

# Radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlükler

Hatice Ayhan (\*), Emine İyigün (\*), Serdar Göktaş (\*\*), Sevgi Hatipoğlu (\*)

## ÖZET

Prostat kanserinin tedavisinde en sık tercih edilen temel yöntem olan retropubik radikal prostatektomiden sonra gelişen komplikasyonlar (idrar kaçırma ve erektil disfonksiyon), erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın amacı, radikal prostatektomi geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin ve gereksinimlerinin belirlenmesi ve planlı taburculuk eğitimi ihtiyacının ortaya konmasıdır. Araştırmanın örneklemini GATA Üroloji AD'da Ocak 2006 ile Nisan 2007 tarihleri arasında radikal prostatektomi geçiren ve ameliyat tarihinden itibaren 3-12 ay süre geçen 36 hasta oluşturmuştur. Veriler, yüz yüze ve telefonla anket uygulanarak toplanmıştır. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 63.19±7.98 yıl olup, %25'i bu ameliyat sonrasında idrar kaçırma, %30.6'sı ise erektil disfonksiyon olabileceğini bilmediğini ifade etmişlerdir. Hastaların %81.9'unun idrar kaçırma sorununun devam ettiği, bunların %72.7'sinin stres tip idrar kaçırma olduğu ve %70.4'ünün idrar kaçırma nedeniyle sosyal yaşamlarının çok etkilendiği belirlenmiştir. Hastalardan %88.9'u ereksiyon yeteneğini zayıf olarak tanımlarken, %54.2'si erektil disfonksiyon nedeni ile cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Sonuç olarak, radikal prostatektomi sonrası gelişen idrar kaçırma ve erektil disfonksiyon, hastaların sosyal ve cinsel yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen ve baş etmekte zorlandıkları iki önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Erektile disfonksiyon, idrar kaçırma, radikal prostatektomi, yaşam kalitesi

## SUMMARY

### Problems encountered by male patients after radical prostatectomy

Complications (urinary incontinence and erectile dysfunction) developing after retropubic radical prostatectomy, which is the most preferred method in the treatment of prostate cancer significantly affect the quality of life in male patients. The aim of this descriptive study was to determine the problems experienced by and requirements of patients performed radical prostatectomy, and to reveal the requirement for the planned discharge education. Thirty-three patients performed radical prostatectomy at the Department of Urology of Gulhane Military Medical Academy between January 2006 and April 2007 and followed 3 to 12 months after operation constituted the universe of the study. The data were collected by surveys performed via either face-to-face or phone contact. The mean age of the patients was 63.19±7.98 years in our study, and 25% and 30.6% of the patients stated that they did not know they would experience urinary incontinence and erectile dysfunction after the operation, respectively. It was determined that urinary incontinence continued to persist in 81.9% of the patients, 72.7% of these were stress type, and the social life was adversely affected in 70.4% of the patients because of the urinary incontinence. While 88.9% of the patients defined their ability of erection as weak, 54.2% stated that their sexual lives were adversely affected as the result of erectile dysfunction. In conclusion urinary incontinence and erectile dysfunction developing after radical prostatectomy emerge as two significant problems severely affecting the social and sexual lives of the patients that they face problems coping with them.

**Key words:** Erectile dysfunction, urinary incontinence, radical prostatectomy, quality of life

\* GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı  
\*\*GATF Üroloji Anabilim Dalı

**Ayrı basım isteği:** Hatice Ayhan, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Etlik-06018, Ankara  
**E-mail:** ayhanhatice@yahoo.com

**Makalenin geliş tarihi:** 21.11.2007 • **Kabul tarihi:** 22.09.2008  
Bu çalışma, 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresinde (30 Ekim-3 Kasım Belek, Antalya) poster bildirisi olarak sunulmuştur

## Giriş

Prostat kanseri, günümüzde erkeklerde en sık görülen kanser türlerinden birisidir (1,2). Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılı kanser istatistiklerine göre Türkiye'de prostat kanserinin erkeklerde en çok görülen on kanser türü arasında altıncı sırada yer aldığı ve görülme sıklığının %5.22 olduğu belirtilmektedir. (3). Toplumun prostat kanseri ile ilgili bilgisinin artması ve serum prostat spesifik antijen düzeyi ölçümünün teşvik edilip yaygınlaşması ile günümüzde geçmişte olduğundan daha çok erken evre, lokalize prostat kanseri saptanmaktadır ve hastaların yaş ortalaması eskiye göre daha gençtir (4,5). Prostat kanseri tedavisi hastanın yaşına, sağlık durumuna, tümörün evresine ve histolojik sınıflamasına göre değişmekle birlikte, cerrahi tedavi erken evre ve lokalize prostat kanserlerinde en etkili yaklaşımlardan birisi olarak kabul edilmektedir (6,7). Cerrahi tedavi seçenekleri arasında ise sıklıkla tercih edilen temel yöntemin retropubik radikal prostatektomi olduğu belirtilmektedir (8,9).

Radikal prostatektomi (RP) sonrası hayatı tehdit edici komplikasyonlar az gelişmesine rağmen, görülebilen çeşitli komplikasyonlar erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu komplikasyonlar idrar kaçırma (İK) ve erektil disfonksiyondur (ED) (8). Yapılan çalışmalarda İK nedeni olarak ameliyat sırasında mesane boynundaki kas tabakasının hasar görmesi ile mesane instabilitesi gelişmesi, intrensek sfinkterin zarar görmesi ya da alınması, fonksiyonel üretranın kısılması ve idrar kateterizasyonunun 14-21 gün gibi uzun sürmesi görülmektedir (10-13).

ED'a ise ameliyat sırasında penisin invazyonunu ve vaskülarizasyonunu sağlayan damar-sinir paketlerinin hasar görmesi ya da alınması nedeniyle oluşan, kavernozal hipoksi ve apoptozis sonucu penis atrofisinin neden olduğu düşünülmektedir (5-14). Ayrıca hastaların, hastane enfeksiyonlarına maruz kalmalarını önlemek ve bağımlı hasta rolünden çıkarmak amacıyla, Foley kateter ile taburcu edilmelerine bağlı

olarak idrar yolu enfeksiyonu, kanama ve idrar retansiyonu gelişebilmektedir (12,13).

RP geçiren erkeklerin yaşam kaliteleri, özellikle İK ve ED'un sosyal yaşamlarında ve evlilik ilişkilerinde bozulmalara neden olması ile olumsuz etkilenmekte (2), aynı zamanda fiziksel ve duygusal sorunlarla baş etmede zorluk ve anksiyeteye neden olmaktadır (15). Ameliyat sonrası hastanın normal yaşamına geri dönmesi birkaç ay sürebilmektedir. Özellikle ilk üç ay, erkeklerin ameliyata bağlı gelişen sorunlarla yüz yüze gelmesi ve bu sorunlarla baş edebilmesi için önemli bir süredir (4). Moore ve ark. hastaların taburcu edildikten sonra ilk 4 ay içindeki en önemli sorunlarının, kateter bakımı, ağrı kontrolü, kateterin çekilmesini takiben gelişen İK ve ED olduğunu belirtmişlerdir (16). Bu süreçte hastaların, komplikasyonların yönetimi ve yeni yaşamlarına uyum sağlamada fiziksel ve psikolojik desteğe ihtiyacı vardır, bu bağlamda en önemli destek unsurları, erkeklerin birinci derece yakınları ve sağlık personelidir. Hastalar, özellikle ameliyatlarına ilişkin problemlerini açıklamak ve açık bir iletişim ortamında yardım almak için sağlık personeline ihtiyaç duymaktadır. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşireler ise, ameliyat süreci, postoperatif iyileşme dönemi ve taburculuk sırasında hastalara bilgi vermek, fizyolojik problemler için hasta ile birlikte uygun çözümler bulmak ve güven atmosferi yaratarak eşler arasında kooperasyonu sağlamada önemli bir role sahiptir (8-17).

Günümüzde hastaları erken dönemde evlerine taburcu etme yaklaşımı hasta ve ailesinin evde bakım ihtiyaçları hakkında sağlık personelinin eğitimi alma durumunu sınırlandırmaktadır. Sonuçta hasta ve ailesi komplikasyonların yönetimi ve evde bakım ihtiyaçları hakkında bilgi eksikliği ile hastaneden ayrılmaktadır (2). Tahmin edilen iyileşme süreci ve evde kendi kendine bakım hakkındaki bilgi eksikliği sağlıklı postoperatif iyileşmeyi önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (15-18). Sağlık personeli hastaneden ayrılmadan önce yapılan taburculuk eğitiminin önemini bilmektedir, fakat bu ihtiyaç sıklıkla uygulamada yer almamaktadır. Davidson ve ark. RP geçiren erkeklere verilen taburculuk eğitiminin sonuçlarını değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaların %94'ünün hemşireler tarafından verilen eğitimden oldukça memnun kaldığını belirtmişlerdir (15). Petry ve ark. ise, hastaların taburculuk eğitimi almalarına rağmen komplikasyonlarla baş etme yeteneklerinde eksiklikler olduğunu ifade etmişlerdir (4). Preoperatif dönemde hastaların yalnızca kanser olduklarına odaklanmaları (16-19), postoperatif dönemde ise ameliyata bağlı anksiyete, yorgunluk ve ağrı verilen eğitimlerin etkinliğini azaltmaktadır.

Bu nedenle hastalara taburcu olurken sözel eğitimin yanı sıra, yazılı bir eğitim broşürü verilmesi ve hastaların hemşireler tarafından, postoperatif erken dönemde evlerinde ziyaret edilmesi ya da telefonla takip edilmesi ile hem hastalara destek sağlanabilir, hem de taburculuk eğitiminin etkinliği artırılabilir (15).

Hastalar ile sağlık personeli arasındaki iletişimin artırılması, taburculuk sonrası yaşamlarına ilişkin sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri ile hastaların yaşam kalitesinde artma olacağı düşünülmektedir (20). Bu çalışmanın amacı, RP geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin ve gereksinimlerinin belirlenmesi ve planlı taburculuk eğitimi ihtiyacının ortaya konmasıdır.

### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, GATA Üroloji AD'da Ocak 2006 ile Nisan 2007 tarihleri arasında RP geçiren ve ameliyat tarihinden itibaren en az üç, en fazla on iki ay süre geçen araştırmaya katılmaya istekli 36 hastayla yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında incelenen literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır.

#### **Veri toplama formu**

- Demografik verileri ve ameliyata ilişkin bilgileri içeren "kişisel bilgiler bölümü" (8 soru)
- Foley kateter ile ilgili sorunları içeren "evde idrar kateteri bölümü" (6 soru)
- İdrar kaçırmayı içeren "idrar kaçırmaya sorunu bölümü" (14 soru)
- Erektile disfonksiyonu içeren "cinsel fonksiyon sorunu bölümü" (9 soru)
- Taburculuk eğitimine ilişkin hastaların görüşlerini içeren "öneri bölümü" (6 soru)

olmak üzere 5 bölüm ve 45 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce GATA Üroloji AD Başkanlığı'ndan izin ve GATA Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 4 hasta ile ön uygulama yapılmış ve bunun sonucunda forma son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

Veriler araştırmacılar tarafından veri toplama formu kullanılarak, hastalar ile daha önceden planlanan rutin kontrollerine geldiklerinde, üroloji polikliniğinde yüz yüze görüşülerek, kontrollerine şehir dışında bir hastanede devam eden hastalardan ise telefonla görüşülerek elde edilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 20-30 dk sürmüştür. Elde edilen veriler, hastaların subjektif ifadeleridir.

Veriler SPSS 13.0 (Chicago, IL) paket programında değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik olarak aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzdelik, istatistiksel olarak önemlilik değerlendirmesinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $63.19 \pm 7.98$  yıl olup, bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo I'de özetlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun yüksek okul ve üzerinde eğitim aldığı (%52.8), evli (%94.4) ve emekli olduğu (%75) saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların benzer oranlarda belirlenen postoperatif sürelerde dağılım gösterdiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların preoperatif dönemde ameliyata ve olası komplikasyonlara ilişkin bilgi durumlarına bakıldığında (Tablo II), %19.4'ü geçireceği ameliyat hakkında hiç bilgisinin olmadığını, %25'i bu ameliyat sonrasında İK olabileceğini, %30.6'sı ise ED olabileceğini bilmediğini ifade etmişlerdir. Ameliyat hakkında bilgi sahibi olan 29, İK olabileceğini bilen 27, ED olabileceğini bilen 25 hastanın çoğunluğunun yalnızca doktorundan ya da doktorunun yanı sıra kendi araştırmaları sonucu bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir.

Hastaların İK ve ED için tedavi yöntemleri hakkında bilgi durumlarına bakıldığında, %55.6'sının İK, %61'inin ED'a ilişkin tedavi yöntemlerini bilmedik-

|                      | <i>n</i>  | %            |
|----------------------|-----------|--------------|
| Yaş                  |           |              |
| <65 yaş              | 20        | 55.6         |
| >65 yaş ve üzeri     | 16        | 44.4         |
| Medeni durum         |           |              |
| Evli                 | 34        | 94.4         |
| Bekar                | 2         | 5.6          |
| Çalışma durumu       |           |              |
| Emekli               | 27        | 75.0         |
| Çalışıyor            | 9         | 25.0         |
| Eğitim durumu        |           |              |
| Okur-yazar değil     | 1         | 2.8          |
| İlköğretim           | 5         | 11.1         |
| Lise                 | 11        | 30.6         |
| Yüksek okul ve üzeri | 19        | 52.8         |
| Postoperatif süreç   |           |              |
| 3 ay                 | 14        | 38.9         |
| 4-6 ay               | 11        | 30.6         |
| 7-12 ay              | 11        | 30.6         |
| <b>Toplam</b>        | <b>36</b> | <b>100.0</b> |

leri, İK tedavi yöntemleri hakkında bilgisi olan 16, ED tedavi yöntemleri hakkında bilgisi olan 14 hastanın çoğunluğunun bu bilgiyi doktorundan edindiği saptanmıştır (Tablo II).

Hastaların idrar kateteri ile taburcu olma durumlarına ilişkin özellikler Tablo III'de görülmektedir.

|  | <i>Ameliyat</i> |              | <i>İdrar kaçıрма</i> |              | <i>Eretil disfonksiyon</i> |              |
|--|-----------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------------|--------------|
|  | <i>n</i>        | %            | <i>n</i>             | %            | <i>n</i>                   | %            |
| Duruma ilişkin bilgi durumu              |                 |              |                      |              |                            |              |
| Var                                      | 29              | 80.6         | 27                   | 75.0         | 25                         | 69.4         |
| Yok                                      | 7               | 19.4         | 9                    | 25.0         | 11                         | 30.6         |
| <b>Toplam</b>                            | <b>36</b>       | <b>100.0</b> | <b>36</b>            | <b>100.0</b> | <b>36</b>                  | <b>100.0</b> |
| Bilgiyi edinme kaynağı                   |                 |              |                      |              |                            |              |
| Doktor                                   | 10              | 34.5         | 13                   | 48.1         | 13                         | 52.0         |
| Doktor+kendisi araştırdı                 | 13              | 44.8         | 7                    | 25.9         | 5                          | 20.0         |
| Doktor+hasta onam belgesi                | 2               | 6.9          | 1                    | 3.7          | 1                          | 4.0          |
| Hasta onam belgesi                       | 1               | 3.4          | 2                    | 7.4          | 1                          | 4.0          |
| Diğer hastaneler                         | 2               | 6.9          | 3                    | 11.1         | 2                          | 8.0          |
| Kendisi araştırdı                        | 1               | 3.4          | 1                    | 3.7          | 3                          | 12.0         |
| <b>Toplam</b>                            | <b>29</b>       | <b>100.0</b> | <b>27</b>            | <b>100.0</b> | <b>25</b>                  | <b>100.0</b> |
| Tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi durumu |                 |              |                      |              |                            |              |
| Var                                      |                 |              | 16                   | 44.4         | 14                         | 38.9         |
| Yok                                      |                 |              | 20                   | 55.6         | 22                         | 61.1         |
| <b>Toplam</b>                            |                 |              | <b>36</b>            | <b>100.0</b> | <b>36</b>                  | <b>100.0</b> |
| Bilgi edinme kaynağı                     |                 |              |                      |              |                            |              |
| Doktor                                   |                 |              | 13                   | 81.3         | 9                          | 64.3         |
| Doktor+kendisi araştırdı                 |                 |              | 1                    | 6.3          | 2                          | 14.3         |
| Kendisi araştırdı                        |                 |              | 2                    | 12.5         | 3                          | 21.4         |
| <b>Toplam</b>                            |                 |              | <b>16</b>            | <b>100.0</b> | <b>14</b>                  | <b>100.0</b> |

**Tablo III. Hastaların eve idrar kateteri ile taburcu olmalarına ilişkin özellikler**

|   | n  | %     |
|---|----|-------|
| İdrar kateteri ile taburcu olma durumu          |    |       |
| Evet  | 25 | 69.4  |
| Hayır   | 11 | 30.6  |
| Toplam  | 36 | 100.0 |
| Evde kateter bakımına ilişkin bilgi alma durumu |    |       |
| Alan  | 7  | 28    |
| Almayan   | 18 | 72    |
| Toplam  | 25 | 100.0 |
| Bilgi edinme kaynağı                            |    |       |
| Doktor  | 6  | 85.7  |
| Doktor+hemşire                                  | 1  | 14.3  |
| Toplam  | 7  | 100.0 |
| Verilen bilgiyi yeterli bulma durumu            |    |       |
| Yeterli   | 5  | 71.4  |
| Kısmen yeterli                                  | 2  | 28.6  |
| Toplam  | 7  | 100.0 |
| Evde katetere ilişkin sorun yaşama durumu       |    |       |
| Sorun yaşamayan                                 | 19 | 76    |
| Sorun yaşayan                                   | 6  | 24    |
| Toplam  | 25 | 100.0 |
| Yaşanan sorun                                   |    |       |
| Kanama  | 2  | 33.3  |
| Enfeksiyon                                      | 3  | 33.3  |
| Meatusta yara                                   | 1  | 16.7  |
| Sıkıntı hissi                                   | 1  | 16.7  |
| Toplam  | 6  | 100.0 |

Hastaların %69.4'ünün idrar kateteri ile evine taburcu olduğu, bu hastalardan %28'inin evde kateter bakımına ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir. Evde kateter bakımı hakkında bilgi aldığını söyleyen 7 hastadan 6'sının doktorundan bilgi aldığı ve bu hastalardan %71.4'ünün verilen bilgiyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Eve idrar kateteri ile taburcu olan 25 hastadan 6'sı katetere ilişkin sorun yaşadığını ifade etmiştir. Bu sorunlardan büyük çoğunluğu kanama ve enfeksiyon olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda farklı postoperatif sürelerde, hastaların İK durumlarına ilişkin özellikleri belirlenmiştir (Tablo IV). Hastaların %91.7'si üriner kateterin çekilmesinden sonra idrar kaçırdığını ifade etmiştir. Postoperatif İK'sı olan toplam 33 hastanın çoğunluğu (%72.7) öksürürken, hapsirirken ya da günlük aktiviteler sırasında (stres tip) idrar kaçırdıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların çoğunluğu (%45.5) İK durumunun azalarak devam ettiğini ifade etmişlerdir. İK şikayeti devam eden 27 hastadan %60'ı günlük 1-2 pet gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, postoperatif 4.-6. ayda bulunan ve İK sorunu halen devam eden hastaların çoğunluğu (%80) İK sorunlarını büyük bir problem olarak tanımlamış ve İK'ları nedeni ile sosyal yaşamlarının çok etkilendiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %85.2'sinin İK sorunu için tedavi aldığı saptanmıştır.

Hastaların İK için tedavi almasına sosyal yaşamın etkilenme düzeyinin etkisi Tablo V'de görülmektedir. Hastaların İK için tedavi alma durumları ile sosyal yaşamlarının İK nedeni ile etkilenmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Farklı postoperatif sürelerde bulunan hastaların ED durumlarına ilişkin özellikler Tablo VI'da görülmektedir. Buna göre hastaların %97.2'si RP sonrası cinsel fonksiyonunda azalma olduğunu ifade etmiştir. Bu hastalardan %88.9'u ereksiyon yeteneğini zayıf olarak tanımlarken, %54.2'sinin ED sorunu nedeni ile cinsel yaşamlarının çok etkilendiğini ifade ettikleri saptanmıştır. ED sorunu yaşayan 35 hastadan, yalnızca %34.3'ünün tedavi aldığı belirlenmiştir.

Hastaların ED için tedavi alma durumlarına, cinsel yaşamlarının etkilenme düzeyinin etkisi Tablo VII'de görülmektedir. Hastaların ED için tedavi alma durumları ile cinsel yaşamlarının etkilenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo VIII'de hastaların ameliyat olmayı ikinci kez tercih etme durumlarına komplikasyonların etkisi görülmektedir. Buna göre hastaların İK ve ED sorunlarının olması ile ameliyat olmayı tekrar tercih etmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde hemşirelerden danışmanlık alma durumlarına bakıldığında %91.7'sinin hemşirelerden danışmanlık almadığı belirlenmiştir (Tablo IX).

RP geçiren toplam 36 hastanın taburculuğa ilişkin görüşleri alındığında; %94.4'ünün planlı taburculuk eğitimi verilmesini, %97.2'sinin eğitim broşürü verilmesini, %88.9'nun telefonla takip yapılmasını istedikleri belirlenmiştir (Tablo X).

## Tartışma

Çalışma kapsamındaki erkeklerin genel yaş ortalamaları  $63.19\pm 7.98$  olup, çoğunlukla yaşlılık sınırı olarak kabul edilen 65 yaş altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo I). Günümüzde çoğunlukla küratif tedavi için oldukça uygun, erken evre, lokalize prostat kanseri tespit edilmekte, bu hastaların çoğunluğunu nispeten daha genç, sosyal ve cinsel aktif erkekler oluşturmaktadır (1).

**Bilgi durumları:** Çalışmamızda hastaların %19.4'ü ameliyat hakkında bilgisinin olmadığını, %25'i bu ameliyat sonrasında İK, %30.6'sı ise ED olabileceğini

**Tablo IV. Farklı postoperatif sürelerde bulunan hastaların idrar kontinansı durumlarına ilişkin özellikler**

| Özellikler                                     | Postoperatif süre |       |        |       |         |       |        |       |
|--|-------------------|-------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
|  | 3 ay              |       | 4-6 ay |       | 7-12 ay |       | Toplam |       |
|  | n                 | %     | n      | %     | n       | %     | n      | %     |
| İdrar kaçırma durumu                           |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Evet   | 13                | 92.9  | 11     | 100   | 9       | 81.9  | 33     | 91.7  |
| Hayır  | 1                 | 7.1   | -      | -     | 2       | 18.2  | 3      | 8.3   |
| Toplam   | 14                | 100.0 | 11     | 100.0 | 11      | 100.0 | 36     | 100.0 |
| İdrar kaçırma tipi                             |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Total idrar kontinansı                         | -                 | -     | -      | -     | -       | -     | -      | -     |
| Stres tip                                      | 12                | 92.9  | 6      | 54.5  | 6       | 66.7  | 24     | 72.7  |
| Miks tip                                       | 1                 | 7.1   | 5      | 45.5  | 3       | 33.3  | 9      | 27.7  |
| Toplam   | 13                | 100.0 | 11     | 100.0 | 9       | 100.0 | 33     | 100.0 |
| İdrar kaçırma süresi                           |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| 1-2 hafta                                      | -                 | -     | -      | -     | 1       | 11.1  | 1      | 2.9   |
| 1-2 ay   | 2                 | 15.4  | 1      | 9.1   | 2       | 22.2  | 5      | 15.2  |
| Azalarak devam ediyor                          | 7                 | 53.8  | 7      | 63.6  | 1       | 11.1  | 15     | 45.5  |
| Devam ediyor                                   | 4                 | 30.8  | 3      | 27.3  | 5       | 55.6  | 12     | 36.4  |
| Toplam   | 13                | 100.0 | 11     | 100.0 | 9       | 100.0 | 33     | 100.0 |
| Pet kullanma durumu                            |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Kullanan                                       | 11                | 100   | 9      | 90.0  | 5       | 83.3  | 25     | 92.6  |
| Kullanmayan                                    | -                 | -     | 1      | 10.0  | 1       | 16.7  | 2      | 7.4   |
| Toplam   | 11                | 100.0 | 10     | 100.0 | 6       | 100.0 | 27     | 100.0 |
| Günlük pet gereksinimi                         |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| 1-2 adet                                       | 7                 | 63.6  | 5      | 55.6  | 3       | 60.0  | 15     | 60.0  |
| 3 ve daha fazla                                | 4                 | 36.4  | 4      | 44.4  | 2       | 40.0  | 10     | 40.0  |
| Toplam   | 11                | 100.0 | 9      | 100.0 | 5       | 100.0 | 27     | 100.0 |
| İdrar kaçırma problemini değerlendirme durumu  |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Küçük bir problem                              | 1                 | 9.1   | 1      | 10.0  | -       | -     | 2      | 7.4   |
| Orta bir problem                               | 2                 | 18.2  | 1      | 10.0  | 2       | 33.3  | 5      | 18.5  |
| Büyük bir problem                              | 8                 | 72.7  | 8      | 80.0  | 4       | 66.7  | 20     | 74.1  |
| Toplam   | 11                | 100.0 | 10     | 100.0 | 6       | 100.0 | 27     | 100.0 |
| İdrar kaçırmanın sosyal yaşamı etkileme durumu |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Biraz etkiledi                                 | 1                 | 9.1   | 2      | 20.0  | 2       | 33.3  | 5      | 18.5  |
| Orta derecede etkiledi                         | 3                 | 27.3  | -      | -     | -       | -     | 3      | 11.1  |
| Çok etkiledi                                   | 7                 | 63.6  | 8      | 80.0  | 4       | 66.7  | 19     | 70.4  |
| Toplam   | 11                | 100.0 | 10     | 100.0 | 6       | 100.0 | 27     | 100.0 |
| İdrar kaçırma için tedavi alma durumu          |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Evet   | 8                 | 72.7  | 9      | 90.0  | 6       | 100   | 23     | 85.2  |
| Hayır  | 3                 | 27.3  | 1      | 10.0  | -       | -     | 4      | 14.8  |
| Toplam   | 11                | 100.0 | 10     | 100.0 | 6       | 100.0 | 27     | 100.0 |

bilmediğini ifade etmiştir (Tablo II). Moore ve ark.nın postoperatif 3. ayda 63 hastada yaptığı bir çalışmada hastaların, “ameliyat sonrası için kendilerini yeterince hazır hissetmemeleri sebebiyle, üriner kateterin çekilmesinden sonra, idrar kaçırdıklarında şok olduklarını” ifade ettikleri ve bu süreci kateter bakımı, ağrı, İK, ED gibi taburculuk sonrası yaşam hakkında bilgilerinin olmaması nedeni ile stres dolu ve moral bozucu olarak tanımladıkları belirtilmiştir (20).

Çalışmamızda bilgi alan hastaların büyük çoğunluğunun doktorundan ya da çeşitli kaynaklardan araştırma sonucu bilgi edindiği saptanmıştır. Moore ve ark.nın yaptığı bir çalışmada hastalar, hem ürolog-

ları, hem de hemşirelerinden preoperatif dönemde bilgi almalarına rağmen, “kanser” ifadesine odaklan-

**Tablo V. Hastaların idrar kontinansı için tedavi alma durumuna sosyal yaşamlarının etkilenme düzeyinin etkisi**

| Sosyal yaşamın etkilenme durumu | İdrar kaçırma için tedavi alma durumu |      |       |      | p    |
|---------------------------------|---------------------------------------|------|-------|------|------|
|                                 | Evet                                  |      | Hayır |      |      |
|                                 | n                                     | %    | n     | %    |      |
| Biraz                           | 4                                     | 80.0 | 1     | 20.0 | 0.02 |
| Orta                            | 1                                     | 33.3 | 2     | 66.7 |      |
| Çok                             | 18                                    | 94.7 | 1     | 5.3  |      |
| Toplam                          | 23                                    | 85.2 | 4     | 14.8 |      |

**Tablo VI. Farklı postoperatif sürelerde bulunan hastaların ED durumlarına ilişkin özellikler**

| Özellikler  | Postoperatif süre |       |        |       |         |       |        |       |
|---|-------------------|-------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
|   | 3 ay              |       | 4-6 ay |       | 7-12 ay |       | Toplam |       |
|   | n                 | %     | n      | %     | n       | %     | n      | %     |
| Cinsel fonksiyonunda azalma durumu                  |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Evet  | 14                | 100   | 11     | 100   | 10      | 90.9  | 35     | 97.2  |
| Hayır   | -                 | -     | -      | -     | 1       | 9.1   | 1      | 2.8   |
| Toplam  | 14                | 100.0 | 11     | 100.0 | 11      | 100.0 | 36     | 100.0 |
| Ereksiyon yeteneğini değerlendirme durumu           |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Zayıf   | 12                | 85.7  | 11     | 100   | 9       | 81.8  | 32     | 88.9  |
| Orta-iyi  | 2                 | 14.3  | -      | -     | 2       | 18.2  | 4      | 11.1  |
| Toplam  | 14                | 100.0 | 11     | 100.0 | 11      | 100.0 | 36     | 100.0 |
| Eretil disfonksiyonun cinsel yaşamı etkileme durumu |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Biraz etkiledi                                      | -                 | -     | 1      | 9.1   | 7       | 70.0  | 8      | 22.9  |
| Orta derecede etkiledi                              | 5                 | 35.7  | 3      | 27.7  | -       | -     | 8      | 22.9  |
| Çok etkiledi  | 9                 | 64.3  | 7      | 63.6  | 3       | 30.0  | 19     | 54.2  |
| Toplam  | 14                | 100.0 | 11     | 100.0 | 10      | 100.0 | 35     | 100.0 |
| Eretil disfonksiyon için tedavi alma durumu         |                   |       |        |       |         |       |        |       |
| Evet  | 5                 | 35.7  | 2      | 18.2  | 5       | 50.0  | 12     | 34.3  |
| Hayır   | 9                 | 64.3  | 9      | 81.8  | 5       | 40.0  | 23     | 65.7  |
| Toplam  | 14                | 100.0 | 11     | 100.0 | 10      | 100.0 | 35     | 100.0 |

dıklarını belirtmişlerdir. Bir hasta doktorunun uzun bir zaman ayırarak, tüm sorularını yanıtlamasına rağmen, duyduğu tek şeyin “kanser olması” olduğunu ifade etmiştir (16). Bu nedenle hastaları, RP ve sonrası hakkında bilgilendirmenin önemli olduğu kadar, zamanlamanın da önemli olduğu düşünülmektedir.

**Evde idrar kateteri:** Literatürde RP sonrası tipik olarak üretral kateterin 10-21 gün kaldığı ve hastaların evlerine üretral kateterle taburcu edildiği belirtilmektedir. Kateterin açıklığının sürdürülmesi, oluşabilecek blokların, enfeksiyon, üriner retansiyon, mesane distansiyonu ve ağrılı spazmlara yol açması nedeni ile önemlidir. Bu nedenle taburculuk eğitimi mutlaka kateter bakımını da içermelidir (21). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun (%69.4) idrar kateteri ile evine taburcu edildiği belirlenmiştir. Evine kateter ile taburcu edilen hastaların yalnızca %28'inin evde ka-

teter bakımına ilişkin bilgi aldığı, bilgi verenlerin tamamına yakınının doktor olduğu görülmüştür (Tablo III). Moore ve ark.nın çalışmasında ise, hastaların çoğunluğu kateter bakımı hakkında yazılı bilgi almalarına rağmen, ne kateterin verdiği rahatsızlık, ne de kateter bakımı ve drenaj torbasının değiştirilmesi hakkında hazırlıklı olmadıklarını belirtmişlerdir (20). Bu nedenle sağlık personeli için rutin bir uygulama olan fakat hastaların ilk defa deneyimledikleri bir konuda planlı, sözel ve görsel eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir.

**İdrar kaçırma:** RP sonrası, İK yaygın olarak görülen ve hastaların yaşam kalitesini en çok etkileyen semptomdur (19). İK multifaktöriyel bir sonuçtur ve yaş,

**Tablo VII. Hastaların erektil disfonksiyon için tedavi alma durumlarına cinsel yaşamlarının etkilenme düzeyinin etkisi**

| Cinsel yaşamın etkilenme durumu | Eretil disfonksiyon için tedavi alma durumu |      |       |      | p     |
|---------------------------------|---|------|-------|------|-------|
|                                 | Evet  |      | Hayır |      |       |
|                                 | n   | %    | n     | %    |       |
| Biraz                           | 2   | 25   | 6     | 75.0 | 0.537 |
| Orta                            | 4   | 50.0 | 4     | 50.0 |       |
| Çok                             | 6   | 31.6 | 13    | 68.4 |       |
| Toplam                          | 12  | 34.3 | 23    | 65.7 |       |

**Tablo VIII. Hastaların ameliyat olmayı ikinci kez tercih etme durumlarına komplikasyonların etkisi**

|   | Ameliyat olmayı ikinci kez tercih etme şansı olsa |      |                  |     |       |
|---|---|------|------------------|-----|-------|
|   | Ameliyat olurum                                   |      | Kanserle yaşarım |     | p     |
|   | n   | %    | n                | %   |       |
| <b>Postoperatif kontinans durumu</b>        |   |      |                  |     |       |
| İdrar kaçıran                               | 26  | 89.7 | 7                | 100 | 0.374 |
| İdrar kaçırmayan                            | 3   | 10.3 | -                | -   |       |
| <b>Postoperatif cinsel fonksiyon durumu</b> |   |      |                  |     |       |
| İmpotent                                    | 28  | 96.6 | 7                | 100 | 0.618 |
| Potent                                      | 1   | 3.4  | -                | -   |       |

**Tablo IX.** Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde hemşirelerden danışmanlık alma durumları

|  | n  | %     |
|--|----|-------|
| <b>Hemşirelerden danışmanlık alma durumu</b>                 |    |       |
| Alan   | 3  | 8.3   |
| Almayan  | 33 | 91.7  |
| Toplam   | 36 | 100.0 |
| <b>Danışmanlık almama nedenleri</b>                          |    |       |
| Hemşirelerin böyle bir yaklaşımda bulunmaması                | 17 | 51.5  |
| Primer doktorunu tercih etme                                 | 9  | 27.3  |
| Hemşirelerin bu konuda yeterli bilgilerinin olmadığı düşünme | 4  | 12.1  |
| Hemşirelerin çok meşgul olmaları                             | 2  | 6.1   |
| Hemşirelerin bayan olması                                    | 1  | 3.0   |
| Toplam   | 33 | 100.0 |

fonksiyonel üretranın uzunluğu, kateterizasyon süresi, cerrahi teknik ve kavernoza sinirlerin korunmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmeyle birlikte, bu faktörlerin hiçbirisi inkontinansı tamamıyla elimine etmede başarılı olamamıştır (11-22).

Çalışmamızda üriner kateterin çekilmesinden sonra hastaların %81.9'unun idrar kaçırma sorununun devam ettiği, bunların çoğunluğunun (%72.7) stres tip İK olduğu belirlenmiştir. Kumar ve ark.nın 50 hasta ile yaptığı bir çalışmada İK oranının postoperatif 3. ayda %24, 6. ayda %22 olduğu ve İK'nın hastaların tamamında stres tipte görüldüğü belirtilmektedir (6). Sacco ve ark. tarafından 985 hasta ile yapılan bir çalışmada ise postoperatif 24. ayda hastaların %63.3'ünde total üriner kontrol, %36.7'sinde stres tip İK saptanmıştır (23). Literatürde RP sonrası İK görülme oranı %2-87 arasındadır (7-18). Yapılan çalışmalarda, İK oranının bu kadar geniş bir aralıkta dağılmasının nedeni olarak İK'nın tanımı, hasta sayısı, veri toplama zamanı, metodu, verilerin kim tarafından toplandığı ve hastaların bilinçsiz olarak, memnuniyetlerini bildirmek adına sonuçları minimize etmesi gösterilmektedir (10).

Çalışmamızda İK'sı olan 27 hastanın %92.6'sının önlem olarak pet kullandığı saptanmıştır. Petry ve ark.nın 10 çiftle yaptıkları bir çalışmada hastaların özellikle sosyal aktiviteler öncesi tedbir almak amacıyla pet kullandıkları, bu şekilde kendilerini güvende ve rahat hissettikleri belirtilmiştir (4). Bizim çalışmamızda da hastaların %60'ünün günde yalnızca 1-2 pet gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo X.** Hastaların taburculuğa ilişkin görüşleri

| <b>Gerekli görme durumu</b> | <b>Planlı taburculuk eğitimi verilmesi</b> |       | <b>Eğitim broşürü verilmesi</b> |       | <b>Telefonla takip yapılması</b> |       |
|-----------------------------|--|-------|---------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
|                             | n  | %     | n                               | %     | n                                | %     |
| Olmalı                      | 34   | 94.4  | 35                              | 97.2  | 32                               | 88.8  |
| Olabilir                    | 2  | 5.6   | 1                               | 2.8   | 2                                | 5.6   |
| Gerekli değil               | -  | -     | -                               | -     | 2                                | 5.6   |
| Toplam                      | 36   | 100.0 | 36                              | 100.0 | 36                               | 100.0 |

Çalışmamızda hastaların %74.1'inin İK sorununu büyük bir problem olarak tanımladığı saptanmıştır (Tablo IV). Benzer şekilde, Moore ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 3. ayda hastaların %84'ü, 6. ayda %61'i İK'yı büyük bir problem olarak tanımlamışlardır (16). Saito ve ark. tarafından, RP geçiren 33 erkeğin yaşam kalitesinin, prostata özgü yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada ise 24 saatte 1-99 gr idrar kaçağı olan hastaların yaşam kalitesinin üriner sorun alanına ilişkin puanlarının, 3. ayda preoperatif döneme göre düşük olduğu, 6. ve 12. aylar arasında giderek arttığı, 100 gr ve üzerinde idrar kaçağı olan hastaların ise, üriner soruna ilişkin yaşam kalitesi puanlarının 3. ayda preoperatif döneme göre çok düşük olduğu, 6-12. aylar arasında gelişme gösterdiği, fakat preoperatif dönemdeki değerine ulaşamadığı, hastaların zamanla daha iyi olmasına rağmen, üriner fonksiyonlarını problem olarak gördükleri ve yaşam kalitelerinin bundan etkilendiği belirtilmiştir (22). Çalışmamızda en çok, postoperatif 4.-6. aylar arasında bulunan hastaların (%80) idrar kaçırma sorunlarını büyük problem olarak tanımladıkları görülmektedir. Bu durumun, hastaların idrar kaçırma sorunlarının büyük oranda (%90.9) devam etmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hastalar başlangıçta yaşadıkları İK'nın yaşamlarına olan etkisini, hayatı tehdit edici bir hastalıktan kurtulmanın verdiği rahatlıkla az olarak görmekte, süreç ilerlediğinde ise, inkontinansa ilişkin düşünceleri değişmektedir (16).

Jakobsson ve ark.nın RP sonrası 11 erkekle yaptıkları niteliksel bir çalışmada bir hasta, İK sorunu nedeniyle dışarı çıkma planlarını tuvalet bulabileceği bir yerlere gitme şeklinde değiştirdiğini, bu durumun sosyalliğini sınırlandırdığını belirtmiştir (24). Çalışmamızda İK sorunu halen devam eden 27 hastadan %70.4'ü idrar kaçırmaları nedeni ile sosyal yaşamlarının çok etkilendiğini ifade etmiştir (Tablo IV). Benzer şekilde Moore ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 3. ayda hastaların %72'sinin yaşamlarının İK nede-

ni ile çok etkilendiği, 6. ayda bulunan hastaların ise %25'inin yaşamlarının orta ve çok etkilendiği belirtilmiştir (16). Namiki ve ark.nın RP sonrası genel yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada; yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon alanında, postoperatif 3. ayda bulunan hastaların puan ortalamaları 84.3, 4.-6. ayda bulunan hastaların puan ortalamaları 84.7, 7.-12. ayda bulunan hastaların puan ortalamaları 89.9 olarak belirtilmiştir (25). Her iki çalışma da değerlendirildiğinde çalışmamızda hastaların sosyal yaşamlarının daha çok etkilendiği görülmektedir, bunun bir nedeni olarak da, hastaların idrar kaçırdıklarını ifade etme oranının daha yüksek olması düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %85.2'sinin İK nedeniyle ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir (Tablo IV). İK'nın sosyal yaşamı olumsuz etkileme durumu ile hastaların tedavi alması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo V,  $p<0.05$ ).

İK'sı olan hastaların en çok önemseydiği sorunlar ıslaklığın görünmesi ve idrar kokusudur. İK kişinin fiziksel ve psikososyal olarak iyi olmasını önemli ölçüde etkilemekte, anksiyete, konfüzyon, öfke, depresyon, düşük beden algısı, yorgunluk ve uykusuzluğa neden olabilmektedir (19). Bu nedenle sosyal yaşamları etkilenen hastalar kontrolü yeniden kazanmaya odaklanmaktadır (4).

*Eretil disfonksiyon:* Ereksiyonu fiziksel olarak başarmak ve sürdürmek bir erkeklik hissidir. Seksüel fonksiyon yetersizliği erkekler için tüm dünyada önemlidir. ED da RP sonrası sık rastlanan ve erkeklerin stresle birlikte yaşamlarında memnuniyetsizlik hissetmelerine neden olan bir sorundur (26). Çalışmamızda hastaların %97.2'si, RP sonrası cinsel fonksiyonunda azalma olduğunu ifade etmektedir. Meyer ve ark.nın yaptığı bir çalışmada 4 yıllık bir sürede RP geçiren 89 hastanın, %76'sının impotent olduğu saptanmıştır (27). Ficerra ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise postoperatif 12. ayda hastaların %85.3'ünün impotent olduğu belirtilmektedir (28). Uygulanan cerrahi tekniğe bağlı olarak değişmekle birlikte, RP sonrası ED görülme oranı yüksektir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%88.9) ereksiyon yeteneğini zayıf olarak tanımlamaktadır (Tablo VI). Namiki ve ark. tarafından 72 hastanın prostata özgü yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kaliteleri değerlendirilmiş, hastaların postoperatif 3. ayda yaşam kalitesinin seksüel fonksiyon alanına ilişkin puan ortalamaları 6.0, 6. ayda 9.9, 12. ayda 10.6 olarak belirlenmiştir (9).

Hastaların ED nedeni ile cinsel yaşamlarının etkilenme durumunu değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastaların yarısı (%54.2) cinsel yaşamlarının çok et-

kilendiğini ifade etmiştir. Hastaların çoğunluğunda ED'nin devam etmesine rağmen cinsel yaşamlarının etkilendiğini ifade edenlerin oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Jakobsson ve ark.nın yaptığı bir çalışmada hastaların eşleri için seksüel hislerden çok, arkadaşlık hissettikleri ve evlilik ilişkilerinde seksüel ilişkiden daha farklı konuların ön planda olduğu belirtilmektedir (24). Petry ve ark.nın 10 çift ile yaptıkları bir çalışmada ise RP geçiren erkeklerin eşlerinin, yalnızca onların hayatta ve yanlarında olmasına odaklandıkları, bunun karşılığında her türlü sorunla baş etmeye hazır oldukları belirtilmiştir (4). Burt ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise erkeklerin ED hakkında sıkıntı yaşamalarına ve üzülmelerine rağmen, seksüel konularda konuşamadıkları belirlenmiştir (18).

Çalışmamızda ED için tedavi alma oranı %34.3 olarak belirlenmiştir. Bu oranın İK için tedavi alma oranından düşük olduğu görülmektedir. ED için tedavi alma durumu ile cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo VII,  $p>0.05$ ). Petry ve ark.nın yaptığı bir çalışmada erkeklerin önceliklerinin İK olduğu ve bu sorun devam ettiği sürece cinsel ilişkide bulunmak istemedikleri, ED sorunları ile mücadele etmeyi daha sonraya bıraktıkları belirtilmiştir (4). Erkeklerin seksüel yaşamı kapalı bir kutu olmaya devam etmektedir ve çoğu erkek için ED nedeniyle profesyonel yardım aramak büyük bir adımdır. Erkeklerin çoğunluğunun, destek eksikliği, ED sorunlarını inkar etmeleri ya da utanmaları ve kendilerine koydukları çeşitli bariyerler nedeni ile bu konuda yardım alamadığı düşünülmektedir (26).

Diğer bir açıdan bakıldığında ise tedavi almak istemelerine ve ürologlarının bu konuda yardım edebileceğini düşünmelerine rağmen, çoğunluğunun yardım almak için soru sormaya çekindiği, bu sonuca uygun olarak küratif kanser tedavisinin mantıksal memnuniyeti ile tedavi almadıkları düşünülmektedir (16). Çalışmamızda da postoperatif 3. ayda kontrole gelen hastalardan bazıları, belirtilen nedenlerden dolayı doktorlarına sorunlarını iletmediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaların %61'i ED için nasıl bir tedavi yapılabileceğini bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo II).

*İkinci kez ameliyatı tercih etme:* Çalışmamızda hastaların %80.6'sının, yeniden tercih etme şansı olsa tüm güçlüklerine rağmen ameliyat olmayı tercih edeceği belirlenmiştir. Hastaların ameliyatı tekrar tercih etmelerinde, İK ve ED sorunlarının etkili olmadığı görülmüştür (Tablo VIII,  $p>0.05$ ). Arai ve ark.nın 60 hasta ile yaptığı bir çalışmada benzer şekilde hastaların %81'inin tekrar ameliyat olmayı tercih ettiği, bunda İK ve ED sorunlarının etkili olmadığı belirtilmektedir (29). Moore ve ark.nın yaptığı bir çalışmada



ise 63 hastanın tamamının, tekrar ameliyat olmayı tercih edecekleri, bunda İK ve ED'un belirleyici bir faktör olmadığı belirtilmiştir (16). Frydenberg tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında İK ve ED düzeyinin yüksek olmasına rağmen, hastaların çoğunluğunun tedaviden memnun olduğu ve tekrar ameliyat olmayı tercih edecekleri tespit edilmiştir (19). Bu sonuçlar hastaların tedavinin yan etkilerinden çok, kanserden tamamıyla kurtulmayı önemsediklerini düşündürmektedir.

**Hemşirelerle iletişim:** Çalışmamızda hastaların %91.7'sinin hastanede kaldığı süre içerisinde, hemşirelerden danışmanlık almadıklarını, danışmanlık almama nedenlerini ise hemşirelerin böyle bir yaklaşımının olmaması (%51.5), genellikle primer doktorlarını tercih etmeleri (%27.3) ve hemşirelerin bu konuda yeterli bilgilerinin olmadığını düşünmeleri (%12.1) olarak ifade etmişlerdir (Tablo IX). Jakobsson ve ark. tarafından yapılan çalışmada, hemşireler tarafından hastaların fizyolojik gereksinimlerinin karşılandığı, subjektif ihtiyaçlarının ise genellikle karşılanmadığı belirtilmiştir. Hastalar aktif ve pasif bakım alanları olarak ikiye ayrılmış, pasif alıcıların çoğunlukla memnuniyetlerini bildirdikleri, karşılanmayan gereksinimlerini ise dolaylı olarak ifade etmeye çalıştıkları saptanmıştır. Hemşirelerin hastaların aktif çabalarını ve sessiz ifadelerini görmek için, farkındalık düzeylerini artırmaya ve seçici olmaya ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (17). Burt ve ark. tarafından 17 hastayla, niteliksel olarak yapılan çalışmada, benzer şekilde hemşirelerin hastaların sorularına yanıt vermek ve sözel olmayan ifadelerini fark etmek için, hastaların psikolojik ve fizyolojik gereksinimlerini içeren, eğitimsel bir hazırlığa ihtiyacı olduğu ifade edilmiştir (23).

**Hastaların önerileri:** Çalışmamızda RP geçiren hastaların tamamına yakını, planlı taburculuk eğitimi verilmesini istediklerini belirtmişlerdir (Tablo X). Davidson ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, hastaların %94'ünün hemşireler tarafından verilen eğitimden memnun oldukları, %87'sinin kendilerine verilen eğitim broşürünün tamamını okudukları, %83'ünün ise, ilk 48 saatte telefonla takibi yararlı buldukları belirtilmiştir (14). McGlynn ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada, onkolojik üroloji hemşiresi, kontinans hemşiresi ve fizyoterapistten oluşan bir ekip tarafından verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiş, prostat kanseri şüphesi ile tetkik yaptıran hastaların %99'unun, tanının hemşire tarafından söylenmesinden ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesinden memnun olduğu belirtilmiştir. Bu hasta grubundan 47 hasta çalışma grubuna alınmış, planlı eğitimler verilmiştir, kontrol grubunu ise rutin klinik prosedürü uygulanan, kalabalık bir ortam olması nedeni

ile doktorların hastalarına az zaman ayırabildiği 25 hasta oluşturmuştur. Kontrol grubundaki hastaların %68'inin, çalışma grubundaki hastaların ise %97'sinin, verilen eğitimlerden memnun olduğu belirlenmiştir (19). Burt ve ark.nın, RP sonrası hastaların deneyimleri ve postoperatif ihtiyaçlarını belirlemek üzere, telefonla görüşerek veri topladıkları bir çalışmada, hastaların preoperatif dönemde yazılı ve sözlü bilgi almalarına rağmen komplikasyonların yönetiminde yeterince etkin olamadıkları, veri toplamak amacıyla da olsa, hastaların telefonla aranmasının, cerrahi sonrası yanıtız kalan sorular ve yan etkiler nedeniyle oluşan anksiyetelerini rahatlattığını belirtmişlerdir (18). Hastalarla iletişimin artırılması, sorunlarını paylaşmak konusunda cesaretlendirilmeleri, hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri ile postoperatif iyileşmenin önemli ölçüde, olumlu etkileneyeceği, buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir (15).

Sonuç olarak RP sonrası İK ve ED, hastaların sosyal ve cinsel yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen ve baş etmekte zorlandıkları iki önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastaların hemşirelerden danışmanlık alamadığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin ürologlarla koordineli olarak, RP geçiren hastaları ameliyat süreci hakkında bilgilendirmeleri, ameliyat sonrası olası sorunlar ve bunlara yönelik baş etme yöntemleri hakkında planlı taburculuk eğitimi vermeleri ve özellikle hastaları sorularını, korku ve endişelerini ifade etme konusunda cesaretlendirmeleri gerekmektedir. Sağlık personeli olarak, prostat kanserinin tedavisinde amacımız, Litwin ve ark.nın dediği gibi "yalnızca yaşama yıllar eklemek değil, aynı zamanda yıllara yaşam eklemek olmalıdır" (29).

## Kaynaklar

1. Floratos DL, Sonke GS, Rapidou CA, et al. Biofeedback vs verbal feedback as learning tools for pelvic muscle exercises in the early management of urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU Int* 2002; 89: 714-719.
2. Giarelli E, McCorkle R, Monturo C. Caring for a spouse after prostate surgery: the preparedness needs of wives. *J Fam Nurs* 2003; 9: 453-485.
3. Erkeklerde En Çok Görülen On Kanser Türü, 1999. <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC92747D9FFFE7A1226>, son erişim tarihi: 29.08.07
4. Petry H, Berry DL, Spichiger E, et al. Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 507-513.
5. Tekdoğan ÜY, Atan A. Prostat damar sinir demetinin anatomisi ve klinik önemi. *Androloji Bülteni* 2006; 26: 185-188.

6. Kumar V, Toussi H, Marr C, Hough C, Javle P. The benefits of radical prostatectomy beyond cancer control in symptomatic men with prostate cancer. *BJU Int* 2004; 93: 507-509.
7. Sorrell- Camp D. Radical prostatectomy: what you need to know. *Clin J Oncol Nurs* 2005; 9: 378-380.
8. Kocaçal E, Khorsid L. Radikal prostatektomi sonrası görülen geç dönem komplikasyonların yönetiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu* 2006; 9:14-19.
9. Namiki S, Tochigi T, Kuwahara M, et al. Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a longitudinal study. *Int J Urol* 2004; 11: 742-749.
10. Peyromaure M, Ravery V, Boccon-Gibod L. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU Int* 2002; 90: 155-161.
11. Moinzadeh A, Shunaigat AN, Libertino JA. Urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy: the outcome of a surgical technique. *BJU Int* 2003; 92: 355-359.
12. Noguchi M, Shimada A, Yahara J, Suekane S, Noda S. Early catheter removal 3 days after radical retropubic prostatectomy. *Int J Urol* 2004; 11: 983-988.
13. Santis WF, Hoffman MA, Dewolf WC. Early catheter removal in 100 consecutive patients undergoing radical prostatectomy. *BJU Int* 2000; 85: 1067-1068.
14. Akbal C, Tınay İ, Türkeri L, Şimşek F. Radikal prostatektomi sonrası görülen erektil işlev bozukluğundan korunma yöntemleri ve erken rehabilitasyonunun erektil işlev bozukluğuna etkisi. *Türk Üroloji Dergisi* 2006; 32: 443-452.
15. Davison B, Moore K, Macmillan H, et al. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urol Nurs* 2004; 24: 483-489.
16. Moore KN, Griffiths D, Hughton A. Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvic muscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU Int* 1999; 83: 57-65.
17. Jacobsson L, Hallberg IR, Loven L. Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer. An explorative study. Part II. *Eur J Cancer Care* 1997; 6: 117-123.
18. Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs* 2005; 14: 883-890.
19. McGlynn B, Al-Saffar N, Begg H, et al. Management of urinary incontinence following radical prostatectomy. *Urol Nurs* 2004; 24: 475-482.
20. Moore KN, Estey A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1121-1129.
21. Dowler K. Radical Prostatectomy, <http://www.daledmed.com/abpdf/cr-foley-6.pdf> son erişim tarihi: 18.08.2007.
22. Saito S, Namiki S, Numahata K, et al. Relevance of post-catheter removal incontinence to postoperative urinary function after radical prostatectomy. *Int J Urol* 2006; 13: 1191-1196.
23. Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F, et al. Urinary incontinence after radical prostatectomy: incidence by definition, risk factors and temporal trend in large series with a long-term follow-up. *BJU Int* 2006; 97: 1234-1241.
24. Jakobsson L, Hallberg IR, Loven L. Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part I. *Eur J Cancer Care* 1997; 6: 108-116.
25. Namiki S, Tochigi T, Kuwahara M, et al. Health related quality of life in Japanese men after radical prostatectomy or radiation therapy for localized prostate cancer. *Int J Urol* 2004; 11: 619-627.
26. DiMeo PJ. Psychosocial and relationship issues in men with erectile dysfunction. *Urol Nurs* 2006; 26: 442-446.
27. Meyer JP, Gillat DA, Lockyer R, Macdonagh R. The effect of erectile dysfunction on the quality of life after radical prostatectomy. *BJU Int* 2003; 92: 929-931.
28. Ficarra V, Novara G, Galfano A, et al. Twelve-month self-reported quality of life after retropubic radical prostatectomy: a prospective study with Rand 36-Item Health Survey (Short Form-36). *BJU Int* 2005; 97: 274-278.
29. Arai Y, Okubo K, Aoki Y, et al. Patient-reported quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. *Int J Urol* 1999; 6: 78-86.