

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ALANINDA AKADEMİK ANALİZLER

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI



CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ALANINDA AKADEMİK ANALİZLER

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

yaz
yayınları

2024

**CERRAHİ HASTALIKLAR
HEMŞİRELİĞİ ALANINDA
AKADEMİK ANALİZLER**

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-6642-36-2

Mart 2024 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Yanık Bakımında Güncel Kılavuz Önerileri1

Şerife Naz BOZKURT, Sema KOÇAŞLI

**Evaluation of Postoperative Quality of Life
for Prostate Tumor Patients.....21**

Ali GÜNDÜZ, Sema KOÇAŞLI

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

YANIK BAKIMINDA GÜNCEL KILAVUZ ÖNERİLERİ

Şerife Naz BOZKURT¹

Sema KOÇAŞLI²

1. GİRİŞ

Yanık büyük oranda morbidite ve mortaliteye sebep olan ve ısı, radyasyon, kimyasallar, elektrik gibi etkenlere aşırı maruziyet sonucu gelişen doku hasarı oluşturan travmalardan biridir. Cildin bütünlüğünde sıcaklık, kimyasallar, radyasyon ya da elektrik akımı maruziyeti ile bozulma meydana gelmektedir (Burke, Mohn-Brown ve Eby, 2011). Bireyi fizyolojik, psikolojik olarak etkileyen yanıklar; nekroz gelişimine, sistemik hasarlara, ağrıya sebep olabilen, hastane ve ülkeye maliyet olarak önemli derecede etki eden majör travmalardan biridir (Niggemeyer ve Thurman 2012).

Yanık oluştuğunda, cilt bariyerinin kalkmasını takiben oluşan fizyopatolojik değişimler sıvı ve ısı kaybına sebep olmaktadır. Majör yanıklarda lokal ve sistemik mediyatörlerin salınmasının ardından, kapiller permeabilite artışı, ekstrasellüler sıvı değişimi nedeniyle hastada ödem meydana gelmektedir. Yanığın akut evresinde ödem oluşumu, kısmi ve tam kalınlıklı yanıklarda, acil evreye kıyasla daha belirgindir. Bu dönemde hasta uyanık olduğu için hemşirenin, hastaya biyopsikososyal yaklaşımla bütüncül desteği önem taşımaktadır (Lemone ve ark.,

¹ Uzman Hemşire, Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, nazbozdogan0@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5889-8373.

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik, skocasli@yahoo.com.tr, ORCID: 0000-0002-5718-0669.

2015). Yanığın iyileşme aşamasında, yara çevresinde lökosit birikimi görülürken, ardından fagositoz ile nekrotik doku sertleşmektedir. Yara iyileşme sürecindeki fibroblastlar sitokin olarak kolajen oluşumunda rol almaktadır. Daha sonra granülasyon dokusunun meydana gelmesi ile kısmi kalınlıktaki yanık yaraları, enfeksiyondan korunur. Yeterli nem dengesi sayesinde yara kenarı ve cildin dermal tabakasından iyileşme süreci meydana gelir. Bunun yanı sıra, yanık büyük ve derin ise, eksizyon ve greftleme yapılmaktadır. Yanık durumunda erken evrede eksizyon ve greftleme, yara iyileşme sürecini hızlandırır, hastanede kalma sürecini kısaltır, greftin bir buçuk ay sonunda elastik ve sağlam iyileşme sağladığı görülmektedir (Greenwood, 2017).

Yanıklar etkenine ve derinliğine göre sınıflandırılmaktadır. Fiziksel, kimyasal, radyasyon, elektrik yanıkları olarak etken sınıflandırması yapılmaktadır. Yaygın olarak derinlik derece olarak belirtilmektedir. 1,2,3 ve 4. derece yanıklar ve ayrıca yüzeysel parsiyel kalınlıklı, derin parsiyel kalınlıklı, tam kalınlıklı yanıklar olarak yeni terminoloji sınıflaması yapılmaktadır (Young ve ark., 2019). Yanıklı hastaların takip, tedavi ve değerlendirmelerinde yanığın genişliği dikkate alınmaktadır. Yanık yüzdesi hesabında genelde dokuzlar kuralı kullanılmaktadır. Dokuzlar kuralında; baş %9, kollar %9'ar, bacaklar %18'er, vücudun ön tarafı %18, arka tarafı %18 ve perine %1 olarak hesaplanır ve sadece 16 yaş üzerindeki bireylerde kullanılır (ISBI, 2016).

Yanıklı hasta tedavisi acil, akut, rehabilitasyon dönemlerini içermektedir. Acil dönemde sıvı kaybı ve ödem gelişimi sonrasında sıvı tedavisinin tamamlanmasıyla diürezin başladığı ana kadar süren ilk 24-48 saatlik zamandır (Burke ve ark. 2011; Kanan 2012). Yanıklı hastanın akut döneminde hava yolunun güvenliği sağlanır, solunum ve dolaşımın takibi yakından izlenir. Vital bulguları, laboratuvar tetkikleri takip

edilirken, homeostatik denge sağlamak amacıyla sıvı resüsitasyonuna başlanır. Tetanoz profilaksisinin atlanmaması önemlidir. Yanığın uygun yara bakımı yapılır. Ölü dokular ve yabancı cisimler için debridman uygulanır (Connolly, 2011, Onarı ve Karadağ, 2021). Derin ve geniş yanıklarda greftleme yapılır. Enfeksiyonun engellenmesi, sıvı elektrolit dengesizliğini önlemek, buharlaşma ile ısı kaybını önlemek için yanığın oluşturduğu yara kapatılmalıdır. Ciddi ödem ve artmış doku basıncı dokularda iskemi meydana getirebilir. Bu tür durumlarda basıncı engellemek için eskarotomi yapılmaktadır. Dolaşımın sağlanmasında eskarotominin işlevsiz kalması durumlarında fasyotomi yapılır (Connolly, 2011; Kanan, 2012; ISBI, 2016). Yanıkta döküntü ve ödem artışı, yaranın kısmi kalınlıktan tam kalınlığa dönüşümü ve yarada siyah-kahverengi renk değişimleri dikkat edilmesi gereken enfeksiyon lokal belirtileridir (Diler ve ark., 2012).

Dünyada ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan ve tedavisinde birçok yöntem ve bilginin kullanıldığı önemli bir travma çeşidi olan yanığın yönetiminde; hemşireler hasta bakım uygulamalarının koordinatörüdür. Kılavuzlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının olumlu sonuçlar verdiği, kanıt değeri bilinerek yapılan girişim ve uygulamaların, hemşirelik bakımında fark yarattığı görülmektedir. Kılavuzlar doğrultusunda sistematik biçimde verilen hemşirelik bakımı iyileşme sürecini hızlandırarak, hastanede kalış süresini kısaltır. Rehabilitasyon evresinde hasta uyumunu kolaylaştırır. Bu nedenlerle hemşirelerin yanık yönetiminde kılavuz önerilerine uygun biçimde bakım vermesi önem taşımaktadır (Vural ve Özer Özlü, 2020; Onarı ve Karadağ, 2021; İşeri, 2022).

2. GÜNCEL KILAVUZ ÖNERİLERİ

2.1. Yanık Yönetimi Önerileri

- o Tüm hastanelerde, standart yanık bakımı modeli oluşturulurken, ayrıcalıklı ünitelerin kurulması gerekmektedir.
- o Yanık yönetiminde, hemşireyi de içinde barındıran multidisipliner bir ekip oluşturulmalıdır.
- o Akut, kronik ve rehabilitasyon evrelerinde yanık bakımı sistematik biçimde yürütülmelidir.
- o Yanık tedavi ve bakımında veri tabanları oluşturulmalıdır (EBA, 2017).

2.2. Yanık Değerlendirmesi Önerileri

- o Tetanoz aşısı ile yanıkta oluşacak bakteri barınmasına uygun ortam engellenmelidir.
- o Hayati risk taşıyan termal yanık hastası kapsamlı değerlendirilmelidir.
- o Yanık bölgenin total vücut yüzey alanına (TVYA) oranı hesaplanmalıdır. Dokuzlar kuralı kullanılabilir.
- o Yaşlı hastalarda ince deri sebebiyle daha geniş yaralanma alanı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- o Yanıkların derinliğini tahmin etme yöntemi olarak klinik semptomlara dayalı bir sınıflandırma önerilmektedir (Öneri Düzeyi B).
- o Daha kesin tahmin için, klinik semptomlara dayalı sınıflandırma ile lazer Doppler akış ölçümü veya video mikroskopisinin kullanılması bir seçenek olarak önerilmektedir (Öneri Düzeyi C1) (Yastı ve ark., 2015).

2.3. İnhalasyon Yanığı İçin Öneriler

- o Hasta inhalasyon yanığı olduysa öncelikle hava yolu ve solunumu önem taşımaktadır. Bu tür yanıklarda, anamnezde yanığın açık veya kapalı ortamda olma durumu incelenmelidir.
- o Bilincin kaybolması, ağızda kurum, yüz bölgesindeki yanık durumu incelenmelidir.
- o İnhalasyon yanığı oluştuğunda tanılama için satürasyon ve akciğer grafisi yardımcı olmaktadır. Ses kısıklığı, balgam kültüründe karbon saptanması, solunumda wheezing, solunum paterninde bozulma göstergelerdendir.
- o Kortikosteroidli pomadlar deri bütünlüğünde bozulma meydana geldiğinden kontrolsüz emilim olacağı için sürülmemelidir.
- o Karbonmonoksit intoksikasyonunda, maske ile oksijen desteği en az 6 saat sürdürülmelidir.
- o Bakteri üremesi olmayan yanıklarda profilaktik antibiyotik önerilmemektedir (ISBI, 2016).

2.4. Yanık Şokunda Sıvı Yönetimi Önerileri

- o Sıvı resüsitasyonuna ihtiyaç duyan hastalarda, bunun yaralanmadan sonra mümkün olduğu kadar erken başlatılması önerilir (Öneri Düzeyi B).
- o Sıvı resüsitasyonunda izotonik kristalloid resüsitasyon preparatlarının (laktatlı Ringer solüsyonu, asetatlı Ringer solüsyonu) kullanılması tavsiye edilir (Öneri Düzeyi B).
- o Yetişkinlerde toplam vücut yüzey alanının %20'sinden, çocuklarda ise %10'undan fazla yanık

alanı mevcutsa intravenöz sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır.

- o Yanık sonrası ilk 24 saatte, 2-4 ml/kg/%TVYA intravenöz sıvı resüsitasyonu uygulanmaktadır. Uygulama yapılırken sıvı yüklenmesi açısından dikkatle izlenmelidir.
- o Yetişkin hastada Parkland Formülü (4 ml/ kg /%TVYA), Modifiye Brooke Formülü (2 ml/ kg/ %TVYA) kullanılmaktadır. Toplam ringer laktat sıvısının yarısı sekiz saatte, kalan kısmı 16 saatte verilmektedir (Öneri Düzeyi B).
- o Sadece oral sıvı verileceği zaman, oral sıvılar vücut ağırlığının %15'i kadar olmalıdır. Hastanın idrar çıkışı ile sıvı yeterliliği gözetilmektedir. Yetişkinlerde 0.3-0.5 ml/kg/saat; çocuklarda 1 ml/kg/saat idrar çıkımı olmalıdır (Öneri Düzeyi B).
- o Anürik geçen 3 saat sonunda sıvı resüsitasyonu tekrar planlanmalıdır (ISBI, 2016).

2.5. Yanıkta Ağrı Yönetimi Önerileri

- o Hastanelerin oluşturmuş olduğu ağrı protokolüne göre ağrı yönetimi yapılmaktadır. Öncelikli olarak ağrı şiddeti belirlenerek değerlendirilir. Bireysel ağrı puanı ile planlama yapılmalıdır. Sözel, sayısal veya görsel analog ölçekler hasta yaşına uygun şekilde kullanılmalıdır.
- o Yanıkta ağrı yönetiminde multidisipliner yaklaşım içinde olunmalıdır.
- o Ağrıyı akut, prosedürel, ani ağrı şeklinde sınıflandırmak mümkündür.

- o İlaç uygulama doğruları ve analjezik kullanım protokolü önemlidir. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri de kullanılmalıdır.
- o Hastaya, ağrı kontrolüne yardımcı önlem olarak, farmakolojik olmayan bir ağrı kontrol yöntemi önerilmelidir. En güçlü kanıtlara sahip olan yöntemler bilişsel-davranışçı terapi, hipnoz ve sanal gerçekliktir (Düzey A).
- o Ağrı yönetiminde değerlendirme bakımın farklı basamaklarında birkaç kez yapılmalıdır (Düzey A).
- o Ağrı değerlendirmesini yaparken, bakımın farklı aşamalarında ağrı değerlendirmeleri multidisipliner ekip tarafından protokol oluşturularak, kaydı sağlanmalıdır (Düzey B).
- o Ağrı değerlendirmesi, hasta tarafından bildirilen ölçeklerle yapılmalıdır (Düzey C).
- o Yanığa Özgü Ağrı Anksiyetesi Ölçeği (BSPAS), yanıklı hastalarda kullanıldığından ve anksiyetenin değerlendirilmesini içerdiğinden (Düzey C), akut yanık nedeniyle hastaneye yatış sırasında kullanılan ağrı değerlendirmelerinden biri olarak dahil edilmelidir.
- o Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı (CPOT), hasta bireysel ağrı değerlendirmesini gerçekleştirmediğinde ve iletişim kurulamadığında kullanılabilir (Düzey D).
- o İstenilen ağrı kontrolü düzeyine (Düzey C) ulaşmak için gerektiği kadar az opioid eşdeğerinin kullanılmasına yönelik girişimlerde bulunulmalıdır.
- o Opioid ağrı kesici ilaçlar tek başına kullanılmamalı, opioid olmayan ve farmakolojik olmayan önlemlerle birlikte kullanılmalıdır (Düzey C).

- o Hastalar, yanık yaralanmasının iyileşmesinde opioidlerin ve diğer ağrı kesici ilaçların rolü konusunda eğitilmelidir (Düzey D) (EBA, 2017; ABA, 2020).

2.6. Yanıkta Eskaratomi ve Fasyotomi Önerileri

- o Ekstremitte etrafındaki eskarlarda distal dolaşım bozulduğunda eskaratomi yapılmalıdır.
- o Ekstremitte eksenlerine doğru eskaratomi yapılmalı ve insizyonun ucu sağlam deride veya aşağı doğru olmalıdır. Gövde ve boyun bölgesinde solunum tehlikesine rağmen eskarlarında da eskarotomi yapılabilir. İntraabdominal hipertansiyon veya kompartman sendromu açısından abdominal eskaratomi dikkatle yapılmalıdır.
- o Yüksek akımlı elektrik yanığı durumunda kompartman sendromu tanısı kesinleştğinde fasyotomi yapılır (ISBI, 2016).

2.7. Yanık Yarasının Bakım Önerileri

- o Derin, yüzeyi büyük olan yanıkların pansumanında otogreft gibi biyolojik pansumanların, hidrokolloid, biobrene, silikon, aquacell Ag gibi sentetik pansumanlara göre üstünlüğünün fazla olduğu bilinerek kapalı pansuman yapılabilir.
- o Hidrokolloid, hidrojel, poliüretan film, kitin, poliüretan köpük, aljinat ve hidrofiber gibi pansuman malzemeleri, ikinci derece yanıkların topikal tedavisi için bir seçenek olarak tavsiye edilir (Öneri düzeyi C1).
- o Kapalı pansuman, derin, kısmi kalınlıktaki yanıklar için uygundur.
- o Açık pansumanın kullanılması eskar ayrıldığında endikedir (EBA, 2017).

2.8. Yanık Yarasında Cerrahi Tedavi Önerileri

- o Akut dönemde yanık eksizyonu standart cerrahi tedavidir. Kısmi ve tam kalınlıkta yanıklarda teğetsel eksizyon ile cerrahi tedavi uygulanır. Derin tam kalınlıklı yanıklarda da fasiyal eksizyon yapılmalıdır. Deri greftleri ise konservatif tedavide yararlıdır.
- o $\geq 20\%$ TVYA olan derin yanıklarda cerrahi girişimi erken dönemde yapmak iyileşmeyi hızlandırır.
- o Rejeksiyon oluşmadan kalıcı bakımı standart haline getirmek için deri grefti (otogreft) tam kalınlıktaki yanıklarda kullanılmaktadır. Rejenerasyonu hızlandırmak adına eksizyonla debride edilen yanıklarda otogreft yapılır.
- o Epinefrin sıvıları eksizyon ve greftte kan kaybını engellemede, fasiyal eksizyonda elektrokoter ve trombin, fibrinojen kullanılmalıdır (ISBI, 2016).

2.9. Yanık Yarası Skarlarında Cerrahi Dışı Tedavi Önerileri

- o Birinci derecede yanıklarda bölgesel pomadlarla nemlendirilmelidir.
- o Yüzeysel yanıklarda güneş koruyucu kremler kullanılmalıdır.
- o Masaj yanıklı hastanın yarası iyileştiğinde mümkündür.
- o Hipertrofik skarlaşma ve eklem kontraktürlerinin engellenmesi amacıyla erken evrede fizyoterapi uygulanmalıdır, aktivite kısıtlaması yapılmamalıdır.
- o Hipertrofik skarlar iyileştikten sonra güneş koruyucu kullanılmalı ve masaj yapılmalıdır (ISBI, 2016).

2.10. Yanık Yarasında Enfeksiyonu Önleme Önerileri

- o Yanık tedavi ve bakımı profesyonel ve temiz bir merkezde olmalıdır.
- o Yara kontaminasyonu, düşük immün sistem durumu, diyabet, riskli yaş grubu durumlarında yanık yara kültürü durumunda antibiyotik başlanmalıdır (Yoshino ve ark., 2016).

2.11. Yanık Tedavisinde Antibiyotik Yönetim Önerileri

- o Akut evrede profilaktik antibiyotik kullanılmamalıdır.
- o Belirli bir standart oluşturularak antibiyotik kullanılmalıdır (ISBI, 2016).

2.12. Yanık Hastasında Beslenme Önerileri

- o Yanık sonrası 12 saat içinde beslenme desteğine başlanmalıdır (Öneri Düzeyi B).
- o Beslenmenin erken dönemde başlaması, yanığın iyileşme sürecini hızlandırır.
- o Beslenme, mümkün olduğunca parenteral beslenme yerine enteral yolla sürdürülmelidir (Öneri Düzeyi C).
- o Enerji gereksinimlerini saptamada altın standart indirekt kalorimetre yöntemidir. İndirekt kalorimetre yöntemi uygun olmadığında Toronto denklemi veya Schofield formülü kullanılmalıdır (Öneri Düzeyi D).
- o Protein gereksinimi hesaplanırken; yetişkin yanıklı hastada 1.5-2 g/kg ve çocukta ise 1.5-3 g/kg/gün olarak hesaplanmalıdır. Destek olarak arjinin değil, glutamin kullanılmalıdır (Öneri Düzeyi D).
- o Karbonhidrat verilmesi, yetişkin ve çocuk hastalarda 5 mg/kg/dk geçmeyecek şekilde hesaplanmalıdır. Glikoz

seviyesini 8mmol/l'nin altında, 4,5 mmol/l'nin üzerinde tutmak için sürekli intravenöz insülin infüzyonu verilmelidir (Öneri Düzeyi D).

- o Yetişkin ve çocuk hastalarda hiper metabolizmayı azaltmak amacıyla beslenme desteğinin yanında, erken dönemde ekzisyon yapılmalı, beta blokerler ve oksandrolon kullanılmalıdır (Öneri Düzeyi D).
- o Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği'nin (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-ESPEN) Yoğun Bakımda Klinik Nutrisyon Rehberi'nin önerisine göre vücut yüzey alanının %20'sinden fazla yanığı olan hastalarda, enteral nütisyonla eş zamanlı 10-15 gün enteral glutaminin (0.3-0.5 g/kg/gün) verilmelidir (Öneri Düzeyi B).
- o Vücutta yanık oluşunca, çinko %5-10 oranında, bakır %20-40 oranında, C vitamini %48 oranında azaldığı için ESPEN'in rehberinde belirtildiğine göre, yanıkların akut evresinde (0.5-1 g/gün) C vitamini ilk 24 saatte intravenöz C vitamini uygulamasının sıvı resüsitasyonu gereksinimini azaltabileceği bildirilmektedir (Öneri Düzeyi C).
- o Toplam vücut yüzey alanının %20'nin fazlası yanık alanı olan hastalar, proteinden zengin, kalorisi yüksek diyet verilmelidir.
- o Akut evreden başlanarak hastaların beslenmesine dikkat edilerek düzenli değerlendirme yapılmalıdır.
- o Günlük kilo ve albümin düzey takibi yapılmalıdır (EBA, 2017; ESPEN, 2019).

2.13. Yanık Rehabilitasyonu İçin Öneriler

- o Eklemlemlere atel takılarak eklem sabitleme ve hareket desteği sağlanmalıdır.
- o Akut evrede, yara bakımı, debridman, greftleme, ağrı yönetimi, komplikasyon yönetimi, pozisyon, egzersiz, kontraktürlerin engellenmesi sağlanır.
- o İki yıl boyunca eklem hareket açıklığı sağlamak, kontraktür önlemek için germe egzersizleri ve atelleme yapılmalıdır.
- o Rehabilitasyon evresinde, hipertrofik skar gelişimi, mesleki rehabilitasyon, nöropatik ağrı, psikolojik değerlendirme yönünden dikkatli değerlendirme yapılması gerektiği unutulmamalıdır (TETAF, 2016).

2.14. Yanık Yarasında Kaşıntı Yönetimi Önerileri

- o Yanık sebepli kaşıntı, düzenli yapılan tedavi ve bakımla günlük yaşam aktiviteleri sağlamada yardımcıdır. Nemlendirici kullanımı epitelizasyon dokusu sonrası düzenli kullanılmalıdır.
- o Yanık hastasının kaşıntısını azaltmak için deriyi soğutma, masaj yapma, lokal basınç uygulama, takviye edici gıda olarak yulaf ezmesi, Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS) uygulaması yapılabilir (ISBI, 2016).

2.15. Yanık Hastasında Etik Öneriler

- o Hasta otonomisine saygı duyulmalıdır.
- o Hastaya sağlık bakım ekibi ile tedavi, bakım, prognozu ile ilgili bilgi verilmelidir.
- o Yapılacak işlemler için hasta onamı alınmalıdır (ISBI, 2016).

3. SONUÇ

Yanık, yoğun, sürekli, uzun süreli, sistematik tedavi ve bakım gerektiren cerrahi bir travmadır. Oluşabilecek komplikasyonların engellenmesi amacıyla yanık tedavi ve bakım sürecinde multidisipliner anlayış gerektirmektedir. Bu ekibin merkezinde yer alan hemşirenin kanıta dayalı öneriler öncülüğünde yaptığı girişimleri, uygulamaları, değerlendirmeleri yanık komplikasyonlarını önlemede, iyileşmeyi hızlandırmada, hastane kalış süresini azaltmakta, hastalık seyrine uyumu artırmada anahtar rol oynamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin güncel kılavuzları takip ederek, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmeleri önem arz etmektedir (Sayın, 2022; İşeri, 2022).

KAYNAKÇA

- Altan, A., Damlar, İ., Aras, MH., Alpaslan, C. (2015). Sarı Kantoron (*Hypericum Perforatum*) yara iyileşmesi üzerine etkisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 578-591.
- American Burn Association (ABA). Burn incidence and treatment in the United States: 2013 Fact sheet. (Available date: 20.20.2023). Available form: http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php
- American Burn Association. Burn incidence and treatment in the United States: 2016 (Available date: 26.10.2023). Available form: <http://ameriburn.org/who-we-are/media/burn-incidence-fact-sheet/>
- Belba, MK., Petrela, EY., Belba, AG. (2017). Epidemiology and outcome analysis of sepsis and organ dysfunction/failure after burns. *Burns*, 43, 1335-347.
- Bolek Trofino, R. (2015). Nursing care of patients with burns. In: *Understanding Medical Surgical Nursing*. Williams LS, Hopper PD, eds. 5 th ed. F.A Davis Company Philadelphia, p.1320-1336.
- Brown, NJ., Rodger, S., Ware, RS., Kimble, RM., Cuttle, L. (2012). Efficacy of a children's procedural preparation and distraction device on healing in acute burn wound care procedures: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 1-6.
- Burke, KM., Mohn-Brown, EL., Eby, L. (2011). Caring for clients with burns. Burke KM, Mohn-Brown EL, Eby L. (Eds.). *Medical-Surgical Nursing Care*. 3th ed., New Jersey, Pearson Education, 1160-1173.
- Burns-Nader, S., Joe, L., Pinion, K. (2017). Computer tablet distraction reduces pain and anxiety in pediatric burn

- patients undergoing hydrotherapy: a randomized trial. Burns, 43(1), 1203-11.
- Butcher, M., Swales, B. (2012). Assessment and management of patients with burns. Nursing Standard, 27(2), 50-56.
- Connolly, S. (2011). Clinical practice guidelines: burn patient management. NSW: Agency for Clinical Innovation.
- Da Silva, IR., Frontera, JA. (2017). Neurologic complications of acute environmental injuries. Handbook of Clinical Neurology, 141, 685-704.
- Diler, B., Dalgıç, N., Karadağ, ÇA., Dokucu, AI. (2012). Bir pediatrik yanık ünitesinde epidemiyoloji ve infeksiyonlar: Üç yıllık deneyimiz. J Pediatr Inf., 6(2), 40-45. doi:10.5152/ced.2012.10.
- Durmuş, M., Muhsiroğlu, Ö., Yapıcı, AK., Bayram, Y., Eski, M. (2016). Yanıkta Tıbbi Beslenme Tedavisi: Derleme. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk J Plast Surg), 24, 166-172.
- European Burns Association. European Practice guidelines for burn care. 4th ed. Spain. (Available date: 21.10.2023). Available form: <https://www.euroburn.org/wpcontent/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017-1.pdf>
- Greenwood, JE. (2017). The evolution of acute burn care retiring the split skin graft. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 1-7.
- Holt, B., Graves, C., Faraklas, I., Cochran, A. (2012). Compliance with nutrition support guidelines in acutely burned patients. Burns, 38, 645-49.

- Iqbal, T., Saaq, M., Ali, Z. (2013). Epidemiology and outcome of burns: Early experience at the country's first national burns centre. *Burns*, 39(2), 358-362.
- ISBI Practice Guidelines Committee, Steering Subcommittee, Advisory Subcommittee. ISBI practice guidelines for burn care. (2016). *Burns*, 42(5), 953-1021. doi: 10.1016/j.burns.2016.05.013.
- İşeri, Ö. (2022). Majör yanık yaralarında beslenme terapisi yönetim stratejileri. M. Yılmaz (Ed). *Yanık Yaralanması: Güncel Bakım Stratejileri ve Yönetimi*. (1. Baskı) içinde (s.48-53). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Jeffs, D., Dorman, D., Brown, S., Files, A., Graves, T., Kirk, E., Meredith-Neve, S., Sander, J., White, B., Swearingen, C.J. (2014). Effect of virtual reality on adolescent pain during burn wound care. *Journal of Burn Care Research*, 35, 395–408.
- Kanan, N. (2012). Yanıkta hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editör. *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p. 115-152.
- Kaya, M., Karaman Özlü, Z. (2020). Sanal gerçekliğin çocuklarda yanık pansumanı sırasındaki ağrı, kaygı ve korku düzeyine etkisi. (Doktora tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi.
- Kington, J. (2015). Yanıklı hastalarda hemşirelik bakımı. Erkıılıç, A., Yıldırım, MS., Analay, H. çev: Jeschke MG, Kamolz LP, Shahrikhi S, ed. *Yanık Bakımı ve Tedavisi* Pratik Klavuz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p.111-47.
- Kipping, B., Rodger, S., Miller, K., Kimble, RM. (2012). Virtual reality for acute pain reduction in adolescents undergoing burn wound care: a prospective randomized controlled trial. *Burns*, 38, 650-57.

- Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G., Gubrud, P. (2015). (Eds.). Nursing care of patients with burns. In: Medical surgical nursing clinical reasoning in patient care 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc., p.432-450.
- Mehta, NM., Skillman, HE., Irving, SY., Coss-Bu, JA., Vermilyea, S., Farrington, EA., Mckeever, L., Hall, AM., Goday, PS., Braunschweig, C. (2017). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the pediatric critically ill patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. J Parenter Enteral Nutr., 41, 706-742.
- Melakea, NA., Eissaa, NA., Keshkb, TF., Sleema, AS. (2016). Prevalence of multidrug-resistant bacteria isolated from patients with burn infection. MMJ, 28(3):677-84. (Available date: 21.10.2023). Available form: <http://www.mmj.eg.net/article.asp?issn=11102098;year=2015;volume=28;issue=3;spage=677;epage=684;aulast=Melake>
- Niggemeyer, L., Thurman, P. (2012). Trauma management. Elliott D, Aitken L, Chaboyer W. (Eds.). Elsevier, Australia, ACCCN's Critical Care Nursing, 644-653.
- Niggemeyer, L., Thurman, P. (2012). Trauma management. Elliott, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (Eds.). ACCCN's Critical Care Nursing. Elsevier, Australia, 2, 644-653.
- Onarıcı, M., Karadağ, M. (2021). Views of Nursing Students on Effectiveness of Simulation Method in Burn Patient Care Planning and Burn Clinics Practice. Eurasian Journal of Health Sciences. Eurasian JHS, 4(1), 52-61.
- Özbaş, A., Kurşun, Ş. (2011). Yanıkta örnek bakım planı. İçinde: Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N (editörler). Cerrahi

- hemşireliği uygulama rehberi. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, s.120-142.
- Park, E., Oh, H., Kim, T. (2013). The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns*, 39(6):1101-1106.
- Pazar, B., İyigün, E., Şahin, İ. (2016). Yanık hastasında subakut ve kronik dönemde uyku kalitesinin belirlenmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 22(5), 489-494. doi:10.5505/tjtes.2016.70137.
- Rousseau, AF., Losser, MR., Ichai, C., Berger, MM. (2013). ESPEN endorsed recommendations: nutritional therapy in major burns. *Clin Nutr.*, 32, 497-502.
- Rowan, MP., Cancio, LC., Elster, EA., et al. (2015). Burn wound healing and treatment: Review and advancements. *Crit Care*. 12(19), 243-55. doi:10.1186/s13054-015-0961-2.
- Sayın, Y. (2022). Yanık yaralanmalarının komplikasyonları ve yönetim stratejileri. M. Yılmaz (Ed), *Yanık Yaralanması: Güncel Bakım Stratejileri ve Yönetimi*. (1. baskı) içinde (s. 54-61). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Scapin, S., Echevarria-Guanilo, ME., Junior, PRBF., Goncalves, N., Rocha, PK., Coimbra, R. (2018). Virtual reality in the treatment of burn patients: A systematic review. *Burns*, 44, 1403-1416.
- Schmitt, YS., Hoffman, HG., Blough, DK., Patterson, DR., Jensen, MP., Soltani, M., Carrougner, GJ., Nakamura, D., Sharar, SR. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*, 37, 61-68.
- Schneider, JC., Holavanahalli, R., Helm, P., Goldstein, R., Kowalske, K. (2006). Contractures in burn injury: Defining the problems. *J Burn Care Res.*, 27(4), 508-14.

(Available date: 21.10.2023). Available form:
<https://academic.oup.com/jbcr/articleabstract/27/4/508/4605419>.

Suryakumar, G., Gupta, A (2011). Medicinal and therapeutic potential of sea buckthorn (*Hippophae Rhamnoides* L). *Journal of Ethnopharmacology*, 138, 268-278.

Texas EMS Trauma & Acute Care Foundation Trauma Division. Burn clinical practice guideline. Texas; 2016. Available from: <http://tetaf.org/wp-content/uploads/2016/01/Burn-Practice-Guideline.pdf>

Texas EMS Trauma & Acute Care Foundation Trauma Division. Burn clinical practice guideline. Texas; 2016. (Available date: 22.10.2023). Available from: <http://tetaf.org/wp-content/uploads/2016/01/Burn-Practice-Guideline.pdf>

Tintinalli, JE., Kelen, GD., Stapczynski, JS. (2020). *Emergency Medicine, A comprehensive Study Guide*, McGraw-Hill Education.

Vural, F., Özer Özlü, NG. (2020). Yanıklı hasta bakımında güncel rehberlerin önerileri. *HEAD*, 17(2), 187-193.

Yastı, AÇ., Şenel, E., Saydam, M., Özok, G., Çoruh, A., Yorgancı, K. (2015). Guideline and treatment algorithm for burn injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 21(2), 79-89. doi: 10.5505/tjtes.2015.88261.

Yılmaz, S., Eti Aslan, F., Vatansever, N., Akansel, N. (2016). Nursing care of the 80% burned patient with hexane gas during acute period of injury: a case study. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6, 44-49.

Yoshino, Y., Ohtsuka, M., Kawaguchi, M., et al. (2016). The wound/burn guidelines-6: Guidelines for the management of burns. *J Dermatol*, 43(9), 989-1010. doi:10.1111/1346-8138.13288.

Young, AW., Dewey, WS., King, BT. (2019). Rehabilitation of Burn Injuries: An Update, Phys Med Rehabil Clin N Am, 30, 111- 132.

EVALUATION OF POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE FOR PROSTATE TUMOR PATIENTS

Ali GÜNDÜZ¹

Sema KOÇAŞLI²

1. INTRUDUCTION

The most common organ subject to tumoral change in men is the prostate gland. The prostate tumors include the benign prostate tumors (BPH) and prostate cancer (PCa) (1). In the world, 1,618,087 individuals were diagnosed with prostate cancer in 2015, and 366,000 individuals died of prostate cancer (2,3). According to the data from the Turkish Statistical Institute (TSI) for the year 2016, it was determined that 3,532 individuals lost their lives due to prostate cancer (4). Regarding prostate cancer, men who are above the age fifty are considered at risk, and the %80 percent of the diagnosed cases are aged above 65, also, regarding men who are above 90, cancerous activities in the prostate can be seen in almost all of them (5).

While the duration of stay in a hospital after a prostate surgery varies between 5 and 7 days in our country, in the advanced countries, due to technological advancements and the cost of hospitalization, the average shortened up to 3-4 days (6,7,8). In the study by Kirsh and his friends, it was seen that 187 (%74.2) of the patients were discharged in one day after the surgery and the 3 of the 187 patients were rehospitalized within

¹ Uzman Hemşire, Samandağ Hastanesi, gunduz.a14@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7239-258X.

² Dr.Öğ.Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, skocasli@yahoo.com.tr, ORCID: 0000-0002-5718-0669.

30 days after the surgery (9). With the reduction in the hospitalization duration, patients can be discharged with insufficient knowledge for the post-discharge period. As a result, they may experience issues such as bleeding, shock, urinary tract infection, urethral stricture, short and long-term urinary incontinence, impotence, wound dehiscence, and wound site infections (2). Patients may reapply to the hospital shortly after experiencing these problems (10,11).

Both the short duration of discharge of the patients and their experience of these complications connected to this situation have an adverse affect on their quality of life. In the field of medicine, Quality of Life (QL) is the evaluation of the effects of the diseases and treatment methods on the patient, by the patient. The adding of the postoperative complications to the negativities that the patients suffer from, deem the process of healing more difficult for them (6,12). In addition, the quality of life of patients is adversely affected by a decrease in psychological adjustment and physical functionality, limitations that occur according to the severity of symptoms, changing dynamics within the family due to sexual dysfunctions, and most importantly, a decrease in commitment to life and a sense of satisfaction from life.

Derrett et al. (2008) found a decrease in physical function, physical role, general health perception and quality of life subscales in the study of patients who underwent prostate surgery (13). Chambers et al. (2017) in a study, a decrease in physical mental health and life satisfaction was found in the first years of the patients (14). Nurses must plan and apply the necessary help and caring for the requirements of patients with a prostate tumor, they should not miss the possibilities of complication and should define the factors affecting the quality of life of patients after discharge from the hospital (5,6,15).

There are studies in the literature showing that the quality of life of patients is affected (13,16-18). However, this study aims to show which dimensions of the patients' quality of life are affected and to what extent their difficulties are reflected in their lives. With this study, it is aimed to shed light on studies in which different interventions are applied to increase the quality of life of prostate patients. The research questions were: (1) What is the quality of life of patients with prostate tumors?

2. METHODS

2.1. Study Design

This study was designed as descriptive and cross-sectional

2.2. Sample

The population of the study was all patients who underwent prostate surgery in two training and research hospitals between February and October 2016; the sample consisted of 95 patients included in the research criteria. The power analysis of the study, based on the GHS score, was calculated with an effect size of 0.886, a Type 1 error rate of 0.5, and a sample size of 95. There was no data loss in the study. The inclusion criteria were patient with above the age of 18 years, with no hearing and visual problems, and who were willing to participate in the study.

2.3. Measurement Tools

Data were collected with the questionnaire form and EORTC QLQ-C30 Scale.

The questionnaire form: This form (12,19-21) created by the researchers in line with the literature consists of three sections and a total of 36 questions. In the first part of the form, there were 9 questions (birth year, education status, marital status, profession and health assurance) regarding the socio-demographic

characteristics of patients, 19 questions (complaints, information about disease, information given) regarding the disease and 8 questions (diagnosis, chronic disease, previous surgery experience) including the dossier information regarding the patient.

European organisation for research and treatment of cancer quality of life (eortc-qlq-c30): Quality of scale presents an opportunity to collect more objective data regarding the evaluation of the symptoms of individuals with cancer and is widely used around the world (7,17,22). The EORTC QLQ-C30 was designed by Aaronson, Ahmedzai, Bergman et al. (1993) and the Turkish version of scale was assessed by Beşer ve Öz (2003) (17,24). The EORTC QLQ-C30 scale, consists of three sub categories and a total sum of 30 questions. With this scale, patients will be able to get a total of 0 points at the lowest and 100 at the highest from the functional score, symptom score and general health score. High functional scales and general health status scores of the patients and low symptom scales indicate a high quality of life. Cronbach's alpha of the Turkish version was 0.90, Cronbach's alpha of the scale was 0.92 in the current study.

2.4.Data Collection

After the approval was taken from the board of ethics and the permission was given from the institution, patients were informed about the study and their verbal and written consent were obtained. In the second day after surgery, the questionnaire form" and the EORTC QLQ - 30 scale was applied on the patients via a face-to-face interviews in the patients' room. Since the pain levels of the patients were high on the after surgery 1st day and therefore they did not want to communicate, the data were collected on the after surgery 2nd day. After their discharge, patients were contacted via phone in the first and the third month of their discharge and the "EORTC QLQ - C30" scale was

repeated. The quality of life of patients with prostate tumors is affected at different levels according to the symptoms caused by the disease. It takes an average of 3-6 months to decrease the symptoms experienced by the patients after the surgery and to increase their quality of life. Therefore, patients were followed up for 3 months after discharge in the study. The interviews lasted for approximately 20-30 minutes.

2.5.Data Analysis

IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0.) was used for the statistic analysis, calculations and the creation of some graphics. Comparative statistical methods (Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test and t test) and the Pearson correlation test were used. A *p* value of less than .05 was considered statistically significant.

2.6.Ethical Considerations

Approval was taken from the Social and Human Sciences Ethical Board of Ankara Yildirim Beyazit University (Date:28/08/2015 Verdict Number:98). The required written permits were taken from the head physicians of the related hospitals (Date: 01/11/2015 Number:28295788; Date:07/12/2015 Number: 24739).

It was verbally explained to the patients that the purpose of the study, the data collected would not be used for scientific purposes and that they would be kept strictly confidential. Verbal and written consent were taken from the patients.

3. RESULTS

It was determined that the average age of the patients was 67.69±8.91 years, 50.6% of the patients were primary school graduates, 89.5% of them were married, 67.4% were retired,

66.3% of them lived with their wives/husbands, 94.7% of them had chronic disease, 55.8% of them used prescribed drugs due to chronic disease (Table 1).

In Table 2, it was determined that the median diagnosis duration of patients is 36 months. It was found that 58.9% of the patients were diagnosed with benign prostatic hyperplasia, 41.1% were diagnosed with prostate cancer, and 6.5% had metastasis. It was observed that 56.8% of the patients had no information about prostate disease, 38.9% carried concerns related to the disease, and 56.8% of these concerns were related to themselves (Table 2).

In Figure 1, it was seen that, among the preoperative complaints of the patients, %53.7 had frequent urination, %48.4 had incomplete emptying of the urine, %21.1 had burning during urination, %8.4 had hematuria and %7.4 had pain complaints (Figure 1).

It was seen that the functional score (FS) calculated for the third month after surgery was significantly higher than the other two functional score ($p<0.001$). It was determined that the time-dependent measurements of the FS differed statistically ($p<0.001$). It was seen that the general health score (GHS) of the patients rise in the third month after surgery (Table 3).

It was determined that social functional scores (SFS) did not show a significant change in any group over time ($p=0.021$, $p=0.022$, $p=0.034$). SS were found to be statistically significantly lower in all groups at the 3rd month after surgery compared to the first two times ($p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.003$). In individuals who urinate 3-4 times at night, different from other individuals, the 3rd month GHS was found to be significantly higher than the 1st month postoperative GHS ($p<0.001$) (Table 4).

It was determined that the FS, SFS of individuals receiving training did not change over time (although $p < 0.05$, no

significant difference was obtained in pairwise comparisons). It was determined that the 3rd month postoperative SS in individuals who received training was statistically significantly lower than the scores obtained immediately after the operation ($p=0.006$). It was determined that the GHS of the individuals who received training at the 3rd month after the operation was statistically significantly higher than the scores obtained immediately after the operation ($p=0.002$). In individuals who did not receive training, the GHS and SS scores in the 3rd month after surgery were found to be statistically significantly higher than the scores in the first two postoperative months ($p<0.001$). In individuals who did not receive training, it was determined that the SS in the third postoperative month were statistically significantly lower than the scores in the first two postoperative months ($p<0.001$) (Table 5).

There was no statistically significant difference between the quality of life scores measured at three different times according to the marital status of the patients ($p>0.05$). It was determined that the FS, SFS and GHS of the married patients were statistically significantly higher than the scores obtained at the 3rd month after surgery, immediately after surgery and 1 month after surgery ($p<0.001$). SS was found to be statistically significantly lower than the scores obtained at the 3rd month after surgery, immediately after surgery, and 1 month after surgery ($p<0.001$). There was no statistically significant difference between FS and SFS of single patients according to time ($p=0.418$, $p=0.131$, $p=0.555$). On the other hand, when the score distribution of the symptom score, fatigue score and general health scores of being single are examined at three different times, the symptom score and fatigue score are higher at the immediately after surgery, and the general health score is higher at the 3rd month after surgery a significant difference was found ($p<0.05$) (Table 6).

It was determined that there was no statistically significant difference in quality of life scores according to the income status of the patients ($p>0.05$). It was determined that the 3rd month score after surgery for the functional score, social function score and general health score was statistically significantly higher than the other two periods in individuals whose income and expenses did not meet ($p<0.05$). It was determined that the 3rd month after surgery scores for symptom score and fatigue score were statistically significantly lower than the other two periods in individuals whose income and expenses were met ($p<0.05$) (Table 6).

4. DISCUSSION

The quality of life of patients with prostate cancer may decrease as a result of decreased physical activities, increased fatigue, decreased adaptation to the environment and increased addictions with advancing age. In the study of Derrett et al., it was determined that the quality of life score related to vitality, general health perception, physical role, and physical function sub-categories increased in parallel with the increasing age in patients who will undergo prostate surgery (13). In this study, it was observed that the symptom scores of individuals aged 80 and over were significantly higher than those in the 70-79 age group. Findings of a study consistent with the literature show that increasing age affects the quality of life of patients negatively.

The problems related to the disease that the patients experience before surgery and the symptoms that develop after surgery affect their quality of life at different levels in different time intervals (32). The patients can encounter problems such as nocturia, frequent urination and painful urination before the operation and after the operation the patients can encounter problems such as urinary incontinence, blood flow from the urine,

clotting and infection etc. (8,15,21). These problems negatively effect quality of life the patients. In the study made by Youshimura et. al. (2002) it was seen that nocturia negatively affects the life quality of patients diagnosed with BPH (22). The study of Kaya et al. (2013) shows that the sexual functions of 92% of patients who underwent radical prostatectomy were deeply affected three months after the operation, and the social lives of 94% were also affected. It has been shown in different studies that the quality of life of patients after prostate cancer is affected at different levels (1,7,21,32). In this study study also shows parallelism with the literature. In the scale scores evaluated on the second day, first month and third month after the operation; it was observed that functional score, social functionality score and general health score increased and symptom score and fatigue score decreased. This result shows that the quality of life of the patients before and after the operation is affected at different levels at different time intervals, and the quality of life of the patients increases as the postoperative symptoms decrease over time.

Receiving a diagnosis of a disease, especially when it's cancer, can have negative biopsychosocial effects on patients. Cancer, in a general sense, invokes feelings of fear, despair, hopelessness, helplessness, anger, sadness, abandonment, loneliness, and thoughts of death. Depression and anxiety are commonly observed in a significant majority of cancer patients. Moreover, determining the appropriate treatment method can also be a source of anxiety (14). The psychosocial issues brought about by cancer can impact a patient's quality of life. Beşer and Öz found that anxiety and depression increase during illness, negatively affecting the quality of life (17). Huri et al. (2015) observed that the reduction of anxiety and stress positively influenced the well-being of patients diagnosed with metastatic prostate cancer (20). In this study, individuals without anxiety

related to the disease showed statistically significant changes in general health, fatigue, and functional scores at the first and third months ($p \leq 0.001$). This finding highlights the importance of allowing patients to express their concerns about the disease and share their feelings as part of post-discharge patient education.

Different studies show that the education level of patients may have an impact on their quality of life (8,28,29). In this study, no statistically significant difference was found between the education levels of the patients and their quality of life ($p > 0.05$). Thanks to the increasing technology opportunities, informing and monitoring patients and their relatives after discharge has become more comprehensive. It is thought that this situation may be a factor in the elimination of differences in education.

Marital status and working life are among the indicators that affect the quality of life (19). In the study conducted by Ardahan and Temel (2006), on patients with prostate cancer, it was determined that the SF 36 quality of life scale scores of patients living with family members were higher than those living alone (30). In the study conducted by Harju et al. (2022), no significant difference was found between the marital status of the patients and their quality of life (31). In this work, no statistically significant difference was found between the life quality points achieved in three different times in relation to the work life and marital status of the individuals ($p > 0.05$). It is thought that the support of other family members in the absence of their partners in the Turkish family structure, the children taking care of their family elders may have caused the absence of significant differences regarding the marital status and the concentration of retired individuals in the sample group may have been effective in the absence of differences in life quality and work life.

Another factor that may have a strong effect on the quality of life is the income status of the patients. The income states are

effective due to the fact that they give the patients the advantage of acquiring their needs and the monetary requirements regarding the treatment (16,31,32). But, in this study, it was determined that no statistically significant difference regarding the quality of life scores of the individuals existed compared to their income/expense balance ($p>0.05$). This result may have been because of the majority of the individuals in our work made ends meet with a relatively similar pension and thus determining their needs within the scale of this pension.

5. CONCLUSION

As a result, nurses, who are members of health professionals, should make the necessary plans, apply the treatment and provide training in order to increase the quality of life of the patients after the surgery as well as before the surgery. It is important for patients to provide care to prevent complications after discharge. With this nursing care, it will be possible to increase the quality of life of the patients.

Declarations

Funding: No financial support was received for the study.

Conflict of interest: No potential conflict of interest was reported by the authors.

Ethics Approval: Approval was taken from the Social and Human Sciences Ethical Board of Ankara Yildirim Beyazıt University (Date:28/08/2015 Verdict Number:98). The required written permits were taken from the head physicians of the related hospitals (Date: 01/11/2015 Number:28295788; Date:07/12/2015 Number: 24739).

Availability of Data and Material: The dataset of this study are available from the corresponding author on a reasonable request.

Author contributors: All authors contributed to the study's conceived and designed the analysis. Study design SK and AG; Research literature SK and AG; Data acquisition AG; Analysis and interpretation: AG and SK.

Acknowledgements

We thank all the people who participated in this study. It is thought that the results of the study will be useful in terms of providing data that can provide evidence for nurses and contributing to the literature. The authors have nothing to disclose. This study has not received any support.

REFERENCES

1. Namiki S, Tochigi T, Kuwahara M, Ioritani N, Yoshimura K, Terai A, Nakagawa H, Ishidoya S, Satoh M, Ito A, Saito S, Koinuma N, Arai Y. Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a longitudinal study. *Int. J. Urol.* 2004; 11: 742-749.
2. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Branner H, Dicker DJ, Orchir OC. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol* 2017; 3(4): 524-48.
3. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics. *Cancer J Clin* 2003; 63(1): 11-30.
4. Turkish Statistical Institute [Internet]. Turkey: Death cause statistics. Jan. 2021, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083
5. O'Sullivan M, Murphy C, Deasy C, Iohom G, Kiely EA, Shorten G. Effects of transurethral resection of prostate on the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia. *J Am Coll Surg* 2004; 198(3): 394-403.
6. Mata LRFD, Ferreira TC, Carvalho EC. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. *Invest Educ Enferm* 2013; 31(3): 407-13.
7. Faydacı G, Metin M, Eryıldırım B, Tarhan F, Tuncer M, Özgül A. Changes in patients' quality of life changes in patients with localized and metastatic prostate cancer. *Turk J of Urol* 2011; 37(3):184-190.

8. Ficarra V, Novara G, Galfano A, Stringari C, Baldassarre R, Cavalleri S, Artibani W. Twelve-month self-reported quality of life after retropubic radical prostatectomy: a prospective study with rand 36-Item health survey (short form-36). BJU International 2005; 97: 274-278.
9. Kirsh EJ, Worwag EM, Sinner M, Chodak GW. Using outcome data and patient satisfaction surveys to develop policies regarding minimum length of hospitalization after radical prostatectomy. Urology 2000; 56(1): 106-107.
10. Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Huang XY, Pang ST, Wu CT, Chang YH, Liu HE. Individual and mutual predictors of marital satisfaction among prostate cancer patients and their spouses. J Clin Nurs 2017; 26: 4994-5003.
11. Hisasue S, Takahashi A, Kato R, Shimizu T, Masumori N, Itoh N, Tsukamoto T. Early and late complications of radical retropubik prostatectomy: experience in a single institution. Jpn J Clin Oncol 2004; 34(5): 274-279.
12. LeMone P, Burke K, Bauldoff G, Gubrud P. Nursing care of men with reproductive system and breast disorders. In: LeMone P, Burke K, Bauldoff G, Gubrud P, editors. Medical-surgical nursing, critical thinking in client care. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2015. p. 1555-80.
13. Derrett S, Paul C, Morris JM. Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life. Int J Urol 2006; 13(9):1202-6.
14. Chambers S, Kay S, Baade P, Aitken JF, Hyde MK, Wittert G, Frydenberg M, Dumm J. Trajectories of quality of life, life satisfaction, and psychological adjustment after prostate cancer. Psychooncology 2017; 26:1576–1585.
15. Ak S, Özbaş A. Current approaches in postoperative care of prostate cancer. J Res Nurs 2019; 5(1):81-89.

16. Acar NB (2010). The relationship between quality of life and depression in elderly women with urinary incontinence [master's thesis]. Mersin University, Turkey.
17. Beser N, Öz F. Anxiety-depression levels and quality of life of patients with lymphoma receiving chemotherapy. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2003;7(1):47-58.
18. Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R. Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(6): 985-992.
19. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Quality of life and its indicators. *Journal of Academic Research and Studies* 2016; 8(15):137-150.
20. Huri M, Huri E, Kayhan H. Investigation of the effect of ergotherapy on well-being and mood in individuals with metastatic prostate cancer. *Journal of Occupational Therapy and Rehabilitation* 2015; 3(2): 71-78.
21. Suzuki H, Yano M, Awa Y, Nakatsu H, Egoshi KI, Mikami K, Ota S, Okano T, Hamano S, Ohki T, Furuya Y, Ichikawa T. Clinical impact of tamsulosin on generic and symptom-specific quality of life for benign prostatic hyperplasia patients: using international prostate symptom score and rand medical outcome study 36 item health survey. *Int. J. Urol.* 2006; 13:1202-1206.
22. Youshimura K, Arai Y, Ichiooka K, Terada N, Matsuka Y, Okubo K. Symptom-specific quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia. *Int. J. Urol* 2002; 9: 485-490.
23. Kaya MC, Bez, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Anxiety, depression, sexual dysfunction and quality of life in prostate cancer patients according to

- disease stages. Journal of Mood Disorders 2013; 3(1): 23-7.
24. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, Haes JD. The european organization for research and treatment of cancer QLQC 30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Nat Cancer Instit 1993; 85(5):365-376.
 25. Çapık C. Investigation of factors affecting the perception of disability in participation in prostate cancer screening. Turk Geriatri Derg 2013; 16:185-91.
 26. Davison B, Moore K, Macmillan H, Bisailon A, Wirns K. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. Urol Nurs 2004; 24(6):483-489.
 27. Odeo S, Degu A. Factors affecting health-related quality of life among prostate cancer patients: A systematic review. J Oncol Pharm Pract 2020; 26(8):1997-2010.
 28. Kim JS, Moon VN. Factors influencing health-related quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia. J Korean Acad Nurs 2010; 40: 287-297.
 29. Ardahan M, Temel AB. Relationship between quality of life and healthy lifestyle behavior in patients with prostate cancer. Journal of Ege University School of Nursing 2006; 22(2):1-14.
 30. Harju E, Rantanen A, Helminen M, Kaunonen M, Isotalo T, Kurki PA. The marital relationship and health-related quality of life of prostate cancer patients and their spouses: A prospective, longitudinal study. Int J Nurs Pract 2022; 28(6): 1-9.

Table 1. The sociodemographic characteristics of the patients (n=95).

Descriptive characteristics	n / %
Age (years)	67.69±8.91
Educational Status	
Illiterate	5 (5.3)
Literate	8 (8.4)
Primary School	48 (50.6)
High school	16 (16.8)
College and above	18 (18.9)
Marital Status	
Married	85 (89.5)
Single	10 (10.5)
Person living with	
Wife/Husband	66 (66.3)
Other	32 (33.7)
Profession	
Worker	6 (6.2)
Self-Employed	15 (15.8)
Civil Servant	7 (7.4)
Retired	64 (67.4)
Unemployed	3 (3.2)
Additional Disease Status	
Yes	90 (94.7)
No	5 (5.3)
Pharmaceutical Drug Use Status	
Yes	53 (55.8)
No	42 (44.2)

Table 2. Characteristics of patients regarding the disease (n=95).

Disease-related characteristics	Medium	Min-Max
Time of Diagnosis (month)	36.0	0.33-240
Diagnosis	n	%
Benign prostatic hypertrophy	56	58.9
Prostate Cancer	39	41.1
Information Status About Prostate Disease		
Informed	41	43.2
Not Informed	54	56.8
Source of Information Regarding Prostate Disease (n=41)		
Media	13	32
Health Personnel	28	68
Receiving education about the disease after prostate surgery		
Yes	15	15.8
No	80	84.2
The presence of disease-related anxiety		
Yes	37	38.9
No	58	61.1
Cause of the disease-related anxiety*		
Death-related	4	10.8
Future-related	9	24.3
Self-related	21	56.8
Family-Related	6	16.2

* More than one answer were given.

Table 3. Distribution of EORTC QLQ C-30 scores of the patients by time (n=95).

	Post-Op, Day 2.	Post-Op, 1. Month	Post-Op, 3. Month	χ^2	P
Functional Score (FS)					
Ort±Ss	81.85±15.42	79.23±16.08	90.97±14.56		
Medium (Min- Max)	86.67 (33.33 - 100.00) ¹	80.00 (37.78 - 100.00) ²	97.78 (26.67 - 100.00) ^{1,2}	59.983	<0.001
Social Function Score (SFS)				28.140	<0.001
Ort±Ss	82.63±24.42	84.39±20.89	93.68±15.97		
Medium (Min- Max)	100.00 (0.00 - 100.00) ¹	100.00 (0.00 - 100.00) ²	100.00 (16.67 - 100.00) ^{1,2}		
Symptom Score (SS)				82.059	<0.001
Ort±Ss	18.37±15.20	18.97±15.14	6.87±13.10		
Medium (Min- Max)	14.29 (0.00 - 59.52) ¹	19.05 (0.00 - 64.29) ²	0.00 (0.00 - 73.81) ^{1,2}		
General Health Score (GHS)				94.132	<0.001
Ort±Ss	61.93±25.17	74.04±14.93	86.49±14.60		
Medium (Min- Max)	66.67 (0.00 - 100.00) ^{1,2}	66.67 (50.00 - 100.00) ^{2,3}	83.33 (16.67 - 100.00) ^{1,3}		

p < 0.001

^{1,2,3} Friedman test

Table 4. The distribution of life quality scores according to the frequency of nocturnal urination (n=95).

Quality of life scale	1-2 times (n=33) Ort±Ss Medium (Min-Max)	3-4 times (n=30) Ort±Ss Medium (Min-Max)	5-6 times (n=15) Ort±Ss Medium (Min-Max)	More than 6 times (n=13) Ort±Ss Medium (Min-Max)	χ^2	p ^c
FS						
Post-Op, day 2.	84.98±13.90	82.89±13.97	77.63±15.77	74.70±21.01	4.565	0.207
	86.67 (48.89-100) ^a	87.78 (51.11-100) ^a	75.56 (53.33-97.78)	84.44 (33.33-95.56) ^a		
Post-Op, 1. Month	83.97±16.16	80.30±15.29	73.19±15.43	73.16±17.27	6.873	0.076
	86.67 (37.78-100) ^b	80 (42.22-100) ^b	75.56 (46.67-93.33) ^a	71.11 (46.67-100)		
Post-Op, 3. Month	93.6±11.15	92.00±14.40	87.41±13.53	85.30±23.03	6.395	0.094
	100 (53.33-100) ^{a,b}	98.89 (33.33-100) ^{a,b}	93.33 (55.56-100) ^a	93.33 (26.67-100) ^a		
χ^2 ; p	17.963; <0.001	23.368; <0.001	11.474; 0.003	8.939; 0.011		
SFS						
Post-Op, day 2.	87.88±19.22	80.56±27.71	77.78±24.93	78.21±30.72	2.397	0.494
	100 (33.33-100)	100 (0-100)	83.33 (33.33-100)	83.33 (0-100)		
Post-Op, 1. Month	87.88±16.81	83.89±19.32	78.89±23.96	83.33±30.43	1.724	0.632

	100 (50-100)	100 (33.33-100)	83.33 (33.33-100)	100 (0-100)		
Post-Op, 3. Month	94.95±11.40	92.22±18.43	95.56±9.89	89.74±25.94	0.080	0.994
	100 (66.67-100)	100 (33.33-100)	100 (66.67-100)	100 (16.67-100)		
χ^2 ; P	7.720; 0.021*	7.600; 0.022*	6.788; 0.034*	4.741; 0.093		
SS						
Post-Op, day 2.	14.43±12.31	18.49±14.78	23.65±17.85	23.99±18.04	4.913	0.178
	11.9 (0-45.24) ^a	13.1 (0-54.76) ^a	19.05 (2.38-59.52) ^a	19.05 (2.38-57.14) ^a		
Post-Op, 1. Month	14.14±14.10	19.37±16.30	23.33±13.95	24.91±15.78	7.494	0.058
	11.9 (0-64.29) ^b	17.86 (0-57.14) ^b	23.81 (2.38-54.76) ^b	26.19 (0-47.62) ^b		
Post-Op, 3. Month	5.48±10.92	5.00±9.89	9.21±13.34	13.37±22.41	1.749	0.626
	0 (0-45.24) ^{a,b}	0 (0-38.1) ^{a,b}	0 (0-40.48) ^{a,b}	0 (0-73.81) ^{a,b}		
χ^2 ; P	28.949; <0.001	26.640; <0.001	16.964; <0.001	8.680; 0.013		
GHS						
Post-Op, day 2.	67.17±26.43	62.50±28.00	48.33±18.69	62.18±18.51	6.451	0.092
	66.67 (16.67-100) ^a	66.67 (0-100) ^a	50 (16.67-83.33) ^a	50 (16.67-83.33) ^a		
Post-Op, 1. Month	78.79±15.32	74.44±15.77	66.11±4.95	71.15±15.07	8.964	0.030
	83.33 (50-100) ¹	70.83 (50-100) ^b	66.67 (50-75) ¹	75 (50-91.67)		

Post- Op, 3. Month	89.14±10.52	87.50±18.01	81.11±11.12	83.33±18.63	6.874	0.076
	91.67 (66.67-100) ^a	91.67 (16.67- 100) ^{a,b}	83.33 (50- 100) ^a	83.33 (33.33-100) ^a		
χ^2 ; P	32.089; <0.001	23.196; <0.001	20.462; <0.001	14.857; 0.001		

^{a,b} Intragroup Comparison: p<0.05

^{a,b} Kruskal - Wallis test

*No significant difference was achieved as a result of bilateral comparisons.

FS: Functional score; SFS: Social functional score; SS: Symptom score; FaS: Fatigue score; GHS: General health score

Table 5. Distrubution of quality of life scores according to education about prostate surgery (n=95).

Quality of life scale	Not informed (n=80) Ort±Ss Medium (Min-Max)	Informed (n=15) Ort±Ss Medium (Min-Max)	Z	P
FS				
PostOp Day 2.	82.17±14.94 86.67 (33.33-100) ^a	80.15±18.22 75.56 (33.33-100)	0.041	0.967
Post-Op, 1.Month	79.94±15.53 80 (42.22-100) ^b	75.41±18.90 71.11 (37.78-100)	0.932	0.351
Post-Op, 3. Month	91.86±12.84 97.78 (33.33-100) ^{a,b}	86.22±21.56 97.78 (26.67-100)	0.914	0.361
χ²; p	54.129; < 0.001	7.020; 0.030*		
SFS				
PostOp Day 2.	83.33±23.57 100 (0-100) ^a	78.89±29.19 83.33 (0-100)	0.548	0.584
Post-Op, 1.Month	85.42±19.37 100 (33.33-100) ^b	78.89±27.79 83.33 (0-100)	0.813	0.417
Post-Op, 3. Month	94.58±14.23 100 (33.33-100) ^{a,b}	88.89±23.29 100 (16.67-100)	1.024	0.306
χ²; p	21.399; < 0.001	8.087; 0.018*		
SS				
PostOp Day 2.	17.8±14.58 13.1 (0-59.52) ^a	21.43±18.42 19.05 (2.38-57.14) ^a	0.445	0.656
Post-Op, 1.Month	18.33±14.42 16.67 (0-57.14) ^b	22.38±18.74 21.43 (0-64.29)	0.742	0.458
Post-Op, 3. Month	5.95±10.47 0 (0-45.24) ^{a,b}	11.75±22.42 0 (0-73.81) ^a	0.548	0.584
χ²; p	72.261;< 0.001	10.073; 0.006		

GHS				
PostOp Day 2.	61.15±26.28	66.11±18.22	0.689	0.491
	66.67 (0-100) ^{a,c}	66.67 (33.33-100) ^a		
Post-Op, 1. Month	74.17±14.80	73.33±16.12	0.069	0.945
	66.67 (50-100) ^{b,c}	83.33 (50-100)		
Post-Op, 3. Month	87.19±14.03	82.78±17.39	0.924	0.355
	83.33 (16.67-100) ^{b,c}	83.33 (33.33-100) ^a		
χ^2; p	81.480; <0.001	12.960; 0.002		

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

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Mann- whitney u testi, Friedmen testi

FS: Functional score; SFS: Social functional score; SS: Symptom score; FaS: Fatigue score; GHS: General health score

Table 6. Distribution of quality of life scale scores by income and marital status

Qualit y of life scale	Income status				Marital status			
	Poor income (n=35) Ort±Ss	Good income (n=60) Ort±Ss	Z	P	Single (n=10) Ort±Ss	Married (n=85) Ort±Ss	Z	P
	Medium (Min- Max)	Medium (Min- Max)			Medium (Min- Max)	Medium (Min- Max)		
FS								
PostO p Day 2.	79.94±17. 20	82.96±14. 31	0.65 7	0.51 1	85.11±15. 96	81.46±15. 40	0.89 3	0.37 2
	86.67 (33.33- 100) ^a	86.67 (33.33- 100) ^a			92.22 (53.33- 97.78)	84.44 (33.33- 100) ^a		
Post- Op, 1.Mon th	79.87±15. 15	78.85±16. 72	0.15 5	0.87 7	85.33±16. 87	78.51±15. 94	1.46 0	0.14 4
	80 (46.67- 100) ^b	80 (37.78- 100) ^b			90 (48.89- 100)	80 (37.78- 100) ^b		
Post- Op, 3. Month	91.81±12. 92	90.48±15. 53	0.66 7	0.50 5	91.78±15. 50	90.88±14. 54	0.46 4	0.64 3
	100 (51.11- 100) ^{a,b}	97.78 (26.67- 100) ^{a,b}			98.89 (51.11- 100)	97.78 (26.67- 100) ^{a,b}		
χ²; P	<0.001	<0.001			5.167; 0.076	54.958; <0.001		
SFS								
PostO p Day 2.	79.52±27. 14	84.44±22. 73	0.77 7	0.43 7	85.00±27. 72	82.35±24. 17	0.81 0	0.41 8
	83.33 (0- 100) ^a	100 (0- 100)			100 (33.33- 100)	100 (0- 100) ^a		
Post- Op, 1.Mon th	85.24±17. 97	83.89±22. 54	0.03 0	0.97 6	93.33±14. 05	83.33±21. 36	1.50 9	0.13 1
	100 (33.33- 100)	100 (0- 100) ^a			100 (66.67- 100)	100 (0- 100) ^b		
Post- Op, 3. Month	96.67±9.7 4	91.94±18. 54	0.89 0	0.37 4	95.00±15. 81	93.53±16. 08	0.59 0	0.55 5
	100 (50- 100) ^a	100 (16.67- 100) ^a			100 (50- 100)	100 (16.67- 100) ^{a,b}		
χ²; P	0.001	0.001			2.000; 0.368	28.011; <0.001		
SS								

PostO p Day 2.	19.59±16. 07	17.66±14. 76	0.70 4	0.48 2	15.24±18. 04	18.74±14. 91	1.05 1	0.29 3
	14.29 (0- 59.52) ^a	13.1 (0- 57.14) ^a			9.52 (0- 59.52) ^a	14.29 (0- 57.14) ^a		
Post- Op, 1.Mon th	18.03±15. 42	19.52±15. 08	0.37 5	0.70 7	15.71±19. 25	19.36±14. 68	1.14 4	0.25 3
	14.29 (0- 54.76) ^b	19.05 (0- 64.29) ^b			8.33 (0- 54.76)	19.05 (0- 64.29) ^b		
Post- Op, 3. Month	6.60±12.0 3	7.02±13.7 8	0.51 0	0.61 0	6.67±14.5 4	6.89±13.0 1	0.51 4	0.60 7
	0 (0- 45.24) ^{a,b}	0 (0- 73.81) ^{a,b}			0 (0- 45.24) ^a	0 (0- 73.81) ^{a,b}		
χ²; P	34.096; <0.001	50.645; <0.001			9.000; 0.011	74.508; <0.001		
HS								
PostO p Day 2.	35.56±25. 82	27.04±26. 07	1.53 8	0.12 4	26.67±30. 18	30.59±25. 83	0.62 9	0.52 9
	33.33 (0- 88.89) ^a	22.22 (0- 77.78) ^a			22.22 (0- 88.89)	33.33 (0- 88.89) ^a		
Post- Op, 1.Mon th	31.11±25. 82	28.70±21. 87	0.59 9	0.54 9	24.44±34. 27	30.20±21. 86	1.18 8	0.23 5
	33.33 (0- 88.89) ^b	33.33 (0- 77.78) ^b			5.56 (0- 88.89)	33.33 (0- 77.78) ^b		
Post- Op, 3. Month	10.79±20. 25	10.19±19. 86	0.04 7	0.96 3	10.00±21. 24	10.46±19. 87	0.14 7	0.88 3
	0 (0- 66.67) ^{a,b}	0 (0- 88.89) ^{a,b}			0 (0- 66.67)	0 (0- 88.89) ^{a,b}		
χ²; P	23.784; <0.001	40.146; <0.001			6.091; 0.048*	57.140; <0.001		
GHS								
PostO p Day 2.	60.95±26. 49	62.50±24. 57	0.24 9	0.80 4	65.83±23. 06	61.47±25. 49	0.46 4	0.64 2
	66.67 (8.33- 100) ^a	62.5 (0- 100) ^{a,b}			66.67 (33.33- 100) ^a	66.67 (0- 100) ^{a,b}		
Post- Op, 1.Mon th	75.24±13. 63	73.33±15. 71	0.67 2	0.50 1	76.67±16. 10	73.73±14. 86	0.53 2	0.59 5
	75 (50- 100) ^b	66.67 (50- 100) ^{a,c}			75 (50- 100)	66.67 (50- 100) ^{a,c}		
Post- Op, 3. Month	87.62±11. 50	85.83±16. 19	0.05 2	0.95 8	88.33±11. 25	86.27±14. 98	0.18 9	0.85 0
	83.33 (50- 100) ^{a,b}	91.67 (16.67- 100) ^{b,c}			83.33 (66.67- 100) ^a	83.33 (16.67- 100) ^{b,c}		

χ^2 ; P	42.073; <0.001	52.810; <0.001	11.862; 0.003	82.502; <0.001
--------------	-------------------	-------------------	------------------	-------------------

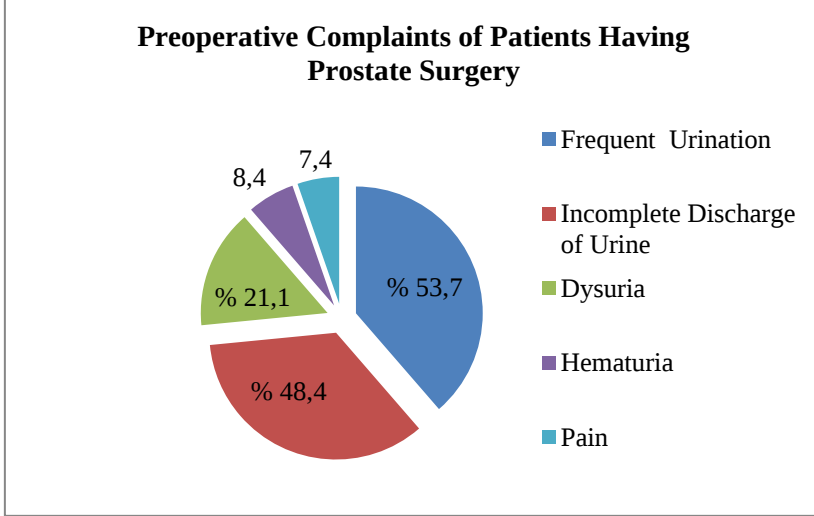
^{a,b,c} Grup içi karşılaştırma: $p < 0.05$

*İkili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Mann- whitnet u testi, Friedmen testi

FS: Functional score; SFS: Social functional score; SS: Symptom score; FaS: Fatigue score; GHS: General health score

Figure 1. Preoperative complaints of the prostate surgery patients (n=95)



CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ALANINDA

AKADEMİK ANALİZLER



YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com

ISBN: 978-625-6642-36-2



9

786256

642362