

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARA UYGULANAN
CERRAHİ GİRİŞİMLER SONRASI YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayfer KULU

EDİRNE-2010

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde, Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayış ile yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım **Yrd.Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a**, Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Elemanlarına**, Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan her anda destek veren **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Kliniği Hekim ve Hemşirelerine**, Verilerin analizinde yardımlarından dolayı **Araştırma görevlisi İmran Kurt Ömürlü'ye** sabır ve desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma

En içten duygularım ile teşekkür ederim.

Ayfer Kulu

Edirne, 2010

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	4
Mesane Kanseri İnsidans Ve Epidemiyolojisi.....	4
Mesane Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri.....	4
Mesane Kanseri Patolojisi.....	6
Mesane Kanserinin Derecelendirilmesi Ve Evrelendirilmesi.....	8
Mesane Kanserinde Belirti Ve Bulgular.....	10
Mesane Kanserinde Tanı Yöntemleri.....	10
Mesane Kanserinde Tedavi Yöntemleri.....	13
Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar.....	16
Sistektomi Ameliyatı Olan Hastanın Bakımı.....	17
Yaşam Kalitesi.....	27
GEREÇ VE YÖNTEMLER	30
BULGULAR	33
TARTIŞMA.....	49
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
TÜRKÇE ÖZET	58
İNGİLİZCE ÖZET	59
KAYNAKLAR.....	59
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	69
ÖZGEÇMİŞ.....	71
EKLER	72

KISALTMALAR

- Ark:** Arkadaşları
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CIS: Karsinoma İn Sutu
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ISUP: Uluslararası Ürolojik Patologlar Birliği
MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SF-36: 36 Soruluk Kısa Sağlık Araştırması
SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu
TAK: Temiz Aralıklı Katerizasyon
TUR: Transüertral Rezeksiyon
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (1,2).

Günümüzde ise Yaşam Kalitesi Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) “sağlık” tanımından yola çıkarak bireyin yaşadığı yer, kültür ve değer yargıları içinde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarını algılayış biçimi olarak tanımlanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan ilişkilerinin bir bütünüdür (3,4).

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemektedir. Bu etkiler ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı drenajın azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi şeklinde sıralanabilir (5). Örneğin rektum tümörlerine uygulanan cerrahi girişimlerde hastanın seksüel fonksiyonunda bozulma, inkontinans, bağırsak yaralanması, adhezyon gelişimi, üriner yakınmalar gibi komplikasyonlara neden olarak uzun dönemde yaşam kalitesine etki etmektedir (6). Radikal prostatektomi sonrası hayatı tehdit edici komplikasyonlar nadirken, idrar kaçırma ve erektil disfonksiyon gibi komplikasyonlar erkeklerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir

(7,8). Cerrahi tedavi sonucu yapılan mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğın, cinselliğın kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağılı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (9). Koroner arter bypass greft ameliyatı nedeniyle hastalarda kardiyak ritm bozukluğu, atrial fibrilasyon, kuvvetsizlik, insizyon yerinde duyu kaybı, iştahsızlık, diyetle uyumsuzluk, konstipasyon, ayrıca safen ven kullanılmışsa: lenf ödemi, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bacakta ağrı gibi fizyolojik komplikasyonların yanı sıra depresyon, gelecekte korkma, cinsel yaşamda değışim/yetersizlik, ölüm korkusu, işe başlamada isteksizlik gibi psikolojik sorunların da gelişmesi hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir (10). Sonuç olarak Cerrahi girişimler bazen belli sorunları çözümlerken yeni sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Oluşan bu sorunlar olumlu ya da olumsuz, kısa süreli ya da uzun süreli olarak yaşam tarzında değışikliliğe neden olmakta ve hastalarda çoğı zaman yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (5).

Yaşam kalitesi, cerrahi bilimlerde sonuçları değılendirme, tedavi seçeneklerinin kıyaslanması, sağılık hizmetlerinin izlenmesi ve iyileştirilmesi, hasta seçimi ve cerrahi sorunları olan hastaların karşılaştıkları işlevsel ve ruhsal problemlerin belirlenmesinde sorunlara yönelik tedavi ve bakımın planlanmasında kullanılmaktadır (11).

Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi işlemler hastanın sağılığını olumlu ya da olumsuz etkilediğı kadar, hastanın yaşamının diğeri alanlarında, örneğın fiziksel, işlevsel, sosyal alanlarda da değışikliğe neden olmaktadır (12).

Gerek mesane kanserindeki olası girişimler, sistoskopiler, transüretal rezeksiyonlar, mesane içine ilaç uygulamaları, gerekse ilerlemiş mesane kanserinde uygulanan radikal girişimler yaşam kalitesinde büyük bir bozulmaya yol açmaktadır. Sistoskopi hastada önemli düzeyde ağrıya neden olmakta ve tekrarlanan sistoskopiler sırasında da ağrı devam etmektedir. Özellikle Bacille Calmette-Guerin (BCG) tedavisi sonrası idrar yapma problemleri, hem kanser hem de bakteri kontaminasyonuna bağılı korku ve sonuçta cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır. Sistektomi sonrası en önemli problemler özellikle inkontinans olmak üzere idrar yapma yakınmaları, cinsel fonksiyon, cilt problemleri, vücut imajına ilişkin problemler ve kadın hastalarda emosyonel fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır (12-14). Yoshimura ve arkadaşları tarafından yapılan mesane tümörlü hastalara uygulanan TUR (Transüretal Rezeksiyon) sonrası hastaların sağılık durumlarını algılamalarının ciddi şekilde bozulduğı, ilk TUR'da hastaların zihinsel sağılıklarının etkilendiğı, ikinci ve üçüncü TUR da ise hastaların sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (15).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesine ilişkin çalışmalar, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi amaçlayan bakım sağlama ilkesine dayanır. Bakım kalitesini yükseltmeye yönelik hizmetler, öncelikle bireyin bu konudaki gereksinimlerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesini ile olasıdır (16). Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması, hastalara yapılacak hemşirelik eğitimi ve girişimlerinde yol gösterici olacak ve bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır (16,17).

Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma: Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik öneriler getirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

MESANE KANSERİ İNSİDANSI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Mesane kanseri erkeklerde, prostat, akciğer ve kolorektal kanserlerden sonra %6.2 ile 4. sırada görülmektedir. Kadınlarda ise %2,5 ile tüm kanserler içinde 8. sıradadır. Mesane kanseri erkeklerdeki kanser ölümlerinin %2,9'unu kadınlarda ise %1,5'ini oluşturmaktadır (18-20). Her yıl Amerika'da yaklaşık 68.000 insana mesane kanseri tanısı konulmaktadır. Bunlardan 50.000 i erkek ve 17. 000 i kadın hasta olarak tanımlanmaktadır (21). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2003 yılı verilerine göre erkeklerde en çok görülen on kanser türünde Mesane Kanseri, Akciğer ve Mide kanserinden sonra 3.sırada yer alır (22).

Tanıda ortalama yaş 65 ve 65 yaş üstüdür. insidans yaşla beraber artmaktadır. Mesane kanseri insidansı, endüstrileşmiş ülkelerde Asya ve Afrika ülkeleri gibi az gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Bu farklılıklar herediter ve çevresel faktörlerin etkisine bağlıdır (21,23,24).

MESANE KANSERİ ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Bugün mesane kanseri etiyojisine ilişkin birçok konu üzerinde tartışılmaktadır. Mesane kanseri, çevresel faktörlerin kanser oluşumundaki etkisinin anlaşılması yönünden tarihsel bir öneme sahiptir. Çevresel faktörlerin mesane kanserlerinin büyük çoğunluğundan sorumlu olduğu düşünülmektedir (25,26).

Sigara Kullanımı: Tütün kullanımı ile ilişkisi uzun zamandan beri bilinen mesane kanserinde sigara riski arttırmaktadır. Sigara kullanımı erkekler ve kadınlar için mesane kanseri oluşumunda eşit etkiye sahiptir (26-28). Sigara günümüzde, tüm mesane kanserlerinin %30-50'sinden sorumludur ve mesane kanseri riskini ortalama 2-3 kat artırır (29).

Sigara, kimyasal karsinojenler ve reaktif oksijen türevlerinden zengin olmakla birlikte, mesane kanserine yol açan özgün karsinojen faktörler tam olarak belirlenmemiştir. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH), Aromatik Aminler (arilaminler) N-nitroso bileşikler ve ansature aldehitler, sigarada bulunan potansiyel karsinojenlerdir. Ayrıca sigara içenlerde karsinojenik triptofan metabolitlerinin ve nitrosaminlerin idrarla atılımı artmaktadır (29,30).

Sigara içmeyi bıraktıktan sonra göreceli kanser riski zamanla azalır ancak risk hiçbir zaman hiç sigara içmeyenler düzeyine inmemektedir (29).

Mesleki ve çevresel etkenlere maruz kalma: Mesane kanserlerinin yaklaşık beşte biri mesleki kimyasallara maruz kalmayla oluşabilmektedir.

Mesane kanseri ile ilişkili meslekler: kumaş boyama, tel kablo tekstili, lastik sanayi, petrol endüstrisinde çalışanlar, deri sanayide çalışanlar, badanacılar/matbaacılar, ayakkabı imalatçıları ve boyacıları, kuaförler, kamyon sürücüleri, fare zehiri üreticileri, lağım işiyle uğraşanlar şeklinde sıralanabilir (30,31). Bu mesleklerde çalışanlar, 2-naphthlamine, 4-aminobiphenyl, 4-nitrobiphenyl, 4-4-diaminobiphenyl (benzidine) ve 2-amino-1-naphthol gibi mesane kanseri riskini arttıran karsinojenlerle normale göre daha fazla temas halindedirler (19,20,31,32).

Enfeksiyon, Schistosomiasis: Schistosomiasis, Schistosome parazitinin kana bulaşması ile oluşan enfeksiyöz bir hastalıktır. İnsanlarda bu parazitin dört türü görülmektedir. Bunlar; S. haematobium, S. mansoni, S. Japonicum, ve S. Intercalatum'dur. Bunlardan S. haematobium, Schistosomiasis diye adlandırılan bakteriler üriner sistem enfeksiyonuna neden olur ve yassı hücreli mesane tümörü insidansını belirgin olarak arttırmaktadır. Bu enfeksiyon yaygın olarak kuzeybatı Afrika, güneybatı Asya ve Madagaskarda görülür. sistosomiyazisin endemik olduğu Mısır'da mesane skuamöz hücreli karsinomu erkeklerde en sık görülen kanser türüdür.(23,32).

Ayrıca uzun dönem üriner kateter kullanımı %2 ile % 10 arasında mesane kanseri riskini arttırmaktadır. Uzun süren taş tedavisinin de mesane kanseri riskini artırdığı düşünülmektedir. (30,32)

Onkogenler ve Tümör Süpresör Genler: Onkolojik araştırmalar karsinojenlerin genom değişimi ile malign tranformasyonu başlattıklarını göstermiştir. Genetik değişikliklerin oluşumunda çok farklı potansiyel mekanizmalar rol alır. Bunlardan biri onkogenlerin indüksiyonu olup, bu normal genin değişip malign fenotip kodlayan gene dönüşmesi ve normal büyüme mekanizması kontrolünden çıkmasına imkan veren hücrelere dönüşmesini içerir. Mesane kanserine eşlik eden onkogenler, en az birkaç çalışmada yüksek histolojik derece ile birlikte bulunan p21 ras onkogenini kapsayan ras gen ailesini içerir (32,33)

Onkogenler daha kolay fark edilse de, karsinogenez sürecinde, hücre büyümesi kontrolü, DNA tamiri ya da apoptozisini sağlayan proteinleri kodlayan tümör baskılayıcı genlerdeki inaktivasyon da eşit etkide bir mekanizmadır. Birkaç baskılayıcı gen mesane kanseri ile yakın olarak ilişkilendirilmiştir. Bunlar p53 geni, 13q'daki retinoblastom (Rb) geni; p19 ve p16 proteinleri genlerinin bulunduğu 9.kromozomun 9p'deki 9p21 bölümü; ve 9q'nun 9q32-33 bölümüdür (33,34).

Diğer Risk Faktörleri: Yapay tatlandırıcılar içinde sakarinin mesane kanseri oluşumuna neden olduğu tartışılmaktadır (20,35). Fareler üzerinde yapılan toksisite testlerinde sakarinle mesane kanseri arasında ilişki bulunması üzerine, 1977 yılında FDA (Gıda ve İlaç İdaresi / Food and Drug Administration) tarafından sakarinin gıdalara katılımı yasaklandı.(19,20) Ancak söz konusu yıllarda sakarinin yerini tutabilecek bir tatlandırıcı bulunmaması JECFA (Gıda Katkıları ve Kodeksi Komitesi / Joint Expert Committee on Food) Additives and Contaminants) tarafından, günlük olarak tüketebileceği miktarın vücut ağırlığı başına 0-2.5 mg/kg sakarinin insanlarda kanser riskini arttırmayacağı belirtilerek, gıdalarda kullanılmasına izin verilmiştir (36).

Yaş ve cinsiyet mesane kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Mesane kanseri erkeklerde kadınlardan 2-3 kat daha fazla görülür genellikle 60 yaş üstü bireylerde daha sık rastlandığı saptanmıştır (21,23).

Diyette yüksek oranda doymuş yağ ve kilo kaybına neden olan formül ilaçların tüketilmesi mesane kanseri için risk faktörüdür. Yine diyetle fazla oranda (gün/4 bardak) kahve tüketilmesinin mesane kanseri için risk faktörü olduğu varsayılmaktadır. Kahve ile birlikte suni tatlandırıcı kullanmak, sigara içmek riski daha da artırmaktadır (23,24,30,32).

Pelvisde yapılan yüksek doz radyoterapinin mesane kanseri insidansını 4 kez artırdığı gösterilmiştir. Bu etki radyasyon dozu ve süresi ile ilgilidir. Over kanseri olan kadınlarda radyoterapi sonrası mesane kanseri gözlenmiştir (20,30,35).

Bir kemoterapik ajan olan cyclophosphamide de mesane kanseri açısından risk faktörüdür. Bu ajanın mesane tümörü riskini 9 kez artırdığı belirtilmiştir. Bu etki için latent dönem 8–10 yıl gibi uzun bir süredir (35).

MESANE KANSERİ PATOLOJİSİ

Mesane tümörlerinin %90'ı epitelyal tümörlerdir. Geriye kalan yaklaşık %10 oranındaki tümörler ise mezenkimal ve komşuluk yolu veya uzak metastaz ile gelen sekonder tümörlerdir. Mesane tümörleri, yaşamı tehdit etmeyen düşük dereceli yüzeysel papiller lezyonlardan; yüksek dereceli ve evreli tümörlere kadar çok geniş bir yelpaze içinde bulunabilir (29, 37, 38).

Papilloma

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) normal değişici epitel hücrelerinden ibaret epitelyal bir tabakanın ince bir fibrovasküler sapla desteklendiği bir papiller tümör tipi tanımlamıştır. Ürotelyum normal kalınlıktadır. Bu gibi lezyonlar hiçbir zaman invazyon yapmazlar, iyi huyludur ve bir kez çıkartıldıklarında tekrarlamazlar (39-41).

Değişici Epitel Hücreli Karsinom

Mesane kanserinin % 90'ından fazlası değişici epitelyum karsinomdur. Değişici epitel hücreli mesane tümörü, ağrısız pıhtılı hematüri ile karakterize ileri yaş hastalığı olarak bilinmektedir (29,42).

Karsinoma in situ (CIS); Düz, papiller yapıda olmayan, neoplazik epitelyum olarak tanınır. CIS semptom vermeden ya da sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma şeklinde hastalar belirti verdirebilir. CIS' lu hastaların % 80-90'ında tümör hücrelerinin yapışkanlığı az olduğu için idrarın sitopatolojik incelenmesinde sonuç pozitif olabilir (41,43).

Litaratürde farklı karsinoma in situ tipleri tanımlanmıştır. Histolojik incelemede nispeten daha kolay tanınan tip pleomorfik büyük hücreli karsinomdur. Kötü prognozu vardır. CIS olan hastaların tümör tekrarlama oranı yüksektir (29,43).

Skvamöz Hücreli Karsinom

Mesanenin skuamöz hücreli karsinomu Avrupa ve Amerika'da seyrek görülürken (%1-3), şistozomiyazis enfeksiyonunun endemik olduğu dünyanın bazı bölgelerinde özellikle Mısır'da çok daha sıktır (29). Şistozomiyazis zeminindeki skuamöz hücreli karsinom, daha genç yaşta görülmektedir ve kronik iritasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Şistozomiyazis ilişkili skuamöz hücreli karsinomların çoğu iyi ve orta diferansiye iken diğerleri çoğunlukla az diferansiyedir. Genel olarak kasa invaze ileri evreli olarak ortaya

çıkarlar aynı zamanda çoğunlukla lenf nodu ve uzak metastaz yapmazlar. Skuamöz hücreli karsinomda acil cerrahi tedavi gerekir (41,43).

Adenokarsinom

Tüm mesane kanserlerinde yaklaşık %1-2 oranında görülür ve primer adenokarsinom ile urakal karsinomu içerir (41,43).

Skuamöz karsinomlarda olduğu gibi mesane adenokarsinomları da, tanım gereği tümörün ancak tamamı glandüler morfolojide ise adeno karsinom olarak kabul edilir. Ürotelyal karsinom alanlarının seçilebildiği olgular ise glandüler farklılaşma gösteren ürotelyal karsinom olarak sınıflandırılır (29). Adenokarsinomlar kural olarak klinik yönden metastaz veya komşuluk yayılım dışlandıktan sonra primer mesane kökenli kabul edilmelidir. Epiteyial belirteçler olan sitoketanın 7 ve 20'nin birlikte pozitifliği ürotelyal karsinom lehinedir. Çoğu ileri evreli olarak ortaya çıkar. Prognozu kötüdür (43).

Urakal karsinomlar nadirdir, mesane dışındadır ve genellikle adenokarsinomdur. urakal karsinomlarda göbekten kanlı veya mukuslu bir akıntı olabilir. Urakal karsinomlu hastaların prognozu, primer mesane adenokarsinomlarından daha kötüdür (41,43).

Non – Epiteyial Tümörler

Epiteyum kökenli olmayan tümörler tüm mesane kanserlerinin yaklaşık %2'sini oluştururlar. Mesanenin non-epiteyial hücreli kanserleri ender ve agresif seyirli tümörlerdir. Epiteyial hücreli kanserlerde glandüler veya skuamöz hücreli diferansiyasyonu bulunabilir ve bunların non-epiteyial hücreli kanserlerden ayırıcı tanısı uygun tedavinin seçilmesi ve hastalığın seyri açısından önemlidir (29,44).

Mezenkimal tümörler histolojik olarak çoğunlukla iğsi çekirdekli hücrelere sahiptirler. Leiomyomlar üriner sistemde en sık mesanede görülür ve benin mesane tümörlerinin yaklaşık üçte birini oluşturur Diğer non epiteyial tümörler içinde başlıcaları; lenfoplazmasiter neoplaziler malign fibröz histiositom, inflamatuvar miyofibroblastik tümör, postoperatif iğsi hücreli nodül, soliter fibröz tümör, paragangliom, hemanjiom ve anjiosarkomdur. (29,41,43)

Sekonder Tümörler

Mesanın sekonder tümörleri, daha çok anatomik olarak komşu organlardan direkt yayılım yoluyla gelişir. Daha seyrek olarak metastatiktir. Komşuluk nedeni ile yayılım daha çok prostat, serviks ve rekto sigmoidten kaynaklanır (19,29).

MESANE KANSERİ DERECELENDİRİLMESİ VE EVRELENDİRİLMESİ

Derecelendirme

Mesane kanseri için üzerinde uzlaşmış tek bir derecelendirme sistemi bulunmamaktadır. Sıklıkla kullanılan sistem tümör hücrelerinin anaplazi derecesini esas alır. Karsinomlar iyi, orta ve kötü diferansiye tümörler olarak gruplandırılır. Tümörün derecesi ve evresi arasında sıkı bir ilişki vardır (45,46).

_ **Papilloma (Grade 0):** Normal mesane mukozasının ince fibrovasküler bir çekirdeği örtmesi ile oluşmuş papiller bir lezyondur. Papillomların 7'den fazla epitelyal hücre tabakası yoktur ve histolojik olarak bir anormallik göstermezler (32,34).

_ **İyi diferansiye tümörler(Grade I):** İnce fibrovasküler bir sap ve 7 tabakadan fazla hücreden oluşan kalınlaşmış epitel ihtiva eder. Mukoza tarafından çevrelendikleri takdirde bunlar, WHO ve Uluslararası Ürolojik Patologlar Birliği (ISUP) tarafından düşük malign potansiyeli olan papiller ürotelyal tümörler olarak adlandırılmaktadır (32,34).

_ **Orta derecede diferansiye tümörler (Grade II):** Geniş fibrovasküler bir çekirdek içerirler. Bu tümörler WHO ve ISUP sınıflandırmasında düşük dereceli (low grade) ürotelyal karsinom olarak adlandırılmıştır (32,34).

_ **Kötü diferansiye tümörler (Grade III):** WHO ve ISUP'un yeni sınıflandırmasında yüksek dereceli (high grade) ürotelyal karsinom olarak adlandırılmıştır. Tabandan yüzeye doğru gidildikçe hücrelerde farklılaşma görülmez (32,34).

Evrelendirme

Mesane kanserinin tedavisini ve prognozunu tayin edebilmek için evrelendirme önemlidir. Mesane kanseri evrenmesi, mesane duvar tutulumu, bölgesel tutulum ve uzak metastaza göre yapılır (47,48).

Mesane Kanseri 2002 TNM Sınıflandırması

T – PRİMER TÜMÖR

TX Primer tümör değerlendirilemiyor

T0 Primer tümöre ait kanıt yok

Ta Non-invaziv papiller karsinom

Tis Karsinoma in situ: “flat” tümör

T1 Tümör epitel altı dokuyu tutmuş

T2 Tümör kas dokusunu tutmuş

T2a: Tümör yüzeysel kas dokusunu tutmuş (iç yarı)

T2b: Tümör derin kas dokusunu tutmuş (dış yarı)

T3 Tümör perivezikal dokuyu tutmuş

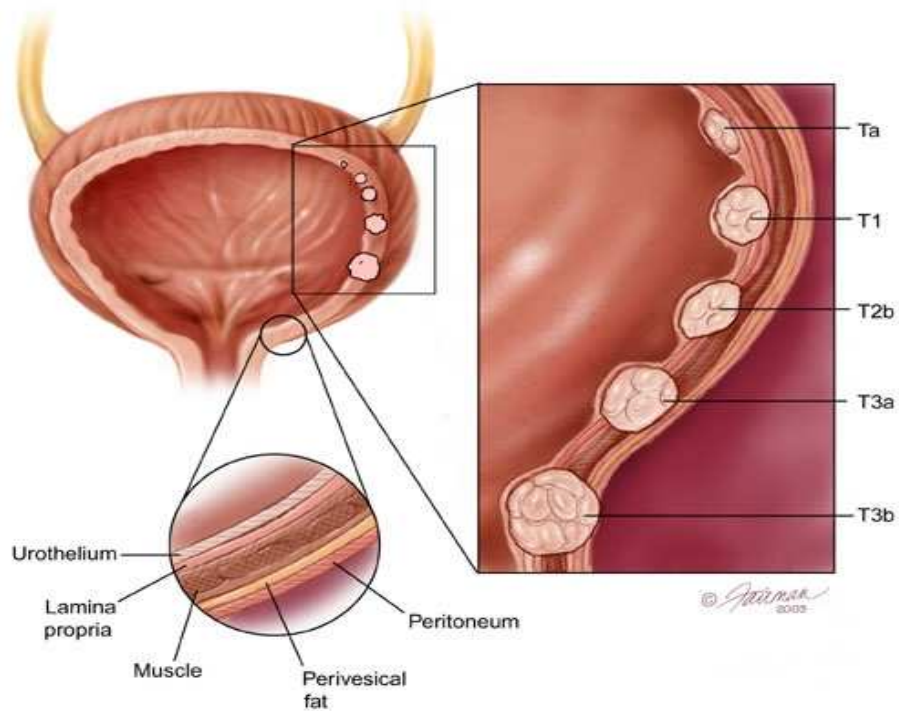
T3a: Mikroskopik olarak

T3b: Makroskopik olarak (ekstravezikal kitle)

T4 Tümör; prostat, uterus, vajina, pelvik duvar, abdominal duvar gibi yapıları tutmuş

T4a: Tümör prostat, uterus veya vajinayı tutmuş

T4b: Tümör pelvik duvar veya abdominal duvarı tutmuş



Şekil 1. Mesane Tümörü Evrelendirme (49)

N – LENF NODLARI

NX Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor

N0 Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1 Tek bir lenf nodunda 2cm veya daha küçük metastazlar

N2 Tek bir lenf nodunda 2cm den büyük, 5cm den küçük metastazlar, ya da multipl lenf nodlarında 5cm den büyük olmayan metastazlar

N3 Bir lenf nodunda 5cm den büyük metastazlar

M – UZAK METASTAZLAR

MX Uzak metastazlar değerlendirilemiyor

M0 Uzak metastaz yok

M1 Uzak metastazlar (19,21,31,33,38).

MESANE KANSERİNDE BELİRTİ VE BULGULAR

Mesane kanserinin tipik belirtisi ağrısız mikroskopik hematüridir. % 80-90 vaka kliniğe hematüri ile başvurur. Hematüri sürekli olmaktan ziyade aralıklı olabilir. Hematüri ile başvuran hastalardan %20-30'u ağrılı idrar, ani idrar yapma hissi ve sık idrara çıkma gibi irratif semptomlar olarak rapor edilir (41,43). İrritatif semptomları olan hastalarda aktif enfeksiyon gibi bu durumu açıklayacak benign bir patoloji saptanmıyorsa ürotelyal tümör mutlaka düşünülmelidir. Hematürinin %15'i mesane karsinomudur. Mikroskopik incelemede yaklaşık % 6'sında tümör hücrelerine rastlanır (51). Lokal yayılım ya da uzak metastazları olan hastalar üst üriner sistem tıkanıklığı ya da ağrı deneyimleri. Hastanın pelvik veya kemik ağrısı ile alt ekstremitelerde ödem ya da yan ağrısı, kaşeksi, iştahsızlık, halsizlik, karın ağrısı tariflediği bile olur (52,53).

Mesane kanserli hastaların çoğunda hastalıklarının yüzeysel doğası nedeni ile belirgin fiziksel bulgular yoktur. Pelvis kemiğine yapışacak kadar büyük bir tümör varsa fizik muayane ile suprapubik bölgede ele gelebilir (41,43).

MESANE KANSERİNDE TANI YÖNTEMLERİ

Laboratuvar Bulguları

Rutin testler: Gözle görülen hematüri olmadığı takdirde mikroskopik hematüri tam idrar tetkiki ile gösterilir. Hematüri nedeni ile anemi gelişeceğinden tam kan sayımı yapılır. Tümörün böbreğe yayılımı olabileceğinden böbrek yetmezliği gelişebilir ve böbrek fonksiyon testlerine bakılmalıdır (35,37,43,46,53).

İdrar sitolojisi: idrarda bulunan mesane epitel/karsinom hücrelerinin mikroskopik olarak incelenmesidir. İdrar sitolojisinin en faydalı kullanım alanları, yüksek histolojik dereceli, henüz sistoskopide görünür hale gelmemiş tümörlerin invazyon yapmadan önce saptanması, karsinoma in-situnun belirlenmesi ve cerrahi ya da radyoterapi ile tedavi edilen

hastaların takibi olarak bildirilmektedir Mesane irigasyonu ve işeme ile alınan idrardan daha iyi tanımlanabilen hücreler elde edilebilir (41,43,54,55).

Flow sitometri: Malign epitelyal hücrelerde DNA içeriği artmış olduğu için pek çok merkezde sürüntü ile alınmış epitel hücreleri flow sitometrisi ile incelenmektedir. Tüm mesane kanserlerinin % 80'ine tanı koyulabilir. Bu yöntemde yüksek derece ve invaziv tümörleri daha iyi belirler (19,43,47,54).

Hücre yüzey antijenleri: ABO kan grubu antijen sistemi, kan hücreleri veya epitel hücreleri üzerindeki glikoprotein veya glikoproteinlerin taşıdığı karbonhidrat antijenleridir. Yapılan çalışmalarda malign ürotelyal transformasyon ile mesane kanser hücrelerinin, ABH kan grubu antijenlerinin salınımına sebep olduğu gösterilmiştir.(25)

Tanı için kullanılan tümör belirleyicileri: Mesane tümörü antijeni (BTA), Nükleer Matriks Proteini (NMP22), Otokrin motilite, faktörü reseptörü (AMFR) ve Hyalüronidaz son zamanlarda geliştirilen yeni tümör belirleyicileridir (43,54-56).

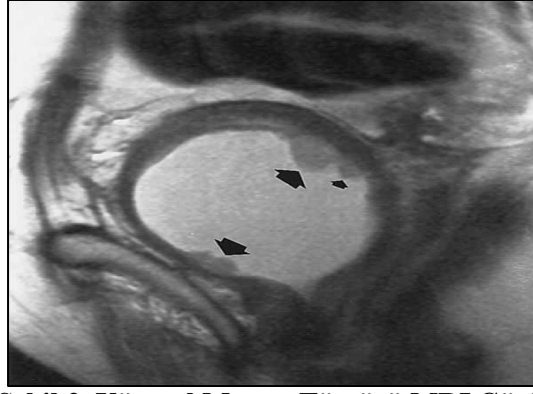
Görüntüleme Yöntemleri

Mesane kanserinde, tümörün mesane katlarını tutma derecesi, lokal invazyonu ve uzak metastazlarının belirlenmesinde görüntüleme yöntemlerinin rolü çok büyüktür.

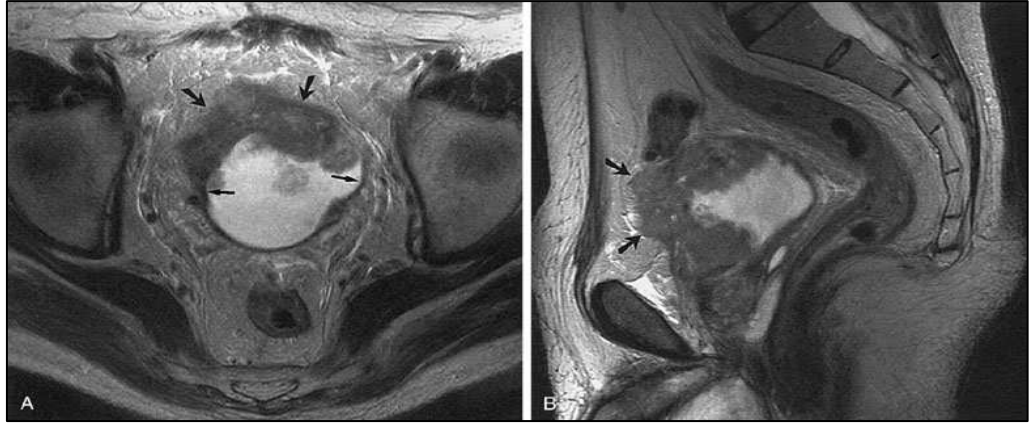
İntravenöz pyelografi (IVP): Hematürinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Büyük tümörler mesanede dolma defekti olarak görülebilirler veya invaziv tümörlerde mesane duvarının simetrik olarak genişleyemediği görülebilir (43,57).

Ultrasonografi: Mesane kanserinin tanı ve evreleminde çok önemli bir tetkiktir. Bu; sadece bu yöntemin kontrast madde gerektirmemesi gibi avantajlarının yanında, üriner sistemi daha hassas değerlendirebilen problemlerin çıkması ile de açıklanabilir (57,58).

Bilgisayarlı tomografi (BT) ve Manyetik rezonans görüntüleme (MRI): BT ve MRI taraması invaziv mesane tümörlerinin ve pelvik ve abdominal lenf nodu metastazlarının değerlendirilmesinde yeri vardır. Lokal evrelemenin, özellikle yüzeysel olmayan tümörlerde daha doğru yapılmasını sağlar. BT taraması lenf nodu yayılımını değerlendirme olanağı sağlar ama mikroskobik bilgi vermez (57).



Şekil 2. Yüzeysel Mesane Tumorü MRI Görüntüsü (60)

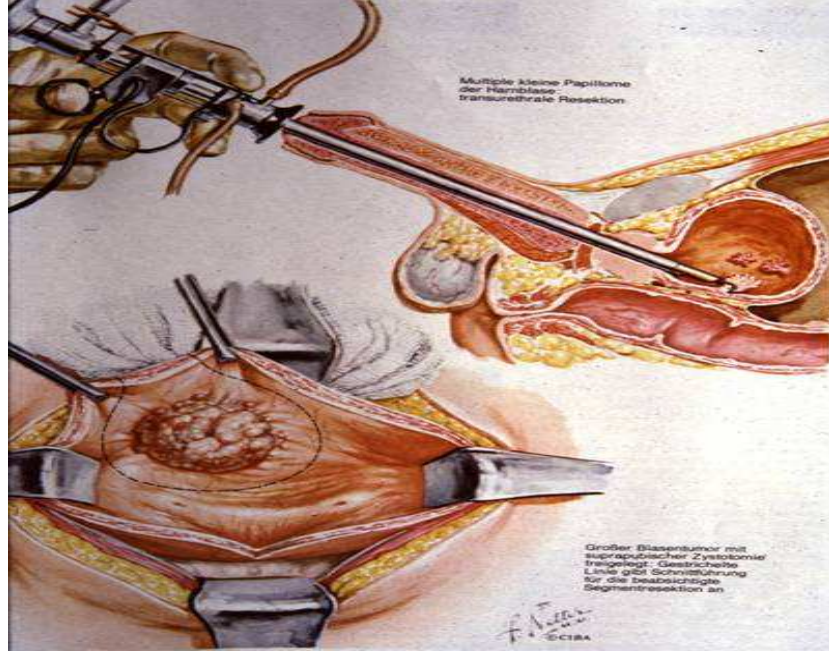


Şekil 3. İnvaziv Mesane Tumorü MRI Görüntüsü (60)

Mesane tümörlerinin metastazlarının değerlendirilmesinde iki yönlü akciğer grafisi, şüpheli alanlarla ilgili görüntülemeler (Beyin tomografisi, akciğer tomografisi, kemik sintigrafisi, vs.) gerekli olabilir (30,35,41,43).

Sistoskopi: Mesane tümörlerinin tanısında sistoskopi, standart ve en güvenilir inceleme yöntemidir (52,59-61). Özellikle yüzeysel tümörlerde sistoskopi sırasında yapılan biyopsi ve transüretal rezeksiyon işlemleri tümörün patolojik tanısında kullanılmakta ve tümörün sınıflandırılmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca anestezi altında yapılan bimanual muayene ile lokal invaziv hastalık hakkında fikir edinilir (62-65).

Tetkikin invaziv, zaman alıcı ve kısmen pahalı olmasının yanı sıra sedasyon ya da anestezi gerektirmesi en büyük zorluklarıdır. Ayrıca bazen üretra veya mesanede iyatrojenik zedelenmeye neden olabilmesi, kullanılan sistoskopun görüş açısının sınırlı olması nedeniyle mesane tabanı ve boynunda yerleşen lezyonların değerlendirme güçlüğü, sistoskopi sonrası az da olsa üriner enfeksiyon gelişme riski olması nedeni ile sistoskopiye alternatif yöntemler önerilmiştir, fakat bugüne kadar sistoskopinin yerini alabilecek bir yöntem ortaya konulamamıştır (59,62,63,65)



Şekil 4. Sistoskopi (66)

Sistoskopi sırasında papiller ve solid bir tümör görülüyorsa biyopsi alınmalı veya transüretal rezeksiyon yapılmalıdır (41,43).

MESANE KANSERİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

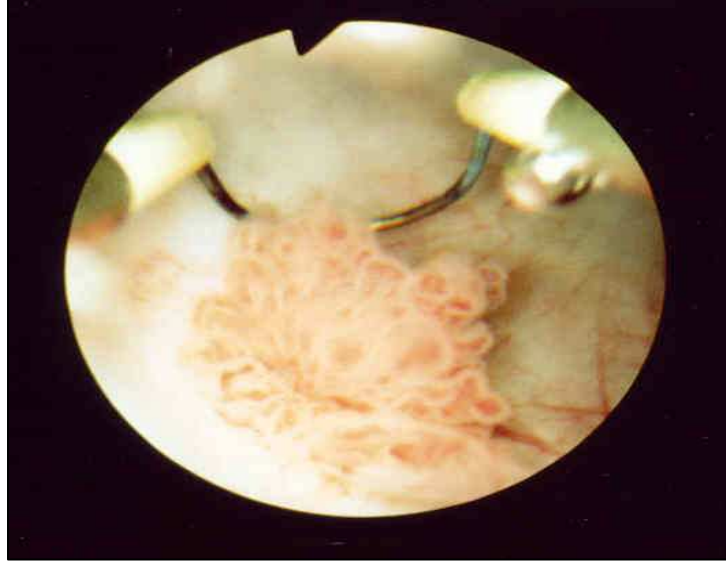
Mesane kanserlerinde tedavi tümörün evresine, derecesine, yayılımına göre çeşitlilik göstermektedir. Mesane kanserlerinde tedavi yöntemleri cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, ünminoterapi ve bunların kombine uygulanması şeklinde yapılmaktadır (51,52).

Cerrahi Tedavi

Transüretal rezeksiyon (TUR)

Tüm mesane kanserlerinde başlangıç tedavi tümörün transüretal (TUR) rezeksiyonudur. Tümör eğer sistoskopide görülüyorsa tümörün transüretal rezeksiyonu için hasta hazırlanmalıdır. TUR'un tedavi edici rolünün yanında tanı koydurucudur ve uygun evrelemeye izin verir. Böylece yüzeysel kanserler kontrol altına alınır (20,21,43,47).

TUR özellikle düşük evre ve kasa invaziv olmayan yüzeysel tümörlerde tedavi etkinliği yüksektir. Tümör yüzeysel olduğu sürece büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bakılmaksızın tercih edilen yöntem TUR'dur (20,41,67).



Şekil 5. Transüretal Rezeksiyon (TUR) (60)

Kaliteli bir TUR da ürolog mesane içindeki tümör hücrelerinin rezeksiyonunu yaptıktan sonra mesane kas dokusundan örnekler alarak tümörün patolojiye gönderilmesini sağlar. TUR mesane kas dokusundan örnek alınmadan yapıldığı takdirde tam olarak yapılmış sayılmaz (29,65).

Sistektomi

Yaygın ve büyük tümörlerde transüretal rezeksiyonun tam olarak yapılamaması, aynı zamanda yüzeysel mesane kanserlerinde nüks ve progresyon riskinin de yüksek olması nedeniyle sistektomi çoğunlukla tercih edilmektedir (67,68).

Sistektomi mesanenin çıkarılması işlemidir. İki şekilde yapılmaktadır: parsiyel sistektomi ve radikal sistektomi.

Parsiyel sistektomi: Parsiyel sistektomi, mesanenin bir parçasının, arkasındaki peritonla beraber tam kat geniş olarak eksizyonunun yapılması durumudur. Amaç tümörün tam olarak çıkarılmasını sağlamak ve organın normal fizyolojisini koruyabilmektir (67,68). Ayrıca bu yöntem cerraha **lenfadenektomi** yapma şansı da sağlar. Parsiyel sistektomi vücut görünümünün bozulmaması ve üriner sistemin devamlılığının sürdürülmesi gibi mesane koruyucu yaklaşım sağladığı için ürologlar tarafından ilgi çekicidir (69,70).

Parsiyel sistektomi ancak uygun seçilmiş hastalarda ideal bir tedavi şekli olabilir. Aksi takdirde uygun bir cerrahi tedavi olmaz. Bu tedavinin uygulanacağı hastalar belirlenirken çeşitli yerlerden (üretra, prostat gibi) biyopsi alınmalıdır. Özellikle mesane

kubbesinde karsinoma in situ varlığı söz konusu ise parsiyel sistektomi yapılmamalıdır (20,69,70).

Radikal sistektomi: mesane kanseri bazı hastalarda transüretral rezeksiyon (TUR) ile kontrol edilirken büyük tümör, çoklu odak, yüksek evre ve dereceli hastalarda sıklıkla uygulanacak standart tedavi yöntemi radikal sistektomidir. Radikal sistektomi operasyonu sonrasındaki amaç, ortotopik diversiyon olsa da olmasa da üretral rekürrens olmaması ve kontinansı tekrar kazandırmaya odaklanmıştır (71-74).

Radikal sistektomi Erkeklerde lenfadenektomi ile birlikte sistoprostektomi yapılır. Prostatik üretrada tümör yayılımı varsa veya yaygın karsinoma in situ varsa üreter de çıkartılır. Kadınlarda, mesane üretra, uterus, fallop tüpleri overler ve vajen ön duvarı çıkartılır (20,43,51,68,75).

Radikal sistektomi sonrası, mesane kanserinin durumu, hastanın mental, fiziksel özellikleri ve bağırsak kullanımını kısıtlayacak bir hastalığı olup olmaması göz önünde bulundurularak üriner diversiyon yöntemlerinden biri uygulanır (67,78).

Kontinan olmayan diversiyonlarda bağırsak segmentinden (genellikle ince bağırsak) bir kanal oluşturulur. Üreterler bağırsak segmentinin proksimaline anostomoz edilir. Distal uca kutanöz stoma yapılır. Hastalar stomalarına bağlı bir idrar torbası taşımak zorundadırlar (75,76).

Kontinan (üretra kullanılmaz) olan diversiyonlarda eksternal ya da anal sifinkter veya cilde yapılan bir stoma kontinansı sağlamaktadır. Hastanın kendisi rezervuarını kateterize edebilir ve idrar torbası kullanmasına gerek kalmaz (75,76).

Kontinant ortotopik (üretra kullanılır) üriner diversiyonda ise bağırsak segmentinden yeni mesane oluşturulup, üretrasına anostomoz yapılır, bu şekilde idrar kontinansı sağlanmış olur. Bunlara örnek: ileal pous, çekal pous, sigmoid pous verilebilir (43). Ortotopik mesane radikal sistektomi uygulanan hastalarda ileal konduite göre çeşitli avantajları olan bir yöntemdir. Hastalara normale yakın bir mesane sağlayarak kontinan kalmalarını, spontan idrar yapabilmelerini sağlayabildiği gibi, üretral nüks oranını azaltmakta, üretranın takibini kolaylaştırmakta ve daha iyi vücut imajı sağlamaktadır (67,75,76).

İmmünoterapi

İmmünoterapotik stratejiler antitümör etkiyi ya pasif ya da aktif immünite yoluyla sağlamayı hedeflemektedir. Pasif immünitede etkili moleküller veya hücreler direkt olarak alıcıya verilir. Aktif immünitede ise alıcının immün sistemi aktive edilerek tümör hücrelerinin tahrip edilmesi esasına dayanmaktadır. Mesane kanserinde pasif immünite yoluyla

immünoterapi yapılmaktadır. En etkili immünoteropatik ajan intravezikal yol ile uygulanan Bacille Calmette-Guerin (BCG)'dir (20,21,35,77,78).

İntravezikal BCG kuvvetli lokal inflamatuvar yanıtı açar, tümör progresyonunu geciktirir, nükslerin engellenmesinde kullanılır ve daha sonradan yapılan sistektomi ihtiyacını azaltır aynı zamanda genel sağkalımı artırdığı gösterilmiştir. Etki mekanizması tam olarak bilinmese de hücre döngüsünü artırdığı iddia edilmektedir (30,78,79,80).

BCG uygulamasında en sık görülen yan etkiler, mesane irritasyonuna bağlıdır. Mesanede rahatsızlık hissi, hematüri, poliüri, disüri, ateş, ağır sistit ve sistemik BCG enfeksiyonu (BCGitis) gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle hematüri bulunduğu veya TUR dan kısa bir süre sonra uretra ve mesanede açık yaralar olabildiğinden intravezikal BCG uygulaması yapılmamalıdır. Tedavi yapılıyorsa da mutlaka ara verilmelidir (30,79,80).

İnterferon, interlökin ve keyhole limphet hemosiyanin, hastalık nükslerinin önlenmesinde başarılı sonuç verdiği ve kemoterapötikler kadar aktif olduğu kanıtlanan diğer immünoteropatik ajanlardır (34).

Kemoterapi

Mesane tümörlerinin tedavisinde antineoplastik ilaçlar intravezikal (mesane içine) ve sistemik olarak uygulanabilmektedir.

Sistektomi sonrası lokal ya da uzak nükslere bağlı olarak hastaların kaybedilmesi nedeniyle, preoperatif (neoadjuvan) ve postoperatif (adjuvan) sistemik kemoterapiler, sistektomiyle birlikte kullanılacak tedavi şekilleri olarak uygulanmaktadır (81). Neoadjuvan kemoterapi tümör evresini küçülterek cerrahi sınırları negatifleştirmek ve mikro tümör yayılımlarını yok etmek amacıyla uygulanır. Adjuvan kemoterapi ise sistektomi sonrası nüksü geciktirmek veya engellemek ve sağkalımı uzatmak amacıyla kullanılmaktadır. Metotreksat, Vinblastin, Doksorubisin ve Sisplatin en çok kullanılan kemoterapik ajanlardır (41,47,52).

Bazı olgularda TUR sonrası immünoteropatik ajanlarda olduğu gibi kemoterapik ajanlar da verilerek tedavi yapılabilmektedir. Tümörleri tamamen rezeke edilmiş hastalarda tümör tekrarını azaltmak veya çok yaygın TUR'un imkansız olduğu tümörlerin palyatif tedavisinde kullanılmaktadır (35,41). En sık kullanılan intravezikal kemoterapik ajanlar: Mitomisin C (DNA sentezini baskılayan, alkile edici bir ajandır.), Tiyotepa (alkile edici bir ajandır), Doksorubisin, Calmette (BCG'nin zayıflatılmış formudur), Epidurubicin şeklinde sıralanabilir (43).

Mesane tümörlü hastalara tek ajan ile sağlanan yanıtın oranını yükseltmek ve süresini uzatmak amacıyla birkaç ajanın birlikte kullanıldığı kombine kemoterapi tedavisi de uygulanmaktadır (30,41,43).

Radyoterapi

Radyasyon tedavisi derin ilerlemiş tümörlü hastalarda radikal sistektomiye alternatif olarak uygulanır. Ayrıca kemoterapi ile beraber kombine şeklinde de uygulanabilir. İlerlemiş mesane tümörlerinde hastaların yaşam kalitesini artırmak ve artan semptomların kontrolünde palyatif radyoterapi ve kemoterapinin kullanımı etkilidir (43,47,51).

AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR

Sistektomi Komplikasyonları

Radikal Sistektominin en önemli komplikasyonu ameliyat sırasında arter ya da ven yaralanmasına bağlı şiddetli kanamalardır. Ameliyat sırasında fark edilmediği takdirde ameliyat sonrası dönemde kanama hasta için sorun olabilir. Radikal sistektominin bir diğer komplikasyonu ise yine ameliyat sırasında rektal perforasyondur. Rektal yaralanmalar hastada pelvik ve ya abdominal apse gibi septik komplikasyonlara neden olur (29,68).

Parsiyel sistektomi de ise ameliyat sonrası dönemde vajina ve bağırsak fistülleri komplikasyon olarak görülebilmektedir (68).

Sistektomi sırasında sinir koruyucu cerrahi uygulanmasına karşın, erkek hastalarda seksüel fonksiyon bozukluğu sık görülür. Ayrıca bu ameliyatların sonrasında hastalarda atelektazi, pnömoni, emboli gibi pulmoner komplikasyonlar, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyak komplikasyonlar görülmektedir (76).

Stres ülser ve stres ülser kanamaları, yara enfeksiyonu ve eviserasyon, nazogastrik drenajın uzatılmasına bağlı ileus, derin ven trombozu diğer sistektomi komplikasyonları gelişmektedir (29,76).

Üriner Diversiyon Komplikasyonları

Üreter anastomozlarında ayrışmaya bağlı idrar fistülü, ödem veya hematoma nedeniyle Üretoral anastomozda erken obstrüksiyon, intestinal anastomoz kaçaklarına bağlı peritonit üriner diversiyonlu hastalarda komplikasyon olarak görülmektedir (68,76).

Ortotopik mesane rekonstrüksiyonunda bağırsak ile üretra arasında yapılan anastomozda darlık görülebilmektedir. İdrar retansiyonunun farklı nedenleri olabilmekte ve

hastanın yaşam boyu kendini kateterize etmesi gerekmektedir (76). Pyelonefrit genellikle sık görülen bir komplikasyondur. Kısa bağırsak sendromlu hastalarda ishal, safra tuzlarının malabsorbsiyonu ve vitamin B12 eksikliği ve bazı üriner diversiyon ameliyatları sonrasında geç dönemde sekonder malignite gelişebilmektedir. (59)

SİSTEKTOMİ AMELİYATI OLAN HASTANIN BAKIMI

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Sistektomi uzun ve zorlayıcı bir cerrahi olması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde kardiyopulmoner bir değerlendirme yapılmalıdır. Özellikle çoğu yaşlı hastalar ameliyatı tolere edemeyebilir (82). Hastanın beslenmesinin değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü preoperatif süreçte fakir diyet ameliyat sonrası dönem için sorun oluşturabilir. Uygun beslenmenin sağlanması radikal sistektomi ameliyatı sonrasında iyileşmeyi hızlandırır ve kolaylaştırır (82,83). Yine bu dönemde hastanın eğitimi ve ailenin eğitimi önemlidir. Özellikle eğitimde hastanın el becerisi ve el koordinasyonu belirlenerek hastaya uygun eğitim metodu kullanılır. Böylece ameliyat sonrası dönemde hastanın kendi kendine bakımı kolaylaştırılır (84).

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Tanıları; Cerrahi girişime bağlı ankiyete riski, Yetersiz besin alımına bağlı vücut gereksiniminden az beslenme, Cerrahi girişim ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgi eksikliği (82,85,86).

Ameliyat Öncesi Amaç; Anksiyetenin azaltılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin eğitimin verilmesi (82).

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Girişimleri

Anksiyetenin azaltılması; Mesanenin çıkarılması, kanserle mücadele edilmesi, hastanın vücut imajının bozulması ve kendini güvende hissetmemesine bağlı hastanın korku yaşamasına neden olur. Hastalar stoma, vücutlarına eklenecek yabancı cisim, cerrahi yara ve alışkanlıklarının değişmesi gibi problemlerle karşı karşıyadırlar. Erkek hastalar seksüel aktivitelerinin değişikliğine ilişkin adapte edilmelidir. Kadın hastalarda ise vücut imajı ve kendine saygının azalması gibi korkuların ortaya çıktığı görülmektedir. (82). Stresin ve kaygının azaltılmasındaki yöntem hastanın düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olmaktır. Hasta dinlenmeli ve soruları cevaplandırılmalıdır (84). Hastanın psikolojik ve fiziksel destek alması sağlanır. Bu destek hastanın yaşam stilini mümkün olduğunca az değişikliğe uğratmalı

ve hastanın kendini bağımsız hissetmesi sağlanmalıdır. Hastanın cerrahi girişime ilişkin kaygılarını ve korkularını azaltmak için ne tür bir ostomi kullanılacağı, cerrahi sonrası durum hakkında bilgi verilir. Hastanın adaptasyonunu kolaylaştırmak ve emosyonel destek alması için mümkünse destek gruplarına katılımı sağlanır (84,87).

Yeterli beslenmenin sağlanması; Ameliyat öncesi dönemde ameliyat sonrası ileus ve fekal tıkaçın önlenmesi için hastanın bağırsakları temizlenir ve diyetle az posalı besinler tercih edilir. Ameliyat sırasında ve sonrasında cerrahi alanda bağırsak florasının oluşturduğu enfeksiyonlar için hekimin önerdiği antibiyotikler hastaya verilir (82). Hastaya cerrahi girişim sırasında ve sonrasında hipovolemiyi önlemek, özellikle cerrahi girişim sırasında idrar akımını sağlamak için yeterli ameliyat öncesi hidrasyon sağlanmalıdır. İyileşmenin yüksek olması için hekimin önerdiği şekilde parenteral beslenme yapılabilir (82,84,87).

Ameliyattan bir gün öncesi hasta oral alabiliyorsa eğer diyet, hastaya gün boyunca; limonsuyu dışındaki su, çay, kahve, yumuşak içecekler, et ya da tavuk suyu ve elektrolit içeren sıvılar verilebilir. Bol sıvı alması önemlidir. Bütün gün boyunca bol miktarda sıvı alımı önerilmeli, ancak gece yarısından sonra su dahil ağızdan hiçbir şey almaması için hasta uyarılmalıdır. Sabah ilaçları bir yudum su ile güvenle alınabileceği anlatılır. Kaloriye ihtiyacı olduğu için et veya tavuk suyu bağırsak hazırlığı boyunca mükemmel kalori sağlayabilir. Süt ürünleri ve limon suyu içmesi elektrolitleri tutacağından diyetle önerilmemektedir (89).

Cerrahi girişimin etkilerinin açıklanması; Ameliyat öncesi eğitim ve ameliyat sonrası bakım stoma hemşiresi tarafından hastaya ameliyat öncesi öğretilmelidir. Bu eğitim cerrahi işlem, stomanın görüntüsü, ameliyat öncesi bağırsak hazırlığının açıklanması, vücuduna takılacak aparatın tanıtımı, seksüel fonksiyona cerrahinin etkileri hastaya öğretilmelidir. Hastaya stomayla oturma, uzanma, kalkma, bakım verirken pozisyonu hakkında bilgi verilmeli ve stomanın yeri hasta ile beraber kararlaştırılmalıdır. Örneğin göbek yanında, kemer uzantısında gibi (82,84,87).

Radikal sistektomi sonrasında yoğun bakımda uyanabileceği, eğer komplikasyon olmazsa parsiyel sistektomi sonrası odasında olacağı açıklanmalıdır. Ameliyat sonrası hastaya santral venöz kateter, üriner kateter, nazogastrik sonda, cerrahi alanlarda drenlerin olacağı anlatılmadır (82,84,88).

Hastanın kendi kendine vereceği bakımın kolay olabilmesi için stoma bakımı rahat ve görülebilir bir yerde yapılmalıdır. Hasta vücuduna takılacak ürostomiye karşı alerjik olabilir. Bunun için alerji testi yapılmalı ve hastaya uygun preparat seçimi sağlanmalıdır (84).

Hastanın ürostomi torbasının boşaltımını öğretmek için torba biraz su ile doldurularak hastanın stoma açılacak yerine konular ve hastayla birlikte torbanın boşaltımı sağlanır böylece hastanın pratik olarak öğrenmesine yardımcı olunur. Hastanın eğer varsa katılması gereken rehabilitasyon programları anlatılmalı, daha önce bu programa katılan stomalı bireylerle iletişimi sağlamalıdır (82).

Hastada Beklenen Sonuçlar

1. Beklenen kayıplar ve cerrahinin neden olduğu anksiyetenin azaltılması,
2. Yeterli beslenmenin sağlanması,
3. Ameliyat sonrası bakım ve cerrahi girişim hakkında bilginin öğretilmesi (82).

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası bakımda hemşirenin rolü komplikasyonların önlenmesi ve olası komplikasyonların belirti ve bulgularının dikkatli bir şekilde takip izlenmesini içerir (82,84).

Ameliyat Sonrası Tanılar; İdrar toplama aparatının yönetimindeki problemlere bağlı olası deri sorunları, cerrahi yaraya bağlı akut ağrı, üriner diversiyona bağlı bozulan vücut imajı, fizyolojik ve yapısal değişikliklere bağlı olası seksüel fonksiyonda bozulma, üriner fonksiyonun yönetimi hakkında bilgi eksikliği (82,86).

Potansiyel Komplikasyonlar; Anostomozun bozukluğuna bağlı peritonit. Stomaya yetersiz kan akımına bağlı stomal nekroz ve iskemi. Gerginlik ya da travmaya bağlı mukokütenoz sınırın stomadan ayrılması veya içeriye kaçması (76,82).

Ameliyat Sonrası Amaçlar; Peristomal derinin güvenliğinin sağlanması, ağrının azaltılması, kendine saygının artırılması, seksüel ve üriner fonksiyon değişiminin üstesinden gelmek için mekanizmaların geliştirilmesi, üriner fonksiyonun yönetimi hakkında bilginin artırılması, potansiyel komplikasyonların önlenmesini içerir. (82,85).

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Girişimleri

Ameliyat sonrası dönemde, üriner fonksiyonun devamlılığının izlenmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların (enfeksiyon, sepsis belirtileri, pulmoner komplikasyonlar, sıvı elektrolit dengesi, idrarın sızması, stoma fistülü) erken dönemde izlenmesi ve hastanın rahat olmasının sağlanması bakımdaki ana noktalardır (82).

Yaşam bulguları ve hipovolemik şok belirtileri özel olarak takip edilmelidir. Nabız ve solunum hızının artması, hipotansiyon solgunluk gibi anormal durumlar kanama belirtileri olabileceğinden dikkatle izlenmelidir (87,88).

Kateter ve drenaj sistemleri, idrar çıkışı, idrar miktarı, drenajın görünümü, rengi dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Her saat başı üriner drenajın miktarı izlenmelidir. Aniden azalan ya da artan idrar miktarı hekime haber verilir. Çünkü üriner sistem tıkanıklığı, yetersiz kan hacmi ya da kanamanın belirtisi olabilir. İdrar 30 ml/h'ten az ise retansiyon belirtisi düşünülmelidir. Hekimin analizi için 4 ya da 5 kap idrar örneği toplanmalı ve hekim görene kadar idrar toplama işlemi devam etmelidir (84,87).

Hareketsizliğe bağlı pulmoner komplikasyonlar gelişebilir. Bunun önlenmesi için derin solunum ve öksürme egzersizleri, sık aralarla pozisyon değişimi yaptırılır. Ameliyat sonrası dönemde yatmaya bağlı komplikasyonların önlenmesi için hasta mümkün olduğunca çabuk yürütülmelidir. Hastanın solunumu düzenli olarak incelenmelidir (82,88).

Bağırsak anostomozunda basıncı azaltmak ve gastrointestinal sistemin rahatlaması için ameliyat sırasında hastaya nazogastrik tüp yerleştirilir (82). Bağırsak fonksiyonun çalıştığından emin olduğunda hastaya ameliyat sonrası 1.gün sadece su verilmek kaydıyla geçilebilir. 2. gün rejim 2 olarak adlandırılan her türlü sıvı, yumuşak gıdalar, çorba, muhallebi, bisküvi, çay gibi yiyecekler verilebilir. Hasta tolere ediyorsa eğer 3. gün katı gıdalara geçilebilir. Hastanın ağızdan alımı başlayana kadar parenteral yolla sıvı elektolit dengesi desteklenir (89).

Ağrının kontrolü

Hastaların insizyon ağrıları için periyodik olarak ağrı kontrolü yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın hareketini, derin solunum ve öksürme egzersizlerini rahat yapmalarını engellemeyecek şekilde ağrı kesici ilaçların dozu artırılarak hastanın rahatlaması ve ağrısının azaltılması sağlanmalıdır (82). Ağrı kontrolü için ayrıca hasta kontrollü ağrı kesiciler sağlanabilir. Ağrı yönetiminde ağrı skalaları kullanılarak hekim istemi ile tedavi planlanmalıdır (83).

İdrar boşaltımının sağlanması

Hastaların boşaltım için kontinan rezervuarda tüplerin irigasyonunu öğrenmeleri gerekmektedir. İrigasyon önemlidir çünkü iyileşme gerçekleşinceye kadar rezervuarda aşırı şişme olmamalıdır. İyileşme yaklaşık 3 haftada gerçekleşir (82). Normal bir tuzla hazırlanmış solüsyonla her gün 3-4 saatte bir irigasyon yapılabilir. Eğer solüsyon rahatça geri verilmiyorsa

irigasyonu tekrarlamak gerekebilir. Sıvının çıkarılması için nazikçe aspirasyon yapılmalıdır. Aspirasyonla mukoz bir plak ya da kan pıhtısı gelebilir. Bu konuya ilişkin hastanın endişelenmemesi gerektiği belirtilmelidir (84,87). Her gün en az 6-8 bardak su tüketmek önemlidir çünkü drenaj daha kolay gerçekleşir. Hasta irigasyon işlemini gerçekleştiriyorsa tekrar etmeden hekime gitmesi söylenir (87).

Hastanın evde güvenli, rahat, kolayca uygulayabileceği idrar boşaltma yöntemi olan temiz aralıklı katerizasyon (TAK) hastaya öğretilmelidir. Temiz aralıklı katerizasyon hastayı uzun süreli katerizasyon komplikasyonlarından korur ve hastanın yaşam kalitesini artırır (90). Hastanın TAK işlemi için uygun kateteri seçmesi önemlidir. Bunun için 14-16 numaralı lateks, foley, silikon veya hidrofilik kateterler hastaya önerilebilir. İşlem öncesi hastanın elini uygun teknikle yıkamasının olası enfeksiyonların önlenmesi için önemli olduğu anlatılmalı ve bu konuda hastaya eğitim verilmelidir. İşlem öncesi kateterin temizliğinde kullanılacak solüsyonların doğru teknikle hazırlanması anlatılmalıdır. Hasta kateter temizliği için çeşme suyu ile karıştırılmış $\frac{1}{4}$ çamaşır suyu, çeşme suyu ile karıştırılmış $\frac{1}{2}$ povidoniodine kullanılabilir (91). İşlem sırasında hasta oturmalı ya da sırt üstü uzanmalıdır. Hasta tuvalette komoda oturarak bu işlemi gerçekleştirebilir. Hasta kateteri stomasından içeri ilerleterek idrarın gelmesini beklemelidir. Tam bir idrar boşaltımı için karnına nazikçe bastırabilir (82,90).

İki boşaltım arasındaki zaman her hafta birer saat azaltılmalıdır. Hasta boşaltımlar arasındaki zamanı 5-6 saatten fazla tutmamalıdır (84).

Stoma derisinin bakımı

Deri bütünlüğü hastanın iyi beslenmesi ve yaranın mümkün olduğunca çabuk iyileşmesine bağlıdır. Hasta kendi bakımını ve kendi rahatını sağlayana kadar deri bakımı ve drenaj sisteminin bakımı hemşire tarafından dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Drenaj sistemi ve deri bütünlüğü iyi bir bakımla gerçekleştirilir. Erken ameliyat sonrası dönemde drenaj bakımı için malzemeler hazır olmalıdır (82). Hastanın deri bakımı için düzenli bir program hazırlamak deri bütünlüğünü ve hastanın rahatını sağlayacaktır. Hassas ciltlere uygun bir sabun ve su ile stoma çevresi yıkanmalı kuru ve temiz bir gaz yardımıyla kapatılmalıdır. 3-6 saatte bir torbasının değişimi sağlanmalıdır (92)

Stomanın derisinde pis koku olması, alkalin idrara bağlı stomada dermatitin gelişmesi böyle bir durumda stoma çevresi ve deride beyaz kristallerin olabileceğinin ve bunu önlemek için ph dengeleyici kağıtlar kullanılabileceğinin açıklanması gerekir (87).

Vücut imajının geliştirilmesi

Hastalık ya da ameliyat nedeniyle beden imajında oluşan değişikliklere uyum sağlaması gereken bireyin desteğe gereksinimi vardır. Birey ve ailesine bireyin düşünceleri, duyguları ve değerleri ile bir bütün olduğu hastalık/fiziksel değişim önemli olsa da bu bütünlüğe zarar vermeyeceği vurgulanmalıdır. Beden imajını sağlıklı kılmak için ameliyatın oluşturduğu fiziksel değişiklikler doğru tanımlanarak bireyin vücudunu yeni haliyle kabul etmesine yardımcı olunmalıdır. Bireye stomanın mesane gibi aynı amaçla fonksiyon gören yaşam kurtarıcı bir oluşum olduğu anlatılmalıdır (92,93). Özellikle tuvalet alışkanlıklarının değişimine uyum göstermede hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine izin verilmelidir. Hemşire hastanın drenaj bakımına ilişkin becerilerini öğretmeli ve hastanın düşüncelerini geliştirmesine yardımcı olmalıdır (82). Stoma bakımının eğitiminde hastaların soru sormalarına izin verilmeli ve hastalar soru sormaya cesaretlendirilmelidir. Hemşire Stoma bakımını yaparken eldiven giydiğinde hasta stomadan hoşlanılmadığı şeklinde bir kanıya vararak yanlış anlayabilir. Hemşire hastaya niçin eldiven giydiğini açıklayarak yanlış anlamaları engellemelidir (92).

Seksüel aktivite

Radikal sistektomi sonrasında hem erkek hem de kadın hastada seksüel fonksiyon bozukluğu gelişir. Çünkü organ çıkarılır ve sinirlerde harabiyet olur. Erkeklerin % 80'inden fazlası radikal sistektomi sonrası ereksiyon kaybı yaşar (87). Kadınlarda ise vajine duvarının bir kısmı alınacağı için rekonstrüktif cerrahi gerekir rekonstrüktif cerrahi sonrası vajinada darlık meydana gelebilir bu da cinsel birleşmede zorlanmaya neden olur. Aynı zamanda kadında ameliyat sırasında overlerin çıkarılmasıyla beraber östrojen kaybı olur ve vajina kuru ve elastik yapısını kaybeder. Bu durum radikal sistektomi geçirmiş bir kadında yine cinsel birleşmeyi zorlaştırmaktadır (74,87).

Hastalar cerrahi girişime bağlı seksüel aktivitesinde değişim yaşarlar ve bu kaybın yasını tutabilir. Bazı hastalar seksüel aktivitelerine ilişkin soruları sorarken çekimser olabilirler. Seksüel aktiviteye ilişkin düşünceler için tartışma hemşire tarafından başlatılmalıdır. Eğer hastaya radikal sistektomi yapılıyorsa seksüel ve üriner sistem kaybı kaçınılmazlığı hakkında bilgi vermek gerekecektir. Seksüel problemler için alternatif çözümler hasta ile beraber geliştirilir. Hasta ve partneri aynı cerrahi girişim olan hastalar ile görüştürülerek deneyimleri paylaşılır (72).

Bireylere cinsel yaşama uyumda kolaylık sağlayabilecek bilgiler verilmelidir. Bu bilgiler; Cinsel yaşamla ilgili duygularını partneri ile paylaşma, sevgisini sarılma, el ele

tutuşma gibi davranışlarla ifade etme, partneri ile aynı yatakta yatma alışkanlığını sürdürme, beraber olmadan önce duş alma, beraber olma esnasında daha küçük torba, opak torba ya da tıpa kullanma, farklı pozisyonlar deneme gibi önerilerde bulunulabilir (94).

Potansiyel Komplikasyonların İzlenmesi ve Yönetimi

Genellikle komplikasyonlar görülür çünkü cerrahi işlem karmaşık ve zor bir girişimdir. Ayrıca hasta travma, kanser ve minimum beslenme durumu ile karşı karşıyadır. Ameliyat sonrası komplikasyonlar; ateletazi gibi pulmoner komplikasyonlar, sıvı elektrolit dengesizlikleri, anostomozun bozulması ile birlikte sepsis, fistül, idrar sızması ve deri bütünlüğünün bozulması gibi komplikasyonlardır (76,82). Eğer bu komplikasyonlar olursa hastanın hastaneden çıkma süresi uzayacak ve parenteral beslenme gerekecektir. Bakımın amaçları, drenajın sağlanması, iyileşmenin olabilmesi için yeterli beslenmenin sağlanması ve sepsisin önlenmesidir (82).

Peritonit

Anostomozdan idrar sızıntısı olursa eğer ameliyat sonrası peritonit olabilir. Peritonit belirti ve bulguları; karın ağrısı, karında şişlik, bulantı, kusma, karın kaslarında sertlik, bağırsak hareketlerinde durma, ateş ve lökositöz şeklinde sıralanabilir (76).

İdrar çıkışı izlenmeli çünkü drenlerden ve yara yerinden gelen idrarın miktarı uygun bir artma gösteriyorken aniden idrar miktarı azalmışsa bu idrar sızma belirtisi olabilir. Ayrıca idrar drenaj aygıtı sızıntı yönünden gözlenmelidir. Eğer sızıntı gözlenirse poş değiştirilir. Anostomozdaki küçük sızıntılar kendiliğinden kapanabilir fakat daha büyükleri için cerrahi girişim şarttır. Hastanın yaşam bulguları izlenmeli anormal belirti ve bulgular hekime bildirilmelidir (82).

Stomannın iskemisi ve nekrozu

Hemşire stoma çevresini gözlemlemelidir çünkü mezenterik kan damarlarındaki gerginlik, cerrahi sırasında bağırsakların bükülmesi ya da arterlerin yetersizliğinden dolayı stomada iskemi ya da nekrotik doku gelişebilir. Yeni bir stomanın yeterli kan akımı en az dört saatte bir izlenmelidir. Stomannın rengi kırmızı ya da pembe olmalıdır (82,92). Stomaya yeterli kan akımı sağlanamıyorsa stomannın rengi mor, kahverengi ya da siyah görünür. Bu değişiklikler derhal hekime bildirilmelidir. Yüzeysel nekroz ve iskemi için hekim ya da stoma hemşiresi ucunda ışıık olan küçük bir tüple stomannın içini yağlayabilir. Nekrotik stoma

tekrarlarsa cerrahi müdahale gerekir. Eğer stomada yüzeysel iskemi varsa koyuluk gözlenir ve birkaç gün içinde dış tabaka kötü bir durum alabilir (95).

Stomanın ayrılması ve geri çekilmesi (separasyon ve retraksiyon)

Stomanın oluşturulması için kullanılan internal bağırsak segmentinin travması ya da gerginliği sonucunda mukokütanöz sınırın ayrılması ya da geri çekilmesi olabilir. Ek olarak mukokütanöz sınır ve stomada idrar birikmesi sonucu iyileşme olmazsa mukokütanöz ayrılma görülebilir. İdrarın reflusunu engelleyecek drenaj poşuna yol yapılırsa bu yol mukokütanöz kenar ve stomada idrar birikmesini önler (82,95). İyileşmenin çabuk olabilmesi için stoma bakımı önemlidir. Stoma çevresi kuru ve temiz tutulmalıdır. Eğer mukokütanöz ayrılma olursa cerrahi girişim gerekli değildir. Ayrılan alanın iyileştirilmesi için özel bir yapıştırıcı ile stomaya yapıştırma işlemi uygulanır. Ayrılanın düzeltilmesi ile iyileşme sağlanır. Stoma peritonyuma geri çekilirse düzeltilmesi için cerrahi işlem şarttır (82).

Komplikasyonların iyileştirilmesi için cerrahi işlem uygulanacaksa hemşirenin hasta ve ailesine bu durum hakkında bilgi vermesi gerekir. Hasta ve ailesi ikinci bir ameliyatı genellikle durumun kötüleşmesi olarak algılayacaktır. Hemşire hasta ve ailesine emosyonel destek vermeli ve hastayı fiziksel olarak ameliyata hazırlamalıdır (95).

Evde Temel Bakım

Ameliyat sonrası bakımdaki ana amaç, hastanın kendi kendine bakımını yüksek düzeyde bağımsızca yapabilmesini desteklemektir. Hastanın hemşiresi ve stoma hemşiresi stoma bakımının tüm evrelerinde hasta ve ailesine yardımcı olur ve eğitimini sağlar. Hemşire hasta ve ailenin eğitimini gerekli araç gereçler ve becerisine uygun olarak planlar. Eğitimde sözlü ve yazılı yöntemler kullanılır. Hasta taburcu olduktan sonra bakımı ile ilgili sorularını sorabilmesi için hekimine ya da hemşiresini telefonla araması konusunda cesaretlendirilir ve olanak sağlanır. Yine mümkünse hemşire uygun olduğu zamanlarda hastayı evinde ziyaret ederek bakımın devamlılığını kontrol eder (82,85).

Hasta stomasındaki aparatın günlük değişimi ve bakımında etkin olabilmesi için desteklenir. Hastanın stomaya ilişkin korkularını yenmesi için, hastanın stomasına erken dönemde bakması ve dokunması için desteklenir. Hasta ve ailesinin stomanın karakteristik özelliklerini bilmeye ihtiyaçları vardır (82). Stomanın bu özellikleri, nemli ve pembe, ağız mukozasına benzer görünümlü, sinir sonlanmaları olmadığı için ağrı yaşamayacağı, temizlendiğinde damarsal yapıdan dolayı kanayabileceği, ayrıca üriner diversiyon oluşturabilmek için gastrointestinal sistem kullanıldığında idrarla birlikte mukusun

gelebileceği anlatılmalıdır (95). Hasta olası problemlerin belirti bulguları yönünden bilgilendirilerek bu problemler ile karşı karşıya geldiğinde nasıl kontrol altına alacağı ve hekimine haber vermesi konusunda eğitilir. Hastaya ihtiyaç duyulduğunda kendi bakımını kolaylıkla yapabileceği bilgileri içeren bir broşür temin edilmelidir (82,84).

Bakımın devamlılığı;

Hastanın yaşam biçimi ve vücut imajındaki değişimlere nasıl adapte olduğunu saptamak için sürekli bakım sağlanmalıdır. Hemşirenin hastayı evde ziyaret etmesi stoma bakımının yönetimi için önemlidir. Hasta ve ailesi üriner fonksiyondaki değişimlerle başa çıkabilmeleri için eğitimle desteklenmelidir (82). Üriner sistemde, pošta rüptür, idrar sızıntısı, taş oluşumu, stomanın darlığı, renal fonksiyonun bozulması ya da inkontinans gibi uzun dönem komplikasyonlar görülebilir (76). Üriner diversiyonlu hastaya taburcu olduktan sonra şu önerilerde bulunulur; 3. ay, 6.ay, 9.ay 12. aylarda ve daha sonra her yıl renal fonksiyon testlerini (BUN, serum kreatinin) yaptırması. 1. ay, 3. ay, 6. aylarda ve daha sonra iki yılda bir poşun endoskopik muayenesinin yapılması. Olası metastaz için her yıl fiziksel muayenesini yaptırması, örneğin akciğer filmi çektirmesi. Ek olarak hasta ve ailesine sağlığı koruyucu ve iyileştirici davranışların uygulanmasının önemi hatırlatılır (82).

Ostomi için hastanın ince barsağı kullanıldı ise B vitamini eksikliği anemisi görülebilir. Hastaya bu durumda B vitaminini tedavisi için birkaç yıl enjeksiyon uygulanabilir. Hastanın evdeki diyetini planlarken B vitamininden zengin diyet önerilir (82,83).

Radikal sistektomi hastaları ağır yağlı yiyeceklerden, kızartma benzeri yiyecek tüketiminden 6-8 hafta uzak durmalıdır. Gastrik intolerans nedeniyle sık ve az miktarda beslenme önerilir. Gaz ve şişkinlik yapıcı yiyeceklerin tüketimi sınırlandırılmalı, hastaların diyeti lifli ve proteinli içerikten zengin olarak planlanmalıdır (83).

YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); sağlık halini, 1948 yılından beri, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir huzur ve iyilik hali olarak tanımlamaktadır. “Tam bir huzur ve iyilik halinde olma” vurgusu, doğrudan doğruya “yaşam kalitesi” kavramı ile bağlantılıdır. Bu tanım ve tarihten sonra yaşam kalitesi, giderek hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda önem kazanmış dolayısı ile tıp ve hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesine ilişkin kriterleri etkilemiştir (3,96-98).

Yaşam kalitesi kavramı tüm insanlık için evrenseldir. Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi”; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (99).

Günümüzde ise yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının iyi gittiğine ilişkin algıladığı fiziksel, fonksiyonel, ruhsal ve sosyal faktörlerin bileşiminden ortaya çıkan iyilik hali duygusudur diye tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini ‘içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması’ olarak tanımlamaktadır (100-102).

Sağlıkta yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sağlıkta yaşam kalitesi: İki bileşeni olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur. Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır. Hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır. Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanmasıdır. Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir (3,100,101).

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmasına karşın fiziksel, ruhsal, sosyal ve işle ilgili alanda toplanmaktadır.

- 1) Fiziksel alan; gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, cinsel istek, ağrı, uyku ve çalışabilme gibi özellikleri,
- 2) Psikolojik alan; beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, maneviyat, din, öğrenme, bellek ve kişilerin ruhsal durumlarına ilişkin bazı kavramları,

- 3) Sosyal alan; diğer kişilerle ilişkileri, sosyal hayata dair istekliliği ve cinsel yaşamı,
- 4) İşle ilgili alanlar ise; maddi kaynaklar, nitelikli ev ortamı, dinlenme, boş zaman değerlendirme gibi aktiviteleri içermektedir (103-105).

Yaşam kalitesini etkileyen etmenler ise bireyin genel sağlık durumu, emosyonel durumu, kendisine olan saygısı, önceki bilgi ve deneyimleri, genel refah düzeyi, ekonomik ve sosyal durumudur. Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir. Bu göstergeler etkilendiği takdirde kişinin yaşam kalitesi de etkilenmiş olur (99).

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireyin, fiziksel sağlığının tam olması, eğitimin yeterli düzeyde olması, yeterli ve dengeli beslenmesi, psikolojik doyumunun olması, bağımsızlık düzeyi, sosyal yaşama ve ilişkilere aktif katılımının olması, entelektüel gelişiminin olması, cinsiyet eşitliğinin olması, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve güvenlik içinde yaşıyor olması gerekmektedir (101,106).

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Yaşam kalitesi özel olarak geliştirilmiş ve test edilmiş ölçeklerle ölçülmektedir. Yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakış açısından hastalık ve tedavinin etkinliğinin belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcıdır (103,107,108).

Yaşam kalitesi genel ve hastalığa özel ölçekler olmak üzere iki şekilde ölçülmektedir. Genel ölçekler, genel popülasyonda (hem sağlıklı hem hasta birey) kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen (hastalık sürecinin ya da tedavisinin etkisini değerlendirmek için), karşılaştırma yapma olanağı sağlayan, geniş kitlelere uygulanabilen ölçüm araçlarıdır ve genel ölçeklerin sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi alanlarda veri toplama aracı olarak kullanılmaya uygun oldukları, kültürler arası karşılaştırma yapma olanağı sağladıkları bilinmektedir (107,108). Örneğin 36 soruluk kısa sağlık araştırması (SF-36) Hastalığa özgü ölçütler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütlerdir. Hastalığa özgü ölçütler hem farklı durumlarını etkilerini tanımlamak hem de hastalıkların en sık görüldüğü yaş gruplarının uygun olmaları nedeni ile tercih edilirler. Örneğin fonksiyonel yaşam indeksi-kanser (109).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Lisans Üstü Programında Aralık 2007- Aralık 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evreni Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğinde tümör tanısı nedeniyle mesanesine cerrahi girişim uygulanmış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Tümör tanısı nedeniyle mesanesine cerrahi girişim uygulanmış,
- Cerrahi girişim sonrası en az 4 hafta geçmiş olan,
- İletişim kurmada problemi olmayan,
- Ruh sağlığı yerinde 84 kişi oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu ve Kısa Form-36 [Short Form-36 (SF-36)] yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu, hastaların bireysel özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, sigara kullanımı, ameliyatın türü,

ameliyatın kaçınıcı haftasında olduğu) ve yaşam kalitesi düzeylerini etkileyebilecek durumları içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş veri toplama aracıdır.

Kısa Form-36 [Short Form-36 (SF-36)] Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. SF-36, jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve tekrar kullanıma sunulmuştur (97,110,111).

Ülkemizde ise SF-36 ölçeği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (104,112).

SF-36 anketi, 36 sorudan oluşan, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren geniş çaplı bir anket formudur. SF-36'da yer alan 3 major sağlık alanı ve 8 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir.

1. Fonksiyonel durum: sağlık sorunlarına bağlı olarak fiziksel aktivitenin kısıtlanması, emosyonel ve sosyal sorunlara bağlı günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, fiziksel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi, emosyonel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi.(Fiziksel rol kısıtlılıkları, Emosyonel rol kısıtlılıkları, Fiziksel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon).
2. Esenlik: Mental sağlık, beden ağrıları, canlılık (zindelik/yorgunluk) (Mental sağlık, Enerji, Ağrı)
3. Genel sağlık algılanması: bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi (Sağlığın genel algılanması) (97,111-114).

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son bir yılda sağlıktaki değişimi gösteren bir madde (bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?) bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz (97).

Alt ölçekler sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Buna göre 0 kötü sağlık durumunu ifade ederken 100 en iyi sağlık durumunu ifade etmektedir (110,111,115).

VERİLERİN TOPLANMASI

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğinde Aralık 2007-Aralık 2008 tarihleri arasında tümör tanısı nedeniyle mesanesine cerrahi girişim uygulanmış hastalarla görüşülüp öncelikle çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve ardından Kısa Form-36 [Short Form-36, (SF-36)] yaşam kalitesi ölçeği araştırma tarafından tüm sorular tek tek okunarak hastalar tarafından verilen cevaplar kaydedilmiştir. Hastalar tarafından anlaşılmayan sorular araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Hastalar ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğinde hasta muayene odası kullanılmış olup her hasta için formların doldurulması 15 dakika zaman almıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Çalışmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık ve Araştırma Merkezi etik kurulundan izin alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı poliklinikte görev yapan tüm çalışanlara ve araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılmıştır. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırmaya alınacak bireylerin, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalardan toplanan soru formlarının, istatistiksel analizinin yapılabilmesi amacıyla, sorulara verilen yanıtlar kodlanmıştır. Veriler, bilgisayar ortamına girilmiş ve değerlendirilmiştir. Nicel verilerin toplumda normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov analizi ile test edildi. Normallik varsayımı sağlanmadığı için gruplar arasında puanların karşılaştırılmasında grup sayısına göre Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Eğitim durumu ve yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişkinin varlığı, yönü ve şiddetinin saptanmasında Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, yüzde, frekans ve medyan (%25-%75 persantil) biçiminde sunulmuştur.

BULGULAR

Aralık 2007- Aralık 2008 tarihleri arasında, mesanesine cerrahi girişim uygulanan 84 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra veriler:

- Hastaların kişisel özellikleri,
- Hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesi ile karşılaştırılması şeklinde iki bölümde incelenmiştir.

Tablo1’de hastaların kişisel özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde % 15,5’inin kadın, % 84,5’inin erkek olduğu, % 9,5’inin 55 yaşın altında, %28,6’sının 55 ve 65 yaşları (dahil) arasında, % 61,9’unun 65 yaşın üzerinde ve yaş ortalamasının $67,17 \pm 8,9$ olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde %13,1’inin okuryazar olmadığı, % 6’sının okuryazar olduğu, % 69’unun ilkokul mezunu , % 7,1’inin ortaokul mezunu %1,2’sinin lise mezunu, %3,6’sının yüksek öğretim ve üstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 71,4’ünün çalışmıyor, % 28,6’sının çalışıyor olduğu, % 83,3’ünün evli, 16,7’sinin bekar olduğu saptanmıştır.

Aylık gelir düzeyine göre dağılımlarına bakıldığında % 49’unun aylık gelirinin 500 TL’nin altında olduğu, %40,5’inin 500 TL ve 1000 TL arasında olduğu, %9,5’inin 1000 TL’nin üzerinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde Emekli Sandığı (EMS) % 13,1, Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) %29,8, özel sigorta % 2,4, Bağ-Kur (BK),% 41,7, Yeşil Kart (YK) % 7,1 olduğu % 6’sının ise sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=84)

Kişisel Özellikler	
Cinsiyet (n / %)	
Kadın	13 / 15,5
Erkek	71 / 84,5
Yaş (n / %)	8 / 9,5
<55	24 / 28,6
55-65	52 / 61,9
>65	
Yaş Ortalaması (Ort ± SD (Min-Max))	67,17±8,9 (42-83)
Eğitim Durumu (n / %)	
Okur-Yazar Değil	11 / 13,1
Okur –Yazar	5 / 6
İlkokul Mezunu	58 / 69
Ortaokul Mezunu	6 / 7,1
Lise Mezunu	1 / 1,2
Yükseköğretim ve Üstü	3 / 3,6
Çalışma Durumu (n / %)	
Çalışıyor	24 / 28,6
Çalışmıyor	60 / 71,4
Medeni Durum (n / %)	
Evli	70 / 83,3
Bekar	14 / 16,7
Aylık Gelir Düzeyi (n / %)	
<500 TL	42 / 49
500-1000 TL	34 / 40,5
>1000 TL	8 / 9,5
Sosyal Güvence (n / %)	
Emekli Sandığı	11 / 13,1
SSK	25 / 29,8
Özel sigorta	2 / 2,4
Bağkur	35 / 41,7
Yeşil kart	6 / 7,1
Sosyal Güvencesi Olmayan	5 / 6

Tablo 2’de hastaların hastalığa özgü dağılımları görülmektedir. Hastaların % 19’unun sigara kullandığı,% 81’inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ameliyatın türüne göre dağılımı incelendiğinde % 91,7’sinin Trans Üretral rezeksiyon (TUR), % 6’sının Radikal Sistektomi, % 2,4’ünün Üretokütaneostomi operasyonu geçirdikleri tespit edilmiştir.

Hastaların ameliyat sonrası % 29,8’inin 1.ayda, %13,1’inin 2.ayda, % 14,3’ünün 3.ayda, % 9,5’inin 4.ayda ve % 33,3’ünün 4.ay ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ameliyat sonrası % 35,5’inin cinsel yaşamının etkilenmediği, % 33,3’ünün cinsel yaşamının ileri düzeyde etkilendiği, % 30,8’nin cinsel yaşamının orta düzeyde etkilendiği saptanmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkların sorunların dağılımına bakıldığında % 33,3’ünün ağrı sorunu yaşadığı, %28,6’sının idrar yaparken yanma sorunu yaşadığı, % 16,7’sinin idrarda kanama sorunu yaşadığı, % 15,5’inin sık idrara çıkma sorunu yaşadığı, % 1,1’inin idrar kaçırma sorunu yaşadığı, % 1,2’sinin idrar yaparken tıkanıklık sorunu yaşadığı, % 4,8’inin gece idrara çıkma sorunu yaşadığı, % 6’sının stres, endişe sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Hastalığa Özgü Özellikleri (n=84)

Hastalığa Özgü Özellikler	
Sigara Kullanımı (n / %)	
Evet	16 / 19
Hayır	68 / 81
Ameliyatın Türü (n / %)	
Trans Üretral Rezeksiyon (TUR)	77 / 91,7
Radikal Sistektomi	5 / 6
Parsiyal Sistektomi	-
Üretokütaneostomi	2 / 2,4
Diğer	-
Ameliyat Sonrası Kaçınıcı Süre (n / %)	
1.ay	25 / 29,8
2.ay	11 / 13,1
3.ay	12 / 14,3
4.ay	8 / 9,5
>4.ay	28 / 33,3
Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşam (n / %)	
Etkilenmedi Aynı	30 / 35,5
Çok Etkilendi	28 / 33,3
Az Etkilendi	26 / 30,8
Ameliyat Sonrası Yaşanılan Sorunlar (n / %)	
Ağrı	28 / 33,3
İdrar yaparken yanma	24 / 28,6
İdrarda kan	14 / 16,7
Sık idrara çıkma	13 / 15,5
İdrar kaçırma	1 / 1,1
Tıkanıklık	1 / 1,2
Gece idrara çıkma	4 / 4,8
Stres, Endişe	5 / 6

Tablo 3’ de SF-36’nın alt ölçekleri puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir. Hastaların Yaşam Kalitesi alt grup puanı fiziksel rol kısıtlılıkları 4 (4-8) puan, ve emosyonel rol kısıtlılıkları 3,5(3-6) puan, sosyal fonksiyon 7 (5-8) puan, ağrı 7,2 (4,7-9,4) puan, fiziksel fonksiyon 20 (10-30) puan, sağlığın genel algılanması 15 (13,6-17,4) puan, mental sağlık 17(14-22) puan ve enerji 13 (8-18) puan olarak 50’nin altında puan aldıkları görülmektedir. Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası hastaların yaşam kalitesi alt grup puanları değerlendirildiğinde yaşam kalitesi puanlarının çok düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanları Ve Minimum-Maksimum değerleri (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Medyan (persantil %25-%75)	Min-Max Değerleri
Fiziksel Fonksiyon	20 (10-30)	10-30
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4 (4-8)	4-8
Sosyal Fonksiyon	7 (5-8)	2-10
Ağrı	7,2 (4,7-9,4)	2-11
Mental Sağlık	17(14-22)	9-30
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	3,5(3-6)	3-15
Enerji	13 (8-18)	4-24
Sağlığın Genel Algılanması	15 (13,6-17,4)	10-22,4

Tablo 4’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımları değerlendirildiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanının erkek hastalarda emosyonel rol kısıtlılıklarında 3(3-6) puan olduğu, fiziksel fonksiyondan kadınlar 20 (12,3-30) puan erkekler ise 20(10-30) puan alarak en yüksek yaşam kalitesi puanını aldıkları belirlenmiştir. Cinsiyet grupları arasında yaşam kalitesi puan dağılımları açısından istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir (p>0.05).

Tablo 4. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Cinsiyet		
	Kadın (n=13)	Erkek (n=71)	p*
	Medyan (%25- %75 persantil)	Medyan (%25- %75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20 (12,3-30)	20(10-30)	0,301
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4(4-8)	0,965
Sosyal Fonksiyon	7(5-7,5)	7(5-8)	0,564
Ağrı	6,1(4,2-8,2)	8,2(6,1-10,4)	0,125
Mental Sağlık	17 (13,5-20)	17(14-22)	0,642
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	6(3-6)	3(3-6)	0,444
Enerji	16(8-19)	12(8-17)	0,314
Sağlığın Genel Algılanması	16,4(12-17,4)	15(14-17,4)	0,728

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 5’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının yaşa göre dağılımları değerlendirildiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanının 65 yaş üstü hastalar emosyonel rol kısıtlılıklarında 4 (3-6) puan olduğu, en yüksek yaşam kalitesi puanının 55-65 yaş arasında fiziksel fonksiyondan 27 (10-30) puan olarak elde edildiği belirlenmiştir. Yaş grupları arasında yaşam kalitesi puan dağılımları açısından istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Yaş			p*
	<55 (n=8)	55-65 (n=24)	>65 (n=52)	
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	10 (10-19,8)	27 (10-30)	20 (10-30)	0,114
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4 (4-4)	6 (4-8)	4 (4-8)	0,125
Sosyal Fonksiyon	7 (5.3-9.5)	7 (5-8)	6,5 (5-7,8)	0,802
Ağrı	7,2 (4,2-9,1)	7,2 (4,7-10,9)	7,3 (6,1-9,4)	0,760
Mental Sağlık	16,5 (11-20)	16,5 (13,3-20)	17,5 (14-22)	0,571
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	4 (3-6)	5,5 (3-6)	3 (3-6)	0,682
Enerji	10,5 (8-17,5)	14 (8-17,8)	13 (8-18)	0,924
Sağlığın Genel Algılanması	13,5 (12-15,6)	15,2 (13,1-17,3)	15 (14-17,4)	0,161

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 6’da hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının medeni duruma göre dağılımları değerlendirildiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanının evli hastalarda emosyonel rol kısıtlılıklarında 3 (3-6) puan ile, en yüksek yaşam kalitesi puanının hem evli hem bekar hastalarda 20(10-30) puan ile fiziksel fonksiyondan alındığı belirlenmiştir. Evli ve bekar hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 6. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Medeni Durumuna Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Medeni Durum		
	Evli (n=70)	Bekar (n=14)	p*
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20 (10-30)	20 (10-30)	0,487
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4 (4-8)	0,674
Sosyal Fonksiyon	7(5-8)	7 (5-7,8)	0,932
Ağrı	7,2 (4,2-9,6)	7,8 (5,7-9,7)	0,879
Mental Sağlık	16,5 (13-21,3)	20 (14,8-22,5)	0,219
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	3 (3-6)	5,5 (3-6)	0,474
Enerji	13 (8-18)	13 (10-16,5)	0,625
Sağlığın Genel Algılanması	15 (13-17,4)	14,7 (14-17,4)	0,782

*Mann-Whitney Test U Testi

Tablo 7’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının aylık gelir düzeyine göre dağılımları değerlendirildiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanının aylık gelir düzeyi 500 TL’nin altında olan hastalarda emosyonel rol kısıtlılıklarında 3 (3-6) puan ile, en yüksek yaşam kalitesi puanının aylık gelir düzeyi 1000 TL üzerinde olan hastalarda 19 (10-30) puan ile fiziksel fonksiyondan alındığı belirlenmiştir. Aylık gelir düzeyi ile hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 7. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Aylık Gelir Düzeyi			p*
	<500 TL (n=42)	500–1000 TL (n=34)	>1000 TL (n=8)	
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20 (10-30)	15 (10-28,5)	19 (10-30)	0,280
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4(4-8)	8 (4-8)	0,500
Sosyal Fonksiyon	18 (14-22,5)	16 (12-21,3)	19 (14,5-21)	0,824
Ağrı	7,2(5,2-9,4)	7,2 (4,2-10,6)	8,2(6,1-10,2)	0,742
Mental Sağlık	7(5-7)	7 (5-6)	7 (6-8)	0,279
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	3 (3-6)	4,5 (3-6)	6 (3-6)	0,607
Enerji	12 (9-18,5)	14 (8-16,3)	16 (7-19)	0,784
Sağlığın Genel Algılanması	15 (13,7-17,2)	15 (2,8-17,4)	15,4 (14-17,9)	0,801

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 8’de hastaların sigara kullanımı ve yaşam kalitesi puanları arasında ilişki incelendiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanı emosyonel rol kısıtlılıkları 3(3-6) puan ile, en yüksek yaşam kalitesi puanının sigara içen ve içmeyen fiziksel fonksiyon alt grubunda 20(20-30) puan aldığı belirlenmiştir. Sigara Kullanımı ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir anlamlılık belirlenmemiştir.

Tablo 8. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Sigara Kullanımı		
	Evet (n=16)	Hayır (n=68)	p*
	Medyan (%25- %75 persantil)	Medyan (%25- %75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20(10-30)	20(10-30)	0,666
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4(4-8)	0,535
Sosyal Fonksiyon	8(5,3-99)	6(5-7)	0,080
Ağrı	7,7(5-10)	7,2(4,7-9,4)	0,940
Mental Sağlık	19,5(14-21,5)	16,5(13-22)	0,472
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	6(3-6)	3(3-6)	0,240
Enerji	13,5(8,3-21)	13(8-17,8)	0,631
Sağlığın Genel Algılanması	14,5(12,5- 17,5)	15(13,6-17,4)	0,775

*Mann Whitney U test

Tablo 9’da hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının cinsel yaşamın etkilenme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; cinsel yaşamı etkilenmeyenlerin ağrı alt grup puanı cinsel yaşamı etkilenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.032, p<0,05).

Tablo 9. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Cinsel Yaşama Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Cinsel Yaşam			p*
	Etkilenmedi Aynı (n=30)	Çok Etkilendi (n=28)	Az Etkilendi (n=26)	
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20(10-30)	13(10-30)	20 (10-29,5)	0,310
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4 (4-8)	4(4-8)	4(4-8)	0,943
Sosyal Fonksiyon	7 (5,8-9)	6(5-7)	7 (5-7,3)	0,050
Ağrı	9,3(6,1-11)	6,1(4,2-8,2)	6,7 (4,2-9,7)	0,032
Mental Sağlık	19,5 (14-24)	16(12-19,8)	17 (13-21,3)	0,080
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	5(3-6)	3 (3-6)	3 (3-6)	0,657
Enerji	15,5(9,5-19,3)	10(8-16)	14 (8-16,3)	0,382
Sağlığın Genel Algılanması	15(14-17,4)	14,2 (12-16,3)	16,2 (13,8-18,4)	0,072

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 10’da hastaların yaşam kalitesi alt grup puanları ameliyat türleri arasında örnek sayısı eşit dağılım göstermediği için istatistiksel analiz yapılamamış tanımlayıcı istatistik uygulanmıştır. Hastaların ameliyatın türü ve yaşam kalitesi alt grup puanları incelendiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanı radikal sistektomi yapılan hastalarda emosyonel rol kısıtlılıkları 3(3-3) puan ile, en yüksek yaşam kalitesi puanı Transüretal rezeksiyon yapılan hastalarda fiziksel fonksiyondan 20 (10-30) puan aldığı belirlenmiştir.

Tablo 10. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Ameliyatın Türüne Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Ameliyatın Türü		
	Transüretal Rezeksiyon (TUR) (n=77)	Radikal Sistektomi (n=5)	Üretokütaneostomi (n=2)
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)
Fiziksel Fonksiyon	20 (10-30)	10(10-10)	10(10-10)
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4(4-6)	4,5(4-5)
Sosyal Fonksiyon	7(5-8)	5(3-6)	4(3-5)
Ağrı	8,2(6,1-10,2)	6,1(3,1-7,2)	3,1(2-4,2)
Mental Sağlık	17(14-22)	17(13-20)	9,5(9-10)
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	5(3-6)	3(3-3)	3,5(3-4)
Enerji	14(8,5-18)	8(7-13)	5(4-6)
Sağlığın Genel Algılanması	15(14-17,4)	13(11-17,7)	11(11-11)

Tablo 11’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanları sosyal güvenceleri arasında örnek sayısı eşit dağılım göstermediği için istatistiksel analiz yapılamamış tanımlayıcı istatistik uygulanmıştır. Hastaların sosyal güvenceleri ve yaşam kalitesi alt grup puanları incelendiğinde; en düşük yaşam kalitesi puanı özel sigortalı hastalar ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 3(3-3) puan, yeşil kartlı hastalar 3 (3-8,3) puan ile emosyonel rol kısıtlılıklarından aldığı, en yüksek yaşam kalitesi puanını sosyal güvencesi emekli sandığı, SSK, Özel sigorta ve Bağkur olan hastalarda fiziksel fonksiyondan 20 (10-30) puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 11. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Sosyal Güvence					
	Emekli Sandığı (n=11)	SSK (n=25)	Özel Sigorta (n=2)	Bağkur (n=35)	Yeşil Kart (n=6)	Yok (n=5)
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)
Fiziksel Fonksiyon	20(10-30)	20(10-30)	20 (10-30)	20 (10-30)	15,5 (10-20)	10(10-10,5)
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	8(4-8)	4(4-8)	6(4-8)	4(4-8)	4 (4-4)	4 (4-4)
Sosyal Fonksiyon	7 (6-9)	7 (5-9)	5,5 (5-6)	7 (5-8)	6,5(5,5-7,8)	5 (3-6)
Ağrı	8,2(6,4-11)	8,2 (5,2-9,7)	10,2 (9,4-11)	7,2 (6,1-9,4)	5,2 (4,2-8,8)	4,2(2-5,2)
Mental Sağlık	17 (16-22)	17(13,5-22)	19,5 (16-23)	17 (13-22)	19 (13,5-21)	14(12-19)
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	6(5-6)	5(3-6)	3 (3-3)	5 (3-6)	3 (3-8,3)	3(3-3)
Enerji	14(8-18)	16 (8-16,5)	12 (6-18)	14 (8-18)	11 (7,3-13,8)	8(5,5-11)
Sağlığın Genel Algılanması	15,4(14-17,4)	15 (14-17,4)	17,7 (15-20,4)	15,4 (13-17,4)	14,5(12-16,6)	12 (11-13,7)

Tablo 12’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının ameliyat sonrası aylara göre dağılımı değerlendirildiğinde; ameliyat sonrası 3. ve 4.aylardan emosyonel rol kısıtlılıkları alt grubundan aldıkları puan diğer aylara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük değerlendirilmiştir (p=0,042, p<0,05). Ölçeği oluşturan diğer gruplar ve aylar arasında istatistiksel bir anlamlılık belirlenmemiştir.

Tablo 12. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Ameliyat Sonrası Süresine Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Ameliyat Sonrası Süre					p*
	1.ay (n=25)	2.ay (n=11)	3.ay (n=12)	4.ay (n=8)	>4.ay (n=28)	
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20(10-30)	20(10-30)	15,5(10-20,8)	16,5(10-30)	18,5(10-29,8)	0,808
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	8(4-8)	4(4-8)	4(4-4)	4(4-7)	4(4-8)	0,261
Sosyal Fonksiyon	7(5-7)	7(5-10)	6(4,3-8,5)	6(4,5-7)	7(6-9)	0,359
Ağrı	6,1(4,2-8,2)	10,4(6,1-11)	6,7(4,2-8,2)	8,2(5,2-9,1)	9,4(6,1-11)	0,057
Mental Sağlık	18(14-22)	17(14-24)	15(12,3-20)	16,5(12,3-22)	16,5(13-23,5)	0,664
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	6(3-6)	6(3-6)	3(3-4,5)	3(3-3)	5,5(3-6)	0,042
Enerji	14(8-17,5)	16(11-20)	11(8,3-16)	10(6,3-18)	14(8-18)	0,608
Sağlığın Genel Algılanması	16(13,5-17,4)	16,4(14-17,4)	13,7(12-17,1)	16,7(14-17,4)	15(14-16)	0,494

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 13’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının Çalışma durumuna göre dağılımı değerlendirildiğinde; çalışan ve çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı 20 (10-30) ile en yüksek yaşam kalitesi puanını aldıkları ve çalışmayan grubun emosyonel rol kısıtlılıkları 3(3-6) puan ile en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir. Çalışma durumu ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir anlamlılık belirlenmemiştir.

Tablo 13. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Çalışma Durumu		
	Çalışıyor (n=24)	Çalışmıyor (n=60)	p*
	Medyan (%25-%75 persantil)	Medyan (%25-%75 persantil)	
Fiziksel Fonksiyon	20(10-30)	20(10-27,5)	0,953
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	4(4-8)	4(4-8)	0,578
Sosyal Fonksiyon	6,5(5-8)	6(5-7)	0,248
Ağrı	7,2(4,7-9,4)	7(6-9)	0,729
Mental Sağlık	16,5(13-20)	19,5(14,3-24)	0,134
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	5(3-6)	3(3-6)	0,085
Enerji	12(8-18)	14(8,3-17,5)	0,647
Sağlığın Genel Algılanması	15(13-17)	15(14-17,9)	0,441

*Mann Whitney U test

Tablo 14’de hastaların yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarının eğitim ile korelasyonuna bakıldığında; eğitim durumu ile ağrı alt grubu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,046$, $p<0,05$). Ayrıca eğitim durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt grupları arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanları ile Eğitim Durumu Arasında Korelasyon Tablosu (n=84)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Eğitim Durumu
Fiziksel Fonksiyon	r=0,017 p=0,882
Fiziksel Rol Kısıtlılıkları	r=0,165 p=0,135
Sosyal Fonksiyon	r=0,085 p=0,440
Ağrı	r=0,218 p*=0,046
Mental Sağlık	r= -0,037 p= 0,741
Emosyonel Rol Kısıtlılıkları	r=0,097 p=0,741
Enerji	r=0,020 p=0,858
Sağlığın Genel Algılanması	r=0,037 p=0,741

*Spearman Korelasyon

TARTIŞMA

Yaşam kalitesi, hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin, yaşamın farklı alanlarında oluşturduğu etkilerin hasta tarafından değerlendirilmesidir. DSÖ'nün 'yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir' Şeklindeki sağlık tanımlamasından sonra sağlık profesyonelleri tam iyilik halinin tanımlanabilmesi için objektif ölçütlere gereksinim duymuşlardır. Bu düşünceyle önceleri tıbbi tedavinin başarısı, semptomların kontrolü, tedaviye yanıt, yaşam süresi, hastaliksız yaşam süresi gibi geleneksel yöntemlerle değerlendirilirken artık günümüzde yaşam kalitesine de yer verilmektedir (29, 97,98).

Bu bağlamda çalışma, mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik öneriler getirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma grubundaki hastaların % 84,5'i erkek olup, % 61,9'u 65 yaşın üstünde ve yaş ortalaması $67,17 \pm 8,9$ 'dur (Tablo 1). Yoshimura ve ark.(15) tarafından Japon hastalara uygulanan çalışmada 1'inci TUR' da hastaların yaş ortalamasının 66,3 olduğu ve % 84'ünün erkek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada yaş ortalamasının 65 yaş üstünde olmasının sebebi mesane tümörünün 65 yaş üstü hastalarda daha sık görülmesi olduğu söylenebilir (21,23).

Çalışma grubundaki hastaların % 83,3'ünün evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Matsuta ve ark (116). tarafından TUR ve radikal sistektomili hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların %81,1'inin eşi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada hastaların % 69'unun ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Ficarra ve ark (117). tarafından radikal prostatektomi uygulanan hastalara yapılan çalışmada hastaların % 60'ının düşük dereceli diplomaya sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların % 71,4'ünün çalışmadığı, % 49'unun aylık gelirinin 500 TL'nin altında olduğu, % 41,7'sinin sosyal güvencesinin Bağ-Kur olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların % 81'inin sigara kullanmadığı, % 91,7'sinin Transüretal rezeksiyon ameliyatı olduğu, % 33,3'ünün ameliyat sonrası 4.ay ve üzerinde olduğu, % 35,5'inin ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenmediği, % 33,3'ünün ise ameliyat sonrası ağrı sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmada mesane tümörü nedeni ile cerrahi girişim uygulanan hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının 50' nin altında puanlar alarak düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). en düşük yaşam kalitesi puanının emosyonel rol kısıtlılıkları alt grubunda (3,5), en yüksek

yaşam kalitesi puanının fiziksel fonksiyon (20) alt grubunda alındığı ve mesane tümörü nedeni ile cerrahi girişim uygulanan hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirlendi.

Miyake ve ark. (118) Japon hastalara uyguladıkları çalışmada radikal sistektomi sonrası ortotopik mesane uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin etkilendiği, radikal sistektomi uygulanan hastaların fiziksel rol kısıtlılıkları alt grup puanı 43,7 puan ve emosyonel rol kısıtlılıkları alt grup puanı 44,2 puan ile kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığını belirtmişlerdir. Hara ve ark. (119) tarafından Amerikan hastalar üzerine uygulanan çalışmada radikal sistektomi yapılan hastalarda genel sağlık ve sosyal fonksiyonun A.B.D normlarına göre anlamlı derecede farklı olduğunu belirtmişlerdir. Matsuda ve ark. (114) tarafından Fransız hastalara uygulanan mesane kanserli hastalar için özel bir yaşam kalitesi ölçeği Functionel Assessment of Cancer Therapy-Bladder Specific (FACT-BI) ile uygulanan TUR ve radikal sistektomili hastalar üzerindeki çalışmada TUR uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin negatif etkiler izlediğini ve radikal sistektomili hastaların TUR uygulanan hastalara göre yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir. Autorina ve ark. (120) tarafından İtalyan hastalar üzerinde yapılan çalışmada, ortotopik mesane ve ileal konduitli hastaların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılıkları ve sosyal fonksiyon alt gruplarının İtalyan normlarına göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Sarı ve Albayrak' ın (121) yaptığı mesane tümörü nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarda European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ-C30) ölçeği kullanılarak yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarında fiziksel fonksiyon hariç hastaların yaşam kalitelerinde önemli derece bir etkilenme olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında mesane tümürlü hastalara uygulanan cerrahi girişimlerin hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Mesanelerine cerrahi girişim uygulanan hastaların günlük yaşantıları fiziksel, emosyonel birçok yönden etkilenerek yaşam kalitelerinde negatif etkiler olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında: gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, kadın hastaların fiziksel rol kısıtlılıkları alt grup puanının 4 puan olarak en düşük puanı aldığı ve erkek hastaların emosyonel rol kısıtlılıkları panın 3 puan olarak en düşük puanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 4). Matsuda ve ark. (116) tarafından yapılan çalışmada, iki cinsiyet arasında emosyonel yaşama uygunluk puanının anlamlı derecede farklı bulunduğu ve erkeklerin emosyonel yaşama uygunluk puanının 20 olduğu bu puan ile kadınlara göre yüksek puan aldığını belirtmişlerdir. Miyake ve ark.(116) tarafından yapılan çalışmada SF-36 yaşam

kalitesi ölçeğinin alt başlıklarına bakıldığında kadın ve erkek hastaların yaşam kalitelerinde anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Ancak kadınların fiziksel fonksiyon alt grup puanı 47,8 puan ile erkeklere göre düşük bulunmuştur. Üstündağ ve ark.(122) tarafından aynı örneklem grubunu içermese de yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlar ve hastaların cinsiyete göre yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir.

Çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre mesane tümörü nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların cinsiyetlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı ve her iki grupta da yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının yaşa göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi. Hastaların en düşük yaşam kalitesi puanının emosyonel rol kısıtlılıkları puanı ile 65 yaş üstü hastalarda, en yüksek yaşam kalitesi puanının 55-65 yaş grubu hastalarda fiziksel fonksiyon alt grubunda aldığı belirlendi (Tablo 5). Autorina ve ark. (120) tarafından yapılan çalışmada, radikal sistektomili 65 yaş üzerindeki hastaların emosyonel rol kısıtlılıkları alt grup puanı 40 ile 50 arası bir puan olup 65 yaş altındaki hastalara göre daha düşük olduğu belirtmişlerdir. Fujisawa ve ark. (123) tarafından yapılan çalışmada radikal sistektomili 65 yaşın üzerindeki hastalarda emosyonel rol kısıtlılıkları alt grup puanı ve fiziksel rol kısıtlılıkları alt grup puanı 30 ile 40 arası bir puan aldığı ve bu puanların 65 yaşın altındaki hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında mesanesine cerrahi girişim uygulanan hastaların yaşları ilerledikçe yaşam kalitesi puanlarının düştüğü ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının medeni duruma göre dağılımına değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, evli grubun emosyonel rol kısıtlılıkları alt grup puanının en düşük puanı aldığı, en yüksek yaşam kalitesi puanının ise hem evli hem bekar hastalarda fiziksel fonksiyondan alındığı belirlenmiştir (Tablo 6). Matsuda ve ark. (116) tarafından yapılan çalışmada bireylerin eşlerinin olup olmamasının yaşam kalitesi için önemli bir değişken olmadığı ancak yalnız yaşayanların sosyal yaşama ve emosyonel yaşama uygunluk puanının 15 ile 20 arası bir puan aldığı ve yalnız yaşamayanlara göre bu puanın düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ardahan ve Temel (124) tarafından yapılan "Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi" isimli çalışmada bekar hastaların yaşam kalitelerinin, eşinden boşanmış/eşi ölmüş hastaların yaşam kalitelerine göre olumsuz etkilendiği fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Eşi ölmüş, eşinden ayrılmış

olan hastalarda yalnızlık, sosyal destek eksikliği gibi nedenlerin, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (124).

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının aylık gelir düzeyine göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, en düşük yaşam kalitesi puanının aylık gelir düzeyi 500 TL'nin altında olan hastalarda emosyonel rol kısıtlılıklarında, en yüksek yaşam kalitesi puanının aylık gelir düzeyi 1000 TL üzerinde olan hastalarda fiziksel fonksiyon alt grubundan alındığı belirlendi (Tablo 7). Matsuda ve ark (116) tarafından yapılan çalışmada bireylerin finansal özelliklerinin yaşam kalitesi için önemli bir değişken olmadığını belirtmişlerdir. Savcı (125) tarafından yapılan "Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal Destek düzeyini etkileyen faktörler" isimli çalışmalarında yaşam kalitesi ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak aylık gelir düzeyi 400 TL ve altında olan hastaların fonksiyonel sağlık durumları alt grup puanı 28,68 puan ile en düşük puanı aldığını belirtmişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında bir anlam belirlenmese de hastaların gelir düzeyi azaldıkça yaşam kalitesi alt grup puanlarının düştüğü görülmüştür. Gelir düzeyi iyi olan hastaların tedavilerini aksatmadan yaptırabilmeleri, daha iyi bakım alabilmeleri ve beraberinde daha iyi yaşam standardına sahip olmalarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmektedir (125).

Çalışmamızda hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının sigara kullanımına göre dağılımına değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, en düşük yaşam kalitesi puanı emosyonel rol kısıtlılıkları, en yüksek yaşam kalitesi puanının sigara içen ve içmeyen fiziksel fonksiyon alt grubunda aldığı belirlenmiştir (Tablo 8). Saltürk (126) tarafından yapılan "Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi" isimli çalışmada, hastaların sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında bir fark bulunmadığını belirlemişlerdir. Çalışmamız Saltürk' ün (126) çalışmasını desteklemektedir.

Çalışmada hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının cinsel yaşama göre dağılımı incelendiğinde, cinsel yaşamı etkilenmeyenlerin ağrı alt grup puanı cinsel yaşamı etkilenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.032$, $p<0,05$) (Tablo 9). Mansson ve ark.(127) tarafından yapılan çalışmada hastaların cinsel yaşamlarında anlamlı derecede bir azalma olduğu belirtmişlerdir. Zippe ve ark.(71) tarafından radikal sistektomi uygulanmış kadın hastalara Modifiye kadın cinsel fonksiyon indeksi (IFSF) kullanılarak yapılan çalışmada kadın hastaların cinsel yaşamında: orgazm

olamama, cinsel istekte azalma, ağırlı ilişki ve cinsel aktiviteye karşı korku olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmanın ve önceki çalışmaların sonuçlarına bakıldığında mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimlerin hastaların cinsel yaşamlarına olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır. Mesanenin üreme sistemi organları ile yakın ilişkisinin bulunması, mesaneye uygulanan girişimlerde hastaların üreme sistemleri organlarına da zarar vermektedir. Cinsel yaşamın bireyler için fizyolojik gereksinim olduğu düşünülduğünde kuşkusuz yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve cerrahi girişimlerin ağrı üzerindeki olumsuz etkisinin cinsel yaşamı da etkilediği düşünülebilir.

Hastaların ameliyatın türü ve yaşam kalitesi alt grup puanları incelendiğinde, en düşük yaşam kalitesi puanı radikal sistektomi yapılan hastalarda emosyonel rol kısıtlılıkları, en yüksek yaşam kalitesi puanı transüretal rezeksiyon yapılan hastalarda fiziksel fonksiyondan aldığı belirlenmiştir (Tablo 10). Manson ve ark (127) arkadaşları tarafından radikal sistektomi sonrası ortotopik mesane ve kontinen diversiyonlu hastalar ile yapılan çalışmada iki grup arasında yaşam kaliteleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Yoneda ve ark (128) tarafından radikal sistektomi sonrası ortotopik mesane ve ileal konduit uygulanan hastalar ile yapılan çalışmada, hastaların emosyonel ve sosyal fonksiyonlarının negatif yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Çalışma sonuçları ve diğer çalışmaların sonuçları cerrahi türler arasında fark olmaksızın yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Hastaların sosyal güvenceleri ve yaşam kalitesi alt grup puanları incelendiğinde, en düşük yaşam kalitesi puanı özel sigortalı hastalar ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda, yeşil kartlı hastalarda emosyonel rol kısıtlılıklarından aldıkları, en yüksek yaşam kalitesi puanını sosyal güvencesi emekli sandığı, SSK, Özel sigorta ve Bağkur olan hastalarda fiziksel fonksiyondan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 11). Savcı (125) tarafından yapılan "Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal Destek düzeyini etkileyen faktörler" isimli çalışmalarında hastaların sosyal güvenceleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve hastaların fonksiyonel sağlık durumlarının en düşük puanı aldıklarını belirlemişlerdir. Örnek grubunun büyük çoğunluğunu SSK, Bağkur, EMS, Yeşil kart, sosyal güvencesi olmayan hastalar oluşturduğu bu sosyal güvencelerin insanların yaşam kalitelerini olumsuz etkiledikleri düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların yaşam kalitesi alt grup puanlarının ameliyat sonrası aylara göre dağılımı değerlendirildiğinde, ameliyat sonrası 3. ve 4. aylarda emosyonel rol kısıtlılıkları alt grubundan aldıkları puan diğer aylara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük

değerlendirilmiştir ($p=0,042$, $p<0,05$) (Tablo 11). Kulaksızıoğlu ve ark (129) tarafından yapılan çalışmada radikal sistektomi sonrası 3., 6.,12. aylarda hastaların yaşam kalitelerinde 3, 6, 12. aylar arasında anlamlı bir fark olmadığını fakat hastaların ameliyat sonrası 12. aydaki yaşam kalitesi fonksiyonel alt grup puanınının 78 puan olarak ameliyat sonrası 3. ay (56,6 puan) ve 6.aya (69 puan) göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Ameliyattan sonra geçen süre uzun ise yaşam kalitesinin arttığı, ameliyattan sonra geçen süre kısa ise yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir. Çalışmada hasta grubumuz yoğun bir şekilde 4. ay ve altında yer almıştır. Ameliyat sonrası erken dönemlerde ameliyatın etkilerine bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Çalışmada hastaların çalışma durumuna göre dağılımı değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, çalışan ve çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı en yüksek yaşam kalitesi puanını aldıkları ve çalışmayan grubun emosyonel rol kısıtlılıkları alt grubunda en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 13). Reis ve ark. (16) tarafından "Jinekolojik Kanserlerde Yaşam kalitesi ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmada hastaların yaşam kaliteleri ve çalışma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Ficarra ve ark.(117) tarafından radikal prostatektomi uygulanan hastalara yapılan çalışmada yarı zamanlı çalışan hastalar ile tam zamanlı çalışan hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve yarı zamanlı çalışan hastaların tam zamanlı çalışan hastalara göre genel sağlık ile emosyonel fonksiyon puanları skorunun en düşük puanları aldığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda çalışan grup ile çalışmayan grubun yaşam kaliteleri arasında Ficarra ve ark. tarafından yapılan çalışmayı destekler biçimde bir fark bulunmamıştır. Ancak çalışan hastaların fiziksel rol kısıtlılıklarının düşük bulunmasının sebebinin geçirilen ameliyata bağlı olabileceği çalışmayan grubun emosyonel rol kısıtlılıklarının düşük olmasının ise sosyal çevreden uzaklaşmanın yarattığı bir problem olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarının eğitim ile korelasyonu incelendiğinde, eğitim durumu ile ağrı alt grubu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Ficarra ve ark.(117) tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesi düşük olan hastalar ile eğitim seviyesi yüksek olan hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve SF-36 alt başlıklarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları ve ağrı puanlarının eğitim seviyesi düşük insanlarda düşük olduğunu belirtmişlerdir. Üstündağ ve ark.(122) tarafından yapılan çalışmada yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, fakat yaşam kalitesi ağrı alt grup puanınının ilköğretim mezunu hastalarda en yüksek puanı aldıkları üniversite mezunu ve ortaöğretim

mezunu hastalarda ise en düşük yaşam kalitesi ağrı alt grup puanlarını aldıklarını belirlemiştir.

Çalışma sonuçları diğer çalışma sonuçlarını destekler biçimde yaşam kalitesinin bireylerin eğitim düzeylerinden etkilendiğini göstermiştir. Eğitimin ağrı üzerindeki pozitif ilişkisinin eğitim arttıkça hastaların ağrıyı algılama düzeylerinin de arttığı yani eğitilmiş bireylerin eğitimsiz bireylere oranla ağrıyı tanıma ya da ifade etme düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılan, Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan 84 hastanın % 84,5'ini erkek, % 61,9'u 65 yaşın üstünde ve yaş ortalamasının 67,17 olduğu, % 69'unun ilkokul mezunu olduğu, hastaların % 71,4'ünün çalışmadığı, % 83,3'ünün evli olduğu, % 49'unun aylık gelirin 500 TL'nin altında olduğu, % 41,7'sinin sosyal güvencesinin Bağ-Kur olduğu ve % 81'inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir.
- Trans Üretral rezeksiyon ameliyatı olan hastaların oranı % 91,7, ameliyat sonrası cinsel yaşamı etkilenen hastaların oranı % 74,1, ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların oranı % 33,3 idi.
- Hastaların mesane tümörü ameliyatı sonrası yaşam kalitesi puanlarının en az emosyonel rol kısıtlılıklarında ve en çok fiziksel fonksiyonlarda puan aldıkları belirlenmiştir. Ancak tüm alt gruplarda yaşam kalitesi puanlarının 50' nin altında olduğu görülmüştür.
- Hastaların cinsel yaşamı etkilenenlerde, yaşam kalitesi ağrı alt grubunda yaşam kalitesi puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü belirlendi (6,1 (4,2-8,2), 6,7 (4,2-9,7), $p=0,032$, $p<0,05$).
- Hastaların ameliyat sonrası 3. ve 4.ay da olanların ameliyat sonrası 1. 2. ve 4.ay üzerinde olanlara göre emosyonel rol kısıtlılıklarının yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu (3(3-4,5), 3(3-3), $p=0,042$, $p<0,05$) belirlendi.
- Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi ağrı alt grup puanının arttığı ($r=0,218$, $p=0,046$) belirlendi.
- Hastaların cinsiyet, yaş, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, sigara kullanımı ile yaşam kaliteleri arasında herhangi bir etkinin olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

ÖNERİLER

Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin mesane tümörü tanısına sahip olan ve mesanesine cerrahi girişim uygulanan hastalara, yaşam kalitelerini etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak yaşam kalitesini arttırmaya, desteklemeye yönelik hemşirelik bakımı vermesi,
- Yaşlı hastaların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik daha bireyselleştirilmiş bakım planlanması,
- Mesane tümörü nedeniyle uygulanan cerrahi girişim sonrası erken dönemde hastaların yaşam kalitelerinin artırılması yönünde hemşirelik bakım planlarının yapılması,
- Hastalara cinsel danışmanlık ve destek sağlanarak duygu ve düşüncelerini paylaşmalarına olanak sağlanması,
- Eğitim düzeyi yüksek hastaların yaşam kalitesi beklentileri ölçülerek yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bireyselleştirilmiş bakım planı yapılmasını önermekteyiz.

MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARA UYGULANAN CERRAHİ GİRİŞİMLER SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Bu çalışma mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesini belirlemek üzere tanımlayıcı bir çalışma olarak yapıldı. Aralık 2007- Aralık 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji polikliniğine gelen uygun, mesanesine cerrahi girişim uygulanmış 84 hasta dahil edildi. Verilerin toplanmasında SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği ve bireysel bilgi formu kullanıldı. Tüm veriler SPSS yazılım programına girilerek analizleri yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Farklı değişkenler arasında ilişki varlığı Korrelasyon analizi ile araştırıldı. Çalışmaya katılanların % 84,5'inin erkek, % 61,9'unun 65 yaşın üzerinde, % 69'unun ilköğretim mezunu, % 49'unun aylık gelirinin 500 TL'nin altında olduğu bulunmuştur. Hastaların mesane tümörleri ameliyatı sonrası yaşam kalitesi puanlarının en az emosyonel rol kısıtlılıklarında 3,5(3-6) puan ve en çok fiziksel fonksiyonlarda 20(10-30) puan aldıkları belirlendi. Ancak tüm alt gruplarda yaşam kalitesi puanlarının 50'nin altında olduğu görüldü. Hastaların cinsel yaşamı etkilenenlerde, yaşam kalitesi ağır alt grubunda yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü belirlendi (6,1 (4,2-8,2) 6,7 (4,2-9,7), p=0,032, p<0,05). Hastaların ameliyat sonrası 3. ve 4.ay da olanların ameliyat sonrası 1. 2. ve 4.ay üzerinde olanlara göre emosyonel rol kısıtlılıklarının yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu (3(3-4,5), 3(3-3), p=0,042, p<0,05) belirlendi. Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi ağır alt grup puanında arttığı (r=0,218,p=0,046) görüldü. Hastaların cinsiyet, yaş, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, sigara kullanımı ile yaşam kaliteleri arasında herhangi bir etkinin olmadığı belirlendi (p>0,05). Sonuç olarak, mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve hemşirelerin mesane tümörü tanısına sahip olan ve mesanesine cerrahi girişim planlanan hastalara, yaşam kalitelerini etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak yaşam kalitesini arttırmaya, desteklemeye yönelik bakım vermelerini önermekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Mesane Tümörü, Yaşam Kalitesi, SF-36, Hemşirelik Bakımı

THE ASSESMENT OF QUALITY OF LIFE AFTER THE SURGICAL INTERVENTIONS ARE IMPLEMENTED TO THE PATIENTS WITH BLADDER TUMOR

ABSTRACT

This study was aimed to determine the life quality of patients after bladder tumor surgery. The study population consisted of 84 patients who underwent bladder surgery at Trakya University, Medicine Faculty Hospital, Urology Polyclinic between December 2007 and December 2008. The data were collected using SF-36 life quality scale and individual information forms. All data were entered into the SPSS software and analyzed. In addition to descriptive statistics, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis variance analysis was used in comparing the independent variables. The relation among different variables was studied using correlation analysis. It was found that 84.5% of the participants were male, 61,9% were over 65 years old, 69% were primary school graduates, and 49% had monthly income below 500 TL. The life quality scores after bladder tumor surgery revealed that the patients had the lowest scores in emotional role restrictions, 3,5 (3-6), and highest scores in physical functions, 20 (10-30). However, the life quality scores in all sub-groups were below 50. In patients whose sexual lives were affected, the life quality scores in life quality-pain sub-group showed a statistically significant decrease (6,1 (4,2-8,2) 6,7 (4,2-9,7), $p=0,032$, $p<0,05$). The patients in the post-surgical 3rd and 4th month had lower emotional role restrictions-life quality scores than those in 1st, 2nd and post-4th month (3(3-4,5), 3(3-3), $p=0,042$, $p<0,05$). The life quality-pain sub-group scores increased accordingly with the educational level of the patients ($r=0,218$, $p=0,046$). No relation was found between the sex, age, employment status, monthly income level and smoking habits of the patients and their life quality ($p>0,05$). As a result, the life quality of the patients after bladder tumor operations is adversely affected, so the care provided by the nurses to the patients diagnosed with bladder tumor and planned to be operated should aim to improve and support life quality taking into consideration the personal and disease-related characteristics affecting their life quality.

Key Words: Bladder Tumor, Life Quality, SF-36, Nursing Care

KAYNAKLAR

1. Olschewski M, Schulgen G, Schumacher M, Altman DG. Quality of Life Assessment in Clinical Cancer Research. BR. J. Cancer 1994; (70): 1-5
2. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönem Konuşması. Üroonkoloji Bülteni 2005; (1): 25-29
3. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.1, İzmir, 2004.
4. Dündar PE, Bilge B ve ark. Manisa'da Çıraklık Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Gençlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(1): 24-29
5. Erdil F, Elbaş ÖN. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu ofset; 2001; s. 103-114
6. Ünsal D, Tunç E, Pak Y. Rektal Tanılı Olgularda Tedavinin Uzun Dönem Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uluslar Arası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi 2006; 3(16): 108-120
7. Ayhan H, İyigün E, Göktaş S, Hatipoğlu S. Radikal Prostatektomi Geçiren Erkeklerin Yaşadığı Güçlükler. Gülhane Tıp Dergisi 2008; (50): 180-189
8. Onur R, Orhan İ. Radikal Prostatektomi Sonrası Oluşan İdrar Kaçırma Patogenezi ve Güncel Tedavi Yaklaşımları. Fırat Tıp Dergisi 2008; 13(2): 80-87
9. Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(3): 162-168
10. Yıldırım N, Atalay M. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002; 4(1): 52-64
11. Uluçay Ö, Sökmen N, Önel S. 116 Anal Fissür Olgumuzda Yaşam Kalitesi Sonuçları. Akdeniz Klinikleri 2007; 1(1): 35-41
12. Başay S, Yurtarslan A. Mesane Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Bülteni 2008; (2): 31-34
13. Müezzinoğlu T. Ürolojide Yaşam Kalitesi. Sağlıkta Birikim Derg 2006; 1(2): 83-93
14. Jakse G, Algaba F, Fossa S, Stenzle A, Sternberg C. Guidelines on Bladder Cancer Muscle –Invasive and Metastatic. Euroen Association of Urology. March 2004. p. 20-21
15. Yoshimura K, Utsunomiya N, et al. Impact of Superficial Bladder Cancer and Trensarethral Resection on General Health- Realted Quality of Life: An SF-36 Survey. Urology 2005; 65: p. 290-294

16. Reis N, oşkun A, Beji NK. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(2): 25-35
17. Bayramova N, Karadakovan A. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; (1): 45-52
18. Atmaca AF, şerefoğlu EC ve ark. Üroloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Sigaranın Mesane Kanseri İçin Risk Etkeni Olduğunu Biliyorlar mı?. Türk Üroloji Derg 2008; 34(1): 15-21
19. Macfarlane M, T.(eviri: İnci O). Üroloji. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2006; s.148-157
20. Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N. Temel Üroloji. 1.Basım. Ankara: Güneş Kitabevi; 1998: p. 707-726
21. Creel P, Bladder Cancer: Epidemiology, Diagnosis and Treatment. Seminars IN Oncology Nursing 2007; 23(4): 3-10
22. Hamzaoğlu O, Özcan U. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2006:p. 53-62
23. İbrahim AS, Khaked HM. Urinary Bladder Cancer. In; Laurence SF, Brenda KE,Lynn AG, John LY (Editors). Cancer Incidence in Four Member Countries (Cyprus, Egypt, Israel, and Jordan) of the Middle East Cancer Consortium (MECC) Compared with US Seer. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2001. Ch 11. p. 97-110
24. Yarış F, Sabuncu HH. Mesane Kanselerinde Etyolojik Faktörler. Türk Aile Hek Derg 2002; 6(2): 63-68
25. Zorlu F, Eser SY, Fidaner C. İzmir İlinde Ürogenital Kanselerinin İnsidans Hızları. Üroonkoloji Bülteni 2004;(1): 2-9
26. Bilir N. Sigara ve Kanser. Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008
27. şenel F, ırakoğlu B. Kanserle Savaş. Bilim ve Teknik Yeni Ufuklara. Ankara: Tübitak Yayınları 2003
28. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve ocuklar. Sted 2006; 15(5): 75-78
29. Özen H, Türkeri L (Editörler). Üroonkoloji Kitabı Cilt 1. Ankara: Ertem Basın Yayın, 2007; 128-299
30. İnci O. Ürogenital Tümörler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1995: 51-82
31. Nargund VH, Rayhavun D, Sandler HM, Sperficcal Blader Cancer. In: Griffiths IRL, Mellon K (Eds). Urological Oncology. 1th ed. London: Springer, 2008; p. 317-334

32. Walsh PC. Urothelial Tumors of The Urinary Tract. In; Messing EM, Campbells Urology Vol. 4, 8th Ed. Philadelphia: Saunders (An Imprint Of elsevier Science); 2002; ch 76, p. 2732-2773
33. Hatipoğlu NK. pT1 Mesane Tümörlerinde Tekrarlanan Transüretal Rezeksiyonun Değeri (Tez). İstanbul: S.B Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007
34. Çakır H. Yüzeysel Mesane Kanserinde Tekrarlanan Transüretal Rezeksiyonun Değeri (Tez). İstanbul: İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Arastırma Hastanesi; 2006
35. Jarrell BE (Çeviri: Oto Ö, Çatalyürek H ve ark). Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999: p. 462-465
36. Gezgin HG. Gıda Katkı Maddeleri Hakkında Bilmeniz Gerekenler. Gıda Dergisi 2003; (10)
37. Kefeli M, Yıldız L, Aydın O, Barış S, Kandemir B. Mesane Ürotelyal Tümörlerinin Tıp ve Derecelendirmesinde Nükleer Morfometri. Türk Patoloji Dergisi 2007; 23(1):16-20
38. Kaya C, Koca O, Keleş MO, Yılmaz G, Öztürk M, Kanberoğlu H ve ark. 6 Yıllık Radikal Sistektomi Deneyimimiz. Marmara Medical Journal 2009; 22(1):1-7
39. Yörükoğlu K. Mesane Tümörü Patolojisi. Üroonkoloji Bülteni 2006; (3): 3-9
40. Kumar V, Abbas Ak, Fausta N, Mitchell RN. (Çeviri: Çevikbaş U), Temel Patoloji. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri; 2007: p. 575-577
41. Tanoyho EA, Mcaninch JW. (Çeviri: Kazancı G). Smith Genel Üroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p. 324-337
42. Aydın S, Yılmaz Y, Özen S, Şengül E. 20 Yaşında Görülen Değişici Epitel Hücreli Mesane Tümörü Olgusu. Van Tıp Dergisi 2001; 8(3): 102-104
43. Güner H, Yardın T, Mesane Kanselleri. Biri H, Tune L. (Ed.) Jinekolojik Onkoloji'de. 3. Baskı. Ankara: Çağdaş Medikal-Kitabevi; 2002. ch. 21. p. 363-379
44. Günlüsoy B, Arslan M, Değirmenci T, Nergis N, Minareci S, Ayder AR. Mesanenin Non-Transisyonel Hücreli Kanselleri. Türk Üroloji Dergisi 2005; 31(4): 469-473
45. Şahin C. Mesane Kavitesini Tama Yakın Dolduran Grade II Yüzeysel Mesane Tümörlerinde İki Seanslı TUR ve İntravezikal İmmünoterapinin Tümör Rekkürrensi, Progresyonu ve Hasta Uyum Üzerine Etkisi. AUTD Derg 2002; (34): 31-34
46. Erchenuver RH, Vanherpe H. Mesane Tümörleri. Diren Murat (Editör). Klinik Ve Pratik Üroloji. 1. Baskı. İstanbul: Yüce Yayınları; 1995: ch 9, p. 274-284
47. Popodakis MA, Mcphee SJ (Çeviri:Erbil Y) Dahiliye: İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006: p. 650-651

48. Elagöz Ş, Aker H, Düzcan E, Çınar Z. Mesanenin Değişici Epitelyum Hücreli Papillom ve Karsinomlarında Agnor ve Mitotik İndeks Yöntemlerinin Tümör Grade'i ile İlişkisi. Türk Patoloji Dergisi 2000; 16(1-2): 39-43
49. Özdemir U. www.umutozdemir.org/mynet_resimlerim/anatomy_bladdercancer.
50. Gore M, Russell D, Bladder Cancer. In; Wells P, Huddart R (Eds) Cancer In Primary Care. London: Martin Dunitz (Taylor and Francis Group); 2003: ch 16. p. 137-147
51. Govindan R. Cancer Of The Bladder. In: Naughton M, Neelles BM(Eds). The Washington Manual Of Oncology. 1th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002: p. 373-402
52. Sözen S, Müezzinoğlu T. Mesane Tümörü. Üroonkoloji Bülteni 2006; (2): 21-22
53. Ekici S, Ekici ID. Mesane Tümörü Belirleyicileri ve Sitolojisinin Yeri. Üroonkoloji Bülteni 2005; (3): 15-18
54. Öztürk A, Koşar A, Serel TA, Keçelioğlu M, Tahoğlu M, Doğruer K ve ark. Bta Stat Test ve İdrar Sitolojisinin mesane Kanseri Tanısındaki Yeri. SDÜ Tıp Fakültesi Derg 1998; 5(2): 51-53
55. Oosterlinck W, Lobel B, Jakse G, Malmstrom PU et all. Guidelines on Bladder Cancer. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urologia/neovesical.pdf
56. Şatınlı S, Göğüs Ç, Göğüş O. Mesane Tümörlerinde Tümör Belirleyiciler. Ank Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2003;56(3): 171-178
57. İnci O (Editör). Ürolojide Tanı Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1996: s. 55-75
58. Akmançıt I, Lakodomyalı H, Oto A, Özen H, Akhan O, Besim A. Mesane Kanserlerinin BT ve MRG ile Evrelendirilmesi. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2003; 9: 63-69
59. Mutlu N, Türkeri L, Emerk K. Mesane Kanseri Tanı ve İzleminde Yeni Bir Tümör Belirteci "Mesane Kanseri Fibronektin" (BTF)'in Analitik Ve Klinik Değerlendirilmesi. Türk Üroloji Derg 2002; 28(4): 390-397
60. Gülyalçın K. www.anh.gov.tr/index
61. Yılmaz N, Erdoğan T, Kılıç S, Kocabıyık AF, Baykara M. Mesane Kanseri Tanısında BTA Stat Testinin Güvenirliliği. Türk Uroloji Derg 2000; 26(1): 28-35
62. Kıvrak AS, Kıres D ve ark. Mesane Tümörlerinin Tanısında Sanal BT Sistoskopi Ve Konvansiyonel Sistoskopi Bulgularının Karşılaştırılması. Selçuk Tıp Derg 2007; 23: 47-56
63. Jinzaki M, Tanimoto A, et all. Detection of Bladder Tumors With Dynamic Contrast-Enhanced MDCT AJR 2007; 188: 913-918
64. Özkardeş H (Editör). Üroloji El Kitabı. Ankara: MedicoGraphics Ofset; 1999

65. Ekici S. Mesane Kanseri Takibinde Sistoskopi Aralıkları Nasıl veya Kimlerde Uzatılabilir?. Üroonkoloji Bülteni 2009; 2: 3-7
66. Baykara.M..www.akdeniz.edu.tr/tip/web/ders_form/UROLOJI/baykara_mesane_dosyalar/image005.
67. Bilen C, Tansuğ Z. Mesane Tümörü. Üroonkoloji Bülteni 2006; (2): 18-20
68. Graham SD (Çeviri Arıkan N). Ürolojik Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006: p. 133-177
69. Ateş F, Soydan H, Baykal K. Kasa İnvaze Mesane Kanserinin Tedavisinde Mesane Koruyucu Yaklaşımlar ve Hasta Seçimi. Üroonkoloji Bülteni 2008; (2): 24-30
70. Çal Ç. Parsiyel Sistektomi: Memorial Sloan Kanser Merkezi Deneyiminin Güncel Değerlendirilmesi ve Olgu Seçimi Konusunda Öneriler. Üroonkoloji Bülteni 2005; (3): 24-25
71. Çakan M, Özer U, Aldemir M, Yalçınkaya F, Altuğ U. İnvaziv Mesane Kanseri Tedavisinde Radikal Sistektomi ve Kemoterapi ile Transüretal Rezeksiyon ve Kemoterapi Sonuçları. Türk Üroloji Dergisi 2006; 32 (4): 453-457
72. Elgin Y, Küçükplakçı B, Sanrı E, Özgen A, Mısırcıoğlu C, Demirkasımoğlu T ve ark. Radyoterapi Uygulanan Evre 2 (T2a-bN0M0) Mesane Kanseri Olgularımızdaki Tedavi Sonuçlarımız. Uluslar Arası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi 2007; 4(17): 215-220
73. Sarı A, Ermete M, Çallı A, Girgin C. Ürotelyal Karsinomlu 191 Olgunun Radikal Sistektomi Materyalinde Histopatolojik İnceleme. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(2): 75-80
74. Zippe CD, Raina R, Shah AD, Massanyi EZ, Agarwal A. Female Sexual Dysfunction After Radical Cystectomy: A New Outcome Measure. Adult Urology 2004; 63(6): 1153-1157
75. Ataus S. Mesane Kanseri. Klinik Gelişim 2008; 21(3): 130-135
76. Leaper DJ, Peel ALG (Çeciri: Erbil Y, Değerli Ü) Poostoperatif Komplikasyonlar. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 2005: p. 269-273
77. Soyupak B. BCG- Refrakter Yüzeysel Mesane Tümörlü Hastalarda Tedavi Yaklaşımı. Türk Üroloji Dergisi 2005; 31(4): 465-468
78. Mungan NA. Yüzeysel Mesane Tümörü Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar. Üroonkoloji Bülteni 2006; (1): 3-5
79. Falkensammer C, Gozzi C, Hager M, Maier H, Bartsch G, Hörtl L, Rehder P. Yüzeysel Mesane Kanseri İnvaziv Bacille Calmette-Guerin Tedavisi Sonrası Geç Dönemde Görülen Bilateral Tüberküloz Benzeri Epididimo-Orşit. Urology Türkçe Baskı Derg 2005; 1(1): 59-62

80. Ersoy H, İmamoğlu MA, Kiper A, Tuygun C, Esengen S, Burgu B. Yüzeysel Mesane Tümörlerinde TUR Sonrası İntrakaviter BCG Uygulaması ve Uzun Süreli İdamesinin Rekkürrens ve Progresyon Üzerindeki Etkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55(1): 63-72
81. Baltacı S. Mesane Tümörlerinde Neoadjuvan Ve Adjuvan Kemoterapi. Üroonkoloji Bülteni 2007; (4): 4-8
82. Smeltzer SC, Bare BG. Renal and Urinary Tract Function In; Medical Surgical-Nursing, Vol. 2, 10th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004; ch 9, p. 1249-1409
83. Aslan G. Radikal Sistektomi Öncesinde ve Sonrasında Beslenmenin Önemi. Üroonkoloji Bülteni Derg 2009; (2): 27-30
84. Wood ES, Calabrese D. Bladder and Renal Cancer. In; Yarbno CH, Frogge MH, Loos Mg (Editors). CANCER NURSİNG, 6th ed. Canada: Jones and Barklett's Boks; 2005; ch 45, p.1005-1022,
85. Albayrak A. Üriner Sistem Bakım Planları. Albayrak N, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A (Editörler). Hemşirelik Bakım Planların' da. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007.s. 479-527
86. Moyet LYC (Çeviri). Hemşirelik Tanımları El Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2005: 514
87. Klastersky J, Schimpff SC, Jenn HG. Supportive Care in Cancer, A Handbook For Onkolojist. 2nd ed. Newyork: Acid Free Paper; 1999, p. 626-632
88. Mccann JAS, Holmes NH, Robinson JM. Handbook of Medical Surgical Nursing. 4nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004, p. 93-96
89. Erdoğan Ö, Nazlı O. Üriner Diversiyon Uygulanacak Hastalarda Bağırsak Hazırlığı ve Antibiyotik Profilaksisi. Üroonkoloji Bülteni 2005; (2): 12-15
90. Akpınar BA, Yurttaş A, Karahisar F. Üriner Katerizasyona Bağlı Enfeksiyonun Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303-5134 2004; 1-7
91. Kibar Y, Demir E, Aydur E, Doyan M. Ürolojide Temiz Aralıklı Kataterizasyon Uygulamaları. Türk Üroloji Dergisi 2006; 32 (4): 529-532
92. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. . Türkiye Klinikleri Med J Sci 2007; 27: 86-90
93. Üstündağ H, Demir N ve ark. Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Türkiye Klinikleri Med J Sci 2007; 27: 522-527
94. Çavdar İ, Özbaş A. Stoma ve Cinsellik. Kadın Cinsel Sağlığı. Androloji Bülteni 2005; (20): 79-81

95. Karadağ A. Stoma ve Parastomal Alanın Değerlendirilmesi. Kolon Rektum Hast Derg 2008; 18 (2): 64-70
96. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Ü Tıp Fakültesi Derg 2004; 30(2): 81-85
97. Pınar R, Acaray A. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2004; 8(1): 1-10
98. Uluçay Ö, Sökmen N, Önel S. 116 Anal Fissür Olgumuzda Yaşam Kalitesi Sonuçları. Akdeniz Klinikleri 2007; 1(1): 35-41
99. Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. Paylaşılmamış Deneyim: Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler. F.Ü. Sağ. Bil. Derg 2008; 22(6): 327-332
100. Ertem G, Kaklım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2): 3-12
101. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarının Değerlendirilme Ölçütleri. Romatizma 2005; 20(1): 55-61
102. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye'de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(3): 7-12
103. Şenol Y. Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap kayması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(5): 282-288
104. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. F.Ü Say Bil Derg 2007; 187-193
105. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. Geriatri 1999; 2(4): 173-177
106. Baran GA. Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yaşam Kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; (2): 86-97
107. Arslan Ş, Kutsal GY. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. Geriatri Derg 1999; 2(4): 173-179
108. Yıldırım YK, Uyar M, Fadıloğlu Ç. Kansere Ağrısı ve Yaşam Kalitesinin Etkisi. Ağrı 2005; 17(4): 17-21
109. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14(1): 48-54

110. Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V ve ark. Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi. Klinik Psiko Farmakoloji Bülteni 2003; 13(2): 72-76
111. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50:172-179
112. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. Türkderm Derg 2003; 37(1): 16-23
113. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi 2006; 3(4): 281-287
114. Aydın S, Yavuz T, Düver H, Kutsal A. 65 Yaş Üstü Hastalarda Koroner Bypass Operasyonlarının Yaşam Kaliteleri Üzerine Erken Dönem Çıkışının SF-36 Testi İle Tespiti. Geriatri 2002; 5(2): 1-10
115. Soyyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF-36 Sağlık Taramasının Değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Derg 2006; 54(3): 259-266
116. Matsuda T, Aptel I, Exbrayat C, Grosclaude P. Determinants of Quality of Life Bladder Cancer Survivors Five Years After Treatment in France. International Journal of Urology 2003; (10): 423-429
117. Ficarra V, Novara G, Galfano A, Stringari C, Baldassarre R, Cavalleri S et al. 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; (16): 274-278
118. Miyake H, Furukawa J, Muramaki M, Takenaka A, Fujisawa M. Orthotopic Sigmoid Neobladder After Radical Cystectomy: Assesment of Complications, Functional Outcomes and Quality of Life in 82 Japanese Patients. BJU International 2009; 1-5
119. Hara I, Miyake H, Hara S, Gotoh A, Nakamura I, Okada H et al. Health-Related Quality of Life After Radical Cystectomy for Bladder Cancer: a Comparison of İleal Conduit and Orthotopic Bladder Replacement. BJU International 2002; (89): 10-13
120. Autorino R, Quarto G, Di Lorenzo G, De Sio M, Perdona S, Giannarini G et al. Health Related Quality of Life Radical Cystectomy: Comparison of İleal Continent Orthotopic Neobladder. the Journal of Cancer Surgery 2008; (35): 858-864

121. Sarı U. Mesane Tümörü Tedavisinde Radikal Sistektomi Yaklaşımı ile Mesane Koruyucu Yaklaşım Sonuçlarının Karşılaştırılması (Tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007
122. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(6): 117-126
123. Fujisawa M, Isotani S, Gotoh A, Okada H, Arakawa S, Kamidono S. Health- Related Quality of Life With Orthotopic Neobladder Versus Ileal Conduit According to The SF-36 Survey. Urology 2000; 55(6): 862-865
124. Ardahan M, Temel AB. Prostat Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi 2006; 22(2): 1-14
125. Savcı BA. Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler (Tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006
126. Saltürk AG. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İlişkisi (Tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006
127. Mansson A, Davidsson T, Hunt S, Mansson W. The Quality of Life in Men After Radical Cystectomy With a Continent Cutaneous Diversion or Orthotopic Bladder Substitution: Is There a Difference?. BJU International 2002; (90): 386-390
128. Yoneda T, Igawa M, Shina H, Shigeno K, Urakami S. Postoperative Morbidity, Functional Results and Quality of Life of Patients Following Orthotopic Neobladder Reconstruction. International Journal of Urology 2003; (10): 119-125
129. Kulaksızoğlu H, Gökhan T, Kulaksızoğlu IB, Aqlamış E, Ünlüer E. When Should Quality of Life Be Measured After Radical Cystectomy?. European Urology 2002; (42): 350-355

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

ŞEKİLLER

Şekil 1.	Mesane Tümörü Evrelendirme	10
Şekil 2.	Yüzeyel mesane Tümörü MRI Görüntüsü	13
Şekil 3.	İnvaziv Mesane Tümörü MRI Görüntüsü	13
Şekil 4.	Sistoskopi	14
Şekil 5.	Transüretral Rezeksiyon (TUR)	15

TABLolar

Tablo 1 :	Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=84)	35
Tablo 2:	Hastaların Hastalığa Özgü Özellikleri (n=84)	37
Tablo 3:	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanları ve Minimum Maksimum değerleri	38
Tablo 4:	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=84)	39
Tablo 5 :	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı (n=84)	40
Tablo 6:	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Medeni Durumuna Göre Dağılımı (n=84)	41

Tablo 7: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	42
Tablo 8: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Dağılımı (n=84)	43
Tablo 9: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Cinsel Yaşama Göre Dağılımı (n=84)	44
Tablo 10: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Ameliyatın Türüne Göre Dağılımı (n=84)	45
Tablo 11: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (n=84)	46
Tablo 12: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Ameliyat Sonrası Ayına Göre Dağılımı (n=84)	47
Tablo 13: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (n=84)	48
Tablo 14: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puanları ile Eğitim Durumu arasında korelasyon tablosu	49

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Malatya’da doğan Ayfer Kulu ilk ve orta öğrenimini İstanbul’da tamamlamasının ardından 2002–2006 yılları arasında T.Ü. Sağlık Y.O. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2006 yılında T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2006 yılında T.Ü. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde hemşire olarak, 2007-2008 yılları arasında Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Cerrahi Kliniğinde Hemşire olarak, 2009 yılında T.Ü. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Hemşire olarak görev yapmıştır. Halen bu görevdedir. Türk Hemşireler Derneği Üyesidir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi

Ek 3. Etik Kurul İzni

EK - 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışmada sağlıkta yaşam kalitesi tanımından da yola çıkarak ‘Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi’ ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik öneriler getirilmesi amaçlanmıştır. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz mesane tümörlü hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitelerinin artırılması yönünde hemşirelik bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz.....
2. Yaşınız.....
3. Eğitim Durumunuz?
() Okur-Yazar Değil () Okur Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yükseköğretim ve üstü
4. Çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır
5. Medeni Durumunuz?
() Evli () Bekar
6. Aylık gelir düzeyiniz?
() 500 TL ve altı () 500-1000 TL () 1000 TL ve üstü
7. Sosyal güvenceniz?
() Emekli sandığı () SSK () Özel Sigorta () Bağkur () Yeşil kart () Yok
8. Sigara/alkol kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
9. Hangi ameliyatı geçirdiniz?
() Transüretral Rezeksiyon (TUR) () Radikal Sistektomi
() Parsiyel Sistektomi () Üretokütaneostomi () Diğer
10. Ameliyat sonrası kaçınıcı Aydasınız?
() 1. Ay () 2. Ay () 3. Ay () 4. Ay () 4. Ay ve üzeri
11. Ameliyattan sonrasında cinsel yaşamınız etkilendi mi?
() Etkilemedi aynı () Çok etkiledi () Az etkiledi
12. Ameliyatınızdan kaynaklandığını düşündüğünüz yaşadığınız en önemli sorun nedir ?
.....

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınızdaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, vereceğiniz en uygun cevabı işaretleyiniz.

Sağlık Durumu Anketi**1. Genel olarak sağlığınızdaki**

Mükemmel.....1

Çok iyi.....2

İyi3

Orta4

Kötü.....5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığınızdaki genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi.....1

Bir yıl öncesinden biraz daha iyi.....2

Hemen hemen aynı.....3

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü.....4

Bir yıl öncesinden çok daha kötü.....5

3. Sağlığınızdaki ve Günlük Aktiviteler

Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınızdaki aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Ne kadar engelliyor?

HAREKETLERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktiviteler	1	2	3
b) Masayı,elektrik süpürgesini itmek gibi hafif aktiviteler	1	2	3
c) Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d) Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e) Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f) Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g) Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h) Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i) Yüz metrelik mesafeyi yürürken	1	2	3
j) Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlık olarak** aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alınız.)

	EVET	HAYIR
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşlerinizde amaçlarınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d) İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?	1	2

5. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak** (örneğin sinirli ya da stresli) aşağıdaki sorunlardan herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz.)

	EVET	HAYIR
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşlerinizde amaçlarınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne derece etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

- Pek etkilemedi.....1
Çok az etkiledi.....2
Orta3
Oldukça.....4
Aşırı derece etkiledi.....5

7. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz.)

- Hiç.....1
Çok hafif.....2
Hafif.....3
Orta.....4
Fazla.....5
Çok fazla.....6

8. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

- Çok değil.....1
Az.....2
Orta.....3
Oldukça fazla.....4
Aşır.....5

9.Bu sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a)tam enerjik hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b)çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c)hiçbir şeyin sizi sınırlayamayacağı kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d)sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e)fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f)moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g)çok yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h)hiç mutlu oldunuz mu	1	2	3	4	5	6
i)yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j)sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10.Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b)Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c)Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum	1	2	3	4	5
d)Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK – 3

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU
Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

AŞVURU İLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2007 / 195
	PROTOKOL ADI	Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü. Edirne Sağlık Meslek Yüksekokulu
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	TÜTF Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırmacıların Kendileri
	FAZİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslar arası

EĞERLENDİRİLEN GİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	28.11.2007		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ	28.11.2007		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

ARAR BİLGİLERİ	Karar No: 23 / 8	Tarih: 06.12.2007
	Üniversitemiz Edirne Sağlık Meslek Yüksekokulunda görevli Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Ayfer KULU'nun tez çalışması başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi
--------------	---

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürçan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	