JAREN 2019;5(1):81-89
doi:10.5222/jaren.2019.76588

Derleme / *Review*

Prostat Kanserinin Ameliyat Sonrası Bakımında Güncel Yaklaşımlar

Current Approaches in the Postoperative Care of Prostate Cancer

Ezgi SEYHAN AK, Ayfer ÖZBAŞ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı çok yönlü bir hastalık olan prostat kanseri, erkeklerde en sık tanı konan kanser türü olmakla birlikte, aynı zamanda erkeklerde kanser ölümlerinin de beşinci en yaygın nedenidir. Prostat kanseri dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, tedavi ve bakımı profesyonel yaklaşım gerektirmektedir. Tedavisinde çeşitli konservatif tedaviler olmasına karışın, cerrahi tedavi, erken evre prostat kanserinin yönetiminde altın standart ve birincil tedavi seçeneği olarak düşünülmektedir. Prostat ameliyatı sonrası hemşirelik girişimleri; ağrı kontrolü, üriner kateter bakımı, uygun beslenme ve hidrasyonunun sağlanması, aktivite-egzersizin sürdürülmesi, pelvik kas egzersiz eğitimi, hastanın bilgilendirilmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların belirti ve bulgularına yönelik eğitim ve psikososyal danışmanlık verilmesine odaklanmaktadır. Prostat ameliyatı sonrası en iyi hasta sonuçlarına ulaşmada sistematik ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulamaları tercih edilmelidir. Hemşirelerin bu konuda yapılan çalışmalara katılarak literatüre katkı sağlamaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: *Prostat kanseri, ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, güncel yaklaşım*

ABSTRACT

Prostate cancer, a multifaceted disease with genetic and environmental factors in its etiology, is the the most commonly diagnosed type of cancer, and the 5th most common cause of cancer deaths in in men Prostate cancer is a serious public health problem in the world and its treatment and care requires a professional approach to its treatment, and care. Although there are several conservative treatments for its management, surgical treatment is considered as the gold standard and the primary treatment option in the management of early stage prostate cancer. Nursing interventions after prostate surgery focus on pain control, care of urinary catheters, maintenance of proper nutrition and hydration, activity and exercise, pelvic muscle exercises, informing the patient, and providing training and psychosocial counseling aiming at signs and symptoms of post-operative complications. To achieve the best patient outcomes after prostate surgery, systematic and evidence-based nursing care practices should be preferred. Potential contribution of the nurses to the literature by participating in the studies on prostate cancer may be recommended.

Keywords: *Prostate cancer, postoperative nursing care, current approach*

GİRİŞ

Etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı çok yönlü bir hastalık olan prostat kanseri, erkeklerde en sık tanı konan kanser türü olmasının yanı sıra erkeklerde kanserden ölümlerin beşinci en yaygın nedenidir [1]. Dünya'da 2015 yılında 1.618.087 bireye prostat kanseri tanısı konmuş, 366.000 birey prostat kanseri nedeniyle yaşamını yitirmiştir [2]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre 2016 yılında 3.532 bireyin prostat kanseri nedeniyle yaşamını yitirdiği belirlenmiştir [3].

Prostat kanseri dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, tedavi ve bakımı profesyonel yaklaşım gerektirmektedir [4]. Tanı yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte prostat kanseri erken evrelerde tanılanabilmektedir [5,6]. Tedavisinde çeşitli konservatif

Dr. Öğretim Üyesi Ezgi Seyhan Ak,
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
e-posta: esqii_11@windowslive.com

ORCID
E.S.A. 0000-0002-3679-539X
A.Ö. 0000-0003-0924-5752

© Telif hakkı G.O.P Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.
Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the G.O.P. Taksim Training and Research Hospital.
This journal published by Logos Medical Publishing.
Licenced by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Atıf vermek için: Seyhan Ak E, Özbaş A. Prostat Kanserinin Ameliyat Sonrası Bakımında Güncel Yaklaşımlar. Jaren. 2019;5(1):81-9.

Alındığı tarih: 08.05.2018
Kabul tarihi: 18.03.2019

tedaviler (brakiterapi, radyoterapi, hormon terapi, bileteral orşiektomi, kemoterapi, kriyoterapi, kombine tedavi, aktif izlem) olmasına karşın, cerrahi tedavi erken evre prostat kanserinin yönetiminde altın standart ve birincil tedavi seçeneği olarak düşünülmektedir [7-9].

Hemşireler prostat ameliyatı öncesi, sırası ve sonrası sağladıkları bakım girişimleri ile hastayı fiziksel, sosyal, kültürel ve spiritüel bir bütün içerisinde ele alarak yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlamalı ve hemşirelik bakımı bireysel, duyarlı ve bütüncül olarak planlanmalıdır. Mata, Ferreira ve Carvalho Brezilya'da yaptıkları çalışmada, prostat ameliyatı sonrası hemşirelik bakımının ilaç uygulama (analjezik, antiemetik, antibiyotik ve histamin antoganistleri), yaşam bulgularının izlenmesi, aldığı çıkardığı izlemi, kalıcı vezikal kateter yönetimi, infeksiyon önlemleri ve yara bakımı üzerine odaklandığını belirlemişlerdir [10]. Mata ve Napolea prostatektomi sonrası hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yönelik yaptıkları literatür taraması kapsamında 25 çalışma incelemişlerdir [11]. İncelenen çalışmalar sonucunda prostatektomi sonrası hemşirelik girişimlerinin; ağrı kontrolü, üriner kateter bakımı, uygun beslenme ve hidrasyonun sağlanması, aktivite-egzersizin sürdürülmesi, pelvik kas egzersiz eğitimi, hastanın bilgilendirilmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların belirti ve bulgularına yönelik eğitim ve psikososyal danışmanlık verilmesine yönelik olduğu belirlenmiştir.

PROSTAT KANSERİNDE AMELİYAT SONRASI BAKIM

Ağrı Kontrolü

Literatürde, laparoskopik/robotik prostatektomi sonrası ağrı düzeyinin hafif orta düzeyde olduğu bildirilmektedir [12]. Lukasewycz ve ark.'nın [13] yaptığı prospektif kohort çalışmaları, robotik radikal prostatektomiden sonra ağrının öncelikle NSAİİ (non steroid anti inflamatuvar ilaç) ve opioidlerle yeterince kontrol altına alındığını vurgulamıştır. Joshi, Jaschinski, Bonnet ve Kehlet [14] radikal prostatektomi ameliyatı için optimal ağrı yönetimini araştırmak için yaptıkları sistematik literatür taramasında, prostat ameliyatı olan hastalarda optimal ağrı yönetimi geliştirmek için kanıtların yetersiz olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma gibi somut bir nedenle ortaya çıkmasından dolayı normal olarak algılansa da, başta solunum ve dolaşım sistemi olmak üzere bir çok organ/sisteminin aktivitesini olumsuz etkileyerek fonksiyonlarını bozduğu ve iyileşme sürecini uzattığı için multimodal yaklaşım ile kesinlikle kontrol altına alınması gerekir [15].

Prostat ameliyatı sonrası ağrıyı kontrol altına almada, opioid kullanımını azaltmak, hasta kontrollü analjezi (hızlı taburculuğu engellediği için) yönteminden kaçınmak, multimodal analjezi yönteminin kullanımı önerilmektedir [16]. Dudderidge, Doyle, Mayer, Taylor, Agrawal ve Stolzenburg laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan 200 hastada transvers abdominal düzlem (TAP) blok uygulamalarının (lokal anestezik ajanların) etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, TAP uygulanan hastalarda ameliyat sonrası opioid gereksiniminin azaldığı saptanmıştır [17]. Juhas Davis robot yardımlı laparoskopik prostatektomi uygulanan 46 hastayla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada (RKÇ), kontrol grubuna opioid, deney grubuna opioid+alfa 2 agonsitleri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, iki grup arasında anlamlı fark bulunamamış, sonucun ağrının yeterince kontrol altına alınması ile ilgili olabileceği bildirilmiştir [18]. Blaudszun, Lysakowski, Elia ve Tramèr ameliyat sonrası ağrı yoğunluğu ve morfin tüketiminde sistemik alfa 2 agonistlerinin kullanımını inceledikleri çalışmada, alfa 2 agonistleri kullanan ameliyat olan hastalarda opioid kullanımının azaldığı belirlenmiştir [19]. Ameliyattan sonra ağrı düzeylerinde azalma gözlenmiştir. 2016 yılında Amerikan Ağrı Derneği [American Pain Society (APS)] tarafından erişkin ve çocuklarda, ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili önerilerin bulunduğu kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuzda kanıt düzeyine göre öneriler yer almaktadır.

Yüksek dereceli kanıtlara dayalı güçlü öneriler

- Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde çeşitli analjezik ve tekniklerin kombine kullanıldığı multimodal tedavinin uygulanması,
- Kontrendikasyon yoksa ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımda, multimodal analjezinin parçası olarak asetaminofen ve/veya NSAİİ kullanılması.

Orta dereceli kanıtlara dayalı güçlü öneriler

- Oral yoldan ilaç alabilen hastalarda intravenöz (IV) opioid yerine oral opioid uygulanması,
- Analjeziklerin uygulanmasında intramuskuler (IM) yoldan kaçınılması.

Düşük kalitede kanıtlara karşın önerilenler

- Tedavi seçenekleri hakkında bilgiler dahil olmak üzere hastalara gerekli bilgilendirmenin yapılması,
- Ağrı kesicilerin yeterliliği ve yan etkilerinin varlığı değerlendirilerek ağrı yönetim planının düzenlenmesi,
- Ameliyat sonrası ağrı tedavisine yanıtın değerlendirilmesi, tedavi planlarının uygun olarak ayarlanması, geçerli bir ağrı değerlendirme aracı kullanılması,
- Sistemik opioid alan hastaların yan etkiler açısından monitörize edilerek izlenmesi,
- Ameliyat sonrası ağrı tedavisine ek akupunktur, masaj, soğuk terapi için yeterli kanıt olmadığı belirlenmiş, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu kullanımı için zayıf bir öneride bulunulmuştur [20].

Üriner Kateter Bakımı

Ameliyat sonrası sıvı alımı ve kateter bakımının önemi konusunda bilgi verilmesi üriner infeksiyonları önlemede vazgeçilmez bir uygulamadır [21]. Pourmand, Abedi, Karami, Khashayar ve Mehrsai prostatektomi öncesi ve sonrası üriner infeksiyon oranlarını inceledikleri çalışmada, üriner infeksiyon oranının %5,1 olduğunu belirlemiştir [22]. Transüretral radikal prostatektomi sonrası üriner infeksiyon gelişiminde; ameliyat öncesi bakteriüri durumu, ameliyat süresi (>70 dk.), ameliyat öncesi hastanede uzun süre kalma, kateterin hastada 3 günden fazla kalması ve açık sistemin kullanılması gibi risk faktörleri olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, prostat ameliyatı sonrası hastalarda kateterin çıkarılmasından sonra gelişebilen üriner retansiyon nadir görülen ancak bilinen bir komplikasyondur [23]. Lepor, Nieder ve Fraiman anastomaz sızıntı riski olmadan kateterin 3-4 gün içinde çıkarılmasını önerirken [24], Kheemes Novak ve Abazat kateterin 5 günden önce çıkarılmasının akut üriner retansiyon riskini arttırdığını belirtmişlerdir [25]. Bazı çalışmalarda, akut üriner retansiyon ve uzun dönem komplikasyon riski gelişmeden kateterin ameliyattan sonra 4.gün çıkarılması önerilirken [26,27], bazı çalışmalarda da, kateterin 4. günden önce çıkarılmasının akut üriner retansiyon riskini arttırdığı bulunmuştur [28,29]. Kaufman, Baumgartner, Anderson, Smith, Chang, Herrell ve ark. [30] ameliyattan sonra kateterin 7- 10 günlerde çıkarılmasının akut üriner retansiyon oranını %2'ye düşürdüğünü bildirmişlerdir.

Kateterin uygulanması kadar bakımı da önemlidir. Kateterle temas öncesi ve sonrası eller yıkanmalı, her hasta için ayrı steril olmayan eldiven kullanılmalıdır. Hastada kateter varken üretra çevresi antiseptik solüsyonlarla silinmemelidir. Düzenli yıkama veya antiseptiklerle silmenin infeksiyonu önlemede yararı olmadığı belirtilmektedir. Meatusta kir birikimi varsa, su ve sabunla temizlenmelidir. Kateterin bakımı, uygulanması ve çıkarılması ile ilgili işlemler kayıt edilmeli, sağlık çalışanları kateterin uygulanması ve komplikasyonları hakkında sürekli eğitilmelidir [31-34].

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkez (Centers for Disease Control and Prevention/CDC) Sağlık Bakım İnfeksiyon komitesi tarafından 2009'da kateter ile ilişkili üriner infeksiyonların (Kİ-ÜSİ) önlenmesine yönelik rehber yayınlanmış ve 2017'de güncellenmiştir.

Bu rehbere göre Kİ-ÜSİ'nin önlenmesine yönelik öneriler,

- Kateter sağlık bakım çalışanları tarafından yerleştirilmelidir.
- Kateter yalnızca endikasyon durumunda uygulanmalıdır.
- Kateter aseptik teknik kullanılarak yerleştirilmelidir.
- Kateter yerleştirilmeden önce perineal bölge antiseptik steril solüsyonlarla temizlenmelidir.
- Kapalı drenaj sisteminin korunması sağlanmalıdır.
- Kateter en kısa sürede çıkarılmalıdır.

İdrar torbasının nasıl boşaltılacağının hasta ve ailesine öğretilmesi, gece yatarken hastanın rahatını sağlamaya yönelik idrar torbasının yatağın yanına yerleştirilmesi gerektiği konusunda bilgi verilmesi, yerinden çıkmasını önlemek için kateterin suya dayanıklı bantla uyluğun üst iç kısmına ya da karına sabitlenmesi, kateterin ne zaman, nerede ve kim tarafından çıkarıldığının rapor edilmesi de önerilen uygulamalardır [35].

Aktivite-Egzersiz

Prostat ameliyatı sonrası hastanın en kısa sürede

mobilizasyonu sağlanmalıdır. Hareketsizlik; venöz tromboemboli, kas gücü kaybı, solunum sorunları, ileus, doku oksijenasyonunda azalma ve insülin direncinde artma gibi sorunlara neden olmaktadır [36]. Egzersiz, prostat kanseri olan erkeklerde, kas gücünü ve yaşam kalitesini arttırması, yorgunluğun günlük yaşamdaki etkisini azaltması nedeniyle önerilmektedir. Ancak, stabil olmayan kırığı olan ve kardiyovasküler hastalığı olan bireyler bu yaklaşım için uygun değildir. Bununla birlikte, hasta taburculuk sonrası ağır kaldırma, araba sürme ve cinsel ilişki gibi aktivitelerin kısıtlanması ve işe dönüş konusunda bilgilendirilmelidir.

Beslenme-Hidrasyon

Büyük ürolojik girişimler sonrası malnutrisyon görülme sıklığının %46 olduğu düşünülmektedir. Prostat ameliyatı sonrası iyi beslenme sağlanarak komplikasyon gelişme riski azaltılmalıdır [37]. Ameliyat sonrası malnutrisyon evrensel tarama aracı (Malnutrition Universal Screening Tool- MUST) ve beslenme risk taraması (Nutritional Screening Initiative-NSI) gibi geçerli araçlar kullanılarak hastaların değerlendirilmesi önerilmektedir [16].

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önleme konusunda dikkatli olunmalıdır. Ameliyat sonrası intravenöz sıvı desteği için herhangi bir gereklilik yoksa aşırı hidrasyon önlenmelidir. Ameliyattan önce iyi beslenen ve cerrahi sonrası yeme/içme problemi yaşamayan hastalarda ek beslenme desteği yapılmamalıdır. Normal yeme içme 24 saatten fazla gecikirse yüksek enerjili oral beslenme desteği verilmelidir [16,38].

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Birliği (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-ESPEN) ameliyat sonrası beslenme ile ilgili öneriler:

- Ameliyat sonrası oral alıma kesintisiz olarak devam edilmelidir (Öneri düzeyi A).
- Oral alım bireysel toleransa ve ameliyat türüne göre düzenlenmelidir (Rehberi geliştiren grubun görüşü).
- Ameliyat sonrası hastaların çoğunda saatler içerisinde berrak sıvıları içeren oral alıma başlanmalıdır (Öneri düzeyi A).
- Enerji ve beslenme gereksinimi ameliyat sonrası 7 günden fazla oral ve enteral olarak karşılanmazsa parenteral beslenmeye geçilmelidir (Öneri düzeyi C).
- Ameliyat sonrası Omega-3 yağ asitlerini içeren parenteral beslenme yalnızca yeterince beslenemeyen hastalarda düşünülmelidir (Öneri düzeyi B)
- Hastanede kalış süresince beslenme durumunun düzenli olarak yeniden değerlendirilmesi ve taburcu edildikten sonra nitelikli diyet danışmanlığı da dahil olmak üzere beslenme tedavisinin sürdürülmesi önerilmektedir (Rehberi geliştiren grubun görüşü) [38].

Pelvik Kas Egzersiz Eğitimi

Hastalara ameliyat sonrası dönemde erken kontinansı sağlamada pelvik taban egzersizleri önerilmektedir. İdrar kaçırma sorununa yardımcı olması için kateter çıkarıldıktan sonra hasta günlük olarak pelvik egzersizleri yapması konusunda bilgilendirilmelidir [39]. Aydın Sayılan, radikal prostatektomi geçirecek hastalara uygulanan pelvik kas egzersizi eğitiminin (PTKE/ Kegel), girişim sonrası idrar kaçırma sorunu üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptığı RKÇ çalışmada, deney grubuna pelvik taban kas egzersiz eğitimi uygulanmış ve ameliyat sonrası PTKE eğitimi alan grubun idrar kaçırma sorunundan daha az etkilendiği görülmüştür [40]. Tienforti, Sacco, Marangi, D'addessi, Racioppi, Gulino ve ark. RKÇ radikal prostatektomi sonrası hastalara sözlü ve yazılı Kegel egzersizleri anlatılmış, kateter çıkarıldıktan 1., 3. ve 6. ay değerlendirmelerde bulunulmuştur. Çalışma sonucunda, 3. ve 6. aylardaki değerlendirmelerde idrar miktarına ilişkin kullanılan ped sayısının önemli ölçüde azaldığı görülmüştür [41].

Hastanın Bilgilendirilmesi ve İletişimin Sürdürülmesi

Prostat kanseri tedavisi süreci ve sonrası hastaların, cinsel ve idrar fonksiyonları, kendilik algıları ve yaşam kalitesi için büyük stres oluşturabilir. Prostat kanseri tanısı konması ile ameliyat arasındaki süre hasta için oldukça stres verici bir durumdur. Bu nedenle hasta ve yakınlarının tedavi ve tedavi sonrası ile ilgili bilinçli karar vermelerini sağlamak için bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir [42].

Prostat ameliyatı sonrası hemşireler ve hastalar ara-

sındaki iletişim sorunlarının belirlenmesi, buna yönelik uygun girişimlerin planlanması sağlanmalıdır. Bununla birlikte, hastaların yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmeleri öz bakım yeteneklerinin geliştirilmesi için önemlidir [43]. Flynn, Schaik, Wersch, Ahmed ve Chadwick 67 prostat kanseri hastasıyla yaptıkları çalışmada, geliştirdikleri multimedya eğitim programının (MMP) etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu eğitim programında prostat kanserinin etiyolojisi, belirtileri, tedavi seçenekleri, komplikasyonlar ve baş etme yöntemleri resim animasyon ve video ile birleştirilmiştir. Çalışma sonucunda, hastaların bilgi gereksinimlerinin MMP tarafından karşılandığı belirlenmiştir [44]. Burt, Caelli, Moore ve Anderson'un radikal prostatektomi uygulanan 17 hastanın deneyimlerini inceledikleri nitel çalışmada, hastalara ameliyat sonrası 2., 7. ve 21. günlerde ve taburculuk sonrası 3. ve 12. aylarda bant kaydedilmiş telefon ve yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda, hastalara verilen kapsamlı yazılı ve sözlü bilgilendirmenin ameliyat sonrası semptomları yönetmede yeterli olmadığı belirlenmiştir. Veri toplama stratejisi olarak kullanılan telefonla izlemin ameliyat sonrası uyumun iyileştirilmesinde ve ameliyatın yan etkilerinden, yetersiz bilgilendirmeden kaynaklanan anksiyeteden kurtulmalarına yardımcı olduğu saptanmıştır [45]. Mata ve Napolea prostatektomi sonrası hastaların taburculuğa hazırlanması ile ilgili hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yönelik yaptıkları literatür taraması kapsamında 25 çalışma incelemişlerdir. İncelenen çalışmalar sonucunda, prostatektomi sonrası yazılı olarak yapılan bilgilendirmenin hasta ve ailelerinin anksiyetesini azalttığı görülmüştür [43].

Psikososyal Danışmanlık

Sharpley ve Christie prostat kanseri olan 195 erkekle yaptıkları çalışmada, hastaların %12'sinde anksiyete, %16'sında depresyon geliştiği bulunmuştur [46]. Literatürde prostat kanseri olan hastalarda anksiyete ve depresyonun önlenmesine rehberlik edecek kanıtların sınırlı olduğu bildirilmektedir [35].

Prostat kanseri olan hastalarda hastaların uyumlarını arttırmak, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik grup temelli bilişsel davranış girişimleri, hemşireler tarafından verilen eğitim, akran desteği ve grup tartışması vb. psikososyal girişimlerin uygulanması önerilmektedir [47]. Albough, Sufrin, Lapin, Petkewicz ve Tenfelde'nin %92,6'sına cerrahi girişim uygulanan prostat kanseri olan 27 hastayla yaptıkları nitel çalışmada, hastaların prostat kanseri tedavisi öncesi, sırası ve sonrası doğru bilgilendirme gereksinimi duydukları belirlenmiştir. Prostat kanseri tedavisi uygulan erkekler yalnızca cinsel sorunlarla ilgili hayal kırıklığı değil aynı zamanda anksiyete ve depresyon yaşadıklarını da belirtmişlerdir. Erkekler ve eşleri prostat kanseri destek gruplarına katılmanın iyileşme sürecinin önemli bir parçası olduğunu belirtmişlerdir [47]. Rayford düşük sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinin tedaviye karar verme sürecini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yaptığı literatür taraması sonucu, hastaların tedavi sonrası izleminin yapılması, komplikasyonların yönetimi, hasta ve ailesine psikososyal destek verilmesine yönelik eğitim yöntemleri geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır [48].

Ameliyat Sonrası Dönemde Beklenen Komplikasyonların

Semptomlarına Yönelik Girişimler

Prostatektominin diğer uygulanan tedavi yöntemlerine göre fiziksel ve psikososyal etkileri fazladır [6]. Yedi Avrupa ülkesinde yapılan kapsamlı çalışmada, erkeklerin %81'i bakım gereksinimlerinin karşılanmadığını ve tedaviden sonra semptomları yönetmede eksikleri olduğunu belirtmişlerdir [49]. Prostat ameliyatı sonrası hastaların %59'unda cinsel işlevlerde bozulma, %29'unda üriner sorunların görüldüğü bildirilmektedir [50]. Prostat kanseri tedavisi sonrası komplikasyonların semptomlarına yönelik hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Prostatektomi uygulanan hastaların özel gereksinimlerinin belirlenmesi ve onların taburculuğa hazırlanmasında hemşirelerin rolü büyüktür [11]. Inman, Maxson, Johnson, Myers ve Holland radikal prostatektomi uygulanan 60 hastaya taburculuk sonrası 3. ve 5. günlerde telefonla verilen eğitim görüşmelerinin etkisini araştırdıkları çalışmada hastaların kendi kendine bakım sorumluluklarını anladıklarında kendilerini daha rahat hissettiklerini ve ilaçların kullanımı ile ilgili bilgi sahip olduklarını bildirmişlerdir [51]. Mata, Carvalho ve Napoleão prostatektomi sonrası

hastaların taburculuğa hazırlanmasında hemşirelik girişimlerinin geçerliğini doğrulamak üzere yaptıkları metadolojik çalışmada, 38 uzman görüşü alınmış ve yapılan analizler sonucunda 84 girişimin doğruluğu onaylanmıştır. Geçerliği yapılan hemşirelik girişimlerinin hastalar için uygun taburculuk planının oluşturulmasında etkin olabileceği sonucuna varılmıştır [43].

Amerikan Onkoloji Birliği, prostat kanseri hastaları için 2015 yılında bakım rehberi yayınlamıştır. Bu rehberde prostat kanseri hastalarının bakımında anahtar öneriler yer almaktadır [52].

Sağlığı Geliştirme

- Hastanın prostat kanseri ve tedavisi ile ilgili bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi,
- Sağlığın sürdürülmesi için yüksek kalorili yiyeceklerin sınırlandırılması ve fiziksel aktivitenin önemi konusunda danışmanlık yapılması ve değerlendirilmesi,
- Haftada en az 150 dk. egzersiz yapılmasının önemi konusunda bilgilendirilmesi,
- Meyve, sebze ve tahıl yönünden zengin bir diyet içeriğinin oluşturulması;
  a) Mikrobesin ve fitokimyasal açıdan zengin meyve sebzelerin tüketilmesi, doymuş yağ miktarı fazla olan besinlerin azaltılması, günde en az 600 IU (ünite) D vitamini alınması ve günlük kalsiyum alımının 1.200 mg/dl'yi geçmemesi,
  b) Beslenme ile ilgili değişiklikler nedeniyle hastanın diyetisyenle görüşmesinin sağlanması,
- Alkol alımının kısıtlanması ve günde iki kadehten fazla tüketilmemesi ile ilgili danışmanlık yapılması,
- Sigara kullananlar için sigarayı bırakma konusunda danışmanlık yapılması.

Prostat Kanserinin Tekrar Oluşumunun Gözlenmesi

- Her yıl dijital rektal muayenenin uygulanması,
- İlk 5 yıl her 6-12 ayda bir serum PSA [prostat spesifik antijen] düzeyinin ölçülmesi ve her yıl kontrole gidilmesi,
- Daha sonraki tedavi ve izlemleri için hastanın PSA düzeylerinin değerlendirilmesi.

İkincil Primer Kanserler İçin Tarama

Radyoterapi uygulanan prostat kanserli bireylerin mesane ve kolorektal kanserlere yönelik riski biraz daha yüksek olabilir (Kanıt IIA) ve yüksek riskli bireyler için tarama kılavuzlarının izlenmesi gereklidir.

Prostat Kanserinin Fiziksel Etkilerinin Değerlendirilmesi

- Anemi: ADT [androjen yoksunluğu tedavisi] (alan erkeklerde spesifik risk)
- Hastaların hemoglobin düzeylerinin izlenmesi,
- Bağırsak disfonksiyonu,
- Hastaların bağırsak fonksiyonları değerlendirilmesi ve semptomlarının (Örn. Rektal kanama) tartışılması,
- Tarama sonucu kolorektal kanseri negatif olan rektal kanaması mevcut erkekler için dışkı yumuşatıcılar, topikal steroidler veya anti-inflamatuvar ilaçların kullanılmamasının önerilmesi,
- Hastalara kalıcı rektal semptomlar (Örneğin, kanama, sfinkter fonksiyon bozukluğu, rektal aciliyet ve sıklık) ile ilgili hekime başvurması konusunda bilgi verilmesi.
- Kardiyovasküler ve metabolik etkiler
- Hastanın kardiyovasküler risk faktörleri, kan basıncı, lipid profilleri ve serum glukozu için değerlendirmesi.

Prostat Kanserinin Psikososyal Etkilerinin Değerlendirilmesi

- Distress/anksiyete
- Uygun aralıklarla hastanın sıkıntı/depresyon/PSA ile ilgili kaygılarının değerlendirilmesi,
- Danışma kaynaklarını veya farmakoterapiyi uygun bir şekilde kullanarak stres/depresyonun yönetilmesi.
- Cinsel işlev bozukluk/beden imajı
- Hastalarla cinsel işlevleri hakkında konuşulması,
- Erektil fonksiyonu zaman içinde değerlendirmek için geçerliği yapılmış ölçeklerin kullanılması,
- Tedavi ve danışma seçeneklerini gözden geçirmek için kalıcı cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin üroloji uzmanı, cinsel sağlık uzmanı veya psikoterapistle görüşmesinin sağlanması.
- Cinsellik
- Eşlerin cinsellikle ilgili konuşmaya özendirilmesi, danışmanlık yapılması,
- Erkek için erektil disfonksiyonun yanısıra kadınlar için postmenopozal semptomları iyileştirmek için çiftlere cinsel danışmanlık verilmesi.
- Üriner işlev bozuklukları

- Hastanın idrar kaçırma ve üriner işlev bozuklukları ile ilgili duygularını dile getirmesinin sağlanması.

SONUÇ

Prostat ameliyatı sonrası en iyi hasta sonuçlarına ulaşmada sistematik ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulamaları tercih edilmelidir. Hemşirelerin bu konuda yapılan çalışmalara katılarak literatüre katkı sağlamaları önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.
Finansal Destek: Herhangi bir kurum ve kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors.
Funding: It is not supported by any institution and organization.

KAYNAKLAR

1. Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Huang XY, Pang ST, Wu CT, et al. Individual and mutual predictors of marital satisfaction among prostate cancer patients and their spouses. Journal of Clinical Nursing. 2017;26:4994-5003. [CrossRef]

2. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. JAMA Oncology. 2017;3(4):524-48. [CrossRef]

3. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri. URL: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 [Erişim Tarihi: 21.09.2017].

4. Camara-Lopes G, Marta GN, Leite ETT, Siqueira GSMD, Hanna SA, Silva J LFD, et al. Change in the risk stratification of prostate cancer after slide review by a uropathologist: the experience of a reference center for the treatment of prostate cancer. International Brazilian Journal of Urology. 2014;40(4):454-62. [CrossRef]

5. Kozacıoğlu Z, Günlüsoy B. Lokal ileri evre prostat kanserinde güncel tedavi yaklaşımları: ürolog yaklaşımı. Üroonkoloji Bülteni. 2012;2:124-28.

6. Johnson M, Perry Philo D. Nursing care of male patients with genitourinary disorders. Williams L.S, Hopper P.D. (Eds). (5th ed.). Understanding Medical Surgical Nursing. F.A Davis Company. Philedelphia; 2015.p. 1004-24.

7. Starnes DN, Sims TW. Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. Urologic Nursing. 2006;26(2):129-36.

8. Çapık C. Web destekli eğitim ve danışmanlığın prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inancı, bilgi düzeyi ve taramalara katılmaya etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. 2010.

9. LeMone P, Burke K, Bauldoff G. & Gubrud P. (Eds.). (2015). Nursing care of men with reproductive system and breast disorders. Medical-Surgical Nursing, Critical Thinking in Client Care. 4th. edition, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey; 2015. p. 1555-80.

10. Mata LRFD, Ferreira TC, Carvalho EC. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. Investigación Educación en Enfermería. 2013;31(3):407-13.

11. Mata LRFD, & Napoleão AA. Nursing interventions for patients discharged from prostatectomy: an integrative review. Acta Paulista de Enfermagem. 2010;23(4):574-79. [CrossRef]

12. Woldu S L, Weinberg AC, Bergman A, Shapiro EY, Korets R, Motamedinia P, et al. Pain and analgesic use after robot-assisted radical prostatectomy. Journal of Endourology. 2014;28(5):544-48. [CrossRef]

13. Lukasewycz S, Holman M, Kozlowski P, Porter CR, Odom E, Bernards C, et al. Does a perioperative belladonna and opium suppository improve postoperative pain following robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy? Results of a single institution randomized study. The Canadian Journal of Urology. 2010;17(5):5377-82.

14. Joshi GP, Jaschinski T, Bonnet F, Kehlet H. Optimal pain management for radical prostatectomy surgery: what is the evidence?. BMC Anesthesiology. 2015;15(1):159. [CrossRef]

15. Güraslan Baş N, Karatay G, Bozoğlu Ö, Akay M, Kunduracı E, Aybek H. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2016;3(2):40-9.

16. Cartledge-Leeds J, Crundwell-Exeter M, Daugherty-Exeter M, Davenport-Cheltenham K, Gillatt-Bristol D, Mann-Nottingham G, et al. BAUS Enhanced recovery pathway. 2015;1-30.

17. Dudderidge TJ, Doyle P, Mayer EK, Taylor J, Agrawal S, Stolzenburg JU. Evolution of care pathway for laparoscopic radical prostatectomy. J Endourol. 2012;26:660-65. [CrossRef]

18. Juhas Davis KA. Pain management and comfort in robotic laparoscopic prostatectomy patients. A Thesis Submitted to the Faculty of Drexel University. Doctor of Nursing Practice (DrNP). 2015.

19. Blaudszun G, Lysakowski C, Elia N, Tramèr MR. Effect of perioperative systemic α2 agonists on postoperative morphine consumption and pain ıntensitysystematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of the American Society of Anesthesiologists. 2012;116(6):1312-22.

20. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. The Journal of Pain. 2016;17(2):131-57. [CrossRef]

21. dos Santos D RF, de Lima CAF, de Araújo Saldanha E, Fernandes MIDCD, de Almeida Medeiros AB, de Carvalho Lira ALB. Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado [Nursing prostatectomy patients]. Revista Enfermagem UERJ. 2015;23(4):513-19.

22. Pourmand G, Abedi AR, Karami AA, Khashayar P, Mehrsai AR. Urinary infection before and after prostatectomy. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2010;21(2):290.

23. Agarwal PK, Sammon J, Bhandari A, Dabaja A, Diaz, M, Dusik-Fenton S, et al. Safety profile of robot-assisted radical prostatectomy: a standardized report of complications in 3317 patients. European Urology. 2011;59(5):684-98. [CrossRef]

24. Lepor H, Nieder AM, Fraiman MC. Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is both feasible and desirable. Urology. 2001;58:425-29. [CrossRef]

25. Kheemes TA, Novak R, Abazat R. Risk and prevention of acute urinary retention after robotic prostatectomy. The Journal of Urology. 2013;189:1432-36. [CrossRef]

26. Koch MO, Nayee AH, Sloan J, Gardner T, Wahle GR, Bihrle R, et al. Early catheter removal after radical retropubic prostatectomy: long-term followup. The Journal of Urology. 2003;169(6):2170-72. [CrossRef]

27. Tiguert R, Rigaud J, Fradet Y. Safety and outcome of early catheter removal after radical retropubic prostatectomy. Urolog. 2004;63:513-17. [CrossRef]

28. Noguchin M, Shimada A, Yahar J, Suekane S, Noda S. Early catheter removal 3 days after radical retropubic prostatectomy. Int J Urol. 2004;11:983-88. [CrossRef]

29. Patel R, Lepor H. Removal of urinary catheter on postoperative day 3 or 4 after radical retropubic prostatectomy. Urology. 2003;61(1):156-60. [CrossRef]

30. Kaufman MR, Baumgartner RG, Anderson LW, Smith JA, Chang SS, Herrell SD, et al. The evidence based pathway for perioperative management of open and robotically assisted laparoscopic radical prostatectomy. BJU İnternational. 2007;99(5):1103-08. [CrossRef]

31. Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D.A., and the HealthcareİnfectionsControl Practices Advisory Committee (HICPAC). Guıdelıne For preventıon of catheter assocıated urinary tract ınfectıons 2009. URL: www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTİ/CAUTİguideline2009final.pdf[ErişimTarihi:10.01.2015].

32. Karabay O. Üriner sistem enfeksiyonları. Şahinoğlu AH. (Ed). Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 3. Baskı. İstanbul: Nobel tıp Kitabevi; 2011. s.1747-58.

33. Oman KS, Makic MBF, Finkm R, Schraeder N, Hullet N, Keech T, et al. Nurse-Direct interventions to reduce catheter- associated urinary tract infections. American Journal of İnfection Control. 2012;40(6)548-53. [CrossRef]

34. Akpınar BR. Üriner boşaltım. Aştı AT, Karadağ A (Ed.). Hemşirelik Esasları Bilim ve Sanatı 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık; 2012.s. 971-97.

35. Clinical Practice Guidelines for the management of locally advanced and metastatic prostate cancer. American Cancer Network 2010. URL: http://www.cancer.org.au/content/pdf/HealthProfessionals/ClinicalGuidelines/Advanced-Prostate-Cancer-Guidelines-MAR10.pdf. [Erişim Tarihi: 12.09.2017].

36. Ljungqvist O. Jonathan E. Rhoads lecture: Insulin resistance and enhanced recovery after surgery. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2011;2-12(36):389-98.

37. Cerantola Y, Valerio M, Hubner M, Iglesias K, Vaucher L, Jichlinski P. Are patients at nutritional risk more prone to complications after major urological surgery? J Urol. 2013;190:2126-32. [CrossRef]

38. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in Surgery. Clinical Nutrition. 2017;36:623-50. [CrossRef]

39. Dorey G. Pelvic floor exercises after radical prostatectomy. British Journal of Nursing. 2013;22(9):4-9.

40. Aydın Sayılan A. Pelvik taban kas egzersizi eğitiminin radikal prostatektomi sonrası gelişen idrar kaçırma sorunu üzerine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2016.

41. Tienforti D, Sacco E, Marangi F, D'addessi A, Racioppi M, Gulino G, et al. Efficacy of an assisted low intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. BJU İnternational. 2012;110(7):1004-10. [CrossRef]

42. Swan J, Katz MJ. Course Objectıve: The purpose of this course is to enable healthcare professionals to understand the epidemiology, diagnosis, and treatment of prostate cancer; approaches to prostate cancer screening and prevention; and evaluation of nursing and medical interventions for patients with prostate cancer and their significant others. Learnıng Objectıves 2015.

43. Mata LRFD, Carvalho ECD, Napoleão AA. Validating nursing interventions by specialists concerning discharging patients who have undergone prostatectomies. Texto & Contexto-Enfermagem. 2011;20(SPE):36-44.

44. Flynn D, Schaik PV, Wersch A, Ahmed T, Chadwick D. The utility of a multimedia education program for prostate cancer patients: a formative evaluation. British Journal of Cancer. 2004;91:855-60. **[CrossRef]**

45. Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. Journal of Clinical Nursing. 2005;14(7):883-90. **[CrossRef]**

46. Sharpley CF, Christie DRH. An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. Psycho-Oncology 2007;(16):660-67. **[CrossRef]**

47. Albaugh JA, Sufrin N, Lapin BR, Petkewicz J, Tenfelde S. Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. BMC Urology. 2017;17(1):45. **[CrossRef]**

48. Rayford W. Managing the low-socioeconomic-status prostate cancer patient. Journal of the National Medical Association. 2006;98(4):521-30.

49. Cockle-Hearne J, Charnay-Sonnek F, Denis L, Fairbanks HE, Kelly D, Kav S, et al. The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. British Journal of Cancer. 2013;109:2121-30. **[CrossRef]**

50. Watson E, Rose P, Frith E, Hamdy F, Neal D, Kastner C, et al. PROSPECTIVE-a pilot trial of a nurse-led psychoeducational intervention delivered in primary care to prostate cancer survivors: study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2014;4(5): http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005186 [Erişim Tarihi: 12.09.2017]. **[CrossRef]**

51. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. Urology Nursing. 2011;31(2):83-91. **[CrossRef]**

52. Resnick MJ, Lacchetti C, Bergman J, Hauke RJ, Hoffman KE, Kungel TM, et al. Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. Journal of Clinical Oncology. 2015;33(9):1078-85. **[CrossRef]**