

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ
HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE
SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melek KAYA
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

MALATYA-2014

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ
HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE
SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ**

Melek KAYA

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

MALATYA-2014

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Behice ERCİ



Danışman

Yrd.Doç.Dr. Meral UCUZAL



Üye

Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2014 tarih ve 2014/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Ergül ALÇİN
Enstitü Müdür V.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam sırasında görüş ve önerilerini, sosyal desteğini esirgemeyen, danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL'a, istatistiksel ve bilimsel katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, değerli katkıları nedeniyle Sayın Prof. Dr. Saim YOLOĞLU'na, yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve birikimini, desteğini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ'a, veri toplama aşamasında gösterdikleri yardım ve desteklerinden dolayı Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya Devlet Hastanesi ve Malatya Beydağı Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına, araştırmaya katılan tüm birey ve ailelerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim arkadaşlarıma, çalışmam sırasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Araştırma benign prostat hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma Temmuz 2012-Ocak 2014 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya Devlet Hastanesi, Malatya Beydağı Devlet Hastanesi üroloji poliklinik ve kliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini Ekim 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında sözü edilen hastanelerin üroloji kliniklerine benign prostat hiperplazisi nedeniyle ameliyat olmak üzere yatırılan hastalar oluşturdu. Örneklemi bu hastalar arasından olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan, bilgilendirilmiş yazılı izin veren 70 hasta oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere iki kez değerlendirmeye alındı. Ameliyat öncesi dönemde üroloji kliniklerinde yatan hastalara, tanıtıcı özelliklerini belirlemek için Hasta Tanıtım Formu, yaşam kalitelerini belirlemek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Ameliyattan 1 ay sonra üroloji polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran hastalara tekrar yaşam kalitesi ölçekleri uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde oranları, t testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Yaş ortalaması 69.12 ± 8.84 olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan alınan puanların ameliyat sonrasında yükseldiği belirlendi. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde, ameliyat öncesi 33.97 ± 9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25 ± 14.30 olduğu belirlendi. Sonuçlar, benign prostat hiperplazili hastaların yaşam kalitesinin ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde önemli düzeyde yükseldiğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Benign Prostat Hiperplazisi, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

ABSTRACT

Determination of Preoperative and Postoperative Quality of Life of Benign Prostatic Hyperplasia Patients

This study was carried out to determine preoperative and postoperative quality of life in patients with benign prostate hyperplasia.

This descriptive study was conducted between July 2012 and January 2014 in the urology outpatient and inpatient clinics of Inonu University Turgut Ozal Medical Center, Malatya State Hospital, and Malatya Beydagi State Hospital. The study population consisted of patients who were hospitalized in the urology polyclinics and clinics of the above-named hospitals to be operated due to benign prostate hyperplasia between October 2012 and February 2013. The sample included 70 patients, who were elected from these patients by way of non-probability random sampling, who met the study inclusion criteria, and who gave their written informed consents. Before initiating the study, written permission was obtained from Malatya Clinical Studies Ethics Committee. The patients were assessed twice, before and after the surgery. The patients who were hospitalized in the urology clinics in the preoperative period were administered a Patient Description Form to identify their descriptive characteristics, the SF-36 Quality of Life Scale and the Benign Prostate Hyperplasia Quality of Life Scale to determine their quality of life. The patients who presented to the urology outpatient clinics for a follow-up visit a month after surgery were administered once more the quality of life scales. Numbers, percentages, t-tests, and the Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of the data.

The mean age of the patients was 69.12 ± 8.84 . When the scores obtained by the patients from the subdomains of the preoperative and postoperative SF-36 Quality of Life Scales were compared, the scores obtained from all the subdomains except the perceived general health subdomain were found to improve after the surgery. A review of the scores they obtained from the Benign Prostate Hyperplasia Quality of Life Scale showed that the quality of life score, which was 33.97 ± 9.18 before the surgery, turned out to be 16.25 ± 14.30 after the surgery. The results demonstrated that quality of life significantly level increased in patients with benign

prostate hyperplasia in the postoperative period as compared to the preoperative period.

Key Words: Benign Prostate Hyperplasia, Preoperative, Postoperative, Quality of Life, Nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Prostat Anatomisi.....	3
2.2. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH).....	4
2.2.1. İnsidans.....	4
2.2.2. Etyoloji.....	4
2.2.3. Patofizyoloji.....	5
2.2.4. Belirti ve Bulgular.....	6
2.2.4.1. İdrar boşaltımında görülen değişiklikler.....	6
2.2.4.2. Üriner sistemde görülen değişiklikler	7
2.2.4.2.1. Üretrada görülen değişiklikler.....	7
2.2.4.2.2. Mesanede görülen değişiklikler	7
2.2.4.2.3. Üreterler ve böbreklerde görülen değişiklikler	7
2.2.5. Komplikasyonlar	7
2.2.6. Tanılama	8
2.2.6.1. Anamnez	8
2.2.6.2. Fiziksel tanılama	8
2.2.6.3. Diğer testler.....	8
2.2.6.3.1. Tam İdrar Analizi.....	8
2.2.6.3.2. Serum Kreatinin Ölçümü	9
2.2.6.3.3. Prostat Spesifik Antijen(PSA)	9
2.2.6.3.4. Endoskopi	9

2.2.6.3.5. Transabdominal Ultrasonografi (TAUS).....	9
2.2.6.3.6. Transrektal Ultrasonografi (TRUS).....	9
2.2.6.3.7. Üroflovmetri (İdrar akım hızı)	9
2.2.6.3.8. İşeme Günlüğü	10
2.2.6.3.9. İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacim [Postvoiding rezidü (PVR)]	10
2.2.6.3.10. İntravenöz Pyelografi (IVP).....	10
2.2.7. Tedavi.....	10
2.2.7.1. İzlem	10
2.2.7.2. Medikal Tedavi	10
2.2.7.2.1. Alfa adrenerjik blokerler.....	11
2.2.7.2.2. 5 alfa redüktaz inhibitörleri.....	11
2.2.7.2.3. Kombinasyon tedavisi	11
2.2.7.2.4. Fitoterapi.....	11
2.2.7.3. Cerrahi Tedavi.....	12
2.2.7.3.1. Transüretral Prostat İnsizyonu (TUIP)	12
2.2.7.3.2. Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P).....	12
2.2.7.3.3. Açık Prostatektomi (AP).....	13
2.2.7.3.3.1. Suprapubik ya da transvezikal prostatektomi	13
2.2.7.3.3.2. Retropubik ya da ekstravezikal prostatektomi	13
2.2.7.3.3.3. Perineal prostatektomi	14
2.2.7.4. Minimal İnvaziv Yöntemler.....	14
2.2.7.4.1. Lazer Prostatektomi.....	14
2.2.7.4.2. Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu (TUVP).....	15
2.2.7.4.3. Transüretral Microdalga Tedavisi (TUMT).....	15
2.2.7.4.4. Transüretral İğne Ablasyonu (TUNA)	15
2.2.7.4.5. Balon Dilatasyonu	16
2.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı	16
2.3.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	16
2.3.1.1. Psikolojik Hazırlık.....	16
2.3.1.2. Fizyolojik hazırlık	16
2.3.1.3. Yasal hazırlık	17
2.3.1.4. Ameliyat Öncesi Eğitim	18

2.3.1.5. Ameliyat Öncesi Gece ve Ameliyat Günü Hazırlığı.....	18
2.3.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	19
2.3.2.1. Ağrı kontrolü.....	19
2.3.2.2. Kanama takibi	19
2.3.2.3. Mesane İrrigasyonu	20
2.3.2.4. Enfeksiyonun Önlenmesi.....	20
2.3.2.5. Hareket.....	21
2.3.2.6. Taburculuk Eğitimi.....	21
2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı	22
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması	22
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	23
2.4.3. Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik.....	23
2.4.4. Benign Prostat Hiperplazisi ve Yaşam Kalitesi.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu.....	27
3.5.2. Kısa Form-36 (Short Form-36; SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	27
3.5.3. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği.....	31
3.6. Verilerin Toplanması.....	31
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	32
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	32
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR.....	55

EKLER.....	74
EK 1. Hasta Tanıtım Formu.....	74
EK 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	77
EK 3. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği.....	83
EK 4. Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği ve Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Formu.....	85
EK 5. Malatya Devlet Hastanesi İzin Formu.....	87
EK 6. Malatya Beydağı Devlet Hastanesi İzin Formu.....	88
EK 7. Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu.....	89
EK 8. Bilgilendirilmiş İzin Formu.....	91
ÖZGEÇMİŞ.....	92

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- BPH:** Benign Prostat Hiperplazisi
AÜSS: Alt Üriner Sistem Semptomları
AUA: American Urology Association
EAU: European Urology Association
TUR-P: Transüretral Prostat Rezeksiyonu
DHT: Dihidrotestosteron
5AR: 5-Alfa Redüktaz
BPB: Benign Prostat Büyümesi
MCT: Mesane Çıkım Tıkanıklığı
BPO: Benign Prostat Obstrüksiyonu
ICS: International Continence Society
PVR: Postvoiding Rezidü
PSA: Prostat Spesifik Antijen
PRM: Parmakla Rektal Muayene
TAUS: Transabdominal Ultrasonografi
TRUS: Transrektal Ultrasonografi
IVP: İntravenöz Pyelografi
TUIP: Transüretral Prostat İnsizyonu
AP: Açık Prostatektomi
TUVP: Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu
TUMT: Transüretral Microdalga Tedavisi
TUNA: Transüretral İğne Ablasyonu
IV: İntravenöz
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
TÖTM: Turgut Özal Tıp Merkezi
MDH: Malatya Devlet Hastanesi
MBDH: Malatya Beydağı Devlet Hastanesi
SF-36: Short Form-36
BPH-YK: Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi

SPSS: Statistical Packet for The Social Science

SS: Standart sapma

IPSS: International Prostate Symptom Score

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Erkek Üreme Organları	3
Şekil 2.2. Mesane Çıkım Tıkanıklığı	6
Şekil 2.3. Prostatektomi Türleri. (A) TUR-P, (B) Suprapubik prostatektomi, (C) Perineal prostatektomi, (D) Retropubik prostatektomi	14
Şekil 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	29
Şekil 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi	30
Şekil 3.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Türk Toplum Standartları	30
Şekil 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	32

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	34
Tablo 4.2: Hastaların Tıbbi Özellikleri	35
Tablo 4.3: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Ortalamaları	36
Tablo 4.4: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.5: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.6: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.7: Hastaların Geçmiş Ameliyat Deneyimi Olması ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.8: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	43
Tablo 4.9: Hastaların Geçmiş Ameliyat Deneyimi Olması ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44

1. GİRİŞ

Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat bezinin epitelyal ve stromal bileşenlerinin malign olmayan büyümesidir (1, 2, 3, 4, 5).

BPH, 50 yaş üstü erkeklerin ortalama üçte birinde gelişen ilerleyici bir sağlık sorunudur (6). Yaş arttıkça yükselen BPH görülme sıklığı, 51-60 yaş aralığında yaklaşık % 42 iken, 61-70 yaş aralığında % 70'lere ve 81-90 yaş aralığında %90'lar düzeyine ulaşmaktadır (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde, 60-69 yaş arası erkeklerin %70'ini, 70 yaş ve üstünün ise %80' ini etkilemektedir (8). Türkiye'de BPH prevalansı hakkında tam istatistiksel veriler olmamakla birlikte, 40 yaş üstü erkeklerde, BPH'ı düşündüren en önemli semptomlar olan alt üriner sistem semptom (AÜSS) oranının % 80-85 arasında olduğu belirtilmektedir (9,10).

BPH mesane çıkım obstrüksiyonuna yol açarak alt üriner sistem semptomlarının gelişmesine neden olmaktadır (1). İdrara gitme sıklığında artış, ani sıkışma hissi, noktüri, idrar yapma güçlüğü, mesanenin tam boşaltılamaması hissi, idrar akış hızında azalma, kesik kesik idrar yapma ve dizüri semptom kompleksi alt üriner sistem semptomları olarak adlandırılmakta ve en önemli nedeninin BPH olduğu belirtilmektedir (4, 11).

BPH'a bağlı AÜSS, hastaların günlük yaşam aktivitelerini nitelikli bir biçimde sürdürmelerini engelleyerek, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (7, 12, 13). Bu semptomlar hastalarda özellikle uyku bozukluğu, anksiyete, depresyon, öz güvende azalma ve boş zamanın değerlendirilmesinde yetersizlik gibi durumların gelişmesine neden olmaktadır (14). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada 50 yaş üzeri erkeklerde % 41 oranında orta ve şiddetli derecede alt üriner sistem yakınmalarının olduğu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (15).

Hem Amerikan Üroloji Birliği (AUA/ American Urology Association) hem de Avrupa Üroloji Birliği (EAU/European Urology Association) kılavuzunda BPH'nın tedavisi izlem, medikal tedavi, cerrahi tedavi ve minimal invaziv tedaviler olmak üzere 4 ana grupta incelenmektedir (16, 17). Yirminci yüzyılın ilk döneminde BPH tedavisinde iki tür cerrahi yaklaşım (açık prostatektomi, transüretral prostat rezeksiyonu [TUR-P]) ön plandayken, zaman içerisinde minimal invaziv tedavi

seçeneklerinin ve medikal tedavinin tanımlanması ile birlikte alternatif tedavi yöntemleri de uygulanmaya başlanmıştır. Tedavide kullanılan yöntemlerin çoğunda amaç AÜSS'nin ortadan kaldırılması, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonların azaltılmasıdır (16, 17, 18).

Paris'te 1994 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Konsensüs Toplantısında, ciddi komplikasyon gelişmemiş semptomatik BPH hastalarında tedavide ana amacın semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu belirtilmiştir (19, 20). Aynı şekilde Avrupa Üroloji Kılavuzları'nda da tedavinin amacının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu net olarak ifade edilmiştir (20).

BPH'da tedavinin ana amacının yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu vurgulanırken, literatür incelendiğinde BPH ameliyatı öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. BPH'lı hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesinin, hastalara uygulanacak hemşirelik girişimleri için yol gösterici olması ve nitelikli bakımın sağlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

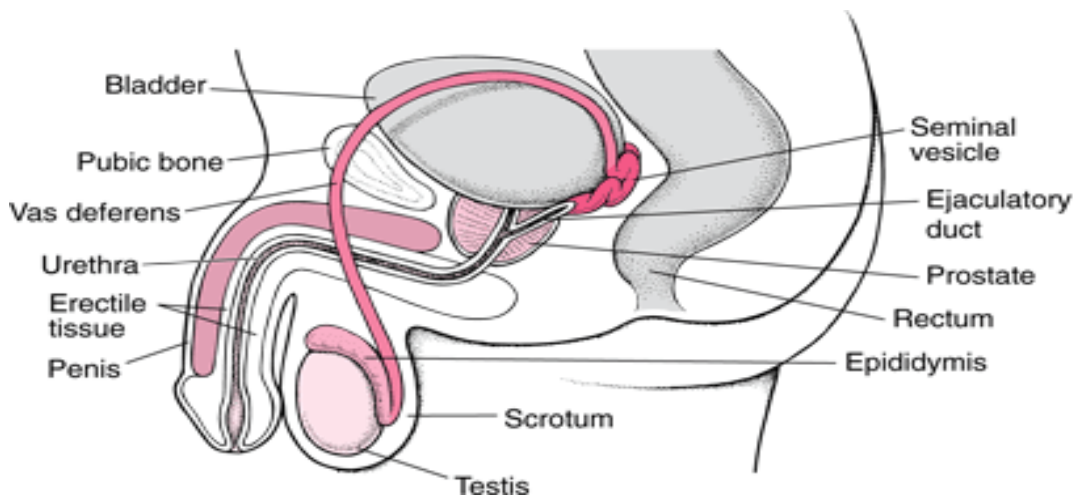
Bu araştırma, BPH'lı hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek ve araştırma sonuçları doğrultusunda hastaların daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri için gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanmasına yardımcı olacak öneriler sunmak amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prostat Anatomisi

Erkek genital sisteminin en büyük aksesuar bezi olan prostat, mesanenin hemen alt bölümünde, rektumun önünde, simfizis pubisin arkasında bulunmaktadır. Boyu 3.5 cm, eni 4.5 cm, kalınlığı 2 cm boyutunda ve yaklaşık 20 gr ağırlığında olan prostat, erkek üretrasını çevreleyen, fibromüsküler ve glandüler yapıda olan koni şeklinde bir organdır (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). Prostatın içinden geçen üretra segmentine prostatik üretra denir (9, 21, 22, 23). Prostat bezi üç farklı zona ayrılmaktadır. Genç erişkin prostat hacminin %70'ini periferik zon, % 25'ini santral zon ve %5'ini transizyonel zon (prostatik üretrayı çevreleyen prostat dokusu) oluşturmaktadır. Benign prostat hiperplazisi transizyonel zondan kaynaklanmaktadır (25).

Prostat, kas dokusu içindeki glandlarda yapılan, alkali özellikte, koyu olmayan, opak renkli bir sıvı salgılamaktadır. Ejekülâtın bir bölümünü oluşturan bu sıvı spermelerin geçişini kolaylaştırmakta ve canlı kalmalarını sağlamaktadır. Ejekülasyon sırasında kas dokusunun kasılmasıyla birlikte ejakülâtör kanallarla üretraya atılmaktadır (9, 23, 24, 27).



Şekil 2.1. Erkek Üreme Organları (28).

2.2. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)

2.2.1. İnsidans

Benign prostat hiperplazisi, prostat bezinin adenomatöz büyümesidir. Erkeklerde en sık görülen selim tümör olup insidansı yaşla birlikte artmaktadır (10, 23, 24, 25, 29). İskoçya’ da yapılan bir çalışmada BPH prevalansı 40-49 yaş için %14, 50-59 yaş için %40, 60-69 yaş için %70 ve 70-79 yaş için %90 olarak bildirilmiştir (30). Amerika Birleşik Devletleri’nde, 60-69 yaş arası erkeklerin %70’ini, 70 yaş ve üstünün ise %80’ini etkilemektedir (8). Parson’s ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 50-79 yaş arası erkeklerde %56; 80-89 yaş arasında %70; 90 yaş ve üstünde ise %90 oranında BPH olduğu belirlenmiştir (31). Türkiye’de BPH prevalansı hakkında tam istatistiksel veriler bulunmamakla birlikte, 40 yaş üstü erkeklerde BPH’ı düşündürülen en önemli semptomlar olan alt üriner sistem semptomlarının oranının % 80-85 arasında olduğu belirtilmektedir (10). Histolojik olarak BPH’nın 30 yaş öncesi oluşmayacağı ancak 80’li yaşlarda %90’a varan oranlarda gelişebildiği bildirilmektedir (3). Bu oranların tüm ülkelerde benzer olduğu ifade edilmektedir (32).

2.2.2. Etyoloji

BPH’nın etyolojisi tam olarak anlaşılabilmiş olmasına rağmen çok etmenli ve endokrin kontrollü olduğu belirtilmektedir (21, 25, 33, 34). Etyolojide yaşlanma, hormonlar (özellikle androjenler) (2, 35), çevresel faktörler ve yaşam tarzının (36) yanı sıra, son yıllarda genetik faktörler (37, 38) ve hereditenin de (ailesel) (39, 40) etkili olduğu vurgulanmaktadır (41). BPH’nın yaşlanma ile birlikte gelişen sistemik hormonal değişim sonucu ortaya çıktığı, puberteden önce kastrasyona uğramış (testiküler androjen yok) erkeklerde oluşmadığı, BPH’lı erkeklerde bilateral orşiektomi (testiküler androjen kaldırılır) sonrası hastalığın gerilediği belirtilmektedir (42, 43).

BPH’nın genetik kaynaklı olduğunu kanıtlayan çalışmalarda, BPH dokusunda DNA yapısında, nükleer matriks proteinlerde ve tümör supressor genlerde birtakım

farklılıklar görüldüğü belirtilmektedir (41). Martin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, BPH bulgularına rastlanan 256 ikiz kardeşi değerlendirmişlerdir. Bu 256 ikizin 25'inde her iki kardeşte, 231'inde ise ikizlerin birinde BPH'a rastlamışlardır (44).

2.2.3. Patofizyoloji

Prostatın büyümesi ve gelişimi üzerinde testosteron ve onun daha aktif metaboliti olan dihidrotestosteron (DHT) etkili olmaktadır (45). İleri yaşlarda serumdaki serbest testosteron miktarı azalmakla birlikte prostat dokusundaki DHT miktarı, androjen reseptör duyarlılığı ve sayısı artmaktadır (46, 47). Testosteronun 5-alfa redüktaz (5AR) enzimi tarafından redüksiyona uğratılması sonucu elde edilen DHT, prostatik gelişme ve büyümeden sorumlu aktif intraselüler androjendir (46, 47). 5AR enziminin, Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere iki alt tipi vardır. BPH primer olarak 5AR Tip 2'den kaynaklanmaktadır. 5AR eksikliği sendromu olan erkeklerde testosteron, DHT'ye dönüştürülemediği için BPH gelişmemektedir (48, 49). Bu da rudimenter (gelişmemiş) bir prostat ve feminize (kadınlaşmış) dış genital organ gelişimine neden olmaktadır (50).

BPH'nın patofizyolojisi kesin olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, erken dönemde mesane hipertrofiye olup kalınlaşırken, geç dönemde kasılma azalmakta ve zayıflamaktadır. Prostat büyüdükçe, üretra lümeni veya mesane boynunu sıkıştırarak, daha yüksek mesane çıkım direncine neden olan mekanik obstrüksiyona neden olmaktadır (25). Prostatın neden olduğu tıkanıklık mesane kaslarında güçsüzlüğe ve mesanenin yavaş boşalmasına neden olmaktadır. Mesanenin tam olarak boşalamaması sonucu aşırı idrar birikmesi, yüksek basınç nedeniyle gerilim oluşmasına (retansiyon), üreterlerde idrar birikmesine (hidroüreteronefroz), üriner sistem enfeksiyonları ve böbrek yetmezliği gelişmesine neden olabilmektedir (21).

Benign prostat büyümesi (BPB), BPH ile birlikte veya BPH'ı düşündüren ve histopatolojik olarak tanı konulmamış, prostatın hacimsel artışıdır (51). BPH'ı olan hastaların yaklaşık %50'sinde BPB görülmektedir. Benign prostat büyümesine bağlı olarak gelişen mesane çıkım tıkanıklığına (MCT), benign prostat obstrüksiyonu (BPO) denir (51). Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society'nin =ICS) belirlediği kriterlere göre MCT, ürodinamik olarak azalmış idrar

akımıyla birlikte artmış detrusor basıncının bulunmasıdır (52). İşeme bozukluğuna yol açanın benign prostat hiperplazisi veya benign prostat büyümesi olmadığı, benign prostat büyümesine bağlı mesane çıkım tıkanıklığı olduğu Şekil 2.2'de görülmektedir.



Şekil 2.2. Mesane Çıkım Tıkanıklığı (52).

2.2.4. Belirti ve Bulgular

2.2.4.1. İdrar boşaltımında görülen değişiklikler

BPH'ya bağlı infravezikal obstrüksiyonun yanı sıra, aralarında yaşlanmanın da yer aldığı birçok faktörün, mesanenin depolama ve boşaltım işlevlerinde oluşturduğu değişikliklere bağlı olarak alt üriner sistem semptomları gelişmektedir (53). Alt üriner sistem semptomları, depolama (noktüri, sıkışma, sıklık, idrar kaçırmaya), boşaltım (terminal damlama, zayıf idrar akımı, idrara geç başlama, zorlanarak idrar yapma, kesintili idrar akımı) ve işeme sonrası (tam boşalamama duyumu, işeme sonrası damlama) semptomları içermektedir (54).

Türkiye'de BPH'ı düşündürülen en önemli semptomlar olan AÜSS ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (55, 56). Bunlardan biri olan Akı ve arkadaşlarının toplum temelli olarak yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin sadece %14.8'inde AÜSS'nin olmadığı, yaş arttıkça AÜSS'nin arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada en sık görülen semptomların noktüri (%66.1), idrar yapma sıklığında artış (%44.4), rezidü hissi (%40.1), idrar akımının kötü olması (%40.1), kesik kesik idrar yapma

(%35.0), ani sıkışma hissi (%26.8) ve bekleyerek idrar yapma (%17.5) olduğu bildirilmiştir (56).

2.2.4.2. Üriner sistemde görülen değişiklikler

BPH'nin uzun süre devam eden etkileri nedeni ile üriner sistemde de bazı değişiklikler görülmektedir.

2.2.4.2.1. Üretrada görülen değişiklikler

İleri derecede büyümüş prostat dokusuna bağlı olarak üretrada şekil bozukluğu (deformasyon), boyunda uzama (elagasyon) ve yer değiştirme (deviasyon) gibi değişiklikler görülmektedir (21).

2.2.4.2.2. Mesanede görülen değişiklikler

Tıkanıklığın mesane iç basıncını yükseltmesi sonucu detrüör kasının boyutunda genişleme (hipertrofi) ve intramüsküler alanda kollajen artışı görülmektedir. Bu değişiklik kasılma yeteneğinin azalmasına ve mesanenin tam olarak boşalamamasına neden olmaktadır. Uzun süre idrar birikimine bağlı olarak istemsiz idrar kaçırma (taşma inkontinansı) görülebilmektedir (21).

2.2.4.2.3. Üreterler ve böbreklerde görülen değişiklikler

Mesane ve üreterlerin birleşim yerinde (üretrovezikal) yüksek basınca bağlı genişlemeler (divertiküller) oluşmaktadır. Bunun sonucunda idrarın üreterlere doğru geri göllenmesi (üretrovezikalreflü) ve böbreklerde idrar birikmesine bağlı şişme (hidronefroz) görülmektedir. Bu durum böbrek fonksiyonlarında gerileme ve böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilmektedir (21).

2.2.5. Komplikasyonlar

Tedavi edilmeyen BPH idrar kaçırma, mesane taşı, pyelonefrit, bakteriüri, hematüri gibi önemli komplikasyonlara neden olmaktadır (5,9, 21, 23, 33, 42, 55, 57, 58, 59, 60).

2.2.6. Tanılama

BPH tanısı için; anamnez, fizik muayene ve diğer testler (idrar analizi, serum kreatin ölçümü ve ultrasonografi vb.) yapılmaktadır. Avrupa Üroloji Birliği Kılavuzu'nda BPH tanısı için; öykü, semptomları sorgulamada bir semptom skorlama sistemi, fizik muayene, serum kreatinin ölçümü, tam idrar analizi, akım hızı, işeme sonrası rezidü idrar (Postvoiding rezidü=PVR) ve serum prostat spesifik antijen (PSA) seviyelerinin ölçümü (özellikle prostat kanseri saptanması durumunda, düşünülen tedavi değişikliği gösterecek ise) önerilmektedir (61). Amerikan Üroloji Birliği ise ilk değerlendirmede anamnez, semptomların sorgulanmasında bir semptom skorlama sistemi, fizik muayene, tam idrar analizi ve serum PSA ölçümünü önermektedir (62).

2.2.6.1. Anamnez

Üriner sistem ile ilgili ayrıntılı bir anamnez, üriner sistem enfeksiyonu, nörojenik mesane, üretra darlığı veya prostat kanseri gibi semptomların BPH'dan kaynaklanmayan diğer olası nedenlerini dışlamaktadır (25).

2.2.6.2. Fiziksel tanılama

Fiziksel tanılama için parmakla rektal muayene (PRM) ve odaklanmış nörolojik inceleme yapılmaktadır. PRM prostatın boyutunu belirleme ve prostat kanseri varlığını dışlamak amacıyla uygulanmaktadır. Odaklanmış nörolojik inceleme ise zihinsel ve ambulatuar durumu, alt ekstremitte nöromusküler işlevini ve anal sfinkter tonusunu değerlendirmek için yapılmaktadır (25, 63).

2.2.6.3. Diğer testler

2.2.6.3.1. Tam İdrar Analizi

Tam idrar analizi hematüri ve üriner sistem enfeksiyonunu ekarte etmek, semptomların BPH dışı nedenlerini belirlemek ve BPH'ı mesane kanserinden ayırt etmek için yapılmaktadır (25).

2.2.6.3.2. Serum Kreatinin Ölçümü

Renal fonksiyonu değerlendirmek için serum kreatinin ölçümü gereklidir. Prostat hastalarının %10'unda böbrek yetersizliği gelişebilmektedir. Bu nedenle uzun dönem böbrek hasarının ve ameliyat sonrası istenmeyen yan etkilerin önlenmesi için cerrahi öncesi serum kreatinin ölçümü önerilmektedir (13, 25).

2.2.6.3.3. Prostat Spesifik Antijen(PSA)

Kan PSA seviyesi prostat kanseri, BPH, prostatit, üriner retansiyon, prostat biyopsisi veya ejakülasyon gibi birçok durumda artabilmektedir. PSA değerinin, BPH tanısı olan hastaların % 25'inde 4 ng/ml'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (13, 64).

2.2.6.3.4. Endoskopi

Cerrahi veya minimal invaziv tedaviler öncesi, özellikle prostatın şeklinin (orta lob büyümesi gibi) yöntem belirleyici olacağı durumlarda önerilmektedir. Ayrıca mikroskopik veya yoğun hematürisi olan, geçirilmiş alt üriner sistem cerrahisi, üretra darlığı ve mesane tümörü öyküsü olanlarda da uygulanmaktadır (65).

2.2.6.3.5. Transabdominal Ultrasonografi (TAUS)

TAUS ile prostat volümü ve ağırlığı, rezidüel idrar miktarı, mesane duvar kalınlığı ve ağırlığı, intravezikal dolma defektleri (taş, tümör, ureterosel vb.), mesane divertikülü, perivezikal anatomi gibi değerlendirmeleri yapmak olasıdır (66).

2.2.6.3.6. Transrektal Ultrasonografi (TRUS)

TRUS ile prostat boyutu, şekli ve patolojileri dışında, mesane boynu konfigürasyonu, posterior üretra ve periüretral patolojiler de değerlendirilebilmektedir (66).

2.2.6.3.7. Üroflovetri (İdrar akım hızı)

En basit ve en yararlı ölçme yöntemlerinden biri üroflovetri yöntemidir. Bu test ile basit bir debi ölçümü ile idrar akım hızı değerlendirilebilir. Üroflovetride

işenen idrar miktarı, işeme süresi, gecikme zamanı, maksimum idrar akım hızına erişme zamanı, maksimum idrar akış hızı ve ortalama idrar akış hızı değerlendirilmektedir (67, 68).

2.2.6.3.8. İşeme Günlüğü

İşeme günlüğü, basit ve doldurması kolay günlük tablolardır. Tedavi seçimi için objektif klinik bilgi verebilir. Standart bir çizelge yoktur. Zorunlu olmayıp, isteğe bağlı yapılacak tanı yöntemleri arasında yer almaktadır (60).

2.2.6.3.9. İdrar Yapımı Sonrası Rezidüel Hacim [Postvoiding rezidü (PVR)]

PVR >200-300 ml olan hastaların tedaviden fayda görme olasılığının düşük olduğu (69), buna rağmen izlem veya medikal tedaviye kontrendikasyon oluşturmadığı belirtilmektedir (13).

2.2.6.3.10. İntravenöz Pyelografi (IVP)

IVP üriner sistemdeki hidronefroz, mesane divertikülü ve taşı gibi BPH ile ilişkili değişikliklerin ve böbrek taşları ve üst üriner sistem tümörleri gibi diğer üriner sistem patolojilerinin belirlenmesinde önemli olan bir radyolojik görüntüleme yöntemidir (17).

2.2.7. Tedavi

2.2.7.1. İzlem

Semptomları hafif derecede olan veya orta/şiddetli olup istenmeyen yan etki gelişmemiş ve yaşam kalitesi bozulmamış hastalarda izlem yapılmaktadır (65, 70, 71). İzlem için uygun olduğu saptanan hastaların, durumu hakkında sözel/yazılı olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Hastaların izlem süreci boyunca düzenli kontrol edilmesi önemlidir (72).

2.2.7.2. Medikal Tedavi

Medikal tedavide amaç, postvezikal obstrüksiyona neden olan dinamik ve statik komponentlerin azaltılmasıdır (73). Medikal tedavi olarak Avrupa (EAU) ve

Amerikan (AUA) kılavuzlarında alfa-adrenerjik blokerler, 5 alfa-redüktaz inhibitörleri, kombinasyon tedavisi ve fitoterapi seçenekleri önerilmektedir. (52).

2.2.7.2.1. Alfa adrenerjik blokerler

Orta/şiddetli AÜSS olan hastalarda halen ilk seçilen tedavi ajanlarıdır. Alfuzosin, terazosin, doksazosin ve tamsulosin eş etkinlikte ajanlar olup yan etki profilleri hafifçe birbirinden farklıdır (17, 65).

2.2.7.2.2. 5 alfa redüktaz inhibitörleri

Günümüzde finasterid (tip II inhibitörü) ve dutasterid (tip I ve II inhibitörü) olmak üzere iki ajan mevcuttur. Her iki ilaç da prostat volümünde %20-30 azalma, belirti skorunda 3-4 puan iyileşme, Qmax'da 1.5- 2.5 ml/sn artışa neden olurlar (65, 74, 75).

2.2.7.2.3. Kombinasyon tedavisi

Kombinasyon tedavisi, alfa-adrenerjik blokerler ve 5 alfa redüktaz inhibitörlerinin birlikte kullanılmasıdır. Kombinasyon tedavisinin, monoterapiye göre daha etkili olduğu bildirilmektedir (52).

2.2.7.2.4. Fitoterapi

Dünyanın çeşitli ülkelerinde BPH tedavisinde bazı bitki ekstraktları yüzyıllardan beri geleneksel olarak kullanılmaktadır. Özellikle son dönemlerde beslenme, sağlığın korunması ve bazı tedavi türlerinde doğal (natural) maddelere yönelme eğiliminin artması, bu gibi maddelerin daha çok aranmasına ve reçetesiz elde edilebildiği için yaygın şekilde kullanılmasına neden olmaktadır (76). Klinik pratikte en sık kullanılan ajanlar, serenoa repens (saw palmetto, bodur palmiye meyvesi), pygeum africanum (afrika eriği), secale cereale (çavdar poleni), hypoxis rooperi (Güney Afrika'da yetişen bir bitki kökü), urtica dioica (ısırgan otu) ve cucurbita pepo (balkabağı tohumu, helvacı kabağı tohumu) olarak sıralanabilir (76, 77).

2.2.7.3. Cerrahi Tedavi

BPH'li hastaların cerrahi tedavilerinin başlangıcı 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır (78). Geçmişte hastaya prostatektomi endikasyonu konulması için genellikle böbrek yetmezliği semptomlarının gerçekleşmesi beklenirken (79), günümüzde tekrarlayan akut retansiyon, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, obstrüksiyona sekonder olarak oluşan mesane taşları, böbrek fonksiyonlarında bozulma olması ve makroskopik hematürinin varlığı endikasyon olarak kabul edilmektedir (60). Prostatektomi ilk uygulandığı zamanlarda perineal, tek ve iki basamaklı suprapubik prostatektomi seçenekleri denenmiştir. Günümüzde BPH'ı olan hastalarda, konvansiyonel cerrahi yöntemleri olarak transüretal prostat insizyonu (TUIP), transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) ve açık prostatektomi (AP) uygulanmaktadır (17).

2.2.7.3.1. Transüretal Prostat İnsizyonu (TUIP)

Prostat hacminin 30 mL'den küçük olduğu, orta lob hipertrofinin olmadığı, retrograd ejakülasyon endişesi olan genç erkeklerde tercih edilen bir cerrahi yöntemdir (13, 65). İnsizyon orta hatta tek veya iki üreter orifisinden verumontanuma kadar çift olarak yapılabilir.

2.2.7.3.2. Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUR-P)

Prostat hacmi 30 ile 80-100 mL olan hastalarda TUR-P tercih edilmektedir (80). İlk kez 1930'lu yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Başlangıçta sadece prostat boyutu küçük ve genel durumu kötü olan hastalar için uygun görülen TUR-P (81), uzun yıllardır altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu cerrahi yöntemde prostat iç glandı, diatermi ünitesi kullanılarak endoskopik yolla çıkarılmaktadır (14). Alt üriner sistem semptomlarındaki iyileşmenin yanı sıra, cerrahi kesi yapılmaması, cerrahi risk taşıyan hastalarda güvenli olması, hastanede kalış süresinin kısa ve morbidite oranının düşük olması, daha az ağrıya neden olması ve yaşam kalitesi ve idrar akım hızında uzun süreli düzelme sağlaması sık uygulanan bir yöntem olmasını sağlamaktadır (9, 14, 59). Tekrarlayan obstrüksiyon ve striktür, gecikmiş kanama, tekrar operasyon

olasılığı ve cerrahın deneyimli olması gerekliliği ise TUR-P'nin dezavantajlarıdır (9, 59). TUR-P, AÜSS'yi %70 oranında düzeltmekle birlikte %20 oranında morbiditeye neden olmaktadır. TUR-P komplikasyonları, retrograd ejakülasyon (%65-70), erektil disfonksiyon (%6.5), mesane boynu kontraktürü (%4), üretral darlık (%3.8), kan transfüzyonu gereksinimi (%2-5), inkontinans (%2.2), TUR sendromu (%2), re-operasyon (%0.5-9) ve çok düşük oranda (%0.25) mortalite olarak belirtilmektedir (69,80, 82, 83, 84, 85, 86).

2.2.7.3.3. Açık Prostatektomi (AP)

Büyük prostatlarda (>80-100 mL) ve büyük mesane taşının veya mesane divertikülü rezeksiyonu endikasyonunun eşlik ettiği olgularda tercih edilmekte, suprapubik (transvezikal), retropubik (ekstravezikal) ve perineal prostatektomi olarak üç farklı cerrahi yöntemle uygulanmaktadır (25, 84). AP, Avrupa'da BPH için uygulanan cerrahi tedavilerin hala %14-32'sini oluşturmakta ve bazı ülkelerdeki merkezlerde bu oran %68'e kadar çıkmaktadır (87,88, 89). AP ameliyatlarından sonra karşılaşılan komplikasyonlar; retrograd ejakülasyon (%80), stres inkontinansı (%10), cinsel işlev bozukluğu (%6,5), kanamaya bağlı kan transfüzyonu (%6), üretra darlığı (%2,6), mesane boynu kontraktürü (%1,8), çok düşük oranda mortalite ve hastanede kalış süresinin uzamasıdır (ort.7 gün) (69, 84, 85, 86, 90, 91).

2.2.7.3.3.1. Suprapubik ya da transvezikal prostatektomi

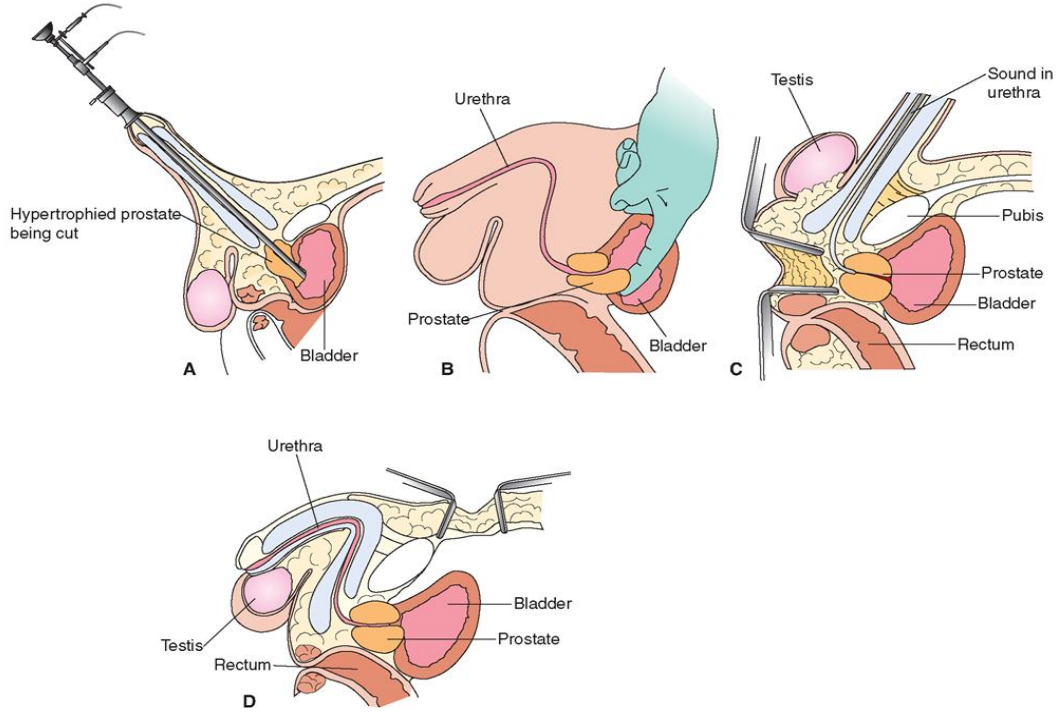
Bu yöntem, pubis üzerinden yapılan bir insizyonla mesaneye ve mesaneye yapılan bir insizyonla prostata ulaşılarak uygulanır. Derin insizyon yerinden dışarıya doğru sistostomi tüpü yerleştirilir, üretradan mesane çıkımına foley sonda yerleştirilir ve idrar drene edilir (23, 24).

2.2.7.3.3.2. Retropubik ya da ekstravezikal prostatektomi

Alt abdominal insizyonla mesaneye girilmeksizin prostata ulaşılır ve doku çıkarılır. Foley kateter yerleştirilip 24 saat sürekli irrigasyon yapılır (23, 24).

2.2.7.3.3. Perineal prostatektomi

Anüs ve skrotumun arasından perineye yapılan bir insizyonla prostata ulaşılır. Ameliyat sonunda foley sonda ve insizyon yerinde dren olabilir (23, 24). Prostatektomi türleri Şekil 2.3’de gösterilmektedir.



Şekil 2.3. Prostatektomi Türleri. (A) TUR-P, (B) Suprapubik prostatektomi, (C) Perineal prostatektomi, (D) Retropubik prostatektomi (92).

2.2.7.4. Minimal İnvaziv Yöntemler

2.2.7.4.1. Lazer Prostatektomi

Lazer enerjisi, dokuda koagülasyon nekrozu, vaporizasyon (yüksek ısı ile dokunun buharlaştırılması) veya rezeksiyon yapabilmektedir (13). Lazer prostatektominin avantajları; minimal kan kaybı, nadir TUR sendromu olgusu,

antikoagulan alan hastaları tedavi edebilme ve ayaktan bir işlem olarak yapılabilmeyle olanak tanınmasıdır. Dezavantajları ise; patolojik inceleme için doku elde edilememesi, daha uzun postoperatif kateterizasyon gerektirmesi, daha iritatif işleme yakınmaları ve maliyetin yüksek olmasıdır (22, 25).

2.2.7.4.2. Transüretal Prostat Elektrovaporizasyonu (TUVP)

Konvansiyonel TUR cihazına adapte edilmiş silindirik şekilde bir elektrotla yüksek enerjili elektrik akımı kullanarak prostatın vaporeze edilmesidir (93, 65). İşlem sırasında prostat dokusunda vaporezasyonla beraber koagülasyon da yapılır. Kateterizasyon süresi ve erken dönem komplikasyon oranları TUR-P'ye göre daha azdır (93). EAU tarafından yüksek cerrahi riskli ve küçük prostatlı hastalara kullanımı önerilmektedir (65).

2.2.7.4.3. Transüretal Microdalga Tedavisi (TUMT)

İntrauretral bir anten aracılığıyla mikrodalga radyasyon yayarak prostatın ısıtılması işlemidir. Doku sitotoksik eşik üzerinde ($>45^{\circ}\text{C}$) ısıtılarak tahrip edilir (koagülasyon nekrozu) (94). TUMT tedavisi poliklinik şartlarında yapılabilir ve genel veya bölgesel anestezi olmaksızın 1 saatten az sürer (95). Büyük prostatlarda daha iyi sonuç verir, medyan lobu olan hastalar uygulama için kontrendikedir (96). TUMT'un ana avantajı TUR-P'ye göre düşük morbiditeye sahip olmasıdır (97). Yüksek ek tedavi oranları ise temel dezavantajdır (98).

2.2.7.4.4. Transüretal İğne Ablasyonu (TUNA)

Transüretal olarak yerleştirilen iğneler kullanılarak, prostat dokusu içerisinde düşük seviyede radyofrekans enerjinin yayılması ile nekrotik alanlar oluşturulmasıdır. Genellikle poliklinik şartlarında ve lokal anestezi ile uygulanır (82). 20-70 gram hacimleri olan, medyan lobu ve mesane boynu obstrüksiyonu olmayan prostatlar için endikedir. Semptomatik BPH'lı hastalarda güvenli bir tedavi alternatifidir (96).

2.2.7.4.5. Balon Dilatasyonu

Prostat balon dilatasyonu sadece prostatik fossa ve mesane boynu dilatasyonu sağlamak için ve özel olarak tasarlanmış kateterle uygulanır (25). BPH tedavisi için kullanılmamalıdır (65).

2.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.3.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, cerrahi işleme karar verilmesi ile başlayan ve hasta ameliyata alınmaya kadar devam eden bir süreçtir. Ameliyat olacak tüm hastalar için psikolojik, fizyolojik ve yasal hazırlık yapılmalı, ameliyat öncesi eğitim verilmelidir (21, 23).

2.3.1.1. Psikolojik Hazırlık

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, risklerinden korkarlar. Yapılan bir çalışmada BPH'ı olan hastaların uyku, hareket, günlük aktivite ve cinsellik konularında anksiyete/ endişe yaşadıkları belirlenmiştir (99). Ameliyat öncesi anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden biri, hastanın cinsel fonksiyonlarının zarar görmesi ile ilgili bilinmeyen korkusudur (23, 100). Hasta bu hassas konudaki düşüncelerini mahcup bir şekilde dile getirirken, hemşire hasta ile güvenli ve profesyonel bir iletişim kurarak, endişelerini ve korkularını rahat bir şekilde ifade etmesi için cesaretlendirmeli, bu konuda yeterli bilgi vererek anksiyetesini azaltıp rahatını sağlamalıdır (59). Hastalar ayrıca uygulanacak cerrahi yöntem, ameliyat sonrası döneme ait ağrı, aktivite düzeyi, egzersizler, olası komplikasyonlar, ameliyat bölgesinin bakımı, hastanede yatış süresi, taburculuk ve sonrası dönem hakkında da bilgiye gereksinim duyarlar (23,100). Bu nedenle hemşireler hasta ve ailesine, tüm bu konular hakkında bilgi vererek anksiyetelerini azaltmalıdır (101).

2.3.1.2. Fizyolojik hazırlık

Ameliyata bağlı komplikasyonları en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu mümkün olan en iyi düzeye getirilmelidir. Genel sağlık durumunun

tanılanması; yaş, ağrı, beslenme durumu, enfeksiyon, sıvı-elektrolit dengesi, kardiyovasküler fonksiyon, pulmoner fonksiyon, gastrointestinal sistem fonksiyonu, karaciğer fonksiyonu, endokrin fonksiyon, nörolojik fonksiyon, hematolojik fonksiyon, renal fonksiyon ve kullanılan ilaçlar konusundaki değerlendirmeleri kapsamaktadır (23).

Hemşire prostatektomi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi tanılama sırasında, hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumunu, idrar atımını başlatma yeteneğini, var olan üriner sistem sorunlarını, sırt ve yan ağrısı, alt abdominal veya suprapubik bölgede rahatsızlık hissetme ve cinsel aktivite ile ilgili değişiklik deneyimleme durumunu belirlemelidir (100).

Ameliyat öncesi kullanılan ilaçlar konusundaki tanılama, bitkisel ve tıbbi ilaçların değerlendirilmesini içermelidir. Özellikle bitkisel ilaç kullanan BPH hastalarında, olası etkileşimleri ve komplikasyonları önlemek için bitkisel ilaç kullanımına ameliyattan en az 2-3 hafta önce ara verilmesi gerektiği bildirilmektedir. Ameliyat sırası ve sonrasında gelişebilecek aşırı kanamaları önlemek için aspirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve trombosit inhibitörleri, ameliyattan 10-14 gün önce bırakılmalıdır (101). Diyabetik hastalarda laktik asidoz riskini azaltmak için, ameliyattan 48 saat önce metformin alımı durdurulmalıdır. Diüretikler dışında, tansiyon, kalp ve anti nöbet ilaçları ameliyat sabahı alınmalıdır (100).

Ameliyat öncesi dönemde mesane ile ilgili rahatsızlığı olan hastalar, yatak istirahatine alınarak mesane distansiyonu açısından izlenmeli, analjezik ajanlar verilmeli ve gerekli ise (üriner retansiyonu varsa) kateterizasyon sağlanmalıdır (59). Üriner sistem enfeksiyonu olan hastalar cerrahi işlemden önce mutlaka tedavi edilmelidir. Hastanın sıvı almasını engelleyen bir durum yoksa enfeksiyon kontrolünü sağlamak, dehidratasyon ve azotemiye önlemek için günde 2500-3000 ml sıvı alması sağlanmalıdır (9, 23).

2.3.1.3. Yasal hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük olsa dahi kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni, hem hasta hem de sağlık ekibi için yasal güvencedir. Bilinci açık olan erişkin hastalar, ameliyat izinlerini

imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük hastaların ameliyat izinleri aileleri/yakınları tarafından imzalanır (23).

2.3.1.4. Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat öncesinde hastanın bilgi düzeyi belirlenmeli ve bilgilendirme hastanın gereksinimlerine göre yapılmalıdır (101). Ameliyatın amacı ve üriner boşaltım üzerine olan etkisi, üriner sistem anatomisini gösteren şemalar ve diğer eğitim araçları kullanılarak anlatılmalıdır. Daha sonra, yapılacak prostatektomi türüne bağlı olarak, cerrahi girişim, uyanma prosedürü, ameliyat sonrası foley ya da üriner kateterlerin kullanımı ve bakımı konularında bilgi verilmelidir (23, 100, 59). Ameliyat öncesi dönemde verilecek eğitim yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterse de, ameliyat olacak hastalara erken mobilizasyon, derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri de öğretilmelidir (23).

2.3.1.5. Ameliyat Öncesi Gece ve Ameliyat Günü Hazırlığı

Prostatektomi yapılacak olan hastalarda ameliyattan önceki gece bağırsak temizliği sağlanır. Cilt hazırlığında cildin temizlenme şekline, temizlikte kullanılacak antiseptiğe, kılların alınıp alınmamasına ve kılların alınmasında kullanılacak yöntemle ilişkin görüş farklılıkları vardır. Bu nedenle hemşire çalıştığı klinikte ameliyat öncesi cilt hazırlığının nasıl yapılması gerektiğini bilmelidir (23). Ameliyat sabahı hazırlığında önemli olan ilaçları çok az bir su ile içirilip, sigara içmemesi ve klinikten uzaklaşmaması söylenir. Hastanın yaşam bulguları alınıp kayıt edilir, anormal bir durum varsa hekime haber verilir. İntravenöz (IV) sıvı uygulaması gibi özel bir durum varsa uygulanır. Kan istemi yapılmışsa hazır olup olmadığı kontrol edilir. Hastaya mesanesini boşaltması, dişlerini fırçalaması, takma dişleri varsa çıkartması, değerli eşyaları varsa yakınlarına teslim etmesi söylenir (23, 100, 102). Ameliyat gömleği ve istem varsa derin ven trombozunu önlemek için elastik kompres çorapları (varis çorabı) giydirilir ve istem yapılmışsa premedikasyon uygulanır (59). Hasta, dosyası, ilaçları, malzemeleri ve sıvıları ile birlikte sedyeye ameliyathaneye gönderilir (23, 100, 102).

2.3.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Prostatektomiden sonra genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak, hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde tanınması oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonlar, kanama ve pıhtıyla kateterin tıkanması sonucu üriner obstrüksiyondur. Diğer komplikasyonlar üretral darlık, retrograd ejakülasyon (mesane boynundaki cerrahi travma nedeniyle ejakülataın üretradan atılmayıp, geriye mesaneye girişi) ve idrar inkontinansıdır. Az görülmekle birlikte TUR-P'ye bağlı komplikasyonlar, mesane ve prostat kapsül perforasyonudur. Böyle bir durum geliştiğinde hastada abdominal ağrı, karın adelelerinde sertlik ve şok belirtileri görülür (23).

2.3.2.1. Ağrı kontrolü

Tüm cerrahi işlemlerden sonra olduğu gibi BPH cerrahisinde de ilk saatlerde ve günlerde ağrı yaşanması kaçınılmazdır (21). Analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Hastaya üretral kateterin mesane spazmına ve ani idrar yapma hissine (urgency) neden olabileceği söylenmelidir. Mesane spazmı olan hastalarda mesanede basınç ve dolgunluk hissi, kateterin üretraya giriş kısmında kanama görülmektedir. Spazmın neden olduğu rahatsızlığı gidermek için antispazmotik ilaçlar verilebilir. Pubis üzerine sıcak kompres uygulanması veya sıcak oturma banyoları, spazmların giderilmesine yardımcı olabilir (59). Kateter gerginliğini azaltmak için drenaj hortumu bacak veya karın bölgesine tespit edilmeli, kateter hastada kaldığı sürece hastanın bol sıvı alması sağlanmalıdır (23). Konstipasyona bağlı zorlanma, prostat dokusunda ağrı ve kanamaya neden olabileceğinden bağırsak hareketlerini kolaylaştırmak için uygun yiyecekler verilmelidir (59).

2.3.2.2. Kanama takibi

Ameliyat bölgesi ve drenler kanama açısından izlenmelidir (103). Kanaması olan hastada kan değerleri, yaşam bulguları ve drenaj sistemleri sürekli kontrol edilmeli, gerektiğinde kan transfüzyonu yapılmalıdır (9, 23, 59, 103). Ameliyattan sonra birkaç gün kateterden gelen idrar kanlı olabilir. Prostat bezi damardan zengin olduğu için (23) normal drenaj kırmızımsı-pembe olarak başlar ve daha sonra açık

pembeye dönüşerek temizlenir. Ameliyattan ortalama 24 saat sonra artan viskozite ile birlikte parlak kırmızı ve çok sayıda pıhtı içeren idrar görülmesi arteriyel kanamayı gösterir. Pıhtı idrar akımının engellenmesine, kanama ise kan basıncının düşmesine ve hastanın yeniden ameliyata alınmasına neden olabilir (33, 59). Venöz kan koyu ve daha az viskoz görünür. Prostatik alandaki venöz kanama, üretral kateterin ucundaki balonun mesane içinde şişirilerek prostatik fossaya doğru yerleştirilmesi ve kateterin sabitlenmesi ile (traksiyona alma) durdurulabilir. Traksiyon işlemi uygulanan hastalarda işlem aralıklı olarak durdurulmalı ve sfinkter dokusunun nekrozu önlenmelidir (33). Prostatik fossada (prostat bezinin yerleştiği boşluk) yaralanma ve kanama riskini engellemek için rektal termometre, rektal tüpler ve lavmandan kaçınılmalıdır (23, 59)

2.3.2.3. Mesane İrrigasyonu

Pıhtı oluşumunu önlemek için mesane irrigasyonu önerilir. İrrigasyon steril izotonik sıvılarla aralıklı ya da sürekli olarak yapılır. Sürekli irrigasyonda üç lümenli foley kateter (bir lümen balonu şişirmek için, bir lümen idrar drenajı için ve diğer lümen irrigasyon sıvısının drenajı için) kullanılır. Aralıklı irrigasyonda az miktarda sıvı (60-100 ml) hafif bir basınçla kateterden verilerek yapılır. Kateterdeki tıkanıklık giderilemezse kateterin değiştirilmesi gerekebilir. Üriner kateterden gelen sıvının içeriğine ve rengine göre irrigasyon hızı ve süresi düzenlenir. Sürekli irrigasyon, mesane içi basıncın aşırı artmasına ve incelen mesane duvarının rüptürüne neden olabileceğinden dikkatli ve yavaş uygulanmalıdır. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı profilaktik olarak heparin tedavisi alan hastalarda, ameliyat sonrası erken dönemde kanama ve hemorajik şok gelişme olasılığı bulunmaktadır. Hemşire kanama bulgularını takip etmeli, irrigasyon ve derin ven trombozu için verilen sıvı-elektrolitleri ve hemodinamiyi kontrol etmelidir (9, 29, 33, 103).

2.3.2.4. Enfeksiyonun Önlenmesi

Prostatektomi sonrası idrar yolu enfeksiyonları ve epididimit olası komplikasyonlardır (9, 59). Hastada kateter bulunduğu sürece kapalı drenaj sistemi sürdürülmeli, işlem öncesi ve sonrası eller yıkanmalı, hasta ve yakınlarına kateterlerin genel kullanımı (kateterlerin bükülmemesi, idrar torbasının mesane

üzerine çıkarılmaması, idrar torbasının taşınması ve boşaltılması vb.) hakkında bilgi verilmelidir (9, 23, 42, 59, 103). Pansuman değişikliği yapılırken enfeksiyon riskine karşı aseptik tekniğe dikkat edilmelidir (59). Üretral meatal alan günde iki kez temizlenmelidir. Engelleyici bir durum yoksa sıvı alımı arttırılmalı, aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmalı, idrar nitelik ve nicelik yönünden izlenmeli ve kaydedilmelidir (103). Hasta enfeksiyon açısından değerlendirilmeli ve gerekirse antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Hasta taburcu olduktan sonra da enfeksiyon riski devam etmektedir. Bu nedenle hasta ve ailesi enfeksiyon belirtileri (ateş, titreme, terleme, kas ağrısı, dizüri, idrar sıklığı ve aciliyet) konusunda bilgilendirilmelidir (9, 59).

2.3.2.5. Hareket

Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yaptırılması önemlidir. Uzun süre oturur pozisyonda kalmak, karın içi basıncı arttırarak kanamaya neden olabileceğinden, hastaya yemek yeme dışında oturur pozisyonda kalmaması söylenir. Konstipasyon, kanamaya neden olacağından mobilizasyon sağlanmalı ve uygun besinler verilmelidir (23, 59).

Hastaya kateter çıkarıldıktan sonra üriner sfinkter kontrolünü kazanması için perine egzersizleri öğretilmelidir. Bu egzersizler sırasında hastadan normal nefes alıp verirken abdominal, gluteal ve perineal adalelerini saatte 12-25 kez idrar yapıyormuş gibi kasmaı istenir (23).

2.3.2.6. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi sırasında;

- Kateterle taburcu olacak hasta ve ailesine kateter bakımı konusunda bilgi verilerek, enfeksiyon, kanama, tromboz gibi komplikasyonları önlemek için idrar çıkışını izlemesi ve gerekli durumlarda hekime başvurması (23, 59),
- Prostatik fossanın iyileşmesi için 6-8 hafta boyunca valsalva manevralarından (öksürme, ıkınma), zor aktivitelerden ve ağır eşya kaldırmaktan kaçınması, (23, 59),
- En az 4 hafta cinsel ilişkide bulunmaması (23, 59),
- Kanamaya eğilimi arttıracığından hekim izin verinceye kadar araba kullanmaması, uzun süre arabayla yolculuk yapmaması (23, 59),

- Konstipe olmaması için erik suyu ve lifli gıdalar gibi uygun besinlerle beslenmesi (23, 59),
- Baharatlı yiyecekler, kahve ve alkollü içecekler mesanede rahatsızlığa sebep olacağı için bunlardan kaçınması (23, 59),
- Pıhtılaşmayı engellemek ve idrar akışını devam ettirmek için bol sıvı alması gerektiği söylenmelidir (23, 59).

2.4. Yaşam Kalitesi Kavramı

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo, insanların eylemlerindeki temel amacın iyiyi aramak olduğunu ve aradıkları o en iyinin ise “mutluluk” olduğunu söyler. Mutluluğun erdemli olmakla olacağını, erdemli olmanın da denge, uyum ve ölçülülükle ilgili olduğunu ifade eder. Bu tanım sağlık ve yaşam kalitesi kavramlarını da içinde barındırmaktadır (104, 105).

Yaşam kalitesi kavramı kişiden kişiye değişebildiğinden tanımlaması çok güçtür. Bu nedenle henüz yaşam kalitesine ilişkin yapılmış standart bir tanım bulunmamaktadır (106).

Tüm insanlık için evrensel olan yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi”; Lewis (1982) tarafından ise “bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı” olarak tanımlanmıştır (107).

Sosyolojide Bertero tarafından bağımsızlık (otonomi), sevme (sevgi) ve esenlik ile birlikte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele alınan (108, 106) bu kavram, fizyolojide temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine odaklanmıştır. Psikolojide bireylerin gerginliğe neden olan yaşam olaylarına karşı tepkilerini, mutluluk ve doyumlarını içeren bir kavram olarak ele alınmıştır (106). Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (108). Sağlık alanında ilk kez

1959 yılında Yeni Delhi’de kaliteli nüfus artışından bahsedilirken ele alınmıştır (109).

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı” olarak tanımlanmıştır (104, 110). Her bireyin sağlıklı ve toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği DSÖ’nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (108).

Hörnquist yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (111). Patrick ve Erickson’a göre (112) yaşam kalitesi, ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram iken, Cella’a göre fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik halidir (113). Mc Sweeney yaşam kalitesini, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım, eğlence ve mutluluk olarak tanımlarken (108), Campbell "üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği bir antite" olarak tanımlamaktadır (111).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif göstergeleri bulunmaktadır. Objektif göstergeleri temel olarak; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yeterlilik, hastalık semptomları ve sağlık durumu ile ilgili algıları içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Sübjektif göstergeler ise emosyonel iyilik hali ve yaşam doyumu gibi psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (107). Sübjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise sübjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem sübjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (108).

2.4.3. Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik

Hemşirelik, sağlıklı bireyin sağlığını koruma ve geliştirmenin yanı sıra hasta bireyin hastalığı nedeniyle ortaya çıkan sorunlarını gidermeye ve onu rahatlatmaya temellendirilmiş, insana doğrudan hizmet veren bir meslektir (114).

Hemşire kuramcılardan Rogers (17) ve King (18), yaşam kalitesini yaşam doyumu olarak ele almışlardır (115, 116, 117). İnsan sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenebilir. Bu noktada hemşireliğin amacı ve işlevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (118). Hemşireler yaşam kalitesini değerlendirmede, anahtar rol oynarlar (118). Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Modeli'nde; yaşam süresinin tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık dizgesinde, biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlere ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorunların belirlenerek çözümlenmesi ile birey/ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (119). DSÖ'nün tanımında da ifade edildiği gibi, hemşireliğin çalışma alanı, insanın olduğu her yerde ve her zaman sağlığın yanı sıra yaşam kalitesinin korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yönünde olmalıdır (115).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesinin ele alındığı ilk çalışma 1970 yılında Nursing Outlook Dergisi'nde yayınlanan Callahan'ın "*The quality of life*" isimli makalesidir (115). Türkiye'de hemşirelik alanında ilk çalışma 1992 yılında "Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi" isimli Durmaz Akyol tarafından yapılan yüksek lisans tezidir (120). Bu alandaki ilk doktora çalışması ise "Diyabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi" isimli tez ile 1995 yılında Pınar tarafından gerçekleştirilmiş (115); bu tarihten sonra hemşireler tarafından yapılan yaşam kalitesi araştırmaları ivme kazanmıştır (115).

Hemşireler bireyin gereksinim duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneğini artırarak, yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına, kendilerine güven duymalarına ve kendi kararlarını verebilmelerine yardım ederek yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilirler (106).

2.4.4. Benign Prostat Hiperplazisi ve Yaşam Kalitesi

Ürolojide yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, 1991 yılında Paris'te yapılan Uluslararası Karar Toplantısı'nda (International Consensus Conference), benign prostat hiperplazili hastaların yakınmalarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin de ölçülmesinin önerilmesiyle başlamıştır (20). Avrupa Üroloji kılavuzlarında BPH hastalarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin tedavide temel amaç olduğu net olarak ifade edilmiştir (20).

BPH, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, yaşam kalitesi üzerine olan etkileri önemlidir ve göz ardı edilmemelidir (55). İleri yaş erkeklerin yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlardan biri olan BPH ve buna bağlı AÜSS, özellikle uyku bozukluğu, anksiyete, boş zamanın değerlendirilmesinde yetersizlik gibi durumların gelişmesine neden olmaktadır. Bu durum hastalarda az da olsa depresyon hali ve özgüven azalmasına yol açarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (121). Yapılan bir çalışmada BPH'lı hastaların % 41'inde orta/şiddetli oranda AÜSS'nin olduğu ve semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (15). BPH nedeniyle ameliyat randevusu verilmiş hastalar ile yapılan bir diğer çalışmada, BPH hastalarının aynı yaştaki genel nüfusa göre yaşam kalitelerinin çok daha kötü olduğu gösterilmiştir (122). Çok merkezli uluslararası bir çalışmada ise yine BPH'lı hastalarda AÜSS'nin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (123).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, yaşam kalitesinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusundaki çabalar artmaktadır (124). Bu çalışmada da BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma benign prostat hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma ameliyat öncesinde İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM), Malatya Devlet Hastanesi (MDH) ve Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (MBDH) Üroloji Kliniklerin’de, ameliyat sonrasında ise İnönü Üniversitesi TÖTM, MDH ve MBDH Üroloji Poliklinikleri’nde Temmuz 2012- Ocak 2014 tarihleri arasında yapıldı.

İnönü Üniversitesi TÖTM Üroloji Kliniği 30 yataklı olup dokuz hemşire, bir doçent, üç yardımcı doçent, beş asistan hekim ile hizmet vermektedir. MDH, Üroloji Kliniği 31 yatak kapasiteli olup bunların sadece 18’i üroloji hastalarına hizmet vermektedir. Bu klinikte sekiz hemşire, dört hekim görev yapmaktadır. MBDH Üroloji Kliniği 23 yataklı olup bu klinikte sekiz hemşire, dört hekim görev yapmaktadır. TÖTM Üroloji Polikliniği’nde genellikle bir, devlet hastaneleri polikliniklerinde ise iki hekim görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ekim 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi TÖTM, MDH ve MBDH Üroloji Klinikleri’nde BPH nedeniyle ameliyat olmak üzere yatan tüm hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini ise Ekim 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında sözü edilen kliniklere BPH nedeniyle ameliyat olmak üzere yatırılan hastalar arasından, araştırmaya alınma kriterlerine göre seçilen 70 hasta oluşturdu. Örneklem hacmi güç analizi ile hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda; %5 tip I hata (alfa) ve %20 tip II hata (Güç:0.80) ile yaşam kalitesinde ortalama 23 puanlık artış için en az 70 hastaya

gereksinim olduğu belirlendi. Bu hastaların 40'ı MDH'den, 25'i TÖTM'den ve 15' i ise BDH'den olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile araştırmacının kendisi tarafından araştırmaya alındı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- İletişim kurulabilen,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hastalar araştırma kapsamına alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu (Ek-1), Kısa Form- 36 (Short Form-36; SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2) ve Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) kullanılarak toplandı.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, yaşanılan yer vb.) yanı sıra tıbbi özelliklerini (kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma, geçmiş ameliyat deneyimi öyküsü vb.) belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere araştırmaya alınma kriterlerine uyan 10 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı ve formda herhangi bir düzeltmeye gereksinim olmadığı belirlendi. Ön uygulama sırasında elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmedi.

3.5.2. Kısa Form-36 (Short Form-36; SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ware tarafından 1992 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından romatizmal hastalığı olan örneklem grubunda yapılmıştır (9). Ölçek geliştirilirken

kendini değerlendirebilme, kısa ve kolay uygulanabilme durumunun yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır (125). Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), yaşamsallık (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır (9). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında her bir alt boyut için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında değerler elde edilmiştir (9, 42, 108, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131).

Bu çalışmada SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cronbach alpha değerleri toplam ölçek için 0.713 ve alt boyutlardan fiziksel fonksiyon için 0.924, fiziksel rol için 0.983, ağrı için 0.896, genel sağlık algısı için 0.646, yaşamsallık için 0.755, sosyal fonksiyon için 0.831, mental rol için 0.970, mental sağlık için 0.619 olarak bulundu.

Ölçek Alt Boyutları	Soru Sayısı	Düşük puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	10	Yıkama ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal fonksiyon	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Mental sağlık	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Şekil 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları (125).

Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek puanlar	Olası puan aralığı
Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f +3g+3h+3i+3j	10-30	20
Fiziksel Rol	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Ağrı	7+8	2-12	10
Genel Sağlık Algısı	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2-10	8
Mental Rol	5a+5b+5c	0-3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25

Şekil 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi (127)

Demiral ve arkadaşlarının, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin genel toplum örneğinde güvenilirliğini belirlemeye yönelik yaptığı çalışma ile Türk toplumu standartları elde edilmiştir (127). Sonuçlar Şekil 3.3'de görülmektedir.

Alt Boyutlar	Ortalama ± Standart Sapma
Fiziksel fonksiyon	86.6 ± 25.2
Fiziksel rol	89.5 ± 29.6
Ağrı	86.1 ± 20.6
Genel sağlık algısı	73.9 ± 17.5
Yaşamsallık	67.0 ± 13.8
Sosyal fonksiyon	94.8 ± 14.2
Mental rol	94.7 ± 20.9
Mental sağlık	73.5 ± 11.6

Şekil 3.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Türk Toplum Standartları (127).

3.5.3. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği

Bu ölçek Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından Türkiye'deki BPH hastalarına özgü olarak geliştirilmiş, geçerlilik çalışmasında cronbach alfa değeri 0.8464 olarak bulunmuştur (19). Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Her soru 0 ile 3 arasında (a Şıkkı 0, b Şıkkı 1, c Şıkkı 2 ve d Şıkkı 3 puan olmak üzere) puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 60 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. BPH-YK ölçeğinin gerek cerrahi, gerekse medikal tedavinin başarısını ölçebildiği ve takip parametresi olarak kullanılabilmesi belirtilmektedir (19). Bu çalışmada BPH Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0.854 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Ekim 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi TÖTM, MDH ve MBDH Üroloji klinikleri ve polikliniklerinde, araştırmacının veri toplamak için rastlantısal olarak hastanelerde bulunduğu günlerde toplandı. Hastalar ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olmak üzere iki kez değerlendirmeye alındı. Ameliyat öncesi dönemde BPH nedeniyle ameliyat olmak için üroloji kliniklerinde yatmakta olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve bilgilendirilmiş yazılı izin veren hastalar araştırma kapsamına alındı. Hastalara, Hasta Tanıtım Formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BPH-YK Ölçeği tanıtıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacının kendisi tarafından uygulandı. Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerini ve ameliyat öncesi yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bu ilk görüşme yaklaşık 25-30 dakika sürdü. Ameliyattan 1 ay sonra ise hastalara tekrar SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BPH-YK Ölçeği uygulandı ve gerekli karşılaştırmalar yapıldı. Ameliyat sonrası yaşam kalitesini belirlemek için yapılan ikinci görüşme, üroloji polikliniklerine kontrole gelen hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile 20-25 dakikada tamamlandı.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Hastalardan elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmeleri SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 16.0 paket programında yapıldı. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler Şekil 3.4.'de gösterildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, 0.05 önem düzeyinde değerlendirildi.

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistik Yöntemi
Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özellikleri	Sayı, yüzde
Ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 ve BPH yaşam kalitesi ölçekleri puan ortalamaları	Bağımlı gruplarda t-testi
Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine göre SF 36 ve BPH yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı	Mann Whitney U testi Kruskall Wallis varyans analizi testi
SF 36 ve BPH yaşam kalitesi ölçekleri iç tutarlılığı	Cronbach's α güvenilirlik katsayısı

Şekil 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri SF 36 ve BPH yaşam kalitesi ölçeklerinden ameliyat öncesi ve sonrası dönemde alınan puanlardır.

Bağımsız Değişkenler: Hastalara uygulanan cerrahi girişim ise araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, TÖTM (Ek-4), MDH ve MBDH Başhekimlikleri'nden (Ek-5, Ek-6) ve Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-7) yazılı izinler alındı. Ayrıca hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, gönüllü olanlardan sözlü ve yazılı izin alındı (Ek-8).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları örneklemin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olması ve sonuçların sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilmesidir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (s=70)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş (Ortalama ± *SS): 69.12 ± 8.84		
Yaş		
50 - 64	25	35.7
65 – 79	34	48.6
80 ve üzeri	11	15.7
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	12	17.1
Okuryazar	13	18.7
İlk ve orta öğretim	33	47.1
Lise ve üzeri	12	17.1
Medeni durum		
Evli	62	88.6
Bekâr	8	11.4
Meslek		
Emekli	28	40.0
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	42	60.0
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	23	32.8
Gelir gidere eşit	41	58.6
Gelir giderden fazla	6	8.6
Sosyal güvence		
Var	70	100.0
Yok	0	0
Yaşadığı yer		
İl	37	52.9
İlçe	12	17.1
Köy/kasaba	21	30.0
Yaşadığı bölge		
Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi	65	92.9
Diğer (Marmara, İç Anadolu, Karadeniz, Akdeniz B.)	5	7.1

*SS: Standart sapma

Yaş ortalaması 69.12 ± 8.84 (min-max: 50.00-91.00) olan hastaların %48.6'sı 65-79 yaş grubunda, %47.1'i ilk ve orta öğretim mezunu, %88.6'sı evli, %40.0'ı emekli, %58.6'sının geliri giderine eşit, %100.0'ü sosyal güvenceye sahip, %52.9'u ilde ve %92.9'u Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktaydı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hastaların Tıbbi Özellikleri (s=70)

Tıbbi özellikler	Sayı	%
Kronik hastalık öyküsü		
Var	37	52.9
Yok	33	47.1
*Kronik hastalık türü (s=60)		
Diabetes mellitus	8	13.3
Kalp yetmezliği	10	16.7
Hipertansiyon	17	28.3
Diğer (KOA, böbrek yetmezliği, astım)	25	41.7
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Evet	42	60.0
Hayır	28	40.0
*Kullanılan ilaç türü (s=79)		
Boşaltım sistemini etkileyen	22	27.8
Kalp-damar sistemini etkileyen	33	41.8
Endokrin sistemi etkileyen	10	12.7
Diğer (sindirim, solunum, sinir sistemini etkileyen)	14	17.7
Prostat şikâyetlerinin başlama zamanı		
1-6 ay arası	19	27.1
1-2 yıl arası	11	15.8
2 yıldan daha fazla	40	57.1
Geçmiş ameliyat deneyimi		
Var	43	61.4
Yok	27	38.6
*Geçmiş ameliyat türü (s=71)		
Genel cerrahi	25	35.2
Üroloji	24	33.8
Diğer (Kalp-damar, KBB, göz, ortopedi, beyin)	22	31.0

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastaların tıbbi özellikleri incelendiğinde; %52.9'u kronik bir hastalığa sahip olan hastaların %28.3'ünün hipertansiyonu olduğu, %60.0'mın sürekli ilaç kullandığı, %41.8'inin kalp damar sistemini etkileyen ilaçları kullandığı, %57.1'inin iki yıldan daha uzun süredir BPH'a bağlı şikayetleri olduğu, %61.4'ünün daha önce ameliyat deneyimlediği, %35.2'sinin genel cerrahi alanında ameliyat olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Ortalamaları (S=70)

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Ameliyat öncesi			Ameliyat sonrası			Test
	Ortalama ± SS	En düşük	En yüksek	Ortalama ± SS	En düşük	En yüksek	
Fiziksel fonksiyon	23.64 ± 5.64	10.00	30.00	24.05 ± 5.73	10.00	30.00	t: 0.724 p: 0.471
Fiziksel rol	5.12 ± 1.76	4.00	8.00	6.77 ± 1.63	4.00	8.00	t: 6.034 p: 0.000**
Ağrı	5.56 ± 2.94	2.00	11.00	8.55 ± 2.65	2.00	11.00	t: 7.253 p: 0.000**
Genel sağlık algısı	17.82 ± 3.97	8.00	25.00	17.65 ± 4.02	7.00	25.00	t: 0.374 p: 0.710
Yaşamsallık	17.54 ± 4.32	7.00	24.00	17.67 ± 4.28	4.00	24.00	t: 0.277 p: 0.783
Sosyal fonksiyon	5.31 ± 2.51	2.00	10.00	7.45 ± 2.33	2.00	10.00	t: 5.875 p: 0.000**
Mental rol	4.02 ± 1.39	3.00	6.00	5.10 ± 1.26	3.00	6.00	t: 5.180 p: 0.000**
Mental sağlık	23.01 ± 3.90	14.00	30.00	23.71 ± 4.00	7.00	30.00	t: 1.992 p: 0.050*

*p<0.05 **p<0.001

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan alınan puanların ameliyat sonrasında yükseldiği belirlendi. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik istatistiksel açıdan önemli bulunmadı (p>0.05). Fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon,

mental rol ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik ise istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s=70)

BPH Yaşam Kalitesi Ölçeği	Ortalama \pm SS	En düşük puan	En yüksek puan
Ameliyat öncesi	33.97 \pm 9.18	6.00	51.00
Ameliyat sonrası	16.25 \pm 14.30	0.00	53.00
Test	t: 9.215		p:0.000*

* $p<0.001$

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi 33.97 \pm 9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25 \pm 14.30 olduğu ve puanlar arasında görülen farklılığın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=70)

Tanıtıcı özellikler	SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları							
	Fiziksel fonksiyon Ort ± SS	Fiziksel rol Ort ± SS	Ağrı Ort ± SS	Genel sağlık algısı Ort ± SS	Yaşamsallık Ort ± SS	Sosyal fonksiyon Ort ± SS	Mental rol Ort ± SS	Mental sağlık Ort ± SS
Yaş								
50 – 64	26.16 ± 4.08	5.12 ± 1.83	6.64 ± 3.39	17.97 ± 3.67	18.08 ± 4.00	5.80 ± 2.58	3.88 ± 1.36	23.24 ± 4.26
65 – 79	22.76 ± 5.77	5.05 ± 1.72	4.83 ± 2.58	17.80 ± 4.46	17.61 ± 4.41	4.82 ± 2.24	4.11 ± 1.45	23.23 ± 3.85
80 ve üzeri	20.63 ± 6.39	5.36 ± 1.91	5.35 ± 2.32	17.50 ± 3.22	16.09 ± 4.82	5.72 ± 3.06	4.09 ± 1.37	21.81 ± 3.28
Test ve p değeri	KW_x²=9.057 p: 0.011*	KW _x ² =0.180 p: 0.914	KW _x ² =4.435 p: 0.109	KW _x ² =0.135 p: 0.935	KW _x ² =1.772 p: 0.412	KW _x ² =2.372 p:0.305	KW _x ² = 0.398 p: 0.820	KW _x ² =1.446 p: 0.485
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	21.66 ± 7.94	5.00 ± 1.80	4.93 ± 3.19	17.86 ± 4.08	17.75 ± 4.76	4.83 ± 2.44	3.50 ± 1.16	23.16 ± 4.64
Okuryazar	21.84 ± 5.33	4.92 ± 1.75	4.83 ± 2.44	15.83 ± 3.71	16.76 ± 4.10	5.61 ± 2.81	4.15 ± 1.51	22.92 ± 2.98
İlk ve orta öğretim	24.03 ± 4.87	5.00 ± 1.69	5.26 ± 2.79	18.20 ± 4.29	17.63 ± 4.50	4.93 ± 2.39	3.93 ± 1.34	22.78 ± 4.20
Lise ve üzeri	26.50 ± 4.33	5.83 ± 1.99	7.82 ± 2.83	18.86 ± 2.68	17.91 ± 4.05	6.50 ± 2.46	4.66 ± 1.49	23.58 ± 3.52
Test ve p değeri	KW _x ² =6.221 p: 0.101	KW _x ² =2.580 p: 0.461	KW _x ² =0.323 p: 0.851	KW _x ² =3.644 p: 0.162	KW _x ² =0.692 p:0.875	KW _x ² =3.867 p: 0.276	KW _x ² =4.319 p: 0.229	KW _x ² =0.221 p: 0.974
Meslek								
Emekli	24.82 ± 4.65	5.67 ± 1.90	7.19 ± 2.69	18.71 ± 4.19	17.67 ± 4.87	6.25 ± 2.36	4.53 ± 1.47	22.67 ± 3.98
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	22.85 ± 6.13	4.76 ± 1.58	4.47 ± 2.61	17.22 ± 3.74	17.45 ± 3.98	4.69 ± 2.44	3.69 ± 1.23	23.23 ± 3.88
Test ve p değeri	MWU=481 p: 0.196	MWU=439 p: 0.026*	MWU=266 p: 0.000***	MWU:456 p: 0.114	MWU:552 p: 0.660	MWU:371 p: 0.009**	MWU:421 p: 0.018*	MWU:543 p: 0.584
Yaşadığı yer								
İl	23.32 ± 6.08	5.40 ± 1.87	6.72 ± 2.89	18.23 ± 4.36	17.24 ± 4.46	5.86 ± 2.68	4.21 ± 1.45	22.89 ± 4.16
İlçe	26.50 ± 2.90	5.25 ± 1.86	4.60 ± 3.30	19.03 ± 2.73	20.41 ± 2.27	4.91 ± 1.97	3.91 ± 1.37	24.08 ± 3.91
Köy/kasaba	22.57 ± 5.67	4.57 ± 1.43	4.06 ± 1.86	16.39 ± 3.54	16.42 ± 4.42	4.57 ± 2.33	3.76 ± 1.30	22.61 ± 3.47
Test ve p değeri	KW _x ² =3.419 p: 0.181	KW _x ² =3.277 p: 0.194	KW_x²=12.291 p: 0.002**	KW _x ² =4.670 p: 0.097	KW _x ² =5.913 p: 0.052	KW _x ² =3.527 p: 0.171	KW _x ² =1.440 p: 0.487	KW _x ² =1.300 p: 0.522

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.5 de gösterildi. Hastaların yaş gruplarına göre, yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının düşmesi istatistiksel olarak önemli bulundu ($p:0.011$). Hastaların yaş gruplarına göre diğer yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 4.5).

Hastaların eğitim durumlarına göre, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların tüm alt boyutlarda en yüksek puanı aldığı ancak görülen puan farkının istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$)(Tablo 4.5).

Tablo 4.5 incelendiğinde emekli olan hastaların, mental sağlık alt boyutu hariç tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Emekli olan hastaların fiziksel rol ($p: 0.026$), ağrı ($p: 0.000$), sosyal fonksiyon ($p: 0.009$) ve mental rol ($p: 0.018$) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$)(Tablo 4.5).

Hastaların yaşadıkları yere göre ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilde yaşayan hastaların fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ağrı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p: 0.002$). Yaşanılan yere göre diğer alt boyut puan ortalamaları arasında görülen farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=70)

Tanıtıcı Özellikler	SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları							
	Fiziksel fonksiyon Ort ± SS	Fiziksel rol Ort ± SS	Ağrı Ort ± SS	Genel sağlık algısı Ort ± SS	Yaşamsallık Ort ± SS	Sosyal fonksiyon Ort ± SS	Mental rol Ort ± SS	Mental sağlık Ort ± SS
Yaş								
50 – 64	26.20 ± 3.70	6.76 ± 1.50	9.45 ± 2.30	18.01 ± 3.14	19.12 ± 2.80	8.16 ± 2.09	5.20 ± 1.19	24.16 ± 3.44
65 – 79	23.82 ± 5.95	6.97 ± 1.64	8.39 ± 2.45	17.64 ± 4.75	17.64 ± 4.83	7.11 ± 2.51	5.11 ± 1.29	23.82 ± 4.58
80 ve üzeri	19.90 ± 6.83	6.18 ± 1.88	7.03 ± 3.38	16.83 ± 3.53	14.45 ± 3.77	6.90 ± 2.07	4.81 ± 1.40	22.36 ± 3.23
Test ve p değeri	KW_x²=7.543 p: 0.023*	KW _x ² =2.205 p: 0.332	KW _x ² =4.857 p: 0.088	KW _x ² =0.750 p: 0.687	KW_x²=9.707 p: 0.008**	KW _x ² =4.405 p: 0.111	KW _x ² =0.403 p: 0.818	KW _x ² =3.223 p: 0.200
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	21.00 ± 8.07	5.91 ± 1.72	7.41 ± 2.85	17.20 ± 3.81	17.83 ± 5.30	6.41 ± 2.19	4.33 ± 1.37	23.58 ± 4.39
Okuryazar	25.07 ± 4.03	7.38 ± 1.50	8.73 ± 2.73	16.69 ± 3.09	17.46 ± 3.12	8.07 ± 1.70	5.53 ± 1.12	24.30 ± 3.44
İlk ve orta öğretim	24.60 ± 5.19	6.72 ± 1.62	8.65 ± 2.59	17.87 ± 4.47	17.42 ± 4.69	7.36 ± 2.51	5.12 ± 1.24	23.21 ± 4.39
Lise ve üzeri	24.50 ± 5.69	7.08 ± 1.50	9.25 ± 2.52	18.51 ± 4.02	18.41 ± 3.39	8.08 ± 2.42	5.33 ± 1.15	24.58 ± 3.17
Test ve p değeri	KW _x ² =1.168 p: 0.761	KW _x ² =6.256 p: 0.100	KW _x ² =1.795 p: 0.408	KW _x ² =1.612 p: 0.447	KW _x ² =1.113 p: 0.774	KW _x ² =4.784 p: 0.188	KW _x ² =6.716 p: 0.082	KW _x ² =1.056 p: 0.788
Meslek								
Emekli	24.46 ± 5.85	6.67 ± 1.63	9.02 ± 2.35	17.50 ± 5.06	17.35 ± 5.16	7.35 ± 2.54	5.00 ± 1.24	23.42 ± 4.73
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	23.78 ± 5.71	6.83 ± 1.65	8.24 ± 2.82	17.74 ± 3.21	17.88 ± 3.64	7.52 ± 2.22	5.16 ± 1.28	23.90 ± 3.49
Test ve p değeri	MWU=518 p: 0.396	MWU=540 p: 0.520	MWU=513 p: 0.360	MWU:585 p: 0.976	MWU:587 p: 0.990	MWU:584 p: 0.956	MWU:532 p: 0.436	MWU:576 p: 0.880
Yaşadığı yer								
İl	23.70 ± 6.11	6.62 ± 1.62	8.52 ± 2.71	18.05 ± 4.54	17.78 ± 4.57	7.16 ± 2.50	4.89 ± 1.30	23.29 ± 4.51
İlçe	25.83 ± 3.83	6.66 ± 1.77	8.57 ± 2.73	18.13 ± 3.96	19.41 ± 3.17	8.08 ± 2.19	5.25 ± 1.21	24.83 ± 3.66
Köy/kasaba	23.66 ± 5.98	7.09 ± 1.60	8.60 ± 2.64	16.65 ± 2.93	16.47 ± 4.11	7.61 ± 2.13	5.38 ± 1.20	23.80 ± 3.20
Test ve p değeri	KW _x ² =1.056 p: 0.590	KW _x ² =1.861 p: 0.394	KW _x ² =0.098 p: 0.952	KW _x ² =3.077 p: 0.215	KW _x ² =3.745 p: 0.154	KW _x ² =1.404 p: 0.496	KW _x ² =2.877 p: 0.237	KW _x ² =0.771 p: 0.680

*p<0.05 **p<0.01

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.6 da gösterildi. Hastaların yaş gruplarına göre, yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 50-64 yaş grubundaki hastaların fiziksel rol alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan en yüksek puanı aldığı belirlendi. Bu yaş grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon (p: 0.023) ve yaşamsallık (p: 0.008) alt boyutlarından daha yüksek puan alması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların eğitim durumu, meslek ve yaşanılan yere göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hastaların Geçmiş Ameliyat Deneyimi Olması İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=70)

Geçmiş Ameliyat Deneyimi	SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları							
	Fiziksel fonksiyon Ort ± SS	Fiziksel rol Ort ± SS	Ağrı Ort ± SS	Genel sağlık algısı Ort ± SS	Yaşamsallık Ort ± SS	Sosyal fonksiyon Ort ± SS	Mental rol Ort ± SS	Mental sağlık Ort ± SS
Ameliyat öncesi								
Var	22.88 ± 5.23	4.90 ± 1.61	5.63 ± 3.02	17.66 ± 4.00	17.09 ± 4.51	5.34 ± 2.42	4.04 ± 1.37	22.76 ± 3.68
Yok	24.85 ± 6.14	5.48 ± 1.96	5.45 ± 2.87	18.07 ± 3.98	18.25 ± 3.99	5.25 ± 2.69	4.00 ± 1.44	23.40 ± 4.78
Test ve p değeri	t= 1.432 p= 0.157	t= 1.330 p= 0.188	t= 0.235 p= 0.815	t= 0.422 p= 0.675	t= 1.099 p= 0.276	t= 0.144 p= 0.886	t= 0.135 p= 0.893	t= 0.664 p= 0.509
Ameliyat Sonrası								
Var	23.79 ± 5.57	6.46 ± 1.75	8.41 ± 2.58	17.42 ± 4.22	17.18 ± 4.34	7.25 ± 2.32	4.93 ± 1.33	23.74 ± 4.21
Yok	24.48 ± 6.07	7.25 ± 1.31	8.78 ± 2.80	18.01 ± 3.73	18.44 ± 4.15	7.77 ± 2.37	5.37 ± 1.11	23.66 ± 3.73
Test ve p değeri	t= 0.488 p: 0.627	t= 2.023 p: 0.047*	t= 0.572 p: 0.569	t= 0.596 p: 0.553	t= 1.199 p: 0.235	t= 0.908 p: 0.367	t= 1.428 p: 0.458	t= 0.078 p: 0.938

*p<0.05

Hastaların geçmiş ameliyat deneyimi olması ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.7 da gösterildi. Daha önce ameliyat olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmedi ($p>0.05$). Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, daha önce ameliyat olmayan hastaların mental sağlık alt boyutu hariç diğer alt boyutların tümünde daha yüksek puan aldıkları ancak sadece fiziksel rol alt boyut puanında görülen farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p: 0.047$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=70)

Tanıtıcı özellikler	BPH yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı	
	Ameliyat öncesi Ort ± SS	Ameliyat sonrası Ort ± SS
Yaş		
50 – 64	32.68 ± 7.72	16.84 ± 14.77
65 – 79	35.38 ± 10.53	14.20 ± 14.05
80 ve üzeri	32.54 ± 7.67	21.27 ± 13.94
Test ve p değeri	KW _x ² = 2.995 p: 0.224	KW _x ² = 2.778 p: 0.248
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	33.75 ± 9.89	19.41 ± 13.92
Okuryazar	32.46 ± 9.21	15.15 ± 15.45
İlk ve orta öğretim	35.00 ± 9.50	14.45 ± 13.95
Lise ve üzeri	33.00 ± 8.26	19.25 ± 15.21
Test ve p değeri	KW _x ² = 1.220 p: 0.748	KW _x ² = 1.511 p: 0.680
Meslek		
Emekli	31.67 ± 9.98	18.60 ± 15.64
Diğer(işçi, memur, serbest meslek)	35.50 ± 8.38	14.69 ± 13.30
Test ve p değeri	t= 1.731 p: 0.088	t= 1.124 p:0.265
Yaşadığı yer		
İl	33.27 ± 9.18	19.35 ± 14.86
İlçe	33.00 ± 11.96	13.25 ± 12.81
Köy/kasaba	35.76 ± 7.44	12.52 ± 13.44
Test ve p değeri	KW _x ² = 1.074 p: 0.584	KW _x ² = 3.011 p: 0.222

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.8 de gösterildi. Hastaların yaş, eğitim durumu, meslek ve yaşadığı yere göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaların Geçmiş Ameliyat Deneyimi Olması ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası BPH Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=70)

Geçmiş Ameliyat Deneyimi	BPH yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı	
	Ameliyat öncesi Ort ± SS	Ameliyat sonrası Ort ± SS
Var	34.58 ± 8.10	16.55 ± 13.40
Yok	33.00 ± 10.77	15.77 ± 15.89
Test ve p değeri	t=0.699 p: 0.487	t= 0.221 p: 0.826

Hastaların geçmiş ameliyat deneyimi olması ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyat deneyimi olmayan hastaların her iki dönemde de daha düşük puan aldığı ancak bu durumun istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Benign prostat hiperplazisi ileri yaş erkeklerde AÜSS'ye neden olarak yaşam kalitesini birçok yönden etkilemektedir. BPH yaşamı tehdit eden bir hastalıktan çok yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle BPH'a bağlı semptomların şiddeti kadar, bu semptomların kişinin yaşamını ne kadar etkilediğinin yani yaşam kalitesinin bilinmesi önemlidir (132).

BPH tedavisinde temel amacın semptomların giderilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu bildirilmektedir (20, 132). Ancak literatür incelendiğinde, BPH ameliyatı öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bu çalışma ile BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi belirlendi ve sonuçlar BPH'ın yanı sıra benzer hasta gruplarından elde edilen bulgular ile kıyaslanarak tartışıldı.

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlarından aldıkları puanların, ameliyattan 1 ay sonra yükseldiği belirlendi. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik istatistiksel olarak önemli bulunmazken, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental rol ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarında görülen yükselme istatistiksel olarak önemli bulundu (Tablo 4.3).

SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Demiral ve arkadaşlarının ölçeğin genel toplum örneğinde güvenilirliğini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, Türk toplumu standartlarına ulaşılmış ve alt boyutlardan alınan puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon için 86.6 ± 25.2 , fiziksel rol için 89.5 ± 29.6 , ağrı için 86.1 ± 20.6 , genel sağlık algısı için 73.9 ± 17.5 , yaşamsallık için 67.0 ± 13.8 , sosyal fonksiyon için 94.8 ± 14.2 , mental rol güçlüğü için 94.7 ± 20.9 ve mental sağlık için 73.5 ± 11.6 olduğu belirlenmiştir (127, 133).

Bu çalışma sonuçları, Türk toplumu standartları ile kıyaslandığında; BPH'lı hastaların hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası dönemde çok düşük puanlar aldığı görüldü. Demiral ve arkadaşları genel toplumda 18 yaş ve üzerinde olan ve

herhangi bir hastalık durumu olduğu belli olmayan bireylerle çalışırken, bu çalışmada yaş ortalaması 69.12 ± 8.84 olan ve %52.9'u BPH'ın yanı sıra farklı kronik hastalıklara sahip olan hastalarla çalışıldı. Her iki çalışmanın örneklem özelliklerindeki farklılıklar, BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde aldıkları puanların çok düşük olmasını açıklamakla birlikte, BPH'lı hastaların yaşam kalitesindeki düşüklük dikkati çekmektedir.

Namiki ve arkadaşları, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak lokalize prostat kanseri nedeniyle prostatektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 3. ayda sadece genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutlarında yükselme olduğunu belirlemişlerdir (134). Genel sağlık algısı alt boyutunda görülen yükselme istatistiksel olarak önemli bulunmazken, mental sağlık alt boyutunda görülen yükselme önemli bulunmuştur. Namiki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçları ile bu çalışma sonuçları farklılık göstermektedir.

Namiki ve arkadaşlarının yaptığı farklı bir çalışmada, radikal prostatektomi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi incelenmiş, ameliyattan 1-3 ay sonra ameliyat öncesine göre genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarında artış görülmüş ancak bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (135). Farklı olarak bu çalışmada mental sağlık alt boyutunda görülen yükselme istatistiksel olarak önemli bulundu.

Ficarra ve arkadaşlarının lokalize prostat kanserli hastaların radikal retropubik prostatektomi öncesi ve sonrası yaşam kalitesine baktıkları çalışmada, ameliyattan 1-3 ay sonra ameliyat öncesine göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt boyut puanında düşüş ve mental sağlık alt boyut puanında artış görülmüş ancak bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (136). Bu çalışmada da Ficarra'nın sonuçlarına benzer bulgular elde edildi ancak ameliyattan 1 ay sonra ameliyat öncesine göre genel sağlık algısı alt boyutunda görülen düşüklük istatistiksel olarak önemli bulunmazken, mental sağlık alt boyutundaki yükselme önemli bulundu.

Yoshimura ve arkadaşları BPH'ın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, noktürinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir (137). Bu çalışmada noktürinin yaşam kalitesi üzerine

olan etkisi değerlendirilmemiş olmakla birlikte, yaşam kalitesinde ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde görülen olumlu ilerlemenin noktürdeki gerilemeden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu gerileme ile birlikte gece daha rahat uyuyan hastaların, kendilerini dinlenmiş hissederek güne başlamaları, istatistiksel olarak önemli olmasa da özellikle yaşamsallık ve fiziksel fonksiyon alt boyutlarından alınan puanları yükselterek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Yanı sıra hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki sorunlarının azalması fiziksel rol, ağrı sorunlarının azalması ağrı, sosyal aktivitelerinin normal olarak devam etmeye başlaması sosyal fonksiyon, duygusal yönden giderilen sıkıntılar mental rol, kendini sakin ve huzurlu hissetmesi ise mental işlev alt boyut puan ortalamalarında artış olmasını sağlamış olabilir.

BPH yaşam kalitesi ölçeğinden alınabilecek toplam puan 0 ile 60 arasında değişmekte ve toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu çalışmada hastaların BPH yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ameliyat sonrası dönemde ameliyat öncesine göre belirgin derecede düştüğü ve bu durumun istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Gacci ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada benign prostat hipertrofisi nedeniyle prostatektomi uygulanan hastaların yaşam kalitelerini farklı bir ölçek [ICS-BPH (International Continence Society-Benign Prostatic Hypertrophy, Uluslararası Kontinans Derneği-Benign Prostat Hipertrofisi)] kullanarak değerlendirmiş, prostatektomi öncesine göre prostatektomiden 6 ay sonra yaşam kalitesinde önemli ölçüde ilerleme olduğunu belirlemişlerdir (138).

BPH'lı hastalarla yürütülen iki farklı çalışmada, yaşam kalitesi International Prostate Symptom Score (Uluslararası Prostat Semptom Skoru=IPSS) kullanılarak TUR-P ameliyatı öncesi ve sonrası değerlendirilmiş ve ameliyat sonrası 12. haftada ameliyat öncesine göre görülen artış önemli bulunmuştur (139, 140).

Sözü edilen üç çalışmada (138, 139, 140), yaşam kalitesi ameliyat sonrası daha geç dönemlerde değerlendirilmiş olmakla birlikte, bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak BPH'lı hastalara uygulanan cerrahi girişimlerin AÜSS'yi azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

Hastaların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşın artması ile birlikte fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alt boyutlarında yaşam kalitesinin düştüğü görüldü. Yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının düşmesi istatistiksel olarak önemli bulundu (p:0.011). Hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadı (Tablo 4.5).

Kupelian ve arkadaşlarının 12-Item Short Form Survey (12 Maddelik Kısa Form Anketi-SF-12)'i kullanarak yaptıkları bir çalışmada, yaşın ilerlemesi ile birlikte AÜSS prevalansının arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (141).

Derret ve arkadaşlarının prostatektomi bekleyen hastalarla yaptığı çalışmada, SF 36 ile yaşam kalitesi değerlendirmiş, artan yaşla birlikte fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyutlarında yaşam kalitesinin düştüğü ve fiziksel fonksiyon hariç diğer alt boyutlarda görülen gerilemenin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (142).

Suzuki ve arkadaşlarının BPH'lı hastalarla yaptığı bir çalışmada SF 36 ile yaşam kalitesine bakılmış, 70 yaş ve üzeri olan grupta ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarında görülen düşüş önemli görülmüştür (143). Bu çalışmada ise 80 yaş ve üzeri olan grupta ameliyat öncesi dönemde fiziksel fonksiyon alt boyutundaki düşüklük istatistiksel olarak önemli görülmüştür.

İlerleyen yaşla birlikte genel olarak yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren bu çalışma sonuçları Kupelian ve arkadaşları (141), Derret ve arkadaşları (142) ve Suzuki ve arkadaşlarının (143) çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 50-64 yaş grubundaki hastaların fiziksel rol alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan en yüksek puanı aldığı belirlendi. Bu yaş grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon (p: 0.023) ve yaşamsallık (p: 0.008) alt boyutlarından daha yüksek puan alması istatistiksel olarak önemli bulundu. Ölçeğin toplam sekiz alt boyutunun yedisinde (fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık) ilerleyen yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü belirlendi (Tablo 4.6).

Elaltuntaş'ın TUR-P yapılan hastalarda taburculuk eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmada, kontrol grubunda yer alan ve daha yaşlı olan hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin diğer hastalardan daha düşük olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (9).

Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Kaya'nın BPH'lı hastalarda yürüttüğü çalışmada, ameliyat sonrası dönemde yaş ile yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar arasında önemli bir ilişki görülmemiştir (42).

Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yetimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği, ruhsal sorunların daha fazla gözlemlendiği ve bağımlılığın arttığı bir dönemdir (111, 144, 145). Bu nedenle yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel aktiviteleri yerine getirmede yaşanan güçlükler, bedensel yorgunluk ve bitkinlik ile birlikte başkalarına bağımlı olma gibi nedenler yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir. 80 ve üzeri yaş grubundaki hastaların, ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının yarısından, ameliyat sonrası dönemde ise tamamından daha düşük puan aldıklarını gösteren çalışma sonuçları bu bilgileri destekler niteliktedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, ameliyat öncesi dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumu lise ve üzeri olanların tüm alt boyutlarda en yüksek puanı aldığı ancak bu puan farkının istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı (Tablo 4.5).

Literatürde eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini (9, 126, 146, 147) veya etkilemediğini (129, 148) bildiren kaynaklar yer almaktadır. Çalıştır ve arkadaşlarının yaşlı bireylerle (146), Saltürk'ün ise hemodiyalize giren hastalarla yaptığı çalışma sonuçlarına göre (147), bireylerin eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Bu çalışmada da ameliyat öncesi dönemde eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Ficarra'nın retropubik prostatektomi yapılan hastalarla yürüttüğü çalışmada, ameliyattan 12 ay sonra yaşam kalitesine bakılmış ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların, eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlara göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarından daha düşük puan aldığı, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve ağrı alt boyutlarındaki düşüklüğün istatistiksel olarak da önemli olduğu görülmüştür (136). Bu çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastalar ameliyat sonrası dönemde

fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve mental rol alt boyutları hariç diğer alt boyutlarda en yüksek puanı alırken bu farklılık istatistiksel açıdan önemli görülmedi (Tablo 4.6).

Tablo 4.5 incelendiğinde emekli olan hastaların, ameliyat öncesi dönemde mental sağlık alt boyutu hariç tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Emekli olan hastaların fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak da önemli görüldü (Tablo 4.5). Bu çalışma sonuçları, çalışma durumunun yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisinin olmadığını gösteren diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir (9, 42, 129). BPH, bireylerin günlük sorumluluklarını yerine getirmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi emosyonel sorunlara neden olmaktadır (149). İlerleyen yaşla birlikte emekliliği seçen bireyler, başarılı bir yaşlanma süreci için sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmakta, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almakta, bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde olmaktadır (150). Emekli olup günlük yaşam aktivitelerini kendileri gerçekleştiren hastaların fiziksel fonksiyon, aile ve sosyal ilişkilerini geliştirenlerin sosyal fonksiyon, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler alanların ağrı, günlük etkinliklerinde ve rollerinde uyum gösterenlerin ise mental rol alt boyutlarında diğer hastalara göre daha yüksek puan aldıkları düşünüldü (150, 151, 152).

Hastaların yaşadıkları yere göre ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilde yaşayan hastaların fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak sadece ağrı ($p: 0.002$) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu (Tablo 4.5). Kaya'nın selim prostat hiperplazili hastalarda yürüttüğü çalışmada ameliyat öncesi kontrol grubunda SF 36 yaşam kalitesi ölçeğine göre ilde yaşayan bireylerin yaşam kalitesi köy ve kırsal kesimde yaşayan bireylere göre yüksek bulunmuş fakat bu sonuç istatistiksel açıdan önemli görülmemiştir (42). Aslan'ın kanserli hastalarda ameliyat öncesi yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada, ilçede yaşayan bireylerin yaşam kalitesi toplam puanının daha yüksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür (148). Benzer şekilde Savcı'nın kanserli hastalarda yaşam

kalitesi ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada da ilçede yaşayan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (129). Bu çalışma sonuçları Kaya'nın yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken, istatistiksel önemlilik açısından benzer değildir. Bu çalışmada ilde yaşayan hastaların ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek puan almasının, herhangi bir rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşma imkânından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Hastaların yaşadığı yere göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermedi (Tablo 4.6). Kaya'nın çalışmasında ameliyat sonrası dönemde ilde yaşayan kontrol grubundaki hastaların IPSS'ye göre yaşam kalitesi puanları, köy ve kırsal kesimde yaşayan hastalardan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada ameliyat sonrası dönemde ilde yaşayan hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının köy ve kırsal kesimde yaşayan bireylere göre yüksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (42). Bu çalışma sonuçları Kaya'nın çalışmasındaki SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermemektedir.

Hastaların geçmiş ameliyat deneyimi olması ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, daha önce ameliyat olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmedi. Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, daha önce ameliyat olmayan hastaların mental sağlık alt boyutu hariç diğer alt boyutların tümünde daha yüksek puan aldıkları ancak sadece fiziksel rol alt boyut puanında görülen farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü (Tablo 4.7).

Arslan'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat deneyimleme durumlarına göre yaşam kalitelerine bakılmış ve ameliyat deneyimi olanlarda ameliyat sonrası yaşam kalitesi toplam puanındaki yükseklik önemli görülmüştür (148). Aksine Savcı'nın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada ise ameliyat deneyimi olmayanlarda yaşam kalitesi toplam puanındaki yükseklik önemli görülmüştür (129).

Bu çalışma sonuçları Arslan'ın bulgularından farklı iken, Savcı'nın sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Bu çalışma sonuçları, daha önce ameliyat olmayan hastaların ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha az sorun yaşadıklarını ve bu durumun fiziksel rol puanını önemli düzeyde etkilediğini düşündürmektedir. Daha önce sağlık sorunları nedeniyle ameliyat olan hastaların ise tekrarlayan bu ameliyat ile uyum sürecinde zorluk yaşamış olabileceği ve bu nedenle mental rol alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda daha düşük puan aldığı düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bazı tanıtıcı özelliklerine göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları farklılık gösterirken, BPH yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamaları farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde BPH'a özel yaşam kalitesi ölçekleri ile yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar bulunmakla birlikte, tanıtıcı özelliklere göre bir kıyaslama sonucuna rastlanmamıştır.

O'Sullivan ve arkadaşlarının BPH'lı hastalarda IPSS ve SF 36 ölçekleri ile yaşam kalitesine baktıkları çalışmada, ameliyat sonrası 3. ayda yaşam kalitelerinin belirgin seviyede ve olumlu yönde düzeldiği görülmüştür (153).

Schwartz ve arkadaşlarının radikal retropubik prostatektomi yapılan hastaların American Urological Association (AUA= Amerikan Üroloji Derneği) semptom indeksi ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada, ameliyat sonrası 12.ayda yaşam kalitesinin ileri düzeyde arttığı görülmüştür (154).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanların yükseldiği ve yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Hastaların BPH yaşam kalitesi ölçeğine göre ameliyat öncesi 33.97 ± 9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25 ± 14.30 olduğu ve yaşam kalitesinin önemli oranda yükseldiği belirlendi.

Hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğine göre ameliyat öncesi artan yaşla birlikte fiziksel fonksiyon alt boyutundaki düşüklüğün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülürken, emekliliğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve ilde yaşayan bireylerin ağırlarıyla daha kolay baş ettikleri için yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde ise yapılan cerrahi girişimin daha ileri yaştaki hastalarda fiziksel fonksiyon alt boyutundaki düşüklüğü engelleyemediği aynı zamanda yaşamsallık alt boyutunda da düşüklüğe sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptandı. Daha önce ameliyat olmayan hastaların ameliyat sonrası dönemde fiziksel rol alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması,

Ameliyat öncesi ve sonrası hastalara verilecek bakımın kalitesini yükseltecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde özellikle fiziksel fonksiyon alanında yetersizlik gösteren 80 ve üzeri yaş grubundaki hastalara, bu doğrultuda bireyselleştirilmiş bakımın planlanması ve uygulanması,

Ameliyat öncesi dönemde çalışan hastaların yaşam kalitelerinin emekli olan hastalardan daha düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu hastalara yeterli desteğin sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi,

Köy ve kasabada yaşayan hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrı alt boyutunda yaşam kalitelerinin düşük olduğunu gösteren araştırma sonuçları dikkate alındığında, bu hastalara gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Schwinn, D.A., Roehrborn, C.G., (2008). α 1-Adrenoceptor Subtypes And Lower Urinary Tract Symptoms. *International Journal of Urology*, 15(3), 193–199.
2. Coffey, D.S., Walsh, P.C., (1990). Clinical And Experimental Studies Of Benign Prostatic Hyperplasia. *Urol Clin North Am.*, 17(3), 461-475.
3. Berry, S.J., Coffey, D.S., Walsh, P.C., Ewing, L.L., (1984). The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol.*, 132(3), 474-479.
4. McNeal, J.E., (1978). Origin and evolution of benign prostatic enlargement. *Invest Urol.*, 15(4), 340-345.
5. McNeal, J.E., (1990). Pathology of benign prostatic hyperplasia. Insight into etiology. *Urol Clin North Am.*, 17(3), 477-486.
6. Görür, S., Baydınç, Y. C., (2010). Benign Prostat Hiperplazisinde Fitoterapi. *Türk Urol Sem.*, 1, 9-13.
7. Dirim, A., Özkardeş, H. (2009). Benign Prostat Hiperplazisine Güncel Tıbbi Yaklaşımda Fitoterapinin Rolü Var Mı?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4,29-33.
8. Wei, J.T., Calhoun, E., Jacobsen, S.J.(2005). Urologic Diseases in America Project: Benign Prostatic Hyperplasia. *J Urol*, 173, 1256–1261.
9. Yılmaz Elaltuntaş, E. (2008). Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
10. Lekili, M., Müezzinoğlu, T. (2005). Benign Prostat Hiperplazisi: Epidemiyoloji ve Doğal Seyir. Türkiye Klinikleri *Cerrahi Tıp Bilimleri Üroloji Dergisi*, 1(1), 15-23.

11. Platz, E.A., Smit, E., Curhan, G.C., Nyberg, L.M., Giovannucci, E. (2002). Prevalence Of And Racial/ Ethnic Variation İn Lower Urinary Tract Symptoms and Noncancer Prostate Surgery İn Us Men. *Urology*, 59, 877-883.
12. Djavan, B. (2003). Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: fast control of the patient's quality of life. *Urology*, 62, 6-14.
13. Tarcan, T., , Yazıcı, C,. (2006). BPH Tanı ve Tedavisinde EAU ve AUA Kılavuzlarının Karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi*, 32 (1), 110-117.
14. Işıkkay, L., Bozlu, M., (2009). Monopolar TURP Sona Mı Eriyor? BPH'da Cerrahi Tedavide Son Durum. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 34-37.
15. Trueman, P., Hood, S.C., Nayak, U.S.L., Mrazek, M.F. (1999).Prevalence Of Lower Urinary Tractsymptoms And Self-Reported Diagnosed “Benign Prostatic Hyperplasia” And Their Effect On Quality Of Life İn A Communitybased Survey Of Men İn The UK. *BJU Int*, 83, 410-5.
16. McVary, K. T., Roehrborn, C. G., Avins, A. L., Barry, M. J., Bruskewitz, R.C., Donnell, R.F., Foster, H.E., Gonzalez, C.M., Kaplan, S.A., Penson, D.F., Ulchaker, J.C., Wei, J.T. (2010). *American Urological Association Guideline: Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)*. American Urological Association Education and Research, Inc.
17. De La Rosette, J., Alivizatos, G., Madersbacher, S., Rioja Sanz, C., Nordling, J., Emberton, M., Gravas, S., Michel, M.C., Oelke, M. (2006). *Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia*. European Association of Urology.
18. Wilt, T.J., N'Dow, J. (2008). Benign prostatic hyperplasia. Part 2-management. *BMJ*. 336, 206-210.
19. Çam, K. (2009). Benign Prostat Hiperplazisinde Yaşam Kalitesi Neden Önemlidir Ve Nasıl Ölçülür?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 21-24.

20. Çam, K. (2005). Benign Prostat Hiperplazisi Ve Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 2, 25-27.
21. Çetin, Z. (2004). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Ve Komplikasyon Gelişme Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
22. Anafarta, K., Bedük, Y., Arıkan, N. (2007). *Temel Üroloji* (3. bs.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Yayınları.
23. Erdil, F., Özhan Elbaş, N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği* (4.bs.). Ankara: Aydoğdu Ofset.
24. Karadakovan, A., Eti Aslan, F., (2011). *Dâhili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (2. bs.). Adana: Nobel Kitabevi.
25. Tanagho, E.A., McAninch, J.W. (2004). *Smith's General Urology* (G. Kazancı, Çev.)(16.bs.). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.(2004).
26. Özorak, A. (2007). Prostat Biyopsilerinde 6-10-12 Kadran Biyopsilerin Prostat Kanseri Saptama Oranları Ve Prostat Kanseri Saptanması İçin Optimal Alınması Gereken Parça Sayısının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
27. Millî Eğitim Bakanlığı. (2012). *Üreme Sistemi*. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.
28. Structure of the Male Reproductive System. Erişim: 10 Eylül 2013, http://www.merckmanuals.com/home/mens_health_issues/biology_of_the_male_reproductive_system/structure_of_the_male_reproductive_system.html
29. Müezzinoğlu, T., Çam, K. (2006). Selim Prostat Büyümesinde Yaşam Kalitesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 32(2), 254-260.

30. Küçükdurmaz, F., Muradov, Z.,Kadioğlu, A. (2008). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde minimal invaziv yöntemlerin hayat kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkileri. *Endoüroloji Bülteni*, 2, 1-7.
31. Parsons, J.K., Bergstrom, J., Silberstein, J., Barrett-Connor, E. (2008). Prevalence and Characteristics of Lower Urinary Tract Symptoms in Men Aged 80 Years and Older. *Urology*,72(2), 318-321.
32. Franks, L.M., (1954). Benign nodular hyperplasia of the prostate: a review. *Ann R Coll Surg Engl*, 14(2), 92-106.
33. Phipps, W.J., Sands, J.K., Marek J.F. (1999). *Medical-Surgical Nursing, Concepts&Clinical Practices (Sixth Edition)*, United States Of America: Mosby Company Inc.
34. Sampson, N., Madersbacher, S., Berger, P. (2008). Pathophysiology and therapy of benign prostatic hyperplasia.*Wien Klin Wochenschr*, 120(13-14), 390-401.
35. Barrack, E.R., Bujnovsky, P., Walsh, P.C.(1983). Subcellular distribution of androgen receptors in human normal, benign hyperplastic and malignant prostatic tissue: Characterization of nuclear salt-resistant receptors. *Cancer Res*, 43(3), 1107-1116.
36. Parsons, J.K. (2011). Lifestyle factors, benign prostatic hyperplasia, and lower urinary tract symptoms. *Curr Opin Urol*, 21, 1-4.
37. White, J.J., Nuewirth, H., Miller, C.D., Schneider, E.L. (1990). DNA alterations in prostatic adenocarcinoma and benign prostatic hyperplasia: detection by DNA fingerprint analyses. *Mutat Res.*, 237(1), 37-43.
38. Bedford, M.T., Van Helden, P.D. (1987). Hypomethylation Of DNA İn Pathological Conditions of the Human Prostate. *Cancer Res*, 47, 5274-5276.

39. Sanda, M.G., Beaty, T.H., Stutzman, R.E. (1994). Genetic susceptibility of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 152, 115-119.
40. Sanda, M.G., Doehring, C.B., Binkowitz, B., Beaty, T.H., Partin, A.W., Hale, E., Stoner, E., Walsh, P.C. (1997). Clinical and biological characteristics of familial benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 157, 876-879.
41. Çetinkaya, M., Öztekin, Ç.V. (2011). Benign Prostat Hiperplazisi Ve Heredite. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 20-22.
42. Savcı Kaya, H. (1997). Selim Prostat Hiperplazili Hastalarda Uygulanan Ameliyat Öncesi Bakım Ve Eğitimin Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
43. Ekman, P. (1989). BPH epidemiology and risk factors. *Prostate Suppl*, 2, 23-31.
44. Martin, A.W., William, E.P., Benjamin, R.L., Sanda, M.G., Richard, N.M., Walsh, P.C. (1994). Concordance rates for benign prostatic disease among twins suggest hereditary influence. *Urology*, 44 (5), 646-650.
45. Cankurtaran, M. (2008). Yaşlı Erkeklerde Prostat Sorunları. Erişim: 08 Mart 2013, Hacettepe Üniversitesi Ağ Sitesi:
<http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fulfolder/2008-02/html/2008-15-2-074-080.htm>
46. Norman, R.W., Coakes, K.E., Wright, A.S., Rittmaste, R.S. (1993) Androgen metabolism in men receiving finasteride before prostatectomy. *J Urol*, 150, 1736-1739.

47. Kılıçarslan, H., Gökçe, G., Hocaoğlu, S., Ayan, S., Gültekîn, E.Y. (2000). Benign Prostat Hiperplazisi Tanısıyla İzlenen 1018 Hastanın Retrospektif Olarak İncelenmesi. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 22 (1), 47 – 52.
48. Roehrborn, C.G. (2008). Pathology of benign prostatic hyperplasia. *International Journal of Impotence Research*, 20, 11–18.
49. Lepor, H. (2004). Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia. *Rev Urol.*, 6(9), 3-10.
50. Walsh, P.C., Madden, J.D., Harrod, M.J., Goldstein, J.L., MacDonald, P.C., Wilson, J.D. (1974). Familial Incomplete Male Pseudohermaphroditism, Type 2 - Decreased Dihydrotestosterone Formation in Pseudovaginal Perineoscrotal Hypospadias. *N Engl J Med*, 291, 944-949.
51. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wem, A. (2003). The Standardisation Of Terminology In Lower Urinary Tract Function: Report From The Standardisation Sub-Committee Of The International Continence Society. *Urology*, 61, 37–49.
52. Demirkesen, O., Demirdağ, Ç. (2008). İleri yaş erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının medikal tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 3, 28-32.
53. Balbay, Ö., Kayıkçı, A., Güleç, E., Akyüz, O., Annakkaya, A., Çam, K., Arbak, P. (2004). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Alt Üriner Sistem Yakınmaları Açısından Bir Risk Faktörü Müdür?. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 5-9.
54. Özyurt, C. (2010). TUR Prostat Sonrası Gelişen Hiperaktif Mesane Bulguları Neden Oluyor, Nasıl Tedavi Etmeli?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 24-27.
55. Dönmez, İ., Mungan, N.A. (2011). BPH prevalansı ve ülke gerçekleri. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 11-14.

56. Akı, F.T., Aygun, C., Bilir, N., Erkan, İ., Özen, H. (2003). Prevalence of lower urinary tract symptoms in a community-based survey of men in Turkey. *International Journal of Urology*, 10, 364–370.
57. Feneley, M.R., Puddefoot, J.R., Xia, S., Sovvter, C., Slavin, G., Kirby, R.S., Vinson, G.P. (1995). Zonal Biochemical and Morphological Characteristics in. *Br J Urol*, 75, 608-613.
58. Mukamel, E., Nissenkorn, I., Boner, G., Servadio, C. (1979). Occult Progressive Renal Damage İn The Elderly Male Due To Benign Prostatic Hypertrophy. *J Am Soc Geriatr*, 27 (9), 403-406.
59. Smeltzer C.S., Bare B.G. (2004). *Brunner and Studdarts Textbooks of Medical Surgical Nursing*, Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
60. Keser, B. (2009). BPH Tanısı İle Medikal Veya Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalarda Tedavi Etkinliğinin Üroflowmetri Ve IPSS Parametreleri Kullanılarak Kıyaslanması. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Arastırma Hastanesi, İstanbul.
61. Madersbacher, S., Alivizatos, G., Nordling, J., Sanz, C.R., Emberton, M., De La Rosette, L.L. (2004). EAU 2004 Guidelines On Assessment, Therapy And Follow-Up Of Men With Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive Of Benign Prostatic Obstruction (Bph Guidelines). *Eur Urol*, 46, 547–554.
62. Çoban, G., Cüreklibatır, İ. (2009). Benign Prostat Hiperplazisi Ve Progresyonunda Risk Faktörleri. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 9-15.
63. Roehrborn, C.G. (1998). Accurate Determination Of Prostate Size Via Digital Rectal Examination And Transrectal Ultrasound. *Urology*, 51, 19-22.

64. Polascik, T.J., Oesterling, J.E., Partin, A.W. (1999). Prostate Specific Antigen: A Decade Of Discovery-What We Have Learned And Where We Are Going. *J Urol*, 162, 293-306.
65. Gemalmaz, H. (2007). BPH' de Klinik Uygulama Kılavuzları. *Türk Üroloji Dergisi*, 33 (1), 92-99.
66. Dirim, A. (2010). Benign Prostat Hiperplazisi'nde Ultrason Takibinin Rolü. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 8-14.
67. Çakıroğlu, B., Sinanoğlu, O., Hazar, A.İ., Balcı, M.B.C., Nuhoglu, B., Aksoy, S.H. (2012). Benign Prostat Büyümesi Olan Hastalarda İnfravezikal Obstrüksiyon En İyi Göstergesi Nedir?. *Jarem*, 2, 109-112.
68. Abrams P., Blaivas, J.G., Stanton, S.L., Andersen, J.T.(1988). Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 114, 5-19.
69. Wasson, J.H., Reda, D.J., Bruskewitz, R.C., Elinson, J., Keller, A.M., Hendersan, W.G. (1995). A Comparison Of Transurethral Surgery With Watchful Waiting For Moderate Symptoms Of Benign Prostatic Hyperplasia. *N Engl J Med*, 332, 75-79.
70. Flanigan, R.C., Reda, D.J., Wasson, J.H., Anderson, R.J., Abdellatif, M., Bruskewitz, R.C. (1998). 5-Year Outcome Of Surgical Resection And Watchful Waiting For Men With Moderately Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia: A Department Of Veterans Affairs Cooperative Study. *J Urol*, 160, 12-16.

71. Netto, N.R. Jr., de Lima, M.L., Netto, M.R., D'Ancona, C.A. (1999). Evaluation Of Patients With Bladder Outlet Obstruction And Mild İnternational Prostate Symptom Score Followed Up By Watchful Waiting. *Urology*, 53, 314-316.
72. Brown, C.T., Yap, T., Cromwell, D.A., Rixon, L., Steed, L., Mulligan, K., Mundy, A., Newman, S.P., Van Der Meulen, J., Emberton, M. (2007). Self-management for men with lower urinary tract symptoms : randomized controlled trial. *BMJ*, 334, 25-28.
73. Altay, B., İlbey, Ö., Günaydın, G., Kefi, A., Semerci, B.(2000). Benign Prostat Hiperplazisinin Medikal Tedavisinde Doksazosin Ve Finasteridin Kombine Kullanımı. *Türk Üroloji Derneği*, 26 (4), 479-483.
74. Andersen, J.T., Ekman, P., Wolf, H., Beisland, H.O., Kontturi, M., Lehtonen, T., Tveter, K. (1995). Can Finasteride Reverse The Progress Of Benign Prostatic Hyperplasia? A Two-Year Placebo-Controlled Study. The Scandinavian BPH Study Group. *Urology*, 46(5), 631-637.
75. Roehrborn, C.G., Boyle, P., Nickel, J.C., Hoefner, K., Andriole, G. (2002). Efficacy And Safety Of A Dual İnhibitor Of 5-Alpha-Reductase Types 1 And 2 (Dutasteride) İn Men With Benign Prostatic Hyperplasia. *Urology*, 60 (3), 434-441.
76. Erol, D., Emir, L. (2002). Prostatın İyi Huylu Büyümesinde (BPH) Medikal Tedavi. *Türkiye Tıp Dergisi*, 9(4), 172-176.
77. Dedhia, R.C., McVary, K.T. (2008). Phytotherapy for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol.*, 179(6), 2119-2125.
78. Harry, C.R. (1915). Which is the Preferable Operation, Perineal or Suprapubic Prostatectomy?. *Cal State J Med.*, 13(12), 481-482.

79. Ongün, Ş., Çelebi, İ. (2011). Benign Prostat Hiperplazisi: Tanıdan Tedaviye Önerilmeyenler (Tarihsel Süreç İçerisinde Uygulanan Ancak Şu An Önerilmeyen Ve Kılavuzlarda Önerilmeyenler). *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 23-26.
80. Akand, M., Göktaş, S. (2011). Postprostatektomi darlıklarının tanısı ve tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 48-51.
81. Walker, K.M. (1937). Transurethral Resection Of The Prostate. *Br Med J*, 1(3982), 901-903.
82. Erbin, A., Yalçın Berberoğlu, A., Sarılar, Ö., Binbay, M., Yaser Müslümanoğlu, A. (2012). Benign Prostat Hiperplazisi Tedavisinde Uygulanan Minimal İnvaziv Yöntemler. *Haseki Tıp Bülteni*, 50, 76-80.
83. Yang, Q., Peters, T.J., Donovan, J.L., Wilt, T.J., Abrams, P. (2001). Transurethral Incision Compared With Transurethral Resection Of The Prostate For Bladder Outlet Obstruction: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *J Urol*, 165(5), 1526-1532.
84. Polat,F., Biri, H. (2012). Günümüzde Benign Prostat Hiperplazisi'nin Cerrahi Tedavisinde Açık Cerrahinin Yeri Nedir?. *Turk Urol Sem*, 3, 7-9.
85. Tubaro, A., Carter, S., Hind, A., Vicentini, C., Miano, L. (2001). A Prospective Study Of The Safety And Efficacy Of Suprapubic Transvesical Prostatectomy In Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *J Urol*, 166(1), 172-176.
86. Serretta, V., Morgia, G., Fondacaro, L., Curto, G., Lo Bianco, A., Pirritano, D., Melloni, D., Orestano, F., Motta, M., Pavone-Macaluso, M. (2002). Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in southern Europe in the late 1990s: a contemporary series of 1800 interventions. *Urology*, 60(4), 623-627.

87. Tubaro, A., Montanari, E. (1999). Management Of Symptomatic BPH İn Italy: Who İs Treated And How? . *Eur Urol.*, 1999, 36 (3), 28-32.
88. Lukacs, B. (1999). Management Of Symptomatic BPH İn France: Who İs Treated And How?. *Eur Urol.* 36 (3). 14-20.
89. Pilpel, D., Porath, A., Peleg, A. (2002). Quantitative Evaluation Of Prostatectomy For Benign Prostatic Hypertrophy Under A National Health Insurance Law: A Multi-Centre Study. *J Eval Clin Pract*, 8(1), 9-18.
90. Kuntz, R.M., Lehrich, K. (2002). Transurethral Holmium Laser Enucleation Versus Transvesical Open Enucleation for Prostate Adenoma Greater Than 100 gm.: A Randomized Prospective Trial of 120 Patients. *J Urol*, 168 (4), 1465-1469.
91. Persu, C., Georgescu, D., Arabagiu, I., Cauni, V., Moldoveanu, C., Geavlete, P. (2010). Turp For BPH. How Large İs Too Large?. *J Med Life*, 3(4), 376-80.
92. Male Reproductive Disorders (Adult Care Nursing) Part 3. Erişim: 17 Kasım 2013, <http://what-when-how.com/nursing/male-reproductive-disorders-adult-care-nursing-part-3/>
93. Özdiler, E., Yaman, Ö., Soyupek, S. (2003). Prostatın İki Farklı Elektrotla Yapılan Transüretal Elektrovaporizasyon Rezeksiyonu (TUVRP) İle TURP Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması: Randomize Prospektif Klinik Bir Çalışma. *Türk Üroloji Dergisi*, 29 (4), 481-485.
94. Oelke, M., Bachmann, A., Descazeaud, A., Emberton, M., Gravas, S., Michel, M.C., N'Dow, J., Nordling, J., De La Rosette, J.J. (2011). *Guidelines on the Treatment of Non-neurogenic Male Luts*. EAU Guidelines, 37-57.

95. D'Ancona, F.C. (2008). Nonablative Minimally Invasive Thermal Therapies In The Treatment Of Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia. *Curr Opin Urol*, 18(1), 21-27.
96. Balcı, M., Tuncel, A. (2012). Benign Prostat Hiperplazisi'nin Tedavisinde Minimal İnvaziv Cerrahi Yöntemlerin Yeri nedir?. *Turk Urol Sem*, 3, 14-16.
97. Walmsley K, Kaplan S. (2004). Transurethral Microwave Thermotherapy For Benign Prostatic Hyperplasia: Separating Truth From Marketing Hype. *J Urol*, 172, 1249-1255.
98. D'Ancona, F.C., Van Der Bij, A.K., Francisca, E.A., Kho, H., Debruyne, F.M., Kiemeney L.A., De La rosette. (1999). Results Of High-Energy Transurethral Microwave Thermotherapy In Patients Categorized According To The American Society Of Anesthesiologists Operative Risk Classification. *Urology*, 53(2), 322-328.
99. Calais Da Silva, F., Marquis, P., Deschaseaux, P., Gineste, J.L., Cauquil, J., Patrick, D.L. (1997). Relative Importance Of Sexuality And Quality Of Life In Patients With Prostatic Symptoms. Results Of An International Study. *Eur Urol*, 31(3), 272-280.
100. Arslan, S. (2009). Prostat Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı. Erişim: 07.06.2013, <http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/kars/afo.pdf>
101. Ucuzal, M., Kanan, N. (2008). Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi ve Hemşirelik Bakımı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 16(61), 57-64.
102. Kanan, N. Prostat Ameliyatı Sırası Bakım. Erişim: 07. 06. 2013. <http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/kars/nlk.pdf>
103. Özbaş, A. Prostat Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı. Erişim: 28. 01. 13. <http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/kars/kip.pdf>

104. Koca Kutlu, A. (2012). *Cerrahi Hemşireliği Ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar- Uluslararası Boyut*. Arı, Z. (Haz.). Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 04 Mayıs 2012-Manisa: Konferans (s. 19-21). Manisa: CBÜ.
105. Müezzinoğlu, T. (2006). Ürolojide Sağlıkta Yaşam Kalitesi. *Sağlıkta Birikim*, 1(2), 83-93.
106. Oyan, G. (2006). Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
107. Karayurt, Ö., Dicle, A., Malak, A.T. (2008). Paylaşılmamış Deneyim: Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 22 (6), 327 – 332.
108. Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
109. Huxley, J. (1959). Population Planning And Quality Of Life. *The Eugenics Review*, 51(3), 149-154.
110. Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*, 1(2), 1-5.
111. Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. *Geriatry*, 2(4), 173-178.
112. Patrick, D.L., Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*. New York: Oxford University Press.
113. Cella, D.F. (1992). Quality Of Life: The Concept. *J Palliative Care*, 8(3), 8-13.

114. Eti Aslan, F., Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17(2), 44-51.
115. Pınar, R. (2012). *Türkiye’de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi*. Arı, Z. (Haz.). Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 04 Mayıs 2012-Manisa: Konferans (s. 5-10). Manisa: CBÜ.
116. Rogers, M.E. (1994). The Science Of Unitary Human Beings: Current Perspectives. *Nurs Sci Quaterly*, 7(1), 33-35.
117. King IM. (1994). Quality Of Life And Goal Attainment. *Nurs Sci Q.*, 7(1), 29-32.
118. Yılmaz, M. (2012). *Cerrahi Hemşireliği Ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar- Ulusal Boyut*. Arı, Z. (Haz.). Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 04 Mayıs 2012-Manisa: Konferans (s. 11-18). Manisa: CBÜ.
119. Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 84- 93.
120. Durmaz Akyol, A. (1992). Hemodialize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
121. Demirel, H.C., Doluoğlu, Ö.G., Gökkaya,C.S., Aktaş, B.K., Öztürk, E., Memiş, A. (2012). Benign Prostat Hiperplazisinde Cerrahi Sonrası Gündelik Hayata Dönmeyi Etkileyen Faktörler. *Yeni Üroloji Dergisi*, 7 (2), 10-15.
122. Salinas-Sanchez, A.S., Hernandez-Millan, I., Lorenzo-Romero, J.G., Seura-Martin, M., Fernandez-Olano, C., Virseda-Radriguez, J.A. (2001). Quality Of

Life Of Patients On The Waiting List For Benign Prostatic Hyperplasia Surgery. *Qual Life Res*, 10(6), 543-553.

123. Boyle, P., Robertson, C., Mazzetta, C., Keech, M., Hobbs, R., Fourcade, R., Kiemenev, L., Lee, C. And The Ureplik Study Group. The Relationship Between Lower Urinary Tract Symptoms And Health Status: The Ureplik Study. *BJU Int*, 92, 575-580.
124. Zaman, M. (2007). Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
125. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework And İtem Selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
126. Kulu, A. (2010). Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
127. Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler yayın birliği: Ankara.
128. Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. (2007). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 116-126.
129. Savcı, A.B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
130. Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T. (2005). Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*, 20(1), 55-62.

131. Çolakdalcı, A. (2012). Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
132. Koca, O., Keleş, M.O., Güneş, M., Öztürk, M., Akyüz, M., Karaman, M.İ. (2012). Benign Prostat Hiperplazisi Bulunan Hastalarda Nokturinin Desmopressin İle Tedavisi. *Turkish Journal of Urology*, 38(1), 29-31.
133. Demiral, Y., Ergör, G., Ünal, B., Şemin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., Alptekin, K. (Nisan 2004). SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Toplum Örneğinde Güvenirliği [Poster]. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir*.
134. Namiki, S., Tochigi, T., Kuwahara, M., Ioritani, N., Yoshimura, K., Terai, A., Nakagawa, H., Ishidoya, S., Satoh, M., Ito, A., Saito, S., Komuma, N., Arai Y. (2004). Recovery Of Health Related Quality Of Life After Radical Prostatectomy İn Japanese Men: A Longitudinal Study. *International Journal Of Urology*, 11, 742–749.
135. Namiki, S., Tochigi, T., Kuwahara, M., Ohnuma, T., Ioritani, N., Soma, F., Shintaku, I., Terai, A., Nakagawa, H., Satoh, M., Saito, S., Komuma, N., Arai, Y. (2003). Health-Related Quality Of Life After Radical Prostatectomy İn Japanese Men With Localized Prostate Cancer. *International Journal Of Urology*, 10, 643–650.
136. Ficarra, V., Novara, G., Galfano, A., Stringari, C., Baldassarre, R., Cavalleri, S., Artibani, W. (2005). Twelve-Month Self-Reported Quality Of Life After Retropubic Radical Prostatectomy: A Prospective Study With Rand 36-Item Health Survey (Short Form-36). *BJU International*, 97, 274-278.
137. Yoshimura, K., Arai, Y., Ichioka, K., Terada, N., Matsuta, K., Okubo, K. (2002). Symptom-Specific Quality Of Life İn Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *International Journal Of Urology*, 9, 485–490.

138. Gacci, M., Bartoletti, R., Figlioli, S., Sarti, E., Eisner, B., Boddi, V., Rizzo, M. (2003). Urinary Symptoms, Quality Of Life And Sexual Function In Patients With Benign Prostatic Hypertrophy Before And After Prostatectomy: A Prospective Study. *BJU International*, 91, 196-200.
139. Milicevic, S. (2011). The Impact of Benign Prostatic Hyperplasia Surgical Treatment with Turp Method on the Quality of Life. *Aim* 2011, 19(3), 142-145.
140. Milicevic, S., Grubor, P., Lucic, N. (2011). The Evaluation Of Impact Of Bph Surgical Treatment With The Open Prostatectomy And Transurethral Resection Of The Prostate Methods On The Quality Of Life. *Med Arh*, 65(5), 274-277.
141. Kupelian, V., Wei, J.T., O'Leary, M.P., Kusek, J.W., Litman, H.J., Link, C.L., McKinlay, J.B. for the BACH Survey Investigators. (2006). Prevalence Of Lower Urinary Tract Symptoms And Effect On Quality Of Life In A Racially And Ethnically Diverse Random Sample The Boston Area Community Health (Bach) Survey. *Arch Intern Med.*, 166, 2381-2387.
142. Derrett, S., Paul, C., Morris, J.M. (1999). Waiting For Elective Surgery: Effects On Healthy-Related Quality Of Life. *Int J Qual Health Care*, 11(1), 47-57.
143. Suzuki, H., Yano, M., Awa, Y., Nakatsu, H., Egoshi, K., Mikami, K., Ota, S., Okano, T., Hamano, S., Ohki, T., Furuya, Y., Ichikawa, T. (2006). Clinical Impact Of Tamsulosin On Generic And Symptom-Specific Quality Of Life For Benign Prostatic Hyperplasia Patients: Using International Prostate Symptom Score And Rand Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey. *International Journal of Urology*, 13, 1202-1206.
144. Telatar, T.G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3), 162-165.

145. Kurtuluş, Z., Yıldız, H., Pınar, D. (2006). Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatriye Kullanımı. *Sağlıkta Birlikim*, 1(2), 21-26.
146. Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 9 (1), 30-33.
147. Değirmenci Saltürk, A. G. (2006). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
148. Arslan, S., Bölükbaş, N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 38- 47.
149. Aydın Bektaş, H., Akdemir, N. (2006). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26, 488-499.
150. Kurt, G., Yücel Beyaztaş, F., Erkol, Z. (2005). Yaşlıların Sorunları Ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32-39.
151. Ardahan, M., Bayık Temel, A. (2006). Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (2), 1-14.
152. Günay, G. (2013). Emekliliği Planlama Sürecinin Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması: Karabük Üniversitesi Örneği. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 16 (1), 84-94.
153. O'sullivan, M., Murphy, C., Iohom, G., Kiely, E.A., Shorten, G. (2004). Effects Of Transurethral Resection Of Prostate On The Quality Of Life Of Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *J Am Coll Surg*, 198(3), 394-403.

154. Schwartz, E.J., Lepor, H. (1999). Radical Retropubic Prostatectomy Reduces Symptom Scores And Improves Quality Of Life In Men With Moderate And Severe Lower Urinary Tract Symptoms. *The Journal. Of Urology*, 161, 1185-1188.

EKLER**EK 1. Hasta Tanıtım Formu****Anket Sıra No:****Tarih :.....****Kaç yaşındasınız?****Eğitim durumunuz nedir?**

1. Okur – yazar değil
2. Okur – yazar
3. İlköğretim
4. Orta öğretim
5. Lise
6. Yükseköğretim ve üzeri

Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekâr (Hiç evlenmemiş, dul, boşanmış)

Mesleğiniz nedir?

1. İşçi
2. Memur
3. Emekli
4. Serbest meslek
5. Diğer.....

Ekonomik durumunuz nedir?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla

Sosyal güvenceniz var mı?

1. Hayır
2. SSK
3. Emekli sandığı
4. Bağ – kur
5. Yeşil kart
6. Özel sigorta

Yaşadığınız yer neresidir?

1. İl
2. İlçe.....
3. Köy / kasaba.....

Yaşamınızı en çok geçirdiğiniz bölge neresidir?

1. Marmara bölgesi
2. Karadeniz bölgesi
3. Ege bölgesi
4. Akdeniz bölgesi
5. İç Anadolu bölgesi
6. Doğu Anadolu bölgesi
7. Güneydoğu Anadolu bölgesi

Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

Yukarıdaki soruya yanıtınız evet ise türü nedir?

1. Diabetes mellitus
2. Kalp yetmezliği
3. Hipertansiyon
4. Böbrek yetmezliği
5. Kanser
6. Diğer.....

Daha önce ameliyat oldunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

Yanıtınız evet ise ne zaman ve ne ameliyatı oldunuz?

.....

.....

.....

Prostat ile ilgili şikayetleriniz ne kadar süre önce başladı?

1. 1-6 ay arası
2. 6-12 ay arası
3. 1-2 yıl arası
4. 2 yıldan daha fazla

Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Yanıtınız evet ise hangi ilacı, nasıl kullanıyorsunuz?

.....

.....

.....

EK 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3

c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiç bir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 3. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği

“Bu 2 sayfalık 20 sorudan oluşan anket prostat hastalığınızın hayat kalitenizi ne kadar etkilediğini değerlendirmek amacıyla uygulanmaktadır. Son bir aylık durumunuzu düşünerek cevaplayınız. Lütfen soruları dikkatlice okuduktan sonra size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Anlamadığınız sorularda danışabilirsiniz. Soruda belirtilen şikayetleriniz yoksa HİÇ veya HAYIR şikkını işaretleyiniz.”

İdrar yaptıktan sonra damlama veya idrar torbanızın tam boşalmadığı şikâyetiniz varsa günlük hayatınızı ne kadar kısıtlıyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Sık idrara çıkma şikâyetiniz varsa günlük hayatınızı ne ölçüde etkiliyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Kesik kesik idrar yapma veya idrar yaparken zorlanma şikâyetiniz varsa günlük hayatınızı ne ölçüde etkiliyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Aniden idrar hissi nedeniyle tuvalete gitme veya idrar kaçırma şikâyetiniz varsa günlük işlerinizi ne kadar etkiliyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrar akım hızında azalma veya zayıflık sizin günlük hayatınızı ne kadar etkiliyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrar yapmaya başlarken bekleme veya idrar yaparken ıkınma şikâyetiniz varsa günlük hayatınızı ne kadar kısıtlıyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Gece idrara çıkmak için uyanmak hayatınızı etkiliyor mu?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrar yaparken ağrı veya yanma şikâyetiniz varsa hayatınızı ne kadar etkiliyor?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Bundan sonraki hayatınızda prostata bağlı işeme şikâyetlerinizin aynen devam edeceğini bilmek sizi üzer mi?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Prostat ile ilgili olabilecek işeme şikâyetleriniz günlük hayatınızı ne kadar zorlaştırmaktadır?

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrar yapamamak veya prostat ameliyatı olmak gibi bir endişeniz var mı?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

Prostat kanseri olabileceğinize dair endişeniz var mı?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrarda iltihap ve kanama endişesi taşıyor musunuz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetleriniz nedeniyle ne derecede fiziksel rahatsızlık hissettiniz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetlerinizin günlük işlerinizi yapmanızı (alış-verişe, ziyarete, evden dışarı gitme gibi) etkilediğini düşünüyor musunuz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetlerinizin uzun süreli otobüs veya tren seyahatlerinizi engellediğini düşünüyor musunuz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İdrar şikâyetleriniz iştahınız ve yemek alışkanlıklarınızı etkiledi mi?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetlerinizin cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetleriniz nedeniyle moralinizin kötüleştiğini düşünüyor musunuz?

1. Hayır 2. Biraz 3. Oldukça 4. Çok fazla

İşeme şikâyetlerinizin genel sağlığınızı kötü olarak etkilediğini düşünüyor musunuz?

1. Hayır
2. Biraz
3. Oldukça
4. Çok fazla

Toplam Puan:

EK 4. Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği Ve Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Formu

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**

Başhekimlik

Sayı : 68636013/BH/170.99-8612

...../...../2013

Konu : Tez Çalışması

04 ARALIK 2013

Sayın Melek KAYA
Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi

İlgi: 29/11/2013 tarihli dilekçeniz

"Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmasını Hastanemiz Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığında yapabilme talebi ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi dilekçenize istinaden;

İlgili Anabilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a
Başhekim Yrd.

EK:
İlgili Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 34407039/ **147**
Konu: Tez Çalışması

03-12-2013

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 02.12.2013 tarih ve 8565 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden; Hastanemiz Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmakta olan Melek KAYA' nın Benign Prostat Hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi adlı tez çalışması talebi Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		
GELEN EVRAK		
SAYI	TARİHİ	
17099/10892	03.12.2013	

EK 5. Malatya Devlet Hastanesi İzin Formu

MALATYA DEVLET HASTANESİ

BAŞHEKİMLİĞİ'NE

MALATYA

Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi adlı tez çalışmamı Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL danışmanlığında Üroloji Servisi'nde yürütmek istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

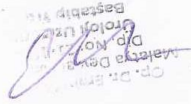
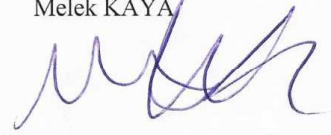
29.11.2013

Sorumlu Araştırmacı

Yrd. Doç Dr. Meral UCUZAL

Diğer Araştırmacı

Melek KAYA



MALATYA DEVLET HASTANESİ
Sıra No : 16462
Tarih : 02.12.2013

EK 6. Malatya Beydağı Devlet Hastanesi İzin Formu

MALATYA BEYDAĞI DEVLET HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

MALATYA

Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi adlı tez çalışmamı Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL danışmanlığında Üroloji Servisi'nde yürütmek istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

20.11.2013

Sorumlu Araştırmacı

Yrd. Doç Dr. Meral UCUZAL

Diğer Araştırmacı

Melek KAYA

Dr. Dr. Meral UCUZAL
Üroloji Uzmanı
Malatya Devlet Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı
Etiler, Ankara

MALATYA DEVLET HASTANESİ

Sıra No : 16467

Tarih : 02.12.2013

EK 7. Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŐURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2012/137			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŐÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 11.04.2013				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hamza KARABİBER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hamza KARABİBER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H.Birgül CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloğlu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK 8. Bilgilendirilmiş İzin Formu

Bu çalışma prostat hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz, katılmayı kabul ettiğiniz takdirde ameliyat öncesi ve sonrasında aşağıdaki soruları cevaplandırmanız istenecek ve bu uygulama yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Çalışmadan elde edilen bilgiler, sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı bildirmeniz için aşağıda belirtilen yeri imzalamanız gerekmektedir. Katılarınız için teşekkür ederim.

Y. Lisans Öğr. Melek KAYA

Yukarıda amacı açıklanan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum

İmza

ÖZGEÇMİŞ

İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksek Okulu'ndan 2009 yılında mezun olmuştur. 2009 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Reanimasyon-2 Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmaktadır. 2011 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda lisansüstü eğitimine başlamıştır.

e-posta adresi: melek.kaya@inonu.edu.tr