2018

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KILIÇ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ BİREYLERDE EVLİLİK UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KILIÇ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ BİREYLERDE EVLİLİK UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KILIÇ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Benign Prostat Hiperplazili Bireylerde Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tuğba KILIÇ

Yüksek Lisans Tezi

11.04.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KOÇ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KOÇ

Dr. Öğretim Üyesi Bahar İNKAYA

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

Dr. Öğretim Üyesi Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

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

BEYAN

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

11.04.2018



Tuğba KILIÇ

TEŞEKKÜR

Bugünlere gelmemde fikrim rehberi olan Ulu Önder Mustafa Kemal ATATÜRK ve silah arkadaşlarına sonsuz rahmet ve derin saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince bana emek harcayan ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ'a sonsuz saygı ve şükranlarımı bir borç bilirim.

Sayın Prof. Dr. Selahattin BEDİR'e, Üroloji Kliniğinde araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izni verdiklerinden dolayı,

Üroloji kliniğinde hemşire Yasemin TURGUT'a tezimin veri toplama aşamasında verdiği desteklerinden ve yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Üzerimde sonsuz emekleri olan, her daim yanımda olan annem Ayhan KILIÇ'a, benim gizli kahramanım ve her daim varlığını hissettiğim biricik babam Hüseyin KILIÇ'a, dünyamdaki en değerli hazinem ve yaşama enerjim sevincim olan dünyalar tatlısı kızım Armin Çakıl TOPAL'a uykusuz gecelerime güç verdikleri için, bütün sıkıntılarımda beni yüreklendirdikleri için, eğitimim süresince gösterdikleri fedakârlıklar ve anlayış için çok derin şükran ve sevgilerimi sunarım. İyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iii**
ABSTRACT ..... **iv**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 3
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Prostat Anatomisi 5
2.2. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) Tanımı, Süreci 6
2.3. BPH İnsidans ve Prevelansı 6
2.4. BPH Etiyolojisi 7
2.5. BPH Tanısı 8
2.6. BPH Tedavisi 11
2.6.1. İzlem 11
2.6.2. Medikal Tedavi 12
2.6.3. Cerrahi Tedavi 13
2.6.4. Minimal İnvaziv Yöntemler 14
2.7. BPH'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi 14
2.8. Evlilik 15
2.9. Evlilik Uyumu 16
2.9.1. Evlilik Uyumu Kavramının Tanımı 17
2.9.2. Evlilik Uyumu Kavramı İle İlişkili Kavramlar 18
2.9.3. Evlilik Uyumu ve Önemi 23
2.9.4. Evlilik Uyumunu Etkileyen Unsurlar 26
2.10. BPH'nde Evlilik Uyumu ve Sağlık Bakımı 27
3. MATERYAL VE YÖNTEM **34**
3.1. Araştırmanın Şekli 34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34

3.4. Verilerin Toplanması 35
3.4.1. Veri Toplama Formu 35
3.4.2. Evlilik Uyumu Ölçeği 35
3.4.3. Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) 36
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 37
3.5.1. Bağımlı Değişkenler 37
3.5.2. Bağımsız Değişkenler 37
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu 37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 38
4. BULGULAR 39
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 51
6.1 Sonuçlar 51
6.2 Öneriler 52
7. KAYNAKLAR 53
8. EKLER 63
Ek-1. Veri Toplama Formu 63
Ek-2. Evlilik Uyum Ölçeği 65
Ek-3. Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) 67
Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu 68
Ek-5. Etik Kurul Onay Formu 70
Ek-6. Özgeçmiş 79

ÖZET

Benign Prostat Hiperplazili Bireylerde Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışma BPH'li bireylerde demografik değişkenlerin ve semptomlarının evlilik uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015 yılı ilk altı ayı üroloji kliniğine yatışı yapılmış BPH tanılı 687 hasta oluşturmuştur. Yapılan hesaplama sonucunda araştırma için %95 güvenle alınması gereken minimum örneklem sayısı 247 olarak tespit edilmiştir. Çalışma Ocak- Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında; 'Evlilik Uyum Ölçeği', 'International Prostate Symptom Score' – 'Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS)' ve veri toplama formu kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi İkiden fazla Grup karşılaştırmalarında ise Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Kruskall Wallis H testi sonucunun anlamlı çıkması halinde ikili karşılaştırmalar için Benforroni düzeltmeli Dunn Çoklu karşılaştırmalar testi kullanılmıştır. IPSS ve evlilik uyumu arasındaki ilişki için Spearman rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Katılımcıların çoğunluğunun 61 yaş ve üzerinde olduğu, % 96.36'sının evlilik uyumu olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların IPSS skor ortalamaları sonucuna göre büyük çoğunluğunun ileri derece semptomatik kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan BPH'li bireylerde prostat semptom skoru ile evlilik uyumu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada evlilik uyumu düzeyi ile prostat semptom skoru arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p<0.05$). Bu sonuçların örneklem grubumuzun yaklaşık %66'sının 60 yaş ve üstü olduğundan kaynaklı düzenli cinsel yaşamı olmadığı varsayımından olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Benign prostat hiperplazisi (BPH), evlilik uyumu, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Assessment of the effect on marital adjustment of demographic variables and symptoms in patients with Benign Prostatic Hyperplasia

The study was conducted in descriptive way in order to evaluate the effects of demographic variables and symptoms in people with BPH on martial adjustment.

The universe of the study included 687 patients with BPH hospitalized to urology clinic of Gulhane Research and Training Hospital during the first six months in 2015. As a result of calculations, minimum sampling to be set by 95% reliability was determined as 247 individuals. The study was conducted between January and June in 2017. In data collection, “Marital Adjustment Scale”, “International Prostate Symptom Score (IPSS)” and data collection form were used. Mann Whitney U test and Kruskall Wallis H test were used for 2 group comparisons and 2+ groups comparisons, respectively. In case of being concluded as significant as a result of Kruskall Wallis H test, Dunn multiple comparison test with Benforroni correction was performed. Spearman Rho correlation coefficient was calculated for the relationship between marital adjustment and IPSS.

It was found that majority of the participants were over 61 and that 96.36% had not martial adjustment. According to means of IPSS scores, majority of the participants were in severe symptomatic category. It was seen that there was no meaningful relationship between prostate symptom scores and marital adjustment level in individuals with BPH.

In this study, there was no meaningful relationship between prostate symptom scores and martial adjustment level ($p<0.05$). It is assumed that it was because about 66% of the sample was 60 years old and over and that they had not a regular sex life.

Keywords: Beningn prostatic hyperplasia (BPH), marital adjustment, nursing care

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AUA : American Urological Association - Amerikan Üroloji Birliği
AÜSS : Alt Üriner Sistem Semptomları
BAÇ : Basınç Akım Çalışması
Bkz. : Bakınız
BPH : Benign Prostat Hiperplazisi
BT : Bilgisayarlı Tomografi
DHT : Dihidrotestosteron
EAU : European Urology Association - Avrupa Üroloji Birliği
ED : Erektil Disfonksiyon
EUÖ : Evlilik Uyum Ölçeği
IPSS : International Prostate Symptom Score - Uluslararası Prostat Semptom Skoru
İVU : İntravenöz Ürografi
MRI : Manyetik Rezonans Görüntüleme
PMRI : Postmiksiyonel Rezidü İdrar
PRM : Parmakla Rektal Muayene
PSA : Prostat Spesifik Antijeni
PVR : İdrar Akım Hızı ve İşeme Sonrası Kalan İdrar
TIT : Tam İdrar Tahlili
TRUS : Transrektal Ultrasonografi
TUNA : Transüretral İğne Ablasyonu
TURP : Transüretral Prostat Rezeksiyonu
USG : Ultrasonografi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Prostat Bezi ve Çevre Organları 5
Şekil 2.2. Evlilik Uyum Modeli Evlilik Öncesi Değişkenler..... 24

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. BPH Tanısında EAU ve AUA Önerileri 8
Tablo 2.2. Yaşa Göre PSA Değerleri 10
Tablo 2.3. BPH Tedavisinde Kullanılan Alfa-Blokerler 12
Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik 29
Tablo 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular 39
Tablo 4.2. BPH'li Bireylerin Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular 40
Tablo 4.3. BPH'li Bireylerde Görülen Semptomlara İlişkin Bulgular 41
Tablo 4.4. BPH'li Bireylerin Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri 41
Tablo 4.5. BPH'li Bireylerin Prostat Semptom Skoru ve Evlilik Uyumu Düzeyleri Ortalamaları 42
Tablo 4.6. BPH'li Bireylerin Prostat Semptom Skoru ve Evlilik Uyumu Düzeyleri Arası İlişki Değerlendirmesi 42
Tablo 4.7. BPH'li Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre IPSS Skor Karşılaştırması 43
Tablo 4.8. BPH'li Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Evlilik Uyumu Düzeyi Karşılaştırması 45

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Erkek genital sisteminin en büyük aksesuar bezi olan ve erkek üretrasının başlangıç kısmını oluşturan organ prostattır (1). Prostat bezi bir insanda yetişkinlikte de büyümeye devam eden tek iç organdır (2). Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), prostat bezinin üretra üzerindeki basıncın içe aktarılmasını ve idrar akışına karşı artmış direnç oluşturan histolojik hiperplazisinden kaynaklanan kanser dışı bir genişlemesidir. Hastalık için baskın risk faktörü yaştır (3). BPH, erkekler açısından önemli bir sağlık problemi olup, nadiren hayatı tehdit edebilmektedir. Bu durum bireylerin sosyal yaşantılarını, psikoloji durumlarını olumsuz etkileyen farklı semptomları da içeren bir olgudur (4).

İdrara gitme aralığındaki daralma, aniden idrara sıkışma hissi, noktüri, idrar yapmada zorluk, mesanenin tam boşaltılamadığı hissi, idrar akış hızındaki azalma, kesik kesik idrar yapma belirtilerinin tamamı alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olarak isimlendirilir ve en büyük nedeni BPH'dir (5).

İspanyada yapılan bir çalışmada AÜSS ve BPH'li bireylerin noktüri prevelansının yüksek olduğunu gösterilmiştir. Noktüri, kötü bir uyku, azalmış enerji seviyesi ve artan endişeyle birlikte AÜSS ve BPH'li hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte olduğunu göstermiştir (6). Noktüri, idrar yapmak için gece boyunca birkaç kez kalkmak zorunda kalma şikâyeti olarak tanımlanmakla beraber, her işeme öncesinde ve sonrasında bir uyku bozukluğu oluşturur, böylelikle uykunun kalitesinde bozulma görülmektedir. Eş zamanlı olarak gündüz enerjisinde azalma, depresyon, metabolik bozukluklar ve dolaylı olarak da mortalitenin artmasından sorumlu olabilmektedir. Noktüri, BPH'nin tedavisinde tedavi edilmesi zor bir sorundur (7).

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) prevelansı artan yaşla doğru orantılı ve hızlı bir şekilde artmaktadır. Ülkemizde BPH, görülme oranı 51-60 yaşlardaki erkeklerde %42 iken, 61-70 yaşlardaki erkeklerde %70.80'ini, 70 yaş üzerindeki erkeklerde %90'a ulaşmaktadır (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) BPH, 60-69 yaşlarındaki erkeklerin %70'ini, 70 yaş ve üstündeki erkeklerin ise %80'ini etkilemektedir. Önümüzdeki birkaç on yıl içerisinde de BPH prevelansında büyük oranda artış beklenmektedir. BPH'nin, sağlık açısından negatif yönlerinin yanında tanı ve tedavisi için gerekli maliyet göz önünde bulundurularak maliyet açısından da negatif yönü olduğu görülmektedir. BPH prevelansında ki bu artış, yaşam süresinin arttığı bu günlerde önem arz eden bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (8).

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), hastanın yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonunu derin bir şekilde etkileyebilir ve hastalar tarafından hastalığın etkilenen en önemli unsurlarından biri olarak düşünülür. BPH için tedaviyi takiben değişken oranlarda erektil disfonksiyon (ED) ve retrograd ejekülasyon bildirilmiştir (8,9).

Evliliği kısaca doğuma izin veren bir geçiş olarak ifade etmek mümkündür. Biyolojik bir ihtiyaç olarak cinsel güdünün doyurulması, sosyal ihtiyaç olarak güven, destek, korunma ve yaşamak için ihtiyacı olan her şeyin doyurulması ve toplumsal statünün sağlanması, psikolojik destek olarak da sevgi ihtiyaçlarının doyurulması, evliliğin temel işlevlerinin arasındadır (10). Evlenip bir araya geldiği görülen iki kişinin temel amacı, psikolojik, fizyolojik ve toplumsal olarak birbirlerinin ihtiyaç ve gereksinimlerini giderecek bir ortam oluşturmaktır (11).

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)'li erkeklerin partnerleri, kocalarının durumundan ötürü önemli morbiditeye sahiptir. Erkek partnerlerin BPH tanısı aldığı Yunanistan'da 50 çiftin katıldığı bir ankette, BPH'li erkeklerin partnerlerinde %18'inin hafif uyku bozukluğu ve %10'unun şiddetli uyku bozukluğu bildirmiştir. Buna ek olarak, cinsel aktivitenin bozulması ve toplumsal yaşam üzerindeki etkisi olduğunu da beyan etmiştir (12).

ABD'de prostat genişlemesi teşhisi konulan 77 kişi ve partneri ile çalışma yapılmıştır. Çalışmada erkeklerin %36'sında fiziksel yakınlık eksikliği, %21'inde öfke veya çatışma eksikliği, %23'ünde kaçınma veya geri çekme, %9'unda iletişim eksikliği, %21'inde ise mesafe veya izolasyon ilişki sorunu olduğu saptanmıştır.

(13). Yapılan çalışmada erkekler arasında, orta-şiddetli semptomları olanlar, hafif semptomları olanlara göre, durumlarının evliliklerinde ciddi problem yaptığı belirtilmiştir.

İnsanlar aile halinde yaşamlarını sürdürmektedirler. Ülkelerin kalkınması, zenginleşmesi kemik taşını oluşturan ailelerin kalkınmasıyla doğru orantılıdır. Bunda da eşlerin ekonomik, yönetsel, psikososyal olarak evliliklerinin her alanında başarılı ve uyumlu olmasının büyük bir payı vardır ve bundan dolayı da evlilik uyumları büyük önem taşımaktadır (14).

Evlilik sorunlarının, boşanma oranlarının ve bunlara bağlı olarak psikolojik yardım alma talebinde bulunanların tüm dünyadaki gibi Türkiye'de de giderek artmasından ötürü, evlilik ilişkisinin farklı boyutlarıyla incelenmesini ihtiyaç haline getirmektedir (15).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, evli ve BPH'li bireylerde demografik değişkenlerin ve semptomlarının evlilik uyumu üzerine etkisini araştırmaktır.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde gerek BPH'li bireylerin demografik değişkenlerini ve semptomlarını gerekse evlilik uyumu kavramlarını ele alan farklı çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelik literatüründe erkek sağlığının önemli bir parçası olan kronik hastalıkların sosyal olarak evlilik uyumunu da etkileyeceği kanısından yola çıkarak literatüre katkı sağlanması düşünülmüştür.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

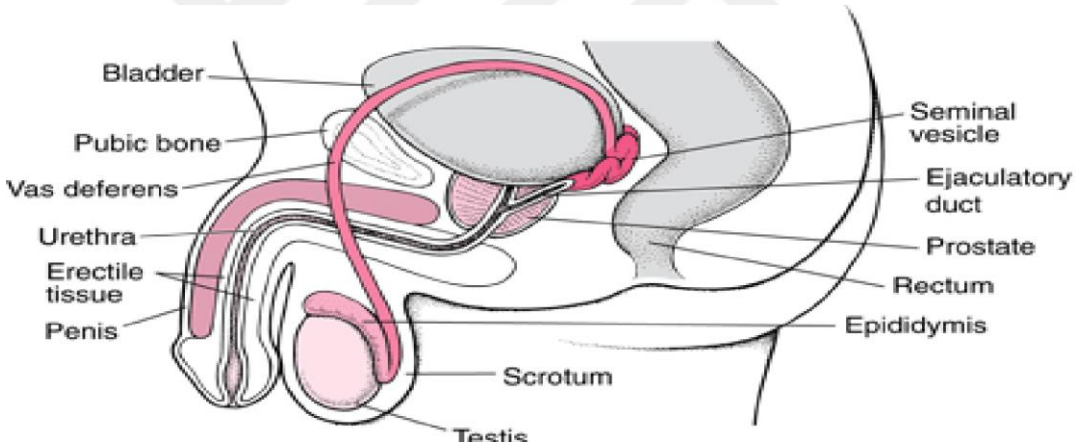
1. Evli ve BPH tanılı bireylerin yaşadıkları semptomlar, demografik değişkenlere (yaş, eğitim düzeyi, gelir durumları, evlilik süreleri, sahip olduğu çocuk sayıları, kronik hastalıklara sahip olmaları, sigara alkol kullanıp kullanmamaları, hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri) göre farklılık göstermektedir.

2. Evli ve BPH tanılı bireylerin demografik değişkenleri (yaş, eğitim düzeyi, gelir durumları, evlilik süreleri, sahip olduğu çocuk sayıları, kronik hastalıklara sahip olmaları, sigara alkol kullanıp kullanmamaları, hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri) evlilik uyumlarına göre farklılıklar göstermektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prostat Anatomisi

Prostat, erkek genital sisteminin en büyük bezidir ve mesanenin hemen alt bölümünde, rektumun önünde ve simfizis pubisin arkasında yer almaktadır. Büyüklüğü kişiden kişiye farklılık göstermekte olup, ortalama 18-20 gr ağırlığında, 2 cm kalınlığında, 4 cm genişliğinde ve 3 cm yüksekliğindedir. Erkek üretrasını çevrelemekte, fibromüsküler ve glandüler yapıdadır. Tabanı mesaneye komşu olan, apikal kısmı membranöz üretrayla birleşen piramit şeklinde bir organ olup, anterior, lateral yüzeyleri vardır. Anatomik olarak, posterior, anterior, sol lateral, sağ lateral ve median olarak beş lobu bulunmaktadır (16, 17, 18). Prostat bezi ve çevresinde yer alan organlar Şekil 2.1'de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Prostat Bezi ve Çevre Organları (19).

Prostat bezi periferik zon, santral zon ve transisyonel zon, preprostatik sfinkter ve anterior fibromüsküler stroma olarak bölümlere ayrılmaktadır (20). Periferik zon, prostat bezini oluşturan glandüler dokunun %70'ini içermekte ve prostatın büyük kısmını oluşturmaktadır. Santral zon, prostat bezini oluşturan glandüler dokunun %25'ini oluşturmaktadır. Transisyonel zon ise, prostat bezini oluşturan glandüler dokunun %5'ini oluşturmaktadır (21). Prostatın çevresinde düz kas, kollajen, elastinden oluşan bir kapsül çevrilidir. Posterior yüzeyinde prostat kapsülü ve Denonvillier fasiası ile rektumdan ayrılmaktadır (22).

2.2. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) Tanımı, Süreci

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), prostat bezinin epitelyal ve stromal bileşenlerinin malign olmayan büyümesidir (23). BPH, transizyonel zondan kaynaklanmaktadır (20). İlerleyen yaşlarda santral zon atrofiye uğramakta, transisyonel zon büyümekte ve BPH oluşabilmektedir (21).

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) ani sıkışma hissi ile sık olarak idrara çıkma, idrar yaparken zorlanma, kesik kesik idrar yapma, idrar akımının zayıf olması ve idrar yapılmasına rağmen mesanenin tamamen boşalmadığı hissinin olması gibi AÜSS ile ilişkilidir (24). BPH histolojik olarak, hem epitelyal dokunun hem de stromal elemanları içeren prostatın progresif olarak büyümesiyle karakterize non-malign proliferatif bir süreçtir (5).

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)'nde ilk başta periüretral alanda zamanla birçok küçük, hiperplastik nodüller oluşmaktadır. Sonrasında çoğunlukla 60 yaş ve üzerindeki erkeklerde glandüler nodüller büyük bir hızla artmaktadır. BPH tedavi edilmediği takdirde akut üriner retansiyon, renal fonksiyonlarda bozulma, üriner sistem enfeksiyonları, mesane taşı gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca yaş ilerledikçe BPH görülme sıklığı ve yaşanan şikâyetler de artmaktadır (25).

2.3. BPH İnsidans ve Prevelansı

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), erkeklerde yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı artan yaygın ve ilerleyici nitelikte bir hastalıktır. Yaşam boyu devam eden bir kronik hastalık olan BPH, 31-40 yaş arasındaki erkeklerde görülme oranı yaklaşık %8 civarında olup yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmakta, 9. dekatta görülme sıklığı %90'lara kadar yükselmektedir (26, 27).

Wei ve arkadaşları (2005) çalışmasında belirttikleri üzere; ABD'de 60-69 yaş arasındaki erkeklerde BPH görülme sıklığı %70, 70 yaş ve üzerindeki erkeklerde ise %80 oranındadır (8).

2.4. BPH Etiyolojisi

1. Yaşlanma: BPH'nin oluşumunda iki kesin faktörün varlığı ileri sürülmüştür. Bunlardan birincisi yaşın ilerlemesi ve diğeri testislerin varlığıdır. BPH 30-40 yaş arasında % 10 oranında, 40-50 yaş arasında %20 oranında, 60-70 yaş arasında %50-60 oranında ve 70 yaş üzerinde ise tüm erkeklerde görülebilmektedir (28). Artan yaşla beraberinde görülen endokrin değişikliğine bağlı hücre sayısındaki artış ve androjen hormonunun azalması bilinen iki kesin faktördür (21).

2. Hormonal Etkenler: Androjenlerin etkisi sayesinde hücrelerin sayısında artış olup böylelikle hiperplazi oluşmaktadır. Androjenler hücre çoğalmasını sağlayarak ve hücre ölümünü inhibe ederek bu etkiyi sağlarlar. Androjenlerin daha önemlisi testesteron ve prostatta daha etkili olan testesteronun aktif metaboliti dihidrotestosterondur (DHT) (19).

3. Alkol ve Sigara Kullanımı: Alkol plazma testosteron seviyesini ve üretimini azaltabilir. Aynı zamanda testosteron klirensini arttırabilir. Sigara kullanımının meydana getirdiği sonuçlardan biride nikotin seviyesinin artışı ile beraberinde östrojen ve testosteronun seviyelerinin yükselmesidir (19).

4. Cinsellik: Yaşı artan erkeklerde yaşamlarının ilerleyen yıllarında seksüel aktivite sıklığının azalmasıyla BPH gelişimi arasında ters orantı olduğu unutulmamalıdır. Prostat dokusunda fibromüsküler yapı artışında cinsel aktivitenin etkisi olduğu farz edilmektedir (19).

5. Obezitenin etkisi: Artmış prostat hacmi ile obezite arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Diyet ile fazla miktarda yağ alınması damar yapısında bozulmalara yol açmakta, detrüsör kasın kan akımında olumsuzluklara yol açmaktadır. Detrüsör kasının yeterince kanlanamaması sonrasında hipoksi oluşması, anjiyogenezisi artırmakta, vasküler endotelyal faktörü ve fibroblast büyüme faktörü gibi faktörlerinin artmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda da uzun dönemde prostatik stroma büyümektedir (29).

6. Hipertansiyon: Hipertansiyonun patofizyolojik değişikliklerinden dolayı ve tedavisinde kullanılan antihipertansif ilaçlardan kaynaklanan sonuçlardan bir tanesi de erektil disfonksiyondur. Antihipertansif ilaçların libido azalması, prolaktin

yükselmesi ve sinir sistemini deprese ederek erektil fonksiyonlarının üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir (19).

2.5. BPH Tanısı

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)'nin tanısının konmasında kullanılacak yöntemlerle ilgili Avrupa Üroloji Birliği (EAU) ve Amerikan Üroloji Birliği (AUA) önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler Tablo 2.1'de gösterilmektedir.

Tablo 2.1. BPH Tanısında EAU ve AUA Önerileri (30).

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

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme
IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru

Hikâye: Ayırıcı tanıda en önemli unsurlardan bir tanesi de detaylı hasta hikâyesi ile hastalığı hakkında bilgi edinilmesidir. Genellikle BPH'ne sebep olan ve hastayı doktora gelmesine neden olan semptomlara AÜSS'dır. İki grupta incelenir (30, 31).

1- Depolama fazı semptomları (İrritatif Semptomlar): Sık idrara gitme (frequency), gece idrar çıkma (noktüri), az az idrar yapma, idrar sıkıştırması (urgency), yetişememe tarzında idrar kaçırma (urge inkontinans) (30, 31).

2- İşeme fazı semptomları: (Obstrüktif Semptomlar): İdrar yapmaya başlamadan önce bekleme (hesitancy), idrar yaparken zorlanma, son damlaların ayakucuna düşmesi (terminal dribling), idrar zamanında uzama, idrar retansiyonu ve taşma tarzında idrar kaçırma olarak sınıflandırılır. Fakat bu belirtilerin BPH için özellikli olmadığı, öncelikle yaşlanma olmak üzere birçok durumda da görüldüğü göz önüne alınmalıdır. Bundan dolayı bu belirtilerin AÜSS olarak adlandırmak ve skorlama sistemleri ile değerlendirmek daha doğru olmaktadır (30, 31).

IPSS skorlama sistemi: Semptom şiddetini ölçmede ve semptomların zaman içindeki gelişimini değerlendirmede geçerli ve uygun olduğu kabul edilmiş bir sistemdir. AÜSS şiddeti, IPSS formunda hastaların sorulan sorulara cevaplarına göre yapılan skorlama sonucunda 0-7 arasında puan hafif derecede semptomatik, 8-19 arası puan orta derecede semptomatik, 20-35 arasında puan ciddi derecede semptomatik olarak değerlendirilmektedir (32). IPSS skorlama sistemi ile yapılan değerlendirmenin sonucu hafif derecede semptomatik çıkarsa hastaya ek bir test yapılmasına gerek yoktur. Ancak orta derecede ya da ciddi derecede semptomatik sonucu çıkarsa hastanın idrar akım hızı, rezidüel idrar miktarı tespiti ve basınç-akım incelemeleri yapılması gerekmektedir (33).

Fizik muayene: Fizik muayenenin en önemli kısmı parmakla rektal muayeneden (PRM) meydana gelmektedir. PRM, parmakla makattan girilerek prostat dokusunun şekli, simetrisi, boyutu ve sert kitlenin (nodül) olup olmadığını anlamak amacıyla yapılan bir değerlendirmedir (21).

Prostat Spesifik Antijeni (PSA): Prostat hücrelerinin sitoplazmalarında salgılanan bir glikoprotein olan PSA, prostat kanseri ve prostat volümü hakkında değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır. Normal değeri genç yetişkinlerde 0 – 4 ng/ml arasındadır. Serum PSA'nın yüksekliği her zaman prostat kanseri olduğu anlamına gelmez. BPH, prostatit, üriner retansiyon, prostat biyopsisi veya ejekülasyon gibi birçok vakada kandaki seviyesi artabilmektedir (21, 34, 35). Yaşın ilerlemesi ile birlikte prostat dokusunda meydana gelen büyüme ve volüm artışı

nedeniyle PSA değerinin standart referans aralığında değerlendirilmesi hatalı yorumlamalara yol açabilmektedir. Bu sebeple PSA değeri yorumlanırken kişinin bulunduğu yaşa göre değerlendirilmesi gerekmekte (30) ve yaşa göre PSA değerleri Tablo 2.2'de gösterilmektedir.

Tablo 2.2. Yaşa Göre PSA Değerleri (36).

Yaş (Yıl)	**PSA Değeri (ng/ml)**
40-49	0-2.5
50-59	0-3.5
60-69	0-4.5
>70	0-6.5

Serum kreatinin ölçümü: BPH'den dolayı üriner sistem obstrüksiyonunun belirlemede serum kreatinin ölçümü önem arz eder. Böbrek patolojisini ortaya koymak için serum kreatin değeri yüksek olan hastalarda ileri radyolojik tetkikler, üriner ultrasonografi yapılması gerekmektedir (30).

TIT: İdrar tahlili yapılarak, idrar yollarındaki kanama, enfeksiyon gibi durumların tespitiyle AÜSS'e neden olan diğer patojenleri ekarte edebilmek maksadıyla tarama yöntemi olarak kullanılır. Hastanın idrarda kanaması varsa eğer tümör olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır (33).

Endoskopi: Endoskopik görünüm işeme anındaki mesane boynu ve üretradaki fonksiyonel durumu ortaya koyamasa da, alt üriner sistemin anatomo-patolojik durumunu en iyi gösteren yöntem sistoüretroskopidir. Aynı zamanda trabekülasyon ve divertiküllerin varlığı da BPH için ayırıcı kriter değildir. Bundan dolayı endoskopi sayesinde obstrüksiyonun derecesi ve detrüsor kontraktilitesi hakkında bilgi vermez. Bu açıdan bakıldığında, doğru cerrahi tedavinin planlanması maksadıyla hemen cerrahi öncesi yapılmasıyla sınırlı olmalıdır (37).

Basınç Akım Çalışması (BAÇ): Miksiyon esnasında idrar akım hızıyla beraber senkronize olan detrüsör basıncının ölçülmesine basınç akım çalışması denir. Miksiyon detrüsör basıncı ile mesane çıkımındaki direnç arasındaki durumun bir neticesi olduğundan dolayı bu iki parametrenin eş zamanlı değerlendirilmesi ile alt

üriner sistem hakkında daha net daha objektif ve fonksiyonel bilgilere sahip olunabilmektedir. Mesanedeki üç farklı fizyopatolojik durumun ayrımı basınç akım çalışması ile birlikte yapılabilmektedir. İdrar akım hızı düşük olduğunda detrüsör kasında yetmezlik ve mesane çıkımında obstrüksiyon belirlenebilmektedir (31).

2.6. BPH Tedavisi

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)'nden kaynaklanan alt üriner sistem belirtileri, hemen hemen her erkeğin hayatlarında karşılaşabileceği semptomların tamamıdır. Yaşadığımız çağda BPH tedavisi çoğu zaman medikal olarak başarılı bir şekilde cevap bulmuştur. Fakat bazı hastalarda medikal tedaviye uyumsuzluk ya da tedavi başarısızlığından dolayı cerrahi tedavi zorunlu bir yol halini almıştır. Yaşla beraber sistemik rahatsızlıkların yanı sıra aynı zamanda yüksek riskli grupta cerrahi seçeneğini bulmakta zorluk çekilmiştir. Yüksek riskli BPH'li hasta grubunda standart transüretral prostat rezeksiyonuna ek olarak bipolar rezeksiyon, lazer prostatektomiler, mikrodalga termoterapi, etanol ablasyon ve radyofrekans ablasyon gibi farklı tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Uygulanan tedaviler birbirine benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Ancak her işlemin farklı yan etkileri bulunmaktadır. Bu sebeple özellikle yüksek riskli hasta gruplarında cerrahın deneyimi, işlemin olası yan etkileri ve komorbiditelerin şiddetlerine göre uygun yöntem seçilmektedir (24).

2.6.1. İzlem

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) hafif düzeyde olan ve herhangi bir komplikasyonu olmayan hastalarda tedavi seçeneği olarak izlem önerilebilmektedir. İzleme alınan hastaya mutlaka hastalığın ilerleyebileceği, bu sebeple düzenli takibin önemli olduğu detaylı olarak belirtilmelidir. İzlem yapılan hastaların her izleminde, yaşam kalitesi, idrar akım hızı ve işeme sonrası kalan idrar (PVR) ölçümü yapılması önerilmektedir (34). İzlem süreci hastanın yaşam kalitesi etkileninceye kadar devam etmektedir. Bu süreçte hastanın gece yatmadan önce sıvı alımını kısıtlaması, alkol ve kafein tüketimini azaltması önerilmektedir. Ayrıca hastaya mesane egzersizleri, pelvik antrenmanlar, rahat ve ikili işeme eğitimleri verilmesi etkili olmaktadır (31).

2.6.2. Medikal Tedavi

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) tedavisinde hastalar öncelikle etkili seçeneklerin olduğunu bildikleri için ilaç ile tedavi olmayı beklemektedirler. Özellikle cerrahi yöntemlerin inkontinans, ereksiyon ve ejekülasyon bozukluğu gibi komplikasyonlarının olması hastaları ilaç tedavisine daha çok yönlendirmektedir (28). İstenmeyen bir yan etki görülmediği, hasta tedaviye uyum sağladığı ve tedavi başarılı olduğu sürece BPH'de medikal tedavi uygulanmamaktadır (24).

Alfa reseptör bloker tedavi: Oral yoldan alınan bu ilaçlar, tamsulosin, alfuzosin, terazosin ve doksazosindir. BPH'ne bağlı AÜSS tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Etkisi birkaç gün içerisinde başlamakta, 1-2 hafta içerisinde de üst seviyeye ulaşmaktadır (28). Alfa blokerlerin mesane boynu ve prostat düz kas tonüsünden sorumlu olan adrenerjik reseptörleri antagonize edip prostatik obstrüksiyonun dinamik fazını azaltarak etki ettiği düşünülmektedir. Bu ilaçların hastaların işeme akım hızının artmasına etki ettiği ancak obstrüksiyona etki etmediği belirlenmiştir. Bu gruptaki ilaçların genel olarak baş ağrısı, asteni, ortostatik hipotansiyon, yorgunluk hissi, nazal konjesyon ve retrograd ejakülasyon yan etkileri bulunmaktadır (34). BPH tedavisinde kullanılan alfa reseptör bloker ilaçlar, reseptör alt grubunun selektivitesi ve yarılanma ömürlerine göre Tablo 2.3'te gösterildiği şekilde sınıflandırılabilmektedir.

Tablo 2.3. BPH Tedavisinde Kullanılan Alfa-Blokerler (38).

Non-selektif alfa blokerler	Fenoksibenzamin Fentolamin Nisergolin Timoksamin
Olası alfa blokerler	Ketanserin
Selektif alfa-1 blokerler	Prazosin Alfuzosin İndoramin
Selektif uzun etkili alfa-1 blokerler	Terazosin Doksazosin Tamsulosin

5 alfa-redüktaz inhibitörleri: Bu ilaçlar, intraprostatik dihidrotestosteron seviyesini kastrasyon seviyesine kadar inmeden düşürerek etki etmektedirler. Böylece prostat boyutu % 20-30 civarında küçülmekte, serum PSA düzeyi de azalmaktadır. Bu ilaçların idrar akım hızını artırdığı, BPH'ne bağlı AÜSS'yi, akut üriner retansiyon riskini ve cerrahi riskini azalttığı belirlenmiştir. Bu grupta finasterid ve dudasterid ilaçları yer almaktadır (34). 5 alfa-redüktaz inhibitörleri büyük prostatı olan yani prostat volümü 40 ml üzerinde olan hastalarda önerilmektedir (28). 5 alfa-redüktaz inhibitörleri prostat bezinin boyutunu yaklaşık % 20-30 oranında azaltabilmekte, semptom skorlarını %15 oranında azaltabilmekte ve idrar akım hızında orta derecede iyileşme sağlayabilmektedir (39).

Kombinasyon tedavisi: Bu tedavide alfa adrenerjik blokeri ile 5 alfa-redüktaz inhibitörleri beraber kullanılmaktadır. Yapılmış bazı çalışmalar, tedavilerin tek olarak uygulanmasının karşısında kombinasyon tedavinin daha fazla etki ettiği görülmüştür. Kombinasyon tedavide, ilaçların kendilerinden beklenen yan etkiler dışında ekstra bir yan etki ile karşılaşılmamıştır. Kombinasyon tedavisinde çoğunlukla finasterid ve doksazosin kombinasyonunun uygulandığı görülmektedir(34).

Fitoterapi: Bu tedavi türünde, çeşitli bitkilerin kendileri değil de ekstrelerinin karışımı uygulanmaktadır. Günümüzde fitoterapinin etkinliği ile ilgili yeterli çalışma bulunmamakta ve hangi karışımın esas biyolojik etkiye sahip olduğu tam olarak bilinmemektedir. Fitoterapi ile ilgili yapılmış birkaç çalışmada pygeum africanum ve serenoa repens gibi bileşiklerin önemli yan etkilerinin olmadığı görülmüştür. Ancak fitoterapi ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu sebeple bu tedavi şekli araştırma aşamasında olan bir tedavi olarak incelenmektedir (34, 39).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) olan hastalarda, özellikle BPH'ne bağlı olarak gelişen AÜSS yakınmalarında medikal tedaviler istenen etkiyi göstermediğinde ya da istenmeyen yan etkiler, hasta uyumsuzluğu gibi durumlarla karşılaşıldığında uzun dönemde en iyi tedavi yöntemi olarak cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP): BPH olan hastalarda TURP uzun yıllardır altın standart olarak kabul edilmektedir (24, 40). TURP, "endoskopik olarak üretral yoldan prostat dokusunun çıkarılmasıdır." Prostatın hacmi 30 ml ile 80 ml arasında olduğunda bu yöntem önerilmektedir (41).

Açık Prostatektomi: Bu yöntem, endoskopik olarak kırılamayan mesane taşlarında, mesane divertikülü >3 cm olduğunda, uygulama esnasında uygun olan pozisyon verilemeyen hastalarda, median lobu olan prostat hacmi >80 gr hastalarda kullanılabilmektedir. İşlem sonrasındaki takip TURP işleminden daha iyi olmakta, ancak enfeksiyon, kanama, hastanede uzun süre yatma gibi komplikasyon gelişebilmektedir. Açık prostatektomi sonrasında sıklıkla %3-5 oranında epididimit, %0.5-1 oranında inkontinans, %1-2 oranında üretrada darlık ve %50-95 oranında retrograd ejakülasyon görülebilmektedir. Mortalite görülme oranı ise %1'in altındadır. Bu sebeple TURP daha fazla tercih edilmektedir (31).

2.6.4. Minimal İnvaziv Yöntemler

Termal Tabanlı Tedaviler: Bu tedavi yönteminin ana prensibi, yüksek ısı uygulanarak prostat dokusunda koagülasyon nekrozu oluşturmaktır. Koagülasyon nekrozunun oluşturulması için uygulanan sıcaklığın en az 45-50°C arasında olması gerekmektedir. Cerrahi tedavi uygulanması uygun olmayan ve uzun süre medikal tedavi kullanmak istemeyen hastalarda tercih edilebilmektedir (34).

Transüretral İğne Ablasyonu (TUNA): Bu tedavi lokal anestezi altında uygulanabilen, prostata iğne yerleştirilerek düşük düzeyde radyofrekans uygulama şeklindedir. Kısmen etkili bir yöntemdir (34).

Prostatik Stent: Bu tedavi yöntemi, cerrahi yönden yüksek riski bulunan hastalarda sürekli kateterizasyon uygulamasına bir alternatif olmaktadır (34).

2.7. BPH'li Bireylerin Hemşirelik Yönetimi

Hemşirelerin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi ve rehabilite edilmesi konusunda önemli görevleri bulunmaktadır. Özellikle kişilerin temel gereksinimlerinin karşılanması hemşirelik mesleğinin temel amaçları

arasındadır. Boşaltım gereksinimi, temel insan gereksinimlerinden biri olup, BPH gelişen kişilerde idrar yapımında zorlanma ile boşaltım sorunu yaşanması ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi gibi sorunlar hemşirelerin sorumluluk alanları içerisine girmektedir (42). Yaşın ilerlemesi ile birlikte artan BPH, hastaların cinsel fonksiyon bozuklukları, ameliyat olma ihtimalinin yol açtığı korku kişilerin kendilerinin ve eşlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Kronik hastalık tanılı bireylerin ve ailesinin sağlığının korunması ve devamlı olmasının sağlanması hemşirenin sorumlulukları içerisinde yer almaktadır. Günümüzde yaşlı nüfusunun artması, kronik hastalık ve BPH sorunu yaşayan erkek sayısının da artması sorununu beraberinde getirmektedir (39). Hemşireler, bu BPH sorunu yaşayan yaşlı bireylere fiziksel, duygusal ve sosyal problemleriyle baş etmeleri için destek olup danışmanlık yapmalıdırlar (42).

Hemşireler, BPH gelişmeden önce sağlığı korumak adına erkek sağlığı ve hastalıkları üzerine kapsamlı eğitim programları düzenleyip, bilinçlendirmelidirler. BPH geliştikten sonra da erken aşamada tedaviye başlamak ve hastalığın ilerlemesini önleyebilmek için tedaviye başlaması ve sağlık kontrollerini zamanında yapmasını yönünde teşvik etmelidirler (42). Hemşireler aynı zamanda BPH'nin neden olduğu utanma ve eksiklik duygusu gibi psikososyal sorunların ve eşler arasında yaşanabilecek sorunların çözümüne yönelik rehberlik yapmalıdırlar (43).

2.8. Evlilik

Evliliği kısaca doğuma izin veren bir geçiş olarak ifade etmek mümkündür. Biyolojik bir ihtiyaç olarak cinsel güdünün doyurulması; sosyal ihtiyaç olarak güven, destek, korunma ve yaşamak için ihtiyacı olan her şeyin doyurulması ve toplumsal statünün sağlanması, psikolojik destek olarak da sevgi ihtiyaçlarının doyurulması, evliliğin temel işlevlerinin arasındadır (10). Evlenip bir araya geldiği görülen iki kişinin temel amacı, psikolojik, fizyolojik ve toplumsal olarak birbirlerinin ihtiyaç ve gereksinimlerini giderecek bir ortam oluşturmaktır. Bu birliktelikle, aynı mekânı ve zamanı paylaşmaya başlamasıyla iki kişilik psikolojik bir sistem kurulmuş olmaktadır (11).

Evliliğin ilk dönemlerinde önemli olan iki görev vardır. Birincisi, her iki kişinin de mutlu olacağı ortak bir yaşam tarzı oluşturabilmek, ikincisi doyurucu bir cinsel etkileşim örüntülerinin keşfedilmesidir. Önemli görevlerse birlikte karar almak, ortaya çıkan çatışmalarının çözme yollarını öğrenmek, sorumluluklarının paylaşılması gibi sosyal görevlerdir. İlk dönemlerde beklentilerin karşılanmama, çeşitli çatışma ve hayal kırıklıklarının yaşanmasına gibi sıkıntılar olabilmektedir(44).

Evlilik bir etkileşim ve iletişim sistemini ifade etmektedir. Bu sistemin canlı olması karı ile kocanın arasında sözlü ve sözsüz uygun mesaj ve bildirimlerin alınıp verilmesiyle ölçülmektedir. Eşlerin birbirlerine toplumsal, ruhsal ve cinsel beklentilerinin ve mesajlarının ortaya koyulması, dile getirilmesi için karşılıklı etkileşim halinde olmaları gerekmektedir. Uyumlu bir evliliğin her şeyin öncesinde sağlıklı bir iletişimle gerçekleştiğini belirtmek gerekir. Normal ve sağlıklı bir iletişimin olmaması, eşler arasında yaşanan sorunların algılayıp kavrayamama durumundan iletişim bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Tartışmaların sıklaşması ve kavgaların arttığı evliliklerde tartışma konularının genellikle önemsiz şeyler oldukları görülmektedir. Bunun nedeni ise genel olarak çiftlerin temel sorunu görmezden gelmeli veya farkında olmamalıdır. Bu durumların taraflar için yıpratıcı ve zarar verici sonuçları olabilmektedir (10).

2.9. Evlilik Uyumu

Aile kurumu ilke ve kuralları, evlilik başlığı altında belirlenmiş olarak hemen hemen 4000 yıllık bir geçmişi vardır. Evlilik kurumu, Mısır'da M.Ö 2000 yıllarında başlamıştır ve böylelikle toplum düzenini sağlamıştır. Aynı zamanda toplumların kültür ve geleneklerinin devamlılığını korumakta da görev alan bir kurum olarak varlığını devam ettirmiş, devlet tarafından da desteklenmiştir (45).

İnsanlar sosyal varlıklardır ve içinde bulunulan topluma uyum sağlandığı müddetçe kendisini mutlu hissedebilmektedir. Toplum içinde yaşayan kişilerin arasındaki en temel ilişki biçiminin evlilik olduğunu söylemek mümkündür (46). Birbiri ile etkileşim içinde olan, aile ve evliliği ilgilendiren konularda fikir birliği yapan ve sorunlarını olumlu olarak çözüme bağlamayı bilen çiftlerin uyumlu evlilikleri olduğu görülmektedir. Evlilik uyumu eşlerin evlilik yaşamından memnun

ve mutlu olmalarını ifade etmektedir. Genel olarak bu durum evlilik doyumuyla karışabilmektedir (47).

2.9.1. Evlilik Uyumu Kavramının Tanımı

Karşılıklı etkileşen, aile ve evliliği ilgilendiren hususlarda fikir birliği yapan ve sorunlarını olumlu olarak çözen çiftlerin evliliklerinin uyumlu olduğunu söylemek mümkündür (48). Duyguların, insanların en önemli tecrübeleri olması, kişilerarası ilişkiler ve ruh sağlıklarında duyguların ifade edilmesi ve duygularla baş etme konusunda önemli rol oynamaktadır. Duygu dışavurumunun kişilerarası ilişkilerin bazı anahtar görünümlerine işaret eden bir yapıdır. Diğer taraftan duygu dışavurumu beklenti ve ihtiyaçları başkalarına ulaştırmanın başka bir yolu olması düşmanca tavır almak, eleştirel olmak, aşırı ilgi duymak, müdahaleci olmak, yakınlık kurmak ve olumlu yorumları da kapsamaktadır (49).

Toplum ile ailenin devamlı etkileşim halinde olduğunu belirtmek gerekir. Ailenin işleyişinde yaşanan bozuklukların, toplum içinde de bozukluklara neden olacağı muhtemeldir. Bu sebeple ailede eşlerin arasındaki uyum ve bu uyumun korunması hayati önem taşımaktadır. Gelecekte etkileneceklerini, evlilikleri ve ailelerini ilgilendiren hususlarda görüş birliği yapan ve sorunlarını olumlu olarak çözen çiftlerin evliliklerinin uyumlu bir evlilik şeklinde tanımlamak mümkündür(50).

Evlilikte tatmin yaşama, beklenti ve ihtiyaçlarını gerçekleştirmek ve insanların mutlu olabilmesi için önem taşımaktadır. Doyumun yaşanmadığı evliliklerin genel olarak boşanmayla sonuçlandığı görülmektedir. Bu durumda hem eşler, hem de boşanmış olan ailenin çocukları olumsuz etkilenmesine neden olan sonuçlar doğurmaktadır. Durumun üzerinde durmak, bu tatmini olumlu veya olumsuz bir şekilde etkileyen faktörlerin tespit edilmesi gereken ve hem yaşam memnuniyetini hem de evliliği etkileyen bir faktördür (51).

Evlilik uyumu eşlerin uyumlu birlikteliklerinin neticesinde evlilik yaşamlarında yaşamış oldukları mutluluk ve memnuniyet şeklinde ortaya konulmaktadır. Bunun yanında evlilik uyumu ve evlilik doyumu kavramları birbirinden ayrılır. Bunun nedeni evlilik uyumunun daha kapsamlı ve evliliğin niteliklerini bir koşul şeklinde belirlemektir. Böylelikle, çiftlerden her ikisi de ilişki

sürdürme kapasitelerinin evlilik uyumunu sağlayabilmek için önemli hale gelir (52). Terman'nın 1938 yılında yayınlanan çalışmasında, evlilik uyumunu etkileyen etmenleri aşağıdaki gibi sıraladığı görülmektedir (53):

1. *"Eşler arasında bulunan fikir birliği",*
2. *"Fikir ayrılığını düzeltmek için kullanılan yöntemler",*
3. *"Evli olmak sebebiyle duyulan memnuniyet veya pişmanlık",*
4. *"Evliliği devam ettirme veya ayrılma ya da boşanmanın değerlendirilmesi",*
5. *"Eşe karşı şikâyetlerin dillendirilme biçimi",*
6. *"Eşlerin evliliklerine ait doyumlarının öznel değerlendirilmesi."*

Evlilik uyumu, ilişki süreçlerinin durumun ve yönlerini kavramsallaştırmak, hem bir devamlılığını hem de bu devamlılık kapsamında süren hareketi ifade etmektedir. Süreç, bir çifti, süreklilik içinde, geri ya da ileri hareket ettiren olayları, etkileşim ve koşulları içermektedir. Dolayısıyla, eşlerin arasındaki uyumu, kötü ya da iyi uyum olarak değerlendirilebilen, belli bir devamlılık içerisindeki hareket süreci şeklinde tanımlanabilir. Çiftlerin arasındaki uyumu aşağıdaki kıstaslarla belirlenecek sürecin çıktısı şeklinde tanımlamak mümkündür (53):

1. *"Çiftler arasında problem yaran farklılıklar,*
2. *Kişiler arası gerilimler ve kaygılar,*
3. *Çiftler arasında doyum,*
4. *Çiftler arasında bağlılık,*
5. *Çiftler arası görüş birliğidir"* Evlilik uyumunda çiftlerin her birinin iyi ilişki sürdürme kapasitelerinin de önemli olduğu görülmektedir.

2.9.2. Evlilik Uyumu Kavramı İle İlişkili Kavramlar

Aile ve evlilikle ilgili yapılan ilk çalışmalara bakıldığında, evlilikteki tatmin, mutluluk ve evlilik başarısı gibi kavramların, evlilikte uyum kavramıyla birlikte kullanıldığı ancak sonraları aralarındaki farkların netleştirildiği ve ayrı değişkenler şeklinde ele alınmaya başlandığı görülmektedir. Bireylerin evlilik ilişkisindeki ihtiyaçlarının karşılanma derecesiyle ilgili algısı evlilik tatmini olarak isimlendirilmektedir. Bireylerin evlilikleri hakkında tatmin hissi evlilikte mutluluk şeklinde aktarılmaktadır. Kişinin evlilikle ilgili genel duyguları ve bununla birlikte

evlilik ilişkilerinin belli yönleri hakkında duygularını da kapsamaktadır (54). Bununla birlikte Evlilik uyumu, çiftlerin evlilikte başarılı olması ve işlevselliği şeklinde ifade edilmektedir. Evlilik uyumunun, evlilik mutluluğu ile evlilik doyumu kavramlarını da içene alan bir kavram olduğunu söylemek mümkündür (55).

Evlilik uyumu ile benzerlik gösteren kavramlardan olan evlilik bütünlüğü ve evlilik kalitesinin de sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığını belirtmek gerekir. Bu kavramların tam anlamıyla birbirlerinden nasıl ayrıldığının belli olmadığını belirtmek gerekir. Burr (1973) ile Lively (1969), bu kavramların hiçbirinin tam olarak tanımlanmaması, birbirlerinden çok farklı olduğunu savunan birçok kavramsal düşüncenin olduğu vurgulamaktadırlar. Bu araştırmacıların aynı zamanda eş anlamlı kullanması veya birbirlerinin neredeyse aynı olan yapıları için farklı kavramlar kullanılmasının evlilik ile ilgili araştırmalarda temel eleştiri noktası olduğunu belirtmişlerdir. Chung (1990), evlilikle ilgili daha ileri ayrıntılandırmak ve değişikliğin gerektiği faktörlerin arasında öncelikli olarak, tanımlarda anlam kargaşası ve temellerin eksikliğinin ve analiz birimlerinden kaynaklanan karmaşanın altını çizmiştir. Erbek (2005)'e göre, bu kavramların birbirleri ile yakından ilişkilidir, her birinin nasıl ölçüleceği ve birbirlerinden nasıl ayrılacağı konusunda fikir birliği oluşmasını zorlaştırmaktadır (48).

Genel anlamda evliliğin iki şekilde değerlendirildiği görülmektedir. İlk kavram evliliğin iptali, ayrılık, boşanma ve terk etme gibi konuları kapsayan evlilik sürekliliği terimidir. Sürekliliği olan bir evliliğin eşlerden birinin doğal ölümüyle sonlandığı görülmektedir. İstikrarsız bir evlilikte eşlerden biri ya da her ikisinin isteğiyle sonlandırılmaktadır. Diğer bir kavram ise, şayet evlilik sürüyorsa evlilik kalitesi terimidir. Bu kavramın evlilik süresi boyunca evlilik ilişkisinin nasıl olduğu, eşlerin konuyla ilgili neler hissettiği ve bu durumdan ne şekilde etkilendiğiyle doğrudan ilişkisi vardır. Evlilik uyumu, mutluluğu, doyumu, evlilik bütünlüğü kavramlarının evlilik ilişkisinin kalitesinin tanımlanması için kullanılan kavramlardır. Evlilik kalitesi kavramının evlilik doyumu, evlilik bütünlüğü ve evlilik uyumunu da kapsayan genel bir kavram olduğu görülmektedir. Evlilik kalitesi, evli olan çiftlerin ilişkilerinin öznel olarak değerlendirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Yüksek evlilik kalitesinin, yeterli iletişim, iyi uyum, evlilikte yüksek tatmin ve mutluluk derecesiyle ilişkili olduğu görülmektedir (47,48).

Evliliğin niteliğinin yordanmasında uyumun çok önemli olduğu görülmektedir. Bu sebeple evliliğin niteliğinin değerlendirildiği çalışmalarda çift uyumunu değerlendiren ölçeklerin kullanıldığını belirtmek gerekir. Bütün bu kavramların nasıl tanımlanacağı ya da nasıl ölçüleceğiyle ilgili henüz bir fikir birliği olmaması sebebiyle, bazı araştırmacıların nasıl isimlendirilirse isimlendirilsin ya da nasıl ölçülürse ölçülsün, bu terimlerin içeriklerinin benzer olması ve her birinin etkileşim ve tutumlarının betimlediğini ileri sürmüşlerdir. Özellikle evlilik uyumu ve evlilik doyumu kavramları, aralarında yüksek korelasyon olması sebebiyle sıklıkla birbirine karıştırılmakta ve eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. "Doyumlu çiftlerin aynı zamanda uyumlu çiftler olduğu belirtilerek bu iki kavramın birbirinden farklı kavramlar olmadığı ileri sürülmektedir. Buna karşılık bazı araştırmacılar ise, bu korelasyon katsayısının böyle yorumlanmasının yanlış olduğunu ile sürerek doyum ve uyumun iki farklı kavram olduğuna işaret etmektedirler" (54).

Evlilikten sağlanan tatminle kişilerin evliliklerinde görülen ihtiyaçların ne denli karşılandığına göre farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle evlilikten beklenti ve ihtiyaçların ne derece ölçüde giderildiği evlilik tatminin bir kıstası sayılır. Evlilik doyumu kavramı eşlerin ilişkileri ve eşleri gerçekçi bakış açısıyla değerlendirmemelerine sebep olmaktadır. Tatmin arttıkça kişilerin değerlendirme biçimlerinin de daha idealleştirilmiş ve olumlu hale geldiği görülmektedir. Evlilik tatmini, insan ilişkilerinin tümünde hissedilen öznel hoşnutluk ve mutluluk duygularını ifade etmektedir. Evlilikte huzursuzlukların eş ve çocukların ruhsal ve fiziki sağlıklarını olumsuz etkilediği aşikârdır. Bu nedenle eşlerin doyum algılamalarının evlilik için oldukça önem taşımaktadır. Araştırmalarda evlilik doyumu düşük olduğunda evli kadınların yaşam kalitesinin de düşebildiğini, kadınlarda depresyon ile ilişkili olduğu, iki cinsin de cinsel işlev bozukluğuna sebep olduğu saptanmıştır (56). Araştırmacıların evlilik doyumunun ifade edilişinde iki ayrı guruba ayrıldıklarını belirtmek gerekir (57).

1. "Grup araştırmacılar, evlilik doyumunu, kalitesini sadece evli insanların evlilikleri hakkında nasıl hissettikleri olarak tanımlamışlardır. Evlilik doyumunun göstergelerini evlilik mutluluğu, tatmini olarak ifade etmişlerdir".

2. “Grup araştırmacılar ise, evlilik doyumunu eşlerin farklı duyguları yerine eşler arasındaki ilişkinin özgülüğü olarak görmektedir” (58).

Birinci grup araştırmacıların, evlilik doyumunu çiftlerin evlilikte kişisel olarak hissettikleri duygular olarak ifade ederlerken, ikinci grup araştırmacılarsa ilişkiyi bir üçüncü kişi olarak değerlendirip o kişilerden bağımsız ancak aynı zamanda onların da etkileşimlerinden doğan bir metafor şeklinde görmüşlerdir. Bu bilgilerden hareket ederek evlilik doyumunu etkileyen bazı psikolojik ihtiyaç ve istekleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (57):

1. *“Sevmek ve sevilmek ihtiyacı,*
2. *Güvenmek ve güvenilmek ihtiyacı,*
3. *İlgi ve destek görme, istendiğini hissetme ihtiyacı,*
4. *Terk edilmeyeceğine inanma ihtiyacı,*
5. *Önem ve değer verilme ihtiyacı,*
6. *Korunma ve güvenlik ihtiyacı,*
7. *Açık iletişim ihtiyacı,*
8. *Cinsel mutluluk ihtiyacı,*
9. *Kişisel özgürlük ihtiyacı*
10. *Ana-baba olma ihtiyacı,*
11. *Eğlenme ve finansal eşitlik ihtiyacı,*
12. *Kendini geliştirme ve manevi değerler ihtiyacı”.*

Araştırmacılar, bireylerin geçmiş yaşantıları evlilik doyumunu etkilediğini belirtmektedir. “Geçmiş yaşantıların evlilik doyumunu etkileme durumuna bakıldığında, ebeveynlerin evlilik kalitesinin yüksek olması ile çocukların evlilik kalitesinin yüksekliği arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Stinnett ve Defain tarafından yapılan araştırmalar sonucunda sağlıklı ailenin fonksiyonlarını aşağıdaki gibi sıralanabilir” (59):

1. *“Duyguları paylaşma*
2. *Duyguları anlama*
3. *Bireysel farklılıkları kabullenme etme*
4. *İlgi ve sevgi duygularının gelişimi*
5. *İşbirliği*

6. *Mizah duygusu*
7. *Yaşamı sürdürmek ve güvenlik için gerekli olan ihtiyaçların karşılanması*
8. *Problem çözme*
9. *Geniş bir felsefi düşünce*
10. *Taahhüt*
11. *Takdir duygularını ifade*
12. *İletişim*
13. *Birlikte zaman geçirme*
14. *Maneviyat*
15. *Basa çıkma becerileri".*

Burada Aile Yaşam Döngüsü kavramından da bahsetmek gerekmektedir. Hem birey hem de toplumu yakından etkilenmesine neden olan aile ve işlevlerini anlama hususunda önemli bir araç olduğu görülmektedir. Döngü, evliliğin öncesinden başlayarak ve ailenin son üyesinin ölümüne kadar süren uzun bir süreci kapsamaktadır. Aile Yaşam Döngüsü yaklaşımının aileyi zamana göre ele almaktadır. Ailedeki, zamana bağlı olma özelliğinin ailenin uzun süre gözlemeyi gerektirmektedir (60).

Bu dönemlerin genel anlamda evlilikten önce başladığı evliliğin bitmesinin ardından tek başına yaşayan yaşlıların olduğu bölümün sonrasına kadar süren, toplumsal olayların açıklanmasında yardımcı olmaktadır. Çoğunlukla 18 ile 22 yaş aralığında başlayan evliliğin kişilerin ölümüne kadar etkisini sürdürmektedir. Ülkemizde ortalama ömür süresinin 68 ile 72 yıl olduğu kabul edildiği görülmektedir. Bunun yaklaşık olarak 50 yıllık bir döneme denk gelmektedir. "Bu uzun süreç içerisinde evlilik, çeşitli aşamalardan geçer ve bireylerin üzerinde çeşitli konularda kalıcı etkiler de bırakır. Şekilde de görüldüğü gibi aile, evlilik birliğinin kurulmadan öncesinde ve kurulmasının ardından belli aşamalardan geçer. Evliliğin ilerleyen aşamalarında ilk aşamalarına kıyas ile çok uzun sürer" (60).

Evlilik ile ilgili önemli kavramlardan olduğu görülen evlenme biçimi, hem bireylerin hem de kültürler arasındaki farklılıkların ifade edilmesi için kullanılmaktadır. Bireysellik değerlerinin ön planda tutulduğu Batı toplumlarında, yakınlığı, aşkı ve evlilikteki eşitliğin temsil edildiği anlaşarak evlenmenin yaygın olduğu görülmektedir (59). Geleneksel değerlere bağlı olduğu görülen bazı

toplumlardaysa, anlaşarak evlenmenin yanında, ailelerin çocukları için eşlerini seçebildikleri görücü usulü ve kan bağı olanlarla yapılan akraba evlilikleri gibi Batı toplumlarında sık rastlanmayan evlilik biçimlerinin bazılarının da olduğu görülmektedir (61).

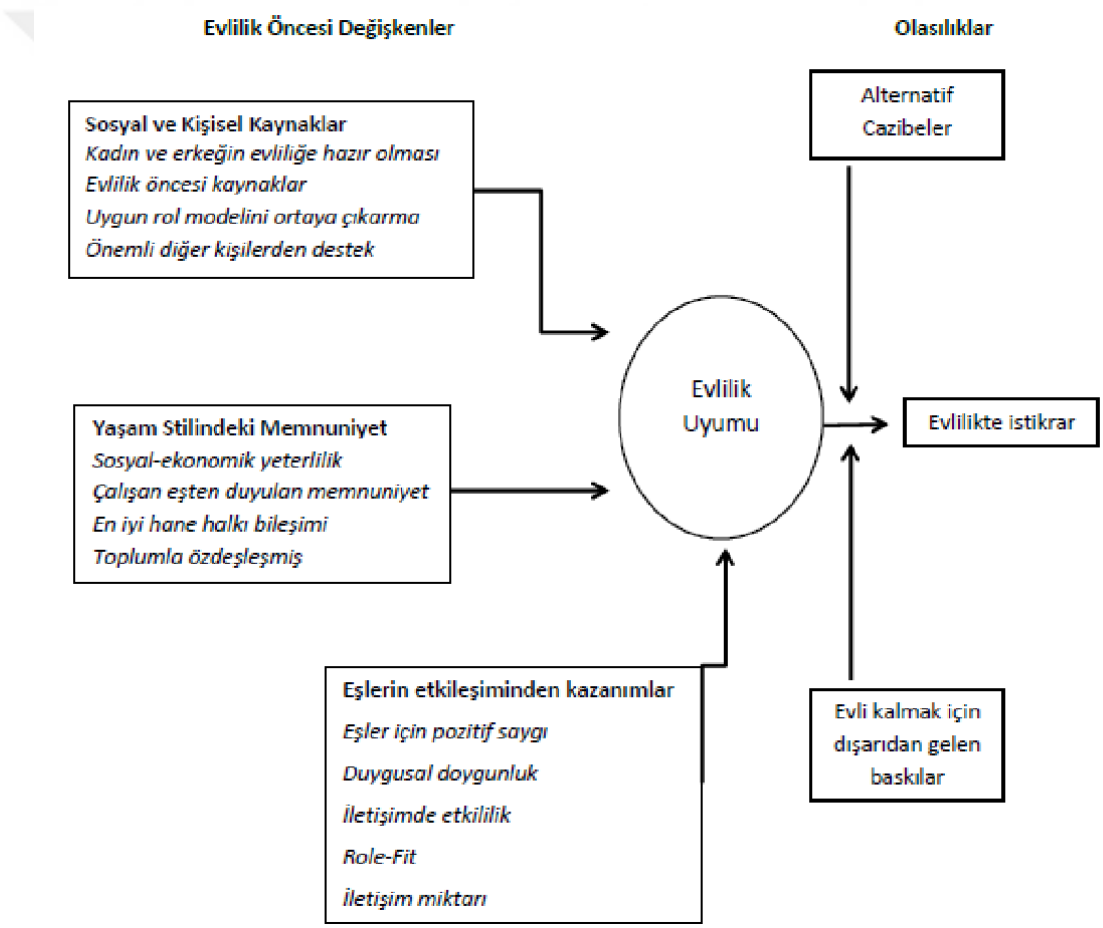
2.9.3. Evlilik Uyumu ve Önemi

Dünya nüfusunun neredeyse hepsi aile halinde yaşamlarını sürdürmektedir. Bundan dolayı ülkelerin kalkınması, zenginleşmesi toplumun kemik taşını oluşturan ailelerin kalkınmasıyla doğru orantılıdır. Bunda da eşlerin ekonomik, yönetsel, psikososyal olarak evliliklerinin her alanında başarılı ve uyumlu olmasının büyük bir payı vardır ve bundan dolayı da evlilik uyumları büyük önem taşır (14).

Aile ve evlilik öğelerinin arasındaki ilişkilerin ortaya çıkma biçimlerini açıklayabilmek için yapılan araştırmaların bazılarında, bu öğelerin kimi zaman iç içe olduğu, aralarında hiç ilişkinin olmadığı, evlilik ilişkilerini etkileyen faktörlerin yalnızca eşleri etkileyebildiği, bazen de eşlerin arasındaki ilişkileri etkileyen unsurların ailenin diğer ünitelerini etkilediği belirtilmiştir. Aile bir bütündür, bununla birlikte evlilik ailenin temellerinin oluşumunda önemli rolü vardır. Özellikle endüstrileşme ve sanayileşme olgusunun evliliğin yapısını değiştirdiği ve bu değişimlerin toplum içinde hayatını sürdürebilmek ve uyum sağlayabilme bakımından evliliğin yapısının anlaşılması ve iyi değerlendirilmesinin önemi giderek arttırmaktadır. Evliliğin etkilendiği birçok faktör söz konusudur. Bu faktörlerin en önemlileri çiftlerin sosyo-demografik özellikleri olduğu görülmektedir. Gelir durumları, eğitim düzeyleri, yaş gibi faktörlerin evlilik birlikteliğinde mutlu olma düzeylerini etkilemesi ve evlilik uyumlarında önemli rolü olduğu fazla sayıda araştırmalarda da ifade edildiği görülmektedir (62).

Evlilik, anne-baba ve çocuk ilişkilerindeki etkin rolü bakımından önemlidir. Evlilikte uyumun niteliğinin ailenin yaşam kalitesini ortaya koyduğu görülmektedir. Ebeveynlerin birbirleri ile olan olumsuz ilişkilerinin bireyleri farklı olumsuz davranışlara sürüklemektedir. Evlilik uyumlarının bozuluşu hem çocuklar hem de eşler açısından travma yaşamaları muhtemeldir (63).

Eşlerin arasında uyumun olmaması ebeveynlerin baba ve annelik rollerini de negatif olarak etkileyebilmektedir. Eşlerin arasında yaşanan çatışmalar sebebiyle ebeveynin çocukların üzerindeki disiplini azalmaktadır. Davranışlar tutarsız hale gelmekte ya da ebeveynlerin çocuklarından uzaklaşabildiği görülmektedir. Bu durum çocukta uyum sorunlarına sebep olabilmektedir. Eşlerin arasında uyum azaldığında bazen ebeveynlerin çocukların üzerinde duygusal ve psikolojik kontrolleri arttırdığından çocuklarda içe yönelim ve kaygı problemleri davranışlar sergileyebilmektedirler. Çocuklarda yaşanan uyum sorunlarının önlenebilmesi için de hem anne babanın çocukla etkileşimleri hem de birbiri ile etkileşiminin niteliğinin arttırılması önemlidir (64).



Şekil 2.2. Evlilik Uyum Modeli Evlilik Öncesi Değişkenler (65).

Özgüven (2001: 85)'nin yapmış olduğu bir araştırmaya göre evlilik uyumunu etkileyen etkenler; anne ve baba evliliğinin mutluluk dereceleri, tanışma sürelerinin uzun olması ve nişanlılık durumu, cinsiyete bağlı olan rollerde yetişme dereceleri,

evliliğin arkadaş ve aile tarafından onaylanma derecelerinin yüksekliği, nişanlılık durumu ve evliliğin ilk dönemlerinden birbirine uyum sağlanması, dini ve etnik geçmişin ortak olması, sosyal statü ile eğitim düzeylerinin yüksek oluşu, evlenme yaşı, çocukluk sırasında anne-baba ile kurulan iyi ilişkilerin olması şeklinde sıralanmıştır (66). Bir çiftin uyumlu olması birçok denge faktörünün bir araya gelişi ve ilişkileri etkileyen faktörlerin bir araya gelişi olarak yorumlanmıştır. Buradan hareketle evlilik uyumunun etkileyen etmenlerse; eşlerin arasında fikir ayrılıkları, bu fikir ayrılığının düzenlenmesi için uygulanan yöntemler, evlilikten duyulan pişmanlık ve memnuniyet, evliliğin devam etmesi, ayrılma ya da boşanma düşüncesi, eşe karşı şikâyetlerin söylenmesi, evlilikten alınan doyumun bireysel olarak değerlendirilme durumlarıdır (67).

Evli çiftlerle yapılan bazı araştırmalarda çiftlerin evliliklerinde uyum ve ilişkilerde mutluluğu arttıran faktörler incelenmiştir. Bu faktörleri; bütün taşları dökmek, esnek planlar yapabilmek, yumuşak tartışmalar yapabilmek ve prensip sahibi olmak şeklinde sıralamak mümkündür (50).

1. **Bütün taşları dökmek:** Birbirleri ile tartışırlarken akla gelen her şeyi söylemeyen ve bundan kaçınan eşlerin daha mutlu ve istikrarlı oldukları görülmektedir (50).
2. **Yumuşak tartışmalar:** Çiftlerin arasındaki tartışmaların başlamasındaki ilk neden genellikle, çiftlerin tartışma yaşadıkları konularda münakaşa ederlerken yüksek sesle konuşmalarıdır. Eleştirileri daha alçak ve yumuşak bir ses tonuyla ve karşı tarafı suçlamaksızın yapan eşlerin tartışmalarının kavgaya dönüşmesi engellenebilir (50).
3. **Esnek planlar:** Kadınların planları eşlerin programlarına göre değiştirme konusunda daha rahat ve esnek oldukları ve erkeklerin de bunu yapmakta zorlandıkları görülmektedir. İlişkilerde kişiler ne denli esnek olurlarsa evliliklerinin de o kadar mutlu oldukları saptanmıştır (50).
4. **Prensip sahibi olmak:** Mutlu olan çiftlerin ilişkilerinde bazı prensiplere sahip oldukları görülmektedir. İlişkisinde mutlu olan çiftlerin yeni evli ya da birbirlerine yeni âşık olmuş olsalar da birbirlerinden gelebilecek rencide edici ve kırıcı en küçük bir davranışı kabullenmedikleri görülmektedir. İlişkinin en

başından itibaren kötü davranışların karşısında düşük toleranslı olma, uzun vadede mutlu bir ilişkinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (50).

5. **Bakım onarım çalışmaları:** Başarılı çiftlerin büyük tartışmalardan nasıl çıkacaklarını iyi bildikleri görülmektedir. Mutlu olan çiftlerin tartışma kontrolden çıkmaksızın olumsuz durumları nasıl onaracaklarını iyi bildikleri saptanmıştır. Mutlu çiftler, tartışma esnasında yaptıkları başarılı müdahalelerden bazılarını; tartışma konularını alakasız bir konuyla değiştirme, espri yapma, bu durumun karşı tarafı ne denli zorladığını anladığını söyleme, tartışmayı bu bizim sorunumuz ve beraber çözebiliriz gibi diyerek ortak bir noktaya çekebilmektedir (50).

2.9.4. Evlilik Uyumunu Etkileyen Unsurlar

Evlilik uyumu, bir evliliğin gönüllü ve zorunlu niteliklerinin bir dengeye ulaşma halidir. Mutlu eşler ne kadar birbirlerini isteyerek evlenmiş olduklarını belirtseler bile, her evlilikte gelenek, görenek ve yasalara bağlı kalınan bazı zorunlulukların olduğu aşikârdır. Bir evliliğin tümüyle gönüllü ya da tümüyle zorunlu bir ilişkiye dönüşse de, bu evlilikteki uyumun bozulma durumu, sorunların çıkması kaçınılmazdır. Zorunlu evlilik ilişkilerde eşlerin birbirleri ile iyi geçindikleri görünse de gerçekten istediklerinden değil birlikte olmak durumunda oldukları için beraberliklerini devam ettirmeye çalışmaktadırlar. Eşlerin, ilişkilerini bütünüyle zorunlu bir ilişki olarak algılamaya başlaması evliliğin bütün heyecanını ortadan kalkmasına ve eşlerin arasında çatışmaların çıkmaya başlamasına neden olabilmektedir. Eşlerin evlilik uyumunu yakalamaları ailenin yapısı, çiftlerin evlenme biçimleri ve evliliklerinde geçirilen süreden etkilenmektedirler. Geniş aile yapısında özellikle kayınvalide ve kayınpeder evliliklerde sorun kaynağı olarak değerlendirilir. "Anne ve babaların çocuklarının evlilikleri üzerindeki olumsuz etkisi ise evlilik yıllarının ilerlemesiyle azalmaktadır" (68).

"Geniş aile yapısında anne ve babaların ebeveynlik görevlerini gereği gibi yerine getirmelerini, aile büyükleri engelleyebilmektedir. Söz konusu durum çocuklarda problemli davranışların gelişmesine zemin hazırlamaktadır" (69). Özgüven (2001), evlilik uyumunu etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralamıştır (66,70);

1. *"Anne-baba evliliğinin mutluluk derecesi,*
2. *Tanışma ve nişanlılık süreninin uzunluğu,*
3. *Cinsiyete bağlı rollerde yetişme derecesi,*
4. *Evliliğin arkadaşlar ve aile tarafından onaylanma derecesinin yüksekliği,*
5. *Nişanlılık ve evliliğin ilk dönemlerinde birbirine uyum sağlanabilmesi,*
6. *Etnik veya dini geçmişin ortaklığı,*
7. *Toplumsal statü ve eğitim düzeyinin yüksekliği,*
8. *Evlenme yaşı, çocukluk sırasında,*
9. *Anne-baba ile iyi ilişkiler içinde olmak gibi nitelik ve durumlar görülmektedir".*

Sosyal ağ ve iletişimin insanların arasında önemli bir noktaya geldiği günümüzde iletişim kurmak birçok sorunun çözümlenmesinde bireylere yardımcı olmaktadır. Bu sebeple eşlerin arasındaki iletişim boyutunun da evlilik uyumunu etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmada düşünce ve duygularını her zaman paylaştığını belirten erkek ve kadınların evlilik uyum puan ortalamalarının, "bazen ve hiçbir zaman" cevabını verenlere göre daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Yine bu çalışmaya göre; düşünce ve duyguların paylaşımıyla anlaşmazlık durumlarında her zaman cevaplayan erkek ve kadınların, hiçbir zaman cevabını verenlere göre evlilik uyum puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir (14). Bu sonuçlardan hareketle iletişim kurmak ve evlilik uyumunun arasında önemli bir bağlantının olduğunu söylemek mümkündür.

2.10. BPH'nde Evlilik Uyumu ve Sağlık Bakımı

Benign Prostat Hiperplazili (BPH) tanısı almış, cerrahi girişim uygulanmış bir hastada meydana gelen yapısal değişikliklere bağlı olarak beden algısında da olumsuz yönde etkilenmeler olabilmektedir. Bu durum hastaların cinsel sağlıklarını, eşler arasındaki ilişkiyi ve evlilik uyumunu etkileyebilmektedir. Özellikle sağlık ekibi içerisinde büyük bir öneme ve role sahip olan hemşireler hastaları bütüncül olarak değerlendirirken cinsel fonksiyonlarını da değerlendirmeleri gerekmektedir (71). Bu durumda hemşirelerin BPH olan hastaların kendilerini, duygu ve sorularını ifade etmelerine fırsat vermelidir.

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) tanılı hastaların bakım gereksinimlerini anlamak ve arttırmak aynı zamanda hemşirelik girişimlerini etkili olarak uygulamak için NANDA tarafından geliştirilen hemşirelik tanılarından faydalanmakta yarar vardır. NANDA'ya göre geliştirilen hemşirelik tanıları şunlardır (72);

- ➢ Evin bakımını sağlamada yetersizlik
- ➢ Rol performansında etkisizlik
- ➢ Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma
- ➢ Uyumda yetersizlik
- ➢ Cinsel örüntülerinde etkisizlik
- ➢ Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- ➢ Yorgunluk
- ➢ İletişimde bozulma
- ➢ Yalnızlık hissi
- ➢ Bireysel kimlik tanımında bozulma
- ➢ Etkisiz bireysel baş etme
- ➢ Öz bakım eksikliği sendromu
- ➢ Bilgi eksikliği
- ➢ Bilgi düzeyini güçlendirmeye hazır oluş
- ➢ Aile baş etmesini güçlendirmeye hazır oluş
- ➢ Karar vermede çatışma
- ➢ Akut ağrı
- ➢ Rahatta bozulma.

Benign Prostat Hiperplazili (BPH) olan hastalar için bakım, ameliyat için hazırlanma, ağrı tedavisi ve üriner retansiyonun hafifletilmesini içerir. Aşağıda BPH için beş (5) Hemşirelik Bakımı Planı verilmiştir (73).

Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik (73).

	Olası Nedenler	İstenilen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri Etkileri
Üriner retansiyon Mesanenin eksik boşalması	Mekanik tıkanıklık Büyümüş prostat Detrusor kas yapısının dekompensasyonu Mesanenin yeterince kasılma hareketi yapamaması	Görülebilen mesane distansiyonu olmaksızın yeterli miktarda boşaltılması	➢ Hastayı her 2-4 saatte bir idrar boşaltması için teşvik edilmelidir. ➢ Hastaya hareket ederken, hapşırırken, öksürürken, güldüğünde, nesneleri kaldırırken stres inkontinans hakkında bilgi verilmelidir ➢ İdrar akışını gözlemlenmelidir ➢ Hasta her idrar çıkışı ölçülmelidir ➢ Suprapubik bölgeye masaj yapılmalıdır ➢ Belirtildiyse, kardiyak tolerans dahilinde günde 3000 ml'ye kadar oral sıvıları cesaretlendirilmelidir. ➢ Yaşamsal bulguları yakından izlenmelidir. Hipertansiyon, periferik ve bağımlı ödem, mental değişiklikler gözlenmelidir. Her gün tartılmalıdır. Doğru aldığı-çıkardığı takibi yapılır ➢ Post obstrüktif diürez belirtileri için yakından izlenmelidir (artan idrar çıkışı ve hipotansiyon gibi). ➢ Kateter ve perineal bakım için teşvik edilmelidir.	➢ Üriner retansiyonu ve mesane aşırı yayılımı en aza indirebilir. ➢ Yüksek üretral basınç mesane boşalmasını engeller veya abdominal basınç idrarın istemsizce kaybolmasına yetecek kadar artana kadar boşluğu önleyebilir. ➢ Engel derecesini ve müdahale seçimini değerlendirmede kullanışlıdır. ➢ Üriner retansiyon, üreterlerde ve böbreklerde, böbrek yetmezliğine neden olabilecek baskıyı arttırır. Böbrek kan akışındaki herhangi bir eksiklik, maddeleri filtreleme ve konsantre etme yeteneğini bozar. ➢ Suprapubik bölgede şişmiş bir mesane hissedilebilir. ➢ Artan dolaşım sıvısı böbrek perfüzyonunu korur ve böbrekleri, mesane ve üreterleri "tortu ve bakterileri" temizler. Not: Başlangıçta, sıvılar, yeterli üriner akım yeniden sağlanıncaya kadar mesane distansiyonunu önlemek için sınırlandırılabilir. ➢ Böbrek fonksiyonunun kaybedilmesi, sıvı atılmasının azalmasına ve toksik atıkların birikmesine neden olur; böbreklerin kapanmasına son verebilir. ➢ Ciddi dehidrasyona, düşük kan hacmine, şok, elektrolit kaybına ve anüriye yol açabilir. ➢ Artan enfeksiyon riskini azaltır. ➢ Kas gevşemesini arttırır, ödemi azaltır ve işeme çabasını artırabilir.

Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik (Devam) (73).

	Olası Nedenler	İstenilen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri Etkileri
Akut ağrı Gerçek ya da potansiyel doku hasarından kaynaklanan hoşa gitmeyen duyusal ve duygusal deneyim; beklenen veya öngörülebilir sonda ve <6 aylık bir süre boyunca hafiften şiddetli herhangi bir yoğunluğun ani veya yavaş başlangıcı	Mukozal tahriş, Mesane distansiyonu, Renal kolik, İdrar yolu enfeksiyonu, Radyasyon tedavisi	Akut ağrının geçmesi	➢ Hastanın konforunu korunur. ➢ Ağrıyı değerlendirilir, yeri, yoğunluğunu (0-10 ölçekli), süreyi not edilir ➢ Karın bölgesine uyluk ve kateter için drenaj tüpünü bantlayın (çekme gerekmiyorsa). Mesaneyi ve penil-skrotal kavşağın erozyonunu önler. ➢ Masaj gibi konfor girişimleri yaparak hastanın rahatlık pozisyonunu üstlenmesine yardımcı olun. Gevşeme ve derin nefes egzersizi, çeşitlilik etkinliği önerilmelidir. ➢ Oturaklı banyoların kullanımı, perine için sıcak ıslatma önerilir. ➢ Kateter yerleştirin ve belirtilen şekilde düz drenaja tutturun. ➢ Prostat masajı yapılır.	➢ Postoperatif komplikasyonları önlemek ➢ Müdahalelerin seçimini veya etkililiğini belirlemeye yardımcı olacak bilgiler sağlar ➢ Erken ambulasyon normal işeme biçimlerini düzeltmeye ve kolik ağrıyı hafifletmeye yardımcı olabilir. ➢ Gevşeme teşvik, ilgi yeniden odaklanır ve başa çıkma yeteneklerini artırabilir ➢ Kas gevşemesini arttırır ➢ Boşalma mesanesi, mesane gerginliğini ve huzursuzluğunu azaltır ➢ Prostat masajı, tıkanıklığı ve iltihaplanmayı azaltmak için bez kanallarının boşaltılmasına yardımcı olur. Enfeksiyon mevcutsa kontrendikedir.

Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik (Devam) (73).

	Olası Nedenler	İstenilen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri Etkileri
Eksik sıvı hacmi riski Vasküler, hücresel veya hücre içi dehidrasyon yaşanma riski altındadır.	Kronik olarak aşırı derecede dağılmış bir mesanenin hızlı drenajından post-obstrüktif diürez, Endokrin, Elektrolit dengesizlikleri (böbrek yetmezliği)	Sıvı hacminin eksik olmaması	➢ Aldığı çıkardığı takibi yapılır. Saatte 100-200 ml çıktıları not edin. ➢ Bireysel gereksinimler temelinde artan oral alım miktarı (Hastanın üriner semptomları kontrol altına alma, homeostatik rezervleri azaltma ve dehidrasyon ve hipovolemi riskini artırma girişiminde kısıtlanmış ağızdan alımı olabilir) ➢ Kılcal dolum ve oral mukoza zarlarını değerlendirilir ve Hasta monitör takibine alınır. ➢ Yatış pozisyonu düzenlenmelidir. ➢ Elektrolit seviyelerini, özellikle sodyum izlenmelidir. ➢ IV sıvıları (hipertonik salin) gerektiği şekilde uygulanmalıdır.	➢ Hızlı ve sürekli diürez, hastanın toplam sıvı hacminin tükenmesine neden olabilir ve renal tübüllerde sodyum reabsorpsiyonunu sınırlar ➢ Sistemik hipovolemide erken teşhis ve müdahale yapılmasını sağlar. ➢ Kardiyak iş yükünü azaltır, dolaşımdaki homeostazı kolaylaştırır. ➢ Sıvı ekstrasellüler boşluklardan çekildiğinde, sodyum değişime uğrayarak hiponatremi oluşturabilir. ➢ Ayakta tedavi prosedürlerini takiben hipovolemiyi önlemek veya düzeltmek için sıvı ve sodyum kayıplarını değiştirir.

Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik (Devam) (73).

	Olası Nedenler	İstenilen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri Etkileri
Aksiyete ve korku	Artan gerginlik, endişe, Algılanan değişikliklerle ilgili endişeler dile getirilmesi, Belirsiz sonuçlarından korkma	Anksiyete ve korkunun giderilmesi	➢ Hasta ile yakından ilgilenilmelidir. ➢ Hastayla ile güvenen ilişki kurun, Hassas konulardaki tartışmaları cesaretlendirir. ➢ Belirli prosedürler ve testler ile sonrasında neler bekleyebileceğiniz (kateter, kanlı idrar, mesane iritasyonu) hakkında bilgi verilmelidir. ➢ İşlemleri yaparken ve hasta ile ilgilenirken Hastanın mahremiyetini korunmalıdır. ➢ Hastayı, endişeleri ve duyguları sözlü olarak ifade etmek için teşvik edin. ➢ Hastaya önceki bilgileri güçlendirin.	➢ Yardım etmek için kaygı ve isteklilik gösterir. ➢ Hastanın ne kadar bilgi istediğini bilmek ➢ Hastanın yapılması gerekenleri anlamakta yardım eder ve kanser korkusu dahil olmak üzere bilinmeyene ilişkin endişeleri azaltır. ➢ Bununla birlikte, aşırı bilgi yüklemesi yararlı değildir ve endişeyi artırabilir. ➢ Kabul bildirir ve hastanın utancını hafifletir. ➢ Sorunu tanımlar, sorulara cevap verme fırsatı sağlar, yanlış anlamaları netleştirir ve sorunları çözer çözümler. ➢ Hastanın gerçeği ele almasına ve bakım verenlerdeki güveni ve sunulan bilgileri güçlendirmesine izin verir.

Tablo 2.4. BPH ve Hemşirelik (Devam) (73).

	Olası Nedenler	İstenilen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri Etkileri
Eksik bilgi Belli konuyla alakalı bilişsel bilgilerin eksikliği veya eksikliği	Bilgi yanlış yorumlanması, Bilgi kaynaklarına yabancı olma, Hassas alanla ilgili endişe	Bilgi eksikliğinin giderilmesi	➢ Hastanın bilgili terapi seçenekleri seçebileceği bilgi tabanı sağlar. ➢ Korkuların, duyguların ve endişelerini konuşması için teşvik edilmelidir. ➢ Durumun cinsel yolla bulaşmadığına dair bilgi verin. ➢ İlaç tedavisini ve bitkisel ürünlerin ve diyetin (artan meyve, soya fasulyesi) kullanımını gözden geçirin. ➢ Bazı hastalar, oluşumun azalması ve iktidarsızlık gibi yan etkilerin şiddetinin azalması nedeniyle tamamlayıcı terapi ile tedavi etmeyi tercih edebilir. ➢ Baharatlı gıdalar, kahve, alkol, uzun otomobil sürmek, hızlı sıvı alımı (özellikle alkol) önlemeyi öneririz. ➢ Cinsel kaygıları araştırın. ➢ Temel cinsel anatomi hakkında bilgi verin. Soruları teşvik edin ve endişeler hakkında bir diyalog geliştirin. ➢ Tıbbi değerlendirmeyi gerektiren belirtileri ve bulguları gözden geçirin (bulutlu, kokulu idrar, azalan idrar çıkışı, geçilememe; ateş ve titreme varlığı). ➢ Diğer sağlık hizmeti sunucularına tanı gerekliliğini tartışın.	➢ Hastanın bilgili terapi seçenekleri seçebileceği bilgi tabanı sağlar. ➢ Hastaların rehabilitasyonu için duygularla çalışmasına yardımcı olmak hayati önem taşımaktadır. ➢ Konuşulmayan bir korku olabilir. ➢ Meydana gelen tıkanıklık ile prostat iritasyonuna neden olabilir. Üriner akışın ani bir şekilde artması mesane distansiyonuna ve mesane sesinin azalmasına neden olabilir, bu da akut üriner retansiyon ataklarıyla sonuçlanır. ➢ Prostatitin akut bölümlerinde ilişki önlenir, ancak kronik durumun tedavisinde yardımcı olabilir. Cinsel aktivite akut ataklar sırasında ağrıyı arttırabilir, ancak kronik hastalığın varlığında masaj ajanı olarak hizmet edebilir. ➢ Anatomi hakkında bilgi sahibi olmak, hastanın cinsel performansı etkileyebileceği için önerilen tedavilerin sonuçlarını anlamasına yardımcı olur. ➢ Hızlı müdahaleler daha ciddi komplikasyonları önleyebilir. ➢ Üriner retansiyonu artırabilen ve akut bir aşamayı hızlandırabilen dekonjestanlar, antikolinerjikler ve antidepresanların kullanımı gibi uygun olmayan terapi riskini azaltır.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, BPH'lı hastaların evlilik uyum düzeyini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Otuz sekiz hasta yatağı olan kliniğin ameliyathanesinde, üroloji ile ilgili genel ameliyatlar, iyi huylu prostat büyümesinin kapalı ve açık ameliyatları, kanser ve radikal tümör cerrahileri, taş ameliyatları, kadın ve çocuk ürolojisi ameliyatları, laparoskopik ve robotik cerrahi ameliyatları yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015 yılı ilk altı ayı üroloji kliniğine yatışı yapılmış BPH tanılı 687 hasta oluşturmaktadır. Aşağıda yer alan evren bilinmesi durumunda alınması gereken minimum örneklem sayısını veren formül yardımıyla araştırmaya alınması gereken hasta sayısı tespit edilmiştir.

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^{2} pq}{d^{2}(N-1) + Z_{\alpha}^{2} pq}$$

Yapılan hesaplama sonucunda araştırma için % 95 güvenle alınması gereken minimum örneklem sayısı 247 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri;

- BPH tanısı ile klinikte yatmak,
- Bilgilendirilmiş onam formunu onaylayarak çalışmaya katılmaya gönüllülük,
- Evli olmak,
- İletişime engel durumu olmamasıdır.

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri;

- ➢ BPH dışında, tümör ve metastaz gibi ciddi bir fiziksel hastalığa sahip olmak,
- ➢ Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- ➢ Bekar veya dul olmak,
- ➢ Bilişsel ve algısal alanda yetersizliğin olmasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden yirmi hastaya ön uygulama yapılarak soru formunda araştırmacılar tarafından gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulama verileri araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir. Araştırmaya katılması planlanan her hastaya araştırma konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle, **hasta görüşme odasında** veriler toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık on beş-yirmi dakika sürmüştür.

3.4.1. Veri Toplama Formu

Araştırmada hastaların demografik verilerinin belirlenmesi için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu kullanmıştır (15,16,17 - EK 1). Formun bu kısmında hastaların sosyodemografik verileri, eğitim durumu, mesleği, yaşamını geçirildiği yer, başka kronik hastalığı olup olmaması, hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi, kaç yıldan beri BPH hastası olması bilgileri yer almıştır.

3.4.2. Evlilik Uyumu Ölçeği

Evli çiftlerin evlilik uyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır. EUÖ, evliliğin niteliğini ölçmek için, en temel ve ayırt edici olduğu düşünülen sorulardan oluşturulan bir ölçektir (Bkz. EK 2). EUÖ, Hunt'ın (1978) ve Freeston ile Plechaty'nin (1997) puanlama sistemleri doğrultusunda, ölçeğin Türkçe'de geçerlik güvenirlik çalışması Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmıştır (74). Ölçek, seçenek sayıları farklı 15 maddeden oluşmaktadır. Söz konusu ölçeğin ilk 9 sorusu

hem genel evliliğin mutluluk derecesini hem de aile bütçesi, arkadaşlar, cinsel ilişkiler ve yaşam felsefesi gibi konularda anlaşma ve anlaşma derecesini değerlendirirken kalan 6 soru ise boş zaman etkinlikleri, ev dışı etkinlikler, çatışma çözümlemesi ve güven gibi alanlardaki ilişki tarzını değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 58 puan arasında değişmektedir. Uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan puan değeri 43,5'tir. 43 ve altında puan uyumsuz, 43 puanın üzeri ise uyumlu olarak değerlendirilmektedir (74). Ölçekte yer alan soruların puanlama sistemi aşağıdaki şekildedir.

1. Soru: 0-1-2-3-4-5-6 puan,

2 ile 9 arasındaki sorular: 5-4-3-2-1-0 puan,

10. Soru: 0-0-1 puan,

11. Soru: 3-2-1-0 puan,

12. Soru: anlaşmazlık 0 puan, dışarıda bir şeyler yapmak 1 puan, evde oturmak 1 puan,

13. Soru: 0-1-2-3 puan,

14. Soru: 2-1-0 puan,

15. Soru: 0-1-2-2 puandır.

3.4.3. Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS)

IPSS, BPH semptomlarının derecesi belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. IPSS, Uluslararası Görüş Birliği Komitesi 1999 yılında Paris'te yaptığı toplantıda AUA Ölçüm Komitesi tarafından geliştirilen BPH semptom endeksini, prostalizm sorunu olan hastalar için tüm dünyada kullanılan resmi semptom değerlendirme aracı olarak kullanılması konusunda ortak karar almışlardır. IPSS sayesinde hastanın alt üriner sistem enfeksiyon semptomlarını objektif olarak değerlendirmek, derecelendirebilmek, zaman içerisinde takip etmek ve tedavi sonrası değişiklikleri saptayabilmek mümkün olmaktadır. Semptom skoru değerlendirmesi; "asemptomatik" (0 puan), "hafif derece semptomatik" (1-7 puan), "orta derece semptomatik" (8-19 puan) ve "ileri derece semptomatik" (20-35 puan) olarak yapılmaktadır (75,76) (Bkz. EK 3). Öte yandan IPSS ile inkontinans ve işeme sonrası semptomların değerlendirilmesinde yetersizlik olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında düşük eğitimli hastaların IPSS'yi tam anlayamadığı ve semptomlarını yanlış ifade edebildikleri gösterilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- ➢ Çalışmanın bağımlı değişkeni Evlilik Uyum Ölçeği toplam puan skorudur.
- ➢ Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ölçeği toplam puan skorudur.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- ➢ Hastalara ait özellikler:
- ➢ Sosyodemografik verileri,
- ➢ Eğitim durumu,
- ➢ Mesleği,
- ➢ Yaşamını geçirildiği yer,
- ➢ Başka kronik hastalığı olup olmaması,
- ➢ Hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi,
- ➢ Kaç yıldan beri BPH hastası olması,
- ➢ BPH ile ilgili fiziksel semptomları

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 09.12.2016 tarihli 387 karar numarası ile onay alınmıştır (Bkz. EK-5). Araştırmanın yapıldığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden izin alınmıştır.

Tüm bilgiler Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalınarak toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın ne olduğu, amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgi verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşamayacağı konularında bilgilendirme yapılmıştır. Hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara okunarak çalışma esnasında gönüllülük esas alınmıştır. Ardından katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. EK 4).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Yapılan bu çalışmada katılımcılardan elde edilen nicel veriler SPSS 23 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde ve ortalama değerler verilmiştir. Değişkenlerin normal dağılım sınaması Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uymamasından dolayı İki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi İkiden fazla Grup karşılaştırmalarında ise Kruskall Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskall Wallis H testi sonucunun anlamlı çıkması halinde ikili karşılaştırmalar için Benforroni düzeltmeli Dunn Çoklu karşılaştırmalar testi kullanılmıştır. IPSS ve evlilik uyumu arasındaki ilişki için Spearman rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Analizler %95 güven düzeyinde test edilmiştir. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=247).

		n	%
Yaş	38-50 Yaş	22	8.90
	51-60 Yaş	62	25.10
	61-70 Yaş	99	40.10
	71 Yaş ve üzeri	64	25.90
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7	2.80
	İlköğretim mezunu	106	42.90
	Lise	47	19.10
	Üniversite ve üzeri	87	35.20
BPH hastalık süresi	1 yıldan az	29	11.70
	1-4 yıl	103	41.70
	4-10 yıl	84	34.00
	11 yıl ve üzeri	31	12.60
Evlilik süresi	1-30 Yıl	50	22.50
	31-40 Yıl	60	27.00
	41-50 Yıl	73	32.90
	51 Yıl ve üzeri	39	17.60
Çocuk sayısı	Tek çocuk	13	5.90
	2 Çocuk	78	35.10
	3 Çocuk	67	30.18
	4 Çocuk	34	15.32
	4'ten fazla çocuk	30	13.50
Sigara kullanımı	İçiyor	34	15.30
	Hiç içmemiş	99	44.60
	Şu anda içmiyor. Bırakmış	89	40.10
Alkol kullanımı	İçiyor	44	19.80
	Hiç içmemiş	137	61.70
	Şu anda içmiyor. Bırakmış	41	18.50
Kronik hastalık	Var	131	53.00
	Yok	116	47.00

Tablo 4.1'de görüldüğü üzere; araştırmaya katılanların %40.08'inin 61-70 yaş aralığında olduğu ve 51-60 yaş (% 25.10) ve 71 yaş ve üzeri (%25.91) olanların oranlarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu incelendiğinde; katılımcıların %28.34'ünün ilköğretim mezunu ve %21.86'sının yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar evlilik uyum ölçeği kesme noktasında göre sınıflandırıldığında; %96.36'sının evlilik uyumu olmadığı tespit edilmiştir. Örneklemin evlilik süresine göre incelendiğinde; % 32.88'inin 41-50 yıllık evli

olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %35.18'i iki çocuk ve %30.18'i üç çocuk sahibidir. Katılımcıların %44.59'unun hiç sigara kullanmadığı ve %40.09'unun ise daha önce sigara içerken şu anda sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılanların % 61.71'inin hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %53.04'ünün kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. BPH'li Bireylerin Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular (n=247).

		n	**%**
Prostat hastalığı hakkında bilginiz var mı?	Evet	94	38.10
	Hayır	153	61.90
Prostat hastalığı hakkında bilgiyi nereden edindiniz?	Sağlık çalışanı	39	41.50
	Kitle iletişim araçları	20	21.30
	Sağlık çalışanı ve kitle iletişim araçları	29	30.90
	*Diğer	6	6.30
*Akrabalardan ve arkadaşlarından			

Araştırmaya katılan BPH'li hastaların % 61.9'unun prostat hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Prostat hastalığı hakkında bilgi sahibi olan 94 hastanın bilgi kaynaklarına göre dağılımı incelendiğinde %41,50'sinin prostat hastalığı hakkında bilgiyi sağlık çalışanından ve % 30,90'ının sağlık çalışanı ve kitle iletişim araçlarından edindiği tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. BPH'li Bireylerde Görülen Semptomlara İlişkin Bulgular (n=247).

Semptomlar	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Kesintili idrar	219 (88.66)	28 (11.34)
Zorlu idrar yapma	174 (70.45)	73 (29.55)
İdrar yapma süresi uzaması	225 (91.09)	22 (8.91)
Mesaneyi boşaltma güçlüğü	222 (89.88)	25 (10.12)
Ağrılı idrar yapma isteği	171 (69.23)	76 (30.77)
Geceleri idrara kalkma	238 (96.36)	9 (3.64)
İdrar kaçırma	73 (29.55)	174 (70.45)
Diğer*	2 (0.81)	245 (99.19)
*Sık idrara çıkma, uykusuzluk, ani idrar yapma ihtiyacı ve bu ihtiyacın ertelenememesi		

Tablo 4.3'e göre; araştırmaya katılan hastalardan %88.7'sinde kesintili idrar, %70.4'ünde zorlu idrar yapma, %91.1'inde idrar yapma süresi uzaması semptomlarının olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. BPH'li Bireylerin Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri (n=247).

	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Erken teşhis BPH takip ve tedavi süresini kolaylaştırır	243 (98.38)	4 (1.62)
40 yaş üzeri her erkek BPH ve prostat kanseri (PSA) için testleri düzenli yaptırmalıdır	244 (98.79)	3 (1.21)
50 yaş sonrası BPH riski azalır	10 (4.05)	237 (95.95)
BPH uygunsuz cinsel ilişki ile alakalıdır.	155 (62.75)	92 (37.25)
İdrar yollarından kan görülmesi, kanlı dışkı ve batın içi şişkinlikler BPH habercisidir.	160 (64.78)	87 (35.22)
BPH tanısında düzenli yapılacak tetkiklerden bir tanesi sperm incelemesidir.	151 (61.13)	96 (38.87)
Ailesinde BPH olanlar prostat kanserine daha sık yakalanır.	185 (74.90)	62 (25.10)
BPH genetik / aile geçişi gösterir.	144 (58.30)	103 (41.70)

Araştırmaya katılan hastaların %98.4'ünün "erken teşhis BPH takip ve tedavi süresini kolaylaştırır" ifadesine evet cevabını verdikleri, %98.8'inin "40 yaş üzeri her erkek BPH ve prostat kanseri (PSA) için testleri düzenli yaptırmalıdır" ifadesine evet cevabını verdikleri ve bu konuda doğru bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Hastaların %62.82'si "BPH uygunsuz cinsel ilişki ile alakalıdır" ifadesine evet cevabını verirken, %64.8'i "İdrar yollarından kan görülmesi, kanlı dışkı ve batın

içi şişkinlikler BPH habercisidir" ifadesine evet cevabını verdikleri ve bu konuda yanlış bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Hastaların %61.1'inin "BPH tanısında düzenli yapılacak tetkiklerden bir tanesi sperm incelemesidir" ifadesine evet cevabını verdiği, %74.9'unun "Ailesinde BPH olanlar prostat kanserine daha sık yakalanır" ifadesine evet cevabını verdiği ve %58.3'ünün "BPH genetik / aile geçişi gösterir" ifadesine evet cevabını verdiği ve bu konularda yanlış bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. BPH'li Bireylerin Prostat Semptom Skoru ve Evlilik Uyumu Düzeyleri Ortalamaları (n=247).

	Ort	SS	Minimum	Maksimum
IPSS skor (0-35)*	20.29	6.18	1.00	35.00
Evlilik uyumu (0- 58)*	34.78	10.30	1	57.00
		n (%)		
Evlilik Uyumu	Uyumsuz (0-43)	238 (96,36)		
	Uyumlu (43.5 ve üzeri)**	9 (3,64)		
*ölçekten alınan en düşük ve en yüksek değerleri göstermektedir. **ölçek kesme notasını vermektedir.				

Evlilik uyumu ölçeğinden en az 0 en yüksek 58 puan alınmaktadır. Katılımcı hastaların evlilik uyumu genel ortalaması 34,78±10.30'dur. Fakat ölçeğin kesme noktası olan 43,5' e göre katılımcı hastaların evlilik uyum düzeyleri incelendiğinde hastaların %96,34'ünün evlilik uyumlarının olmadığı saptanmıştır. Hastaların genel IPSS skor ortalamaları 20,29±6.18'dir. Bu değerlere göre ileri derece semptomatik kategorisinde yer almaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. BPH'li Bireylerin Prostat Semptom Skoru ve Evlilik Uyumu Düzeyleri Arası İlişki Değerlendirmesi (n=247).

	Evlilik uyumu	
	r	**P**
IPSS Skor	0.026	0.687
Spearman's rho		

Araştırmaya katılan BPH'li bireylerde prostat semptom skor düzeyi ile evlilik uyumu düzeyi arasında anlamlı ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla Spearman rho korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda evlilik uyumu ile

prostat semptom skoru arasında var olan 0.026 düzeyindeki pozitif yönlü ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.687). Prostat semptom skoru ile evlilik uyumu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. BPH'li Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre IPSS Skor Karşılaştırması (n=247).

		IPSS skor		
		Ort	SS	P
Yaş	38-50 yaş	20.59	6.75	0.789*
	51-60 yaş	19.66	6.04	
	61-70 yaş	20.31	6.35	
	71 yaş ve üzeri	20.77	5.91	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	24.2	4.5	**0.001*** $^{+}$
	İlköğretim mezunu	21.5	6.0	
	Lise	20.7	6.1	
	Üniversite ve Üzeri	18.3	6.1	
Meslek	Serbest meslek	19.64	6.80	0.599*
	İşsiz	20.50	6.36	
	Emekli	20.53	6.15	
	Devlet memuru	18.62	5.81	
Gelir	Gelir giderden az	21.52	5.74	**0.001*** $^{+}$
	Gelir gidere denk	18.35	6.57	
	Gelir giderden fazla	19.00	5.29	
Yaşam yeri	Köy	20.43	5.03	0.391*
	İlçe	23.83	4.67	
	İl	20.20	6.23	
Evlilik süresi	1-30 yıl	20.26	6.16	0.495*
	31-40 yıl	19.58	6.13	
	41-50 yıl	21.26	5.67	
	51 yıl ve üzeri	19.97	6.02	
Çocuk sayısı	Tek çocuk	20.85	5.23	**0.006*** $^{+}$
	2 çocuk	18.35	5.94	
	3 çocuk	21.52	5.01	
	4 çocuk	22.47	6.52	
	4'ten fazla çocuk	20.37	6.47	
Sigara kullanımı	İçiyor	20.38	6.15	0.895*
	Hiç içmemiş	20.20	5.90	
	Şuanda içmiyor bırakmış	20.52	6.04	
Alkol kullanımı	İçiyor	20.14	5.74	0.939*
	Hiç içmemiş	20.31	6.04	
	Şuanda içmiyor bırakmış	20.73	6.08	
Kronik hastalık	Var	21.03	5.61	0.053**
	Yok	19.46	6.68	

* Kruskall Wallis H Testi
** Mann Whitney U Testi
$^{+}$ p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine göre prostat semptom skor düzeylerinde farklılaşma olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla Kruskall Wallis H testi ve Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda; yaş gruplarına göre (p=0.789), mesleğe göre (p=0.599), yaşam yerine göre (p=0.391), evlilik süresine göre (p=0.495), evlilik uyumu olup olmamasına göre (p=0.832), sigara kullanım durumuna göre (p=0.895), alkol kullanım durumuna göre (p=0.895) ve kronik hastalık varlığına göre (p=0.053) prostat semptom skorunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.7).

Eğitim durumu (p=0.001), gelir düzeyi (p=0.001) ve çocuk sayısına (p=0.006) göre ise prostat skoru düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu değişkenlere göre oluşan anlamlı farklılığın kaynağının hangi gruplar arasında var olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığını saptamak amacıyla Benforroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Eğitim durumuna göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan bireylerin ilköğretim düzeyi eğitim seviyesine sahip olan bireylere (p=0,003) ve okuryazar olmayan bireylere (p=0,49) göre daha düşük IPSS skoruna sahip oldukları saptanmıştır.

Gelir durumuna göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, geliri giderine denk olanlar ile gelir giderinden az olanlar arasında geliri giderden az olanlar lehine anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.001). Diğer bir ifadeyle geliri giderinden az olan hastaların IPSS skoru geliri giderine denk olan hastalardan daha yüksektir.

Çocuk sayısına göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, iki çocuk sahibi olan hastaların üç çocuk sahibi olan hastalara (p=0.028) ve dört çocuk sahibi olan hastalara göre (p=0.011) daha düşük düzeyde IPSS skoruna sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.8. BPH'li Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Evlilik Uyumu Düzeyi Karşılaştırması (n=247).

		Evlilik uyumu		
		Ort	SS	P
Yaş	38-50 yaş	20.59	6.75	0.400*
	51-60 yaş	19.66	6.04	
	61-70 yaş	20.31	6.35	
	71 yaş ve üzeri	20.77	5.91	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	26.3	4,9	0.481*
	İlköğretim mezunu	29.4	7,3	
	Lise	27.9	5,5	
	Üniversite ve Üzeri	29.3	6,6	
Meslek	Serbest meslek	19.64	6.80	0.188*
	İşsiz	20.50	6.36	
	Emekli	20.53	6.15	
	Devlet memuru	18.62	5.81	
Gelir	Gelir giderden az	21.52	5.74	0.587*
	Gelir gidere denk	18.35	6.57	
	Gelir giderden fazla	19.00	5.29	
Yaşam yeri	Köy	20.43	5.03	0.815*
	İlçe	23.83	4.67	
	İl	20.20	6.23	
Evlilik süresi	1-30 yıl	20.26	6.16	0.417*
	31-40 yıl	19.58	6.13	
	41-50 yıl	21.26	5.67	
	51 yıl ve üzeri	19.97	6.02	
Çocuk sayısı	Tek çocuk	20.85	5.23	0.282*
	2 çocuk	18.35	5.94	
	3 çocuk	21.52	5.01	
	4 çocuk	22.47	6.52	
	4'ten fazla çocuk	20.37	6.47	
Sigara kullanımı	İçiyor	20.38	6.15	0.135*
	Hiç içmemiş	20.20	5.90	
	Şuanda içmiyor bırakmış	20.52	6.04	
Alkol kullanımı	İçiyor	20.14	5.74	0.336*
	Hiç içmemiş	20.31	6.04	
	Şuanda içmiyor bırakmış	20.73	6.08	
Kronik hastalık	Var	21.03	5.61	0.384**
	Yok	19.46	6.68	
* Kruskall Wallis H Testi ** Mann Whitney U Testi				

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine göre evlilik uyumu düzeylerinde farklılaşma olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla Kruskall Wallis H testi ve Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda; yaş gruplarına göre (p=0.400), eğitim durumuna göre (p=0.481), mesleğe göre (p=0.188), gelirine göre (p=0.587), yaşam yerine göre (p=0.815), evlilik süresine göre (p=0.417), çocuk sayısına göre (p=0.282), sigara kullanım durumuna göre (p=0.135), alkol kullanım durumuna göre (p=0.336) ve kronik hastalık varlığına göre (p=0.384) evlilik uyum düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) hastalarında ortaya çıkan fiziksel semptomlar hastaların psikolojik görünümlerini ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesine yol açabilir. Toplumun temeli olan aile yapısında eşlerden birinde görülebilen kronik hastalıkların yol açtığı cinsel işlev bozukluğu evlilik uyumunu etkilemektedir (77,78,79). Bu türden hastalarla çalışan hemşirelerin fiziksel ve sosyal somatik semptomlarını fark ederek değerlendirilmeleri son derecede önemlidir. Bu fikirlerden yola çıkarak çerçevesini oluşturduğumuz araştırma sonucunda elde edilen bulgular güncel literatür ışığında tartışılarak aşağıda sunulmuştur.

Araştırmaya katılan BPH tanısı almış hastaların yaklaşık yarısının 61-70 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda BPH'nin ilerleyen yaşla doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür (23,26,80,81). Bu bağlamda incelendiğinde bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunluğu 61 yaş ve üzerinde olduğundan yaş artışı ile birlikte IPSS arttığı yani semptomların daha fazla gözlendiği söyleyebiliriz. BPH semptomlarına eşlik eden AÜSS yaşayan bireylerin zaman zaman bu konu ile ilgili yardım isterken sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (26,80) başka yayınlarda AÜSS şiddeti arttıkça BPH semptomlarınında yükseldiği bildirilmiştir (23,80) bu araştırma sonucunda AÜSS semptomları ile BPH semptomlarının doğrusal olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan BPH'li hastaların yarıdan fazlasının prostat hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Bilgi sahibi olan katılımcıların prostat hastalığı hakkında bilgiyi en fazla sağlık çalışanından ve sonrasında ise sağlık çalışanı ve kitle iletişim araçlarından edindiği tespit edilmiştir. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun prostat hastalığı ile ilgili bilgileri çevresindekilerden, kitle iletişim araçlarından ve sağlık personelinden öğrendiği görülmüştür (22,41,82). Araştırmanın sonucunda ileri yaş erkeklerin deneyimlediği BPH hastalığı semptomları ve klinik seyri ile ilgili kamusal alanlarda farkındalık yaratılabilir. Özellikle ketem gibi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına BPH konusu dahil edilmesi düşünülebilir.

Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada BPH tanılı hastaların yaşadığı noktüri, idrar yapma sıklığı nedenleri ile psikolojik yük, cinsel yaşam azlığı,

sosyal yaşam uyku düzeninde bozulmalar yaşadıkları ifade edilmiştir. BPH tanısı almış erkekler ve eşlerinde ortaya çıkan sorunların hastalıktan etkilenme olasılığı, eşin yaşı, eşler arasındaki yaş farkı ve evlilik süresi ile ilişkilendirilmiş ve anlamlı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hastaları cinsel yaşamları orta ve şiddetli derecelerde etkilendiği hatta %8'inin erkekte belirtiler başlamadan önce cinsel ilişkinin sonlandırıldığı sonucuna ulaşmışlardır (12). Çalışmamızda IPSS ile demografik değişkenlerin skor üzerinde etkisinin olmadığı saptanmış olup çalışmamız bu bakımdan Mitropoulos ve arkadaşlarının çalışmaları ile farklılık göstermektedir.

Bizim çalışmamızda alt skorlara bakmamıza rağmen BPH'li bireylerin adı geçen semptomlarla yaşamalarının konfor alanlarını etkilediği değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalardan %96.36'sında geceleri idrara kalkma, %88.7'sinde kesintili idrar, %70.4'ünde zorlu idrar yapma ve %91.1'inde idrar yapma süresi uzaması semptomlarının olduğu tespit edilmiştir. İspanya'da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (6). BPH yaşayan hastalarda noktüri uykunun kalitesinde bozulma olarak da görülmektedir. Eş zamanlı olarak gündüz enerjisinde azalma, depresyon ve metabolik bozuklukları ve dolaylı olarak da mortalitenin artmasından sorumlu olabilmektedir. Araştırma bulgularımız literatürü desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlasının "BPH uygunsuz cinsel ilişki ile alakalıdır" ifadesine ve "İdrar yollarından kan görülmesi, kanlı dışkı ve batın içi şişkinlikler BPH habercisidir" ifadesine evet cevabını verdikleri ve bu konuda yanlış bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların yarıdan fazlasının "BPH tanısında düzenli yapılacak tetkiklerden bir tanesi sperm incelemesidir" ifadesine, "Ailesinde BPH olanlar prostat kanserine daha sık yakalanır" ifadesine ve "BPH genetik / aile geçişi gösterir" ifadesine evet cevabını verdiği ve bu konularda yanlış bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların, sorulan sorulara doğru cevap verdikleri kadar yarıdan fazlasının da yanlış cevap verdiği görülmüştür. Armut'un (2012) çalışmasında BPH'li hastaların üçte birinin, Müezzinoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da hastaların yaklaşık beşte dördünün BPH hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır (41,83). Böylelikle hastaların bilgi eksikliği kanıtlanmış ve bu konuda bilgi eksikliklerinin giderilmesine ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Bu

konudaki bilgi eksikliğinin hastaların semptomlarını tanıma ve yönetmede karmasa yasadıkları ve başarısız oldukları görülmüştür. Bu doğrultuda evlilik uyumlarını olumsuz etkilediği ve BPH tanısı aldıktan sonra bu konuda hemşirelik danışmanlığı yapılması düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların evlilik uyumu genel ortalamasının 34.78± 10.30 olduğu, hastaların tamamına yakınının evlilik uyumlarının olmadığı saptanmıştır. Bildirici'nin (2016) çalışmasında da katılımcıların evlilik uyumu ortalaması 45.40±8.41 olarak saptanmış, eşler arasında evlilik uyumunun olduğu belirlenmiştir (84). Buna karşılık Yalçın'ın (2014) evlilik uyumuna yönelik yapmış olduğu çalışmada 41 yaş ve üzerindekilerin evlilik uyumlarının 21-30 yaşlarındakilerden daha fazla olduğu saptanmıştır (85). Bizim çalışmamızdaki BPH hastalarında evlilik uyumu değerlendirildiğinde uyumsuz bulunmuş hasta grubunun ileri yaşta olmalarından kaynaklı sonucun bu şekilde çıktığı düşünülmüştür.

Hastaların genel IPSS skoru ortalamasının 20.29 ± 6.18 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmaya katılan hastaların ileri derece semptomatik kategorisinde yer almaktadırlar. Prostat hastalığı olan ve yaş ortalaması 64 olan hastalarla yapılan bir çalışmada IPSS skoru 15.52 ± 5.76 olarak orta derece semptomatik kategorisinde bulunmuştur (86). Bir diğer çalışmada da yaş ortalaması 60.8 ± 8.1 olan BPH hastalarının IPSS ortalaması 21.19±5.94 bulunmuştur (87). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu olup, yaş ilerledikçe BPH hastalarında IPSS skorunun yükseldiğini görmekteyiz.

Çalışmaya katılan BPH'li bireylerde evlilik uyumu ile prostat semptom skoru arasında var olan 0.026 düzeyindeki pozitif yönlü ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P<0.5$). Yapılan çalışmalarda prostat semptomlarının evlilik uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (12,88,89,90,91). Bulgularımız literatürle uyumludur.

Eğitim durumu ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.001$) ve çocuk sayısına ($p=0.006$) göre ise prostat skoru düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan bireylerin ilköğretim düzeyi eğitim seviyesine sahip olan bireylere ($p=0,003$) ve okuryazar olmayan bireylere ($p=0,49$) göre daha düşük IPSS skoruna sahip oldukları

saptanmıştır. IPSS anket formunu, eğitim düzeyi düşük kişilerin sağlık profesyonelleri eşliğinde doldurduklarında daha anlamlı sonuçların çıktığını bildirmiştir (92,93). Diğer bir ifadeyle eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler hastalık kaynaklı semptomlarını yönetmede daha etkin olarak hastalık uyumları ve sosyal uyumlarının yükseldiği yorumuna varılabilir.

Bu araştırmada düşük gelir seviyesine sahip olanlar semptom skorları daha yüksek bulunmuştur. Müezzinoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu düşük olan BPH hastalarının tedavi olmak için başvurmadıkları belirtilmiştir (83). Bunun nedeni olarak, düşük sosyo ekonomik seviyenin tedavi hizmetlerinden yararlanma olanaklarını daraltması sonucundan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çocuk sayısına göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, iki çocuk sahibi olan hastaların üç çocuk sahibi olan hastalara ($p=0.028$) ve dört çocuk sahibi olan hastalara göre ($p=0.011$) daha düşük düzeyde IPSS skoruna sahip oldukları saptanmıştır. Çocuk sayısı kadının çalışma hayatına girmesiyle beraber düşüş göstermektedir toplumumuzda orta üst gelir durumuna mensup bireylerin daha az çocuk sayısı daha az çocuğa sahip oldukları görülmektedir. Buradan şu yoruma varılabilir. Çocuk sayısı az olan bireylerin gelir ve sosyo ekonomik durumlarının toplum geneline göre daha iyi olduğu ve yaşadıkları sağlık sorunları ile daha kolay baş edebildikleri düşünülebilir.

Literatürde BPH'li hastalarda bildirilen cinsel işlev bozukluğu (%48) prostat semptomları insidansıyla açıkça ilişkilidir (12). Uzun evlilik süresine bağlı olarak eşin yakın ve duygusal ilişkisi, semptomatik BPH'si olan, cinsel işlev bozukluğu olan, ilerleyen yaşla birlikte artan oranda ve IPSS'nin yüksek olduğu erkeklerde zayıf fakat anlamlı bir korelasyonun kurulduğu bazı çalışmalarda desteklemektedir (85,79,94) Çalışmamızda evlilik süresi ($p=0.495$) ve evlilik uyumu olup olmamasına göre IPSS skoru istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.832$). Araştırma grubumuzda ileri yas yüksek olması ve düşük evlilik uyumu prostat semptomları ve cinsel işlev bozukluğu ile yordanabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Benign Prostat Hiperplazili (BPH) bireylerde demografik değişkenlerin ve semptomlarının evlilik uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla BPH tanısı almış 247 hasta ile yapılan çalışmamızda sonuçlar şu şekildedir;

6.1. Sonuçlar

1. Araştırmaya katılanların hastaların çoğunluğu 61 yaş ve üzerindedir.
2. Katılımcıların %28.34'ünün ilköğretim mezunu ve %21.86'sının yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir.
3. Katılımcılar %96.36'sının evlilik uyumu olmadığı tespit edilmiştir.
4. Katılımcıların % 32.88'inin 41-50 yıllık evli olduğu, %35.18'inin iki ve %30.18'inin üç çocuk sahibi olduğu görülmüştür.
5. Araştırmaya katılanların %53.04'ünün kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır.
6. Araştırmaya katılan BPH'li hastaların % 61.9'unun prostat hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Bilgi sahibi olanların %41,50'sinin prostat hastalığı hakkında bilgiyi sağlık çalışanından ve % 30,90'ının sağlık çalışanı ve kitle iletişim araçlarından edindiği tespit edilmiştir.
7. Araştırmaya katılan hastalardan %88.7'sinde kesintili idrar, %70.4'ünde zorlu idrar yapma, %91.1'inde idrar yapma süresi uzaması semptomlarının olduğu tespit edilmiştir.
8. Araştırmaya katılan hastaların %98.4'ünün "erken teşhis BPH takip ve tedavi süresini kolaylaştırır" ifadesine evet cevabını verdikleri, %98.8'inin "40 yaş üzeri her erkek BPH ve prostat kanseri (PSA) için testleri düzenli yaptırmalıdır" ifadesine evet cevabını verdikleri ve bu konuda doğru bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.
9. Araştırmaya katılan hastaların %62.82'si "BPH uygunsuz cinsel ilişki ile alakalıdır" ifadesine evet cevabını verirken, %64.8'i "İdrar yollarından kan görülmesi, kanlı dışkı ve batın içi şişkinlikler BPH habercisidir" ifadesine evet cevabını verdikleri ve bu konuda yanlış bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %61.1'inin "BPH tanısında

düzenli yapılacak tetkiklerden bir tanesi sperm incelemesidir" ifadesine evet cevabını verdiği, %74.9'unun "Ailesinde BPH olanlar prostat kanserine daha sık yakalanır" ifadesine evet cevabını verdiği ve %58.3'ünün "BPH genetik / aile geçişi gösterir" ifadesine evet cevabını verdiği ve bu konularda yanlış bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir.

10. Araştırmaya katılan hastaların genel IPSS skor ortalamalarının 20.29 ± 6.18 olduğu ve bu değerlere göre ileri derece semptomatik kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir.
11. Eğitim durumu, gelir düzeyi ve çocuk sayısına göre ise prostat skoru düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla= p=0.001, p=0.001, p=0.006). Üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan bireylerin IPSS skorunun okuryazar olmayanlara ve ilköğretim mezunlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
12. İki çocuk sahibi olan hastaların üç çocuk sahibi olan hastalara ve dört çocuk sahibi olan hastalara göre daha düşük düzeyde IPSS skoruna sahip oldukları saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1- Araştırmamızda BPH hastalarının IPSS skorunu ve Evlilik uyumunu etkilememesi nedeniyle BPH hastalarının semptom süreçlerinin yönetimi açısından hasta, ailesi ve sağlık çalışanları farkındalığı arttırılmalıdır.

2- Bizim araştırma sonuçlarımız doğrultusunda BPH tanılı hastalarda semptom ve bakıma yönelik araştırma eksikliği fark edilmiş bu alanda deneysel, kanıta dayalı araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir.

3- BPH hastalarında hemşirelerin dahil olduğu interdisipliner çalışmalarla semptom kılavuzları ve rehberler oluşturulabilir. Bu rehberler BPH hastalarının takip, tedavi, hastalığa uyum, beslenme, atak dönemi yönetimi, hastalığın getirdiği fiziksel semptomlarla baş edebilme gibi modüller içerebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kosova F, Arı Z. Prostat kanseri ve apoptozis ilişkisi, *Klinik Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 2011, 2(1): 124-131.

2. Schauer IG, Rowley DR. The functional role of reactive stroma in benign prostatic hyperplasia, *Differentiation*, 2011, 82(4-5): 200-210.

3. Tekin A. İnflamasyonun Benign Prostat Hiperplazisi etiyopatogenezindeki rolü, *Üroonkoloji Bülteni*, 2011, 4: 15-19.

4. Roehrborn CG. Pathology of benign prostatic hyperplasia, *International Journal of Impotence Research*, 2008, 20: S11-S18.

5. Platz EA, Smit E, Curhan GC, Nyberg LM, Giovannucci E. Prevalence of and racial/ethnic variation in lower urinary tract symptoms and noncancer prostate surgery in US men, *Urology*, 2002, 59(6): 877-883.

6. Hernández C, Estivill E, Prieto M, Badía X. Nocturia in Spanish patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH), *Current Medical Research and Opinion*, 2008, 24(4): 1033-1038.

7. Cornu JN, Rouprêt M. Impact of nocturia on the daily life of patients with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia, *Progres en Urologie*, 2007, 17(5): 1033-1036.

8. Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia, *The Journal of Urology*, 2005, 173(4): 1256-1261.

9. Schulman C. Impact of treatment of BPH on sexuality, *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 2001, 4(1): 12-16.

10. Özgüven İE. *Evlilik ve Aile Terapisi*, Ankara, Pdrem Yayınları, 2000.

11. Gülerce A. *Türkiye'de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.

12. Mitropoulos D, Anastasiou I, Giannopoulou C, Nikolopoulos P, Alamanis C, Zervas A, Dimopoulos C. Symptomatic benign prostate hyperplasia: impact on partners' quality of life, *European Urology*, 2002, 41: 240-245.

13. Roehrborn CG, Marks L, Harkaway R. Enlarged prostate: a landmark national survey of its prevalence and impact on US men and their partners, *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 2006, 9(1): 30-34.

14. Şener A, Terzioğlu G. *Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması*, 1. Baskı. Ankara, TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.

15. Soylu Y, Kağnıcı DY. Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015, 5(43): 44-54.

16. Arıncı K, Elhan A. Ürogenital Sistem. İçinde: *Anatomi*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2001: 334-336.

17. Hatipoğlu T. *Üreme Sistemi. Anatomi ve Fizyoloji*, 6. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2003: 235-236.

18. Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N. *Temel Üroloji*, 3. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2007.

19. Kaya K. Alan Ayckbourn'un 'Absurd Person Singular' oyununda evlilik kurumu, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012, 36(2): 121-138.

20. Kaya M. Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2014.

21. Balbay D. *Prostat*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.

22. Kahraman F. 40 Yaş Üzeri Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç ve Tutumları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.

23. Schwinn DA, Roehrborn CG. α1-Adrenoceptor subtypes and lower urinary tract symptoms, *International Journal of Urology*, 2008, 15(3): 193-199.

24. Hasırcı E, Dirim A, Özkardeş H. Benign prostat hiperplazisi tedavisinde yüksek risk varlığında cerrahi yöntemler, *Bulletin of Urooncology*, 2015, 14: 290-295.

25. Dönmez İ, Mungan NA. BPH prevalansı ve ülke gerçekleri, Ü*roonkoloji Bülteni*, 2011, 4: 11-14.

26. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Puppo P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7), *European Urology*, 2003, 44: 637-649.

27. Rosen RC, Giuliano F, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH), *European Urology*, 2005, 47(6): 824-837.

28. Atan A, Aslan Y, Tuncel A. Benign prostat hiperplazisi tedavisinde alfa bloker kullanımı, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15(2): 237-240.

29. Gören MR, Tekin Mİ. Yüksek karbonhidratın, yağdan zengin beslenmenin ve statinlerin benign prostat hiperplazisi ile ilişkisi, Ü*roonkoloji Bülteni*, 2009, 4: 25-28.

30. Keskin E. Benign Prostat Hiperplazisi Olan Hastalarda Prostat Hacmi ile Serum Prostat Spesifik Antijen Düzeyleri Arasındaki İlişki, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

31. Demir M. Oral Alfa Bloker İlaçların Prostat Dokusundaki Apopitotik Etkilerinin Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2015.

32. Kızılay F, Şimşir A, Cüreklibatır İ. Benign Prostat Hiperplazisi'nde akut üriner retansiyon ve cerrahi risk, *Üroonkoloji Bülteni*, 2011, 4: 27-29.

33. Telli O. 80 cc'den Küçük Prostat Volümü Olan Benign Prostat Hiperplazili Hastalarda Fotoselektif Prostat Vaporizasyonu ile Transüretral Prostat Rezeksiyonunun Prospektif Olarak Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2012.

34. Tarcan T, Yazıcı C. BPH tanı ve tedavisinde EAU ve AUA kılavuzlarının karşılaştırılması, *Türk Üroloji Dergisi*, 2006, 32(1): 110-117.

35. Marks LS, Roehrborn CG, Andriole GL. Prevention of benign prostatic hyperplasia disease, *The Journal of Urology*, 2006, 176(1): 1299-1306.

36. Güvel S, Kılınç F, Karadağ H. Benign prostat hiperplazisi, *STED*, 2000, 9(1): 1-6.

37. Akdaş K, Çevik İ. Benign Prostat Hiperplazisi. İçinde: Anafarta K (editör). *Temel Üroloji*, 3. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 855-870.

38. Demirbaş, M. Dinçel, Ç., Prostat Biyopsi Bulguları Ve Serum Psa'nın Ekstraprostatik Yayılımla İlişkisi**,** *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2002, 2, 101-106.

39. de la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. Benign Prostat Hiperplazisi Kılavuzu. *European Association of Urology*, 2006.

40. Ahyai SA, Gilling P, Kaplan SA, Kuntz RM, Madersbacher S, Montorsi F, Speakman MJ, Stief CG. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement, *European Urology*, 2010, 58(3): 384-397.

41. Armut S. Geriatrik Yaş Grubunda Benign Prostat Hiperplazisi Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.

42. Birol L. *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*, 6. Baskı. İzmir, Matbacılık Yayıncılık Ltd., 2004.

43. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006: 82-91.

44. Sevim SA. Evlilik ilişkisini geliştirme programları, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1999, 2(11): 19-25.

45. Yıldırım İ. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki evli bireylerin uyum düzeyleri, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1993, 1(4): 23-28.

46. İlericiler NK. Evlilik Uyumunu Açıklamada Yakın İlişkilerde Bağlanma, Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Psikolojik Travmanın Rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2015.

47. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu, *Düşünen Adam*, 2005, 18(1): 39-47.

48. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma, *Düşünen Adam*, 2005, 18(2): 72-81.

49. Kışlak ŞT, Göztepe I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 3(2): 27-46.

50. Çavuşoğlu ZŞ. Bağlanma Stilleri, Evlilik Uyumu ve Aldatma Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.

51. Üncü S. Duygusal Zeka ve Evlilik Doyumu İlişkisi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2007.

52. Akar H. Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.

53. Uşaklı N. Evli Bireylerin Evliliğe Uyumda Karşılaştığı Sorunlar ve Eğitim İhtiyaçları, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.

54. Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar, *Aile ve Toplum*, 2001, 1(4): 49-58.

55. Kalkan M. Evlilik İlişkisini Geliştirme Programının, Evlilerin Evlilik Uyum Düzeyine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi, 2002.

56. Güleç G. *Aile Yapısı ve İlişkileri*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, 2012.

57. Tarhan N. *Kadın Psikolojisi*, 3. Baskı, İstanbul, Nesil Yayınları, 2005.

58. Glenn ND. Quantitative Research on Marital Quality in the 1980s: a Critical Review, *Journal of Marriage and The Family*, 1990, 52(4): 818-831.

59. Nazlı S. *Aile Danışmanlığı*, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2000.

60. Özdemir Ş, Torlak Ö, Vatandaş C. *Aile Yaşam Döngüsü ve Tüketim*, İstanbul, SEKAM Yayınları, 2013.

61. Ayan D, Şen RB, Ünal G, Yurtkuran S. Ankara'da akraba evliliği. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2001, 4(1): 7-26.

62. Çelik M. Evlilik Doyum Ölçeği Geliştirme Çalışması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2006.

63. Fidanoğlu O. Evlilik Uyumu, Mizah Tarzı ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

64. Yaşar F. İlköğretime Devam Eden Öğrencilerin Anne-Çocuk İlişkisini Kabul ve Reddedici Algılama Düzeyinin Annenin Evlilik Doyumu ve Evlilik Uyumu Düzeyiyle İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.

65. Karadağ Ş. Evlilik Uyumu İlişkisinde Aile İçi İletişimin Rolü: Konya Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2015.

66. Özgüven İE. *Ailede İletişim ve Yaşam*, Ankara, Pdrem Yayınları, 2001.

67. Hoşgör ET. Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumunun İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.

68. Kocadere M. İyi ve Kötü Evliliklerin Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Betimsel Bir Çalışma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1995.

69. Savi F. 12-15 Yaş Arası İlköğretim Öğrencilerinin Davranış Sorunları ile Aile İşlevleri ve Anne-Baba Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

70. Ersanlı K, Kalkan M. *Kuram ve Uygulama*. Ankara, Nobel Yayın, 2008.

71. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010, 52: 241-247.

72. Carpenito LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Çev. Erdemir F. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.

73. Vera M. 5 Benign prostatic hyperplasia (BPH) nursing care plans, Nurses Labs, July 14, 2013.

74. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) güvenirlik ve geçerlik çalışması, *3 P Dergisi*, 1999, 7(1): 50-57.

75. Barry MJ, Fowler JF. The American urological association symptom index for benign prostatic hyperplasia, *Journal of Urology*, 1992, 148: 1549-1557.

76. Barry MJ, Cockett ATK, Holtgrewe HL. Relationship of symptoms of prostatism to commonly used physiological and anatomical measure of the severity of benign prostatic hyperplasia, *Journal of Urology*, 1993, 150: 351.

77. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1: 68-79.

78. Küçükdurmaz F, Tezer M, Kadıoğlu A. Seksüel fonksiyonlar ve benign prostat hiperplazisi: neden-sonuç ilişkisi, *Türkiye Klinikleri*, 2008, 1 (2): 38-46.

79. Aslan Y, Tuncel A, Aksüt H, Uzun B, Ağras K, Atan A. Benign prostat hiperplazili hastalarda cinsel fonksiyonlar prostatektomiden etkilenir mi?, *Türk Geriatri Dergisi*, 2004, 7(2): 62-65.

80. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS et al. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care – the Triumph project. Eur Urol 2002; 42: 323–328.

81. Safarinejad MR. Prevalence of benign prostatic hyperplasia in a population-based study in Iranian men 40 years old or older. Int Urol Nephrol 2008; 40: 921–931.

82. Cowen ME, Kattan MW, Miles BJ. A national survey of attitudes regarding participation in prostate carcinoma testing, *Cancer*, 1996, 78: 1952-1957.

83. Müezzinoğlu T, Lekili M, Gümüş B, Büyüksu C. Hastaların gözüyle prostat hastalığı: farklı bir bakış, *Türk Üroloji Dergisi*, 2002, 28(1): 90-94.

84. Bildirici A. Evlilik Süresinin, Cinsel Yaşama ve Evlilik Uyumuna Etkisi ve Sonuçların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.

85. Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2014, 3(1): 250-261.

86. Fırat F, Erdemir F, Kölükçü E, Atılgan D, Parlaktaş BS, Uluocak N. Alt üriner sistem semptomları ile serum PSA seviyeleri ve histolojik prostatit arasındaki ilişki, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2016, 6(1): 1-5.

87. Bulut S, Gökkaya CS, Aktaş BK, Özden C, Baykam MM, Memiş A. Benign prostat hiperplazisi ile obesite ve serum insülin düzeyleri arasındaki ilişki, *Türk Üroloji Dergisi*, 2010, 36(4): 401-404.

88. Hunter D.J.W, Mckee M, Black N.A, Sanderson C. Health status and quality of life of british men with lower urinary tract symptoms: results from the sf-36, *Adult Urology*, 1995, 45 (6): 962-971.

89. Bacon CG, Giovannucci E, Testa M, Glass TA, Kawachi I. The association of treatment related symptoms with quality-of-life outcomes for localized prostate carcinoma patients. Cancer. 2002;94:862-871.

90. Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Bokhour BG, Krasnow SH, Robinson RA, et al. Patients' perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. *J. Clin. Oncology.* 2003; 21: 3777-3784.

91. Arai Y, Aoki Y, Okubo K, Maeda H, Terada N, Matsuta Y, Maekawa S, Oqura K. Impact of interventional therapy for benign prostatic hyperplasia on quality of life and sexual function: a prospective study, *The Journal of Urology*, 2000, 164(4): 1206-1211.

92. Öztürk Mİ, Koca O, Keleş MO, İlktaç A, Güneş M, Karaman Mİ. Sorgulama formları ne kadar anlaşılır? Yaş, eğitim düzeyi ve anlama testi skorunun cevapların doğruluğuna etkisi, *Türk Üroloji Dergisi*, 2010, 36(1): 72-75.

93. Netto Júnior NR, de Lima ML. The influence of patient education level on the International Prostatic Symptom Score, *The Journal of Urology*, 1995, 154: 97-99.

94. Bayraktaroğlu H, Çakıcı E. Evlilik uyumuyla ilişkili faktörler, *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 53: 297-312.

8. EKLER

EK – 1. Veri Toplama Formu

Bu araştırma BPH'lı erkeklerin demografik değişkenleri ile evlilik uyumu arasındaki etkiye değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler kimlik bilgileri içermeyecek anonim olarak değerlendirilip bilim yararına deklare edilecektir. Bu araştırma sürecinde gönüllülük esastır araştırmanın hangi noktasında olursa olsun birey çekilme hakkına sahiptir. Bu araştırmanın istatistiksel sonuçları bilimsel uzmanlık tezi için kullanılacaktır. Katılımın için teşekkür ederiz.

İletişim bilgileri: tugbatopal1212@gmail.com Telefon; 0553 634 86 96 Tuğba KILIÇ TOPAL

VERİ TOPLAMA FORMU (EK 1)

1- Yaşınız nedir? : .....

2- Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil b) İköğretim mezunu

c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu

e)Yüksek okul mezunu f)Üniversite mezunu

g)Diğer……

3- Mesleğiniz nedir?

a) Serbest meslek b) İşsiz c) Emekli d)Devlet memuru

4- Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

5-Yaşamınızı en fazla geçirdiğiniz yer neresidir ? (son on yıldır)

a) Köy b) İlçe c) İl

5-Kaç yılında evlendiniz?.....

6-Kaç çocuğunuz var?

a)Tek çocuk b)İki çocuk c)Üç çocuk

d)Dört çocuk e)Dörtten fazla çocuk sayısı……..

7-Sigara kullanıyor muyuz?

a)Hayır
b)Evet……günde……paket……yıldır içiyorum.

EK – 1. Veri Toplama Formu (Devamı)

8-Alkol kullanıyor muyuz?a)Hayır
b)Evet……ayda……..doz…….yıldır içiyorum.

9-Benign prostat hiperplazisi dışında kronik hastalığınız var mı?

a) Var (olanları yazınız lütfen……) b) Yok

10-Prostat hastalığı hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

11-Prostat hastalığı hakkında bilgiyi nereden edindiniz?

a) Sağlık çalışanları b) Kitle iletişim araçları c) Diğer

12-Kaç yıldır benign prostat hiperplazisi hastasısınız?.....

13-Hastalığınızın aşağıdaki hangi belirtilerini yaşıyorsunuz? Birden fazla işaretleyebilirsiniz

a)kesintili idrar yapma

b)zorlu idrar yapma,

c)idrar yapma süresinin uzaması

d) mesaneyi boşaltma güçlüğü,

e)acil idrar yapma isteği,

f)geceleri idrara kalkma,

g)idrar kaçırma

h)Diğer……..

14-Aşağıda BPH ile ilgili bazı bilgiler yer almaktadır. Bunların yanına kendinize uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

BPH İLE İLGİLİ BİLGİ LİSTESİ	EVET / HAYIR	
Erken teşhis BPH takip ve tedavi süresini kolaylaştırır.		
40 yaş üzeri her erkek BPH ve prostat kanseri (PSA) düzenli yaptırmalıdır.		
50 yaş sonrası BPH riski azalır.		
BPH uygusuz cinsel ilişki ile alakalıdır.		
İdrar yollarında kan görülmesi, kanlı dışkı ve batın içi şişkinlikler BPH habercisidir.		
BPH tanısında düzenli yapılacak tetkiklerden bir tanesi sperm incelemesidir.		
Ailesinde BPH olanlar prostat kanserine daha sık yakalanır.		
BPH genetik/aile geçişi gösterir.		

EK – 2. Evlilik Uyum Ölçeği

1) Evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığına inandığınız noktayı daire içine alınız.

1 2 3 4 5 6 7

Çok mutsuz Mutlu Çok mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi belirtiniz. Yukarıdaki ilk maddeyi atlamayınız.

	Her zaman anlaşırız	**Hemen her zaman anlaşırız**	**Ara sıra Anlaşamadığımız olur**	**Sıklıkla anlaşamayız**	**Hemen Her zaman anlaşamayız**	**Hiç Anlaşamayız**
2.Aile bütçesini idare etme						
3. Boş zaman etkinlikleri						
4. Duyguların ifadesi						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel ilişkiler						
7. Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Eşin akrabaları ile anlaşma						

Lütfen aşağıdaki maddelerde evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle

1) Erkeğin susması ile 2) Kadının susması ile 3) Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

1) Hepsini 2) Bazılarını 3) Çok azını 4) Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

1) Birlikte dışarıda bir şeyler yapmayı

2) Birlikte evde oturmayı

3)Aynı fikirde değiliz

EK – 2. Evlilik Uyum Ölçeği (Devamı)

13. Eşinizle genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

1) Birlikte dışarıda bir şeyler yapmayı

2) Birlikte evde oturmayı

3)Aynı fikirde değiliz

14. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

1) Sık sık 2) Arada sırada 3) Çok seyrek 4) Hiçbir zaman

15. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

1) Aynı kişiyle evlenirdim

2) Farklı kişiyle evlenirdim

3)Hiç evlenmezdim

16. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

1) Hemen hemen hiçbir zaman

2) Nadiren

3) Çoğu konularda

4) Her konuda

EK – 3. Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) (International Prostate Symptom Score)

Bu 1 sayfalık 7 sorudan oluşan anket prostat büyümesine bağlı şikâyetlerden yola çıkarak tıkanıklığın derecesini bulmaya yardımcı olan bir değerlendirme yöntemidir. Son bir aylık durumunuzu düşünerek cevaplayınız. Lütfen soruları dikkatlice okuduktan sonra size en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

HASTANIN ADI:						
Son 1 ay içerisinde	**Hiçbir zaman**	**5 Defada 1**	**Yarıdan Az**	**Yarı Yarıya**	**Yarısından Fazla**	**Hemen her zaman**
1-İşedikten sonra idrar torbanızın tam boşalmadığını hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
2-İşedikten sonra 2 saat içinde yeniden işeme ihtiyacı duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
3-Kesik kesik işiyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
4-İdrarınız geldiğinde idrarınızı tutamadığınız oluyor mu?	0	1	2	3	4	5
5-İdrar akışında zayıflama Oldu mu?	0	1	2	3	4	5
6-İdrara başlamak için ıkınmanız gerekiyor mu?	0	1	2	3	4	5
7-Gece kaç defa idrara kalkıyorsunuz?	Hiç	1 KEZ	2KEZ	3KEZ	4 KEZ	5 yada Daha Fazla
	0	1	2	3	4	5

EK – 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **TUĞBA KILIÇ TOPAL** tarafından yürütülen **"BENING PROSTAT HİPERPLAZİLİ (BPH) BİREYLERDE DEMOĞRAFİK DEĞİŞKENLERİN VE SEMPTOMLARININ EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ"** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, Benign Prostat Hiperplazili Bireylerde Demografik Değişkenlerin ve Semptomlarının Evlilik Uyumu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

b. Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın verilerini elde etmeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan anket formu kullanılacaktır. Üç bölümden oluşan anket formunun ilk bölümünde; hastaların sosyodemografik verilerinin, eğitim durumlarının, mesleklerinin, yaşamlarını geçirildikleri yerleri, komorbiditelerinin olup olmaması, hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri, kaç yıldan beri BPH hastası olması bilgileri yer alacaktır. Anket formunun ikinci bölümünde; Toplam 15 maddeden oluşan ölçek, Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilmiştir. Hunt'ın (1978) ve Freeston ile Plechaty'nin (1997) puanlama sistemleri doğrultusunda, ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Kışlak-Tutarel (1999) tarafından yapılmıştır (Akt. Kışlak-Tutarel, 1999, 54-55) Ölçekten alınabilecek puanlar 1 ile 60 puan arasında değişmekte olup, yüksek puan evlilikte uyumu, düşük puan da uyumsuzluğu göstermektedir. Ölçek; genel evlilik uyumu ile birlikte aile bütçesi, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsellik ve yaşam felsefesi gibi konularda anlaşma ya da anlaşamama durumunu ve güven, çatışma çözme, boş zaman ve ev dışı etkinliklerde ilişki tarzını ölçmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında; iç tutarlılık katsayısı 84, test yarılama test güvenirliği ise 84 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test yöntemi ile yapılan güvenirlik çalışmasında korelasyon katsayısı 57 olarak hesaplanmıştır. Anket formunun üçüncü bölümünde; Hastaların BPH semptomlarının derecesini belirlemek maksadıyla Uluslararası Prostat Semptom Skoru kullanıldı.. Uluslararası Görüş Birliği Komitesi 1991 yıllında Paris'te yaptığı toplantıda Amerika Üroloji Derneği (AUA) Ölçüm Komitesince geliştirilen Benign Prostat Hiperplazi semptom endeksini, prostatizm sorunu olan hastalar için de tüm dünyada kullanılan resmi semptom değerlendirilme araçı olarak kullanılması konusunda ortak karar almışlardır. Bu anket sayesinde hastanın alt üriner sistem enfeksiyon semptomlarını objektif olarak değerlendirmek, derecelendirebilmek, zaman içerisinde takip etmek ve tedevi sonrası değişiklikleri saptanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Prostat Konseyi tarafından da uluslar arası prostat semptom skoru (IPSS) olarak kabul edilmiştir. Semptom Skoru Değerlendirmesi: 0-7: Hafif derecede semptomatik 8-19: Orta derecede semptomatik 14 20-35: Ciddi derecede semptomatik olarak baz alınmıştır.

EK – 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Devamı)

c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma □ Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 10ay
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 250
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

1. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-
Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-
Soyadı:.....

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY FORMU

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI

Benign Prostat Hiperplazili (BPH) Bireylerde Demografik Değişkenlerin ve Semptomlarının Evlilik Uyumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

ARAŞTIRMACI/ARAŞTIRMACILAR*

	Unvan	Adı Soyadı	Görev yeri	Telefon	e-posta
1**	Hemşire	Tuğba Kılıç Topal	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5536348696	tugbatopal1212@gmail.com
2					
3					
4					

Araştırmacının AYBÜ ile ilişkisi*:_YL. Öğrencisi**

*Bir danışman gözetiminde gerçekleşen çalışmalarda danışmanın imzası zorunlu değildir.
** Etik kuruluna doğrudan başvuru yapan kişinin ismi ilk sıraya yazılmalıdır.
***Bu kısımda araştırmacının / araştırmacılardan en az birinin AYBÜ ile ilişkisi mutlaka belirtilmelidir. AYBÜ SBEK yalnızca üniversitemiz bünyesindeki çalışan veya öğrencilerin başvurularını değerlendirmektedir.

ARAŞTIRMA DÖNEMİ

Başlangıç* 09/12 /2016 **Bitiş** 15 /09/2017

*Bu kısımda veri toplama sürecinin başlangıcı ve bitişi verilmelidir. Veri toplama tarihinin başlangıcı SBEK onayının alınmasından önce olamaz. Bu yüzden proje başlamadan en az 1 ay önce başvuru yapılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ

☐	Öğretim elemanı araştırması
☐	Doktora tezi
☒	Yüksek lisans tezi
☐	Diğer _____ (belirtiniz)

ARAŞTIRMA DESTEĞİ

☒	Yok	
☐	Var	
	☐	Üniversite
	☐	TÜBİTAK
	☐	Uluslararası
	☐	DİĞER (belirtiniz)

Desteğin niteliği: _____

Desteğin niteliği (maddi ve/veya diğer) açıklanacak, destek verenin beklentisinin olup olmadığı, beklenti varsa

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

niteliği, desteğin, desteği veren kurum/kuruluşa karşı deneklerin hak-mahremiyet-gizlilik-zarar görmeme ilkelerine uygun olup olmadığı belirtilmelidir. Gerekli ise ilgili belgeler başvuruya eklenmelidir.

BAŞVURU DURUMU			
☒	Yeni başvuru		
☐	Tekrar başvuru	**Araştırma no:**	
☐	Protokol değişikliği	**Araştırma no:**	
☐	Daha önce onaylanmış bir araştırmanın devamı	**Araştırma no:**	

Veri Toplanması Planlanan Yerler/Mekânlar/Kurum Ve Kuruluşlar

1	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
2	
3	

Araştırma Geniş Özeti

(Araştırmanın konusu, amacı, değişkenleri, yöntemi net bir şekilde açıklanmalıdır)

Konu: *(Araştırmanın konusu belirtilecektir.)*

Benign Prostat Hiperplazili (BPH) bireylerde demografik değişkenlerin ve semptomlarının evlilik uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Amaç: *(Araştırmadan beklentiler, yapılacak çıkarsamalar ve nelerin hedeflendiği açıklanacaktır.)*

Bu araştırma, benign prostat hiperplazili bireylerde demografik değişkenlerin ve semptomlarının evlilik uyumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Prostat, erkek genital sisteminin en büyük aksesuar bezi olup erkek üretrasının başlangıç kısmını oluşturmaktadır (1). Prostat hastalıkları prostatit, bening prostat hiperplazisi ve prostat kanseri olmak üzere üç başlık altında değerlendirilebilir (2). Benign Prostat Hiperplazisi, sık görülmesinin yanı sıra semptom ve komplikasyonları nedeniyle de önemli bir sağlık problemidir. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) ülkemizde erkeklerde sık görülen sağlık sorunu olmakla beraber, bireylerin sosyal yaşantılarını, psikoloji durumlarını olumsuz etkileyen farklı semptomları da içeren bir olgudur (3-4).

Erkeklerin yaklaşık neredeyse %40'ı yaşamları boyunca Benign Prostat Hiperplazisi hastalığa yakalanma riski taşımaktadırlar. BPH'nın, Amerika'da 60-69 yaş arası erkeklerin %70'ini, 70 yaş ve üzeri erkeklerin ise %80'ini etkilediği gözlenmiştir (5). Ülkemizde ise BPH prevalansının belirlenmesi ile ilgili doğrudan bir çalışma olmamakla birlikte BPH'ı düşündüren en önemli semptomları içeren alt üriner sistem semptomları hakkında bazı çalışmalar görülmüştür (6). BPH, bireylerin yaşam kalitesini üzerinde etkili olduğu bazı çalışmalarda yer verilmiştir. BPH'lı hastalarda zayıf idrar akımı, kesintili idrar yapma, zorlu idrar yapma, idrar yapma süresinin uzaması, mesaneyi boşaltma güçlüğü, acil idrar yapma isteği, geceleri idrara kalkma, idrar kaçırma gibi semptomlar görülebilirken, bu semptomların neden olduğu başta enfeksiyon olmak üzere akut renal yetmezlik gibi çok ciddi komplikasyonların da görülme riski artmaktadır (7, 8-9).

Evlilik kalitesinin önemli bir bileşeni olan cinsel/seksüel aktivite ise 50 yaş ve üzerindeki erkeklerin çoğunluğunda önemli bir role sahiptir (10). Alt üriner sistem semptomları olan hastaların %70'den fazlası

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

seksüel yetmezlikten şikâyet ettiği bildirilmiştir (11). Aynı eserde alt üriner sistem semptomu olan olguların cinsel ilişki sıklığının belirgin olarak azaldığı gösterilmiştir. Buna göre alt üriner sistem semptomu olmayan olgularda aylık cinsel ilişki sıklığı 8,9 iken bu sayının alt üriner sistem semptomu olan olgularda 50-59 yaş arasında 4,9 olduğu bildirilmektedir (12). Ülkemizde ise ürolojik semptomları olan erkeklerin evlilik uyumları üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Erişkin erkeklerin ülkemiz sağlık bakım sisteminden hizmet alan kitlesi göz önünde bulundurulduğunda hemşirelik bakımının ve takibinin fiziksel ve psikolojik semptomlar üzerine olumlu etki edeceği düşünülmektedir. Bu nedenle, bu çalışma BPH'lı bireylerin yaşadıkları semptomların belirlenmesi ve bu semptomların evliliklerini nasıl etkilediğini incelemek amacıyla planlanmıştır.

BPH tanılı hastaların bakım gereksinimlerini anlamak ve arttırmak aynı zamanda hemşirelik girişimlerini etkili olarak uygulamak için hemşirelik tanıları geliştirilmiştir. NANDA'ya göre geliştirilen hemşirelik tanıları şunlardır;

Evin bakımını sağlamada yetersizlik

Öz bakım eksikliği sendromu

Uyku örüntüsünde rahatsızlık

Yorgunluk

Bilgi eksikliği

Bilgi düzeyini güçlendirmeye hazır oluş

İletişimde bozulma

Yalnızlık hissi

Bireysel kimlik tanımında bozulma

Rol performansında etkisizlik

Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma

Cinsel örüntülerinde etkisizlik

Etkisiz bireysel baş etme

Aile baş etmesini güçlendirmeye hazır oluş

Uyumda yetersizlik

Karar vermede çatışma

Akut ağrı

Rahatta bozulma (13)

Hasta bakımında hemşirenin hedefi, hastayı tedavinin yan etkilerinde koruyarak, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki sürekli değişikliklere hastanın uyumunu sağlamaktır.(14)

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Kapsam: *(Araştırmanın ilgili literatürdeki yeri açıkça belirtilecektir.)*

Araştırmada örneklem seçme kriterleri;

- BPH tanısı ile klinikte yatmak,
- Bilgilendirilmiş onam formunu onaylayarak çalışmaya katılmaya gönüllülük,
- Evli olmak,
- 40 yaşın üzerinde olmak,
- İletişime engel durumu olmamak.

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Yöntem:* *Araştırmanın evreni, örneklemi, örneklem seçme yöntemi, veri toplama araçları ve bunları kimin uygulayacağı, veri toplama araçlarının uygulanma biçimi (yüzyüze, posta vb.), araştırmadan elde edilen sonuçların yanlılığını önleyecek yöntemsel önlemler açıklanacaktır. Kullanılacak Biyolojik, Psikolojik ve/veya Teknik gibi tüm yöntemler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Gönüllü katılımı bozacak ve katılımcıları suistimal edecek tehditlere karşı alınan önlemler açıklanmalıdır.*

Araştırmanın evrenini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi üroloji kliniğinde BPH tanısı ile takip edilen hastalar oluşturmaktadır. Evreni bilinmeyen örnekleme yöntemi ile güç hesaplanarak örneklem büyüklüğü 250 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda evreninin temsil gücünü artırmak için tüm hastalara ulaşması planlanmaktadır.

Araştırmanın verilerini elde etmeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan anket formu kullanılacaktır. Üç bölümden oluşan anket formunun ilk bölümünde; hastaların sosyodemografik verilerinin, eğitim durumlarının, mesleklerinin, yaşamlarını geçirildikleri yerleri, komorbiditeleri olup olmaması, hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri, kaç yıldan beri BPH hastası olması bilgileri yer alacaktır. Anket formunun ikinci bölümünde; Toplam 15 maddeden oluşan ölçek, Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilmiştir. Hunt'ın (1978) ve Freeston ile Plechaty'nin (1997) puanlama sistemleri doğrultusunda, ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Kışlak-Tutarel (1999) tarafından yapılmıştır (Akt. Kışlak-Tutarel, 1999, 54-55). Ölçekten alınabilecek puanlar 1 ile 60 puan arasında değişmekte olup, yüksek puan evlilikte uyumu, düşük puan da uyumsuzluğu göstermektedir. Ölçek; genel evlilik uyumu ile birlikte aile bütçesi, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsellik ve yaşam felsefesi gibi konularda anlaşma ya da anlaşamama durumunu ve güven, çatışma çözme, boş zaman ve ev dışı etkinliklerde ilişki tarzını ölçmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında; iç tutarlılık katsayısı 84, test yarılama test güvenirliği ise 84 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test yöntemi ile yapılan güvenirlik çalışmasında korelasyon katsayısı 57 olarak hesaplanmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümünde; Hastaların BPH semptomlarının derecesini belirlemek maksadıyla Uluslararası Prostat Semptom Skoru kullanıldı.. Uluslararası Görüş Birliği Komitesi 1991 yıllında Paris'te yaptığı toplantıda Amerika Üroloji Derneği (AUA) Ölçüm Komitesince geliştirilen Benign Prostat Hiperplazi semptom endeksini, prostatizm sorunu olan hastalar için de tüm dünyada kullanılan resmi semptom değerlendirilme araçı olarak kullanılması konusunda ortak karar almışlardır. Bu anket sayesinde hastanın alt üriner sistem enfeksiyon semptomlarını objektif olarak değerlendirmek, derecelendirebilmek, zaman içerisinde takip etmek ve tedevi sonrası değişiklikleri saptanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Prostat Konseyi tarafından da uluslar arası prostat semptom skoru (IPSS) olarak kabul edilmiştir. Semptom Skoru Değerlendirmesi: 0-7: Hafif derecede semtomatik 8-19: Orta derecede semptomatik 14 20-35: Ciddi derecede semptomatik olarak baz alınmıştır.

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Araştırma katılımcılara herhangi bir şekilde yanlı/yanlış bilgi vermeyi, ya da çalışmanın amacını tamamen gizli tutmayı gerektiriyor mu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Araştırma, katılımcıların fiziksel sağlıklarını tehdit edici veya zorlayıcı uygulamalar içeriyor mu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Araştırma, katılımcıların psikolojik sağlıklarını tehdit edici, zorlayıcı veya özel hayatıyla ilgili sorular içeriyor mu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Veri toplama sürecinde katılımcıların kişilik hakları ve özel bilgileri korunmakta mıdır?

☒ Evet	☐ Hayır
Hayır ise açıklayınız:	

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri toplanan ham veride tanımlanacak mı?

☒	Adıyla tanımlanacak *(hastaya ikinci kez testin uygulanmaması için önlem amaçlı alınmaktadır)*
☐	Bir kod verilerek tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☐	Belirsiz olacak

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri, depolanan veride tanımlanacak mı?

☒	Adıyla tanımlanacak *(hastaya ikinci kez testin uygulanmaması için önlem amaçlı alınmaktadır)*
☐	Bir kod verilerek tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☐	Belirsiz olacak

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri rapor içeriğinde tanımlanacak mı?

☐	Adıyla tanımlanacak *(Gerekçesini açıklayınız)*
☐	Bir kod verilerek ya da genel olarak (erkek çiftçi gibi) tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☐	Organizasyon adıyla tanımlanacak
☒	Belirsiz olacak

Araştırmanın doldurulan anket, test vb. formlarının güvenliği nasıl sağlanacak?
(özellikle kimliklerin belirgin olduğu çalışmalarda)

☐	Özel kimlik bilgileri yer almadığından gerek yok
☒	Güvenli olan yerde kilitli dolap içinde saklanacak
☐	Bilgisayarda password/encryption koruması ile bilgisayar veri belleğinde saklanacak.
☐	Diğer *(Açıklayınız)*

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Araştırma verilerine araştırma personelinin dışındaki kişilerin girme hakkı olacak mı?

☐	Evet (*Kim, niçin, veri güvenliğinin bu kişiler tarafından sağlanması için alınan tedbirler vb. açıklanacak*)
☒	Hayır

Araştırmaya reşit olmayan çocuklar, kısıtlı ya da engelli bireyler katılmakta mıdır?

☐	Evet	☒	Hayır
Evet ise açıklayınız:			

Katılımcılara araştırmanın niteliği hakkında yeterince açık ve anlaşılabilir açıklama yapılmakta mıdır?

☒	Evet	☐	Hayır
Evet ise açıklayınız: Hastalara sözlü bir bilgilendirme yapılmakta ve Aydınlatılmış onam formu verilmektedir.			

Gönüllülere araştırmaya katılma ve çıkma koşulları açık ve net olarak belirtilmiş midir?

☐	Evet (Evet ise açıklayınız)	☐	Hayır
Evet ise açıklayınız: Hastalara sözlü bir bilgilendirme yapılmakta ve Aydınlatılmış onam formu verilmektedir.			

Katılımcıları en iyi tanımlayan seçenekleri işaretleyiniz.

☐	Okulöncesi çocuklar	☐	Kadınlar
☐	İlköğretim çocukları	☐	İşsiz yetişkinler
☐	Lise öğrencileri	☒	Yaşlılar
☐	Üniversite öğrencileri	☐	Zihinsel engelli bireyler
☐	Çocuk işçiler	☐	Tutuklular
☐	Yetişkinler	☐	Diğer (Katılımcının evli olması gerekmektedir)
☒	Erkekler		

Araştırmanın katılımcılarının çocuklar, zihinsel engelli bireyler vb. özel durumu olan bireyler olması halinde, bunların özel etik davranış gerektirmesi nedeniyle, araştırmacı uzman kişilerden aldığı bilgiler çerçevesinde bu konuda nasıl bir dikkat göstereceğini açıklamalıdır.

Aşağıda yer alan uygulamalardan, çalışma kapsamında yer alacak olanları işaretleyiniz.

☒	Anket	☐	Görüntü kaydı
☐	Mülâkat	☐	Ses kaydı
☐	Gözlem	☐	Diğer (belirtiniz)
☐	Bilgisayar ortamında test/anket		

Yukarıdaki bilgilerin tamamen doğru olduğunu ve eksik bilgi vermediğimi taahhüt ederim.

Başvuruyu Yapan Araştırmacının

Adı ve Soyadı: Tuğba Kılıç Topal **İmza:**

Başvuru Tarihi: 14.11.2016

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Etik Kurul Başvurusu konusunda dikkat edilmesi gereken hususlar

(Bu belge bilgilendirme amaçlıdır ve başvuru sırasında etik kurula iletilmesi gerekmez)

- AYBÜ öğrenci ve çalışanları tarafından yürütülen ve insan katılımcılardan klinik dışı bilgi toplamayı gerektiren araştırmalar için bu başvuru formunun yanı sıra diğer gerekli belgelerle AYBÜ SBEK'na başvurulur. AYBÜ SBEK başvuruyu "Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Etik Kurul Yönergesi" genel kapsamında değerlendirir.
- Araştırmacı araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarını başvuru formu ile birlikte SBEK sekreterliğine iletmelidir (Niteliksel bir çalışma ise çalışmada kullanılacak soru örnekleri eklenmelidir)
- Çalışma kapsamında katılımcılara verilecek Onam formu (gerekiyorsa veli onay formu) ekte verilmelidir.
- Araştırmacılar, kullanacakları tüm materyalleri (ölçek, demografik form) eksiksiz olarak AYBÜ SBEK sekreterliğine iletmelidir.
- Proje onay belgesindeki (imza sayfası) ilk kısım araştırmacı tarafından eksiksiz olarak doldurulmalıdır.
- Formda belirtmeniz istenen çalışmanın başlama ve bitiş tarihleri, veri toplama sürecinin başlama ve bitiş tarihlerini kastetmektedir ve çalışmanız etik kurul onayı almadan önce başlayamaz.
- Bir danışman gözetiminde gerçekleşen çalışmalarda danışmanın imzası zorunlu değildir.
- Etik kuruluna doğrudan başvuru yapan kişinin ismi ilk sıraya yazılmalıdır.
- Etik kurul başvuru formunda araştırmacının / araştırmacılardan en az birinin AYBÜ ile ilişkisi mutlaka belirtilmelidir. AYBÜ SBEK yalnızca üniversitemiz bünyesindeki çalışan veya öğrencilerin başvurularını değerlendirmektedir.

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü öğrencilerinden Tuğba Kılıç TOPAL 'in, Benign Prostat Hiperplazili (BPH) Bireylerde Demografik Değişkenlerin ve Semptomlarının Evlilik Uyumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	387
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	14.11.2016
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	09.12.2016/02
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	katılmadı
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	katılmadı
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	

EK – 6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Tuğba Kılıç
Doğum tarihi	: 03.02.1983
Doğum yeri	: Van
Medeni hali	: Bekâr
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
Adres	: Eryaman / Ankara
Tel	: 0553 634 86 96
Faks	: 0312 304 56 45
E-mail	: tugbatopal1212@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Anıttepe Süper Lisesi (2001)
Lisans	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu (2006)
Yüksek lisans	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (2018)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İngilizce
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde klinik hemşire olarak çalışmaktadır.	
Koç, A., Öz Ş., Kılıç Topal T. 2015. Hemşirelik öğrencilerinde kültürlerarası duyarlılık düzeyinin belirlenmesi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 14-18 Ekim 2015, **Antalya**, s. 396.	
Koç, A., Kılıç Topal T., Öz Ş., Intercultural Sensitivity Level In Capital adlı çalışmamız dergiye yollanmıştır.	