



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PROSTAT TÜMÖRLÜ HASTALARDA AMELİYAT
SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali GÜNDÜZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PROSTAT TÜMÖRLÜ HASTALARDA AMELİYAT
SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali GÜNDÜZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PROSTAT TÜMÖRLÜ HASTALARDA AMELİYAT SONRASI
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali GÜNDÜZ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Sema KOÇAŞLI

Jüri Üyeleri

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

DR. Öğretim Üyesi Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

18.06.2018

Ali GÜNDÜZ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, tezimin konusunun, araştırma aşamasında ve tamamlanmasında destek olan değerli hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi *Sema Koçaşlı* 'ya ayırdığı zaman ve sağladığı destek için minnettarım.

Tezimin başlangıcından bitimine kadar yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımda olan, bildiklerini paylaşan sayın *Kübra Yılmaz Şenyüz* ve *Dilek Aktaş* 'a ve araştırmayı yapmama izin veren Ankara Atatürk Eğitim Araştırma ve Ankara Numune Eğitim Araştırma hastanesi yöneticileri ve çalışanlarına, çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm hastalara teşekkür ederim. Son olarak da; gösterdikleri sabır ve verdikleri her türlü destek için aileme ve çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve bana destek olan değerli *Nilay Fırıncioğullarına* sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Prostat Tümörleri	5
2.1.1. Benign Prostat Hiperplazisi	5
2.1.2. Malign Prostat Tümörü.....	6
2.2. Prostat Tümörlerinde Tanı	8
2.2.1. Parmakla Rektal Muayene (PRM).....	8
2.2.2. PSA Ölçümü/Değeri/Düzeyi	8
2.2.3. Transrektal Ultrasonografi (TRUS).....	9
2.2.4. Bilgisayarlı Tomografi (BT).....	9
2.2.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET).....	9
2.2.6. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	9
2.2.7. X-Ray Görüntüleme	9
2.2.8. Prostat Biyopsisi	10
2.3. Prostat Tümörlerinin Tedavisi	10
2.3.1. Açık Prostatektomi	10
2.3.2. Transüretral Prostat İnsizyonu (TUIP)	11
2.3.3. Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP).....	11
2.3.4. Lazer Ameliyatları.....	11
2.4. Prostat Tümörlerinde Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	12
3. MATERYAL VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Araştırma Değişkenleri	19
3.5. Veri Toplama Formları	19
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu.....	19
3.5.2. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30) Ölçeği	20
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
3.9. Etik İlkeler	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER.....	74
EK 1. Hasta Tanıtım Formu.....	74
EK 2. EORTC QLQ-C30.....	77
EK-3. Etik Kurul Raporu	79
EK 4. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	80
EK-5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzin Yazısı	81
EK 6. Aydınlatılmış Onam	82
EK 7. Ek Tablolar	83
EK-8. Özgeçmiş.....	88

ÖZET

Prostat Tümörlü Hastalarda Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Araştırma prostat cerrahisi sonrası hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tanılmayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şubat-Ekim 2016 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim Araştırma ve Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Servislerindeki 95 hasta oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların ameliyat sonrası 2.gün, hasta odasında birebir yüzyüze görüşme yöntemi ile "Hasta Tanıtım Formu" doldurulmuş, ardından European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30) ölçeği uygulanmıştır. Hastaların taburculukları sonrasında 1. ayda ve 3. ayda telefonla iletişime geçilerek "EORTC QLQ-C30" tekrarlanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların (n=95) yaş ortalaması 67.69±8.91 yıl, %50.6'sının (n=48) ilkokul mezunu, %89.5'inin (n=85) evli, %67.4'ünün (n=64) emekli, %64.4'ünün (n=56) çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların tanı süresi ortancası 36 ay, %58.9'una (n=56) benign prostat hipertrofisi, %41.1'ine (n=39) prostat kanseri tanısı konduğu saptanmıştır. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) tanısı konan hastaların, operasyondan sonra 3. ay sosyal fonksiyon ve genel sağlık skorlarının prostat kanseri tanısı (PKa) konan bireylere göre anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0.023, 0.015). Semptom ve halsizlik skorları için her iki grupta, operasyon sonrası 3. ay skorlarının ilk iki dönemin skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ameliyat olan her iki grup için cinselliğinin etkileyeceğini düşünen bireylerin, operasyondan sonra 3. aydaki fonksiyonel skorlarının diğer bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.011).

Sonuç olarak çalışmamızda prostat tümörlü hastalarda ameliyat sonrası ilk aylarda yaşam kalitesi düşük iken 3.ayın sonunda anlamlı bir artış tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat sonrası dönem, hemşirelik, prostat kanseri, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Assessment of Life Quality of Postoperatively in Prostate Tumor Patients

The descriptive cross-sectional research was conducted to evaluate the quality of life of patients after prostate surgery. The study's universe consists of 95 patients from Ankara Atatürk Education Research and Ankara Numune Education Research Hospital Urology Services between February and October 2016. No sample selection is made. On the 2nd postoperative day, patients were included in the study by filling in a "Patient İntroducing Form" with face-to-face interviews in the patient's room, followed by "EORTC QLQ-C30". After the discharge of the patients, "EORTC QLQ-C30" was repeated by telephone contact at the 1st and 3rd months.

The mean age of the patients (n = 95) was 67.69 ± 8.91 years, 50.6% (n = 48) were primary school graduates, 89.5% (n = 85) were married and 67.4% (n = 64) were retired, and 64.4% (n = 56) were not working. Benign prostatic hypertrophy was diagnosed in 36 months, 58.9% (n = 56), prostate cancer was diagnosed in 41.1% (n = 39) and prostate cancer was detected in 6.5% (n = 6). Patients diagnosed with BPH were found to have significantly higher social functioning and general health scores at 3 months postoperatively than those who were diagnosed with prostate cancer (p = 0.023, 0.015). For symptom and fatigue scores, the postoperative 3rd month scores of both groups were found to be statistically lower than the scores of the first two periods (p < 0.05). Individuals who thought that surgery would affect sexuality were found to have a statistically significant higher functional score at 3rd months after surgery (p = 0.011). When the quality of life was analyzed according to the operation type of the patients, the sub-dimension and total scores of the quality of life scale for all measurement times were found to be similar in all operation groups (p > 0.05).

As a result, in our study, quality of life was low during the first months after surgery, but it increased significantly at the end of third month.

Keywords: Post operative period, nursing, prostate cancer, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÜSS	: Alt Üriner Sistem Semptomları
AUA	: American Urology Association(Amerikan Üroloji Derneği)
AP	: Açık Prostatektomi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
BPH-YK	: Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAU	: European Association of Urology
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
IPSS	: International Prostate Symptom Score (Uluslararası Prostat Semptom Skoru)
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Ajansı)
TUR-P	: Transüretral Prostat Rezeksiyonu
ICS	: International Continence Society
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
PRM	: Parmakla Rektal Muayene
TRUS	: Transrectal Ultrasound (Transrektal Ultrasonografi)
TUR-P	: Trans Urethral Resection Prostrate (Transüretral Prostat Rezeksiyonu)
TAUS	: Transabdominal Ultrasonografi
TUIP	: Transurethral Incision Of The Prostate (Transüretral Prostat İnsizyonu)
TUVP	: Transurethral Vaporization (Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu)
TUIP	: Transurethral Incision of the Prostate
SPSS	: Statistical Packet for The Social Science
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PPV	: Positive Predictive Value (Pozitif Prediktif Değer)
PKa	: Prostat kanseri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

EORTC QLQ-C30 : European Organisation for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life.

FS : Fonksiyonel Skor

SFS : Sosyal Fonksiyon Skoru

SS : Semptom Skoru

HS : Halsizlik Skoru

GSS : Genel Sağlık Skoru



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Erkek üreme yolunun anatomik organizasyonu	5
Şekil 2.2. Bening prostat hiperplazisi	6
Şekil 2.3. Yaşam kalitesi kavramı boyutları ve nitelikleri	13
Şekil 4.1. Prostat ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi şikayetleri	25



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Uluslararası Kanser Ajansı tarafından yayınlanan globocan 2012 verilerine göre erkeklerde en sık görülen ilk beş kanserlerin dağılımı	7
Tablo 2.2.	PSA düzeyleri ve kanser risk oranları.....	8
Tablo 3.1.	Yaşam kalitesi ölçeği için iç tutarlılık değerleri.	20
Tablo 4.1.	Hastaların sosyodemografik özellikleri.	23
Tablo 4.2.	Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri.....	24
Tablo 4.3.	Hastaların hastalığa yönelik bilgi durumları.....	26
Tablo 4.4.	Hastaların EORTC QLQ C-30 ölçek skorlarının zamana göre dağılımı.	28
Tablo 4.5.	Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.....	30
Tablo 4.6.	Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	33
Tablo 4.7.	Medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	36
Tablo 4.8.	Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı. ...	38
Tablo 4.9.	Gelir/kazancın gideri karşılama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	39
Tablo 4.10.	Yaşadığı yere göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	41
Tablo 4.11.	Tanıya göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	43
Tablo 4.12.	Gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	45
Tablo 4.13.	Prostat ameliyatı sonrası eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	48
Tablo 4.14.	Hastalığa bağlı endişeler taşıma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	50
Tablo 4.15.	Ameliyat türüne göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.	52

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Erkeklerde ileri yaşla birlikte tümöral değişime uğrayan en yaygın organ prostat bezidir. İyi huylu prostat tümörü sayılan benign prostat hipertrofisi ile prostat kanseri aynı organda ve ortalama aynı yaş döneminde (50-60 yaş ve daha yukarı) görülen farklı iki patolojik olaydır (8,50,52). Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) genellikle prostattaki hücrelerin büyümesi (hipertrofisi) nedeniyle olmayıp, hücre sayısının anormal artışı (hiperplazi)'dir (53). Sıklıkla üretranın hemen çevresinde ve umontanum ile mesane boynu arasındaki periüretral küçük iç salgı bezlerinden gelişir (8). Malign prostat tümörü, prostatın dış kısmında başlayan bir hastalık olup, görülme sıklığı yaşla artan bir hastalıktır. Elli yaşın üzerindeki erkeklerin riskli grupta yer aldığı prostat kanserinde, teşhis konmuş vakalarının %80'i 65 yaşının üzerindedir ve 90 yaşın üzerindeki hemen hemen bütün erkeklerin prostat dokularında kanser odakları gösterilebilmektedir (2,8).

Prostat tümörü erkeklerde sık görülen kanser olup, kansere bağlı ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır (1-3). Başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'na (IARC) (2012) üye ülkelerde erkek kanserleri arasında prostat kanseri birinci sırada iken, Türkiye'de ikinci sırada yer almaktadır (1). Uzakdoğu erkeklerinde özellikle Çin ve Japonya'da insidans en düşüktür. Erkeklerde 39 yaş altında prostat kanseri bulunma olasılığı 1/100.000, 40-59 yaş aralığında 109 kişide 1 ve 60-79 yaş arasında 8 kişide 1'e inmektedir (4-7).

Prostat tümörünün nedenleri tam olarak aydınlatılamamış olsa da, görülme oranının yaşla birlikte belirgin şekilde arttığı bilinmektedir (4,8-10). Likopen türü flavonoidler, selenyum, kalsiyum, vitamin E içerikli besinlerin tüketilmesinin kanser riskini azalttığı, yağdan zengin besinler tercih edenlerin, kadmiyum gibi ağır elementlere maruz kalanların ve kauçuk endüstrisinde çalışanların hastalığa yakalanma olasılığının arttığı belirlenmiştir (1,10,11). Ayrıca birinci dereceden

yakınlarında prostat tümörü teşhis edilmiş olan erkeklerde riskin 2-3 kat arttığı görülmektedir (11,14).

Prostat tümörlerinin tanısında kullanılan yöntemler genel olarak; parmakla rektal muayene (PRM), Prostat Spesifik Antijen (PSA) seviyesinin kontrolü, Transrektal Ultrasonografi (TRUS) ve Prostat Biyopsisidir. Tanılama sürecinden sonra evreleme, prostat tümörünün boyutuna ve prostat dışına yayılıp yayılmadığına, kan testleri ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG), kemik sintigrafisi ve Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi bazı görüntüleme yöntemlerinin sonuçlarına göre saptanmaktadır (14-16).

Prostat tümörlerinin medikal ve hormon tedavisi, radyoterapi (RT) ve kriyoterapi gibi çeşitli tedavi yöntemleri olmakla birlikte en sık kullanılan tedavi şekli cerrahidir. Cerrahi yöntemlerden en sık transüretal prostat rezeksiyonu (TURP), radikal perineal prostatektomi ve laparoskopik prostatektomi kullanılmaktadır (15,17-21). Hastaların iyileşme sürelerindeki farklılıklar bireysel özelliklerine, yaşadıkları şikayetlerin şiddetine, prostatın büyüklüğüne ve evresine, tercih edilen cerrahi tekniğe göre farklılık göstermektedir (15,22,23).

Ülkemizde prostat cerrahisi sonrası hastanede kalma süresi ortalama 5-7 gün arasında iken, gelişmiş ülkelerde teknolojik gelişmeler ve hastane yatış maliyetlerinin fazla olması sonucu ortalama 3-4 güne kadar kısalmıştır. Kirsh ve arkadaşlarının yapmış oldukları 252 kişiyi kapsayan çalışmada hastaların 187'sinin (%74.2) ameliyattan bir gün sonra taburcu edildiği, taburcu edilen 187 hastanın 3'ünün 30 gün içinde hastaneye tekrar yatırıldığı tespit edilmiştir (24). Ameliyat olan hastalar, taburculuk süresindeki kısalmayla, yapılması gereken planlama, eğitim ve öz bakıma yönelik yetersiz bilgi ile taburcu edilmesi sonucu kanama, şok, idrar yolu enfeksiyonu, üretral darlık, kısa ve uzun süreli üriner inkontinans, impotans, yara açılması, yara yeri enfeksiyonları gibi problemler yaşamaktadırlar. Bu nedenle de kısa süre içinde yeniden hastaneye başvurmaktadırlar. Prostat cerrahisi sonrası inkontinans, impotans ve üretral darlık hastaların başatmaları gereken komplikasyonların başında gelmektedir (25). Hastaların hem kısa sürede taburcu edilmesi ve akabinde bu duruma bağlı çeşitli komplikasyonlar yaşamaları yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir.

Yaşam kalitesi (YK) “bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığıdır, her algı gibi bireye özel ve subjektiftir”, “bireyin sahip oldukları ile hayal ettikleri arasındaki dengedir”, “mutluluk, doyum ve uyumdur”, “bireyin kendini iyi hissetmesidir” ve “bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu” olduğunu ifade etmesidir (19,30). Ancak genel sağlık, performans, huzurlu olma, emosyonel ve ekonomik durum, bireysel doyum ve benlik saygısı gibi özellikler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdendir. Sağlık alanında ise YK, hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta tarafından değerlendirilmesidir (28-41). Hastaların içinde buldukları olumsuzluklara ameliyat sonrası komplikasyonların eklenmesi iyileşme sürecini daha zorlu bir hale getirmektedir.

Prostat tümörleri görülme sıklığı ve yaygınlığı nedeniyle önemli ve sonuçları itibariyle ciddi bir sağlık problemidir. Özellikle modern teknolojinin artan imkanlarıyla hastalıkların daha erken dönemlerde tespit edilmesi ve çeşitli tedavi imkanlarının gelişmesi sonucu beklenen yaşam süresi uzamakta, bu da yaşlanan dünya ülkelerinin prostat hastalarıyla daha fazla karşı karşıya kalacağı anlamına gelmektedir (15,21,23,42,43). Hemşireler, prostat tümörlü hastaların gereksinimlerine yönelik yardımı ve bakımı en üst düzeyde planlayıp uygulamalı, komplikasyon olasılıklarını gözden kaçırmamalı, taburculuk sonrası hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri tanımlamalı ve bu doğrultuda eğitim içeriği hazırlamalı ve danışmanlık rolü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalıdır (43-47).

Litaratürde hastaların yaşam kalitelerinin etkilendiğini gösteren farklı çalışmalar olmakla birlikte hangi boyutun ne düzeyde etkilendiğini gösteren çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda çalışmamız prostat kanserli hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin hangi boyutlarının, ne kadar etkilendiğini ve yaşadıkları sıkıntıların ne ölçüde hayatlarına yansıdığını saptayabilmek amacı ile yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Prostat cerrahisi sonrası hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek.

1.3. Araştırma Soruları

1. Prostat ameliyatı sonrası ilk üç ayda hastaların yaşam kalitelerinde değişim var mıdır?

2. Prostat ameliyatı olan hastaların yaşam kaliteleri ile sosyo demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

Bu durumlar aynı zamanda hastaları günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal hayatlarında başkalarına bağımlı hale getirmekte, ataerkil toplumda, aile ve toplum içindeki rolleri gereği erkeklerin yaşadığı bağımlılık hissini arttırmaktadır (28-32).

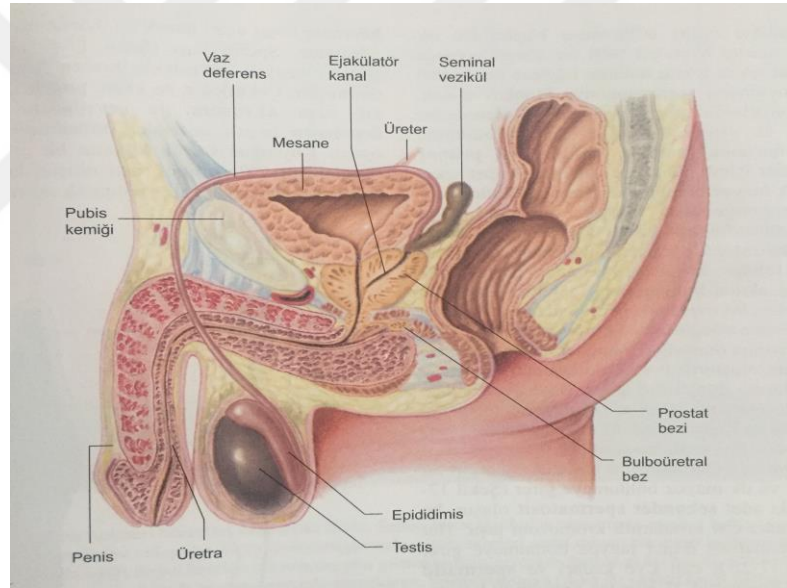
Taburculuk sonrası prostat kanserli hastaların sosyal yaşama adapte olmaları, yaşanan süreç nedeniyle sıkıntılı olabilmektedir. Bu kişiler eve kapanma, yalnızlık ve suçluluk hissetme gibi sosyal izolasyon ve ölüm korkusu yaşayabilmekte; yaşam kaliteleri, büyük ölçüde olumsuz olarak etkilenmektedir (28,29,33,34).

Profosyonel sağlık mesleği üyelerinden olan hemşireler, komplikasyonların önlenmesinde, gelişmesi durumunda ise erken dönemde fark edilmesinde, yaşanabilecek ağrı, kanama, tıkanıklık gibi sıkıntıları önlemeye yönelik etkili ve bilimsel planlama ile evde bakım gereksinimlerinin etkin olarak karşılanıp yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde büyük öneme sahiptir (28,35-37).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prostat Tümörleri

Prostat, symphysis pubisin arkasında mesanenin hemen altında ve üretra'nın ilk 3 cm'lik bölümü etrafına yerleşmiş, üretranın proksimal kısmını çevreleyen fibromusküler ve glandüler yapıda bir organdır (8,48). Yaklaşık ağırlığı 8-20 gr, tabanının sağ ve sol çapı 4cm, ön arka çapı 2cm, yüksekliği 3 cm'dir (49). Koyu kırmızı renkte, oldukça sık dokulu, sert kıvamlı, kestane şeklinde bir bezdir. Prostatın mesane boynu ile sıkı komşuluk yapan geniş üst kısmına basis (prostate), aşağıda diaphragma urogenitale'ye oturan dar bölümüne apex denir. Bez dıştan ince, sağlam fibromuskuler bir kapsülle (capsula prostatica) sarılmıştır (8,48-51).

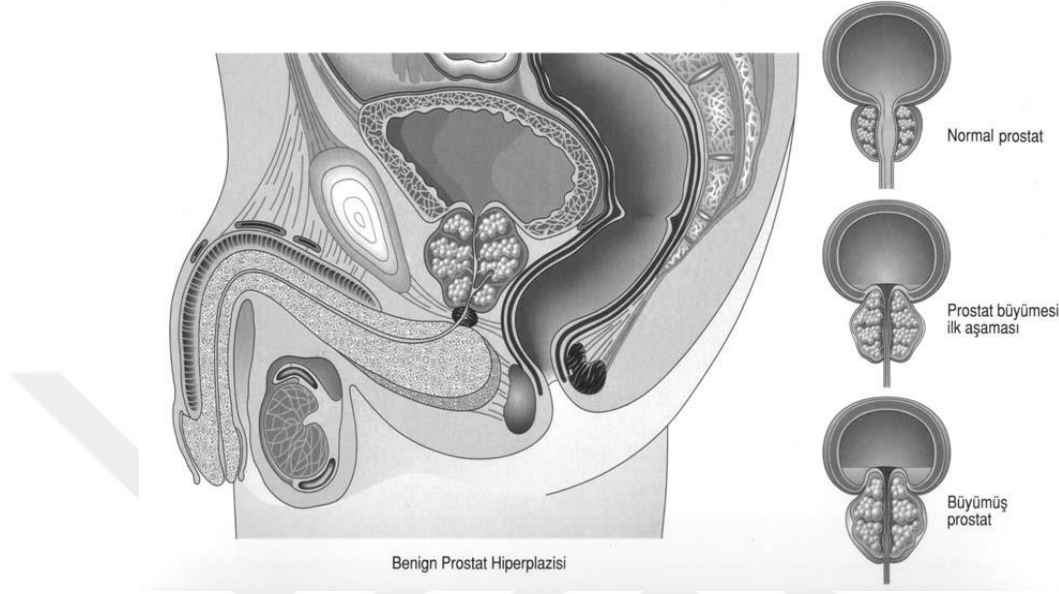


Şekil 2.1. Erkek üreme yolunun anatomik organizasyonu (8).

2.1.1. Benign Prostat Hiperplazisi

Bening Prostat Hiperplazisi (BPH) genellikle prostattaki hücrelerin büyümesi (hipertrofisi) nedeniyle olmayıp, hücre sayısının anormal artışı (hiperplazi)'dir (53). Sıklıkla üretranın hemen çevresinde ve umontanum ile mesane boynu arasındaki periuretral küçük iç salgı bezlerinden gelişir (8). Mesane çıkışında tıkanıklığa neden olarak idrar yapmada zorluk, mesane retasyonu gibi önemli semptomlara yol

açmaktadır. Erkeklerin yaklaşık %40'ı hayatları boyunca bu hastalığa yakalanma riski taşımakta, ayrıca 50 yaş üzeri olanların %50'sinde, 60-70 yaş arasındakilerin %65'inde ve 80 yaş üzerinde olanların %90'ında BPH gelişmektedir (2,8,50,54,55).



Şekil 2.2. Bening prostat hiperplazisi (56).

2.1.2. Maling Prostat Tümörü

Prostat tümörü, prostatın dış kısmında başlayan maling bir hastalık olup, görülme sıklığı yaşla artan bir hastalıktır. Elli yaşın üzerindeki erkeklerin riskli grupta yer aldığı prostat kanserinde, teşhis konmuş vakalarının %80'i 65 yaşının üzerindedir ve 90 yaşın üzerindeki hemen hemen bütün erkeklerin prostat dokularında kanser odakları gösterilebilmektedir (2,8). Yavaş seyirli olmasına rağmen, ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir. İlerleyen teknoloji ve tanı testlerinin yardımıyla beraber daha erken safhada yakalanmasına karşın, erken taburculuk ve yeterli eğitimlerin olmaması nedeniyle hastalarda ciddi sıkıntılara sebep olmakta ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (2,57).

Tablo 2.1. Uluslararası Kanser Ajansı tarafından yayınlanan globocan 2012 verilerine göre erkeklerde en sık görülen ilk beş kanserlerin dağılımı (1).

	Türkiye*	Dünya	IARC'a üye 24 ülke	AB (28 ülke)	ABD
1	Akciğer	Akciğer	Prostat	Prostat	Prostat
2	Prostat	Prostat	Akciğer	Akciğer	Akciğer
3	Mesane	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
4	Kolorektal	Mide	Mide	Mesane	Mesane
5	Mide	Karaciğer	Mesane	Böbrek	Böbrek

Evrensel bir sağlık problemi olan prostat kanserinin gelişim mekanizmaları henüz net olarak ortaya konamamış olsa da birçok risk faktörünün rol oynadığı bilinmektedir (2,10). Literatürdeki çalışmalarda bazı ailelerin bireyleri arasında özellikle birinci dereceden yakınlarında, prostat kanseri teşhis edilmiş olan erkeklerde prostat kanseri riskinin 2-3 kat arttığı ve nüks oranında yükselme olmasının gösterilmesi “*kalıtımın*” önemli bir risk faktörü olduğunu kanıtlamaktadır (10,33,58-60). Aynı ırktan geldikleri halde Kuzey Amerika’da yaşayan siyahlarda Afrika’da yaşayanlara oranla daha sık prostat kanseri görülmesi, “*çevresel etmenlerin*” risk faktörünün üzerine etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca sigara kullananlar, alkol tüketenler, hayvansal yağlardan zengin beslenenlerin edindikleri yaşam tarzlarının yanı sıra, *immün sistem ve hormonal yetersizliklerin* rol oynadığı tespit edilmiştir (2,8,10).

Prostat tümörleri ilk dönemlerde tipik belirti göstermez. Ancak ilerleyen prostat kanserinin üretra içine ya da mesane boyuna doğru büyümesi, mesanede biriken rezidüel idrar miktarında artışa sebep olur. Kişide sık sık idrara çıkma isteği, idrara başlamada güçlük ve ağrı, idrar yapma süresinde uzama, idrar akım hızında azalma, idrar retansiyonu, idrar inkontinansı, tekrarlayan idrar enfeksiyonları, üriner sistem taşları, idrar veya meniden kan gelmesi (hematüri) gibi sık görülen alt üriner sistem semptomlarına neden olmaktadır (17,27,37,61).

Prostat kanseri erkeklerde önemli bir sağlık problemidir ve tanılama çalışmalarındaki gelişmeler hastalığın metastatik evrelerden çok, lokalize evrelerde teşhis edilmesini sağlamaktadır (8).

2.2. Prostat Tumorlerinde Tanı

Prostat kanserinin tanısında PRM, PSA, TRUS ve prostat biyopsisi olmak üzere çeşitli tanı yöntemleri mevcuttur (15,62).

2.2.1. Parmakla Rektal Muayene (PRM)

Prostatın periferal zonunda yerleşmiş tümörlerin 0,2ml veya daha büyük olması durumunda ve asimetri, lezyon varlığı, lezyonun büyüklüğü, sertliği, prostatın sınırları gibi ipuçları rektal tuşe ile palpe edilebilir ve tespit edilebilir (2,8,15,63).

2.2.2. PSA Ölçümü/Değeri/Düzeyi

Prostat spesifik antijen (PSA) testleri ile invaziv prostat tümörü, klinik olarak belirti vermeye başlamadan daha önce tanımlanabilmekte ve hastada hiçbir belirti vermeyen latent tümörleri tespit etmek mümkün olabilmektedir (2,8). Ancak, kanda PSA düzeyi yüksekliği, prostat kanserinin yanı sıra prostat inflamasyonuna veya BPH'ye bağlı olarak da gelişebilmektedir. Bu nedenle, prostat kanseri açısından bir ön tanı kriteri olarak kabul edilse de güvenilirliği tartışmalı bir tanı yöntemi olan PSA testinin, serbest PSA düzeyi, PSA yoğunluğu gibi bazı parametreler ve diğer tanı yöntemleri ile birlikte ele alınması gerekmektedir. (2,8,64).

Tablo 2.2. PSA düzeyleri ve kanser risk oranları.

PSAng/mL	PPV (Kanser için)	PSA (ng/mL)	PKa risk
0-1	%8-5	0-0,5	%6,6
1-2,5	%10,5-14	0,6-1	%10,1
2,5-4	%22-30	1,1-2	%17,0
4-10	%41	2,1-3	%23,9
10	%69	3,1-4	%26,9

PPV= pozitif prediktif değer; PSA = prostat-spesifik antijen. PKa = prostat kanseri (15)

2.2.3. Transrektal Ultrasonografi (TRUS)

Prostat kanseri tanısında, rektal tuş ile belirlenemeyen seminal vezikül invazyonlar saptanabilir. TRUS'un primer rolü, prostat dokusunun kanser bulundurma riski yüksek olanları belirlemek ve biyopsiye yardımcı olmaktır (9,65).

2.2.4. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bu yöntemin prostat tümörü evrelemede doğruluk oranı %61-75 arasındadır (35). Kanserin büyüklüğü, lokalizasyonu, ekstraprostatik uzanımı, lenfatik yayılımı ve akciğer, kemik gibi uzak metastazları hakkında gerekli bilgiler verir. Ayrıca mesane duvarına, seminal veziküllere ve rektuma invazyonun olup olmadığı da görülebilir (66).

2.2.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)

Pozitron emisyon tomografisi metabolik aktivite ile organdaki hasarı gösteren yeni bir yöntemdir. Mevcut çalışmalar, bu yöntemin lenf nodu, ekstraprostatik yayılım ve tedavi sonrası nükslerin değerlendirilmesinde yararlı olacağını belirtmektedir (2,6,8).

2.2.6. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG'nin prostat tümör evrelemede önemli bir rolü bulunmaktadır (67). Prostat sınırları, periprostatik venler, seminal veziküller, lenf nodları ve şüpheli kemik metastazları değerlendirilebilir ve böylece tanı koymak amacıyla yapılan cerrahi girişimlerin oranı azaltılabilir (20).

2.2.7. X-Ray Görüntüleme

Kemik radyografileri metastazları saptamada spesifik değildir. Grafilerde osteoblastik ve daha az sıklıkla osteolitik lezyonlar izlenmektedir. Akciğer grafisi hastalığın evrelendirmesinde önemli bilgiler sağlamasından dolayı tüm hastalara rutin olarak uygulanmalıdır (8,9).

2.2.8. Prostat Biyopsisi

Prostat biyopsileri TRUS eşliğinde yapılmaktadır. TRUS ile prostattan sistematik olarak parasagittal planda, prostatın her iki tarafından taban, orta bölge ve apikalden olmak üzere biyopsi alınabilir. PRM'si normal olan ve serum PSA düzeyi normal değerlerde olduğu halde biyopsi yapılarak tanı konan hastaların %25' inde prostat tümörü saptanmıştır (68,69).

2.3. Prostat Tümörlerinin Tedavisi

Bütün hastalıklarda olduğu gibi tümör tanısı konan hastalarda yapılabilecek tüm tedaviler konusunda objektif şekilde aydınlatılması ve ardından hastanın özel olarak önemseydiği sağlık problemlerinin varlığı gibi durumlar göz önünde bulundurularak tedavisine karar verilmelidir.

Prostat tümörlü hastaların tedavi seçenekleri arasında cerrahinin büyük önemi bulunmaktadır. Özellikle de hastalarda akut üriner retansiyon, mesanede rezidüel idrar olmasına bağlı idrar retansiyonu, hematüri, aşırı derecede idrara çıkma sıklığı, mesane boyu obstrüksiyonu semptomlarının olması cerrahi tedaviyi kaçınılmaz kılabilmektedir. Cerrahi girişim türünün planlanması aşamasında, hastanın fiziksel durumu, prostat tümörünün evresinin değerlendirilmesinin yanı sıra yaşam kalitesini yükseltilmesi için hangi cerrahi yöntemin kullanılmasının uygun olacağı kararı sonucu cerrahi tedavi yöntemleri uygulanır. Prostat tümörünün cerrahi tedavisinde; *Açık Prostatektomi*, *Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TURP)*, *Suprapubik Transvezikal Prostatektomi* ve *Transüretal Prostat İnsizyonu (TUIP)* ve *Lazer Ameliyatları* yapılmaktadır (2,8,70).

2.3.1. Açık Prostatektomi

Büyümüş prostat adenomlarının alt batin insizyonu ile retropubik veya transvezikal yaklaşımla çıkartılmasıdır. Prostat bezinin 80 ml ve daha büyük olduğu durumlarda açık prostatektomi uygulanır. Transüretal prostat rezeksiyonuna (TURP) göre morbiditesi yüksek, kateterizasyon ve hastanede kalış süresi de daha uzundur (69-72).

2.3.2. Transüretal Prostat İnsizyonu (TUIP)

Transüretal yolla mesane boynundan prostat cerrahi kapsülünü içerecek şekilde tek bir hat üzerinden insizyon yapılmasıdır. Bu işlemde prostat dokusu kesilerek çıkartılmaz, bunun yerine mesane boynuna ve prostat içine bir veya iki adet küçük çizik yapılarak idrar kanalı genişletilir. Prostat bezinin küçük olduğu durumlarda, sistemik hastalık nedeniyle operasyon riski olan veya cinsel aktivitesinin korunması öncelikli olan genç hastalarda daha çok tercih edilen bir tedavi yöntemidir (2,8).

2.3.3. Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TURP)

Üretradan yaklaşık kalem kalınlığında bir endoskopik cihazla idrar yoluna girilerek, büyümüş olan prostat dokusunun, bu alet ve elektrik akımı kullanılarak küçük parçalar halinde kesilmesi ve dışarı çıkarılmasıdır. Cihazın fiberoptik olmasından dolayı net görüntü ve kanama kontrolü sağlanarak, kan kaybı en az düzeyde tutulmaktadır. Bu işlem ile 30-80 ml arasındaki prostat dokusunun alınması mümkündür (2, 8).

2.3.4. Lazer Ameliyatları

Büyümüş prostat dokusunun cerrahi olarak tedavi edilmesinde kullanılan yöntemlerden bir tanesi de lazerdir. Lazer kullanılarak yapılan ameliyatlar endoskopik olarak prostat ameliyatlarına çok benzer yöntem ve aletler kullanılarak uygulanmaktadır. Yöntem tanımları kullanılan lazer enerjisi türüne göre farklılık göstermektedir.

Bunlar, holmium lazerle prostat ameliyatları (*HoLAP* ve *HoLEP*) ve yeşil ışık (*greenlight*) olarak bilinen fotoselektif prostat buharlaştırmasıdır (*PVP*). Lazer ameliyatlarının daha az kanamaya yol açması, iyileşme süresinin kısa olması gibi avantajları vardır. Ancak *HoLAP/HoLEP* büyük prostatlarda uygulanabilirken, *PVP* küçük prostatlara uygulanabilmektedir (üroloji derneği BHP).

Hastanın durumuna göre cerrahi işlemlerden özellikle de açık prostatektomiden sonra *kanama, spazm ve cinsel fonksiyon kaybı* gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu semptomların azaltılması ve üriner drenajın sağlanması amacıyla hastalara balon kateter takılmaktadır. Ameliyattan sonraki 24 saat içinde kateterden gelen koyu kırmızı kanın giderek pembeleşmesi beklenmektedir. Ancak doku hasarı sonrası oluşan pıhtılar, takılan drenajda tıkanmalara ve gelen sıvının birden kesilmesine neden olabilmektedir. Bu durumda drenajın yeniden devamını sağlamak için kateter irrije edilir ve işlem idrarda pıhtı kalmayınca kadar devam eder. Cerrahi ameliyatlardan sonrası geç dönemde ortaya çıkan en önemli komplikasyonlar ise *inkontinas, erektil disfonksiyon, mesane boynuyla üretranın ağzılaştırıldığı yerde darlık, tekrarlayan akut üriner retansiyon, üriner sistem enfeksiyonları, obstrüksiyona sekonder oluşan mesane taşları, böbrek fonksiyonlarının bozulması, makroskopik hematüridir* (2,5,61,73-75).

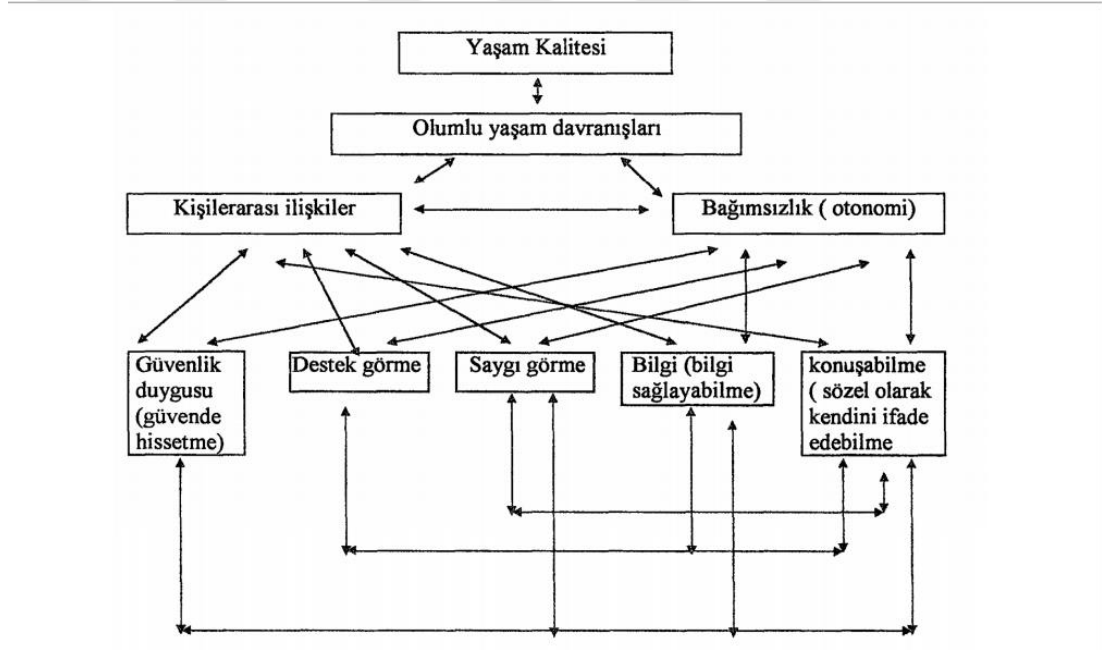
2.4. Prostat Tümörlerinde Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Yaşam kalitesi, sağlık bakımı ve sosyal politikada önemli bir alan haline gelmesine karşın, farklı bilimlerin yaşam kalitesinin, kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanması ve insanların farklı değerlere sahip olması nedeniyle kesin bir tanım ve ölçümü söz konusu değildir (76).

Yaşam kalitesinin; “bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığıdır, her algı gibi bireye özel ve subjektiftir”, “bireyin sahip oldukları ile hayal ettikleri arasındaki dengedir”, “mutluluk, doyum ve uyumdur”, “bireyin kendini iyi hissetmesidir” ve “bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumudur” şekline pek çok tanımı bulunmaktadır (38,77,78). Sağlık alanında yaşam kalitesi ise, hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta tarafından değerlendirilmesidir. Genel olarak sağlık, performans, huzurlu olma, emosyonel ve ekonomik durum, bireysel doyum ve benlik saygısı gibi özellikler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdendir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre yaşama kalitesi, bireyin sahip olduğu değerler sistemi içinde var olan yaşamını nasıl algıladığı, yaşamındaki amaçları, umutları, yaşam standartları, çevresiyle olan ilişkilerinin yanı sıra hayatındaki endişeleri, beklentileri yani yaşadığı sosyokültürel

ortamında kendi sağlığını subjektif algılayışı olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi nicel verilerle ölçülen bir kavram olmayıp bireylerin kendi varlıklarından, fiziksel özelliklerinden, psikolojik ve sosyal işlevlerinden memnuniyetlerinin yaşamlarına olan yansımalarının bir ölçüsü olarak kabul edilebilmektedir (28,29,38-41).

Geçmişte sağlık çalışanlarının etkinliği hastayı tedavi etme, morbidite-mortalite oranlarındaki ölçümlere dayanarak yapılıyorken, günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte tedavi etmenin yanı sıra yaşam kalitesindeki artışı destekleyen bakımın önemi vurgulanmaktadır (32,79). Ayrıca “yaşamın kutsallığı” (sanctity of life) ideolojisinin gelişmesi sonucu artık sadece hastayı yaşatmayı değil, yaşamına devam eden bireyin yaşam kalitesinin de önemli olduğu kabul görmeye başlamıştır (79).



Şekil 2.3. Yaşam kalitesi kavramı boyutları ve nitelikleri (80).

Prostat tümörlü hastalarda hastalığın oluşturduğu yakınmalara göre yaşam kaliteleri farklı düzeylerde etkilenmektedir. Psikolojik uyumda ve fiziksel işlevsellikte azalma, semptomların ciddiyetine göre meydana gelen sınırlılıklar, cinsel fonksiyon bozuklukları nedeniyle aile içinde değişen dinamikler ve tedavi seçeneklerine (medikal, cerrahi) bağlı yakınmalar ve en önemlisi yaşama olan bağlılığın ve yaşamdan alınan tatmin duygusunun azalması ile hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (74,81-83).

Hemşireler sağlığın yeniden kazanılmasını sağlarken, bir yandan da yaşam kalitesini yükseltmek için bireyleri *biyo-psiko-sosyo-kültürel* yönleriyle değerlendirerek iyilik hallerini artırmaya ve böylece yaşam kalitelerini en üst seviyeye yükseltmeyi amaçlamalıdır. Ayrıca alanlarında spesifik uzmanlığa sahip olmalı, sorunların çözümünde problem odaklı yaklaşmalı, iyi bir destek, iyi bir rehber ve bilgi kaynağı olmalı ve sunacakları bakım hizmetinde kanıta dayalı profesyonel bir yaklaşım sergilemelidirler (40,41,84).

Hemşireler tüm hastalarda olduğu gibi prostat tümör cerrahisi sonrasında hemşirelik bakımını holistik bir yaklaşım doğrultusunda sunmalıdır. Ekip içerisinde hastalarla ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim kurmak durumunda kalan hemşireler, hasta bakımında multidisipliner ekipte önemli bir yere sahiptirler (83,85,86). Hemşireler, hastaların hangi düzeyde gereksinimleri olduğunu saptamalı, bakıma yönelik planlamaları hasta ve hasta ailesini de içine alacak şekilde yapmalı, mesleki becerileri ve yeterliliklerini kanıta dayalı uygulamalar ile desteklemeli ve hastanın durumunu değerlendirmelidir (86-88).

Prostat tümörünün, daha çok ileri yaşta görülen bir hastalık olması, ameliyat sonrası antikoagülan ilaçların kullanılması, eşlik eden başka pekçok kronik hastalığın olması nedeniyle hastaların kanama riski yükselmektedir. Hemşireler ameliyat sonrası kanama kontrolünü sık yapmalı, kanama görüldüğünde hekime bildirmelidir (23,48).

Prostat tümörü cerrahisinden sonra hastaların mesane kaslarında zayıflık oluşabilir. Mesane kasında oluşan bu zayıflık için hastalara geçici olarak kateter takılır. Takılan kateterlerin yeterli bakımı yapılmadığında, hastalarda enfeksiyon ve enfeksiyonlara bağlı testislerde ağrı ve ödem olabilir. Bu durumda hasta istirahat ettirilmeli, antibiyotik tedavisi verilmeli, uygun kateter bakımı yapılmalı ve sürdürülmelidir (2,42,89).

İleri yaş hasta grubunda sıvı-elektrolit ve beslenme dengesizliği çok çabuk oluşabilmektedir. Bu nedenle hemşireler prostat tümörlü hastaların ameliyat sonrası beslenmelerini diyetisyen ile görüşerek düzenlemelidir. Ayrıca sıvı-elektrolit dengesizliği sonucunda gelişebilecek oral mukoz membranda bozulma riskine karşı dikkatli olunmalı, uygun ağız bakımı yapılmalıdır (42, 89, 90).

Rezeksiyon sonrası ameliyat ve mesane spazmlarına bağlı ağrılar, ilk birkaç saat ve ilk hafta oldukça şiddetli yaşanması nedeniyle, ağrı kontrolü analjezik kullanımı ile sağlanmalı, ilerleyen süreçte analjezik kullanımı azaltılarak farmakolojik olmayan yöntemlerle hastalar desteklenmeli ve memnuniyetleri artırılmalıdır (2,8,36,91).

Hastalık sürecinde alınan ilaçlara (kemoterapi, radyoterapi, antibiyotikler) bağlı olarak hastalarda diyare, konstipasyon gibi sindirim sistemi sorunları gelişebilmektedir. Bu konuda dikkatli olunarak, riskler önceden belirlenip tedbirler alınmalıdır (67,92,93).

Hemşireler, hastalarda ameliyat sonrası *gelişebilecek şok, idrar yolu enfeksiyonu, üretral darlık, kısa ve uzun süreli üriner inkontinans, mesane spazmı, idrar kaçırma* gibi komplikasyonları erken dönemde önlemek için düzenli takipler yapmalı, hastaya olumlu sağlık davranışları (*mesane irrigasyonu, sifinklerin egzersizleri, yeterli ve dengeli beslenme, stresle başa çıkabilme vb*) kazandırmalıdır (33,39,87,94).

Hastalar, birçok kanser hastasının yaşadığı ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, stres, iştahsızlık gibi sorunların yanı sıra, bu hastalığa özgü idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu, beden imajında bozulma gibi çok yönlü semptomlarla yaşamlarını devam ettirmeye çalışmaktadırlar. Hisasue ve arkadaşları (2004) RRP uygulanan 123 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların %13.8'inde anastomoz darlığı, %1.7'sinde anterior üretral darlık ve %12.7'sinde ise 12 aydan uzun süren üriner inkontinans saptamışlardır (26). Maliski'nin (2001) makalesinde, McCorkle (1997)'in evde hemşirelik girişiminin prostatektomi sonrası çiftlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürüttüğü çalışmada, hemşirenin erken dönem postoperatif bakım kapsamında kateter bakımı, mesane fonksiyonu, ağrı yönetimi, inkontinans yönetimi ve psikososyal destek vermesinin, çiftlerin aile hayatında yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır (47). Hemşireler literatür ile destekli hastaların yaşadığı tüm bu olumsuz durumları gözlemlemeli, hastayı bilgilendirmeli ve uygun bakımı sağlamalıdır (83,86,88,95,96).

Prostat ameliyat sonrası birçok hastada, hastaneye yatmak ve tüm yapılan girişimler endişe ve anksiyete oluşturmaktadır. Hastalar bu endişelerinin üstesinden aile, arkadaş ve destek gruplarından aldıkları yardımlarla gelebilmektedirler. Bunun nedenle hemşireler, hastanın destek sistemlerinden en etkili şekilde yararlanması sağlamak için yönlendirmeli ve teşvik etmekte anahtar bir rol üstlenmelidir (83,87,88,95,96). İyileşme aşamasında ameliyata bağlı gelişen anatomik değişiklikler ve yaşam şeklinde değişimler, hastaları ciddi şekilde etkilemekte ve benlik kavramında rahatsızlıklar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum özgüvenlerinin azalmasına, kendilerini yetersiz ve aciz hissetmelerine, öz bakımlarını aksatmalarına, içe kapanmalarına, sosyal ilişkilerini azaltmalarına ve böylelikle sağlıklarını etkisiz yönetmelerine sebep olmaktadır. Hemşireler uygulamalarında mutlaka bütün bu risklere yönelik bakımı planlamalı ve eğitimde destek olarak bu süreci hasta ve hasta yakınlarının en rahat şekilde atlattıklarına yardımcı olmalıdır (83,87).

Kocaçal ve Khordid (2006) aktardığına göre Philips ve ark. (2000) RP'yi izleyen 8 haftadan 10 haftaya kadar olan süreçte hastalarda memnuniyeti gösteren en önemli faktörün aktivite düzeyi olduğunu belirtmişlerdir (97). Hastalar ameliyat sonrası iş ve ev yaşantılarını ve üstlendikleri yeni rollere uyum konusunda yaşayabilecekleri sıkıntıları düşünüp bir an önce günlük yaşam aktivitelerine katılmak istemektedirler. Hemşireler hastaların bu yeni düzenlerine alışmalarını ve uyum sağlamalarını kolaylaştırmak için hasta ve yakınlarını sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirerek destek vermelidirler (71,87). Hemşirelerin bu destek verici rollerinin yanı sıra bakım rollerinin de, hastanın fiziksel iyileşmesinde önemli bir yeri vardır (42,88,95,96).

Taburculuk sonrası verilecek eğitimlerde önemle vurgulanması gerekenler şunlardır;

- Kateter sondası alındıktan sonra geçici bir süre idrar yanması, sık idrara gitme, idrarla kan-pıhtı gelmesi, idrar kaçırma olabileceği fakat yakınmaların süresinin uzaması halinde sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği,
- Başlangıçta rahat idrar yapılırsa bile ameliyat sonrası dönemde aniden idrar yapamama durumu olabileceği böyle bir durumda nadiren ikinci bir

cerrahi girişimin gerekebileceği ya da birkaç günlüğüne yeniden sonda takılabileceği,

- Ameliyat sonrasında bol su ve sıvı alınması, acılı-baharatlı gıdalar tüketilmemesi,
- İdrara sıkışıldığı hissi oluşunca gecikmeden idrar yapmaları,
- İlk 3 ay içinde ağır işlerden, ağır kaldırmaktan, uzun süre dik pozisyonda oturmaktan, aşırı ıkınmaktan kaçınması,
- Kullandığı ilaçlar varsa ve ameliyat nedeniyle ara verdiyse bunu hekime bildirmesi ve yeniden ne zaman başlayacağını öğretilmesi,
- Ameliyat sonrası ilk 3 ay süreyle cinsel ilişkiden kaçınması,
- Ameliyat sonrası dönemde, ilişki sırasında meninin hiç gelmemesi ya da meninin mesaneye geri kaçması ve idrar yaparken dışarı atılmasının normal olabileceği, bu olayın cinsel zevk ve ilişki sonrası boşalma hissini etkilemeyeceği,
- Prostat ameliyatı sırasında, prostatın tamamı değil, sadece idrar yolunu tıkayan büyümüş kısmın çıkarıldığı, bu nedenle ameliyat sonrası dönemde prostat kanseri açısından düzenli kontrollere gitmesi gerektiği bildirilmelidir (42,96,98).

Ayrıca hastaya penisten ciddi miktarda kan gelmesi, titremelerinin olması, ateşin yükselmesi, idrardan kan ve pıhtı gelmesi, yara yerinden idrar gelmesi, testislerde ağrı ve şişmenin olması, idrar yapamama ve/veya idrar yapma güçlüğü yaşanması, ağrı kesicilerle geçirilemeyen ağrı olması durumunda önce hekiminin bilgilendirip gerekirse kontrol zamanından önce sağlık kuruluşlarına başvurması gerektiği ifade edilmelidir (42,73,98,99).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma prostat cerrahisi sonrası hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.02.2016-20.10.2016 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim Araştırma ve Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Servislerinde gerçekleştirilmiştir. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesindeki üroloji servisi 30 yataktan oluşmaktadır. Serviste gün içinde 2 üroloji asistanı, 1 sorumlu hemşire, 2 servis hemşiresi ve 2 yardımcı personel görev yapmaktadır. Nöbetlerde ise hasta hizmetleri 2 asistan, 2 hemşire ve 1 yardımcı personel ile devam ettirilmektedir. Hemşireler ikili vardiya sistemi ile 08-16:30 ve 16-08 şeklinde çalışmaktadır. Hasta potansiyelinin çokluğu hastalara ayrılabilen zamanın kısıtlı olması sebebiyle planlanan eğitimlerin hastalara uygulanamadığı bu nedenle hazırlanana eğitim broşürü ile hastalara bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Hastanesi kayıtlarında 2015 yılında prostat tümörü ameliyat sayısı 696'dır.

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi üroloji yataklı servis: 42 yataktan oluşmaktadır. Serviste gün içinde 2 üroloji asistanı, 2 sorumlu hemşire, 4 servis hemşiresi ve 4 yardımcı personel görev yapmaktadır. Nöbetlerde ise hasta hizmetleri 2 asistan, 2 hemşire ve 1 yardımcı personel ile devam ettirilmektedir. Hemşireler ikili vardiya sistemi ile 08-16:30 ve 16-08 şeklinde çalışmaktadır Üroloji kliniğine ait 3 adet ameliyathane bulunmaktadır. Hastanesi kayıtlarında 2015 yılında prostat tümörü ameliyat sayısı 339'dur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde hizmet veren Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde prostatektomi ameliyatı olmuş hastalar oluşturmaktadır. Belirlenen hastaneler bünyesinde Şubat -

Temmuz ayları arasında ameliyat olan ve araştırmayı kabul eden yazılı izin sözel onamları alınan hastalar evreni oluşturdu ve hastalar 3 ay takip edildi.

Çalışmanın gücü GSS skoru üzerinden, kısmı eta kare=0.440, etki büyüklüğü=0.886, tip 1 hata=0.5 örneklem büyüklüğü=95 ve epsilon=0.680 için %100.0 olarak hesaplanmıştır. Güç analizinde G*Power 3.1.92 kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Belirlenen hastanelerde prostat tümörü ameliyatı olan hastalar,
- Duyu kaybı ve algılama problemi olmayan hastalar,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

3.4.Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30) ölçeği.

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, eğitim, ameliyat türü, gelir düzeyi, meslek

3.5. Veri Toplama Formları

Bu çalışmada “Hasta Tanıtım Formu (EK 1)” ve “European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life” (EK 2) ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu literatür taraması (4,10,13,16) ve gözlem doğrultusunda oluşturulmuştur. Üç bölüm ve toplam 36 soruyu kapsamaktadır. Bu formun ilk bölümünde hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9 sorudan (doğum yılı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği ve sağlık güvencesi), ikinci bölümde hastalığa yönelik 19 sorudan (şikayetleri, hastalığı hakkında bilgisi, idrar sondası ve bakımı ile ilgili bilgi düzeyi, bilgi verilen konular), üçüncü bölümde ise hastaya ait dosya bilgilerini içeren 8 sorudan (tanı, metastaz durumu, kronik hastalığın varlığı, önceki ameliyat deneyimi) oluşmaktadır.

3.5.2. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30) Ölçeği

Beşer ve Öz (2003) tarafından kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.90 ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur. EORTC-QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği kanserli bireylerin semptomlarını değerlendirmede daha objektif veri toplanmasına olanak vermektedir ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (39). Çalışmamızda EORTC QLQ-C30, yaşam kalitesi ölçeğine ait crosbach α iç tutarlılık değerleri tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Yaşam kalitesi ölçeği için iç tutarlılık değerleri.

	PostOp Cronbach α	PostOp 1.Ay Cronbach α	PostOp 3.Ay Cronbach α
Fonksiyonel Skor (FS)	0.853	0.924	0.956
Sosyal Fonksiyon Skoru (SFS)	0.832	0.899	0.908
Semptom Skoru(SS)	0.829	0.897	0.943
Halsizlik Skoru (HS)	0.784	0.797	0.940
Genel Sağlık Skoru (GSS)	0.944	0.974	0.927

Bu ölçek, Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GHS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere üç bölümden ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel ölçek 15 sorudan oluşmakta; fiziksel fonksiyon (1-5), rol fonksiyon (6 ve 7), emosyonel fonksiyon (21-24), bilişsel fonksiyon (20 ve 25), sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile temsil etmekte olup günlük hayatını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır. Semptom ölçeği 13 sorudan oluşmakta; yorgunluk (10, 12, 18), bulantı ve kusma (14, 15), ağrı (9 ve 19), dispne (8), uykusuzluk (11), istah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) araştırılmakta olup hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir. Son iki soru (29 ve 30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi hayat kalitesini değerlendirmesini göstermektedir. Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır. Genel sağlık durumu ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır. Hastalar bu ölçek ile fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık

skorundan toplam en düşük 0 puan, en yüksek 100 alabileceklerdir. Hastaların fonksiyonel ölçeklerinin ve genel sağlık durumu puanının yüksek olması ile semptom ölçeklerinin düşük puan olması, yaşam kalitesini yüksek olduğunu göstermektedir (39).

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler toplanmaya başlanmadan önce hastalara çalışmanın amacı açıklanmış, yazılı izin/sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile postop 2.günde hasta odasında birebir yüzyüze görüşme ile “Hasta Tanıtım Formu” doldurulmuş, ardından "EORTC QLQ-C30" ölçeği uygulanmıştır. Hastaların postop 1. günde ağrı düzeyleri fazla olduğundan ve buna bağlı olarak iletişime geçmek istemeyeceklerinden dolayı postop 2. günde veriler toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 15 dk sürmüştür. Hastalara taburculuklarının planlanması aşamasında bilgilendirme yapılarak 1. ve 3. aylarda kendilerine telefon ile ulaşılacağı bilgisi verilmiş sözlü onamları alınmıştır. Hastaların taburculukları sonrasında 1. ayda ve 3. ayda telefonla iletişime geçilerek "EORTC QLQ-C30" ölçeği tekrarlanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan yaş, tanı süresi gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ve normallik grafikleriyle incelenmiştir. Yaş ve yaşam kalitesi ölçeği puanları için ortalama \pm standart sapma ($ort \pm s$) ile ortanca (min-maks); eğitim durumu, gelir düzeyi vb. kategorik değişkenler için sayı (%) verilmiştir. Tanı süresi ortanca (min-maks) ile ifade edilmiştir.

Bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin zamana göre farklılığı Friedman testi ile incelenmiştir. Anlamlı fark elde edilmesi durumunda Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon testi uygulanmıştır. Bireylerin demografik özelliklerine göre ölçek puanları karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Gerekmesi durumunda çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının zamanla değişimini bireylerin demografik özelliklerine göre karşılaştırmak için uzunlamasına verilerde parametrik olmayan analiz yöntemlerinden F1 LD F1 tasarımı kullanılmıştır.

Zamanla değişimlerin farklı olduğu tespit edildiğinde Anova tipi test istatistiğine ait p değeri verilmiştir. Yaşam kalitesine verilen yanıtların iç tutarlılığı Cronbach alfa ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler, hesaplamalar ve bazı grafikler için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Office Excel 2013 kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın Ankara ilindeki Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Numune Eğitim Araştırma hastanesinde uygulanabilmesi ve taburculuk sonrası hastayla iletişime geçmede sıkıntı olması nedeniyle 3 ay takip edilmesi yer almaktadır.

3.9. Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih:28/08/2015 Karar no:98) (EK 3). Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi (Tarih: 01/11/2015 Sayı no:28295788) (EK 4) ve Numune Eğitim Araştırma Hastanesi (Tarih: 07/12/2015 Sayı no: 24739) (EK 5) hastanelerin başhekimliklerinden gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi, toplanan verilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ve bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı, istememeleri durumunda çıkabilecekleri konusunda sözel olarak bilgi verilmiştir. Hastaların sözel onayı ve yazılı onamı alınmıştır (EK 6).

4. BULGULAR

Bu kısım sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesine ilişkin bulgular ve bazı sosyodemografik özellikler ile yaşam kalitesi ölçeğinin kıyaslandığı üç bölümden oluşmaktadır.

Bölüm I. Hastaların Sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.

	Ort±S n	Ortanca (Min-Maks) %
Yaş (yıl)	67.69±8.91	68.0 (47-86)
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	5	5.3
Okuryazar	8	8.4
İlkokul	48	50.6
Orta öğrenim (Ortaokul-Lise)	16	16.8
Yüksekokul/Üniversite	18	18.9
Medeni durum		
Evli	85	89.5
Bekâr/yalnız	10	10.5
Meslek		
İşçi	6	6.2
Serbest meslek	15	15.8
Memur	7	7.4
Emekli	64	67.4
İşsiz	3	3.2
Çalışma şekli		
Tam gün	22	23,1
Yarım gün	9	9,4
Çalışmıyor	64	67.3
Gelirin/Kazancın giderleri karşılama durumu		
Karşılamiyor	35	36.8
Karşılıyor	60	63.2
Yaşamın en fazla geçtiği yer		
Köy/Kırsal	25	26.3
Şehir/Kentsel	70	73.7
Yaşadığı kişi		
Eş	63	66.3
Diğer	32	33.7
Sosyal güvence varlığı		
Var	93	97.9
Yok	2	2.1
Ek hastalık olma durumu	90	94.7
İlaç kullanımı durumu	53	55.8

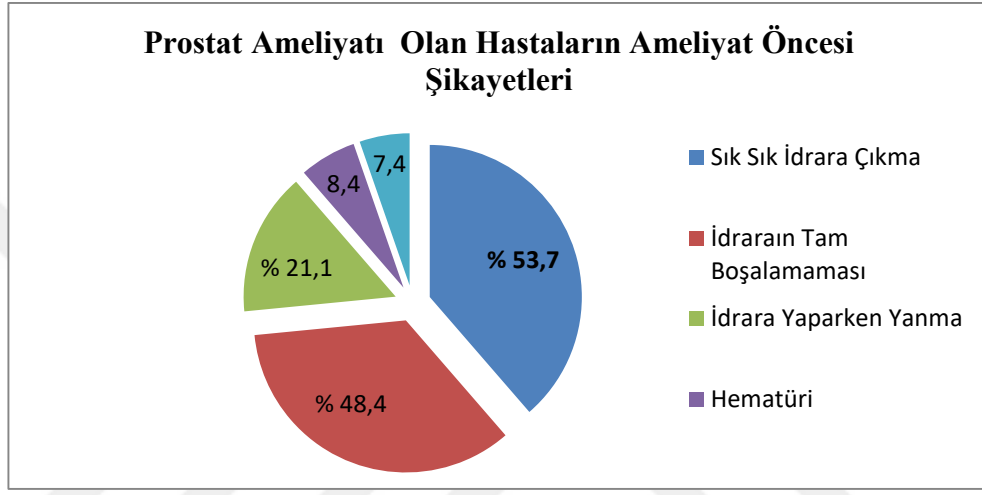
Tablo 4.1’de prostat ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren veriler yer almaktadır. Hastaların (n=95) yaş ortalaması 67.69±8.91 yıl, %50.6’sının (n=48) ilkokul mezunu, %89.5’inin (n=85) evli, %67.4’ünün (n=64) emekli, %64.4’ünün (n=56) çalışmadığı, %63.2’sinin (n=60) gelirlerinin giderleri karşıladığı, %73.7’sinin (n=70) yaşamını en fazla şehir/kentsel bölgede geçirdiği, %66.3’ünün (n=63) eşiyle yaşadığı, %97.9’unun (n=93) sosyal güvencesinin olduğu, %94.7’sinin (n=90) kronik hastalığı olduğu, %55.8’inin (n=53) kronik hastalık nedeni ile ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri.

	Ortanca	Min-Maks
Tanı süresi (ay)	36.0	0.33-240
Tanı	n	%
Benign prostat hipertrofisi	56	58.9
Prostat Kanseri	39	41.1
Metastazi olma durumu	6	6.5
Prostat hastalığı hakkında bilgi durumu		
Var	41	43.2
Yok	54	56.8
Prostat hastalığı hakkında bilgi kaynağı (n:41)		
Medya	13	32
Sağlık personeli	28	68
Prostat bezinin ne işe yaradığını bilme durumu		
Evet	22	23.2
Hayır	63	66.3
Yeterli değil	10	10.5
Prostat ameliyatı sonrası eğitim alma durumu		
Evet	15	15.8
Hayır	80	84.2
Hastalığa bağlı endişe varlığı		
Evet	37	38.9
Hayır	58	61.1
Hastalığa bağlı endişe nedeni*		
Ölümlle ilgili	4	10.8
Gelecekle ilgili	9	24.3
Kendisi ile ilgili	21	56.8
Ailesi ile ilgili	6	16.2

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’de prostat ameliyatı olan bireylerin tanıya ilişkin özellikleri yer almaktadır. Hastaların tanı süresi ortancası 36 ay, %58.9’una (n=56) benign prostat hipertrofisi, %41.1’ine (n=39) prostat kanseri tanısı konduğu, %6.5’inin (n=6) metastazının olduğu, %56.8’inin (n=54) prostat hastalığı hakkında bilgilerinin olmadığı, hastaların %38.9’unun (n=37) hastalığa bağlı endişeler taşıdığı bu hastaların %56.7’sinin (n=21) endişe nedeninin kendisi ile ilgili olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.1. Prostat ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi şikayetleri.

Şekil 4.1’te prostat ameliyatı olan bireylerin ameliyat öncesi şikayetleri yer almaktadır. Bireylerin %53.7’sinin (n=51) sık sık idrara çıkma, %48.4’ünün (n=46) idrarın tam boşalamaması, %21.1’inin (n=20) idrar yaparken yanma, %8.4’ünün (n=8) hematüri, %7.4’ünün (n=7) ağrı şikayeti olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hastaların hastalığa yönelik bilgi durumları.

	n	%
Prostat hastalığının belirtilerini bilme durumu		
Evet	38	40.0
Hayır	41	43.2
Yeterli değil	16	16.8
İdrar yapamama nedenini bilme durumu		
Biliyor	48	50.5
Bilmiyor	47	49.5
Prostat hastalığının tedavi yöntemlerini bilme durumu		
Evet	22	23.2
Hayır	51	53.6
Yeterli değil	22	23.2
İdrar sondasının ne olduğunu bilme durumu		
Evet	50	52.6
Hayır	34	35.8
Yeterli değil	11	11.6
İdrar sondasının kullanımını bilme durumu		
Evet	29	30.5
Hayır	49	51.6
Yeterli değil	17	17.9
İdrar sondasının kullanım süresini bilme durumu		
Evet	16	16.8
Hayır	59	62.1
Yeterli değil	20	21.1
İdrar sondasının temizliğini bilme durumu		
Evet	26	27.4
Hayır	48	50.5
Yeterli değil	21	22.1
Ameliyatın cinselliği etkileyeceğini düşünme		
Evet	43	45.3
Hayır	52	54.7
Ameliyattan sonra yapılması gereken egzersizleri bilme durumu		
Evet	24	25.3
Hayır	59	62.1
Yeterli değil	12	12.6
Doktora başvurulması gereken durumları bilme		
Evet	37	38.9
Hayır	58	61.1

Tablo 4.3’de prostat ameliyatı olan hastaların, hastalığa yönelik bilgi düzeyleri yer almaktadır. Bireylerin %66.3’ünün (n=63) prostat bezinin ne işe yaradığını bilmediği, %43.2’sinin (n=41) prostat hastalığının belirtilerini bilmediği, %50.5’inin (n=48) idrar yapamama nedenini bilmediği, %53.6’sının (n=51) prostat hastalığının tedavi yöntemlerini bilmediği, %84.2’sinin (n=80) prostat ameliyat sonrası eğitim almadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda prostat hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten bireylerin (n=41) %68.0’ının (n=28) sağlık personelinde bilgi aldığı saptanmıştır. Bireylerin %52.6’sının (n=50) idrar sondasının ne olduğunu bildiği, %30.5’inin (n=29) idrar sondasının kullanımını bildiği, %62.1’inin (n=59)

idrar sondasının kullanım süresini bilmediği, %50.5'inin (n=48) ise temizliğini bilmediği belirlenmiştir. Bireylerin %54.7'sinin (n=52) ameliyatın cinselliği etkileyeceğini düşünmediği, %62.1'inin (n=59) ameliyat sonrasında yapılması gereken egzersizleri bilmediği, %61.1'inin (n=58) doktora başvurulması gereken durumları bilmediği belirlenmiştir.

Bölüm II. Hastaların EORTC QLQ C-30 Ölçek Puanları



Tablo 4.4. Hastaların EORTC QLQ C-30 ölçek skorlarının zamana göre dağılımı.

	PostOp 2.gün	PostOp 1.Ay	PostOp 3.Ay	χ^2	p
Fonksiyonel Skor				59.983	<0.001
Ort±S	81.85±15.42	79.23±16.08	90.97±14.56		
Ortanca (Min-Maks)	86.67 (33.33 - 100.00) ¹	80.00 (37.78 - 100.00) ²	97.78 (26.67 - 100.00) ^{1,2}		
Sosyal Fonksiyon Skoru				28.140	<0.001
Ort±S	82.63±24.42	84.39±20.89	93.68±15.97		
Ortanca (Min-Maks)	100.00 (0.00 - 100.00) ¹	100.00 (0.00 - 100.00) ²	100.00 (16.67 - 100.00) ^{1,2}		
Semptom Skoru				82.059	<0.001
Ort±S	18.37±15.20	18.97±15.14	6.87±13.10		
Ortanca (Min-Maks)	14.29 (0.00 - 59.52) ¹	19.05 (0.00 - 64.29) ²	0.00 (0.00 - 73.81) ^{1,2}		
Halsizlik Skoru				62.836	<0.001
Ort±S	30.18±26.17	29.59±23.30	10.41±19.90		
Ortanca (Min-Maks)	33.33 (0.00 - 88.89) ¹	33.33 (0.00 - 88.89) ²	0.00 (0.00 - 88.89) ^{1,2}		
Genel Sağlık Skoru				94.132	<0.001
Ort±S	61.93±25.17	74.04±14.93	86.49±14.60		
Ortanca (Min-Maks)	66.67 (0.00 - 100.00) ^{1,2}	66.67 (50.00 - 100.00) ^{2,3}	83.33 (16.67 - 100.00) ^{1,3}		

^{1,2,3} p<0.05 Friedman testi

Tablo 4.4'de bireylerin yaşam kalitelerinin ameliyat sonrası zamana göre dağılımları yer almaktadır. Bireylerin fonksiyonel skor ortancası ameliyattan hemen sonra 86.67, ameliyat sonrası 1. ayda 80.00 ve 3. ayda 97.78 olarak belirlenmiştir. Operasyon sonrası postoperatif 2.gün, postoperatif 1. ve 3. ayda bulunan yaşam kalitesi skorları ikili karşılaştırılmıştır. Fonksiyonel skorların ikili karşılaştırmaları sonucunda ameliyat sonrası 3. ay için hesaplanan fonksiyonel skorun diğer iki fonksiyonel skordan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Fonksiyonel skorlarının zamana bağlı ölçümlerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=59.983$, $p<0.001$).

Bireylerin semptom skoru ortancası ameliyattan hemen sonra 14.29, operasyon sonrası 1. ay 19.05 ve 3. ayda 0.00 olarak düşüş olduğu belirlenmiştir. Semptom skorunun operasyondan hemen sonra arttığı ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bireylerin halsizlik skoru ortancası operasyondan hemen sonra 33.33, operasyon sonrası 1. ay 33.33 ve 3. ayda 0.00 olarak belirlenmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucunda operasyon sonrası 3. ayda hesaplanan halsizlik skorunun ilk iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin genel sağlık skoru ortancası operasyondan hemen sonra 66.67, operasyondan sonra 1. ayda 66.67, operasyondan sonra 3. ayda 83.33 olarak belirlenmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucunda tüm ikililer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$).

Bölüm III. Bazı Sosyodemografik Özellikler İle EORTC QLQ C-30 Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	60 yaş altı (n=18)		60-69 yaş (n=35)		70-79 yaş (n=30)		80 ve üzeri (n=12)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
FS										
PostOp 2.gün	80.00±18.13	86.60±12.19	81.33±14.74	85.56 (48.89 - 100) ^a	81.33±14.74	72.04±17.54	71.11 (33.33 - 100)	72.04±17.54	7.809	0.050
PostOp 1.Ay	76.54±14.61	82.22±14.39	81.78±14.48	80.00 (48.89 - 100) ^b	81.11 (46.67 - 100) ^b	68.15±22.27	71.11 (37.78 - 100)	68.15±22.27	5.227	0.156
PostOp 3.Ay	90.49±11.17	92.57±12.27	94.52±8.06	100.00 (53.33 - 100) ^{ab}	97.78 (66.67 - 100) ^{ab}	78.15±27.59	93.33 (26.67 - 100)	78.15±27.59	3.995	0.262
χ^2 ; p	16.121; <0.001	18.352; <0.001	26.936; <0.001			2.279; 0.320				
SFS										
PostOp 2.gün	77.78±26.20	88.10±20.44	84.44±24.34	100.00 (33.33 - 100)	100 (16.67 - 100)	69.44±29.16	66.67 (0.00 - 100)	69.44±29.16	8.432	0.038*
PostOp 1.Ay	79.63±20.26	88.10±15.95	87.22±19.91	100.00 (50.00 - 100)	100 (33.33 - 100)	73.61±32.14	83.33 (0.00 - 100)	73.61±32.14	3.983	0.263
PostOp 3.Ay	96.30±9.14	94.76±11.27	96.67±13.42	100.00 (66.67 - 100)	100 (33.33 - 100) ¹	79.17±30.26	100.00 (16.67 - 100) ¹	79.17±30.26	7.969	0.047
χ^2 ; p	11.532; 0.003	4.900; 0.086	11.292; 0.004*			2.516; 0.284				
SS										
PostOp 2.gün	19.84±18.00	15.17±13.48	17.14±14.30	9.52 (0.00 - 59.52) ^a	11.90 (0.00 - 50.00) ^b	28.57±14.78	28.57 (2.38 - 57.14)	28.57±14.78	7.092	0.069
PostOp 1.Ay	20.11±13.42	16.39±13.19	15.48±12.63	14.29 (0.00 - 54.76) ^b	15.48 (0.00 - 40.48) ^{1,a}	33.53±20.87	32.14 (0.00 - 64.29) ¹	33.53±20.87	9.016	0.029
PostOp 3.Ay	6.61±10.02	5.58±10.46	4.05±8.89	0.00 (0.00 - 45.24) ^{ab}	0.00 (0.00 - 40.48) ^{ab}	18.06±24.50	4.76 (0.00 - 73.81)	18.06±24.50	5.523	0.137
χ^2 ; p	15.574; <0.001	26.000; <0.001	37.252; <0.001			5.489; 0.064				

¹ Gruplar arası karşılaştırma: p<0.05 Kruskal- wallis testi

^{ab} Grup içi karşılaştırma: p<0.05 Friedman testi

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 4.5. (Devam) Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

HS	60 yaş altı		60-69 yaş		70-79 yaş		80 ve üzeri		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
PostOp 2.gün	29.63±30.49	25.08±24.15	22.22 (0.00 - 88.89) ^a	27.78 (0.00 - 66.67) ^a	29.26±25.18	48.15±22.39	50 (11.11 - 77.78)	48.15±22.39	7.513	0.057
PostOp 1.Ay	30.25±21.83	26.35±22.24	22.22 (0.00 - 88.89) ^b	25.56±20.46	22.22 (0.00 - 66.67) ^b	48.15±28.56	55.56 (0.00 - 77.78)	48.15±28.56	7.506	0.057
PostOp 3.Ay	9.26±13.34	8.89±17.83	0.00 (0.00 - 33.33)	6.67±15.05	0.00 (0.00 - 66.67) ^{a,b}	25.93±34.92	25.93±34.92	25.93±34.92	4.219	0.239
χ^2 ; p	7.680; 0.021 *	18.019; < 0.001		31.506; < 0.001		8.162; 0.017 *				
GSS										
PostOp 2.gün	49.07±24.57	69.29±24.57	66.67 (33.33 - 100) ^a	66.67 (0.00 - 100) ^a	60.83±24.68	62.5±23.70	66.67 (16.67 - 91.67)	62.5±23.70	7.047	0.070
PostOp 1.Ay	69.44±15.39	77.62±16.27	83.33 (50.00 - 100) ^b	74.72±13.04	66.67 (50.00 - 100) ^b	68.75±12.87	66.67 (50.00 - 91.67)	68.75±12.87	5.656	0.130
PostOp 3.Ay	82.87±18.41	89.29±12.71	91.67 (50.00 - 100) ^{a,b}	88.61±9.66	83.33 (66.67 - 100) ^{a,b}	78.47±20.55	83.33 (33.33 - 100)	78.47±20.55	4.694	0.196
χ^2 ; p	26.375; < 0.001	28.321; < 0.001		36.731; < 0.001		6.293; 0.043 *				

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05 Friedman testi

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 4.5’de yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin fonksiyonel skorları incelendiğinde, 3 farklı zamanda elde edilen fonksiyonel skorları bakımından yaş gruplarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Her bir yaş grubu içinde üç döneme ait fonksiyonel skorları karşılaştırıldığında, 80 yaş ve üzeri bireyler hariç diğer yaş grupları için operasyon sonrası 3. ay skorlarının ilk iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 80 yaş ve üzeri bireylerde fonksiyonel, sosyal fonksiyon ve semptom skorlarının zamana göre istatistiksel olarak benzer seyrettiği belirlenmiştir ($p=0.320$, $p=0.284$ ve $p=0.064$).

Bireylerin sosyal fonksiyon skorları operasyondan hemen sonrası için yaş gruplarında farklılık göstermektedir ($p=0.038$). Ancak ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Operasyondan sonra 3. ayda 70-79 yaş grubu bireylerde sosyal fonksiyon skorunun 80 yaş ve üzeri bireylere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 60 yaş altı bireylerde operasyon sonrası 3. ay sosyal fonksiyon skorunun, operasyondan hemen sonraya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 70-79 yaş grubu bireylerde sosyal fonksiyon skorlarında bütün olarak anlamlı bir sonuç saptanmıştır ($p=0.004$). Ancak ikili karşılaştırmalar sonucunda skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin semptom skorunun yaş gruplarında sadece operasyondan sonra 1. ayda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). 80 yaş ve üzeri bireylerde semptom skorunun 70-79 yaş grubu bireylere göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 80 yaş ve üzeri bireyler hariç, diğer yaş grubu bireylerde operasyonun 3. ayında elde edilen semptom skorlarının operasyon sonrasında ve 1. ayda elde edilen skorlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Okuryazar Değil (n=5)		Okuryazar (n=8)		İlköğretim (n=48)		Orta Öğrenim (n=16)		Yükseköğretim (n=18)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
FS												
PostOp 2.gün	80.44±19.53	83.61±11.87	86.67 (66.67 - 97.78) ^a	78.24±17.23	84.44 (33.33 - 100) ^a	84.86±11.22	86.67 (62.22 - 100)	88.4±11.92	92.22 (53.33 - 100) ^a	88.4±11.92	6.008	0.199
PostOp 1.Ay	63.56±16.82	82.50±10.65	81.11 (71.11 - 100) ^b	76.81±17.34	76.67 (42.22 - 100) ^b	85.97±10.16	84.44 (68.89 - 100)	82.59±15.68	86.67 (51.11 - 100) ^b	82.59±15.68	8.519	0.074
PostOp 3.Ay	86.67±14.99	95.56±4.11	94.44 (88.89 - 100) ^{ab}	88.61±17.63	97.78 (26.67 - 100) ^{ab}	91.67±12.40	96.67 (53.33 - 100)	95.8±7.84	100 (73.33 - 100) ^{ab}	95.8±7.84	3.549	0.471
χ^2 ; p	4.800; 0.091	10.903; 0.004		31.012; <0.001		4.356; 0.104		17.375; <0.001				
SFS												
PostOp 2.gün	90.00±14.91	77.08±21.71	83.33 (33.33 - 100)	78.82±27.01	86.46±23.74	83.33 (0 - 100) ^a	100 (33.33 - 100)	89.81±19.92	100 (33.33 - 100)	89.81±19.92	5.985	0.200
PostOp 1.Ay	76.67±22.36	91.67±15.43	100 (66.67 - 100)	82.29±22.91	90.63±14.87	100 (0 - 100) ^b	100 (66.67 - 100)	83.33±21.39	100 (33.33 - 100)	83.33±21.39	3.611	0.461
PostOp 3.Ay	80.00±29.81	—	100 (100 - 100)	92.71±17.83	93.75±13.44	100 (16.67 - 100) ^{ab}	100 (66.67 - 100)	97.22±8.57	100 (66.67 - 100)	97.22±8.57	4.716	0.318
χ^2 ; p	2.923; 0.232	8.400; 0.015*		17.878; <0.001		2.273; 0.321		6.061; 0.048*				
SS												
PostOp 2.gün	19.52±16.62	14.58±11.27	10.71 (2.38 - 33.33) ^a	21.97±16.99	15.33±12.66	19.05 (0 - 59.52) ^a	13.1 (0 - 38.1) ^a	12.83±11.67	5.95 (0 - 33.33) ^a	12.83±11.67	5.326	0.255
PostOp 1.Ay	29.52±20.10	13.10±8.15	15.48 (0 - 23.81) ^b	21.48±16.51	19.05 (0 - 57.14) ^b	13.1 (0 - 38.1)	6.99±12.03	19.05 (0 - 38.1) ^b	3.70±6.49	19.05 (0 - 38.1) ^b	6.889	0.142
PostOp 3.Ay	11.43±17.04	—	0 (0 - 0) ^{ab}	8.68±15.47	1.19 (0 - 45.24) ^a	9.846; 0.007	16.708; <0.001				6.585	0.159
χ^2 ; p	5.158; 0.076	11.400; 0.003		46.486; <0.001								

^{ab} Grup içi karşılaştırma: p<0.05 İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 4.6. (Devam) Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Okuryazar Değil		Okuryazar		İlkokul		Orta Öğretim		Yüksekokul		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
HS												
PostOp 2.gün	37.78±32.96	23.61±22.57	35.19±26.86	33.33 (0 - 88.89) ^a	25.00±24.51	22.22±24.40	22.22±24.40	11.11 (0 - 66.67)	4.772	0.312		
	22.22 (0 - 77.78)	27.78 (0 - 44.44)	33.33 (0 - 88.89) ^a	27.78 (0 - 66.67)	18.06±16.67	27.78±21.30	33.33 (0 - 66.67) ^a	7.254	0.123			
PostOp 1.Ay	44.44±20.79	25.00±17.57	33.33±25.73	33.33 (0 - 88.89) ^b	22.22 (0 - 44.44)	6.79±12.14	11.11 (0 - 66.67) ^a	4.633	0.327			
	44.44 (22.22 - 77.78)	27.78 (0 - 44.44)	33.33 (0 - 88.89) ^b	22.22 (0 - 44.44)	10.42±18.80	0 (0 - 33.33) ^a	11.055; 0.004					
PostOp 3.Ay	20.00±29.81	-	12.50±22.65	0 (0 - 88.89) ^{a,b}	0 (0 - 66.67)	0 (0 - 33.33) ^a	11.055; 0.004					
	0.00 (0 - 66.67)	0 (0 - 0)	12.50±22.65	0 (0 - 88.89) ^{a,b}	0 (0 - 66.67)	0 (0 - 33.33) ^a	11.055; 0.004					
χ^2 ; p	3.875; 0.144	7.913; 0.019 *	40.471; <0.001	40.471; <0.001	3.957; 0.138	3.957; 0.138	11.055; 0.004					
GSS												
PostOp 2.gün	51.67±31.95	56.25±23.88	64.06±24.92	66.67 (16.67 - 100) ^a	61.46±19.92	62.04±30.01	58.33 (0 - 100) ^a	1.498	0.827			
	58.33 (8.33 - 91.67)	50 (33.33 - 91.67) ^a	66.67 (16.67 - 100) ^a	66.67 (16.67 - 100) ^a	66.67 (16.67 - 91.67) ^a	58.33 (0 - 100) ^a	58.33 (0 - 100) ^a	1.815	0.770			
PostOp 1.Ay	66.67±11.79	71.88±13.32	75.17±15.42	70.83 (50 - 100) ^b	75.00±14.59	73.15±16.06	66.67 (50 - 100)	2.983	0.561			
	66.67 (50 - 83.33)	66.67 (50 - 91.67)	70.83 (50 - 100) ^b	70.83 (50 - 100) ^b	75 (50 - 100)	66.67 (50 - 100)	66.67 (50 - 100)	2.983	0.561			
PostOp 3.Ay	81.67±12.36	89.58±7.39	85.59±18.09	87.5 (83.33 - 100) ^a	85.94±8.98	89.35±11.00	89.35±11.00	2.983	0.561			
	83.33 (66.67 - 100)	87.5 (83.33 - 100) ^a	87.5 (16.67 - 100) ^{a,b}	87.5 (16.67 - 100) ^{a,b}	83.33 (66.67 - 100) ^a	91.67 (66.67 - 100) ^a	91.67 (66.67 - 100) ^a	2.983	0.561			
χ^2 ; p	4.526; 0.104	13.231; 0.001	38.973; <0.001	38.973; <0.001	20.745; <0.001	20.745; <0.001	18.345; <0.001					

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05 İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Kruskal- wallis testi, Friedman testi

Tablo 4.6'de bireylerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, okuryazar olmayan ve orta öğrenim görmüş bireylerde fonksiyonel skorun zamanla değişmediği belirlenmiştir ($p=0.091$, $p=0.104$). Diğer üç grupta operasyon sonrası 3. ay fonksiyonel skorun diğer iki dönemde elde edilmiş skorlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.004$, $p<0.001$).

Bireylerin sosyal fonksiyon skoru, ilkokul mezunu hariç diğer bireylerde zamanla anlamlı bir değişim göstermemiştir. İlkokul mezunu bireylerde, operasyon sonrası 3. ay skorunun operasyondan hemen sonra ve operasyondan 1. ay elde edilen skorlardan anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin semptom skorunun okuryazar olmayan bireyler hariç diğer dört grupta zamanla farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Orta öğrenim görmüş bireylerde, operasyon sonrası 3. ayda elde edilen semptom skorunun, operasyondan hemen sonra elde edilen semptom skorundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer üç grupta, orta öğrenim görmüş bireylerden farklı olarak, operasyondan sonra 3. ay ve 1. ay semptom skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Bekâr/Yalnız (n=10) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Evli (n=85) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2. Gün	85.11±15.96 92.22 (53.33-97.78)	81.46±15.40 84.44 (33.33-100) ^a	0.893	0.372
PostOp 1. Ay	85.33±16.87 90 (48.89-100)	78.51±15.94 80 (37.78-100) ^b	1.460	0.144
PostOp 3. Ay	91.78±15.50 98.89 (51.11-100)	90.88±14.54 97.78 (26.67-100) ^{a,b}	0.464	0.643
χ²; p	5.167; 0.076	54.958; <0.001		
SFS				
PostOp 2. Gün	85.00±27.72 100 (33.33-100)	82.35±24.17 100 (0-100) ^a	0.810	0.418
PostOp 1. Ay	93.33±14.05 100 (66.67-100)	83.33±21.36 100 (0-100) ^b	1.509	0.131
PostOp 3. Ay	95.00±15.81 100 (50-100)	93.53±16.08 100 (16.67-100) ^{a,b}	0.590	0.555
χ²; p	2.000; 0.368	28.011; <0.001		
SS				
PostOp 2. Gün	15.24±18.04 9.52 (0-59.52) ^a	18.74±14.91 14.29 (0-57.14) ^a	1.051	0.293
PostOp 1. Ay	15.71±19.25 8.33 (0-54.76)	19.36±14.68 19.05 (0-64.29) ^b	1.144	0.253
PostOp 3. Ay	6.67±14.54 0 (0-45.24) ^a	6.89±13.01 0 (0-73.81) ^{a,b}	0.514	0.607
χ²; p	9.000; 0.011	74.508; <0.001		
HS				
PostOp 2. gün	26.67±30.18 22.22 (0-88.89)	30.59±25.83 33.33 (0-88.89) ^a	0.629	0.529
PostOp 1. Ay	24.44±34.27 5.56 (0-88.89)	30.20±21.86 33.33 (0-77.78) ^b	1.188	0.235
PostOp 3. Ay	10.00±21.24 0 (0-66.67)	10.46±19.87 0 (0-88.89) ^{a,b}	0.147	0.883
χ²; p	6.091; 0.048*	57.140; <0.001		
GSS				
PostOp 2. gün	65.83±23.06 66.67 (33.33-100) ^a	61.47±25.49 66.67 (0-100) ^{a,b}	0.464	0.642
PostOp 1. Ay	76.67±16.10 75 (50-100)	73.73±14.86 66.67 (50-100) ^{a,c}	0.532	0.595
PostOp 3. Ay	88.33±11.25 83.33 (66.67-100) ^a	86.27±14.98 83.33 (16.67-100) ^{b,c}	0.189	0.850
χ²; p	11.862; 0.003	82.502; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.
Mann- whitnet u testi, Friedmen testi

Tablo 4.7'de bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının zamana göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin medeni durumlarına göre üç farklı zamanda elde edilen yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evli olan bireylerde fonksiyonel, sosyal fonksiyon ve genel sağlık skorunun operasyon sonrası 3. ayda, operasyonun hemen sonrası ve 1 ay sonrası elde edilen skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Semptom ve halsizlik skorunun operasyon sonrası 3. ayda, operasyonun hemen sonrası ve 1 ay sonrası elde edilen skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bekarların fonksiyonel ve sosyal fonksiyonel skorları arasında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bununla beraber bekar olma durumunun semptom skorunun (SS), halsizlik skorunun (HS) ve genel sağlık skorlarının (GSS) postop 2. gün, postop 1.ay, postop 3.ay puan dağılımlarına bakıldığında, SS ve HS'de postop, GSS'de ise postop 3. ay yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 4.8. Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Çalışıyor (n=31) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Çalışmıyor (n=56) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2. Gün	82.15±16.29 86.67 (33.33-100) ^a	81.07±15.66 85.56 (33.33-100) ^a	0.267	0.790
PostOp 1. Ay	77.71±16.03 80 (42.22-100) ^b	79.37±16.63 80 (37.78-100) ^b	0.542	0.588
PostOp 3. Ay	90.04±12.12 93.33 (53.33-100) ^{a,b}	90.44±16.49 97.78 (26.67-100) ^{a,b}	0.907	0.365
χ²; p	22.706; <0.001	31.928; <0.001		
SFS				
PostOp 2. Gün	79.57±25.72 83.33 (0-100) ^a	83.33±24.82 100 (0-100)	0.918	0.359
PostOp 1. Ay	82.26±18.73 83.33 (33.33-100)	84.23±22.79 100 (0-100)	0.769	0.442
PostOp 3. Ay	94.62±11.70 100 (66.67-100) ^a	92.26±18.79 100 (16.67-100)	0.122	0.903
χ²; p	14.600; 0.001	11.327; 0.003*		
SS				
PostOp 2. Gün	19.35±17.09 14.29 (0-59.52) ^a	18.03±14.93 13.1 (0-57.14) ^a	0.275	0.783
PostOp 1. Ay	20.58±14.88 21.43 (0-57.14) ^b	19.18±15.87 17.86 (0-64.29) ^b	0.671	0.502
PostOp 3. Ay	7.53±11.19 0 (0-45.24) ^{a,b}	7.31±14.80 0 (0-73.81) ^{a,b}	0.690	0.491
χ²; p	25.099; <0.001	45.350; <0.001		
HS				
PostOp 2. Gün	29.75±29.45 22.22 (0-88.89) ^a	29.17±24.85 33.33 (0-77.78) ^a	0.154	0.878
PostOp 1. Ay	30.82±24.12 33.33 (0-88.89) ^b	29.96±23.78 33.33 (0-77.78) ^b	0.144	0.885
PostOp 3. Ay	11.11±16.48 0 (0-66.67) ^{a,b}	11.31±22.67 0 (0-88.89) ^{a,b}	0.968	0.333
χ²; p	13.570; 0.001	39.146; <0.001		
GSS				
PostOp 2. Gün	57.80±23.56 66.67 (8.3300) ^{a,b}	61.31±26.13 58.33 (0-100) ^{a,b}	0.545	0.586
PostOp 1. Ay	71.77±14.86 66.67 (50-100) ^{a,c}	74.26±15.35 66.67 (50-100) ^{a,c}	0.569	0.569
PostOp 3. Ay	84.14±15.42 83.33 (16.67-100) ^{b,c}	86.90±14.72 91.67 (33.33-100) ^{b,c}	1.256	0.209
χ²; p	37.105; <0.001	52.451; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.
Mann- whitnet u testi, Friedmen testi

Tablo 4.8'de bireylerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Çalışan ve çalışmayan bireylerde fonksiyonel skor, sosyal fonksiyon skoru ve genel sağlık skoru için operasyondan sonra 3. ay puanlarının diğer iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan ve çalışmayan bireylerde semptom skoru ve halsizlik skoru için operasyondan sonra 3. ay puanlarının diğer iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Gelir/kazancın gideri karşılama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Karşılmıyor (n=35) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Karşılıyor (n=60) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2. Gün	79.94±17.20	82.96±14.31	0.657	0.511
	86.67 (33.33-100) ^a	86.67 (33.33-100) ^a		
PostOp 1. Ay	79.87±15.15	78.85±16.72	0.155	0.877
	80 (46.67-100) ^b	80 (37.78-100) ^b		
PostOp 3. Ay	91.81±12.92	90.48±15.53	0.667	0.505
	100 (51.11-100) ^{a,b}	97.78 (26.67-100) ^{a,b}		
χ^2 ; p	28.574; <0.001	33.542; <0.001		
SFS				
PostOp 2. Gün	79.52±27.14	84.44±22.73	0.777	0.437
	83.33 (0-100) ^a	100 (0-100)		
PostOp 1. Ay	85.24±17.97	83.89±22.54	0.030	0.976
	100 (33.33-100)	100 (0-100) ^a		
PostOp 3. Ay	96.67±9.74	91.94±18.54	0.890	0.374
	100 (50-100) ^a	100 (16.67-100) ^a		
χ^2 ; p	14.676; 0.001	14.804; 0.001		
SS				
PostOp 2. Gün	19.59±16.07	17.66±14.76	0.704	0.482
	14.29 (0-59.52) ^a	13.1 (0-57.14) ^a		
PostOp 1. Ay	18.03±15.42	19.52±15.08	0.375	0.707
	14.29 (0-54.76) ^b	19.05 (0-64.29) ^b		
PostOp 3. Ay	6.60±12.03	7.02±13.78	0.510	0.610
	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-73.81) ^{a,b}		
χ^2 ; p	34.096; <0.001	50.645; <0.001		
HS				
PostOp 2. Gün	35.56±25.82	27.04±26.07	1.538	0.124
	33.33 (0-88.89) ^a	22.22 (0-77.78) ^a		
PostOp 1. Ay	31.11±25.82	28.70±21.87	0.599	0.549
	33.33 (0-88.89) ^b	33.33 (0-77.78) ^b		
PostOp 3. Ay	10.79±20.25	10.19±19.86	0.047	0.963
	0 (0-66.67) ^{a,b}	0 (0-88.89) ^{a,b}		
χ^2 ; p	23.784; <0.001	40.146; <0.001		
GSS				
PostOp 2. Gün	60.95±26.49	62.50±24.57	0.249	0.804
	66.67 (8.33-100) ^a	62.5 (0-100) ^{a,b}		
PostOp 1. Ay	75.24±13.63	73.33±15.71	0.672	0.501
	75 (50-100) ^b	66.67 (50-100) ^{a,c}		
PostOp 3. Ay	87.62±11.50	85.83±16.19	0.052	0.958
	83.33 (50-100) ^{a,b}	91.67 (16.67-100) ^{b,c}		
χ^2 ; p	42.073; <0.001	52.810; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: $p<0.05$

Mann- whitnet u testi, Friedmen testi

Tablo 4.9’da bireylerin gelirin gideri karşılama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin gelir/gider dengesine göre, yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir

($p>0.05$). Geliri giderlerini karşılayan ve karşılamayan bireylerde, fonksiyonel skor, sosyal fonksiyon skoru ve genel sağlık skoru için operasyondan sonra 3. ay puanlarının diğer iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Geliri giderlerini karşılayan ve karşılamayan bireylerde, semptom skoru ve halsizlik skoru için operasyondan sonra 3. ay puanlarının diğer iki döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 4.10. Yaşadığı yere göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Köy/Kırsal (n=25) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Şehir/Kentsel (n=70) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2.gün	78.40±18.52 86.67 (33.33-100) ^a	83.08±14.09 86.67 (33.33-100) ^a	0.801	0.423
PostOp 1.Ay	78.84±18.33 80 (37.78-100) ^b	79.37±15.35 80 (42.22-100) ^b	0.170	0.865
PostOp 3.Ay	89.60±16.29 95.56 (33.33-100) ^{a,b}	91.46±13.99 97.78 (26.67-100) ^{a,b}	0.146	0.884
χ²; p	21.780; <0.001	41.365; <0.001		
SFS				
PostOp 2.gün	83.33±25.00 100 (0-100)	82.38±24.39 100 (0-100) ^a	0.208	0.835
PostOp 1.Ay	85.33±20.59 100 (33.33-100)	84.05±21.13 100 (0-100) ^b	0.256	0.798
PostOp 3.Ay	93.33±15.96 100 (33.33-100)	93.81±16.09 100 (16.67-100) ^{a,b}	0.285	0.776
χ²; p	5.404; 0.067	22.964; <0.001		
SS				
PostOp 2.gün	20.95±16.58 16.67 (2.38-57.14) ^a	17.45±14.69 11.9 (0-59.52) ^a	0.915	0.360
PostOp 1.Ay	20.1±17.73 16.67 (0-64.29) ^b	18.57±14.23 19.05 (0-57.14) ^b	0.140	0.889
PostOp 3.Ay	7.81±12.53 0 (0-38.1) ^{a,b}	6.53±13.36 0 (0-73.81) ^{a,b}	0.320	0.749
χ²; p	29.622; <0.001	53.622; <0.001		
HS				
PostOp 2.gün	33.78±30.00 33.33 (0-88.89) ^a	28.89±24.77 33.33 (0-88.89) ^a	0.666	0.505
PostOp 1.Ay	29.33±24.19 33.33 (0-77.78) ^b	29.68±23.15 33.33 (0-88.89) ^b	0.060	0.952
PostOp 3.Ay	12.00±20.27 0 (0-66.67) ^{a,b}	9.84±19.89 0 (0-88.89) ^{a,b}	0.611	0.541
χ²; p	20.028; <0.001	43.675; <0.001		
GSS				
PostOp 2.gün	56.00±24.71 50 (0-100) ^a	64.05±25.16 66.67 (8.33-100) ^{a,b}	1.337	0.181
PostOp 1.Ay	71.67±14.83 66.67 (50-100) ^b	74.88±14.98 70.83 (50-100) ^{a,c}	1.006	0.315
PostOp 3.Ay	84.67±18.58 83.33 (16.67-100) ^{a,b}	87.14±12.98 87.5 (33.33-100) ^{b,c}	0.246	0.805
χ²; p	28.000; <0.001	67.150; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

Mann- whitnet u testi, Friedmen testi

Tablo 4.10'da bireylerin yaşadığı yere göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Her iki grupta yaşam kalitesi fonksiyonel skoru için bireylerin operasyon sonrası 3. ay skorlarının, ilk iki dönemin skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki grupta semptom ve halsizlik skoru için operasyon sonrası 3. ay skorlarının ilk iki dönemin skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Şehir/kentsel bölgede yaşayan bireylerde bireylerin operasyon sonrası 3. ay sosyal fonksiyon skorlarının, ilk iki dönemin skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Köy/ kırsal bölge ile şehir/kentsel bölgede yaşayanlarda yaşam kalitesi alt boyutlarında zamanla devamlı bir artış olduğu, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 4.11. Taniya göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	BPH (n=56) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Prostat Ca (n=39) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2.gün	80.87±16.27 85.56 (33.33-100) ^a	83.25±14.18 86.67 (33.33-100) ^a	0.629	0.529
PostOp 1.Ay	79.60±15.55 80 (42.22-100) ^b	78.69±17.01 80 (37.78-100) ^b	0.102	0.918
PostOp 3.Ay	93.45±10.56 97.78 (51.11-100) ^{a,b}	87.41±18.47 93.33 (26.67-100) ^{a,b}	1.506	0.132
χ²; p	51.025; <0.001	13.300; 0.001		
SFS				
PostOp 2.gün	82.14±24.17 100 (0-100) ^a	83.33±25.07 100 (0-100)	0.294	0.769
PostOp 1.Ay	86.01±19.01 100 (33.33-100) ^b	82.05±23.38 100 (0-100)	0.700	0.484
PostOp 3.Ay	97.02±9.59 100 (50-100) ^{a,b}	88.89±21.40 100 (16.67-100)	2.272	0.023
χ²; p	23.691; <0.001	6.816; 0.033*		
SS				
PostOp 2.gün	19.05±15.48 16.67 (0-59.52) ^a	17.4±14.94 11.9 (0-57.14) ^b	0.485	0.627
PostOp 1.Ay	19.35±14.61 19.05 (0-57.14) ^b	18.44±16.05 16.67 (0-64.29) ^a	0.474	0.635
PostOp 3.Ay	5.14±10.22 0 (0-45.24) ^{a,b}	9.34±16.20 0 (0-73.81) ^{a,b}	1.239	0.215
χ²; p	58.021; <0.001	25.421; <0.001		
HS				
PostOp 2.gün	32.74±25.90 33.33 (0-88.89) ^a	26.50±26.44 22.22 (0-77.78) ^a	1.177	0.239
PostOp 1.Ay	31.35±23.03 33.33 (0-88.89) ^b	27.07±23.75 22.22 (0-77.78) ^b	1.091	0.275
PostOp 3.Ay	7.34±15.47 0 (0-66.67) ^{a,b}	14.81±24.49 0 (0-88.89) ^{a,b}	1.420	0.156
χ²; p	53.976; <0.001	12.345; 0.002		
GSS				
PostOp 2.gün	59.08±25.88 66.67 (0-100) ^{a,b}	66.03±23.83 66.67 (16.67-100) ^a	1.174	0.240
PostOp 1.Ay	75.74±13.60 75 (50-100) ^{b,c}	71.58±16.53 66.67 (50-100) ^b	1.528	0.127
PostOp 3.Ay	89.29±13.27 91.67 (16.67-100) ^{a,c}	82.48±15.62 83.33 (33.33-100) ^{a,b}	2.442	0.015
χ²; p	69.481; <0.001	26.370; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Mann- whitnet u testi ,Friedmen testi

Tablo 4.11’de taniya göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin tanılarına göre, fonksiyonel, semptom ve halsizlik skorlarının değişmediği saptanmıştır (p>0.05).

BPH tanısı konan hastaların, operasyondan sonra 3. ay sosyal fonksiyon ve genel sağlık skorlarının prostat kanseri tanısı konan bireylere göre anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.023, 0.015$).

Fonksiyonel skorun BPH grubunda önce hafif bir azalma gösterip sonrasında prostat kanser grubuna göre daha fazla arttığı belirlenmiştir. Fonksiyonel skor için her iki grupta, operasyon sonrası 3. ay skorlarının ilk iki dönemin skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Semptom ve halsizlik skorları için her iki grupta, operasyon sonrası 3. ay skorlarının ilk iki dönemin skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Genel sağlık skorunun BPH grubunda devamlı artış gösterdiği, Prostat kanserli grubunda ilk iki zamanda benzer seyrettiği 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). BPH tanılı bireylerin operasyondan sonra genel sağlık skorlarının operasyon sonrası 1. ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	1-2 Kere (n=33)		3-4 Kere (n=30)		5-6 Kere (n=15)		6 kereden fazla (n=13)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
FS										
PostOp 2.gün	84.98±13.90	82.89±13.97	87.78 (51.11-100) ^a	80.30±15.29	77.63±15.77	74.70±21.01	84.44 (33.33-95.56) ^a	73.16±17.27	4.565	0.207
PostOp 1.Ay	86.67 (48.89-100) ^a	83.97±16.16	80.30±15.29	80 (42.22-100) ^b	75.56 (53.33-97.78)	71.11 (46.67-100)	73.19±15.43	71.11 (46.67-100)	6.873	0.076
PostOp 3.Ay	86.67 (37.78-100) ^b	80 (42.22-100) ^b	80 (42.22-100) ^b	80 (42.22-100) ^b	87.41±13.53	85.30±23.03	87.41±13.53	85.30±23.03	6.395	0.094
	93.6±11.15	92.00±14.40	92.00±14.40	92.00±14.40	93.33 (55.56-100) ^a	93.33 (26.67-100) ^a	93.33 (55.56-100) ^a	93.33 (26.67-100) ^a		
χ^2 ; p	17.963; <0.001	23.368; <0.001	23.368; <0.001	23.368; <0.001	11.474; 0.003	8.939; 0.011	11.474; 0.003	8.939; 0.011		
SFS										
PostOp 2.gün	87.88±19.22	80.56±27.71	100 (33.33-100)	80.56±27.71	77.78±24.93	78.21±30.72	83.33 (0-100)	83.33 (0-100)	2.397	0.494
PostOp 1.Ay	87.88±16.81	83.89±19.32	83.89±19.32	83.89±19.32	78.89±23.96	83.33±30.43	83.33±30.43	83.33±30.43	1.724	0.632
PostOp 3.Ay	100 (50-100)	100 (33.33-100)	100 (33.33-100)	100 (33.33-100)	83.33 (33.33-100)	100 (0-100)	83.33 (33.33-100)	100 (0-100)	0.080	0.994
	94.95±11.40	92.22±18.43	92.22±18.43	92.22±18.43	95.56±9.89	89.74±25.94	95.56±9.89	89.74±25.94		
χ^2 ; p	100 (66.67-100)	100 (33.33-100)	100 (33.33-100)	100 (33.33-100)	6.788; 0.034*	4.741; 0.093	6.788; 0.034*	4.741; 0.093		
SS										
PostOp 2.gün	14.43±12.31	18.49±14.78	13.1 (0-54.76) ^a	18.49±14.78	23.65±17.85	23.99±18.04	19.05 (2.38-57.14) ^a	23.99±18.04	4.913	0.178
PostOp 1.Ay	11.9 (0-45.24) ^a	14.14±14.10	19.37±16.30	13.1 (0-54.76) ^a	23.33±13.95	24.91±15.78	19.05 (2.38-57.14) ^a	24.91±15.78	7.494	0.058
PostOp 3.Ay	11.9 (0-64.29) ^b	17.86 (0-57.14) ^b	17.86 (0-57.14) ^b	17.86 (0-57.14) ^b	23.81 (2.38-54.76) ^b	26.19 (0-47.62) ^b	23.81 (2.38-54.76) ^b	26.19 (0-47.62) ^b	1.749	0.626
	5.48±10.92	5.00±9.89	5.00±9.89	5.00±9.89	9.21±13.34	13.37±22.41	9.21±13.34	13.37±22.41		
χ^2 ; p	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-38.1) ^{a,b}	0 (0-38.1) ^{a,b}	16.964; <0.001	8.680; 0.013	16.964; <0.001	8.680; 0.013		

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Kruskal- wallis testi, Friedman testi

Tablo 4.12. (devam) Gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

HS	1-2 Kere (n=33)		3-4 Kere (n=30)		5-6 Kere (n=15)		6 kereden fazla (n=13)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
PostOp 2.gün	24.92±25.76	30.00±25.80	42.22±24.56	33.33±29.05	4.173	0.243	11.11 (0-77.78) ^a	27.78 (0-77.78) ^a	44.44 (0-88.89) ^a	33.33 (0-88.89)
PostOp 1.Ay	22.90±21.33	29.63±23.40	40.74±22.49	35.04±27.91	6.775	0.079	22.22 (0-77.78) ^b	33.33 (0-77.78) ^b	44.44 (0-88.89) ^b	33.33 (0-77.78)
PostOp 3.Ay	8.42±18.22	6.67±14.76	16.30±23.71	18.80±28.83	4.450	0.217	0 (0-66.67) ^{ab}	0 (0-66.67) ^{ab}	0 (0-66.67) ^{ab}	0 (0-88.89)
χ^2 ; p	20.409; <0.001	21.912; <0.001	12.905; 0.002	6.821; 0.033*						
GSS										
PostOp 2.gün	67.17±26.43	62.50±28.00	48.33±18.69	62.18±18.51	6.451	0.092	66.67 (16.67-100) ^a	66.67 (0-100) ^a	50 (16.67-83.33) ^a	66.67 (33.33-91.67) ^a
PostOp 1.Ay	78.79±15.32	74.44±15.77	66.11±4.95	71.15±15.07	8.964	0.030	83.33 (50-100) ¹	70.83 (50-100) ^b	66.67 (50-75) ¹	75 (50-91.67)
PostOp 3.Ay	89.14±10.52	87.50±18.01	81.11±11.12	83.33±18.63	6.874	0.076	91.67 (66.67-100) ^a	91.67 (16.67-100) ^{ab}	83.33 (50-100) ^a	83.33 (33.33-100) ^a
χ^2 ; p	32.089; <0.001	23.196; <0.001	20.462; <0.001	14.857; 0.001						

¹ Gruplar arası karşılaştırma: p<0.05

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Kruskal- wallis testi, Friedman testi

Tablo 4.12’de bireylerin gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi leği puanlarının dağılımları yer almaktadır. Bireylerin gece idrara çıkma sıklıklarına göre fonksiyonel, sosyal fonksiyon, semptom ve halsizlik skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gece idrara 1-2 kere çıkan bireylerin, operasyon sonrası 1. ay genel sağlık skorlarının, 5-6 kere idrara çıkan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gece idrara 1-2 ve 3-4 kere çıkan bireylerde, operasyon sonrası 3. ay fonksiyonel skorların ilk iki zamana ait skorlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal fonksiyonel skorlarının hiçbir grupta zamanla anlamlı bir değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Semptom skorlarının tüm gruplarda, operasyon sonrası 3. ayda ilk iki zamana göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü saptanmıştır ($p<0.05$).

Gece idrara 3-4 kere çıkan bireylerde, diğer bireylerden farklı olarak, operasyon sonrası 3. ay genel sağlık skorunun operasyon sonrası 1. ay genel sağlık skorundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Gruplarda tüm alt boyutlar için zamana göre skor değişimlerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Prostat ameliyatı sonrası eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Eğitim almayan (n=80) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Eğitim alan (n=15) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	P
FS				
PostOp 2. Gün	82.17±14.94	80.15±18.22	0.041	0.967
	86.67 (33.33-100) ^a	75.56 (33.33-100)		
PostOp 1. Ay	79.94±15.53	75.41±18.90	0.932	0.351
	80 (42.22-100) ^b	71.11 (37.78-100)		
PostOp 3. Ay	91.86±12.84	86.22±21.56	0.914	0.361
	97.78 (33.33-100) ^{a,b}	97.78 (26.67-100)		
χ²; p	54.129; <0.001	7.020; 0.030*		
SFS				
PostOp 2. Gün	83.33±23.57	78.89±29.19	0.548	0.584
	100 (0-100) ^a	83.33 (0-100)		
PostOp 1. Ay	85.42±19.37	78.89±27.79	0.813	0.417
	100 (33.33-100) ^b	83.33 (0-100)		
PostOp 3. Ay	94.58±14.23	88.89±23.29	1.024	0.306
	100 (33.33-100) ^{a,b}	100 (16.67-100)		
χ²; p	21.399; <0.001	8.087; 0.018*		
SS				
PostOp 2. Gün	17.8±14.58	21.43±18.42	0.445	0.656
	13.1 (0-59.52) ^a	19.05 (2.38-57.14) ^a		
PostOp 1. Ay	18.33±14.42	22.38±18.74	0.742	0.458
	16.67 (0-57.14) ^b	21.43 (0-64.29)		
PostOp 3. Ay	5.95±10.47	11.75±22.42	0.548	0.584
	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-73.81) ^a		
χ²; p	72.261; <0.001	10.073; 0.006		
HS				
PostOp 2. Gün	30.00±26.01	31.11±27.92	0.213	0.832
	33.33 (0-88.89) ^a	33.33 (0-77.78)		
PostOp 1. Ay	29.44±22.85	30.37±26.38	0.088	0.930
	33.33 (0-88.89) ^b	33.33 (0-77.78)		
PostOp 3. Ay	9.31±17.18	16.30±30.82	0.019	0.985
	0 (0-66.67) ^{a,b}	0 (0-88.89)		
χ²; p	57.291; <0.001	6.186; 0.045*		
GSS				
PostOp 2. Gün	61.15±26.28	66.11±18.22	0.689	0.491
	66.67 (0-100) ^{a,c}	66.67 (33.33-100) ^a		
PostOp 1. Ay	74.17±14.80	73.33±16.12	0.069	0.945
	66.67 (50-100) ^{b,c}	83.33 (50-100)		
PostOp 3. Ay	87.19±14.03	82.78±17.39	0.924	0.355
	83.33 (16.67-100) ^{b,c}	83.33 (33.33-100) ^a		
χ²; p	81.480; <0.001	12.960; 0.002		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Mann- whitney u testi, Friedmen testi

Tablo 4.13'de Prostat ameliyatı sonrası eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Prostat ameliyatı sonrası eğitim

alma durumuna göre yaşam kalitesi puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Eğitim alan bireylerde fonksiyonel, sosyal fonksiyon ve halsizlik skorlarının zamana göre değişim göstermediği belirlenmiştir ($p<0.05$ olsa da ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark elde edilmemiştir).

Eğitim alan bireylerde operasyon sonrası 3. ay semptom skorunun operasyondan hemen sonra elde edilen skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eğitim alan bireylerde operasyon sonrası 3. ay genel sağlık skorunun operasyondan hemen sonra elde edilen skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim almayan bireylerde, ameliyat sonrası 3. ayda genel sağlık skorunun ve sosyal fonksiyon skorlarının operasyon sonrası ilk iki zamana ait skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim almayan bireylerde, ameliyat sonrası üçüncü ayda semptom ve halsizlik skorlarının operasyon sonrası ilk iki zamana ait skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin genel sağlık skorunun devamlı ve istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Hastalığa bağlı endişeler taşıma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Endişesi olan (n=58)	Endişesi olmayan(n=37)	Z	P
	Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Ort±S Ortanca (Min-Maks)		
FS				
PostOp 2.Gün	83.14±15.11	79.82±15.87	0.995	0.320
	86.67 (33.33-100) ^a	84.44 (33.33-100) ^a		
PostOp 1. Ay	80.88±17.12	76.64±14.15	1.731	0.084
	84.44 (37.78-100) ^b	75.56 (44.44-100) ^b		
PostOp 3. Ay	91.57±13.03	90.03±16.84	0.520	0.603
	97.78 (51.11-100) ^{a,b}	95.56 (26.67-100) ^{a,b}		
χ²; p	37.604; <0.001	22.956; <0.001		
SFS				
PostOp 2. Gün	83.62±24.08	81.08±25.20	0.936	0.349
	100 (16.67-100)	83.33 (0-100) ^a		
PostOp 1. Ay	85.34±19.76	82.88±22.73	0.505	0.614
	100 (33.33-100)	100 (0-100)		
PostOp 3. Ay	94.25±14.15	92.79±18.65	0.206	0.837
	100 (33.33-100)	100 (16.67-100) ^a		
χ²; p	14.000; 0.001*	14.386; 0.001		
SS				
PostOp 2. Gün	17.00±15.07	20.53±15.35	1.140	0.254
	11.9 (0-59.52) ^a	21.43 (0-57.14) ^a		
PostOp 1. Ay	18.14±16.15	20.27±13.53	1.041	0.298
	14.29 (0-64.29) ^b	19.05 (0-57.14) ^b		
PostOp 3. Ay	6.61±12.13	7.27±14.64	0.328	0.743
	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-73.81) ^{a,b}		
χ²; p	52.048; <0.001	30.092; <0.001		
HS				
PostOp 2. Gün	28.93±25.99	32.13±26.68	0.594	0.553
	27.78 (0-88.89) ^a	33.33 (0-77.78) ^a		
PostOp 1. Ay	27.97±24.82	32.13±20.75	1.019	0.308
	27.78 (0-88.89) ^b	33.33 (0-66.67) ^b		
PostOp 3. Ay	10.34±19.95	10.51±20.11	0.148	0.882
	0 (0-66.67) ^{a,b}	0 (0-88.89) ^{a,b}		
χ²; p	37.446; <0.001	25.491; <0.001		
GSS				
PostOp 2. Gün	66.38±22.07	54.95±28.29	1.927	0.054
	66.67 (33.33-100) ^{a,c}	50 (0-100) ^a		
PostOp 1. Ay	77.44±14.81	68.69±13.67	2.768	0.006
	79.17 (50-100) ^{a,b}	66.67 (50-100) ^b		
PostOp 3. Ay	88.51±11.35	83.33±18.32	1.228	0.220
	91.67 (50-100) ^{b,c}	83.33 (16.67-100) ^{a,b}		
χ²; p	61.129; <0.001	34.090; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Mann- whitney u testi, Friedmen testi

Tablo 4.14'da bireylerin hastalığa bağlı endişe taşıma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastalığa bağlı endişe duyan

bireyler ile endişe duymayan bireyler arasında, sadece operasyon sonrası 1. ay genel sağlık skorları bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.006$).

Hastalığa bağlı endişe duymayan bireylerin sosyal fonksiyon skorlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği tespit edilmiştir ($p=0.001$ olmasına rağmen grup içi karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir). Hastalığa bağlı endişe duymayan bireylerin fonksiyon, semptom, halsizlik ve genel sağlık skorlarının zamanla değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p\leq 0.001$)



Tablo 4.15. Ameliyat türüne göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Açık Prostatektomi (n=17)		Radikal Prostatektomi (n=11)		Tur-P (n=54)		Robotik Cerrahi (n=13)		χ^2	P
	Orta±S	Ortanca (Min-Maks)	Orta±S	Ortanca (Min-Maks)	Orta±S	Ortanca (Min-Maks)	Orta±S	Ortanca (Min-Maks)		
FS										
PostOp	79.35±15.92	85.45±9.96	88.89 (60-93.33) ^a	80.82±16.68	86.32±12.83	2.081	0.556			
PostOp 1.Ay	82.22 (51.11-97.78) ^a	83.23±12.43	80 (37.78-100) ^b	77.98±16.56	91.11 (68.89-100)	4.623	0.202			
PostOp 3.Ay	74.77±18.47	86.67 (64.44-97.78) ^b	88.89±16.88	80 (37.78-100) ^b	84.44 (68.89-100)	3.142	0.370			
	73.33 (42.22-100) ^b	94.95±7.89	97.78 (26.67-100) ^{ab}	88.89±16.88	95.04±5.75					
χ^2 ; p	100 (53.33-100) ^{ab}	11.091; 0.004	28.500; <0.001	5.892; 0.053						
SFS										
PostOp	79.41±23.22	84.85±20.35	82.41±24.96	85.90±28.74	2.015	0.569				
PostOp 1.Ay	83.33 (33.33-100)	83.33 (33.33-100)	100 (0-100)	100 (16.67-100)	3.931	0.269				
PostOp 3.Ay	79.41±19.12	87.88±15.08	83.33±23.35	92.31±14.62						
	83.33 (33.33-100)	100 (66.67-100)	100 (0-100)	100 (66.67-100)	0.073	0.995				
χ^2 ; p	95.10±11.43	96.97±6.74	92.90±17.62	92.31±19.97						
SS										
PostOp	100 (66.67-100)	100 (83.33-100)	100 (16.67-100)	100 (33.33-100)	2.607	0.456				
PostOp 1.Ay	12.167; 0.002*	4.083; 0.130	12.761; 0.002*	2.000; 0.368						
PostOp 3.Ay	23.39±19.69	17.10±9.09	18.43±15.02	12.64±12.42						
	23.81 (2.38-59.52) ^a	19.05 (2.38-30.95) ^a	14.29 (0-57.14) ^a	7.14 (0-40.48) ^a	3.925	0.270				
PostOp 1.Ay	23.81±16.81	17.32±12.91	19.36±15.87	12.45±9.23						
PostOp 3.Ay	21.43 (0-57.14) ^b	16.67 (0-38.1) ^b	19.05 (0-64.29) ^b	14.29 (0-26.19) ^b	2.404	0.493				
χ^2 ; p	5.60±12.23	2.81±5.81	9.08±15.31	2.75±4.85						
	0 (0-45.24) ^{ab}	0 (0-19.05) ^{ab}	0 (0-73.81) ^{ab}	0 (0-11.9) ^{ab}						
	19.121; <0.001	12.884; 0.002	37.422; <0.001	14.000; 0.001						

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Kruskal- wallis testi, Friedman testi

Tablo 4.15. (Devam) Ameliyat türüne göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

HS	Açık Prostektomi (n=17)		Radikal Prostektomi (n=11)		Tur-P (n=54)		Robotik Cerrahi (n=13)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
PostOp	31.37±32.45	31.31±22.67	31.31±22.67	32.92±25.08	16.24±22.51	4.696	0.195			
	11.11 (0-88.89) ^a	33.33 (0-55.56) ^a	33.33 (0-88.89) ^a	30.66±24.22	18.80±13.90	3.710	0.295			
PostOp 1. Ay	33.33 (0-88.89) ^b	33.33 (0-66.67)	33.33 (0-77.78) ^b	13.99±22.96	5.13±10.75	4.814	0.186			
PostOp 3. Ay	7.19±17.98	4.04±10.27	0 (0-33.33) ^a	0 (0-88.89) ^{a,b}	0 (0-33.33)					
χ^2 ; P	14.038; 0.001	9.722; 0.008	32.787; <0.001	8.581; 0.014*						
GSS										
PostOp	53.43±26.20	78.03±26.94	59.88±22.73	67.95±27.61	7.188	0.066				
	50 (0-100) ^a	91.67 (33.33-100)	66.67 (8.33-100) ^{a,b}	66.67 (16.67-100) ^a	2.892	0.409				
PostOp 1. Ay	74.51±13.65	80.30±13.06	72.22±14.30	75.64±19.97						
	75 (50-100) ^b	83.33 (66.67-100)	66.67 (50-100) ^{b,c}	66.67 (50-100)	2.832	0.418				
PostOp 3. Ay	90.69±11.37	87.12±10.78	84.26±16.88	89.74±9.10						
	91.67 (66.67-100) ^{a,b}	83.33 (66.67-100)	33 (16.67-100) ^{a,c}	83.33 (75-100) ^a	12.474; 0.002					
χ^2 ; P	26.103; <0.001	4.750; 0.093	54.966; <0.001							
_{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05										

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.
Kruskal- wallis testi, Friedman testi

Hastaların geçirdikleri operasyon türüne göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, tüm ölçüm zamanları için yaşam kalitesi ölçeğine ait alt boyut ve toplam skorların tüm operasyon gruplarında benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Grup içinde yaşam kalitesi skorlarının zamanla değişimi incelendiğinde; robotik cerrahi geçiren 13 hastanın fonksiyonel skorlarındaki değişiminin sınırda anlamsız olduğu ($p=0.053$); diğer üç grupta operasyon sonrası 3. ay fonksiyonel skorların ilk iki döneme göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların sosyal fonksiyonel skorlarında zamanla anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (dört grup için de $p>0.05$). Dört grup hastada semptom skorlarının zamanla anlamlı düzeyde farklılaştığı ($p<0.05$); operasyon sonrası 3. ay skorların ilk iki döneme göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık skoru ele alındığında, operasyon gruplarında zamanla skorların değişiminde farklılık olduğu belirlenmiştir (Anova tipi test istatistiği $p=0.010$). Açık prostatektomi, TUR-P ve robotik cerrahi geçiren hastaların genel sağlık skorları devamlı bir artış gösterirken radikal prostatektomi geçiren hastalarda önce bir azalma sonrasında hafif bir artış gözlenmiştir. Devamlı artış gözlenen gruplar içinde robotik cerrahi grubunun skorlarındaki değişim sınırda anlamsız iken ($p=0.053$); en fazla artışın açık prostatektomi grubunda gözlendiği belirlenmiştir. TUR-P geçiren hastalarda gözlenen devamlı artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Prostat kanseri ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türlerinden biri olmakla birlikte görülme sıklığı yüz binde 37'lerde iken dünya ortalaması yüz binde 28'lerdedir (5-7,14). Prostat kanserinin insidansı ilerleyen yaşla birlikte belirgin bir artış göstermektedir. Çalışmalar prostat kanseri teşhisi konulan erkeklerin tüme yakınının 60 yaş üstünde olduğunu göstermektedir (11,12,16,35). BPH ise 40-49 yaş arasındaki erkeklerin %13-45, 50-60 yaş arasında % 50, 60-70 yaş arasındaki erkeklerin % 60 ve 80 yaş üstündeki erkeklerin % 90'ında görülmektedir (100-102). Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalamaları (n=95) 67.69 ± 8.91 ve bu hastaların %58.9'una BPH, %41.1'ine prostat kanseri tanısı konmuştur. Literatürle uyumlu olan bulgumuzun, nüfusun ortalama yaşının arttığı düşünülecek olursa prostat kanseri görülme sıklığının da artacağını düşündürmektedir.

İlerleyen yaşla birlikte hastaların fiziksel aktivitelerinin azalması, bedensel yorgunluklarının artması, çevreye olan uyumun azalması ve bağımlılıklarının artması yaşam kalitelerinde düşüşe neden olabilmektedir. Ayrıca hastalar tanı konulan hastalıklarının yanı sıra ek bir hastalığa da sahip olabilmektedir. Derrett ve arkadaşlarının(2008) SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada prostat ameliyatı olacak hastaların artan yaşla birlikte fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyutlarında yaşam kalitesi skorunun düştüğü bulunmuştur (69). Literatürle paralellik gösteren bulgumuzda da artan yaş ile birlikte bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyi yaşam kalitesi belirleyicilerinden bir tanesidir ve düşük eğitim düzeyi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (13). Kim ve Moon'nun (2010) BPH tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışma, eğitim seviyesi arttıkça, fiziksel yaşam kalitesi puanlarının arttığını ortaya koymuştur (103). Ficarra'nın yaptığı çalışma, eğitim düzeyi düşük olan hastaların, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarından daha düşük puan aldığını ortaya koymuştur (101). Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini destekleyen çalışmalar olduğu gibi, etkilemediğini de ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Savcı kanserli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmiştir (104). Litaretür ile kısmen paralellik gösteren çalışmamızda hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi

puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre farklılık çıkmamasının, bireylerin birlikte yaşadığı aile üyelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çünkü aile fertlerinin eğitim seviyelerinin daha çok bilgiye ulaşip daha erken evrelerde teşhis konulması, kontrollerin aksatılmaması gibi faktörlerle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum ve çalışma hayatı da yaşam kalitesini etkileyen göstergeleri arasında yer almaktadır (13). Ardahan ve Temel'in (2006) prostat kanseri olan bireylerde yaptığı çalışmada herhangi bir aile üyesi ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre SF 36 yaşam kalitesi ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (105). Savcı'nın (2006) SF 36 yaşam kalitesi ölçek kullanarak yaptığı çalışmada medeni durum ve çalışma hayatı ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (104). Elaltuntaş'ın (2014) yaptığı çalışmada ise, hastaların medeni durumlarına göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanlarında fark bulunmazken, ameliyat sonrasında evli olan hastaların mental sağlık yaşam kalitesi puanı yüksek bulunmuş ancak çalışma hayatı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık çıkmamıştır (90). Çalışmamızda bireylerin çalışma hayatı ve medeni durumlarına göre üç farklı zamanda elde edilen yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Türk aile yapısında eşlerinin olmadığı durumlarda diğer aile bireylerinin birbirlerine destek olmasının, çocukların aile büyüklerinin bakımını üstlenmelerinin medeni duruma göre anlamlı fark çıkmamasının nedeni olabileceği, çalışmanın örneklem grubunda emekli bireylerin yoğunlukta (%67.4) olmasının da yaşam kalitesi ile çalışma hayatı arasında farkın oluşmamasında etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Gelir durumu bireylerin ihtiyaçlarına ve tedavi ile ilgili maddi gerekliliklere kolay erişimi sağlama avantajlarından dolayı yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır (78). Armut'un (2014) yaptığı çalışmada hastaların geliri giderinden daha fazla olanların "Fonksiyonel Durum", "Esenlik", "Genel Sağlık Algısı", "Global Yaşam Kalitesi" skorları yüksek bulunmuştur (89). Acar'ın yaptığı çalışmada da gelir düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirmiştir (106). Ancak bizim çalışmamızda bireylerin gelir/gider dengesine göre, yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu durum

çalışma gurubumuzdaki bireylerin çoğunluğunun hemen hemen aynı oranda emekli maaşı ile geçimini sağlamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Hastalık ve özellikle kanser tanısı konmuş olmak bireyleri biyopsikososyal yönden etkileyebilmektedir. Bireyler hastalığa bağlı endişe ve stres yaşayabilmekte ve bu duruma bağlı yaşam kaliteleri etkilenebilmektedir (22,48,107). Huri'nin (2015) yaptığı çalışmada metastatik prostat kanserli hastaların anksiyete ve stres durumlarının azaltılmasının iyi olma halini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (108). Çalışmamızda hastalığa bağlı endişe duyan bireyler ile endişe duymayan bireyler arasında, operasyon sonrası 1. ayda genel sağlık skorları bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır. Hastalığa bağlı endişe duymayan bireylerin fonksiyon, semptom, halsizlik ve genel sağlık skorlarının zamanla değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p \leq 0.001$). Bu durum hasta eğitimi kapsamında hastaların endişelerini ifade etmelerini sağlanmasının ve duygularını paylaşmalarına olanak verilmesinin önemini göstermektedir.

Kanser genel anlamda korku, çökkünlük, ümitsizlik, çaresizlik, öfke, mutsuzluk, terk edilme, yalnızlık ve ölüm duygusunu çağrıştırmaktadır. Kanser hastalarının büyük çoğunluğunda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülmektedir. Aynı zamanda uygun tedavi yöntemini belirlemek de bir anksiyete kaynağı olabilmektedir (109). Kanser ortaya çıkardığı psikososyal sorunlar hastanın yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (110). Çalışmamızda, BPH ve prostat kanseri tanısı konan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında ameliyat sonrası 2.gün ve 1.ayda farklılık saptanmazken ameliyat sonrası 3.ayda BPH tanısı alan hastalarda genel sağlık skoru ve sosyal fonksiyon skoru yüksek bulunmuştur. Ameliyat sonrası zaman geçtikçe cerrahinin sağlık durumu ve fonksiyonlar üzerinde ortaya çıkardığı olumsuz etkinin azalacağı düşünülecek olursa hastaların yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarında tanıya bağlı farklılığın 3.ayda ortaya çıkması beklendik bir durumdur.

Prostat hastalarında ameliyat öncesinde noktüri, ameliyat sonrasında ise üriner inkontinans sorunları ile karşılaşılabilir. Bu sorunlarda hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (3,10,109). Youshimura ve ark. yapmış olduğu çalışmada BPH tanısı alan hastalarda noktürinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtilmişlerdir (111). Ayhan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada,

postoperatif 3. ayda radikal prostatektomi olan hastaların %92'sinin üriner inkontinansı olduğu ve %100'ünün cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, %94'ünün ise sosyal yaşamının çok etkilendiği ve bu komplikasyonların hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği sonucunu ortaya koymuştur (67). Çalışmamızda ise bireylerin ameliyat sonrasında çoğunlukla sık sık idrara çıkma, idrarın tam boşalamaması, gece idrar çıkma gibi sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca gece idrara çıkma sıklıklarına göre yaşam kalitesi ölçek puanları incelendiğinde, fonksiyonel, sosyal fonksiyon, semptom ve halsizlik skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gece idrara çıkma sıklıkları ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı fark olmamasının nedeninin ameliyat sonrası gece idrara çıkma sıklığının öncesine göre azalmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Prostat hastalığı ve prostat ameliyatı hastaların yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Suzuki ve arkadaşlarının SF 36 ölçek ile BPH tanısı konan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı alt boyutlarından aldıkları ölçek puanı ameliyat sonrası 12. haftada ameliyat öncesine göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (112). Faydacı ve arkadaşlarının QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, radikal prostatektomi olan hastaların yaşam kalitesi genel ölçek puanının postoperatif 1. ayda düştüğü, sosyal işlev parametresinde 1, 3, 6 ve 12. ayda belirgin oranda bir kötüye gidiş olduğu, 12. ayda ağrı skorunda azalma olduğu, semptom skorunda semptomlardan kabızlık skorunun 6. ayda düzeldiği bildirilmiştir (113). Ayrıca Namiki ve arkadaşları, çalışmasında ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 3. ayda sadece genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutlarında yükselme olduğunu belirlemişlerdir (82). Ficarra ve arkadaşlarının yaşam kalitesine baktıkları çalışmada, ameliyattan 1-3 ay sonra ameliyat öncesine göre genel sağlık algısı alt boyut puanında düşüş ve mental sağlık alt boyut puanında artış görülmüştür (101). Litaratür ile benzerlik gösteren çalışmamızda da ameliyat sonrası 2. gün, 1.ay ve 3. ay ölçek puanları değerlendirildiğinde hastaların ameliyat sonrası 3. ayda diğer zamanlara göre fonksiyonel skor, sosyal fonksiyon skoru, genel sağlık skorunun arttığı ve semptom skorunun, halsizlik skorunun azaldığı saptanmıştır. Ameliyattan sonra ilerleyen zamanla hastaların prostata bağlı ve cerrahiye bağlı yaşadıkları sorunların azalacağı düşünülürse ameliyat sonrası 3. ayda hastaların fonksiyonel durumlarının, sosyal

fonksiyon durumlarının ve genel sağlık durumunun iyileşmesi ve semptomların azalması beklendik bir durumdur.

Sonuç olarak prostat tümörlü hastalarda ameliyat sonrası ilk aylarda yaşam kalitesi düşük iken 3.ayın sonunda anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Hemşireler, prostat kanserli hastaların gereksinimlerine yönelik yardımı ve bakımı en üst düzeyde planlayıp uygulamalı, komplikasyon olasılıklarının gözden kaçırılmamalı, taburculuk sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma prostat tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- Hastaların (n=95) yaş ortalaması 67.69 ± 8.91 yıl, %50.6'sının (n=48) ilkokul mezunu, %89.5'inin (n=85) evli, %67.4'ünün (n=64) emekli, %64.4'ünün (n=56) çalışmadığı, %63.2'sinin (n=60) gelirlerinin giderleri karşıladığı, %73.7'sinin (n=70) yaşamını en fazla şehir/kentsel bölgede geçirdiği, %66.3'ünün (n=63) eşiyle yaşadığı, %97.9'unun (n=93) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların tanı süresi ortancası 36 ay , %58.9'una (n=56) benign prostat hipertrofisi, %41.1'ine (n=39) prostat kanseri tanısı konduğu, %6.5'inin (n=6) metastazının olduğu, %94.7'sinin (n=90) kronik hastalığı olduğu, %55.8'inin (n=53) kronik hastalık nedeni ile ilaç kullandığı saptanmıştır.
- Hastaların %38.9'unun (n=37) hastalığa bağlı endişeler taşıdığı bu hastaların %56.7'sinin (n=21) endişe nedeninin kendisi ile ilgili olduğu saptanmıştır.
- Hastaların sosyal fonksiyon skoru ortancası ameliyattan hemen sonra 82.63, operasyon sonrası 1. ayda 84.39 ve 3. ayda 93 olarak bulunmuştur ($\chi^2=28.140$, $p<0.001$).
- Hastaların semptom skorunun yaş gruplarında sadece operasyondan sonra 1. ayda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). 80 yaş ve üzeri bireylerde semptom skorunun 70-79 yaş grubu bireylere göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 80 yaş ve üzeri bireyler hariç, diğer yaş grubu bireylerde operasyonun 3. ayında elde edilen semptom skorlarının operasyon sonrasında ve 1. ayda elde edilen skorlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- Bireylerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, okuryazar olmayan ve orta öğrenim görmüş bireylerde fonksiyonel skorun zamanla değişmediği belirlenmiştir ($p=0.091$, $p=0.104$). Diğer üç grupta operasyon sonrası 3. ay fonksiyonel skorun diğer iki dönemde elde edilmiş skordardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.004$, $p<0.001$).

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Taburculuk eğitiminin önemi nedeniyle anlaşılabilir bir dil kullanılarak, yazılı materyal kullanımı ile eğitim kitapçıklarının güncellenmesi ve daha yaygın kullanılabilir bir hale getirilmesi,
- Prostat hastalığı yaşam kalitesi sağlıklı değerlendirilebilmesi için hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması,
- İleri yaş grubundaki hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde özellikle fiziksel yetersizlik gösteren hastalara özgü bakımın planlanması ve uygulanması,
- Prostat kanserinin erken tanısı için; sağlık kuruluşlarına başvuran, yaş grubu açısından risk altındaki tüm erkeklere PSA testinin rutin yapılmasını sağlama ve sağlık eğitim merkezlerinde sürekli ve ücretsiz prostat taramalarının sunulması,
- Daha büyük örneklem sayıları ve takip süresinin daha uzun olduğu çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2014. <http://kanser.gov.tr/Dosya/kayitcilik/2009kanseraporu.pdf>. 17.12.2016
2. Erol Ç. İç hastalıklar Onkoloji, MNMedikal & Nobel Kitapevi, 1. baskı, Ankara, 2008, 163-167.
3. Van DL., Kooji DG., Schellevis FG., Kaptein AA., Boon TA., Wooning, M. Nocturia: İmpact on quality of life in a Dutch adult populatio, British Journal of Urology İnternational., 2004, 93:1001-1004.
4. Veli Y, İstanbul Üniversitesi Üroloji Ders Kitabı.İstanbul, İstanbul üniversitesi basım ve yayım evi müdürlüğü.2010: 280-285
5. WHO.Cancer mortality and morbidity. http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/ 2013.01.07.2015
6. Jemal A., Tiwari RC., Murray T., Ghafoor A., Samuels A., Ward E., et al. Cancer statistics, 2004. *CA Cancer J Clin* 2004,54:8-29.
7. Ferlay J., Shin HR., Bray F., et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010; 127:2893–2917.
8. Widmaier EP, Raff H, Strang KT. Vander İnsan Fiziyojisi. 10 baskı, İzmir Güven Kitapevi, İzmir 2013;65 8-659
9. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2013;158: 761-9
10. Gronberg H, Damber L, Damber JE, Familial prostat cancer in Sweden. A nationwide register chort study. *cancer* 1996; 77:138-143.
11. Lowe JF, Frazee LA. Update on Prostate Cancer Chemoprevention, 2006;26(3): 353-359.
12. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, *Ca Cancer J Clin* 2013, 63(1):11-30.

- 13 Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD) 2016, 8(15); 137-150.
14. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser daire Başkanlığı. <http://www.kanser.saglik.gov.tr>. 20.08.2016
15. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Cep Kılavuzları 2017 Baskısı <http://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Document/2512018113932TUDEAU2017GUIDLINEKitabi.pdf>. 02.11.2017.
16. Müezzinoğlu T, Lekili M. Bening Prostat Hiperplazisi Epidemiyolojisi ve doğal seyri. Üroloji kitabı Cilt 1, birinci basım 2007 ertem basım yayın 438-448.
17. Jones C, Hill J, Chapple C. Guideline Development Group. Management of lower urinary tract symptoms in men: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010 19;1300-1304.
18. Kevin T, McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz RC, Donnell RF, Foster HE JR, Gonzalez CM, Kaplan SA, Penson DF, Ulchaker JC, Wei JT. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2011;185(5):1793-1803
19. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Guidelines on the management of male lower urinary tract symptoms (LUTS). EAU Guidelines 2012, European Association of Urology.
20. Atsn A, Tuncel A. Treatment options in benign prostate hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms. *Turkish Journal of Urology* 2012; 38(4): 228-32.
21. O'Sullivan M, Murphy C, Deasy C, Iohom G, Kiely AE, Shorten G. Effects Of Transurethral Resection Of Prostate On The Quality Of Life Of Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *J Am Coll Surg*, 2004, 198(3);394-403.
22. Lewis S, Heitkemper M, Dirksen SR, Male Geniourinary Problems, Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, 5Th Edition, 2002, 2:1553-1564.

23. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş 4. baskı, Aydoğdu Ofset, 2001, (4):406-411,
24. Kirsh EJ, Worwag EM, Sinner M, et al. Using outcome data and patient satisfaction surveys to develop policies regarding minimum length of hospitalization after radical prostatectomy. *Urology*, 2000, 56(1):106-107.
25. Twiss C, Slova D, Lepor H. Outcomes for men younger than 50 years undergoing radical prostatectomy. *J Urol*, 2005, 66(1): 141-146.
26. Hisasue S, Takahashi A, Kato R. et al: Early and late complications of radical retropubik prostatectomy: experience in a single institution. Foundation For Promotion Of Cancer Research, 2004.
27. Bishop P. Bipolar Transurethral Of The Prostate- A New Approach, *Aorn Journal*, 2003, 77(5):979-983.
28. Novara G, Galfano A, Gardi M, Ficarra V, Boccon-Gibod L, Artibani W. Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy. *Eur Urol Suppl* 2006; 5: 418–29.
29. Quek KF, Factors affecting health-related quality of life among patients with lower urinary tract symptoms. *Int J Urol*. 2005; 12:1032–6.
30. Bayramova N, Karadakovan A. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003; 5(1):45-52.
31. Minniti D, Chiado PS, Dinovi C. Robot-assisted versus open radical prostatectomy: an evidence-based comparison, *Technol Health Care*. 2011;19(5):331-339.
32. Steineck G, Helgesan F, Adolfsson J et al: Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *The New England Journal of Medicine*, 2002; (347);790-796.

33. Johns LE, Houlston RS. A Systematic Review And Meta-Analysis Of Familial Prostate Cancer Risk, *British Journal Of Urology International* 2003, 91(9):789-794.
34. Penson DF, Feng Z, Kuniyuki A, McClerran D, Albertsen PC, Deapen D. General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: what influences outcomes? results from the prostate cancer outcomes study. *Journal of Clinical Oncology*, 2003, 21:1147-54.
35. Çapık C. Prostat kanseri taramalarına katılımında engel algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013, 16:185-91.
36. Heidenreich A. Bellmunt J. Bolla M. Et Al. Eau guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease, *Eur Urol*, 2011, 59(1): 61-71.
37. Penson Df. Litwin MS. Aaronson NK. Health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol*, 2003,169(5):1653-1661.
38. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması, Mart 200; (1):25-29.
39. Beser N. Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi. H Y O Dergisi*, 2003; 7(1): 47-58.
40. Yeşilbakan UÖ, Akyol DA, Çetinkaya Y. ve Ark. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hyo Derg* 2005; 21(1): 13-31.
41. Sevban A. Nurgül B. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:6, Sayı:
42. Müezzinoğlu T, Çam K. Selim prostat büyümesinde yaşam kalitesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 2006, 32(2): 254-260.

43. Davison B, Moore K, Macmillan H et al: Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, 2004; 24 (6): 483-489.
44. Fadiloğlu Ç. *Kanser Ve Bakımı, Kronik Hastalıklarda Bakımı* Ege Dahili Tıp Günleri. Meta Basım Matbaacılı. (2003): 83-128.
45. Nekic VC, Tiljak H, Petricek G, Soldo D, Nekic G, Buljan N. Quality of life assessment of the male with benign prostate hypertrophy. *Europe PMC*. 2007, 61(1):49-55
46. Delbar V, Boner DE. Impact of Nursing İntervention on Cancer Patients' Ability to Cope. *Cancer Nursing (Electronic Journal)*, 2001;77(19):57-75.
47. Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R: Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Maliski*, 2001; 28(6):985-992.
48. Birol, L. (1990). *Hemşirelik Süreci (Hemşirelik Bakımında Planla Yaklaşım)*, Şafak Yayınevi, Ankara.
49. Tanagho Ea, Mcaninch JW. *Smith Genel Üroloji. Ondördüncü Baskı. Nobel Tıp kitapçevleri Çeviri Editörü Yrd. Doç. Opr. Dr. Gürkan Kazancı*, 2014, 392-433.
50. Hatipoğlu T. *Üreme sistemi. Anatomi ve Fizyoloji*. Ankara: Hatioğlu Basın ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti; 2012.
51. Emil A, Tanagho MD. *Anatomy of the Genitourinary. Smith's General Urology*, ed 14, Norwalk, Appleton & Lange, 1995, pp 1-16.
52. Bedük Y. Mesane tümörleri. Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N (Editörler). *Temel üroloji*. Ankara: Güneş Kitapevi, 2007. s. 707-26.
53. Milicevic S. The Impact of Benign Prostatic Hyperplasia Surgical Treatment with Turp Method on the Quality of Life. *Acta Inform Med*. 2011, 19(3),142-145.

54. . Roehrborn CG ve McConnell JD: “Etiology, pathophysiology, epidemiology, and natural history of benign prostatic hyperplasia”. In Campbell’s Urology, 2002; 1297-330.
55. Kring D. Bening prostatic Hyperplasia, *Clinical Nurse Specialist*, 2003, 33(5):44-45.
56. Uroonkoloji. Prostat Büyümesi nedir?
[http://www.uroonkoloji.com/selimprostatbuyumesi\(bph\)-prostatbuyumesinedir-8.html](http://www.uroonkoloji.com/selimprostatbuyumesi(bph)-prostatbuyumesinedir-8.html).14.8.2017
57. Peter T, Scardino MD, Kelman J.DR. Teter Scardin’s Prostate Book. The Complete Guide to Overcoming Prostate Cancer, Prostatitis and BPH, Avery. 2 edition, 2005.
58. Brott O. Hereditary Prostate Cancer: Clinical Aspects. *J Urol* 2002; 168:906-913.
59. Lichtenstein P, Niels VH, Pia KV, Anastasia I, Jaakko K, Markku K, Eero P, Axel S, Kari H. Environmental and Heritable Factors in the Causation of Cancer - Analyses of Cohorts of Twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med*. 2000; 343:78-84.
60. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011. *Ca Cancer J Clin*. 2011, (61):212-236.
61. Boehrer U. Clark JA. Communication about prostate cancer between men and their wives. *Journal of Family Practice*. 2001, 50:226-231.
62. Gerber GS, Chodak GW. Rountine screening for cancer pf the prortate. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83: 329-335.
63. Nagler HM. Gerber EW. Homel P. Wanger JR, Norton J. Lebovitch S. Et Al. Digital rectal examina is barrier to population-based prostate cancer creening. *Ulrology*, 2005, 65(6): 1137-1140.
64. Aus G, Charlotte B, Franzen S, Lilja H, Lodding P, Hugosson J. Cumulative Prostate Cancer Risk Assessment with the Aid of the Free-to-Total Prostate Specific Antigen Ratio. *Eur Urol* 2004, 45: 160-165.

65. Akca E. Tur-P Cerrahisinde İrrigasyon Solüsyonu Miktarı Ve Operasyon Süresi İle İlişkili Olarak Hiponatremi Ve Tur Sendromu, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008
66. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Dünya kanser raporu, 2008, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>. 20.08.2015
67. Ayhan H., İyigün E., Göktaş S., Hatipoğlu S. Radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlükler, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008, 50: 180-189
68. Aus G, Damber JE, Hugosson J. Prostate biopsy and anaesthesia: an overview. *Scand J Urol Nephrol*. 2005; 39(2):124-9.
69. Derrett S, Paul C, Morris JM. Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life. *Int J Urol*. 2006; 13(9):1202-6.
70. Özkan P. Prostat Anatomisi, Prostat Fizyolojisi, Ameliyat Türleri. http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/kars/p_a.pdf. 10.11.2017
71. Park R, Martin S, Goldberg JD. et al. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: insights into incidence, effectiveness of intervention, effect on continence, and factors predisposing to occurrence. *Urology*, 2001; 57 (4): 742-6.
72. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Häggman M, Andersson SO, Spangberg A, Busch C, Nordling S, Palmgren J, Adami HO, Johansson JE, Norlén BJ; A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *The New England Journal of Medicine*.2002, 347:781-789.
73. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statistics, 2014. *Ca: A Cancer Journal For Clinicians*.2014;64(1):9-29.
74. Sorrell- Camp D. Radical prostatectomy: what you need to know. *Clin J Oncol Nurs* 2005; 9: 378-380
75. Chapple CR, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: Focus on the bladder. *Eur Urol*, 2006, 49: 651-9.

76. Akyol AD. Yaşam Kalitesi, *Ege Üniversitesi H.Y.Ü. Dergisi*, 1993, 9(2): 75-80
77. Mickeviciene A, Vanagas G, Ulys A, Jievaltas M, Smailyte G, Padaiga Z. Factors affecting health-related quality of life in prostate cancer patients, *Scand J Urol Nephrol* 2012, 46(3): 180-187
78. Weinrich, SP, Faan RN, Seger R, Miller BL, Davis C, Kim S, Wheeler C, Weinrich M. Knowledge of the limitations associated with prostate cancer screening among low-income men. *Cancer Nurs*, 2004, 27(6): 442-451
79. Andersson KE. Storage and voiding symptoms: Pathophysiologic aspects. *Urology*, 2003; 62: 3-10.
80. Yaşam Kalitesi. <https://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf>. 20 Ağustos 2017.
81. Kumar V, Toussi H, Marr C, Hough C, Javle P. The benefits of radical prostatectomy beyond cancer control in symptomatic men with prostate cancer. *BJU Int*, 2004, 93: 507-509.
82. Namıkı S, Toçığı T, Kuwahara M, Ioritani N, Yoshimura K, Teraı A, Nakagawa H, Ishidoya S, Satoh M, Ito A, Saito S, Koınuma N, Araı Y. Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a longitudinal study. *International Journal of Urology*, 2004, 11: 742-749.
83. Petry H, Berry DL, Spichiger E, et al. Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *Int J Nurs Stud* 2004, 41: 507-513.
84. Chan EC, McFall SL, Byrd TL, Mullen PD, Volk RJ, Ureda J, et al. A community-based intervention to promote informed decision making for prostate cancer screening among Hispanic American men changed knowledge and role preferences: a cluster RCT. *Patient Educ Couns*, 2011, 84: 44-51.
85. Amerikan Kanser Birliği. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2. Baskı, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1998.

86. Dunn MW, Kazer MW. Prostate cancer overview. *Semin Oncol Nurs*, 2011, 27: 241-50
87. Kocaçal E, Khorsid L. Radikal prostatektomi sonrası görülen geç dönem komplikasyonların yönetiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu*, 2006, 9:14-19.
88. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21: 63-77.
89. Armut S., Kılıç D. Geriatrik yaş grubunda benign prostat hiperplazisi semptomlarının yaşam kalitesine etkisi. *İç Hastalıklar Dergisi*. 2014, 21(4):161-168.
90. Elaltuntaş EY. Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
91. Dominguez JL. Romero R. Active surveillance in prostate cancer and quality of life. *Arch Esp Urol*, 2014, 67(5):487-494.
92. Büker N, Koç S, Tuncay ÖL, Şavkın R, Zümrütbaş AE. Transüretral Prostat Rezeksiyonu Sonrasında Erken Dönem Yaşam Kalitesindeki Değişiklikler. *J Kartal TR* 2014, 25(3): 220-224
93. Davison BJ. Moore K N, Macmillan H, Bisailon A, Wiens K. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, 2004; 24 (6): 483-489.
94. Erci B. Kılıç D. Tortumluoğlu G. Ailelere Verilen Bakımın Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 4(1), 33-40.

95. Chapple RC, Roehrborn GC. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: Focus on the bladder. *European Urology*, 2006, 49;651–659
96. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21: 63-77.
97. Kocaçal E, Khorsid L. Radikal prostatektomi sonrası görülen geç dönem komplikasyonların yönetiminde hemşirenin rolü, *Hemşirelik Forumu*, 2006, 9: 14-19.
98. Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Incidence, Management, and Prevention. *European Urology*, 2006, 50: 969–980.
99. Yıldırım M. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
100. Koca O, Keleş MO, Güneş M, Öztürk M, Akyüz M, Karaman Mİ. Benign prostat hiperplazisi bulunan hastalarda nokturinin desmopressin ile tedavisi. *Turkish Journal of Urology*, 2012, 38(1);29-31.
101. Ficarra V, Novara G, Galfano A, Stringari C, Baldassarre R, Cavalleri S, Artibani W. 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*, 2005. 97, 274-278.
102. Dirim A, Özkardeş H. Bening prostat hiperplazisine güncel tıbbi yaklaşımda fitoterapinin rolü varmı? *Üroloji Bülteni*, 2009, 4: 29-33.
103. Kim JS, Moon VN. Factors influencing health-related quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia. *Journal of Korean Academy Nursing*, 2010, 40: 287-297.

104. Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006
105. Ardahan M, Temel AB. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 22(2): 1-14.
106. Acar NB. The relationship between quality of life and depression in elderly women with urinary incontinence. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
107. Wellam F, Yu-Ko, WF, Sawatzky J. Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: a nursing framework, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008, 12(4): 647-654.
108. Huri M, Huri E, Kayhan H. Metastatik Prostat Kanserli Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Duygu Durumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2015, 3(2): 71-78
109. Prostat Kanseri Derneği. Prostat kanserinin psikolojik etkileri <http://www.prostatkanseriderneği.org/prostat-kanserinin-psikolojik-etkileri>. 20 Kasım 2017.
110. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(1): 47- 58.
111. Yoshimura K, Arai Y, Ichioka K, Terada N, Matsuta K, Okubo K. Symptom-Specific Quality of Life in Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *International Journal of Urology*, 2002, 9, 485–490.
112. Suzuki H, Yano M, Awa Y, Nakatsu H, Egoshi K, Mikami K, Ota S, Okano T, Hamano S, Ohki T, Furuya Y, Ichikawa T. 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.

113. Faydacı G, Metin M, Eryıldırım B, Tarhan F, Tuncer M, Özgül A. Lokalize ve metastatik prostat kanserli hastalarda tedavi sonrası yaşam kalitesi değişiklikleri. *Turkish Journal of Urology*, 2011, 37(3):184-190



8. EKLER

EK- 1. Hasta Tanıtım Formu

A. Dosya Bilgileri

1. Tanı: Ameliyat türü:.....Ameliyat tarihi:.....
2. Tanı süresi:
3. Metastaz durumu: a) Yok b) Var (Bölge / bölgeleri açıklayınız)
4. Tedavi şekli: a) Kemoterapi b) Radyoterapi c) Cerrahi
d) Diğer (Açıklayınız)
5. Uygulanan toplam kür sayısı:.....
6. En son uygulanan kemoterapi zamanı:.....
7. Kanser dışında başka hastalığın varlığı: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - a) Hastalık yok
 - b) Hipertansiyon
 - c) Koroner arter hastalığı
 - d) Konjestif kalp yetmezliği
 - e) Solunum sistemi hastalığı
 - f) Gastrointestinal sistem hastalığı
 - g) Nörolojik sistem hastalığı
 - h) Kas-iskelet sistemi hastalığı
 - i) Diyabet
 - j) Hepatit B / Hepatit C
 - k) Diğer (Açıklayınız)
8. Kronik hastalığı için kullanılan ilaçlar var mı?
 - a) Yok b) Var.....

B. Demografik Sorular

- 1- Doğum yılınız.....
- 2- Eğitim Durumunuz
 - a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul mezunu
 - d) Orta öğrenim (Orta okul-Lise mezunu) e) Yüksek okul mezunu
- 3- Medeni durumunuz
 - a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış
- 4- Mesleğiniz
 - a) İşçi b) Serbest meslek c) Memur d) Emekli e) İşsiz f) Diğer.....

EK- 1. (Devam) Hasta Tanıtım Formu

5- Çalışma Durumunuz

- a) Tam gün çalışma
- b) Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma
- c) Hiç çalışmama

6- Gelirin/Kazancın giderlerinizi karşılama durumu nedir?

- a) Karşılıyor
- b) Karşılmıyor

7- Yaşamınızın en fazla geçtiği yer neresidir? (Son on yıldır)

- a) Köy-kırsal bölge
- b) Şehir-kentsel bölge

8- Yaşamınızı kimlerle paylaşıyorsunuz?

- a) Eşimle
- b) Diğer aile bireyleriyle
- c) Yalnız
- d) Diğer.....

9- Sağlık güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

C. Hastalığa Yönelik Sorular

10- İdrar yapamamanızın nedenini biliyor musunuz? (Yanıtınız evet ise açıklayınız)

- a) Evet
- b) Hayır

11- Sizi en çok rahatsız eden şikayetiniz nedir?

- a) Sık sık idrara çıkma
- b) İdrarın tam boşalamaması ve damla damla gelmesi
- c) İdrar yaparken yanma hissi
- d) Kanlı idrar yapma
- e) Ağrı
- f) Diğer.....

12- Gece kaç defa idrara çıkıyorsunuz ?

- a) Hiç
- b) 1-2 defa
- c) 3-4 defa
- d) 5-6 defa
- e) 6 defa ve fazlası

13- Prostat hastalığı hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

14- Yanıtınız “evet” ise nereden bilgi aldınız?

- a) Hemşire
- b) Hekim
- c) Gazete-dergi
- d) Televizyon
- e) İnternet
- f) Diğer.....

15- Prostat ameliyatı sonrası eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

16- Yanıtınız “evet” ise nereden bilgi aldınız?

- a) Hemşire
- b) Hekim
- c) Gazete-dergi
- d) Televizyon
- e) İnternet
- f) Diğer.....

17- Prostat bezi ne işe yarar biliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Yeterli değil (Yanıtınız evet ise açıklayınız)

EK- 1. (Devam) Hasta Tanıtım Formu

- 18-** Prostat hastalığının belirtilerini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil
- 19-** Prostat hastalığında tedavi yöntemlerini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil (Yanıtınız evet ise açıklayınız).....
- 20-** İdrar sondası nedir biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil (Yanıtınız evet ise açıklayınız)
- 21-** İdrar sondası nasıl kullanılır biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil (Yanıtınız evet ise açıklayınız).....
- 22-** İdrar sondasını ne süreyle kullanacağınızı biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil
- 23-** İdrar sondasının temizliğinin nasıl yapılacağını biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil (Yanıtınız evet ise açıklayınız).....
- 24-** Ameliyatın cinselliğinizi etkileyeceğini düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 25-** Ameliyattan sonra özellikle yapılması gereken egzersizleri biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Yeterli değil
- 26-** Hangi durumlarda doktora başvurmanız gerektiğini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır (Yanıtınız evet ise açıklayınız).....
- 27-** Hastalığınıza bağlı endişeleriniz var mı?
a) Evet b) Hayır
- 28-** Yanıtınız “evet” ise ne tür endişeleriniz var?
a) Ailemle ilgili b) Kendimle ilgili c) İşimle ilgili
d) Geleceğimle ilgili e) Ölüm ile ilgili

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK-3. Etik Kurul Raporu

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Ali GÜNDÜZ' ün, "PROSTAT TÜMÖRLÜ HASTALARDA AMELİYAT SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	04/09
Karar Tarihi	28.08.2015
Karar No.	98

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

İMZA

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	
		

EK -4. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T. C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneler
Birliği Genel Sekreterliği



Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

SAYI : 28295788/

KONU : Ali GÜNDÜZ

ATATURK E.A.H.
28295/88
16-11-2015 09:43:00 / GİDEN 12078

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
ANKARA

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Ali GÜNDÜZ' ün
Yard.Doç.Dr.Sema KOÇAŞLI'nın danışmanlığında yürüttüğü tez çalışmalarını sağlık tesisimizde yapması
tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Murat AKÇAY
Hastane Yöneticisi

EK-5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzin Yazısı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu**

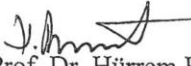
Sağ


Başvuru No : 1068/2015
Karar No : 2015/1068


23.12.2015

**Sayın; Araş. Gör. Ali Gündüz
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin 07/12/2015 tarihli ve 24739 sayılı yazısıyla genel sekreterliğimize bildirilen, Yrd. Doç. Dr. Sema Kocaşlı danışmanlığında yürütülecek olan '*Prostat tümörlü hastalarda ameliyat sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*' konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)


Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan yrd.)


Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)

Prof. Dr. Adem ÖZKAR
(Üye)

Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)

Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)

EK- 6. Aydınlatılmış Onam

Sayın Katılımcı;

Çalışma Prostat tümörlü hastalarda ameliyat sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Dolduracağınız anket yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Araştırmanın etkinliği sorulara vereceğiniz doğru ve eksiksiz cevaplarla sağlanacaktır. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Ankete isminizi yazmanız gerekli değildir. Katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için;

Tlf: 05398425161

E-posta: gunduz.a14@gmail.com ile iletişim kurabilirsiniz.

Ankete katılmayı kabul eder misiniz?

Evet

Hayır

Hasta adı-soyadı:

Hasta iletişim bilgileri:

Zamanım yok

Araştırmacı;

Etkili olduğumu düşünmüyorum

Ali GÜNDÜZ

EK- 7. Ek Tablolar

Ek Tablo 1. Ameliyatın cinselliği etkileyeceğine inanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	Hayır (n=52) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Evet (n=43) Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Z	p
FS				
PostOp 2. Gün	80.73±16.16 84.44 (33.33-100) ^a	83.20±14.53 86.67 (33.33-100) ^a	0.645	0.519
PostOp 1. Ay	76.15±16.76 77.78 (37.78-100) ^b	82.95±14.56 84.44 (46.67-100) ^b	1.898	0.058
PostOp 3. Ay	88.97±14.61 93.33 (33.33-100) ^{a,b}	93.39±14.31 100 (26.67-100) ^{a,b}	2.533	0.011
χ²; p	29.625; <0.001	33.020; <0.001		
SFS				
PostOp 2. Gün	82.37±24.57 100 (0-100)	82.95±24.53 100 (0-100) ^a	0.065	0.948
PostOp 1. Ay	82.69±20.07 100 (33.33-100)	86.43±21.90 100 (0-100)	1.186	0.236
PostOp 3. Ay	91.99±16.99 100 (33.33-100)	95.74±14.59 100 (16.67-100) ^a	1.444	0.149
χ²; p	11.691; 0.003*	18.711; <0.001		
SS				
PostOp 2. Gün	18.54±16.25 11.9 (0-59.52) ^a	18.16±14.02 14.29 (0-57.14) ^a	0.214	0.831
PostOp 1. Ay	22.21±16.49 20.24 (0-64.29) ^b	15.06±12.43 16.67 (0-47.62) ^b	2.066	0.039
PostOp 3. Ay	7.65±12.55 0 (0-45.24) ^{a,b}	5.92±13.82 0 (0-73.81) ^{a,b}	1.039	0.299
χ²; p	42.011; <0.001	45.299; <0.001		
HS				
PostOp 2. Gün	29.49±27.38 33.33 (0-88.89) ^a	31.01±24.91 33.33 (0-66.67) ^a	0.517	0.605
PostOp 1. Ay	33.33±25.09 33.33 (0-88.89) ^b	25.06±20.30 22.22 (0-66.67) ^b	1.602	0.109
PostOp 3. Ay	11.54±19.55 0 (0-66.67) ^{a,b}	9.04±20.47 0 (0-88.89) ^{a,b}	1.081	0.280
χ²; p	34.863; <0.001	31.669; <0.001		
GSS				
PostOp 2. Gün	62.66±21.48 66.67 (16.67-100) ^a	61.05±29.25 66.67 (0-100) ^{a,c}	0.072	0.943
PostOp 1. Ay	72.28±13.98 66.67 (50-100) ^b	76.16±15.91 75 (50-100) ^{a,b}	1.147	0.251
PostOp 3. Ay	85.74±15.33 83.33 (16.67-100) ^{a,b}	87.40±13.77 83.33 (33.33-100) ^{b,c}	0.537	0.591
χ²; p	50.193; <0.001	44.734; <0.001		

^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Ek Tablo 1.'de bireylerin ameliyatın cinselliği etkileyeceğine inanma durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarının dağılımlı yer almaktadır. Ameliyatın cinselliği etkileyeceğini düşünen bireylerin, operasyondan sonra 3. aydaki fonksiyonel skorlarının diğer bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.011$). Bireylerin, operasyondan sonra 3. aydaki sosyal fonksiyon, semptom, halsizlik ve genel sağlık skorlarının her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Ameliyatın cinselliği etkilemeyeceğini düşünen bireylerde sosyal fonksiyon skorlarının zamanla anlamlı bir değişim göstermediği tespit edilmiştir ($p= 0.003$ olmasına rağmen grup içi karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir). Ameliyatın cinselliği etkilemeyeceğini düşünen bireylerin fonksiyon, semptom, halsizlik ve genel sağlık skorlarının zamanla değişiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Ek Tablo 2. Gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

	1-2 Kere (n=33)		3-4 Kere (n=30)		5-6 Kere (n=15)		6 kereden fazla (n=13)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
FS										
PostOp 2.gün	84.98±13.90	82.89±13.97	87.78 (51.11-100) ^a	77.63±15.77	84.44 (33.33-95.56) ^a	74.70±21.01	4.565	0.207		
PostOp 1.Ay	86.67 (48.89-100) ^a	80.30±15.29	80 (42.22-100) ^b	75.56 (53.33-97.78)	73.16±17.27	6.873	0.076			
PostOp 3.Ay	83.97±16.16	80 (42.22-100) ^b	92.00±14.40	75.56 (46.67-93.33) ^a	71.11 (46.67-100)	6.395	0.094			
	93.6±11.15	98.89 (33.33-100) ^{a,b}	93.33 (55.56-100) ^a	87.41±13.53	85.30±23.03	8.939; 0.011				
χ^2 ; p	17.963; < 0.001	23.368; < 0.001	11.474; 0.003	8.939; 0.011						
SFS										
PostOp 2.gün	87.88±19.22	80.56±27.71	100 (33.33-100)	77.78±24.93	78.21±30.72	2.397	0.494			
PostOp 1.Ay	87.88±16.81	83.89±19.32	100 (33.33-100)	83.33 (33.33-100)	83.33 (0-100)	1.724	0.632			
PostOp 3.Ay	100 (50-100)	100 (33.33-100)	92.22±18.43	83.33 (33.33-100)	100 (0-100)	0.080	0.994			
	94.95±11.40	100 (33.33-100)	100 (66.67-100)	95.56±9.89	89.74±25.94	4.741; 0.093				
χ^2 ; p	7.720; 0.021 *	7.600; 0.022 *	6.788; 0.034 *	6.788; 0.034 *						
SS										
PostOp 2.gün	14.43±12.31	18.49±14.78	13.1 (0-54.76) ^a	23.65±17.85	19.05 (2.38-57.14) ^a	4.913	0.178			
PostOp 1.Ay	11.9 (0-45.24) ^a	19.37±16.30	17.86 (0-57.14) ^b	23.33±13.95	24.91±15.78	7.494	0.058			
PostOp 3.Ay	14.14±14.10	5.00±9.89	0 (0-38.1) ^{a,b}	9.21±13.34	13.37±22.41	1.749	0.626			
	11.9 (0-64.29) ^b	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-40.48) ^{a,b}	26.640; < 0.001	16.964; < 0.001	8.680; 0.013				
χ^2 ; p	28.949; < 0.001	26.640; < 0.001	16.964; < 0.001	16.964; < 0.001						

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Ek Tablo 2. (Devam) Gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.

HS	1-2 Kere (n=33)		3-4 Kere (n=30)		5-6 Kere (n=15)		6 kereden fazla (n=13)		χ^2	P
	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)	Ort±S	Ortanca (Min-Maks)		
PostOp 2.gün	24.92±25.76		30.00±25.80		42.22±24.56		33.33±29.05		4.173	0.243
	11.11 (0-77.78) ^a		27.78 (0-77.78) ^a		44.44 (0-88.89) ^a		33.33 (0-88.89)			
PostOp 1.Ay	22.90±21.33		29.63±23.40		40.74±22.49		35.04±27.91		6.775	0.079
	22.22 (0-77.78) ^b		33.33 (0-77.78) ^b		44.44 (0-88.89) ^b		33.33 (0-77.78)			
PostOp 3.Ay	8.42±18.22		6.67±14.76		16.30±23.71		18.80±28.83		4.450	0.217
	0 (0-66.67) ^{a,b}		0 (0-66.67) ^{a,b}		0 (0-66.67) ^{a,b}		0 (0-88.89)			
χ^2 ; p	20.409; <0.001		21.912; <0.001		12.905; 0.002		6.821; 0.033*			
GSS										
PostOp 2.gün	67.17±26.43		62.50±28.00		48.33±18.69		62.18±18.51		6.451	0.092
	66.67 (16.67-100) ^a		66.67 (0-100) ^a		50 (16.67-83.33) ^a		66.67 (33.33-91.67) ^a			
PostOp 1.Ay	78.79±15.32		74.44±15.77		66.11±4.95		71.15±15.07		8.964	0.030
	83.33 (50-100) ¹		70.83 (50-100) ^b		66.67 (50-75) ¹		75 (50-91.67)			
PostOp 3.Ay	89.14±10.52		87.50±18.01		81.11±11.12		83.33±18.63		6.874	0.076
	91.67 (66.67-100) ^a		91.67 (16.67-100) ^{a,b}		83.33 (50-100) ^a		83.33 (33.33-100) ^a			
χ^2 ; p	32.089; <0.001		23.196; <0.001		20.462; <0.001		14.857; 0.001			

¹ Gruplar arası karşılaştırma: p<0.05

^{a,b} Grup içi karşılaştırma: p<0.05

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Ek Tablo 2.'de bireylerin gece idrara çıkma sıklığına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin gece idrara çıkma sıklıklarına göre fonksiyonel, sosyal fonksiyon, semptom ve halsizlik skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gece idrara 1-2 kere çıkan bireylerin, operasyon sonrası 1. ay genel sağlık skorlarının, 5-6 kere idrara çıkan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gece idrara 1-2 ve 3-4 kere çıkan bireylerde, operasyon sonrası 3. ay fonksiyonel skorların ilk iki zamana ait skorlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal fonksiyonel skorlarının hiçbir grupta zamanla anlamlı bir değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Semptom skorlarının tüm gruplarda, operasyon sonrası 3. ayda ilk iki zamana göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü saptanmıştır ($p<0.05$).

Gece idrara 3-4 kere çıkan bireylerde, diğer bireylerden farklı olarak, operasyon sonrası 3. ay genel sağlık skorunun operasyon sonrası 1. ay genel sağlık skorundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Gruplarda tüm alt boyutlar için zamana göre skor değişimlerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

EK-8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Ali GÜNDÜZ
Doğum tarihi	: 01.07.1985
Doğum yeri	: Samandağ
Medeni hali	: Bekâr
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:
Faks	:
E-mail	: gunduz.a14@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Açık Öğretim Lisesi
Ön Lisans	: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Lisans	: Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi
Lisans	: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	