

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

E. N. KARASU

RADİKAL PROSTATEKTOMİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA
HEMŞİRE TARAFINDAN GÖNDERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİ İÇERİKLİ KISA MESAJLARIN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ELİF NUR KARASU

BAU 2023

İSTANBUL 2023

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

RADİKAL PROSTATEKTOMİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA
HEMŞİRE TARAFINDAN GÖNDERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİ İÇERİKLİ KISA MESAJLARIN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ELİF NUR KARASU

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY

İSTANBUL 2023



BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

19/06/2023

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Öğrencinin Adı Soyadı:	Elif Nur Karasu
Tezin Adı:	Radikal Prostatektomi Geçirmiş Hastalarda Hemşire Tarafından Gönderilen Taburculuk Eğitimi İçerikli Kısa Mesajların Yaşam Kalitesine Etkisi
Tez Savunma Tarihi:	19.06.2023

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Elif ÇETİN
Enstitü Müdürü

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

	Ünvanı, Adı Soyadı	Kurumu	İmza
Tez Danışmanı (Kurum Dışı):	Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY	Karabük Üniversitesi	
2. Üye (Kurum İçi):	Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN	Bahçeşehir Üniversitesi	
3. Üye (Kurum İçi):	Dr. Öğr. Üyesi Evin KORKMAZ	Bahçeşehir Üniversitesi	



Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad,Soyad: Elif Nur Karasu

İmza:

ÖZET

RADİKAL PROSTATEKTOMİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA HEMŞİRE TARAFINDAN GÖNDERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİ İÇERİKLİ KISA MESAJLARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Karasu, Elif Nur

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Işıl Işık Andsoy

Haziran 2023, 47 Sayfa

Ön test- son test desenli yarı deneysel çalışmanın amacı radikal prostatektomi geçirmiş hastalarda hemşire tarafından gönderilen taburculuk eğitimi içerikli kısa mesajların yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir. Araştırma Koç Üniversite Hastanesi'nin üroloji kliniğinde radikal prostatektomi olan ve 29 girişim, 28 kontrol grubu olmak üzere toplam 57 hasta ile 26.05.2022-20.12.2022 tarihleri arasında yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra gerçekleştirildi. Girişim grubunda yer alan hastalara kliniğin rutin izlem ve taburculuk eğitimi verildi. Ek olarak, uzman görüşü alınan kısa mesaj içeriği hastalara haftada 2 kez Pazartesi ve Perşembe günleri saat 09:00-17:00 aralığında 4 hafta boyunca gönderildi. Kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik taburculuk eğitimi aldı. Veriler kişisel bilgi formu ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” toplandı. Çalışmada girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel duruma bağlı rol kısıtlaması, enerji ve genel sağlık anlayışı puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiği belirlendi ($p=0,00$). Bu doğrultuda radikal prostatektomi geçiren hastalara taburculuk sonrası yaşam kalitesinin artırılmasında düzenli bilgilendirici kısa mesajların gönderilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Prostat Kanseri, Radikal Prostatektomi, Taburculuk Eğitimi

ABSTRACT

THE EFFECT OF DISCHARGE TRAINING TEXT MESSAGES SENT BY NURSES ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE RADICAL PROSTATECTOMY

Karasu, Elif Nur

Master's Program in Surgical Diseases Nursing

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Işıl Işık Andsoy

June 2023, 47 Pages

The purpose of the quasi-experimental study with a pretest and posttest design is to inform patients who had undergone radical prostatectomy about the effect of after discharge and provide training to them via messages from the nurses to determine their life quality. The study was conducted between 26.05.2022-20.12.2022 with a total of 57 patients (29 intervention group and 28 control group) who underwent radical prostatectomy in the urology clinic of Koç University Hospital after written and verbal consent was obtained. The patients in the intervention group were given routine follow-up and discharge training. Additionally, a text message that includes expert opinion was forwarded to the patients twice a week 09:00 and 17:00 on Mondays and Thursdays for 4 weeks. The patients in the control group received routine clinical discharge training. Data of the outcome of training were obtained with the personal information form and "SF-36 Quality of Life Scale". In the study, it was determined that the average scores of the SF-36 Quality of Life scale sub-dimensions of physical function, role limitation due to physical problems, pain, social function, mental health, role limitation due to emotional state, energy and general understanding of health were statistically significantly increased in the intervention group compared to the control group ($p=0.00$). In this regard, it is recommended that regular informative text messages should be sent to patients who have undergone radical prostatectomy to increase the quality of life after discharge.

Keywords: Discharge Training, Nursing, Prostate Cancer, Radical Prostatectomy

TEŞEKKÜR

Her adımda yanımda, arkamda olan her günümün en büyük destekçileri canım anneme ve babama,

Öğrencisi olduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisi ve tecrübesiyle yolumu aydınlatan, sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a,

Tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, vaktini, fikirlerini ve tecrübesini cömertçe paylaşan, araştırmam süresince yol gösteren, öğreten kıymetli hocam Sayın Doç. Dr.

Işıl Işık Andsoy'a,

Araştırma sürecimde tüm desteğiyle yanımda olan sevgili eşim Emirhan Karasu'ya,

Tüm yoğunluklarına rağmen araştırma sürecimde gönülden destek olan kıymetli meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
Bölüm1: Giriş	1
1.1 Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2 Çalışmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4 Tanımlar	4
Bölüm 2: Genel Bilgiler	5
2.1 Prostat Bezinin Anatomisi ve Fizyolojisi	5
2.2 Prostat Kanserinin Epidemiyolojisi.....	6
2.3 Prostat Kanseri Evreleri	6
2.4 Prostat Kanserinin Tanı Yöntemleri	7
2.4.1 Transrektal Ultrasonografi	7
2.4.2 Parmakla Rektal Muayene (PRM)	8
2.4.3 Prostat Spesifik Antijen.....	8
2.5 Prostat Kanserinin Tedavi Yöntemleri.....	9
2.6 Radikal Prostatektomi, Komplikasyonları ve Yönetimi	10

2.6.1 İdrar Kaçırma (İK)	12
2.6.2 Erektıl Disfonksiyon (ED)	13
2.7 Radikal Prostatektomili Hastalarda Taburculuk Eğitimi	13
2.7.1 Beslenme	14
2.7.2 İlaçlar.....	15
2.7.3 Kateter Bakımı ve Hijyen.....	15
2.7.4 Pelvik Kas Egzersiz Eğitimi.....	16
2.7.5 Aktivite.....	16
2.8 Radikal Prostatektomi Sonrası Kısa Mesaj Yolu ile Taburculuk Eğitiminin Önemi.....	16
2.9 Radikal Prostatektomi Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi.....	18
Bölüm 3: Gereç ve Yöntem.....	20
3.1 Araştırma Türü.....	20
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	20
3.4 Veri Toplama Araçları	21
3.5 Randomizasyon ve Çalışma Planı	25
3.6 Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.7 Verilerin Analizi.....	27
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	27
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
Bölüm 4: Bulgular	28
Bölüm 5: Tartışma.....	43

Bölüm 6: Sonuç ve Öneriler	47
KAYNAKÇA	48
EKLER	
A. Kişisel Bilgi Formu	68
B. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	70
C. Kısa Mesaj İçerikleri	75
D. Bilgilendirilmiş Onam Formları	78
E. Ölçek Kullanım İzni	80
F. Kurum İzni	81
G. Etik Kurul İzni	82

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLÖLAR

Tablo 1 SF-36 Ölçeği Alt boyutları Cronbach Alfa Değerleri.....	22
Tablo 2 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	27
Tablo 3 Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
Tablo 4 Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumları ile İlgili Bilgileri.....	30
Tablo 5 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 6 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 7 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 8 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF36 Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 9 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 10 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Sosyal İşlevsellik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 11 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Ağrı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	40
Tablo 12 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1 Çalışma Planı.....	26
Şekil 2 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF36 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	32
Şekil 3 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	34
Şekil 4 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	35
Şekil 5 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	36
Şekil 6 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	38
Şekil 7 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF36 Sosyal İşlevsellik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	39
Şekil 8 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Ağrı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	40
Şekil 9 Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF36 Genel Sağlık Algısı Alt Boyut Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması.....	42

KISALTMALAR LİSTESİ

A2M-PSA	a-2 makroglobuline bağlı PSA
ACT-PSA	a-1 antikomotripsine bağlı PSA
ARP	Açık Radikal Prostatektomi
BPH	Bening Prostat Hiperplazisi
CA	Kanser
DHT	Dihidrotestosteron
DRE	Dijital Rektal Muayene
DÜS	Distal Üretral Sfinkter
ED	Eretil Disfonksiyon
HİFU	High Intensity Focus Ultrasound /Yüksek Yoğunluklu Fokuslu Ultrason
İK	İdrar Kaçırma
kDA	Kilodalton
LRP	Laparoskopik Radikal Prostatektomi
mpMRG	Multi Parametrik Manyetik Rezonans Görüntüleme
NSAİİ	Non Steroid Anti İnflamatuvar İlaç
PHI	Prostat Sağlık İndeksi
PK	Prostat Kanseri
PRM	Parmakla Rektal Muayene
PRP	Perineal Radikal Prostatektomi
PSA	Prostat Spesifik Antijen

PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizleri
RALP	Robot Yardımlı Laparoskopik Prostatektomi
RRP	Robotik Radikal Prostatektomi
RP	Radikal Prostatektomi
SMS	Short Message Service/ Kısa Mesaj Servisi
sPSA	Serbest Sfesifik Prostat Antijeni
TNM	Tümör- Lenf Nodu- Metastaz
TRUS	Transrektal Ultrasonografi
US	Ultrasonografi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

Bölüm 1

Giriş

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Dünya çağında prostat kanseri, en sık görülen kanserler arasında ilk beşte ve erkeklerde kansere bağlı ölüm nedenleri arasında da ilk sıralarda yer almaktadır (WEB_1,2017; WEB_2,2018). Türkiye’de, prostat kanseri erkeklerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir (WEB_3,2019). Nüfusun her geçen gün yaşlanması ve ortalama insan ömrünün uzaması nedeniyle prostat kanserine daha sık rastlanılacağı belirtilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyar, 2050 yılında 2 milyar insanın 60 ve üzeri yaşta olacağını ve yüksek oranda bu hastaların gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağını bildirilmektedir (WEB_4, 2019). Yaşlı erkek popülasyonunun ürolojik sorunları içerisinde prostat kanserinin görülme sıklığının artacağı belirtilmektedir (Drach ve Griebing, 2003). Prostat kanseri risk faktörleri arasında yaş, genetik, şişmanlık, yüksek testosteron ve lipid seviyesi, hipertansiyon varlığı, sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı yer almaktadır (Rawla, 2019).

Günümüzde prostat kanserinin tedavisinde düzenli izlem, radyasyon tedavisi, hormon terapisi, kriyoterapi ve cerrahi girişim bulunmaktadır (Sun ve diğerleri, 2008). 1980’li yıllarda prostat kanseri ilerlemiş evrede tespit edilirken, şu an ileri tanı yöntemleriyle prostat kanseri tanısı kolaylıkla konulabilmekte ve cerrahi girişimlerle başarılı sonuçlar elde edilmektedir (WEB_5, 2018). Cerrahi girişimlerin altın standardı olarak bilinen radikal prostatektomi, organla sınırlı ve bazı ileri evre prostat kanseri olan hastalarda tercih edilen bir yöntemdir (Balbay, 2008). Radikal prostatektomi ameliyatları, 2000 yıllarının başında açık veya laparoskopik radikal prostatektomi yöntemlerle gerçekleştirilirken, günümüzde gelişen teknoloji ürünü olan robotik cerrahi kullanılmaktadır (Sanda ve diğerleri, 2018).

Prostat kanserinde erken tanı ve cerrahi tedavi ile sağ kalım oranları artmıştır. Ancak, prostatektomi girişimi geçiren hastalarda stres, anksiyete, depresyon veya sosyal izolasyonu içeren çeşitli psikososyal sorunlar görülebilmektedir (WEB_6,2019, Bayraktar ve Aydın, 2018; Öner, 2015). Diğer psikososyal sorunlar arasında kanser

tanısı ve tedavisi, depresyon ve depresif belirtiler, kanserin nüksünden korkma, cinsel problemler, yorgunluk, ağrı ve ölüm korkusu yer almaktadır. Bunun yanı sıra bu sorunlara kilo kaybı, yorgunluk, iştahsızlık, uyku bozukluğu gibi fizyolojik sorunlar da eşlik edebilmektedir (Öner, 2015; Lehto ve diğerleri, 2015). Psikososyal ve fiziksel sorunlar hayatı tehdit edici düzeyde olmasa da ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesi düşmektedir. Ameliyat sonrası en sık rastlanan fiziksel sorunlar idrar kaçırma ve erektil disfonksiyon olup, hastaların foley kateter ile taburcu edilmelerine bağlı olarak idrar yolu enfeksiyonu, kanama ve idrar retansiyonu, kanama, idrar kanalında darlık da gelişebilmektedir (Lehto ve diğerleri, 2015; De Sousa ve diğerleri, 2012).

Radikal prostat cerrahisi sonrası erken dönemde hastalarda komplikasyon gelişiminin önlenmesi ya da gelişen komplikasyonların fark edilebilmesinde hemşireler önemli rol oynarlar. Hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünü sağlama ve yönetme, kanama izlemi, sıvı takibi, enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi, idrar kaçırma sorununa yönelik katater varlığında bakımın yapılması veya ped kullanımı gibi girişimlerin planlanması, aseptik mesane irrigasyonu, düzenli idrar boşaltımının sürdürülmesi, derin solunum ve öksürük, Kegel ile ekstremitte egzersizlerinin yaptırılması, komplikasyonlarla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, kabızlığın önlenmesi için gerekli diyet düzenlemelerinin yapılmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Özcan ve Güler, 2013). Radikal prostatektomi sonrası hastaların komplikasyonların yönetilmesi ve taburculuk sürecinde hastalığa uyum sağlamada fiziksel ve psikolojik açıdan desteklenmeleri iyileşme sürecinin hızlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Hastalar için en önemli sosyal destek, ailesi, yakın çevresi ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmaktadır. Hemşirelerin de hastaların bakım ve bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında, sürecin yönetilmesinde ve sürdürülmesinde önemli rolleri bulunmaktadır (Yıldırım ve Çam, 2014; Ayhan ve diğerleri, 2008). Prostat kanserli hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar nedeniyle benlik saygısının azaldığı ve yaşam kalitesinin azaldığı bilinmektedir. Bu doğrultuda ameliyat sonrası taburculuk eğitimi içeriğinin detaylı ve hastanın anlayacağı dilde hazırlanmış olması gerekmektedir (Herkoommerve diğerleri, 2015; Demir Korkmaz, 2018). Cerrahi risk taşıyan üroloji ameliyatlarından sonra görülebilen sorunlardan bir diğeri de derin ven trombozudur (Geerts ve diğerleri, 2008). Özellikle neoadjuvan olarak kemoterapi görmüş hastalarda derin ven trombozu

riski artmaktadır (Schomburg ve diğ erleri, 2018). Bu nedenle derin ven trombozunu önleyecek çorapları hastanın giymesi önemlidir (Klaassen ve diğ erleri, 2018). Hemşireler, hastalara eğitim verirken eğitim içeriği, hastaların gereksinimlerine göre oluşturulmalıdır.

Dünya genelinde milyarlarca insan cep telefonu yoluyla metin mesajlaşma ile iletişim kurmaktadır (WEB_7,2021). Dünya çapında yaygın olarak kullanılan bir iletişim şeklidir. Benzer  ekilde, Türkiye nüfusunun çoğu SMS gönderme ve alma özelliğine sahip bir cep telefonuna sahip olduğu, %81'inin WhatsApp gibi internet tabanlı mobil mesajlaşma uygulamalarını, yaklaşık 250 milyon bireyin de SMS mesajı kullandığı belirtilmektedir (WEB_8,2022).  alı malar kronik hastalığı olan çeşitli ya  grubunu içeren çalışmalarda bireylerde SMS yolu ile sağlık eğitiminin etkinliğini göstermiş, SMS mesajlarının etkili iletişim yetenekleri nedeniyle sağlık eğitimi için ucuz, uygulanabilir, ulaşılabilir ve kullanışlı olduğu bildirilmiştir (Jones ve diğ erleri, 2014). Ayrıca SMS mesajlarının saklanabilir olması, tekrar okunabilmesi, eğitim için özel bir alan ve sabit zamana bağlı kalmaması, aynı anda birden fazla bireye ulaşması gibi avantajları nedeniyle kullanılması önerilmiştir (Gavan ve diğ erleri, 2019). Bu avantajlara sahip olan SMS mesajlarının bir eğitim aracı olarak kullanılması hemşirelerin klinik uygulama becerilerini geliştirmek, cerrahi girişimden sonra taburcu edilen hastalarda komplikasyonların en aza indirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılmasında hatırlatıcı bilgiler sunmak için alternatif, etkili ve yenilikçi bir yaklaşım olabilir, zamandan kazandırarak hem ireye etkili eğitim yapma olanağı sunabilir.

1.2 Çalışmanın Amacı

Çalışmada, radikal prostatektomi geçirmiş hastalarda hemşire tarafından gönderilen taburculuk eğitimi içerikli kısa mesajların yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

1.3 Araştırmanın hipotezleri

H0: Radikal prostatektomi geçirmiş hastalarda hemşire tarafından gönderilen taburculuk eğitimi içerikli kısa mesajların yaşam kalitesi puan ortalaması üzerinde etkisi yoktur.

H1: Radikal prostatektomi geçirmiş hastalarda hemşire tarafından gönderilen taburculuk eğitimi içerikli kısa mesajların yaşam kalitesi puan ortalaması yüksektir.

1.4 Tanımlar

Radikal Prostatektomi: Tüm prostatın ve çevresindeki dokunun alındığı bir ameliyat tedavi seçeneğidir (European Association Of Urology (2023). Radikal Prostatektomi. Erişim adresi <https://www.patients.uroweb.org/radikal-prostatektomi>) (WEB_9, 2023).



Bölüm 2

Genel Bilgiler

2.1 Prostat Bezinin Anatomisi ve Fizyolojisi

Prostat bezi pelviste bulunan ceviz büyüklüğünde, ağırlığı 15-20 gram arasında yaklaşık 3 cm yüksekliğinde, 4 cm genişliğinde ve 2 cm kalınlığında kapsül ile çevrelenen fibromusküler ve glandüler salgılama yeteneğine sahip bir organdır. Prostat bezinin içinden ejakulatuar ve üretra ismi verilen iki adet kanal geçmektedir. Bu kanallardan üretra miksiyonda rol alırken, ductos ejakulatuar kanalsa ejakülasyon sırasında seminal sıvıların atımını kontrol etmektedir. Prostat bezinin içerisinde yaklaşık 50 tane tübülo alveolar yapıda sekresyondan sorumlu özelleşmiş hücre gruplarına sahip küçük bez yapısı yer almaktadır. Bu hücre gruplarının genetik faktörler ya da çeşitli çevresel etkenler sonrasında kontrolsüz büyümeye başlaması ve çoğalması nedeniyle prostat kanseri gelişmektedir (Brooke ve diğerleri, 2008; Sciarra ve diğerleri, 2011; Ayhan, 2023).

Prostat dokusu sperm hareketliliğini arttıran birçok mineral ve bileşen ile bazı proteazlar içeren ince, alkali bir sıvı salgılamakta, kısa aralıklarda, her gün üretraya dökülmekte ve idrara karışmaktadır. Prostat salgısının alkali yapısı ayrıca üremede önemli rol oynamaktadır (Korkud ve Karabay, 1993; Telli, 2012). En önemli göstergelerden birisi olan prostatik spesifik antijen (PSA), prostat epitelyumdan salgılanan ve glikoprotein yapısında olup, ejakülatın seminal plazmasında bulunmaktadır. Günümüzde prostat kanseri tanı, tedavi ve takibinde kullanılan çok önemli bir belirteç olarak kullanılmaktadır (Candan, 2009; Pollen ve Dreilinger, 1984; Sherwood, 1991). Prostat ise androjen metabolizmasında da önemli rolü olan bir organ olup, plazmadaki serbest testosteron prostatik hücrelere difüzyon yoluyla girdikten sonra prostatik enzimler aracılığıyla diğer steroidlere metabolize olmakta ve erkek dış genital organlarının gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Prins ve diğerleri, 1991; Abrahamsson ve diğerleri 1989).

2.2 Prostat Kanserinin Epidemiyolojisi

2020 yılı GLOBOCAN verilerine göre dünya genelinde 70 yaşından önce ölümlerin ilk nedenleri arasında kanserden ölümler yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde,

özellikle ileri yaş grubunda görülen ve önemli sağlık sorunu ortaya çıkan prostat kanseri, erkeklerde en sık tanı konulan kanser türlerinden birisidir. Tüm dünyada erkeklerde akciğer kanserinden sonra en çok görülen ikinci kanser olarak yer almaktadır. Kansere bağlı ölümlerde en sık ölüme neden olan beşinci sıradaki kanserdir. Dünya’da bölgelere göre prostat kanseri görülme insidansı değişiklik göstermekle birlikte, gelişmiş ülkelerde prostat kanseri görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Diğer yandan prostat kanseri görülme sıklığında artış olmasına karşın erken tanı ve tedavideki gelişmelere paralel olarak prostat kanserine bağlı ölümlerde yüksek artış görülmemektedir (Angiol ve diğerleri, 2014; Keleş ve diğerleri, 2020). 2018 verilerine göre doğumdan itibaren her iki cinsiyette 75 yaşına kadar herhangi bir kanser görülme oranının %21,4, erkeklerde doğumdan 75 yaşına kadar kanser gelişme riskinin %22,41, kadınlarda bu riskin %18,25 olduğu bulunmuştur. Yine, doğumdan itibaren 75 yaşına kadar bir erkekte prostat kanseri görülme oranının %3,73, prostat kanseri olan bir erkekte ise mortalite oranının ise %0,6 olduğu belirtilmektedir (Keleş ve diğerleri, 2020; Erim ve diğerleri, 2020). Ancak, 2020 yılında tüm kanser insidanslarının erkeklerde kadınlara oranla %19 daha yüksek bulunması prostat kanseri görülme oranının yüksek olduğunu da göstermiştir.

2.3 Prostat Kanseri Evreleri

Prostat kanserinin prognozunu tanı konulduktan sonra kanserin evresi belirlemektedir. Bu kanser çeşidinde evreleme işlemi iki farklı şekilde incelenmekte, klinik ve patolojik olarak çeşitli parametreler dikkate alınmaktadır. Klinik evreleme tedavi öncesini kapsamakta, DRE, PSA, prostat biyopsisi bulguları ile radyolojik görüntülemelerden yararlanılmaktadır. Radikal prostatektomi sırasında alınan prostat, seminal veziküller ve pelvik lenf nodları üzerinden yapılan histolojik inlemeler patolojik evrelemede kullanılmaktadır (Amjat ve diğerleri, 2019; Partin ve diğerleri, 2010). Prostat kanseri evrelemesinde kullanılan 2010 yılında “American joint committee on cancer” tarafından TNM sınıflaması kullanılmaktadır. Primer prostat tümörün patolojik evrelemesi; organa sınırlı tümör, tek taraflı, lobun yarısının daha azını tutan tümör, tek taraflı, bir lobun yarısından fazlasının tutan tümör, her iki lobu tutan tümör olarak yapılmaktadır. Prostat dışına yayılmış tümör ise olarak sınıflandırılmaktadır. Prostat dışına yayılmış veya mikroskobik mesane boynu tutulumu yapmış tümör, seminal vezikül tutulumu yapmış tümör, eğer tümör çevre

dokulara yayılım göstermişse olarak evrelendirilmektedir (Amjat ve diğerleri, 2019; Partin ve diğerleri, 2010).

Prostat kanserinin lenf tutulumuna göre; lenf nodu diseksiyonu yapılmamış tümör (Nx), Lenf nodu metastazı yapmamış tümör (No), bölgesel lenf nodu metastazı yapmış tümör (N1), uzak metastaz yapmamış tümör (M0) ve uzak organ metastazı yapmış tümör (M1) olarak nitelendirilmektedir. Hastalığın evrelendirmesi yapıldıktan sonra PSA ve Gleason skoru ile risk grupları ortaya konulmaktadır. Risk gruplarının belirlenmesinde D'Amico risk sınıflaması yaygın olarak kullanılmakta, (PSA) Skoru >20 ng/ml veya Gleason skoru >7 veya $\geq$ T2c ise yüksek riskli grup olarak kabul edilmektedir (Amjat ve diğerleri, 2019; Partin ve diğerleri, 2010).

Günümüzde Gleason skorlama sistemi prostat kanserlerinde yaygın kullanılan histolojik derecelendirme şemasıdır (Baydar, 2017). Bu şemada tümörün bez oluşturma becerisi ve stromadaki büyüme şekline göre en iyi farklılaşan ve en kötü farklılaşan olarak beş temel derece değerlendirilmektedir. Gleason sistemi orjinalinden sonra modifiye edilmiş (Epstein ve diğerleri, 2016) ve DSÖ tarafından onaylanmıştır (Gleason, 1966; Gleason, 1977; Karaarslan, 2017).

2.4 Prostat Kanserinin Tanı Yöntemleri

Prostat kanserinin tanısında kullanılan en önemli tanı yöntemlerini transrektal ultrasonografi (TRUS), biyopsi, rektal muayene (PRM), prostat spesifik antijen (PSA) incelemesi ve multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) oluşturmaktadır (Yenilecek ve diğerleri, 2018).

2.4.1 Transrektal ultrasonografi. Kısmen ucuz ve istenilen görüntünün sağlanmasında etkili olan bu yöntem klinikte sıklıkla tercih edilmektedir (Pinto ve diğerleri, 2011; Kuligowska ve diğerleri, 2001). Prostat kanseri tanısında ultrasonografide izoekoik ve hiperekoik görüntü alınması önemlidir (Ellis ve diğerleri, 1994). Yine, prostat bezinde görülebilecek düzensizlik evreleme sisteminde anlamlı bir belirleyici olmakla birlikte hastalığın yayılımı açısından sınırlı bilgi vermektedir (Carter ve diğerleri, 2013). Görüntülemelerde prostat tümörü büyüdükçe lezyonda yeni damar yapımında artışta görülebilmekte, ayrıntılı inceleme için hasta kontrastlı incelemelere yönlendirilmektedir. Kontrastlı ultrasonik incelemede prostat içindeki

damarsal yapılar değerlendirilmekte (Wink ve diğerleri, 2008; Mitterberger ve diğerleri, 2007). Prostat dokusunun elastisitesi ve sertliği görülmekte, sertliği artmış bölgeler malignite açısından daha şüpheli kabul edilmektedir (Pallwein ve diğerleri, 2007; Nelson ve diğerleri, 2007; Woo ve diğerleri, 2015).

Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi alma prostat kanserinin histolojik incelemesinde altın standart olarak bilinmektedir (Norberg ve diğerleri, 1997). Bu işlem eşliğinde yapılan biyopsi negatif olsa da klinik şüphenin devam etmesi durumunda prostat kanseri tamamen ekarte edilmemesi ve ileri tetkiklerin yapılması önerilmektedir (Norberg ve diğerleri, 1997; Chen ve diğerleri, 1997).

2.4.2 Parmakla rektal muayene (PRM). En eski tanı yöntemi olup, parmakla rektal muayenede prostatın düzensiz, sert ve rölatif fiks olması prostat kanserini hakkında bilgi vermektedir (Yenilecek ve diğerleri, 2018). Kanser dışında bu yöntemle prostat taşı, prostatit, seminal vezikül anomalileri ve rektal patolojilerde değerlendirilmektedir. PRM'nin kanser tahmini %23 ile %56 arasında değişmektedir. Pozitif olarak düşünülen hastalarda biyopsi alınmakta ve ileri tetkikler yapılmaktadır (Yenilecek ve diğerleri, 2018).

2.4.3 Prostat spesifik antijen (PSA). Prostat kanserli hastaların serumunda bu antijen değeri yüksek bulunduğundan prostat kanseri tanı ve tedavi sonrası izlemde antijen değeri izlemi sıklıkla kullanılmaktadır (Wang ve diğerleri, 1979; Papsidero ve diğerleri, 1980). PSA, prostat kanallarının lümenine salgılanarak seminal sıvıya geçmektedir (Lilja ve diğerleri, 1988). Luminal hücrelerin epitelyal bazal membranından lenfatik ve kapillerler ile sistemik dolaşıma geçmektedir (Lilja ve diğerleri, 1991; Zhou ve diğerleri, 1993). PSA'nın vücuttaki fonksiyonu seminal sıvının aktivasyonu sağlamak ve üremeye yardımcı olmaktır (Lilja ve diğerleri, 1987; Mcgee ve Herr, 1988). PSA yüksekliği benign Prostat hiperplazisi (BPH), prostat kanseri, prostat enflamasyonu ya da enfeksiyonu veya travmada görülmektedir (Irani ve diğerleri, 1997). PSA değerinin yüksekliği ayrıca benign prostat hiperplazide (BPH) de sıklıkla görülmekte, BPH tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç olan finasterid altı aylık tedavi sonrasında PSA düzeyini düşürmektedir (Stenman, 1996; Gormly ve diğerleri, 1994). Rektal muayenede, akut bakteriyel prostatit ve akut üriner retansiyonda PSA seviyesi artabilmekte ve altı hafta yüksek seyredebilmektedir

(Robert, 1998). Ejakülasyon da serum PSA düzeyinde artışa neden olmakta, ejakülasyon sonrası PSA yüksekliği 3-4 gün sürebilmekte, düzeyi ejakülasyondan altı saat sonra normal düzeye gelmektedir (Tchetgen ve diğerleri, 1996; Benson ve diğerleri, 1992; Partin ve diğerleri, 1997). Bu testin kolay, ulaşılabilir ve güvenli olması nedeniyle 50 yaş ve üzerindeki her erkeğe yılda bir defa bu testin uygulanmasını önerilmektedir (Von ve diğerleri, 1997; Pound ve diğerleri, 1997).

2.5 Prostat Kanserin Tedavi Yöntemleri

Prostat kanseri (PK) tedavisinde hastanın yandaş hastalıklarının varlığı ve hastanın beklenen yaşam süresinin belirlenmesi gibi belirteçler hangi tedavinin seçileceğinde en önemli noktalardır (Berglund, 2011). PK’da tedavi seçeneklerini aktif izlem ve bekle gör yaklaşımını içeren ertelenmiş tedavi, retropubik radikal prostatektomi (RRP), laparoskopik radikal prostatektomi (LRP), robotik yardımcı radikal prostatektomi (RARP) ile perineal radikal prostatektomi (PRP) içeren cerrahi yaklaşım ve radyoterapi ile brakiterapiyi kapsayan radyasyon tedavisi, hormon terapisi oluşturmaktadır. Bunların yanısıra kriyoablasyon ve yüksek yoğunluk odaklı ultrasonu içeren tedaviler de kullanılmaktadır (Yu Ko WF ve diğerleri, 2020).

Prostat kanserinin cerrahi tedavisi açık (abdominal, perineal) ve endoskopik (laparoskopik, robotik) yöntemlerle yapılabilmektedir. Cerrahi yöntemlerin seçimi hastalara göre bireyselleştirilerek karar verilmektedir (Basiri ve diğerleri, 2018; Zhang ve diğerleri, 2020; Song ve diğerleri, 2017; Tuğcu ve diğerleri, 2020; Harris, 2003). Günümüzde radikal prostatektomi girişiminde de teknolojik ilerlemeler sağlanmış ve minimal invaziv yöntemler ön plana çıkmıştır. Laparoskopik ve Robotik Transperitoneal RP ve robotik cerrahi en sık kullanılan yöntemlerdir (Basiri ve diğerleri, 2018; Tuğcu ve diğerleri, 2020).

2.6 Radikal Prostatektomi, Komplikasyonları ve Yönetimi

Radikal prostatektomi (RP), metastaz yapmamış prostat kanseri tedavisinde, yaşam beklentisi uzun hastalarda tercih edilen tedavi seçeneği olup (Walsh, 1998). Bu girişim sonrası idrar kaçırma, yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan bir komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Herr, 1994; Litwin ve diğerleri, 1995). Benign nedenlerle prostatektomi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası idrar kaçırma oranı

düşükken, bu girişim sonrası oran yükselebilmektedir (Kao ve diğerleri, 2000). Ülkemizde de ameliyat sonrası idrar kaçırma önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Prostat kanseri tedavisi hastanın yaşına, genel sağlık durumuna, tümörün evresine ve histolojik sınıflamasına göre değişmekle birlikte, cerrahi tedavi en etkili yaklaşımlardan birisidir (Ayhan ve diğerleri, 2008). Radikal prostatektomi cerrahisindeki amaç üretra ile mesane arasındaki tüm prostat dokusunun negatif cerrahi sınır elde edilecek şekilde çıkarılmasıdır. Cerrahi yöntem açık ve endoskopik olarak birçok yöntem ile yapılabilmektedir. RP’de diğer amaçlarda kontinans ve potens gibi fonksiyonel sonuçları korumak ve minimal komplikasyonu sağlamak olup (Mottet ve diğerleri, 2021), kanser dışında hastanın yaşam kalitesini düşüren kontinans ve sertleşme gibi fonksiyonel sonuçların da korunması önemlidir (Wilt ve diğerleri, 2020; Bianco ve diğerleri, 2005; Nargund ve Zaman, 2011; Belt ve Schroeder, 1972).

Radikal prostatektomi sonrası hayatı tehdit edici komplikasyonlar az gelişmesine karşın olası görülebilecek komplikasyonlar erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu komplikasyonlar idrar kaçırma (İK) ve ereksiyon fonksiyon bozukluğudur (Kocaçal ve Khorsid, 2006). İdrar inkontinansının nedeni olarak ameliyat sırasında mesane boynundaki kas tabakasının hasar görmesi ile intrinsek sfinkterin zarar görmesi ya da alınması, fonksiyonel üretranın kısılması ve idrar kateterizasyonunun 2-3 hafta gibi uzun sürmesi görülmektedir (Peyromaure ve diğerleri, 2002; Moinzadeh ve diğerleri, 2003; Noguchi ve diğerleri, 2004; Santis ve diğerleri, 2000). Erektile fonksiyon bozukluğu ise ameliyat sırasında penisin uyarılması ile beslenmesini sağlayan damar-sinir yapılarının hasar görmesi ya da alınması nedeniyle oluşan penis atrofisi nedeniyle oluşabilmektedir (Ayhan ve diğerleri, 2008).

Nazokomiyal enfeksiyonları görülme olasılığını azaltmak, bağımlı hasta rolünden çıkmalarını sağlamak, rutin yaşamlarını sürdürmek amacıyla hastalar foley kateter ile taburcu edilmektedir. Foley katater varlığına bağlı olarak taburculuk sonrası idrar yolu enfeksiyonu, kanama ve idrar retansiyonu gelişebilmektedir (Noguchi ve diğerleri, 2004; Santis ve diğerleri, 2000). RP geçiren erkeklerin yaşam kaliteleri, özellikle İK ve ED’un sosyal yaşamları ve evlilik ilişkilerini olumsuz etkilenmekte (Giarelli ve diğerleri, 2003), aynı zamanda fiziksel ve duygusal sorunlarla baş etmede zorluk yaşanmakta ve anksiyeteye neden olmaktadır (Davison ve diğerleri, 2004).

Ameliyat sonrası hastanın normal yaşamına geri dönmesi birkaç ay sürebilmektedir (Petry ve diğerleri, 2004). Hastalar taburcu edildikten sonra ilk dört ay içindeki en önemli sorunlarının, kateter bakımı, ağrı kontrolü, kateterin çekilmesini takiben gelişen de idrar kaçırma ve ereksiyon bozukluğu sıklıkla deneyimlenmektedir (Moore ve diğerleri, 1999). Bu süreçte hastaların, komplikasyonların yönetimi ve yeni yaşamlarına uyum sağlamada fiziksel ve psikolojik desteğe gereksinimleri bulunmaktadır. Psikolojik desteğin verilmesinde erkeklerin birinci derece yakınları ve hemşirelerin önemli rolleri bulunduğu belirtilmektedir. Diğer yandan hastalar, özellikle ameliyatlarına ilişkin sorunlarını açıklamak ve açık bir iletişim ortamında yardım almak için sağlık profesyonellerine gereksinim duymaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin ameliyat süreci, sonrası iyileşme dönemi ve taburculuk sırasında hastalara bilgi vermek, yaşanacak fizyolojik sorunlar konusunda hasta ile uygun çözümler bulmak, güven atmosferi yaratarak eşler arasında kooperasyonu sağlamada da önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Peyromaure ve diğerleri, 2002; Jacobsson ve diğerleri, 1997).

Günümüzde hastaları erken dönemde evlerine taburcu etme yaklaşımı hasta ve ailesinin evde bakım gereksinimleri hakkında sağlık profesyonellerinden eğitim alma durumunu sınırlandırmaktadır. Genellikle hasta ve ailesi komplikasyonların yönetimi ve evde bakım gereksinimleri hakkında bilgi eksikliği ile hastaneden ayrılmakta (Giarelli ve diğerleri, 2003), evde kendi kendine bakım hakkındaki bilgi eksikliği ameliyat sonrası dönemde iyileşmeyi önemli ölçüde olumsuz yönde etkilemektedir (Davison ve diğerleri, 2004; Petry ve diğerleri, 2004; Moore ve diğerleri, 1999; Jacobsson ve diğerleri, 1997; Burt ve diğerleri, 2005). Bu nedenle, hemşirenin hastaya hastaneden ayrılmadan önce taburculuk eğitiminin yapması gerekmektedir. Ancak hasta yoğunluğu ve hemşire eksikliğinden kaynaklanan zaman sınırlılığı nedeniyle taburculuk eğitimi istenilen düzeyde yapılamamaktadır. Diğer yandan radikal prostatektomi geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin memnuniyet düzeyini arttırdığı kanıtlanmıştır (Davison ve diğerleri, 2004). Memnuniyeti arttırmasına karşın bir çalışmada hastaların taburculuk eğitimi almalarına karşın komplikasyonlarla baş etmede yetersiz kaldıkları bulunmuştur (Petry ve diğerleri, 2004).

Literatür, sağlık profesyonellerinin ameliyat öncesi dönemde hastaların yalnızca kanser hastalığına odaklanmalarının sıklıkla yapıldığı (Moore ve diğerleri, 1999;

Jacobsson ve diğeri, 1997; Burt ve diğeri, 2005; McGlynn ve diğeri, 2004), ameliyat sonrası dönemde verilen eğitimlerin yetersiz kaldığı ve bu eğitimleri ameliyata bağlı anksiyete, yorgunluk ve ağrının olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle hastalara taburcu olurken sözel eğitimin yanı sıra, yazılı bir eğitim broşürü verilmesi ve hastaların hemşireler tarafından, ameliyat sonrası erken dönemde evlerinde ziyaret edilmesi ya da telefonla takip edilmesi ile hastalara daha iyi destek sağlandığı, taburculuk eğitiminin etkinliğinin artırıldığı gösterilmiştir (Davison ve diğeri, 2004). Ayrıca hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında ilişkinin güçlendiği, taburculuk eğitiminde verilen konulara uyduğu, komplikasyonların aza indirildiği ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiği bulunmuştur (Moore ve diğeri, 1999).

2.6.1 İdrar kaçırma (İK). İdrar kaçırma kişinin hayatı tehdit etmemesine karşın, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorun olup (Rüknettın ve Şengör, 2010), sıklıkla psikolojik sorunlara, sosyal izolasyona, hastaların öz benliğinde azalmaya neden olmaktadır (Temeltaş ve diğeri, 2013; Wang ve diğeri, 2018). Erkek nüfusta idrar kaçırmanın nedenleri arasında prostata yönelik yapılan cerrahi girişimlerdir (Krambeck ve diğeri, 2010; Galluci ve diğeri, 1998).

Prostatektomi sonrası idrar kaçırma, mesanenin disfonksiyonu, sfinkterik disfonksiyon veya her ikisinin beraber gelişimi nedeniyle görülmektedir. Ameliyat sonrasında hastalarda idrar kaçırma erken dönem olarak bilinen ilk üç ayda genellikle sıkışma olarak, geç dönemde ise daha çok stres şeklinde görülmektedir (Rassweiler ve diğeri, 2006). Radikal prostatektomi sonrası oluşan idrar kaçırma için çeşitli risk faktörleri arasında hasta yaşı, ameliyat öncesi idrar kaçırma durumu, daha önce transüretal girişim geçirme veya hastalığın evresi yer almaktadır (Carlson ve diğeri, 2001). Yaşlanma ile beraber oluşan sfinkter atrofisi ve hücre dejenerasyonu prostatektomi sonrası idrar kaçırma için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Burnett ve diğeri, 1998; Hollabaugh ve diğeri, 1998; Catalona ve diğeri, 1999; Wei ve diğeri, 2000). Hastalık evresinin cerrahi tekniği değiştirdiği ve sinir koruyucu uygulamalarda kontinansın arttığı (Catalona ve diğeri, 1999), sinir koruyucu RP uygulanan hastalarda, koruyucu cerrahi uygulanmayanlara oranla yüksek olduğu ve bu oranların %70 ile %94 arasında değiştiği bildirilmiştir (O'donnel ve Finan, 1989).

2.6.2 Erektile disfonksiyon (ED). Erektile fonksiyon bozukluğu bireyin tatmin edici bir cinsel temas için yeterli bir ereksiyonun sağlanamaması veya sürdürülememesidir (Bratu ve diğerleri, 2017). Prostatektomi sonrası gelişen ED yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlardan biri olup, girişim sonrası görölme oranının %14 ve %90 arasında değiştii belirtilmektedir (Aydın ve Özkan, 2012; Saleh ve diğerleri, 2015; Moskovic ve diğerleri, 2011). Ereksiyon bozukluğunun görölme nedeninin ameliyat sırasında penisin uyarılmasını ve damarlanmasını sağlayan damar-sinir paketlerinin hasar görmesi ya da alınması nedeniyle oluşan penis atrofi olduğu düşünölmekle birlikte (Tekdoğan ve Atan, 2006; Akbal ve diğerleri, 2006), ameliyat öncesi erektile fonksiyonu daha iyi olan hastalarda, radikal prostatektomi sonrası erektile fonksiyonda daha erken dönemde iyileşme gözlendiği de bildirilmiştir (Gandaglia ve diğerleri, 2015).

2.7 Radikal Prostatektomili Hastalarda Taburculuk Eğitimi

Hastalar, hastanede yatarak tedavi aldıkları süreçte en çok hemşireler ile birlikte olmaktadır. Hemşirelerin cerrah, hasta, hasta yakını ile etkileşimi sağlamak ve etkili iletişimi kurmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Dündar ve Gerçek, 2013). Taburculuk sonrasında taburculuk planlanmasında 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 hemşirelerin en önemli sorumluluklarındandır. Böylece prostat cerrahisi sonrası, bireylerin en kısa zamanda günlük yaşam aktivitelerine dönmeleri sağlanabilmektedir (Özcan ve Güler, 2013). Prostat ameliyatı sonrası günlük yaşam aktivitelerinin en az düzeyde etkilenmesi için hastalara ağrı, fiziksel aktiviteler, beslenme, araba kullanımı, üriner kontrolün aşamaları, cilt bakımı, idrar kateterinin bakımı, komplikasyonlar ve cinsel yaşam ile ilgili kapsamlı bir eğitiminin verilmesi gerekmektedir (Özcan ve Güler, 2013). Prostat ameliyatı sonrası komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve gelişen komplikasyonların erken dönemde fark edilebilmesi için hastalar dikkatle izlenmelidir. Bunun için hemşirelerin ağrı, kanama, aldığı- çıkardığı sıvı takibinin yapılması, enfeksiyon belirti ve bulguların izlenmesi, idrar kaçırma sorunu ile yaşamayı sürdürmeye yönelik kateter bakımı ya da ped gibi diğer gerekli olabilecek malzemelerin kullanımının planlanması, düzenli idrar boşaltımının sürdürölmesi,

solunum, öksürük, Kegel ve ekstremitte egzersizlerinin yaptırılması, beslenmenin düzenlenmesi gerekmektedir (Gray ve diğerleri, 1997). Prostat ameliyatı sonrası bireylerin günlük yaşam aktivitelerine dönmede aceleci ve yanlış uygulamalar yapması nedeniyle diğer cerrahi işlemlere göre daha yüksek oranda taburculuk sonrası komplikasyon yaşadıkları, yaşam kalitesinin azaldığı, bireylerin yaşadıkları sorunlara yönelik sağlık ekibinden destek almak yerine sessiz kalmayı tercih ettikleri için özellikle cerrahi işlem sonrası ilk üç ayda yetersiz bilgi ve taburculuk eğitimi desteği nedeniyle sıkıntılı dönem geçirdikleri tanımladıkları belirlenmiştir (Pateman ve Johnson, 2000).

Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilen RALP hastalarının büyük bir bölümü, ameliyattan sonra ilk veya ikinci günde taburcu olmaktadır (Akpınar ve Kural, 2007). Erken taburculuk, hasta ve/veya evde bakımının sağlayacak kişilere, ameliyat sonrası ağrı kontrolü, gastrointestinal ve ürolojik işlevlerin sağlanması, komplikasyon yönetimi ve ilk 48 saat için uygun aktivite düzeyinin sağlanması ile ilgili ek sorumluluklar getirmektedir (Francis ve Windfield, 2006). Aynı zamanda kanama, üriner atımda azalma ve üriner kanal enfeksiyonu gibi komplikasyonların hekime bildirmesi gerektiği söylenmelidir (Smeltzer ve diğerleri, 2008).

2.7.1 Beslenme. Büyük ürolojik girişimler sonrası beslenme bozukluğu görülme sıklığının %46 olduğu belirtilmektedir. Prostat ameliyatı sonrası iyi beslenme sağlanarak komplikasyon gelişme riski azaltılabilmektedir (Cerantola ve diğerleri, 2013; Cartledge ve diğerleri, 2015). Ameliyat sonrası prostatektomi geçiren hastalarda bulantı ve kusmayı önleme konusunda dikkatli olunmalı, sağlıksız besinleri tüketmemesi, alkol ve kahvenin mesane rahatsızlığına neden olabileceği söylenmeli, dehidratasyonu önlemek için yeterli sıvı alımının önemi belirtilmelidir (Smeltzer ve diğerleri, 2008).

2.7.2 İlaçlar. Evde ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla oral narkotik analjezikler kullanılmakla birlikte, hastaların çoğu iki gün sonra analjezik ilaç almayı durdurmaktadırlar. Genellikle evde rutin olarak antibiyotik kullanılmamaktadır (Starnes ve diğerleri, 2006). Literatürde, prostatektomi sonrası ağrı düzeyinin hafif orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (Woldu ve diğerleri, 2014). Bir kohort çalışmasında, robotik radikal prostatektomiden sonrası dönemde ağrının öncelikle non

steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve opioidlerle kontrol altına alındığı vurgulanmıştır (Lukasewycz ve diğerleri, 2010). Radikal prostatektomi ameliyatı için optimal ağrı yönetimini araştıran diğer bir çalışmada, prostat ameliyatı olan hastalarda optimal ağrı yönetimi geliştirmek için kanıtların yetersiz olduğu bulunmuştur (Joshi ve diğerleri, 2015). Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmaya bağlı ortaya çıkmakla birlikte solunum ve dolaşım sistemi olmak üzere birçok organ/sisteminin aktivitesini olumsuz etkileyerek fonksiyonlarını bozmakta ve iyileşme süreci uzamaktadır. Bu nedenle multimodal analjezi yaklaşımı önerilmektedir (Cartledge ve diğerleri, 2015; Gürarslan ve diğerleri, 2016).

2.7.3 Kateter bakımı ve hijyen. İdrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesinde taburculuk sonrası sıvı alımının artırılması ve kateter bakımının sağlanması önemlidir (dos Santos ve diğerleri, 2015). Prostatektomi sonrası üriner enfeksiyon oranı yüksek olabilmektedir (Dorey, 2013). Bu ameliyatlarda yüksek görülmesinin nedenleri arasında ameliyat öncesi idrarda bakteri varlığı, ameliyat süresi, ameliyat öncesi klinikte uzun süre kalma, hastada üç günden fazla kalan foley kateter varlığı bulunmaktadır (Pourmand ve diğerleri, 2010).

Prostat ameliyatı sonrası hastalarda kateterin çıkarılmasından sonra gelişebilen üriner retansiyon nadir görülmektedir (Pourmand ve diğerleri, 2010). Anastomozda sızıntı riski olmadan kateterin 3-4 gün içinde çıkarılması önerilirken (Agarwal ve diğerleri, 2011), kateterin beş günden önce çıkarılmasının akut üriner retansiyon riskini arttırdığı bildirilmektedir (Lepor ve diğerleri, 2001). Yine, bazı çalışmalarda foley kateterin ameliyattan 4.gün sonra çıkarılması önerilirken (Kheemes ve diğerleri, 2013; Koch ve diğerleri, 2003), bazı çalışmalarda da kateterin 4. günden önce çıkarılmasının akut üriner retansiyon riskini arttırdığını (Noguchi ve diğerleri, 2004; Tiguert ve diğerleri, 2004). Diğer bir çalışmada ameliyattan sonra kateterin 7- 10 günlerde çıkarılmasının akut üriner retansiyon oranını düşürdüğü bulunmuştur (Tiguert ve diğerleri, 2004). Kateter bakımında aseptik tekniklere uyulması, ellerin işlem öncesi ve sonrası yıkanması, meatusta kirlenme varsa, su ve sabunla temizlenmesi bilgilerinin hastaların taburculuk eğitiminde yer alması gerekmektedir (Akpınar ve Karadağ, 2012).

2.7.4 Pelvik kas egzersiz eğitimi (Kegel Egzersizi). Hastalara ameliyat sonrası dönemde erken kontinansı sağlamada pelvik taban egzersizleri olan Kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve yaptırılması önerilmektedir. Hastada kateter çıkarıldıktan sonra ameliyattan sonra günlük olarak pelvik egzersizlerinin yaptırılması prostatektomi geçiren hastalarda idrar kaçırma sorununu azalttığı gösterilmiştir (Dorey, 2013; Aydın, 2016).

2.7.5 Aktivite. Prostat ameliyatı sonrası hastanın en kısa sürede hastanın ayağa kaldırılması gerekmektedir. Hareketsizlik venöz tromboemboli, kas gücü kaybı, solunum sorunları, doku oksijenlenmesinin bozulmasına ve insülin direncinde artma gibi sorunlara neden olmaktadır (Ljungqvist ve Jonthan, 2011). Aynı zamanda hastaya, prostatik fossanın iyileşme süreci süreci olan altı-sekiz hafta boyunca, venöz basıncı artıran ve hematüriye neden olabilen valsalva manevralarından, ıkınma, ağır kaldırma gibi hareketlerden kaçınması gerektiği de bildirilmelidir. (Smeltzer ve diğerleri, 2008). Egzersiz, prostat kanseri olan erkeklerde, kas gücünü ve yaşam kalitesini arttırması, yorgunluğun günlük yaşamdaki etkisini azaltması nedeniyle önerilmektedir. Bununla birlikte, hasta taburculuk sonrası araba sürme ve cinsel ilişki gibi aktivitelerin kısıtlanması ve işe dönüş konusunda bilgilendirilmelidir (Seyhan ve Özbaş,2019).

2.8 Radikal Prostatektomi Sonrası Kısa Mesaj Yolu İle Taburculuk Eğitiminin Önemi

Dünya genelinde milyarlarca insan cep telefonu yoluyla metin mesajlaşma ile iletişim kurmaktadır (WEB_10,2021). Dünya çapında yaygın olarak kullanılan bir iletişim şeklidir. Benzer şekilde, Türkiye’de WhatsApp ile SMS gönderme ve alma gibi haberleşme tekniklerinin yaygın kullanıldığı belirtilmektedir (WEB_11,2022). Ayrıca Kısa Mesaj Servisi (SMS) kullanımı bilgi iletimi ve alımını kısa sürede ve fazla sayıda kişiyle paylaşabilme olanağı sağlaması, bilgiyi pekiştirme ve olumlu davranış değişikliğini sağlama konusunda kullanışlı bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Chuang ve diğerleri, 2013; Duys ve diğerleri, 2017). Genel olarak bu teknolojiler, bireylerin başkalarına olan bağımlılıklarını azaltmakta, bireyin gereksinimine uygun bakım ve destek hizmetlerin sağlanmasında yenilikçi fırsatlar sunmaktadır (Kalb, 2015; Subramanian ve diğerleri, 2019). Yine bu metodlarla hatırlatma tekniği kullanılması ile düzenli ilaç kullanımı, sigarayı bırakma, egzersiz uygulama gibi

konularda pozitif etkisi bulunmaktadır (Peng ve diğerleri, 2018). Yine, kronik hastalıklarda ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda değil, özellikle cerrahi sonrası izlemlerde de tele-sağlık hizmetlerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Bikmoradi ve diğerleri, 2016). Hastaların her ne kadar taburculuk eğitimleri hasta ve yakınları ile en etkin bir şekilde yapılırsa da ameliyat sonrası dönemde hastalar sağlık çalışanlarından uzak kalmakta ve bu durum hastalarda kaygıya neden olmakta, yaşam kalitesi düşmektedir (Erer ve diğerleri, 2017). Dolayısıyla hastaların taburculuk sonrası takibi amacıyla tedavi ve bakım süreçlerinde bazı teknolojilerin kullanılması önem kazanmaktadır. Ameliyat sonrası bu hizmetlerinin kullanımı; hastaların ameliyat sonrası gereksiz hastane başvuru ve transferlerinin azaltılması, komplikasyonların erken tanınması, hastanın ilaçlarına ve yeni duruma adaptasyonunun kolaylaştırılması, hastaların ve ailelerinin konforunun sağlanması, hastaya özel bakımın planlanması ve uygulanması açısından kolaylıklar sağlamaktadır (Rebecca ve diğerleri, 2016). Çalışmalar kronik hastalığı olan çeşitli yaş grubunu içeren çalışmalarda bireylerde SMS yolu ile sağlık eğitiminin etkinliğini göstermiş, SMS mesajlarının etkili iletişim yetenekleri nedeniyle sağlık eğitimi için ucuz, uygulanabilir, ulaşılabilir ve kullanışlı olduğu bildirilmiştir (Jones ve diğerleri, 2014; Gavan ve diğerleri, 2019; Rico ve diğerleri, 2020; Howell ve diğerleri, 2019). Ayrıca SMS mesajlarının saklanabilir olması, tekrar okunabilmesi, eğitim için özel bir alan ve sabit zamana bağlı kalmaması, aynı anda birden fazla bireye ulaşması gibi avantajları nedeniyle kullanılması önerilmiştir (Osterfeld, 1994).

Radikal prostatektomili hastalar açısından düşünüldüğünde; günümüzde hastaları erken dönemde evlerine taburcu etme yaklaşımı hasta ve ailesinin evde bakım gereksinimleri hakkında sağlık profesyonellerinden eğitim alma durumunu sınırlandırmaktadır. Genellikle hasta ve ailesi komplikasyonların yönetimi ve evde bakım ihtiyaçları hakkında bilgi eksikliği ile hastaneden ayrılmaktadır (Giarelli ve diğerleri, 2003). Tahmin edilen iyileşme süreci ve evde kendi kendine bakım hakkındaki bilgi eksikliği ameliyat sonrası dönemde iyileşmeyi önemli ölçüde olumsuz yönde etkilemektedir (Davison ve diğerleri, 2004; Petry ve diğerleri, 2004; Moore ve diğerleri, 1999; Jacobsson ve diğerleri, 1997; Brut ve diğerleri, 2005). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinden hemşirenin hastaya hastaneden ayrılmadan önce taburculuk eğitiminin yapması gerekmektedir. Ancak hasta yoğunluğu ve hemşire

eksikliğinden kaynaklanan zaman sınırlılığı nedeniyle taburculuk eğitimi istenilen düzeyde yapılamamaktadır. Diğer yandan radikal prostatektomi geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin memnuniyet düzeyini arttırdığı kanıtlanmıştır (Davison ve diğerleri, 2004). Memnuniyeti arttırmasına karşın bir çalışmada hastaların taburculuk eğitimi almalarına karşın komplikasyonlarla baş etmede yetersiz kaldıkları bulunmuştur (Petry ve diğerleri, 2004).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların yalnızca kanser olduklarına odaklanmaları (Moore ve diğerleri, 1999; Jacobsson ve diğerleri, 1997; Brut ve diğerleri, 2005; McGlynn ve diğerleri, 2004), ameliyat sonrası dönemde ise anksiyete, yorgunluk ve ağrı nedeniyle verilen eğitimlerin etkinliğini azaltmaktadır. Bu nedenle hastalara taburcu olurken sözel eğitimin yanı sıra, yazılı bir eğitim broşürü verilmesi, evlerinde ziyaret edilmesi ya da telefonla takip edilmesi, hatırlatıcı mesajlar gönderilmesi (Davison ve diğerleri, 2004). Diğer yandan bu uygulamalar sayesinde hasta ile hemşire arasındaki iletişim güçlenmekte, güven sağlanmakta ve hastalık ile tedaviye uyum süreci kolaylaşmakta, yaşam kalitesi artmaktadır (Moore ve diğerleri, 1999). Ek olarak bu yöntem ile hemşire etkili eğitim yapma olanağı sunabilmektedir.

2.9 Radikal Prostatektomi Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi

Yaşam Kalitesi kavramının tarihi eski zamanlara dayanmakta, ilk olarak Aristo iyi bir yaşamın nedeninin mutluluk olduğunu belirtmiştir (Osterfeld, 1994). Tıp alanında ise hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin yükseltilmesi sağlık profesyonellerine eğitimleri sırasında verilmiştir (Levine, 1996). Terim olarak ise yaşam kalitesi, ilk olarak Priestley'in 1943'deki "Cumartesi Işıkları" (Daylight on Saturday) adlı oyununda kullanılmıştır (Gerharz ve Emberton, 1999). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesinin önemine vurgu yapmış (WHO, 1974), yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmiştir (Long, 1960).

Amerika Birleşik Devletleri'nde prostat kanseri erkeklerde en sık tanı konulan ve akciğer kanserinden sonra en sık ölüme neden olan prostat kanserine, elli yaşındaki bir erkeğin yaşamı boyunca yakalanma riskinin yüksek, bu kanserden ölme olasılığının ise düşük olduğu bildirilmektedir (Jemal, 2004; Wingo, 1995). Radikal prostatektomi

sonrası yaşamı tehdit edici komplikasyonlar az gelişmesine karşın, komplikasyonlar erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Prostatektomi sonrası oluşan ve hastaların yaşam kalitesini azaltan komplikasyonlar hastaların günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır, bu nedenle prostatektomili hastaların yaşam kalitesinin sürdürülmesi önemlidir (Averback ve diğerleri, 2019; Arslan ve Ağırbaş, 2017). Üriner inkontinanslı hastalara bakım veren hemşirelerin hasta eğitiminde de hastaların yaşam kalitesinin artması temel alınarak önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumlulukların en iyi düzeyde yerine getirilebilmesi için hemşirelerin bu alandaki bilimsel çalışmaları ve kanıtları yakından takip ederek hasta bakımına yansıtması önemlidir (Demir Korkmaz, 2018).



Bölüm 3

Gereç ve Yöntem

3.1 Araştırma Türü

Araştırma iki gruplu ön test-son test desenli, yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Koç Üniversite Hastanesi'nin üroloji kliniğinde radikal prostatektomi olan hastalar ile 26.05.2022-20.12.2022 tarihleri arasında yürütüldü. Koç Üniversitesi Hastanesi üroloji kliniği 16 yataklı olup, 6 hekim, 13 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte radikal prostatektomi ameliyatları sıklıkla gerçekleştirilmektedir. Radikal prostatektomi ameliyatı olan hastalar herhangi bir komplikasyon oluşmaması durumunda ortalama 2 gün sonra taburcu edilmektedir. Hastalara taburculuk eğitimi asistan hekim ve klinik hemşireleri iş birliğinde verilmektedir. Taburculuk eğitiminde Kegel egzersizleri, kullanılacak ilaçlar, antiembolik çorap kullanımı, idrar sondası bakımına yönelik bilgiler yer almaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yapılacağı hastanenin üroloji kliniğinde 1 yıl içerisinde 100 radikal prostatektomi ameliyatı yapılmaktadır. Şimşir ve Temeltaş'ın 'Radikal retropubik prostatektomi sonrası gelişen idrar kaçırma çözüm yolları' isimli çalışması dikkate alınarak PASS programında %99 güç $\alpha:0,01$ yanılma düzeyinde en küçük örneklem büyüklüğü 57 kişi olarak belirlendi (Şimşir ve Temeltaş, 2011). Girişim grubuna 29, kontrol grubuna ise 28 hasta alındı.

3.3.1 Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri

Çalışmaya araştırmada yer almayı yazılı ve sözlü kabul eden, ameliyattan önce inkontinans şikâyeti olmayan, seçilen hastanenin üroloji kliniğinde radikal prostatektomi girişimi geçiren, okur yazar olan, psikiyatrik sorunu olmayan, iletişim problemi ve görme ile ilgili sorunu olmayan ve internet erişimi olan bir akıllı telefona sahip olan hastalar dahil edildi.

Çalışmanın dışlanma kriterlerini ise; araştırmaya katılımda gönülsüz olmak, akıllı telefonu bulunmamak, iletişim ve psikiyatrik sorunu bulunmak, görme ve işitme yetilerinde sorun bulunmak, okur yazar olmamak ve ameliyattan önce inkontinans sorunu olmak oluşturdu.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında hastaların sosyodemografik bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, hastalara telefon mesajı gönderirken taburculuk ilişkili eğitici kısa mesaj içeriği ile anksiyetesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, önceden geçirdiği hastalık ve/veya risk faktörlerini saptamaya yönelik toplam 23 soru yer aldı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği. Yaşam kalitesini ölçmek üzere birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekler arasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirlemede yaygın olarak kullanılan Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 ölçeğidir (Carod ve Egido, 2009). 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Bunlar; fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel duruma bağlı rol kısıtlaması, enerji ve genel sağlık anlayışıdır (Akçalı ve diğerleri, 2009; Ware, 1992). SF-36, ilk kez 1999 yılında Ölçekte son dört hafta içinde sağlıktaki değişim algısını ve son bir hafta içinde sağlıktaki değişim algısını içeren maddeler bulunmaktadır (Koçyiğit ve diğerleri, 1999; Dündar ve diğerleri, 2002). Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmaya uygun, kısa ancak kapsamlı, psikometrik özellikleri açısından güçlü bir genel sağlık anketidir (Topçu ve Bölüktaş, 2012). Koçyiğit tarafından, geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değerleri Tablo 1 de verildi.

Tablo 1

SF-36 Ölçeği Alt boyutları Cronbach Alfa değerleri

SF-36 Ölçeği Alt boyutları	Cronbach Alfa değerleri
Fiziksel Fonksiyon	0,94
Fiziksel Rol Güçlüğü	0,89
Emosyonel Rol Güçlüğü	0,98
Enerji/Canlılık/Vitalite	0,87
Ruhsal Sağlık	0,86
Sosyal İşlevsellik	0,84
Ağrı	0,94
Genel Sağlık Algısı	0,72

Kısa Mesaj (SMS) İçeriği. Literatür doğrultusunda radikal prostatektomili hastaların taburculuk eğitimi içeriğine yönelik bilgiler elde edilecektir (WEB_12,2014; WEB_13,2021; WEB_14,2023). SMS içerikleri klinikte görev yapan iki uzman ürolog, üç üroloji hemşiresi ve bir cerrahi hastalıkları hemşireliğinde öğretim üyesi olmak üzere toplam altı uzman görüşe sunuldu ve önerilere uygun düzeltme yapıldı. Girişim grubuna gönderilen SMS içeriği aşağıda gösterildi.

Mesaj içerikleri

1) *Taburcu olduktan itibaren 14 gün süreyle;*

- Çiğ sebze ve meyveleri aşırı miktarda tüketmeyiniz.
- Süt ve süt ürünlerini aşırı miktarda tüketmeyiniz.
- Günde en az 8 bardak su için.
- Uzun seyahat planınız varsa doktorunuza haber vererek onun önerileri doğrultusunda hareket ediniz.
- Ameliyatınızdan sonraki 2 haftalık süreçte Aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin), naproxen (Aleve, Naprosyn) ya da benzer ilaçları kullanmayın. Kan pıhtıları ile ilgili problemlere neden olabilirler.
- Doktorunuzun önerdiği antiembolik çoraplarınızı çıkarmayınız. Doktorunuzun önerdiği süreye uyunuz.

- Venöz tromboemboli profilaksisini (Kan pıhtılaşmasını önleyen ilaç) size hastanede gösterildiği şekilde aynı saatte uygulayınız.

2) *Ameliyat tarihinizden itibaren 3 hafta süreyle;*

- Cinsel temasta bulunmayınız.
- Ereksiyonunuz tam sert olmayabilir. Bazı erkekler ereksiyon olamaz.
- Orgazmınız eskisi kadar yoğun veya zevkli olmayabilir.
- Orgazm olduğunuzda hiç sperm görmeyebilirsiniz.
- Bu problemler zamanla daha iyi duruma gelebilir ya da tamamen ortadan kalkabilir ancak bu birkaç ay veya bir yıldan fazla sürebilir.

- Araç kullanmayınız.
- Diyetinizle ilgili bir kısıtlama olmamakla birlikte kabız kalmamaya özen gösteriniz. Kabız kalmamak için dışkı yumuşatıcı ilaçlar kullanabilirsiniz.

3) *Ameliyat tarihinizden itibaren 1-1.5 ay süreyle;*

- Karın kaslarınızı zorlayacak hareketlerden kaçınınız (mekik, koşma, kabızlık nedeni ile ıkınma vb).
- Ağır yük ve eşya kaldırmayınız (5 kg ve üzeri).

4) *İdrar sondanız varsa;*

- Mesanenizde spazmlar hissedebilirsiniz. Doktorunuz bunun için size ilaç verecektir.
- Kalıcı sondanızın düzgün çalıştığından emin olmanız gerekecektir. Enfeksiyon veya cilt tahrişi yaşamamak için tüpü ve vücudunuza yapıştığı bölgeyi nasıl temizleyeceğinizi de bilmeniz gerekir.

- Drenaj torbanızdaki idrar daha koyu kırmızı renkte olabilir ki normal bir durumdur.

5) *Sondanız alındıktan sonra;*

- İdrar yaparken yanma, idrarda kan, sık idrara çıkma ve acil idrara çıkma ihtiyacı olabilir.

- Biraz idrar kaçağınız (idrar kaçırma) olabilir. Bu zamanla düzelecektir. 3 ila 6 ay içinde neredeyse normal mesane kontrolüne sahip olacaksınız.
- Pelvisinizdeki kasları güçlendiren egzersizleri (Kegel egzersizleri olarak adlandırılır) doktorunuz tarafından size gösterilecektir.
- Gösterilen Kegel egzersizlerini (kalça ve perine kaslarını sıkıp gevşetme hareketi) otururken veya uzanırken her zaman yapabilirsiniz. (Günde en az 3-4 defa 10 kez yapınız).

6) Yara Bakımı;

- Ameliyat yaranızın üzerindeki pansumanı günde bir kez veya kirlenirse daha kısa arayla değiştirin. Hemşireniz, yaranızı ne zaman kapalı tutmanız gerekmediğini size söyleyecektir. Hafif sabun ve su ile yıkayarak yara bölgesini temiz tutun.
- Cildinizi kapatmak için dikiş, zımba veya yapıştırıcı kullanılmışsa, yara bandajlarını çıkarabilir ve duş alabilirsiniz. Eğer üzerinizde bant (Steril-Strips) varsa, ilk hafta duştan önce kesici streç film ile sarın.
- Sonda olduğu sürece küvete veya sıcak küvete dalmayın veya yüzmeye gitmeyin. Bu aktiviteleri sonda çıkarıldıktan ve doktorunuza danıştıktan sonra yapabilirsiniz.

7) Hastaneden çıktıktan sonra;

- Skrotumlarınızda şişlik olabilir. Şişlik geçene kadar bir destek (sporcu çamaşırı gibi) veya kısa iç çamaşırı giymeniz gerekebilir. Yataktayken, destek için skrotumunuzun altından bir havlu ile destek yapabilirsiniz.
- Sonda ile taburcu olan hastaların sonda ile banyo yapmasında sakınca yoktur.

Doktorunuzdan randevu alarak kontrollerinize geliniz.

8) Hekime haber vermeniz gereken durumlar;

- Ateşiniz 38 derece veya üzerine çıkarsa,
- İdrarınız kanlı, idrar rengi kırmızı olursa (idrar rengi hafif kırmızı olabilir).
- Ameliyat bölgesinde ve skrotumlarda kızarıklık, duyarlılık, ısı artışı, morarma olursa,

- Titreme, bulantı, kusma veya beklenmedik bir yakınma olursa,
- Üriner kateterinizde tıkanıklık veya idrar akışı fark ederseniz hekiminizle iletişime geçiniz.

3.5 Randomizasyon ve Çalışma Planı

Çalışmanın yapıldığı kliniğe prostatektomi girişimi geçirecek hastaların girişim ve kontrol grubuna alınma durumunun belirlenmesinde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması esas alındı. Çalışma kriterlerine uyan hastalara çalışma ile ilgili bilgi verildikten ve onam alındıktan sonra ölçek uygulandı. Ölçek puanı dikkate alınarak randomizasyon programı kullanıldı (<https://www.randomizer.org>). Kliniğe yatış tarihine göre girişim ve kontrol grubuna alınacak hastalar belirlendi.

Çalışma Planı

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar ameliyat öncesi dönemde klinikte anestezi hekimi değerlendirmesinden sonra araştırmacı kendini tanıttıktan ve çalışma ile ilgili bilgi verdikten sonra hastalardan bilgilendirilmiş onam yazılı olarak alındı (Ek-D). Hasta tanıtım formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu. Ölçek puan ortalamasına göre randomizasyon programı aracılığıyla girişim ve kontrol grubu hastaları belirlendi.

Ameliyat sonrası dönemde taburculuk günü kontrol grubunda yer alan hastalara kliniğin standart izlem ve taburculuk eğitimi verildi. Hastalara, ameliyat sonrası birinci ayında tekrar anket doldurulacağına yönelik bilgi verildi.

Girişim grubunda yer alan hastalara ise kliniğin rutin izlem ve taburculuk eğitimi verildi ve hastalara taburcu olduktan sonra geçirilen ameliyattan sonra neler yapılması gerektiğine yönelik düzenli mesaj gönderileceği ve tekrar form dolduracakları söylendi. Bu gruptaki hasta grubuna uzman görüşü alınan sms içeriği haftada 2 kez Pazartesi ve Perşembe günleri saat 09:00-17:00 aralığında atıldı. Bu uygulama 4 hafta sürdü. Her hafta sonu öğlen saatinde hastalar araştırmacı tarafından aranarak sms mesajını alıp almadığı kontrol edildi.

Çalışma kapsamına alınan hastalar ameliyat sonrası birinci ayında poliklinik kontrolü sonrası poliklinik bekleme salonunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği dolduruldu. Çalışma planı Şekil 1’ de gösterildi.

Çalışma Planı

Çalışmanın evrenini yazılı ve sözlü onam veren, ameliyattan önce inkontinans şikayeti olmayan, seçilen hastanenin üroloji kliniğinde radikal prostatektomi girişimi geçiren, okur yazar olan, psikiyatrik sorunu olmayan, iletişim problemi ve görme ile ilgili sorunu olmayan, ve internet erişimi olan bir akıllı telefona sahip olan 57 tane radikal prostatektomi ameliyatı olan hastalar dahil edildi.

Hastalarla tanışılıp ve çalışma için onam alındı.
Çalışma ile ilgili bilgi verildi

Girişim grubu (N=29)

Ameliyat öncesi dönemde klinikte anestezi hekimi değerlendirmesinden sonra Hasta tanıtım formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu.

Ameliyat sonrası taburculuk gününde kliniğin rutin izlem ve taburculuk eğitimi verildi.

4 hafta boyunca haftada 2 kez eğitim mesajları gönderildi.

1. ay sonrasında Üroloji polikliniğine kontrole gelen hastaya yeniden SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ölçeği formu dolduruldu.

Kontrol grubu (N= 28)

Ameliyat öncesi dönemde klinikte anestezi hekimi değerlendirmesinden sonra Hasta tanıtım formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu.

Ameliyat sonrası dönemde taburculuk günü hastalara kliniğin standart izlem ve taburculuk eğitimi verildi.

1. ay sonrasında üroloji polikliniğine kontrole gelen hastaya yeniden SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği formu dolduruldu.

Şekil 1. Çalışma planı

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

3.7 Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 20.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile değerlendirildi. Verilerin dağılımı Skewness / Kurtosis (Basıklık/ Çarpıklık) değerlerine göre incelenmiş ve normal dağılıma uygun olduğu saptandı (George, 2011). Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile gösterildi. Bağımlı gruplar arasında farklı zamanlardaki ölçümler arası farklılık Eşli İki Örneklem T testi (Paired-Samples T test) ile incelendi. İstatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki karşılaştırmalar, istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi (Tablo 2).

Tablo 2

Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Parametreler	Analiz Yöntemi
Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı
Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin analizi ve karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Bağımsız örneklem t testi, Ki-Kare Testi
Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF36 alt boyutlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması	Eşli İki Örneklem T testi (Paired-Samples T test), Bağımsız Örneklem T Testi

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Verilerin toplanması için araştırma yapılmadan önce Koç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (Ek-G), Koç Üniversitesi Hastanesi'nden araştırma ve uygulama kurum izni (Ek-F) alındı. Verilerin toplanma sürecinde her aşamasında etik ilkelere bağlılığa özen gösterildi. Çalışmaya dahil edilen hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve

“Bilgilendirilmiş Onay Formu” imzalatılarak yazılı izinleri alındı (Ek-D). Gönüllü olarak katılmak istemeyenler araştırmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen hastaların kişisel bilgileri “Gizliliğin Korunma İlkesi” uyarınca paylaşılmadı ve bu bilgiler yalnızca araştırmanın amacı kapsamında kullanıldı. Araştırma sonuçlarının istenildiğinde kendileri ile paylaşılacağı hakkında bilgi verildi.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye’de radikal prostatektomi geçirmiş hastalarda kısa mesaj içerikli taburculuk eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma ile karşılaşılabilmesi tartışma bölümü yazımında sınırlılığa neden olmuştur. Araştırma verileri sadece bir hastanenin üroloji kliniğinde prostatektomi hastalarından elde edildiğinden sonuçlar tüm radikal prostatektomi olmuş hastaların geneline yansıtılamaz.

Bölüm 4

Bulgular

Bu bölümde radikal prostatektomi ameliyatı olan hastalarda taburculuk eğitiminin kısa mesaj gönderilerek taburculuk sonrası yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına yer verildi.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo demografik özellikleri Tablo 3'te incelendi. Analiz sonucunda yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,01$). Kontrol grubundaki hastaların yaşlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Hastaların sigara içme durumları incelendiğinde girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna oranla halen daha fazla sigara içtiği bulundu. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0,02$). Benzer şekilde hastaların alkol kullanma durumları incelendiğinde girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi kontrol grubuna oranla daha fazla alkol tükettiği görüldü ve iki grup arasında alkol kullanma durumu arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0,02$) (Tablo 3).

Tablo 3

Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

	Girişim		Kontrol		Toplam		Test istatistiği	p
	Aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma		Aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma		Aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma		t*	p
Yaş	64,52 $\pm$ 6,27		68,93 $\pm$ 6,45		66,68 $\pm$ 6,68		-2,61	0,01
Boy	176,00 $\pm$ 4,80		174,29 $\pm$ 4,64		175,16 $\pm$ 4,76		1,37	0,18
Kilo	80,48 $\pm$ 5,10		79,89 $\pm$ 6,68		80,19 $\pm$ 5,88		0,38	0,71
	n	%	n	%	N	%	χ^{2**}	p
Eğitim Durumu								
İlkokul	6	60,00	4	40,00	10	100,00	4,22	0,37
Lise	8	38,10	13	61,90	21	100,00		
Okuryazar	4	66,67	2	33,33	6	100,00		
Ortaokul	1	25,00	3	75,00	4	100,00		
Üniversite	10	62,50	6	37,50	16	100,00		
Medeni Durum								

Tablo 3 (Devam)

Evli	7	58,33	5	41,67	12	100,00	0,34	0,40
Bekar	22	48,89	23	51,11	45	100,00		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	23	69,70	10	30,30	33	100,00	5,23	0,16
Çalışmıyor	6	25,00	18	75,00	24	100,00		
Ameliyat öncesi sigara içme durumu								
Ara sıra içiyor	4	75,00	2	25,00	4	100,00	10,70	0,02
Bıraktı	12	34,29	23	65,71	35	100,00		
Evet	13	81,25	3	18,75	16	100,00		
Ameliyat öncesi Alkol kullanma durumu								
Evet	9	81,82	2	18,18	11	100,00	5,22	0,02
Hayır	20	43,48	26	56,52	46	100,00		

*Independent- Sample T Testi, **Kikare Testi, Satır yüzdesi alınmıştır.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sağlık durumları Tablo 4'te yer aldı. Sadece ameliyat sonrası komplikasyon yaşama durumları ile anlamlı ilişki görüldü ($p=0,02$). Bu anlamlı farkın girişim grubundan kaynaklandığı, girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna oranla ameliyat sonrası daha fazla komplikasyon yaşadığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4

Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumları ile İlgili Bilgileri

	Deney		Kontrol		Toplam		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	N	%	χ^2	p
Kronik Hastalığa sahip olma durumu								
Evet	19	46,34	22	53,66	41	100,00	1,22	0,27
Hayır	10	62,50	6	37,50	16	100,00		
Alerji Durumu								
Evet	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,07	0,78
Hayır	23	50,00	23	50,00	46	100,00		
Daha Önce Ameliyat geçirip geçirmeme durumu								
Evet	21	45,65	25	54,35	46	100,00	2,60	0,10
Hayır	8	72,73	3	27,27	11	100,00		
Ameliyat Olma nedeni								
İdrar yaparken ağrı	6	75,00	2	25,00	8	100,00		
Mesannenin tam boşaltılamaması	2	50,00	2	50,00	4	100,00		
Ani idrar yapma isteği	1	25,00	3	75,00	4	100,00	21,36	0,03
Sık idrara çıkma isteği	7	63,64	4	36,36	11	100,00		

Tablo 4 (Devam)

Gece idrara çıkma	0	0,00	6	100,00	6	100,00		
İdrar kan görülmesi	8	88,89	1	11,11	9	100,00		
Kesik kesik idrar yapma	4	66,67	2	33,33	6	100,00		
Prostat kanseri	1	11,11	8	88,89	9	100,00		
Ameliyat öncesi solunum sistemi ile ilgili sorun yaşama durumu								
Evet	3	50,00	3	50,00	6	100,00	0,02	0,96
Hayır	26	50,98	25	49,02	51	100,00		
Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili sorun yaşama durumu								
Evet	2	50,00	2	50,00	4	100,00	0,01	0,97
Hayır	27	50,94	26	49,06	53	100,00		
Ameliyat öncesi evde bakım ihtiyacı olma durumu								
Evet	3	60,00	2	40,00	5	100,00	0,18	0,66
Hayır	26	50,00	26	50,00	52	100,00		
Ameliyat öncesi uyku düzeni ile ilgili sorun yaşama durumu								
Evet	3	33,33	6	66,67	9	100,00	1,31	0,25
Hayır	26	54,17	22	45,83	48	100,00		
Ameliyat sonrası ruhsal durum								
Aşırı dalgın	1	50,00	1	50,00	2	100,00	3,76	0,28
Huzursuz-Gergin	13	68,42	6	31,58	19	100,00		
Sakin	12	40,00	18	60,00	30	100,00		
Üzüntülü	3	50,00	3	50,00	6	100,00		
Ameliyat öncesi konuşma ile ilgili sorun yaşama durumu								
Evet	0	0	0	0	0	0	**	**
Hayır	29	100,00	28	100,00	57	100,00		
Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu								
Evet	21	63,64	12	36,36	33	100,00	5,10	0,02
Hayır	8	33,33	16	66,67	24	100,00		
Gelişen komplikasyonlar								
Enfeksiyon	2	50,00	2	50,00	4	100,00	7,58	0,06
İdrar kaçırma	12	57,14	9	42,86	21	100,00		
Penis Serleşmeme Sorunu	7	87,50	1	12,50	8	100,00		
Yaşamadım	8	33,33	16	66,67	24	100,00		

* Kikare Testi, Satır yüzdesi alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt boyut puan ortalamalarına bulgular Tablo 5’de sunuldu. Tablo 5’de ölçek puanlarının grup içi ve zaman analizlerine de yer verildi. Hastaların ameliyat öncesi SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyut puanları arasında anlamlı ilişki görülmedi ($t=-0,11$; $p=0,99$). Diğer yandan girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt boyut ortalamalarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Girişim grubunun kendi içindeki tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt boyut

öncesi SF-36 Fiziksel Fonksiyon Alt Boyut puanları arasında anlamlı ilişki görülmedi ($t=1,06$; $p=0,29$).

Her iki grupta yer alan hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları anlamlı olarak belirlendi. Grupların kendi içindeki tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt boyut puanında zaman içinde artış gösteren bir değişim yaşadığı görüldü. Verilen eğitimin hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut puanları üzerine etki büyüklüğü $d=0,52$ olarak saptandı (Tablo 6, Şekil 3).

Tablo 6

Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Ön test	Son Test	T ^a	P _{Zaman}
	X±SS	X±SS		
Girişim Grubu*	12,93 ± 31,78	80,17 ± 37,43	7,11	0,00
Kontrol Grubu*	22,32 ± 34,92	54,46 ± 45,16	3,37	0,02
t ^b	1,06	2,34		
P _{Grup}	0,29	0,02		
Etki Büyüklüğü Cohen's d		0,52†		

*Grubun kendi içindeki toplam puanı ile tüm zamanlar arasında anlamlı ilişki görülmüştür. ^a: Eşli İki Örneklem T testi (Paired-Samples T test), ^b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), [†]Cohen's d orta etki büyüklüğü (≤ 1).

puanlarının grup içi ve zaman analizlerine yer verildi. Hastaların ameliyat öncesi SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Boyut puanları arasında anlamlı ilişki görüldü ($t=-2,76$; $p=0,01$). Girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları anlamlı olarak belirlendi.

Girişim grubunun kendi içindeki tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre SF-36 Ruhsal Sağlık boyut puanında zaman içinde artış gösteren bir değişim yaşadığı bulundu. Verilen eğitimin hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Boyut puanları üzerine etki büyüklüğü ön test puanları için $d=0,74$; son test puanları için $d=0,96$ olarak saptandı (Tablo 9, Şekil 6).

Tablo 9

Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Ön test	Son Test	T ^a	P _{zaman}
	X±SS	X±SS		
Girişim Grubu*	35,45 ± 19,62	78,48 ± 24,53	6,88	0,00
Kontrol Grubu*	48,71 ± 16,37	56,86 ± 20,05	1,18	0,08
t ^b	-2,76	3,65		
P _{Grup}	0,01	0,00		
Etki				
Büyüklüğü	0,74†	0,96†		
Cohen's d				

*Grubun kendi içindeki toplam puanı ile tüm zamanlar arasında anlamlı ilişki görülmüştür. ^a: Eşli İki Örneklem T testi (Paired-Samples T test), ^b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), †Cohen's d orta etki büyüklüğü (≤ 1).

Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt boyut puan ortalamalarına bulgular Tablo 12’de yer verildi. Tablo 12’de ölçek puanlarının grup içi ve zaman analizleri gösterildi. Hastaların ameliyat öncesi SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt Boyut puanları arasında anlamlı ilişki görüldü ($t=-2,83$; $p=0,00$). Girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları anlamlı olarak saptandı. Girişim grubunun kendi içindeki tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre SF-36 Genel Sağlık Algısı boyut puanında zaman içinde artış gösteren bir değişim yaşadığı belirlendi. Verilen eğitimin hastaların SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt Boyut puanları üzerine etki büyüklüğü ön test puanları için $d=0,75$; son test puanları için $d=1,23$ olarak hesaplandı (Tablo 12, Şekil 9).

Tablo 12

Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Ön test	Son Test	T ^a	P _{Zaman}
	X±SS	X±SS		
Girişim Grubu*	41,38 ± 11,79	67,93 ± 10,57	8,48	0,00
Kontrol Grubu*	49,82 ± 10,67	54,29 ± 11,44	1,67	0,11
t ^b	-2,83	4,67		
P _{Grup}	0,00	0,00		
Etki				
Büyükülüğü	0,75 †	1,23 ††		
Cohen’s d				

*Grubun kendi içindeki toplam puanı ile tüm zamanlar arasında anlamlı ilişki görülmüştür. ^a: Eşli İki Örneklem T testi (Paired-Samples T test), ^b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), †Cohen’s d orta etki büyüklüğü (≤ 1), ††Cohen’s d güçlü etki büyüklüğü ($1,01 \leq$).

Bölüm 5

Tartışma

Bu bölümde radikal prostatektomi ameliyatı olan hastalara taburculuk sonrası eğitici bilgilerin kısa mesajla gönderilmesinin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenen çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Literatür taramasında çeşitli cerrahi girişim geçiren hastalarda taburculuk sonrası kısa mesaj gönderimin hastaların evde kontrollü izlemi, düzenli ilaç kullanımına teşvik edilmesi ve kolay uyum sağlanması, hastaların taburculuk sonrası hastaneye tekrar gelişlerin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılması için yapılabileceği gösterilmiştir (Corrigan ve diğerleri, 2011; Carrier ve diğerleri, 2016; Drummond ve diğerleri, 2018; Campbell ve diğerleri, 2019).

Çalışmamızda genel anlamda kısa mesaj ile bilgilendirilen girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ile genel sağlık algısı alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiği bulundu ($p=0,00$). Yine, ameliyat öncesi dönemde her iki hasta grubunda yer alan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan Fiziksel Fonksiyon puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, taburculuktan sonra eğitici bilgilerin gönderildiği girişim grubunda yer alan hastaların 1 ay sonraki puanında zaman içinde artış gösteren anlamlı bir değişim yaşadığı belirlendi (Tablo 5, Şekil 2). Prostatektomili hastalara yönelik yapılan bir çalışma ile karşılaştırılmazken De Oliveira ve arkadaşlarının (2017) taburculuk sonrasında rutin hastane protokolüne ek olarak hastalara gönderilen bilgilendirme mesajları sonrasında hastaların bilgi düzeyleri ile öz bakımlarının arttığı bulunmuştur (de Oliveira ve diğerleri, 2017). Ayrıca, Kim ve Vasuki'nin 2017 yılında yaptığı çalışmada cerrahi girişim geçirecek gastaların yakınlarına SMS gönderiminin hastaların yanı sıra hasta yakınlarının da anksiyetesini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (wijerVasuki, 2017). Diğer yandan Wijeratne ve arkadaşlarının 2021 yılındaki sistematik bir derlemesinde özellikle kanser hastalarının tedaviye uyumunu, ilaçlarını düzenli almaları üzerinde kısa mesaj

gönderiminin etkili olduğu ve iyileşme sürecine katkıda bulunduğu vurgulanmıştır (Wijeratne ve diğerleri, 2021).

Çalışma kapsamına alınan her iki grupta yer alan hastaların ameliyat öncesi SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmezken, taburculuktan sonra eğitici bilgilerin gönderildiği girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut puanlarının zaman içinde artış gösteren anlamlı bir değişim yaşadığı belirlendi (Tablo 6, Şekil 3). Rico ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında cep telefonlarındaki yazılı mesajlaşma teknolojisinin hastalar üzerinde Hawthorne etkisi olarak adlandırılan duruma yol açtığı, sağlık çalışanları tarafından gönderilen bu mesajların alınması durumunda hastaların kendileriyle özel olarak ilgilenildiği duygusunun yaşanmasına ve takdir edildiğini hissetmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Rico ve diğerleri, 2020). Bu durum hastaların fiziksel rol güçlüğüne üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir. Çalışma bulgusunun literatürü desteklediği görülmektedir.

Her iki grupta yer alan hastaların ameliyat öncesindeki ön test sonucunda SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki görülmezken, taburculukla ilgili kısa mesaj gönderilen gruptaki hastaların SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt boyut puanında zaman içinde artış gösteren bir değişim yaşadığı belirlendi (Tablo 7, Şekil 4). Dığın ve arkadaşlarının (2022) katarakt cerrahisi geçiren hastalara gönderilen bilgilendirici mesajların, ameliyat sonrası yedinci günde SMS gönderilen grubun Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuş, kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (Dığın ve diğerleri, 2022).

Çalışmamızda girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımlarını anlamlı düzeyde yükseldiği bulundu (Tablo 8, Şekil 5). İlaslan'ın (2020) yaptığı çalışmada hastalara verilen eğitimin ve telefonla izlemin hastalık yönetiminde, yaşam tarzı değişikliklerine uyumda, ilaç, egzersiz ve diyetle uyumda yönlendirici ve yardımcı olduğu bildirilmiştir (İlaslan, 2020). Diğer yandan, Dığın ve arkadaşlarının

(2022) katarakt cerrahisi geçiren hastalara gönderilen bilgilendirici mesajların hastaların memnuniyet düzeylerini anlamlı düzeyde arttırdığı, kendilerine daha fazla güvendiği ve ameliyat sonrası önerilen ilaçları düzenli kullanma uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Radikal prostatektomi geçiren hastalara odaklanan çalışmalar ile karşılaşılmasına rağmen, Bartholdy ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada diz osteoartriti olan hastalarda kısa text mesaj gönderiminin inaktiviteyi azalttığı ve iyileşme sürecinin hızlandığını bulmuşlardır (Bartholdy ve diğerleri, 2019). Hastalara gönderilen bilgilendirici mesajların taburculuk sonrası yapılması gerekenlerin önemi konusunda farkındalıkların arttığını, önerilere uyum sonrasında iyileşme sürecinin hızlı olması nedeniyle kendilerini daha enerjik ve canlı hissetmelerine neden olabilir.

Çalışma kapsamına alınan ve girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Ruhsal Sağlık Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları anlamlı olarak belirlendi (Tablo 9, Şekil 6). Fridriksdottir ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada bilgi, izleme, geri bildirim ile özyönetim sağlayan ve birleştiren girişimlerin hastalara yalnızca bilgi sağlayan müdahalelerden daha umut verici olabileceğini öne sürmüş, aynı zamanda hastalar gönderilen kısa mesajlar sayesinde kendi başlarına üzerlerindeki sonda vb. girişimler ile daha rahat sosyalleşebildiklerini ve bilinçli hareket edebildiklerini belirtmişlerdir (Fridriksdottir ve diğerleri, 2018).

Çalışma kapsamına alınan girişim grubunda yer alan hastaların SF-36 Sosyal İşlevsellik Alt boyut puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası puan dağılımları anlamlı olarak bulundu (Tablo 10, Şekil 7). Literatür incelendiğinde Onus 'un (2019) yaptığı çalışmasında, doğum sonu kısa mesaj desteği verilen deney grubundaki babaların girişim sonrası sosyal anlamda kendilerini daha fazla verimli olduğunu hissettiği ve özgüvenlerinin arttığı belirlenmiştir. Aynı zamanda çalışma kapsamına alınan babaların mesaj gönderme durumunun kâğıda yazılı olarak verilen bilgilendirme formundan daha etkili olduğunu, kağıtların kaybedilme olasılığının yüksek veya verilen kâğıdı farklı durumlar için not kâğıdı olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (Onus, 2019). Yine, mesajların yer ve zaman olmadan sosyal yaşam içerisinde istedikleri zaman mesajları gözden geçirebileceği ve hazır erişim sağlayabilmeleri

açısından düşünüldüğünde çalışma grubundaki hastalarda sosyal işlevsellik alt boyut puanının yükselmesini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Taburculuk sonrası izlem ve takip, hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve uyum sürecinde önemli bir yer tutmaktadır (Pandor ve diğerleri, 2013). Çalışma kapsamına alınan ve taburculuk sonrası kısa mesaj gönderilen hastaların SF-36 Genel Sağlık Algısı Alt boyut puanlarının zaman içinde artış gösteren bir değişim yaşadığı belirlendi (Tablo 12, Şekil 9). Turhan Damar'ın (2018) çalışmasında eğitimin, ameliyat sonrası hastaların SF-36 genel sağlık puanını arttırdığı bulunmuştur (Turhan Damar, 2018). Benzer olarak, Güner'in (2019) yaptığı çalışmada kullanılan eğitim rehberi ve eğitim setleri esas alınarak hazırlanan SMS'lerin 6 ay boyunca haftada iki kez gönderilen girişim grubunu oluşturan hastaların tedavi plan ve uygulanmasına uyumlarının artması sonucu metabolik değerlerinin anlamlı olarak düzeldiği, genel sağlık üzerinde pozitif etki yarattığı belirlenmiştir (Güner Akyol, 2022). Hastaların genel sağlık algısının artması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Lloyd ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen web tabanlı eğitim programının 30 gün uygulandığı müdahale grubu hastalarının düzenli ilaçlarını kullandığı, başarılı kilo kontrolü sağladığı, egzersiz yaptığı ve hastalığa uyumunun arttığı saptanmıştır (Lloyd ve diğerleri, 2019). Yunanistan'da bir bölge hastanesinde kalp yetersizliği olan hastalarla yapılan çalışmada da bulguları destekler nitelikte, girişim grubunda yer alan hastalarla dört ay boyunca haftada bir kez telefonla yapılan görüşmenin yaşam kalitesi puan ortalamasını anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir (Stavrianopoulos, 2016). Çalışmamızda girişim grubundaki hastalar ameliyat sonrasında karşılaşılabilecek sorunlar ve yönetimine yönelik detaylı bilgiler gönderilmiş ve mesajların alındığı kontrol edilmiştir. Ayrıca bu mesajlar hastalara 4 hafta düzenli olarak gönderilerek unutmama riski en aza düşürülmüş ve farkındalıkları sağlanmıştır. Çalışma bulgumuz hastaların anlayabileceği dil kullanılarak gönderilen mesajların hastaların genel sağlık algısını pozitif yönde etkilediğini göstermiştir.

Bölüm 6

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada H1 hipotezi kabul edilmiş olup, taburculuk sonrası detaylı bilgi içeren kısa mesaj gönderilen radikal prostatektomi geçiren hastalarda ameliyat sonrası 1. ayda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ile genel sağlık algısı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- 1) Radikal prostatektomi ameliyatı olan hastaların taburculuk eğitimlerinin rutin klinik eğitimlerine ek olarak kısa mesaj şeklinde düzenli olarak gönderilebileceği,
- 2) Farklı sosyokültürel özelliklere sahip olan hastalarda çok yönlü bağımsız değişkenlerin karşılaştırılacağı çalışmaların yapılması,
- 3) Farklı cerrahi girişimleri içeren ve daha büyük örneklem grubu ile benzer çalışmaların yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abrahamsson, Pa., Falkmer, S., Falt, K. ve Grimelius, L. (1989). The course of neuroendocrine differentiation in prostatic carcinomas. *An immunohistochemical study testing chromogranin A as an "endocrine marker"*. *Pathol Res Pract*, Sep;185(3):373-80.
- Agarwal, PK., Sammon, J., Bhandari, A., Dabaja, A., Diaz, M., ve Dusik-Fenton, S. (2011). Safety profile of robot-assisted radical prostatectomy: a standardized report of complications in 3317 patients. *European Urology*, 59(5):684- 98.
- Akbal, C., Tınay, İ., Türkeri, L. ve Şimşek, F. (2006). Radikal prostatektomi sonrası görülen erektil işlev bozukluğundan korunma yöntemleri ve erken rehabilitasyonunun erektil işlev bozukluğuna etkisi. *Türk Üroloji Dergisi*, 32: 443-452.
- Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S. ve Cansel, N. (2009). Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46:91-7.
- Akpınar, H. ve Kural, A.R. (2007). Ürolojide robotik cerrahi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(4):103- 108.
- Angioli ,R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M. ve Frati ,P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: A randomized study and the medical-legal point of view. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 177, 67–71.
10.1016/j.ejogrb.2014.03.041 - [DOI](#) - [PubMed](#)
- Arslan, D. T. ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY, *Sağ. Perf. Kal. Dergisi*, 13, 99-126.
- Averbeck, M.A., Woodhouse. C., Comiter, C., Bruschini, H., Hanus, T. ve Herschorn, S., Goldman H. (2019). Surgical treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence in adult men: Report from The 6th International Consultation On Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 38(1), 398-406.
- Aydın Sayılan, A. (2015). *Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitiminin Radikal Prostatektomi Sonrası Gelişen İdrar Kaçırma Sorunu Üzerine Etkisi*. İstanbul

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.
Doktora Tezi. İstanbul.

- Aydın, M., Özkan A. (2012). Radikal Prostatektomi Sonrası Erektile Disfonksiyon: Yaklaşım ve Penil Rehabilitasyonda Tedavi Modaliteleri. *JAREM*, 2: 89-95.
- Ayhan, H., İyigün, E., Göktaş S. ve Hatipoğlu S. (2008). Radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlükler [Problems encountered by male patients after radical prostatectomy]. *Gulhane Medical Journal*, 50: 180-9.
- Ayhan, L. (2023). *150 cc'den büyük prostat volümü olan benign prostat obstrüksiyonu tanımlı hastalarda holep ve açık prostatektominin karşılaştırılması* (Doktora tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir. (778060).
- Balbay, D. (2008). *Radikal retropubik prostatektomi*. İçinde. Balbay, D. (Ed.), Prostat. (ss. 257-259). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Basiri, A., de la Rosette, JJ., Tabatabaei, S., Woo, HH., Laguna, MP. ve Shemshaki, H. (2018). Comparison of retropubic, laparoscopic and robotic radical prostatectomy: who is the winner? *World J Urol*, Apr;36(4):609-621.
- Ertoý Baydar, D. (2017). Prostat kanser patolojisi. *Türk Radyoloji Derneği*, 5, 370-82.
- Bayraktar, N. ve Aydın, N. (2018). Prostat tümörlerinde cerrahi ve bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 4(2):123-128.
- Bartholdy, C., Bliddal H. ve Henriksen M. (2019). Effectiveness of text messages for decreasing inactive behaviour in patients with knee osteoarthritis: a pilot randomised controlled study. *Pilot and Feasibility Studies*, 5:112
- Belt, E. ve Schroeder, FH. (1972). Total perineal prostatectomy for carcinoma of the prostate. *J Urol*, Jan;107(1):91-6.
- Benson, MC., Whang, IS. ve Pantek, A. (1992). Prostate specific antigen density: a means of distinguishing benign prostatic hypertrophy and prostate cancer. *J Urol*, 147:815-816.
- Berglund, A., Garmo, H., Tishelman, C., Holmberg, L., Stattin, P. ve Lambe, M. (2011). Comorbidity, treatment and mortality: a population based cohort study of prostate cancer in PCBaSe Sweden. *J Urol*, Mar;185(3):833-9.
- Bianco, FJ Jr., Scardino, PT. ve Eastham, JA. (2005). Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). *Urology*, Nov;66(5 Suppl):83-9.

- Bikmoradi, A., Masmouei, B. ve Ghomeisi, M. (2016). Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery by pass graft surgery: a quasiexperimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics* 86, 43- 48.
- Bratu, O. Oprea, I. Marcu, D. Spinu, D. Niculae, A, Geavlete, B. ve Mischianu, D. (2017). Erectile dysfunction post-radical prostatectomy – a challenge for both patient and physician. *J Med Life*. 10(1): 13– 18.
- Brooke, GN. Parker MG, ve Bevan CL. (2008). Mechanisms of androgen receptor activation in advanced prostate cancer: differential co-activator recruitment and gene expression. *Oncogene*, 27:2941-2959
- Burnett AL., Aus G., Canby-Hagino ED., Cookson MS., D'AmicoAV. ve Dmochowski RR. (2007). Erectile function outcome reporting after clinically localized prostate cancer treatment. *J Urol*. 178: 597-601.
- Burnett AL. ve Mostwin JL. (1998). In situ anatomical study of the male urethral sphincter complex: Relevance to continence preservation following major pelvic surgery. *J Urol*, 160: 1301-1306.
- Burt J., Caelli K., Moore K. ve Anderson M. (2005). Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs*, 14: 883-890.
- Candan, Y. (2009). *Prostat spesifik antijen yüksekliği olan olgularda eksprese prostatik sekresyon kültürünün tanısal değeri*. (Doktora Tezi). Yök Tez. (243029).
- Carrier, G., Cotte, E., Beyer-Berjot, L., Faucheron, JL., Joris J. ve Slim, K. (2016). Post-discharge follow-up using text messaging within an enhanced recovery program after colorectal surgery. *Journal of Visceral Surgery*, 153(4):249-252.
- Carlson, KV. ve Nitti, VW. (2001). Prevention and management of incontinence following radical prostatectomy. *Urol Clin N Amer*, 28: 595-612.
- Carod-Artal FJ. ve Egido JA. (2009). Quality of life after stroke: The importance of good recovery. *Cardiovascular Disease*, 27(suppl 1): 204- 14.
- Carter, HB., Albertsen, PC., Barry, MJ., Etzioni, R., Freedland, SJ. ve Greene, KL. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *J Urol*, 190: 419-26.

- Cartledge-Leeds, J., Crundwell-Exeter, M., DaughertyExeter, M., Davenport-Cheltenham, K., Gillatt-Bristol, D. ve Mann-Nottingham, G. (2015). BAUS. *Enhanced recovery pathway*, 1-30.
- Catalona, WJ., Carvalhal, GF. ve Mager, DE. (1999). Potency, continence and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol*, 162: 432-438.
- Cerantola, Y., Valerio, M., Hubner, M., Iglesias, K., Vaucher, L. ve Jichlinski, P. (2013). Are patients at nutritional risk more prone to complications after major urological surgery? *J Urol*, 190:2126-32.
- Campbell, KJ., Louie, P., Bohl, D. ve Gerlinger TL. (2019). A Novel, Automated Text-Messaging System Is Effective in Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 101(2):145-151.
- Chen, ME., Troncoso, P., Johnston, DA., Tang, K. ve Babaian RJ. (1997). Optimization of prostate biopsy strategy using computer based analysis. *J Urol*, 158: 2168-75.
- Chuang, YH. Ve Tsao, CW. (2013). Enhancing nursing students' medication knowledge: The effect of learning materials delivered by short message service. *Computers & Education*, 61: 168–175.
- Cooperberg, M. R., Ramakrishna, N. R., Duff, S. B., Hughes, K. E., Sadownik, S., Smith, J. A. ve Tewari, A. K. (2013). Primary treatments for clinically localised prostate cancer: a comprehensive lifetime cost-utility analysis. *BJU International*, (111)3, 437-450.
- Corrigan, MA, McHugh, SM. ve Hill, ASK. (2011). Improving Surgical Outpatient Efficiency Through Mobile Phone Text Messaging. *Surgical Innovation*, 18(4).
- Davison, B., Moore, K. ve Macmillan H. (2004). Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urol Nurs*, 24: 483-489.
- de Oliveira, JA., Cordeiro, RG. ve Rocha, RG., Guimaraes TCF, de Albuquerque DC. (2017). Impact of telephone monitoring on patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (4): 333-342.
- De Sousa. A., Sonavane, S. ve Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer Prostatic Dis.*, 15(2):120-127.

- Demir Korkmaz, F. (2018). Üriner inkontinanslarda cerrahi ve bakım. *Türkiye Klinikleri J surg Nurs-special Topics*, 4(2):129-34.
- Dığın, F., Özkan Kızılcık, Z. ve Şahin, A. (2022). Effect of Sending SMS, Which Reminds About the Intake of Medication, on Reducing Postoperative Anxiety in Patients Undergoing Cataract Surgery: A Randomized Controlled Study. *J. Perianesth Nurs*, Feb; 37(1)75-79. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.07.002>.
- Dorey G. (2013). Pelvic floor exercises after radical prostatectomy. *British Journal of Nursing*, 22(9):4-9.
- dos Santos, D RF., de Lima, CAF., de Araújo Saldanha, E., Fernandes, MIDCD., de Almeida Medeiros, AB. ve de Carvalho Lira, ALB. (2015). Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado [Nursing prostatectomy patients]. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(4):513-19.
- Drummond, K.M, Sandoval, S., Swan, K., Rosenberger, M. ve Fitzgerald S. (2018). Discharge Instruction Reminders via Text Messages After Benign Gynecologic Surgery: A Feasibility Study, *JMIG* 25(7):232.
- Drach, G. W. ve Griebing, T. L. (2003). Geriatric urology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 355-358.
- Duys, R., Duma, S. ve Dyer, R. (2017). A pilot of the use of Short Message Service (SMS) as a training tool for anaesthesia nurses, *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 23(3): 69-71.
- Dündar, T., ve Gerçek, E. (2020). Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu. *Ege Hfd*, 36(1), 67-72
- Dündar, P., Fidaner, C., Fidaner, H., Oral, A., Eser, S. ve Atman, UC. (2022). Quality of life, internal consistencies of SF-36 and WHOQOL-Bref. *Hippokratia*, 6: 37-43.
- Ellis, WJ., Chetner, MP., Preston, SD. ve Brawer MK. (1994). Diagnosis of prostatic carcinoma: the yield of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. *J Urol*. 152: 1520-5.
- Epstein, JL., Egevad, L., Amin, MB., Delahunt, B., Srigley, JR. ve Humphrey, PA. (2016). The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition

- of grading patterns and proposal for a new grading system. *Am J Surg Pathol.* 40: 244-52.
- Erer, M.T., Akbaş, M. ve Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7 (1), 1-5.
- Erim, DO., Bennett, AV., Gaynes, BN., Basak, RS., Usinger, D. ve Chen RC. (2020). Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life. *Cancer Med.* 9(12):4467-4473. doi: 10.1002/cam4.3069. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32329252; PMCID: PMC7300422
- Francis, P. ve Winfield, H. N. (2006). Medical robotics: The impact on perioperative nursing practice. *Urologic Nursing*, 26(2): 99-108.
- Fridriksdottir, N., Gunnarsdottir, S. ve Zoëga, S. (2018). Effects of web-based interventions on cancer patients' symptoms: review of randomized trials. *Support Care Cancer* 26, 337–351. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3882-6>.
- Gallucci, M., Puppo, P. ve Perachino M, (1998). Transurethral electrovaporization of the prostate vs. transurethral resection. Results of a multicentric, randomized clinical study on 150 patients. *Eur Urol.* 33:359-364.
- Gandaglia, G., Suardi, N., Cucchiar, V., Bianchi, M., Shariat, SF. ve Roupert, M. (2015). Penile rehabilitation after radical prostatectomy: does it work? *Transl Androl Urol.* 4(2):110.
- Gavan, G., Firouzkouhi, M., Abdollahimohammad, A. ve Rahdar, Z. (2019). Comparison of the effect of SMS training and on-the-job training on adherence to the drug regimen in chemotherapy patients referred to Zabol chemotherapy center in 2018. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research.* (9): 125-129.
- Geerts, WH., Bergqvist, d., Pineo, gF., Heit, JA., Samama, Cm. ve lassen mR, (2008). American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines prevention of venous thromboembolism. *Chest.*133(6 supp l):381-453.
- George, D. (2011) SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e (Pearson Education India)
- Gerharz, EW. ve Emberton M. (1999). Quality of life research in urology. *World J Urol.* 17: 191- 2.

- Giarelli, E., McCorkle, R. ve Monturo C. (2003). Caring for a spouse after prostate surgery: the preparedness needs of wives. *J Fam Nurs*. 9: 453-485.
- Gleason, DF. (1966). Classification of prostate carcinoma. *Cancer Chemother Rep*. 50: 125-8.
- Gleason, DF. (1977). Veterans Administration Cooperative Urological Research Group. Histological grading and clinical staging of prostatic carcinoma. In *Urologic pathology: The prostate* (ed. Tannenbaum M), Lea &Febinger, Philadelphia. 171-97.
- Gormley, GJ., Ng, J. ve Cook T, (1994). Effect of finasteride on prostate-specific antigen density. *Urology* 43:53-58; discussion 58-9.
- Gray, R E., Fitch, M. ve Phillips, G. (1997). Presurgery Experiences of Prostate Cancer Patients and Their Spouses. *Cancer Practice*. (3): 130-135.
- Güner Akyol, T. *Oral Antidiyabetik Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireyler Birinci Basamakta Uygulanan Diyabet Eğitimi ve Kısa Mesaj Hatırlatmalarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Yök Tez. (553943).
- Gürarlan Baş, N., Karatay, G., Bozoğlu, Ö., Akay, M., Kunduracı, E. ve Aybek, H. (2016). Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 3(2):40-9.
- Harris MJ. (2003). Radical perineal prostatectomy: cost efficient, outcome effective, minimally invasive prostate cancer management. *Eur Urol*. 44(3):303-308.
- Herkommer, K., schmid, sC., schulwitz, H., Dinkel, a., Klorek, T. ve Hofer, C. (2015). Health-related quality of life after radical prostatectomy depends on patient's age but not on comorbidities. *Urol Oncol*. 33(6):266. e1-7.
- Herr, HW. (1994). Quality of life of incontinent men after radical prostatectomy. *J Urol*. 151: 652-654.
- Hollabaugh, RS., Dmochowski, RR. ve Kneib, TG. (1998). Preservation of putative continence nerves during radical retropubic prostatectomy leads to kore rapid return of urinary incontinence. *Urology*. 51: 960-967.
- Howell, D., Richardson, A., May, C., Calman, L., Fazelzad, R., Moradian, S. Ve Foster, C. (2019). Implementation of self-managementsupport in cancer care and normalization into routine practice: *a systematics coping literatüre review protocol*. 8:3.

- Irani, J., Levillain, P. ve Goujon, JM. (1997). Inflammation in benign prostatic hyperplasia: correlation with prostate specific antigen value. *J Urol.* 157:1301-1303.
- İlaslan, E. (2020). *Web Tabanlı Eğitimin ve Telefonla İzlemin Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi.* (Doktora Tezi). Yök Tez. (618071).
- Jacobsson, L., Hallberg, IR. ve Loven, L. (1997). Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer. An explorative study. *Part II. Eur J Cancer Care.* 6: 117-123.
- Jemal, A. (2004). Cancer statistics. *Cancer J Clin.* 54:8.
- Jones, K., Eathington, P., Baldwin, K. ve Sipsma, H. (2014). The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis.* 41(7): 413-419.
- Joshi, GP., Jaschinski, T., Bonnet, F. ve Kehlet, H. (2015). Optimal pain management for radical prostatectomy surgery: what is the evidence? *BMC Anesthesiology.* 15(1):159.
- Kalb, T. H. (2015). Increasing quality through telemedicine in the intensive care unit. *Critical Care Clinics,* 31, 257- 273.
- Kao, T-C., Cruess, DF. ve Garner, D. (2000). Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy. *J Urol.* 163: 858-864.
- Karaarslan, E. (2017). *Prostat Kanseri Evrelemesi.* Multiparametrik Prostat MRG (pp.451-459), Ankara: Avesta Yayınları.
- Keleş H, P., Besir, A. ve Livaoğlu, M. (2020). Comparison of Rhinoplasty Patients Informed With Standard Verbal Information in Preoperative Period and Rhinoplasty Patients Informed and Treated With Visual Information Through Catalog in Terms of the Development of Agitation, Edema and Ecchymose in the Postoperative Period. *J Craniofac Surg.*31(3):816-820. doi: 10.1097/SCS.0000000000006206. PMID: 32049912.
- Kheemes, T. A., Novak, R. ve Abazat R. (2013). Risk and prevention of acute urinary retention after robotic prostatectomy. *The Journal of Urology.* 189:1432-36.

- Klaassen, Z., Arora, K., Goldberg, H., Chandrasekar, T., Wallis, C.Jd. ve Sayyid, R. K. (2018). Extended venous thromboembolism prophylaxis after radical cystectomy: a call for adherence to current guidelines. *J Urol*. 199(4):906-14.
- Kocaçal, E. ve Khorsid, L. (2006). Radikal prostatektomi sonrası görülen geç dönem komplikasyonların yönetiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu*. 9:14-19.
- Koch, M. O., Nayee, A. H., Sloan, J., Gardner, T., Wahle, G. R. ve Bihrl, R. (2003). Early catheter removal after radical retropubic prostatectomy: long-term followup. *The Journal of Urology*. 169(6):2170-72.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 12: 102-6.
- Korkud, G. ve Karabay, K. (1993). Üroloji, Ürogenital sistemin Klinik Anatomi ve Fizyolojisi. 4 ed. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi.
- Krambeck, A. E., Handa, S. E. ve Lingeman, J. E. (2010). Experience with more than 1,000 holmium laser prostate enucleations for benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 183:1105-1109.
- Kim, J. ve Vasuki, R. (2017). The Effects of Providing Surgical Progress Information Using SMS on Satisfaction of Nursing Needs and State Anxiety of the Patients' Family. *OSR Journal of Nursing and Health Science*. 6 (2): 48-56.
- Kuligowska, E., Barish, M. A., Fenlon, H. M. ve Blake, M. (2001). Predictors of prostate carcinoma: accuracy of gray-scale and color Doppler US and serum markers. *Radiology*. 220: 757-64.
- Lehto, U. S., Helander, S., Taari, K. ve Aromaa A. (2015). Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A Finnish national survey. *Eur J Oncol Nurs*. 19(3):220-229.
- Lepor, H., Nieder, A. M. ve Fraiman, M. C. (2001). Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is both feasible and desirable. *Urology*. 58:425-29.
- Lepor, H. ve Kaci, L. (2003). Contemporary evaluation of operative parameters and complications related to open radical retropubic prostatectomy. *Urology*, 62(4), 702-706.

- Levine, R. J. (1996). Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In: Spilker B (editor). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edition. *Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers*. 51:489-95.
- Lilja, H. ve Abrahamsson, P. A. (1998). Three predominant proteins secreted by the human prostate gland. *Prostate*.12:29- 38.
- Lilja, H., Chirtensson, A. ve Dahlan, U. (1991). Prostate-specific antigen in serum occurs predominantly in complex with alpha 1-antichymotrypsin. *Clin Chem*. 37:1618-1625.
- Lilja, H., Oldbring, J. ve Rannevik, G. (1987). Seminal vesicle-secreted proteins and their reactions during gelation and liquefaction of human semen. *J Clin Invest*. 80:281-285.
- Litwin, M. S., Hays, R. D. ve Fink, A. (1995). Quality of life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA*. 273: 129-135
- Ljungqvist, O. ve Jonathan, E. (2011). Rhoads lecture: Insulin resistance and enhanced recovery after surgery. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2-12(36):389-98.
- Lloyd, T., Buck, H., Foy, A., Black, S., Pinter, A. ve Pogash, R. (2019). The penn state heart assistant: A pilot study of a web-based intervention to improve self-care of heart failure patients. *Health Informatics J*. 25 (2): 292-303.
- Long, P. H. (1960). On the Quantity and Quality of Life. *Med Times*. 88:613-9.
- Lukasewycz, S., Holman, M., Kozlowski, P., Porter, CR., Odom, E. ve Bernards, C. (2010). Does a perioperative belladonna and opium suppository improve postoperative pain following robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy? Results of a single institution randomized study. *The Canadian Journal of Urology*. 17(5):5377-82.
- McGee, R. S. ve Herr, J. C. (1998). Human seminal vesicle-specific antigen is a substrate for prostate-specific antigen (or P-30). *Biol Reprod*. 39:499-510.
- McGlynn, B., Al-Saffar, N. ve Begg, H. (2004). Management of urinary incontinence following radical prostatectomy. *Urol Nurs*. 24: 475-482.
- Mitterberger, M., Horninger, W., Pelzer, A., Strasser, H., Bartsch, G. ve Moser, P. (2007). A prospective randomized trial comparing contrast-enhanced targeted

- versus systematic ultrasound guided biopsies: impact on prostate cancer detection. *Prostate*. 67: 1537- 42.
- Moinzadeh, A., Shunaigat, A. N. ve Libertino, J. A. (2003). Urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy: the outcome of a surgical technique. *BJU Int*. 92: 355-359.
- Moore, K. N., Griffiths, D. ve Hughton, A. (1998). Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvic muscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU Int*. 83: 57-65.
- Moskovic, D. J., Miles, B. J., Lipshultz, L. I. ve Khera, M. (2011). Emerging concepts in erectile preservation following radical prostatectomy: a guide for clinicians. *Int J Impot Res*. 23(5):181–192.
- Mottet, N., van den Bergh, RCN. Briers, E. Van den Broeck, T. Cumberbatch, M. G. ve De Santis, M. (2021). EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol*, 79(2):243-262.
- Nargund, V. H. ve Zaman, F. (2011). Radical prostatectomy-too soon to abandon the perineal approach? *Nat Rev Urol*, 8(4):179-80.
- Naughton, D. (2014). A review of textmessaging (SMS) as a communication tool for higher education. *Int J Adv Comput Sci Appl*, 5(5): 129-131.
- Nelson, E. D., Slotoroff, C. B., Gomella, L. G. ve Halpern, E. J. (2007). Targeted biopsy of the prostate: the impact of color Doppler imaging and elastography on prostate cancer detection and Gleason score. *Urology*, 70: 1136-40.
- Noguchi, M., Shimada, A., Yahara, J., Suekane, S. ve Noda, S. (2004). Early catheter removal 3 days after radical retropubic prostatectomy. *Int J Urol*, 11: 983-988.
- Norberg, M., Egevad, L., Holmberg, L., Sparen, P., Norlen, B. J. ve Busch, C. (1997). The sextant protocol for ultrasound-guided core biopsies of the prostate underestimates the presence of cancer. *Urology*, 50: 562-6.
- O'Donnell, P. D. ve Finan, B. F. (1989). Continence following nerve-sparing radical prostatectomy. *J Urol*, 142: 1227-1228.
- Onus, E. (2019). *İlk kez Baba Olanlara Verilen Telefonla Kısa Mesaj Desteğinin Doğum Sonu Kaygı, Depresyon ve Özgüvene Etkisi*. (Doktora Tezi). Yök Tez. (538628).

- Osterfeld, E. (1994). Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Amsterdam, Kluwer, 19-34.
- Öner, H. (2015). Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 1(1):41-48.
- Özcan, Z. ve Güler, N. (2013). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29 (2), 47-60.
- Pallwein, L., Mitterberger, M., Struve, P., Pinggere, G., Horninger, W. ve Bartsch, G. (2007). Real-time elastography for detecting prostate cancer: preliminary experience. *BJU Int*, 100: 42-6.
- Pandor, A., Thokala, P., Gomersall, T., Baalbaki, H., Stevens, J. W. ve Wang, J. (2013). Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: Systematic review and economic evaluation. *Health Technol Asses*, 17 (32).
- Papsidero, L. D., Wang, M. C. ve Valenzuela, L. A. (1980). A prostate antigen in sera of prostatic cancer patients. *Cancer Res*, 40:2428-2432.
- Partin, A. W., Kattan, M.W. ve Subong, E.N. (1997). Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multiinstitutional update. *JAMA*, 277:1445-1451.
- Partin, A.W., Kattan, M.W., Subong, E.N., Walsh, P.C., Wojno, K.J. ve Oesterling, J.E. (2010). Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer: a multi-institutional update. *Jama*. 1997 ve 277. 60. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of surgical oncology*, 17(6):1471-4.
- Patel, R. Ve Lepori H. (2003). Removal of urinary catheter on postoperative day 3 or 4 after radical retropubic prostatectomy. *Urology*, 61(1):156-60.

- Pateman, B. ve Johnson, M. (2000). Men's Lived Experiences Following Transurethral Prostatectomy For Bening Prostatic Hypertrophy. *JONA*, 31(1):51 – 58 .
- Peng, X., Su, Y. ve Hu, Z. (2018). Home-based telehealth exercise training program in Chinese patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*, 97 (35), e12069. doi: 10.1097/MD.00000000000012069.
- Petry, H., Berry, D. L. ve Spichiger E. (2004). Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *Int J Nurs Stud*, 41: 507-513.
- Peyromaure, M., Ravery, V. ve Boccon-Gibod, L. (2002). The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU Int*, 90: 155-161.
- Pinto, F., Totaro, A., Calarco, A., Sacco, E, Volpe, A. ve Racioppi, M. (2011). Imaging in prostate cancer diagnosis: present role and future perspectives. *Urol Int*, 86: 373-82.
- Pollen, J. J. (1984). Dreilinger A. Immunohistochemical identification of prostatic acidphosphatase and prostate specific antigen in female periurethral glands. *Urology*, 23:303.
- Pound, C.R., Partin, A.W. ve Epstein, J.L. (1997). Prostate-specific antigen after anatomic radical retropubic prostatectomy. Patterns of recurrence and cancer control. *Urol Clin North Am*, 24:395-406.
- Pourmand, G., Abedi, A. R., Karami, A. A, Khashayar, P. ve Mehraei, A. R. (2010). Urinary infection before and after prostatectomy. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 21(2):290.
- Prins, G. S., Birch, L., Greene, G.L. (1991). Androgen receptor localization in different cell types of the adult rat prostate. *Endocrinology*, 129(6):3187-99.
- Rassweiler, J., Teber, D., Kuntz, R. ve Hofmann R. (2006). Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) incidence, management, and prevention. *Eur Urol*, 50, 969-979.
- Rawla, P. (2019). Epidemiology of prostate cancer. *World journal of oncology*, 10(2):63.

- Rebecca, L. G., Skyler Chouinard, B. S. ve Fernandes-Taylor, S. (2016). Current use of telemedicine for postdischarge surgical care: A systematic review. *Journal of The American College of Surgeons*, 222 (5), 915-927.
- Rico, T. M., dos Santos Machado, K. ve Fernandes, V. P. (2020). Kemoterapi Tedavisi Gören Kanser Hastalarında Yan Etkilerin Yönetimi İçin Metin Mesajlaşmasının (SMS) Kullanımı: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *J Med Syst*, 44, 193 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01663-x>.
- Robert, J. (1998). Marckini's book: "You Can Beat Prostate Cancer and You Don't Need Surgery to Do It" *August 1998 Journal of Laboratory Medicine*, 190.
- Rüknettin, A. ve Şengör, F., (2010) Post Prostatektomi İnkontinans: Nasıl Tedavi Edelim?
- Saleh, A., Abboudi, H., Ghazal-Aswad, M. B., Mayer, E. K., ve Vale, J. A. (2015). Management of erectile dysfunction post-radical prostatectomy. *Res Rep Urol*, 7:19-33.
- Sanda, M. G., Dunn, R. L., Michalski, J., Sandler, H. M., Northouse, L., Hembroff, L., Lin, X., Greenfield, T. K., Litwin, M. S., Saigal, C. S., Mahadevan, A., Klein, E., Kibel, A., Pisters, L. L., Kuban, D., Kaplan, I., Wood, D., Ciezki, J., Shah, N. ve Wei, J. T. (2018). Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *The New England Journal of Medicine*, 358(12), 1250-1261.
- Santis, W. F. ve Hoffman, M. A. (2000). Dewolf WC. Early catheter removal in 100 consecutive patients undergoing radical prostatectomy. *BJU Int*, 85: 1067-1068
- Santis, W. F., Hoffman, M. A. Ve Dewolf, W. C. (2000). Early catheter removal in 100 consecutive patients undergoing radical prostatectomy. *BJU Int*, 85: 1067-1068.
- Schomburg, J. L., Krishna, S., Cotter, K. J., Soubra, A., Rao, A., Konety, B. R. (2018). Preoperative incidence of deep venous thrombosis in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy. *Urology*, 116:120-4.
- Sciarra, A., Innocenzi, M., Ravaziol, M., Minisola, F., Alfaraona, A. ve Cattarino, S. (2011). Role of Neuroendocrine Cells in Prostate Cancer Progression. *Urologia*, 78(2):126-31.

- Seyhan, A. K. E, Özbaş, A. (2019). Prostat Kanserinin Ameliyat Sonrası Bakımında Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 81 - 89.
- Sherwood, E. R, Theyer, G., Steiner, G., Berg, L. A., Kozlowski, J. M ve Lee, C. (1991). Differentiation expression of specific cytokeratin polypeptides in the basal and luminal epithelial of the human prostate. *Prostate*, 18(4):303-314.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L. ve Cheever, K. H. (2008). Textbook of Medical Surgical Nursing. Eleventh Edition, *Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia*, 1765-1768.
- Song, W., Park, J. H., Jeon, H.G., Jeong, B.C., Seo, S.I. ve Jeon, S.S. (2017). Comparison of Oncologic Outcomes and Complications According to Surgical Approach to Radical Prostatectomy: Special Focus on the Perineal Approach. *Clin Genitourin Cancer*, 15(4): 645-652.
- Starnes, D. N. ve Sims, T. W. (2006). Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. *Urologic Nursing*, 26(2): 129-136.
- Stavrianopoulos, T. (2016). Impact of a nurses-led telephone intervention program on the quality of life in patients with heart failure in a district hospital of greece. *Health Science Journal*, 10 (4:5): 1-7.
- Stenman, U. H. ve Alfthan, H. (1996). Effect of long term treatment with finasteridon free and total PSA in serum. *J Urol*, 2:1547- 1698.
- Subramanian, S., Pamplin, J.C. ve Hravnak, M. (2019). Tele-critical care: An update from the society of critical care medicine tele-icu committee.
- Sun, F., Oyesanmi, O., Fontanarosa, J., Reston, J., Guzzo, T. ve Schoelles, K. (2014). Therapies for clinically localized prostate cancer: update of a 2008 systematic review.
- Şimşir A. ve Temeltaş G. (2011). Radikal Retropubik Prostatektomi Sonrası Gelişen İdrar Kaçırmada Çözüm Yolları. *Üroonkoloji Bülteni*, 2, 108- 111.
- Tchetgen, M. B. ve Song, J. T. (1996). Strawderman M, et al. Ejaculation increases the serum prostate-specific antigen concentration. *Urology*, 47:511-516.
- Tekdoğan, Ü. Y. (2006). Atan A. Prostat damar sinir demetinin anatomisi ve klinik önemi. *Androloji Bülteni*, 6: 185-188.
- Telli, O. (2012). 80 cc'den küçük prostat volümü olan benign prostat hiperplazili hastalarda fotoselektif prostat vaporezasyonu ile transüretal prostat

- rezekziyonunun prospektif olarak karşılaştırılması.* Ankara: Ankara Üniversitesi. (Tıpta uzmanlık tezi).
- Temeltaş, G., Yüksel, M.B., Tatlı, V. ve Gümüş, B. (2013). Prostatektomi Sonrası Oluşan İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Artifisyal Üriner Sfinkter İmplantasyonunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *The Cystoscope*, 1, 22- 26.
- Tiguert, R., Rigaud, J. ve Fradet Y. (2004). Safety and outcome of early catheter removal after radical retropubic prostatectomy. *Urolog*, 63:513-17.
- Topçu, S., ve Bölüktaş, R.B. (2012) İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29 (3): 159-164.
- Tuçcu, V., Ekşi, M., Sahin, S., Çolakoğlu, Y., Simsek, A. ve Evren İ. (2020). Robot-assisted radical perineal prostatectomy: a review of 95 cases. *BJU Int*, 125(4):573-578.
- Turhan Damar, H. (2018). *Total diz protezi ameliyatına hazırlık programının ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine etkisi.* Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Von Eschenbach A, Ho, R. ve Murphy, G. P. (1997). American Cancer Society guidelines for the early detection of prostate cancer: update, June 10, 1997. *Cancer*, 80:1805-1807.
- Walsh, P. C. (1998). Anatomic Radical Retropubic Prostatectomy; in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ(Eds.): *Campbell's Urology*, 7, 2565-2588.
- Wang, M. C., Valenzuela, L. A. ve Murphy, G. P. (1979). Purification of a human prostate specific antigen. *Invest Urol*. 17:159- 163.
- Wang, C., Song, Z., Li, S. ve Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26, 1553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>.
- Ware, J.E. ve Jr, Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30: 473-83.
- WEB_1: American Cancer Society (2017). Prostate cancer. Erişim Tarihi: 04.04.2017 <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer.html>.

- WEB_2: World Cancer Research Fund. (2018). Prostate cancer. Erişim Tarihi: 01.01.2018 <https://www.wcrf.org/dietandcancer/prostate-cancer>.
- WEB_3: T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık istatistikleri yıllığı 2017. Erişim Tarihi: 08.03.2023
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>.
- WEB_4: WHO (2019). World population prospects 2019. Erişim Tarihi: 08.01.2023
https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf.
- WEB_5: European Association Of Urology (2018). EAU-ESTRO-ESUR-SIOG guidelines on prostate cancer. Erişim Tarihi: 08.03.2023
<https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.
- WEB_6: European Association of Urology (EAU). Prostate cancer guideline (2019) [online]. URL: <https://uroweb.org/wpcontent/uploads/EAU-EANM-ESUR-ESTRO-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2019.pdf> 30.11.2020 26 Şubat 2022
- WEB_7: Turkish Statistical Institute. Communication Statistics. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/Getkategori?p=Ulastirma-ve-Haberlesme-112>. Erişim tarihi. 21 nisan 2022
- WEB_8: European Association Of Urology (2023). Radikal Prostatektomi. Erişim adresi <https://www.patients.uroweb.org/radikal-prostatektomi>.
- WEB_9: Digital 2021. Global Overview Report. <https://wearesocial.com/> digital-2020. Erişim tarihi. 21 nisan 2022
- WEB_10: Turkish Statistical Institute. Communication Statistics. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Ulastirma-ve-Haberlesme-112>. Erişim tarihi. 21 nisan 2022
- WEB_11: https://www.cua.org/sites/default/files/Flipbooks/PIB/PIB29_en/mobile/index.html
- WEB_12: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000301.htm>
- WEB_13: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000141.htm>

- Wei, J. T. ve Montie, J. E. (2000). Comparison of patients' and physicians' ratings of urinary incontinence following radical prostatectomy. *Semin Urol Oncol*, 18: 76-80.
- Wilt, T. J., Vo, T. N., Langsetmo, L., Dahm, P., Wheeler, T. ve Aronson, W, J. (2020). Radical Prostatectomy or Observation for Clinically Localized Prostate Cancer: Extended Follow-up of the Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial (PIVOT). *Eur Urol*, 77(6):713-724.
- Wingo, P.A. (1995). Cancer Statistics. *Cancer J Clin*, 45:8.
- Wink, M., Frauscher, F., Cosgrove, D., Chapelon, J.Y., Palwein, L. ve Mitterberger, M. (2008). Contrast-enhanced ultrasound and prostate cancer; a multicentre European research coordination project. *Eur Urol*, 54: 982-92.
- Wijeratne, D.T., Bowman, M., Sharpe, I., Srivastava, S., Jalink, M. ve Gyawali B. (2021). Text Messaging in Cancer-Supportive Care: A Systematic Review. *Cancers*, 13(14), 3542.
- Woldu, S. L., Weinberg, A.C., Bergman, A., Shapiro, E.Y., Korets, R. ve Motamedinia, P. (2014). Pain and analgesic use after robot-assisted radical prostatectomy. *Journal of Endourology*, 28(5):544-48.
- Woo, S., Kim, S. Y., Lee, M. S., Cho, J.Y. ve Kim, S.H. (2015). Shear wave elastography assessment in the prostate: an intraobserver reproducibility study. *Clin Imaging*, 39: 484-7.
- World Health Organization. The constitution of the WHO. WHO Chronicle, 1947; 1: 29.
- Yenilecek, F., Koca, O. ve Kuru, M. (2018). Prostat Kanseri. *Nucl Med Semin*, 4:163-173.
- Yıldırım, O. ve Çam, K. (2014). Robotik prostatektomi: yaşam kalitesi açısından avantaj sağlıyor mu? *Robotic prostatectomy: is it more advantageous regarding quality of life?]. *Bulletin of Urooncology*, 13:241-3.
- Yu Ko, W. F., Oliffe, J.L. ve Bottorff, J.L. (2020). Prostate Cancer Treatment and Work: A Scoping Review. *Am J Mens Health*, 14(6):1557988320979257.
- Zhang, B., Zhou, J., Wu, S., Guo, M., Zhang, Y. ve Liu, R. (2020). The impact of surgical margin status on prostate cancer-specific mortality after radical

prostatectomy: a systematic review and meta-analysis. *Clin Transl Oncol*, 22(11):2087-2096.

Zhou, A. M., Tewari, P. C. ve Bluestein, B. I. (1993). Multiple forms of prostate-specific antigen in serum differences in immunorecognition by monoclonal and polyclonal assays. *Clin Chem*, 39:2483-2491.

