kalma ve utanma gibi endişelerinin olması ile birlikte sosyal izolasyon ve bununla birlikte depresyon da gelişebilmektedir (Çolak & Vural, 2021). Yaşanan tüm sorunlar hastaların yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkiler. Hemşirelik bakımı ve tedavisi boyunca hastalarla uzun süre birlikte olan hemşireler, sürecin başından sonuna kadar, hastaların gereksinimlerini belirlemeli ve bütüncül yaklaşmalıdır. Kişiye göre hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulayarak sonuçlar belirlenip hastaların yaşam kalitelerini olumlu katkılar sağlarlar (Çolak ve ark., 2022).

2.7. Prostatektomi ve Cinsel Yaşam

Cinsellik özel bir konu olmasının yanında yaşamın önemli bir parçasıdır. Cinsel fonksiyon bozukluğu bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Akıncı & Savcı, 2020). Erkekler için cinsel yaşam, uzun yıllar devam etse de yaş ilerledikçe performanslarındaki memnuniyet azalmaktadır (Su ve ark., 2013). Pelvik organlar ve bu organları inerve eden yapıların anatomik yerleşimi nedeniyle radikal pelvik cerrahi sonrası cinsel işlev bozukluğu ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Daha çok erektile disfonksiyon (ED) ve cinsel arzu kaybı gibi cinsel fonksiyon bozuklukları görülse de daha nadir olarak da orgazm kalitesinde değişiklikler, orgazma ulaşmada zorluklar ve ereksiyon ve orgazm sırasında ağrı da görülebilir (Başbüyük & Armağan, 2016).

Prostat cerrahisi sonrası görülen ve sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarının en önemlisi erektile disfonksiyondur. Erektile disfonksiyonun tanımı; en az 6 ay süreyle cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmenin olamaması ve sürdürülememesidir. Radikal prostatektomi cerrahisi sırasında kavernöz sinir yaralanması, düz kas hasarı ve vasküler travmaya bağlı veya radyoterapi tedavisi sonrasında erektile disfonksiyon görülebilir. Yapılan çalışmalar da ülkemizde 40 yaş ve üzerinde %33 oranında erektile disfonksiyon tespit edilmiştir. Radikal prostatektomi sonrasında ise hastaların %25-90'ı erektile disfonksiyon sorunu yaşamaktadır. Erektile disfonksiyonun iyileşme süresi 6-36 ay arasında değişmekle birlikte hastaların çoğunda ereksiyon düzeyi 12-24 ay sonra operasyon öncesi düzeye gelmektedir. Ameliyat öncesi dönemde erektile disfonksiyon sorunu olan ve 60 yaşından büyük hastalarda, ameliyat sonrası erektile disfonksiyon görülme olasılığı artmakta ve cinsel fonksiyonun geri kazanılma süresi daha da uzamaktadır (Çolak & Vural, 2021).

Erektile disfonksiyon sorunu yaşayan hastalar, genellikle cinsel temastan kaçınmaktadırlar. Bu durum, eşler üzerinde artan stres nedeniyle ilişki sorunlarına yol açabilmektedir. Chambers ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma da erektile disfonksiyon sorunu yaşayan prostat kanser tanısı konmuş hastaların sosyal desteğe daha az başvurduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların eşlerini cinsel olarak tatmin edemedikleri veya “aktif bir eş” olmadıkları için eşleri tarafından terkedilme korkusu yaşadıklarını ve eşleri ile iletişimlerini olumsuz yönde etkilendiklerini ifade etmişlerdir (Çolak ve ark., 2022).

Prostat kanserinin lokal olarak ilerlemiş evresinde kriyoterapi ile tedavi edilirken daha ileri evredeki hastaların prostatektomi ya da bilateral orşiektomi uygulanmaktadır. Prostat kanserinde sık olarak uygulanan radikal prostatektomi libido kaybına neden olabilmekte, işlem sırasında seminal kanalların çıkarılması ve vas deferensin kesilmesi kuru orgazma, azalmış orgazmik tatmine ve orgazm sırasında üriner inkontinasa sebep olup bu nedenle cinsel aktiviteden kaçınmaya neden olmaktadır (Akıncı & Savcı,2020). Radikal Prostatektomi sırasında nörovasküler demetin hasarlanması RP sonrası erektile fonksiyonun kötüleşmesi ile ilişkilidir ve hastalarda yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Krishnan ve ark., 2014).

Prostatektomi Yapılan Hastaların Cinsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Cinsel yaşam ve cinsel sağlık kavramı; fiziksel ve mental sağlık durumu, kronik hastalıkların varlığı (diyabet, hipertansiyon), nörolojik ve hormonal nedenler, geçirilen hastalık ve ameliyatlar, beden yapısındaki veya fonksiyonlarındaki bozulmalar gibi prostat cerrahisi de cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar da hastaların cinsellikle ilgili konularda sağlık çalışanları ile konuşmaya istekli olduklarını göstermektedir. Ancak sağlık bakım sistemi içerisinde hastaların cinselliği en fazla ihmal ettiği de bildirilmiştir (Gölbaşı & Evcili, 2013).

Cinsel problemler hastaları mutsuz eden konulardan biri olmasına rağmen cinselliğin hemşireler tarafından yeteri kadar hasta bakımlarında ele alınmadığı görülmektedir. Oysa cinselliğin de içinde olduğu holistik ve hümanistik yaklaşım tüm hemşirelerin sağlaması gereken bir görevdir (Tuğut & Gölbaşı, 2014).

Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşirelik Yaklaşımları

Hastanın cinsellikle ilgili konularda etkili iletişim kurabilmede hemşirelerin önemli rolü vardır. Hemşirelerin hastaların iletişim kurmada güçlük yaşıyorsa rahatlık düzeyini arttırmaları gerekmektedir.

Hastaların cinsellik konusuyla ilgili duygu ve düşünceleri bulunduğu ortam, kültür, eğitim düzeyi gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu sebeple hemşirelerin içinde bulunduğu toplumu tanıması ve dini inançlarına uygun veriler toplaması en uygundur. Hemşirelerin hastaların bir bütüncül olarak ele alması oldukça önemlidir.

Hemşirelerin bireyin cinsel sağlığını değerlendirmeyi kolaylaştıracak adımlar ve değerlendirme yapacak etkili formlar oluşturmalarıdır.

Hemşirenin iletişim sırasında açık ve net olması, hastaların cinsel davranışları, cinsel mitlerine karşı yargılayıcı ve etiketleyici bir yaklaşım içinde olmaması önemli konulardan biridir.

Hemşirelerin cinsellik konusunda uygulayacağı bakım ve girişimleri uygun zamanı seçmeleri oldukça önemlidir.

İletişim sürecinde doğru zamanda doğru soruların sorulması da önemlidir. Soru sormak hastalara bir kapı aralar ve sorulacak bütün diğer sorular hastanın daha rahat iletişim kurabilmesini sağlayacaktır (Gölbaşı & Evcili, 2013).

Hemşirelerin hastaların cinsel sorunlarını değerlendirmesi için pozitif bir yaklaşıma sahip olmaları gerekmektedir. (Tuğut & Gölbaşı, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma 30.03.2022-31.03.2023 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar üniversitesi (MCBÜ) Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Servisi ve Manisa Grand Medikal Hastanesi Üroloji Servisinde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; 30.03.2022-30.03.2023 tarihleri arasında prostatektomi cerrahisi geçirmesi amacıyla Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Kliniği ve Manisa Özel Grand Medikal Hastanesi Üroloji Servisi'nde yatan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnek büyüklüğü; Çalışmada örnekleme alınması gereken katılımcı sayısı Wang ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışma referans alınarak belirlendi. Radikal prostatektomi sonrası genişletilmiş hemşirelik bakımının hastaların üriner fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bu çalışmada; çalışmamıza benzer şekilde kontrol grubundaki hastalara rutin hemşirelik bakımı deney grubundaki hastalara sürekli hemşirelik bakımı uygulandığı ve sonuçta deney grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanı kontrol grubuna göre anlamlı derece de yüksek bulunduğu belirlendi. Referans alınan bu çalışmada elde edilen etki büyüklüğünün oldukça kuvvetli düzeyde olduğu ($d=0.84$) görüldü (Wang ve ark.,2018). Araştırmanın örneklem sayısı G-Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplandı. Hesaplama da **iki yönlü karma desenli varyans analizi** için örneklem hesaplaması yapıldı. Yapılan hesaplama da 0.25 etki büyüklüğü ($f=0.25$) temel alınmış olup, iki yönlü karma desenli varyans analizi için ölçüm sayısı 5, %5 hata payı ($\alpha=0.05$), ölçümler arası korelasyon değeri 0.5 ve %95 güç ($1-\beta=0.95$) alınarak gerekli örneklem sayısı her bir grupta 32 olmak üzere toplam 64 olarak hesaplandı. Araştırma sırasında oluşabilecek aksaklıklar nedeniyle veri kaybı oluşmaması için girişim grubu 44, kontrol grubu 44 olmak üzere araştırma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmayı kabul eden 88 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Hesaplama ile ilgili G-Power protokolü Tablo-1’de sunuldu. (Cohen,1988; Faul ve ark, 2007).

Girişim ve kontrol grubunda hastaların ameliyat sonrası dönemde taburcu olmadan önce hastanede kaldığı gün, taburculuk sonrası 2., 4., 8. ve 12. haftalarda görüşme yapıldı. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş grupları bakımından homojen olmasına dikkat edildi. Veriler hastalardan onam alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Araştırma kapsamına alınan hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak girişim ve kontrol gruplarına ayrıldı.

Tablo 1. Örneklem hesaplamasına ait G*Power protokolü (%95 güç)

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction		
Analysis: A priori: Compute required sample size		
Input:	Effect size f	= 0.25
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Number of groups	= 2
	Number of measurements	= 5
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 20.0000000
	Critical F	= 2.4472365
	Numerator df	= 4.0000000
	Denominator df	= 120
	Total sample size	= 32
	Actual power	= 0.9569163

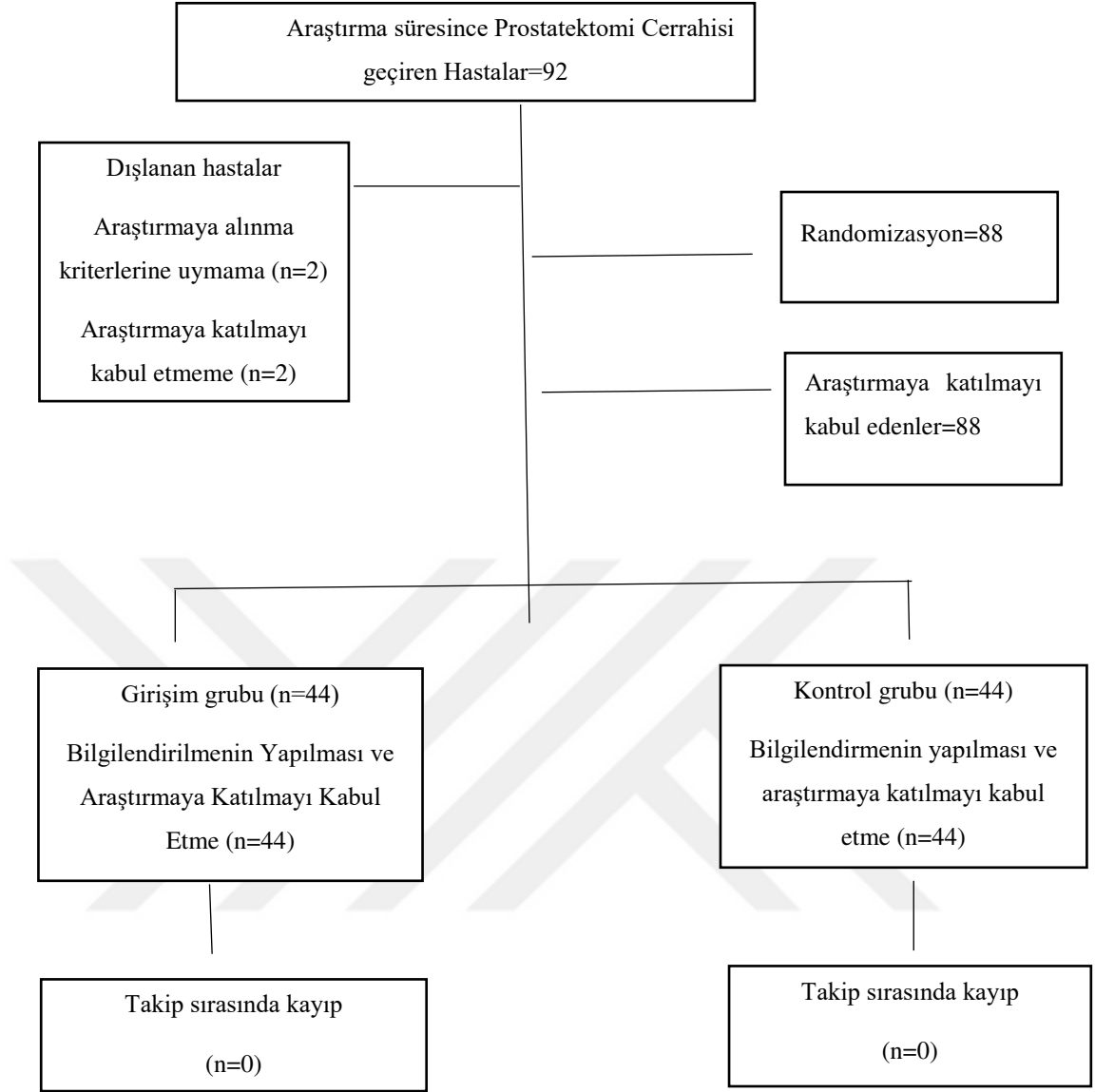
Araştırmada veri toplama sürecinde Covid-19 önlemleri kapsamı gereğince araştırmacı tarafından hastalarla görüşme esnasında hem araştırmacı hem hasta tarafından maske takılması, sosyal mesafe kurallarına uygun bir çalışma yürütüldü. Araştırmacı tarafından hastayla görüşmeden önce el hijyeni, maske ve sosyal mesafe kuralları doğrultusunda hasta ile görüşüldü. Araştırmacı hastaya anket formu doldururken her hastaya ayrı kalem verilerek ve hastanın anket formunu teslim ederken araştırmacıya direkt olarak değil bir masa üstüne koyması gerektiği iletilti.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-80 yaş aralığında olan,
- Açık ve kapalı Prostatektomi yapılan
- Genito-üriner sistem patolojisi bulunmayan,
- Okur-yazar olan,
- Anketleri anlayabilecek ve uygulayabilecek düzeyde bilişsel yeterliliği olan,
- İletişim güçlüğüne neden olmaması için araştırmacı ile aynı dile sahip olan
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden, tüm hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaşından küçük olan hastalar,
- Kronik başka bir üriner sistem hastalığı olan (konjenital anomali vb.),
- Araştırma için gerekli bilgilerine ulaşamayan,
- Ameliyat sonrası izlem basamaklarında araştırmadan ayrılmayı isteyen,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma kapsamına alınmadı.



Şekil 1. Araştırmanın Örneklem Süreci

3.4. Araştırma Soruları ve Araştırma Hipotezleri

Araştırma Soruları:

Çalışma dizaynında esas alınan araştırmanın ana sorusu;

Prostat cerrahisi geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin etkisi nedir?

Bu sorudan yola çıkılarak araştırmada yanıt aranan diğer sorular ise;

1.Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitimi cerrahi iyileşmeyi etkiler mi?

2.Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitimi cinsel işlevi etkiler mi?

3.Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitimi yaşam kalitesini etkiler mi?

Çalışmanın Hipotezleri

H0: Prostatektomi yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi vardır.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmanın;

1. **Bağımlı değişkenleri;** Hasta Tanıtım Formu, Hasta Değerlendirme Formu, Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi, Yaşam Kalitesi puanlarıdır.

2. **Bağımsız değişkenleri;** Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beden kitle indeksi (BKİ), hastalık öyküsü ve benzeri değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu (Ek-1), Hasta Değerlendirme Formu (Ek-2), Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5) (Ek-5), Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu (Ek-6)

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu, evde yanında kalan kişiler vb.) yanı sıra tıbbi özelliklerini (kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma, geçmiş ameliyat deneyimi öyküsü vb.) belirlemeye yönelik toplam 31 sorudan oluşmaktadır (Kaya, 2014; Gündüz, 2018).

3.6.2. Hasta Değerlendirme Formu

Prostatektomi sonrası taburculuk eğitiminin araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Değerlendirme Formu, NANDA-I’de tanımlanan “gecikmiş cerrahi iyileşme” tanısının dokuz tanımlayıcı özelliğinin (evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu, iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı, öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı, cerrahi bölgenin bozulduğunu

belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanamadan birinin varlığı hafif düzeyde; hepsinin varlığı şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak işaretlenecektir), bulantıyla beraber iştah kaybı, bulantı olmaksızın iştah kaybı, etrafta hareket etmede güçlük durumu, ağrı veya rahatsızlık durumu, yorgunluk) varlığı sorularını içermektedir.

Hasta değerlendirme formu tanımlayıcı özelliklerin şiddetlerini ölçen beşli likert tipi ölçek NOC' tan yararlanarak oluşturulmuş olup “şiddetli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “1 puan”; “önemli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “2 puan”, “orta düzeyde sıkıntılı” ifadesi “3 puan”, “hafif düzeyde sıkıntılı” ifadesi “4 puan”, “sıkıntı yok” ifadesi ise “5 puan” olarak değerlendirilmiştir. Var olması durumunda hastaların dokuz tanımlayıcı özelliğin şiddetini “şiddetli düzeyde sıkıntılı, önemli düzeyde sıkıntılı, orta düzeyde sıkıntılı, hafif düzeyde sıkıntılı, sıkıntı yok” ifade etmeleri istenmiştir.

Her bir değerlendirme aşamasında hasta en az dokuz en fazla 45 puan alabilir. Her değerlendirme sorusu için alınan puan arttıkça iyileşme olumlu olarak değerlendirilmiştir. Hasta değerlendirme formu araştırmacı tarafından tüm hastalara taburculuk öncesinde (taburcu olmadan bir gün önce/girişim grubuna eğitim vermeden önce) yüz yüze; taburculuk sonrası ikinci, dördüncü, sekizinci ve onikinci haftada telefonla görüşülmüştür (Williams, 2005; Delphino ve ark., 2015; Santana ve ark., 2018; Santos ve ark., 2018).

3.6.3. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5)

Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan IIEF' nin Türkçe' ye tercüme edilmesi ve validasyonu 2002 yılında Androloji Derneği tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmalar da IIEF' nin Erektile disfonksiyon (ED) değerlendirmesinde güvenilir bir sorgulama anketi olduğu belirtilmektedir. Bir çalışma da yaşları 40-68 arasında olan ve ED şikayeti ile müracaat eden toplam 225 hastada 1-3 gün içinde iki kez IIEF sorgulaması yapmış ve her iki sorgulama sonuçlarını karşılaştırmışlar ve sonuç olarak IIEF' nin tüm hasta gruplarında güvenilir bir sorgulama olduğunu tespit etmişlerdir (Bayraktar, 2017).

IIEF-5'e göre cinsel disfonksiyon (CD) şiddetine göre 5 seviyeye ayrılmaktadır. CD yok (22-25), hafif (17-21), hafif-orta (12-16), orta (8-11), şiddetli CD (5-7) olarak tanımlanmıştır.

3.6.4. Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu (SF 36) ile toplanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği, bireyin yaşam kalitesini değerlendirme ölçeği olarak kabul edilmekte ve uygulanmaktadır. SF-36, Hays, Wells, Sherbourne, Rogers ve Spritzer (1995) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, Fişek ve Memiş (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve emosyonel), ruhsal sağlık, canlılık (vitalite), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek sıfır ile 100 arasında değerlendirme sağlamaktadır ve daha yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir. SF-36'nın Türk toplumu için toplum norm değerleri Demiral ve arkadaşları (2006) tarafından belirlenmiştir (Aktaş & Özvurmaz, 2019).

3.6.5. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Aşama 1: Eğitim kitapçığının geliştirilmesinde NIC'te yer alan "gecikmiş cerrahi iyileşme" nin tanımlayıcı özelliklerine yönelik taburculuk sonrası evde görülebilecek sorunlara ilişkin bilgiler, sorunların tanınması ve sorunlardan korunma yöntemleri ile ilgili literatürde yer alan kanıta dayalı güncel bilgiler PubMed, Cochrane ve Scholar Google gibi çeşitli veri tabanları taranarak ulaşılmıştır. Taramada kullanılan MeSH terimleri; "prostatektomi, , BPH, cinsel işlev, cerrahi iyileşme, yaşam kalitesi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, taburculuk eğitimi, hemşire, üroloji, ve klinik rehberler"dir. Tarama Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmıştır. Sonuçlar klinik rehberleri, sistematik derlemeler, randomize kontrollü çalışmalar, vaka raporları ve gözlem çalışmalarını içermiştir. NIC yer alan "gecikmiş cerrahi iyileşme" tanısına yönelik önerilen girişim listesi başlıkları ile literatürden yararlanılarak hazırlanan eğitim kitapçıkları prostat ameliyatı geçiren hastalar için "**Prostat Ameliyatı Sonrası İyileşme Sürecinin Evde Yönetimi**" ameliyata özgü olarak geliştirilmiştir. Kitapçıklarda yer alan ortak konular; ağrı yönetimi, beslenme yönetimi, insizyon yeri bakımı, özbakımın güçlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerine dönüş ile ilgili bilgi ve öneriler olmuştur. Ortak konulara ek olarak idrar kaçırma ile ilgili kegel egzersizleri prostatektomiye ilişkin beslenme önerilerine ayrıca yer verilmiştir. Ön çalışması yapılarak hazırlanan eğitim kitapçığı, içerik, şekil, okunabilirlik, anlaşılabilirlik, uygunluk yönlerinden değerlendirilmesi

yapılmak üzere Yazılı Materyal Uygunluğu (EK 3) ve DISCERN Ölçüm Aracı (EK 4) kullanılarak beş uzman akademisyen hemşirenin görüşüne sunulmuştur.

Hazırlanan yazılı öğretim materyalinin uygunluk durumunu değerlendirmek için; Doak ve arkadaşlarının (1995) geliştirdiği “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanılmıştır. Bu form, dört soruluk “içerik değerlendirmesi”, beş soruluk “okur-yazarlık durumu değerlendirmesi”, beş soruluk “resim, grafik, tablo, liste durumu değerlendirmesi”, sekiz soruluk “plan ve tipi değerlendirmesi”, üç soruluk “öğrenme ve motivasyon değerlendirmesi”, iki soruluk “kültürel uygunluk değerlendirmesi” olmak üzere altı bölümden ve toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. Her bölümde yer alan ifadenin yazılı öğretim materyaline uygunluğu halinde her evet için bir puan ve her hayır için ise sıfır puan verilmektedir. Değerlendirme sonucuna göre yazılı öğretim materyali, formdan toplam bir ile 27 puan arasında alabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması yazılı materyalin okunabilirliğinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. İlk değerlendirmede Prostat Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitim Kitapçığı Eğitim kitapçığının genel değerlendirilmesine bakıldığında DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalaması ise $64,60 \pm 9,89$ olarak belirlendi.

Hazırlanan yazılı öğretim materyalinin güvenilirliği ve bilgi kalitesi durumunu değerlendirmek için; Charnock ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, Türkçeye çevirisini Gökdoğan ve arkadaşlarının yaptığı (2003) DISCERN Ölçüm Aracı (Quality Criteria for Consumer Health Information) kullanılmıştır. DISCERN toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirme sonucuna göre yazılı öğretim materyali, formdan 15 ile 75 arasında puan alabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması hazırlanan yazılı öğretim materyalinin güvenilir ve bilgi kalitesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Uzmanların geri dönüşlerine göre düzenlenen kitapçık aynı ölçüm araçları kullanılarak aynı uzmanlara tekrar gönderilmiştir. Yazılı öğretim materyalinin DISCERN ölçüm aracı toplam puan ortalamaları incelendiğinde; güvenilirlik puan ortalamasının $34,60 \pm 4,33$, bilgi kalitesinin $30,00 \pm 5,56$ ve genel kalite puan ortalamasının $4,4 \pm 0,54$ olduğu bulundu. DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalaması ise $64,60 \pm 9,89$ olarak belirlendi.

Aşama 2: Uzman görüşlerinin değerlendirme formundaki önerileriyle iyileştirilen kitapçıkların şekilsel düzenlemeleri yapılarak son hali verilmiştir.

3.6.6. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Formu

Prostatektomi cerrahisi sonrası taburculuk eğitiminin araştırmacılar tarafından geliştirilen eğitim kitapçığının değerlendirilmesi amacıyla sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik kullanılan eğitim materyallerinin okuryazarlık açısından uygunluğunu yorumlayan Doak ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ilk defa Gökdoğan ve ark. (2003) ile Demir ve ark. (2008) tarafından araştırmalarında kullanılmıştır. Form, 27 sorudan, içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ve liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Form, maddelerin uygunluğuna Evet için 1 puan, Hayır için 0 puan verilerek toplam 1-27 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Formdan fazla puan alınması, eğitim materyalinin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Doak ve Meade, 1996).

3.6.7. DISCERN Ölçüm Aracı

Bu araştırmanın prostatektomi cerrahisi sonrası, eğitim materyalinin içeriğinin ve kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Üç bölümden oluşan DISCERN ölçüm aracında materyalin içeriğini sorgulayan 16 soru bulunmaktadır. Sekiz sorudan oluşan birinci bölüm materyalin güvenilirliğini, yedi sorudan oluşan ikinci bölüm tedavi/bakım seçenekleri konusunda sunulan bilginin kalitesini ölçerken tek sorudan oluşan üçüncü bölümde materyalin genel değerlendirilmesi sorgulanmaktadır.

DISCERN'de her bir soru 1'den 5'e kadar puanlanmakta olup "5" materyalin uygunluğuna "1" materyalin uygunsuzluğuna işaret etmektedir. Her bir maddeden alınan yanıtların toplanması ile 15-75 aralığında bir puan elde edilmektedir. Genel değerlendirmeyi veren 16. madde ayrı değerlendirilmektedir. Değerlendirmede toplam puanın düşük olması kalitenin kötü, yüksek olması kalitenin iyi olduğunu göstermektedir (Charnock, 1998). DISCERN ölçüm aracının Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gökdoğan (2003) tarafından yapılmıştır.

Yazılı öğretim materyallerinin uygunluğuna ilişkin 5 uzmandan alınan DISCERN değerlendirme sonucu elde edilen verilere göre puan ortalamasının $22,80 \pm 5,89$ olduğu saptandı. Ölçekten alınabilecek puanın en yüksek 27 olduğunu dikkate alırsak, öğretim materyalinin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğu söylenebilir.

Yazılı öğretim materyalinin içeriğinin güvenilirlik ve bilgi kalitesi yönünden uzman değerlendirmesi sonucuna bakıldığında ortalama ortalama $4,4 \pm 0,54$ (min-maks=4-5) olarak bulunmuştur. Uzman değerlendirmesi sonucunda yazılı öğretim materyalinin (eğitim kitapçığı) güvenilir ve bilgi kalitesinin yüksek olduğu ve genel anlamda kaliteli bir kaynak olduğu söylenebilir.

Yazılı öğretim materyalinin DISCERN ölçüm aracı toplam puan ortalamaları incelendiğinde; güvenilirlik puan ortalamasının $34,60 \pm 4,33$, bilgi kalitesinin $30,00 \pm 5,56$ ve genel kalite puan ortalamasının $4,4 \pm 0,54$ olduğu bulundu. DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalaması ise $64,60 \pm 9,89$ olarak belirlendi. Her bir alt grup ve toplam için yazılı eğitim materyalinin puan ortalamaları değerlendirildiğinde; puan ortalamalarının minimum ve maksimum puan ortalamasının üstünde olduğu saptandı.

Bu araştırma da DISCERN uzman görüşü değerlendirmeleri sonucunda Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı? sorusunun puan ortalaması düşük olduğu için eğitim kitapçığındaki resimler tekrar gözden geçirilip uzman görüşüne uygun düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları aşağıdaki gibi bulundu.

Cerrahi iyileşme (Hasta değerlendirme formu) Taburculuk öncesi: 0,937

Cerrahi iyileşme (Hasta değerlendirme formu) Taburculuk sonrası 2. hafta:
0,928

Cerrahi iyileşme (Hasta değerlendirme formu) Taburculuk sonrası 4. hafta:
0,911

Cerrahi iyileşme (Hasta değerlendirme formu) Taburculuk sonrası 8. hafta:
0,950

Cerrahi iyileşme (Hasta değerlendirme formu) Taburculuk sonrası 12. hafta:
0,964

Uluslararası cinsel işlev indeksi: 0,962

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: 0,361

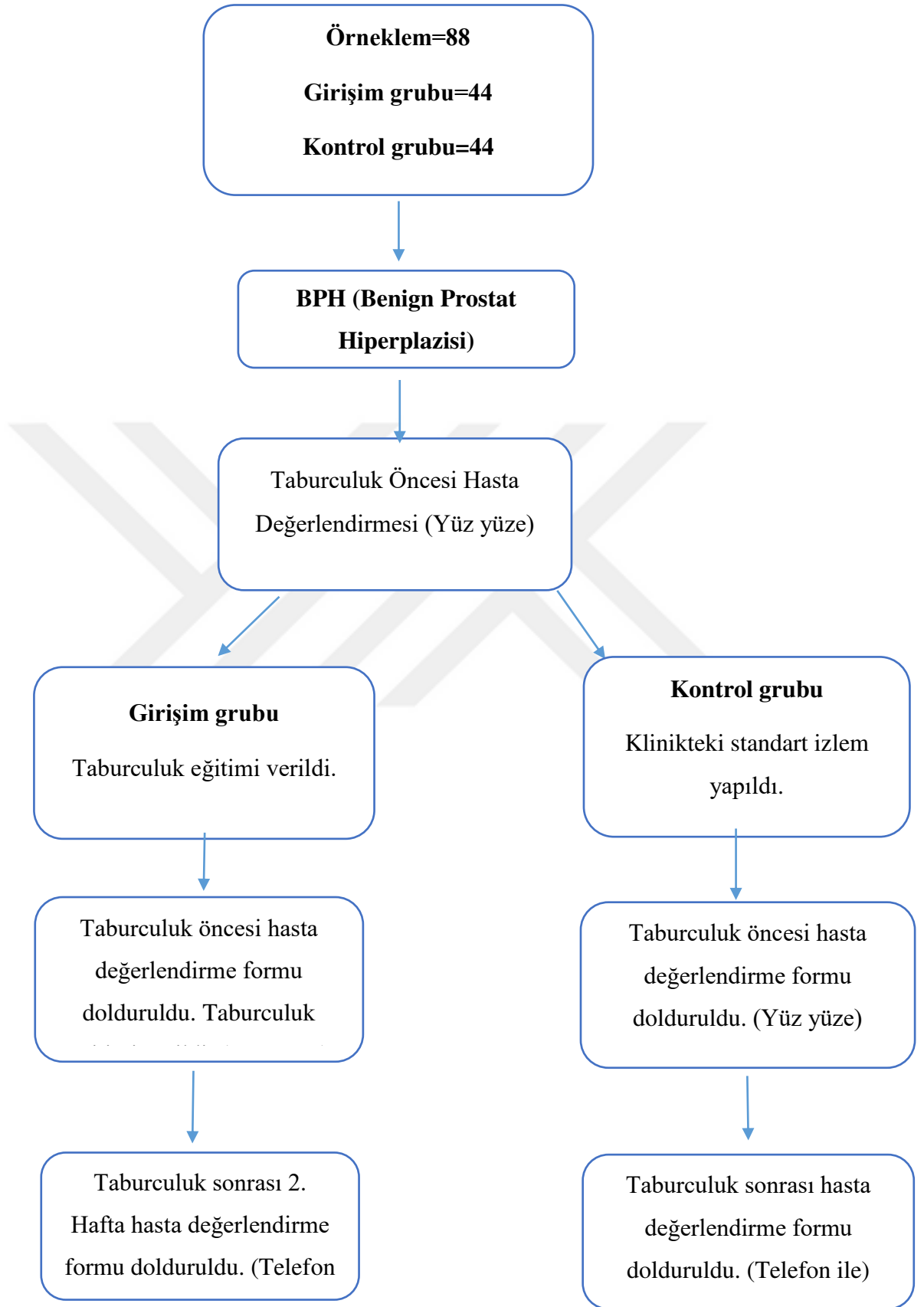
3.7. Veri Toplama Yöntemi

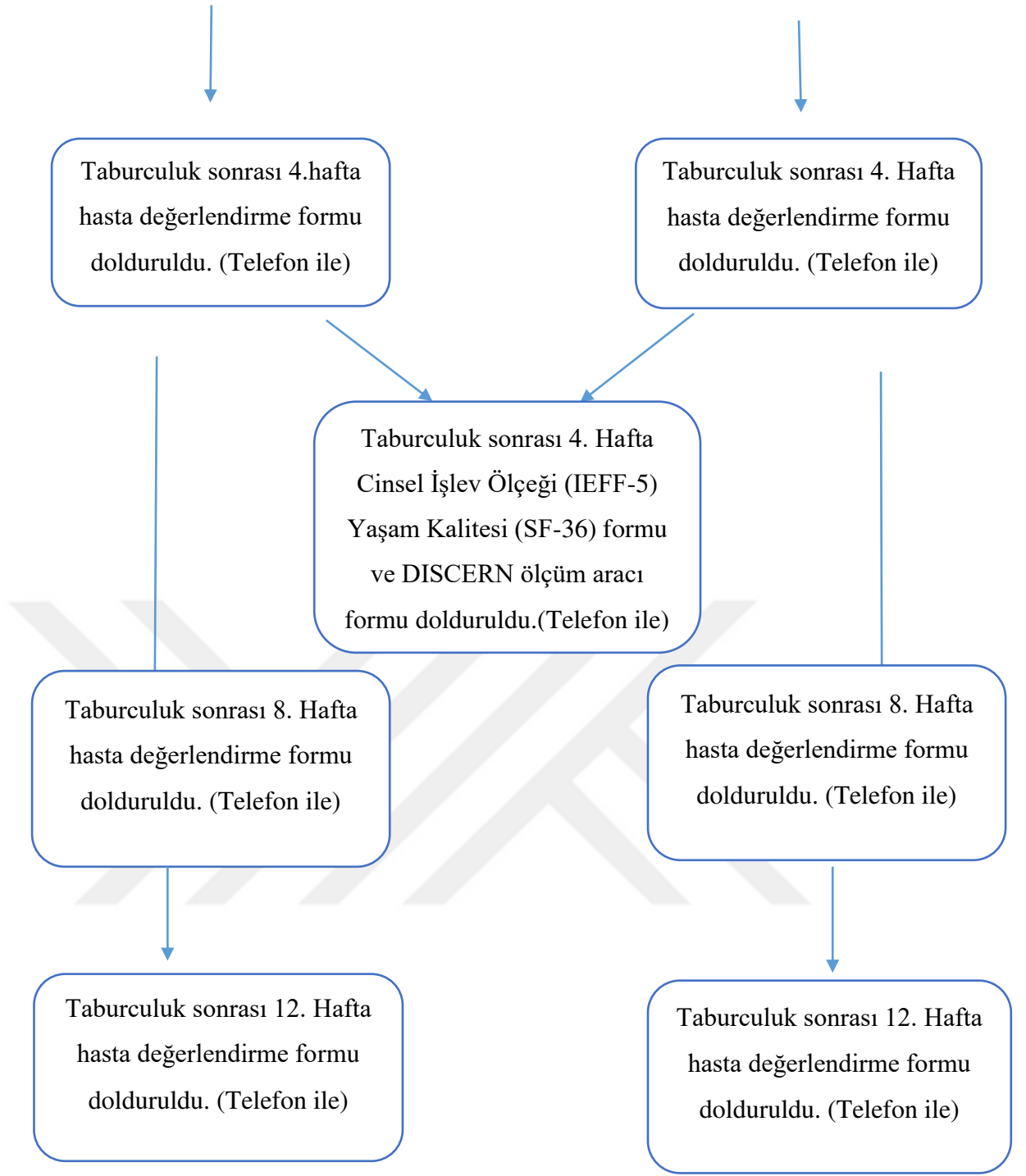
Araştırmanın öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Doktora Tez Onay Yazısı (Ek-1) alınmıştır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Onayı (Ek-2), T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı onayı, Araştırma Hastanesi Başhekimliği izni (Ek-3), Manisa Özel Grand Medikal Hastanesi Başhekimliği izni (Ek-4) alındı.

Gerekli kurum izinlerinden sonra 30.03.2022 tarihinde T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Üroloji Servisinde veri toplanmaya başlandı. Manisa Özel Grand Medikal Hastanesi'nde 30.03.2022 tarihinde veri toplanmaya başlandı. Araştırma öncesinde Prostatektomi uygulanacak hastalarla görüşülerek çalışmanın amacı ve kapsamı anlatılarak gerekli onamlar alındı.

Eğitim Kitapçığının Oluşturulması

Taburculuk eğitimi için hazırlanan eğitim materyali araştırmacılar tarafından güncel literatür incelenerek oluşturuldu (Ak ve Özbaş, 2019; Özbaş, 2018; Özbaş ve Çavdar, 2016). Eğitim materyalinin araştırmada kullanılabilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı. Bunun için oluşturulan eğitim kitapçığı alanında uzman 9 kişiye gönderildi. 5 uzman tarafından “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu (Ek-3), DISCERN Ölçüm Aracı (Ek-4)” kullanılarak değerlendirildi. Uzmanların geri bildirimi ve önerileri ile revize edilen eğitim kitapçığının son hali oluşturuldu. Kitapçığın hastalar tarafından kolay anlaşılabilmesi için tıbbi terminolojiden kaçınıldı ve görsel eklendi. Ancak eğitim sırasında hastalarının soru sorması ve anlayamadıkları konuları açıkça dile getirmesi için cesaretlendirildi.





Şekil 2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının veri toplama süreci.

a. Girişim Grubu:

Girişim grubuna alınan hastalar, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirildi; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı.

Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, geliştirilen taburculuk eğitimi verilmeden önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirildi.

İlk değerlendirme sonrası, klinikteki hekimlerin viziti, yemek saati, ziyaret ve tedavi saatlerinin dışında ve ağrı kesici uygulamasından ortalama iki saat sonra, hasta odasında sessiz ve sakin bir ortamda klinikte uygulanan standart klinik izleme ek olarak yaklaşık 30 dakika süren (geliştirilen kitapçıkta yer alan konular ile ilgili) taburculuk eğitimi hastalara uygulandı. Eğitim sonunda hastanın geçirdiği cerrahiye uygun olarak hazırlanmış olan kitapçık hastanın yanına verildi.

Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü, sekizinci ve on ikinci haftadaki değerlendirmelerin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alındı.

Taburculuk sonrası ikinci hafta hastanın verdiği telefon numarasından araştırmacı tarafından hasta arandı ve telefon araması ile hasta takip formunun ikinci hafta için oluşturulan kısmındaki sorular hastaya yöneltildi.

Dördüncü, sekizinci ve on ikinci haftalarda da ikinci haftadaki gibi hasta değerlendirme formu uygulamaya devam edildi. Hasta ile her telefon görüşmesi sonlandırılırken bir sonraki telefon görüşmesinin zamanı ile ilgili bilgilendirmeler yapıldı ve ortalama telefon görüşme 10 dakika sürdü.

b. Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınan hastalar, prostatektomi sonrası Üroloji Servisi'nde verilen rutin taburculuk eğitimi ve klinik izlemi alındı.

Üroloji Servisi'nde yatan hastalara standart klinik izleme ek olarak hafta içi her gün servise gelen hemşireler tarafından, taburculuk öncesinde yara bakımı, yara yerinde enfeksiyon belirtileri, ilaç kullanımı ve taburculuk sonrası kontrol zamanları başlıkları ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmakta olup yazılı eğitim materyali verilmedi. Kontrol grubu, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirildi; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı.

Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, taburcu olmadan önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirildi.

Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü, sekizinci ve on ikinci haftadaki değerlendirmenin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alındı, aramalar araştırmacı tarafından yapıldı.

Taburculuk sonrası ikinci, dördüncü, sekizinci ve on ikinci haftada uygulama, girişim gurubundaki gibi devam etti.

Çalışmalar sonlandırıldığında etik açıdan yararlılık ilkesi gereğince geliştirilen taburculuk eğitimi kitapçıkları kontrol grubu hastalarına da verildi.

3.8. Çalışma Takvimi

Yapılan İşlemler	Nisan-Haziran 2020	Temmuz-Eylül 2020	Ekim-Aralık 2020	Ocak-Mart 2021	Nisan-Haziran 2021	Temmuz-Eylül 2021	Ekim-Aralık 2021	Ocak-Mart 2022	Nisan-Haziran 2022	Ocak-Mart 2023
Literatür taraması	✗	➡	➡	➡	➡	➡	➡	➡	➡	➡
Belirlenen tez konusu ile ilgili ön çalışmalar		✗								
Tez konusu ile ilgili materyallerin geliştirilme süreci			✗							
Verilerin toplanması					✗				✗	
İstatistik programına verilerin kaydedilmesi										✗
Verilerin Analizi										✗

bazı hastaların telefon görüşmesi öncesi bilgileri alınmasına rağmen ulaşılamayan hastalar mevcuttu. Bu durum araştırmanın bir sınırlılığı olarak düşünülebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Onayı (Ek-2), MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği İzni (Ek-3) ve Manisa Özel Grand Medikal Hastanesi (Ek-4) alındı. Ek olarak Üroloji servisinde prostatektomi olmak üzere yatmakta olan hastalardan çalışmanın amaç ve kapsamı alınarak onam alındı (Ek-5).



4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ilgili Bulgular(n=88)

Özellikler	Girişim		Kontrol		Toplam		x ² /p
	(n=44)		(n=44)				
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
68 yaş ve altı	24	54,5	25	56,8	49	55,7	0,046/0,830
68 yaş üzeri	20	45,5	19	43,2	39	44,3	
Medeni durum							
Evli	44	100,0	44	100,0	88	100,0	-/-
Eğitim Durumu							
İlkokul	22	50,0	26	59,1	48	54,5	2,293/0,318
Ortaokul	9	20,5	4	9,1	13	14,8	
Lise ve üzeri	13	29,5	14	31,8	27	30,7	
Meslek							
Emekli	34	77,3	30	68,2	64	72,7	1,145/0,564
Memur	4	9,1	7	15,9	11	12,5	
Çiftçi	6	13,6	7	15,9	13	14,8	
Gelir durumu							
Gelir giderden az	13	29,5	6	13,6	19	21,6	6,598/0,037*
Gelir gidere eşit	27	61,4	26	59,1	53	60,2	
Gelir giderden fazla	4	9,1	12	27,3	16	18,2	
Evde yaşayan kişi/ler							
Eş	44	100,0	44	100,0	88	100,0	-/-
Bakımından sorumlu kişi/ler							
Eş	44	100,0	44	100,0	88	100,0	-/-
Sigara kullanma durumu							
Evet	17	38,6	7	15,9	24	27,3	16,493/0,000*
Hayır	11	25,0	30	68,2	41	46,6	
Bırakmış	16	36,4	7	15,9	23	26,1	

*p<0,05, x²: Ki Kare testi.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular(devam) (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)		Toplam		x ² /p
	n	%	n	%	n	%	
Alkol kullanma durumu							
Evet	0	0	5	11,4	5	5,7	**
Hayır	35	79,5	33	75,0	68	77,3	
Bırakmış	9	20,5	6	13,6	15	17,0	
Kronik hastalık varlığı							
Yok	2	4,5	13	29,5	15	17,0	13,188/0,004*
Hipertansiyon	19	43,2	19	43,2	38	43,2	
Diyabet	14	31,8	10	22,7	24	27,3	
Diğer	9	20,5	2	4,5	11	12,5	
Beden Kitle İndeksi							
Zayıf (<18,5 kg/m ²)	14	31,8	7	15,9	21	23,9	3,732/0,155
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	23	52,3	25	56,8	48	54,5	
Fazla kilolu (25-29,9 kg/m ²)	7	15,9	12	27,3	19	21,6	
Kilo kaybı							
Evet	13	29,5	17	38,6	30	34,1	0,809/0,368
Hayır	31	70,5	27	61,4	58	65,9	
Hastalığın başlangıç şikayetleri							
İdrar sıklığının azalması	8	18,2	2	4,5	10	11,4	18,412/0,000*
İdrar yaparken yanma	0	0	13	29,5	13	14,8	
İdrarda kan	14	31,8	15	34,1	29	33,0	
İdrar sıklığının atması	22	50,0	14	31,8	36	40,9	
Daha önce ameliyat olma							
Evet	17	38,6	25	56,8	42	47,7	2,915/0,088
Hayır	27	61,4	19	43,2	46	52,3	
Ameliyat yöntemi							
Açık	14	31,8	20	45,5	34	38,6	1,725/0,189
Laparoskopi	30	68,2	24	54,5	54	61,4	
Anestezi tipi							
Spinal anestezi	31	70,5	23	52,3	54	61,4	3,068/0,080
Genel anestezi	13	29,5	21	47,7	34	38,6	

*p<0,05, x²: Ki Kare testi, **Tablodaki gözlerden %20'den fazlasında beklenen frekans 5'ten küçük olduğu için ki kare değeri belirtilmemiştir.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular(devam) (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)		Toplam		x ² /p
	n	%	n	%	n	%	
Cerrahi öncesi hastanede kalış süresi							
1 gün	30	68,2	32	72,7	62	70,5	0,218/0,640
2 gün ve üzeri	14	31,8	12	27,3	26	29,5	
Cerrahi sonrası hastanede kalış süresi							
1 gün	20	45,5	14	31,8	34	36,8	1,725/0,189
2 gün ve üzeri	24	54,5	30	68,2	54	61,4	
Toplam hastanede kalış süresi							
2 gün	20	45,5	14	31,8	34	36,8	1,725/0,189
3 gün ve üzeri	24	54,5	30	68,2	54	61,4	
Prostat ameliyatı öncesi cinsel hayatın olumsuz etkilenme durumu							
Biraz	8	18,2	6	13,6	14	15,9	1,707/0,426
Orta düzey	15	34,1	21	47,7	36	40,9	
Çok fazla	21	47,7	17	38,6	38	43,2	
Prostat ameliyatı sonrası günlük yaşamın olumsuz etkilenme durumu							
Biraz	25	56,8	8	18,2	33	37,5	17,331/0,000*
Orta düzey	7	15,9	23	52,3	30	34,1	
Çok fazla	12	27,3	13	29,5	25	28,4	
Prostat ameliyatı sonrası hastalığa ilişkin şikayetlerde azalma							
Biraz	11	25,0	29	65,9	40	45,5	14,858/0,001*
Orta düzey	26	59,1	12	27,3	38	43,2	
Çok fazla	7	15,9	3	6,8	10	11,4	

*p<0,05, x²: Ki Kare testi.

4.2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)	Kontrol (n=44)	Toplam	z/p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Yaş	68,50±7,45	67,84±7,32	68,17±7,35	t: -0,418 p: 0,677
Cerrahi öncesi hastanede kalış süresi (gün)	1,45±0,76	1,43±1,02	1,44±0,89	z: -0,537 p: 0,592
Cerrahi sonrası hastanede kalış süresi (gün)	2,34±1,36	2,77±1,95	2,55±1,68	z: -0,835 p: 0,404
Toplam hastanede kalış süresi (gün)	3,79±1,97	4,20±2,68	4,00±2,34	z: -0,672 p: 0,502

t: Bağımsız gruplarda t testi, z: Mann Whitney U testi.

Hastaların tanıttıcı özellikleri Tablo 1’de verildi.

Hastaların %55,7’sinin 68 yaş ve altında, %100’ünün evli, %54,5’inin ilkokul mezunu, %72,7’sinin emekli, %60,2’sinin gelirinin gidere eşit olduğu, %100’ünün evde eş ile yaşadığı ve bakımından sorumlu kişinin eş olduğu, %46,6’sının sigara kullanmayı bıraktığı, %77,3’ünün alkol kullanmayı bıraktığı, %43,2’sinin hipertansiyon hastalığının, %54,5’inin beden kitle indeksinin normal sınırlarda olduğu, %65,9’unun kilo kaybının olmadığı, %40,9’unun idrar sıklığının artması şikayeti ile hastaneye başvurduğu, %52,3’ünün daha önce ameliyat olmadığı, %61,4’ünün ameliyatının laparoskopi yöntemi ile yapıldığı, %61,4’ünün spinal anestezi olduğu, %70,5’inin cerrahi öncesi hastanede kalış süresinin 1 gün, %61,4’ünün cerrahi sonrası hastanede kalış süresinin 2 gün ve üzeri, %61,4’ünün toplam hastanede kalış süresinin 3 gün ve üzeri olduğu, %43,2’sinin prostat ameliyatı öncesi cinsel hayatının çok fazla olumsuz etkilendiği, %37,5’inin prostat ameliyatı sonrası günlük yaşamın biraz olumsuz etkilendiği, %45,5’inin prostat ameliyatı sonrası hastalığa ilişkin şikayetlerinde biraz azalma olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hastaların yaş ortalamasının 68,17±7,35, cerrahi öncesi hastanede kalış süresi ortalamasının 1,44±0,89 gün, cerrahi sonrası hastanede kalış süresi ortalamasının 2,55±1,68 gün, toplam hastanede kalış süresi ortalamasının 4,00±2,34 gün olduğu bulundu (Tablo 2).

Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların tanıtıcı özellikleri ve tanımlayıcı istatistikleri karşılaştırıldığında, gelir durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, hastalığın başlangıç şikayetleri, prostat ameliyatı sonrası günlük yaşamın olumsuz etkilenme durumu ve prostat ameliyatı sonrası hastalığa ilişkin şikayetlerde azalma durumu değişkenleri ($p<0,05$) haricinde iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Girişim grubundaki hastaların %54,5'inin 68 yaş ve altında, %100'ünün evli, %50'sinin ilkokul mezunu, %77,3'ünün emekli, %61,4'ünün gelirinin gidere eşit olduğu, %100'ünün evde eş ile yaşadığı ve bakımından sorumlu kişinin eş olduğu, %38,6'sının sigara kullandığı, %79,5'inin alkolü bıraktığı, %43,2'sinin hipertansiyon hastalığının, %52,3'ünün beden kitle indeksinin normal sınırlarda olduğu, %70,5'inin kilo kaybının olmadığı, %50'sinin idrar sıklığının artması şikayeti ile hastaneye başvurduğu, %61,4'ünün daha önce ameliyat olmadığı, %68,2'sinin ameliyatının laparoskopi yöntemi ile yapıldığı, %70,5'inin spinal anestezi olduğu, %68,2'sinin cerrahi öncesi hastanede kalış süresinin 1 gün, %54,5'inin cerrahi sonrası hastanede kalış süresinin 2 gün ve üzeri ve toplam hastanede kalış süresinin 3 gün ve üzeri olduğu, %47,7'sinin prostat ameliyatı öncesi cinsel hayatının çok fazla olumsuz etkilendiği, %56,8'inin prostat ameliyatı sonrası günlük yaşamın biraz olumsuz etkilendiği, %59,1'inin prostat ameliyatı sonrası hastalığa ilişkin şikayetlerinde orta düzeyde azalma olduğu bulundu (Tablo 1). Girişim grubundaki hastaların yaş ortalamasının $68,50\pm7,45$, cerrahi öncesi hastanede kalış süresi ortalamasının $1,45\pm0,76$ gün, cerrahi sonrası hastanede kalış süresi ortalamasının $2,34\pm1,36$ gün, toplam hastanede kalış süresi ortalamasının $3,79\pm1,97$ gün olduğu bulundu (Tablo 2).

Kontrol grubundaki hastaların %56,8'inin 68 yaş ve altında, %100'ünün evli, %59,1'inin ilkokul mezunu, %68,2'sinin emekli, %59,1'inin gelirinin gidere eşit olduğu, %100'ünün evde eş ile yaşadığı ve bakımından sorumlu kişinin eş olduğu, %68,2'sinin sigara kullanmayı bıraktığı, %75'inin alkol kullanmayı bıraktığı, %43,2'sinin hipertansiyon hastalığının, %56,8'inin beden kitle indeksinin normal sınırlarda olduğu, %61,4'ünün kilo kaybının olmadığı, %34,1'inin idrarda kan şikayeti ile hastaneye başvurduğu, %56,8'inin daha önce ameliyat olduğu, %54,5'inin ameliyatının laparoskopi yöntemi ile yapıldığı, %52,3'ünün spinal anestezi olduğu, %72,7'sinin cerrahi öncesi hastanede kalış süresinin 1 gün,

%68,2'sinin cerrahi sonrası hastanede kalış süresinin 2 gün ve üzeri ve toplam hastanede kalış süresinin 3 gün ve üzeri olduğu, %47,7'sinin prostat ameliyatı öncesi cinsel hayatının orta düzeyde olumsuz etkilendiği, %52,3'ünün prostat ameliyatı sonrası günlük yaşamın orta düzeyde olumsuz etkilendiği, %65,9'unun prostat ameliyatı sonrası hastalığa ilişkin şikayetlerinde biraz azalma olduğu bulundu (Tablo 1). Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $67,84 \pm 7,32$, cerrahi öncesi hastanede kalış süresi ortalamasının $1,43 \pm 1,02$ gün, cerrahi sonrası hastanede kalış süresi ortalamasının $2,77 \pm 1,95$ gün, toplam hastanede kalış süresi ortalamasının $4,20 \pm 2,68$ gün olduğu bulundu (Tablo 2).

4.3. Hastaların Cerrahi İyileşme Durumlarının İncelenmesi

4.3.1. Hastaların Taburculuk Öncesi ve Taburculuk Sonrası Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 3. Hastaların Taburculuk Öncesi ve Taburculuk Sonrası Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=88)

Cerrahi iyileşme	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)		Test istatistiği
	Ort $\pm$ ss	Ortanca (CAA)	Ort $\pm$ ss	Ortanca (CAA)	
Taburculuk öncesi (a)	14,79 $\pm$ 5,15	14,00 (8,00)	20,90 $\pm$ 8,40	21,50 (11,75)	z: -3,603 p: 0,000*
Taburculuk sonrası 2. Hafta (b)	21,63 $\pm$ 5,66	21,00 (9,00)	23,63 $\pm$ 7,47	24,00 (12,50)	t: 1,415 p: 0,161
Taburculuk sonrası 4. Hafta (c)	29,86 $\pm$ 4,95	29,50 (6,00)	27,34 $\pm$ 6,43	27,00 (9,75)	t: -2,059 p: 0,042*
Taburculuk sonrası 8. Hafta (d)	36,40 $\pm$ 4,92	36,00 (3,75)	27,81 $\pm$ 7,10	26,50 (11,75)	z: -5,612 p: 0,000*
Taburculuk sonrası 12. Hafta (e)	39,47 $\pm$ 5,58	41,00 (9,00)	29,77 $\pm$ 6,98	30,50 (10,00)	z: -5,932 p: 0,000*
Test istatistiği	x²: 165,772, p: 0,000*		F: 18,592, p: 0,000*		
	a<b<c<d<e**		a<b<c=d=e**		

*p<0,05, CAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi, x²: Tekrarlı ölçümlerde Friedman varyans analizi, F: Tekrarlı ölçümlerde Tek Yönlü Varyans analizi, **Bonferroni düzeltmesi sonucunda elde edilen karşılaştırmalar.

Girişim grubundaki hastaların cerrahi iyileşme ortalama puanlarında zaman içinde anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), hastaların taburculuk sonrası 12. hafta ortalama puanlarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta/4. hafta/8. hafta ortalama puanlarından daha yüksek olduğu; taburculuk sonrası 8. hafta ortalama puanlarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta/4. hafta ortalama puanlarından daha yüksek olduğu; taburculuk sonrası 4. hafta ortalama puanlarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ortalama puanlarından daha yüksek olduğu; taburculuk sonrası 2. hafta ortalama puanlarının ise taburculuk öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubundaki hastaların cerrahi iyileşme ortalama puanlarında zaman içinde anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), hastaların taburculuk sonrası 4. hafta/8. hafta ve 12. hafta ortalama puanlarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ortalama puanlarından daha yüksek olduğu; taburculuk sonrası 2. hafta ortalama puanlarının ise taburculuk öncesi ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 3).

Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası taburculuk öncesi cerrahi iyileşme ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), girişim grubundaki hastaların ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası taburculuk sonrası 4. hafta/8. Hafta/12. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), girişim grubundaki hastaların ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası taburculuk sonrası 2. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo3).

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Öncesi Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı (n=88)

Sorun	Sıkıntının Şiddeti	Girişim (n=44) n (%)	Kontrol (n=44) n (%)	x ² /p
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu	Şiddetli	31 (70,5)	16 (36,4)	10,912/0,012*
	Önemli	11 (25,0)	21 (47,7)	
	Orta	2 (4,5)	6 (13,6)	
	Hafif	-	-	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı	Şiddetli	31 (70,5)	16 (36,4)	11,198/0,024*
	Önemli	11 (25,0)	21 (47,7)	
	Orta	2 (4,5)	5 (11,4)	
	Hafif	-	1 (2,3)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı	Şiddetli	29 (65,9)	16 (36,4)	9,305/0,054
	Önemli	13 (29,5)	21 (47,7)	
	Orta	2 (4,5)	4 (9,1)	
	Hafif	-	1 (2,3)	
	Sıkıntı Yok	-	2 (4,5)	
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	Şiddetli	21 (47,7)	14 (31,8)	7,067/0,070
	Önemli	21 (47,7)	21 (47,7)	
	Orta	2 (4,5)	4 (9,1)	
	Hafif	-	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	-	-	
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı	Şiddetli	15 (34,1)	8 (18,2)	13,066/0,011*
	Önemli	9 (20,5)	6 (13,6)	
	Orta	9 (20,5)	7 (15,9)	
	Hafif	8 (18,2)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	3 (6,8)	17 (38,6)	
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı	Şiddetli	14 (31,8)	8 (18,2)	11,325/0,023*
	Önemli	6 (13,6)	5 (11,4)	
	Orta	8 (18,2)	8 (18,2)	
	Hafif	11 (25,0)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	5 (11,4)	18 (40,9)	
Etrafta hareket etmede güçlük durumu	Şiddetli	27 (61,4)	10 (22,7)	17,568/0,001*
	Önemli	14 (31,8)	19 (43,2)	
	Orta	3 (6,8)	9 (20,5)	
	Hafif	-	4 (9,1)	
	Sıkıntı Yok	-	2 (4,5)	
Ağrı veya rahatsızlık durumu	Şiddetli	34 (77,3)	13 (29,5)	21,464/0,000*
	Önemli	8 (18,2)	19 (43,2)	
	Orta	2 (4,5)	8 (18,2)	
	Hafif	-	4 (9,1)	
	Sıkıntı Yok	-	-	
Yorgunluk	Şiddetli	33 (75,0)	13 (29,5)	19,867/0,000*
	Önemli	9 (20,5)	19 (43,2)	
	Orta	2 (4,5)	8 (18,2)	
	Hafif	-	4 (9,1)	
	Sıkıntı Yok	-	-	

*p<0,05, x²: Ki Kare testi.

Taburcu olmadan önce evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu ve iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %70,5'i şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %47,7'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9'u şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %47,7'i önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) konusunda girişim grubundaki hastaların %47,7'si şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %47,7'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %34,1'i şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %38,6'sı sıkıntı yaşamadığını ifade etti (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %31,8'i şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %40,9'u sıkıntı yaşamadığını bildirdi (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce etrafta hareket etmede güçlük durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %61,4'ü şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce ağrı veya rahatsızlık durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %77,3'ü şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce yorgunluk konusunda girişim grubundaki hastaların %75'i şiddetli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 4).

Taburcu olmadan önce girişim ve kontrol grubu cerrahi iyileşme durumları açısından karşılaştırıldığında, “öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı” ve “cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede

akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)’’ hariç iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 2. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı (n=88)

Sorun	Sıkıntının Şiddeti	Girişim (n=44) n (%)	Kontrol (n=44) n (%)	χ^2/p
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu	Şiddetli	6 (13,6)	8 (18,2)	5,372/0,251
	Önemli	27 (61,4)	20 (45,5)	
	Orta	11 (25,0)	12 (27,3)	
	Hafif	-	3 (6,8)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı	Şiddetli	5 (11,4)	9 (20,5)	6,033/0,197
	Önemli	28 (63,6)	19 (43,2)	
	Orta	11 (25,0)	13 (29,5)	
	Hafif	-	2 (4,5)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı	Şiddetli	6 (13,6)	10 (22,7)	5,985/0,200
	Önemli	25 (56,8)	19 (43,2)	
	Orta	13 (29,5)	11 (25,0)	
	Hafif	-	3 (6,8)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	Şiddetli	4 (9,1)	8 (18,2)	2,943/0,401
	Önemli	23 (52,3)	22 (50,0)	
	Orta	14 (31,8)	9 (20,5)	
	Hafif	3 (6,8)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	-	-	
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı	Şiddetli	2 (4,5)	2 (4,5)	5,775/0,217
	Önemli	13 (29,5)	8 (18,2)	
	Orta	13 (29,5)	9 (20,5)	
	Hafif	10 (22,7)	10 (22,7)	
	Sıkıntı Yok	6 (13,6)	15 (34,1)	
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı	Şiddetli	2 (4,5)	2 (4,5)	2,834/0,586
	Önemli	11 (25,0)	9 (20,5)	
	Orta	11 (25,0)	8 (18,2)	
	Hafif	11 (25,0)	9 (20,5)	
	Sıkıntı Yok	9 (20,5)	16 (36,4)	
Etrafta hareket etmede güçlük durumu	Şiddetli	4 (9,1)	5 (11,4)	7,137/0,129
	Önemli	26 (59,1)	18 (40,9)	
	Orta	13 (29,5)	13 (29,5)	
	Hafif	1 (2,3)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	-	2 (4,5)	
Ağrı veya rahatsızlık durumu	Şiddetli	5 (11,4)	8 (18,2)	7,362/0,118
	Önemli	29 (65,9)	18 (40,9)	
	Orta	9 (20,5)	12 (27,3)	
	Hafif	1 (2,3)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	
Yorgunluk	Şiddetli	10 (22,7)	8 (18,2)	5,662/0,226
	Önemli	22 (50,0)	18 (40,9)	
	Orta	12 (27,3)	13 (29,5)	
	Hafif	-	4 (9,1)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	

χ^2 : Ki Kare testi.

Girişim ve kontrol grubu hastaların taburculuk sonrası 2. hafta cerrahi iyileşme durumları Tablo 5’de verildi.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %61,4’ü önemli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %45,5’i önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 5).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %63,6’sı önemli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2’si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 5).

Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %56,8’i ve kontrol grubundaki hastaların %43,2’si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 5).

Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) konusunda girişim grubundaki hastaların %52,3’ü ve kontrol grubundaki hastaların %50’si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 5).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %29,5’i önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %34,1’i sıkıntı yaşamadığını belirtti (Tablo 5).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %25’i önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %36,4’ü sıkıntı yaşamadığını bildirdi (Tablo 5).

Etrafta hareket etmede güçlük durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %59,1’i ve kontrol grubundaki hastaların %40,9’u önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 5).

Ağrı veya rahatsızlık durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9’u ve kontrol grubundaki hastaların %40,9’u önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 5).

Yorgunluk konusunda girişim grubundaki hastaların %50’si önemli düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %40,9’u önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 5). Girişim ve kontrol grubu hastaları taburculuk sonrası 2. hafta

cerrahi iyileşme durumları açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı (n=88)

Sorun	Sıkıntının Şiddeti	Girişim (n=44) n (%)	Kontrol (n=44) n (%)	χ^2/p
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu	Şiddetli	-	5 (11,4)	11,171/0,025*
	Önemli	6 (13,6)	14 (31,8)	
	Orta	31 (70,5)	19 (43,2)	
	Hafif	6 (13,6)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	1 (2,3)	1 (2,3)	
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı	Şiddetli	-	5 (11,4)	15,582/0,004*
	Önemli	4 (9,1)	15 (34,1)	
	Orta	31 (70,5)	19 (43,2)	
	Hafif	8 (18,2)	4 (9,1)	
	Sıkıntı Yok	1 (2,3)	1 (2,3)	
Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı	Şiddetli	-	5 (11,4)	18,527/0,001*
	Önemli	4 (9,1)	17 (38,6)	
	Orta	31 (70,5)	16 (36,4)	
	Hafif	8 (18,2)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	1 (2,3)	1 (2,3)	
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	Şiddetli	-	5 (11,4)	22,322/0,000*
	Önemli	4 (9,1)	19 (43,2)	
	Orta	21 (47,7)	13 (29,5)	
	Hafif	15 (34,1)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	4 (9,1)	1 (2,3)	
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	4,288/0,232
	Önemli	2 (4,5)	2 (4,5)	
	Orta	15 (34,1)	9 (20,5)	
	Hafif	15 (34,1)	12 (27,3)	
	Sıkıntı Yok	12 (27,3)	21 (47,7)	
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	6,395/0,095
	Önemli	1 (2,3)	3 (6,8)	
	Orta	17 (38,6)	7 (15,9)	
	Hafif	12 (27,3)	14 (31,8)	
	Sıkıntı Yok	14 (31,8)	20 (45,5)	
Etrafta hareket etmede güçlük durumu	Şiddetli	-	-	4,354/0,226
	Önemli	6 (13,6)	9 (20,5)	
	Orta	24 (54,5)	22 (50,0)	
	Hafif	14 (31,8)	10 (22,7)	
	Sıkıntı Yok	-	3 (6,8)	
Ağrı veya rahatsızlık durumu	Şiddetli	-	1 (2,3)	9,685/0,046*
	Önemli	6 (13,6)	16 (36,4)	
	Orta	25 (56,8)	18 (40,9)	
	Hafif	12 (27,3)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	1 (2,3)	3 (6,8)	
Yorgunluk	Şiddetli	-	3 (6,8)	8,180/0,085
	Önemli	8 (18,2)	15 (34,1)	
	Orta	27 (61,4)	18 (40,9)	
	Hafif	9 (20,5)	7 (15,9)	
	Sıkıntı Yok	-	1 (2,3)	

* $p<0,05$, χ^2 : Ki Kare testi.

Girişim ve kontrol grubu hastaların taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme durumları Tablo 6’da verildi.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu ve iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %70,5’i ve kontrol grubundaki hastaların %43,2’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 6).

Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %70,5’i orta düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %38,6’sı önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 6).

Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) konusunda girişim grubundaki hastaların %47,7’si orta düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2’si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 6).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %34,1’i orta düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %47,7’si sıkıntı yaşamadığını bildirdi (Tablo 6).

Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %38,6’sı orta düzeyde sıkıntı yaşadığını, kontrol grubundaki hastaların %45,5’i sıkıntı yaşamadığını belirtti (Tablo 6).

Etrafta hareket etmede güçlük durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %54,5’i ve kontrol grubundaki hastaların %50’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 6).

Ağrı veya rahatsızlık durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %56,8’i ve kontrol grubundaki hastaların %40,9’u orta düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 6).

Yorgunluk konusunda girişim grubundaki hastaların %61,4’ü ve kontrol grubundaki hastaların %40,9’u orta düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 6).

Girişim ve kontrol grubu hastaları taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme durumları açısından karşılaştırıldığında, “bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı”,

“bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” ve “etrafta hareket etmede güçlük durumu” hariç iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 8. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı (n=88)

Sorun	Sıkıntının Şiddeti	Girişim (n=44) n (%)	Kontrol (n=44) n (%)	χ^2/p
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu	Şiddetli	-	1 (2,3)	39,677/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	15 (34,1)	
	Orta	6 (13,6)	20 (45,5)	
	Hafif	29 (65,9)	7 (15,9)	
	Sıkıntı Yok	8 (18,2)	1 (2,3)	
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı	Şiddetli	-	-	41,989/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	17 (38,6)	
	Orta	5 (11,4)	19 (43,2)	
	Hafif	30 (68,2)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	8 (18,2)	2 (4,5)	
Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı	Şiddetli	-	1 (2,3)	40,460/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	19 (43,2)	
	Orta	6 (13,6)	16 (36,4)	
	Hafif	29 (65,9)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	8 (18,2)	2 (4,5)	
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	Şiddetli	-	4 (9,1)	39,464/0,000*
	Önemli	2 (4,5)	18 (40,9)	
	Orta	4 (9,1)	13 (29,5)	
	Hafif	29 (65,9)	7 (15,9)	
	Sıkıntı Yok	9 (20,5)	2 (4,5)	
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	4,152/0,245
	Önemli	1 (2,3)	5 (11,4)	
	Orta	6 (13,6)	8 (18,2)	
	Hafif	18 (40,9)	12 (27,3)	
	Sıkıntı Yok	19 (43,2)	19 (43,2)	
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	6,617/0,085
	Önemli	-	6 (13,6)	
	Orta	6 (13,6)	5 (11,4)	
	Hafif	18 (40,9)	14 (31,8)	
	Sıkıntı Yok	20 (45,5)	19 (43,2)	
Etrafta hareket etmede güçlük durumu	Şiddetli	-	1 (2,3)	36,440/0,000*
	Önemli	-	12 (27,3)	
	Orta	6 (13,6)	20 (45,5)	
	Hafif	28 (63,6)	6 (13,6)	
	Sıkıntı Yok	10 (22,7)	5 (11,4)	
Ağrı veya rahatsızlık durumu	Şiddetli	-	2 (4,5)	33,014/0,000*
	Önemli	-	16 (36,4)	
	Orta	12 (27,3)	17 (38,6)	
	Hafif	25 (56,8)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	7 (15,9)	4 (9,1)	
Yorgunluk	Şiddetli	-	4 (9,1)	31,139/0,000*
	Önemli	-	14 (31,8)	
	Orta	14 (31,8)	17 (38,6)	
	Hafif	24 (54,5)	5 (11,4)	
	Sıkıntı Yok	6 (13,6)	4 (9,1)	

* $p<0,05$, χ^2 : Ki Kare testi.

Girişim ve kontrol grubu hastaların taburculuk sonrası 8. hafta cerrahi iyileşme durumları Tablo 10'da verildi. Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9'u hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %45,5'i orta düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 7).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %68,2'si hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2'si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 7).

Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9'u hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2'si önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 7).

Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9'u hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %40,9'u önemli düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 7).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı konusunda girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların %43,2'si sıkıntı yaşamadığını belirtti (Tablo 10). Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %45,5'i ve kontrol grubundaki hastaların %43,2'si sıkıntı yaşamadığını ifade etti (Tablo 7).

Etrafta hareket etmede güçlük durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %63,6'sı hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %45,5'i orta düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 7).

Ağrı veya rahatsızlık durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %56,8'i hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %38,6'sı orta düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 7).

Yorgunluk konusunda girişim grubundaki hastaların %54,5'i hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %38,6'sı orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 7).

Girişim ve kontrol grubu hastaları taburculuk sonrası 8. hafta cerrahi iyileşme durumları açısından karşılaştırıldığında, "bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı" ve

“bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” hariç iki grup arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Taburculuk Sonrası 12. Hafta Cerrahi İyileşme Durumlarının Sayı Yüzde Dağılımı (n=88)

Sorun	Sıkıntının Şiddeti	Girişim (n=44) n (%)	Kontrol (n=44) n (%)	χ^2/p
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu	Şiddetli	-	1 (2,3)	37,648/0,000*
	Önemli	-	11 (25,0)	
	Orta	4 (9,1)	17 (38,6)	
	Hafif	21 (47,7)	14 (31,4)	
	Sıkıntı Yok	19 (43,2)	1 (2,3)	
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı	Şiddetli	-	1 (2,3)	41,489/0,000*
	Önemli	-	11 (25,0)	
	Orta	3 (6,8)	19 (43,2)	
	Hafif	21 (47,7)	11 (25,0)	
	Sıkıntı Yok	20 (45,5)	2 (4,5)	
Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı	Şiddetli	-	1 (2,3)	33,927/0,000*
	Önemli	-	11 (25,0)	
	Orta	6 (13,6)	18 (40,9)	
	Hafif	18 (40,9)	12 (27,3)	
	Sıkıntı Yok	20 (45,5)	2 (4,5)	
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	Şiddetli	-	2 (4,5)	46,529/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	11 (25,0)	
	Orta	2 (4,5)	21 (47,7)	
	Hafif	17 (38,6)	7 (15,9)	
	Sıkıntı Yok	24 (54,5)	3 (6,8)	
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	8,932/0,030*
	Önemli	1 (2,3)	6 (13,6)	
	Orta	2 (4,5)	8 (18,2)	
	Hafif	12 (27,3)	8 (18,2)	
	Sıkıntı Yok	29 (65,9)	22 (50,0)	
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı	Şiddetli	-	-	7,714/0,052
	Önemli	1 (2,3)	5 (11,4)	
	Orta	2 (4,5)	8 (18,2)	
	Hafif	13 (29,5)	9 (20,5)	
	Sıkıntı Yok	28 (63,6)	22 (50,0)	
Etrafta hareket etmede güçlük durumu	Şiddetli	-	-	23,167/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	7 (15,9)	
	Orta	4 (9,1)	18 (40,9)	
	Hafif	19 (43,2)	14 (31,8)	
	Sıkıntı Yok	20 (45,5)	5 (11,4)	
Ağrı veya rahatsızlık durumu	Şiddetli	-	-	29,452/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	11 (25,0)	
	Orta	5 (11,4)	19 (43,2)	
	Hafif	18 (40,9)	10 (22,7)	
	Sıkıntı Yok	20 (45,5)	4 (9,1)	
Yorgunluk	Şiddetli	-	-	36,512/0,000*
	Önemli	1 (2,3)	14 (31,8)	
	Orta	6 (13,6)	19 (43,2)	
	Hafif	18 (40,9)	10 (22,7)	
	Sıkıntı Yok	19 (43,2)	1 (2,3)	

* $p<0,05$, χ^2 : Ki Kare testi.

Girişim ve kontrol grubu hastaların taburculuk sonrası 12. hafta cerrahi iyileşme durumları Tablo 8’de verildi.

Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %47,7’si hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %38,6’sı orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 8).

İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %47,7’si hafif düzeyde sıkıntı, kontrol grubundaki hastaların %43,2’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 8).

Öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %45,5’i sıkıntı yaşamadığını, kontrol grubundaki hastaların %40,9’u orta düzeyde sıkıntı yaşadığını bildirdi (Tablo 8).

Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama) konusunda girişim grubundaki hastaların %54,5’i sıkıntı yaşamadığını, kontrol grubundaki hastaların %47,7’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 8).

Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %65,9’u ve kontrol grubundaki hastaların %50’si sıkıntı yaşamadığını ifade etti (Tablo 8).

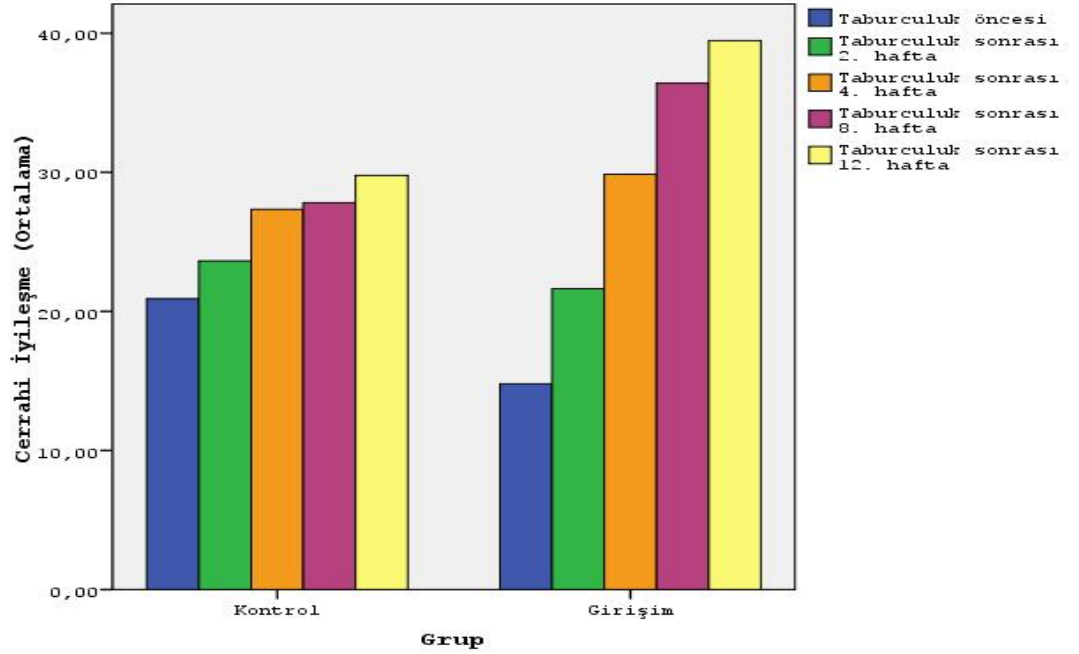
Bulanti olmaksızın iştah kaybı varlığı konusunda girişim grubundaki hastaların %63,6’sı ve kontrol grubundaki hastaların %50’si sıkıntı yaşamadığını bildirdi (Tablo 8).

Etrafta hareket etmede güçlük durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %45,5’i sıkıntı yaşamadığını, kontrol grubundaki hastaların %40,9’u orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 8).

Ağrı veya rahatsızlık durumu konusunda girişim grubundaki hastaların %45,5’i sıkıntı yaşamadığını, kontrol grubundaki hastaların %43,2’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını ifade etti (Tablo 8).

Yorgunluk konusunda girişim grubundaki hastaların %43,2’si sıkıntı yaşamadığını, kontrol grubundaki hastaların %43,2’si orta düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtti (Tablo 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaları taburculuk sonrası 12. hafta cerrahi iyileşme durumları açısından karşılaştırıldığında, “bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı” hariç iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).



Şekil 3. Grupların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Cerrahi İyileşme Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol grubuna göre Girişim grubunda taburculuktan 4. hafta sonrasında cerrahi iyileşme puanlarında artış miktarının daha fazla olduğu görüldü (Grafik 1).

4.3.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Taburculuk Sonrası 4. Hafta Cerrahi İyileşme Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)			Kontrol (n=44)		
	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)
Yaş						
68 yaş ve altı	24	30,79±4,35	30,00 (6,00)	25	29,00±6,74	31,00 (9,50)
68 yaş üzeri	20	28,75±5,50	28,00 (9,75)	19	25,15±5,42	26,00 (8,00)
z/p		-1,288/0,198			-2,077/0,038*	
Cerrahi öncesi						
hastanede kalış süresi						
1 gün	30	30,96±5,41	31,50 (9,00)	32	27,53±6,28	27,00 (9,00)
2 gün ve üzeri	14	27,50±2,68	27,00 (1,75)	12	26,83±7,08	27,00 (12,00)
z/p		-2,524/0,012*			-0,079/0,937	
Cerrahi sonrası						
hastanede kalış süresi						
1 gün	20	31,80±5,51	31,50 (8,50)	14	25,07±5,79	23,00 (10,25)
2 gün ve üzeri	24	28,25±3,85	27,00 (5,00)	30	28,40±6,53	27,50 (9,25)
z/p		-2,659/0,008*			-1,805/0,071	
Ameliyat yöntemi						
Açık	14	27,50±2,68	27,00 (1,75)	20	27,75±7,07	27,00 (10,25)
Laparoskopi	30	30,96±5,41	31,50 (9,00)	24	27,00±5,98	27,00 (9,75)
z/p		-2,524/0,012*			-0,425/0,671	
Anestezi tipi						
Spinal anestezi	31	30,83±5,36	31,00 (9,00)	23	27,00±6,06	27,00 (10,00)
Genel anestezi	13	27,53±2,78	27,00 (2,50)	21	27,71±6,95	27,00 (9,50)
z/p		-2,343/0,019*			-0,435/0,663	

*p<0,05, Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Girişim grubundaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), cerrahi öncesi 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi öncesi 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), cerrahi sonrası 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama

puanlarının cerrahi sonrası 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat yöntemleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), açık ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarının laparoskopik ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptandı (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların anestezi tipleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), spinal anestezi yapılan hastaların ortalama puanlarının genel anestezi yapılan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 9).

Girişim grubundaki hastaların yaşları ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Kontrol grubundaki hastaların yaşları ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), 68 yaş ve altındaki hastaların ortalama puanlarının 68 yaş üzerindeki hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 9).

Kontrol grubundaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri, cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat yöntemleri, anestezi tipleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 9).

4.4. Hastaların Cinsel İşlev Durumlarının İncelenmesi

4.4.1. Hastaların Taburculuk Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 10. Hastaların Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=88)

Uluslararası Cinsel işlev indeksi	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)		z/p
	Ort±ss	Ortanca (ÇAA)	Ort±ss	Ortanca (ÇAA)	
İndeks puanı	9,75±3,98	10,50 (7,75)	8,95±4,04	9,50 (7,75)	-1,079/0,0281
Eretil Disfonksiyon (ED) derecesi	n	%	n	%	x²/p
Şiddetli	16	36,4	21	47,7	**
Orta	16	36,4	11	25,0	
Hafif-orta	10	22,7	11	25,0	
Hafif	2	4,5	1	2,3	

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi, x²: Ki Kare testi, **Tablodaki gözlerden %20'den fazlasında beklenen frekans 5'ten küçük olduğu için ki kare değeri belirtilmemiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0,05). Girişim grubundaki hastaların %36,4'ünün ve kontrol grubundaki hastaların ise %47,7'sinin ameliyat sonrası Eretil Disfonksiyon derecesinin şiddetli olduğu belirlendi (Tablo 10).

4.4.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)			Kontrol (n=44)		
	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)
Yaş						
68 yaş ve altı	24	11,12±4,24	11,00 (7,75)	25	10,40±4,25	10,00 (9,00)
68 yaş üzeri	20	8,10±2,98	8,50 (6,00)	19	7,05±2,87	5,00 (5,00)
z/p		-2,551/0,011*			-2,575/0,010*	
Cerrahi öncesi						
hastanede kalış süresi						
1 gün	30	10,23±4,19	11,00 (8,00)	32	9,25±4,03	10,00 (7,75)
2 gün ve üzeri	14	8,71±3,42	9,00 (6,00)	12	8,16±4,15	6,00 (7,50)
z/p		-1,081/0,280			-0,685/0,493	
Cerrahi sonrası						
hastanede kalış süresi						
1 gün	20	11,00±4,32	11,00 (8,25)	14	10,00±4,29	10,00 (8,25)
2 gün ve üzeri	24	8,70±3,43	9,00 (6,00)	30	8,46±3,90	7,00 (6,25)
z/p		-1,769/0,077			-1,192/0,233	
Ameliyat yöntemi						
Açık	14	8,50±3,43	7,50 (6,00)	20	8,45±3,81	7,00 (6,75)
Laparoskopi	30	10,33±4,14	11,00 (8,00)	24	9,37±4,26	10,00 (8,00)
z/p		-1,196/0,232			-0,637/0,524	
Anestezi tipi						
Spinal anestezi	31	10,16±4,18	11,00 (8,00)	23	9,39±4,35	10,00 (8,00)
Genel anestezi	13	8,76±3,41	8,00 (6,00)	21	8,47±3,72	7,00 (6,50)
z/p		-0,814/0,416			-0,647/0,517	

*p<0,05, Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların yaşları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), 68 yaş ve altındaki hastaların ortalama puanlarının 68 yaş üzerindeki hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri, cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat yöntemleri, anestezi tipleri ile uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 11).

4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Durumlarının İncelenmesi

4.5.1. Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının İncelenmesi

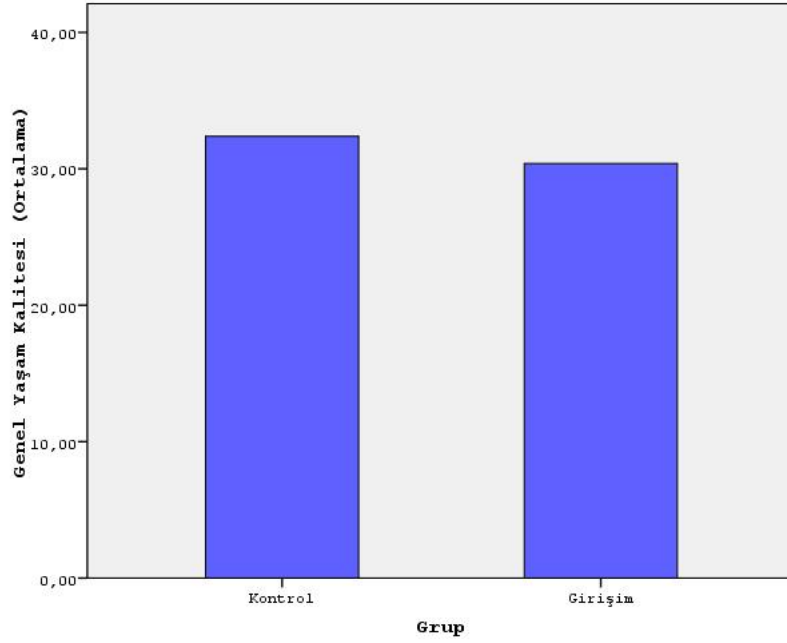
Tablo 12. Hastaların Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=88)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)		z/p
	Ort±ss	Ortanca (CAA)	Ort±ss	Ortanca (CAA)	
Fiziksel Fonksiyon	33,52±33,29	25,00 (57,50)	40,00±28,24	37,50 (47,50)	-1,378/0,168
Fiziksel Rol Güçlüğü	26,13±37,72	0,00 (25,00)	26,13±37,33	0,00 (50,00)	-0,214/0,831
Ağrı	31,27±21,13	22,00 (35,25)	31,86±20,62	31,00 (40,00)	-0,286/0,775
Genel Sağlık Algısı	28,00±24,37	17,00 (28,75)	34,47±18,84	30,00 (22,00)	-2,564/0,010*
Vitalite/Enerji	22,84±21,57	15,00 (33,75)	30,90±16,78	30,00 (18,75)	-2,628/0,009*
Sosyal Fonksiyon	24,14±25,91	12,50 (50,00)	27,27±24,74	25,00 (50,00)	-0,616/0,538
Emosyonel Rol Güçlüğü	35,60±39,63	16,66 (66,67)	20,45±32,32	0,00 (33,33)	-1,820/0,069
Mental Sağlık	33,36±17,16	32,00 (24,00)	41,90±16,37	40,00 (23,00)	-2,203/0,028*
Fiziksel Sağlık Durumu (FSD)	31,36±11,57	26,73 (18,97)	32,49±9,92	32,25 (15,00)	-0,926/0,354
Mental Sağlık Durumu (MSD)	29,41±8,69	26,88 (12,00)	32,28±7,74	32,15 (7,43)	-2,195/0,028*
Genel Yaşam Kalitesi (GYK)	30,39±9,79	26,76 (12,24)	32,39±7,69	31,64 (8,84)	-2,078/0,038*

*p<0,05, CAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası genel sağlık algısı, vitalite/enerji, mental sağlık alt boyutları, mental sağlık durumu ve genel yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), girişim grubundaki hastaların ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal

fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ve fiziksel sağlık durumu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 12).



Şekil 4. Grupların Ameliyat Sonrası Genel Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Girişim grubuna göre kontrol grubunda genel yaşam kalitesi azalma miktarının daha fazla olduğu görüldü (Grafik 2).

4.5.2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=88)

Özellikler	Girişim (n=44)	Kontrol (n=44)
------------	----------------	----------------

	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)	n	Ort±ss	Ortanca (CAA)
Yaş						
68 yaş ve altı	24	34,35±10,90	33,02 (20,80)	25	33,56±8,62	32,28 (10,31)
68 yaş üzeri	20	25,63±5,42	24,33 (5,04)	19	30,84±6,14	30,85 (6,98)
z/p		-2,616/0,009*			-1,185/0,236	
Cerrahi öncesi						
hastanede kalış süresi						
1 gün	30	32,83±10,56	28,53 (20,11)	32	32,85±7,77	31,68 (11,07)
2 gün ve üzeri	14	25,16±5,01	24,41 (5,12)	12	31,14±7,65	31,64 (4,60)
z/p		-2,419/0,016*			-0,659/0,510	
Cerrahi sonrası						
hastanede kalış süresi						
1 gün	20	34,92±11,50	30,69 (22,69)	14	34,77±7,99	34,13 (10,45)
2 gün ve üzeri	24	26,61±6,09	25,22 (5,87)	30	31,27±7,41	31,06 (5,90)
z/p		-2,393/0,017*			-1,739/0,082	
Ameliyat yöntemi						
Açık	14	25,22±5,04	24,41 (5,26)	20	31,47±7,00	31,64 (6,88)
Laparoskopi	30	32,80±10,57	28,53 (20,11)	24	33,14±8,29	31,57 (13,10)
z/p		-2,369/0,018*			-0,519/0,604	
Anestezi tipi						
Spinal anestezi	31	32,51±10,51	28,06 (19,51)	23	33,72±8,13	32,40 (12,42)
Genel anestezi	13	25,31±5,23	24,80 (5,66)	21	30,93±7,07	31,48 (6,31)
z/p		-2,225/0,026*			-1,234/0,217	

*p<0,05, Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Girişim grubundaki hastaların yaşları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), 68 yaş ve altındaki hastaların ortalama puanlarının 68 yaş üzerindeki hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 13).

Girişim grubundaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), cerrahi öncesi 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi öncesi 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 13).

Girişim grubundaki hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05),

cerrahi sonrası 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi sonrası 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 13).

Girişim grubundaki hastaların ameliyat yöntemleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), açık ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarının laparoskopik ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarına göre daha düşük olduğu bulundu (Tablo 13).

Girişim grubundaki hastaların anestezi tipleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), spinal anestezi yapılan hastaların ortalama puanlarının genel anestezi yapılan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 13).

Kontrol grubundaki hastaların yaşları, cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri, cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat yöntemleri, anestezi tipleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 13).

4.6. Hastaların Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi

Tablo 14. Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Girişim (n=44)		Kontrol (n=44)	
	Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi	Genel Yaşam Kalitesi	Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi	Genel Yaşam Kalitesi
Cerrahi	$r_s: 0,506$	$r_s: 0,553$	$r_s: 0,401$	$r_s: 0,418$

İyileşme	p=0,000**	p=0,000**	p=0,000**	p=0,000**
Uluslararası	-	$r_s: 0,622$	-	$r_s: 0,721$
Cinsel İşlev İndeksi		p=0,000**		p=0,000**

**p<0,01, r_s : Spearman Korelasyon Analizi.

Girişim grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ve genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla, $r_s: 0,506$, $p=0,000$, $r_s: 0,553$, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların uluslararası cinsel işlev indeksi ile genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptandı ($r_s: 0,622$, $p=0,000$) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ve genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla, $r_s: 0,401$, $p=0,000$, $r_s: 0,418$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların uluslararası cinsel işlev indeksi ile genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon olduğu saptandı ($r_s: 0,721$, $p=0,000$) (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması girişim grubunda $68,50 \pm 7$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $67,84 \pm 7,32$ yıldır. Girişim ve Kontrol grupları arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmada iki grubun yaş açısından homojen olması sağlandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %50'si ilkokul mezunu, %20,5'i ortaokul mezunu, %29,5'i Lise ve üzeri olduğu saptanmıştır. Literatürde erkeklerin prostat kanseri taramasında sağlık okur yazarlığı ile ilişkinin incelendiği bir çalışma da araştırmaya katılan bireylerin ilkokul mezunu %21,6, ortaöğretim mezunu %22,6, lise mezunu %22,6 ve üniversite mezunu %27,7 olarak bulunmuştur (Tayhan & Özmen 2019).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %54,5'inin beden kitle indeksinin normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. Literatürde Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi yapılan obez ve nonobez hastaların BKİ değerleri ortama puanı $26,85 \pm 2,68$ kg/m² 'dir (hafif kilolu) (Tüken et al., 2019). Literatürde Radikal prostatektomi sonrası erektif disfonksiyonun değerlendirildiği bir çalışma da hastaların BKİ değerleri toplamı $28,5 \pm 2$ kg/m² 'dir (Çimen ve ark. 2018). Robotik radikal prostatektomi sonrası kontinans etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışma da cerrahi geçiren hastaların BKİ değerleri ortalama puanı $27,6 \pm 2,0$ (23-35) kg/m²'dir (Törer ve ark. 2017). Araştırmamızın sonuçları ile yapılan çalışmalar benzerlik göstermektedir. Bunun sebebi cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları anksiyete, ameliyat sonrası belirsizlikler kilo kaybı nedenleri arasında görülebilmektedir.

5.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Cerrahi İyileşme Puanlarının Tartışılması

Literatürde Radikal Prostatektomi sonrası pelvik taban kas egzersizi uygulanan hastaların post operatif dönemde geçici idrar kaçırma sorununda olumlu etkilerinin olduğu rapor edilmiştir (Nilssen et al., 2012). Yapılan bir diğer çalışma da ise Prostat kanserinin tedavisine yönelik cerrahi yaklaşımların gelişmesiyle ve taburculuk eğitiminin verilmesiyle birlikte, prostat kanserli hastalarda postoperatif

idrar kaçırma görülme sıklığı azalmaktadır (Chang et al., 2017). Literatür de Radikal Prostatektomi sonrası hastalara verilen eğitim materyallerinin ve hemşirelik uygulamalarının hasta sonuçları üzerinde etkisinin incelendiği bir araştırma da hastaların eğitim materyalleri sayesinde daha erken tabucu oldukları ve tekrar hastaneye yatış oranlarını azalttığı, ameliyat sonrası görülen komplikasyonlarda artış olmadığı bildirilmiştir (Haidar et al., 2014). Literatür de Radikal Prostatektomi sonrası hastaların taburculuk sonrasında eğitim verilen hastaların telefon ile görüşmesinin takip edildiği sistematik bir çalışma da idrar sondası yönetimi, ağrı kontrolü ve yara yerinde oluşan komplikasyonlarda ciddi oranda azalma rapor edilmiştir (Mata et al., 2014). Literatürde Radikal Prostatektomi sonrası pelvik taban kas egzersiz eğitiminin idrar kaçırma üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma da hastaların egzersiz programına düzenli bir şekilde devam etmesiyle birlikte idrar kaçırma sorunun önemli ölçüde azaldığı bununla birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir (Pan et al., 2019). Açık retropubik prostatektomi yapılan 66 hastanın incelendiği bir çalışma da kegel egzersizi uygulanan girişim grubunda 24 saatlik ped testi uygulandı. Çalışmanın sonucunda girişim grubunda idrar kaçırma sorunu kontrol grubuna göre anlamlı düşüş olduğu bildirilmiştir (Park et al., 2012). Yapılan bir diğer çalışma da radikal prostatektomi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde görülen fiziksel komplikasyonlar idrar kaçırma ve bununla birlikte gelişen dermatit ve idrar yolu enfeksiyonu olduğu bildirilmiştir. Uzman hemşireler tarafından sağlık eğitimi verilen ve taburculuk sonrasında telefon görüşmesi yapılan bu çalışma da sağlık eğitimi alan hasta grubunda sağlık eğitimi almayan hasta grubuna kıyasla ağrı kontrolü, idrar sondası yönetimi ve cerrahi yara komplikasyonları görülme oranında düşme görülmüştür (Mata et al., 2014). Radikal prostatektomi sonrası idrar kaçırma üzerinde ameliyat öncesi ve sonrası pelvik taban kas eğitiminin (PTKE) ameliyat sonrası PTKE karşılaştırıldığı bir çalışma da pelvik taban kaslarına yönelik standardize edilmiş fonksiyonel antrenmanın postoperatif geçici idrar kaçırma tedavisinde olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Geraerts et al., 2013). Literatürde tek merkezli, randomize kontrollü olarak 32 deney, 34 kontrol hastasında gerçekleştirdiği, perioperatif düşük yoğunluklu pelvik taban kas eğitimi programının, radikal prostatektomi sonrası idrar kaçırma sorunu üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada hastalara sözlü ve yazılı Kegel egzersizleri eğitimi verilmiş, kateter çıkarıldıktan 1.,3.ve 6.ay hastaların geri bildirimleri değerlendirilmiştir. 3. ve 6. aylardaki değerlendirmelerde idrar miktarına

ilişkin kullanılan ped sayısının önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (Tienforti ve ark. 2012).

Bu çalışmada, girişim grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanlarında zaman içinde anlamlı fark olduğu bulundu. Hastaların taburculuk sonrası 12. hafta ortalama puanlarının taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2.,4. ve 8.hafta ortalama puanlarından daha yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki cerrahi iyileşme puanlarının zaman içinde anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) hastaların taburculuk sonrası 4., 8., 12. hafta puanları taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 2. hafta puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Girişim grubundaki ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Girişim ve Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2.hafta cerrahi iyileşme puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Çalışma literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Planlanan taburculuk eğitiminde hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olması, ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyonların azalmasına yardımcı olmuştur. Taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Literatürde radikal prostatektomi sonrası erken dönem sorunların incelendiği bir çalışma da hastaların yaşı 44–76 arasında değişmekte olup ortalama yaş 62 olduğu tespit edildi (Mungovan ve ark.2014). Yapılan başka bir çalışma da ise radikal prostatektomi sonrası konservatif tedavinin etkinliğinin belirlendiği hastaların ortalama yaş aralığı 50 – 75 yaş arasında, ortalama yaş $62,61\pm7,26$ olarak bulundu (Pedriali ve ark. 2015). Radikal Prostatektomi sonrası görülen Üriner inkontinansın Yaşam Kalitesi üzerine etkisine yönelik yapmış olduğu çalışmada hastaların yaşları 60-69 arasında ve ortalama yaş $64,40\pm7,1$ olduğu bildirildi (Cortes,GA ve ark. 2021).Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması girişim grubunda $68,50\pm7$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $67,84\pm7,32$ yıldır. Girişim ve kontrol grupları arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmada yaş yönünden benzeyen iki grup olması, araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Literatüre benzer olan sonucun nedeni olarak, prostat cerrahisi geçiren hastaların benzer yaş aralığında ortaya çıkması olarak düşünüldü.

Literatürde cerrahi hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süresinin ortalama $6\pm7,7$ gün, ameliyat sonrası ortalama $11,31\pm5,3$ gün ve toplam hastanede

kalış süresi 17 ± 8.5 gün olarak bildirilmiştir (Santana ve de Oliveira Lopes 2015). Bu çalışma da prostatektomi cerrahisi geçiren hastaların %70,5'inin cerrahi öncesi hastanede kalış süresinin 1 gün olduğu ve cerrahi iyileşme yönünden olumlu yönde etkilediği bildirildi. Literatürde retropubik radikal prostatektomi sonrası uzun süreli hastanede kalış süresini öngören faktörlerin incelendiği bir çalışma da ameliyat olan hastaların ortalama hastanede kalış süresi 2 gün ($1,86 \pm 1,27$ gün) olarak bildirilmiştir (Coelho et al., 2018). Santana ve ark (2018) başka bir çalışmasında ise cerrahi hastaların hastanede kalış süresi 15,5 gün olarak bildirilmiştir. Bu çalışma da ise cerrahi sonrası hastanede kalış süresi ortalamasının $2,34 \pm 1,36$ gün olarak saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde hastane kalış süresi günümüzde kısalmıştır (Allvin ve ark, 2009). Bu çalışmada ise girişim grubundaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), cerrahi öncesi 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi öncesi 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Girişim grubundaki hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), cerrahi sonrası 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi sonrası 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir. ERAS protokolleri incelendiğinde cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolüne göre ameliyat sonrası dönemde hastaların hastanede yatış süresinin mümkün olduğunca kısa olması önerilmektedir (Birlikbaş ve Bölükbaş 2019). Literatür bilgisiyle benzerlik göstermeyen bu durum cerrahinin tipi, hastaların kronik rahatsızlıklarına bağlı yapılan tetkiklerin çeşitliliği ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma da hastaların % 54,5'inin laparoskopik cerrahi uygulandı. Girişim grubundaki hastaların ameliyat yöntemleri ile taburculuk sonrası 4. hafta cerrahi iyileşme ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), açık ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarının laparoskopik ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptandı. Literatürde Benign Prostat Hiperplazisi tedavisinde cerrahi iyileşme açık ve kapalı yöntemlerin incelendiği bir çalışma da açık prostatektomi ameliyatlardan sonra karşılaşılan komplikasyonlardan en önemlisi stres inkontinansı olduğu bildirildi. Açık prostatektomi yapılan hastalarda

stres inkontinansı görülme oranı %10 iken TUR-P yapılan hastalarda %2-3 oranındadır (Polat ve Biri 2012). Literatürde retropubik (RRP), laparoskopik (LRP) ve robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrası kontinans oranlarını RRP, LRP, RLRP için sırası ile %79, %84,8 ve %92 olarak bildirmişlerdir (Coelho ve ark. 2010). Buna benzer başka bir çalışmada ise açık prostatektomi ile robotik cerrahi yöntem karşılaştırıldığında robotik cerrahinin istatistiksel anlamda daha iyi kontinans oranlarına sahip olduğu bildirildi (Ficerra ve ark. 2012). Literatürde Açık ve robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektominin erken dönem onkolojik ve fonksiyonel sonuçları açısından karşılaştırıldığı bir çalışma da açık prostatektomi olan hastaların kan transfüzyonu ihtiyacı robotik cerrahiye oranla daha fazla olduğu görüldü (Kalemci ve ark. 2022).

Literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu durum uygulanan cerrahi ameliyatların hastanede kalış süresini ve kanama riskini azalttığı için kapalı ameliyatların tercih edildiğini göstermektedir.

5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Cinsel İşlev Puanlarının Tartışılması

Bu çalışma da girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların yaşları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), 68 yaş ve altındaki hastaların ortalama puanlarının 68 yaş üzerindeki hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri, cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat yöntemleri, anestezi tipleri ile uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Literatürde Radikal Prostatektomi sonrası telefon görüşmesinin etkinliğinin incelendiği bir çalışma da ameliyattan kaynaklanan idrar kaçırma ve cinsel işlev bozukluklarının da evlilik ilişkisini ve çiftin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, psikik acıya, yorgunluğa, sosyal ve cinsel yaşamda değişikliklere neden olmakta ve bu etkileri en aza indirecek eğitim müdahalelerinin gerekliliği savunulmuştur (Bicalho ve Lopes 2012).

Literatürde yapılan çalışmalar radikal pelvik cerrahi sonrası ortaya çıkan cinsel fonksiyon bozukluğu olan hastalara multidisipliner (medikal ve psikososyal) yaklaşımın faydalı olduğunu göstermiştir (Schover at all., 2012). TUR-P ve Transvezikal Prostatektomi ameliyatlarının seksüel fonksiyonu üzerine etkisinin

incelendiği bir çalışmada TUV-P ameliyatından 6 ay sonra % 39 oranında EF bozukluğuna rastlanırken, TURP den sonra % 27.2 oranında rastlanmaktadır. Her ameliyat tekniği kendi içinde değerlendirildiğinde, her iki prostat ameliyatı ayrı ayrı EF olumsuz etkilemektedir. Her iki ameliyat tekniğinin EF üzerine etkisinin farkı olup olmadığı sorgulandığında yüzde değerleri farklı olmasına karşın farkın istatistiksel önemi olmadığı görülmektedir (Özkara at al., 2014). Bu çalışma literatürde bazı çalışmalarla benzerlik gösterse de hastaların genel olarak ileri yaşa sahip olması, ameliyat öncesi cinsel işlev bozukluğunun yaşa bağlı olarak varlığını sürdürmesi, cerrahi iyileşmenin halen devam etmesi, hastanın yaşa bağlı kronik rahatsızlıklara sahip olması ve buna bağlı olarak kullanılan ilaçların cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmesi açıklanabilir.

Literatür de cerrahi işlem geçiren hastaların erektil disfonksiyon üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma da hastaların yaş ortalaması 61.4 (46-82) idi (Ergün 2018). Yapılan başka bir çalışma da ise radikal prostatektomi geçiren hastaların yaşadığı güçlüklerin incelendiği bir araştırma da hastaların yaş ortalaması 63.19 ± 7.98 'dir (Ayhan ve ark.2008). Bu çalışma da ise hastaların yaş ortalaması $68,17 \pm 7,35$ 'dir. Literatür bulgularına benzer olan çalışmamız sonucunda yaşlanmayla prostat hacminin arttığı ve yüksek prostat hacmine sahip olanlarda daha kötü erektil disfonksiyona sahip olabileceği görülmüştür.

Literatürde ameliyat tipinin cinsel fonksiyon üzerine etkisinin incelendiği TURP uygulanan 644 hastayı içeren bir çalışmada TURP operasyonundan önce (%73.1) ve sonra (%73.8) seksüel aktivitede her hangi bir değişikliğin olmadığı, %40 hastada ejakülat volümünde azalma olduğu rapor edilmiştir (Muntener ve ark. 2007). Literatürde Benign prostat hiperplazisi nedeniyle cerrahi tedavi yapılan hastalarda yaşamsal kalite ve cinsel fonksiyon değerlendirilmesinin incelendiği bir çalışmada BPH cerrahisi sonrası erektil fonksiyon değerlendirilmesinde preop ve postop erektil fonksiyon değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Literatürde Benign Prostat Hiperplazisinde Sık Uygulanan Cerrahi Tedavi Tiplerinin Etkinlik ve Erektil Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesinin incelendiği bir çalışma da BPH nedeniyle uygulanan TUR-P ameliyatı sonrası erektil fonksiyon kaybının görülebileceğini, buna karşın prostat embolizasyonu tedavisi sonrası seksüel fonksiyonların olumsuz etkilenmediğini savunmuştur (Al Rawashdah ve ark. 2020).

Yine benzer bir çalışma da çeşitli ameliyat tipleri ile erektil fonksiyon üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma da tüm cerrahi tipleri birlikte incelendiğinde, erektil fonksiyonlarda bir miktar kayıp olsa da erektil disfonksiyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Gür ve Tahmaz 2021). Literatürde laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan hastaların cinsel işlev fonksiyonlarının incelendiği bir çalışma da operasyon sonrası 2. yılda bilateral sinir koruyucu cerrahi yapılan hastalarda %68,7 oranında, sinir koruyucu cerrahi yapılmayan hastaların ise %18,9'da medikal tedavi desteği ile yeterli ereksiyon sağlayabildiği tespit edilmiştir (Uçar ve ark. 2018). Literatürde prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde komplikasyon gelişme durumlarının incelendiği bir çalışma da hastaların cerrahi işlem sonrasındaki ilk on gün içindeki sonuçları incelendi. Bu dönemde bireylerin cinsel yaşam ile ilgili kısıtlamaları devam ettiği için cinsel yaşamın etkilenme durumu tam olarak tespit edilememiştir (Özcan ve Güler 2013).

Bu çalışma da girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların cerrahi öncesi hastanede kalış süreleri, cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat yöntemleri, anestezi tipleri ile uluslararası cinsel işlev indeksi ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Literatür ile benzerlik gösteren bu durum hastaların ileri yaş grubunda olması, ameliyat sonrası oluşabilen komplikasyonlar, cerrahin laparoskopi deneyimi, sinir koruyucu cerrahinin uygulanmaması, emosyonel durumlar vs nedeniyle hastaların cinsel işlev fonksiyonlarının olumlu yönde etki etmediğini ve ileri yaş erkeklerin cinsel fonksiyon açısından beklentilerinin çok yüksek olmadığı düşünülebilir.

5.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Yaşam Kalitesi Puanlarının Tartışılması

Bu çalışma da girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası genel sağlık algısı, vitalite/enerji, mental sağlık alt boyutları, mental sağlık durumu ve genel yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), girişim grubundaki hastaların ortalama puanlarının kontrol grubundaki hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ve fiziksel sağlık durumu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı($p>0,05$).

Literatür de Transüretral Prostat Rezeksiyonu sonrasında erken dönem yaşam kalitesindeki değişikliklerin incelendiği bir çalışmada hastaların genel yaşam

kalitelerini cerrahi öncesi ve sonrası SF-36 kullanarak değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinde cerrahi sonrası üçüncü ayda olumlu yönde değişiklikler gözlenmiştir (Büker et al., 2014). Literatürde Prostat Cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışma da hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt boyut ölçek puan ortalamalarının genel olarak düşük olduğu bildirilmiştir (Çamlı et al., 2021). Literatür taramasında çeşitli cerrahi girişim geçiren hastalarda taburculuk sonrası kısa mesaj gönderimin hastaların evde kontrollü izlemi, düzenli ilaç kullanımına teşvik edilmesi ve kolay uyum sağlanması, hastaların taburculuk sonrası hastaneye tekrar gelişlerin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılması için yapılabileceği gösterilmiştir (Corrigan ve diğerleri, 2011; Carrier ve diğerleri, 2016;

Drummond ve diğerleri, 2018; Campbell ve diğerleri, 2019). Ekle Turhan Damar'ın (2018) çalışmasında eğitimin, ameliyat sonrası hastaların SF-36 genel sağlık puanını arttırdığı bulunmuştur (Turhan Damar, 2018). Benzer olarak, Güner'in (2019) yaptığı çalışmada kullanılan eğitim rehberi ve eğitim setleri esas alınarak hazırlanan SMS'lerin 6 ay boyunca haftada iki kez gönderilen girişim grubunu oluşturan hastaların tedavi plan ve uygulanmasına uyumlarının artması sonucu metabolik değerlerinin anlamlı olarak düzeldiği, genel sağlık üzerinde pozitif etki yarattığı belirlenmiştir (Güner Akyol, 2022). Hastaların genel sağlık algısının artması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Lloyd ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen web tabanlı eğitim programının 30 gün uygulandığı müdahale grubu hastalarının düzenli ilaçlarını kullandığı, başarılı kilo kontrolü sağladığı, egzersiz yaptığı ve hastalığa uyumunun arttığı saptanmıştır (Lloyd ve diğerleri, 2019).

Literatür de Radikal Prostatektomi geçiren hastaların yaşam kalitesini belirleyen durumların incelendiği bir çalışma da ağrının yaşam kalitesini belirleyen önemli bir etken olduğu bildirilmiştir. Hastaların özellikle sosyal işlevler, yürüme ve iş aktivitelerini sağlıklı bir şekilde yerine getirememesini yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Romanzini et al., 2018). Literatürde Radikal Prostatektomi cerrahisi sonrası hemşirelik girişimlerinin hastanın idrar fonksiyonlarının ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma da hastaların taburcu olduktan 3. ve 6. aydan sonra girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre idrar fonksiyonlarında iyileşme olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi 1.3. ve 6. Aylarda kontrol grubundaki hastalara oranla anlamlı derece de yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$)

(Wang et al., 2018). Başka bir çalışma da ise Radikal Prostatektomi sonrası hastalara uygulanan Pelvik taban kas egzersizi eğitimi pelvik taban kas eğitiminin uzun süre düzenli olarak yapıldığında etkili olduğuna ve hastaların idrar kaçırma sorunlarını azalttığına ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Sayılan & Özbaş 2018). Literatürde Radikal prostatektomi sonrası şiddetli üriner inkontinansı olan hastalarda anksiyete ve depresyona yönelik psikolojik hemşirelik yaklaşımının yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir araştırma sonuçlarına göre psikolojik hemşirelik müdahalesinin radikal prostatektomi sonrası şiddetli idrar kaçırması olan hastalarda anksiyete ve depresyon semptomlarını iyileştirdiğini ve bunun da yaşam kalitelerini iyileştirdiğini gösterdi (Yuan et al., 2019). Literatürde yapılan çalışmalar da verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Bu çalışma literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bu durum hastaların ileri yaşta olması nedeniyle sahip oldukları kronik hastalıkları, mental durumu, yaşadığı yer, evde bakımını sağlayacak kişinin yetersizliği, kullandıkları ilaçların yan etkileri, ameliyat sonrası görülen komplikasyonların varlığı ve halen devam etmesi hastanın yaşam kalitesinde olumlu yönde değişme olmadığını açıklayabilir. Uygulanacak tedavi yöntemi ne olursa olsun ameliyat kararının alınması yaşlı erkekler için stres verici bir durumdur. Hastalarda tedavi sürecine bağlı olarak birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Literatürde prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışma da araştırma kapsamına alınan hastaların %54'ü 69 yaş ve üzeri (yaş ortalaması: 68.15 ± 8.83) olan 68 yaş ve altı hastalarda, SF -36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının tümü daha yüksek, ICIQ-SF puanlarının daha düşük, 69 yaş ve üzeri hastalarda ise SF -36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanlarının daha düşük, ICIQ-SF puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlendi. (Çamlı ve ark.2021). Literatürde benzer çalışmalarda ise 65 yaş ve üzeri hastaların genel yaşam kalitesi ölçeğinden düşük puan aldıkları saptanmıştır (Ceyhan, Göriş ve Zincir, 2018; Yavuz Karamanoğlu, Yavuz Van Giersbergen ve Zümrütbaş 2017). Bu çalışma da girişim grubundaki hastaların yaşları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), 68 yaş ve altındaki hastaların ortalama puanlarının 68 yaş üzerindeki hastaların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür ile benzerlik gösteren bu

durumun ileri yaş hastaların kronik hastalıkları ve öz-bakım yetersizliklerine bağlı olarak yaşam kalitesinin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat yöntemine göre yaşam kalitesinin incelendiği bir meta-analizde göre HOLEP ve TUR-P prosedürlerinin postoperatif 6. aydaki ve 1. yıldaki sonuçlarını karşılaştırmışlar, HOLEP grubunda yaşam kalitelerinin TUR-P grubuna göre anlamlı olarak daha olumlu düzeyde etkelediği bildirildi (Tan ve ark. 2007).

Bu çalışma da girişim grubundaki hastaların ameliyat yöntemleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), açık ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarının laparoskopik ameliyat yapılan hastaların ortalama puanlarına göre daha düşük olduğu bulundu. Yapılan başka bir araştırma ise hastanede kalış süresinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışma da HOLEP ve TUR-P prosedürlerinin postoperatif 6. aydaki ve 1. yıldaki sonuçlarını karşılaştırıldı, HOLEP grubunda kan kaybı, postoperatif hospitalizasyon, sonda alınma süreleri ve yaşam kalitelerinin TUR-P grubu na göre anlamlı olarak daha iyi olduğunu ve yaşam kalitesindeki anlamlı düzelmenin bir sebebinin de kısa hospitalizasyon süresi olduğunu belirtmişlerdir (Tan ve ark. 2007).

Bu çalışma da girişim grubundaki hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), cerrahi sonrası 1 gün hastanede kalan hastaların ortalama puanlarının cerrahi sonrası 2 gün ve üzeri hastanede kalan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Literatür ile benzerlik gösteren bu durumun cerrahi sonrası hastanede kalış süresinin hastalar üzerinde oluşturduğu anksiyete, gündelik hayata geçmenin ertelenmesi, hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkmasına bağlı ilaç gereksinimlerinin artışı gibi etkenlerin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkelediği düşünülmektedir.

5.5. Girişim ve Kontrol Gruplarında Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama/Ortanca Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Girişim grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ve genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla, rs: 0,506, $p=0,000$, rs: 0,553, $p=0,000$). Girişim grubundaki hastaların uluslararası cinsel işlev indeksi ile genel yaşam

kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptandı (rs: 0,622, p=0,000)

Kontrol grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanları ile uluslararası cinsel işlev indeksi ve genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla, rs: 0,401, p=0,000, rs: 0,418, p=0,000). Kontrol grubundaki hastaların uluslararası cinsel işlev indeksi ile genel yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon olduğu saptandı (rs: 0,721, p=0,000) Literatürde radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlüklerin incelendiği bir çalışma da, postoperatif 3. ayda radikal prostatektomi olan hastaların %92'sinin üriner inkontinansı olduğu ve %100'ünün cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, %94'ünün ise sosyal hayatını olumsuz yönde etkilendiği ve bu komplikasyonların hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği sonucunu ortaya koymuştur (Ayhan ve ark. 2008). Literatürde BPH cerrahisi geçiren ileri yaş erkeklerin ameliyat sonrası gündelik yaşama geçişini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışma da cerrahi iyileşmeyi olumsuz etkileyen alt üriner sistem enfeksiyonları, idrar kaçırma ve buna bağlı gelişen uyku sorunları, anksiyet hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirildi (Demirel ve ark.2012). Buna benzer başka bir çalışma da ise

Radikal Prostatektomi geçiren hastaların ameliyat sonrası 3. ayda radikal prostatektomi olan hastaların %92'sinin üriner inkontinansı olduğu ve %100'ünün cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, %94'ünün ise sosyal yaşamının çok etkilendiği ve bu komplikasyonların hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Ayhan ve ark.2008). Literatürde radikal prostatektomi cerrahisi geçiren erkeklerde cerrahi sonrası görülen idrar kaçırma sorunu cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir (Resnick ve ark. 2013; Carlsson ve ark. 2015). Literatürde PTKE eğitimi ile kas gücünün artarak idrar kaçırmanın ve hastaların yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışma da idrar kaçırma sorununun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve kullanılan ped sayısında azalma olduğu bildirilmiştir (Çeliker ve ark. 2014). Literatürde prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde komplikasyon gelişme durumlarının incelendiği bir çalışma da hastaların cerrahi işlem sonrasındaki ilk on gün içindeki sonuçları incelendi. Bu dönemde bireylerin cinsel yaşam ile ilgili kısıtlamaları devam ettiği için cinsel yaşamın etkilenme durumu tam olarak belirlenemedi (Çolak ve ark.2018).

Bu çalışmada cinsel yaşamın etkilenme oranı farklı toplumlara göre daha düşük belirlendi bunun nedeninin toplumumuzda cinsel yaşam ile ilgili sıkıntıların kolay ifade edilememesinden ve yaşlı bireylerin bu konudaki beklentilerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünüldü.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prostatektomi yapılan hastalarda taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılan bu çalışma sonucunda;

- Prostat cerrahisi geçiren hastaların benzer yaşlarda görüldüğü,
- Cerrahi iyileşme sürecinde girişim grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek ortalama puanlarının olduğu saptandı. Taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerine olumlu etkisi olduğu saptandı.
- Cinsel işlev, girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olmadığı saptandı.
- Yaşam kalitesi, girişim ve kontrol grubu hastaların gruplar arası ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ve fiziksel sağlık durumu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların ameliyat sonrası dönemde taburculuk eğitiminin verilmesi
- Psikososyal yönden destek olunması,
- Ameliyat kararı alınan yaşlı bireylerin psikososyal yönden destek olunması,

Sonuç olarak;

Prostatektomi yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin ameliyat sonrası karşılaşılan komplikasyonlardan daha az etkilendiği görülerek; taburculuk eğitiminin eğitimin öneminin vurgulanması ve uygulamaya geçirilmesi önerildi.

7. KAYNAKLAR

Aaron,L, Franco,OE, Hayward,SW. (2016). Review of prostate anatomy and embryology and the etiology of benign prostatic hyperplasia. *Urol Clin North Am.* 43 (3), 279-88. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2016.04.012>

Adeloye D , David R.A., Aderemi A.V., Iseolorunkanmi A., Oyedokun A., Iweala E.E.J., Omoregbe N., Ayo C.K. (2016). An estimate of the incidence of prostate cancer in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 11 (4) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153496>

Ak E,S, Özbaş, A. (2019). Prostat kanserinin ameliyat sonrası bakımında güncel yaklaşımlar. *JAREN.*5(1),81-89. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.76588>

Akıncı, A,Ç, Savcı, C. (2020). Kanserli erkek hastalarda cinsel sorunlar. *Androloji Bülteni.* 22, 57–62. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.68094>

Aktaş, G, Özvurmaz, S.(2019). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi.* 2(3) 14-18.

Akyüz, O. (2012). Benign prostat hiperplazisinde lazer uygulamaları. *Konuralp Tıp Dergisi.* 4 (1), 50-53.

Alan, C, Eren, A.İ. (2011). Prostat biyopsisi: *Endikasyon ve kontrendikasyonlar.* *Türk Üroloji Seminerleri.* 2 , 210-4. <https://doi.org/10.5152/tus.2011.41>

Alemdar, H, Pakyüz, S,Ç. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 10 (2), 20-21.

Altınova, S, Özcan,M,F, Özdemir T, Atmaca,A,F. (2012). Prostat kanserinde fokal tedaviler. *Bozok Tıp Dergisi.* 2 (2) , 39-44.

Al Rawashdah SF, Pastore AL, Velotti G, Fuschi A, Capone L, Suraci PP, Martoccia A, Saltarelli A, Minucci S, Falsaperla M, Al Salhi Y, Illiano E, Costantini E, Carbone A. (2020). Sexual and functional outcomes of prostate artery embolisation: A prospective long-term follow-up, large cohort study. *Int J Clin Pract;*74:13454

Asil, E, Yıldızhan, M, Koç, E, Keske, M, Gök, B, Canda, A. E, Atmaca, A. F., Balbay, M. D. (2021). 70 yaş üstü hastalarda robot yardımlı radikal prostatektomi: Operatif, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar. *Van Tıp Dergisi*, 28(1):9-14.

Aslan, N, Arslan Cansever, B. (2012). “Ergenlerin boş zaman değerlendirme algısı”. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 42 , 23-35.

Aslan, Y, Güzel, Ö, Tuncel, A, Atan, A. (2014). Benign prostat hiperplazisi ve erektil disfonksiyon tedavisinde fosfodiesteraz tip 5 enzim inhibitörlerinin rolü var mıdır? *Yeni Üroloji Dergisi*. 9 (1), 79-84.

Aslan, Y, Tuncel, A, Atan, A. (2014). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde alfa adrenerjik reseptör blokeri ve 5-alfa redüktaz enzim inhibitörü dışındaki tedaviler: Endikasyonlar ve sonuçlar. *Endoüroloji Bülteni*. 35 (6), 1-6. <https://doi.org/10.5350/ENDO2013060101>

Atan, A. (2021). Benign prostat hiperplazisinde kombinasyon tedavileri. *Androloji Bülteni*. 23,30–36.

Ayhan H., İyigün E., Göktaş S., Hatipoğlu S (2008). Radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlükler. *Gülhane Tıp Dergisi*;50: 180-189

Balcı, M, Tuncel, A. (2012). Benign prostat hiperplazisi'nin tedavisinde minimal invaziv cerrahi yöntemlerin yeri nedir? *Türk Üroloji Seminerleri*. 20 (3), 14-6. <https://doi.org/10.5152/tus.2012.04>

Başbüyük, İ, Armağan, A. (2016). Radikal pelvik cerrahi sonrası erkek cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni*. 18 (66), 170–176.

Bayraktar,Z.(2017).Uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) Türkçe versiyonunun güvenilirliği: Literatür incelemesi. *Yeni Üroloji Dergisi*; 12(1): 63-70.

Beşen, M,A. (2014). Cinsellik ve estetik. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 16 (1), 70-72.

Bicalho,M,B, Lopes,M.(2012). The impact of urinary incontinence of the lives of wives of men with incontinence: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* ;46(4):1009-14. doi: 10.1590/s0080-62342012000400032.

Birlikbaş, S, Bölükbaş N. (2019). ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194-205.

Bolat, D, Aydın, M,E, Değirmenci, T, Topçu, Y,K, Aydoğdu, Ö, Bozkurt, İ,H, Yonguç, T. (2016). Prostat biyopsisi yapılan hastalarda beden kitle indeksinin ağrı skorları üzerine olan etkisi. *Kocaeli Medical J.* 5 (3), 34-38.

Boylu, A,A, Paçacıoğlu, B.(2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 8(15), 138-144.

Brawley O.W. (2012). Prostate cancer epidemiology in the united states. *World J. Urol.* 30 (2) , 195–200.

Cangöl, E, Aslan, E, Yalçın, Ö. (2013). Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 10 (3), 49-56.

Carlsson, S., Drevin, L., Loeb, S., Widmark, A., Franck Lissbrant, I., Robinson, D(2015). Population-based study of long-term functional outcomes after prostate cancer treatment. *British Journal of Urology International*, doi: 10.1111/bju.13179.

Ceyhan, Ö., Göriş S., Zincir, H. (2018). An important problem affecting sleep in elderly individuals: Incontinence. *Journal of Health Sciences*, 27(1), 29-35.

Chang, P, Regan,M,M, Ferrer,M, Guedea, F, Patil,D, Wei,J,T, Hembroff,L,A Michalski J,M, Saigal, C,S, Litwin,M, Hamstra,D, Kaplan,I,D, Ciezki, J,P, Klein,E,A, Kibel,A,S, Sandler,H,M, Dunn,R,L, Crociani,C,M, Sanda,M,G (2017). Relief of Urinary Symptoms After Primary Prostate Cancer Treatment. *J Urology* 01;197(2)376-384.

Chetan, R. (2021). A comparative evaluation of transurethral electrovaporization of prostate (TUEVP) versus transurethral resection of prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). *IAIM*. 8 (1), 63-69.

Coelho RF, Rocco B, Patel MB, Orvieto MA, Chauhan S, Ficarra V, et al (2010). Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a critical review of outcomes reported by high volume centers. *J Endourol*; 24: 2003-15

Coelho, R,F, Cordeiro, M,D, Padovani,G,P, Localli,R, Fonseca, L, Pontes, J, Guglielmetti, J,B, Srougi,M, Nahas, W,C. (2018). Predictive factors for prolonged hospital stay after retropubic radical prostatectomy in a high-volume teaching center. *Int Braz J Urology*; 44(6): 1089–1105.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>.

Cuzick, J, Thorat, M. A, Andriole, G, Brawley, O.W. (2014). Prevention and early detection of prostate cancer. *Lancet Oncology*. 15 (11), 484–492. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70211-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70211-6)

Çağlar,M, Oskay,Ü,Y.(2020). İnfertilite ve cinsel yaşam üzerine etkileri. *JAREN*. 6 (1), 157-162. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.85570>

Çalık, G. (2021). Benign prostat hiperplazisi cerrahisinde lazer ve bipolar enükleasyonun fonksiyonel sonuçlar yönünden karşılaştırılması. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*. 8, 9-18.

Çamlı, D,Ç, Yılmaz, E, Müezzinoğlu, T, Kara, H, Başlı, A,S, Mutlu, S, Toğaç, H,K, Erbatu, O. (2021). Prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi.*HemşirelikBilimiDergisi*. 4 (3),133–139. <https://doi.org/10.54189/hbd.983483>

Çeliker,T,O., Kaya,M, E., Ergenoglu, A., Yeniel, A., Tosun, G., Malkoç, M. (2014). Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*.

Çilingir, D, Candaş, B.(2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20 (2), 137-138.

Çimen,H,İ, Direk,H,C, Halis,F, Köse,O, Gökçe, A, Sağlam, H,S (2018). Radikal prostatektomi sonrası erektil fonksiyon açısından robotik cerrahi ile açık cerrahinin karşılaştırılması. *Androloji Bülteni*;20:35–38.

Çolak, S, Vural, F, Bilik, Ö. (2022). Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi DEUHFED*.15(2),233-239.

Çolak, S, Vural, F, Bilik, Ö.(2022). Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 15 (2), 233-239

Çolak, S, Vural, F. (2021). Radikal prostatektomi sonrası cinsel yaşam ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 13 (3), 711-6. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-79099>

Dal, Ü, Bulut, H, Demir, S,G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 8(1),34-40.

Danacı, M. (2017). Benign prostat hiperplazisi. *Türk Radyoloji Seminerleri* 5 (3), 482-490.

Dess RT, Hartman HE, Mahal BA, Soni PD, Jackson WC, Cooperberg MR, Amling CL, Aronson WJ, Kane CJ, Terris MK, Zumsteg ZS, Butler S, Osborne JR, Morgan TM, Mehra R, Salami SS, Kishan AU, Wang C, Schaeffer EM, Roach M 3rd, Pisansky TM, Shipley WU, Freedland SJ, Sandler HM, Halabi S, Feng FY, Dignam JJ, Nguyen PL, Schipper MJ, Spratt DE. (2019). Association of black race with prostate cancer-specific and other-cause mortality. *JAMA Oncology*. 5(7), 975-983. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.0826>

Dıgım, F, Özkan, Z,K. (2021). Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3),413-418. <https://doi.org/10.26453/otjhs.907564>

Elshal, A, M, El-Nahas, A, R, Barakat, T, S, Elsaadany, M, M, El-Hefnawy, A, S. (2013). Transvesical open prostatectomy for benign prostatic hyperplasia in the era of minimally invasive surgery: Perioperative outcomes of a contemporary series. *Arab Journal of Urology*. 11 (4), 362-368. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.06.003>

Erdil, F. (2016). Ürogenital sistem cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Erdil, F, Özhan Elbaş, N (Eds). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği içinde* (ss. 440-405). Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd. Şti.

Erdoğan, Z, Yavuz, D,E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 23 (4), 726-736. <https://doi.org/10.17827/aktd.72741>

Ergün,O (2018). Transrektal Prostat İğne Biyopsisinin Eretil Fonksiyon Üzerine Etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*:25(3):287-292.

Eskra, J. N, Rabizadeh, D, Pavlovich, C. P, Catalona, W. J, Luo, J. (2019). Approaches to urinary detection of prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 22 (3), 362–381. <https://doi.org/10.1038/s41391-019-0127-4>

Evren, İ, Tuğcu, V. (2018). Prostat kanserinde tedavi modaliteleri. *Nucl Med Semin.* 4 , 182-207. <https://doi.org/10.4274/nts.2018.022>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

Foo, K.T. (2013). The role of transabdominal ultrasound in office urology. *Proceedings of Singapore Healthcare.* 22 (2), 125-129. <https://doi.org/10.1177/201010581302200208>

Ficarra,V, Novara,G, Rosen RC, et al (2012). Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*; 62(3): 405-17.

Gazel, E, Tunç, L. (2016). BPH tedavisinde holep. *Endoüroloji Bülteni.* 9, 51-55. <https://doi.org/10.5350/ENDO2016090204>

Genç, H, Koç, M, Orhan, İ. (2021). Klinik olarak prostat kanseri şüphesi olan olgularda multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemenin tanıda etkinliği. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi.* 35 (1), 20-24.

Gençhellaç, H, Yılmaz, E. (2015). Prostat görüntüleme. *Türk Radyoloji Seminerleri.* 3 (1) , 138-148. <https://doi.org/10.5152/trs.2015.267>

Geraerts, I, Poppel, H.V, Devoogdt, N, Joniau, S, Cleynenbreugel, B,V, Groef, B,V, Kampen, M,V.(2013). Influence of preoperative and postoperative pelvic floor muscle training (PFMT) compared with postoperative PFMT on urinary incontinence after radical prostatectomy. *European Urology*;64(5):766-72.

Gonzalez-Moreno,O, Boque,N, Redrado,M, Milagro,F, Campion,J, Endermann,T, Takahashi,K, Saito,Y, Catena,R, Schomburg,L, Calvo,A. (2011). Selenoprotein-P is down-regulated in prostate cancer, which results in lack of

protection against oxidative damage. *Prostate*. 71 (8), 824-34. <https://doi.org/10.1007/s12011-019-01809-0>

Gökay, P, Taştan, S, Ayhan, H, İyüğü, E, Can, M,F. (2016). Dünya sağlık örgütü güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı: sistematik inceleme. *Gülhane Tıp Dergisi*. 58,136-142.

Gölbaşı, Z, Evcili, F. (2013). Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: Engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16 (3), 182-189.

Gür, A, Tahmaz, M,L. (2021). Benign prostat hiperplazisinde sık uygulanan cerrahi tedavi tiplerinin etkinlik ve erektil fonksiyonlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *JAMER*.. 6 (3), 61-65.

Güzel, N, Yava, A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (enhanced recovery after surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 1 (1), 15-23.

Hacıbekiroğlu, İ, Kodaz, H, Türkmen, E. (2015). İleri evre prostat kanserinde hormon tedavisi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 30 (1), 25-33. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2015.1088>

Hamidi, N, Gülpınar, Ö. (2016). Prostat kanseri tedavisi sonrası ortaya çıkan arka üretra darlıkları. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 9 (1), 42-7.

Hasırcı, E, Dirim, A, Özkardeş, E. (2015). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde yüksek risk varlığında cerrahi yöntemler. *Bulletin of Urooncology*. 14, 290-295. <https://doi.org/10.4274/uob.482>

Henry, G, Malewska, A, Joseph, D, Malladi, V.S, Lee, J, Torrealba J and (Eds.). (2018). A cellular anatomy of the normal adult human prostate and prostatic urethra. *CellRep*.25(12),3530-3542. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.11.086>

Kahraman, F, Kılıç, D. (2019). 40 yaş üzeri bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 1 (3), 105-106.

Kalemci,S, Ergün,K,E, Bahçeci,T, Kızılay,F, Turna,B (2022). Açık ve robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektominin erken dönem onkolojik ve

fonksiyonel sonuçları açısından karşılaştırılması. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*;61 (3): 403-410.

Kara, B. (2012). Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi. *TAF Prev Med Bull.* 11 (5), 631-638. <https://doi.org/10.5455/pmb.1322594381>

Karaarslan, E. (2017). Prostat kanseri evrelemesi. *Trd Sem.* 5 (3), 451-9.

Karabulut, İ, Yılmazel, F.K, Ceylan, O. (2020). Öğrenme eğrisinde median lob varlığının robot yardımcı radikal prostatektomide onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar üzerine etkisi. *Yeni Üroloji Dergisi.* 15(1),45-50. <https://doi.org/10.33719/yud.658455>

Karaca, F, Menteş, S, Keskin, S. (2018). Prostat kanserinden radyoterapi alan hastalarda prostat spesifik antijen takip sonuçlarına göre tedavinin değerlendirmesi. *VanTıpDergisi.*25(2),194-200. <https://doi.org/10.5505/vtd.2018.74046>

Karadakovan, A, Kaymakçı, Ş. (2017). Üriner sistem hastalıkları. Karadakovan, A, Aslan, F (Eds). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım.* içinde (ss. 904-914). Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Karadakovan, A. (2017). Üriner sistemin değerlendirilmesi. Karadakovan, A, Aslan, F (Eds). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* içinde (ss. 843-913). Akademisyen Tıp Kitabevi.

Karamanoğlu, A.Y. (2015). Radikal Prostatektomi Sonrası Hastaların Üriner İnkontinans Deneyimleri. (Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir). Erişim Tarihi: 13.09.2021.

Kaynar, M, Altıntaş, E, Göktaş, S. (2016). Benign prostat hiperplazisi ve antimuskarinik tedavi. *Anadolu Kliniği.* 21(2), 163-166.

Kaynar, M, Altıntaş, E, Göktaş, S. (2016). Benign prostat hiperplazisi ve antimuskarinik tedavi. *Anadolu Kliniği.* 21 (2) , 163-164.

Kensler, K.H, Rebbeck, T.R. (2020). Cancer progress and priorities: Prostate cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 29(2), 267–277. [https://doi.org/ 10.1158/1055-9965.EPI-19-0412](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0412)

Keske, M, Canda, A,E. (2019). Korumak ya da korumamak? Robotik radikal prostatektomide mesane boynu. *Yeni Üroloji Dergisi.* 14 (3), 144-151. [https://doi.org/ 10.33719/yud.488845](https://doi.org/10.33719/yud.488845)

Koçaşlı, S, Aktaş, D. (2021). Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Çelik, S. (Eds). *Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar* içinde (ss. 642-663). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Kretschmer,A, Bischof,R, Chaloupka,M, Jokisch,F, Westhofen,T, Weinhold,P, · Strittmatter,F, Becker,A, Buchner, A,Stief,C,G (2020). Health-related quality of life after open and robot-assisted radical prostatectomy in low- and intermediate-risk prostate cancer patients: a propensity score-matched analysis. *World Journal of Urology* 38(12):3075–3083 <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03144-9>.

Krishnan, R, Katz, D, Nelson, C,D.(2014). Sinir koruyucu olmayan radikal prostatektomi sonrası hastalarda erektil fonksiyonun geri kazanılması. *Andrologyn.* 2 , 951–954.

Küçükdurmaz, F, Tezer, M, Kadioğlu, A. (2008). Seksüel fonksiyonlar ve benign prostat hiperplazisi: Neden-sonuç ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics.* 1 (2), 38-46.

Law, Y. X. T, Chen, W, Shen, L, Chua, W. J. (2019). Is transurethral needle ablation of prostate out of fashion? Outcomes of single session officebased transurethral needle ablation of prostate in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Investig Clin Urology.* 60 (5), 351-358. <https://doi.org/10.4111/icu.2019.60.5.351>

Malik, S. S, Batool, R, Masood, N, Yasmin, A. (2018). Risk factors for prostate cancer: A multifactorial case-control study. *Curr Probl Cancer.* 42 (3), 337–343. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2018.01.014>

Mamuk, R, Dişsiz, M, Dinç, H. (2018). Sağlık profesyonellerinin pelvik taban kas egzersizlerini uygulama ve öğretme konusundaki bilgi tutum ve

<https://doi.org/10.5222/jaren.2018.015>

Mata,L,R,F, Silva,A,C, Pereira, M,C, Carvalho, E,C (2014). Telephone follow-up of patients after radical prostatectomy: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;22(2):337-45 DOI: 10.1590/0104-1169.3314.2421

Matsushita, K, Kent, M.T., Vickers, A.J., von Bodman, C, Bernstein, M, Touijer, K.A. ve ark. (2015). Preoperative predictive model of recovery of urinary continence after radical prostatectomy. *BJU International*, 64 (2): 98-102.

Mungovan, S.F., Huijbers, B.P., Hirschhorn, A.D. ve Patel, M.I. (2014). What makes men leak? An investigation of objective and self-report measures of urinary incontinence early after radical prostatectomy. *Neurourology and Urodynamics*, doi: 10.1002/nau.22701.

Muntener M, Aellig S, Kuettel R, Gehrlach C, Sulser T, Strebel RT (2007). Sexual function after transurethral resection of the prostate (TURP): results of an independent prospective multicentre assessment of outcome. *Eur Urol*;52(2): 510–5.

Nettey O.S., Walker A.J., Keeter M.K., Singal A., Nugooru A., Martin I.K., Ruden M., Gogana P., Dixon M.A., Osuma T., et al. (2018). Self-reported black race predicts significant prostate cancer independent of clinical setting and clinical and socioeconomic risk factors. *Urol Oncol.* 36 (11), 501. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2018.06.011>

Oczkowski, M, Dziendzikowska, K, Pasternak-Winiarska, A, Włodarek, D, Gromadzka-Ostrowska, J. (2021). Dietary factors and prostate cancer development, progression, and reduction. *Nutrients.* 13 (2), 496. <https://doi.org/10.3390/nu13020496>

Özbaş, A, Çavdar, İ. (2016). Üriner sistem cerrahisinde bakım. Aslan, F (Eds). *Cerrahi bakım vaka analizleriyle birlikte içinde* (ss. 844-859). Akademisyen Tıp Kitabevi A.Ş.

Özbaş, A, Çavdar, İ. (2016). Üriner sistem cerrahisinde bakım. Aslan Eti, F (Eds). *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte* (ss. 844-859). Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş.

Özbaş, A. (2018). Erkek üreme sistemi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu, N, Kanan, N, Aksoy, G (Eds). *Cerrahi hemşireliği-2*. içinde (ss. 384-394). Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

Özcan, Z, Güler, N. (2013). Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme ve komplikasyon gelişme durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 29 (2), 47-60.

Özen, A, Parlar, Ş, Saynak, M, Çaloğlu, H,M, Uzal, M,C. (2016). Prostat kanseri tedavisinde yüksek doz hızında brakiterapi uygulaması. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 32 (2), 92-98.
<https://doi.org/10.5222/otd.2016.1047>

Özen, M. (2016). Erkeklerde alt üriner yol semptomları/benign prostat hiperplazisi. *Türkiye Klinikleri*. 7 (4), 27-32.

Özkara, H, Alıcı,B, Akkuş, E, Ataus, S, Hattat, H. Tur-p Ve Transvezikal Prostatektomi Ameliyatlarının Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkisi.

Öztürk, S. A, Oksay, T. (2018). Prostat cerrahisinde enükleasyon teknikleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*.25(2),210-221. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.349096>

Pan,L,H, Lin,M,H, Pang,S,T, Wang,J, Shih,W,M (2019). Improvement of Urinary Incontinence, Life Impact, and Depression and Anxiety With Modified Pelvic Floor Muscle Training After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*.13(), 1–10.

Park, S.W, Kim, TN, Nam, JK, Ha, HK, Shin, DG, Lee, W, et al.,(2012). Recovery of Overall Exercise Ability, Quality of Life, and Continence After 12-Week Combined Exercise Intervention in Elderly Patients Who Underwent Radical Prostatectomy: *Health Outcomes Research*.80(2), 299-306,

Patel, M.I, Yao, J, Andrew, D, Hirschhorn, A.D. ve Mungovan, S.F. (2013). Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy. *International Journal of Urology*. 20(10),986-92.
<https://doi.org/10.1111/iju.12099>

Pedriali, FR, Gomes, CS, Soares, L, Urbano, MR, Moreira, EC, Averbek, MA, de Almeida, SH. Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle

exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2016 Jun;35(5):615-21.

Pekindil, G. (2017). Prostatın radyolojik anatomisi. *Türk Radyoloji Seminerler*. 5 (2), 361-9. <https://doi.org/10.5152/trs.2017.538>

Perez-Cornago, A, Key, T. J, Allen, N. E, Fensom, G. K , Bradbury K. E , Martin, R. M , Travis, R. C. (2017). Prospective investigation of risk factors for prostate cancer in the UK Biobank cohort study. *Br. J. Cancer*. 117 (10), 1562–1571. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.312>

Polat E.C, Atalay, H.A, Aykan, S, Canat, L, Ötunçtemur, A, Altunrende, F. (2016). Radikal prostatektomi sonrası mesane boynu darlıklarına yaklaşım. *Endoüroloji Bülteni*. 9, 34-36. <https://doi.org/10.5350/ENDO2016090109>

Polat, E.Z.L, Otunctemur, A, Özbek, E, Öno, Ş. (2015). Transveziikal prostatektomi ve transuretral prostatektomi uygulanan hastalarda çıkarılan doku miktarı ile psa düşüşü arasındaki ilişki. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 4 (1),1-4.

Polat,F, Biri, H (2012). Günümüzde Benign Prostat Hiperplazisi'nin Cerrahi Tedavisinde Açık Cerrahinin Yeri Nedir? *Türk Urol Sem*; 3: 7-9.

Reşorlu, B, Büyükalpelli, R. (2016). Prostat kanseri nedeniyle uygulanan radyoterapi sonrası oluşan alt üriner sistem semptomlarının tedavisi. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*. 3 , 105-8. <https://doi.org/10.5152/knb.2016.08>

Resnick, M.J., Koyama, T., Fan, K.H., Albertsen, P.C., Goodman, M., Hamilton, A.S. (2013). Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *The New England Journal of Medicine*, 68(5):436-45.

Romanzini, A,E, Pereira, M,G, Guilherme, C, Cologna, A,J, Carvalho,E,J. (2018). Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;26:e3031 DOI: 10.1590/1518-8345.2601.3031

Saini, S. (2016). PSA and beyond: alternative prostate cancer biomarkers. *Cell Oncol (Dordr)*. 39 (2), 97–106. <https://doi.org/10.1007/s13402-016-0268-6>

Saitz, T. R, Conlin, M. J, Tessier, C. D, Hatch, T. R. (2019). The safety and efficacy of transurethral microwave therapy in highrisk catheter-dependent men. *Türk J Urology*.45(1),27-30. <https://doi.org/10.5152/tud.2018.09622>

Santana RF, de Oliveira Lopes MV.(2015). Measures Of Clinical Accuracy And İndicators Of The Nursing Diagnosis Of Delayed Surgical Recovery. *Collegian*; 22(3), 275-282.

Sayılan,A,A, Özbaş,A. (2018). The effect of pelvic floor muscle training on incontinence problems after radical prostatectomy. *Am J Mens Health*. 12 (4), 1007 - 1015. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.015>

Su, F,E, Törer, B,D, Kocakaya, R, Tuğcu, V, Taşçı, A,İ. (2013). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde TUR-P (Monopolar/Bipolar), greenlightfotoselektif prostat vaporizasyon (PVP) ve transvezikal prostatektomi (TVP) uygulamalarının cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkileri. *Yeni Üroloji Dergisi*. 8 (1), 12-17.

Şendoğan, F, Turan, T, Güzel, R, Efiloğlu, Ö, Danacıoğlu, Y, Atış, R, Çaşkurlu, T, Yıldırım, A. (2019). Türkiye’deki ürologların benign prostat hiperplazisi tedavisindeki güncel yaklaşımları. *Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology*. 14 (2), 105-113. <https://doi.org/10.33719/yud.582670>

Tan,A, Liao,C, Mo, Cao,Y (2007). Meta-analysis of holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate for symptomatic prostatic obstruction. *Br J Surg*;94:1201-1208.

Tayhan, A., Özmen, D. (2019). Relationship between knowledge levels of men about prostate cancer screenings and their health literacy. *Cukurova Medical Journal*, 44(4): 233-240.

Tienforti, D., Sacco, E., Marangi, F., D'Addessi, A., Racioppi, M., Gulino, G (2012). Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *British Journal of Urology, International* 110 (7):1004-10.

Toivanen, R, Shen, M. (2017). Prostate organogenesis: tissue induction, hormonal regulation and cell type specification. *Development*. 144(8),1382–1398. <https://doi.org/10.1242/dev.148270>

Tonyalı, Ş, Karaaslan, M, Yılmaz, M, Ceylan, C. (2018). Transüretral prostat rezeksiyonu sonrası gelişen retrograd ejakülasyon işlem öncesinde öngörülebilir mi? *AndrolBülteni*.20,74–77. <https://doi.org/10.24898/tandro.2018.60973>

Törer,B,D, Ekşi,M, Kargı,T, Sökmen,D, Şimşek,A, Evren,İ,Şahin,S, Tuğcu,V (2017). Robotik Radikal Prostatektomi Sonrası Kontinansı Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Analizi. *JAREM*; 7: 21-5.

Tuğut, N, Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 11 (2), 59-64.

Tüken, M, Ekşi, M, Özdemir, O, Arıkan, Y, Noyan, Ö. D., Çolakoğlu, Y,... Taşçı, A. (2019). Obez ve Nonobez Hastalarda Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Journal of Reconstructive Urology*, 9(3):89-94.

Türk, H, Karabıçak, M, Ün, S, Tarhan, H, Yalbuздаğ, O, N, Bayol, N, Ü, Süelözgen, T, Işoğlu, C, S, Zorlu, F. (2015). Radikal istoprostatektomi yapılan hastalarda prostat kanseri insidansı ve klinik önemi. *Ege Tıp Dergisi*. 54 (2), 65-69. <https://doi.org/10.32708/uutfd.995893>

Türkay, R.(2018). Prostat kanseri evrelemesinde görüntüleme. *Nucl Med Semin*. 4 (3) , 74-181. <https://doi.org/10.4274/nts.2018.021>

Uçar, M, Şanlı, A, Kutlu, Ö, Erdoğan, T. (2018). Laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan hastaların cerrahi, fonksiyonel ve onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*.4(3),220-227. <https://doi.org/10.17954/amj.2018.984>

Uslu, E, İnfal, S, Ulusoy, M,N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 8 (1), 52-63. <https://doi.org/10.18863/pgy.51356>

Varol, E, Sivrikaya, S,K. (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 8 (2), 89-96.

Vermişli, S, Çam, K. (2015). Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. *Bulletin of Urooncology*.14,324-326. <https://doi.org/10.4274/uob.467>

Wang,C, Song,Z, Li,S, Tai,S (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical

prostatectomy: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*; 26(5): 1553–1560.

Yalçın, T, Koyu, E. (2014). Biyoaktif bileşenlerin prostat kanserindeki rolü. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 7 (1),1-9.

Yalçınnozan, M, Rodop, O, Erler, K. (2019). Prostat kanseri kemik metastazları. *TOTBİD Dergisi*.18,573–577.
<https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2019.74>

Yavuz Karamanoğlu, A., Yavuz Van Giersbergen, M., Zümrütbaş, A.E. (2017). Urinary incontinence experiences of patients after radical prostatectomy. 27th Surgical Nursing Nurse Education Conference, Dubai, Birleşik Arap Emirlikleri, 6, 31.

Yencilek, F, Koca, O, Kuru, M. (2018). Prostat kanserinde tanı. *Nucl Med Semin*. 4, 163-173. <https://doi.org/10.4274/nts.2018.020>

Yıkılmaz, T,N, Öztürk, E, Hamidi, N, Başar, H. (2018). Prostat kanserinde cerrahi kastrasyon amaçlı yapılan subkapsüler ve total orşiektominin karşılaştırılması. *Bulletin of Urooncology*. 17 (1), 5-8.

Yıkılmaz, T,N, Öztürk, E, Selvi, İ, Başar, H. (2017). Yüksek riskli prostat kanserinde cerrahi ve radyoterapinin onkolojik sonuçlara etkisi. *Acta Oncologica Turcica*. 50 (1), 17-23. <https://doi.org/10.5505/aot.2017.52714>.

Yıkılmaz, T,N, Öztürk, E. (2016). Yüksek Riskli Prostat Kanserinde Radikal Prostatektomi. *Dicle Tıp Dergisi*.43(3),419-423.

Yıldız, H, Gürkan, Ö, Ekşi, Z. (2017). Üreme sistemi ve ilişkili hastalıklar. Aslan, F, Olgun, N (Eds). *Fizyopatoloji içinde* (ss. 491-499). Akademisyen Tıp Kitabevi

Yıldızhan, M, Gemalmaz, H, Ertek, M,Ş. (2015). Metastatik olmayan kastrasyon dirençli prostat kanserinde tedavi yaklaşımları. *Üroonkoloji Bülteni* 14, 120-127. <https://doi.org/10.4274/uob.328>

Yüksel, M, Gümüş, B, Tatlı, V.(2014). Radikal prostatektomi sonrası uzamış drenaj: Üretral anastomozun batin dreni tarafından perforasyonu. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 15 (3), 335-338.

Yüksel, Ö,H, Şahin, A, Ürkmez, A, Verit, A. (2017). Gleason skoruna etki eden parametreler kullanılarak transrektal prostat biopsi sonuçları ile radikal prostatektomi spesmenlerinin uyumunun değerlendirilmesi. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 57 (1), 22-25.

Yüksel, S. (2021). Yara iyileşmesi ve hemşirelik bakımı. Çelik, S (Eds).Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar içinde (ss. 271-274). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Zong,HT, Peng,XX, Yang,CC, Zhang,Y.A (2011). systematic review of the effects and mechanisms of preoperative 5alphareductase inhibitors on intraoperative haemorrhage during surgery for benign prostatic hyperplasia. *Asian J Andro*; 13:812-818.

8. EKLER

- EK 1. MCBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tez Konusu Yönetim Kurulu Kararı
- EK 2. MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararı
- EK 3. MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği İzni
- EK 4. MCBÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı
- EK 5. Manisa Grand Medikal Başhekimliği İzni
- EK 6. MCBÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
- EK 7. Hasta Bilgi Formu
- EK 8. Hasta Değerlendirme Formu
- EK 9. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu
- EK 10. DISCERN Ölçüm Aracı (QualityCriteriafor Consumer Health Information) Formu
- EK 11. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5) Formu
- EK 12. Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu
- EK 13. Eğitim Kitapçığı

EK.1 MCBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tez Konusu Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2020-E.84037



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu



Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - 04.11.2020 karar
tutanağı-dilek çeçen çamlı-prostatektomi

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Araştırma dosyanız ile ilgili Etik Kurul karar formu ektedir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır



Ek: 04.11.2020 karar tutanağı-dilek çeçen çamlı-prostatektomi (1 sayfa)

Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cba.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cba.edu.tr

Bilgi İçin: Ruhsar Gürel
Unvanı: Sekreter



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2. MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	04/11/2020 / 20.478.486 / 585		
ARAŞTIRMANIN ADI	Prostatektomi Yapılan Hastalarda Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI - Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Uzm. Hemşire Dilara ÇELEBİ		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	09/10/2020 / Tarih ve 33840 Sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐			☐	☒
		☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☒
		☐	☐			☐	☐
Ortopedi AD.		☐	☐			☐	☐

Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK 3. MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği İzni

 T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-61804347-300-314804
Konu : Dilruba ÇELEBİ Tez çalışması uygulama izni hk.

03.06.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.05.2022 tarihli ve 44062003-300-305346 sayılı yazı.

İlgi yazınızda bildirilen "Prostatektomi Yapılan Hastalarda Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli çalışmanız Etik Kurul Onayı alındıktan sonra geçerli olmak kaydı ile, hasta mahremiyetini korumaya engel teşkil etmeyecek nitelikte veriler ile anonimleştirilmiş istatistiklerin verilebilmesi Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Başhekim

Ek: Eğitim - Öğretim İşleri (Dilruba ÇELEBİ Hk.) (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BSA8JV9FK9 Pin Kodu: 91762
Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Sağlık Kampüsü
Telefon: (0 236) 4444228 Faks: (0 236) 2338040
e-Posta: bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: http://hastane.cbu.edu.tr
Kep Adresi: celalbayeruniversitesi@hs01.kep.tr

Bölge Takip Adresi: <http://turkiye.gov.tr/ebd/ek-4049&eD=BSA8JV9FK9&eS=314804>
Bölge için: Sercan Önder
Unvanı: Şoför



EK 4. MCBÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-38381871-100-313498
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Dilruba ÇELEBİ
Hk.)

02.06.2022

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 25.05.2022 tarihli ve 61804347-100-308130 sayılı yazı.

İlgi yazınızda bahsi geçen konu ile ilgili Anabilim Dalımızca "Uygun" bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu : BSDR/HKT19 Pin Kodu : 84062

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ehd?eK=3049&eD=BSDR/HKT19&eS=313498>

Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa

Telefon: (0 236) 2338586 Faks: (0 236) 2331466

e-Posta: tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: <http://tip.cbu.edu.tr>

Kep Adresi: celalb@cbu.edu.tr

Bilgi için: Orhan Çiçek

Unvanı: Sekreter



Ek 5. Manisa Grand Medikal Başhekimliği İzni

MANİSA ÖZEL GRAND MEDİKAL HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi olarak görev yapan Dilruba Çelebi'nin " Prostatektomi Yapılan Hastalarda Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı çalışmasını hastaneniz Manisa Özel Grand Medikal Hastanesi Üroloji Servisi'nde gerçekleşmesi hususunda

Gereğini ve bilgilerini arz ederim. 15.03.2022

BAŞHEKİM

Ek 6. MCBÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALISMANIN ADI : (Halkın anlayabileceği şekilde ifade edilmelidir)

Prostatektomi Yapılan Hastalarda Taburculuk Eğitiminin Cerrahi İyileşme, Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmaya istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamaya önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmanızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödettilemeyecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMAÇ:

Cerrahi tekniklerdeki hızlı gelişmeler, yeni teknolojik tıbbi cihazlar, anestezi alanındaki ilerlemeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında gerçekleştirilen iyileşmeler sonucunda cerrahi girişimler; en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkıp, yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Üroloji alanında da giderek yaygınlaşmış ve ciddi sistemik hastalıkların eşlik ettiği ileri yaş gruplarına da aynı şekilde uygulanır duruma gelmiştir. Bu gelişmelere rağmen isterse basit olsun her cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada amaç üroloji kliniklerinde yatan hastaların prostatektomi sonrası taburculuk eğitimi ile cerrahi iyileşme, cinsel işlev ve yaşam kalitesi yönetim süreçlerinin belirlenmesidir.

CALISMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktarı 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirlenmelidir. Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Çalışmaya başlamadan önce tarafınızdan yazılı onam alınacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve taburculuk sonrası telefon görüşmesi yapılarak Hasta Tanıtım Formu, Hasta Değerlendirme Formu, Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi Formu, Yaşam Kalitesi Kısa Formu doldurularak çalışmaya katılmayı kabul ettiğinize dair evrakın bir örneği sizde kalacaktır.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada sizin için beklenen doğrudan bir yarar bulunmamakla birlikte; prostat ameliyatından sonra taburculuk eğitimi yapılarak yara iyileşmesi, cinsel işlev ve yaşam kalitesini arttırmak ve hemşirelerin hastaların bilgi eksikliğini gidermesi için objektif veri sağlayacak ve bu konuda yapılacak girişimlere yol gösterici olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmanın size olası bir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma makale olarak yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir; ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:-

1. Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI (dlk_cecen@yahoo.com)
2. Uzman Hemşire Dilruba ÇELEBİ (melis_028@hotmail.com)

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Tamk ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek izleniş adet kayı
2: Gönüllüyü araştırmaz halinde bilgilendiren kayı

ARAŞTIRMANIZ TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMUNUN ONAYINI GEREKTİRİYOR İSE, ONAM FORMUNU AŞAĞIDAKİ SORULARI DİKKATE ALARAK DOLDURMANIZ GEREKMEKTEDİR.
Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun gönüllünün anlayabileceği şekilde tıbbi terimlerden uzak, anlaşılabilir ve gerekirse yazı gruplarına göre gönüllüye hitap edecek şekilde hazırlanması gerekmektedir.
Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) aşağıda belirtilen başlıklar içermelidir:

1. Çalışmanın bir araştırma olduğu,
2. Araştırmanın amacı,
3. Araştırmada uygulanacak tedaviler,
4. Varsa, farklı tedaviler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığının bulunduğu,
5. Araştırma sırasında uygulanacak olan ~~araştırma~~ yöntemler dâhil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümü,
6. Gönüllünün sorumlulukları,
7. Araştırmanın deneysel kısmı,
8. Gönüllünün (araştırma hamilelerinde veya loğusalarda yapılacak ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının) maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar,
9. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında gönüllünün bu durum hakkında bilgilendirildiği,
10. Gönüllüye uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi aşaması ve bunların olası yarar ve riskleri,
11. İlgili mevzuat gereğince gerekiyorsa, gönüllüye verilecek tazminat veya sağlanacak tedaviler,
12. Varsa, gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler,
13. Gönüllünün araştırmaya katılmasının isteğe bağlı olduğu ve gönüllünün istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceği veya araştırmadan çekilebileceği,
14. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı,
15. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacağı,

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Güncelleme: 01.01.2020

Sayfa: 3 / 4

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

16. Araştırma komitesiyle ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği,
17. Gönüllünün araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir ~~olay~~ olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişiler ile bunlara ilişkin 24 saat içinde erişilebileceği telefon numaraları,
18. Gönüllünün araştırmaya katılmadan sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler,
19. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre,
20. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı,
21. Gönüllülerden biyolojik materyaller elde edilecek ise bunların hangi amaçla kullanılacağı ve biyolojik materyallere ait analizlerin yapıldığında yapıp yapılmayacağı hususunun açıklanması,
22. "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Buna, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekebilir veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum." benzeri ifadenin yer alması,
23. "Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmaya kabul ediyorum." benzeri ifadenin yer alması,
24. Gönüllünün adı/soyadı/İMzası/tarih yer almalı,
25. Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının adı/soyadı/İMzası/tarih yer almalı,
26. Gerekliyse olur işleminde tank olan kişinin adı/soyadı/İMzası/tarih yer almalı,
27. Gerekliyse yasal temsilcinin adı/soyadı/İMzası/tarih yer almalı,
28. Gönüllülerden elde edilen biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılacak ise;
"[Araştırmanın Açık Adı] araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.) "sadece yukarıda belirtilen amaçlar için araştırmada kullanılmalarına iznini veriyorum" veya "ileride yapılacak planlanan tüm araştırmalarda kullanılmalarına iznini veriyorum" veya "hiçbir koşulda kullanılmalarına iznini vermiyorum" şeklinde uygun ifadenin işaretlendiği bilgi yer almalıdır.
29. Ayrıca, BGOF, gönüllü veya yasal temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içeremez ayrıca araştırmacıya, kuruma, destekleyici veya bunların temsilcilerine kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğün kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

Ek 7. Hasta Bilgi Formu

- 1.Yaşı:.....
- 2.Cinsiyeti: () Kadın () Erkek
- 3.Medeni durumu: () Evli () Bekar
- 4.Eğitim durumu.....
- 5.Mesleği:.....
6. Gelir durumu: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
- 7.Evde yanında kalan kişi/ler:.....
8. Bakımdan sorumlu olan kişi: () Var ise:..... () Yok
9. Sigara kullanım durumu: () Evet ise miktarı (tane/gün):..... () Hayır
() Bırakmış
10. Alkol kullanım durumu () Evet ise miktarı (tane/gün):..... () Hayır ()
Bırakmış
- 11.Tıbbi tanı:.....
12. Hastalığa yönelik aldığı tıbbi tedavi varlığı: () Evet ise ne olduğu:.....()
Hayır
- 13.Klinik evre:.....
14. Kronik hastalık öyküsü
() Hipertansiyon () Diyabetes Mellitus () KOAH () Diğer:.....
- 15.BKİ(kg/m²):.....
16. Son 6 ayda kilo kaybı varlığı: () Evet ise miktarı: () Hayır
- 17.Hastalığın başlangıç şikayetleri:.....
18. Daha önceden geçirilen cerrahi varlığı: () Evet ise ne
olduğu:..... () Hayır
- 19.Geçirilen cerrahi:.....
20. Geçirilen cerrahinin yöntemi: () Açık () Laparoskopik () Endoskopik

21. Anestezi türü:.....
22. Cerrahi öncesi hastanede kalış süresi:
23. Cerrahi sonrası hastanede kalış süresi:.....
24. Toplam hastanede kalış süresi:
25. İnsizyon yeri (karın kadrnlarına (sağ üst, sağ alt, sol üst, sol alt göre):.....
26. İnsizyon şekli:.....
27. ÜretralKatater Varlığı: () Evet ise (geçici/kalıcı):.....() Hayır
28. Prostat ameliyatından önce hastalığınız cinsel hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?
- Hayır () Biraz () Oldukça () Çok fazla ()
- 29.Prostat ameliyatı olduktan sonra bu durum günlük yaşamınızı kötü etkilediğini düşünüyor musunuz?
- Hayır () Biraz () Oldukça () Çok fazla ()
- 30.Prostat ameliyatından sonra hastalığınıza ilişkin şikayetleriniz azaldı mı?
- Hayır () Biraz () Oldukça () Çok fazla ()
- 31.Taburcu olmadan önce aldığınız taburculuk eğitiminden memnun musunuz?
- Hayır () Biraz () Oldukça () Çok fazla ()

Ek 8. Hasta Değerlendirme Formu

Taburcu olmadan/ Taburculuk Eğitiminden Önce	Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı	Önemli Düzeyde Sıkıntılı	Orta Düzeyde Sıkıntılı	Hafif Düzeyde Sıkıntılı	Sıkıntı Yok
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu					
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı					
Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı					
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)					
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı					
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı					
Etrafta hareket etmede güçlük durumu					
Ağrı veya rahatsızlık durumu					
Yorgunluk					

Taburculuk Sonrası 2. Hafta	Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı	Önemli Düzeyde Sıkıntılı	Orta Düzeyde Sıkıntılı	Hafif Düzeyde Sıkıntılı	Sıkıntı Yok
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu					
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı					
Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı					
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)					
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı					
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı					
Etrafta hareket etmede güçlük durumu					
Ağrı veya rahatsızlık durumu					
Yorgunluk					

Taburculuk Sonrası 4. Hafta	Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı	Önemli Düzeyde Sıkıntılı	Orta Düzeyde Sıkıntılı	Hafif Düzeyde Sıkıntılı	Sıkıntı Yok
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu					
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı					
Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı					
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)					
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı					
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı					
Etrafta hareket etmede güçlük durumu					
Ağrı veya rahatsızlık durumu					
Yorgunluk					

Taburculuk Sonrası 8. Hafta	Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı	Önemli Düzeyde Sıkıntılı	Orta Düzeyde Sıkıntılı	Hafif Düzeyde Sıkıntılı	Sıkıntı Yok
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu					
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı					
Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı					
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)					
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı					
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı					
Etrafta hareket etmede güçlük durumu					
Ağrı veya rahatsızlık durumu					
Yorgunluk					

Taburculuk Sonrası 12. Hafta	Şiddetli Düzeyde Sıkıntılı	Önemli Düzeyde Sıkıntılı	Orta Düzeyde Sıkıntılı	Hafif Düzeyde Sıkıntılı	Sıkıntı Yok
Evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu					
İyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı varlığı					
Özbakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı					
Cerrahi bölgenin iyileşmenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)					
Bulantıyla beraber iştah kaybı varlığı					
Bulantı olmaksızın iştah kaybı varlığı					
Etrafta hareket etmede güçlük durumu					
Ağrı veya rahatsızlık durumu					
Yorgunluk					

**Ek 9. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi
Formu**

	Evet 1 puan	Hayır 2 puan
A. İçerik Durumu (1-4. Maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		

E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		



Ek 10. DISCERN Ölçüm Aracı (QualityCriteriafor Consumer Health Information) Formu

1-Bu kitapçık güvenilir mi? (cevabınız hayır ise 3. soruya geçiniz)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:Bu kitapçığın başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

- ☐ Ne hakkında?
- ☐ Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- ☐ Kimler için yararlı olur?

2- Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılp ulaşılamayacağını düşünün.

3- Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Bu kitapçıkta;

- ☐ Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı
- ☐ Cerrahi süreç ile ilgili bilgilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı

4- Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR	KISMEN			EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- ☐ Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- ☐ Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5- Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR	KISMEN			EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- ☐ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.

- ☐ Kitapçığın baskı tarihine bakın.
- ☐ Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı).

6- Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- ☐ Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- ☐ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- ☐ Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer:

- ☐ Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- ☐ Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- ☐ Bilgi; heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7- İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- ☐ Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8- Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- ☐ Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- ☐ Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2

Bu kitapçıkta tanımlanan cerrahi süreç ile ilgili bilgilere soruları uygulayın.

Cerrahi Süreç Konusunda Bilgi Kalitesi Nasıldır?

9 –Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Her bir cerrahi sürecin ayrı ayrı ele alınıp alınmadığına bakın.

10- Kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11- Cerrahi süreç sonunda olası riskleri tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Taburculuk sonrası olası komplikasyonlara yer verilmiş olabilir.

12- Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13- Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14- Cerrahi süreç ile ilgili bilgilerden hangi durumda faydalanacağına yer verilmiş mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

15-Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

İp Ucu: Cerrahi süreç hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın.

BÖLÜM 3

Kitapçığın Genel Değerlendirmesi

16-Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak prostat cerrahisi sonrası cerrahi süreç konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendirin.

1-2) Düşük/Ciddi/Aşırı Eksiklikleri Var

3-4) Orta/Önemli Eksiklikleri Var

5) Yüksek/Çok Az Ancak Ciddi Değil

Ek 11. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF-5) Formu

AD /SOYAD:		TARİH: / /					
SON 6 AY İÇERİSİNDE						Sizin puanınız	
1. Sertleşme	Çok düşük	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Orta	Yüksek						
Çok yüksek							
Şeme							
sağlama ve							
sürdürme							
konusunda							
kendinize olan							
güveniniz hangi							
düzeydeydi?							
	1	2	3	4	5		
2- Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda, bu sertleşme ne sıklıkla içeriye (vajene /hazneye) girmek için yeterliydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman		
	1	2	3	4	5		
3- Cinsel birleşme öncesinde sağladığınız sertleşmeyi içeriye (vajene/hazneye) girdikten sonra	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman		
	1	2	3	4	5		

ne sıklıkta sürdürebildiniz?						
4- Cinsel birleşme sırasında, sertliği ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız?	Aşırı zorlandım	Çok zorlandım	Zorlandım	Biraz zorlandım	Hiç zorlanmadım	
	1	2	3	4	5	
5- Cinsel birleşme Her zaman şme girişimlerin sizce ne sıklıkta tatmin ediciydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	

Ek 12. Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz
Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3

j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3
-------------------------------------	---	---	---

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET

HAYIR

- a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti 1
2
- b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması 1
2
- c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama 1
2
- d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması 1
2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?
Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET

HAYIR

- 2 a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu? 1
2
- b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması 1
2
- c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama 1
2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç

1

Çok az

2

Orta derecede

3

Biraz

4

Oldukça

5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç
1
Çok az
2
Orta
3
Çok
4
İleri derecede
5
Çok şiddetli
6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç
1
Çok az
2
Orta
3
Çok
4
İleri derecede
5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6

d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. 10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- 1 Her zaman
- 2 Çoğu zaman
- 3 Bazı zamanlarda
- 4 Çok az zaman
- 5 Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Çoğunlukla	Tamamen
--	---------	------------	------------	------------	---------

	Doğru	Doğru		Yanlış	Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI



İÇİNDEKİLER

EĞİTİM İÇERİĞİ

1. Ağrım Olduğunda Ne Yapmalıyım?
2. Yara Bakımında Nelere Dikkat Etmeliyim?
3. İdrar Katateri Bakımını Nasıl Yapmalıyım?
4. Beslenme İçin Nelere Dikkat Etmeliyim?
5. Boşaltım Konusunda Sorun Olduğunda Ne Yapmalıyım?
6. Aktivite Konusunda Nelere Dikkat Etmeliyim?
7. Pelvis Taban Kaslarım Nerededir?
8. Pelvis Taban Kas Egzersizlerini Nasıl Yapabilirim?
9. Ameliyat Sonrası Dikkat Edilecek Sorunlar Nelerdir?
10. Kaynaklar

PROSTAT HASTALIĞI NEDİR?

Büyüyen prostat bezi idrar yolu ve mesane çıkımında yarattığı tıkanma-daralma ile birlikte idrar akışını engelleyebilir.

Prostat ameliyatı nedir?

Prostat büyümesinde ilaç tedavisine yanıt vermeyen, ilaç tedavisine başlangıçta yanıt veren ancak zamanla ilacın yetersiz hale geldiği ve yan etkileri sebebiyle ilaç kullanamayan hastalara prostat ameliyatıyla tedavi uygulanabilir.



AĞRIM OLDUĞUNDA NE YAPMALIYIM?

Ağrı, vücudumuzun herhangi bir bölgesinde hissettiğimiz hoş olmayan bir duysal sorundur.

- ✓ Ameliyat sonrası oluşan ağrılar genellikle dindirilebilir ve zamanla kaybolmaktadır.



- ✓ Ağrınız çok olduğu zamanlarda, kendinizi rahatlatacak aktivitelerde bulunun. (Örn: müzik dinleme, hayal kurma, televizyon izleme, dua etme gibi).

- ✓ Eğer ağrınız geçmiyorsa hekiminizin önerdiği ağrı kesicileri için



Ek 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

YARA BAKIMINDA NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

- ✓ Yara yerine dokunmadan önce ve sonrasında ellerinizi mutlaka yıkayınız.
- ✓ Yara yerini mutlaka temiz ve kuru tutmaya özen gösteriniz.
- ✓ Sigara kullanımı yara iyileşmesini geciktireceğinden içmemelisiniz.
- ✓ Yara yerinizde kızarıklık, kanama, ısı artışı, akıntı gibi belirtiler varsa hemen hekiminize başvurunuz.



İDRAR KATATERİ BAKIMINI NASIL YAPMALIYIM?

- ✓ Kataterin girdiği bölge sabunlu su ile temizleyin.
- ✓ Katatere dokunmadan önce ve katatere dokunduktan sonra ellerinizi mutlaka yıkayın. Tek kullanımlık eldiven kullanın.
- ✓ İdrar torbası bel seviyesinin altında olmasına dikkat edin.
- ✓ İdrar torbası hiçbir zaman yere koymayın.
- ✓ Torbanın baş aşağıya çevrilmemesi ve bu torbanın üzerine oturulmamasına dikkat edin.
- ✓ Katater takılı olduğu sürece düş şeklinde banyo yapmanız uygun olacaktır.



- ✓ Katater varlığında idrar akışını engellemeyecek giysiler ve iç çamaşırı kullanmaya özen gösterin.



- ✓ Katater sondanız çıkarıldıktan sonra idrarda yanma, idrar kaçırma, idrarla birlikte kan gelmesi bir miktar görülebilir eğer şikayetleriniz geçmezse hekiminize mutlaka başvurun.
- ✓ Kondom katateriniz varsa 24 saatte bir değiştirin. Her kondom katater değişikliğinde o bölge iyice temizlenmeli ve kızarıklık yönünden takip etmeyi unutmayın.



- ✓ Yara yerinden idrar gelmesi, testislerde ağrı ve şişlik olması, ağrı kesicilere rağmen geçmeyen ağrılarınız varsa mutlaka hekiminize başvurunuz.
- ✓ İdrarda kanama, idrar çıkışında artma, yara yerinde ağrı, ateş gibi durumlarda hemen doktorunuza başvurunuz.



EK 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

BESLENME İÇİN NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

Prostat ameliyatı sonrası iyi beslenme sağlanarak gelişebilecek sorunların riskini azaltmaktadır. Bunun için;

- ✓ Meyve, sebze ve tahıl yönünden zengin bir diyet içeriği oluşturulmalısınız.

(Örn: taze fasulye, marul, ıspanak, elma, kara üzüm)



- ✓ Doymuş yağ oranı yüksek besinleri tüketmekten kaçınmalısınız (Örn: margarin, sakatat, karaciğer, kuyruk yağı, salam, sucuk gibi)



- ✓ Yüksek kalorili besinlerin öğünlerinizden çıkarınız.

- ✓ Baharatlı yiyecekler, alkol ve kahveden uzak durunuz.



- ✓ İdrarda tıkanma olmaması için günde 2 litre (8-10 bardak) su içmelisiniz.

- ✓ Günde en az 8-10 bardak su ya da kızılık suyu gibi içecekler tüketebilirsiniz. Bol sıvı alımı tavsiye edilmektedir.



Lifli gıdalar arasında



Baklagiller 	Pancar 	Pırasa
Lahana 	Kızılık 	Kereviz
Enginar 	Ispanak 	Keten tohumu

Lif bakımından zengin gıdaların tüketimi bağırsakların harekete geçmesine yardımcı olmaktadır ve kabızlığı önlemede etkilidir.

Yemeklerde yetersiz lifli gıdalar

Hareketsiz Yaşam

Abur cuburla beslenme

Yetersiz sıvı alımı

Bağırsak Kanseri



- ✓ Bu durumlar kabızlığa sebep olabilmektedir.

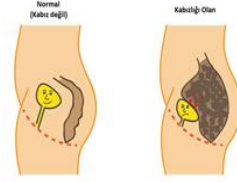
- ✓ Bu yüzden beslenmenize dikkat etmeli ve kontrollerinizi aksatmamanız gerekmektedir.

EK 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

BOŞALTIM SORUNU OLDUĞUNDA NE YAPMALIYIM?

İdrar yapmaya başladıktan sonra idrar akımını birkaç dakika kestikten sonra tekrar idrar yapmaya devam ediniz.

- ✓ Ameliyat olduktan sonra 6-8 hafta boyunca kabızlık, ağır yük kaldırma gibi durumlardan uzak durunuz.
- ✓ Motorlu araç kullanımından ve uzun süre araba yolculuğu yapmaktan kaçınınız.
- ✓ Ameliyat sonrası dönemde görülen kabızlık sorunu **yara yerinde iyileşmenin gecikmesine ve yara bölgesinde basınca bağlı olarak kanamaya neden olur.** Kabızlığı önlemek için yumuşak ve lifli gıdalar (karnabahar, havuç, brokoli, bezelye, kuruyemiş...) tüketebilirsiniz.
- ✓ Eğer kabızlık sorunu ortadan kalkmıyorsa hekiminizin önerdiği dışkı yumuşatıcı ilaçları kullanabilirsiniz.



AKTİVİTE KONUSUNDA NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

- ✓ Haftada en az 150 dakika (2.5 saat) egzersiz yapın.
- ✓ Günde 30 dakikalık yürüyüşler yapın ve merdiven kullanın.
- ✓ Ameliyat sonrası 6-8 hafta yara yeriniz iyileşmeye devam edeceğinden ağır egzersizlerden ve ağır eşya kaldırmaktan kaçınınız.
- ✓ Bu süreçte ıkmama, ağır kaldırma, motorlu araç kullanımından ve ağır egzersizlerden uzak durun.
- ✓ Ameliyat sonrası en az 3 hafta cinsel ilişkiden uzak durun.
- ✓ Ameliyat olduktan 6-8 hafta boyunca uzun süre araç kullanmayın.



✓ PELVİS TABANI KASLARIM NEREDEDİR?

Leğen kemiğinde hamak gibi duran (resimde yeşil renkte) **pelvik** taban kasıdır.



pelvik taban kasları ne işe yarar?



Pelvik taban kaslarınız mesaneyi ve bağırsağı kontrol etmeyi sağladığı gibi cinsel işleve de yardımcı olur. İşte, bütün bu nedenlerden dolayı **pelvik** taban kaslarının güçlü olması önemlidir.

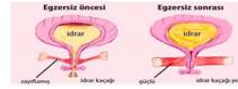
EK 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİ NASIL YAPABİLİRİM?

- Pelvik taban kas egzersizlerini neden yapması gerektiğünü açıklıyor...**
- ✓ Erkeklerde **pelvik** taban kasları prostat ameliyatı sonrası zayıflamaktadır. Bu nedenle;
- pelvik Taban Kasları Yeterli Çalışmazsa;**
- ✓ İdrar ve büyük abdesti kaçırma
 - ✓ Cinsel birliktelik sırasında ağrı gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.
- pelvik taban egzersizleri düzenli bir şekilde uygulanmazsa;**
- ✓ İdrar torbasında sarkmaya ve bununla birlikte idrar kaçırmaya
 - ✓ Makat bölgesindeki kasların kontrol edilememesine bağlı olarak gaz ve dışkı kaçırma
 - ✓ İdrar akışını kontrol edememeye neden olur.

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

1. Uyluk ve kalça kaslarınız gevşemiş şekilde oturun veya uzanın. **Pelvis** tabanı kaslarınızın yukarı çekilmesini bir el aynası ile izlemek yararlı olacaktır.
2. Gaz çıkarmayı durdurmayı deniyormuşçasına, makatın etrafındaki halka kası sıkın. Şimdi bu kası gevşetin. Doğru kasları bulduğunuzdan emin olana kadar birkaç kez sıkın ve rahat bırakın. Kalça kaslarınızı sıkıkmaya gayret edin.
3. İdrar yapmak için tualete gittiğinizde, idrar akışını durdurmayı deneyin ve yeniden başlayın. Bunu, kullanılması gereken kasların hangileri olduğunu öğrenmek için, haftada sadece bir kez yapın. Akışı bundan daha sık durdurup başlatırsanız, idrar torbanız olması gereken şekilde boşalmayabilir.



Şimdi kasların çalıştığını hissedebildiğiniz için şunları yapabilirsiniz:

4. İdrar yolu ve makatın etrafındaki kasları aynı anda birlikte sıkıp içeri çekin.



5. Onları içerde **YUKARI** kaldırın. **Pelvis** tabanı kaslarınızı her sıkıldığınızda bir "kalkma" hissini hissetmeniz gerekir. Onları, 8'e kadar sayarak güçlü ve sıkı tutmaya çalışın.

6. (Sıkıp kaldırmayı) tekrarlayın ve bırakın. Kasların her kaldırılışından sonra 8 saniye dinlenmek gerekmektedir. 8'e kadar tutamazsanız, tutabildiğiniz kadar tutun. Bu "sıkıp kaldırmayı", 8 ile 12 arası sınırına kadar yapabildiğiniz kadar tekrarlayın. Üç set 8 ile 12 arasında sıkma yapın ve aralarda dinlenin. Tüm bu eğitim planını (üç set 8-12 sıkımları) her gün yatarken, otururken veya ayakta dururken yapın.



PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİNİZİ TAMAMLAYIN

Sıkımları doğru yaptığınızdan emin değilseniz veya 3 ay sonra belirtilerde bir değişiklik görmezseniz yardım isteyin.



BU EĞİTİMİ GÜNLÜK YAŞAMINIZIN BİR PARÇASI HALİNE GETİRİN.

Pelvis tabanı kas sıkımlarının nasıl yapılacağını öğrendiğinizde, her gün yapmanız gerekmektedir. Her sete tüm dikkatinizi vermelisiniz.

- ✓ **Pelvis** tabanı kas sıkımlarınızı düzenli olarak yapmak için zaman ayırın. Bu egzersiz, tualete gittikten sonra, bir şey içerken veya yataкта yatarak yapılabilir.

EK 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

Pelvis tabanı kaslarınıza yardımcı olmak için yapabileceğiniz diğer öneriler:

- ✓ Ağır yükleri başkasıyla birlikte kaldırın.
- ✓ Meyve ve sebze yiyecek ve günde 6 – 8 bardak su için.
- ✓ Büyük abdest yaparken zorlanmayın.
- ✓ Aksırmayı ve öksürmeyi hafifletmek için saman nezlesi, astım ve bronşit hakkında hekiminize danışın.
- ✓ Kilonuzu, boyunuz ve yaşınıza uygun olacak şekilde koruyun.



AMELİYAT SONRASI DİKKAT EDİLECEK SORUNLAR NELERDİR?

- ✓ Yüksek ateş,
- ✓ Aniden idrar yapamamak,
- ✓ İdrar yaparken aşırı yanma,
- ✓ İdrar kanalından beklenmedik bir kanama,
- ✓ Testislerde şişme ve ağrı olması durumlarında,



MUTLAKA HEKİMİNİZE BAŞVURUNUZ

pelvik Taban Egzersizlerini;

Bu egzersizi düzenli yaparak hangi kaslarınızı kullandığınızı 1 hafta- 10 gün içerisinde öğrenmiş olacaksınız.

Öğrendikten sonra;

- ✓ Günde 3-4 kez 10 setlik şekilde yani 10 sn tutup 10 sn bırakır gibi 10 defa yapınız.
- ✓ İdrar yaparken aniden idrarınızı tutunuz. Bu şekilde **pelvik** taban kaslarınızı kasarak idrarınızı 10 saniye idrar akışını durdurmuş olursunuz. Sonra 10 saniye idrarınızı yapınız böylelikle daha rahat idrarınızı yapabilirsiniz.
- ✓ Hem yatarak hem ayakta, televizyon izlerken, yemek yaparken her yerde rahatlıkla bu egzersizi uygulayabilirsiniz.

KAYNAKLAR

1. Seyhan Ak, E. Özbaş, A.(2019) Prostat Kanserinin Ameliyat Sonrası Bakımında Güncel Yaklaşımlar. JAREN 5(1), 81-89. doi:10.5222/jaren.2019.76588.
2. Özbaş, A.(2018). Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Bakımı. **Akyolcu, N.** Kanan, N. Aksoy, G (Eds). Cerrahi Hemşireliği 2 içinde (ss.429-430) Nobel Tıp Kitabevi **Tic.Ltd.Şti.**
3. Özbaş, A. Çavdar, İ (2016). **Ürper** Sistem Cerrahisinde Bakım. Eti Aslan, F (Eds). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte içinde, (978-988) Akademisyen Tıp Kitabevi **Tic.Ltd.Şti.**
4. Kanan, N.(2014). *Onkoloji Hemşireliği* Nobel Tıp Kitabevleri.
5. Gençtürk, N.(2013). Yara Bakımı ve Uygulamaları. **Övçer, (Eds).** Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler içinde (ss. 314). Nobel Tıp Kitabevleri **Tic.Ltd.Şti.**
6. Gündüz, A.(2018). Prostat Tümörlü Hastalarda Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım **Beşir** Üniversitesi]
7. Çetin, Z.(2004). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. [Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi].
8. Aydın Sayılan, A. (2015). **Pelvik** Taban Kas Egzersizi Eğitiminin Radikal Prostatektomi Sonrası Gelişen İdrar Kaçırma Sorunu Üzerine Etkisi. [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi]

EK 13. EĞİTİM KİTAPÇIĞI DEVAMI

RESİM KAYNAKLARI

<https://images.app.goo.gl/vX9CbsuXnn4jwfi6> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://www.canva.com/design/DAE8WcQV9Xs/qjQWqt1XAqg8-> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/LHUqhi5ccvdmCPVF7> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/5xyQKUAUqoHtGCM9> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/eZKyqKqImJT5nTp8> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/cGkqH5UhwCrZmhiK9> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/zTQ2ccX6uh7m4cG9> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/U6tUPfenKR77NVGx9> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/d659VAutGFzstDdW8> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/UyUjN8spKS2nb1Q9> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/8JCbpNXAPmNRRoiz7> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/8v8wc2XILMmMNdAv7> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/aVUp4kXJw6QpaWes8> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://images.app.goo.gl/EeKChvwSA2uRbFS7> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022

<https://www.medicalpark.com.tr/kegel-egzersizi/hg-2358> [İnternet] Erişim Tarihi: 23.03.2022



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Dilruba	Soyadı	Çelebi
------------	---------	---------------	--------

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yükseklisans	MCBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD	2017
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi- Hemşirelik	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl/Yıl)
Hemşire	Giresun Özel Kent Hastanesi	2008-2009
	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	2009- Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi

	Yabancı Dil Sınav Notu							
YDS/eYDS	ÜDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CPE
		67,25						

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI		70.00	

