



**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU OLAN
BİREYLERİN EREKTİL DİSFONKSİYON VE ÖZ-
ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

**Hazırlayan
İlker YILMAZ**

**Danışman
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Ağustos 2015
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU OLAN
BİREYLERİN EREKTİL DİSFONKSİYON VE ÖZ-ETKİLİLİK-
YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Hazırlayan
İlker YILMAZ**

**Danışman
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
Tarafından TYL-2014-5216 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Ağustos 2015
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: İlker YILMAZ

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Transüretal Prostat Rezeksiyonu Olan Bireylerin Erektile Disfonksiyon ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

İlker YILMAZ

Danışman

Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

Anabilim Dalı Başkanı

KABUL VE ONAY

Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ danışmanlığında **İlker YILMAZ** tarafından hazırlanan “Transüretal Prostat Rezeksiyonu Olan Bireylerin Eretil Disfonksiyon ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

.../.../2015

JÜRİ:**İMZA:**

Üye:

Üye:

Üye:

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR**Enstitü Müdürü**

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve yazılması dahil her aşamasında yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen; lisansüstü eğitimim süresince mesleki birikimi, çalışma azmi, bilgi ve becerileri ile mesleki gelişimime katkı sağlayan ve bana örnek olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ'e,

Kendilerini tanıma, dinleme ve öğrencileri olabilme şansına erişebildiğim, üzerimdeki emeklerini ödeyemeyeceğim sevgili hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. G. Nihal ÇÜRÜK'e,

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde emeği ve yardımını esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e,

Veri toplama sürecinde her zaman yardımcı olan Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Üroloji Anabilim Dalı çalışanlarına ve ayrıca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Abdullah DEMİRTAŞ'a,

Tecrübelerini paylaşan ve manevi desteklerini esirgemeyen başta araştırma görevlisi arkadaşlarım olmak üzere bölümümüzün tüm öğretim üyesi ve öğretim elemanlarına,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan ve her zaman desteklerini hissettiğim sevgili ailem ve özellikle oğluma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İlker YILMAZ

Kayseri, Ağustos 2015

**TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU OLAN BİREYLERİN
EREKTİL DİSFONKSİYON VE ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

İlker YILMAZ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Ağustos 2015

Danışman: Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

ÖZET

Araştırma transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) ameliyatı uygulanan bireylerin erektil disfonksiyon ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi Üroloji Polikliniğinde 16.06.2014 – 19.10.2014 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan toplam 106 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada etik kurul onayı ile bireylerden yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

Veriler; anket formu, Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Uluslararası Eretil Fonksiyon Ölçeği (International Index of Erectile Function-5) kullanılarak, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Hastaların neredeyse tamamında (%96.2) erektil disfonksiyon gözlenmiş, öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları 74.70 ± 22.22 olarak bulunmuştur. Eretil disfonksiyon ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin; yaş artışı, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalıklar ve buna bağlı ilaç kullanımı, düşük gelir düzeyi gibi değişkenlerden olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Eretil disfonksiyon ve öz-etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasında pozitif yönde iyi düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Araştırmanın sonuçları, transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı geçiren hastalarda ileri düzeyde erektil disfonksiyon görüldüğünü ve bu hastaların öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir. TUR-P sonrasında hastaların bütüncül olarak ele alınması ve cinsellik boyutuna yönelik girişimlerde bulunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öz-etkililik-yeterlilik, erektil disfonksiyon, transüretal prostat rezeksiyonu, hemşire.

**DETERMINATION OF THE LEVELS OF ERECTILE DYSFUNCTION AND
SELF-EFFICACY OF THE INDIVIDUALS WITH TRANSURETHRAL
PROSTATE RESECTION by**

İlker YILMAZ

Erciyes University, Institute of Health Sciences, Nursing Department

Graduate Thesis, August 2015

Advisor: Prof. Dr. E. Ümit SEViğ

ABSTRACT

This study performed descriptively aims to determine the levels of erectile dysfunction and the self-efficacy of the individuals with a history of transurethral resection (TUR-P).

The study has been carried out on 106 patients meeting the study criteria, in the Urology Department of the Health Research and Application Center of the Erciyes University Gevher Nesibe Hospital, from June 16th, 2014 to Oct.19th, 2014. For the study, informed written consent has been obtained from the participants with the approval of ethical Committee.

Data has been collected by the researcher using questionnaires, self-efficacy scale, and International Index of Erectile Function-5. For the statistical analyses of the data, use has been made of descriptive statistics, and of t test, correlation analysis, and unidirectional correlation analysis in independent groups.

Erectile dysfunction has been observed in almost all (96.2%) of the patients, and their self-efficacy score has been found to be 74.70 ± 22.22 . It has also been observed that their level of erectile dysfunction and self-efficacy is negatively affected by variables such as increasing age, low educational level, chronic diseases and relevant use of medication, and low income level. ($p < 0.05$).

A positive correlation in favorable level has been found between the means of erectile dysfunction and self-efficacy scores ($p < 0.05$).

The conclusions from this study have demonstrated that erectile dysfunction in advanced level occurs in patients with a history of transurethral prostate resection and that their self-efficacy levels are low. It is suggested that the patients following TUR-P should be taken holistically and interventions directed to its aspect of sexuality should be employed.

Key words: Self-efficacy level, erectile dysfunction, transurethral prostate resection, nurse.

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	i
1.1. Giriş.....	11
2.GENEL BİLGİLER	15
2.1. PROSTATIN ANATOMİSİ ve FİZYOLOJİSİ.....	15
2.2.BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ	16
2.2.1. Benign Prostat Hiperplazisinin Etyolojisi	16
2.2.2. Belirti ve Bulgular	17
2.2.3. Tanı.....	18
2.3. TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU	20
2.3.1. TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN KOMPLİKASYONLARI.....	22
2.4. EREKTİL DİSFONKSİYON	25
2.5. ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK KAVRAMI.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM	i
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	32
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	32
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	33
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)	34
3.4.2. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Formu.....	34

3.4.3. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-III)	35
3.5. ÖN UYGULAMA.....	36
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	36
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	i
EKLER	

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÜSS	: Alt Üriner Sistem Semptomları
BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
DB	: Davranışı Başlatma
DM	: Diabetes Mellitus
DS	: Davranışı Sürdürme
DT	: Davranışı Tamamlama
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ED	: Eretil Disfonksiyon
EF	: Eretil Fonksiyon
EM	: Engellerle Mücadele
HT	: Hipertansiyon
ÖEY	: Öz-Etkililik-Yeterlilik
TUR-P	: Transüretral Prostat Rezeksiyonu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YK	: Yaşam Kalitesi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Alt üriner sistem semptomları sınıflandırması.....	25
Tablo 3.1. Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu kullanarak erektile disfonksiyonun sınıflandırması.....	26
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı	32
Tablo 4.3. Hastaların Erektile Fonksiyonlarına Göre Dağılımı	33
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Erektile Fonksiyon Düzeylerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.5. Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Erektile Fonksiyon Ölçek Puan Dağılımları... ..	34
Tablo 4.6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Erektile Fonksiyon Ölçek Puan Dağılımları	35
Tablo 4.7. Hastaların Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamaları	36
Tablo 4.8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçek Puan Dağılımları	37
Tablo 4.9. Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçek Puan Dağılımları	39
Tablo 4.10. Yaş, Erektile Fonksiyon, Davranışa Başlama, Davranışı Sürdürme, Davranışı Tamamlama, Engellerle Mücadele, Yaş ve Beden Kütle İndeksi Değerleri Arasındaki İlişkilerin Matrisi	40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Prostat dokusundaki mukozal bezlerin iyi huylu büyümesi sonucunda ortaya çıkan bir hastalık olan benign prostat hiperplazisi (BPH), özellikle 40 yaş üstü erkeklerde sık karşılaşılan sağlık sorunlarının başında gelmektedir (1,2).

Genellikle 40-79 yaş arası başlayan BPH 90 yaşına giren erkeklerin neredeyse tamamında görülmektedir (2). Çin'de 1989–1992 yılları arasında rastgele seçilen otopsiler üzerinde yapılan incelemeler sonucunda, 41-50 yaş grubunun %13.2'sinde, 51-60 yaş grubunun %20'sinde, 61-70 yaş grubunun yarısında, 71-80 yaş grubunun %57.1'inde ve 81-90 yaş grubunun %83.3'ünde BPH varlığı tespit edilmiştir (3).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre ise tüm yaş gruplarında BPH görülme sıklığı %17.8'dir. Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında; 35-44 yaş grubunun %7.1'inde, 65-74 yaş grubunun %34.8'inde, 75 ve üzeri yaş grubunun ise %27.6'sında BPH görülmektedir (4).

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişimlerin artması yaşam koşullarında iyileşmeye, yaşam koşullarındaki iyileşme ise doğuştan beklenen yaşam süresinde artmaya yol açmaktadır. Sonuçta toplumun, orta yaşlı ve yaşlı birey popülasyonunda önemli bir artış beklenmektedir. Toplumdaki yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların görülme sıklığı ve dolayısıyla kronik hastalıkların birey ve toplum üzerindeki etkisini de arttıracaktır (5).

Orta ve ileri yaş hastalığı olan BPH'nin görülme sıklığının da doğuştan beklenen yaşam süresindeki artışa paralel olarak artacağı tahmin edilmektedir (6).

Benign prostat hiperplazisi ilerleyen yaşlardaki erkeklerde daha sık görüldüğü gibi bu yaş gruplarında semptomlar da daha ağır seyretmektedir (1,2). BPH alt üriner sistem semptomlarını (AÜSS) da beraberinde getirmektedir. Erkeklerde, 40-49 yaş arasında AÜSS görülme oranı %13 iken, 70 yaş üzerindeki bireylerde ciddi semptomların %28 oranında var olduğu belirtilmektedir (2).

Benign prostat hiperplazisinde görülen AÜSS hastaların yaşam kalitesini (YK) olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle sık idrar yapma ve geceleri sık idrara kalkma gereksinimi, idrar başlatmada gecikme ve tutukluk, zayıf akım, idrar yapmada zorlanma, işeme sonunda damlama, mesanenin tam olarak boşalmama hissi, akut üriner retansiyon ve kronik retansiyona bağlı idrar kaçırma gibi yakınmaları olan bireylerin yaşam kalitelerinin, benzer yakınmalar yaşamayan bireylere göre daha düşük olduğu birçok araştırma ile gösterilmiştir (6-8).

Yapılmış diğer çalışmalara göre AÜSS kişinin hem yaşam kalitesinde hem de cinsel fonksiyonlarda azalmaya neden olmaktadır (9-11). Ülkemizde yapılmış, 40 yaş üstü erkekleri kapsayan bir çalışmada, BPH semptomlarının görülmesine bağlı olarak hastaların %34.7'sinin YK'nin olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada semptomlar ve YK arasında ilişki incelendiğinde hafif düzeyde semptomların görüldüğü kişilerin %5.7'sinin, orta düzeyde semptomların görüldüğü kişilerin %84.4'ünün, ciddi semptomların görüldüğü kişilerin tamamında YK'nin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (12).

Semptomların neden olduğu en önemli yakınmalardan olan gece uyanmaya bağlı uyku düzenindeki bozulma ise kişiyi ve ailesini tahmin edilenden çok daha fazla etkilemektedir. Gece idrar yapımına bağlı olarak uyku kalitesindeki düşme, kişinin kendisini gündüzleri yorgun hissetmesine, bilişsel fonksiyonlarda düşüş yaşamasına, hastalık ve depresyona duyarlılığının arttırmasına neden olmaktadır (13).

Benign prostat hiperplazisi yaşamı doğrudan tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, AÜSS yakınmaları ve buna bağlı olarak gece ve gündüz günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, hastalığın ikincil etkilerinden empotans görülmesi yönünden önemli bir sağlık sorunudur (14-19).

Benign prostat hiperplazisinde ortaya çıkan yakınmalar bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde sorunlar yaşatmaktadır. Kronikleşen sorunlar ise

bireyin sağlık algısı ve sorunlarla başa çıkma düzeyini olumsuz etkilemektedir. Günlük yaşamında karşılaştığı problemleri çözme yetisi azalmış olan bireyler engelleri aşmada güçlük yaşamaktadırlar. Baş etme gücündeki azalma ile bireylerin YK de düşer. Yaşam kalitesindeki düşmeler ise kişinin aktif hayattan kendisini soyutlamasına neden olabilmektedir. Aktif hayattan kronik hastalıklar nedeniyle çekilen bireylerin ise öz-etkililik-yeterlilik (ÖEY) düzeylerinde de azalma olmaktadır (20,21). Bilindiği gibi, ÖEY düzeyleri bireylerin sağlık algısını ve sorunlarla başa çıkabilme kapasitesini etkilemektedir (22). ÖEY düzeyinde görülen bozulmalar bireyin yaşam kalitesini düşüreceği gibi, bireylerin rollerini yerine getirmede güçlük yaşamalarına neden olacak, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruyamaz duruma gelebileceklerdir. Bu nedenle de mevcut sorunlarının üzerine yeni sorunlar eklenebilecektir (21).

Benign prostat hiperplazisinde tedavi seçenekleri semptomların derecesine göre tıbbi, noninvaziv ve cerrahi olarak sınıflandırılmaktadır (17). Cerrahi tedavi seçenekleri arasında en sık transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) ameliyatı yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1983-1994 yılları arasında yapılmış tüm operasyonların incelendiği bir retrospektif çalışma sonucunda en sık yapılan yedinci ameliyatın TUR-P olduğu bildirilmiştir (23). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış diğer bir çalışmada göstermiştir ki ürolojik ameliyatlarda TUR-P %38 ile en sık yapılan cerrahi girişimdir (24).

Prostatektomi operasyonları erektil fonksiyon (EF) üzerine olumsuz etkiler yaratabilmektedir. TUR-P'de, ejakülasyon bozukluğu ve empotans sık olarak görülmektedir. Yapılan bir çalışmada TUR-P ameliyatı yapılan hastaların %17'sinde cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği bilgisine ulaşılmıştır (25). Yapılan başka bir çalışmaya göre de TUR-P sonrası erektil disfonksiyon (ED) görülme sıklığı ortalama olarak %31'dir (26). TUR-P ameliyatının EF üzerine olumsuz etkisi olduğunu bildiren çalışma olmakla birlikte bir meta analiz çalışmasında EF ile TUR-P operasyonu arasında ilişki olmadığı vurgulanmıştır (26).

Literatür incelendiğinde, öz- etkililik-yeterlilik ve EF arasında net ilişkiyi açıklayan bilgi bulunmamakla birlikte, cinsellik boyutundaki bozulmaların psiko-sosyal sorunlar yaratacağı ve bu sorunların da hastaların yeti yitimini arttıracacağı, günlük yaşam aktivitelerinde değişime neden olacağı ve hastaların ÖEY düzeyinde azalmaya yol açabileceği bildirilmektedir (22).

Benign prostat hiperplazisi, tedavide kullanılan ilaçlar, cerrahi girişimlerin maliyeti, bireyin günlük yaşamına getirdiği olumsuzluklar ve işinde verimli çalışamamanın neden olacağı iş gücü kayıpları yönünden de önemli bir hastalıktır (27-28).

Bireyin sağlığında ve yaşam tarzında önemli değişimlere neden olan hastalıklar bireyin günlük yaşamını, cinsiyet rolünü, sağlık algısını ve ÖEY düzeylerini de etkilemektedir (22,29). Kaliteli bir bakım için, kişinin yaşamının önemli bir boyutu olan cinsellik de, bireyi bütüncül olarak ele alan hemşireler tarafından göz ardı edilmeden ele alınmalıdır (30). Bu nedenle TUR-P ameliyatı olan bireylerin cinsellik ve ÖEY boyutlarıyla incelenmesi hemşirelik sürecinin ilk basamağı olan “problemin tanımlanması” açısından kritik bir önem taşımaktadır.

Bu araştırma transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı uygulanan bireylerde erektil disfonksiyon ve öz-etkililik-yeterliliği düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. PROSTATIN ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Prostat, mesanenin hemen alt bölümünde bulunan, boyu 3.5 cm, eni 4.5 cm, kalınlığı 2 cm boyutunda, yaklaşık 18 gr ağırlığında, erkek üretrasını çevreleyen fibromusküler ve glandüler yapıda bir organdır (31). Mesanenin altında, rektumun önünde, symphysis pubisin arkasında yerleşmiştir. Organın %30'u kaslardan, %70'i glandlardan oluşmaktadır. Prostat bezi esasen mesanenin dış uzunlamasına kaslarından gelen yoğun düz kas yapılanmasına sahiptir. Bu kas yapılanması erkeklerde arka üretranın gerçek istemsiz düz kas sfinkterini oluşturur. Vesiküla seminalislerden gelen ejakülatuar kanallar prostatın içinden geçerek prostatik üretraya açılır. Prostat alkali özellikte, koyu olmayan opal renkli bir sıvı salgılar. Bu sıvı spermilerin geçişini kolaylaştırır, ejakülasyon sırasında kas dokusunun kasılmasıyla ejakülatuar kanallarla üretraya atılır (32).

Prostat bezi kalsiyum, sitrat iyonu, fosfat iyonu, pıhtılaşma enzimi ve fibrinolizin içeren ince, süte benzer bir sıvı salgılar. Emisyon sırasında, prostat bezinin kapsülü, vas deferensle eşzamanlı olarak kasılır. Böylece ince, sütümsü prostat sıvısı spermilerin metabolik ürünleri ve sitrik asit varlığında, göreceli olarak asidik özelliktedir. Bu nedenle, spermilerin fertilite özelliği baskılanabilir. Sonuç olarak prostat sıvısının, diğer ejakülat sıvılarının asiditesini nötralize etmesi ve bu yolla spermilerin hareket ve fertilizasyon yeteneğini artıracakları düşünülmektedir(31,32).

Transüretral prostat rezeksiyonu sırasında verumontanum prostatik üretranın başlangıç noktası kabul edilerek operasyon sırasında bu kılavuz noktadan mesane boynuna kadar olan prostat dokusu rezeke edilir. Bu işlem sırasında sinirlere verilebilecek harabiyet ED görülmesine neden olmaktadır (31-34) .

2.2. BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ

Benign prostat hiperplazisi prostat dokusundaki mukozal bezlerin malign olmayan büyümesidir. Yaşla birlikte erkeklerde görülme riski artmaktadır. BPH 60 yaş üzerindeki erkeklerin %50'sinde, 80 yaş üzerindeki erkeklerin ise %90'ında görülmektedir (34-36).

Benign prostat hiperplazisinde semptomlar hastayı tedavi olmaya yönelten ana faktörlerdir. BPH'a ait semptomların tedaviyi ve sonuçlarını belirlemedeki önemi ise yaşam kalitesini kötü yönde etkilemesinden kaynaklanmaktadır. En sık gözlemlenen ilk üç yakınma nokturi, sık idrara çıkma ve idrar akımında azalma iken en az gözlemlenen yakınma ise gecikmeli idrar başlatma olarak rapor edilmiştir (37-40). BPH'da prostat bezinin büyüklüğünden çok bezin yarattığı tıkanıklık ile doğru orantılı olarak bireylerin yaşadığı sorunların şiddeti de artmaktadır. BPH'la ilişkili semptomlar obstrüktif (zayıf akım, mesanenin yetersiz boşalması, damlama gibi) ve irritatif (sık idrar yapma, nokturi gibi) olmak üzere sınıflandırılmaktadır. BPH mortalitesi açısından büyük önem arzetmemekle birlikte morbidite yönünden önemli bir sağlık sorunudur (35,36,38).

Benign prostat hiperplazili hastaların tedavi olmak için hastaneye başvuru nedenlerine bakıldığında; günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, semptom sıklığı, kaygı ve utanma olarak belirlenmiştir. En büyük kaygı nedeninin ise akut üriner retansiyon ve BPH'la ilişkili ameliyat korkusu olduğu saptanmıştır (39).

2.2.1. BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNİN ETYOLOJİSİ

Benign prostat hiperplazi etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen çok etmenli ve endokrin kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yine de iki faktörün kesin olarak gerekliliği ortaya konmuştur; bunlardan birincisi yaşla birlikte görülen endokrin değişikliklere (androjenlerin, östrojenlerin ve diğer olası faktörlerin ortak etkileşimi ile) bağlı hücre sayısında artış, ikincisi ise androjenik hormonların varlığıdır (16,40-42).

Benign prostat hiperplazisinin ailesel genetik ilişkisi olduğuna dair önemli kanıtlar vardır, ailede BPH görülme öyküsü olan bireylerde hastalık görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (42-44). Yapılan bir çalışmada sigaranın klinik BPH ile negatif korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur (45). Obezlerde düşük testosteron seviyesine bağlı olarak klinik BPH görülme olasılığının daha az olduğu bulunmuştur (46). Alkol kullananlarda ise testosterondaki düşmeye bağlı olarak klinik BPH

gelişiminde çok zayıfta olsa negatif bir etkinin olduğu iddia edilmiştir (16). Yapılan çalışmalarda yaşla birlikte BPH prevalansının arttığı, alkol tüketimi ile BPH görülme riski arasında negatif fakat kahve tüketimi ile BPH görülme riski arasında pozitif bir ilişkinin olduğu, eğitim düzeyi ve beden kitle indeksinin BPH'la ilişkili olmadığı saptanmıştır (45).

2.2.2. BELİRTİ VE BULGULAR

Benign prostat hiperplazisi genellikle yavaş gelişir ve majör bir problem yaratmadan gizli kalabilir. Erkekler yaşla birlikte idrar yapma sıklığının artmasını yaşlanmanın bir sonucu olarak görebilir ve idrar retansiyonu yaşamadıkça tıbbi yardım aramayabilir. Tıbbi yardım aramada en önemli belirleyici faktörün semptomlardan duyulan rahatsızlık olduğu bulunmuştur (44,47).

Daha önceleri prostata spesifik olan ve spesifik olmayan semptomlar kompleksi son zamanlarda AÜSS olarak adlandırılmaktadır (31,48). Yaşlı erkeklerde farklı alt üriner sistem patolojileri (prostat kanseri, mesane boynu kontraktürü, üretral striktür, mesane taşı, nörojenik mesane) aynı olmasa bile benzer semptomlar gösterebilir (16,31,48). Bu hastalarda teşhiste ilk yapılacak iş semptomların BPH'ya bağlı olduğunu göstermektedir. İlk inceleme ve tanısal testlerin amacı budur (14).

Benign prostat hiperplazisiyle ilgili semptomların şiddeti her hastada farklıdır ve prostattaki büyümenin boyutuyla ilgili değildir. Klasik olarak klinik BPH gelişen hastayı yardım aramaya iten semptomlara prostata spesifik (prostatizm) semptomlar adı verilmekte olup, obstrüktif ve irritatif olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır (31).

Obstrüktif semptomların, mesane fonksiyonlarının özellikle de boşalma fonksiyonunun bozulması sonucunda oluştuğuna inanılmaktadır (16). İrritatif semptomların oluşumunda ise mesane kaslarının düzensiz kasılması ve azalan kompliyansın rol oynadığı düşünülmektedir (16). Bu semptomlar Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Alt üriner sistem semptomları sınıflandırması

Obstrüktif Semptomlar	İrritatif Semptomlar
• İdrar başlatmada gecikme ve tutukluk	• Sık idrara çıkma
• Zayıf akım	• Sıkışma

- İdrar kalibrasyonunda azalma
 - İdrar yapmada zorlanma
 - Uzamış işeme zamanı
 - İşeme sonunda damlama
 - Mesanenin tam olarak boşalmama hissi
 - Akut üriner retansiyon
 - Kronik retansiyona bağlı idrar kaçırma
gece ve gündüz (taşma tarzında)
 - Noktüri
 - Sıkışma tarzı (urge) idrar kaçırma
(inkontinans)
-

2.2.3. TANI

Benign prostat hiperplazisini değerlendirmeye yönelik olarak;

- Tıbbi Öykü
- Fizik Muayene
- İdrar Analizi
- Serum Kreatinin Ölçümü
- Prostat Spesifik Antijen (PSA)
- Ultrasonografi
- İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacmin Saptanması
- Üroflowmetri yapılmalıdır (14,32). Tanı bu değerlendirmelerin sonucunda belirlenir.

Tıbbi Öykü

Üriner sistem üzerine detaylı tıbbi öykü, önceki cerrahi girişimler, genel sağlık problemleri sorgulanmalı ve muhtemel cerrahi girişimlere uygunluğu araştırılmalıdır. BPH semptomlu bir hastanın hikayesinde özellikle sorgulanması gereken konular

hematüri, üriner sistem enfeksiyonları, diyabet, sinir sistemi hastalıkları, üretra darlığı, idrar retansiyonu ve semptomların soğukla alevlenmesidir (14,16).

Fizik Muayene

Parmakla rektal muayene ve üriner sistemi ilgilendiren nörolojik muayene yapılması şarttır. Parmakla rektal muayene ve nörolojik muayene prostata ya da rektuma ait bir maligniteyi saptamak, anal sfinkter tonusunu incelemek ve semptomlara sebep olabilecek herhangi bir nörolojik problemi ekarte etmek için yapılır. Parmakla rektal muayene ile prostatın yaklaşık büyüklüğü tespit edilir. Amerikan Kanser Birliği 50 yaşından sonra riskli bireylerin her yıl rektal muayene ile kontrol edilmesi gerektiğini bildirmektedir (16,42).

Tam İdrar Analizi

Tam idrar analizi hematüri ve üriner sistem enfeksiyonunu ekarte etmek ve semptomların BPH dışı sebeplerini belirlemek için yapılır. İdrar analizi aynı zamanda BPH'ı mesane kanserinden ayırt etmede yararlıdır (16).

Serum Üre -Kreatinin Ölçümü

Alt üriner sistem semptomu bulunan tüm hastalarda obstrüktif üropatinin sebep olabileceği renal yetmezlik durumunu ekarte etmek için başlangıç incelemesi olarak serum üre-kreatini ölçülmektedir. BPH çalışmalarının genel analizinde renal yetmezlik oranı %13.6 bulunmuştur. Renal yetmezlikli BPH'li hastalarda postoperatif komplikasyon riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (14,16,47).

Prostat Spesifik Antijen

Prostat spesifik antijen (PSA), prostat epitel hücrelerinden salgılanan ve prostat salgılarının önemli bir bileşenini oluşturan bir glikoproteindir. Normalde sadece ufak bir bölümü kan akımına geçer. Prostat kanseri gibi bazal hücre tabakasını bozan durumlar absorpsiyonda artışa ve serum PSA seviyelerinde yükselmeye neden olur. BPH, PSA'da orta dereceli bir artışa neden olur. Kanser yokluğunda, serum PSA değerleri prostat hacmi hakkında bilgi edinilmesi için yararlıdır. Artmış PSA seviyeleri (> 4.0ng/ ml) BPH'ı olan erkeklerin % 25 ya da daha fazlasında ve belirgin hacmin olduğu prostat kanseri hastalarında görülür (32). Sonuç olarak, özellikle 50-70 yaş grubundaki her

hastada ve hatta aile öyküsü nedeniyle yüksek risk taşıyanlarda 40 yaşından sonra PSA tetkiki yapılmalıdır (16).

Ultrasonografi

Bu yöntemle böbrekteki dilatasyon gibi anatomik değişiklikler prostatın volümü, rezidüel idrar miktarı ölçülebilir. Mesanede taş, tümör, divertikül gibi oluşumlar görülebilir. Günümüzde noninvazif olması nedeniyle daha çok tercih edilen bir yöntemdir (16).

Transrektal Ultrasonografi (TRUS): Parmakla rektal muayene bulguları ve/veya PSA değerleri prostat kanseri mevcudiyetini işaret ettiği zaman endikedir. Aynı zamanda prostat biyopsisinde de kullanılmaktadır (14).

İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacmin Saptanması

İşeme sonrası mesanede kalan idrar volümüne rezidüel idrar denilmektedir. Normal erkeklerde 12 ml'nin altında olması gerektiği belirtilmiştir. Bunun aksine 100ml.'nin üzerindeki bir rezidüel idrar volümünün saptanması önemli bir boşaltım bozukluğunun varlığına işaret etmektedir. BPH hastalarında rezidüel idrar miktarının giderek artması sonucu gece ve sık idrar yapma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle işeme sonrası rezidüel idrar ölçümü BPH'nin değerlendirilmesinde faydalı olan opsiyonel bir testtir (42).

Üroflowmetri

Üroflowmetri, işeme olayı süresince idrar akım hızının elektronik olarak kaydedilmesidir. Bu test non-invazif bir ürodinamik test olup, mesane çıkım obstrüksiyonu semptomları gösteren hastaların tetkikinde kullanılır. BPH'si olan bireylerde son derece yararlı bir testtir. Üroflowmetri en önemlisi tepe akım hızı olan obstrüksiyonun bir dizi parametrelerini ölçer. Tepe akım hızının 15ml/ saniyenin altında olması obstrüksiyonu düşündürür (14,16,32).

2.3. TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU

Transüretal Prostat Rezeksiyonu 1930'da geliştirilmiş ve BPH tedavisinde standart bir tedavi olmuştur. TUR-P giderek açık prostatektominin yerini almıştır ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ürolojik cerrahi tedavinin %95'ini oluşturmaktadır. Klasik

olarak 60 grama kadar olan prostat için önerilirken, günümüzde tecrübeli ellerde 90-100 gram kadar olan prostatlara da uygulanabilmektedir (16,29,44).

Zaman içerisinde TUR-P'nin sanıldığı kadar etkin olmadığı, tedavi sonrası hastaların 1/3'ünde semptomların devam ettiği, komplikasyonların önemli olduğu bildirilse de halihazırda TUR-P sadece cerrahi seçenekler içinde değil medikal tedavi dahil BPH'ye yönelik tüm tedavi alternatifleri arasında, klinik başarı dikkate alındığında altın standarttır(32,39,48). TUR-P ile semptom skoru ve akım hızı düzelmesi tüm minimal invaziv tedavilerden daha üstündür (39). Günümüzde artık BPH'ya yönelik pek çok tedavi alternatifi sunulmuş olsa da TUR-P'nin uzun dönem etkinliği kanıtlanmış, kısa dönemde düşük komplikasyon oranına sahip bir tekniktir (14).

TUR-P prostatik üretradaki hiperplastik dokunun ortadan kaldırılarak, obstrüksiyonun giderilmesi amacıyla uygulanır. Üretraya yerleştirilen rezekteskoptan geçirilen teleskop aracılığı ile ürolog mesane içini görebilmektedir (14,32,39). Rezekteskoptan gönderilen elektrik akımı taşıyan hareketli loop ile prostat dokusunun kesilmesi ve kanayan damarların koterizasyonu sağlanır. Kesilen doku parçaları mesaneye düşer, rezekteskoptan gönderilen yıkama sıvısı ile mesane yıkanır(16).

Fazla kan kaybını ve yıkama sıvısının absorpsiyonunu önlemek için ameliyat 60-90 dakika içinde bitirilmelidir (14). İşlem sonrasında mesaneye üç yollu foley kateter yerleştirilerek kan pıhtılarının mesaneden uzaklaştırılması sağlanır. Kateterin balonu şişirildikten sonra balon prostatik fossaya yerleştirilerek kanamanın durdurulması sağlanır. Rezeksiyon alanına basınç yaparak kanamayı kontrol etmesi için foley katetere traksiyon uygulanabilir. Kateterin balonu mesane iç sfinkterine bası uyguladığı için hasta sürekli olarak ani işeme hissi duyar. Kateter, boşaltımı düzenli olarak sağlarsa işeme hissi geçici bir süre devam eder. Kateterin etrafından idrar yapılmaya çalışılması mesane kaslarının kasılmasına ve ağrılı mesane spazmlarına neden olabilir. Mesane spazmları 24-48 saatte geçer. Rezeksiyon sonrasında kanamaya bağlı pıhtı oluşumunu ve pıhtı retansiyonunu önlemek için 24-48 saat (kanama durmuşsa) sürekli mesane irigasyonu yapılır (43). TUR-P genellikle spinal anestezi altında yapılmaktadır. Hastalar ameliyattan 1-2 gün sonra taburcu edilmektedirler (16).

2.3.1. TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN KOMPLİKASYONLARI

Benign prostat hiperplazisiyle ilişkili AÜSS tedavisinde diğer cerrahi prosedürler düşünüldüğünde en etkili yöntem olarak kabul edilse de bu tedavi yönteminin de bazı riskleri vardır (16).

Erken Dönem Komplikasyonlar; En sık görülen intraoperatif komplikasyonlar transfüzyon gerektiren kanama, kullanılan solüsyonların absorpsiyonu sonucunda gelişen TUR sendromu ve ekstravazasyondur (16,49,50).

İntraoperatif Kanama

İntraoperatif kanamanın miktarı prostatın büyüklüğüne ve rezeke edilen miktara bağlıdır. Operasyondan sonra kateter yerleştirilirken irrigasyon ile beraber renk açık pembe olmalıdır. Eğer kırmızı renk devam ediyorsa arteriyel kanamadan şüphelenilmelidir. Kateter yerleştirildikten sonra renk açıktır; sonrasında rengin koyu kırmızı bir hal alması kanamanın göstergesidir (42). Kanama görülmesi durumunda hastanın ihtiyacı olan sıvılarla vücuttan azalmış olan sıvıların tamamlanması sağlanmalıdır. Bu işlem ise hekim istemine göre yapılmaktadır (42).

Ekstravazasyon

Rezeksiyon sırasında mesanenin perforasyonunda ya da prostatik kapsülün derin rezeksiyonu irrigasyon sıvısının abdomene kaymasına neden olabilir. Ekstravazasyon hastaların %2'sinde olur. Belirtileri bulantı, kusma ve anesteziye rağmen oluşan karın ağrısı şeklinde ortaya çıkar (16). Eğer belirtiler ortaya çıkar ise hekimi bilgilendirmek ve uygun tedavinin uygulanmasını sağlamak hemşirenin görevidir(38).

TUR Sendromu

TUR sendromu hastaların %2'sinde görülmektedir. Prostat 45 gr'dan fazla ise rezeksiyon zamanı 90 dakikanın üstünde ise TUR sendromu riski vardır. Mental konfüzyon, bulantı, kusma, hipertansiyon (HT), bradikardi, görme bozuklukları ile ortaya çıkar. Hipotonik irrigasyon sıvısının prostatın kapsül venlerinin ve sinüslerinin erken perforasyonu sonrasında absorpsiyonu sonucu gelişen dilüsyonel hiponatremi

(serum sodyum<125mEq/l) nedeniyle gelişir. Tedavi edilmediğinde serebral ve bronşiyal ödem oluşabilir (50).

TUR-P prosedürü sırasında kanamanın olduğu rezeksiyon alanını görebilmek amacıyla irrigasyon sıvısı verilir. İrrigasyon sıvısının basıncı sıvının rezeksiyon alanından emilmesi ile direkt ilgilidir. Rezeksiyon alanını iyi görebilmek için irrigasyon sıvısı kanama hızını yavaşlatacak ve üretradaki kanı yıkayacak hızda olmalıdır. İrrigantın hızı hastanın diastolik kan basıncından yüksek olduğunda sıvı damarlardan absorbe olmaktadır. 40 dakikalık bir TUR-P prosedüründe hasta yaklaşık 1-2 lt sıvı absorbe eder. Hipotonik sıvılar sodyum ve potasyumu intraselüler alandan ekstraselüler alana çeker ve dilüsyonel hiponatremi oluşur. İrrigasyon sıvısının hastadan yüksekliği 60 cm olmalıdır. İrrigasyon sıvısının hastadan yüksekliği ile prostatik fossadaki basınç ve emilen sıvı miktarının ilgili olduğu bulunmuştur (35,51). TUR sendromunun engellenmesi de yine hemşirenin uygun miktar ve nitelikte yıkama solüsyonları kullanması ile önlenebilecek bir sorundur. Ayrıca gelişmiş olan bir TUR sendromunun da erken tespiti ve erken müdahalesi ise yine hemşirenin dikkati ile kolaylıkla çözümlenebilecek bir sorundur (38).

Geç Dönem Komplikasyonları;

- * Kanama
- * İdrar Yolu Enfeksiyonu
- * Üriner Retansiyon
- * İnkontinans
- *Retrograd Ejakülasyon
- *Üretral Darlık ve Mesane Boynu Kontraktürü
- *Empotans ve Eretil Disfonksiyon'dur (44).

Kanama

Ameliyattan iki hafta sonra rezeke edilen prostat dokusundan geç dönem kanamalar olabilir. Bu dönemde evinde olan hasta kanama olduğunda doktoruna haber vermelidir. Prostat kanlanması fazla olan bir organ olduğu için arter ve venöz kaynaklı kanamalar

açısından riskli bir organdır. Bu nedenle işlem sonrası kanamayı durdurmak amacıyla operasyon alanına balonlu kateter yerleştirilir. Ameliyat sonrası bu kateterden gelen drenajın 24 saat içinde pembeye dönmesi gerekmektedir. TUR-P sonrasında pıhtılaşan kanın uzaklaştırılması ve idrar akışını sağlamak amacı ile mesane sürekli irriga edilir (42).

İnkontinans

Erken inkontinans hastaların %30-40'ında gelişmektedir. Erken inkontinans sıkışma tarzındadır ve bu hem rezeksiyon alanının iyileşme sürecindeki irritatif semptomlarla hem de uzun süreli BPH'a bağlı detrusor (mesane kasları) instabilitesine bağlı olabilir (46). Kalıcı inkontinans hastaların %1'inden az bir kısmında gelişmektedir (42). Yapılan çalışmalarda pelvik kas egzersizlerinin (kegel egzersizleri) erken dönemde yapılmasının üriner inkontinansı ve işeme sonrası damlama şikayetlerini ilk bir haftada azalttığı saptanmıştır (51). Ameliyat öncesinde obstrüksiyonla birlikte mesane instabilitesi olan hastaların idrar kontrolünü kazanmaları bir yıl gerektirebilir. Genellikle ameliyattan sonra bir iki hafta içinde idrar kaçırma şikayeti görülebilmektedir. İdrar kaçırma önlemek için kas gücünü geliştirmek amacı ile hastalara ameliyat sonrası dönemde yapmak üzere her saat 10-20 kez kegel egzersizleri öğretilmelidir. Bireylerin normal idrar yapma alışkanlığını kazanması birkaç haftayı alabilmektedir. Bazen tam idrar kontrolünün kazanılması 12 ayı bulabilmektedir (14,42).

Retrograd Ejakülasyon

Hastaların majör endişelerinden biri retrograd ejakülasyondur. Yapılan çalışmalarda TUR-P uygulanan hastaların %70.4'ünde retrograd ejakülasyon saptanmıştır (39,50). Rezeksiyon sırasında verumontanum zarar gördüğü için antegrad ejakülasyon gerçekleşmez. Semen ejakülasyon sırasında mesaneye kaçır ve ilk idrarla birlikte dışarı atılır. İdrar bulanıktır. Ereksiyonu ya da orgazmı etkilemez (25).

Üretral Darlık ve Mesane Boynu Kontraktürü

Üretral darlık (%2.2 - %9.8) ve mesane boynu kontraktürü (% 0.3- 9.2) uzun dönemde görülen diğer komplikasyonlardır. Çoğunlukla üretranın dilatasyonu ile tedavi edilebilir. Bu etkili olmazsa ürethroplastisi cerrahi bir seçenektir (50).

Empotans ve Erektile Disfonksiyon

TUR-P'de, ejakulasyon bozukluğu ve empotans sık olarak görülmektedir. 3304 olguda yapılan bir retrospektif meta-analiz sonuçlarına göre; operasyon sonrası dönemde TUR-P'de %13.6 oranında erektil fonksiyon bozukluğu saptanmıştır. Aynı olgularda ejakulasyon bozuklukları değerlendirildiğinde TUR-P yapılanlarda %70.4 oranında retrograd ejakulasyon saptanmıştır. TUR-P sonrası Eretil Disfonksiyon (ED) görülme oranı ortalama olarak % 10.0'dır. ED sadece prostat rezeksiyonu sırasında sinirler zarar gördüğünde oluşur (17,19,44).

2.4. EREKTİL DİSFONKSİYON

Eretil disfonksiyon tatmin sağlayacak düzeyde ereksiyon başlatma ve sürdürmede kalıcı bozukluk olması halidir (54). ED hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmakla birlikte fiziksel ve psikososyal sağlığı olumsuz etkilemektedir. ED görülen bireylerde öfke ve depresyonun daha sık olduğu bilinmektedir (53). ED yaşayan hastalarla birlikte partner ve ailenin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (54).

Erkek cinsel fonksiyon bozuklukları yaşamı tehdit etmediği için ayrıca kültürel, dini ve sosyal çevrenin etkilerine de bağlı olarak ifade edilmesi zor olduğu için bu konuda net istatistikler bulunmamaktadır. Bunun yanında cinsel fonksiyon bozukluklarının belirlenmesinde kişinin kendi cinsel sağlığını değerlendirmesi kilit rol oynadığından ED değerlendirmesini objektif olarak yapmak zordur (53-55).

Eretil disfonksiyonun genel olarak prevelans ve insidansına yönelik net verileri bilinmemekle birlikte toplumsal açıdan önemli bir sorun olduğu tahmin edilmektedir. Yapılan bir sistematik derlemede 40 yaş altındaki erkeklerde %2 oranında, 80 yaş ve üzerindeki bireylerde ise %86 oranında ED görüldüğü belirlenmiştir (56). Yaşlanma dışında eğitim düzeyinin de ED ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ED görülme oranlarının daha düşük olduğu yapılan çalışmalarla bulunmuştur (57-60).

Ereksiyon hormonal kontrol ve nörovasküler kontrolün bir arada yürümesiyle gerçekleşen bir durumdur. Bu sistemin çalışmasında oluşabilecek olan herhangi bir sorun ED görülmesi için bir sebep olabilir. ED için risk faktörleri arteriyel bozukluklar, kavernoza hastalıklar, nörojenik bozukluklar, hormonal bozukluklar, ilaca bağlı

nedenler, psikojenik nedenler, sistemik hastalıklar ve yaşlanma şeklindedir. Risk faktörleri incelendiğinde;

Arteriyel Bozukluklar: Arteriyel travmalar sonrası ya da doğumsal arteriyel defektlerle görülebilmektedir. Buna ek olarak koroner hastalıklar Diabetes mellitus (DM), HT, hiperlipidemi, sigara kullanımı, uzun süreli bisiklet kullanımı da arteriyel kaynaklı ED için risk faktörüdür (56).

Kavernozal Hastalıklar: Dejeneratif değişimlerin görülmesi, penis travmaları ve penis fraktürleri, DM, ateroskleroz Kavernozal hastalıklara bağlı ED için risk faktörüdür (57).

Nörojenik Bozukluklar: Spinal kord travmaları, merkezi sinir sistemi hasarları, DM, periferik nöropatiler, alkol kullanımı, ürolojik cerrahi girişime bağlı sinir harabiyetleri nörojenik bozukluklara bağlı ED görülmesine neden olabilmektedirler (61).

Hormonal Bozukluklar: Hipotalamik yada hipofizer tümörlere bağlı hipogonadizm, östrojen veya antiandrojen tedavileri, orşiektomi gibi nedenlere bağlı olarak ED gelişebilmektedir (61).

İlaça Bağlı Nedenler: İlaçlara bağlı nedenler sadece işlev bozukluğuna neden olmamaktadır. Cinsel arzu, uyarılma ve orgazmı da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu ilaçlar ise;

-Antihipertansifler

-Antidepresanlar

-Antipsikotikler

-Antihistaminikler

-Keyif verici maddelerdir (eroyn, kokain, metadon) (62).

Psikojenik Nedenler: Anksiyete, stres, cinsel uyarı yokluğu, depresyon, şizofreni ED'ye neden olabilmektedir (61,62).

Sistemik Hastalıklar ve Yaşlanma: Yaşlanmayla birlikte uyarı ile ereksiyon arası süre uzamakta, ereksiyon sertliği, ejakülasyon gücü, ejakülasyon hacmi azalmakta ve yeni ereksiyon için geçen süre uzamaktadır. Yaştaki artışla birlikte testesteron seviyesi ve dokunmaya karşı duyarlılık azalmaktadır. Buna ek olarak DM, akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları ED görülmesine uygun ortamı sağlamaktadır

(48). ABD’de 20 yaş ve üzeri bireylerde yapılmış olan bir çalışma sonucuna göre genel ED görülme oranı %18.4 iken kardiyovasküler hastalıklar, DM, HT gibi kronik hastalıklara sahip olan bireylerde ED görülme oranı %51.3’e yükselmektedir (61,62).

2.5. ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK KAVRAMI

Bandura’nın sosyal öğrenme teorisine göre, insan motivasyon ve eylemi büyük ölçüde sezinleme/tahmin ile düzenlenir. Bu tahmini kontrol mekanizması şunlardır ;

1. Durum ve sonuç beklentileri: Sonuçlar kişisel eylemlere değil, çevresel durum ve olaylara göre tahmin edilir. Bazı bireyler riskli durumları tahmin etmesine karşın, sadece olayların gerçekleşmesini beklemekten başka bir şey yapmazlar. Örneğin; insan bir hastalık olasılığını göz önüne almakla birlikte, kendisinin hasta olma olasılığının az olduğunu düşünebilir. Bu, savunmacı ve iyimser bir yaklaşım olarak görülebilir. Savunmalar, diğer kişilere göre kendi durumunu karşılaştırma yoluyla yapılabilir. Örneğin kişi ‘ben hastalıklara karşı diğerlerinden daha dirençli bir bünyeye sahibim’ diyebilir. Durum sonuç beklentileri ‘risk algısı’ olarak tanımlanabilir (63).

2. Eylem-Sonuç Beklentileri: Sonuçlara, kişisel eylemlerin gerçekleştirilmesi yoluyla ulaşılabileceğine ilişkin beklentilerdir. Buradaki sonuç beklentileri, belli davranışların belli sonuçlar doğuracağı fikrini ele alır (63,64).

3. Öz-Etkililik Algısı: Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Başka bir ifadeyle bireyin gereken davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendi hakkındaki inancı/algısıdır. Bu algı sağlığı tehdit eden durum, koşul ve olaylar ile etkili olarak başa çıkma sürecini içerir ve fonksiyonel bir iyimserliği yansıtır (63).

Öz-etkililik-yeterlilik kavramı ilk kez ünlü psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, bilişsel davranış değişimi kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlilik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (63).

Bandura’nın öz-etkililik mekanizması, yine kendisi tarafından oluşturulan sosyal öğrenme teorisinde, bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olarak gösterilmiştir (63-66). Sosyal öğrenme teorileri bireysel

davranışın sadece iç güçler tarafından değil, aynı zamanda çevre tarafından etkilendiğini savunmaktadır. Bireye ait bilişsel ve diğer kişisel faktörler ile çevresel faktörler karşılıklı etkileşim içerisindedir. Bireyler sadece çevrelerinden etkilenen edilgen kalan nesnelere değillerdir. Aynı zamanda çevreyi yönetme, değişim sağlama yeteneğine de sahiptirler. Bireyler bu etkileşimi kendi çevreleriyle karşılıklı etkileşim içinde yaparlar. Kişiyi olumsuz etkileyecek çevre baskılarıyla mücadele edip, üstesinden gelerek daha olumlu bir çevre oluşturdukları zaman başarılı olma ihtimalleri artar. Bireyler, öncelikle uyumu ve davranışı özümsemeyi sağlamak için, çevrelerini düzenleyerek istedikleri gibi davranışı destekleyen fırsatları güçlendirirler. Daha sonra destekleyici olmayan çevresel etkiler, hedeflerini olumsuz etkilediğinde ise istenilen davranışı sürdürmek için mücadele güçlerini geliştirirler.

Bandura'nın, bireyin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak, Magil'in ise bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı/yargısı olarak tanımladığı öz etkililik-yeterlilik kavramı kişinin, nasıl hissedeceği, düşüncesi ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Bireyin kendi kendine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşmak için sarfettiği gücü ve motivasyonunu zayıflatan engellerle savaşıma gücünü etkilemektedir (63,65,66). Bandura, öz-etkililik-yeterliliğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığına, öz-etkililik algılamalarının durum ve davranışa özgü olduğuna dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, çok değişik durum ve koşullarda başarılı olan bireylerin, değişik yeni bir durumda başarısız ya da başarı sınırlı olan bireylerden daha olumlu öz-etkililik algılarına sahip olmaları beklenebilir. Bir başka deyişle, değişen durumlarda başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey kendisi için genel bir yargı oluşturur ve bu genel yargısı onun duruma özel beklentisini etkiler bu da kişinin başa çıkma gücünün bir göstergesidir (63). Birey bir başarıya ulaşabileceğine inanıyorsa, daha mücadeleci davranır ve gelecek yaşantısını kendisi belirlemeye çalışır. Başarabilme inancı, bireyin içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma hissini yansıtır (67). Düşük öz-etkililik-yeterlilik hissi depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile birliktedir. Ayrıca bu bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler (67,68).

Öz-etkililik-yeterlilik düzeyi, harekete geçmek için güdülerini engelleyebilir ya da arttırabilir. Öz-etkililiği-yeterliliği yüksek olan bireyler daha karmaşık ve riskli

görevleri seçebilirler. Onların hedefleri yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için daha yoğun çalışırlar. Bununla birlikte öz-etkililik-yeterlilik; gerçekçi olmayan iyimserlikle ve hayallerle aynı değildir. Aksine, deneyime dayanır, mantıklı olmayan riski almaya yol açmaz ve bireyin yeteneklerini geliştirmesiyle atak davranışlara öncülük eder. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar. Davranış değişimi, kişisel kontrol yoluyla kolaylaşır. İnsanlar bir problemi çözebileceklerine inanırlarsa, problemi çözme ve eyleme geçmeye daha yakın bir hale gelirler. Sağlığa yararlı davranışları (sigara bırakma) benimsemek ve sağlığına zararlı davranışlardan (düzensiz beslenme) vazgeçmek zordur. Çoğu insan davranış değişikliğini yapmaya karar vermekte zorlanır ve karar verdikten sonrada zorlandıkları anda vazgeçme olasılıkları yüksektir. Davranış değişimini sürdürmek, bireyin başa çıkma yeteneği ile ilişkilidir. Genellikle insanların sağlıkla ilgili bir davranış değişikliğine başlamalarını sağlamak, bu değişikliği devam ettirmelerini sağlamaktan daha kolaydır. Sağlıkla ilgili olumlu davranışları başlatma ve sürdürmede de durum benzerdir ancak eylem- sonuç beklentisini, yani eylemin sonucu yönlendirme olasılığını sezme tek başına yeterli değildir. Kişi gerekli bir davranışı gerçekleştirmek için yeterli güce sahip olduğuna inanmalıdır. Öz-etkililik-yeterlilik hem sağlıkla ilgili davranış değişimini niyetlerinde hem de eylemin kontrolü aşamasında oldukça önemlidir. Olumlu sonuç beklentileri, bireyin davranışlarını değiştirmeye karar vermesini teşvik ederken, davranışın uygulanması ve sürdürülmesi aşamasında algılanan öz-etkililik-yeterlilik kontrol edici etki olarak işlevine devam eder (63). Hemodiyaliz hastalarında görülen komplikasyonlar ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ilişkisi konusunda yapılan araştırmada, hastaların öz-etkililik-yeterlilik puan ortalamaları ile egzersiz yapma, diyetle dikkat etme, uyku sorunu olmama, sigara ve alkol kullanmama durumları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (68). Yine öz-etkililik-yeterlilik üzerine yapılmış olan başka çalışmalarda da kişinin eğitim düzeyinin yüksek olması, gelir düzeyinin yüksek olması, yaşının genç olması gibi faktörlerin öz-etkililik-yeterlilik düzeyini olumlu etkilediği; sağlık kuruluşuna ulaşmada sıkıntı yaşamaması, uzun süredir kronik hastalığının bulunması gibi durumlar ise olumsuz etkilediği bildirilmiştir (69-71).

Öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin yüksek olması kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye daha uyumlu olmalarını sağlamaktadır. Tedaviye uyumlarındaki artış ise kişinin daha

sağlıklı olmasını sağlar. Ayrıca öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin yüksek olmasını, sadece mevcut hastalığa uyumu arttırmanın dışında sağlığını koruma geliştirme yönünden de büyük bir önem taşımaktadır.

2.6. TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU MELİYATI VE

HEMŞİRELİK BAKIMI

Genel olarak, planlanmış ameliyatlara preoperatif, intraoperatif ve postoperatif bakımdan oluşmaktadır. TUR-P ameliyatı için izlenen süreçle genel bakım süreci arasında fark bulunmamaktadır.

2.6.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Prostat ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi korku ve endişelerinin giderilmesi önemlidir. Hastalar, cinsel fonksiyonlarda değişim, BPH belirti ve bulgularının giderilmesi gibi konularda merak taşımaktadırlar. Hasta ve yakınlarına merak edilen konularda açıklama yapılması hemşirenin sorumluluklarındandır (38).

Genel ameliyat öncesi sürece ek olarak BPH'nin ileri yaşlardaki bireylerde görülmesi nedeniyle kardiyak değerlendirmelerin yapılması önemlidir. Ayrıca bireylerin sıvı kısıtlaması gerekecek özel durumları bulunmuyorsa dehidratasyonu önlemek de hemşirenin sorumluluklarındandır (38).

2.6.2. Ameliyat Sürecinde Bakım

Ameliyat sürecinde hastanın salona alınmasıyla birlikte ameliyathane hemşiresinin sorumlulukları da başlayacaktır. İlk olarak hastaya uygun pozisyonun verilmesi sağlanır. Anestezinin etkisi ve hastanın yaşam bulgularını takip etmek ameliyathane hemşiresinin sorumluluğudur. Genel ameliyat süreci görevlerine ek olarak TUR-P yapılırken kullanılan irrigasyon sıvısının cinsini ve miktarını düzenlemek hemşirenin görevlerindedir. İrrigasyon için izotonik sıvıların kullanılması önemlidir. Eğer izotonik sıvılar kullanılmazsa ameliyat esnasında sıvı-elektrolit dengesizlikleri görülebilir (38).

2.6.3. Ameliyat Sonrası Bakım

Transüretal prostat rezeksiyonu sonrasında genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak hastaların komplikasyonlar yönünden izlenmesi ayrı bir önem taşır. Ameliyat sonrası yaşam bulguları stabil olana kadar 15 dakikada bir takip edilmelidir. Pansumanlar, laboratuvar bulguları, hastanın bilinç düzeyinin kanama yönünden takip edilmesi de

önemlidir. Ameliyat sonrasında kateterin tıkanmasını önlemek için aralıklı veya sürekli bir şekilde irrigasyon yapmak da hemşirenin sorumluluklarındandır. İrrigasyonda kullanılan sıvının izotonik olmasına dikkat edilmelidir (38).

Hasta ve yakınlarına irrigasyon sistemi, kateter üzerine yatılmaması gerektiği, drenaj torbasının mesane seviyesi üzerinde tutulmaması gerektiği açıklanır. Hastanın erken mobilizasyonunu sağlamak fiziksel ve ruhsal açıdan da iyileşmeyi hızlandıracağı için çok önemlidir. Ayrıca hastanın konstipasyon yaşaması kanamaya neden olacağından hastanın beslenme, sıvı alımı ve hareket düzeyinin kontrolü de çok önemlidir. Kateter çıkarılmadan önce de üriner sfinkterin kontrolünü sağlamak amacıyla hastaya perine egzersizleri öğretilmeli ve yaptırılmalıdır (38).

Hastanın 4- 6 haftalık bir sürede ağır egzersizden kaçınması, kanama, enfeksiyon, idrar yapamama gibi durumlarda hemen hastaneye başvurması gibi konularda eğitimler verilmesi de hemşirenin sorumluluklarındandır (38).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma; transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı olan bireylerde erektil disfonksiyon ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi üroloji servis ve polikliniklerinde yapılmıştır. Gevher Nesibe Hastanesi üroloji poliklinikleri hastanenin zemin katında, üroloji servisi ise 11. katta yer almaktadır. Üroloji polikliniklerinde hafta içi her gün 08.00-17.00 arasında hizmet verilmektedir.

Üroloji servisinde toplam 15 oda ve 43 yatak bulunmaktadır; üç özel oda ve dört iki kişilik oda bulunmakta olup, diğer odalar dört kişiliktir. Serviste 15 hekim, biri sorumlu hemşire olmak üzere toplam 12 hemşire, üç sekreter, dört temizlik görevlisi ve 8 hasta bakıcı personel çalışmaktadır.

Transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı yapılma kararı verilen hastalar planlanan tarihten iki gün önce hastaneye kabul edilerek gerekli görülen tetkikler yapılmaktadır. Tetkikler sonrası hastanın ameliyattan bir gün önce servise yatışı yapılmaktadır. İl içinde yaşayan hastalar sağlık durumları seyahate uygun ise ameliyat öncesi hazırlıklarla ilgili bilgiler verildikten sonra izinli gönderilmekte, ameliyat sabahında

servise gelmeleri sağlanmaktadır. Hemşireler, hastanın ameliyat öncesi eğitimini ve hazırlıklarını yapmaktadır. Serviste hazırlıkları tamamlanan hastalar birinci katta bulunan ameliyathaneye gönderilmekte, operasyon bittikten sonra servise çıkarılmaktadır.

Genel durumu iyi olan ve komplikasyon gelişmeyen hastalar bir veya iki gün serviste yattıktan sonra taburcu edilmektedir.

Üroloji servisinde taburculuk öncesi komplikasyonları açıklayan planlı bir eğitim programı bulunmamaktadır. Ameliyatın birinci ayının ve altıncı ayın sonunda rutin kontroller uygulanmaktadır. Bunun dışında hastalara, ameliyatla ilgili herhangi bir rahatsızlık görüldüğünde polikliniğe başvurularını yönünde bilgi verilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi'nde Üroloji servisinde son bir yıl içerisinde TUR-P ameliyatı yapılan bireyler oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini 2013 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi Üroloji servisinde TUR-P ameliyatı olmuş olan bireylerden oluşmaktadır. 2013 yılında TUR-P ameliyatı olan birey sayısı 149'dur. Ancak çalışmaya başlandığında 11 hasta tekrarlı ameliyat geçirdiği, 12 hasta taburculuk sonrasında hayatını kaybettiği, 20 hasta ise çalışmaya katılmayı istemediği için 106 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmamızda ölçekler arası en küçük korelasyon 0.61, en büyük korelasyon ise 0.80 arasında değerler bulunmuştur. NCSS (Number Cruncher Statistical System) paket programında R.0 (Baseline Correlation 0) alındığında alternatif korelasyon en düşük korelasyon katsayısı olan 0.61, $\alpha=0.05$, $N=106$ koşulunda çalışmanın gücü 0.99 olarak tespit edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırma kapsamına;

- 40 yaş üzerinde olan,
- İletişim sorunu yaşamayan, görme, işitme engeli olmayan,
- Bilinen herhangi bir psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan,
- Ameliyat olmasının üzerinden en az 6 ay geçmiş olan,

- Ön uygulamaya alınmayan,
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan (EK-IV), bireyler alınmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu (EK-I), Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Formu (International Index of Erectile Function - IIEF-5) (EK-II) ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (The Self-Efficacy Scale) (EK-III) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (60-64) incelenerek ve uzman görüşleri alınarak hazırlanan hasta tanıtım formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri ve yapılan ameliyata ilişkin bilgilerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formu bireyler ile yüz yüze görüşülerek ve hasta dosyası kontrol edilerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.2. ULUSLARARASI CİNSEL İŞLEV İNDEKSİNİN 5 SORULUK VERSİYONUNUN (IIEF-5) (EK-II)

Bu form 1997 yılında Raymond Rosen et al. (72) tarafından geliştirilen IIEF formunun Türkçe versiyonudur. 2007 yılında, Turunç ve ark. (73) tarafından soruların hassasiyeti ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi sonucunda IIEF-5 form kullanıma hazır hale gelmiştir (73).

Bu form, erkek hastalarda cinsel işlev bozuklukları ile ilgili 5 konuyu sorgulamaktadır. Hastanın cinsel fonksiyon için yeterli bir ereksiyona erişme ve sürdürme yeteneğini, tatmin derecesini ve belirli bir tedavinin güvenilirliğini yeterli şekilde yansıtmaktadır (72).

Özellikle son 6 aylık dönemde gelişen ED durumlarında kullanılmak üzere daha kısa bir şekli olan IIEF-5 kullanılmaya başlanmıştır. IIEF-5 formuna verilen 0 ile 5 arasında puanlanmış olup formdan, 21 ve daha düşük puan alan hastaların ED açısından incelenmelerinin gerekli olduğu bildirilmektedir (73). Ölçek 5’li likert tipi bir ölçektir ve her sorunun puanlaması seçenek sırasına göre birden beşe kadar değerler almaktadır. Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu kullanılarak yapılan ED sınıflandırması Tablo3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Erektile Disfonksiyonun Sınıflandırması

Düzeyle	Skor	Skor Kategori
Şiddetli	5-7	1
Orta	8-11	2
Hafif-Orta	12-16	3
Hafif	17-21	4
ED yok	22-25	5

Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formuna göre ED beş düzeyde sınıflandırılmaktadır. Skor puanı 22-25 aralığında ise ED yok, 17-21 aralığında ise hafif düzeyde, 12-16 aralığında ise hafif-orta düzeyde, 8-11 aralığında ise orta düzeyde, 5-7 aralığında ise şiddetli düzeyde ED varlığını ifade etmektedir (73).

Ölçeğin Kısa Formu olan IIEF-5 özellikle son 6 aydaki değişimleri değerlendirmesi nedeniyle ED yakınması olan bireylerin tespiti açısından daha uygun bulunmuştur (73).

Ölçeğin tüm sorular için korelasyon katsayısı $r=0.96$ ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Cronbach's alfa katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur (73). Çalışmamızda ise Cronbach's alfa değeri 0.97 olarak tespit edilmiştir.

3.4.3. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-III)

Sherer et al. (63) tarafından 1982 yılında davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir.

Türkçe formunun geçerlilik güvenirliliği Gözüm ve Aksayan (74) tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçeğin tüm ifadelerinin dahil edildiği Cronbach alfa iç tutarlılık

katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (74). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada cronbach's alfa değeri 0.94 olarak tespit edilmiştir.

Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeği 5'li likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. 23 maddelik ölçekte her bir madde için; 1: beni hiç tanımlamıyor, 2: beni biraz tanımlıyor, 3: kararsızım, 4: beni iyi tanımlıyor, 5: beni çok iyi tanımlıyor seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir.

Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır, ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 ve 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik-yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (74).

Ölçeğin dört alt boyutu vardır. Bunlar:

1. Davranışa başlama: 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20 ve 22. maddeleri,
2. Davranışı sürdürme: 4, 5, 6, 7, 10, 16 ve 19. maddeleri,
3. Davranışı tamamlama: 3, 8, 9, 15 ve 23. maddeleri,
4. Engellerle mücadele: 1, 13 ve 21. maddeleri içermektedir.

3.5. ÖN UYGULAMA

Araştırmada kullanılacak veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve işlerliğini tespit etmek amacıyla, Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi Üroloji Servisi'nde en az 6 ay önce TUR-P uygulanmış olan beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmada gerekli izinler alındıktan sonra veriler araştırmacı tarafından örnekleme alınan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve hasta kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır.

Veri toplama araçları, TUR-P ameliyatı yapıldıktan sonra en az 6 ay geçmiş olan bireyler polikliniğe kontrole geldikleri gün araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Görüşmeler poliklinikte boş bir muayene odasında, görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir şekilde yapılmış ve yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmış, sayısal veriler aritmetik ortalama ve standart sapma ($\bar{x} \pm SS$) şeklinde sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi (post-hoc: Tukey) kullanılmıştır. Yaş, EF, davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele ve beden kitle indeksi değerleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan hastaların IIEF-5 ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, öğrenim durumu, kronik hastalıklar gibi) ve TUR-P'ye ilişkin özellikleri, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır, Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gevher Nesibe Hastanesi'nden gerekli yazılı izin alınmıştır. Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilip, onayları yazılı olarak alınmış ve kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, sözlü ve yazılı olurları alınarak katılımcı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK-IV) imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

Transüretal prostat rezeksiyonu olan bireylerin erektil fonksiyon ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ($n=106$)

Değişkenler	n	%
Yaş		
59 yaş ve altı	22	20.8
60-64 yaş	15	14.2
65-69 yaş	32	30.2
70-74 yaş	18	17.0
75 yaş ve üzeri	19	17.8
($\bar{X} \pm SS$)	67±7.78	
Beden Kütle İndeksi		
20-24.9	33	31.2
25-29.9	61	57.5
30-39.9	12	11.3
($\bar{X} \pm SS$)	26.78±2.72	
TUR-P sonrası geçen süre		
7 ay	20	18.9
8 ay	6	5.7
9 ay	13	12.3
10 ay	13	12.3
11 ay	22	20.8
12 ay	16	15.0
13 ve üzeri ay	16	15.0
Operasyon sonrası geçen süre (ay olarak)		
($\bar{X} \pm SS$)	10.37±2.42	
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	18	17.0
İlkokul mezunu	47	44.3
Ortaokul mezunu	8	7.5
Lise mezunu	20	18.9
Yüksekokul /Üniversite mezunu	13	12.3
Kronik Hastalık Durumu		
Var	36	33.9
Yok	67	63.2

Bilmiyor	3	2.9
Sürekli İlaç Kullanım Durumu		
Kullanıyor	36	34.0
Kullanmıyor	70	66.0
Sürekli Kullanılan İlaç Türü (n=36)*		
Oral antidiyabetik	23	63.9
Antihipertansif	18	50.0
İnsülin	15	41.7
Bronkodilatatör	3	8.3
Kronik Hastalıklar (n=36)*		
Diabetes Mellitus	23	63.9
Hipertansiyon	18	50.0
KOAH**	3	8.3
Gelir Durumu		
İyi	37	34.9
Orta	62	58.5
Kötü	7	6.6
Yaşadığı Yer		
İl merkezi	70	66.0
İlçe	29	27.4
Köy	7	6.6
Aile Tipi		
Çekirdek	86	81.1
Geniş	20	18.9
Sigara Kullanım Durumu		
Kullanmıyor	16	15.1
Bıraktı	55	51.9
Kullanıyor	35	33.0
Kahve Kullanım Durumu		
Kullanmıyor	98	92.5
Kullanıyor	8	7.5
Alkol Kullanım Durumu		
Kullanmıyor	98	92.5
Kullanıyor	8	7.5

* Yüzdeler *n* üzerinden hesaplanmıştır.

** KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 67 ± 7.78 olup, %30.2’si 65-69 yaş grubunda, BKİ ortalamaları 26.78 ± 2.72 olup, %68.8’i hafif şişman ve şişman grubunda yer almaktadır.

Hastaların %20.8’i ile ameliyat sonrasında 11 ay geçtikten sonra çalışmaya katılmıştır ve ameliyat sonrası geçen süre ortalamaları 10.37 ± 2.42 aydır. Hastaların %44.3’ü ilkokul mezunu, %36.8’inde bir kronik hastalık bulunmakta, %34.0’ı sürekli bir ilaç kullanmaktadır.

Hastalar, gelir düzeylerini çevresiyle kıyasladığında %58.5’i orta olarak sınıflandırmıştır. Hastaların %81.1’i çekirdek aile yapısına sahiptir ve %66’sı şehir merkezinde yaşamaktadır.

Hastaların %33.0'ı halen sigara içmeye devam etmekte, yarısı sigarayı bırakmış, %7.5'i günde en az bir fincan kahve içmekte ve %7.5'i düzenli olmamakla birlikte alkol tüketmektedirler.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=106)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
Prostat Tanısı Olan Yakını		
Var	36	34.0
Yok	70	66.0
Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu		
Alan	57	53.8
Almayan	49	46.2
Ameliyat Öncesi Eğitim Alınan Kişi (n=57)		
Doktor	54	94.7
Hemşire	3	5.3
Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi*		
Yeterli	65	61.3
Yetersiz	41	38.7
Hastalığa İlişkin Bilgi Alınan Kaynak		
Doktor	61	57.5
Hemşire	7	6.6
Kitap/ İnternet	13	12.3
Aynı hastalığa sahip başka bireyler	25	23.6
Hastalığa İlişkin Alınan Bilginin Yeterliliği		
Yeterli	51	48.1
Yetersiz	55	52.9
Başka Ameliyat Geçirme Durumu		
Geçiren	35	33.0
Geçirmeyen	71	67.0
TUR-P sonrası Komplikasyon Görülme Durumu **		
Görülen	21	19.8
Görülmeyen	85	80.2
Komplikasyonlarla Baş etme Yöntemi n=21		
Hastaneye Başvuran	17	81.0
Kendiliğinden sorunun geçmesini bekleyen	4	19.0

* Kendi ifadesine göre

** Görülen komplikasyonların tümü kanamadır.

Tablo 4.2'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların %34.0'ının birinci derece yakınında prostat hastalığı olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi eğitim alan hastaların %53.8'in tamamına yakını (%94.7) bu eğitimi doktorlardan, sadece %5.3'ü hemşirelerden aldığını belirtmiş ve eğitim aldığını ifade edenlerin yarıdan fazlası aldığı eğitimi yeterli bulmuştur.

Hastalığa ilişkin bilgileri ise %57.1'i doktordan, %6.6'sı hemşireden, %12.3'ü kitap/internette, %23.6'sı ise hastalığı yaşamış olan diğer bireylerden edinmiştir. Bireylerin %33.0'ı daha önce başka bir ameliyat geçirmiş ve %19.8'i TUR-P ameliyatı sonrası bir komplikasyon yaşamıştır. Yaşanan komplikasyonlarla baş etmek için %81.0'ı hastaneye başvurmuş, %19.0'ı ise herhangi bir şey yapmamış komplikasyonun kendiliğinden düzelmesini beklemiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Eretil Disfonksiyon Düzeylerine Göre Dağılımı ($n=106$)

Değişkenler	<i>n</i>	%
Şiddetli	49	46.2
Orta	15	14.2
Hafif- Orta	18	17.0
Hafif	20	18.8
Eretil Disfonksiyon Yok	4	3.8

Tablo 4.3'de hastaların eretil fonksiyonlarına göre dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların %46.2'sinde şiddetli düzeyde, %14.2'sinde orta düzeyde ve %18.8'inde hafif düzeyde ED görülmüş olduğu belirlenirken, %3.8'inde ED görülmemiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Eretil Disfonksiyon Düzeylerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Eretil Disfonksiyon Düzeyleri ($n=106$)					Toplam
	Şiddetli	Orta	Hafif-Orta	Hafif	ED Yok	
Yaş	%	%	%	%	%	%
59 yaş ve altı	4.5	9.0	27.4	45.6	13.5	100
60-64 yaş	6.7	33.4	26.6	26.6	6.7	100
65-69 yaş	46.8	21.8	15.7	15.7	0	100
70-74 yaş	77.8	0	16.7	5.5	0	100
75 yaş ve üzeri	94.7	5.3	0	0	0	100
Eğitim düzeyi						
Okur - Yazar	83.3	16.7	0.0	0.0	0.0	100
İlkokul	55.2	14.9	12.8	12.8	4.3	100
Ortaokul	37.5	0.0	50.0	12.5	0.0	100
Lise	15.0	10.0	25.0	45.0	5.0	100
Üniversite ve Üzeri	15.3	23.1	23.1	30.8	7.7	100

Kronik Hastalık Durumu						
Var	66.7	19.4	11.1	2.8	0.0	100
Yok	32.8	11.9	20.9	28.4	6.0	100
Bilmiyor	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
Sürekli İlaç Kullanımı						
Kullanıyor	72.2	16.7	11.1	0.0	0.0	100
Kullanmıyor	32.8	12.9	20.0	28.6	5.7	100
Sigara Kullanımı						
Kullanmıyor	47.3	12.7	16.4	20.0	3.6	100
Bıraktı	51.4	20.0	8.6	17.1	2.9	100
Kullanıyor	31.3	6.2	37.5	18.8	6.2	100
Kahve Kullanımı						
Kullanıyor	25.0	12.5	37.5	0.0	25.0	100
Kullanmıyor	48.0	14.3	15.3	20.4	2.0	100
Alkol Kullanımı						
Kullanıyor	50.0	0.0	12.5	12.5	25.0	100
Kullanmıyor	45.9	15.3	17.3	19.5	2.0	100
Ameliyat öncesi Eğitim Alma						
Alan	36.8	12.3	19.3	24.6	7.0	100
Almayan	57.2	16.3	14.3	12.2	0.0	100
Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi						
Yeterli	35.4	16.9	18.4	23.1	6.2	100
Yetersiz	63.4	9.8	14.6	12.2	0.0	100
TUR-P sonrası Komplikasyon Görülme Durumu						
Görülen	57.1	14.3	19.0	4.8	4.8	100
Görülmeyen	43.5	14.1	16.5	22.4	3.5	100

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve erektil disfonksiyon düzeylerine göre dağılımları Tablo 4.4'de verilmiştir. Yaş ile ED düzeyleri incelendiğinde 59 ve altındaki yaş grubunun yarıya yakınında (%45.6) hafif düzeyde ED görülürken, 75 yaş ve üzeri grubun tamamına yakınında (%94.7) şiddetli düzeyde ED görülmektedir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde okur yazar hastaların %83.3'ünde, ilkokul mezunu olanların %55.2'sinde şiddetli ED görülmektedir.

Kronik hastalığı olanların %69.2'sinde, sürekli ilaç kullananların %72.2'sinde şiddetli düzeyde ED görülürken, kronik hastalığı olmayanların ve sürekli ilaç kullanmayanların sadece %32.8'inde ve kronik hastalık olup olmadığını bilmeyenlerin tamamında ED şiddetli düzeyde görülmektedir.

Hastalardan sigara (%31.3), kahve (%25.0), alkol (%50.0) kullananlarda şiddetli ED görülmüştür. Ameliyat öncesi eğitim alanlarda (%7) ED görülmezken, yetersiz eğitim aldığı ifade eden bireylerin %36.8'inde şiddetli düzeyde ED görülmektedir. Ameliyat sonrası komplikasyon görülen hastaların %57.1'inde şiddetli düzeyde ED görüldüğü bulunmuştur.

Tablo 4.5. Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Eretil Fonksiyon Ölçek Puan Dağılımları

Değişkenler	Eretil Fonksiyon Ölçeği Toplam Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Prostat Tanısı Olan Yakını		
Var	12.69±6.27	0.024
Yok	9.85±5.40	
Ameliyat öncesi Eğitim Alma Durumu		
Alan	12.31±6.16	0.003
Almanya	9.08±4.95	
Eğitimin Yeterliliği		
Yeterli	12.19±6.14	0.020
Yetersiz	9.54±5.28	
Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi		
Yeterli	11.93±6.04	0.012
Yetersiz	9.04±5.07	
Başka Ameliyat Geçirme Durumu		
Geçiren	8.31±5.11	0.002
Geçirmeyen	12.05±5.81	

Eretil fonksiyon ölçek puanlarının hastalığa ilişkin özelliklere göre dağılımları Tablo 4.5'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde prostat tanısı almış yakını olmayan ($p=0.024$), ameliyat öncesi eğitim almayan ($p=0.003$), almış oldukları eğitimi yetersiz bulan ($p=0.020$), hastalığa ilişkin yetersiz bilgiye sahip olduğunu düşünen ($p=0.012$), başka bir cerrahi girişim tecrübesi olan ($p=0.002$) hastaların ED düzeyleri orta ve şiddetli düzeyde bulunmuştur.

Tablo 4.6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Eretil Fonksiyon Ölçek Puan Dağılımları

Tanıtıcı özellikler	Eretil Fonksiyon Ölçeği Toplam Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>

Yaş		
59 yaş ve altı	15.63±4.76 ^{a,b,c,d}	
60-64 yaş	10.21±5.36 ^{a,b,c}	
65-69 yaş	7.72±4.33 ^{a,b}	0.001
70-74 yaş	5.92±2.12 ^{a,c}	
75 yaş ve üzeri	5.83±2.12 ^d	
Eğitim düzeyi		
Okur- Yazar	5.88±1.36 ^a	
İlkokul	9.59±5.47 ^{a,c}	
Ortaokul	12.00±5.80 ^{b,c}	0.001
Lise	15.15±5.17 ^b	
Üniversite ve üzeri	10.82±5.84 ^b	
Kronik Hastalık Durumu		
Var	7.55±3.53 ^a	
Yok	12.80±6.05 ^b	0.001
Bilmiyor	5.66±1.15 ^a	
Sürekli İlaç Kullanımı		
Kullanan	7.08±2.97	0.001
Kullanmayan	12.74±6.03	
Gelir Durumu		
İyi	13.51±6.11 ^a	
Orta	9.48±5.19 ^b	0.002
Kötü	8.42±5.31 ^{a,b}	
Yaşadığı Yer		
İl Merkezi	11.55±6.02	
İlçe	9.79±5.52	0.206
Köy	7.71±3.86	
Aile Tipi		
Çekirdek	11.56±5.87	0.006
Geniş	7.60±4.53	
Sigara Kullanımı		
Kullanmıyor	11.00±6.07	
Bıraktı	9.74±5.54	0.266
Kullanıyor	12.56±5.47	
Kahve Kullanımı		
Kullanmayan	13.25±6.49	0.300
Kullanan	10.62±5.77	
Alkol Kullanımı		
Kullanıyor	12.62±7.67	0.502
Kullanmıyor	10.67±5.69	

* Alfabetik üst simgedeki harflerin aynı olması gruplar arasında farkın anlamlı olmadığını farklı olması ise anlamlı olduğunu ifade eder.

Tablo 4.6'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre erektil fonksiyon ölçek puan dağılımları yer almaktadır. Hastalardan köyde yaşayanların ($p=0.206$), sigarayı bırakanların ($p=0.266$), kahve tüketme alışkanlıkları olmayanların ($p=0.300$), alkol kullanmayanların ($p=0.502$) EF puan ortalamaları daha düşük olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistik olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yaş grubu olarak daha genç yaşta olması ($p<0.001$), eğitim düzeylerinin yüksek olması ($p<0.001$), sürekli ilaç kullanmama ($p<0.001$), gelir düzeyleri yüksek olması ($p=0.002$), kronik

hastalığının olmaması ($p=0.001$) ve çekirdek aile ile yaşama ($p=0.006$) EF puan ortalamalarını yükseltmektedir.

Tablo 4.7. Hastaların Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamaları ($n=106$)

Değişkenler	Madde Sayısı	Puan Aralığı	($\bar{X} \pm SS$)
Davranışa Başlama	8	8-40	24.60±8.38
Davranışı Sürdürme	7	7-35	22.07±8.62
Davranışı Tamamlama	5	5-25	19.33±4.34
Engellerle Mücadele	3	3-15	7.94±4.34
Toplam	23	23-115	74.70±22.22

Tablo 4.7’de hastaların ÖEY ölçeği alt gruplarına göre puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde toplam puanın yüksek olduğunu (74.70), davranışa başlama (DB) (24.60±8.38), davranışı sürdürme (DS) (22.07±8.62), davranışı tamamlama (DT) (19.33±4.34), engellerle mücadele (EM) alanlarında hastaların, ortalama puan aralıklarının üzerinde (7.94±4.34) puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz- Etkililik-Yeterlilik Ölçek Puan Dağılımları

Değişkenler	Öz- Etkililik -Yeterlilik Ölçeği				
	DB $\bar{X} \pm SS$	DS $\bar{X} \pm SS$	DT $\bar{X} \pm SS$	EM $\bar{X} \pm SS$	Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
Yaş					
59 yaş ve altı	30.08±6.77 ^{a,b,c}	28.45±6.41 ^{a,b}	21.64±3.63 ^{a,b,c}	19.33±4.34 ^{a,b,c,d}	90.13±17.87 ^{a,b,c}
60-64 yaş	24.96±8.12 ^a	22.15±8.37 ^{a,c}	19.59±4.25 ^b	9.32±2.91 ^{a,b}	75.06±22.16 ^a
65-69 yaş	19.00±6.73 ^a	15.50±6.34 ^a	16.22±3.54 ^{a,c}	7.59±2.63 ^{a,b}	57.33±16.53 ^a
70-74 yaş	18.23±5.11 ^b	16.00±4.50 ^b	17.15±4.20 ^c	6.16±2.89 ^{a,c}	59.84±9.71 ^b
75 yaş ve üzeri	19.50±6.86 ^c	15.16±5.91 ^b	17.83±3.76 ^c	6.92±2.75 ^{a,d}	62.00±16.03 ^c

<i>p</i>	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Eğitim					
Okur- Yazar	18.05±3.01 ^a	15.33±4.41 ^a	15.00±3.16 ^a	5.38±1.50 ^a	54.83±9.27 ^{a,b,c}
İlkokul	22.59±8.31 ^a	20.10±8.53 ^{a,b}	20.10±8.53 ^b	7.61±2.81 ^b	70.00±21.36 ^{a,c}
Ortaokul	26.00±7.23 ^{a,b}	25.00±8.12 ^{b,c}	25.00±8.12 ^{b,c}	8.00±2.67 ^{a,b,c}	81.62±16.86 ^b
Lise	28.85±7.65 ^b	26.80±7.02 ^b	26.80±7.02 ^{b,d}	9.10±2.55 ^{b,c}	86.35±19.77 ^{a,c}
Üniversite ve üzeri	33.53±3.99 ^b	29.46±6.46 ^b	29.46±6.46 ^{c,d}	10.84±2.73 ^c	97.07±13.69 ^a
<i>p</i>	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Kronik Hastalık					
Var	20.72±6.85 ^a	19.08±7.04 ^a	18.39±3.94	7.16±2.36	66.00±16.86 ^a
Yok	26.86±8.33 ^b	24.05±8.89 ^b	19.95±4.48	8.34±3.17	79.77±23.44 ^b
Bilmiyor	20.66±10.50 ^a	13.66±4.93 ^a	17.00±4.35	8.33±4.04	61.33±21.12 ^a
<i>p</i>	0.001	0.002	0.055	0.069	0.002
Sürekli İlaç Kullanımı					
Kullanan	19.94±6.74	18.33±7.17	17.97±3.90	6.91±2.03	64.41±16.62
Kullanmayan	27.00±8.16	24.00±8.71	20.04±4.41	8.47±3.23	80.00±22.98
<i>p</i>	0.001	0.001	0.016	0.010	0.003
Gelir Durumu					
İyi	28.70±8.20 ^a	26.13±8.47 ^a	21.59±3.71 ^a	9.45±3.09 ^a	86.70±22.17
Orta	22.48±7.69 ^b	19.88±7.93 ^b	18.24±4.11 ^b	7.22±2.37 ^b	68.43±19.33
Kötü	21.71±8.05 ^{a,b}	20.00±8.64 ^{a,b}	17.14±5.08 ^b	6.28±4.07 ^b	66.87±23.03
<i>p</i>	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Yaşadığı Yer					
İl Merkezi	25.32±8.68	22.54±8.89	20.11±4.15 ^a	8.35±3.00	76.95±23.20
İlçe	23.62±8.44	22.13±8.59	18.44±4.46 ^{a,b}	7.44±2.98	72.75±21.03
Köy	21.42±2.93	17.14±4.14	15.28±2.92 ^b	5.85±0.69	60.28±8.42
<i>p</i>	0.518	0.439	0.020	0.123	0.143
Aile Tipi					
Çekirdek	25.34±8.48	22.56±8.68	19.83±4.31	8.24±3.00	76.56±22.57
Geniş	21.40±7.30	19.95±8.24	17.20±3.86	6.65±2.45	66.70±19.17
<i>p</i>	0.043	0.215	0.011	0.017	0.121
Sigara Kullanımı					
Kullanmıyor	25.36±8.49	23.23±8.80 ^a	19.90±4.26	8.00±2.93	77.30±22.72
Bıraktı	22.11±8.37	19.08±7.96 ^b	18.02±4.29	7.74±2.79	67.80±20.75
Kullanıyor	27.43±6.93	24.62±8.04 ^a	20.25±4.34	8.18±3.60	80.87±21.14
<i>p</i>	0.067	0.035	0.088	0.868	0.067
Kahve Kullanımı					
Kullanıyor	31.00±6.59	28.00±5.04	21.75±2.12	8.50±2.77	90.87±12.92
Kullanmıyor	24.08±8.32	21.59±8.69	19.14±4.42	7.89±2.99	73.38±22.34
<i>p</i>	0.024	0.043	0.103	0.573	0.015
Alkol Kullanımı					
Kullanıyor	26.37±9.63	20.50±9.85	17.37±5.42	7.87±3.44	73.00±26.32
Kullanmıyor	24.45±8.31	22.20±8.56	19.50±4.23	7.94±2.94	74.84±22.01
<i>p</i>	0.600	0.648	0.312	0.954	0.462

* Alfabetik üst simgedeki harflerin aynı olması gruplar arasında farkın anlamlı olmadığını farklı olması ise anlamlı olduğunu ifade eder.

Tablo 4.8'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÖEY ölçek puan dağılımları yer almaktadır. Hastalardan il merkezinde yaşayanların, sigara ve alkol alışkanlıkları olanların davranışa başlama puan ortalamaları; il merkezinde yaşayanların, çekirdek

aileye sahip olanların, alkol kullanmayanların davranışı sürdürme puan ortalamaları; kronik hastalığı olmayanların, sigara kullananların, düzenli kahve kullanma alışkanlıkları olanların, alkol kullanmayanların davranışı tamamlama puan ortalamaları; sigara, kahve kullananların, alkol kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların, il merkezinde yaşayanların engellerle mücadele puan ortalamaları; il merkezinde yaşayanların, çekirdek aileye sahip olanların, sigara, alkol kullanmayanların ÖEY toplam puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte istatistiki olarak, gruplar arasındaki fark anlamsızdır ($P>0.05$).

Hastaların yaşları diğer gruplara göre daha düşük olanların, eğitim düzeyleri yüksek olanların, sürekli ilaç kullanmayanların ve gelir düzeyleri yüksek olanların, öz-etkililik-yeterlilik puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kronik hastalığı olmayanların; DB, DS ve ÖEY toplam puan ortalamaları; il merkezinde yaşayanların DT, çekirdek aile ile yaşayanların DB, DT, EM puan ortalamaları; kahve kullanma alışkanlıkları olanların DB, DS, ÖEY toplam puan ortalamaları ve sigara kullananların ise DS puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında görülen fark istatistiki olarak da anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçek Puan Dağılımları
Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı

Değişkenler	DB $\bar{X} \pm SS$	DS $\bar{X} \pm SS$	DT $\bar{X} \pm SS$	EM $\bar{X} \pm SS$	Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
Prostat Tanısı Olan Yakını					
Var	27.47±7.74	25.08±7.81	20.91±4.20	8.58±2.77	83.25±20.05
Yok	23.12±8.37	20.52±8.66	18.52±4.21	7.61±3.03	70.31±22.14
<i>p</i>	0.010	0.008	0.007	0.024	0.020
Ameliyat Öncesi Eğitim Alma					
Alan	26.85±8.74	23.68±9.28	20.14±4.50	8.45±3.13	79.70±24.14

Almayan	21.97±7.17	20.20±7.44	18.40±3.98	7.34±2.67	68.89±18.37
<i>p</i>	0.002	0.035	0.038	0.052	0.003
Eğitimin Yeterliliği					
Yeterli	26.27±8.89	23.62±9.49	20.01±4.70	8.15±3.07	78.64±24.63
Yetersiz	23.05±7.63	20.63±7.53	18.70±3.91	7.74±2.88	71.05±19.25
<i>p</i>	0.048	0.074	0.124	0.480	0.001
Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi					
Yeterli	26.33±8.14	23.86±8.75	19.92±4.49	8.27±2.96	79.12±22.31
Yetersiz	21.85±8.10	19.24±7.70	18.41±3.98	7.41±2.93	67.70±20.45
<i>p</i>	0.007	0.005	0.074	0.146	0.183
Başka Ameliyat Geçirme Durumu					
Geçiren	21.91±7.53	19.74±7.73	18.94±4.31	7.62±2.64	69.25±18.77
Geçirmeyen	25.92±8.51	23.22±8.85	19.53±4.37	8.09±3.12	77.39±23.40
<i>p</i>	0.016	0.041	0.510	0.421	0.030

Hastalığa ilişkin özelliklere göre ÖEY ölçek puan dağılımları Tablo 4.9'da yer almaktadır. Hastalardan prostat tanısı almış olan yakınları olanların tüm alt boyut puanlarında ve toplam puan ortalamasında, ameliyat öncesi eğitim alanların EM haricinde diğer alt boyut puanlarında ve toplam puanda, hastalığa ilişkin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin DB, DS; TUR-P ameliyatı öncesi başka bir cerrahi girişim tecrübesi olanların DB, DS ve toplam puan ortalamalarında; eğitimi yeterli bulanlarda ise DB puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları yüksektir, aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Ameliyat öncesi eğitim alanların EM, almış oldukları eğitimi yeterli bulanların DS, DT, EM, hastalığa ilişkin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin DT, EM ve toplam puan ortalamaları, TUR-P ameliyatı öncesi başka bir cerrahi girişim tecrübesi olanların

DT, EM puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Yaş, Eretil Fonksiyon, Davranışa Başlama, Davranışı Sürdürme, Davranışı Tamamlama, Engellerle Mücadele, Yaş ve Beden Kütle İndeksi Değerleri Arasındaki İlişkilerin Korelasyonu

DEĞİŞKENLER	EF	DB	DS	DT	EM	Yaş	BKI
EF	1	0.802**	0.793**	0.621**	0.608**	-0.692**	-0.017
DB		1	0.859**	0.694**	0.649**	-0.586**	0.003
DS			1	0.767**	0.639**	-0.618**	-0.030
DT				1	0.637	-0.418	0.024
EM					1	-0.347**	-0.083
Yaş						1	-0.030
BKI							1

* <0.05 , ** <0.01

EF: Eretil Fonksiyon, **DB:** Davranışa Başlama, **DS:** Davranışı Sürdürme, **DT:** Davranışı Tamamlama, **EM:** Engellerle Mücadele

Tablo 4.10'da Yaş, erektil fonksiyon, davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele, yaş ve BKI değerleri arasındaki ilişkilerin Korelasyonu gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde EF düzeyi yükseldikçe DB değerlerinin de artacağı istatistiki olarak yüksek düzeyde ($p<0.05$), EF düzeyi yükseldikçe DS değerlerinin de artacağı istatistiki olarak iyi düzeyde ($p<0.05$), EF düzeyi yükseldikçe DT değerlerinin de artacağı istatistiki olarak iyi düzeyde ($p<0.05$), EF düzeyi yükseldikçe EM değerlerinin de artacağı istatistiki olarak iyi düzeyde ($p<0.05$), EF düzeyi yükseldikçe yaş değerlerinde azalmanın olacağı ilişkisi iyi düzeyde ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. EF düzeyindeki artışla BKI değerlerindeki düşeceği yönünde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur($p>0.05$).

Davranışı başlatma değerlerindeki artışla DS değerlerinin de artacağı yönünde çok iyi düzeyde, DT değerlerindeki artışla EM değerlerinin de artacağı yönünde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. DB değerlerindeki artışla yaş arasında azalmanın görüleceği orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Davranışı sürdürme değerlerindeki artışla birlikte ile DT ve EM değerlerinin de artacağı yönünde iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. DS değerlerindeki artış ile yaş değerlerinin azalacağı yönünde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Davranışı tamamlama değerlerindeki artışla EM değerlerinin de artacağı yönünde iyi düzeyde, DT değerlerindeki artışla yaş değerlerinin azalacağı şeklinde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda;

- ✓ Transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı sonrası erektil disfonksiyon;
- ✓ Transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı sonrası öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır.

1. Transüretal Prostat Rezeksiyonu Ameliyatı Sonrası Eretil Disfonksiyon

Ürolojik cerrahi girişimler arasında en sık yapılan cerrahi işlem olan TUR-P olumlu sonuçlarının yanında birçok yönden riskleri de olan bir operasyondur (24). TUR-P işlemi sonrasında hastalarda sık görülen sorunlar arasında ED yer almaktadır (25).

Burnett et al. (35) tarafından yapılan çalışmada hastaların çoğunda ED şikayetlerinin görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre de TUR-P sonrası hastaların %27.5'inde subjektif olarak ereksiyon kalitesinde azalma olduğu belirtilmiş, %63.6'sında ise ED riskinde artış olduğu belirlenmiştir (75). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise 40 yaş üzeri bireylerin yarısından fazlasında ED geliştiği bildirilmiştir (11).

Çalışmalar ED ile yaş arasındaki ilişkiyi net olarak gösteremese de genel olarak yaşın ilerlemesine bağlı olarak ED görülme hızı da artmaktadır (53,56,57). Çalışmamızda hastaların yaş ortalamaları 67 ± 7.78 olup neredeyse tamamında değişik düzeylerde ED görülmüştür (Tablo 4.3). Ayrıca yaş ilerledikçe hastaların ED düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4.6). Çalışmamızda ED görülme hızının yüksek olması hastaların büyük çoğunluğunun ileri yaşta olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sonuçlarımız, TUR-P sonrası yaş artışıyla birlikte ED'nin daha sık görüleceği görüşünü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda ED ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (57-61). Selvin et al. (60) çalışmasında orta düzeyin altında eğitimi olan bireylerde ED görülme hızının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Eğitim düzeyindeki artışla birlikte bireylerin sağlık algısı da değişim göstermektedir. Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu tutumları da daha yüksektir (67,76,77). Bu nedenle eğitim düzeyindeki artışın ED görülme oranını azaltacağı düşünülebilir. Çalışmamızda da okur-yazar olan hastalarda şiddetli ED görülme hızı %83.3 iken, üniversite ve üzeri mezunlarda bu hız %15.3'tür ($p < 0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.6). Nicolasi et al. (82) tarafından yapılan çalışmada lise altı eğitim düzeyine sahip bireylerin %57.9'unda ED gözlenmiştir. Akkuş ve ark.'nın (81) ülkemizde yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre eğitim düzeyi düşük olan bireylerde daha sık ED görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Buna neden olarak ise Araujo et al. (83) hastalarda ED ile birlikte depresif semptomların da görüldüğünü bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmanın sonuçları da ED üzerinde eğitim düzeyi ile depresyon ilişkisine değinilmiş, eğitimin sağladığı psikososyal destekle depresyon ve ED'nin daha az görülmesine neden olacağı düşünülmüştür (84).

Kronik hastalıkların komplikasyonları ile ED arasındaki ilişki bilinen bir gerçektir. Özellikle HT, DM, nörolojik rahatsızlıklar gibi hastalıklar hem sinir iletimini hem de

kanlanmayı bozacağından EF'yi olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kronik hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların yan etkilerinin ED görülmesine sebep olacağı da bilinmektedir (57,59,77-79). Çalışmamızda da kronik hastalığı bulunan bireylerin tamamında değişik düzeylerde, yarısından fazlasında ise şiddetli düzeyde ED tespit edilmiş olup özellikle kronik hastalığa bağlı sürekli ilaç kullanımı ile ED arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3, Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda da özellikle antihipertansif ve antidiyabetik ilaç kullanımı ile ED arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (57,59,77-79).

Amerika'da yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre ED görülen bireylerin %38.6'sında DM, %42.8'inde HT, %17'sinde ise hiperkolesterolemiyle ilişkili kalp rahatsızlıkları olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada ED görülen bireylerin tamamına yakınında bir kronik hastalığın bulunduğu bildirilmiştir (80). Ülkemizde Akkuş ve ark.'nın (81) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de prostat, HT ve DM ile ED arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin ekonomik durumları yaşamlarını birçok yönden etkilemektedir. İnsanlar üzerinde büyük bir stres yaratan ekonomik sorunlar, libidoda azalmaya da neden olmaktadır (81). Ayrıca ekonomik yöndeki kayıplarla birlikte bireylerin öncelikleri de değişir ve sağlık harcamalarına verdikleri önem de azalabilir. Akkuş ve ark. (81) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyleri düşük olan bireylerde ED'un daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Çalışmamızda gelir durumunu iyi olarak belirten hastaların ED puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ED ile gelir düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin sosyal destek, sağlığı koruma ve tedaviye erişme konularında daha az sorun yaşayacakları düşünüldüğünde bu hastalarda ED görülme oranı daha düşük olabilir düşüncesindeyiz.

Sigara, alkol ve kahve tüketimi damar yapısını bozarak ED görülme oranını arttırmaktadır (60-62). ED düzeyleri ile alkol, kahve, sigara kullanımı arasında net bir ilişkiden söz edilemese de Selvin et al.'ın (60) çalışmasında ED görülen bireylerin %27.2'sinin aktif olarak sigara kullandığı ve sigara ile ED arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Akkuş ve ark.'nın (81) çalışmasında ise sigara, kahve, alkol kullanan bireylerin EF puan ortalamaları daha düşük çıkmış, sadece alkol kullanımının ED üzerine olumsuz etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda sigara kullanan hastalarda şiddetli düzeyde olmak üzere kahve ve alkol kullanan hastalarda ED düzeyleri yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızda sigara, kahve, alkolün tüketim miktarları detaylı sorgulanmadığı için ED ile aralarındaki ilişki gösterilememiş olabilir.

Çalışmamızda ameliyat öncesi dönemde mevcut durumlarına ilişkin eğitim almayan ve hastalığa ilişkin bilgi düzeyini yetersiz olarak ifade eden hastaların yarısından fazlasında şiddetli ED geliştiği tespit edilmiştir (Tablo 4.4)

Ameliyat öncesi verilen eğitimin komplikasyonların önlenmesi, anksiyete ve stres düzeyini düşürdüğü birçok çalışmada belirtilmiştir (85-88). Ayrıca prostata yönelik yapılan ameliyatlarda ameliyat öncesi eğitim verilen bireylerin, verilmeyenlere göre ameliyat sonrası dönemde ED görülme sıklığının daha düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (87,88). Eğitimin sağlayacağı psikososyal destek yardımıyla ED'nin psikolojik olarak önleneceği düşünülebilir. Çalışmamızda ameliyat öncesi eğitim verilen bireylerde ED görülme şiddetinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

2. Transüretal Prostat Rezeksiyonu Ameliyatı Sonrası Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri

Öz- etkililik- yeterlilik ve YK kavramları arasında yakın bir ilişki olduğu birçok çalışma ile ortaya çıkarılmıştır (20,21,89-91). YK'ni yükselten etmenlerden birisi de kişinin sağlık algısıdır. BPH tedavisi sonrasında görülen ED ise yeni bir sorundur. ED mevcut kronik hastalığa ek olarak görülen kronik bir durum olduğu için kişinin sağlık algısını da olumsuz etkileyecektir. ED fiziksel sağlık yanında ruhsal sağlıktan da doğrudan etkileneceği için ruhsal sağlık üzerine de olumsuz bir etki gösterecektir. Literatürde BPH'lı hastalar üzerinde ÖEY ile ilgili çalışma bulunmadığı için ölçek puan karşılaştırmaları mevcut olan diğer çalışmalarla yapılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre DB puan ortalaması 24.60 olarak bulunmuştur. En düşük puanın 8 olduğu ve en yüksek puanın 40 olduğu bu alt ölçek değerine göre orta düzeyde bir DB değeri olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde, DS alt ölçeği de orta düzeydedir.

DT ve EM puan ortalamalarının ise, ortalamanın altında kaldığı görülmektedir. Bu puanların düşüklüğü davranışı tamamlama ve engellerle mücedelede yetersizliği

göstermektedir. Bireyin geçmiş tecrübeleri, çevresinde hastalığı yaşayan bireylerin olup olmaması ve inançları gibi birçok faktör EM düzeylerini etkilemektedir. Birey davranışını değiştirmeye karar verebilir ancak, engellerle mücadelede yetersizse davranışı tamamlayamama bu grup için risk oluşturur. Ayrıca ölçek toplam puan ortalamasının da orta düzeyde çıkması bu gruptaki kişilerin risk altında olduğunu düşündürmektedir (Tablo 4.7).

Elde edilen veriler sonucunda EF düzeyi daha düşük olan bireylerin ÖEY düzeylerinin de düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise hayatın önemli boyutlarından birisi olan cinsellikte yaşanan sorunların YK'ni ve dolayısıyla da ÖEY algısını olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Öz-etkililik-yeterlilik ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye baktığımızda; kronik hastalıklarla birlikte yaşam boyu ilaç kullanan hastaların DB, DS, DT, EM puan ortalamaları daha düşük ve istatistiki olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.8). Kronik hastalığa sahip olan bu bireylerin DM ve HT gibi kronik hastalıklar sonucunda ve ilaçların yan etkileriyle EF'yi olumsuz etkilenecek bu durumda YK'ni de düşürecektir (78-80). Bu nedenle özellikle DM ve HT hastası olan kişilerin bakımı planlanırken hastalıklarının dikkate alınması önemlidir.

Bağ (92) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyinin yüksek olması ile birlikte kişilerin öz bakım güçlerinin ve ÖEY'lerinin artacağı yapılan diğer çalışmada da bildirilmiştir. Çalışmamızda gelir düzeyini iyi olarak belirten hastaların DB, DS, DT ve EM puan ortalamalarının yüksek, aradaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.005$) (Tablo 4.8). Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin ekonomik stresörlerle karşılaşmaması, ekonomik düzeyi daha düşük bireylere göre sağlık kurumlarına daha rahat ulaşmaları gibi faktörler bireylerin ÖEY düzeylerinde etkili olmuş olabilir.

Sigara ve alkol kullanımının hem diğer kronik hastalıkları olumsuz etkileyeceği hem de BPH'nin neden olacağı komplikasyonları destekleyeceği düşünülmektedir. Yeşilbalkan ve Karadakovan'ın (93) yapmış olduğu çalışmada sigara ve alkolün ÖEY'yi etkilediği bildirilmiştir. Fakat yapmış olduğumuz çalışmada sigara ve alkol kullanımının ÖEY ile bir ilişkisi bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Sigara ve alkol tüketimi ile ilgili

detaylı verilerin elde bulunmamasına bağlı olarak etki ölçülmediğinden aralarındaki ilişkiler tespit edilememiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeylerindeki artışla DB, DS, DT ve EM puanlarının da arttığı ve bu artışın istatistiki olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Gözlenen bu artış ÖEY'nin bireylerin sağlık algısı ile ilişkisi olduğu için eğitim düzeyindeki artışlarla birlikte sağlığı geliştirme davranışlarında da artış beklenebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin problem çözme yetileri daha iyi geliştiği için ÖEY'nin yüksek olacağı düşünülebilir.

Armut (90) tarafından yapılan çalışmada ailenin sağlamış olduğu sosyal destek ile hastaların ÖEY düzeylerinin yükseleceği bildirilmiştir. Çalışmamızda aile tipi ile ÖEY arasındaki ilişki incelendiğinde DB, DS, DT, EM puan ortalamalarının çekirdek aile ile yaşayan bireylerin ÖEY puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo4.8). Fakat DS puan ortalamalarıyla aile tipi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Aile bireylerinin birlikte yaşadığı kişilerle olan uyumları sosyal destek açısından daha önemlidir. Davranışı sürdürme yönünden risk oluşturmaması için sosyal desteğin sağlanmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Bu araştırmanın sonucunda;

Transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatı sonrası ED görülen bireylerin ÖEY düzeylerinin daha düşük olduğu, EF ve ÖEY arasında pozitif bir ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Çalışma Sonucunda;

- TUR-P ameliyatı olacak bireylerin cinsellik yönünden değerlendirmelerine dikkat edilmeli, hastalarda sadece yakınmaya yönelik değil genel sağlık düzeyleri ve cinsellik boyutu da dikkate alınarak uygun ölçekler kullanarak düzenli aralıklarla ED'na yönelik risk düzeylerinin belirlenmesi, riskli gruptaki hastalara ED'na yönelik uygun tedavilerin uygulanması ve bu süreçte hemşirelerle ortak çalışılması,
- Hemşirelerin hastaların ED ve ÖEY düzeylerinin yaş, eğitim düzeyi, diğer kronik hastalıklar, tedavilerde kullanılan ilaçların yan etkileri, gelir durumu, hastalığa yönelik bilgi düzeyi ve tedaviye yönelik eğitim gibi değişkenlerden

etkilendiğinin farkında olması ve hasta bakımı planlarken risk faktörlerini göz önünde bulundurması,

- Hemşirelerin BPH tanılı hastalara hastalık ve yapılacak ameliyata yönelik eğitim planlayıp, uygulaması,
- Çalışmanın farklı kültürdeki hasta grubunda tekrarlanması,
- EF ve ÖEY düzeylerini geliştirmeyi hedefleyen deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Chute CG, Panser LA, Girman CJ et al. The prevalence of prostatizm: a population – based survey of urinary symptoms. J.Urol 1993; 150:85-89
2. Roehrborn CG. Benign prostatic hyperpilasia: An overview. Rev Urol 2005; 3:14-16
3. Gu FL, XIA TL, Kong XT. Preliminary study of the frequency of beign prostatic hyperplasia and prostatic cancer in China. Urology 1994; 4: 688-691
4. Güneş A.Malatya Yeşilyurt Bölgesinde 35 Yaş Üzerindeki Erkeklerde Prostatizm Semptomlarının Prevalansı ve Prostat Spesifik Antijen Serum Düzeyleri,Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Malatya 1996:53
5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlanma ve Sağlık İstatistikleri http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf global health and aging (Erişim Tarihi 27.12.2013)
6. Çam HK. Benign prostat hiperplazisi ve yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni 2005; 2: 25-27
7. Nickel C, Elhilali M, Emberton M et al. The beneficial effect of alfuzosin 10 mg once daily in ‘real-life’ practice on lower urinary tract symptoms (LUTS), quality of life and sexual dysfunction in man with LUTS and painful ejaculation. BJU International 2006; 97:1242-1246
8. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well- being in men and women: results from the EPIC study. BJU International 2008; 101: 1388-1395

9. Leary POM, LUTS, EDIQOL: alphabet soup or real concerns to aging man? *Urology* 2000; 56:7-11
10. Nekic VC, Tiljak H, Petricek G, et al Quality of life assesment of the male with benign prostate hypertrophy. *Ac ta Med Croatia* 2007; 61:49-55
11. Salinas SAS, Hernandez MI, Romero JG et al. Quality of life of patients on the waiting list for benign prostatic hyperplasia surgery. *Qual Life Res* 2001; 10: 543-553
12. Uluocak N. Küçükçekmece İlçesinde Benign Prostat Hiperplazisi ile İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. İstanbul 2001:107980
13. Schulam CC, Asplund R, Desgrandchamps F et al, The impact of nocturia on health status and quality of life in patients with Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH). *European Urology Supplement* 2005; 4: 1-8
14. Saigal CS, Joyce G. Economic costs of benign prostatic hyperplasia in the private sector *The Journal of Urol* 2005; 173:1309-1313
15. Wei JT, Calhoun E, Jacobseb SJ. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. *J.Urol* 2005; 173:1256-1261
16. Tanagho E, McAninch JW. ‘Smith Genel Üroloji’ Çev.Editörü:Kazancı G, Nobel Tıp Kitabevleri,Onaltıncı Baskı, İstanbul, 2004:154-160
17. Miner M, Rosenberg M.T, Perelman M.A. Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function. *Clinical Therapeutics* 2006;28:13-25
18. Larson TR. Current treatment options for benign prostatic hyperplasia and their impact on sexual function. *Urology* 2003;61: 692-698
19. Özkara H, Alıcı B, Akkuş E, Ataus Sve ark. Transvezikal Prostatektomi ameliyatlarının seksüel fonksiyon üzerine etkisi *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 1998;28: 115-160

20. Cunningham AJ, Lockwood GA, Cunningham JA. A relationship between perceived self- efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling* 1991; 17:71-78.
21. Smith GR, Johnston MV, Allen J:Self- care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81: 460-464
22. Callaghan DM. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy and self-care agency. *Nursing Science Quarterly*. 2003; 16: 247-254
23. Rutkow IM. Surgical operations in the United States. Then (1983) and now (1994)., *Arch Surg* 1997;132: 983-990
24. Holtgrewe HL, Mebust WK, Dowd JB, et al. Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in American urology. *J.Urol* 1989; 141: 248-53
25. Larson TR. Current treatment options for benign prostatic hyperplasia and their impact on sexual function. *Urology* 2003;61: 692-698
26. Zong HT, Peng XX, Yang CC, et al. The impact of transurethral procedures for benign prostate hyperplasia on male sexual functions: a meta analysis. *J.Androl* 2012; 33: 427-434
27. Saigal CS, Joyce G. Economic costs of benign prostatic hyperplasia in the private sector *The Journal Of Urol* 2005; 173:1309-1313
28. Wei JT, Calhoun E, Jacobseb SJ. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2005 ; 173:1256-61
29. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998;23: 5-42
30. Anafarta K, Bedük Y,Arıkan N ‘Temel Üroloji’, Güneş Kitabevi, 2007;Üçüncü Baskı.
31. Partin K, Peters N ‘Campbell Üroloji’ Çev.Edit.Anafarta K, Yaman Ö, Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005:188-199

32. Yiğit G. Erkeklerde Üreme İşlevleri ve Hormonal İşlemler, In: Guyton & Hall Tıbbi Fizyoloji (11. Basım) Guyton AC (eds), Nobel Tıp Kitabevi, Ankara,2007 p:999
33. Bishop P. Bipolar transurethral resection of the prostate a new approach. AORN Journal 2003;77: 5-19
34. Black MJ, Hawks HJ. Knee M. Management of men with reproductive disorders. Medical-Surgical Nursing, W.B.Saunders Company.2001:455-458
35. Burnett AL, Wein J.A . Benign prostatic hyperplasia in primary care: what you need to know, The Journal of Urology, 2006; 175, 3; 19-24
36. Lekili M, Müezzinoğlu T. Benign prostat hiperplazisi: epidemiyoloji ve doğal seyir, Cerrahi Tıp Bilimleri Üroloji Dergisi 2005;1:1-19
37. Müezzinoğlu T, Çam K 'Selim Prostat Büyümesinde Yaşam Kalitesi' Türk Üroloji Dergisi 2006; 32; 254-260
38. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 5.Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2005:377-419
39. Miranda J, Diez M, Bertran P. Quality-of-life assessment in patients with benign prostatic hyperplasia effects of various interventions. Pharmacoeconomics 2001; 19: 1079-1090
40. Boehm S, Burns Pc, Schlenk EA et al. Prostate cancer in african americanmen: Increasing knowledge and self-efficacy. Journal of Community Health Nursing 1995; 12:161-169
41. Phipps J.W,Sands K.J,Marek FJ. Medical-Surgical Nursing, Concepts&Clinical Practices, Mosby Company, Sixth Edition 1999:412-438
42. Sampson N, Madersbacher S, Berger P. Pathophysiology and therapy of benign prostatic hyperplasia.Wien Klin Wochenschr 2008;120:390-401
43. Gass R. Benign prostatic hyperplasia: the opposite effects of alcohol and coffee intake. BJU International 2002; 90:649–654

44. Smeltzer C.S, Bare BG. Benign prostatic hyperplasia brunner and studdarts textbooks of medical surgical nursing, Eighth Edition, Lippincott Company, Philadelphia,1996: 159-180
45. Meigs JB, Mohr B, Barry MJ et al. Risk factors for clinical benign prostatic hyperplasia in a community-based population of healthy aging men. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54: 935-944
46. Parsons JK, Sarma AV, McVary K et al. Obesity and benign prostat hyperplasia: clinical connects, emerging etiology paradigms and future directions. *Men's Health* 2013; 189: 102-106
47. Tuncel A, Atan A. Alt üriner sistem semptomlarına yönelik tedavilerin cinsel yaşam üzerine etkisi. *Erkek Cinsel Sağlığı Dergisi* 2004;19: 189-191
48. Gordon NS .Transurethral resection of the prostate. *BJU Int* 2007; 99: 354-357
49. Rassweiler J ,Teber D , Kuntz R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) incidence, management, and prevention *European Urology* 2006;50: 969–980
50. Holm R, Bakewell S, Transurethral resection syndrome—it does not have to be a mystery. *AORN J*2002; 75: 156-164
51. O'Connell B, Baker L, Munro I. The nature and impact of incontinence in men who have undergone prostate surgery and implications for nursing practice.*Contempt Nurse* 2007; 24:65-78
52. Turan T, Bolat D. Erektile disfonksiyon, in: Tekgül S. Üroloji Masaüstü Başvuru Kitabı, Ürolojik Cerrahi Derneği, Ankara 2006:132-139
53. Feldman H A, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J of Urology* 1994; 151:54-61
54. Wagner G, Fugl-Meyer KS. Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives. *Int J Impot Res* 2000; 12:144-146

55. Schwarzer R, Fuchs R. Self- efficacy and health behaviours, to appear in, Conner M, Norman P, Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models. Buckingham open university press 1996; 22: 89-97
56. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, et al. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population -based studies. *Int J Impot Res* 2002; 14:422-432
57. Yılmaz A, Kutlu R, Çivi S. Şeker hastalığı olan ve olmayan erkeklerde erektil disfonksiyon sıklığı:olgu kontrol çalışması. *Türk Üroloji Dergisi* 2008; 34:186-198
58. Polsky JY, Aronson KJ, Heaton PW et al. Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. *BJU* 2005; 96: 1355-1359
59. Bai Q, Xu QQ, Jiang H, et al. Prevalance and risk factors of erectile dysfunction in three cities of China. *Asian J Androl* 2006; 6:343-348
60. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in United States prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-544
61. Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med* 2007; 120: 151-157
62. Melman A, Gingell CJ. The Epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2005; 161:5-11
63. Sherer M, Maddux JE The self efficacy scale construction and valudation, *Psychological Reports*, 1982; 51: 663-671
64. Bandura A Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982; 37:122-147
65. Damrosch S. General strategies for motivating peaple to change their behavior, *Nurs Clin North* 1991; 26: 833-843
66. Magil FN *Survey of social science, Psychology series*, Salem pres, Englewood Cliff. NJ 1993; 12: 888-894

67. Yiğitbaş Ç, Yetkin Y. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik- yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;7:6-13
68. Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2007
69. Kara B, Feşçi H. Tip I diabet hastalarının öz bakım gücünün incelenmesi. Sendrom Dergisi 2000;4:28–32
70. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg 2013; 2:15-21.
71. Cappelleri JC, Siegel RL, Glasser DB, et al. Relationship between patient self-assessment of erectile dysfunction and the sexual health inventory for men. Clin Ther 2001;23: 1707-1719
72. Rosen CR, Riley A, Wagner G, et al. The International index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49: 822-830
73. Turunç T, Deveci S, Güvel S, Peşkiricioğlu L. Uluslar arası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlilik çalışmasının değerlendirilmesi. Türk Üroloji Dergisi 2007; 33: 45-49
74. Gözüm S, Aksayan S. Öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2:21-31
75. Wasson JH, Domenic J, Reda MS et al. The use of international index of erectile function as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. International J of Impotence 2002; 14: 45-50
76. Uz D. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik –Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara 2011:288769

77. Boehm S, Burns PC, Schlenk EA et al. Prostate cancer in african american men: Increasing knowledge and self- efficacy. *Journal of Community Health Nursing* 1995; 12: 161-169
78. Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E et al. Reports of erectile dysfunction after therapy with beta – blockers is related to patients knowledge of side effects and is reserved by placebo. *European Society of Cardiology* 2003; 24; 1928 – 1932
79. Costabile RA. Optimized treatment for diabetes mellitus induced erectile dysfunction. *J. Urol* 2003; 170: 35-38
80. Okur M, Gümüş M, Üçer O ve ark. Şeker hastalığına eşlik eden erektil disfonksiyonun yaşam kalitesi üzerine etkileri: Longitudinal kontrollü bir çalışma. *Türk Üroloji Dergisi* 2008; 34: 31- 36
81. Akkuş E, Kadioğlu A, Esen A ve ark. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: A population –based study. *European Urology* 2002; 41:298-304
82. Nicolasi A, Moreira ED, Shirai M et al. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003; 61:201-206
83. Araujo BA, Durante R, Feladman HA et al. The relationship between depression symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *International Journal of Impotence Research* 2004; 17
84. Laumann EO, Nicolasi A, Glasser DB et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17: 39-57
85. Daltroy LH, Morlino CI, Eaton HM et al. Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis & Rheumatism* 1998; 11:469-478
86. Johans K, Nuutila L, Virtanen H et al. Preoperative education for orthopedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50: 212-223

87. McCullough AR. Prevention and management of erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Urologic Clinics of North America* 2001; 28: 613-627
88. Zisman A, Leibovici D, Kleinman J et al. The impact of prostate biopsy on patients well-being: a prospective study of pain, anxiety and erectile dysfunction. *The Journal of Urology* 2001; 165:445-454
89. Schlenk EA, Erlen JA, Jacob JD et al. Health – related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research* 1997; 7: 57-65
90. Armut S. Geriatrik Yaş Grubunda Benign Prostat Hiperplazisi Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halksağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum 2012:318972
91. Lev EL, Daley KM, Conner NE et al. An Intervention to increase quality of life and self- care self- efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Resource and Theory for Nursing Practice* 2001; 15: 277-294
92. Bağ E. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Sivas 2007: 196304
93. Karadakovan A, Yeşilbalkan U. Periton diyalizi hastalarının genel öz yeterlilikleri. *Nefroloji Hemşireliği Derneği Dergisi* 2005; 39-44

EKLER

EK-I

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU AMELİYATI OLAN BİREYLERDE
EREKTİL DİSFONKSİYON VE ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Tarih:

Hastanın Adı Soyadı:

Dosya No:

Adres:

Tel no:

1. Doğum tarihiniz nedir?

2. Boy: Kilo: BKI:

3. TUR-P ameliyatını ne zaman geçirdiniz?

4. En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1) Okuma-yazma yok
3) ilkokul mezunu

2) Okuma-yazma biliyor

4) Ortaokul mezunu
6) Üniversite ve üzeri

5) Lise

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var

2) Yok

6. Kronik Hastalığınız var mı?

1) Evet, (ise belirtiniz.....)Nedir zaman tanı
kondu?.....

2) Hayır

7. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1) Evet, ilacın adı dozu..... kullanım süresi.....
Hayır

2)

8. Çevrenizdeki insanlara göre kıyasladığınızda aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

9. Yaşadığınız yer neresidir?

- 1) İl Merkezi 2) İlçe 3) Kasaba 4) Köy

10. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek Aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış Aile
4) Diğer (açıklayınız).....

11. 11. Sigara içiyor musunuz?

- 1) Hiç kullanmadım/içmedim
2)yıl günde.....paket içtim, bıraktım
3) Halen içiyorum.....yıl, günde.....paket .

12. Kahve kullanıyor musunuz? (cevabınız evet ise miktarını da belirtiniz)

- 1) Evet bardak/gün 2) Hayır

13. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet, ne kadar..... 2) Hayır

14. Ailenizde prostat tanısı almış başka yakınınız var mı?

- 1) Evet, ise kim?..... 2) Hayır

15. Ameliyat/Hastalığınıza ilişkin eğitim aldınız mı?

16. Bu eğitimi kimden aldınız?

17. Aldığınız eğitimi yeterli buluyormusunuz?/Aldığınız eğitim sizin için yeterli miydi?

- 1) Evet 2) Hayır

18. Hastalığınızla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

19. Bu bilgiyi nereden aldınız?

- 1) Doktor 2) Hemsire 3) Kitaplar ve internetten
4) Aynı hastalığa sahip bireyler 5) Diğer (açıklayınız).....

20. Daha önce başka bir ameliyat geçirdiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

21. TUR_P ameliyatı sonrası herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?

- 1) Evet (ise belirtiniz) 2) Hayır

22. Bu sorunla nasıl başettiniz?

EK :II**IIEF-5 FORMU****Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (5 Soruluk Versiyonu)**

Değerli katılımcı. Erektile fonksiyon düzeyinizi belirlemek üzere aşağıda size beş adet soru sorulacaktır.

Ad -Soyad :						Tarih: / /
Son 6 ay içerisinde						Sizin Puanınız
1-Sertleşme sağlama ve sürdürme konusunda kendinize olan güveniniz hangi düzeydeydi?	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek	
	1	2	3	4	5	
2-Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda, bu sertleşme ne sıklıkla içeriye (vajene/hazneye) girmek için yeterliydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
3-Cinsel birleşme öncesinde sağladığınız sertleşmeyi içeriye (vajene/hazneye) girdikten sonra ne sıklıkta sürdürebildiniz?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
4-Cinsel birleşme sırasında, sertliği ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız?	Aşırı zorlandım	Çok zorlandım	Zorlandım	Biraz zorlandım	Hiç zorlanmadım	
	1	2	3	4	5	
5-Cinsel birleşme girişimleriniz sizce ne sıklıkta tatmin ediciydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Çok Yüksek Her zaman	
	1	2	3	4	5	
					Skor	

EK.3.

ÖZ ETKİLİLİK- YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

(THE SELF-EFFICACY SCALE)

Yönerge

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

1- Beni hiç tanımlamıyor.

2- Beni biraz tanımlıyor.

3- Kararsızım.

4- Beni iyi tanımlıyor.

5- Beni çok iyi tanımlıyor.

Soru		1	2	3	4	5
1	Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim.					
2	Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır					
3	Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapıncaya kadar devam ederim.					
4	Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.					
5	İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.					
6	Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.					
7	Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.					
8	Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.					
9	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.					
10	Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olmazsam hemen vazgeçerim.					
11	Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.					
12	Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.					

13	Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.					
14	Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.					
15	Ben kendime güvenen bir insanım.					
16	Kolaylıkla vazgeçerim.					
17	Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.					
18	Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.					
19	Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.					
20	Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.					
21	Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.					
22	Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.					
23	Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazandım					

EK-IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü; Bu araştırma,benign prostat hiperplazisiolan bireylerin erektil disfonksiyon ve öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesiamacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş anket formunun doldurulmasıyla başlanacaktır. Anket formunda sosyo-demografik özelliklerinizin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu...) ilişkin sorular bulunmaktadır. Daha sonra Uluslar arası Erektile Fonksiyon Değerlendirme Ölçeği ve Özetkililik- Yeterlilik Ölçeği doldurulacaktır. Uluslar arası Erektile Fonksiyon Değerlendirme ölçeği ile erksiyon fonksiyonunuz ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ile de sağlık algınız ve sağlığınıza daha iyi düzeye taşımada ki yeterlilik düzeyiniz incelenecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Sizden toplanan veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı-Soyadı: Araş. Gör. İlker YILMAZ

Erciyes Üniversitesi

Tel: 0506 2012349

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş gönüllü formundaki bilgileri okudum. Bana, yukarıda belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğimde herhangi bir neden belirtmeksizin araştırmadan ayrılabileceğim hususunda gerekli açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi Yapan Kişinin Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: İlker YILMAZ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 24. 08.1984 / Konya

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 352 207 66 66/28656

email: ilkeryilmaz@erciyes.edu.tr

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Melikgazi/ KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2011
Lise	Sivas Lisesi	2002

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2012- Halen	ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi
2011-2012	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce

