



50 Yaş Üstü Erkeklerde Alt Üriner Sistem Semptomları ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Symptoms of Lower Urinary Tract and Their Effect on Life Quality in Males Over 50

Enver Güler, Süleyman Ersoy, Emin Pala

1Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul, Türkiye

Copyright@Author(s) - Available online at www.dergipark.org.tr/tr/pub/medr

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Öz

Amaç: Çalışmamızda 50 yaş üzeri erkeklerde ortaya çıkan alt üriner sistem semptomlarını, bu semptomların yaşam kalitesini etkileme derecesini araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmaya İstanbul il Sağlık Müdürlüğüne bağlı Ümraniye 1 nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.01.2020–01.03.2020 tarih aralığında başvuran 50 yaş üstü 307 erkek hasta dahil edildi. Onamları alınarak çalışmaya dahil edilen tüm hastalara 23 soruluk anket uygulandı. Anketteki soruların bir kısmı alt üriner sistem semptomlarının varlığı ve bu semptomların hastalara psikolojik, sosyal, fiziksel ve cinsel etkilerine yönelik sorular; diğerleri de hastaların özgeçmiş bilgilerine yönelik sorulardı.

Bulgular: Yaşam kalitesi skoruna göre yapılan gruplamada hastaların 292'sinin (%95,1) yüksek, 14'ünün (%4,6) orta, birinin (%0,3) düşük yaşam kalitesi grubunda olduğu görüldü. Ortalama toplam yaşam kalitesi skoru $92,1 \pm 12,3$ olarak belirlendi. Ortalama psikolojik skor $81,1 \pm 14,4$, sosyal skor ise $90,0 \pm 20,8$ olarak saptandı. Her bir şikâyet için; şikâyeti olan hastalardaki yaşam kalitesi skoru, psikolojik, fiziksel, sosyal ve cinsel skorların her birisi şikâyeti olmayanlara göre anlamlı düşük bulundu (Her birisi için $p < 0,001$). Yapılan korelasyon analizlerinde yaş ile toplam yaşam kalitesi, cinsel, psikolojik ve sosyal skorlar arasında anlamlı ters korelasyon olduğu görüldü (Her biri için $p < 0,05$).

Sonuç: Alt üriner sistem semptomları 50 yaş üzeri erkeklerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastaların hem alt üriner sistem şikâyetlerinin azaltılmasına yönelik tedavilerin düzenlenmesi, hem de psikolojik, sosyal ve cinsel yönlerden destekleyici uygulamaların yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Alt üriner sistem; benign prostat hiperplazisi; benign prostat hiperplazisi yaşam kalitesi ölçeği (bph-yk); yaşam kalitesi

Abstract

Aim: We aimed to investigate the lower urinary tract symptoms of men over 50 years and to what extent these symptoms affect the quality of life of patients.

Material and Methods: The study included 307 male patients over the age of 50 who applied to Umraniye 1 Family Health Center between 01.01.2020–01.03.2020. All the patients included in the study were applied a questionnaire of 23 questions which are about low urinary tract system symptoms and regarding the psychological, social, physical and sexual effects of these symptoms on patients.

Results: According to the quality of life scores, 292 (95.1%) of the patients were in the high, 14 (4.6%) were in the middle and one (0.3%) were in the low quality of life. The mean total quality of life score was 92.1 ± 12.3 . The mean total psychological score was 81.1 ± 14.4 , and the social score was 90.0 ± 20.8 . For each complaint; The mean total quality of life score, psychological, physical, social and sexual scores of patients with complaints were significantly lower than those without complaints ($p < 0.001$ for each). In correlation analysis, there was a significant inverse correlation between age and total quality of life, sexual, psychological and social scores ($p < 0.05$ for each).

Conclusion: Lower urinary tract symptoms negatively affect the quality of life of men over 50 years. Accordingly, it is necessary to organize the treatments aimed at reducing the complaints of these patients as well as supporting psychological, social and sexual practices.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; lower urinary tract; quality of life; benign prostate hyperplasia life quality scale (BPH-LQS)

Geliş Tarihi / Received: 01.03.2021 Kabul Tarihi / Accepted: 21.04.2021

Sorumlu Yazar /Corresponding Author: Suleyman Ersoy, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey, E-mail: suleymanersoy@gmail.com

GİRİŞ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) 50 yaş üstü erkeklerde %85'e varan oranlarda görülen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (1). BPH'da güncel tedavi kılavuzlarında alt üriner sistem semptomlarının şiddeti esas olarak alınmaktadır. Hastalarda görülen bazı semptomlar hastaları ne kadar rahatsız ediyorsa tedavi o kadar önem arz eder. Tedavi edilmeyen BPH, akut üriner retansiyon, renal fonksiyonlarda bozulma, üriner sistem enfeksiyonu ve mesane taşı gibi önemli komplikasyonlara neden olabilir. BPH nadiren yaşamı tehdit eden bir hastalık olduğundan, çoğunlukla tedavide amaç semptomları hafifleterek kişinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (1,2).

BPH tedavisinde ancak klinik komplikasyonlar geliştiğinde cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Ciddi semptomları olan BPH'li hastalarda en yüksek oranda iyileşmeyi cerrahi tedavi sağlar, fakat cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlar, morbidite, nüks ve yüksek tedavi maliyetleri gibi nedenlerle cerrahiye alternatif olabilecek cerrahi dışı tedaviler geliştirilmiştir. Minimal BPH semptomları olan hastalar için en uygun yöntem konservatif izlem iken, orta derecede semptomatik olgularda cerrahi dışı invazif girişimler veya medikal tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (2-4). Bu amaçla Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) indeksi tüm dünyada yaygın kabul görmüştür. Dolayısıyla BPH'ne bağlı komplikasyonları olmayan hastalara yaklaşımda semptomları değerlendirmek ve semptomların şiddetine göre tedavi planlanması yapılması uygulanagelmıştır. Ancak sadece IPSS neticelerine dayanarak tedavi planlamak sakıncalı olabilmektedir. Hastaların bir kısmı IPSS anketini anlayamamakta, aynı IPSS değerine sahip iki farklı kişinin bu semptomları algılaması, bunlardan duyduğu rahatsızlık ve hatta tedaviden beklentileri çok farklı olabilmektedir (5). Öte yandan esasen alt üriner sistem yakınmalarının varlığını veya şiddetini bilmektense, kişinin bu semptomlardan ne kadar etkilendiğinin, ne kadar sıkıntı çektiğinin bilinmesi çok daha akılcı ve doğru bir yaklaşım olacaktır. Bu konuda Uluslararası Konsensus Toplantısında semptomatik BPH hastalarında ciddi komplikasyon gelişmemişse tedavide ana amacın semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla gerek tedavi seçiminde ve gerekse de tedavi takibinde esas rehber hastaya özel yaşam kalitesinin tespiti olmalıdır (6,7). Sonuç olarak BPH'da IPSS yerine yaşam kalitesi ölçütlerinin kullanılması daha doğru olacaktır. Bu önemli ihtiyacı karşılamak üzere Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubunca ülkemize ait 20 soruluk BPH'ya özgü bir yaşam kalitesi (BPH-YK) ölçeği geliştirilmiş ve bu ölçeğin geçerlilik çalışması yapılmıştır (8, 9).

Biz de çalışmamızda 50 yaş üzeri erkekleri tarayarak bu hastalarda ortaya çıkan alt üriner sistem semptomlarını, bu semptomların onların toplam yaşam kalitelerini ve sosyal, fiziksel, cinsel ve psikolojik durumlarını ne seviyede etkilediklerini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOT

Hastalar ve verilerin toplanması

Çalışmaya İstanbul il Sağlık Müdürlüğüne bağlı Ümraniye 1 nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kayıtlı 50 yaş üstü erkek hastalar dahil edildi. ASM'ye kayıtlı 50 yaş üzeri erkek sayısı yaklaşık 1500 idi. Epi info programı (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA) kullanılarak ve desen etkisi 1, hata payı %5 ve güven aralığı %95 alınarak yapılan hesaplamada ulaşılmaması hedeflenen örneklem büyüklüğü 306 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan rakama ulaşabilmek için mevcut nüfustan randomize etmek yerine 01.01.2020–31.03.2020 tarih aralığında başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar çalışmaya dahil edilirken aşağıdaki kriterler dikkate alındı.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri

- BPH tanısı alıp almadığına bakılmaksızın tüm 50 yaş üzeri erkek hastalar

Hastaların çalışmadan hariç tutulma kriterleri

- 50 yaş ve altı erkek hastalar
- Tüm kadın hastalar
- Ankete katılmayı kabul etmeyenler

Etik

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulundan 19.12.2019 tarih ve 241 sayılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmamız Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun ve denek araştırma etik kuralları ile çalışmamaktadır. Her hastadan çalışmaya kendi gönül rızasıyla katıldıklarına dair ayrı ayrı anket öncesi yazılı onamları alınmıştır.

Anket Çalışması

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara yüz yüze Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubunca geliştirilmiş ve valide edilmiş olan Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği (BPH-YK) uygulandı (8, 9). Anket sorularına verilen yanıtlar "hayır" ya da "hiç" yanıtı için 0, "biraz" yanıtı için 1, "oldukça" yanıtı için 2 ve "çok fazla" yanıtı için 3 puan olacak şekilde skorlandırıldı. Toplam skor, puanları toplanarak olası en yüksek puan olan 57'ye göre yüzde değeri olarak verildi. Puanlar ters olarak skorlandı ve yüksek oran = yüksek yaşam kalitesi olarak değerlendirildi. Yaşam kalitesi toplam skoruna göre %33,3 altında olanlar düşük, %33,3-66,6 arasında olanlar orta, %66,6 üzerinde olanlar yüksek yaşam kalitesi düzeyleri olarak belirlendi. Ayrıca hastalara psikolojik, sosyal, fiziksel ve cinsel etkilere yönelik sorular içeren ve hastaların özgeçmiş ve sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bir anket uygulandı.

İstatistiksel yöntemler

Çalışmadaki tüm istatistiksel analizler SPSS 25.0 yazılımı (IBM SPSS, Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak verildi. Kategorik değişkenler açısından gruplar arasındaki karşılaştırmalar

Pearson's Ki Kare testi ve Fisher's Exact Test ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ile doğrulandı. Sürekli değişkenler açısından gruplar arasındaki farklılıklar Student's T Test ve çoklu gruplar arasındaki ortalama değerlerin karşılaştırmaları varyans analizi ile yapıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltmesi uygulandı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 62,0 ve 7,0 yıl idi (yaş aralığı: 51-82 yıl). Hastaların 287'si (%93,5) evli, 218'i (%71,0) ilkokul mezunu idi. Hastalarımızın 251'inde (%81,8) ek bir sağlık sorunu bulunmaktaydı, 243 (%79,2) hasta düzenli ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %73,3'ünde alkol/sigara kullanımı yoktu. Yaşam kalitesi skoruna göre yapılan gruplamada hastaların 292'sinin (%95,1) yüksek, 14'ünün (%4,6) orta, birinin (%0,3) düşük yaşam kalitesi grubunda olduğu görüldü. (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

| Değişkenler | N (%) |
|---------------------------------|------------|
| Medeni durum | |
| Evli | 287 (93.5) |
| Bekar | 4 (1.3) |
| Dul | 14 (4.6) |
| Ayrı | 2 (0.7) |
| Eğitim durumu | |
| Okuryazar değil | 10 (3.3) |
| Okuryazar | 15 (4.9) |
| İlkokul | 218 (71.0) |
| Ortaokul | 26 (8.5) |
| Lise | 29 (9.4) |
| Üniversite | 9 (2.9) |
| Sağlık sorunu | |
| Yok | 56 (18.2) |
| Var | 251 (81.8) |
| Toplam | 307 (100) |
| Düzenli ilaç kullanımı | |
| Yok | 64 (20.8) |
| Var | 243 (79.2) |
| Sigara / alkol kullanımı | |
| Yok | 225 (73.3) |
| Var | 82 (26.7) |
| Yaşam kalitesi grubu | |
| Düşük | 1 (0.3) |
| Orta | 14 (4.6) |
| Yüksek | 292 (95.1) |

n:Hasta sayısı

Çalışmaya katılan hastaların ortalama toplam yaşam kalitesi skoru $92,1 \pm 12,3$ (Aralık: 22,2-100) olarak belirlendi. Hastaların ortalama toplam psikolojik skoru %81,1 ve 14,4, sosyal skoru %90,0 ve 20,8, semptom etkisi skoru %89,9, cinsel skoru ise %91.9, fiziksel fonksiyon skoru %97,8, olarak saptandı. Skorların ortalama, SS, maksimum ve minimum değerleri Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. Yaşam skorlarına ait ortalama değerler

| | Ortalama \pm SS | Minimum | Maksimum |
|---|-------------------|---------|----------|
| BPH-Yaşam kalitesi skoru (%) | 92.1 \pm 12.3 | 22.2 | 100 |
| BPH-Semptom etkisi skoru (%) | 89.9 \pm 14.4 | 16.7 | 100 |
| BPH-Psikolojik fonksiyon skoru (%) | 81.1 \pm 9.4 | 23.8 | 85.7 |
| BPH-Fiziksel fonksiyon skoru (%) | 97.8 \pm 10.6 | 33.3 | 100 |
| BPH-Sosyal skor (%) | 90.9 \pm 20.8 | 0.0 | 100 |
| BPH-Cinsel skor (%) | 91.9 \pm 22.1 | 0.0 | 100 |

BPH:Benign prostat hiperplazisi, SS: Standart sapma

Hastalarda en sık görülen şikayetler, gece idrara çıkma (%38,1), damlama ve tam boşalamama hissi (%31,9) ve sık idrara çıkma (%26,1) idi. Diğer şikayetler ise sıklık sırasına göre ani idrar kaçırma, akımda azalma, kesik idrar, zorlanma, ağrı, yanma ve bekleme, ıkınma şeklinde idi (Tablo 3).

Tablo 3. Semptomların görülme oranları.

| Semptomlar | N (%) |
|--------------------------------|------------|
| Gece idrarı | 117 (38.1) |
| Damlama, tam boşaltamama hissi | 98 (31.9) |
| Sık idrara çıkma | 80 (26.1) |
| Ani idrar kaçırma | 70 (22.8) |
| Akımda azalma | 59 (19.2) |
| Kesik idrar, zorlanma | 58 (18.9) |
| Ağrı, yanma | 51 (16.6) |
| Bekleme, ıkınma | 44 (14.3) |

n:Hasta sayısı

Ek sağlık sorunu olanlarda olmayanlara göre ortalama toplam yaşam skoru anlamlı düşük bulundu ($p < 0,001$). Hastaların eğitim düzeyleri ($p = 0,4$), medeni durumları ($p = 0,311$) ve sigara ve/veya alkol kullanımları ($p = 0,914$) grupları arasında ortalama toplam yaşam kalitesi skorları açısından anlamlı fark yoktu. İlaç kullanma durumuna göre toplam yaşam skorları arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$). İkili karşılaştırmalarda ilaç kullanmayan hastaların (%21,2) toplam yaşam skoru, beşten az (%53,8) veya beş ve üzeri (%25,4) sayıda ilaç kullananlardan anlamlı yüksek bulundu (her ikisi için $p < 0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların demografik özelliklerinin ortalama toplam yaşam kalitesi skoruna etkilerinin karşılaştırması.

| | n | Yaşam kalitesi Ortalama± SS (%) | P |
|----------------------|------------|------------------------------------|--------------------|
| Eğitim | | | 0.4* |
| Okuryazar değil | 10 | 86.5±10.8 | |
| Okuryazar | 15 | 91.2±15.7 | |
| İlkokul | 218 | 92.3±12.1 | |
| Ortaokul | 26 | 92.9±9.1 | |
| Lise | 29 | 94.2±13.4 | |
| Üniversite | 9 | 86.4±15.3 | |
| Toplam | 307 | 92.1±12.3 | |
| | n | | |
| Medeni durum | | | 0.311* |
| Evli | 287 | 92.1±12.4 | |
| Bekar | 4 | 85.6±14.9 | |
| Dul | 14 | 95.8±6.8 | |
| Ayrı | 2 | 82.4±11.7 | |
| Toplam | 307 | 92.1±12.3 | |
| | n | | |
| Sağlık sorunu | | | <0.001** |
| Yok | 56 | 97.7±5.4 | |
| Var | 251 | 90.9±13.0 | |
| Toplam | 307 | 92.1±12.3 | |
| | n | | |
| Sigara alkol | | | 0.914** |
| Yok | 225 | 92.3±12.6 | |
| Var | 82 | 91.8±11.5 | |
| Toplam | 307 | 92.1±12.3 | |
| | n | | |
| Düzenli ilaç | | | <0.001** |
| Yok | 64 | 97.0±6.3 | |
| Var | 243 | 90.9±13.2 | |
| 5'ten az | 165 | 53.8±5.2 | |
| 5 ve üzeri | 78 | 25.4±3.7 | |
| Toplam | 307 | 92.1±12.3 | |

*Varyans analizi uygulanmıştır, ** Student's t Testi uygulanmıştır. 5'ten az: Beşten az ilaç kullananlar, 5 ve üzeri: Beşten fazla ilaç kullananlar, n:Hasta sayısı

Gece idrara çıkma, damlama, tam boşaltamama hissi, sık idrara çıkma, ani idrar kaçırma, akımda azalma, kesik idrar, zorlanma, ağrı, yanma ve bekleme, ıkınma şikâyetlerinin her biri için; şikâyeti olan hastalardaki ortalama toplam yaşam kalitesi skoru, psikolojik, sosyal ve cinsel skorların her birisi şikâyeti olmayanlara göre anlamlı düşük bulundu (Her birisi için p<0,001). Yalnız tüm bu şikâyetler fiziksel skor açısından anlamsız bulundu (p=0,06). Çalışmaya dahil edilen hastaların 243 (%79,2)'ü düzenli ilaç

kullanmaktaydı. Bu hastalardan beşten az (%53,8) veya beş ve üzeri (%25,4) olmak üzere tüm ilaç kullananların, hiç ilaç kullanmayanlara göre toplam yaşam kalitesi skoru ve psikolojik, sosyal ve cinsel skorların her biri anlamlı düşük bulundu (Her birisi için p<0,001). Beş ve üzeri (%25,4) ilaç kullananlar, beşten az (%53,8) ilaç kullananlarla kıyaslandığında ortalama toplam yaşam kalitesi skoru ve psikolojik sosyal ve cinsel skorların her biri anlamlı düşük bulundu (Her birisi için p<0.001) (Tablo 5).

Tablo 5.Semptomlara göre ortalama skorların karşılaştırılması.

| | N | Toplam yaşam kalite skoru (%) | Toplam psikolojik skoru (%) | Toplam fiziksel skoru (%) | Toplam sosyal skoru (%) | Toplam cinsel skoru (%) |
|----------------------------------|-----|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | Ort. ± SS | Ort. ± SS | Ort. | Ort. | Ort. |
| Damlama. boşalmama hissi* | | | | | | |
| Yok | 209 | 97.5±4.8 | 84.3±4.3 | 99.4±5.6 | 97.6±9.5 | 96.3±14.7 |
| Var | 98 | 80.8±15.4 | 74.3±13.1 | 94.6±16.4 | 76.5±29.5 | 82.3±30.7 |
| Sık idrara çıkma* | | | | | | |
| Yok | 227 | 96.8±5.8 | 83.5±5.8 | 99.6±4.9 | 97.5±9.5 | 95.7±15.2 |
| Var | 80 | 78.9±15.8 | 74.2±13.4 | 92.9±18.1 | 72.1±30.7 | 80.8±32.6 |
| Kesik idrar, zorlanma* | | | | | | |
| Yok | 249 | 96.1±6.9 | 83.5±5.9 | 98.7±7.8 | 95.6±14.6 | 96.3±14.8 |
| Var | 58 | 75.3±15.7 | 71.1±14.0 | 94.3±17.8 | 70.7±29.8 | 73.0±35.0 |
| Ani idrar kaçırma* | | | | | | |
| Yok | 237 | 96.1±7.3 | 83.7±5.5 | 98.5±9.3 | 96.5±12.4 | 95.9±15.6 |
| Var | 70 | 78.9±16.0 | 72.5±13.8 | 95.7±13.8 | 71.9±30.4 | 78.1±33.0 |
| Akımda azalma* | | | | | | |
| Yok | 248 | 95.7±8.3 | 83.7±5.9 | 98.4±8.9 | 95.2±15.2 | 95.6±16.2 |
| Var | 59 | 77.0±14.6 | 70.4±13.1 | 95.5±15.7 | 72.9±30.0 | 76.3±33.9 |
| Bekleme, ıknma* | | | | | | |
| Yok | 263 | 95.0±8.8 | 82.9±7.1 | 98.6±8.9 | 94.0±17.4 | 94.3±18.6 |
| Var | 44 | 74.9±15.8 | 70.4±13.4 | 93.2±17.0 | 72.0±28.5 | 77.3±33.5 |
| Gece idrarı* | | | | | | |
| Yok | 190 | 97.9±4.8 | 84.5±4.1 | 99.6±3.4 | 98.5±6.6 | 97.9±11.7 |
| Var | 117 | 82.8±14.8 | 75.7±12.6 | 94.9±16.2 | 78.5±28.7 | 82.1±30.2 |
| Ağrı, yanma* | | | | | | |
| Yok | 256 | 94.8±8.9 | 82.8±6.8 | 98.4±9.2 | 93.9±16.9 | 93.9±19.2 |
| Var | 51 | 79.0±17.6 | 72.9±14.9 | 94.8±15.5 | 75.8±30.4 | 81.7±31.5 |
| Düzenli ilaç kullanımı** | | | | | | |
| Yok | 64 | 97.0±6.3 | 84.4±4.3 | 100.0±0.0 | 97.4±9.0 | 98.4±12.5 |
| 5'ten az | 165 | 91.8±11.3 | 81.1±8.8 | 96.6±13.6 | 91.1±20.0 | 92.5±20.3 |
| 5 ve üzeri | 78 | 88.8±16.3 | 78.6±12.5 | 98.7±6.4 | 85.0±27.1 | 85.0±29.3 |
| P | | <0.001 | 0.001 | 0.06 | 0.002 | 0.001 |

** : Varyans analizi, * : Student's t Testi uygulanmıştır. *Her bir analiz için p<0.001 saptanmıştır. 5'ten az: Beşten az ilaç kullananlar, 5 ve üzeri: Beş ve daha fazla ilaç kullananlar, Ort: Ortalama, SS:Standart sapma, n: Hasta sayısı

Tablo 6. Yaş ve skorların birbirleri ile korelasyonu.

| | Yaş | Toplam cinsel skor | Toplam psikolojik skor | Toplam fiziksel skor |
|-----------------------------|-----|--------------------|------------------------|----------------------|
| Toplam yaşam kalitesi skoru | r | -0.174 | | |
| | p | 0.002 | | |
| Toplam cinsel skor | r | -0.124 | | |
| | p | 0.030 | | |
| Toplam psikolojik skor | r | -0.122 | 0.588 | |
| | p | 0.032 | <0.001 | |
| Toplam fiziksel skor | r | -0.107 | 0.064 | 0.155 |
| | p | 0.060 | 0.263 | 0.006 |
| Toplam sosyal skor | r | -0.199 | 0.457 | 0.248 |
| | p | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

Pearson's korelasyon analizi uygulanmıştır.

Hastaların yaş ile toplam yaşam kalitesi, cinsel, psikolojik ve sosyal skorlar arasında korelasyon analiz sonucuna göre, anlamlı ters korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,030$, $p=0,032$ ve $p<0,001$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

50 yaş üstü erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırdığımız çalışmamızda hastaların yaşları ilerledikçe ortaya çıkan semptomlarının öncelikle cinsel, psikolojik ve sosyal durumlarını bozarak yaşam kalitelerini etkilediğini saptadık.

Tüm erkeklerin %10'unda, 40 yaşını geçenlerin %20'sinde, 60 yaşını geçenlerin %50-60'ında BPH geliştiği bildirilmiştir (10,11). BPH nadiren ciddi komplikasyonlara neden olur. Ancak hastalığın semptomları yaşam kalitesini önemli oranda bozabilir, semptomların düzeyi aynı bile olsa yaşam kalitesini farklı düzeylerde etkiliyor olabilir. (8-11). Tong ve ark. yaptıkları çalışmada hastalarının %51'inin orta yaşam kalitesinde olduğunu saptamışlar, ortalama toplam yaşam kalitesi skorunu 40 olarak bildirmişlerdir (12). Bizim çalışmamızda ise hastaların %95,1'inin yüksek yaşam kalitesi grubunda olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalarımızın ortalama toplam yaşam kalitesi skoru 92,1 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Pinto ve ark. yaptıkları geniş kapsamlı meta analizde BPH hastalarının yaşam kalitelerinde ırksal ve bölgesel farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir (10). Pinto ve ark. yaptıkları bir başka çalışmada ise ülkeler arasında sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıkların BPH hastalarında hastalıktan farklı düzeyde etkilenmeye yol açabildiğini rapor etmişlerdir (13). Bu nedenle BPH hastalarında yaşam kalitesinin bölgesel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda nispeten yüksek yaşam kalitesi skorlarına ulaşılması araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönetiminin daha iyi yapılmış olduğunu düşündürmektedir. Ancak yaşam kalitesi skorlaması hastanın sübjektif puanlamasına bağlı olduğu için bu veriler hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu

değil de yaşam kalitesinin yüksek olduğu düşüncesinin hastalarda hakim olduğunu da gösteriyor olabilir. Günümüzde kullanılan ölçeklerle yaşam kalitesinin objektif değerlendirilmesi henüz çok mümkün olmamaktadır.

İdrar kaçırma, sık ve gece idrara çıkma, dizüri, inkontinans gibi şikayetleri ifade eden alt üriner sistem semptomları yaşam kalitesini önemli oranda bozmaktadır (10,14). Pinto ve ark. yaptıkları meta analizde alt üriner sistem semptomları ile yaşam kalitesi skoru arasında negatif bir ilişki olduğunu rapor etmişlerdir (10). Van Dijk ve ark. ve Komiya ve ark. yaptıkları çalışmalarda alt üriner sistem semptomlarının düşük hayat kalitesi için bir gösterge olduğunu hayat kalitesini en çok zayıf idrar akımı, gece idrara çıkma ve sık idrar yapma şikayetlerinin etkilediğini rapor etmişlerdir (14,15). Çalışmamızda en sık şikayetler gece idrara çıkma (%38.1), damlama ve boşaltamama hissi (%31.9) ve sık idrara çıkma (%26.1) olarak bulunmuştur. Sorgulanan gece idrara çıkma, damlama ve boşaltamama hissi, sık idrara çıkma, ani idrar kaçırma, idrar akımında azalma, idrarın kesik gelmesi, idrar yaparken zorlanma ve ağır hissi ile idrar yaparken bekleme ve ıkınma şikayetlerinin her birisinin toplam yaşam kalitesi skorunu anlamlı düşürdüğü saptanmıştır. Tong ve ark. yaptıkları çalışmada en sık semptomların idrara sık gitme, aniden idrara gitme isteği, inkontinans ve dizüri olduğunu saptamışlar ve bu semptomların hayat kalitesine toplam etkisini %70 olarak bildirmişlerdir (12). Bu bulgulara göre bu hastalarda uygulanacak tedaviler alt üriner sistem semptomlarının sayısını ve derecesini azaltmayı hedef almalıdır.

BPH hastalarında psikolojik durumu inceleyen muhtelif çalışmalar bulunmaktadır (10). Komiya ve ark. yaptıkları çalışmada BPH hastalarının kendi yaşıtı olan genel popülasyona göre psikolojik olarak daha olumsuz durumda olduğunu saptamışlar, Fourcade ve ark. BPH hastalarında anksiyete ve depresyon skorunun en çok etkilenen ölçekler olduğunu bildirmişlerdir (14,16). Clifford ve ark. ile Huang ve ark. yaptıkları çalışmalarda BPH ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptamışlardır

(17,18). Huang ve ark. ayrıca BPH tanısından sonraki ilk yıl içinde depresyon gelişme olasılığının 1,87 kat fazla olduğunu rapor etmişlerdir (18). Tong ve ark. yaptıkları çalışmada psikolojik fonksiyon skorunu %39,3 olarak bildirirken, Yim ve ark. bu skoru %55,1 olarak bulmuşlardır (12,19). Çalışmamızda ise ortalama toplam psikolojik fonksiyon skoru %81,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan skor diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuş olsa da çalışmamız dahilindeki en düşük skor olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ayrıca alt üriner sisteme ait semptomların her birinin ortalama psikolojik fonksiyon skorunu anlamlı düşürdüğü saptanmıştır. Bu verilere göre toplumsal farklılıklar olsa da, alt üriner sistem semptomlarının hastalarda anlamlı olarak daha düşük anksiyete, depresyon ve akıl sağlığı skorlarına yol açtığı görülmektedir.

Komiya ve ark. yaptıkları çalışmada BPH'lı hastaların genel popülasyona göre fiziksel olarak anlamlı düşük skorlara sahip olduğunu göstermişlerdir (14). Tong ve ark. yaptıkları çalışmada fiziksel fonksiyon skorunu %41,2 olarak bildirmişlerdir (12). Erkok ve ark. yaptıkları çalışmada fiziksel skoru %42,7 olarak rapor etmişlerdir (20). Yim ve ark. fiziksel fonksiyon skorunu %47,8 olarak bulmuşlardır (19). Pinto ve ark. yaptıkları çalışmada fiziksel ölçek skorunu %47 olarak saptamışlardır (13). Bu araştırmacılar ciddi düzeydeki alt üriner sistem semptomlarının fiziksel skoru anlamlı etkilediğini ve fiziksel sağlık için bir gösterge olabileceğini rapor etmişlerdir. Çalışmamızda ise ortalama toplam fiziksel fonksiyon skoru %97,8 gibi çok yüksek bir oranda bulunmuştur. Çalışma verilerimiz alt üriner sistem semptomlarının fiziksel skoru anlamlı düşürmediğini göstermektedir ancak yapılan çalışmalara baktığımızda bu semptomların azaltılmasına yönelik daha iyi bir tedavi yönetiminin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Suzuki ve ark. yaptıkları çalışmada BPH hastalarının sosyal yönden genel popülasyona göre daha olumsuz durumda olduğunu saptamışlardır (21). Jacobsson ve ark. ise yaptıkları çalışmada BPH hastalarının kontrol grubuna göre daha düşük sosyal skora sahip olduklarını göstermişlerdir (22). Değişik çalışmalarda sosyal fonksiyon skoru %39,9 - % 67,6 aralığında bildirilmiştir (10,12,19,20). Çalışmamızda ise ortalama toplam sosyal ölçek skoru %90,9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca alt üriner sistemine ait semptomların her birinin ortalama sosyal fonksiyon skorunu anlamlı düşürdüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda cinsel fonksiyon skoru %91,9 olarak saptanmıştır ve cinsel etkilenme skoru ile anksiyete ve depresyon skorları anlamlı ilişkili bulunmuştur. Benzer bir çalışmada BPH hastalarının yarısından çoğunda orta düzeyde, %13'ünde ise ağır düzeyde erektil disfonksiyona rastlandığı bildirilmiş ve BPH'de cinsel fonksiyonların önemli oranda etkilenebildiğini ifade edilmiştir (20). BPH hastalarında cinsel fonksiyondaki bozulma hastanın ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir ve bu hastaların cinsel sorunlar açısından da rehabilite

edilmeleri fayda sağlayacaktır.

Çalışmamızda alt üriner sistem semptomlarının hastalarda yaşı ilerledikçe anlamlı olarak yaşam kalitesi skorlarını düşürdüğü, yaş arttıkça cinsel, psikolojik ve sosyal skorların azaldığı gözlenmiştir. Özellikle ileri yaşlardaki hastalara daha bir özenle yaklaşılması gerektiği görülmektedir.

Çalışmamızda bazı kısıtlamalar bulunmaktaydı. Çalışmamız kesitsel olarak planlandığından dolayı hastaların BPH kliniklerinin seyri izlenmemiştir. Bu nedenle ankette yer alan maddelerin BPH seyri ile ilişkisi analiz edilememiştir. Bir diğer kısıtlılık katılımcıların BPH nedeniyle opere olup olmadığı ve sürekli kullandıkları ilaç bilgisi çalışma verileri arasına dahil edilememesiydi. Ayrıca çalışmamızda amaç yaşam kalitesini değerlendirmek olduğu için yalnızca BPH-YK ölçeği kullanılmış, ek olarak IPSS benzeri bir ölçeğe müracaat edilmemiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda 50 yaş üzeri erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve hastaların yaşları ilerledikçe bu etkilenmenin arttığı, ve öncelikle cinsel, psikolojik ve sosyal durumlarının etkilendiği gösterilmiştir. Çalışmamız verileri bu yaştaki erkeklerin büyük çoğunluğunu etkileyen BPH'nin yaşam kalitesine etkinlikleriyle ilgili bilgi sağlayıcı olup hastalar için planlanan tedaviye yön verecek ve bu konuda klinisyene yardımcı olacaktır.

Finansal Destek: Çalışma için özel ya da kamu herhangi bir şahıs ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar aralarında bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan etmektedir.

Yazar Katkı Beyanı: Çalışmanın planlanmasında EG, SE ve EP; veri toplanmasında EG ve SE; elde edilen verilerin analizinde SE ve EP, makalenin yazımında EG, SE ve EP; makalenin son halinin gözden geçirilip onaylanmasında EG, SE ve EP katkıda bulunmuştur.

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulundan 19.12.2019 tarih ve 241 sayılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmamız Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmemektedir.

REFERENCES

1. Praveen R. Bening prostatic tic hyperplasia: updated review int Res J Pharm 2013;4:8.
2. John Mc Neal. Pathology of benign prostatic hyperplasia. Urol Clin North Am 1990;17:477-86.
3. Narayan P. Neoplasms of the prostate gland. smith's general urology (Tanagho EA, McAninch JW, Eds.). Fourteenth Ed. Prentice-Hall Int Inc, California, 1995; 392-433.
4. Isaacs JT. Etiology of benign pros tatic hyperplasia. Eur Urol

- 1994;25:6-9.
5. Mac Diarmid SA, Goodson TC, Holmes TM, et al. An assessment of the comprehension of the American Urological Association Symptom Index. *J Urol* 1998;159:873-4.
 6. Boyle P. Cultural and linguistic validation of questionnaires for use in international studies: the nine-item BPH-specific quality-of-life scale. *Eur Urol* 1997;32:50-2.
 7. Novara G, Galfano A, Gardi M, et al. Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy. *Eur Urol* 2006;5:418-29.
 8. Çam K. Benign prostat hiperplazisinde yaşam kalitesi neden önemlidir ve nasıl ölçülür? *Üroonkoloji Bülteni* 2009;4:21-4.
 9. Cam K, Muezzinoglu T, Aydemir O, et al. Development of a quality of life scale specific for patients with benign prostatic hyperplasia. *Int Urol Nephrol* 2013;45:339-46.
 10. Pinto JD, He HG, Chan SW, et al. Health-related quality of life and psychological well-being in men with benign prostatic hyperplasia: An integrative review. *Jpn J Nurs Sci* 2016;13:309-23.
 11. Egan KB. The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptom. Prevalence and Incident Rates. *Urol Clin North Am* 2016;43:289-97.
 12. Tong Y, Xie K, Li S. Self-care and quality of life in elderly chinese patients with benign prostatic hyperplasia. *Nurs Sci Q* 2020;33:79-84.
 13. Pinto JD, He HG, Chan SW, et al. Health-related quality of life and psychological well-being in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Clin Nurs* 2015;24:511-22.
 14. Komiya A, Suzuki H, Awa Y, et al. Clinical effect of naftopidil on the quality of life of patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a prospective study. *Int J Urol* 2010;17:555-62.
 15. Van Dijk MM, Wijkstra H, Debruyne FM, et al. The role of nocturia in the quality of life of men with lower urinary tract symptoms. *BJU Int* 2010;105:1141-6.
 16. Fourcade RO, Lacoïn F, Rouprêt M, et al. Outcomes and general health-related quality of life among patients medically treated in general daily practice for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *World J Urol* 2012;30:419-26.
 17. Clifford GM, Farmer RD. Drug or symptom-induced depression in men treated with alpha-blockers for benign prostatic hyperplasia? A nested case-control study. *Pharmacol Epidemiol Drug Saf* 2002;11:55-61.
 18. Huang CY, Chiu KM, Chung SD, et al. Increased risk of depressive disorder following the diagnosis of benign prostatic enlargement: one-year follow-up study. *J Affect Disord* 2011;135:395-9.
 19. Yim PW, Wang W, Jiang Y, et al. Health-related quality of life, psychological well-being, and sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia after prostatic surgery. *Appl Nurs Res* 2015;28:274-80.
 20. Erkoç M, Otunctemur A, Besiroglu H, et al. Evaluation of quality of life in patients under going surgery for benign prostatic hyperplasia. *Aging Male* 2018;21:238-42.
 21. Suzuki H, Yano M, Awa Y, et al. Clinical impact of tamsulosin on generic and symptom-specific quality of life for benign prostatic hyperplasia patients: usin ginternational prostate symptom score and R and Medical Outcomes Study -item Health Survey. *Int J Urol*. 2006;13:1202-6.
 22. Jakobsson L, Lovén L, Hallberg IR. Micturition problems in relation to quality of life in men with prostate cancer or benign prostatic hyperplasia: comparison with men from the general population. *Cancer Nurs*. 2004;27:218-29.