

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ  
HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİ  
İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ahmet KARAYİĞİT**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ**

**ORDU-2023**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Ahmet Karayiğit tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nurgül Bölükbaş danışmanlığında yürütülen “Benign Prostat Hiperplazili Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesi İlişkisi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 08/06/2023 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Başkan : Prof. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ İmza  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hanife DURGUN İmza  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yeşim YAMAN İmza  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Giresun Üniversitesi

## ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../20... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza  
Enstitü Müdürü  
Unvanı, Adı ve Soyadı

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Ahmet KARAYİĞİT

## TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, sabırlı, üreten, yol gösteren ve paylaşan, her konuda yanımda olduğunu hissettirerek motive eden değerli danışmanım Prof. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ hocama,

Her türlü bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, beni destekleyip, güvenen Nefroloji Uzmanı Dr. Yasin ERYILMAZ'a,

Tez savunma sınavımda yer alıp değerli fikirlerini paylaşan Doç. Dr. Hanife DURGUN ve Doç. Dr. Yeşim YAMAN hocalarıma,

Çalışmanın istatistiksel analizine destek olan Dr. Nurşen KULAKAÇ'a, tezimin düzenlenmesinde desteklerini esirgemeyen Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı Sayın Doç. Dr. Erdal ARI'ya,

Veri toplama aşamasında destek olan Üroloji biriminin değerli hemşire ve hekimlerine,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm hastalara, her zaman yanımda olduklarını bildiğim Ordu Devlet Hastanesi'ndeki kıymetli mesai arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim başta annem ve babam olmak üzere tüm aile bireylerime,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ahmet KARAYİĞİT

## ÖZET

### BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

**Amaç:** Bu araştırma, benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 25 Ağustos 2022-25 Aralık 2022 tarihleri arasında Ordu ilinde yer alan bir devlet hastanesinin üroloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden benign prostat hiperplazisi tanılı 197 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği ve Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Bağımsız Örneklem T testi, Tek Yönlü Varyans analizi, Tukey/Dunnet testleri, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Pearson korelasyon analizi ve Lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $65.54 \pm 8.09$  yıl, %93.9'u evli, %54.8'i ilkokul mezunu, %73.6'sı emeklidir. IPSS puan ortalaması  $21.29 \pm 7.83$ , BPH-YK Ölçeği puan ortalaması  $25.65 \pm 11.42$ , Uyku Problemleri İndeksi I puan ortalaması  $31.40 \pm 13.40$  ve Uyku Problemleri İndeks II puan ortalaması  $29.63 \pm 12.47$  olarak bulunmuştur. Yapılmış olan korelasyon ve regresyon analizi sonuçlarına göre katılımcıların BPH-YK Ölçeği puan ortalaması ile MOS Uyku Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Ayrıca yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların IPSS ortalaması ile BPH-YK Ölçeği puan ortalaması ve MOS Uyku Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Sonuç:** Benign prostat hiperplazili hastaların uyku kalitesi azaldıkça yaşam kalitesinin de azaldığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Benign prostat hiperplazisi, uyku kalitesi, yaşam kalitesi, hemşirelik.

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP OF SLEEP AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

**Aim:** This study was conducted to examine the relationship between sleep and quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia.

**Material and Method:** This research was conducted in a descriptive and relationship-seeking type. The sample of the study consisted of 197 patients with a diagnosis of benign prostatic hyperplasia who applied to the urology outpatient clinic of a state hospital in Ordu between 25 August 2022 and 25 December 2022 and voluntarily accepted to participate in the study. Personal Information Form, International Prostate Symptom Score (IPSS), Benign Prostatic Hyperplasia Quality of Life (BPH-QOL) Scale and Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale were used as data collection tools. Descriptive statistical methods, Independent Sample T test, One-Way Analysis of Variance, Tukey/Dunnet tests, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Pearson correlation analysis and Linear regression analysis were used in the analysis of the data.

**Results:** The mean age of the participants was  $65.54 \pm 8.09$  years, 93.9% were married, 54.8% were primary school graduates, and 73.6% were retired. The IPSS mean score was  $21.29 \pm 7.83$ , the BPH-QOL Scale mean score was  $25.65 \pm 11.42$ , the Sleep Problems Index I mean score was  $31.40 \pm 13.40$ , and the Sleep Problems Index II score was  $29.63 \pm 12.47$ . According to the results of the correlation and regression analysis, a statistically significant difference was found between the participants' BPH-QoL Scale mean score and MOS Sleep Scale sub-dimension mean score ( $p < 0.001$ ). In addition, according to the results of the analysis, a statistically significant difference was found between the participants' IPSS mean and BPH-QOL Scale mean score and MOS Sleep Scale sub-dimension mean score ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** It has been determined that the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia decreases as the sleep quality decreases.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia, sleep quality, quality of life, nursing.

## İÇİNDEKİLER

<b>KAPAK</b> .....	
<b>ONAY</b> .....	
<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	I
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	II
<b>ÖZET</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	V
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	X
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	X
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	XII
<b>EKLER</b> .....	XIII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Prostatın Anatomisi .....	4
2.2. Benign Prostat Hiperplazisi .....	4
2.2.1. Tanım .....	5
2.2.2. İnsidans .....	5
2.2.3. Etiyoloji .....	6
2.2.4. Komplikasyonlar .....	7
2.2.5. Belirti ve Bulgular .....	7
2.2.6. Tanılama .....	8
2.2.7. Tedavi .....	12

2.2.7.1. İzlem.....	12
2.2.7.2. Medikal Tedavi.....	12
2.2.7.3. Minimal İnvaziv Yöntemler.....	13
2.2.7.4. Cerrahi Tedavi.....	14
2.2.8. Benign Prostat Hiperplazisi ve Hemşirelik Bakımı.....	15
2.3. Uyku.....	16
2.3.1. Tanım.....	16
2.3.2. Uykunun Evreleri.....	17
2.3.2.1. Yavaş Dalga Uykusu-NREM.....	17
2.3.2.2. Hızlı Uyku Evresi-REM.....	18
2.3.3. Uyku Kalitesi.....	18
2.3.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	19
2.3.4.1. Yaş.....	19
2.3.4.2. Cinsiyet.....	19
2.3.4.3. Fiziksel Aktivite.....	19
2.3.4.4. Emosyonel Durum.....	20
2.3.4.5. Sigara.....	20
2.3.4.6. Alkol.....	20
2.3.4.7. Kafein.....	21
2.3.4.8. Diyet.....	21
2.3.4.9. Yaşam Tarzı.....	21
2.3.4.10. İlaçlar.....	21
2.3.5. Benign Prostat Hiperplazisi ve Uyku İlişkisi.....	22
2.4. Yaşam Kalitesi.....	23
2.4.1. Tanım.....	23
2.4.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	24
2.4.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	24



2.4.4. Benign Prostat Hiperplazisi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi .....	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	27
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri .....	27
3.4. Araştırma Soruları .....	28
3.5. Veri Toplama Araçları .....	28
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.5.2. İnternational Prostate Symptom Score (IPSS).....	28
3.5.3. Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği.....	29
3.5.4. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği.....	30
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	30
3.7.1. Bağımlı Değişkenler .....	30
3.7.2. Bağımsız Değişkenler .....	30
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	31
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>41</b>
5.1. BPH'li Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile BPH-YK Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Verilerin Tartışılması. ....	41
5.2. BPH'li Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile IPSS Ölçeği Puan Ortalamasının Tartışılması .....	44

5.3. BPH'li Hastaların Sosyodemografik Verileri ile MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tartışılması. ....	46
5.4. BPH'li Hastaların IPSS Puan Ortalaması ile BPH-YK ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması. ....	49
5.5. BPH'li Hastaların BPH-YK Ölçeği ile MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tartışılması. ....	50
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
6.1. Sonuçlar .....	52
6.2. Öneriler .....	54
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>56</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>72</b>
<b>EK 1:</b> Etik Kurul Onayı.....	72
<b>EK 2:</b> Kurum İzin Yazısı.....	73
<b>EK 3:</b> Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği Kullanım İzni.....	74
<b>EK 4:</b> Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	75
<b>EK 5:</b> Kişisel Bilgi Formu.....	76
<b>EK 6:</b> Medical Outcomes Study Uyku Ölçeği .....	78
<b>EK 7:</b> Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	79
<b>EK 8:</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	81
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>82</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Erkek üreme sistemi anatomisi.....	4
<b>Şekil 2.2.</b> Normal prostat ve benign prostat hiperplazisi.....	5

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.1.</b> Benign Prostat Hiperplazisi Tanısında Avrupa Üroloji Birliği ve Amerikan Üroloji Birliği Önerileri.....	9
<b>Tablo 1.2.</b> Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS).....	10
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özelliklerin Dağılımı..	33
<b>Tablo 4.3.</b> BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Cronbach Alfa Değerleri.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	39
<b>Tablo 4.6.</b> BPH-YK Ölçeği ile Bağımsız Değerşkenler Arasındaki Çoklu Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	40

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
REM	: Rapid Eye Movement
NREM	: Non Rapid Eye Movement
AÜSS	: Alt Üriner Sistem Semptomları
IPSS	: Uluslararası Prostat Semptom Skoru
BPO	: Benign Prostatik Obstrüksiyon
DHT	: Dihidrotestosteron
EAU	: Avrupa Üroloji Birliği
AUA	: Amerikan Üroloji Birliği
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
PMRI	: Postmiksiyonel Rezidü İdrar
TRUS	: Transrektal Ultrason
TUR-P	: Transüretral Prostat Rezeksiyonu
TUMT	: Transüretral Mikrodalga Tedavisi
TUNA	: Transüretral İğne Ablasyon Tedavisi
HIFU	: Yüksek Yoğunluklu Odaklanmış Ultrason
TÜİP	: Transüretral Prostat İnsizyonu
EEG	: Elektroensefalografi
NSF	: Ulusal Uyku Vakfı
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu
HRQOL	: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

SS	:	Standart Sapma
p	:	Önemlilik Seviyesi
KW	:	Kruskall Wallis Testi
F	:	Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Z	:	Mann Whitney U Testi
t	:	Bağımsız Örneklem t Testi

## EKLER

<b>Ek No</b>		<b>Sayfa No</b>
<b>Ek 1.</b>	Etik Kurul Onayı.....	72
<b>Ek 2.</b>	Kurum İzin Yazısı.....	73
<b>Ek 3.</b>	Medical Outcomes Study Uyku Ölçeği Kullanım İzni.....	74
<b>Ek 4.</b>	Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	75
<b>Ek 5.</b>	Kişisel Bilgi Formu.....	76
<b>Ek 6.</b>	Medical Outcomes Study Uyku Ölçeği.....	78
<b>Ek 7.</b>	Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	79
<b>Ek 8.</b>	Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	81

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostatın stromal ve glandüler hücrelerinin hiperplazisi ile ortaya çıkan, erkeklerde yaşla birlikte görülme sıklığı artan patolojik bir durumdur (Ayyıldız ve ark., 2018; Çelik, 2021). BPH görülme sıklığı 40 yaşından sonra artar, yaşam boyu tüm erkeklerin yaklaşık %50'sinde görülür. BPH prevalansı 30-40 yaş arasında %10 iken, 50 yaş ve üzeri erkeklerde %14-30, 60-70 yaş aralığında %50-60 olup 80 yaşından sonra bu oran %90'a kadar yükselebilir (Lee ve ark., 2017; Bozkurt ve ark., 2018). Yüksek morbidite ve düşük mortalite oranına sahip bir hastalık olarak tanımlanan BPH, yaşlı nüfusta artış ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001; Lee ve ark.,2017; Bozkurt ve ark., 2019).

BPH'nin etiolojisinde birden çok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Bu risk faktörleri arasında etkisi kesinleşen, yaşlanma ve işlevsel testislerin varlığıdır. Diğer risk faktörleri arasında diyabetes mellitus, obezite, metabolik sendrom, sigara, yaşam tarzı ve kalıtım yer almaktadır (Özen, 2016).

BPH tedavisinde üriner enfeksiyon, böbrek yetmezliği, hematüri gibi komplikasyonlar gelişmediğinde ilk basamak farmakolojik tedavidir. Eğer bu tip komplikasyonlar gelişirse cerrahi tedavi yapılmaktadır (Çam, 2009).

Prostat dokusu büyüdükçe idrar kanalını daraltır, daralmaya bağlı olarak idrara sık çıkma, idrar yaparken zorlanma, idrar kaçırma, idrar yaparken ağrı olması, idrar yaptıktan sonra mesanede dolgunluk hissinin devam etmesi gibi belirtiler oluşabilir (Koca-Çalışkan ve ark., 2019). Bu şikayetler hastalarda özellikle anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, boş zamanın değerlendirilmesinde yetersizlik ve öz güvende azalma gibi durumların gelişmesine sebep olmaktadır (Işıkkay ve Bozlu, 2009).

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku; organizmanın dış uyaranlara karşı cevap verme eşiğinin arttığı, geriye dönüşümlü bir süreçtir (Algın ve ark., 2016). İnsan yaşamının yaklaşık üçte biri uykuda geçer. Uyku Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisinde ilk basamakta, fizyolojik gereksinimler arasında yer



almaktadır (Sakman, 2019). Uyku hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (Rapid Eye Movement) ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM (Non-Rapid Eye Movement) aşamalarından oluşmaktadır. Uykunun yaklaşık % 80'i NREM ve % 20'si REM evresinde geçmektedir (Algın ve ark., 2016).

Uyku kalitesi; bireyin sabah uandıktan sonra kendini formda, enerjik ve güne hazır hissetmesidir (Sakman, 2019). Uyku kalitesi ekonomik durum, yaşam biçimi, sosyal hayat, çevresel etkenler, stres gibi pek çok faktörden etkilenebilir (Şenol ve ark., 2012). Sağlıklı bir birey günde ortalama 7-8 saat uykuya gereksinim duymaktadır. Bu gereksinimin karşılanması bireyde fiziksel, psikososyal iyilik halinin oluşmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Sakman, 2019). BPH alt üriner sistem semptomlarına (AÜSS) ve noktüriye sebep olur, noktüri hastaların uyku kalitesini etkileyerek günlük yorgunluğa ve enerji düşüklüğüne neden olmaktadır (Niu ve ark., 2021). Sarıkaya ve ark. (2020) yapmış olduğu çalışmada BPH hastalarının uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.

Prostat dokusunun büyümesi idrar yollarında tıkanıklığa yol açarak birçok probleme yol açmaktadır. Bu problemlere bağlı olarak hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Avrupa üroloji kılavuzlarında BPH'li hastanın yönetiminde temel hedefin yaşam kalitesini yükseltmek olduğu şeklindedir (Çam, 2005). BPH'ye bağlı olarak ortaya çıkan AÜSS günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek kişilerin verimliliğini azaltır bunun sonucunda yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir (Kaya, 2014). Birleşik Krallık'ta 50 yaş ve üstü 1500 erkekte BPH'nin yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır; araştırmaya katılan kişilerde hareket kısıtlılığı, günlük aktivitede zorlanma, ağrı, anksiyete başta olmak üzere semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu belirlenmiştir (Trueman ve ark., 1999). Uluslararası yapılmış olan başka bir çalışmada da AÜSS'nin BPH'li hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Boyle ve ark., 2003).

BPH'de hastaların yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri belirlemek önem arz etmektedir. Literatür incelendiğinde BPH'li bireylerde uyku ve yaşam kalitesi ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemek BPH'li bireylere

sunulan hemşirelik bakımının kalitesini arttıracığı ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku kalitesi ne düzeydedir?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

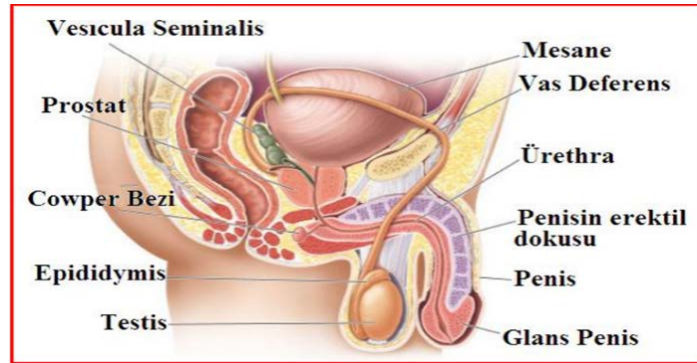
## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prostatın Anatomisi

Erkek üreme sisteminin en büyük bezi olan prostat, pelvisin derinine yerleşmiş kapsülle çevrili fibromusküler ve glandüler bir organdır. Prostat bezinin boyu 3.5, eni 4.5, kalınlığı 2 cm'dir ve yaklaşık 20 gr ağırlığındadır (Özen, 2016; Ittmann, 2018). Anatomik olarak mesanenin hemen alt bölümünde, simfizis pubisin arkasında, rektumun önünde yer alır (Koca-Çalışkan ve ark., 2019). Bu komşuluk rektal tuşe ile prostatın muayenesine olanak sağlar (Ittmann, 2018).

Prostat, epitel ve stroma olmak üzere iki ana bölümden oluşur. Epitel hücreleri bez salgı fonksiyonlarını sağlarken, stromal hücreler destekleyici dokuyu oluşturur ve bez homeostazisi için uygun ortamı sağlar (Alshahrani ve ark., 2013; Aaron ve ark., 2016). Prostat hacminin %70'ini periferik zon, %25'ini santral zon ve %5'ini transizyonel zon oluşturur. Benign prostat hiperplazisi transizyonel zondan köken alır (Amin ve ark., 2010; Kaya, 2014; Kılıç, 2018).

Prostat bezi alkali özellikte opak bir sıvı salgılayarak spermilerin hayatta kalmasına ve kolay hareket etmesine olanak sağlar. Bu sıvı ejakülasyon sırasında üretradan dışarıya atılır (Kaya, 2014; Ittmann, 2018).

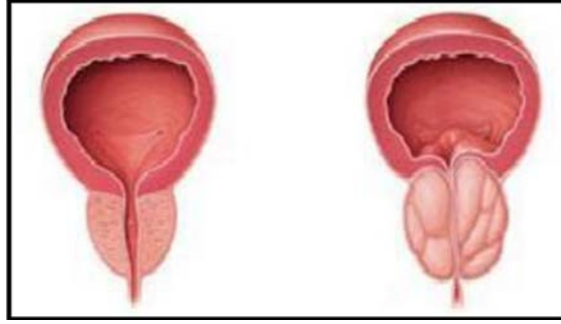


Şekil 2.1. Erkek Üreme Sistemi Anatomisi (MEB, 2012).

## 2.2. Benign Prostat Hiperplazisi

### 2.2.1. Tanım

BPH genellikle başka bir neden yokluğunda Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS)'nin 7'den fazla olması, prostat hacminin 20 ml'den büyük olması ve maksimum idrar akım hızının saniyede 15 ml'den az olması şeklinde tanımlanan, alt üriner sistem semptomlarına (AÜSS) sebep olan, prostat dokusundaki epitelyal ve stromal hücrelerin büyümesi ile karakterize, tedavi edilmediği takdirde üriner sistem enfeksiyonu, akut üriner retansiyon, mesane taşı ve böbrek fonksiyonlarında bozulma gibi komplikasyonlara sebep olan patolojik bir durumdur (Madersbacher ve ark., 2004; Roherborn, 2005; Kim ve ark., 2016; Şendoğan ve ark., 2019; Güler ve ark., 2021).



Şekil 2.2. Normal Prostat ve Benign Prostat Hiperplazisi (MEB, 2017).

### 2.2.2. İnsidans

Benign prostat hiperplazisi erkeklerde en sık görülen iyi huylu tümördür. BPH prevalansı yaşla orantılı artmaktadır (Kaya, 2014). Ömür boyu devam eden kronik bir hastalık olan BPH; 31-40 yaşları arasındaki erkeklerde yaklaşık % 8 görülürken, 81-90 yaşlarında görülme sıklığı %90'a kadar yükselebilmektedir (Özen, 2016).

Türkiye'de BPH prevalansını tespit etmek için doğrudan çalışmalar yapılmamış olup dolaylı olarak BPH'yi akla getiren AÜSS ile ilgili çalışmalar yapılmıştır; bu çalışmalar bize BPH prevalansı hakkında fikir vermektedir. Uluocak ve arkadaşları (2009) benign prostatik obstrüksiyonunun (BPO) göstergesi olan

AÜSS'nin prevalansını belirlemek için 40 yaş ve üstü 754 erkeği kapsayan çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda BPO göstergesi olarak kullanılan farklı kriterlere göre, çalışmadaki prevalans oranları % 4.1'den % 34.9'a kadar değişen aralıkta bulunmuştur. Wei ve arkadaşları (2005) yapmış olduğu çalışmada BPH'nin ABD'de; 60-69 yaş aralığındaki erkeklerin %70'ini, 70 yaş ve üstü erkeklerin ise %80'ini etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

### 2.2.3. Etiyoloji

Yaygın görülen bir patoloji olmasına rağmen etiyojisi tam olarak açıklanamamıştır. BPH'nin oluşmasında işlevsel testislerin varlığı, yaşın ilerlemesi, stromal-epitelyal etkileşme, hormonal etkenler, diyabetes mellitus, obezite, sigara, yaşam tarzı ve kalıtım gibi birçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler arasında yaş ilerlemesi ve işlevsel testislerin varlığının etkisi kesinleşmiştir (Özden ve Gökkaya, 2015; Kim ve ark., 2016; Özen, 2016; Koca-Çalışkan ve ark., 2019). Avrupa, ABD ve Asya'da yapılan çok sayıda gözlemsel çalışma, ileri yaşın BPH başlangıcı ve klinik ilerlemesi için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Patel, 2014).

BPH'nin yaşla birlikte değişen hormonlar sonucu geliştiği, ergenlikten önce kastrasyona uğramış kişilerde gelişmediği, BPH'li bireylerde çift taraflı orşiektomi sonrası patolojinin gerilediği belirtilmektedir (Kaya, 2014). Prostat hücrelerinde aşırı Dihidrotestosteron birikimi (DHT-Temel intraprostatik androjen) neden olarak gösterilmektedir. DHT, hücre büyümesini ve prostat dokusunun aşırı büyümesini uyurabilmektedir. Yaşlı erkeklerin kan testosteron düzeyinde düşüş olmasına karşın prostat bezi yüksek düzeyde DHT üretmeye ve biriktirmeye devam etmektedir. Yaşam boyunca erkeklerde hem testosteron hem de az miktarda östrojen salgılanmaktadır. Erkekler yaşlandıkça, kanda aktif testosteron miktarı azalırken östrojenin düzeyi yükselir. Prostat bezi içinde daha yüksek miktarda östrojen, hücre büyümesini teşvik eden maddelerin (DHT gibi) etkinliğini artırır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001).

Fiziksel aktivitenin prostat büyümesi, AÜSS ve AÜSS ile ilişkili cerrahi olasılığını azalttığı saptanmıştır. Obezite ile prostat hacmi arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiş olup yüksek oranda kırmızı et ve yağlı bir diyet

alışkanlığının BPH riskini arttırdığı, yüksek oranda sebze tüketiminin ise BPH riskini azalttığı belirtilmiştir. Yağdan zengin bir diyet damar yapısını bozarak detrusor kasına olan kan akımını olumsuz etkilemektedir. Yeterli miktarda oksijen alamayan detrusor kası anjiogenezisi, fibroblast büyüme faktörünü ve vasküler endotelial faktör gibi faktörlerin artmasına sebep olmaktadır. Tüm bunların sonucunda uzun dönemde prostatın stroma bölümü büyümektedir (Gören ve Tekin, 2009; Yoo, 2012). Baltimore Boyuna Yaşlanma Çalışması'nda beden kitle indeksindeki her bir sayılık artışın prostat hacminde 0.4 ml'lik artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (Lim, 2017).

Sigara östrojen ve testosteron miktarlarında artışa sebep olmaktadır. Bunun sonucunda BPH üzerinde indüktif ve pozitif etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Çoban ve Cüreklibatır, 2009). Alkol kullanımının ise BPH üzerinde negatif bir ilişkisinin olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Parsons ve Im, 2009; Yoo, 2012).

#### **2.2.4. Komplikasyonlar**

BPH'de idrar yolu obstrüksiyonunun komplikasyonları nadir görülmektedir. Akut üriner retansiyon, aniden ağrılı olarak idrarın kesilmesi ile ortaya çıkar. Diğer bir komplikasyon idrar yolu infeksiyonu ve buna bağlı gelişebilecek sepsis tablosudur. Mesanenin tam boşalmamasına bağlı olarak rezidü idrar kalması sonucu bakteri üremesi için elverişli bir ortam oluşur ve rezidüel idrarın alkalizasyonu sonucu mesanede taş gelişir. Mesane taşları BPH'li erkeklerde daha sık görülür. Eğer akut üriner retansiyon tedavisi gecikirse, hidronefroz, pyelonefrit ve mesane hasarının neden olduğu renal yetmezliği içeren komplikasyonlara yol açabilir (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001; LeMone ve ark., 2015).

#### **2.2.5. Belirti ve Bulgular**

BPH'de prostat hücrelerinde hiperplaziye bağlı olarak idrar kanalında obstrüksiyon oluşur. Semptomların şiddeti, tıkanmanın boyutuna ve tıkanmaya karşı mesanenin yanıtına bağlı olarak değişir (Çelik, 2021). BPH'ye bağlı alt üriner sistemde birtakım semptomlar görülmektedir. Erkeklerde AÜSS'nin en sık etiolojisi BPH'dir (Parsons, 2010). Alt üriner sistem semptomları üç grupta incelenmektedir (Özen, 2016).

İdrar Depolanması İle İlişkili Semptomlar: İdrarın mesanede depolanması esnasında görülen, idrar yapma sıklığı ile ilişkili semptomlardır. Bu semptomlar arasında; noktüri (gece bir ya da daha fazla idrara çıkma), urgency (ani olarak gelişen idrar yapma isteği), inkontinans (istemsiz bir şekilde idrar kaçırma) ve gün içinde sık miksiyon yapma isteği yer almaktadır (Özen, 2016).

İdrar Boşalması İle İlişkili Semptomlar: Miksiyon esnasında görülen semptomlardır. Bu semptomlar arasında; zayıf idrar akımı, kesintili idrar akımı, idrarı gecikmeli başlatma (kişi miksiyona hazır olduğu halde miksiyonun geç başlaması), zorlanarak idrar yapma, çatalı idrar yapma (miksiyon esnasında idrarın birden fazla dala ayrılması) ve miksiyonun son aşamasında damla damla idrar yapma gibi semptomlar yer almaktadır (Özen, 2016).

Miksiyon Sonrası Görülen Semptomlar: Bu semptomlar miksiyonun tamamlanmasından sonra ortaya çıkmaktadır. Semptomlar arasında; idrar boşaltımının tam olmaması hissi ve miksiyon sonrası istemsizce bir miktar idrar damlaması yer almaktadır (Özen, 2016).

Benign prostat hiperplazisinin etkileri uzun sürede ortaya çıktığından böbrekler, üreterler, mesane ve üretrada yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açar. Prostatın büyümesi ve yaptığı basınç üretra ve mesanede şekil bozukluğuna sebebiyet verir. Mesane içi basıncının artması detrusor kasının kasılma ve gevşeme yeteneğini bozarak miksiyon sonrası mesanenin tam boşalmamasına ve inkontinansa yol açabilir. Ayrıca idrarın üreterlere doğru göllenmesi hidronefroza ve ilerleyen durumlarda böbrek yetmezliğine neden olabilir (Çetin, 2004; Çelik, 2021).

### **2.2.6. Tanılama**

Benign prostat hiperplazisinin tanısının konulmasında Avrupa Üroloji Birliği (EAU) ve Amerikan Üroloji Birliği (AUA) kullanılacak yöntemlerle ilgili önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler Tablo 2.1'de gösterilmektedir.

**Tablo 2.1.** BPH Tanısında EAU ve AUA Önerileri (Kılıç, 2018).

<b>Yöntemler</b>	<b>EAU Önerileri</b>	<b>AUA Önerileri</b>
<b>Hikaye</b>	Önerilir	Önerilir
<b>IPSS</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Parmakla Rektal Muayene (PRM)</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Prostat Spesifik Antijeni (PSA)</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Kreatinin Ölçümü</b>	Önerilir	Önerilmez
<b>Üroflowmetre</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Tam İdrar Tahlili (TIT)</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Postmiksiyonel rezidü idrar (PMRI)</b>	Önerilir	Önerilir
<b>Üriner Ultrasonografi (USG)</b>	Opsiyonel	Opsiyonel
<b>Transrektal Ultrasonografi (TRUS)</b>	Opsiyonel	Opsiyonel
<b>İşeme Çizelgesi</b>	Opsiyonel	Opsiyonel
<b>Basınç-akım Çalışması (BAÇ)</b>	Opsiyonel	Opsiyonel
<b>Endoskopi</b>	Opsiyonel	Opsiyonel
<b>İntravenöz Ürografi (İVU)</b>	Önerilmez	Kapsam Dışı
<b>Dolum Sistometre</b>	Önerilmez	Kapsam Dışı
<b>Üretrografi</b>	Önerilmez	Kapsam Dışı
<b>Bilgisayarlı Tomografi (BT)</b>	Önerilmez	Kapsam Dışı
<b>Transrektal Manyetik Rezonans Görüntüleme</b>	Önerilmez	Kapsam Dışı

**Hikaye:** Miksiyon bozukluğu yapabilecek diğer sebepleri ve tedavide komplikasyona neden olabilecek durumları ortaya çıkarmak için ayrıntılı bir hasta hikayesi alınmalıdır.

**IPSS:** Prostat dokusu büyüdükçe idrar kanalını daraltır, daralmaya bağlı olarak idrara sık çıkma, idrar yaparken zorlanma, idrar kaçırma, idrar yaparken ağrı ve yanma olması, idrar yaptıktan sonra mesanede dolgunluk hissinin devam etmesi gibi belirtiler oluşabilir (Koca-Çalışkan ve ark., 2019). Bu şikayetler hastalarda anksiyete, depresyon, yaşam kalitesinde azalma ve uyku bozukluğu gibi durumların gelişmesine yol açmaktadır (Işıkkay ve Bozlu, 2009). Paris'te düzenlenen Uluslararası Ortak Karar



Konferansında (1991) BPH'li hastaların bu tür yakınmalarını değerlendirmek amacıyla IPSS'nin kullanılması önerilmiştir (Büker ve ark., 2014). Skorlama sonucuna göre toplam puan; 0-7 arasında olanlar hafif derecede semptomatik, 8-19 arasında olanlar orta derecede semptomatik, 20-35 arasında olanlar şiddetli derecede semptomatik kabul edilir (Kim ve ark., 2016).

**Tablo 2.2.** Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) (International Prostate Symptom Score)

<b>Son 1 ay içinde</b>	Hiç	5 defada 1 (seyrek)	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan çok (sık)	Hemen hemen her zaman	Skor
İdrar yaptıktan sonra idrar torbanızın tam boşalmadığı hissine kapıldınız mı?	0	1	2	3	4	5	
İdrar yaptıktan sonra iki saat içinde tekrar idrar hissi duydunuz mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrar yaparken kesilip tekrar başlama oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrarınızı tutmakta zorlandığınız oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrar akımında zayıflama hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5	
İdrara başlarken ıkınma ya da zorlanma oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
Gece kaç defa idrar hissi ile uyanıp tuvalete gitmeniz gerekiyor?	Hiç	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 ya da daha fazla	
	0	1	2	3	4	5	
<b>Toplam Skor</b>							

**Fizik Muayene:** Parmakla rektal muayene fizik muayenenin en önemli kısmını oluşturur. Bu muayenede parmak yardımıyla anüsten girilerek prostat dokusunun büyüklüğü, sertliği, şekli ve simetrisi hakkında fikir elde edilir. Prostat dokusunun büyüklüğünün tahmin edilmesi en ideal farmakolojik ya da cerrahi tedavi şeklinin seçilmesine imkan tanır (Kılıç, 2018).

**Prostat Spesifik Antijen (PSA):** PSA prostat bezinin epitel hücrelerinden salgılanan, kandaki seviyesi yaşa, prostat hacmine, prostatite, prostata ve rektuma yapılan müdahalelerle artan bir glikoproteindir. Genç yetişkinlerde normal değeri 0-4 ng/ml arasındadır. (Çetinkaya ve ark., 2015; Pejčić ve ark., 2015; Akbayır ve Muslu, 2016). Prostat kanserini tanılamak için sıklıkla kullanılmasının yanı sıra BPH tanısında, takibinde ve tedavisinde de kullanılır. PSA ölçümü kılavuzlara göre karar

verme ve tedavi aşamalarına yardımcı olabileceği düşünölen vakalarda tercih edilmelidir (Kemahlı ve Gücök, 2018).

Kreatinin Ölçümü: Kreatinin kaslarda bulunan kreatin fosfatın yıkım ürünüdür. Primer atılım yeri böbrekler olduğu için böbreklerin fonksiyonlarını değerlendirmede en sık kullanılan parametredir. BPH hidronefroza ve böbrek yetmezliğine sebep olabileceği için böbrek fonksiyonunu değerlendirmek için plazma kreatinin seviyesine bakılabilir (Özcan ve Güler, 2013; Kim ve ark., 2016; Kemahlı ve Gücök, 2018).

Üroflowmetri: Mesane fonksiyonu ve çıkımı hakkında objektif bilgi veren invaziv olmayan ürodinamik değerlendirir (Gönölalan ve Koşan, 2013). BPH'li hastalarda hastalığın ilerlemesi ve ameliyat sonrası dönemde cerrahinin etkinliğini değerlendirmede bilgi verir (Tarcan ve Yazıcı, 2006). İşeme ve boşaltma bozukluğunun tanı ve takibinde günümüzde kullanılması önerilir (Gönölalan ve Koşan, 2013).

Tam İdrar Analizi (TİT): Mikroskopik hematüriyi, üriner sistem enfeksiyonunu, metabolik bozuklukları ve üriner sistem taş hastalıklarını gösterebildiği için tam idrar analizi önemli bir tetkiktir (Sarma ve Wei, 2012).

Postmiksiyonel Rezidü İdrar (PMRİ): Postmiksiyonel rezidü idrar hacmi miksiyon sonrası mesanede kalan idrar miktarıdır. Klinik olarak 50 ml den fazla olduğu zaman anlamlı hale gelir. Kılavuzlara göre AÜSS olan hastaların başlangıç ve takipte üriner retansiyonu dışlamak için kullanılması önerilir. Üretral tıkanmanın boyutunu ve dolayısıyla gerekli tedavinin türünü belirlemede yardımcı olur (Gönölalan ve Koşan, 2013; Johnson ve ark., 2015; Kemahlı ve Gücök, 2018).

Transrektal Ultrason (TRUS): Anormal parmakla rektal muayene bulguları ve PSA düzeyi yüksek hastalarda mutlaka yapılması önerilir. Benign prostat hiperplazisini prostat kanserinden ayırmada yardımcı bir tanı yöntemi olan TRUS, prostat boyutunun doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlar, biyopsi ultrason işleminin sırasında alınabilir (Johnson ve ark., 2015).

### **2.2.7. Tedavi**

Tedavi, genellikle prostatın boyutundan daha çok semptomların hastayı rahatsız etme düzeyine veya komplikasyonların varlığına göre değişebilir. Yirminci yüzyılın başlarında açık prostatektomi ve transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) BPH tedavisi için kullanımı ön planda olan iki cerrahi girişim iken zamanla minimal invaziv teknikler ve medikal tedavi de kullanılmaya başlanmıştır. Avrupa Üroloji Birliği ve Amerikan Üroloji Birliği kılavuzlarında BPH tedavisi dört başlık altında incelenmektedir. Bu başlıklar izlem, medikal tedavi, minimal invaziv teknikler ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır (Tarcan ve Yazıcı, 2006).

#### **2.2.7.1. İzlem**

AÜSS hafif olan ve komplikasyonu olmayan hastalara izlem önerilmektedir. İzleme alınan hastalarda rutin takip önerilir (Kılıç, 2018). Hastalardan kafeini kısıtlaması, baharattan az beslenmesi, akşam saatlerinde sıvı alımını kısıtlaması ve kabızlıktan korunması önerilir. Pelvik taban egzersizleri ve mesane eğitimi yararlı olabilir. Belirli aralıklarla idrar tahlili, kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı izlenmelidir (Jiwrajke ve ark., 2018).

#### **2.2.7.2. Medikal Tedavi**

BPH'li hastalar cerrahi tekniklerin inkontinans, ereksiyon ve ejakülasyon bozukluğu gibi komplikasyonlara neden olması sebebiyle medikal tedaviyi tercih etmektedir (Atan ve ark., 2012).

Alfa adrenerjik blokerler: BPH'ye bağlı AÜSS tedavisinde ilk seçenek olan alfa bloker ilaçlar oral yolla kullanılır. Etkileri birkaç gün içinde başlar ve idrar akım hızını % 15-30 artırırlar (Atan ve ark., 2012). Prostat ve mesane boynundaki düz kasların gevşemesini sağlayarak etki gösterirler. Kullanan kişiler baş dönmesi, taşikardi, burun tıkanıklığı, retrograd ejakülasyon gibi yan etkiler konusunda uyarılmalıdır (Kim ve ark., 2016; Jiwrjke ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda alfa adrenerjik blokerlerin idrar akım hızını arttırdıkları ancak obstrüksiyona etki etmedikleri belirlenmiştir (Tarcan ve Yazıcı, 2006). Bu grupta bulunan ilaçlara alfuzosin, tamsulosin, doksazosin, terazosin ve timoksamin örnek verilebilir (Demirkesen ve Demirdağ, 2008).

5 alfa-redüktaz inhibitörleri: Prostat büyümesini ve prostat hacmini azaltmak için testosteronun dihidrotestosterona dönüşümünü engeller. Bu grupta Dudasterid ve Finasterid ilaçları yer alır (Dhingra ve Bhagwat, 2011; Jiwrajke ve ark., 2018). 5 alfa-redüktaz inhibitörleri prostat hacmi 40 ml'den fazla olan hastalarda kullanılması önerilir (Tarcan ve ark., 2006). En sık görülen yan etkiler; erektil disfonksiyon, libido azalması ve sperm sayısında azalmadır (Jiwrajke ve ark., 2018).

Kombinasyon Tedavisi: Alfa blokerlerin ve 5 alfa redüktaz inhibitörlerinin aynı anda kullanıldığı tedavi şeklidir. Kombinasyon tedavisinin tekli tedaviye göre daha etkili olduğu ve beklenen yan etkiler dışında ekstra yan etki yapmadığı ifade edilmiştir (Tarcan ve Yazıcı, 2006; Nickel, 2010).

Fitoterapi: Bu tedavi türünde bitkilerin kök, tohum ve meyve gibi ekstraları kullanılır (Gratzke ve ark., 2015). Etki mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, etkisinin antiandrojen, antikolesterol ve antiinflamatuvar özelliklerinden kaynaklandığı düşünülür (Koca- Çalışkan ve ark., 2019). Amerika Üroloji Derneği ve Avrupa Üroloji Derneği BPH'de fitoterapiyi destek tedavi olarak kabul etmiştir. Bu tedavi türünde kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç vardır (Erdem ve ark., 2013). Fitoterapotik ajanlar ve diğer diyet takviyeleri BPH'de standart tedavi olarak önerilmemektedir (Nickel, 2010).

### **2.2.7.3. Minimal İnvaziv Yöntemler**

Transüretral Mikrodalga Tedavisi (TUMT): Mikrodalga radyasyon enerjisinin intraüretral yol aracılığı ile prostat dokusuna iletilmesi işlemidir. Prostat dokusuna ulaşan ışınlar ısı enerjisine dönüşerek koagülasyon nekrozu oluşturur. Bunun sonucunda üretral kanaldaki obstrüksiyon azalarak hastaların semptomları gerileyebilir. Prostatı büyük olan hastalarda olumlu sonuç verirken medyan lobu olan hastalar için kontrendikedir. TUMT poliklinik şartlarında anestezi gerektirmeden uygulanabilir. En önemli avantajı morbidite oranının TURP'a göre düşük olmasıdır (Toksöz ve Özkardeş, 2011; Balcı ve Tuncel, 2012; Erbin ve ark., 2012).

Transüretral İğne Ablasyon Tedavisi (TUNA): Prostat dokusuna transüretral yolla yerleştirilen iğneler yardımıyla radyofrekans enerjisi verilerek yaklaşık 100°C'ye kadar ısıtılmasıyla koagülasyon nekrozunun oluşturulduğu bir tedavi şeklidir. Lokal anestezi ile poliklinik şartlarında uygulanabilir (Dhingra ve Bhagwat,

2011; Erbin ve ark., 2012). 20-70 gram ağırlığında olan, mesane boynu tıkanıklığı ve medyan lobu olmayan prostatlar için uygundur. Pacemaker cihazı ve pelvik protezi bulunan hastalarda bu yöntem önerilmemektedir. Özellikle genç hastalarda ereksiyon ve ejakülasyonu korumak için tercih edilebilir. (Balcı ve Tuncel, 2012).

Yüksek Yoğunluklu Odaklanmış Ultrason (HIFU): Bu teknik ile prostat dokusuna yüksek yoğunlukta ultrasonik dalgalar gönderilerek termal ablasyon oluşturulur, bunun sonucunda BPH'ye bağlı tıkanıklık giderilir (Toksöz ve Özkardeş, 2011). Transabdominal ve transrektal yolla uygulanabilmesine rağmen kliniklerde sadece transrektal HIFU cihazları kullanılır. Transrektal HIFU sıklıkla iyi tolere edilmesine karşın genel anestezi veya ağır sedasyon gerektirir. İşlem sonrası en sık görülen komplikasyon ise üriner retansiyondur (Erbin ve ark., 2012).

Prostatik Stent: Kalıcı ve geçici olarak yerleştirilebilen prostatik stentler prostat dokusunun üretrada sebep olduğu obstrüksiyonu açık tutmak için uygulanır. Lokal anestezi ile yapılabilmesi nedeniyle cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda ve cerrahi istemeyen kişilerde tercih edilebilir. Komplikasyonları arasında kronik ağrı ve infeksiyon yer alır (Atay, 2019).

#### **2.2.7.4. Cerrahi Tedavi**

Avrupa Üroloji Birliği ve Amerikan Üroloji Birliği kılavuzlarına göre tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonunda, medikal tedaviye dirençli tekrarlayan hematüri varlığında, mesane taşında, üriner retansiyonda, renal yetmezlikte ve medikal tedaviye dirençli AÜSS olan hasta gruplarında cerrahi tedavi seçeneği düşünülür (Atay, 2019).

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP): Teknolojinin gelişmesiyle yaygınlaşan, prostat hacmi 30 ile 100 ml arasında olan hastalarda altın standart kabul edilir. TURP endikasyonları arasında tekrarlayan üriner enfeksiyon, idrar retansiyonu, hematüri ve azotemi yer alır. Postoperatif dönemde semptomlarda iyileşme oranının yüksek olması nedeniyle standart yerini korumaktadır (Gözükara ve Bozlu, 2010; Hasırcı ve ark., 2015; Kim ve ark., 2016). İşlem endoskopik olarak üretra yoluyla gerçekleştirilmektedir. Spinal veya genel anestezi altında rezekteskop aracılığıyla transizyonel zona girişim yapıldıktan sonra koagülasyon oluşturularak mesane çıkımındaki obstrüksiyon giderilmektedir (Atay, 2019). Hemostazı sağlamak

ve üriner drenajı kolaylaştırmak için 30 ml'lik bir balonu olan üç yollu kalıcı kateter, işlem sonrası mesaneye yerleştirilir. Mukus ve kan pıhtılarından tıkanmayı önlemek için genellikle ilk 24 saat boyunca sürekli veya aralıklı olarak mesane irrigasyonu yapılır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001). Cerrahi kesi gerektirmemesi, güvenli olması, hastanede yatış süresinin kısa olması ve daha az ağrılı olması gibi sebeplerden ötürü sık uygulanmaktadır (Kaya, 2014).

Transüretal Prostat İnsizyonu (TÜİP): Lokal anestezi altında intraüretal yolla mesane boynundan başlayıp prostatın arka kısmına kadar insizyon yapılır. Genel olarak prostat hacmi 30 ml'den az olan kişilerde, cinsel olarak aktif olanlarda, genç kişilerde tercih edilir (Nickel, 2010; Kaya, 2014; Çelik, 2021).

Açık Prostatektomi: Açık prostatektomi endoskopik girişimle kırılmayan mesane taşı varlığında, mesanede 3 cm'den büyük divertikül varlığında, işlem sırasında uygun pozisyon verilemeyen hastalarda, medyan lobu olan ve prostat hacmi 75-80 gr'dan fazla olan hastalarda uygulanabilir. Cerrahi sonrası epididimit, inkontinans, üretrada darlık ve retrograd ejakülasyon gibi komplikasyonlar ve uzun hastanede kalış süresi nedeniyle TURP daha çok tercih edilir (Gözükara ve Bozlu, 2010; Kılıç, 2018).

### **2.2.7. BPH ve Hemşirelik Bakımı**

Kişilerin temel ihtiyaçlarının karşılanması hemşirelik mesleğinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu temel ihtiyaçlardan birisi olan boşaltım BPH gelişen kişilerde yeterince karşılanamamakta olup komplikasyonlara yol açabilmektedir. Hemşireler bu süreçte kişileri bilgilendirmeli ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda bilinçlendirmelidir (Kılıç, 2018).

Hemşireler, hastalık gelişmeden önce sağlığı korumak için erkek sağlığı ve sık görülen hastalıkları üzerine ayrıntılı bir eğitim programı düzenlemelidirler. Hastalık geliştikten sonra da erken tanı ve tedavinin öneminden, sağlık kontrolünün faydalarından bahsederek kişilerde farkındalık oluşmasını sağlamalıdır (Kılıç, 2018).

Üriner staz ve akut üriner retansiyonu en aza indirmek için obstrüktif semptomları olan hastalara idrarını ilk hissettiği anda veya her 2-3 saatte bir yapmaları önerilir (Johnson, 2015).

Yaşla birlikte artma eğiliminde olan BPH yol açtığı semptomlarla ilişkili olarak kişilerin ve eşlerinin yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Hemşireler bu kişilerin fiziksel, emosyonel ve sosyal problemlerine yönelik ihtiyaç duydukları sağlık danışmanlığını yaparak, uygun baş etme yöntemleri geliştirmelerini destekleyerek kişilerin ve ailelerinin hastalık sürecini daha kolay yönetmesini desteklemelidirler (Kılıç, 2018). Hastalar ameliyat sonrası cinsel işlevlerde etkilenme olabileceğinden dolayı anksiyete yaşarlar. Prostatın seks organı olarak algılanması hastaların endişelerini artırmaktadır. Cerrahi sonrası geri boşalma (retrograd ejakülasyon) olabilir, bu durum boşalma esnasında yaşanan orgazm hissini etkileyebilir. Hasta ve eşi cinsel fonksiyonlara yönelik sorunları konuşmaları konusunda cesaretlendirilmeli, korku ve endişeleri giderilmeye çalışılmalı, özellikle gizlilik duygusunun korunmasına özen gösterilmelidir (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001).

## **2.3. UYKU**

### **2.3.1. Tanım**

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku; organizmanın dış uyaranlara cevap verme eşiğinin arttığı, geriye dönüşümlü bir süreçtir (Algın ve ark., 2016). Başka bir ifadeyle, kişinin duyuşal ya da diğer uyaranlar ile uyandırılabilmesi, çevreyle geçici olarak iletişiminin kesildiği bilinçsizlik durumudur (Akdemir, 2021). İnsan yaşamının yaklaşık üçte birlik kısmı uykuda geçer. Uyku Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde ilk basamakta, fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır (Sakman, 2019). Temel bir biyolojik işlev olan uyku, bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik hali için gereklidir. Bireyin uyku kalitesi ile fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığı arasında yakın bir ilişki olduğu ve uyku bozukluğunun sağlığı ciddi şekilde etkileyebileceği bilinmektedir (Hernandez ve ark., 2010). Uzun süreli uyku bozuklukları depresyon, koroner kalp hastalığı gibi patolojilere sebep olarak kişilerin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Bora ve Bican, 2007).

### 2.3.2. Uykunun Evreleri

Uyku hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (Rapid Eye Movement) ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM (Non-Rapid Eye Movement) aşamalarından oluşmaktadır (Algın ve ark., 2016). Uykunun yaklaşık % 75-80'i NREM evresinde geçerken % 20-25'i REM evresinde geçmektedir (Akdemir, 2021).

Uyku gece boyunca aşamalı olarak derinleşir, sonrasında tekrardan hafifleyen periyotlar çizer. Bir uyku evresinden başka bir uyku evresine geçiş uyku hafifken hızlı, uyku derinleştikçe yavaş olur (Akdemir, 2021).

#### 2.3.2.1. Yavaş Dalga Uykusu-NREM

NREM dönem bir günlük uykunun büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Uykunun ilk saatlerinde gözlenir ve dinlendirici niteliktedir. Bu dönemde rüya görülebilmesine rağmen hatırlanamaz (Sakman 2019; Akdemir, 2021).

NREM uyku elektroensefalografide (EEG) görülen değişikliklere göre 4 evreye ayrılır (Bora ve Bican, 2007).

Evre 1: Uykunun en hafif aşamasıdır ve normal bir gece uykusunun yaklaşık % 5'ini oluşturur. Bu evrede EEG'de alfa dalgaları oluşur, solunum yavaşlar, nabız azalır ve gözlerde yavaş dönme hareketi görülür (Bora ve Bican, 2007; Patel ve ark.,2021).

Evre 2: Uyuklama halinden uyku aşamasına geçilen bu dönem, gerçek uykunun başladığı ilk evredir. EEG'de düşük voltajlı ve yavaş frekanslı dalgalar oluşur (Akdemir, 2021). Bu evrede uyku hafiftir, bir uyarı ile alfa dalgaları oluşabilir ve toplam uykunun yaklaşık % 45'ini oluşturur (Akdemir, 2021; Patel ve ark., 2021).

Evre 3: Uykunun derinleştiği bu evrede EEG'de yavaş, düzensiz ve yüksek dalgalar görülür. Uyku esnasında ardışık bir şekilde 4-6 kez tekrarlayan bu süreç toplamda 80-100 dk sürer (Akdemir, 2021).

Evre 4: Bu evrede EEG'de yavaş frekanslı ve yüksek voltajlı delta dalgaları gözleendiği için bu evreye delta uykusu da denilir (Akdemir, 2021; Patel ve ark., 2021). Uykunun en derin olduğu bu dönemde büyüme hormonu pik yapar, vücut



fiziksel olarak dinlenir ve fizyolojik faaliyetler gerçekleşir (Sakman 2019; Akdemir, 2021).

### **2.3.2.2. Hızlı Uyku Evresi-REM**

Gece uyku süresinin % 15-25'lik kısmını oluşturan bu dönem; uyanıklığa çok yakın olup hafif bir korteks uykusudur. EEG'de düşük voltajlı, hızlı frekanslı, keskin kenarlı, testere dişi dalgalar görülür. Bu dönemde ön beyin uykusu hafifler, arka beyin uykusu derinleşir bunun sonucunda; çift taraflı olarak hızlı göz hareketleri oluşur (Bora ve Bican, 2007; Akdemir, 2021).

Bu dönemde kişilerde atoni ve ereksiyon görülür. Kas tonusu azalmıştır, solunum güçlüğü olan hastaların bu dönemde nefes alıp vermesi zorlaşabilir. Sempatik sinir sisteminin aktifleşmesiyle kalp ve solunum hızı artar ve düzensizleşir. Beyin metabolizmasının arttığı bu dönemde organize rüyalar görülür. Kaslar atonik olduğu için kişiler rüya esnasında hareketsiz kalır (Akdemir, 2021; Patel ve ark., 2021). Bu evrede kişi zor uyandırılır ya da kendiliğinden uyanır. Birey bu dönemi yaşamazsa sinirlilik, anksiyete ya da depresyon gelişebilir (Akdemir, 2021).

### **2.3.3. Uyku Kalitesi**

Uyku kalitesi, bireyin uyku deneyiminin tüm yönleriyle kendini tatmin etmesi olarak tanımlanır (Nelson ve ark., 2022). Başka bir ifadeyle; kişinin kendisini sabah uandıktan sonra enerjik ve güne hazır hissetmesidir (Karakaş ve ark., 2017). Uyku kalitesi sağlığı sürdürmede önemli bir role sahiptir. Son on yılda yapılan çalışmalar uyku bozukluğunun kardiyovasküler hastalık ve kanser dahil birçok hastalığın riskini arttırdığı ve depresyon üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Wang ve Boros, 2021).

1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuş olan Ulusal Uyku Vakfı (NSF) iyi uyku kalitesinin temel göstergelerini; yatakta uyku için geçirilen sürenin en az % 85'inde uyumak, 30 dakika ya da daha kısa sürede uykuya dalmak, gece bir defadan fazla uyanmamak ve başlangıçta uykuya daldıktan sonra, sabah uyanana kadar ki zaman diliminde 20 dakika veya daha az uyanık kalmak şeklinde tanımlamıştır (Wang ve Boros, 2021).

Uyku kalitesini; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sigara, alkol, stres, beslenme, çevresel faktörler, emosyonel durum, yaşam tarzı gibi birçok etmen etkilemektedir (Siegel, 2009; Ergün ve ark., 2017; Pirinççi ve ark., 2021).

#### **2.3.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler**

##### **2.3.4.1. Yaş**

Yaş bireyin uyku kalitesini, gereksinim duyulan uyku süresini, uyku fizyolojisini kısacası uykunun bütün yönlerini etkiler. NSF'nin 2015 yılında oluşturduğu kılavuzda yaşamın bütün dönemleri için önerdiği uyku süreleri; “Yenidoğanlar (0-3 ay) için 14-17 saat, bebekler (4-11 ay) için 12-15 saat, 1-2 yaşındaki çocuklar için 11-14 saat, okul öncesi çocuklar (3-5 yaş) için 10-13 saat, okul çağındaki çocuklar (6-13 yaş) için 9-11 saat, gençler (14-17 yaş) için 8-10 saat, genç erişkinler (18-25 yaş) ve yetişkinler (26-64) için 7-9 saat ve yaşlı yetişkinler (65 yaş ve üstü) için 7-8 saat” şeklindedir (Hirshkowitz ve ark., 2015).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku süresi ve ihtiyacı azalır. Genç erişkinler 10-30 dk içinde uykuya dalarken yaşlı kişilerde bu süre 1 saat ve üzerinde olabilir. Yaşlı bireylerde NREM'in 1 ve 2. evreleri daha sık görüldüğü için gece uykuları sık sık bölünür. Bunun sonucunda bu bireylerin uyku kalitesi düşer. Uyku kalitesinin düşmesi ise yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Pala, 2021).

##### **2.3.4.2. Cinsiyet**

Kadınların uykuda geçirdikleri süre erkeklere göre daha fazladır ancak kadınların menstrüel siklus, menopoz, hamilelik, ev içindeki roller gibi sebeplerden ötürü uyku kaliteleri erkeklere oranla daha düşüktür (Mallampalli ve Carter, 2015; Pala, 2021). Kadınlarda uyku bozukluğu ve uykusuzluk erkeklere oranla daha sık görülürken, erkeklerde uyku apnesi daha sık görülür (Grandner, 2017).

##### **2.3.4.3. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite, enerji ihtiyacı duyulan yürüme, spor yapma, ev işleri gibi bedensel faaliyetler olarak tanımlanır (Aktaş ve ark., 2015). Birçok çalışmada uyku kalitesi ile fiziksel aktivite arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaların çoğunda

fiziksel aktivite seviyesi yüksek olan kişilerin uyku kalitelerinin iyi olduğu ve sabah uyardıklarında kendilerini dinlenmiş hissettikleri şeklindedir (Aktaş ve ark., 2015; Sayaca ve Karaman, 2021). Sağlık bakanlığımızın 2014 yılında yayınladığı Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi'nde de gün içinde düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitelerin uyku kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu biçimindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Diğer önemli bir nokta ise fiziksel aktivitenin yapılma zamanıdır, uykudan bir saat önce yapılan ağır egzersiz uyku kalitesini olumsuz yönde etkilerken, 2-4 saat önce yapılan egzersiz uyku kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Stutz ve ark., 2019; Frimpong ve ark., 2021).

#### **2.3.4.4. Emosyonel Durum**

Stres, anksiyete, korku, kaygı ve diğer duygusal sorunlar uyku kesintisine ek olarak uykuya dalma güçlüğüne yol açabilir (Em ve ark., 2015; Kahn ve ark., 2021).

#### **2.3.4.5. Sigara**

Sigaranın içerisinde bulunan nikotinin uyarıcı bir etkisi vardır, bu etkiyle ilişkili olarak uykuya dalmak zor bir hal alabilir. İnsomnia ve obstrüktif uyku apnesi çoğunlukla sigara içme ile ilişkilendirilen uyku bozukluklarından (Güneş, 2018). Başpınar (2021)'ın yapmış olduğu meta-analizde sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre uykuları %69.7 oranında daha kaliteli olduğu saptanmıştır.

#### **2.3.4.6. Alkol**

Alkol gama-aminobutirik asit (GABA) aktivitesinde artışa ve glutamat etkinliğinde azalmaya neden olarak yatıştırıcı bir etkiye sahip olup uyku düzenini etkileyebilmektedir (Açak ve Büyükçelebi, 2022). Alkolün uykuya etkisi doza bağımlı olup düşük dozlar uyku süresini artırabilirken yüksek dozlar özellikle uykunun son yarısında sempatik aktiviteyi arttırabilir ve uykuda bölünmelere sebebiyet verebilir (Doğan ve Küçükgöncü, 2010).

Alkol gecenin ilk saatlerinde yatıştırıcı bir etki gösterirken, ilerleyen saatlerde bu etki kaybolur ve gecenin ikinci yarısında parçalı, rahatsız bir uyku ile sonuçlanır (Colrain ve ark., 2015).

#### **2.3.4.7. Kafein**

Kafein dünyada en çok tüketilen, plasenta ve kan beyin bariyerini geçebilen psikoaktif bir maddedir. Adenozin reseptörlerini antagonize ederek uyanıklılığı artırır. Yapılan çalışmalarda kafeinin uyku gecikmesine, toplam uyku süresinin azalmasına ve uyku kalitesinin kötüleşmesine sebebiyet verdiği belirtilmiştir (Clark ve Landolt, 2017; Güneş, 2018).

#### **2.3.4.8. Diyet**

Protein bakımından zengin besinler melatonin ve serotoninin ön maddesi olan triptofandan zengindir. Triptofan melatonin düzeyini artırarak uykuya eğilimi ve uyku süresini artırır (Lieberman, 2003; Başpınar ve Yeşilkaya, 2021).

Karbonhidrat bakımından zengin besinlerde serotonin miktarını etkileyerek uykuya eğilimi artırır. Yapılmış olan kesitsel ve epidemiyolojik araştırmalar daha az uyuyanların enerji açısından zengin gıdalar (yağlar ve rafine karbonhidratlar gibi) tüketme, az sebze tüketme ve düzensiz bir yemek alışkanlığına sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Peuhkuri ve ark., 2012). Uyuma saatinden önce alınan ağır yemekler gastrointestinal sistemi uyararak uyku kalitesini olumsuz etkiler (Yılmaz ve ark., 2014).

#### **2.3.4.9. Yaşam Tarzı**

Kişilerin yaşam biçimi ve iş hayatı gibi etmenler uyku kalitelerini etkileyebilir. Özellikle vardiyalı ve gece saatlerinde çalışan kişilerin uyku örüntüsü bozulmakta ve uyku kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Akerstedt, 2003; Arabacıoğlu, 2021).

Uyumadan önce yapılan duş alma, müzik dinleme, kitap okuma gibi faaliyetler kişiyi rahatlatarak daha kaliteli uyumasını sağlar (Arabacıoğlu, 2021).

#### **2.3.4.10. İlaçlar**

Antidepresanlar, sedatifler, hipnotikler, benzodiazepinler gibi ilaçlar uyku kalitesini etkileyebilir. Benzodiazepinler uyku kalitesini iyileştirir, antiepileptik ilaçlar merkezi sinir sistemini etkileyerek uyku süresini artırır, antihistaminik ilaçlar histaminin etkisini bloke ederek uyku süresini uzatır (Yılmaz ve ark., 2014; Arabacıoğlu, 2021). Diüretik grubu ilaçlar noktüriye, anjiotensin dönüştürücü enzim

inhibitörleri öksürüğe neden olarak uyku kalitesini negatif yönde etkileyebilir (Arabacıoğlu, 2021).

### **2.3.5. Benign Prostat Hiperplazisi ve Uyku İlişkisi**

BPH ile ilişkili ana semptomlardan biri olan noktüri, yetişkin erkeklerde günlük aktiviteler, yaşam ve uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olan uykusuzluk veya uyku kesintisinin ana nedenidir (Hernandez ve ark., 2007; Sarıkaya, 2020;). Noktüri; yorgunluk, ruh hali değişiklikleri, sommolans, üretkenliğin bozulması, düşme ve kaza riskinin artması, uyuşukluk, dikkatsizlik ve bilişsel işlev bozukluğuna neden olabilen uyku yoksunluğuna yol açar ve kişinin genel sağlığını olumsuz yönde etkiler. Noktürisi olan hastaların uyku miktarı yetersiz olabilir, bu durum da gün içinde uykusuzluk, hipersomni ve yorgunluğa yol açabilir. Gece uyanan kişilerin %40'ından fazlası tekrar uykuya dalmakta zorluk çeker, aynı zamanda azalmış fiziksel sağlık, obezite, diyabet, depresyon ve kalp hastalığı bu kişilerde daha sık görülür (Hernandez ve ark., 2010; Leslie ve ark., 2022).

Hernandez ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada, İspanya'da BPH tanısı konulmuş 60 yaşındaki bireylerde noktüri prevalansı %83 olarak bulunmuştur. Zahid ve Siddiqui'nin (2019) BPH tanısı konulmuş 135 hastada yapmış oldukları çalışmada noktüri görülme sıklığı %85.9 olarak bulunmuştur ve hafif semptomu olan kişilerin uyku kalitelerinin şiddetli semptomu olan kişilere göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Chartier-Kastler ve arkadaşlarının (2012) benign prostat hiperplazili kişilerde yapmış oldukları kesitsel bir çalışmada da noktürinin uykuyu bölerek uyku verimini ve kalitesini olumsuz etkilediği, noktüri epizodları sayısının artan uyku hali ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Uykunun miktarı ve kalitesi hem fiziksel hem de zihinsel esenliğe katkıda bulunduğundan, noktürinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi bariz görünmektedir.. Noktürinin etkilerinin sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda eşlerinin veya bakıcılarının yaşam ve uyku kalitesini de etkileyebileceği unutulmamalıdır (Hernandez ve ark. 2010).

Sarıkaya ve arkadaşlarının (2020) medical outcomes study-sleep scale (MOS-SS) kullanarak BPH hastaları ile yaptıkları çalışmada; horlama dışındaki uyku bozukluğu, uyanma sırasında nefes darlığı veya baş ağrısı, uyku yeterliliği ve

sommelans alanlarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Şenel ve arkadaşlarının (2022) BPO olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada da noktürinin hastaların ve eşlerinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

## **2.4. YAŞAM KALİTESİ**

Tıbbın gelişmesi ile birlikte çoğu hastalık için tedavi imkanı doğmuş ve ortalama yaşam süresi artmıştır. Yaşam süresinin uzaması ile kronik hastalığa sahip birey sayısı da artmıştır. Kronik hastalığa sahip bu bireyler hastalık süresince konforlu bir yaşam arzulamaktadırlar. Böylece yaşam kalitesi giderek daha önemli hale gelmiş ve son yıllarda bu kavrama ilgi daha da artmıştır (Müezzinoğlu, 2005; Çeçen Çamlı ve ark., 2021). Örneğin Medline veri tabanında 1970 yılına kadar yaşam kalitesi (quality of life) anahtar kelimesi ile yapılan taramalarda yalnızca 10 makalede bu terim yer alırken, 1991-2000 yılları arasında bu sayı 30813'e ulaşmaktadır (Müezzinoğlu, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 21. yüzyıl hedeflerinden birisi de bireylerin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasıdır (Aktaş ve Özvurmaz, 2019).

### **2.4.1. Tanım**

Yaşam kalitesinin tanımı subjektif olduğu için standart bir tanım yapılamamıştır (Kaya, 2014). Yaşam kalitesinde işlevsel yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilişkili yakınmalar, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik genel kabul gören başlıklardır (Müezzinoğlu, 2005). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi", Lewis (1982) tarafından ise "bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşam amacı" olarak tanımlanmıştır (Karayurt ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL) yaşam kalitesini "Hastanın hem içinde bulunup yaşamış olduğu, kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları beklentileri standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişilik algısı" şeklinde tanımlamaktadır (WHOQOL, 1993).

### **2.4.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi**

Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramı Hipokrat dönemine dayanmaktadır. Bu kavrama ilgi 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamasından sonra artmıştır (Müezzinoğlu ve Çam, 2006). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (“health-related quality of life”, “HRQoL”), bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olduğu için bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir (Müezzinoğlu, 2005). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkisinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” şeklinde tanımlanabilir (Fitzpatrick ve ark., 1998).

### **2.4.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesini birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında; kişinin sağlığı, psikolojik ve emosyonel durumu, yaşam tarzı, ekonomik durumu, yaşadığı ortam, sosyal çevresi, kişiler arası iletişimi, kendiyile barışık olması, uyku kalitesi ve stres yönetimi gibi faktörler yer almaktadır. Kişinin kendini güvende hissetmesi, ekonomik yönden bağımsız olması, çevresinden saygı görmesi, inanç ve değerlerine saygı duyulması, çevresi ile iletişiminin iyi olması, egzersiz yapması ve düzenli bir uykuya sahip olması gibi faktörler yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken; temel ihtiyaçlarının karşılanamaması, sağlık sorunları yaşaması, stresli bir yaşamının olması ve yoğun bir çalışma düzenine sahip olması gibi faktörler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (İçel, 2022).

### **2.4.4. BPH ve Yaşam Kalitesi İlişkisi**

BPH günlük yaşama kısıtlamalar getiren, idrar yolu enfeksiyonu, üriner inkontinans ve kötü koku gibi istenmedik durumlara sebep olan kişilerin subjektif sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, yaşla doğru orantılı bir şekilde artma eğiliminde olan bir halk sağlığı problemidir (Çam, 2005; Khalaf ve ark., 2016). Üriner inkontinans, yaşamını tehdit eden bir durum değildir. Ancak utanma duygusundan depresyona kadar birçok psikolojik soruna yol açabileceğinden sosyal işlevleri olumsuz etkileyerek hastalarda psikolojik strese neden olur, bu durumda HRQOL'yi olumsuz etkiler (Karimi ve Brazier, 2016).

1991 yılında Paris'te düzenlenen Uluslararası Ortak Karar Konferansı'nda BPH'li hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesinde IPSS kullanılmasını ve BPH'nin yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesini önermiştir (Wang ve Liu, 2005). Uluslararası Konsensus Toplantısı'nda ve Avrupa Üroloji Kılavuzları'nda da BPH tedavisindeki amacın semptomları hafifletmek ve yaşam kalitesini yükseltmek olduğu şeklinde ifade edilmiştir (Çam, 2005).

BPH'de noktüri, idrara sık çıkma, kesik kesik idrar yapma, acil idrar yapma isteği, dizüri, idrar yaptıktan sonra mesanenin dolu hissedilmesi, inkontinans gibi belirtiler görülebilir (Speakman ve ark., 2015). Bu belirtiler hastalarda özellikle anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, öz güvende azalma ve boş zamanın değerlendirilmesinde yetersizlik gibi durumların gelişmesine sebep olarak yaşam kalitesini düşürür (Işıkay ve Bozlu, 2009; Parsons, 2010; Erkoç ve ark., 2018; Foo, 2019; Park ve ark., 2020). BPH'li hastalarda yaş arttıkça semptomların artması da yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Karimi ve Brazier, 2016; Braeckman ve Denis, 2017).

BPH nadiren ciddi komplikasyonlara sebep olur. Ancak hastalığın yol açtığı semptomlar yaşam kalitesini önemli derecede düşürebilir, semptomların düzeyi aynı olsa bile yaşam kalitesini farklı düzeyde etkiliyor olabilir. (Çam, 2009; Egan 2016). Tong ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada BPH hastalarının %51'inin yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu saptamışlardır.

BPH'ın yol açtığı yakınmalar, cinsel fonksiyon bozukluğu, malignite korkusu, cerrahi işlem korkusu vb. gibi nedenlerle hastaların ve eşlerinin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Wang ve Liu, 2005). BPH kişilerin uyku durumunu, psikolojik durumunu, cinsel hayatını, günlük yaşamını etkileyerek yaşam kalitesini ciddi oranda düşürebilir (Şendoğan ve ark., 2019).

BPH, AÜSS'ye sebep olmaya başladığında klinik olarak önemli hale gelir (Pinto ve ark., 2016). Güler ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada alt üriner sistem semptomlarının (sık ve gece idrara çıkma, inkontinans, dizüri) erkeklerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucu çıkmıştır. Varughese ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında BPH'li hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu ve noktürinin uyku düzenini bozarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Özcan ve



ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuç olarak BPH'nin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Komiya ve ark. (2010) çalışmasında BPH hastalarının aynı yaş grubundaki kişilere göre psikolojik olarak daha negatif durumda oldukları sonucu çıkmıştır. Pinto ve ark. (2016) yapmış oldukları meta analizde AÜSS ile yaşam kalitesi skoru arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Tong ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada en sık görülen semptomların idrara sık ve aniden gitme isteği, inkontinans ve dizüri olduğunu saptamışlar ve bu semptomların yaşam kalitesine toplam etkisini %70 olarak bildirmişlerdir. BPH'de yaşanan en önemli sorunlardan biri olan üriner inkontinans; sıklıkla sosyal izolasyona, psikolojik sorunlara, hastaların kendine olan güveninde azalmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (Demir Korkmaz, 2018; Wang ve ark., 2018). Kaya'nın çalışmasında (2014) BPH hastalarında yaşam kalitesi ameliyat öncesi dönemde ameliyat sonrasına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Hemşirelik sağlıklı bireylerin sağlığını korurken hastalıklı kişilerin hastalığa bağlı gelişen problemlerini gideren ve onu rahatlatmayı amaç edinmiş doğrudan insanlara hizmet veren bir meslek grubudur. İnsan sağlığında herhangi bir bozulma görüldüğünde kişilerin yaşam doyumları azalabilir. Bu süreçte hemşireler kişilerin bakımlarına yardımcı olarak ve sağlıklarına bir an önce kavuşmasını destekleyerek, kişilerin kendi bakımlarını üstlenmesini sağlar. Hemşireler kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, hastalığa karşı uygun baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlayarak, kişilerin kendilerine güven duymalarını ve otonom karar alabilmelerine destek olarak kişilerin yaşam kalitelerini yükseltebilirler (Kaya, 2014).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, Ordu Devlet Hastanesi üroloji polikliniğinde 25 Ağustos 2022 – 25 Aralık 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Üroloji polikliniğinde 4 üroloji uzmanı doktor görev yapmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Ordu Devlet Hastanesi üroloji polikliniğine son bir yılda gelmiş ve benign prostat hiperplazisi tanısı almış 350 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G\*Power 3.1.9.4 programında Cohen'in standart etki büyüklükleri göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Cohen tarafından etki büyüklüğü; 0.10 zayıf etki, 0.25 orta etki ve 0.40 büyük etki olarak ifade edilmiştir (Cohen, 1992). Bu kapsamda; 0.25 etki büyüklüğü, 0.05 hata ve %95 güç ile örneklem büyüklüğü 197 olarak belirlenmiştir.

##### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Benign prostat hiperplazisi tanısı almış olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- İletişim güçlüğü olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

##### **3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Araştırmaya devam etmek istemeyen,
- Benign prostat hiperplazisi ile ilişkili ameliyat olan,
- Görme ya da duyma sorunu olan,
- Uyku ilacı kullanan,

- Psikiyatrik tanı alan ve mental retardasyonu olan hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

### **3.4. Araştırma Soruları**

- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku kalitesi ne düzeydedir?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (Ek 5), IPSS (Ek 5), Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği (Ek 6) ile Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği (Ek 7) kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Formda hastaların tanıtıcı özelliklerine (yaş, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, yaşanılan yer vb.) ek olarak tıbbi özellikleri ile ilgili sorular da yer almaktadır (Kaya, 2014; Gündüz, 2018; Kılıç, 2018).

#### **3.5.2. International Prostate Symptom Score (IPSS):**

IPSS formu 7 sorudan oluşup benign prostat hiperplazisine bağlı semptomların şiddetini değerlendirmek amacıyla uygulanmaktadır. Skorlama sonucuna göre toplam puan; 0-7 arasında olanlar hafif derecede semptomatik, 8-19 arasında olanlar orta derecede semptomatik, 20-35 arasında olanlar şiddetli derecede semptomatik kabul edilmektedir (Kim ve ark., 2016).

### 3.5.3. Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği:

MOS uyku ölçeği, 12 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir ve uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. İlk soru beşli likert tarzında hazırlanmış olup son dört hafta içerisinde ortalama ne kadar sürede uykuya dalındığını sorgulamaya yöneliktir. İkinci soru son dört hafta içerisinde her gece ortalama olarak kaç saat uyunduğunu tespit etmek amacıyla sorulmuş, saat olarak bildirilmesi istenilen ve ölçeğin alt boyutlarında hesaplamaya dahil edilmeyen bir değerdir. Ölçüm sonucunda hastanın uyku kalitesi 6 farklı alt boyutta incelenir. Bunlar; “uyku bozukluğu”, “horlama”, “uykudan uyanma”, “uyku yeterliliği”, “gündüz uykululuk” ve “uyku miktarıdır”. Ayrıca, ölçek geliştiricisi tarafından uyku sorunlarını genel olarak yansıtan MOS uyku ölçeğinin 9 maddesinden oluşan “uyku problem indeksi 2” ile MOS uyku ölçeğinin 6 maddesinden oluşan ve uyku problem indeksi 2’nin daha kısa bir alternatifi olarak geliştirilen “uyku problem indeksi 1” şeklinde alt boyutları da tanımlanmıştır. Uyku bozukluğu dört maddenin (1, 3 ters kodlama (T), 7 (T), 8 (T)), horlama bir maddenin (10 (T)), uykudan uyanma bir maddenin (5 (T)), uyku yeterliliği iki maddenin (4 (T), 12 (T)), gündüz uykululuk üç maddenin (6 (T), 9 (T), 11 (T)), uyku sorunları indeksi 1 altı maddenin (4, 5 (T), 7 (T), 8 (T), 9 (T), 12) uyku sorunları indeksi 2 dokuz maddenin (1, 3 (T), 4, 5 (T), 6 (T), 7 (T), 8 (T), 9 (T), 12) toplam skorunun ortalaması alınarak hesaplanmalıdır. Uyku miktarı/optimal uyku ise ikinci soruda 1-6 saat arası ise 0 puan, 7-8 saat ise 1 puan, 9-23 ise 0 puan olarak skorlanır. MOS uyku ölçeği birçok farklı dilde (İngilizce, İspanyolca, Almanca gibi) çevirisi yapılmış ve her biri için ayrı ayrı geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir (Hays ve ark., 2005; Akçay ve ark., 2021). Akçay ve ark.(2021) tarafından da obstrüktif uyku apneli hastalar üzerinde MOS uyku ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup Cronbach’s Alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur.

Ölçek, uyku sorunu indeksi puanlarının ve alt boyutlarının puanları 0-100 arasında bir skalaya dönüştürülerek puanlanmaktadır. Uyku bozukluğu, somnolans alanları ve uyku sorunları indeksi puanlarının yüksek olması hastanın uyku sorununun daha şiddetli olduğunu gösterir. Ancak uyku miktarı ve uyku yeterliliği puanlarının düşük olması daha ciddi uyku problemlerini göstermektedir. (Akçay ve ark., 2021).

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

Bu ölçek 2009 yılında Türkiye'deki BPH hastalarına yönelik Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından oluşturulmuştur. 20 sorudan oluşan bu ölçekte her soru 0 ile 3 arasında (a şıkkı 0, b şıkkı 1, c şıkkı 2 ve d şıkkı 3 puan olmak üzere) puanlanmakta olup, ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ile yaşam kalitesi arasında ters orantı vardır. BPH-YK ölçeğinin gerek medikal, gerekse cerrahi tedavinin başarısını test edebildiği ve takip parametresi olarak da kullanılabilceği belirlenmiştir (Çam, 2009). Ölçeğin geçerlilik çalışmasında Cronbach's Alfa değeri 0.846 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veriler, 25 Ağustos 2022 ile 25 Aralık 2022 tarihleri arasında Üroloji polikliniklerinde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara kişisel bilgi formu, uyku ölçeği ve BPH-YK ölçeği ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış, yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.7.1. Bağımlı değişkenler**

- IPSS puanı
- MOS Uyku Ölçeği Puanı
- BPH-YK Ölçeği Puanı

#### **3.7.2. Bağımsız Değişkenler**

- Benign prostat hiperplazili hastaların kişisel özelliklerini içeren veriler.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmada kullanılacak olan MOS uyku ölçeği için Dr. Duygu Akçay'dan ve BPH-YK ölçeği için Türk Üroonkoloji Derneği'nden e-posta aracılığı ile ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek 3 - Ek 4). Tez önerisinin kabulünün ardından Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek 1- Ek 2). Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak

kabul eden hastalara araştırmanın amacı ve yararları anlatılarak sözlü/yazılı onamları alınmıştır. Araştırma süresi boyunca Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences 23.0 (IBM SPSS Statistics 25 Software) paket programı kullanıldı. Analizde kategorik değişkenler sayı, yüzdeler ve frekans; sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelendi. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 arasında olması durumunda normal dağılım varsayımlarının sağlandığı varsayılarak analize devam edildi (George ve Mallery, 2010). Normal dağılıma uyan iki bağımsız grup arasındaki sürekli verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırmalar Tukey/Dunnett testleri ile yapıldı. Normal dağılıma uymayan iki bağımsız grubun ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Gruplar arası anlamlı farklılığın olması durumunda ikili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli Dunnett Testi yapıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri, ölçek puanları ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Katılımcıların BPH-YK'yi etkileyebilecek bağımsız risk faktörlerinin çoklu etkilerinin karşılaştırılmasında lineer regresyon analizi uygulandı. Ölçek puanı ve alt boyut puanlarının güvenilirlik değerleri Cronbach's Alpha ile verildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma esnasında Covid-19'un etkilerinin halen devam etmesi nedeniyle hastaların hastanede fazla kalmak istememesi, prostatın mahremiyet içeren bölgede yer alması sebebiyle hastaların çalışmaya katılmakta çekiniklik göstermesi araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş ortalaması 65.54±8.09 yıl (min.47-max.83) olup %93.9'u evlidir. Hastaların %54.8'sinin ilkököl mezunu olduğu, %73.6'sının emekli olduğu, %70.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %100'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %45.7'sinin il merkezinde yaşadığı ve %70.1'inin sigara kullanmadığı belirlendi. Çalışma kapsamına alınan hastaların %59.4'ünün kronik bir hastalığının olduğu, %47.2'sinin ise hipertansiyon hastası olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=197)

Sosyodemografik Özellik	Frekans(n)	Yüzde (%)	
<b>Yaş</b>	65.54±8.09 (min. 47-max.83)		
<b>Medeni Durum</b>	Evli	185	93.9
	Bekar	12	6.1
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	11	5.6
	İlkokul	108	54.8
	Ortaokul	23	11.7
	Lise	38	19.3
	Üniversite	17	8.6
<b>Meslek</b>	Çalışmıyor	11	5.6
	İşçi	15	7.6
	Memur	7	3.6
	Emekli	145	73.6
	Çiftçi	19	9.6
<b>Ekonomik durum</b>	Gelir giderden az	43	21.8
	Gelir gidere eşit	139	70.6
	Gelir giderden fazla	15	7.6
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	197	100
<b>Yaşanılan yer</b>	Köy	70	35.5
	İlçe	37	18.8
	İl	90	45.7
<b>Sigara kullanma durumu</b>	Evet	59	29.9
	Hayır	138	70.1
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	117	59.4
	Hayır	80	40.6
<b>Kronik hastalık*</b>	Hipertansiyon	93	56.2
	Diyabet	41	24.6
	Kalp yetmezliği	19	11.4
	KOAH	5	3.0
	Böbrek yetmezliği	8	4.8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Katılımcıların %65.5'inin benign prostat hiperplazisi ile ilgili şikayetlerinin başlama sürelerinin 2 yıl ve üzeri olduğu görüldü. Hastaların % 75.12'sinin idrar yaparken yanma belirtisinin olduğu saptandı (Tablo 4.2).

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Hastalık Süreci İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=197)

Hastalık Süreci İle İlgili Özellik	Frekans(n)	Yüzde (%)	
<b>BPH ile ilgili şikayetlerin başlama zamanı</b>	0-6 ay önce	14	7.1
	6-12 ay önce	14	7.1
	1-2 yıl önce	40	20.3
	2 yıl ve üzeri	129	65.5
<b>BPH belirtileri*</b>	Sık idrara çıkma	187	22.3
	Mesanenin tam boşalmaması ve damla damla idrar gelmesi	174	20.7
	İdrar yaparken yanma	148	17.6
	İdrar kaçırma	96	11.4
	Ağrı	48	5.7
	Gece idrara çıkma	185	22.3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Katılımcıların BPH-YK ölçeği puan ortalaması  $25.65 \pm 11.42$ , ölçekten aldıkları minimum puan 6 ve maksimum puan 50 olup Cronbach's Alpha değeri 0.952 ile yüksek güvenilirlikte olduğu saptandı. Katılımcıların IPSS puan ortalaması  $21.29 \pm 7.83$ , minimum puan 3 ve maksimum puan 35 olup Cronbach's Alpha değeri 0.933 ile yüksek güvenilirlikte olduğu belirlendi. Katılımcıların IPSS puan ortalaması 20-35 aralığında yer aldığı için şiddetli derecede semptomatik olarak değerlendirildi. MOS uyku ölçeğinin uyku bozukluğu alt boyut puan ortalaması  $30.20 \pm 12.98$  (min.0-max.70), horlama alt boyut puan ortalaması  $36.44 \pm 23.42$  (min.0-max.100), uykudan uyanma alt boyut puan ortalaması  $18.68 \pm 16.42$  (min.0-max.60), uyku yeterliliği alt boyut puan ortalaması  $68.22 \pm 16.30$  (min.20-max.100), gündüz uykululuk alt boyut puan ortalaması  $36.92 \pm 16.19$  (min.0-max.90), olarak belirlendi. Uyku sorunları indeks 1 puan ortalaması  $31.40 \pm 13.40$  (min.0-max.70), uyku sorunları indeks 2 alt boyut ortalaması  $29.63 \pm 12.47$  (min.0-max.70) olarak bulundu. MOS uyku ölçeğinin Cronbach's Alfa değerinin 0.879 olarak yüksek güvenilirlikte olduğu belirlendi. Ölçeğin alt boyutları Cronbach's Alpha değerleri



uyku bozukluğu alt boyutu için 0.759 ve gündüz uykululuk alt boyutu için 0.798 olarak oldukça güvenilir; uyku yeterliliği alt boyutu için 0.836, uyku sorunları indeks 1 için 0.867 ve uyku sorunları indeks 2 için 0.894 olarak yüksek güvenilirlikte olduğu belirlendi. (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler	Ort±SS	Min.-Max	Cronbach Alfa
<b>BPH-YK Ölçeği</b>	25.65±11.42	6-50	0.952
<b>IPSS</b>	21.29±7.83	3-35	0.933
<b>MOS uyku ölçeği</b>			
<b>Uyku süresi (saat)</b>	6.84±1.24	3-11	0.879
<b>Uyku bozukluğu</b>	30.20±12.98	0-70	0.759
<b>Horlama</b>	36.44±23.42	0-100	-
<b>Uykudan uyanma</b>	18.68±16.42	0-60	-
<b>Uyku yeterliliği</b>	68.22±16.30	20-10	0.836
<b>Gündüz uykululuk</b>	36.92±16.19	0-90	0.798
<b>Uyku Problemleri İndeks (UPI) 1</b>	31.40±13.40	0-70	0.867
<b>Uyku Problemleri İndeks (UPI) 2</b>	29.63±12.47	0-70	0.894

BPH-YK, IPSS ve MOS uyku kalitesi ölçeğinin uyku bozukluğu, uyku yeterliliği ve gündüz uykululuk alt boyutları ile eğitim durumu ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Eğitim durumuna göre BPH-YK ölçeği puan ortalamalarının ikili karşılaştırmaları sonucunda, farklılığın okuryazar olmayan ve üniversite mezunu olan gruplar arasında olduğu ve üniversite mezunu olan katılımcıların BPH-YK puanlarının okuryazar

olmayan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ( $p=0.028$ ). Eğitim durumuna göre IPSS puan ortalamaları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu katılımcıların ortaokul ve üniversite mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu belirlendi ( $p<0.001$ ). Eğitim durumuna göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, ilkokul mezunu katılımcıların uyku bozukluğu ( $p=0.023$ ) ve gündüz uykululuk ( $p=0.007$ ) puan ortalamalarının üniversite mezunu olan katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca okur yazar olmayan katılımcıların gündüz uykululuk puanlarının üniversite mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p=0.007$ ). Eğitim durumuna göre uyku yeterliliği puan ortalamalarının ikili karşılaştırmaları sonucuna göre farklılığın ilkokul ve üniversite mezunu olan gruplar arasında olduğu ve üniversite mezunu olan katılımcıların uyku yeterlilikleri puanlarının ilkokul mezunu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ( $p=0.042$ ), (Tablo 4.4).

Kronik hastalığı olan katılımcıların BPH-YK ölçeği, IPSS, uyku bozukluğu ve gündüz uykululuk puanı ortanca değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla  $p=0.005$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.020$ ,  $p=0.002$ ). Ayrıca kronik hastalığı olmayan katılımcıların uyku yeterliliği puanı ortanca değerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.4).

Katılımcıların ekonomik durumuna göre MOS uyku kalitesi ölçeğinin uyku bozukluğu alt puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0.011$ ) (Tablo 4.4). Yapılan ileri analiz sonucunda; geliri giderinden az olan katılımcıların uyku bozukluğu puanı geliri giderine eşit olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Benign prostat hiperplazisi şikayetlerinin başlama zamanına göre IPSS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0.001$ ) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analiz sonucunda; şikayetlerin başlama zamanı 2 yıl ve üstü olan katılımcıların 6-12 ay ve 1-2 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu belirlendi.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=197)

Özellik	BPH-YK Ort± SS	IPSS Ort± SS	Uyku bozukluğu Ort± SS	Horlama Ort± SS	Uykudan uyanma Ort± SS	Uyku yeterliliği Ort± SS	Gündüz uykululuk Ort± SS
<b>Medeni durum</b>							
Evli	26.00 (16.00-35.00)	22.00 (15.50-28.00)	30.25 (20.25-40.50)	40.00 (20.00-60.00)	20.00 (0-20.00)	70.00 (60.00-80.00)	40.00 (26.00-46.00)
Bekar	21.50 (14.25-27.00)	18.00 (13.75-30.00)	25.25 (15.25-25.25)	30.00 (20.00-40.00)	20.00 (0-20.00)	80.00 (62.50-80.00)	26.00 (20.00-40.00)
Test	Z=-0.897	Z=-0.180	Z=-1.808	Z=-0.934	Z=-0.737	Z=-1.288	Z=-1.638
p	0.370	0.857	0.071	0.350	0.461	0.198	0.101
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar değil <sup>a</sup>	28.54±11.31	25.45±4.32	32.63±15.96	47.27±32.58	21.81±18.87	66.36±13.61	47.27±10.52
İlkokul <sup>b</sup>	27.18±11.02	22.98±7.48	32.19±13.38	39.07±22.77	19.81±17.18	65.92±17.24	38.71±16.97
Ortaokul <sup>c</sup>	23.13±12.56	18.17±8.45	27.05±12.11	38.26±26.90	15.65±14.71	71.73±14.97	35.36±14.96
Lise <sup>d</sup>	25.28±11.61	19.57±7.96	29.39±12.37	28.94±18.42	17.89±16.62	68.68±16.13	34.38±14.74
Üniversite <sup>e</sup>	18.35±9.46	15.94±6.19	22.01±5.84	27.05±21.14	15.29±11.24	78.23±8.82	26.66±13.33
Test	F=2.78	F=5.915	F=2.908	F=2.710	F=0.622	F=2.527	F=3.633
p	<b>0.028</b> a>e	<b>&lt;0.001</b> b>c, b>e	<b>0.023</b> b>e	0.301	0.647	<b>0.042</b> e>b	<b>0.007</b> a>e, b>e
<b>Meslek</b>							
Çalışmıyor <sup>a</sup>	32.00 (22.00-40.00)	26.00 (20.00-30.00)	40.25 (25.75-50.75)	40.00 (20.00-60.00)	20.00 (20.00-40.00)	70.00 (40.00-80.00)	46.00 (26.00-53.00)
İşçi <sup>b</sup>	25.00 (20.00-31.00)	20.00 (15.00-25.00)	30.25 (20.25-45.50)	40.00 (40.00-80.00)	20.00 (20.00-20.00)	80.00 (60.00-80.00)	40.00 (26.00-53.00)
Memur <sup>c</sup>	25.00 (12.00-33.00)	21.00 (7.00-22.00)	30.25 (15.25-40.25)	40.00 (20.00-40.00)	20.00 (0.00-20.00)	70.00 (60.00-80.00)	33.00 (20.00-46.00)
Emekli <sup>d</sup>	26.00 (16.25-35.00)	22.00(16.00-28.00)	25.50 (20.25-40.50)	40.00 (20.00-60.00)	20.00 (0.00-20.00)	70.00 (60.00-80.00)	40.00 (23.00-46.00)
Çiftçi <sup>e</sup>	22.00 (11.00-32.00)	18.00 (7.00-25.00)	25.25 (20.25-35.25)	40.00 (20.00-40.00)	20.00 (20.00-20.00)	80.00 (60.00-80.00)	33.00 (26.00-40.00)
Test	KW=2.462	KW=10.955	KW=7.554	KW=6.474	KW=2.198	KW=2.639	KW=2.951
p	0.651	0.027*	0.109	0.166	0.669	0.620	0.566
<b>Ekonomik durum</b>							
Gelir giderden az <sup>a</sup>	28.30±11.32	22.95±7.21	35.41±14.60	40.00±25.81	22.32±15.86	64.88±17.91	40.46±15.49
Gelir gidere eşit <sup>b</sup>	24.84±11.41	20.87±8.12	28.82±12.47	35.25±22.78	17.69±16.52	69.13±16.26	36.27±16.30
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	25.66±11.43	20.40±6.50	28.01±8.90	37.33±22.50	17.33±16.67	69.33±10.32	32.88±16.42
Test	F=1.515	F=1.261	F=4.617	F=0.684	F=1.364	F=1.157	F=1.617
p	0.223	0.286	<b>0.011</b> a>b	0.506	0.258	0.316	0.201

**Tablo 4.4. ‘Devam’ Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=197)**

Özellik	BPH-YK Ort± SS	IPSS Ort± SS	Uyku bozukluğu Ort± SS	Horlama Ort± SS	Uykudan uyanma Ort± SS	Uyku yeterliliği Ort± SS	Gündüz uykululuk Ort± SS
<b>Yaşanılan yer</b>							
Köy	25.94±10.62	21.20±8.04	30.51±13.28	36.28±25.99	18.85±16.98	69.14±16.21	37.23±16.62
İlçe	24.86±12.01	21.45±7.97	28.19±12.57	37.29±18.95	14.59±15.38	68.91±15.05	34.95±13.91
İl	25.76±11.88	21.30±7.70	30.78±12.97	36.22±23.20	20.22±16.28	67.22±16.96	37.50±16.81
Test	F=0.114	F=0.013	F=0.550	F=0.030	F=1.555	F=0.313	F=0.341
P	0.892	0.987	0.578	0.971	0.214	0.732	0.711
<b>Sigara kullanma durumu</b>							
Evet	26.32±11.33	20.79±8.25	28.82±11.89	32.88±21.25	17.62±16.22	69.66±16.39	34.12±14.17
Hayır	25.37±11.49	21.50±7.67	30.79±13.42	37.97±24.19	19.13±16.54	67.60±16.28	38.12±16.88
Test	t=0.531	t=-0.582	t=-0.976	t=-1.40	t=-0.588	t=0.809	t=-1.596
p	0.596	0.561	0.330	0.163	0.558	0.420	0.112
<b>Kronik hastalık</b>							
Evet	27.00 (20.00-37.00)	25.00 (18.00-29.00)	30.25 (20.50-40.75)	40.00 (20.00-60.00)	20.00 (0.00-40.00)	60.00 (60.00-80.00)	40.00 (26.00-53.00)
Hayır	22.00 (13.00-29.50)	19.00 (13.00-24.25)	25.25 (20.25-35.25)	40.00 (40.00-45.00)	20.00 (0.00-20.00)	80.00 (67.00-80.00)	26.00 (20.00-46.00)
Test	Z=-2.814	Z=-3.170	-2.318	Z=-1.325	Z=-1.677	Z=4.059	Z=-3.170
p	<b>0.005</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.020</b>	0.185	0.094	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.002</b>
<b>BPH şikayetlerinin başlama zamanı</b>							
0-6 ay <sup>a</sup>	22.28±13.20	19.00±10.30	28.58±20.79	30.00±33.96	14.28±16.50	70.71±22.00	34.76±19.06
6-12 ay <sup>b</sup>	23.42±11.65	16.07±8.22	24.96±12.87	25.71±18.27	14.28±14.52	73.57±15.49	31.42±13.94
1-2 yıl <sup>c</sup>	23.37±12.65	18.90±8.18	28.97±12.08	38.00±26.33	19.50±16.00	69.75±16.86	35.83±16.79
2 yıl ve üstü <sup>d</sup>	26.97±10.69	22.85±6.94	31.32±12.16	37.82±21.39	19.37±16.75	66.89±15.50	38.10±15.91
Test	F=1.708	F=5.816	F=1.278	F=1.555	F=0.777	F=1.012	F=0.907
p	0.167	<b>0.001</b> d>b, d>c	0.283	0.202	0.508	0.388	0.439

Katılımcıların BPH-YK puan ortalaması ile IPSS ( $r=0.806$ ;  $p<0.001$ ), uyku bozukluğu ( $r=0.781$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.786$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.800$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde; gündüz uykululuk ( $r=0.603$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r=0.353$ ;  $p<0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r=0.432$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4.5).

Katılımcıların IPSS puan ortalaması ile uyku bozukluğu ( $r=0.659$ ;  $p<0.001$ ), gündüz uykululuk ( $r=0.574$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.649$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.681$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r=0.355$ ;  $p<0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r=0.342$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Uyku yeterliliği puan ortalaması ile BPH-YK ( $r=-0.737$ ;  $p<0.001$ ) ve uyku bozukluğu ( $r=-0.776$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde; IPSS ( $r=-0.600$ ;  $p<0.001$ ), horlama ( $r=0.659$ ;  $p<0.001$ ), uykudan uyanma ( $r=-0.535$ ;  $p<0.001$ ) ve gündüz uykululuk ( $r=-0.613$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; UPI 1 ( $r=-0.909$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=-0.901$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönlü çok yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların BPH-YK Ölçeği, IPSS ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler	BPH-YK	IPSS	Uyku bozukluğu	Horlama	Uykudan uyanma	Uyku yeterliliği	Gündüz uykululuk	UPI 1	UPI 2
<b>BPH-YK</b>	I								
<b>IPSS</b>	r= 0.806 P<0.001	I							
<b>Uyku bozukluğu</b>	r= 0.781 P<0.001	r= 0.659 P<0.001	I						
<b>Horlama</b>	r= 0.353 p<0.001	r= 0.355 p<0.001	r= 0.275 p<0.001	I					
<b>Uykudan uyanma</b>	r= 0.432 p<0.001	r= 0.342 p<0.001	r= 0.435 p<0.001	r= 0.391 p<0.001	I				
<b>Uyku yeterliliği</b>	r= -0.737 p<0.001	r= -0.600 p<0.001	r= -0.776 p<0.001	r= -0.343 p<0.001	r= -0.535 p<0.001	I			
<b>Gündüz uykululuk</b>	r= 0.603 P<0.001	r= 0.574 p<0.001	r= 0.624 p<0.001	r= 0.465 p<0.001	r= 0.381 p<0.001	r= -0.613 p<0.001	I		
<b>UPI 1</b>	r= 0.786 p<0.001	r= 0.649 p<0.001	r= 0.910 p<0.001	r= 0.387 p<0.001	r= 0.645 p<0.001	r= -0.909 p<0.001	r= 0.729 p<0.001	I	
<b>UPI 2</b>	r= 0.800 p<0.001	r= 0.681 p<0.001	r= 0.931 p<0.001	r= 0.384 p<0.001	r= 0.608 p<0.001	r= -0.901 p<0.001	r=0.767 p<0.001	r= 0.985 p<0.001	I

Çoklu lineer regresyon analizi sonucuna göre BPH-YK puanını önemli ölçüde etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $F=173.758$ ,  $p<0.001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin BPH-YK bağımlı değişkenindeki varyansın %77.5'ini açıkladığı belirlendi. Regresyon katsayıları incelendiğinde uyku bozukluğu ( $\beta=0.299$ ,  $p<0.001$ ), IPSS puanının ( $\beta=0.478$ ,  $p<0.001$ ) ve uyku süresinin ( $\beta=0.072$ ,  $p=0.038$ ) BPH-YK puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlendi. Ayrıca uyku yeterliliğinin ( $\beta=-0.201$ ,  $p<0.001$ ) BPH-YK puanı üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğu görüldü (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** BPH-YK Ölçeği ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Çoklu Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Dağılımı

Model	B	SE	$\beta$	t	P	VIF
Sabit	7.958	4.841		1.644	<0.001	
Uyku bozukluğu	0.263	0.051	0.299	5.174	<0.001	2.958
Uyku yeterliliği	-0.141	0.039	-0.201	-3.643	<0.001	2.703
IPSS	0.697	0.066	0.478	10.517	<0.001	1.831
Uyku süresi	0.665	0.319	0.072	2.085	0.038	1.065

Model  $R=0.885$ ;  $R^2=0.784$ ; Adjusted  $R^2=0.779$ ,  $F=173.758$ ; Durbin Watson=1.698;  $p<0.001$ .  
Bağımlı değişken: BPH-YK Ölçeği.

## 5. TARTIŞMA

Bening prostat hiperplazisi; prostatın stromal ve glandüler hücrelerinin hiperplazisi ile ortaya çıkan, tedavi edilmediği takdirde yol açtığı semptomlarla hastaların uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, iyi huylu bir patolojidir (Çam, 2005; Ayyıldız ve ark., 2018; Sarıkaya ve ark., 2020; Çelik, 2021). BPH’de hastaların yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri belirlemek hastalık yönetimi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada BPH’li hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisi incelenmiştir.

Tartışma beş başlık altında incelenmiştir.

5.1. BPH’li hastaların sosyodemografik özellikleri ile BPH-YK ölçeği puan ortalamasına ilişkin verilerin tartışılması

5.2. BPH’li hastaların sosyodemografik özellikleri ile IPSS ölçeği puan ortalamasının tartışılması

5.3. BPH’li hastaların sosyodemografik verileri ile MOS uyku ölçeği alt boyut puanlarının tartışılması

5.4. BPH’li hastaların IPSS puan ortalaması ile BPH-YK ve MOS uyku ölçeği alt boyut puanları arasındaki korelasyonun tartışılması

5.5. BPH’li hastaların BPH-YK ölçeği ile MOS uyku ölçeği alt boyut puanlarının tartışılması

### **5.1. BPH’li Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile BPH-YK Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Verilerin Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların BPH-YK ölçeği puan ortalaması  $25.65 \pm 11.42$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Kaya (2014)’nın çalışmasında BPH ameliyatı öncesi BPH-YK ölçeği puanı  $33.97 \pm 9.18$ , ameliyat sonrası  $16.25 \pm 14.30$  olarak saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde BPH-YK ölçeği puanının yüksek olması hastaların semptomlarının bu dönemde daha şiddetli olması ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada üniversite mezunu olan katılımcıların yaşam kalitesinin okuryazar olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha iyi olduğu saptanmıştır ( $p=0.028$ ), (Tablo 4.4). Armut (2012)’un BPH tanılı hastalarda yapmış olduğu çalışmada ortaöğretim ve üzeri eğitim alanların okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilköğretim mezunu hastalara göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin; esenlik, global



yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı alt boyut puanlarının daha yüksek çıktığı ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Kim ve Moon (2010)'un BPH'li hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça fiziksel yaşam kalitesi puanlarında da artış olduğu saptanmıştır. Kaya (2014)'nın BPH tanılı hastalarda yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi dönemde eğitim düzeyi lise ve üzeri olan katılımcıların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çeçen Çamlı ve ark. (2021) prostat cerrahisi geçiren hastalarda yapmış oldukları çalışmada lise ve yüksekokul mezunu olanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Kosilov ve ark. (2018)'nin çalışmasında da hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular yukarıda ifade edilen literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hastaların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinin doğru orantılı şekilde artmasının nedeni, sağlıkla ilişkili olaylara karşı farkındalıklarının, sosyal destek alma sistemlerinin ve iletişim kurma becerilerinin iyi olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Benign prostat hiperplazisi dışında kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0.005$ ), (Tablo 4.4). Armut (2012)'un çalışmasında BPH harici kronik hastalığa sahip olanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Oktar ve ark., (2021) aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirdikleri çalışmada da kronik hastalığın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Canatar (2022) tarafından yapılan; aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği başka bir çalışmada da kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları literatür ile paralellik göstermektedir. Kronik hastalıkların takip ve tedavi gerektirmesi, kişide strese neden olması, komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Çalışmamızla benzer olarak Güler ve ark. (2021) yapmış oldukları çalışmada da medeni durum ile BPH-YK skoru arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Seok ve Yi (2017)'nin ve Kosilov

ve ark. (2018'nin çalışmasında da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir. Ancak Armut (2012)'un çalışmasında medeni durum ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin, genel sağlık algısı ve global yaşam kalitesi alt boyut puanlarının evli olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde konu ile ilgili farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır (Acar, 2010; Barış, 2022). Çalışmalarda elde edilen sonuçların farklılık göstermesi katılımcıların kişisel özellikleri ile ilişkilendirilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ancak çalışmayan kişilerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Kaya (2014)'nın BPH tanılı hastalarda yapmış olduğu çalışmada da meslek ile yaşam skoru arasında ilişki saptanmamış olup bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Elaltuntaş (2008)'in yapmış olduğu çalışmada da meslek ile yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yukarıda belirtilen çalışmalarda yaşam kalitesi ile meslek arasında anlamlı bir ilişki görülmemesi katılımcıların çoğunun emekli olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda ekonomik durum ile BPH-YK puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak geliri giderinden az olan bireylerin yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Seok ve Yi (2017)'nin çalışmasında ekonomik durum ile yaşam kalitesi paralellik göstermektedir. Literatür incelendiğinde gelir düzeyi ile yaşam kalitesinin doğru orantılı olduğu görülmüştür (Oktar ve ark., 2021; Canatar, 2022). Bu çalışmada ekonomik durum ile yaşam kalitesi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmaması çalışma grubunu oluşturan katılımcıların çoğunluğunun emekli kişilerden oluşmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yaşanılan yer ile yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gündüz (2018)'ün prostat tümörlü hastalarda yapmış olduğu çalışmada da yaşam kalitesi ile yaşanılan yer arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde yaşanılan yer ile yaşam kalitesi arasında ilişki konusunda farklı çalışma sonuçları mevcuttur (Kaya; 2014; Gündüz; 2018; Barış, 2022). Çalışmalardaki farklılığın katılımcıların kişisel özelliklerinden ve kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin aynı olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda BPH-YK puanı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Güler ve ark. (2021)'nin 50 yaş ve üstü erkeklerde alt üriner sistem semptomları ve yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında BPH yaşam kalitesi skoru ile sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Seok ve Yi (2017)'nin BPH'li hastalarda yapmış olduğu çalışmada sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatür ile uyumlu çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmesinde sigaranın alt üriner sistem ve prostat semptomlarını doğrudan etkilemeyeceği, dolayısıyla BPH-YK puanı ile ilişkisinin olmadığı düşünülmektedir.

BPH ile ilişkili şikayetlerin başlama zamanı 2 yıl ve üzeri olan hastaların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Armut (2012)'un çalışmasında da BPH tanıyı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu durumun tedavi edilmeyen prostat dokusunun büyümeye devam ederek semptomları şiddetlendirmesiyle ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

## **5.2. BPH'li Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile IPSS Ölçeği Puan Ortalamasının Tartışılması**

Araştırmamızda IPSS puan ortalaması  $21.29\pm 7.83$  saptanmıştır. Katılımcıların puan ortalaması 20-35 aralığında olduğu için şiddetli derecede semptomatik olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.3). Kılıç (2018)'in BPH tanılı hastalarda yapmış olduğu çalışmada IPSS puan ortalaması  $20.29\pm 6.18$  olarak bulunmuştur. Bulut ve ark. (2010) BPH tanılı hastalarda yapmış oldukları çalışmada IPSS puan ortalaması  $21.19\pm 5.94$  saptanmıştır. Agrawal ve ark. (2008)'nin çalışmalarında da IPSS puan ortalaması  $23.5\pm 2.8$  bulunmuştur. Araştırmamızdan elde edilen bulgular literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler ile IPSS puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir. İlkokul mezunu katılımcıların ortaokul ve üniversite mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Okuryazar olmayan hastaların IPSS puanı, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olan hastaların ise en düşük puana sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Kılıç (2018)'in çalışmasında bu çalışmada olduğu

gibi IPSS üniversite mezunu hastalarda en düşük okuryazar olmayanlarda en yüksek bulunmuştur. Literatür ile uyumlu olan çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe prostat semptom skorunun azaldığı saptanmıştır. Bu sonuç eğitim düzeyi artışıyla doğru orantılı olarak sağlık farkındalığının ve hastalık yönetme becerisinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

BPH harici kronik hastalığa sahip olma durumu ile prostat semptom skoru arasındaki ilişki incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup çıkan sonuç anlamlıdır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.4). Kılıç (2018)'in çalışmasında kronik hastalığa sahip bireylerin prostat semptom skoru yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kronik hastalıkların kişilerde strese neden olması, sorumluluk ve takip gerektirmesi gibi nedenlerden dolayı prostat semptom skorunu etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda BPH şikayetlerinin başlama zamanı 2 yıl ve üstü olan katılımcıların 6-12 ay ve 1-2 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu saptanmıştır ( $p=0.001$ ), (Tablo 4.4). BPH tedavi edilmediği zaman prostat dokusu büyümeye devam etmektedir, bu büyümeyle ilişkili olarak BPH'ye bağlı semptomların şiddeti artmaktadır, çalışma sonucumuzun bununla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum ile IPSS arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Armut (2012)'un çalışmasında da medeni durum ile prostat semptom skoru arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonucumuz yukarıda belirtilen çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların mesleklerine göre karşılaştırıldığında, çalışmayan katılımcıların prostat semptom skoru daha yüksek çıkmış ancak sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.001$ ), (Tablo 4.4). Kılıç (2018)'in ve Armut (2012)'un çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi katılımcıların yapmış oldukları meslek ile prostat semptom skoru arasında ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun emekli olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda geliri giderinden az olan katılımcıların prostat semptom skoru daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Kılıç (2018)'in çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi geliri

giderinden az olan katılımcıların prostat semptom skoru daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Armut (2012)'un çalışmasında da IPSS ile ekonomik durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda gelir düzeyi düşük olanların semptom skorunun yüksek olmasının tedavi imkanlarına erişimin zor olması ve tedavinin gecikmesi gibi sebeplerden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaşanan yer ile IPSS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Kılıç (2018)'in ve Armut (2012)'un çalışmasında da prostat semptom skoru ile yaşanan yer arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonucumuz literatür ile uyum göstermektedir.

Sigara kullanımı ile IPSS arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde Turan ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımının prostat semptom skoruyla anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Berdibek ve ark. (2020) yapmış oldukları başka bir çalışmada da IPSS ile sigara kullanımı arasında istatistiksel açıdan bir ilişki görülmemiştir. Çalışma sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç sigaranın alt üriner sistem semptomları üzerine doğrudan etkisinin olmamasıyla ilişkilendirildi.

### **5.3. BPH'li Hastaların Sosyodemografik Verileri ile MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tartışılması**

Çalışmamıza katılan katılımcıların ortalama uyku süresi  $6.84\pm 1.24$ , uyku bozukluğu puanı  $30.20\pm 12.98$ , horlama alt boyut puanı  $36.44\pm 23.42$ , uykudan uyanma alt boyut puanı  $18.68\pm 16.42$ , uyku yeterliliği alt boyut puanı  $68.22\pm 16.30$ , gündüz uykululuk alt boyut puanı  $36.92\pm 16.19$ , uyku problemleri indeksi (UPI) 1  $31.40\pm 13.40$ , uyku problemleri indeksi (UPI) 2  $29.63\pm 12.47$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Sarıkaya ve ark. (2020) BPH tanılı hastalarda MOS uyku ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların ortalama uyku süresi 5 saat, uyku bozukluğu alt boyut puanı  $49.47\pm 23.00$ , horlama alt boyut puanı 60, uykudan uyanma alt boyut puanı 40, uyku yeterliliği alt boyut puanı 60, gündüz uykululuk alt boyut puanı da 60 olarak bulunmuştur. Shao ve ark. (2016) alt üriner sistem semptomu olan 728 hastayı dahil ettiği araştırmasında noktürinin uyku kalitesini olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Coyne ve ark. (2003)'ün çalışmasında da noktürinin uykuyu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Yukarıda belirtilen çalışma

sonuçlarının bu çalışma sonuçları ile benzer olduğu, BPH ve noktürinin uyku kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Eğitim durumuna göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, MOS uyku ölçeğinin uyku bozukluğu ( $p=0.023$ ) ve gündüz uykululuk ( $p=0.007$ ) alt boyut puan ortalamalarının ilkökul mezunu katılımcılarda üniversite mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca okuryazar olmayan katılımcıların gündüz uykululuk puanlarının üniversite mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.007$ ). Eğitim durumuna göre uyku yeterliliği puan ortalamalarının ikili karşılaştırma sonucuna göre üniversite mezunu olan katılımcıların uyku yeterlilikleri puanlarının ilkökul mezunu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.042$ ), (Tablo 4.4). Atay (2019)'ın TUR-P girişimi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi adlı çalışmasında eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Şirin ve Yüksel Deniz (2021)'in klinikte yatan hastaların uyku kalitesini incelediği çalışmasında eğitim düzeyi ile uyku kalitesi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ifade edilmiştir. Pala (2021)'nin çalışmasında da eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yukarıda belirtilen literatür ile çalışma sonucumuzun benzer olmadığı görülmüştür, bu farklılığın hastaların kişisel özelliklerinden ve çalışma popülasyonunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Geliri giderinden az olan katılımcıların uyku bozukluğu puanı geliri giderine eşit olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Atay (2021)'in çalışmasında gelir düzeyi az olanların iyi olanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmış ancak bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Şirin ve Yüksel Deniz (2021) klinikte yatan hastaların gelir düzeyinin uyku kalitesinde anlamlı derecede fark oluşturmadığını saptamıştır. Arpınar (2020)'in çalışmasında da gelir-gider durumunun uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Çalışma bulgularının yukarıda belirtilen literatür ile uyumlu olmaması örneklem grubumuzun yaş ortalamasının yüksek olması, grubun çoğunun emekli olması ile ilişkilendirilmiştir.

Kronik hastalığa sahip katılımcıların uyku bozukluğu ( $p=0.020$ ) ve gündüz uykululuk ( $p=0.002$ ) puanı ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik hastalığı olmayan katılımcıların uyku yeterliliği puanı ortalama değerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ), (Tablo 4.4). Pala (2021)'nin çalışmasında herhangi bir kronik hastalığı olan katılımcıların yarısından fazlasının uykusunun kötü olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Aktaş ve ark. (2015) araştırmasında kronik hastalık durumunun uyku kalitesini azalttığı belirlenmiş ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunda kronik hastalıkların uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (Aslan, 2017; Şahin, 2019; Sakman ve Tosun, 2020). Çalışma sonucumuz yukarıda belirtilen literatür ile uyumludur. Kronik hastalıkların takip gerektirmesi, birtakım komplikasyonlara yol açması ve stres oluşturması gibi nedenlerden ötürü uyku kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile MOS uyku ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunda medeni durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup evli olanların düzenli bir yaşama sahip olması gibi sebeplerden ötürü uyku kalitelerinin daha iyi olduğu ifade edilmiştir (Karagözoğlu ve Bingöl, 2008; Şenol ve ark., 2014; Atay, 2019; Pala, 2021). Çalışma sonucumuzun literatür ile uyumlu olmamasının katılımcıların yaklaşık %95'inin evli olması ve bekar sayısının az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların sahip oldukları meslek ile MOS uyku ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.4). Atay (2019)'ın çalışmasında hastaların çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Pala (2021)'nin erişkinlerde uyku kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında da çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir. Aksu Aslan (2017)'in aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların uyku kalitesini ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında ise işsiz katılımcıların uyku kalitesinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesi katılımcıların kişisel özelliklerinin ve kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda yaşanan yer ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Arpınar (2020)'ın çalışmasında da yaşanan yer ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonucumuz yukarıda belirtilen çalışma sonucu ile uyumluluk göstermektedir.

Sigara kullanma durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.4). Pala (2021)'nin erişkinlerde uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada sigara içme durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aksu Aslan (2017)'in çalışmasında da sigara içme ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Rujnan ve ark. (2018) sigara bağımlısı olan yetişkinlerde yapmış olduğu çalışmada ise uyku kalitesi ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Asghari ve ark. (2015) İran'da 18-98 yaş aralığında 2923 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmada da sigara içen kişilerin uyku kalitesinin içmeyenlere göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Yukarıda belirtilen çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeni katılımcıların kişisel özelliklerinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

#### **5.4. BPH'li Hastaların IPSS Puan Ortalaması ile BPH-YK ve MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması**

Çalışmamızda katılımcıların IPSS puanı ile BPH-YK puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur ( $r=0.806$ ;  $p<0.001$ ). Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre IPSS puanının BPH-YK puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ( $\beta=0.478$ ;  $p<0.001$ ). Agrawal ve ark. (2008) BPH'li 200 hasta üzerinde yapmış olduğu araştırmada IPSS'nin artmasıyla yaşam kalitesinin azaldığı ve aralarında güçlü bir korelasyonun olduğu belirlenmiştir. Akı ve ark. (2003) benign prostat hiperplazili hastaların prevalansını belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada IPSS arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Sünter ve arkadaşlarının (2007) 1860 hastanın katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada uluslararası prostat semptom skoru arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir. Eze ve ark. (2019)'larının çalışmasında da IPSS arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ifade edilmiştir. Yukarıda belirtilen çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızda olduğu gibi IPSS'nin artmasıyla yaşam



kalitesinin azaldığı görülmektedir. BPH, alt üriner sistem semptomlarına (idrar kaçırma, sık ve gece idrarı, dizüri, inkontinans) sebep olmaktadır. Bu semptomların şiddetinin artmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcıların IPSS puanı ile uyku bozukluğu ( $r=0.659$ ;  $p<0.001$ ), gündüz uykululuk ( $r=0.574$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.649$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.681$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r=0.355$ ;  $p<0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r=0.342$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ayrıca araştırmamızda uyku yeterliliği puan ortalaması ile IPSS arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur ( $r=-0.600$ ;  $p<0.001$ ). Sarıkaya ve ark. (2020) BPH hastalarında MOS uyku ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışmada IPSS arttıkça uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Chartier-Kastler ve ark. (2009) 1376 hasta katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada IPSS arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Doo ve ark. (2012) çalışmasında noktürisi olan hastaların olmayanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Pryzdcz ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada da alt üriner sistem semptomlarına bağlı şikayetlerin şiddeti arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde prostata bağlı semptomların şiddeti arttıkça uyku kalitesinin azaldığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile uyumludur. Benign prostat hiperplazisi noktürisi, sık idrara çıkma, inkontinans gibi semptomlara yol açarak uyku kalitesini olumsuz etkilediği, bu semptomların şiddetinin artmasıyla ilişkili olarak uyku sorunlarının arttığı düşünülmektedir.

##### **5.5. BPH'li Hastaların BPH-YK Ölçeği ile MOS Uyku Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tartışılması**

Çalışmamızda katılımcıların BPH-YK puanı ile uyku bozukluğu ( $r=0.781$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.786$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.800$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde; gündüz uykululuk ( $r=0.603$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r=0.353$ ;  $p<0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r=0.432$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Uyku yeterliliği ile BPH-YK puanı arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu

saptanmıştır ( $r=-0.737$ ;  $p<0.001$ ). Ayrıca çalışmamızda BPH-YK puanını önemli ölçüde etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinde uyku bozukluğunun ( $\beta=0.299$ ;  $p<0.001$ ) ve uyku süresinin ( $\beta=0.072$ ;  $p=0.038$ ) BPH-YK puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu ayrıca uyku yeterliliğinin ( $\beta=-0.201$ ;  $p<0.001$ ) negatif ve anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Pekçetin ve İnal (2019)'ın yaşlı bireylerde yapmış olduğu çalışmada uyku kalitesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Özvurmaz ve ark. (2018) yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında da uyku kalitesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Tel (2013)'in 65-82 yaş aralığında olan 187 hastayı dahil ettiği çalışmasında uyku kalitesi ile yaşam kalitesinin doğru orantılı olduğu ifade edilmiştir. Literatür incelendiğinde benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda uyku kalitesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ve bu sonucun bizim çalışmamızla paralel sonuçlar gösterdiği görülmektedir (Zeitlhofer ve ark., 2000; Şendoğan ve ark., 2019; Li ve ark., 2020). Fabuel ve arkadaşları (2009) uyku süresi ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu, kısa süreli uyumanın fiziksel ve ruhsal boyutta yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamıştır. Tüm bunlar göz önüne alındığında temel insan gereksinimlerinden biri olan uykunun kişilerde fiziksel ve ruhsal iyilik hali oluşturarak yaşam kalitesini yükselttiği düşünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

-Katılımcıların BPH-YK puanı ortalaması  $25.65 \pm 11.42$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Ölçekte en düşük puan 0 en yüksek puan 60 olup puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların orta derecede yaşam kalitesine sahip olduğu söylenebilir.

-Katılımcıların IPSS ortalaması  $21.29 \pm 7.83$  bulunmuştur (Tablo 4.3). Katılımcıların puan ortalaması 20-35 aralığında olduğu için şiddetli derecede semptomatik olarak değerlendirilmiştir.

-Katılımcıların ortalama uyku süresi  $6.84 \pm 1.24$ , uyku bozukluğu alt boyut puanı  $30.20 \pm 12.98$ , horlama alt boyut puanı  $36.44 \pm 23.42$ , uykudan uyanma alt boyut puanı  $18.68 \pm 16.42$ , uyku yeterliliği alt boyut puanı  $68.22 \pm 16.30$ , gündüz uykululuk puanı  $36.92 \pm 16.19$ , UPI 1 puanı  $31.40 \pm 13.40$ , UPI 2 puanı  $29.63 \pm 12.47$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu sonuçlara göre benign prostat hiperplazisinin uyku kalitesini etkilediği sonucu ortaya konulmuştur.

-Çalışmamızda okuryazar olmayan katılımcıların BPH-YK puanı üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0.028$ ), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediği, eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

-Kronik hastalık durumu ile BPH-YK puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.005$ ), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre kronik hastalığa sahip BPH'li hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

-İlkokul mezunu katılımcıların ortaokul ve üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre eğitim düzeyi arttıkça prostat semptom skoru düzeyinin azaldığı söylenebilir.

-BPH şikayetlerinin başlama zamanı 2 yıl ve üstü olan katılımcıların 6-12 ay ve 1-2 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek IPSS puanına sahip olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ), (Tablo 4.4).

-Kronik hastalığa sahip katılımcıların IPSS puanı kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.4).

-Eğitim durumuna göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, ilkokul mezunu katılımcıların uyku bozukluğu ( $p=0.023$ ) ve gündüz uykululuk ( $p=0.007$ ) puan ortalamalarının üniversite mezunu katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca okuryazar olmayan katılımcıların gündüz uykululuk puanlarının üniversite mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.007$ ). Üniversite mezunu olan katılımcıların uyku yeterlilikleri puanlarının ilkokul mezunu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. ( $p=0.042$ ), (Tablo 4.4).

-Geliri giderinden az olan katılımcıların uyku bozukluğu puanı geliri giderine eşit olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.011$ ), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre geliri giderinden az olan BPH hastalarının uyku kalitesi daha düşük saptanmıştır.

-Kronik hastalığı olan katılımcıların uyku bozukluğu ve gündüz uykululuk puanı ortanca değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.020$ ,  $p=0.002$ ). (Tablo 4.4). Ayrıca kronik hastalığı olmayan katılımcıların uyku yeterliliği puanı ortanca değerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre kronik hastalığa sahip BPH'li hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir.

-Katılımcıların BPH-YK puanı ile IPSS ( $r=0.806$ ;  $p<0.001$ ), uyku bozukluğu ( $r=0.781$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.786$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.800$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde; gündüz uykululuk ( $r=0.603$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r=0.353$ ;  $p<0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r=0.432$ ;  $p<0.001$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Buna göre BPH hastalarının yaşam kalitesi düştükçe prostata bağlı semptomların şiddetinin arttığı ve uyku kalitesinin azaldığı görülmektedir.

-Katılımcıların IPSS puanı ile uyku bozukluğu ( $r=0.659$ ;  $p<0.001$ ), gündüz uykululuk ( $r=0.574$ ;  $p<0.001$ ), UPI 1 ( $r=0.649$ ;  $p<0.001$ ) ve UPI 2 ( $r=0.681$ ;

$p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde; horlama ( $r = 0.355$ ;  $p < 0.001$ ) ve uykudan uyanma ( $r = 0.342$ ;  $p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu sonuçlara göre benign prostat hiperplazili hastaların prostat semptomlarının şiddeti arttıkça uyku kalitesinin azaldığı görülmektedir.

-Uyku yeterliliği ile BPH-YK ( $r = -0.737$ ;  $p < 0.001$ ) ve uyku bozukluğu ( $r = -0.776$ ;  $p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde; IPSS ( $r = -0.600$ ;  $p < 0.001$ ), horlama ( $r = 0.659$ ;  $p < 0.001$ ), uykudan uyanma ( $r = -0.535$ ;  $p < 0.001$ ) ve gündüz uykululuk ( $r = -0.613$ ;  $p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde; UPI 1 ( $r = -0.909$ ;  $p < 0.001$ ) ve UPI 2 ( $r = -0.901$ ;  $p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

-Çoklu lineer regresyon analizi sonuçlarına göre BPH-YK puanını önemli ölçüde etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F = 173.758$ ,  $p < 0,001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin BPH-YK bağımlı değişkenindeki varyansın %77.5'ini açıkladığı belirlenmiştir. Regresyon katsayıları incelendiğinde uyku bozukluğu ( $\beta = 0,299$ ,  $p < 0,001$ ), IPSS puanının ( $\beta = 0,478$ ,  $p < 0,001$ ) ve uyku süresinin ( $\beta = 0,072$ ,  $p = 0,038$ ) BPH-YK puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca uyku yeterliliğinin ( $\beta = -0,201$ ,  $p < 0,001$ ) BPH-YK puanı üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Bu sonuçlar BPH'ye bağlı yaşam kalitesi azaldıkça, IPSS'nin ve uyku bozukluğunun arttığını, uyku yeterliliğinin azaldığını göstermektedir.

## 6.2. Öneriler

Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

-BPH hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi,

-BPH hastalarında uyku kalitesi değerlendirilmeli ve uyku kalitesi düşük bulunan hastaların uyku kalitesini iyileştirici uygulamalar (uyumadan önce sıvı

tüketiminin azaltılması, kafeinli içeceklerin tüketilmemesi vs.) planlanarak uyku ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi,

-Erken tanı konulabilmesi için IPSS kullanımının yaygınlaştırılması,

-Hastalarla birlikte eşlerinin de uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi,

-Erken tanı konusunda hastaların bilinçlendirilmesi, 40 yaşından sonra yılda bir defa sağlık tarama kontrolü yapılması,

-BPH'ye bağlı yaşanabilecek problemler konusunda 40 yaş üzerindeki erkeklere eğitim programları düzenlenmesi,

-Benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen ve rehber olabilecek daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.

## KAYNAKÇA

- Aaron L, Franco OE, Hayward SW. (2016). Review of prostate anatomy and embryology and the etiology of benign prostatic hyperplasia. *Urologic Clinics*, 43(3), 279-288.
- Açak M, Büyükçelebi H. (2022). Her yönüyle uyku. *Beden Eğitimi ve Spor Araştırmaları*, 2021-II, 81.
- Agrawal CS, Chalise PR, Bhandari BB. (2008). Correlation of prostate volume with international prostate symptom score and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia. *Nepal Medical College Journal*, 10(2), 104-107.
- Akbayır S, Muşlu N. (2016). Prostat kanseri tanısında prostat spesifik antijen ve türevleri. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 14(3), 189-204.
- Akçay B, Akçay D, Yetkin S. (2021). Turkish reliability and validity study of the medical outcomes study (MOS) sleep scale in patients with obstructive sleep apnea. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(1), 268-279.
- Akdemir N. (2021). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. S:173-176.
- Åkerstedt T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*, 53(2), 89-94.
- Akı FT, Aygun C, Bilir N, Erkan İ, Özen H. (2003). Prevalence of lower urinary tract symptoms in a community-based survey of men in Turkey. *International Journal of Urology*, 10(7), 364-370.
- Aksu Aslan S. (2017). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Uyku Kalitesinin ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Aktaş G. Özvurmaz S. (2019). Hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(3), 14-18.

- Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, ve ark. (2015). Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 60-70.
- Algın D, Akdağ G, Erdinç O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 29-34.
- Alshahrani S, McGill J, Agarwal A. (2013). Prostatitis and male infertility. *Journal of Reproductive Immunology*, 100(1), 30-36.
- Amin M, Khalid A, Tazeen N, Yasoob M. (2010). Zonal anatomy of prostate. *Annals of King Edward Medical University*, 16(3), 138-138.
- Atan A, Aslan Y, Tuncel A. (2012). The use of alpha blockers in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi*, 15(2), 237-240.
- Atay S. (2019). Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TURP) Girişimi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli.
- Arabacıoğlu ND. (2021). Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Uyku Kalitesinin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Armut S. (2012) Geriatrik Yaş Grubunda Benign Prostat Hiperplazisi Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Arpınar MS. (2020). Sosyo Demografik özelliklerin uyku kalitesine etkisine yönelik bir çalışma. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 06(1), 144-157.
- Asghari A, Kamrava SK, Hemami MR, Jalessi M, Yazdanifard P, Farhadi M, et al. (2015). Cigarette smoking habit and subjective quality of sleep. *Scimetr*, 3(1), 1-4.
- Aslan SA. (2017). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Uyku Kalitesinin ve Uyku Kalitesini



Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Ayyıldız SN, Ayyıldız A, Benli E, Cırrık S, Çırakoğlu A, Keseroğlu B. (2018). The early prediction of prostate cancer and benign prostate hyperplasia additional to rutin examination. *Bozok Tıp Dergisi*, 8 (2), 65-71.

Balcı M, Tuncel A. (2012). Benign prostat hiperplazisinin tedavisinde minimal invaziv cerrahi yöntemlerin yeri nedir?. *Türk Üroloji Seminerleri*, 3(1), 14-16.

Barış N. (2022). Transüretral Prostat Rezeksiyonu Uygulanan Hastada Yaşam Kalitesi, Aile Desteği Algısı ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.

Başpınar MM. (2021). Türkiye'de yapılan tez çalışmalarında sigara içiminin uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 8(1), 7-15.

Bora İH, Bican A. (2007). Uyku fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 3(23), 1-6.

Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs R, Fourcade R, et al. (2003). The relationship between lower urinary tract symptoms and health status: The UREPIK study. *BJU international*, 92(6), 575-580.

Bozkurt A, Gürsul C, Aydın M, Sayar İ, Karabakan M, Çikman A. (2019). The evaluation of oxidative stress parameters in the benign prostatic hyperplasia, prostatitis and prostate cancer. *Ortadoğu Medical Journal*, 11(3), 315-321.

Braeckman J, Denis L. (2017). Management of BPH then 2000 and now 2016–From BPH to BPO. *Asian Journal of Urology*, 4(3), 138-147.

Bulut S, Gökkaya CS, Aktaş BK, Özden C, Baykam MM, Memis A. (2010). Benign prostat hiperplazisi ile obesite ve serum insülin düzeyleri arasındaki ilişki/Relationship of benign prostate hyperplasia to obesity and serum insulin levels. *Turkish Journal of Urology*, 36(4), 401.

- Büker N, Koç S, Tuncay ÖL, Şavkın R, Zümrütbaş AE. (2014). Quality of life changes after early transurethral resection of prostate. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital*, 25(3), 220–224.
- Canatar AT. (2022). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Sağlık Anksiyetesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Chartier-Kastler E, Leger D, Montauban V, Comet D, Haab F. (2009). Impact of nocturia on sleep efficiency in patients with benign prostatic hypertrophy. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 19(5), 333-340.
- Chartier-Kastler E, Leger D, Comet D, Haab F, Ohayon MM. (2012). Prostatic hyperplasia is highly associated with nocturia and excessive sleepiness: A cross-sectional study. *British Medical Journal*, 2(3), 1-8.
- Clark I, Landolt HP. (2017). Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 70-78.
- Cohen J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. (2014). Alcohol and the sleeping brain. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 415-431.
- Coyne KS, Zhou Z, Bhattacharyya SK, Thompson CL, Dhawan R, Versi E. (2003). The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU international*, 92(9), 948-954.
- Çam HK. (2005). Benign prostat hiperplazisi ve yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 2(1), 25-27.
- Çam K. (2009). Benign prostat hiperplazisinde yaşam kalitesi neden önemlidir ve nasıl ölçülür?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 21-24.

- Çeçen Çamlı D, Yılmaz E, Muezzinoglu T, Kara H, Aslan Baslı A, Mutlu S, ve ark. (2021). Prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 133-139.
- Çelik S. (2021). Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. S:655-656.
- Çetinkaya M, Erdoğan Ö, Deliktaş H. Şahin H. (2015). Prostat spesifik antijen. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(2), 67-77.
- Çoban G, Cüreklibatır İ. (2009). Benign prostat hiperplazisi ve progresyonunda risk faktörleri. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 9-15.
- Demir Korkmaz F. (2018). Üriner inkontinanslarda cerrahi ve bakım. *Türkiye Klinikleri Journal Surgical Nursing Special Topics*, 4(2), 129-134.
- Demirkesen O, Demirdağ Ç. (2008). İleri yaş erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının medikal tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 7(3), 28-32.
- Dhingra N, Bhagwat D. (2011). Benign prostatic hyperplasia: An overview of existing treatment. *Indian Journal of Pharmacology*, 43(1), 6.
- Doğan S, Küçükgöncü S. (2010). Alkol ve alkol bağımlılığı: Cinsellik, uyku, yeme bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 3(3), 95.
- Doo SW, Lee HJ, Ahn J, Kim JH, Yun JH, Yang WJ. (2012). Strong impact of nocturia on sleep quality in patients with lower urinary tract symptoms. *The World Journal of Men's Health*, 30(2), 123-130.
- Egan KB. (2016). The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms: Prevalence and incident rates. *Urologic Clinics*, 43(3), 289-297.
- Em S, Batmaz İ, Karakoç M, Aydın A, Bozkurt M, Çağlayan M. (2015). Alt ekstremitte amputasyonlu hastalarda uyku kalitesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 61(3), 241-246.

- Erbin A, Berberoğlu AY, Sarılar Ö, Binbay M. Müslümanoğlu AY. (2012). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde uygulanan minimal invaziv yöntemler. *Bulletin of Haseki*, 50, 76-80.
- Erdem S, Çayan S, Kadioğlu A. (2013). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde fitoterapi. *Androloji Bülteni*, 18(64), 13-19.
- Erdil F, Özhan Elbaş N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Ergün S, Duran S, Gültekin M, Yanar S. (2017). Evaluation of the factors which affect the sleep habit and quality of health college students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(3), 186-193 .
- Erkoc M, Otunctemur A, Besiroglu H, Altunrende F. (2018). Evaluation of quality of life in patients undergoing surgery for benign prostatic hyperplasia. *The Aging Male*, 21(4), 238-242.
- Eze BU, Mbaeri TU, Oranusi KC, Abiahu JA, Nwofor AM, Orakwe JC, et al. (2019). Correlation between intravesical prostatic protrusion and international prostate symptom score among Nigerian men with benign prostatic hyperplasia. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(4), 454-459.
- Faubel R, Lopez Garcia E, Guallar Castellón P, Balboa Castillo T, Gutiérrez Fisac JL, Banegas JR, et al. (2009). Sleep duration and health-related quality of life among older adults: a population-based cohort in Spain. *Sleep*, 32(8), 1059-1068.
- Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assessment*, 2(14), 1-74.
- Foo KT. (2019). What is a disease? What is the disease clinical benign prostatic hyperplasia (BPH)?. *World Journal of Urology*, 37(7), 1293-1296.
- Frimpong E, Mograss M, Zvionow T, Dang-Vu TT. (2021). The effects of evening high-intensity exercise on sleep in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101535.

- George D, Mallery M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update (10. bs.). Boston: Pearson.
- Gönülalan U, Koşan M. (2013). Benign prostat hiperplazisinde ürodinamik çalışmalar: Kime ve ne zaman?. *Üroonkoloji Bülteni*, 12(4), 237-241.
- Gören MR, Tekin Mİ. (2009). Yüksek karbonhidratın, yağdan zengin beslenmenin ve statinlerin benign prostat hiperplazi ile ilişkisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 25-28.
- Gözükara KH, Bozlu M. (2010). Minimal invaziv BPH tedavileri ve konvansiyonel tedavilerin uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması. *Üroonkoloji Bülteni* Aralık, 4, 33-37.
- Grandner MA. (2017). Sleep and obesity risk in adults: Possible mechanisms; Contextual factors; and implications for research, intervention, and policy. *Sleep Health*, 3(5), 393-400.
- Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, et al. (2015). EAU guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *European Urology*, 67(6), 1099-1109.
- Güler E, Ersoy S, Pala E. (2021). Symptoms of benign prostate hypertrophy and its effect on life quality in males over 50. *Medical Records*, 3(2), 138-145.
- Gündüz A. (2018). Prostat Tümörlü Hastalarda Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Güneş Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.
- Hasırcı E, Dirim A, Özkardeş H. (2015). Benign prostat hiperplazisi tedavisinde yüksek risk varlığında cerrahi yöntemler. *Bulletin of Urooncology*, 14, 290-295.
- Hays RD, Martin SA, Sesti AM, Spritzer KL. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Medicine*, 6(1), 41-44.

- Hernández Fernánde C, Ristol Pont J, Estivill E, Batista Miranda JE, Aramburu L. (2007). Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urológicas Españolas*, 31(3), 262-269.
- Hernández C, Estivill E, Cantalapiedra A. (2010). Impact of nocturia on sleep quality in patients with lower urinary tract symptoms suggesting benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH). *The NocSu Study. Actas Urológicas Españolas*, 34(5), 450-459.
- Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43.
- Işıkkay L, Bozlu M. (2009). Monopolar TURP sona mı eriyor? BPH'da cerrahi tedavide son durum. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 34-37.
- Ittmann M. (2018). Anatomy and histology of the human and murine prostate. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 8(5), 1-7.
- Jiwrajka M, Yaxley W, Perera M, Roberts M, Dunlison N, Yaxley J, et al. (2018). Review and update of benign prostatic hyperplasia in general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47(7), 471-475.
- Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. (2013). Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms. *International Journal of Psychophysiology*, 89(2), 218-228.
- Karagozoglu S, Bingöl N. (2008). Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook*, 56(6), 298-307.
- Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26.
- Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. (2008). Paylaşılmamış deneyim: Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 22(6), 327-332.

- Karimi M, Brazier J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kaya M. (2014). Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Kemahlı E, Gücük A. (2018). Benign prostat hiperplazisi tanı ve değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Üroloji*, 11(3), 15–20.
- Khalaf KM, Coyne KS, Globe DR, Malone DC, Armstrong EP, Patel V, et al. (2016). The impact of lower urinary tract symptoms on health-related quality of life among patients with multiple sclerosis. *Neurourology and Urodynamics*, 35(1), 48-54.
- Kılıç T. (2018). Benign Prostat Hiperplazili Bireylerde Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Kim EH, Larson JA, Andriole GL. (2016). Management of benign prostatic hyperplasia. *Annual Review of Medicine*, 67(1), 137-151.
- Kim JS, Moon VN. (2010). Factors influencing health-related quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(2), 287-297.
- Koca-Caliskan U, Durbilmez GD, Memis G. (2019). Effects of phytoterapeutics on benign prostate hyperplasia. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 43(2), 173–196.
- Komiya A, Suzuki H, Awa Y, Egoshi KI, Onishi T, Nakatsu H, et al. (2010). Clinical effect of naftopidil on the quality of life of patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: A prospective study. *International Journal of Urology*, 17(6), 555-562.
- Kosilov K, Kuzina I, Kuznetsov V, Gainullina Y, Kosilova L, Prokofyeva A, et al. (2018). Comparison of the efficacy of long-term treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis of varying severity using traditional methods. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 47(3), 249-256.

- Lee SWH, Chan EMC, Lai YK. (2017). The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 7(1), 1-10.
- Leslie SW, Sajjad H, Singh S. (2022). Nocturia. Erişim: 10 Ocak 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518987/>
- Li N, Xu G, Chen G, Zheng X. (2020). Sleep quality among Chinese elderly people: A population-based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103968.
- Lieberman HR. (2003). Nutrition, brain function and cognitive performance. *Appetite*, 40(3), 245-254.
- Lim KB. (2017). Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian Journal of Urology*, 4(3), 148-151.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, De La Rosette. (2004). EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *European Urology*, 46(5), 547-554.
- Mallampalli MP, Carter CL. (2014). Exploring sex and gender differences in sleep health: A Society for Women's Health Research Report. *Journal of Women's Health*, 23(7), 553-562.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2012). Üreme Sistemi. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2017). Üro-Genital Sistem Hastalıkları. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.
- Müezzinoğlu T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
- Müezzinoğlu T, Çam K. (2006). Selim prostat büyümesinde yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Urology*, 32(2), 254-260.
- Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum Journal*, 57(1), 144-151.



- Nickel JC, Mendez-Probst CE, Whelan TF, Paterson RF, Razvi H. (2010). 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. *Canadian Urological Association Journal*, 4(5), 310-316.
- Niu C, Huang X, Wang L, Liu F. (2021). Effect of hospital, community and home care model on nursing and quality of life of patients after transurethral resection of benign prostatic hyperplasia. *American Journal of Translational Research*, 13(5), 4959.
- Oktar D, Çam C, Akbulut Zencirci S, Aygar H, Dağtekin G, Çalışkan Pala S, et al. (2021). Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(2), 116-128.
- Özcan A, Özdil K, Kaya ŞŞ. (2019). The correlation between symptoms of benign prostatic hyperplasia and the quality of life: A field study. *International Journal of Urological Nursing*, 13(1), 31-38.
- Özcan Z, Güler N. (2013). Prostat cerrahisi geçiren bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme ve komplikasyon gelişme durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 47-60.
- Özden C, Gökaya CS. (2015). Benign prostat hiperplazisinin genetik etiyolojik temelleri. *Bulletin of Urooncology*, 14, 299-302.
- Özen M. (2016). Erkeklerde alt üriner yol semptomları/Benign prostat hiperplazisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 7(4), 26-33.
- Özvurmaz S, Asgarpour H, Güneş Z. (2018). Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma. *Medical Sciences*, 13(3), 72-79.
- Pala K. (2021). Erişkinlerde Uyku Kalitesinin ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Park S, Ryu JM, Lee M. (2020). Quality of life in older adults with Benign Prostatic Hyperplasia. *Healthcare*, 8(2), 158.

- Parsons JK, Im R. (2009). Alcohol consumption is associated with a decreased risk of benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*, 182(4), 1463-1468.
- Parsons JK. (2010). Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: Epidemiology and risk factors. *Current Bladder Dysfunction Reports*, 5(4), 212-218.
- Patel ND, Parsons JK. (2014). Epidemiology and etiology of benign prostatic hyperplasia and bladder outlet obstruction. *Indian Journal of Urology*, 30(2), 170-176.
- Patel AK, Reddy V, Araujo JF. (2021). Physiology, sleep stage. Erişim 7 Ekim 2022, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/?report=classic>
- Pejcic TP, Acimovic M, Dzamic Z, Radovanovic M, Hadzi-Djokic J. (2015). Benign prostatic hyperplasia and prostate-specific antigen. *Vojnosanitetski Pregled*, 72(5).
- Pekçetin S, İnal Ö. (2019). Yaşlı bireylerde uyku kalitesinin yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 604-608.
- Peuhkuri K, Sihvola N, Korpela R. (2012). Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition Research*, 32(5), 309-319.
- Pinto JD, He HG, Chan SWC, Wang W. (2016). Health-related quality of life and psychological well-being in men with benign prostatic hyperplasia: An integrative review. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 309-323.
- Pirinçci E, Yaraşır E, Özbey S, Özdemir S, Demir A, Deveci SE, ve ark. (2021). Türkiye'nin doğusunda bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 35-42.
- Przydacz M, Skalski M, Sobanski J, Chlosta M, Raczynski K, Klasa K, ve ark. (2021). Association between lower urinary tract symptoms and sleep quality of patients with depression. *Medicina*, 57(4), 394.
- Roehrborn CG. (2005). Benign prostatic hyperplasia: An overview. *Reviews in Urology*, 7(9), 3-14.

- Rujnan T, aykara B, Sağlam Z, Pençe HH. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 609-615.
- Sakman Z. (2019). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Sakman Z, Tosun N. (2020). Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 9-18
- Sarıkaya S, Sarıkaya FG, Karşıyakalı N, Selvi İ, Senocak , Bozkurt F, et al. (2020). Evaluation of sleep quality and quantity of patients with benign prostatic hyperplasia using the medical outcomes study-sleep scale. *Journal of Urological Surgery*, 7(4), 295-301.
- Sarma AV, Wei JT. (2012). Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *New England Journal of Medicine*, 367(3), 248-257.
- Saygılı S, Akıncı A, Arıkan H, Dereli E. (2011). Üniversite ğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 1(1), 88-94.
- Sayaca , Karaman A. (2021). Günlük adım sayısı ve uyku kalitesi arasında bir ilişki var mı?. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 296-300.
- Seok YH, Yi M. (2017). Quality of life and its related factors in patients with benign prostatic hyperplasia in one general hospital. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 23(3), 332-340.
- Shao IH, Wu CC, Hsu HS, Chang SC, Wang HH, Chuang HC, et al. (2016). The effect of nocturia on sleep quality and daytime function in patients with lower urinary tract symptoms: A cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 879-885.
- Siegel JM. (2009). Sleep viewed as a state of adaptive inactivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(10), 747-753.

- Speakman M, Kirby R, Doyle S, Ioannou C. (2015). Burden of male lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH)–focus on the UK. *BJU international*, 115(4), 508-519.
- Stutz J, Eiholzer R, Spengler CM. (2019). Effects of evening exercise on sleep in healthy participants: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 49(2), 269-287.
- Sünter AT, DüNDAR C, Canbaz S, Dabak S, Pekşen Y. (2007). Prevalence of lower urinary tract symptoms in men over 40 years: A cross-sectional study in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 37(5), 297-301.
- Şahin MG. (2019). Erişkinde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Şendoğan F, Turan T, Güzel R, Efiloğlu Ö, Danacıoğlu YO, Atış RG, ve ark. (2019). Türkiye’deki ürologların benign prostat hiperplazisi tedavisindeki güncel yaklaşımları. *Yeni Üroloji Dergisi*, 14(2), 105-113.
- Şenel Ç, Şenel MY, Asfuroğlu A, Aykanat İC, Fırat H. (2022). The effect of nocturia on sleep quality in patients with benign prostatic obstruction and their female partners. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 9, 209-213.
- Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. (2012). Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 13(2), 93-104.
- Senol V, Soyuer F, Güleser GN, Argun M, Avşaroğulları L. (2014). The effects of the sleep quality of 112 emergency health workers in Kayseri, Turkey on their professional life. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 14(4), 172-178.
- Tarcan T, Yazıcı C. (2006). BPH tanı ve tedavisinde EAU ve AUA kılavuzlarının karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi*, 32(1), 110-117.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Tel H. (2013). Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 19(1), 48-52.

- Toksöz S, Özkardeş H. (2011). Benign Prostat Hiperplazisi'nde minimal invazif ve cerrahi tedaviler sonrası re-operasyon oranları ve olası nedenleri. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 34-39.
- Tong Y, Xie K, Li S. (2020). Self-care and quality of life in elderly Chinese patients with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 79-84.
- Trueman P, Hood SC, Nayak US, Mrazek MF. (1999). Prevalence of lower urinary tract symptoms and self-reported diagnosed 'benign prostatic hyperplasia', and their effect on quality of life in a community-based survey of men in the UK. *BJU international*, 83(4), 410-415.
- Turan T, Aykan AÇ, Gökdeniz T, Aydın HR, Akyüz AR, Turgut H, ve ark. (2016). Aterosklerozun erken dönemi ile benign prostat hiperplazi arasındaki ilişkinin karotis intima media kalınlığı kullanılarak değerlendirilmesi. *Koşuyolu Heart Journal*, 19(3), 179-183.
- Varughese S, Rajeev TP, Rodrigues DE. (2021). Effect of nocturia on quality of life among clients with benign prostatic hyperplasia. *Indian Journal of Community Medicine: Official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 46(2), 346-347.
- Wang B, Liu XQ. (2005). Quality of life in benign prostatic hyperplasia patients. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(10), 182-184.
- Wang C, Song Z, Li S, Tai S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1553-1560.
- Wang F, Boros S. (2021). The effect of physical activity on sleep quality: A systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 23(1), 11-18.
- Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ. (2005). Urologic diseases in America project: Benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*, 173(4), 1256-1261.
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

- Yılmaz Elaltuntaş E. (2008). Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz H, Tuncel D, Aksu M, Akyıldız UO, Alp R, Arslan K, ve ark. (2014). Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. Erişim: 18.12.2022, <https://noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/uyku%20bozukluklar%C4%B1%202014.pdf>
- Yoo TK, Cho HJ. (2012). Benign prostatic hyperplasia: From bench to clinic. *Korean Journal of Urology*, 53(3), 139-148.
- Şirin A, Yüksel Deniz S. (2021). Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Disiplinlerarası Yenilik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 148-155.
- Zahid M, Siddiqui AT. (2019). Quality of sleep in patients with benign prostate hyperplasia. *Rawal Medical Journal*, 44(2), 308-310.
- Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(4), 249-257.

## EKLER

### EK 1: Etik Kurul Onayı



Tarih: 06/07/2022 12:04  
Sayı: E-91120269-300-0749519  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000749519

**T.C.**  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
01.07.2022	13	15:30	164

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2022/164**

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın, KA EK 161 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “**Benign Prostat Hiperplazili Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesi İlişkisi**” başlıklı araştırmasının İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır  
**Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ**  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK 2: Kurum İzin Yazısı



T.C.  
ORDU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Tarih: 10/08/2022 15:12  
Sayı: E-405/01-0362201  
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



0000762251

Sayı : E-35766460-605.01  
Konu : Araştırma İzni (Doç.Dr.Nurgül  
BÖLÜKBAŞ-Öğrenci Ahmet  
KARAYİĞİT)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Estitüsü Müdürlüğü'nün 27/07/2022 tarihli ve E-36910495-663.08-0755606 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görevli Doç.Dr.Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın danışmanlığında; 21540200001 Nolu öğrenci Ahmet KARAYİĞİT'in "**Benig Prostat Hiperplazili Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesi İlişkisi**" konulu tez çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı adı geçene teslim edilmek üzere yazımız ekinde gönderilmiştir. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Op.Dr. Dursun TÜZÜN  
İl Sağlık Müdürü



## EK 3: Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği Kullanım İzni



duygu akcay <dakcay2010@hotmail.com>

12.04.2022 20:21



Kime: Ahmet Karayığıt

Tabi ki kullanabilirsin. Yayınımızda Türkçe hali mevcuttur. Başarılar...

Galaxy cihazımdan gönderildi

----- Orijinal mesaj -----

Kimden: Ahmet Karayığıt <karayığıtahmet708@gmail.com>

Tarih: 12.04.2022 10:55 (GMT+03:00)

Alıcı: dakcay2010@hotmail.com

Konu: MOS UYKU ÖLÇEĞİ

Değerli hocam,

Ben Ahmet Karayığıt Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim tez çalışmamda, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz MOS uyku ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

## EK 4: Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği Kullanım İzni



Türk Üroonkoloji Derneği <uroonkoloji@uroonkoloji.org>  
15:36



Kime: Ahmet Karayiğit

Sayın Ahmet Karayiğit,

İlgili ölçeği kurallarına uygun olarak kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

**From:** Ahmet Karayiğit <karayigitahmet708@gmail.com>  
**Sent:** Monday, May 9, 2022 10:13 AM  
**To:** [info@uroonkoloji.org](mailto:info@uroonkoloji.org)  
**Subject:** BPH-YK Ölçeği

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim tez çalışmamda Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma grubunun geliştirdiği, BPH Yaşam Kalitesi ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyorum. ilginiz için şimdiden teşekkür ederim.

## **EK 5: Kişisel Bilgi Formu**

### **Sevgili Katılımcı,**

Bu çalışmada, benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. İlgili ölçeklerin doldurulması ortalama 10 dakikanızı alacaktır. Soruların eksiksiz ve doğru cevaplanması araştırmanın sonucunu ciddi derecede etkileyeceği için oldukça önemlidir. Araştırmada elde edilen veriler bilimsel amaç dışı kullanılmayacaktır ve kişisel bilgileriniz korunacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

### **AHMET KARAYİĞİT**

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**1-Kaç yaşındasınız?.....**

**2-Medeni durumunuz nedir?**

1.Evli 2.Bekar

**3-Eğitim durumunuz nedir?**

1.Okuryazar değil 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite 6.Lisansüstü

**4-Mesleğiniz nedir?**

1.Çalışmıyor 2.İşçi 3.Memur 4.Emekli 5.Çiftçi 6.Diğer

**5-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

1.Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3.Gelirim giderimden fazla

**6-Sosyal güvenceniz var mı?**

1.Var 2.Yok

**7-Yaşadığınız yer neresi?**

1.Köy 2.İlçe merkezi 3.İl merkezi

**8.Sigara kullanıyor musunuz?**

1.Evet 2.Hayır

**9-Kronik bir hastalığınız var mı?**

1.Evet 2.Hayır

**10-Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise hastalığınız nedir?**

1 Diyabetes Meliitus 2.Hipertansiyon 3.Kalp Yetmezliği 4.Böbrek Yetmezliği 5.Kanser  
6.Diğer

**11-Prostat ile ilgili şikayetleriniz ne zaman başladı?**

1. 0-6 ay 2. 6-12 ay 3. 1-2 yıl 4. 2yıl ve üstü

**12- Hastalığımızda aşağıdaki hangi belirtileri yaşadınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

1. Sık sık idrara çıkma
2. Mesanenin tam boşalmaması ve damla damla idrar gelmesi
3. İdrar yaparken yanma hissi
4. İdrar kaçırma
5. Ağrı
6. Geceleri idrara kalkma
7. Diğer .....

**13-Şikayetlerinizin şiddetini belirlemek için aşağıdaki formu doldurunuz.**

<b>Son 1 ay içinde</b>	<b>Hiç</b>	<b>5 defada 1 (seyrek)</b>	<b>Yarıdan az</b>	<b>Yarı yarıya</b>	<b>Yarıdan çok (sık)</b>	<b>Hemen hemen her zaman</b>	<b>Skor</b>
İdrar yaptıktan sonra idrar torbanızın tam boşalmadığı hissine kapıldınız mı?	0	1	2	3	4	5	
İdrar yaptıktan sonra iki saat içinde tekrar idrar hissi duydunuz mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrar yaparken kesilip tekrar başlama oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrarınızı tutmakta zorlandığınız oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
İdrar akımında zayıflama hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5	
İdrara başlarken ıkınma ya da zorlanma oldu mu?	0	1	2	3	4	5	
Gece kaç defa idrar hissi ile uyanıp tuvalete gitmeniz gerekiyor?	<b>Hiç</b>	<b>1 kez</b>	<b>2 kez</b>	<b>3 kez</b>	<b>4 kez</b>	<b>5 ya da daha fazla</b>	
	0	1	2	3	4	5	
<b>Toplam Skor</b>							

**Açıklama:** Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) (International Prostate Symptom Score) (Toplam Puan: 0-7 hafif derecede semptomatik, 8-19 orta derecede semptomatik, 20-35 şiddetli derecede semptomatik).

## EK 6: Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeği:

**AÇIKLAMA:** Bu 1 sayfalık 12 sorudan oluşan anket uyku kalitenizi ölçmek amacıyla uygulanmaktadır. Lütfen soruları dikkatlice okuduktan sonra size en uygun cevabı veriniz.

### 1. Son dört hafta içerisinde ortalama ne kadar sürede uykuya daldıydınız?

(Sadece birini daire içine alarak işaretleyin)

- 0-15 dakika..... 1  
16-30 dakika..... 2  
31-45 dakika..... 3  
46-60 dakika..... 4  
60 dakikadan fazla..... 5

### 2. Son dört hafta içerisinde her gece ortalama olarak kaç saat uyudunuz?

Gecelik kaç saat olduğunu rakamla yazınız:.....

Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla...		(Her bir satırdan bir tek rakamı yuvarlak içine alınız)					
		Her zaman	Çoğu zaman	Biraz	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman
3.	uykunuzun rahat olmadığını hissettiniz? (uyurken huzursuz bir şekilde hareket etmek, gergin hissetmek, konuşmak, vs.)	1	2	3	4	5	6
4.	sabah uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissedecek kadar uykunuzu aldınız?	1	2	3	4	5	6
5.	nefes darlığı veya baş ağrısıyla uyandınız?	1	2	3	4	5	6
6.	kendinizi gün boyunca uykulu/uyku sersemi ya da uyuşuk hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7.	uykuya dalmakta zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
8.	gece uyandığınızda yeniden uykuya dalmakta güçlük çektiniz?	1	2	3	4	5	6
9.	gün boyunca uyanık kalmakta sorun yaşadınız?	1	2	3	4	5	6
10.	uykuda horladınız?	1	2	3	4	5	6
11.	gün içerisinde şekerleme yaptınız? (5 dakika veya daha uzun)	1	2	3	4	5	6
12.	ihtiyacınız olan uykuyu aldınız?	1	2	3	4	5	6

## **EK 7: Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi (BPH-YK) Ölçeği**

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

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

**2. Sık idrara çıkma şikâyetiniz varsa günlük hayatınızı ne ölçüde etkiliyor?**

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

**7. Gece idrara çıkmak için uyanmak hayatınızı etkiliyor mu?**

a. Hayır    b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hiç                      b. Biraz                      c. Oldukça                      d. Çok fazla

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

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

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

a. Hiç    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

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

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**12. Prostat kanseri olabileceğinize dair endişeniz var mı?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**13. İdrarda iltihap ve kanama endişesi taşıyor musunuz?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**14. İşeme şikâyetleriniz nedeniyle ne derecede fiziksel rahatsızlık hissettiniz?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

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

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

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

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**17. İdrar şikâyetleriniz iştahınızı ve yemek alışkanlıklarınızı etkiledi mi?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**18. İşeme şikâyetlerinizin cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**19. İşeme şikâyetleriniz nedeniyle moralinizin kötüleştiğini düşünüyor musunuz?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

**20. İşeme şikâyetlerinizin genel sağlığınızı kötü olarak etkilediğini düşünüyor musunuz?**

a. Hayır    b. Biraz    c. Oldukça    d. Çok fazla

## **Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu**

### **Sayın Katılımcı;**

Ben Ahmet KARAYİĞİT, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Nurgül BOLÜKBAŞ danışmanlığında '*Benign Prostat Hiperplazili Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesi İlişkisi*' isimli çalışmayı yürütmekteyim. Bu çalışma ile benign prostat hiperplazili hastalarda uyku ve yaşam kalitesi ilişkisi belirlenecektir.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izinler alınmıştır. Sizin de bu çalışmaya katılmanızı diliyorum. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için herhangi bir zorunluluk yoktur. İstedığınız zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırmaya katılmanız durumunda isminiz kullanılmayacak ve kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır. Bu araştırma için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda ifade edilen tüm açıklamaları okudum, araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama yapıldı, düşünebilmem için yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih** : .../.../202..

### **Katılımcının İmzası :**

**Araştırmacının Adı Soyadı:** Ahmet KARAYİĞİT

**İş Adresi:** Ordu Devlet Hastanesi

**E-Posta:** karayigitahmet708@gmail.com



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Ahmet KARAYİĞİT  
**Doğum Yeri** : Ünye  
**Doğum Tarihi** : 30.12.1999  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : karayigitahmet708@gmail.com

### Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017-2021
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD.	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2021-2023

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ordu Devlet Hastanesi	2019 -