

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**PROSTAT CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
TABURCULUK SONRASI ERKEN DÖNEMDE GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİNİN ETKİLENME VE
KOMPLİKASYON GELİŞME DURUMU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Züleyha ÇETİN**

**Eylül-2004
SİVAS**

156184

TC
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

PROSTAT CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
TABURCULUK SONRASI ERKEN DÖNEMDE GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİNİN ETKİLENME VE
KOMPLİKASYON GELİŞME DURUMU

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Züleyha ÇETİN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yard. Doç. Dr. Nuran GÜLER

Eylül-2004
SİVAS



“ Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senato’sunun 05.01.1984 tarih ve 84/1 nolu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”.



TEŐEKKÜR

Araştırmadaki danışmanlık ve katkıları için Yrd.Doç.Dr.Nuran GÜLER'e, araştırma süresindeki danışmanlık ve desteği için Yrd.Doç.Dr.Meryem YILMAZ' a, araştırmanın istatiksel analizlerinin yürütülmesindeki yardımlarından dolayı Yard.Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a, çalışmalarım sırasındaki desteği için eşime teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. GİRİŞ.....	1
I - 1. Problemin Tanımı	1
I - 2. Araştırmanın Amacı	5
II. GENEL BİLGİLER	6
II - 1. Prostat Dokusunun Anatomisi	7
II - 2. Etiyoloji	7
II - 3. BPH'nın Patofizyolojisi	7
II - 4. BPH'a Bağlı İdrar Boşaltımında Görülen Değişiklikler	9
II - 5. BPH'a Bağlı Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler	10
II - 6. Hasta Tanılama ve Değerlendirme	11
II - 7. BPH 'de Tedavi	13
II - 8. Prostat Cerrahisinin Komplikasyonları	14
II - 9. Prostat Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	18
II-9.a- Ameliyat Öncesi Bakım	18
II-9.b- Ameliyat Sonrası Bakım	21
II-10. Prostat Cerrahisinin GYA'leri Üzerine Etkisi	25
II-11. Prostat Cerrahisi Sonrası Taburculuğun ve Evde Bakımın Planlanması	26
II-12. Prostat Cerrahisi Sonrası Taburculuk Bilgileri	29
III- MATERYAL VE METOD	31
III-1. Araştırma Şekli	31
III-2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	31
III-3. Araştırmanın Evreni	32

III-4.Araştırmanın Örneklemi	32
III-5.Araştırmanın Sınırları	32
III-6.Veri Toplama Araçları	33
III-6-1. Hasta Tanıtım Formu (EK- I)	33
III-6-2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK- II)....	33
III-6-3. Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu (EK-III)....	34
III-6.4-Prostat Cerrahisi Sonrası Günlük Yaşam Aktivitelerini Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu (EK-IV).....	34
III-7. Ön Uygulama	36
III-8. Formların Uygulanması	35
III-9.Verilerin Değerlendirilmesi	36
IV- BULGULAR	37
V- TARTIŞMA.....	71
VI- SONUÇLAR	84
VII- ÖNERİLER	88
VIII- ÖZET	89
IX- ABSTRACT	91
IX- KAYNAKLAR	93
IX- EKLER	101

TABLolar

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1.Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	37
2.Bireylerin Operasyon Deneyimlerine, Kronik Hastalıklarının Varlığına ve Yaşlılığa Bağlı Oluşan Yetersizliklere Göre Dağılımı	39
3.Bireylerin Ameliyat Türü Ve Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı	40
4.Bireylerin Hastaneden Taburcu Olmadan Önce Bilgi Aldıkları Konulara Göre Dağılımı	41
5.Bireylerin Hastaneden Taburculuk Günleri , Sonda İle taburcu Olma ve Sonda Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları	42
6.Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Aldıkları Puanlara Göre Dağılımları	43
7.Taburculuk Sonrası Evde Yaşanan Sorunların Dağılımı	44
8.Bireylerin Taburculuk Sonrasında Etkilenen Sorumluluklarının Dağılımı	45
9.Bireylerin Eş ve Çocuklarıyla Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu ve Bu İlişkilerin Etkilendiği Alanlara Göre Dağılımı	46
10.Bireylerin Ameliyattan Sonra Kontrole Gitme Durumlarına Göre Dağılımı	47
11.Bireylerin Taburculuk sonrası Evde Yaşadıkları Üriner Boşaltım Problemlerine Ve Başvurdukları Çözüm Yöntemlerine Göre Dağılımları	48
12.Bireylerin Ameliyattan Önceki ve Sonraki Kabızlık Durumları İle Kabızlık İçin Başvurdukları Uygulamalara Göre Dağılımları	50
13.Bireylerin İşinin ve Boş Zamanları Değerlendirme Şeklinin Etkilenme Durumları Ve Etkilenme Nedenlerine Göre Dağılımları	51
14.Bireylerin Günlük Uyku Sürelerine , Cerrahi İşlemden Önce Ve Sonra Uyku Sürelerinin Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı	53
15.Bireylerin Ameliyattan Sonra Cinsellik Yaşamlarının Etkileneceğini Düşünme Durumu	54

16.Bireylerin İfadelerine Göre Cerrahi İşlemden Sonra En Çok Sıkıntı Yaşatan Durumların Dağılımı	54
17.Bireylerin Cerrahi İşlem Sonrasındaki Beden İmgeleri İle İlgili İfadelere Göre Dağılımları	55
18.Yaş Gruplarına Göre Cerrahi İşleme Bağlı Evdeki Sorumluluklarının Etkilenme Durumu	56
19.Evli Olan Bireylerin Cerrahi İşleme Bağlı Eşleri İle Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu	57
20.Yaş Gruplarına Göre Cerrahi İşlemden Sonra Bireylerin Çocukları İle Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu	58
21.Yaş Gruplarına Göre Cinselliğin Etkilenme Durumu	59
22.Eğitim Düzeyine Göre Cerrahi İşleme Bağlı Cinselliğin Etkilenme Durumu	60
23.Ameliyat Türüne Göre Hastanede Komplikasyon Gelişme Durumu	61
24.Ameliyat Türüne Göre Evdeki Sorumlulukların Etkilenme Durumu	62
25.Ameliyat Türüne Göre Eşler , Çocuklar ve Arkadaşlar İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu	63
26.Ameliyat Türüne Göre Evde Yaşanan İdrar Boşaltım Problemlerinin Durumu	65
27.Ameliyat Türüne Göre Evde Banyo Yapma Ve Kabızlık Yaşama Durumu	67
28.Ameliyat Türüne Göre İşin Ve Boş Zamanları Değerlendirme Şeklinin Durumu	68
29.Ameliyat Türüne Göre Cinselliğin Ve Uykunun Etkilenme Durumu	69
30.Ameliyat Türüne Göre Evde Yaşanan En Sıkıntılı Durumların Dağılımı	70

I. GİRİŞ

I – 1. Problemin tanımlanması :

Bening Prostat Hiperplazisi (BPH); prostat epitel ve stromal hücrelerin etkileşimi sonucu gelişen ve erkeklerde ırk ayrımı gözetmeksizin yaşlanma süreci ile görülme oranı artan bir sağlık sorunudur. Prostat epitelyal hücrelerin sayısının artışına neden olan etken tam olarak bilinmemekle birlikte yaşlılık sürecindeki hormonal değişikliklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde dünyada 40 yaş altındaki bireylerin %8'inde, 50 yaş üzerindekiilerin %50'sinde, 70 yaş üzerindekiilerin %75'inde ve 80 yaş üzerindekiilerin %90'ında BPH ve buna bağlı sorunları görüldüğü bildirilmektedir (Gass R 2002, Kring D 2003, Lewis S 2002, Truman P 1999, Willis D 1992). BPH yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte, sık idrar yapma gereksiniminin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, uyku ve dinlenmeyi engellemesi nedeni ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Bishop P 2003).

BPH'da prostatın büyüklüğünden çok, yarattığı tıkanıklık ile doğru orantılı olarak bireylerin yaşadığı sorunların şiddeti de artmaktadır. Genellikle en sık karşılaşılan problem idrar miktarında ve idrar yapma hızında görülen azalmadır. Bu belirtileri takiben idrar yaparken ağrı, idrar yapma süresinde uzama, idrardan sonra damlama, günlük idrar yapma sayısında artış, gccc idrar yapma gcrcksinimi, acil ve ağrılı idrar yapma isteği, kanlı idrar yapma, taşma inkontinansı, idrar retansiyonu ve buna bağlı sık tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları görülebilmektedir (Bishop P 2003, Kivinemi K 1999, Lewis S 2002, Willis D 1992).

BPH'nin, medikal ve cerrahi tedavi gibi farklı birçok tedavi seçeneği vardır. Cerrahi tedavi tıkanıklıklara bağlı sık tekrarlayan ani retansiyonlar, üriner sistem enfeksiyonları, mesane taşları ve aşırı miktarda kanlı idrar nedeniyle yapılmaktadır. Bireylere tıkanıklığın şiddetine ve prostatın büyüklüğüne göre açık veya kapalı cerrahi işlem uygulanmaktadır (Lewis S 2002, Miranda B J 2001, Warmkessel J H 1999, Warmkessel J H 2002).

Ameliyat olacak bireylere uygulanacak olan cerrahi tedavinin tipi ve olası yan etkileri hakkında yeteri kadar bilgi verilmediğinde yoğun anksiyete yaşayabilmektedirler (Yılmaz M 2000). Özellikle meme dokusunun alınması, kalıcı kolostomi, kalıcı üreterostomi açılması yada prostat dokusunun alınması gibi cerrahi işlemler hem cinselliği hemde beden bütünlüğünü etkileyen işlemler olması dolayısıyla anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Anksiyete ve korku bireylerin yardım almasını yada sağlığı artırıcı beceriler geliştirmesini engelleyebilir (Lewis S 2002, Smeltzer S C 2000).

BPH'da cerrahi tedavi sonrası tıkanıklığa bağlı şikayetlerde azalma saptanmaktadır. Ancak özellikle açık prostat cerrahisi geçiren bireylerde ameliyat sonrası kanama, ağrı, enfeksiyon, mesane spazmı, idrar kaçırma ve cinsel fonksiyon kaybı gibi istenmeyen önemli sorunlar belirlenmiştir (Gacci M 2003). Bireylerin bu tür beklenmedik problemler nedeni ile hastaneye tekrarlı başvurular ve yatışlarının olması sonucunda iyileşme dönemini daha uzun ve sıkıntılı geçirdikleri belirlenmiştir (Fillon M 2000, Gray R 1999, Lewis S 2002, Moore K N 1999, Myers P R 2002, Noldus J- Huland J 2003, Pateman 2000).

Prostat cerrahisi sonrasındaki erken iyileşme dönemi diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi çok önemlidir. Prostat cerrahisi sonrasında görülebilen her komplikasyonun anksiyetenin artmasına neden olduğu belirlenmiştir (Gray R 1999). Hemşirenin hastaları prostat cerrahisi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar yönünden izlemesi ve hastaları bu komplikasyonların gelişmesini önlemeye yönelik hazırlaması ile sorunsuz bir iyileşme dönemi sağlanabilir (Gray R 1999, Lewis S 2002, Weaver J 2001).

Prostat cerrahisi sonrası komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve gelişen komplikasyonların erken dönemde fark edilebilmesi için hemşireler tarafından hastalar dikkatle gözlenmelidir. Bunun için hemşirelerin ağrı, kanama, aldığı – çıkardığı takibinin yapılması,

enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi, mesane spazmlarında ağrı ile başetme yöntemlerinin geliştirilmesi, idrar kaçırma sorunu ile yaşamayı sürdürmeye yönelik kateter bakımı yada ped kullanımı gibi girişimlerin planlanması, aseptik mesane irrigasyonları ile düzenli idrar boşaltımının sürdürülmesi, solunum, öksürük, sfinkter ve ekstremitelerde egzersizlerinin yaptırılması, kabızlığın önlenmesi için gerekli diyet düzenlemelerinin yapılması gerekmektedir (Gray R 1999, Kiwiniemi K 1999, Keetch D W 1998, Vasseur A S 1998, Weaver J 2001) .

Endoskopik prostat cerrahisi sonrası bireyler ortalama 3-4 günde taburcu olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hastane maliyetlerinin artması ve teknolojik gelişmelerin sonucu olarak hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri kısalmıştır (Hoeman P S 1996, Mistiaen P 1997, Vasseur A S 1998, Wilson D E 1997). Hastanedeki bakım süresinin kısılması nedeni ile ameliyat olan hastaların ev bakımındaki gereksinimleri artmaktadır (Maman J 1992, Vasseur A S 1998). Ancak ülkemizde prostat cerrahisi geçiren bireyler 5-7 gün arasında hastaneden taburcu olabilmektedir.

Prostat cerrahisi geçiren bireyler evlerine günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak ve üriner boşaltım problemleri ile taburcu olmaktadır. Ayrıca kollojen sentezi tamamlanmadığı için yara yeri iyileşmesi açısından riskli olan yedi ile onikinci günleri sağlık ekibinden uzak ve yetersiz destek ile geçiren bireylerin kanama , yara enfeksiyonu ve yara açılması gibi istenmeyen komplikasyonlar ile tekrarlı olarak sağlık kuruluşlarına başvurmak zorunda kaldıkları belirlenmiştir. Ameliyat sonrasındaki ilk haftalarda gelişen üriner boşaltım ile ilgili sorunlar da bireylerin sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (Castle R 2000, Goldrick B A 1993, Thatchery J 1996, Zink M R 1994).

Mistiaen ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada taburculuk sonrasında özellikle yaşlı bireylerin evdeki yaşamlarında daha çok sorun yaşadıkları ancak sağlık personelinin yardım almadıkları belirlenmiştir

(Mistiaen P 1997). Yapılan çalışmalarda prostat cerrahisi uygulanan bireylerin genellikle yaşlı bireyler olduğu ve bu nedenle ameliyattan sonra daha çok kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Warmkessel J H 1999, Kiwiniemi 1999). Ayrıca Fillon'un (2000) çalışmasında da prostat cerrahisi sonrası bireylerin günlük yaşam aktivitelerine dönmek için acele ettikleri, sonuçta da diğer cerrahi işlemlere göre daha yüksek oranda taburculuk sonrası komplikasyon yaşadıkları belirlenmiştir (Fillon M 2000). Gray ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada erkeklerin iyileşmeyi, yaşamlarının kontrolünü ele almak ile fiziksel kapasitelerini arttırmayı eşdeğer olarak tanımladıkları, iyi hissetmeyi ise işleri yapmak için gerekli enerjiye sahip olma olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Gray R E 1999). Konu ile ilgili Philips'in çalışmasında da prostat cerrahisi geçiren hastaların eşleri, eve döndükten sonra eşlerinin eski aktivitelerine dönmek için kendilerini zorladıklarını ve kendilerine iyileşme için zaman tanımadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Philips C 2000). Yapılan çalışmalarda prostat cerrahisi sonrasındaki olayların stress yaratıcı olduğu ve ameliyat olan bireyler ile eşlerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada bireylerin yaşadıkları sorunlara yönelik sağlık ekibinden destek almak yerine sessiz kalmayı tercih ettikleri için özellikle cerrahi işlemden sonraki ilk üç ayı, hem sahip oldukları yetersiz bilgi hem de yetersiz sağlık ekibi desteği nedeni ile zor geçirdikleri ve en sıkıntılı dönem olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Moore K N 1999, Pateman B 2000).

Hastaların taburculuk sonrasında evde bakımının planlanmasından sorumlu olan sağlık ekibinin merkezinde hemşireler yer almaktadır. Bu nedenle taburculuk eğitimini etkin bir şekilde vermek, bireylerin evde yaşayacakları süreci yakından izlemek, bireylerin komplikasyon gelişmeden normal yaşamlarına dönmelerini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini belirlemek ve bunlara yönelik müdahaleleri geliştirmek hemşirelerin görevidir. Böylece prostat cerrahisi sonrası bireylerin en kısa zamanda günlük yaşam aktivitelerine dönmeleri

sağlanabilir (Keetch D W 1998, Postacıoğlu Z 1985, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992). Prostat cerrahisi sonrası günlük yaşam aktivitelerinin en az düzeyde etkilenmesi için taburculuk planında hastalara ağrı, mesane spazmı, aktiviteler, diyet, kabızlık, araba kullanımı, üriner kontrolün aşamaları, cilt bakımı, idrar kateterinin bakımı, komplikasyonlar ve cinsel yaşam ile ilgili kapsamlı bir eğitiminin verilmesi gerekmektedir (Keetch D W 1997, Kring D 2003, Lewis S 2002, Moore K N 1999, , Vasseur A S 1998, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992).

I - 2. Araştırmanın Amacı :

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası 7-10. günlerde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeylerinin ve komplikasyon gelişme durumlarının belirlenmesi .

II. GENEL BİLGİLER :

Yaşla birlikte görülme oranının arttığı bilinen Bening Prostat Hiperplazisi erkeklerde görülen biyolojik dejenerasyonun sonucudur (Kivinicmi K 1999, Trucman P 1999). Terminolojik olarak BPH, prostat dokusunun asiner hücrelerindeki kötü huylu olmayan epitel hücre sayısının artışı ifade etmektedir. BPH prostat bezinde oluşan büyümedir ve erkeklerde hücre sayısının artmasına bağlı gelişen sorunlar arasında en sık karşılaşılan durumdur. BPH yaşamı tehdit etmeyen bir durum olmasına rağmen, gece ve gündüz sık idrar yapma gereksinimi nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, geceleri de görülen sık idrar yapma isteğinin rahat uyku ve dinlenmeyi engellemesi nedeni ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. BPH siyah ve beyaz ırkta aynı oranda görülmektedir (Lewis S 2002).

Prostat ile ilişkili diğer bir problem de prostat kanseridir. Prostat kanseri, prostat dokusunun dışını etkileyen, Amerika'da cilt ve akciğer kanserinden sonra ikinci sırada ölüm nedeni olan kanser türüdür. Avustralya'da her yıl 57.000 erkeğin prostat kanseri olduğu ve 25.000 erkeğin bu nedenle öldüğü bildirilmektedir (Lewis S 2002). Kesin nedeni belli olmamakla birlikte genetik faktörlerin, ileri yaşın, şişmanlığın, hayvansal yağlar ile ağırlıklı beslenmenin, düşük sosyoekonomik durumun, A ve D vitamini yetersizliğinin rol oynadığı düşünülen prostat kanserinin siyah ırkta beyaz ırka oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Prostat kanserlerinin büyük çoğunluğu yavaş büyüyen adenokarsinomlar olduğu için erken evrelerde belirtisizdir ve genellikle 60 yaşından sonra tanımlanmaktadırlar. Prostat kanserleri ilerledikçe BPH ile aynı belirti ve bulguları vermekte, tümörün büyümesi ile birlikte komşu lenf bezlerine, kemiklere, karaciğer ve akciğere yayılımlar görülebilmektedir. Yapılan araştırmalarda BPH olan bireylerin prostat kanserine yakalanma oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren bulgular yoktur (Warmkessed H J 1999).

II-1. PROSTATIN ANATOMİSİ :

Prostat, symphysis pubisin arkasında mesane tabanında bulunan ve üretrayı çevreleyen, yaklaşık olarak 18 gr ağırlığında , 4cm X 3cm X 2cm boyutlarında, anterior, posterior, median ve iki lateral lob olmak üzere beş lob içeren, %30'u kas ve %70'i epitel hücrelerden oluşan yardımcı bir üreme organıdır (Bishop P 2003, Warmkessel J H 2002, Myers P R 2002).

Prostatı ikiye ayıran üretra bölümü, prostatik üretra olarak da tanımlanmaktadır. Bu alan mesane dokusunun devamı olan ince bir düz kas tabakası ile kaplıdır. Bu düz kas tabakası üretra arkasında istemsiz çalışan sfinkterleri oluşturmaktadır. Prostatik epitelyal hücreler asiner, bazal, transizyonel ve endokrin hücrelerden oluşmaktadır. BPH üretranın çevresindeki transizyonel zondaki asiner hücrelerden oluşmaktadır (Bishop P 2003, Willis D 1992).

II-2. ETYOLOJİ :

Tam nedeni bilinmemekle birlikte BPH oluşumunda birçok faktörün etkili olduğu ileri sürülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda değişik risk faktörleri bildirilmesine rağmen standart tanımlamanın yapılamamış olması nedeni ile sonuçlar şüphe ile karşılanmış ve BPH gelişiminde iki faktörün büyük etkisi olduğu ortaya konmuştur. Bunlardan birincisi yaş ile birlikte görülen endokrin değişikliklere bağlı hücre sayısındaki artış, ikincisi de fonksiyonel testis yani androjenik hormon varlığıdır. Ancak BPH gelişim sürecinde bu iki temel faktör etrafında şekillenen ve oldukça karmaşık bir etkileşim ağı içerisinde faaliyet gösteren diğer etmenler de hormonlar, stromal-epitelyal etkileşim, büyüme faktörleri ve proto onkogenlerdir. Bazı çalışmalarda ise ailesel yatkınlığın rol oynadığı belirtilmektedir (Lewis S 2002).

II-3. BPH ' IN PATOFİZYOLOJİSİ :

BPH'ın patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte tıkanıklığın gelişimi ve yarattığı etkilere göre iki aşamadan söz edilebilir .

1.Kompanze Dönem :

a. İrritatif: Darlığın (stenozun) saptandığı ilk aşamadır.

b.Obstrüktif: Anatomik darlığa bağlı tıkanıklığın oluştuğu alanın üzerinde idrar basıncının yüksek olmasına bağlı belirti ve bulguların görüldüğü aşama .

2. Dekompanze Dönem: Yüksek basınca bağlı mesanede oluşan gerilim (retansiyon), üriner sistemde görülen enfeksiyonlar, üreterlerde idrarın birikmesi (hidroüreteronefroz) ve böbrek yetmezliğinin geliştiği aşamadır.

BPH olan bireyler idrar akışındaki tıkanıklık ve irritasyon ile ilişkili belirtiler nedeni ile yardım arayışına girmektedirler. Prostatın büyüklüğü ile ortaya çıkan tıkanıklık belirtileri arasında bir ilişki yoktur. Orta derecedeki BPH ciddi tıkanıklık bulgularına neden olabilirken, ciddi hiperplazilerde daha hafif tıkanıklık bulguları görülebilmektedir. Bu nedenle hiperplazinin boyutundan çok yerleşim yeri ve etkilediği alan önemli olmaktadır (Bishop P 2003, Lewis S 2002, Willis D 1992).

BPH'da büyüme üretrayı çevreleyen alandaki prostat dokusunda olduğu için idrar akışı ile ilgili tıkanıklıklara ve mesane kaslarında kollojen artışına ve kontraksiyon kusuruna neden olmaktadır. Bunun sonucunda da idrar akışını başlatmak için daha fazla bir basınca gereksinim doğmakta ancak kaslarda da güçsüzlük olduğu için mesane içindeki idrarı tam olarak boşaltamamaktadır. Mesanede fazla miktarda rezidüel idrarın birikmesi sonucu gece ve gündüz sık idrar yapma isteği, ve idrar yolu enfeksiyonları görülmektedir. Daha ileri aşamalarda mesane boynundaki venüllerdeki kanama nedeni ile kanlı idrar (hematüri) görülebilmektedir (Bishop P 2003, Lewis S 2002, Willis D 1992).

II-4. BPH'A BAĞLI İDRAR BOŞALTIMINDA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER :

İdrar Akış Hızında Azalma ⇒ Genişleyen prostat dokusunun prostatik üretra kanalını daraltması sonucu idrar akış hızında azalma görülmektedir.

İdrar Yaparken Ağrı-Zor İdrar Yapma ⇒ Prostatik üretradaki tıkanıklık sonucu idrar akışının zorlaşması ve mesane kaslarında kollojen artışına bağlı olarak gelişen güçsüzlük sonucu görülmektedir.

İdrar Yapma Sürecinde Uzama ⇒ Prostatın yarattığı tıkanıklık ve mesane kaslardaki güçsüzlük sonucu mesane yavaş boşalmaktadır.

İdrar Yapımından Sonra Damlama ⇒ Mesane kasının kasılma yeteneğindeki azalma sonucu idrar yapma ve sonlandırma işlemi zorlaşır.

Günlük İdrar Yapma Sayısında Artış ⇒ Mesane kasının kasılma yeteneğindeki azalma sonucu tam olarak boşalamaması nedeni ile ortalama iki saatte bir idrar yapma gereksinimi görülmektedir.

Acil İdrar Yapma İsteği ⇒ Mesanede biriken idrarın yarattığı basınç nedeniyle pubis üzerinde ağrı ve idrar yapma isteği görülmektedir.

Gece İdrar Yapma İsteği ⇒ Mesanenin tam olarak boşalamaması sonucu geceleri de idrar yapma isteği ile uyanma görülmektedir.

İdrar Retansiyonu ⇒ Mesanenin tam olarak boşalamaması sonucu mesanede aşırı idrar birikimi görülebilir.

Taşma İnkontinansı ⇒ Mesanede fazla idrarın birikmesi sonucu sfinkter kontrolünün kaybı ile istemsiz idrar akışı gelişebilir.

Kanlı İdrar Yapma ⇒ Prostat dokusunun büyüyerek mesane boynundaki prostatik damarlarda yırtılma sonucu görülür.

Tekrarlayan Üriner Sistem Enfeksiyonları ⇒ Mesanede bulunan rezidüel idrar miktarının artmasına bağlı olarak görülür.

Üriner Sistem Taşları ⇒ Mesanede sürekli idrarın birikmesine bağlı taşlar oluşabilir (Bishop P 2003, Kiviniemi 1999, Willis D1992).

II-5. BPH'A BAĞLI ÜRİNER SİSTEMDE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

BPH belirtilerinin 20 yılda yavaş yavaş geliştiği bilinmektedir. Bireylerin BPH'ın yarattığı fiziksel kısıtlılıkları normal yaşlanma sürecinin özellikleri olarak algılamadıkları yada utanç ve korku gibi nedenlerden dolayı tedavi arayışına geçmedikleri bildirilmektedir (Thorpe A C 2000). BPH'ın uzun süre devam eden etkileri nedeni ile üriner sistemde de bazı değişiklikler görülmektedir. Bunlar;

1. Üretrada Görülen Değişiklikler:

Özellikle ileri derecede büyümüş prostat dokusuna bağlı olarak üretrada şekil bozukluğu (deformasyon), boyunda uzama (elagasyon) ve yer değiştirme (deviasyon) gibi değişiklikler izlenebilir. Uzun süre devam eden tıkanıklığa bağlı olarak mesanede de çeşitli şekil bozuklukları olmaktadır.

2. Mesanede Görülen Değişiklikler:

Tıkanıklığın mesane iç basıncını yükseltmesi sonucu Detrüör kasının boyutunda genişleme (hipertrofi) ve intramüsküler alanda kollojen artışı görülür. Detrüör kasındaki bu genişleme kasılma yeteneğinin azalmasına ve mesanenin tam olarak boşalamamasına neden olmaktadır. Uzun süre idrar birikimine bağlı olarak istemsiz idrar kaçırma (taşma inkontinansları) görülebilmektedir.

3. Üreterler ve Böbreklerde Görülen Değişiklikler:

Mesane ile üreterlerin (Üretrovezikal) birleşim yerindeki yüksek basınca bağlı genişlemeler (divertiküller) oluşabilir. Bunun sonucunda da idrarın üreticilerde doğru geri göllenmesi (üretrovezikal reflü) ve böbreklerde idrar birikmesine bağlı şişme (hidronefroz) görülebilmektedir. Üreterler ve böbreklerde genişlemeler sonucu böbrek fonksiyonlarında gerileme ve böbrek yetmezliği tablosu gelişebilmektedir (Lewis S 2002).

II-6. HASTA TANILAMA VE DEĞERLENDİRME:

BPH'a bağlı fiziksel kısıtlılık yaşayan bireyler ancak yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmeye başladığı zaman daha iyi bir gelecek ümidi ile yardım arayışına geçmektedirler (Thorpe A C 2000). BPH'ı değerlendirmeye yönelik olarak hastadan öykü alınması, fizik muayene, idrar testleri, kan testleri, böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için serum kreatin testleri, prostat spesifik antijeninin (PSA) araştırılması yapılmaktadır (Cespedes D 2002, Sebesta M 2002).

Fizik Muayene:

Fizik muayenede, basit ve ucuz bir yöntem olması nedeni ile rektal muayene önemlidir. Rektal muayene ile prostat büyüklüğü tahmin edilebilmekte, prostat kanserini düşündürecek sert kitle (nodül) ve yayılımlar saptanabilmektedir. Fizik muayene ile prostat lobları simetri ve anormal dokular yönünden değerlendirilebilmektedir. Amerikan Kanser Birliği 50 yaşından sonra riskli bireylerin her yıl rektal muayene ile kontrol edilmesi gerektiğini bildirmektedir (Warmkessel H J 2002).

Üroflowmetri:

Üroflowmetri, işeme sırasında akım hızının elektronik olarak kaydedilmesini sağlayan bir tekniktir. Basit bir teknik olması nedeni ile BPH'ın değerlendirilmesinde ve tedavi sonrası izlemde kullanılır.

Tam İdrar Analizi:

Tam idrar analizleri BPH'a bağlı gelişen, üriner sistem enfeksiyonlarının saptanmasında kullanılır (Cespedes D 2002, Sebesta M 2002).

Prostat Spesifik Antijeni (PSA):

Prostat spesifik antijeni normal prostat asiner hücrelerinden salınan semeni likefiye eden (sıvılaştırıcı) bir tür glikoproteindir. Prostat bütünlüğü herhangi bir nedenle bozulduğu zaman PSA dolaşıma geçmektedir. Kandaki normal PSA seviyesi 4 ng/ml'dir. PSA

seviyesindeki yükselme prostat hücrelerindeki büyümenin göstergesi olabilir. PSA düzeyi ayrıca yaşlanma, enfeksiyon, prostat dokusuna uygulanan iğne biyopsisi gibi travmatik işlemlere bağlı da yükselebilir. Sonuç olarak, özellikle 50–70 yaş grubundaki her hastada ve aile öyküsü nedeni ile yüksek risk taşıyanlarda 40 yaşından sonra PSA tetkiki yapılması önerilmektedir (Lewis S 2002, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992).

Rektal Ultrasonografi:

Rektal Ultrasonografi ucuz ve daha kesin bir tetkik olması nedeni ile büyük ölçüde kullanılmaktadır. Böbrek – mesane ultrasonografisi ile üst üriner sistemdeki anormallikler ve mesane taşları gibi anormallikler saptanabilmektedir. Özellikle rektumdan yapılan (transrektal) ultrason ile prostatın yapısı ile ilgili daha ayrıntılı veri elde edilebilmektedir (Lewis S 2002, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992).

İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacmin Saptanması:

İdrar yapımından sonra mesanede kalan idrar hacmine rezidüel idrar hacmi denir. Normalde erkeklerde 12 ml'nin altında olması gerekmektedir. 50 ml'nin üzerindeki bir rezidüel idrar hacmi önemli bir boşaltım sorununun işaretidir. BPH hastalarında da rezidüel idrar miktarının giderek artması sonucu gece ve gündüz sık idrar yapma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu durum zamanla taşma tipi idrar inkontinanslarına da neden olabilmektedir (Lewis S 2002, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992).

Endoskopi:

Endoskopik muayene yöntemi ile prostat loblarının büyüklüğü, mesane içi değişiklikler değerlendirilmekte ve uygun cerrahi tedavi yöntemini seçilebilmektedir (Lewis S 2002, Willis D 1992).

II-7. BPH'de Tedavi:

7-a- Konservatif Tedavi: Riskli gruplarda yada hafif BPH yakınmaları olan bireylerde, rutin fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri normal olan hastalarda belirti ve bulgularda ilerleme olmadığı sürece tedaviye başlamadan periyodik izlemler yapmayı ifade eden bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem ayrıca sağlık durumu yetersiz, birden fazla tıbbi problemi, beklenen yaşam süresi kısa olan yada kesin tanı konulamayan bireylerde uygulanmaktadır. En büyük riski hastalığın ve semptomlarının ilerlemesidir. Bu tedavi seçeneğinde hastalara düzenli kontrollerin önemi vurgulanmalıdır (Bryan N P 1999, Lewis S 2002, Miranda B J 2001, Willis D 1992, Warmkessel J H 2002).

7-b- Tıbbi Tedaviler:

BPH'de doğal seyri ve prostat dokusunun büyümesini yavaşlatan farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır (Bryan N P 1999, Lewis S 2002, Miranda B J 2001, Willis D 1992).

7-c- Cerrahi Tedavi Yöntemleri:

İdrar akışındaki azalmaya bağlı rahatsızlıklar arttığında, mesanede sürekli idrar kalmaya başladığında, tekrarlayan akut retansiyonlar ve üriner sistem enfeksiyonları, hidronefroz yada ilerleyici hematüriler varsa cerrahi işlem uygulanmaktadır. BPH'in cerrahi tedavisi prostat adenomlarının çıkarılması şeklinde yapılır. Uygulanacak olan cerrahi işlemin tipi prostat dokusunun boyutuna ve etkilerine bağlıdır (Bryan N P 1999, Lewis S 2002, Miranda B J 2001, Willis D 1992).

7-c-I. Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P):

Endoskopik olarak üretral yoldan prostat dokusunun çıkarılmasıdır. Cerrahi kesi yapılmaksızın 45gr'dan küçük prostat dokularının çıkarılması için kullanılan bir yöntemdir. Ancak prostat dokusunun tamamının çıkarılamaması nedeni ile BPH' ın tekrarlama olasılığının yüksek olması dezavantajıdır (Lewis 2002, Willis D 1992).

7-c-II. Açık Prostatektomi:

Büyümüş prostat dokularının pubis üstü (suprapubik), pubis altı (retropubik) veya perianal yollar ile çıkarılmasıdır. TUR-P işlemine göre daha uzun süreli kateterizasyon ve hastanede kalış süresi gerektirdiği için komplikasyon gelişme oranı daha yüksektir (Lewis S 2002, Sullivan L D 2000, Willis D 1992).

II-8. PROSTAT CERRAHİSİNİN KOMPLİKASYONLARI:

Prostat cerrahisi sonrası tıkanıklık ve irritasyon şikayetlerinde azalma saptanmakla birlikte (Gacci M 2003) özellikle açık prostat cerrahisi sonrası kanama, ağrı, enfeksiyon, mesane spazmı, idrar kaçırma ve cinsel fonksiyon kaybı gibi ciddi komplikasyonlar görüldüğü belirlenmiştir (Fillon M 2000, Gray R 1999, Lewis S 2002, Moore K N 1999, Myers P R 2002, Noldus J 2003, Pateman B 2000, Phillips C 2000, Yao L S. Yao L G 1999). Bireyler ameliyat sonrası dönemde bu problemler ile karşılaştıkları zaman sıkıntı yaşamaktadırlar. Bazen bu problemlerin yoğun yaşanması nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışların olması iyileşme döneminin daha da sıkıntılı geçmesine neden olmaktadır (Phillips C 2000).

Prostat dokusu kanlanması fazla olan bir organ olduğu için arter ve venöz kaynaklı kanamalar açısından riskli bir organdır. Bu nedenle işlem sonrası kanamayı durdurmak ve üriner drenajı sağlamak amacı ile operasyon alanına balonlu bir kateter yerleştirilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde bu kateterden gelen kırmızı drenajın 24 saat içinde pembeye dönmesi gerekmektedir (Lewis S 2002, Weawer J 2001). Ayrıca prostat cerrahisi sonrası mesane sürekli olarak, pıhtılaşan kanın uzaklaştırılması ve idrar akışının devamını sağlamak amacı ile önerilen sıvılarla yıkanmaktadır (irrigé edilir). Bu işleme 24 saat boyunca veya idrarda pıhtı kalmayınca kadar devam edilmektedir. Prostat cerrahisi sonrası

24 veya 36 saat kanamanın olması normaldir ancak idrarda daha uzun süre veya daha fazla miktarda kırmızı kan hücrelerinin bulunması aktif kanamayı göstermektedir. Kanamalar, kateterin yerinden çıkması, büyük bir pıhtının yerinden kopması veya karın içi basıncının artması sonucu gelişmektedir. Uzun süre oturma, yürüme ya da valseva manevrasının kullanılması gibi aktiviteler karın içi basıncın artmasına ve kanamaya neden olan aktivitelerdir. İyileşme döneminde yaşanan kabızlık sorunları, karın içi basıncın artmasına ve operasyon alanında kanamaya neden olmaktadır. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde her bireye dışkılamayı kolaylaştırıcı posalı diyetler önerilmekte ve laksatif (dışkı yumuşatıcı) ilaçlar verilmektedir (Lewis S 2002). Kabızlık nedeni ile oluşan kanamalar veya pıhtıların kateterleri tıkanması sonucu idrar yapamama gibi sorunlar nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışlar görülebilmektedir (Leibman B D 1998, Yao L S, Yao L G 1999).

TUR-P işlemini hemen takiben gelişmesi olası bir diğer komplikasyon ise su intoksikasyonudur (TUR-P Sendromu). Bu sorun işlem sırasında yırtılan prostat kapsülündeki venöz sinüslerden veya mesane duvarından irrigasyon sıvısının aşırı emilmesine bağlı olarak gelişmektedir. Venöz sistemden fazla sıvının emilmesi dolaşım yüklenmesine neden olmaktadır. İrrigasyon için elektrolit içermeyen sıvıların kullanılması hücre içindeki su ve sodyumun intertisyel aralığa geçmesine ve bireyde hiponatremi gelişmesine neden olmaktadır (Lewis S 2002, Willis D 1992). Su intoksikasyonunun gelişmesini önlemek için irrigasyon sırasında kullanılan sıvıların miktarı düzenli olarak kayıt edilmeli ve hastaların bilinç düzeyleri dikkatle izlenmelidir.

Açık veya kapalı prostat cerrahisi sonrası bireylerde sıkıntıya neden olabilen diğer bir durum da mesane spazmlarıdır. Mesane spazmları cerrahi işlem sırasında kullanılan araçların mesane mukozasında yarattığı hasara, yerleştirilen katetere veya kateterin pıhtı nedeni ile tıkanmasına bağlı oluşan basınç artışı sonucu gelişmektedir. Mesane

spazmı yaşayan bireylerde kateter pıhtı ve tıkanıklık yönünden değerlendirilmeli eğer tıkanıklık varsa giderilerek idrar akışının devamlılığı sağlanmalıdır. Spazmı ve ağrıyı azaltmak için antispazmotikler ve gevşeme teknikleri kullanılabilir. Kateter genellikle ameliyattan 2-4 gün sonra çıkarılmaktadır. Hastalar kateter çıktıktan 6 saat sonra idrar yapmalıdır. Eğer hasta idrar yapamıyorsa tekrar kateter takılabilmektedir (Lewis S 2002, Shelfo S W 1998, Siston K A 2003, Stevens R A 1997).

Prostat cerrahisi sonrası yaşanan sorunlardan bir diğeri de cinsel fonksiyon kaybı ve idrar kaçırmadır. Nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte kateterin çıkmasından sonra kas gücünde meydana gelen azalma sonucunda hastalarda cinsel sorunların ve idrar kaçırmaya problemlerinin yaşandığı düşünülmektedir. Cinsel fonksiyon kayıpları ve idrar kaçırmaya hastalarda sık görülen ve önemli sıkıntılara neden olabilen sorunlardır. Sebesta'nın yaptığı çalışmada 65 yaşından genç bireylerin 65 yaşından daha yaşlı bireylere göre daha az oranda idrar kaçırmaya sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Sebesta M 2002, Warmkessel J H 1999). İdrar kaçırmaya genellikle cerrahi işlemden sonraki ilk bir-iki hafta içinde görülebilmektedir. İdrar kaçırmayı önlemek için kas gücünü arttırmak amacı ile hastalara ameliyattan dört hafta sonra başlayacak şekilde her saat 10-20 defa kegel egzersizleri yaptırılmaktadır. Bireylerin normal idrar yapma alışkanlığını kazanması birkaç haftayı alabilmektedir. Bazen tam idrar kontrolünü yeniden kazanmak 12 ay sürebilmektedir. 12 aydan daha fazla süre idrar kontrolünün sağlanamadığı durumlarda ise hasta kondom kateter veya hasta bezi kullanmaya yönlendirilebilmektedir. Önemli olan hastaların idrar kaçırmaya problemleri ile baş edebilecekleri yöntemleri bulmalarını sağlamak ve sosyalizasyonlarını sürdürmektir (Fillon M 2000, Lewis S 2002, Moore K N 1999, Peyromaure M 2002, Philips C 2000, Warmkessel J H 1999).

Cinsel fonksiyon kayıpları ise dört – altıncı haftalardan sonra özellikle de TUR-P işlemi uygulanan yaşlı hastalarda ortaya çıkmaktadır. Dört – altıncı haftalardan sonra cinsel problemlerin ortaya çıkmasının nedeni bireylerin ameliyata bağlı cinsel yaşam ile ilgili kısıtlamalarının bu haftalardan sonra sonlanması nedeniyledir. Cinsel sorunların nedeni genellikle strestir. Bu konuda erken dönemde eşler arasında iletişim sağlanmalı ve bireyler bu soruna yönelik yardım almaları için desteklenmelidir (Litwin M S 1999, Philips C 2000, Warmkessel J H 1999).

Hastalar ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon belirtileri yönünden de gözlenmelidir. Eğer açık cerrahi uygulanmış ise insizyon alanı kızarıklık, ısı, ödem ve akıntı yönünden gözlenmelidir. Eğer perianal bir insizyon söz konusu ise cerrahi kesinin anüs ile komşuluğu nedeni ile enfeksiyonlara yönelik daha özel bir dikkat gerekmektedir (Condie J D 1999, Lewis S 2002, Moore K N 1999).

Yine mesane irrigasyonu sırasında bakterilerin üriner sisteme kolay ulaşma olasılığı yüksek olduğu için aseptik tekniğe dikkat edilmelidir. Üretral irritasyon ve mesanede enfeksiyon riskini önlemek için bireylere, idrar torbasının giysilerine nasıl sabitleneceği, torbayı taşıma yöntemleri öğretilmeli ve düzenli kateter bakımı yapılmalıdır. Kateter çıkarılincaya veya değiştirilinceye kadar kapalı drenaj sistemi devam ettirilmelidir. Ayrıca günlük olarak su ve sabun ile perine bakımı verilmelidir (Lewis S 2002, Warmkessel J H 1999).

II-9. PROSTAT CERRAHİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI:

II-9. a- Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat öncesi dönem cerrahi işleme karar verilmesi ile başlayan ve hasta ameliyathaneye alınuncaya kadar devam eden bir süreçtir. Ameliyat olacak tüm hastalara fizyolojik, psikolojik ve yasal hazırlıklar yapılmaktadır. Psikolojik hazırlıklar ile ameliyat olacak tüm hastaların ameliyat öncesinde işlem ve sonrasında yapılacak uygulamalar hakkında bilgilendirilmeleri yolu ile anksiyeteleri azaltılmaya çalışılır. Yapılan bir çalışmada bütün hastaların ameliyat öncesi dönemde anksiyete yaşadıkları, anksiyete düzeylerinin ameliyattan sonra birkaç gün daha yüksek devam ettiği ve yüksek anksiyetenin bireylerin algılama yeteneklerini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumlarını bozduğu belirlenmiştir (Clark E 2001, Josten L 1993, Kiwiniemi K 1998).

Yapılan birçok çalışma ameliyat öncesinde uygun bilgi vermenin hastaların anksiyetesini ve ameliyat sonrası ağrı deneyimini azalttığını göstermektedir. Ayrıca ameliyat öncesi dönemde verilen bilginin ameliyat sonrası analjezik kullanımını da azalttığı belirlenmiştir (Callaghan P 1998, Moore K N 1999). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde rutin işlemler ile ilgili bilgi verilerek bireylerin anksiyeteleri azaltılmaya çalışılır. Ancak Callaghan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genel bilgilendirmeye oranla yapılacak ameliyata özgü bilgi vermenin anksiyeteyi azaltmada daha etkili olduğu belirlenmiştir. Callaghan'ın belirttiğine göre Hazel'in (2003) yaptığı çalışmada hastalara, uygulanacak olan ameliyata özgü bilgi vermenin ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanımını azalttığı ve bilgi verme ile anksiyete-ağrı arasında belirgin bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yine Calaghan'ın (1998) belirttiğine göre Mlynozak'ın (1989) yaptığı çalışmada yaşanan anksiyete şiddetinin, ameliyatın türüne ve birey için taşıdığı anlama göre değiştiği, histerektomi ameliyatı olan kadınların kolesistektomi ameliyatı olan kadınlara oranla daha yüksek anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Callaghan P 1998).

Ameliyat öncesi hazırlık hastaların;

- * Ameliyattan önce daha az anksiyete yaşanmasına
- * Ameliyattan sonra yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine
- * Ameliyat sırasında daha az anestetik madde, ameliyattan sonra daha az analjezik kullanılmasına
- * Strese tepki olarak daha az kortikosteroid salınmasına
- * Ameliyattan sonra iyileşmenin hızlanmasına ve erken taburcu olmalarını sağlamaktadır (Bölükbaşı N 1996, Yılmaz M 2000, Özcan A 1990).

Sonuç olarak ameliyat öncesi dönemde cerrahi işleme özgü verilen bilginin hem anksiyete düzeyini hem de ameliyat sonrası komplikasyon gelişme oranını azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Callaghan P 1998).

Prostat ameliyatına karar verme ve işlemin uygulanması bazen birkaç ay sürebilmektedir. Bu süreçte hastalar ve hastaların eşleri üretradan işlemin nasıl yapıldığı ile ilgili veya bazı hastalara TUR-P uygulanırken bazılarında açık cerrahi işlem uygulanmasının nedenini ve bunun nasıl belirlendiğini merak ettiklerini ifade etmektedirler (Kiwiemi K 1998, Churchill J A 1997). Olumlu hastane deneyimleri olan hastaların prostat ameliyatını bekleme sürecinde daha rahat, önceden olumsuz deneyimi olanların ise daha anksiyeteli ve gergin oldukları belirlenmiştir. Başka bir çalışmada eşler, cerrahi işlemin beklendiği sürecin zor ve uzun olması nedeni ile olumlu başatma yeteneklerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (Philips C 2000). Prostat ameliyatı öncesinde daha az anksiyete yaşanmasında ve ameliyat sonrası dönemde daha etkili baş etme yeteneği gösterilmesinde eşlerin desteğinin oldukça önemli olduğu belirlenmiştir (Kiwiemi K 1998). Philips ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahi işlemi bekleyen eşlerin işlemin sonuçları, işlemin eşler arasındaki ilişkiye olan etkilerini nedeni ile anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (Philips C 2000). Gray'ın belirttiğine göre de meme kanseri olan hastaların eşleri ile yapılan bir çalışmada etkin başatma yöntemleri olan kocaların eşlerinin daha az anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Gray R E 1999).

Ameliyat sonrası döneme yönelik olarak iyileşmeyi hızlandırmak ve komplikasyon önlemek amacı ile hastalara verilen eğitimin içeriğinde erken mobilizasyon, derin solunum egzersizleri, idrar, barsak boşaltımı ve cerrahi işlemin cinsel yaşama olan etkileri ile ilgili bilgiler de yer almaktadır. Erken mobilizasyon, kan akımının ve yara iyileşmesinin hızlanmasını, barsak ve mesane fonksiyonlarının daha kısa sürede normale dönmesini, bağımsızlığın daha çabuk kazanılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle hastaya ameliyat sonrası erken dönemde mobilize olmanın yararları ile ilgili işlem öncesinde bilgi verilmelidir (Warmkessel J H 1999). Ayrıca erken mobilizasyon ameliyat sırasında yavaşlayan metabolizma ve kan akımına bağlı gelişebilecek Derin ven trombozu gelişimi riskini de azaltır. Bu nedenle hastalara işlemden sonra derin ven trombozu gelişimini önlemek için erken mobilizasyonun önemi ve nasıl mobilize olunacağı öğretilmelidir (Warmkessel J H 1999, VasseuR A S 1998).

Derin solunum egzersizleri anesteziye bağlı yavaşlayan akciğer fonksiyonlarının eski kapasitesine dönmesine ve yara iyileşmesinin hızlanmasına yardımcı olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastalara bu egzersizleri ne zaman ve nasıl yapması gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir. Ancak öksürme egzersizleri sırasında karın içi basıncının artmaması ve buna bağlı kanamaların oluşmaması için ameliyat sonrası dönemde hastaların sadece derin solunum egzersizlerini yapmaları istenmektedir (Warmkessel J H 1999 , Weawer J 2001). Öksürme isteğini baskılamak ve sekresyonları yumuşatmak için ameliyat sonrası dönemde uygun ilaçların kullanılacağı hastalara açıklanmalıdır.

Hastalara ameliyattan önce cerrahi işlemin yapılacağı alanın daha rahat görülmesi için barsak boşaltıcı ilaçlar verileceği açıklanmalıdır. Prostat ameliyatında , işlem alanının bağırsaklara olan komşuluğu nedeni ile enfeksiyon riski yüksektir. Bu nedenle hastalara ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon riskini önlemek için antibiyotik tedavisi uygulanacağı açıklanmalıdır (Warmkessel JH 1999).

Ameliyat öncesi dönemde prostat bezinin büyümesi nedeni ile oluşan tıkanıklığa bağlı idrar yapamama sorunu geliştiği için üriner kateter takılarak idrar drenajı sağlanmaktadır. İdrar drenajı sırasında mutlaka aseptiye dikkat edilmelidir. Eğer bir üriner enfeksiyon var ise cerrahi işlemden önce mutlaka tedavi edilmeli ve uygun ise günlük olarak hastaya 2-3 lt sıvı verilmesi ile enfeksiyon kontrolü sağlanmaya çalışılmalıdır (Lewis S 2002). Ayrıca hastalara üriner kateterin ameliyattan sonra ne kadar süre ile kalacağı takılacağı ve işlevi açıklanmalıdır (Warmkessel J H 1999).

Prostat cerrahisi geçirecek olan hastalar genellikle uygulanacak olan cerrahi işlemin cinsel yaşamları üzerine olacak etkilerini merak etmektedirler (Kiwiniemi K 1999). Hastaların cerrahi işlemin cinsel yaşam üzerine olası etkilerini, ameliyat sonrası dönemde olabilecek cinsel fonksiyon kaybına yönelik komplikasyonlar ile nasıl baş edeceklerini doktorları veya bakım veren hemşireleri ile konuşmaları için desteklenmeli ve soru sorabilecekleri uygun ortamlar sağlanmalıdır (Lewis S 2002, Peyromaure M 2002, Tomoko O 2003). Yine ameliyat sonrası dönemde idrar kaçırma sorunu ile baş etmeye yardımcı olacak Kegel egzersizleri de hastalara öğretilmelidir (Moore K N 1999, Philips C 2000).

II-9.b- Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden çıkması ile başlar ve taburculuğa kadar olan süreyi kapsar (Kiwiniemi K 1998). Tüm cerrahi işlemler sonrasındaki erken iyileşme dönemi önemlidir ancak bu dönem prostat cerrahisi geçiren erkekler için daha da önemlidir. Çünkü erken iyileşme döneminde anksiyetenin artmasına neden olabilecek her komplikasyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Philips C 2000). Bu nedenle prostat cerrahisi geçiren hastayı komplikasyonların farkında olarak izlemek gerekmektedir. Hemşirelerin hastaları bu komplikasyonlara karşı önceden hazırlamaları bireylerin sorunsuz bir iyileşme dönemi yaşamalarını sağlayabilir (Gray R 1999, Philips C 2000, Weawer J H 2001).

Prostat Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımının Amaçları;

- Komplikasyon gelişmemesi,
- Üriner kontrolün düzenlenmesi,
- Mesanenin tam boşalmasının sağlanması,
- Cinsel açıdan memnuniyetin ifade edilmesidir (Lewis 2002).

Prostatektomi sonrası kanama, mesane spazmı, idrar kaçırma ve enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi için düzenli kanama takibi, mesane irrigasyonu, sfinkter egzersizleri yapılması ve tüm girişimlerde aseptik teknik ile çalışılmasına dikkat edilmelidir (Lewis S 2002, Philips C 2000).

Ağrı Kontrolü:

Tüm cerrahi işlemlerden sonra ilk saatlerde ve ilk günlerde ağrı kaçınılmazdır. Prostat cerrahisi sonrasında da ilk hafta hastaların ağrı düzeylerinin en yüksek değerlerde olduğu belirlenmiştir (Alon W 2003). Ameliyat sonrası ilk 2 gün ağrı kontrolü analjezikler ile sağlanmakta ve analjezik kullanımı genellikle ameliyattan sonra dördüncü haftada sonlanmaktadır (Kcctch D W 1998, Wcawcr J H 2001).

Mesane İrrigasyonu:

İrrigasyon teknikleri değişmekle birlikte temel olarak iki tip irrigasyon işlemi vardır. Bunlardan ilki, 50 ml'lik solüsyonlar ile elle yapılan aralıklı irrigasyonlardır. Bu işlem genellikle ağrılı mesane spazmlarına neden olabileceği için işlemden önce ağrı kesiciler verilebilir. İşlem sırasında ise, hastanın derin ve yavaş nefes alması söylenerek rahatlatılmaya çalışılabilir. İkinci tip irrigasyon işlemi ise kateteri tıkkama olasılığı olan pıhtıları uzaklaştırmak için sürekli infüzyonlar şeklinde yapılan irrigasyon işlemidir. İrrigasyon işlemlerinde, mesane içi basıncın aşırı artması nedeni ile incelen mesane duvarını yırtma olasılığı yüksek olduğu için işlem çok dikkatli ve yavaş yapılmalı verilen kadar sıvının dışarı alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir. İrrigasyon işleminde aseptik tekniğe dikkat edilmeli ve işleme irrigasyon sıvısı berraklaşmaya kadar

devam edilmelidir (Weawer J H 2001). Bunun yanı sıra hastaya yerleştirilen idrar kateterinin kontrolü yapılmalıdır. Çünkü kateter yerinden çıkmış yada pıhtı, doku artıkları veya salgılar nedeni ile tıkanmış olabilir. Hastanın mesane dolgunluğu, alt abdominal ağrı yada idrar akışına bağlı şikayetleri var ise kateterin yerinden çıktığı veya tıkanmış olduğu düşünülmelidir (Weawer J 2001). Üriner kateter tıkanıklığı hastalarda işlemin boşa gittiği korkusuna neden olmaktadır (Kiwiniemi K 1999).

Kanama Takibi:

İşlem sonrasındaki ilk 24–48 saat idrarda kanama takibi açısından önemlidir. İdrarın açık kırmızı renkte olması aktif bir kanamanın belirtisidir. Ameliyat sonrası dönemde irrigasyon işlemleri ile kanama kontrolü sağlanamıyor ise ek bir cerrahi işleme gereksinim duyulabilir. Traksiyon işlemi uygulanan hastada işlemi aralıklı olarak durdurarak sfinkter dokusunun nekrozu önlenmelidir. Hastalara idrarda yanma hissettikleri zaman kanama olabileceği açıklanmalıdır. Kanaması olan hastaların düzenli olarak kan değerlerine bakılmalı ve gerekli durumlarda kan transfüzyonu yapılmalıdır (Keetch D W 1998, Weawer J H 2001).

Öksürme:

TUR-P sonrası kanamayı tetikleyeceği için hastaların ameliyat sonrası erken dönemde sadece solunum egzersizlerini yapmaları istenir. Sekresyon atılımını kolaylaştırmak için her hastaya düzenli olarak ameliyat sonrası dönemde mukolitik şuruplar verilmektedir (Weawer J H 2001).

Sıvı Alınımı:

Hastanın sıvı alınımı ameliyattan sonra hastaların durumlarına göre aktarılır. Sıvı alınımının artırılması, idrarın akışının kolaylaşmasını, pıhtı ve doku artıklarının üriner sistemden kolay atılmasını, idrar yapımı sırasındaki yanmanın azalmasını ve üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesini sağlar. Bu nedenle hastalara idrarda yanma şikayetlerini sıvı alımlarını arttırarak hafifletebilecekleri açıklanmalıdır (Weawer J H 2001).

Aldığı – Çıkardığı Takibi:

İdrar çıkışını kontrol etmek ve TUR-P Sendromu gelişimini önlemek için AÇT ve irrigasyon sıvısı kayıtları doğru olarak tutulmalıdır (Weaver J H 2001).

Hareket :

Yoğun irrigasyon programı bittikten sonra hastalar kademeli olarak günlük yaşam aktivitelerine dönebilmektedirler. Bireylerin kademeli mobilizasyonları sağlanarak uzun süreli oturmaya bağlı karın içi basınçlarının artması ve kanama gelişmesi önlenir (Weaver J H 2001). Ameliyattan sonra hastalar günde en az üç kez mobilize olmaları için desteklenmelidirler (Keetch D W 1998). Hastalara ağır kaldırma, aşırı egzersiz ve uzun süre dik pozisyonda oturma gibi karın içi basıncının artmasına neden olan hareketler açıklanarak günlük yaşam aktivitelerini düzenleme ile ilgili eğitimler verilmelidir (Moore K N 1992).

Kateterin Çıkarılmasından Sonraki Süreç Hakkında Bilgilendirme :

Ameliyattan sonra genellikle iki gün içinde kateter çıkarılmaktadır (Kiwiniemi K 1999). Hastalara kateter çıkarıldıktan sonra neler ile karşılaşabilecekleri ve bu koşullarda neler yapmaları gerektiği önceden açıklanmalıdır. Hastalara kateterin çıkmasından sonra başlarda idrarı kontrol etmede zorluk yaşayabilecekleri, idrarı bekletmenin mesane basıncının artmasına ve kanamaya neden olacağı açıklanmalı ve bu nedenle idrar gereksinimlerini bekletmemeleri açıklanmalıdır. Yoğun kanama veya pıhtının yarattığı tıkanıklık nedeni ile kateterin yeniden takılması hastalarda ümitsizliğe neden olabilmektedir (Kiwiniemi K 1999, Raghavan D 1996, Stone N N 2003, Trueman P 1999). Vasseur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TUR-P işlemi sonrası kateterin çıkarılmasından sonra bireylerin sık ve acil idrar yapma, hematüri, zor idrar yapma ağrılı idrar yapma gibi sorunlar yaşadıkları ancak bu sorunların oranının ameliyat öncesi dönem ile karşılaştırıldığı zaman azaldığı belirlenmiştir (Vasseur A S 1998).

II-10. Prostat Cerrahisinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi:

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) modeli Roper ve arkadaşlarının belirlediği, hemşirelik süreci uygulamasının tanılama aşamasında sorunları saptamada kolaylık sağlayan bir modeldir. GYA'leri şunlardır;

1. Hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlama ve sürdürme
2. İletişim
3. Solunum
4. Yeme ve içme
5. Boşaltım alışkanlığı
6. Bireysel temizlik ve giyim
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket
9. Çalışma ve eğlence alışkanlıkları
10. Cinselliği ifade etme
11. Uyku alışkanlığı
12. Ölüm

Mistiaen (1997) ve arkadaşlarının çalışmasında prostat cerrahisi geçiren hastaların taburcu olduktan sonra en çok evdeki aktivitelerini yerine getirmede zorlandıkları, en kısa sürede eski aktivite düzeylerine dönmeye çalıştıkları, bireylerin hastaneye yatmadan önce aktiviteleri ile ilgili daha az sorun yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada özellikle yaşlı bireylerin taburculuğun erken dönemlerinde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ile ilgili daha fazla yardım gereksinimleri olduğu ancak bu yardımı çoğunlukla birinci derece akrabalarından aldıklarını belirlemiştir (Mistiaen P 1997). BPH daha çok yaşlı bireylerde görüldüğünden, BPH nedeni ile ameliyat olan bireylerin bakımından sorumlu olan sağlık ekibinin bu hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini bilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeleri için hastanede gereken bakımı ve taburculuk eğitimini vermeleri gerekmektedir (Kiwiniemi K 1999).

II-11. Prostat Cerrahisi Sonrası Taburculuğun ve Evde Bakımın Planlanması:

Taburculuğun planlanması, tedavi ve bakımın sürekliliğini hastaneye yatmadan önce, hastaneye yatış anında ve taburculuktan sonra sağlanmasına yönelik uygulamaları içeren bir süreçtir. Hastaneden taburcu olduktan sonraki bakımın başarısı için bireylerin kabul sürecinden başlayarak devam eden değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Craaig A C 2002, Cimete G 1998, Dellasega A C 2001, Foubister V 1999, Maman J 1992, Norman B1996, Nancy J B 2003).

Taburculuk planının geliştirilmesinde bakım vermenin temelinde, sorumluluğu artık aile ve yakınları ile paylaşmak vardır. Bu nedenle bu sürece hasta, refakatçi, aile, arkadaşlar, hastane ve toplum sağlığı ekibi dahildir (Pritchard A P 1993, Smccnk F W J M 1998, Wakcrs 1987).

Taburculuk planı hastanede kalış süresini ailenin yükünü, hastaların hastanede kalış süresini, stress düzeyini, tekrarlı yatışları ve maliyeti azaltır. Taburculuk sonrası fonksiyonel durumu, bakım hizmetinden memnuniyetini, sağlık durumunu algılama düzeyini ve bireylerin kendilerine güvenlerini artırır.

Hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk günler en riskli ve anksiyetenin en yüksek olduğu günlerdir. Fiziksel bakıma yönelik bilgi yetersizlikleri taburculuk sonrasındaki bu kritik günlerde hasta ve ailesinde sıkıntıya neden olabilir (Vasseur A S 1998).

Literatürde hastaların taburculuk sonrasında birçok problemlerinin olduğu ve bu problemlerin bireysel özelliklerden, sosyal statüden ve tıbbi durumdan etkilendiği belirtilmektedir. Taburculuk sonrası yaşanan problemler;

- Bireysel bakım aktivitelerini yerine getirmede sınırlılık
- Hareketlilikte azalma
- Tedaviye uyum zorluğu

- Yardımcı cihazları kullanma zorluğu
- Genel sağlıkta bozulma
- Fiziksel ve emosyonel sıkıntılar (Brown S D 1995).

Bauman (1996) başarılı bir taburculuk için dört faktör tanımlamıştır.

1. İyi bir ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme:

Prostat cerrahisi geçiren hastaların mutlaka çok iyi bilgilendirilmiş olmaları gerekmektedir. Bireyler olası riskler ve yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidirler. Çünkü bilgi yetersizliği anksiyeteyi tetiklemektedir. Bütün soruları cevaplanmış olan hastaların anksiyeteleri azalır ve hastanede kalış süreleri kısalmır (Bauman 1996).

2. Etkili Cerrahi İşlem:

Taburculuk sonrası hastaların erken dönemde günlük yaşamlarına dönebilmeleri için cerrahi işlemin en kısa sürede ve en doğru teknik ile yapılmış olması gerekir (Bauman 1996).

3. Etkili Ameliyat Sonrası Bakım:

Ameliyat sonrası ağrıya etkili müdahale ile, hastaların kısa sürede oral beslenmeye dönmeleri, hızlı mobilize olmaları, barsak hareketlerinin kısa sürede normale dönmesi sağlanabilir (Bauman 1996).

4. Hemşirelik Bakımı ve Desteği:

Evde bakımın sağlanması için gerekli becerilerin hasta ve ailesine kazandırılması bireylerin taburculuk anksiyetelerini azaltmaktadır (Aksayan S 1998, Bauman N 1996, Redman M 1998, Willis D 1992).

Prostat cerrahisi geçiren hastalar taburculuk sırasında bazı şeylerin ters gidebileceği fikrini kabul etmedikleri için çok az soru sormaktadırlar. Bu nedenle de birçok hasta yetersiz bilgi ile taburcu olmakta ve beklenmedik sorunlar ile karşılaştıkları zaman bile günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye çalışmaktadırlar (Altun İ 1998, Carol S E 1997, Henderson A 1996). Bu nedenle bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve fiziksel – emosyonel sıkıntılar ile baş etmede yetersiz destek alırlarsa tekrarlı yatışlara neden olabilmektedir.

Hastaneye tekrarlı yatışların olmaması için hastaların taburculuk sonrası evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde olmaları sağlanmalıdır (Henderson A 1996, Laferriere R 1993, Lathan E C 1999).

Meme dokusunun alınması, kalıcı kolostomi, kalıcı üreterostomi açılması yada prostat dokusunun alınması gibi cerrahi işlemler cinselliği etkileyen cerrahi müdahalelerden bazılarıdır. Bu tür cerrahi işlemler nedeni ile geçici olarak fonksiyon kaybı yaşayan bireylerin anlaşılma ve desteğe ihtiyaçları vardır. Toplumsal değer ve inançlar nedeni ile erkek üriner sistem problemleri daha fazla anksiyeteye neden olmaktadır. Anksiyete ve korku da bireylerin yardım almasını yada sağlığı artırıcı beceriler geliştirmesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle prostat cerrahisi sonrasında taburculuğun ve evde bakımın planlanması oldukça önemlidir (Lewis S 2002, Lieberman T 2001, Maqmon J 1992). Gray'in (1996) yaptığı çalışmada prostat cerrahisi sonrası iyileşme sürecinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde aktif hale gelebilmeleri için önemli oranda desteğe ihtiyaçları olduğunu belirlemiştir (Gray R 1999).

TUR-P cerrahisi sonrası hastalar genellikle kateterleri çekilinceye ve normal miksiyon devamlılığı sağlanıncaya kadar hastanede kalmaktadırlar. Bazen hastalar TUR-P sonrası üçüncü veya beşinci günlerde üriner sonda ile evlerine taburcu edilmektedirler. Bu durumda hasta ve hastaya bakım veren kişilere idrar torbası ile evdeki yaşamlarına nasıl devam edecekleri ile ilgili eğitimler verilmelidir (Bhayani S B 2003, Warmkessel J H 1999).

II-12. Prostat Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimine Yönelik Bilgiler;

II-12-ı Aktiviteler:

Altı hafta süre ile 4.5 kg'dan fazla ağır kaldırmaktan kaçının.

Merdiven çıkın veya 30 dakikalık yürüyüşler yapın.

Otururken rektuma basınç uygulayacak ve kanamaya neden olabilecek dik oturma pozisyonlarından kaçının.

Otururken tabure yada ayaklık gibi araçlar kullanarak ayaklarınızdaki kanın geri dönüşü rahatlatın .

II-12-ii Diyet:

Hiçbir sıvı ve besin kısıtlamanız yoktur.

Günde 2–3 litre sıvı alın.

Mesanenizi uyarma olasılığı olan kahve ve idrar yapmayı zorlaştıran alkol alımından kaçının.

II-12-iii Konstipasyon:

Oral mineraller veya Magnezi Kalsin'i kullanarak kabızlıktan korunabilirsiniz.

Barsak boşaltımını için kesinlikle suppozotuar kullanmayın.

II-12-iv Araba Kullanımı:

Dört – altı hafta süresince dik oturma pozisyonu karın içi basıncının artmasına neden olacağı için araba kullanmayın.

II-12-v Üriner Kontrolün Aşamaları:

Kateter çıktıktan sonra eski idrar boşaltım alışkanlıklarınıza aşamalar halinde ulaşabilirsiniz. Bunun için;

Kas Güçlendirme (Kegel) Egzersizleri yapın: İdrarınızı ayakta yapın ve idrar yaparken idrarınızı durdurmayı deneyin.

Kondom kateter veya sürekli sonda kullanımından kaçının.

Mesanenizin tam olarak idrar ile dolmasını beklemeden idrarınızı yapın.

II-12-vı Cinsel Yaşam:

Aksi önerilmedikçe dört – altı hafta cinsel yaşam kısıtlamanız olacaktır. Daha sonra cinsel fonksiyonlarınızda kademeli bir ilerleme görebilirsiniz.

II-12- vu Mesane Spazmı:

Gerekli olduğunda size önerilen ağrı kesicilerden alarak mesane spazmlarından dolayı yaşadığınız ağrıyı azaltabilirsiniz.

II-12-viii İnsizyon Ağrısı:

İlk haftalarda daha fazla olmakla birlikte zamanla azalacaktır . Ağrı kesicileri önerildiği şekilde alarak rahatlama sağlayabilirsiniz.

II-12- ix Komplikasyonlar:

İdrar yaparken yanma, ağrı, idrar renginde bulanıklık, kötü kokulu idrar, idrarda kan miktarının artması üriner enfeksiyon yada kanama belirtisi olabilir.

Cerrahi işlemden sonra altı hafta süresince idrarınızda kan olması normaldir ancak idrar renginin gittikçe açılması gerekir.

Yara yerinde ısı artışı, akıntı, kötü koku ve akıntı ise yara yeri enfeksiyonun belirtileridir. Size enfeksiyonu önlemek için verilen antibiyotikleri düzenli olarak kullanın ve belirlenen tarihlerde sağlık kontrolüne gelin.

II-13-x Cilt Bakımı:

Perianal cilt bakımınız önemlidir. Bu nedenle cilt bütünlüğünü sürekli olarak değerlendirmelisiniz (Keetch D W 1997, Kring D 2003, Lewis S 2002, Moore S 1992, Vasseur A S 1997, Warmkessel J H 2002, Willis D 1992).

III. MATERYAL VE METOD

III-1.Araştırma Şekli:

Bu araştırma prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini ve komplikasyon gelişme durumunu belirlemek üzere tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

III-2.Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Üroloji Servislerinde yürütülmüştür.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 750 yatak kapasitelidir. Dokuz cerrahi servisten birisi olan Üroloji servisi hastanenin üçüncü katında bulunmaktadır. Üroloji 30 yatak kapasiteli olup, dört öğretim üyesi, bir uzman, sekiz asistan ve sekiz hemşire ile hizmet vermektedir. Üroloji servisine daha çok Bening Prostat Hiperplazisi, Prostat Kanseri, Üriner Sistem Taşları, Konjenital Anomali ve Üriner Sistem Enfeksiyon şikayetleri olan hastalar başvurmakta, hastalara transplantasyon dışındaki tüm cerrahi müdahaleler yapılabilmektedir. Üroloji servisine başvuran hastalar ameliyat sonrası dönemde dört ile on gün arasında değişen zamanlarda taburcu edilmektedirler. Hastalara taburculuk öncesi doktorlar tarafından kontrol zamanı ve dikkat etmesi gereken noktalar ile ilgili bilgi verilmekte, taburculuk öncesi hemşireler tarafından planlı eğitim verilmemektedir.

Sivas Numune Hastanesi 400 yatak kapasitelidir. Sekiz cerrahi servisten birisi olan Üroloji servisi 20 yatak kapasiteli olup, iki doktor ve beş hemşire ile hizmet vermektedir. Üroloji servisine başvuran hastalara prostat ve üriner sistem taşları ile ilgili cerrahi işlemler yapılabilmektedir. Ayrıca üriner sistem enfeksiyonları da tedavi edilebilmekte ancak hastalara taburculuk öncesinde planlı hemşirelik eğitimleri verilmemektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Üroloji Servisi hastanenin ikinci katındadır. 40 yatak kapasitesi olan Üroloji servisi üç doktor, yedi hemşire ile hizmet vermektedir. Üroloji servisine başvuran hastalara prostat ve üriner sistem taşları ile ilgili cerrahi işlemler yapılabilmekte ve üriner sistem enfeksiyonları da tedavi edilebilmekte ancak hastalara hemşireler tarafından taburculuk eğitimi verilmemekte, hastalara kontrolleri ve dikkat etmeleri gereken noktalar ile ilgili doktorlar tarafından bilgi verilmektedir.

III-3.Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Üroloji Servislerinde Ağustos–Ekim 2003 tarihleri arasında prostat ameliyatı geçiren bireyler oluşturmaktadır.

III-4.Araştırmanın Örnekleme:

Belirlenen hastanelerin Üroloji Servislerinde Ağustos–Ekim 2003 tarihleri arasında prostat ameliyatı olmak üzere yatan ve araştırma sınırlarında belirtilen özellikleri taşıyan 99 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesine Üroloji Servisi'ne son bir yıl içinde 125, Numune Hastanesi Üroloji Servisine 147, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde de 244 hasta BPH ya da prostat kanseri tanıları ile ameliyat olmuştur.

III-5.Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırma kapsamına;

-Belirlenen hastanelerde prostat cerrahisi geçirerek evlerine taburcu olmuş hastalar

-BPH yada prostat kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalar

-Açık ya da endoskopik prostat cerrahisi uygulanan hastalar

-Sivas merkezinde oturan hastalar

-Duyu kaybı ve algılama sorunu olmayan hastalar

-Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

III-6. Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli olan veriler “Hasta Tanıtım Formu”, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi”, “Prostat Cerrahisi Sonrası Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu” ve “Günlük Yaşam Aktivitelerini Karşılama Durumu ile ilgili Soru Formu” kullanılarak toplanmıştır.

III-6.1- Hasta Tanıtım Formu (EK- I):

Hasta tanıtım formu iki bölümden ve 17 sorudan oluşmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (Condie 1999, Hazel 2003, Leibman 1998, Lewis 2000, Tempelton 2003). Bu soru formunun birinci bölümünde hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, bireyin evde bakımından sorumlu olan kişi ve sağlık güvencesi), ikinci bölümünde ise hastalığa ve taburculuk koşullarına ilişkin sorunlar (daha önceki ameliyat deneyimi, önceden geçirilen ameliyatlara kronik hastalıkların varlığı, yaşlılığa bağlı gelişen yetersizlikler, geçirdiği ameliyat türü, yatış süresince komplikasyon gelişip gelişmediği, sonda ile taburcu olma durumu, sonda bakımı ile ilgili bilgilendirilme düzeyi, refakatçisinin olma durumu, refakatçinin bilgilendirilme durumu, bilgilendiren kişi, bilgi verilen konular ve taburculuk günü) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

III-6.2- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK- II):

Barthel İndeksi, 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiştir. Barthel İndeksi ayrıntılı, yansız, kolay uygulanır, anlaşılabilir, neden ile sonuç arasındaki ilişkiyi araştıran ve günlük yaşam aktivitelerinin tüm basamaklarını değerlendiren bir ölçektir (Granger 1993). Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi ile yeme - içme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma ve merdiven çıkma olmak üzere on günlük yaşam aktivitesini 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

III-6.3- Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu (EK-III):

Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak, hastaların geçirmiş oldukları prostat cerrahisi sonrası evde karşılaşılabilecekleri komplikasyonları belirlemek amacı ile hazırlanmıştır (Hazel 2003, Lcibman B D 1998, Lewis S 2002, Tempelton H 2003). Komplikasyon formu ağrı, kanama, anemi (kansızlık), enfeksiyon idrar kaçırma, idrar yapamama, kanlı idrar yapma, sık idrar yapma konstipasyon paralitik ileus, cinsel fonksiyon kaybı, uyku problemi ve sosyal izolasyon olmak üzere onüç farklı komplikasyonu değerlendirmektedir.

III-6.4-Prostat Cerrahisi Sonrası Günlük Yaşam Aktivitelerini Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu (EK – IV):

Bu soru formu prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde evde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunu belirlemek üzere araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Form on iki günlük yaşam aktivitesine yönelik 40 sorudan oluşmaktadır. Formda cvdcki sorumlulukları ycrinc getirme durumu, bakımı sürdürme durumu, kullanılması gereken ilaçlar, kontroller, yara yeri sorunları, diyet, sıvı alınımı, idrar boşaltımı ile ilgili yaşanan sorunları, kabızlık, uyku ve dinlenme ile ilgili yaşanan sorunları, ameliyattan sonra sosyal yaşamın, iş yaşamının ve cinsel yaşamın ve beden imajının etkilenme durumunu ve yapılan uygulamaları belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

III-7.Ön Uygulama :

Ön uygulama oluşturulan formların geçerliliğini belirlemek üzere 20 hastaya uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilerek gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir.

III-8.Formların Uygulanması :

“Hasta Tanıtım Formu (EK-I)” araştırma kapsamına alınan bireylere taburcu olacakları gün uygulanmıştır.

Ameliyat sonrası yedi ile onikinci günler, yara iyileşmesi için gerekli olan kollojen yapımının henüz tamamlanmadığı günlerdir. Hastaların yara yeri açılması ve enfeksiyonu açısından riskli olmaları nedeni ile yedi ile onuncu günler arasında ev ziyaretleri yapılmış, evde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastalar değerlendirilmiştir.

“Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek – II)” bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin prostat cerrahisi sonrası etkilenme düzeyini belirlemek amacı ile, “Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu (EK- III)” bireylerin hastaneden taburcu olduktan sonra ev ortamında karşılaşılabilecekleri komplikasyonları belirlemek amacı ile, “Günlük Yaşam Aktiviteleri Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu (EK – IV)” güvenli çevreyi sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği tanımlama, uyku ve ölüm alanları ile ilgili etkilenme durumunu belirlemek üzere ziyaret sırasında hastalar ile tek tek görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Böylece bireylerin taburcu olduktan sonraki ilk on gün içindeki günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi ve karşılaşılabilecekleri komplikasyonların belirlenmesi amaçlanmıştır.

“Hasta Tanıtım Formu (EK-I)” = Taburculuk günü

“Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK – II)”
“Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu (EK- III)”
“Günlük Yaşam Aktiviteleri Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu (EK – IV)”

} Taburculuk
sonrası 7.-10.
günlerde
uygulanmıştır.

III-9.Verilerin Değerlendirilmesi :

Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formundan (EK- III) elde edilen veriler bilgisayar ortamında yüzdellik hesapları ve kruskal – wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda Barthel indeksi prostat cerrahisine bağlı bireylerin günlük yaşamlarındaki bağımsızlık etkilenme düzeylerini belirlemek üzere kullanılmıştır. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek – II) ile elde edilen veriler 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

0 – 20 puan, tamamen bağımlı

21 – 61 puan, ileri derecede bağımlı

62 – 90 puan, orta derecede bağımlı

91 – 99 puan, hafif derecede bağımlı

100 puan, bağımsızlığı açıklamaktadır (Hoffman T 2003).

IV. BULGULAR :

TABLO 1 : Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları	sayı	%
60 yaş altı	32	32,3
61 - 70 yaş	43	43,4
71yaş ve üstü	24	24,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar	27	27,3
İlkokul Mezunlu	54	54,5
Ortaokul ve üstü	18	18,2
Meslek		
Emekli	38	38,4
Çiftçi	23	23,2
Serbest Meslek	14	14,1
Memur	12	12,1
İşçi	12	12,1
Medeni Durum		
Evli	75	75,8
Dul	24	24,2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	40	40,4
Geniş Aile	59	59,6
Ailede Birlikte Yaşanan Bireyler		
Eş	14	14,1
Eş ve Çocuklar	26	26,3
Eş,Çocukları,Gelinleri ve Torunlar	26	26,3
Çocukları,Gelini ve Torunları	24	24,2
Eşi,Çocukları ve Ebeveynleri	9	9,1
Evde Bakımından Sorumlu Kişi		
Eşi	67	67,7
Çocukları,Gelini ve Torunları	32	32,3
Sağlık Güvencesi		
Emekli Sandığı	35	35,4
Sigorta	45	45,5
Yeşil kart	19	19,2
Toplam	99	100

Tablo 1'de prostat cerrahisi geçiren bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan bireylerin %43,4'ünün (n=43) 61-70 yaş arasında, %24,2'sinin (n=24) 71 yaş ve üstünde, %54,4'ünün (n=54) ilköğretim mezunu, %38,4'ünün (n=38) emekli, %23,2'sinin (n=23) işçi olduğu belirlenmiştir. Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %75,8'inin (n=75) evli olduğu ve %59,6'sının (n=59) geniş ailede yaşadığı görülmüştür. Ailede birlikte yaşayan bireyler incelendiğinde işçi %14,1'inin (n=14) eşleri ile, %26,2'sinin (n=26) eş ve çocukları ile, %26,2'sinin (n=26) eş, çocukları, gelinleri ve torunları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Bireylerin evde bakımından %67,7'sinin (n=67) eşlerinin sorumlu olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin sağlık güvencilerine göre dağılımı incelendiğinde %45,5'inin (n=45) sigortalı, %35,4'ünün (n=35) emekli sandığına bağlı, %19,2'sinin (n=19) yeşil kartlı olduğu görülmektedir.

TABLO 2 : Bireylerin Operasyon Deneyimlerine, Kronik Hastalıklarının Varlığına ve Yaşlılığa Bağlı Oluşan Yetersizliklere Göre Dağılımı

Daha Önceden Ameliyat Deneyimi	%	sayı
Var	49,5	49
Yok	50,5	50
Önceden Geçirilen Ameliyatın Türü (n=49)		
Katarakt	18,4	9
Safra Kesesi	20,4	10
Apandisit	18,4	9
Diğer *	42,9	21
Kronik Hastalıkların Varlığı		
Hipertansiyon	35,4	35
Diyabet	23,2	23
Diğer	2,0	2
Yok	39,4	39
Yaşlılığa Bağlı Gelişen Yetersizlikler		
Görme Problemi	15,2	15
İşitme Problemi	11,1	11
Hareket Problemi	8,1	8
Yok	65,7	65

* Ortopedik cerrahi, üriner sistem taşlarına bağlı cerrahi işlemler, kulak ile ilgili cerrahi işlem geçiren bireyler.

Tablo 2’de bireylerin operasyon deneyimine , kronik hastalıkların varlığına ve yaşlılığa bağlı oluşan yetersizliklere göre dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin %49,5’inin (n=49) daha önceden ameliyat deneyiminin olduğu, ameliyat deneyimi olanların, %20,4’ünün safra kesesi, %18,4’ünün apandisit ameliyatı geçirdiği belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %35,4’ünün (n=35) hipertansiyonu , %23,2’sinin (n=23) ise diyabeti olduğu, yaşlılığa bağlı gelişen yetersizliklere incelendiğinde %65,7’sinde sorun olmadığı, %15,2’sinin (n=15) ise görme problemi olduğu belirlenmiştir.

TABLO 3 : Bireylerin Ameliyat Türü Ve Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı

Ameliyat Türü	sayı	%
Açık	49	49,5
Endoskopik	50	50,5
Hastanede Komplikasyon Gelişme Durumu		
Evet	22	22,2
Hayır	77	77,8

Tablo 3’de prostat cerrahisi geçiren bireylerin ameliyat türü ve komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan bireylerin %49’una açık, %50,5’sine ise endoskopik prostat cerrahisi uygulandığı, uygulanan cerrahi işlemlere bağlı bireylerin %22,2’sinde komplikasyon geliştiği görülmektedir.

TABLO 4 : Bireylerin Hastaneden Taburcu Olmadan Önce Bilgi Aldıkları Konulara Göre Dağılımı (n = 99)

Taburculuk Bilgileri	sayı	%
Kontroller	99	100
Hareket	93	93,9
İlaç Tedavisi	56	56,5
Sonda Bakımı	8	8,0
Yara Bakımı	6	6,0
Taburculuk Bilgisini Veren Kişi		
Hemşire	–	–
Doktor	99	100

* İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4'de prostat cerrahisi uygulanan bireylerin hastaneden taburcu olmadan önce bilgi aldıkları konuların ve bilgi veren sağlık personelinin dağılımı görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %100'ünün (n=99) kontroller, % 93,9'unun (n=93) hareket, %56,5'inin (n=56) ilaç tedavisi, %8,0'inin (n=8) sonda bakımı, %6,0'inin (n=6) yara bakımı ile ilgili bilgi aldıkları bütün bireylerin bu bilgileri doktordan aldıkları, hemşirelerin hastalara taburculuk öncesi bilgi vermedikleri belirlenmiştir.

TABLO 5 : Bireylerin Hastaneden Taburculuk Günleri , Sonda İle taburcu Olma ve Sonda Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Hastanede Yatış Süresi (n = 99)	sayı	%
3 – 4 gün arasında	26	26,6
5 - 6 gün arasında	38	38,3
7 – 8 gün arasında	28	28,1
8 günden fazla	7	7,0
Sonda İle Taburcu Olma Durumu (n = 99)		
Olan	29	29,3
Olmayan	70	70,7
Sonda Bakımı İle İlgili Bilgilendirilme Durumu (n=29)		
Alan	8	27,5
Almayan	21	72,4
Sonda Bakımı İle İlgili Bilgi Veren Kişi (n=8)		
Hemşire	–	–
Doktor	8	100

Tablo 5’de araştırma kapsamına alınan bireylerin hastanede yatış süreleri, sonda ile taburcu olma ve sonda bakımı ile ilgili bilgi alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin hastaneden taburculuk günlerine göre dağılımları incelendiğinde %38,4’ünün (n=38) 5-6 gün arasında, %30,3’ünün (n=30) 3-4 gün arasında, %24,2’sinin (n=24) ise 7-8 gün arasında taburcu oldukları görülmektedir. Bireylerin %29,3’ünün (n=29) sonda ile hastaneden taburcu oldukları, sonda ile taburcu olanların %27,5’inin (n=8) sonda bakımı ile bilgi aldığı, %72,4’ünün (n=21) ise sonda bakımı ile ilgili bilgi almadan , bilgi alan kişilerin tamamının ise bu bilgileri doktordan alarak hastaneden taburcu oldukları belirlenmiştir

TABLO 6 : Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Aldıkları Puanlara Göre Dağılımları (n = 99)

Sorunlar	sd	±
Defekasyon N= 5	94,00	± 2,23
Miksiyon N=20	93,25	± 5,68
Dolaşma N= 3	91,66	± 2,88
Defekasyon-Miksiyon N= 7	87,85	± 2,67
Defekasyon-Dolaşma N= 6	88,83	± 11,14

$$kw = 65.07 \quad p < 0.05$$

Tablo 6’da prostat cerrahisi geçiren bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları sorunlara yönelik aldıkları puanlara göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin evde yaşadıkları sorunlara göre günlük yaşam aktiviteleri puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yaşanan sorunlara göre günlük yaşam aktiviteleri puanı ikişerli olarak karşılaştırıldığında, defekasyon ile defekasyon – dolaşma, miksiyon ile defekasyon – dolaşma arasındaki fark önemli bulunurken diğerleri arasında fark bulunamamıştır.

TABLO 7 : Taburculuk Sonrası Evde Yaşanan Sorunların Dağılımı

Taburculuk Sonrası Evde Yaşanan Sorunlar (n = 99)	sayı	%
Ağrı	93	93,9
Sık İdrar Yapma	84	84,8
Uyku Problemi	69	69
Konstipasyon	68	68,7
Kanlı İdrar Yapma	37	37,3
İdrar Kaçırma	19	19,1
Enfeksiyon	13	13,1
Sosyal İzolasyon	8	8
İdrar Yapamama	14	14,1

* İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 7’de prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunların dağılımı görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %93,9’u ağrı (n=93), %84,8’i (n=84) sık idrar yapma, %69’u (n=69) uyku problemi, %68,7’si (n=68) konstipasyon ve %8’i (n=8) sosyal izolasyon yaşamaktadır.

TABLO 8 : Bireylerin Taburculuk Sonrası Evdeki Sorumluluklarının Etkilenme Durumu ve Etkilenen Sorumluluklar

Taburculuk Sonrası Evdeki Sorumluluklarının Etkilenme Durumu (n = 99)	sayı	%
Evet	51	51,5
Hayır	48	48,5
Etkilenen Sorumluluklar (n = 51)		
İşe Gitme	25	49,0
Alışveriş	13	25,5
Diğer (Ağrı Nedeni İle Hareket Edememe)	13	25,5

Tablo 8’de bireylerin taburculuk sonrasında etkilenen sorumluluklarının dağılımı görülmektedir. Tablo 8’de göre prostat cerrahisi geçiren bireylerin (n=99) %51,5’inin (n=51) evdeki sorumluluklarının etkilendiği, etkilenen sorumluluklar incelendiğinde ise %49’unun (n=25) işe gidemediği, %25,5’inin (n=13) alışveriş yapamadığı ve %25,5’inin (n=13) ağrı nedeni ile hareket edemediği belirlenmiştir.

TABLO 9 : Bireylerin Eş ve Çocuklarıyla Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu ve Bu İlişkilerin Etkilendiği Alanlara Göre Dağılımı

Eş İlişkisinin Etkilenme Durumu (n= 99)		
Evet	54	54,5
Hayır	45	45,5
Eş İle İlişkinin Etkilenme Nedeni (n = 54)		
Bağımlılığın Artması	22	40,7
Sorumluluğun Artması	27	50
Yardımcı Olamama	5	9,3
Çocukları İle İlişkinin Etkilenme Durumu (n= 99)		
Evet	64	64,6
Hayır	35	35,4
Çocukları İle İlişkinin Etkilenme Nedeni (n = 64)		
Yük Olma	34	53,1
Onlarla Yeterli Miktarda İlgilenemedim	9	14,1
Benden Bıktıklarını Düşünüyorum	2	3,1
İşler Onlara Kaldı	15	23,4
Diğer(Bana Daha Çok Zaman Ayırmak Zorunda Kaldılar)	4	6,3

Tablo 9’da prostat cerrahisi geçiren bireylerin eş ve çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu ve etkilenme nedenine göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %54,5’inin (n=54) eşleri ile olan ilişkilerinin etkilendiği, etkilenme nedenlerine bakıldığında bireylerin %50’sinin (n=27) eşlerinin sorumluluklarının ameliyat nedeni ile arttığı, % 47,7’sinin (n=22) eşlerine bağımlı hale geldiklerini ifade ettikleri görülmektedir. Prostat cerrahisi geçiren bireylerin %64,6’sının (n=64) çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği, etkilenme nedenlerine bakıldığında %53,1’inin (n=34) çocuklarına yük olduklarını, %23,4’ünün (n=15) işlerinin çocuklarına kalmasından sıkıntı yaşadıklarını, %14,1’inin (n=9) çocukları ile yeterli ilgilenemediklerini ifade ettikleri belirlenmiştir.

TABLO 10 : Bireylerin Ameliyattan Sonra Kontrole Gitme Durumlarına Göre Dağılımı (n = 99)

Hastaneye Başvurma Durumu	sayı	%
Evet	40	40,4
Hayır	59	59,6
Hastaneye Başvurma Nedeni olan Sorun	sayı	%
İdrar Yapamama	14	14,1
Yara Akıntısı	16	16,2
Kanama	4	4,0
Diğer	6	6,1

Tablo 10'da prostat cerrahisi geçiren bireylerin kontrole gitme durumu ve gitme nedenlerine göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamındaki bireylerin % 59,6'sının (n=59) taburculuk sonrası kontrole gitmediği, %16,2'sinin (n= 16) yara akıntısı, %14,1'inin (n=14) idrar yapamama nedeni ile kontrole gittiği görülmektedir.

TABLO 11 : Bireylerin Taburculuk sonrası Evde Yaşadıkları Üriner Boşaltım Problemlerine Ve Başvurdukları Çözüm Yöntemlerine Göre Dağılımları

Taburculuk Sonrası Evde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Yöntemleri		
İdrar Tutamama (n=99)	Sayı	%
Evet	19	19,1
Hayır	80	80,8
Başvurduğu Çözüm Yöntemi (n=19)		
Bez Kullanma	8	42,1
Sıvı Alımını Azaltma	9	47,4
Diğer	2	2,02
İdrar Yapamama (n=99)		
Evet	14	14,1
Hayır	85	85,9
Başvurduğu Çözüm Yöntemi (n=14)		
Hastaneye Gitme	14	100
Kanlı İdrar Yapma (n=99)		
Evet	37	37,3
Hayır	62	62,6
Başvurduğu Çözüm Yöntemi (n=37)		
Hiç Birşey Yapmama	27	72,9
Doktorunu Arama	10	27,0
Ağrılı İdrar Yapma (n=99)		
Evet	93	93,9
Hayır	6	6,0
Başvurduğu Çözüm Yöntemi (n=93)		
Ağrı Kesici Kullanma	63	67,7
Sıvı Alımını Azaltma	8	8,6
Hiç Birşey Yapmama	22	23,6

Tablo 11’de prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları üriner boşaltım problemlerine ve başvurdukları çözüm yöntemlerine göre dağılımları görülmektedir. Tablo 11’de araştırma kapsamına alınan bireylerin %27,6’sının (n=27) yara sorunu, %19,1’inin (n=19) ise idrar tutamama sorunu yaşadığı, idrar tutamama sorunu için bireylerin %47,4’ünün (n=9) sıvı alımını azalttığı ve %42,1’inin (n=8) bez kullandığı görülmektedir. Prostat cerrahisi geçiren bireylerin %14,1’inin (n=14) idrar yapamama sorunu yaşadığı ve bu sorun için bireylerin tamamının hastaneye başvurduğu, %37,3’ünün (n=37) kanlı idrar yapma sorunu yaşadığı ancak kanlı idrar yapma sorunu yaşayan bireylerin %72,9’unun (n=27) kanlı idrar yapma durumunu normal birşey olarak kabul ettikleri için hiç birşey yapmadıkları sadece %27’sinin bu durum karşısında doktorlarını aradıkları görülmektedir. Tabloya göre prostat cerrahisi geçiren bireylerin %93,9’unun (n=93) ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığı, bu sorunu yaşayan bireylerin %67,7’sinin (n=63) ağrı kesici aldığı, %23,6’sının (n=22) ise hiç birşey yapmadığı belirlenmiştir.

TABLO 12 : Bireylerin Ameliyattan Önceki ve Sonraki Kabızlık Durumları İle Kabızlık İçin Başvurdukları Uygulamalara Göre Dağılımları

Önceki Kabızlık Durumu (n=99)		
Evet	39	39,9
Hayır	60	60,1
Sonraki Kabızlık Durumu (n=99)		
Evet	68	68,6
Hayır	31	31,3
Başvurduğu Çözüm (n=68)		
İlaç Kullanma	36	52,9
İlaç Kullanma ve Bol Sıvı Alma	20	29,4
İlaç Kullanma ve Posalı Beslenme	12	17,6

Tablo 12'de bireylerin ameliyattan önceki ve sonraki kabızlık durumları ile kabızlık için başvurdukları uygulamalara göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %31,3'ünün (n=31) beş-on bardak arasında su içtiği, %64,6'sının (n=64) beş-on bardak arasında, %4'ünün (n=4) on bardaktan fazla su içtiği, ameliyattan önce %39,9'unun kabızlık sorunu yaşadığı ameliyattan sonra ise kabızlık yaşayanların oranının %68,6'ya çıktığı (n=68) görülmektedir. Prostat cerrahisi geçiren bireylerin %52,9'u (n=36) yaşadıkları kabızlık sorununu çözmek için sadece ilaç kullandığı, %29,4'ünün (n=20) ilaç kullanmanın yanında sıvı alımını da arttırdığı, %17,6'sının (n=12) ise ilaç kullanımının yanında posalı beslendikleri de aldığı görülmektedir.

TABLO 13 : Bireylerin İşinin ve Boş Zamanları Değerlendirme Şeklinin Etkilenme Durumları Ve Etkilenme Nedenlerine Göre Dağılımları

İŞİNİN ETKİLECEĞİNİ DÜŞÜNME DURUMU (n = 99)	sayı	%
Evet	23	23,2
Hayır	76	76,8
İŞİNİN ETKİLENECEĞİNİ DÜŞÜNME NEDENİ (n = 23)		
Uzun Süre Oturması Gereken Bir İş Olduğu İçin	11	47,8
Aşırı Güç Harcaması Gereken Bir İş Olduğu İçin	7	30,4
Uzun Süre Ayakta Kalması Gereken Bir İş Olduğu İçin	5	21,7
BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME ŞEKLİ (n = 99)		
Gezme	29	29,3
Kahveye Gitme	26	26,3
Evde Dinlenme	21	21,2
Bahçe İle Uğraşma	13	13,1
Gezme ve İbadet Etme	7	7,1
İbadet Etme	3	3,0
AMELİYATTAN SONRA BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME ŞEKLİNİN DEĞİŞME DURUMU (n= 99)		
Evet	75	75,7
Hayır	24	24,2
AMELİYATTAN SONRA BOŞ ZAMNLARINI DEĞERLENDİRME ŞEKLİNİN DEĞİŞME NEDENİ (n = 75)		
Evden Dışarı Çıkamama	41	54,6
Ağrı Nedeni İle Zor Hareket Etme	29	38,7
Diğer	5	6,6

Tablo 13’de prostat cerrahisi geçiren bireylerin ameliyata bağlı işlerinin ve boş zamanları değerlendirme şekillerinin etkilenme durumları ve etkilenme nedenlerine göre dağılımları görülmektedir. Tablo 14’e göre bireylerin %23,2’sinin (n=23) geçirdikleri cerrahi işleme bağlı işlerinin etkileneceğini düşündükleri, etkilenme nedeni olarak ise %47,8’inin (n=11) uzun süre oturmayı gerektiren, %30,4’ünün (n=7) aşırı güç harcamayı gerektiren, % 21,7’sinin (n=5) uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalıştıkları için etkileneceğini düşündükleri ifade ettikleri görülmektedir. Boş zamanlarını değerlendirme şekilleri incelendiğinde cerrahi işlemden önce bireylerin %29,3’ünün (n=29) gezdiği, % 26,3’ünün (n=26) kahveye gittiği, %21,2’sinin (n=21) evde dinlenmeyi tercih ettiği, cerrahi işlemden sonra bireylerin %75,7’sinin (n=75) boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiğini ifade ettikleri, değişme nedeni olarak da %54,6’sının (n=41) evden dışarı çıkamamayı, %38,7’sinin (n=29) ise yaşadıkları ağrı nedeni ile hareketlerinin kısıtlandığını belirttikleri görülmektedir.

TABLO 14: Bireylerin Günlük Uyku Sürelerine , Cerrahi İşlemden Önce Ve Sonra Uyku Sürelerinin Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı

GÜNLÜK UYKU SÜRESİ (n=99)	sayı	%
6 saatten az	43	43,4
7 saat	39	39,4
8 saat ve daha fazla	17	17,2
CERRAHİ İŞLEMDEN SONRA UYKU SÜRESİNİN ETKİLENME DURUMU (n = 99)		
Evet - Azaldı	96	97
Hayır	3	3
CERRAHİ İŞLEMDEN SONRA UYKU SÜRESİNİN ETKİLENME NEDENİ (n = 96)		
Ağrı	30	31,2
Sık Tuvalete Gitme	29	29,2
Sonda	20	20,8
Ağrı ve Sık Tuvalete Gitme	18	18,8

Tablo 14' de bireylerin günlük uyku sürelerine, cerrahi işlemde önce ve sonra uyku sürelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %43,4'ünün (n=43) günlük uyku süresinin 6 saatten az, %39,4'ünün (n=39) 7 saat uyuduğu cerrahi işlemde sonra ise %97 sinin (n=96) uyku süresinin etkilendiği (azaldığı) görülmektedir. Uyku süresinin etkilenme nedenlerine bakıldığında %31,2'sinin (n=30) ağrı, %29,2'sinin (n=29) sık tuvalete gitme, %20,8'inin (n=20) ise ağrı ve sık tuvalete gitme nedeni ile uyku sürelerinin azaldığı görülmektedir.

TABLO 15 : Bireylerin Ameliyattan Sonra Cinsellik Yaşamlarının Etkileneceğini Düşünme durumu

CERRAHİ İŞLEME BAĞLI CİNSEL YAŞAMIN ETKİLENECEĞİNİ DÜŞÜNME DURUMU (n = 99)	sayı	%
EVET	28	28,3
HAYIR	71	71,7

Tablo 15’de bireylerin prostat cerrahisine bağlı cinsel yaşamlarının etkileneceğini düşünme durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin % 28,3’ ü cinsel yaşamlarının olumsuz etkileneceğini düşünmektedir.

TABLO 16 : Bireylerin İfadelerine Göre Cerrahi İşlemden Sonra En Çok Sıkıntı Yaşatan Durumların Dağılımı

CERRAHİ İŞLEMDEN SONRA ENÇOK SIKINTI YAŞANMASINA NEDEN OLAN DURUM (n = 99)	sayı	%
Yara	22	22,2
Sonda	22	22,2
Sık Tuvalete Gitme	20	20,2
Ağrı	19	19,2
İdrar Kaçırma	10	10,1
Bağımlı Olma	6	6

Tablo 16 ‘da prostat cerrahisi sonrası bireylerin en çok sıkıntı yaşadıkları durumlar görülmektedir. Buna göre bireylerin %22,2’sinin (n=22) yara, %22,2’sinin (n=22) sonda ve %20,2’sinin (n=20) sık tuvalete gitme ve %19,2’sinin (n=19) ise ağrı nedeni ile sıkıntı yaşadıkları görülmektedir.

TABLO 17 : Bireylerin Cerrahi İşlem Sonrasındaki Beden İmgeleri İle İlgili İfadelere Göre Dağılımları

CERRAHİ İŞLEMDEN SONRA BEDEN İMGESİ İLE İLGİLİ İFADELER (n = 99)	sayı	%
Etkilenmeme	25	25,3
Durumundan Utanma	25	25,3
Kendini İşe Yaramaz Hissetme	22	22,2
Kendini Yaşlı Hissetme	18	18,2
Sonucun Kanser Olmasından Korkma	9	9,1

Tablo 17 'de prostat cerrahisi geçiren bireylerin beden imgesi ile ilgili ifadelerine göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin %25,3'ünün (n=25) cerrahi işleme bağlı beden imajlarını algulamalarının değişmediği, %25,3'ünün (n=25) durumundan utandığı, %22,2'sinin (n=22) kendisini işe yaramaz hissettiği, %18,2'sinin (n=18) kendisini yaşlı hissettiği ve %9,1'inin (n=9) sonucun kanser olmasından korktuğu görülmektedir.

TABLO 18 : Yaş Gruplarına Göre Cerrahi İşleme Bağlı Evdeki Sorumluluklarının Etkilenme Durumu

Yaş Grupları	Evdeki Sorumlulukların Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
60 yaş ve altı	28	87,5	4	12,5	32	100
61 - 70 yaş	22	51,2	21	48,8	43	100
71 yaş ve üstü	1	4,2	23	95,8	24	100
TOPLAM	51	51,6	48	48,4	99	100

Tablo 18’de bireylerin yaş gruplarına göre cerrahi işleme bağlı evdeki sorumluluklarının etkilene durumu görülmektedir. Buna göre prostat cerrahisi geçiren 60 yaş ve altındaki bireylerin %87,5’inin (n=28), 61-70 yaş arasındaki bireylerin ise %51,2’sinin (n=22) evdeki sorumluluklarının etkilendiği, 70 yaş ve üstündeki bireylerin ise %95,8’inin evdeki sorumluluklarının etkilenemediği, yaş ilerledikçe cerrahi işleme bağlı evdeki sorumluluklarının etkilene durumunun daha az düzeyde olduğu görülmektedir. Yaş grupları ile evdeki sorumlulukların etkilene durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur.

TABLO 19 : Evli Olan Bireylerin Cerrahi İşleme Bağlı Eşleri İle Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu

Yaş Grupları	Eşleri ile İlişkilerinin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
60 yaş ve altı	26	81,3	6	18,8	32	100
61 - 70 yaş	27	73	10	27,0	37	100
71 yaş ve üstü	1	16,7	5	83,3	6	100
TOPLAM	54	72,0	21	28,0	75	100

Tablo 19 'da yaş gruplarına göre cerrahi işleme bağlı bireylerin eşleri ile olan ilişkilerinin etkilenme durumlarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre 60 yaş altındaki bireylerin %81,3'ünün (n=26) eşleri ile ilişkilerinin etkilendiği, 71 yaş ve üstündeki bireylerin ise %83,3'ünün (n=5) eşleri ile ilişkilerinin etkilenmediği görülmektedir. Yaş grupları ile eş ilişkisinin etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloya göre genç bireylerin yaşlılara oranla eşleri ile ilişkilerinin daha fazla oranda etkilendiği görülmektedir.

TABLO 20 : Yaş Gruplarına Göre Cerrahi İşlemden Sonra Bireylerin Çocukları İle Olan İlişkilerinin Etkilenme Durumu

Yaş Grupları	Çocukları ile İlişkilerinin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
60 yaş ve altı	9	28,1	23	71,9	32	100
61 - 70 yaş	32	74,4	11	25,6	43	100
71 yaş ve üstü	23	95,8	1	4,2	24	100
TOPLAM	64	64,6	35	35,4	99	100

Tablo 20'de yaş gruplarına göre cerrahi işlemden sonra çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu görülmektedir. Tabloya göre 60 yaş ve altındaki bireylerin %71,9'unun (n=23) çocukları ile ilişkileri etkilenmezken, 61 – 70 yaş arasındaki bireylerin % 74,4'ünün (n=32), 71 yaş ve üstündeki bireylerin ise %95,8'inin (n=23) çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği görülmektedir. Yaş grupları ile bireylerin çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Tabloya göre yaş ilerledikçe bireylerin çocukları ile ilişkilerinin daha fazla oranda etkilendiği görülmektedir.

TABLO 21 : Yaş Gruplarına Göre Cinselliğin Etkilenme Durumu

Yaş Grupları	Cinselliğin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
60 yaş ve altı	15	46,9	17	53,1	32	100
61 - 70 yaş	13	35,1	24	64,9	37	100
71 yaş ve üstü	–	–	6	100	6	100
TOPLAM	28	37,3	47	62,7	75	100

Tablo 21’de yaş gruplarına göre cinselliğin etkilenme durumu görülmektedir. Buna göre 60 yaş ve altındaki bireylerin %46,9’unun (n=15) ameliyattan sonra cinselliklerinin etkilendiği belirlenirken, 71 yaş ve üzerindeki bireylerin %100’ünü ameliyattan sonra cinselliklerinin etkilenmediğini, yaş ilerledikçe cinselliğin daha az etkilendiği belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre cinselliğin etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

TABLO 22 : Eğitim Düzeyine Göre Cerrahi İşleme Bağlı Cinselliğin Etkilenme Durumu

Eğitim Düzeyi	Cinselliğin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar	1	3,7	26	96,3	27	100
İlkokul Mezunu	18	33,3	36	66,7	54	100
Ortaokul ve üstü	9	50,0	9	50	18	100
TOPLAM	28	28,2	68,3	100	99	100

Tablo 22'de bireylerin eğitim düzeylerine göre cinselliklerinin etkilenme durumları görülmektedir. Tabloya göre okuryazar olan bireylerin %96,3'ünün (n=26), ilkokul mezunu olanların %66,7'sinin (n=36) cinselliklerinin etkilenmediği, ortaokul ve üzerinde eğitim alanların ise %50'sinin (n=9) cinselliklerinin etkilendiği, eğitim düzeyi arttıkça cinselliğin etkilenme düzeyinin de arttığı görülmektedir. Eğitim durumu ile cinselliğin etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

TABLO 23 : Ameliyat Türüne Göre Hastanede Komplikasyon Gelişme Durumu

Ameliyat Türü	Hastanede Komplikasyon Gelişme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	10	20,4	39	79,6	49	100
Kapalı	12	24,0	38	76,0	50	100
Toplam	22	22,2	77	77,7	99	100

Tablo 23’de prostat cerrahisi geçiren bireylerde ameliyat türüne göre hastanede komplikasyon gelişme durumu görülmektedir. Tabloya göre açık prostat cerrahisi geçiren bireylerin %20,4’ünde (n=10), kapalı cerrahi geçiren bireylerin ise %24’ünde (n=12) hastanede komplikasyon geliştiği görülmektedir. Ameliyat türüne göre hastanede komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

TABLO 24 : Ameliyat Türüne Göre Evdeki Sorumlulukların Etkilenme Durumu

Ameliyat Türü	Evdeki Sorumluluklarının Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	26	53,1	23	46,9	49	100
Kapalı	25	50,0	25	50,0	50	100
Toplam	51	51,5	48	48,4	99	100

Tablo 24'de ameliyat türüne göre bireylerin evdeki sorumluluklarının etkilenme durumu görülmektedir. Buna göre açık cerrahi işlem geçiren bireylerin %53,1'inin (n=26), kapalı cerrahi işlem geçiren bireylerin %50'sinin (n=25) evdeki sorumluluklarının etkilendiği görülmektedir. Ameliyat türüne göre evdeki sorumluluklarının etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

TABLO 25 : Ameliyat Türüne Göre Eşler , Çocuklar ve Arkadaşlar İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu

Ameliyat Türü	Eş İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	28	57,1	21	42,9	49	100
Kapalı	26	52,0	24	48,0	50	100
Toplam	54	54,5	45	45,5	99	100
Ameliyat Türü	Çocukları İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	35	71,4	14	28,6	49	100
Kapalı	29	58,0	21	42,0	50	100
Toplam	64	64,6	35	35,5	99	100
Ameliyat Türü	Arkadaşları İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	10	20,4	39	79,6	49	100
Kapalı	14	28,0	36	72,0	50	100
Toplam	24	24,4	75	75,6	99	100

Tablo 25 'de ameliyat türüne göre eşler, çocuklar ve arkadaşlar ile ilişkilerinin etkilenme durumu görülmektedir. Tabloya göre açık ameliyat geçiren bireylerin %57,1'inin (n=28), kapalı ameliyat olanların %52'sinin (n=26) eşleri ile ilişkilerinin, açık ameliyat olanların %71,4'ünün (n=35), kapalı ameliyat olanların %58'inin (n=29) çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Arkadaşlar ile ilişkilerin etkilenme durumuna bakıldığında açık ameliyat olan bireylerin %79,6'sının (n=39), kapalı ameliyat olan bireylerin %72'sinin (n=36) arkadaşları ile olan ilişkilerinin etkilenmediği belirlenmiştir. Ameliyat türüne göre eş ve çocuklar ile olan ilişkinin etkilenme durumu istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunurken, arkadaşlar ile ilişkinin etkilenme durumu arasındaki fark anlamsız ($p > 0.05$) bulunmuştur.

TABLO 26: Ameliyat Türüne Göre Evde Yaşanan İdrar Boşaltım Problemlerinin Durumu

Ameliyat Türü	İdrar Tutamama Sorunu Yaşama Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	9	18,4	40	81,6	49	100
Kapalı	10	20,0	40	80,0	50	100
Toplam	19	19,2	80	80,8	99	100
Ameliyat Türü	İdrar Yapamama Sorunu Yaşama Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	2	4,1	47	95,9	49	100
Kapalı	12	24,0	38	76,0	50	100
Toplam	14	14,1	85	85,9	99	100
Ameliyat Türü	Kanlı İdrar Yapma Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	13	26,5	36	73,5	49	100
Kapalı	24	48,0	26	52,0	50	100
Toplam	37	37,4	62	62,6	99	100
Ameliyat Türü	Ağrılı İdrar Yapma Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	46	93,9	3	6,1	49	100
Kapalı	47	94,0	3	6,0	50	100
Toplam	93	94,9	6	6,0	99	100

Tablo 26'da ameliyat türüne göre evde yaşanan idrar boşaltım problemlerinin durumu görülmektedir. Tabloya göre açık ameliyat geçiren bireylerin %18,4'ünün (n=9), kapalı ameliyat geçirenlerin %20'sinin (n=10) idrar tutamama, açık ameliyat geçirenlerin %4,1'inin (n=2), kapalı ameliyat geçirenlerin %24'ünün (n=12) idrar yapamama sorunu yaşadığı görülmektedir. Açık ameliyat geçirenlerin %26,5'inin (n=13), kapalı ameliyat geçirenlerin %48'inin (n=24) kanlı idrar yapma, yine açık ameliyat geçirenlerin %93,9'unun (n=46), kapalı ameliyat geçirenlerin de %94'ünün (n=47) ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

TABLO 27 : Ameliyat Türüne Göre Evde Banyo Yapma Ve Kabızlık Yaşama Durumu

Ameliyat Türü	Kabızlık Yaşama Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	39	79,6	10	20,4	49	100
Kapalı	29	58,0	21	42,0	50	100
Toplam	68	68,7	31	31,3	99	100

Tablo 27'de ameliyat türüne göre evde kabızlık yaşama durumu verilmiştir. Tabloya göre açık ameliyat geçiren bireylerin % 79,6'sının (n=39), kapalı ameliyat geçirenlerin ise %58'inin kabızlık sorunu yaşadığı görülmektedir. Ameliyat türüne göre kabızlık yaşama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

TABLO 28 : Ameliyat Türüne Göre İşin Ve Boş Zamanları Değerlendirme Şeklinin Durumu

Ameliyat Türü	İşin Etkilenme Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	10	20,4	39	79,6	49	100
Kapalı	13	26,0	37	74,0	50	100
Toplam	23	23,2	76	76,8	99	100
Ameliyat Türü	Boş Zamanları Değerlendirme Şeklinin Durumu					
	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açık	40	81,6	9	18,4	49	100
Kapalı	35	70,0	15	30,0	50	100
Toplam	75	75,8	24	24,2	99	100

Tablo 28’de ameliyat türüne göre işin ve boş zamanları değerlendirme şeklinin durumu görülmektedir. Tabloya göre açık ameliyat geçirenlerin %79,6’sının (n=39), kapalı ameliyat geçirenlerin ise %74’ünün (n=37) işlerinin etkilenmeyeceğini düşündükleri görülmektedir. Yine tabloya göre açık ameliyat geçirenlerin %81,6’sının (n=40), kapalı ameliyat geçirenlerin ise %70’inin (n=35) boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiğini ifade ettikleri görülmektedir. Ameliyat türüne göre işin ve boş zamanları değerlendirme şekillerinin durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız (p>0.05) bulunmuştur.

TABLO 29 : Ameliyat Türüne Göre Cinselliğin Ve Uykunun Etkilenme Durumu

Ameliyat Türü	Cinselliğin Etkilenme Durumu				TOPLAM	
	EVET		HAYIR		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Açık	18	36,7	31	63,3	49	100
Kapalı	10	20,0	40	80,0	50	100
Ameliyat Türü	Uykunun Etkilenme Durumu				TOPLAM	
	EVET		HAYIR		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Açık	47	95,9	2	4,1	49	100
Kapalı	49	98,0	1	2,0	50	100
Toplam	96	96,9	3	3,0	99	100

Tablo 29’da ameliyat türüne göre cinselliğin ve uykunun etkilenme durumu görülmektedir. Buna göre açık ameliyat olan bireylerin %63,3’ünün (n=31), kapalı ameliyat olanların ise %80’inin (n=40) cinselliklerinin etkilenmeyeceğini düşündükleri belirlenmiştir. Yine tabloya göre açık ameliyat olan bireylerin %95,9’unun (n=47), kapalı ameliyat olanların ise %98’inin uykusunun etkilendiğini ifade ettikleri görülmektedir. Ameliyat türü ile cinselliğin ve uykunun etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

TABLO 30 : Ameliyat Türüne Göre Evde Yaşanan En Sıkıntılı Durumların Dağılımı

Ameliyat Türü	Ameliyat Sonrası Yaşanan En Sıkıntılı Durum													
	Ağrı		Sonda		İdrar Kaçırma		Sık İdrar Yapma		Yara		Bağımlılık		Toplam	
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Açık	10	20,4	–	–	7	14,3	9	18,4	22	44,9	1	2,0	49	100
Kapalı	9	18,0	22	44,0	3	6,0	11	22,0	–	–	5	10,0	50	100
Toplam	19	19,2	22	22,2	10	10,1	20	20,2	22	22,2	6	6,0	99	100

Tablo 30’da ameliyat türüne göre evde yaşanan en sıkıntılı durumların dağılımı görülmektedir. Buna göre açık ameliyat olanların %44,9’unun (n=22) yara, %20,4’ünün (n=10) ağrı ve %18,4’ünün sık idrar yapma nedeni ile sıkıntı yaşarken kapalı ameliyat olanların %44’ünün (n=22) sonda, %22’sinin (n=11) sık idrar yapma ve %18’inin (n=9) ağrı nedeni ile sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir. Ameliyat türüne göre bireylerin yaşadığı sıkıntılı durumlar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

V. TARTIŞMA

BPH erkeklerde ileri yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Dünyada 80 yaş üzerindeki bireylerin %90'ında BPH ve buna bağlı sorunları görüldüğü bildirilmektedir (Gass R 2002, Kring D 2003, Lewis S 2002, Truman P 1999, Willis D 1992).

Prostatın büyüklüğü ve bireylerde neden olduğu sıkıntılara bağlı olarak büyüyen prostat dokusu cerrahi olarak çıkarılarak bireyler tedavi edilmektedirler. Prostat cerrahisi sonrası hastalar günlük yaşam aktivitelerinde, üriner boşaltımlarında ve sosyal yaşamlarında birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Lewis S 2002).

Prostat cerrahisi sonrası hastaların idrar boşaltımı, kateter bakımı, cinsel ve sosyal yaşam ile ilgili yaşadıkları sıkıntıları ve prostat cerrahisinin GYA'leri üzerine etkisini, taburculuk sonrası gelişen komplikasyonları ve yaşanan bu komplikasyonlar ile başetmek için başvurulan çözüm yollarını belirlemek amacı ile bu çalışma yapılmıştır.

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, bireylerin %24,2'sinin 71 yaş ve üstünde, %54,4'ünün ilkökul mezunu, %38,4'ünün emekli, %23,2'sinin çiftçi, %75,8'inin evli ve %67,7'sinin bakımından eşlerinin sorumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin operasyon deneyimleri, kronik hastalıkları ve yaşlılığa bağlı oluşan yetersizlikleri incelendiğinde bireylerin %49,5'inin daha önceden ameliyat deneyiminin olduğu, ameliyat deneyimi olanların, %20,4'ünün safra kesesi, %18,4'ünün apandisit ameliyatı geçirdiği, %35,4'ünün hipertansiyonu, %23,2'sinin ise diyabeti olduğu, %65,7'sinin yaşlılığa bağlı gelişen sorununun olmadığı, %15,2'sinin ise görme problemi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bening prostat hiperplazisi nedeni ile ameliyat olan bireylerin ameliyat türü incelendiğinde bireylerin %49,5'ine açık, %50,5'sine kapalı prostat cerrahisi uygulandığı (Tablo 3), açık prostat cerrahisi geçiren bireylerin %20,4'ünde, kapalı cerrahi geçiren bireylerin ise %24'ünde

hastanede komplikasyon geliştiği görülmektedir (Tablo 24). Yapılan bu çalışmada kapalı prostat cerrahisi geçiren bireylerin daha çok üretral katetere bağlı komplikasyonlar yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 14).

Vasseur'un (1998) yaptığı çalışmada da kapalı prostat cerrahisi geçiren bireylerin açık prostat cerrahisi geçiren bireylere oranla daha fazla komplikasyon yaşadıkları belirlenmiştir (Vasseur A S 1998). Condie'nin (1999) açık ve kapalı prostat cerrahisini karşılaştırdığı çalışması da benzer şekilde kapalı prostat cerrahisi sonrası komplikasyon gelişme oranı %18, açık prostat cerrahisine bağlı komplikasyon gelişme oranını %9 olarak bulunmuştur (Condie J D 1999).

Prostat cerrahisi uygulanan bireylerin hastaneden taburcu olmadan önce bilgi aldıkları konuların ve bilgi veren sağlık personelinin dağılımları incelendiğinde %100'ünün kontroller, %93,9'unun hareket, %56,5'inin ilaç tedavisi, %8,0'mının sonda bakımı, %6,0'sının yara bakımı ile bilgi aldıkları bütün bireylerin bu bilgileri dokordan aldıkları, hemşirelerin hastalara taburculuk öncesi bilgilendirmede etkin rol oynamadıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Yapılan bu araştırmada taburculuk sırasında kontrol zamanı ve hareket ile ilgili doktorlar tarafından hastalara sözel bilgilendirmeler yapıldığı , bu bilgilerin planlı eğitimler şeklinde verilmediği, hemşirelerin taburculuk sırasında ve sonrasında hastalara evdeki bakımlarını sürdürme ile ilgili eğitimler vermediği belirlenmiştir .

Bu konu ile ilgili Weizer'in (2003) yaptığı çalışmasında bireylerin iyileşme döneminde aktivite, yara bakım, sonda bakımı ile ilgili uymaları gereken kurallar olduğu ve bu konularda yetersiz bilgilendirme ile taburcu oldukları zaman bireylerin çok sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Weizer A Z 2003). Wilson'un (1997) yapmış olduğu çalışmada da yetersiz bilgi ile erken taburcu olan bireylerin evde kendilerini güvensiz hissettikleri belirlenmiştir (Wilson E D 1997).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastanede yatış sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %38,4'ünün 5-6 gün, %30,3'ünün 3-4 gün, %24,2'sinin ise 7-8 gün arasında taburcu oldukları görülmektedir (Tablo 5).

Long'un (1999) kapalı prostat ameliyatı sonrası hastanede yatış süresine göre ilk üç aylık dönemde gelişen komplikasyonların incelediği çalışmasında ameliyattan sonra hastanede yatış süresi azaldıkça taburculuktan sonraki 30 gün içinde tekrarlı yatışların, komplikasyonların ve mortalite oranlarının arttığı belirlenmiştir (Long Yao S 1999).

Yapılan bu çalışmada bireylerin %29,3'ünün hastaneden sonda ile taburcu oldukları, sonda ile taburcu olanların sadece %27,5'inin sonda bakımı ile bilgi aldığı, sonda bakımı ile ilgili bilgi alan kişilerin tamamının ise bu bilgileri doktordan aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5). Bu çalışmada genellikle kapalı prostat cerrahisi sonrası idrar yapamama sorunu yaşayan bireylerin sonda ile taburcu oldukları, bireylere evde sonda ile ilgili sorun yaşamaları durumunda hastaneye gelmeleri söylendiği için sağlık ekibi tarafından üriner kateter bakımı ile ilgili ek bir bilgi verilmediği düşünülmektedir. Hastanedeki yatış süresi içinde üriner katetere bağlı yaşanan sorunlara genellikle doktorlar tarafından müdahale edildiği için evde sonda bakımı ile ilgili hemşirelerin bilgi vermediği düşünülmektedir.

Vasseur'un (1998) çalışmasında sonda ile taburcu olan bireylerin sonda bakımı ile ilgili yeterli bilgi almadıkları için, sonda ve torba bakımı ile ilgili sorunlar yaşadıkları ve sondasız taburcu olan bireylere göre daha fazla sağlık hizmetlerine başvurdukları belirlenmiştir (Vasseur A S 1998). Jakobson'un (2000) çalışmasında da ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bireylerin sondadan başka seçenekleri olmadığı için sondaya daha kolay uyum sağladıkları ancak eve taburcu olduklarında sondayı sosyal ve cinsel yaşamlarını normal olarak sürdürmede en büyük engel olarak gördükleri belirlenmiştir (Jakobson 2000).

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları sorunlar ve günlük yaşam aktiviteleri puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Araştırma kapsamına alınan bireylerin %27,3'ünün miksiyon, %18,2'sinin defekasyon ve %15,2'sinin dolaşma ile ilgili aktivitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Ameliyat türüne göre günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu arasındaki ilişki karşılaştırıldığında miksiyon durumu ile ameliyat türü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Jakobson'un (2000) prostat cerrahisinin günlük yaşam aktivitelerine etkisini inceleyen çalışmasında bireylerin GYA'lerinin üriner problemler, kateter bakımı ve cinsel yaşam ile ilgili problemler nedeni ile olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Jakobson 2000). Kiviniemi'nin (1999) prostat cerrahisinin GYA'lerine etkilerini incelediği çalışmasında da prostat cerrahisine bağlı gelişen üriner sıkıntılıların sosyal yaşamı, GYA'lerini ve fiziksel kapasiteyi olumsuz etkilediği ve bu durumun hastalar tarafından sıkıntı verici olarak tanımlandığı belirlenmiştir (Kiviniemi K 1999). Bu konu ile ilgili Vasseur'un (1998) yapmış olduğu çalışmada ise prostat cerrahisi geçiren bireylerin %66,7'sinin ancak 1-3 ay içinde normal GYA'lerine sıkıntısız bir şekilde döndükleri belirlenmiştir (Vasseur A S 1998). Moore'un (1999) çalışmasında kateter ile birlikte yaşamın ve cinsel problemlerin prostat cerrahisi geçiren bireyler için günlük yaşamın değişmesi anlamına geldiği saptanmıştır (Moore K N 1999). Mistiaen (1997) cerrahi işlemin yaşlı bireyler üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında bireylerin evdeki günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi nedeni ile sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Mistiaen P 1997).

Yapılan bu çalışmada araştırma kapsamına alınan bireylerin de idrar boşaltımı ve hareket ile ilgili sorun yaşadıkları, yine kabızlığı önleyici diyet hakkında yetersiz bilgilendirilmeleri nedeni ile konstipasyon

yaşadıkları düşünölmektedir. Yapılmış olan benzer araştırmalarda bireylerin cinsel sorunları da yoğun olarak yaşadıkları belirlenmiş ancak bu çalışmada bireylerin cinsel konulardaki sıkıntılarının farkında olmadıkları ve bu nedenle ifade etmedikleri düşünölmektedir.

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunlar incelendiğinde bireylerin %93,9'unun ağrı, %84,8'inin sık idrar yapma, %69'unun uyku problemi, %68,7'sinin konstipasyon ve %8'inin sosyal izolasyon yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Weizer'in (2003) açık prostat cerrahisinin aktivite, beslenme ve ağrıya olan etkilerinin incelendiği çalışmasında taburculuk sonrasında ilk haftanın sonunda bireylerin ağrı skorlarının en yüksek seviyede olduğu ve dördüncü haftaya kadar normal seviyeye ulaştığı belirlenmiştir (Weizer A Z 2003). Kiviniemi'nin (1999) yapmış olduğu çalışmada TURP sonrası bazı erkeklerde idrara çıkma miktarı günde 1-2'ye düşerken , bazılarının çok sık tuvalete gittikleri belirlenmiştir. Bunun yanında bazı hastaların ağrılı idrar yapma şikayetlerinin olduğu ve bireylerin genelinde sık tuvalete gitmeye bağı yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (Kiviniemi K 1999). Jakobson'un (2000) çalışmasında bireylerin idrar kaçırma ve sondaya bağı problemleri nedeni ile daha az sosyal yaşama katıldıkları belirlenmiştir (Jakobson 2000).

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası %51,5'inin sorumluluklarının etkilendiği ve bireylerin en çok işe gidememe nedeni ile sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo8). Ameliyat türüne göre bireylerin evdeki sorumluluklarının etkilenme durumu incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo25). Bu çalışmada bireylerin işe gidememe nedeni ile ailedeki sorumluluklarını yerine getirememeye bağı sıkıntı yaşadıkları düşünölmektedir .

Jakobson'un (2000) çalışmasında bazı erkeklerin eş ve arkadaşlarının desteğı ile eş, baba ve aile reisi rollerini üniner problemlerine

rağmen yerine getirebildikleri, bazılarının ise bu problemleri gizlemeyi tercih ederek rollerini devam ettirdikleri belirlenmiştir (Jakobson 2000).

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin eşleri ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu incelendiğinde bireylerin %54,5'inin eşleri olan ilişkilerinin etkilendiği görülmektedir (Tablo 9).Yapılan bu çalışmada prostat cerrahisi geçiren bireylerin %50'sinin eşlerinin sorumluluklarının ameliyat nedeni ile arttığı, %47,7'sinin eşlerine bağımlı hale geldikleri için eşleri ile olan ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Yaş grupları ile eş ilişkisinin etkilenme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Genç bireylerin yaşlı bireylere oranla eşleri ile ilişkilerinin daha fazla oranda etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 19). Bu çalışmada genç bireylerin evdeki sorumluluklarını yerine getiremedikleri için eşlerine bağımlı olmaktan dolayı sıkıntı yaşadıkları ve bu nedenle eşleri ile olan ilişkilerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Fillon'un (2001) çalışmasında kapalı prostat cerrahisi geçiren bireylere sıkıntılı zamanlarında ve günlük rutinlerini yerine getirmede eşlerinin destek olduğu belirlenmiştir (Fillon M 2001). Navon'un (2003) çalışmasında prostat bezi ile ilgili hastalıkların bireylerin benlik imajlarını ve cinselliklerini etkilediği için eşler arasındaki ilişkiyi de olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Navon L 2003) .

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin % 64,6'sının çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği, etkilenme nedenlerine bakıldığında bireylerin %53,1'inin çocuklarına yük oldukları, %23,4'ünün işlerinin çocuklarına kalmasından sıkıntı yaşadıkları, %14,1'inin çocukları ile yeterli ilgilenemedikleri için sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 9). Yaş gruplarına göre cerrahi işlemten sonra çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu incelendiğinde yaş ilerledikçe bireylerin çocukları ile ilişkilerinin daha çok olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Yaş grupları ile bireylerin çocukları ile olan ilişkilerinin

etkilenme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur.

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin kontrole gitme durumu ve gitme nedenleri incelendiğinde bireylerin %59,6'sının taburculuk sonrası sorun yaşamadığı, %16,2'sinin yara akıntısı, %14,1'inin idrar yapamama sorunları ile hastaneye başvurduğu görülmektedir (Tablo 10).

Vasseur'un (2000) çalışmasında TUR-P işlemi uygulanan hastaların %8,3'ünün evde yaşadıkları sorunlar nedeni ile kontrol zamanından önce doktora gittikleri belirlenmiştir (Vasseur A S 2000).

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları boşaltım problemleri ve başvurdukları çözüm yöntemleri incelendiğinde bireylerin %19,1'inin idrar tutamama %14,1'inin idrar yapamama, %37,3'ünün kanlı idrar yapma %93,9'unun ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığı, bunun için bireylerin %47,4'ünün sıvı alımını azalttığı, idrar yapamama sorunu için bireylerin tamamının hastaneye başvurduğu, kanlı idrar yapma sorunu yaşayan bireylerin %72,9'unun hiçbir şey yapmadıkları, sadece %27'sinin doktorlarını aradıkları, ağrılı idrar yapma sorunu yaşayan bireylerin %67,7'sininağrı kesici aldığı belirlenmiştir (Tablo 11). İnkontinans yaşayan bireylerin oranının az olmasının nedeninin, bireylerin erken taburculuk döneminde olmaları ve yaşadıkları idrar kaçırma sorununun geçici olarak algılamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ameliyat türüne göre yaşanan üriner sorunlar incelendiğinde ise kapalı prostat cerrahisi geçiren bireylerin %24'i, açık prostat cerrahisi geçiren bireylerin %4 oranında idrar yapamama şikayetleri olduğu, kanlı idrar yapma oranında kapalı prostat cerrahisi geçiren bireylerde daha fazla olduğu (%48) saptanmıştır (Tablo 27).

Peymromaure'nin (2002) çalışmasında prostat cerrahisi sonrası idrar kaçırma sorununun genellikle bireylerin %30-50'sinde geliştiği belirlenmiştir (Peymromaure M 2002). Jakobson'un (2000) çalışmasında bireylerin prostat cerrahisi sonrası normal sosyal yaşama dönme sürelerinin

üriner semptomlarını kontrol edebilme durumlarına göre değiştiği ve idrar kaçırmanın hastalar tarafından en kötü deneyim olarak tanımlandığı belirlenmiştir (Jakobson 2000). Sebesta'nın (2002) prostat cerrahisi geçiren 674 bireyi incelediği çalışmasında ise 65 yaşın altındaki bireylerin daha az idrar kaçırma sorunu yaşadığı, bireylerin %36,2'sinde günde 1 kez, %9,2'sinde günde birden fazla idrar kaçırma sorunu yaşandığı, idrar kaçırma sorunu yaşayan bireylerin %31,7'sinin bez kullanmak zorunda kaldığı belirlenmiştir (Sebesta M 2002). Tomoko'nun (2000) çalışmasında prostat cerrahisi sonrası normal idrar boşaltımına dönme zamanı ortalama 17 gün olarak belirlenmiştir (Tomoko O 2000). Kiviniemi'nin (1999) çalışmasında bireylerin başkalarının da benzer üriner sorunlar yaşamasının kendi bşetmelerini güçlendirdiğini ifade ettikleri saptanmıştır (Kiviniemi 1999). Tomoko'nun (2002) çalışmasında sonda ile taburcu olan bireylerin kateter çıktıktan sonra devam eden idrar kaçırma sorunu nedeni ile şok yaşadıklarını belirlemiştir (Tomoko O 2002).

Yapılan bu araştırmada bireylerin ameliyattan önceki ve sonraki kabızlık durumları ile kabızlık için başvurdukları uygulamalara göre dağılımları incelendiğinde bireylerin %39,9'unun ameliyattan önce %68,6'sının ameliyattan sonra kabızlık yaşadığı, bu bireylerin kabızlık sorununu çözmek için %52,9'unun ilaç kullandığı ve %29,4'ünün ilaçlarını kullanmanın yanında sıvı alımlarını arttırdıkları belirlenmiştir (Tablo 12). Kabızlık prostat cerrahisi sonrası kanamaya neden olabilen bir problem olduğu için önlenmesi önemlidir . Ancak hasta bireylerin ameliyattan sonra idrar kaçırmayı önlemek için sıvı alımını azalttıkları için kabızlık oranlarının arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada prostat cerrahisi geçiren bireylerin ameliyata bağlı işlerinin ve boş zamanları değerlendirme şekillerinin etkilenme durumları ve etkilenme nedenleri incelendiğinde bireylerin % 23,2 'sinin geçirdikleri cerrahi işleme bağlı işlerinin etkileneceğini düşündükleri, etkilenme nedeni olarak ise % 47,8' inin uzun süre oturmayı gerektiren, %30,4'ünün

aşırı güç harcamayı gerektiren, %21,7'sinin uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalıştıkları için etkileneceğini düşündükleri ifade ettikleri belirlenmiştir. Boş zamanlarını değerlendirme şekilleri incelendiğinde cerrahi işlemden önce bireylerin %29,3'ünün gezdiği , %26,3'ünün kahveye gittiği %21,2'sinin evde dinlenmeyi tercih ettiği, cerrahi işlemden sonra bireylerin %75,7'sinin boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiği, değişme nedeni olarak da %54,6'sının evden dışarı çıkamamayı, %38,7'sinin ise yaşadıkları ağrı nedeni ile hareketlerinin kısıtlandığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo13). Bireylerin genellikle ağrı, sık idrar yapma gibi nedenlerle aktivitelerinin kısıtlandığı, bu nedenle boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiği düşünülmektedir.

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin % 97' sinin işlemden sonra uyku sürelerinin etkilendiği (azaldığı), uyku süresinin etkilenme nedenlerine bakıldığında %31,2'sinin ağrı ve %29,2'sinin sık tuvalete gitme nedeni ile uyku sürelerinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Vasseur'un (2000) 24 kişi üzerinde yapmış olduğu ve prostat cerrahisinin 6 aylık sonuçlarını izlediği çalışmasında bireylerin %58,3'ünde gece sık idrar yapma, acil idrar yapma isteği, idrar retansiyonu ve ağrı gibi ameliyat öncesi semptomlara geri dönüş görülmüştür (Vasseur A S 2000). Jakobson'un (2000) çalışmasında prostat cerrahisi sonrası bireylerin sondaya bağlı ağrı ve sızıntı gibi sorunlar nedeni ile uyku problemi yaşadıkları belirlenmiştir (Jakobson 2000).

Uykunun yara iyileşmesi üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir .Bu nedenle hastaların uyku durumları incelenmiş ve çoğunluğunun ağrı, sık idrar yapma gereksinimi yeterli uyuyamadıkları ve uyku kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir.

Yapılan bu çalışmada bireylerin %28,3' ü cinsel yaşamlarının olumsuz etkileneceğini düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 15). Bireylerin eğitim düzeylerine göre cinselliklerinin etkilenme durumları incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça cinselliğin etkilenme düzeyinin de arttığı

belirlenmiştir. Eğitim durumu ile cinselliğin etkilenme durumu karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo23). Prostat cerrahisinin bireylerin uzun dönemdeki yaşamlarına olan etkilerini inceleyen çalışmalarda yoğun cinsel problemlerin yaşandığı saptanmıştır.

Fillon'un (2001) belirttiğine göre Gray'in yapmış olduğu çalışmada prostat cerrahisi geçiren bireylerin %41'inin idrar kaçırma sorunu ve cinsel fonksiyon kaybı yaşadığı ve bu bireylerin sadece %20'sinin yeterli destek aldıkları belirlenmiştir (Fillon M 2001). Holmberg'in (2002) çalışmasında prostat cerrahisi geçiren bireylerde, cerrahi işlem geçirmeyen bireylere oranla %45 daha fazla cinsel fonksiyon kaybı saptanmıştır (Holmberg L 2002). Noldus (2003) ise cerrahi işlem sonrasındaki bir yıl içinde cinsel fonksiyonların zamanla yerine geldiğini belirlemiştir (Noldus J 2003). Jakobsson'un (2000) çalışmasında prostat cerrahisi geçiren bireylere cinsellik ile ilgili yetersiz danışmanlık verildiği ve bu nedenle eşler arasında iletişim sorunları yaşandığı, bireylerin sorunlarını genç bayanlara ifade etmekten hoşlanmadıkları için hemşirelerin bu sorunları fark etmede yetersiz kaldıkları belirlenmiştir (Jakobson 2000). Cerrahi işlemin ve kullanılan ilaçların cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği, bireylerin bu konularda önceden bilgilendirilmiş olmalarına rağmen yoğun sıkıntı yaşadıklarını, bu sorunların eşler arasında ortak sorunlar olarak ele alınmadığı daha çok erkeklerin sorunu gibi düşünüldüğü belirlenmiştir (Kiviniemi K 1999). Ayrıca Jakobsson'un belirttiğine göre Kautz ve arkadaşları (1990) prostat cerrahisi geçiren erkeklerin daha çok fiziksel kökenli sorunları dile getirdiğini, eşlerinin ise psikolojik kökenli sorunları dile getirdiğini belirlemiştir (Jakobsson 2000). Fillon'un (2001) çalışmasında da ameliyattan sonra eşlerin, cerrahi işlemin idrar kaçırma gibi yan etkilerinden söz ederken aslında cinsel konulardaki sıkıntılarını ifade etmek istedikleri belirlenmiştir (Fillon M 2001).

Bu çalışmada hastaların cerrahi işlem sonrasındaki ilk on gün içindeki sonuçları incelendiği ve bu dönemde bireylerin cinsel yaşam ile ilgili kısıtlamaları devam ettiği için cinsel yaşamın etkilenme durumu tam olarak belirlenememiştir. Toplumumuzda cinsel yaşam ile ilgili sıkıntılar kolay ifade edilemediği ve genellikle yaşlı bireylerin bu konudaki beklentileri daha az olduğu için bu çalışmada cinsel yaşamın etkilenme oranı farklı toplumlara göre daha düşük bulunmuştur.

Prostat cerrahisi geçiren bireylerin beden imgesi ile ilgili ifadeleri incelendiğinde bireylerin %25,3'ünün cerrahi işleme bağlı beden imajlarını algılamalarının değişmediği, %25,3'ünün durumundan utandığı, % 22,2'sinin kendisini işe yaramaz hissettiği %18,2'sinin ise kendisini yaşlı hissettiği, % 9,1'inin ise sonucun kanser çıkmasından korktuğu belirlenmiştir (Tablo17). Yapılan bu çalışmada bireylerin beden imajlarının daha çok sonda ve idrar boşaltımı ile ilgili sorunlara bağlı etkilendiği (Tablo17), bireylerin çoğunluğunun ise yaşlı olmaları ve kaderci tutumları nedeni ile beden imajlarının etkilenmediğini ifade ettikleri düşünülmektedir.

Kiviniemi'nin (1999) çalışmasında prostat cerrahisinin beden imgesini olumsuz etkilediği ve bireylerin bu nedenle sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir (Kiviniemi K 1999). Harris'in (1998) çalışmasında prostat cerrahisi sonrası beden imgesini ve iyilik halini olumsuz etkileyen olayın idrar kaçırma olduğu saptanmıştır (Harris J 1998). Moore'ın (1999) çalışmasında eşlerin kocalarının cinsel danışmanlık almalarını istedikleri, aksi halde eşlerinin cinsel yaşam ile ilgili sıkıntılarından dolayı beden imajlarının olumsuz etkilenmesinden korktuklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Moore K N 1999). Jakobsson'un(2000) çalışmasında ise prostat cerrahisi geçiren bireyler yaşanan üriner problemleri normal olarak tanımlamışlar ve bu sorunların beden imajlarını algılamalarını olumsuz etkilemediğini belirtmişlerdir (Jakobson 2000).

Bu çalışmada bireylerin yaş gruplarına göre cerrahi işleme bağlı evdeki sorumluluklarının etkilenme durumu incelendiğinde yaş ilerledikçe cerrahi işlemlere bağlı evdeki sorumluluklarının etkilenme durumunun daha az düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları ile evdeki sorumlulukların etkilenme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo1) .

Yapılan bu çalışmada 60 yaş ve altındaki bireylerin %46,9'unun ameliyattan sonra cinselliklerinin etkilendiği belirlenirken, 71 yaş ve üzerindeki bireylerin %100'ünü ameliyattan sonra cinselliklerinin etkilendiğini, yaş ilerledikçe cinselliğin daha az etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 22). Genç bireylerde cinsel sorunların görülme oranı daha fazla iken yaşlı bireylerde cinsel sorunların görülme oranının daha düşük olmasının nedeninin yaşlı bireylerin bu konuda beklentilerinin daha az olması nedeni ile olduğu düşünülmektedir .

Moore'un (1999) çalışmasında prostat cerrahisi öncesi cinsel açıdan aktif olan bireylerin yaşlı bireylere göre daha çok sıkıntı yaşadıkları ve bütün bireylerin bu konuda yardım almak istedikleri ancak bu sorunlarını dile getirmekten çekindikleri belirlenmiştir (Moore K N 1999). Harris'in (1998) yapmış olduğu çalışmada ise yaş ile birlikte empotans görülme oranının arttığı belirlenmiştir (Harris J 1998). Overmyer'in (1999) çalışmasında prostat cerrahisi sonrası genç bireylerin cinsel fonksiyonlarının yaşlı bireylere oranla daha kısa sürede normale döndüğünü belirlenmiştir (Overmyer 1999).

Yapılan bu çalışmada ameliyat türüne göre evde yaşanan idrar boşaltımı problemleri incelendiğinde açık ameliyat geçiren bireylerin %18,4'ünün, kapalı ameliyat geçirenlerin %20'sinin idrar tutamama sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 26). Bu çalışmada kapalı prostat cerrahisi geçiren bireyler ile kateter çıkarıldıktan sonraki erken dönemde görüşülmüş olması nedeni ile daha fazla oranda idrar kaçırmaya sorunu yaşadıklarını ifade ettikleri düşünülmektedir.

Ameliyat türüne göre evde kabızlık yaşama durumu incelendiğinde kapalı ameliyat geçiren bireylerin %58'inin kabızlık sorunu yaşadığı görülmektedir. Ameliyat türüne göre kabızlık yaşama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu çalışmada sonda ile taburcu olan bireylerin banyo yapma ile ilgili ve kabızlık ile ilgili daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılmış olan benzer çalışmalarda bireylerin banyo yapma durumu ve kabızlık sorunları ile ilgili verilere rastlanamamıştır.

Çalışmamızda ameliyat türüne göre cinselliğin ve uykunun etkilenme durumu incelendiğinde açık prostat cerrahisi geçiren bireylerin %63,3'ünün , kapalı ameliyat olanların ise %80'inin cinselliklerinin etkilenmeyeceğini düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 31) Ancak genç bireylerin yaşlı bireylere oranla cinselliklerinin daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. Gacci'nin (2003) çalışmasında açık prostat cerrahisi sonrası cinsel sorunların daha az yaşandığı belirlenmiştir (Gacci 2003).

Ameliyat türüne göre evde yaşanan en sıkıntılı durumların dağılımı karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Elde edilen verilere göre açık cerrahi işlem geçirenler daha çok ağrı, idrar kaçırma ve yara bakımı sorunları yaşarken, kapalı cerrahi işlem geçirenler daha çok sondaya bağlı sıkıntılar ve sık idrar yapma sorunları yaşamaktadırlar.

VI. SONUÇLAR

Bu araştırmada prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeylerinin ve komplikasyon gelişme durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar :

- Araştırma kapsamına alınan bireylerin %43,4'ünün 61-70 yaş arasında, %54,4'ünün ilkokul mezunu, %75,8'inin evli olduğu, %59,6'sının geniş ailede yaşadığı ve %45,5'nin sigortalı olduğu (Tablo 1),
- Bireylerin %49,5'inin daha önceden ameliyat deneyiminin, %35,4'ünün hipertansiyonunun, %23,2'sinin diyabetinin olduğu, %65,7'sinde yaşlılığa bağlı gelişen yetersizlik olmadığı, %15,2'sinin ise görme problemi olduğu (Tablo 2),
- Bireylerin %49'unun açık , %50,5'sinin kapalı prostat cerrahisi geçirdiği, işlemlere bağlı bireylerin %22,2'sinde komplikasyon geliştiği (Tablo 3),
- Bireylerin çoğunluğunun taburcu olmadan önce kontroller, hareket ve ilaç tedavisi ile ilgili doktordan bilgi aldıkları (Tablo 4),
- Bireylerin %38,4'ünün 5-6 gün, %30,3'ünün 3-4 gün arasında taburcu oldukları , bireylerin %29,3'ünün sonda ile taburcu olduğu, sonda ile taburcu olanların % 27,5'inin sonda bakımı ile ilgili doktordan bilgi aldığı (Tablo 5),
- Bireylerin evde yaşadıkları sorunlara ile günlük yaşam aktiviteleri puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo6),
- Bireylerin evde %100'ünün ağrı, %84,8'inin sık idrar yapma, %69'unun uyku problemi ve %66,6'sının konstipasyon sorunu yaşadığı (Tablo 7),
- Bireylerin %51,5'inin evdeki sorumluluklarının etkilendiği, %49'unun işe gidemediği, %25,5'inin alışveriş yapamadığı ve % 25,5'inin ağrı nedeni ile hareket edemediği (Tablo8),
- Bireylerin % 54,5'inin eşleri ile olan ilişkilerinin, %64,6'sının çocukları ile olan ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği(Tablo 9),

- Bireylerin, %16,2'sinin yara akıntısı, %14,1'inin idrar yapamama nedeni ile hastaneye tekrar başvurduğu, %59,6'sının ise taburculuk sonrası herhangi bir sorun ile hastaneye gitmediği (Tablo10),
- Bireylerin %27,6'sının yara, %19,1'inin ise idrar tutamama sorunu yaşadığı, idrar tutamama sorunu için bireylerin % 47,4'ünün sıvı alımını azalttığı ve %42,1'inin bez kullandığı, %14,1'inin idrar yapamama sorunu yaşadığı ve bu sorun için bireylerin tamamının hastaneye başvurduğu, %37,3'ünün kanlı idrar yapma sorunu yaşadığı ancak kanlı idrar yapma sorunu yaşayan bireylerin %72,9'unun kanlı idrar yapma durumunu normal bir şey olarak kabul ettikleri için hiçbir şey yapmadıkları sadece %27'sinin bu durum karşısında doktorlarını aradıkları, %93,9'unun ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığı , bu sorunu yaşayan bireylerin %67,7'sinin ağrı kesici aldığı (Tablo 11),
- Bireylerin %39,9'unun ameliyattan önce, %68,6'sının ameliyattan sonra kabızlık sorunu yaşadığı, bunun için bireylerin %52,9'unun sadece ilaç kullandığı, %29,4'ünün ilaçlarını kullanmanın yanında sıvı alımlarını da arttırdıkları (Tablo 12),
- Bireylerin % 23,2 'sinin geçirdikleri cerrahi işleme bağlı işlerinin etkileneceğini düşündükleri, etkilenme nedeni olarak ise % 47,8' inin uzun süre oturmayı gerektiren, %30,4'ünün aşırı güç harcamayı gerektiren, %21,7'sinin uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalıştıkları için etkileneceğini düşündükleri ifade ettikleri, %75,7'sinin ameliyattan sonra boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiğini ifade ettikleri (Tablo 13),
- Bireylerin %97'sinin uyku süresinin etkilendiği (azaldığı), uyku süresinin etkilenme nedenlerine bakıldığında bireylerin %31,2'sinin ağrı ve %29,2'sinin sık tuvalete gitme nedeni ile uyku sürelerinin azaldığı (Tablo 14),
- Bireylerin %28,3' ünün prostat cerrahisine bağlı cinsel yaşamlarının etkileneceğini düşündükleri (Tablo 15),
- Bireylerin % 22,2'sinin yara, %22,2'sinin sonda ve %20,2'sinin ise sık tuvalete gitme nedeni ile sıkıntı yaşadıkları (Tablo 16),

- Bireylerin %74,7'sinin cerrahi işleme bağlı beden imajlarını algılamalarının değiştiği, % 25,3'ünün durumundan utandığı, % 22,2'sinin kendisini işe yaramaz hissettiği (Tablo 17),
- Prostat cerrahisi geçiren 60 yaş ve altındaki bireylerin %87,5'inin, 61-70 yaş arasındaki bireylerin ise %51,2'sinin evdeki sorumluluklarının etkilendiği, yaş grupları ile evdeki sorumlulukların etkilenme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 18),
- Araştırma kapsamına alınan 60 yaş altındaki bireylerin %81,3'ünün eşleri ile ilişkilerinin etkilendiği, yaş grupları ile eş ilişkisinin etkilenme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 19),
- 60 yaş ve altındaki bireylerin %71,9'unun çocukları ile ilişkileri etkilenmezken, 61 – 70 yaş arasındaki bireylerin % 74,4'ünün, 71 yaş ve üstündeki bireylerin ise %95,8'inin çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği, yaş grupları ile bireylerin çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 20),
- Bireylerin %46,9'unun ameliyattan sonra cinselliklerinin olumsuz etkilendiği, yaş ilerledikçe cinselliğin daha az etkilendiği , yaş grupları ile cinselliğin etkilenme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 21),
- Eğitim durumu ile cinselliğin etkilenme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 22),
- Ameliyat türüne ile hastanede komplikasyon gelişme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p > 0.05$) (Tablo 23),
- Ameliyat türüne ile evdeki sorumluluklarının etkilenme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 24),
- Ameliyat türü ile eş ve çocuklar arasındaki ilişkinin etkilenme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), arkadaşlar ile

ilişkinin etkilenme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 25),

- Açık ameliyat geçiren bireylerin %18,4'ünün, kapalı ameliyat geçirenlerin %20'sinin idrar tutamama, açık ameliyat geçirenlerin %4,1'inin, kapalı ameliyat geçirenlerin %24'ünün idrar yapamama sorunu, açık ameliyat geçirenlerin % 26,5'inin, kapalı ameliyat geçirenlerin %48'inin kanlı idrar yapma, yine açık ameliyat geçirenlerin %93,9'unun, kapalı ameliyat geçirenlerin de %94'ünün ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığı (Tablo 26),
- Ameliyat türüne ile kabızlık yaşama durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 27),
- Ameliyat türü ile işin ve boş zamanları değerlendirme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 28),
- Ameliyat türü ile bireylerin yaşadığı sıkıntılı durumlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 29),
- Ameliyat türüne ile evde yaşanan sıkıntılı durumların dağılımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 30) belirlenmiştir.

VII. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Cerrahi işlemlerin bireylerin anksiyete yaşamasına neden olan işlemlerdir. Bireylere ameliyat öncesi dönemde uygulanacak olan cerrahi işlemler ve cerrahi işlemlerin bundan sonraki yaşamlarına olabilecek etkileri ile ilgili bilgi verilmemekte, bireyler evdeki iyileşme dönemlerini yetersiz sağlık bakımı desteği ve kendi kendilerine çözmek zorunda kaldıkları problemler ile geçirmektedirler. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde bireylere uygulanacak olan prostat cerrahisi ve etkilerini içeren planlı eğitimlerin hemşireler tarafından verilmesi,

2. Hastalara, hemşire ve doktorlar tarafından planlı taburculuk eğitimlerinin verilmediği, verilen eğitimlerin de sözel ve ayrıntılı olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle taburculuk öncesinde hastalara hemşireler tarafından planlı eğitimlerin ve bu eğitimlerin yazılı materyaller ve broşürler ile desteklenmesi,

3. Hemşirelerin prostat cerrahisi sonrası bireylerin GYA'lerine yönelik yaşadıkları sorunların farkında olmalarını sağlamak için hizmet içi eğitimlerin verilmesi,

4. Bu çalışmada hastalara daha çok eşlerinin destek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle eşlerin bakıma katılmalarının sağlanması yada yaşayabilecekleri sorunlara yönelik bilgilendirilmeleri,

5. Bu çalışma taburculuk sonrası erken dönemdeki sorunların belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın tekrar yapılması durumunda bireylerin uzun dönemde yaşadıkları sorunların saptanması önerilmektedir.

VIII. ÖZET

Araştırma prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeylerinin ve komplikasyon gelişme durumunu belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve SSK Hastanesi Üroloji Servislerinde Ağustos -2003 ile Ekim – 2003 tarihleri arasında üç ay süre ile prostat ameliyatı geçiren 99 birey oluşturmuştur.

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli olan veriler “Hasta Tanıtım Formu, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi“, “Prostat Cerrahisi Sonrası Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu“ ve “Günlük Yaşam Aktivitelerini Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu“ kullanılarak toplanmıştır. “Hasta Tanıtım Formu” araştırma kapsamına alınan bireylere taburcu olacakları gün uygulanmıştır. Araştırmamızda Barthel İndeksi prostat cerrahisine bağlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıklarının etkilenme düzeylerini belirlemek üzere kullanılmıştır. “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” (EK- II) bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin prostat cerrahisi sonrası günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini belirlemek amacı ile, “Evde Gelişebilecek Komplikasyonlar Formu”(EK- III) bireylerin hastaneden taburcu olduktan sonra ev ortamında karşılaşılabilecekleri komplikasyonları belirlemek amacı ile, “Günlük Yaşam Aktiviteleri Karşılama Durumu İle İlgili Soru Formu” (EK-IV) güvenli çevreyi sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği tanımlama, uyku ve ölüm alanları ile ilgili etkilenme durumunu belirlemek üzere ev ziyaretleri sırasında hastalar ile tek tek görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Elde edilen veriler yüzdelik hesapları ve kruskall wallis testleri kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bireylerin yarısına açık yarısına da kapalı prostat cerrahisi uygulandığı, açık prostat cerrahisi geçirenlerin %20,4'ünde, kapalı prostat cerrahisi geçirenlerin %24'ünde hastanede komplikasyon geliştiği, bireylerin geneline taburculuk sırasında kontroller, hareket ve ilaç tedavisi ile ilgili doktorlar tarafından bilgi verildiği, bireylerin çoğunluğunun 5-6 gün hastanede yattığı, taburculuk sonrasında bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha çok banyo ve üriner boşaltım ile ilgili sorunlar yaşadıkları, taburculuk sonrası bireylerde ağrı, sık idrar yapma , uyku ve kabızlık problemleri yaşadıkları belirlenmiştir. Prostat cerrahisi sonrasında bireylerin çoğunluğunun eşleri ve çocukları ile olan ilişkilerinin etkilendiği , bireylerin daha çok yara yeri ile ilgili sorunlar nedeni ile tekrar hastaneye başvurduğu, evde bireylerin büyük çoğunluğunun ağrı yaşadığı , ameliyattan sonra kabızlık problemlerinin arttığı, bireylerin çoğunluğunun ameliyattan sonra iş ve cinsel yaşamlarının etkilenmeyeceğini düşündükleri, boş zamanlarını değerlendirme şekillerinin değiştiği, çoğunluğunun uyku sürelerinin azaldığı ve beden imajlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda prostat cerrahisi geçirecek bireylere cerrahi işlemin yan etkileri, GYA 'lerinde ve evde yaşayacakları sorunlara yönelik hemşireler tarafından taburculuk eğitimlerinin planlanması ve ev ziyaretleri ile bireylerin taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlara uygun müdahalelerin planlanması önerisinde bulunmuştur .

Anahtar Kelimeler: Prostat, benign prostat hiperplazisi, taburculuk, günlük yaşam aktiviteleri, evde bakım.

IX.ABSTRACT

This research is made descriptively to observe the early postoperative effects of prostate surgery on the activities of daily life and the development of complications.

The universe of the research consists of 99 individuals who had prostate surgery in 3 months between August 2003 and September 2003 in Urology services of Cumhuriyet University Hospital, Sivas Numune Hospital and SSK Hospitals.

The data which needed to continue the research are collected with the "Patient Introduction Form", " Barthels Index Of Activities of Daily Life (ADL)", " The Home Complication Form After Prostate Surgery" and "Form Of ADL Abilities At Home". The patient introduction form is applied to the people on the discharge day. The Barthels Index of activities of daily life is used to find out the influence of prostate surgery on peoples independence in activities of daily life. The home complication form after prostate surgery, is used to find out the complications which can occur at home after discharge from the hospital. Form of activities of daily life abilities at home, is used to assess the ability of doing the activities of daily life at home. The forms are applied by the researcher during the home visits to the people one by one.

The data which were obtained are appraised by computer by using percentage calculations and Kruskal-Wallis tests.

According to the findings, radical prostate surgery is done to the half of the people and transurethral prostat surgery is done to the other half, in open prostate surgery 20,4 % of the people, in the transurethral prostate surgery 24 % of the people had complications in the hospital, major of the people were informed about the controls, activities and medications by the doctors, people stayed 5-6 days at the hospital, people experienced urinary and bathing problems, pain, frequent urination, sleeplessness and

constipation after discharge. The partner and child relation is effected after prostate surgery, people readmitted to the hospital mostly because of wound problems, mostly people experienced pain after surgery, more people experienced constipation problems, half of the people had had a bath and they needed the help of an other person, most of the people thought that their sexual life and job wouldn't be effected because of the surgery, most of the people activities of free times changed, most of the people slept less and most of the people body image were effected negatively.

According to the data we suggest that, discharge educations must be given to the people by the nurses about the side effects of the prostate surgery, the effects of prostate surgery to the activities of daily life, the complications which can occur at home and also appropriate interventions must be planned with the people to the problems they experience at home by making home visits.

Key words: Prostate, bening prostatic hyperplasia, discharge, daily activities of life, home care.

X- KAYNAKLAR

- 1.Aksayan S, Cimete G (1998) Evde Bakım, **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, 7 (6) : 202 – 204.
- 2.Altun İ (1998) Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 71 – 78.
- 3.Bhayani S B and et all (2003) Prospective Comprahansion Of Short-Term Convalescenc: Laparoscopic Radical Prostatectomy Versusu Open Radical Retropubic Prostatectomy, **Urology**, 61(3), pp:612 – 616.
4. Bauman N (1996) Rapid Discharge After RP Is Possible, Safe, **Urology Times**, 24(11):36
- 5.Bishop P (2003) Bipolar Transurethral Resection Of The Prostate-A New Approach, **AORN Journal** , 77(5): 979.
- 6.Bölükbaşı N (1996) Cerrahi Hastalarının Korku ve Endişelerini Paylaşabildikleri Sağlık Personeli **Sendrom**:79-80.
- 7.Brown S D (1995) Hospital discharge Preparation For Homeward Bound Elderly, **Clinical Nursing Research**, 4(2): 181-194.
- 8.Bryan N P, Byrne L, Hastie K J, Anderson J B ve ark (1999) A pilot study for a randomized controlled trial comparing the efficacy, safety and cost-effectiveness of surgical treatments of the prostate, **BJU International**, 83: 249-253.
- 9.Callaghan, Patrick, Cheung, Yuk-Lunk ve ark (1998) The effect of preoperative information on post-operative anxiety, satisfaction with information and demand for analgesia in chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP), **Journal of Clinical Nursing**, 7(5).
- 10.Carol S E ve ark. (1997) Efficency Of Families Managing Home Health Care, **Annals of Operations Research** , 73: 157 .

- 11.Castle R, Malone M (2000), Discharge Planning Following Surgery, Nursing The Surgical Patient, Toronto 97 – 106.
- 12.Churchill J A (1997) Transurethral Prostatectomy-New Trends, **Geriatric Nursing**, 18(2): 78 – 80.
- 13.Cimete G (1998) Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşireliğin Yeri, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, İstanbul s:7 – 16.
- 14.Clark E (2001) Preoperative Assesment:Primary Care Work-Up To Identity Surgical Risks, **Geriatrics**, Duluth,56(7):36-41.
- 15.Condie J D, Cuthrell L, Mian A (1999) Suprapubik Prostatektomy; For Bening Prostatic Hyperplasia İn Rural Asia: 200 Consecutive Cases, **Urolog**, 54 (6): 1012 – 1016.
- 16.Craig A C (2002) Clinical Pathways For The Multidisciplinary Home Care Team, **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, 29 (5): 496.
- 17.Dellasega A C, Fisher M K (2001) Posthospital Home Care For Frail Older Adults İn Rural Locations, **Journal Of Community Health Nursing**, 18 (4): 247 – 260.
- 18.Fillon M (2000) Men Eager o Renew Activities After Prostate Surgery, Web MD Medical News Archive.
- 19.Foubister V (1999) House Oks Rules For Comanaging Patients After Surgery, American Medical Association.
- 20.Gacci M, Bartoletti R, Figlioli S, Sarti E ve ark.(2003) Urinary Symptoms, quality of life and sexual function in patients with bening prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: a prospective study, **BJU International**, 91(3): 196-200.
- 21.Galbraith M E, Ramirez J M and Pedro W L (2001) Quality Of Life, Health Outcomes, And Identity For Patients With Prostate Cancer İn Five Different Treatment Groups ,**Nursing Research Grant**, 28(3):551-559.
- 22.Gass R (2002) Bening Prostatic Hyperplasia: The Opposite Effects Of Alcohol and Coffee Intake, **BJU International**, Switzerland, 90:649-654.

23. Goldrick B A, Larson E L (1993) Wound Management In Home Care: An Assessment, **Journal Of Community Health Nursing**, 10(1):23-29.

24. Granger V C, Cotter CA, Hamilton BB ve ark (1993) Functional assessment scales: A study of persons after stroke, **Arch. Phys. Med. Rehabilitation**, 74:133-138

25. Gray R E, Fitch M , Phillips G and et all (1999) Presurgery Experiences Of Prostate Cancer Patients And Their Spouses, **Cancer Practice**, 7(3):130-135.

26. Harris J (1998) The Prewvalence of Impotence after Radical Prostatectomy, **Urologic Nursing**, 17(4):142-145.

27. Hazel R M, Templeton V, Coates E (2003), Development Of An Education Package For Men With Prostate Cancer On Hormonal Manipulation Therapy, **Clinical Effectiveness In Nursing** , 7(1) :33 –42.

28. Henderson A , Phillips S (1996), Surgical Patients Information Needs On Discharge : Are They Being Met?, **International Journal Of Nursing Practice**, 2 : 229 – 235.

29. Hoemen P S (1996) The Role Of Home Care, **Rehabilitation Nursing**, Mosby Year Book , Second Edition: 186 –187

30. Hoffman T, McKenna K, Cooke D, Tooth L (2003) Outcomes after stroke: Basic and instrumental activities of daily living, community reintegration and generic health status, **Australian Occupational Therapy Journal**, p:225-233..

31. İşbaşı S, Tütüncüoğlu G (1998) Evde Bakım Sürecine Genel Bir Bakış, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 111 – 113 .

32. Jakobson, Lisolette Ingalill R ve ark, Hallberg (2000) Experiences Of Micturition Problems, Indwelling Catheter Treatment And Sexual Life Consequences In Men With Prostate Cancer, **Journal Of Advanced Nursing**, 31(1).

33.Josten L, Strohschein S, Smoot C(1993), Managing Uncompensated Home Care, **Journal Of Community Health Nursing**, 10 (3): 149 – 160.

34.Keetch D W, Buback D (1998), A Clinical_Care Pathway For Decreasing Hospital Stay After Radical Prostatectomy, **British Journal Of Urology**, Missouri, 81: 398-402.

35.Kiviniemi K(1999) Going To The Bathroom Four Or Five Times A Night.: Seven Men Talk About Their Experiences Of Bening Prostatic Hyperplasia And The Perioperative Period, **Journal Of Clinical Nursing**, 8(5) .

36.Kring D (2003) Bening Prostatic Hyperplasia, **Clinical Nurse Specialist** , 33(5):44-45.

37.Laferriere R (1993) Client Satisfaction With Home Health Care Nursing, **Journal Of Community Health Nursing**, 10(2): 67 – 76.

38.Lathan E C, Bogner S M, Blannarovich D H A (1999) Human Centered Design of Home Care Technologies **Neuro – Rehabilitation**,12 (1): 3.

39..Leibman B D and et all (1998) Impact Of A Clinical Pathway For Radical Retropubic Prostatectomy, **Urology**, 52 (19) : 94 – 99.

40.Lewis M S, Collier C L, Heitkemper M M (1996) Patient Care In The Home , **Medical Surgical Nursing Assessment and Management Of Clinical Problems**, 4.th edition : 21 – 28.

41.Lewis S, Heitkemper M, Dirksen S R (2002) Male Geniourinary Problems, **Medical Surgical Nursing Assessment And Management Of Clinical Problems** , 5.th Edition , 2:1553 – 1564.

42.Lieberman T (2001) How To Hire A Home Health Aide, **Consumers Reports On Health**, Yonkers, 13 (1): 8 – 9.

43.Litwin M.S. and ett all (1999) Sexual Function and Bother After Radical Prostatectomy or Radiation For Prostate Cancer: Multivariate Quality Of Life Analysis from Capsure, **Urology**, 54(3) : 503 – 508.

44.Maman J, Steinwachs M D, Fahey M ve ark. (1992) Impact Of Hospital Discharge planning On Meeting Patient Needs After Returning Home, *Health Services Research*, 27(2):155-175.

45.Maqmon J, Steinwachs M D ,Fahey M, Bone L R, Oktay J, Klein L (1992) Impact Of Hospital Discharge Planning On Meeting Patient Needs After Returning Home, *Health Services Research*, 27(2):155 – 175.

Millar B (1991) Home Truths , *Nursing Times* , 87 (7):18.

46.Miranda B J, Diez M C, Bertran P A and Villavicencio H (2001) Quality Of Life Assesment In Patients With Bening Prostatic Hyperplasia, *Pharmaco-economics*, 19(1):1079-1090.

47.Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkel D, Bont M ve VeegerA (1997) The Problems Of Elderly People At Home One Week After Discharge From an Acute Care Setting, *Journal Of Advanced Nursing*, 25 : 1233-1240.

48.Moore K N, Estey A (1999) The Early Post-Operative Concerns Of Men After Radical Prostatectomy, *Journal Of Advanced Nursing* , 29 (5): 1121 – 1129.

49.Myers R P (2002) Localised Prostate Cancer: Important Points of Conduct For Radical Retropubic Prostatectomy, *European Urology Supplements*, 1(7):15 –19.

50.Nahcivan N (1998) Evde Bakım Sürecinde Bireyde Gelişen Tehlike Belirtilerinin Değerlendirilmesi, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s:213–220.

51.Nancy J B (1999) Legalities In Home Care- Age Discrimination and Downsizing in Home Care, *Home Health Care Nurse*, 17 (1): 10.

52.Navon L, Morag A (2003) Advanced Prostate Cancer Patients' Relationships With Their Spouses Following Hormonal Therapy, *European Journal Of Oncology Nursing*, Elsevier Science, 7(2):73 -80.

53.Noldus J and et all (2003) Treatment Of Prostate Cancer – The Clinical Use Of Radical Prostatectomy, *EAU Update Series*,1(1), pp:16-22

54.Novan L, Morag A (2003) Advanced Prostate Patients' Relationships With Their Spouses Following Hormonal Theraphy, **European Journal Of Oncology Nursing** , Elsevier Science Ltd., 7 (2): 73 – 80.

55.Oktay S, Erdoğan S, Aksayan S, Kocaman G (1996) Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu, **Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi** ,1 (1) : 52 – 56.

56.Özcan A (1990) Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Hemşirelerin Öğretim İşlevi, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bülteni**, Ankara, s:50 – 54.

57.Pateman B , Johnson M (2000) Men's Lived Experiences Following Transurethral Prostatectomy For Bening Prostatic Hypertrophy, **JONA**, 31(1): 51 – 58 .

58.Pierson C L (1999) Advanced Practioners Nurses In Home Care, **AJN**, 99(10):22

59.Postacıoğlu Z (1985)” Prostat Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeyinin Saptanması “**Ege Üniv. HYO Dergisi**,1(3) : 43 – 48.

60.Pritchard A P,Malhett S(1993) Discharge Planning, Manual Of Clinical Nursing Prosedures, Blackwell Scientific Publications,London,161-167.

61.Raghavan D (1996) Prostate Cancer, Populations, Politicians and Power, **European Journal Of Cancer**, 33(3):329-330.

62.Redman M, İnanç N (1998) Prostat Kanseri, Hemşireler için Kansere El Kitabı,Onkoloji Hemşireliği Derneği Yayınları, 2.baskı, Ankara, s.291 – 296.

63.Sebesta M and et all (2002) Questionnaire- Based Outcomes Of Urinary Incontinence And Satisfaction Rates After Radical Prostatectomy In A National Study Population, **Urology**, 60(6):1055 – 1058.

64.Shelfo S W Obek C ,Soloway M S (1998) Update On Bladder Neck Preservation During Radical Retropubic Prostatectomy: Impact on Pathologic Outcome, Anastomotic Strictures and Continence,**Urology**, 51(1):73 –78 .

65. Siston K A ve ark (2003) Quality Of Life After A Diagnosis Of Prostate Cancer Among Men Of Lower Socioeconomic Status, **Urology**, Elsevier Science Inc., 61(1): 172 – 178.

66. Smeenk F W J M and et all (1998) Care Process And Satisfaction Analysis Of A Transmural Home Care Program, **International Journal Of Nursing Studies**, 35 (3): 146 – 154.

67. Smeltzer S C, Bare B (2000) Perioperative Concepts and Management, Brunner And Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing, 9th Eddition, Lippincott- Roven Publishers, Philedelphia, s:355 – 420.

68. Stevens R A and et all (1997) Does The Choice Of Anesthetic Tecnique Affect The Recovery of Bowel Function After Radical Prostatectomy, **Urology**, 52 (2): 213 – 218.

69. Stone N N, Stock R G (2003) Prospective Assessment Of Patient-Reported Long-Term Urinary Morbidity And Associated Quality Of Life Changes After Prostate Brachyotherapy, **Brachytherapy**, 2(1):32 –39.

70. Sullivan L D and et all (2000) A comprehension Of Relative Merits Of Perianal and Radical Retropubic Prostatectomy, **BJU Internationale**, 85 (1): 95 – 100.

71. Templeton H, Coates V E (2003) Development Of An Education Package For Men With Prostate Cancer On Hormonal Manipulation Theraphy, **Clinical Effectiveness In Nursing**, 7(1):33-42.

72. Thatcherv J (1996) Follow Up After Day Surgery: How Well Do Patients Cope?, **Nursing Times** , 92(37): 30 – 32 .

73. Thorpe A C and Neal D E (2000) Patient Information And Consent In Trials For The Treatment Of Bening Prostatic Obstuction, **BJU International**, 85, Suppl, 1, 42-45.

74. Tomoko O, Takehiro K, Yoshimi M, Miyoko K ve ark (2003) Urination Assessment After The Removal Of Bladder Catheter Using A Novel Urination Chart, **Nursing & Health Sciences**, 5(3) : 189-197.

75. Trueman P, Hood S C, Nayak U S L and Mrazek M F (1999) Prevalence Of Lower Urinary Tract Symptoms And Self-Reported Diagnosed 'Bening Prostatic Hyperplasia', And Their Effect On Quality Of Life In A Community-Based Survey Of Men In The UK, **BJU International**, London, 83:410-415.

76. Vasseur A S, Fitzgerald R, Bell Frances (1998) A Descriptive Study Examining Postdischarge Patient Needs After Laser Ablation And Transurethral Resection Of The Prostate, **International Journal Of Nursing Practice**, 4 : 33-39

77. Weizer A Z, Silverstein A D, Young M D Vieweg J ve ark (2003) Prospective Evaluation Of Pain Medication Requirments and recovery after radical perianal prostatectomy, **Urology**, 62(4):693-697.

78. Warmkessel J H (1999) How To Care Man With Prostate Cancer, **Nursing.Horsham**, 29(11):51-53.

83. Warmkessel J H (2002) What Your Patient Needs To Know About Prostate Cancer, **Nursing.Horsham**, 32(12):36-42.

84. Weaver J (2001) Combating Complications Of Transurethral Surgery, **Nursing Horsham**, 31(7):3pgs.

85. Willis D (1992) Taming The Overgrown Prostate, **AJN** , s:34-40.

86. Wilson E D , Jirsch D W , Mador R D , Halliwell G E ve ark (1997) Caremap management for postoperative prostatectomy care at home: A comparative study, **Canadian Journal of Surgery**, Ottawa, 40(1) : 39-43

87. Yao S L, Yao G L (1999), Population- Based Study of Relationships Between Hospital Volume of Prostatectomies, Patient Outcomes and Lenght of Hospital, **Journal of the National Cancer Institue**, Oxford 91(22): 1950

88. Yılmaz M (2000) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmış Doktora Tezi), Ankara .

89. Zink M R (994) Nursing Diagnosis In Home Care: Audit Tool Development, **Journal Of Community Health Nursing**, 11 (1): 51 – 58 .



EKLER

EK – I
HASTA TANITIM FORMU

Hastanın Adı – Soyadı : Hastane Adı :
Adres : Hastaneye Yatış Tarihi :
Telefon : Ameliyat Tarihi :

1 – Yaşı

2 – Eğitim Durumu :

- Okur Yazar Değil
- Okur Yazar
- İlkokul Mezunu
- Ortaokul Mezunu
- Lise Mezunu
- Yüksekokul Mezunu

3 – Medeni Durumu :

- Evli
- Bekar
- Dul

4 – Mesleği

- İşsiz
- Çiftçi
- İşçi
- Serbest Meslek
- Memur
- Emekli
- Diğer

5 – Aile Tipi :

- Çekirdek Aile
- Geniş Aile

6 – Birlikte Yaşadığı Kişiler :

7 – Evde Bakımdan sorumlu olan kişi :

- Eşi
- Çocukları
- Arkadaşları
- Diğer

8 - Sağlık Güvencesi :

- Emekli Sandığı
- SSK
- Yeşil Kart
- Yok
- Diğer

9 – Daha Önceden Ameliyat Deneyimi :

- Var
- Yok

10 – Varsa Önceden Geçirdiği Ameliyatlar :

11 – Kronik Hastalıkların Varlığı :

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kronik Böbrek Yetmezliği
- Konjestif Kalp Yetmezliği
- Diğer

12 – Yaşlılığa bağlı gelişen yetersizlikleriniz var mı ?

- Var
- Yok

10 – Şuanda geçirdiği ameliyat türü:

- Açık
- Kapalı

11 – Yatış süresince bir komplikasyon gelişti mi ?

- Evet
- Hayı

12 – Hastanede yattığınız süre içinde refakatçiniz varmıydı ?(Hayır ise16. soruya geçiniz)

- Var
- Yok

13 –Taburculuk öncesinde refakatçinize de bilgi verildi mi ?

- Evet
- Hayır

14 – Hastaneden taburcu olmadan önce size aşağıda belirtilen konuların hangileri ile ilgili bilgi verildi ?

Konular

Bilgilendiren Kişi

- Ağrı
- İlaç Tedavisi
- Yara Bakımı
- Kontroller
- Beslenme
- Boşaltım
- Hijyen
- Hareket
- Sonda Bakımı
- Araba Kullanımı
- Uzun Seyahatler
- Diğer
- Verilmedi

15 – Taburculuk Günü :

16 –Sonda ile taburcu olma durumu?

- Var
- Yok

17– Sondanın bakımı ile ilgili bilgi aldınız mı ?

- Evet
- Hayır

18 – Bu bilgiyi kimden aldınız ?

- Hemşire
- Doktor
- Diğer

EK-II

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

yemek yeme	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
banyo	yardımsız	5
	bağımlı	0
günlük bakım (el yüz yıkama, diş fırçalama)	yardımsız	5
	bağımlı	0
giyinme	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
defekasyon	normal	10
	konstipasyon	5
	inkontinans	0
miksiyon	normal	10
	sonda	5
	inkontinans	0
tuvalete gidiş	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
yataktan kalkma	normal	15
	minimal yardımla	10
	yardımla oturabilir	5
	yatalak	0
dolaşma	yardımsız	15
	yardımlı	10
	tekerlekli sandalye ile tek başına (gün boyunca dolaşma)	5
	immobil	0
merdiven çıkma	yardımsız	10
	yardımlı	5
	hiç yapamıyor	0

TOPLAM

EK - III

PROSTAT CERRAHİSİ SONRASI EVDE GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR FORMU

<u>KOMPLİKASYON</u>	<u>VAR</u>	<u>YOK</u>	<u>ZAMANI</u>
AĞRI			
KANAMA			
KANSIZLIK			
ENFEKSİYON			
İDRAR KAÇIRMA			
İDRAR YAPAMAMA			
KANLI İDRAR YAPMA			
SIK İDRAR YAPMA			
KONSTİPASYON			
PARALİTİK İLEUS			
CİNSEL FONKSİYON KAYBI			
UYKU PROBLEMİ			
SOSYAL İZOLASYON			

EK - IV

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ KARŞILAMA DURUMLARI İLE İLGİLİ SORU FORMU

1. Ameliyat sonrası evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde bir değişiklik oldu mu?

Evet

Hayır

2. Evet ise hangi görevlerinizi yapmanızda değişiklik oldu ?

3. Bu ameliyat eşiniz ile olan ilişkilerinizi etkiledi mi ?

Evet

Hayır

4. Evet ise nasıl ?

5. Bu ameliyat çocuklarınız ile olan ilişkilerinizi etkiledi mi ?

Evet

Hayır

6. Evet ise nasıl ?

7. Bu ameliyat arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi etkiledi mi ?

Evet

Hayır

8. Bu hastalığınızdan dolayı kullanmanız gereken ilaçlarınız var mı ?

Var

Yok

9. Varsa bu ilaçlarınızı nasıl kullanıyorsunuz ?(Günde kaç kez , miktarı)

Düzenli

Düzensiz

10. Ameliyat sonrası kontrole gittiniz mi ?

Nedeni

- Evet
 Hayır

11. Eve geldiğinizde yara yeriniz ile ilgili bir sorun yaşadınız mı ?

- Evet
 Hayır

12. Ameliyatınızdan sonra uymanız gereken bir diyetiniz var mı ?

- Var
 Yok

13. Var ise nedir ?

14. Günlük olarak ne kadar su içersiniz ?

- Beş su bardağından az
 Beş – on su bardağı
 On – onbeş su bardağı
 Onbeş su bardağından fazla

15. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde idrarınızı tutmakta güçlük yaşadınız mı ?

- Evet
 Hayır

16. Evet ise bunun için ne yaptınız ?

17. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde idrar yapma sıklığınız değişti mi ?

- Evet
 Hayır

18. Evet ise nasıl ?

Miktarı

- Arttı
 Azaldı

19. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde idrar yapamama gibi bir sorun yaşadınız mı ?

- Evet
 Hayır

20. Evet ise bunun için ne yaptınız ?

21. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde idrarınızda kan gördünüz mü ?

Evet

Hayır

22. Evet ise bunun için ne yaptınız ?

23. Şu anda idrar yaparken ağrı yaşıyor musunuz ?

Evet

Hayır

24. Evet ise bunun için ne yapıyorsunuz ?

25. Ameliyat olmadan önce sık kabız olurmuydunuz ?

Evet

Hayır

26. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde kabızlık sorunu yaşadınız mı ?

Evet

Hayır

27. Evet ise bunun için ne yaptınız ?

28. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde banyo yaptınız mı ?

Evet

Hayır

29. Evet ise banyo yaparken başka birinin yardımına ihtiyacınız oldu mu ?

Evet

Hayır

0. Ameliyata bağlı iş yaşamınızın değişeceğini düşünüyor musunuz ?

Evet

Hayır

31. Evet ise neden ?

32. Boş zamanlarınızda ne tür şeyler yaparsınız ?

33. Ameliyattan sonra boş zamanlarınızı değerlendirme şekliniz değişti mi ?

- Değişti
- Değişmedi

34. Değişti ise nasıl ?

35. Ameliyattan sonra cinsel yaşamınızın değişeceğini düşünüyor musunuz ?

- Evet
- Hayır

36. Normalde günde kaç saat uyursunuz ?

37. Ameliyattan sonra uyku süreniz değişti mi ?

- Evet
- Hayır

38. Evet ise ;

Nasıl

Neden

39. Ameliyattan sonra eve geldiğinizde en çok hangi konuda sıkıntı yaşadınız ?

40. Bu ameliyat bedeninizi algılamanızda bir değişiklik yarattı mı ?