تجربه جراحی در مردان مبتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات: یک آنالیز محتوی کیفی

ماریا مریم کلهر، ناهید دهقان نیری ، سینا ولیئی* ، روجیار ولیئی

چکیده

مقدمه و هدف: تجربه هر بیماری و به ویژه روش های درمان آن علاوه بر تاثیرات جسمی می تواند اثرات روانشناختی بر جنبه های مختلف زندگی فرد بگذارد. تجربه این تاثیرات خود نیز تحت تاثیر نوع بیماری، علائم آن و وضعیت فرهنگی اجتماعی بیماران قرار می گیرد. لذا با توجه به اهمیت تبیین تجربه بیماران در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه جراحی برداشتن پروستات در مردان مبتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات انجام شد.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعهٔ کیفی از نوع تحلیل محتوا بود. با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بیماران بستری در بخش های ارولوژی بیمارستان توحید سنندج که تحت عمل جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه قرار گرفته بودند جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. اطلاعات با انجام مصاحبه های عمیق جمع آوری شد و پس از مصاحبه با ۱۵ بیمار، اطلاعات با روش آنالیز محتوی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده در این پژوهش چهار درونمایه نهایی استحصال گردید. یافته ها نشان داد که برای این گروه از بیماران جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه به معنی تسلیم شدن در برابر بیماری، ناگزیر به جراحی شدن، رهائی و آسایش و دلواپسی از آینده بود.

نتیجه گیری: درک تجربه مردان از بیماری و جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه نیاز به توجه بیشتر جهت افزایش آگاهی مردان از بیماری پروستات جهت پذیرش بیماری و درمان، تاثیر علائم بر ابعاد مختلف زندگی خصوصی و مذهبی آنها، تهیه و اجرای برنامه مراقبتی بعد از عمل را آشکار ساخت.

کلید واژه ها : جراحی، هایپر پلازی خوش خیم پروستات، آنالیز محتوی.

ماریا مریم کلهر
مربی دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج- ایران

ناهید دهقان نیری
استاد، دانشکده پرستاری و مامائی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران

سینا ولیئی*
استادیار دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج- ایران
تلفن:۰۸۷-۳۱۸۲۷۴۴۲
Sinavaliee@yahoo.com

روجیار ولیئی
کارشناس پرستاری، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج- ایران

دریافت مقاله : ۹۳/۱/۲۵
اصلاح نهایی:۹۳/۳/۱۸
پذیرش مقاله:۹۳/۳/۳۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

مقدمه

هایپرپلازی خوش خیم پروستات یکی از پیامد های دژنره شدن بیولوژیکی در مردان است(۱, ۲). مطالعات نشان داده اند که بروز هایپرپلازی خوش خیم پروستات با افزایش سن افزایش پیدا کرده و در بعضی منابع ادعا می شود که همهٔ مردان بالای ۶۵ سال پروستات بزرگ شده دارند(۱, ۳, ۴). موقعیت آناتومیکی پروستات اغلب موجب بروز علائم سیستم تحتانی ادراری می گردد(۳). حتی اگر چه ممکن است که هایپرپلازی خوش خیم پروستات همیشه به مشکلات ادراری منجر نگردد اما انتظار می رود افراد مبتلا به انواعی از خدمات بهداشتی نیاز پیدا کنند(۲, ۳, ۵). علائم بالینی هایپرپلازی خوش خیم پروستات ممکن است شامل علائم دفع ادرار انسدادی یا تحریکی باشدکه بر ابعاد مختلف زندگی بیماران تاثیر می گذارد(۳, ۵, ۶).

هدف درمان طبی هایپرپلازی خوش خیم پروستات آن است که زندگی روزمره با تسکین علائم و مشکلات ادراری راحت تر گردد(۷). روشهای درمانی مختلفی برای کنترل علائم وجود دارد اما موثرترین درمان در دسترس جراحی می باشد(۷-۹). سالها جراحی باز پروستات رایج ترین عمل جراحی بود که برای مردان مبتلا انجام می شد(۱۰). روشهای جراحی دیگری از جمله برداشتن پروستات از راه مجرای پیشابراه و برش پروستات از راه مجرا نیز وجود دارد(۱۱). اما در طول پنجاه سال گذشته برداشتن پروستات از راه مجرای پیشابراه راه درمان اصلی بوده (۸) و بررسی ها نشان داده که ۹۵٪ اورولوژیست ها از این روش استفاده می کنند(۷) و علی رغم وجود روشهای مختلف درمانی هنوز در بسیاری از بیمارستانها برداشتن پروستات از راه مجرای پیشابراه درمان انتخابی می باشد(۱۲).

هدف درمان با برداشتن پروستات از راه مجرای پیشابراه تراشیدن پروستات بزرگ شده می باشد. بعد از جراحی کاتتر بالن دار همراه با شستشوی مداوم استفاده می شود که به طور طبیعی به اقامت ۳ تا ۶ روزه نیاز دارد(۱۳, ۱۴). عمده مقالات چاپ شده در مورد عوارض برداشتن پروستات از راه مجرای پیشابراه بر مشکلات فیزیکی بعد از عمل اشاره می کنند. خونریزی، احتباس لخته، شوک سپتیک و مراقبت از کاتتر مهم ترین نگرانی های پزشک و پرستار در دورهٔ بلافاصله بعد از عمل می باشد. عوارض دیررس شامل انزال رو به عقب، ناتوانی جنسی و بی اختیاری می باشد(۱۵, ۱۶). این درحالی است که تحقیقات در مورد تاثیرات سبک زندگی، وضعیت روانشناختی و جنسی بعد از پروستاتکتومی غیر از موارد مرتبط با سرطان نادر می باشد(۱۷, ۱۸). اما تغییراتی که در مجاری ادراری مردان با افزایش سن رخ می دهد علاوه بر تاثیرات فیزیکی تاثیرات روانشناختی و رفاه اجتماعی را نیز در پی دارد(۱۹).

آیگان، آیهان و تاستان (۲۰۰۹) به بررسی تجارب و درک مردان ترکیه ای بعد از پروستاتکتومی رادیکال به روش فنومنولوژی پرداختند. تجارب مشارکت کنندگان در چهار طبقه؛ تجربه داشتن سوند ادراری در منزل بعد از جراحی، تجربه در مورد بی اختیاری ادرار و تجربه جنسی و تجربه مطلع بودن بدست آمد(۲۰). پتری، بری، اسپیچگر، کسلرینگ، گاسر، سولسر و کیس (۲۰۰۴) پژوهش مشابهی را در مورد درک و تجربه بعد از جراحی پروستاتکتومی رادیکال بر روی زوجهای متاهل در کشور سوئیس بر روی ۱۰ مرد و شریک زن آنها انجام دادند. یافته های آنها در مورد تجارب مردان شامل بدست آوردن مجدد کنترل[1] و در مورد تجارب شریک زن آنها آنجا

[1] Regaining control

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

بودن[2] گزارش گردید(۲۱). پاتمان و جانسون (۲۰۰۰) در مطالعه ای به بررسی تجربه زنده بعد از پروستاتکتومی از راه پیشابراه بدلیل هایپرتروفی خوش خیم پروستات پرداختند. یافته ها در مورد دیدگاه مردان پس از عمل جراحی به طور خلاصه شامل سه درونمایه علنی کردن آن، خجالت و مسائل جنسی بود(۲۲). در مطالعه دیگر کیویمی و سومینن (۱۹۹۹) تجربه مردان مبتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات را در دوره قبل از عمل جراحی از راه پیشابراه بررسی کرده و در نهایت درونمایه های سختی در دفع، آگاهی از مشکلات دفع ادراری، تصمیم گیری در مورد جراحی، انتظار برای مراقبت و جراحی بدست آمد(۱۹). وارینگ (۲۰۰۵) نیز تجربه زنده مردان در مورد هایپر پلازی خوش خیم پروستات را بصورت خجالت عمیق، ترس و تنفر گزارش نمود(۲۳).

با توجه به تاثیرات روانی اجتماعی علائم ناشی از هایپرپلازی خوش خیم پروستات، عمل جراحی برداشتن پروستات از مجرای پیشابراه و کمبود مطالعات انجام شده در زمینه این تاثیرات بر تجربه مواجه با بیماری و عمل جراحی بویژه در جوامع اسلامی لزوم پرداختن به این مساله را نشان می دهد. لذا پژوهشگران بر خود لازم دانستند تا تجربه گروهی از مردان کرد ایرانی را با توجه به داشتن دین، فرهنگ و سنت های خاص خود مورد بررسی قرار داده تا از نتایج حاصله برای ارائه مراقبت هرچه بهتر از بیماران بهره گیرند. از آنجا که درک بیماران تحت تاثیر تجربیات آنها از بیماری و روش درمان آنان قرار می گیرد لذا یکی از راه های کشف این حیطه تبیین تجربیات بیماران است. کشف، اولین گام برای گام های متعدد در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بوده و کشف تجربه مردان از جراحی برداشتن پروستات کمک خواهد نمود تا راهکارهایی در سطح شخصی و حرفه ای در جهت بهبود کیفیت مراقبت ها ارائه شود لذا پژوهش حاضر به منظور تبیین تجربه جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه در مردان مبتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات انجام شد.

مواد و روشها

با توجه به هدف این مطالعه که تبیین تجربه جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه در مردان مبتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات بود از روش آنالیز محتوی کیفی که ابزارهایی را برای بررسی تجربه ارائه کرده و موجب کسب اطلاعات با ارزش و عمیق از نمونه ها می گردد استفاده شد(۲۴). پژوهش حاضر تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوایی بود. تحلیل محتوی جایگاه ارزشمندی در بین تحقیقات به خود اختصاص داده و ابزار مناسبی برای پژوهش کیفی می باشد(۲۵). در این مطالعه از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شده که در این روش محقق از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می ورزد و در عوض اجازه می دهد که طبقات و نامشان از درون داده ها بیرون آیند. بنابراین محقق در داده ها کاملاً غرق شده تا به یک درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند. ابتدا تحلیل دادها با خواندن مکرر متن برای غوطه ور شدن در آنها و یافتن یک حس کلی شروع می شود سپس متون کلمه به کلمه خوانده می شود تا کدها استخراج شوند. این فرآیند پیوسته و مداوم از استخراج کدها تا نام گذاری آن ها است سپس کدها بر اساس تفاوت ها و یا شباهت هایشان به داخل طبقات دسته بندی می گردند و نهایتاً در پایان مثال هایی برای هر درونمایه از داده ها آماده می شود. از مزایای این رویکرد این است که نتایج مستقیماً از داده های منتج از مشارکت کنندگان در تحقیق بدون تحمیل عقیده منتهی می گردد(۲۷-۲۶).

[2] Being there

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

برای انجام این مطالعه از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد بدین صورت که بیماران مرد بالای ۵۰ سال، بستری شده به علت هایپرپلازی خوش خیم پروستات، که تحت عمل جراحی برداشتن پروستات از راه مجرا و عدم ابتلا به دمانس مراجعه کننده به بخش ارولوژی بیمارستان توحید شهر سنندج انتخاب شدند. پس از ارائه معرفی نامه، توضیح هدف پژوهش و نحوه انجام آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، داشتن حق کناره گیری و کسب رضایت آگاهانه اطلاعات با انجام مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار جمع آوری گردید.

مصاحبه ها به زبان کردی انجام شد و تا رسیدن به غنای لازم و تکرار اطلاعات بدست آمده بعد از مصاحبه با ۱۵ بیمار ادامه یافت و پژوهشگران به اشباع داده ها رسیدند. معیار رسیدن به اشباع داده ها شامل مواجه پژوهشگر با حرف ها و نظرات مشابه بین مشارکت کننده گان در جریان مصاحبه ها و تکرار داده ها بود. مصاحبه با طرح یک سوال کلی و عمومی در مورد تجربه بیماری و عمل جراحی آغاز و به بررسی عمیق آن پرداخته شد. تعدادی از سوالات که به منزله راهنمای مصاحبه در نظر گرفته شده بود عبارت بودند از: چه احساسی در مورد بیماریتان دارید؟ زمانی که به شما گفته شد باید عمل کنید چه احساسی داشتید؟ در حال حاضر چه احساسی در مورد روش عمل جراحی انجام شده دارید؟ به فرد دیگری که قرار است مشابه شما عمل شود می گوئید که چگونه آن را تجربه خواهد کرد؟ و از مشارکت کنندگان درخواست می گردید که موارد دیگری که به ذهن شان می رسید و در طی مصاحبه از آنها سوال نشده بود ارائه نمایند. مصاحبه در مدت ۶۰-۴۵ دقیقه انجام و بر روی نوار ضبط و بلافاصله محتوای مصاحبه ها بر روی کاغذ پیاده شده و آنالیز گردید.

در مطالعه حاضر برای افزایش روایی و پایایی داده ها از اختصاص مکان مناسب و زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته ها برای مشارکت کنندگان استفاده گردید.

یافته ها

مشارکت کنندگان در این پژوهش پانزده بیمار مرد بودند. میانگین سنی بیماران مشارکت کننده در این پژوهش ۶۳ سال بود. همه آنها کرد بوده و سطح تحصیلات اکثریت مشارکت کنندگان در این پژوهش بی سواد و سواد در حد خواندن و نوشتن بود. به طور میانگین مصاحبه ها در روزهای دوم و سوم بعد از عمل انجام شد. از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده چهارده طبقه کلی و نهایتاً چهار درونمایه اصلی پیرامون تجربه عمل جراحی برداشتن پروستات از راه مجرای ادرار استحصال گردید که عبارت بودند از تسلیم شدن در برابر بیماری، ناگزیر به جراحی شدن، رهائی و آسایش و دلواپسی (جدول ۱).

تسلیم شدن در برابر بیماری

اکثریت واحد های مورد پژوهش در بیان تجربه خود از بیماریشان به عواملی که موجب شده بود بیماری خود را بپذیرند اشاره می کردند که در نهایت درونمایه ای تحت عنوان تسلیم شدن در برابر بیماری بدست آمد که شامل سه زیر طبقه با عناوین ناآگاهی از بیماری همراه با رنج بردن از علائم و بیماری مشیت الهی بود.

بیماران مشارکت کننده تجربه بیماری پروستات را برای خود سخت دانسته و بیان می کردند که نوع بیماری و علائم آن برایشان با سایر بیماری ها متفاوت بوده و نسبت به وجود چنین بیماری ناآگاهی داشته و از آن رنج می

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

بردند. به طور مثال یکی از مشارکت کنندگان در این پژوهش این مساله را این گونه بیان می کرد" من نمی دانم که این بیماری پروستات از چی بدست اومده و تا حالا هم نمی دونستم که همچین بیماری وجود داره "(کد۱). مشارکت کننده دیگر این ناآگاهی از بیماری هایپر پلازی خوش خیم پروستات را این گونه بیان می کرد " من اطلاع چندانی از این بیماری نداشتم ولی هرچه که هست برای من ناخوشایند بود "(کد۴). این ناآگاهی در بسیاری از موارد ناشی از عدم برخورد قبلی آنها با چنین بیماریهائی و عدم شنیدن در مورد آن بود " من تاحالا هیچ چیزی در مورد این بیماری نشنیده بودم فقط می دونم که وقتی سرما بهم می خورد علائمم بیشتر اذیتم می کرد"(کد۱۱)، "خدا می داند، من که چیزی نمی دانم و تا حالا هم چیزی از این نشنیدم" (کد۱۰). مشارکت کننده ای این گونه در صحبت های خود به نیاز به آگاهی در این زمینه اشاره کرد" انسان باید بدونه که پروستات در اثر چیه. در اثر سرماخوردگیه، شاید در اثر خوراک آدم باشه. شاید در اثر ناراحتی و پریشانی باشه، معلوم نیست در اثر چیه" (کد۱). یکی از ابعاد ناآگاهی بیماران در این پژوهش عبارت از طولانی شدن مشکلات بیماران بود. " از سه سال پیش متوجه این مشکل شدم، ادرارم بند می آمد بعضی وقت ها بهتر می شد ولی کم کم بد تر شد"(کد۲). مشارکت کننده دیگری اینگونه به این مساله اشاره نمود " یک ساله که من فقط با این شرایط زندگی می کردم و ادرارم اذیتم می کرد"(کد۶).

طبقه اصلی دیگر از درون مایه تسلیم شدن در برابر بیماری، مشیت الهی دانستن آن بود. به طور ی که بسیاری از مشاکت کنندگان با عناوینی از جمله این بیماری کار خداست و از سوی خداست به اینکه این نوع بیماری از سوی خدا برای آنها مقرر شده است اشاره می کردند. یکی از مشارکت کنندگان در پژوهش در این رابطه بیان کرد که " من زیاد ناراحت نمی شم از بیماریم چون این کار خداست"(کد۶). مشارکت کننده دیگر هم از جانب خدا بودن بیماری اشاره کرد "همیشه فکر می کردم که آیا روزی امکان داره که بیماری من روبراه شود اما می دونستم که خدا خودش آن را برایم فرستاده و خودش برام کاری می کنه" (کد۷). " فکر می کنم که خدا برای هرکسی دردی می فرستد و این هم درد من است، شکر، کاری از دست من ساخته نیست "(کد۱۰). مشارکت کننده دیگری بیماری را تصمیم خدا در مورد خود می دانست" ناراحتم ولی باید ببینم که مصلحت خدا برام چیه" (کد۹).

ناگزیر به جراحی شدن

از جمله درونمایه های مهم دیگری که اکثریت واحد های مورد پژوهش در بیان تجربه خود از انجام جراحی به آن اشاره می کردند عبارت بود از ناگزیر به جراحی شدن ناشی از وقفه در انجام اعمال مذهبی، بی نتیجه بودن دارو درمانی، ناخوشایندی و خجل شدن به عنوان زیر طبقات آن بود.

بسیاری از مشارکت کنندگان در پژوهش در میان صحبت های خود به این موضوع که علائم بیماری از جمله بی اختیاری ادرار و خروج قطرات ادرار در انجام اعمال مذهبی آنان وقفه ایجاد کرده بود اشاره می کردند. مردی ۵۷ ساله اینگونه به این مطلب اشاره می کرد" علائم بدی داشتم و همیشه خودم رو راضی می کردم، هیچ وقت نمی تونستم وضو داشته باشم و نماز بخونم، حدود یک سال هست که دارم زجر می کشم "(کد۳). احساس اینکه بیماری بر اعمال مذهبی آنها تاثیر گذار بوده نه فقط ناشی از علائمی مانند بی اختیاری بلکه از وجود سوند و کیسه ادرار نیز حاصل شده بود" من هیچ وقت نمی تونستم نمازم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

رو بخونم همش نجس بود،! یه کیسه پر از نجسی همیشه بهم وصل بود"(کد۸).

از جمله موارد بسیار مهم دیگر که در نهایت بیماران را به پذیرش جراحی ناگزیر می ساخت عدم نتیجه گرفتن از دارو درمانی بود. " اول رفتم پیش دکتر مقداری دارو و درمان به من داد ولی جوابگو نبود و علائمم به طور کامل رفع نشد"(کد۷). مشارکت کنندگان دیگر نیز این گونه به این مساله اشاره کردند" گفتم آقای دکتر وضعم اینه، بعضی دارو داد و گفت برو ولی افاقه نکرد"(کد۶)، " سه چهار بار رفتم پیش دکتر و از قرص استفاده کردم و بعضی وقت ها یه کم بهتر می شدم و لی دیگه فایده ای نداشت"(کد۱۰).

از جمله موارد دیگری که موجب شده بود بیماران انجام عمل جراحی را بپذیرند احساس ناخوشایند آنها نسبت به بیماری و علایم آن بود. " این بیماری هرچی که هست برای من خیلی خوشایند نیست و ناراحت هستم و وقتی متوجه شدم که بیماریم چیه تا حدودی ترسیدم"(کد۴). " خیلی برام ناخوشایند بود و نمی دونستم عاقبتم چی می شه ولی هرچی باشه بهتر از اونه که خودم رو خیس می کردم، علائم خیلی بدی داشتم" (کد۳).

یکی دیگر از مواردی که مشارکت کنندگان به عنوان عاملی در جهت پذیرش جراحی در میان صحبت های خود به آن اشاره می کردند خجل شدن بود که ناشی از وجود سوند و نیاز به استفاده از آن و احساس آنها نسبت به آن بود. " با داشتن سوند خودم نمی تونستم ادرار کنم، ناراحت بودم و امیدوار بودم که هرچه زودتر از این سوند راحت شم تا بتونم احساس آرامش کنم" (کد۵). " شرم آوره که به من یه شلنگ وصل بود من الان ۸۵ سال دارم و احساس شرم می کردم" (کد۹). یکی دیگر از مشارکت کنندگان این گونه در مورد داشتن سوند در طول بیماری خود اشاره کرد" مردم که عاقل نیستند و روستائی هستند هرکسی یه چیزی می گفت، می گفتند که این چیه بهت وصله، از این بابت خجالت می کشیدم" (کد۶).

رهائی و آسایش

یکی دیگر از درونمایه های بدست آمده از دیدگاه مشارکت کنندگان در این پژوهش حس رهائی و آسایش بعد از انجام عمل بود چراکه بیماران در صحبت های خود اشاره می کردند که علی رغم مشکلاتی که در رابطه با نوع عمل داشتند اما در نهایت عمل جراحی بهترین راه حل مشکل آنها بوده و آنها احساس راحت شدن و نتیجه گرفتن را داشتند. آنها بعد از عمل بارها به این نکات اشاره می کردند که علی رغم اینکه در مورد نوع عمل احساس خوبی نداشتند اما پس از انجام آن احساس راحت شدن و نجات پیدا کردن از مشکلات قبلی و تمامی مسائل شده بود که برای طولانی مدت با آن درگیر بودند. " حالا عمل برای من انجام شده و خیلی خوشحالم که نجات پیدا کردم "(کد۵). " خوشحالم از اینکه جراحی کردم و راحت شدم" (کد ۹). مشارکت کنندگان در این پژوهش اشاره می کردند که بعد از عمل احساس می کردند که مشکل آنها برطرف شده و از وضعیت بغرنجی که در دوران بیماری در آن قرار گرفته بودند نجات پیدا کرده بودند. " از همه متشکرم الان دیگه مشکلی ندارم و رفع شده، خودم اینجوری فکر می کنم و راضیم" (کد۷). این احساس راحت شدن، نجات پیدا کردن و نتیجه گرفتن همراه با توصیه عمل به سایر بیماران بود. بدین ترتیب که آنها در صحبت های خود اشاره می کردند که"دکتر من رو جراحی کرد، الان مشکلی ندارم و بقیه بیمارائی که هستند رو تشویق می کنم که جراحی کنند تا مشکلشون رفع بشه" (کد۲)یکی دیگر از مشارکت کنندگان اینگونه به این مساله اشاره کرد " ... هر کسی که از من بپرسه جراحی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

چطوره می گم که حتماً انجام بده، حالت خوب می شه "(کد۵).

دلواپسی از آینده

یکی دیگر از درونمایه های اصلی از دیدگاه مردان مشارکت کننده در این پژوهش احساس دلواپسی آنها از آینده بود که ناشی از نگرانی از باقی ماندن سوند، نگرانی از بروز مشکلات زناشوئی، نگرانی از بروز عوارض و نگرانی از عود مجدد بیماری بود.

یکی از عوامل مهمی که موجب دلواپسی بیماران بعد از انجام عمل جراحی بود نگرانی آنها از باقی ماندن سوند بود. " امیدوارم که با سوند به خانه نروم چون اینطوری خیلی بهتره" (کد۹). " خیلی می ترسم دکتر گفته که این سوند رو بعد از یک هفته خارج می کنم و نمی دونم با این سوند چی سرم میاد" (کد۳). یکی دیگر از مشارکت کنندگان نگرانی خود از ترخیص شدن با سوند را اینگونه بیان کرد" دوست ندارم که با این سوند به خانه برم و اگه امکان داشته باشه اون رو خارج کنید، اون وقته که من احساس راحتی بیشتری می کنم "(کد۴).

از جمله نگرانی های مهم دیگر مردان احتمال بروز مشکلات زناشوئی بعد از انجام عمل بود. مشارکت کننده ای نگران طرد شدن از جانب همسر خود بود" یه مواردی هست که در رابطه با خود آدم و زنشه، شاید زنش دوست نداشته باشه و بگه که این درد دار شده و.... شاید خانواده از هم بپاشه "(کد۱). " خانوادم با من مشکلی ندارند ولی می ترسم که مشکلاتی برای خانمم ایجاد کنم و باعث ناراحتی اون بشم و اونم ..." (کد۱۱).

یکی دیگر از جنبه های دلواپسی بیماران نگرانی آنها از بروز عوارض بعد از عمل از جمله خونریزی و عفونت بود" نگرانم از اینکه برم خونه و خونریزی داشته باشم "(کد ۱۲)، "بعد از عملم نگرانم که عفونت نکنه و مشکلی بزرگتری برام پیش نیاد" (کد۴) و نگرانی آنها در رابطه با بروز این عوارض در منزل بیشتر بود." نمی دونم که تو خونه آخر و عاقبتم چی میشه قبلاً که ادرارم نمی آمد و با این شلنگ خالی می شد نمی دونم برم خونه وضعم چطور میشه" (کد ۱۰).

عود مجدد بیماری یکی دیگر از جنبه های نگرانی بیماران بود و آنها بارها در صحبت های خود به این مساله اشاره می کردند" قبلاً چند بار به دکتر مراجعه کردم تا این دفعه من رو جراحی کردن نگرانی من اینه که شاید دوباره این بیماری برگرده."(کد۴). " همش فکر می کنم که نکنه این دوباره عود کنه و دوباره نارحت بشم و این گرفتاری ها برام تکرار بشه" (کد۱). " الان بعد از عمل مشکلی ندارم فقط خدا رحم کنه که دیگه این مشکل برنگرده و به طور کامل از بین رفته باشه" (کد۱۵).

در مجموع باید گفت که تجربه مردان کرد از انجام جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه به ترتیب شامل مراحل تسلیم شدن در برابر بیماری و پس از آن ناگزیر به جراحی شدن بوده که بعد از عمل احساس رهائی و آسایش داشته اما بعد از آن احساس دلواپسی نسبت به آینده بود.

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر درک ما را از تجربه بیماران مرد مبتلا به هایپر پلازی خوش خیم پروستات که تحت عمل جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه قرار گرفته بودند افزایش داده و اطلاعات خوبی در مورد تجربه منحصر به فرد این گروه از بیماران در اختیار ما قرار داد. جنبه منحصر به فرد پژوهش حاضر آن است که بیماران مشارکت کننده در این پژوهش به تجاربشان از مراحل مختلف تجربه بیماری قبل از جراحی، دوره بعد از آن و نگرانی های آنها از دوره بعد از ترخیص شدن اشاره کردند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

بر اساس یافته های پژوهش بیماران مدت ها سعی کرده بودند تا با علائم بیماریشان مدارا کرده و آن را پیش خود نگه دارند اما به دلائلی در نهایت مجبور به پی گیری آن شده بودند. آنها در بیان تجربه خود نسبت به عدم آگاهی از این بیماری اشار ه می کردند. در فرهنگ بسیاری از کشورهای مسلمان معمولاً در مورد مسائل مرتبط با جنسیت حرفی زده نمی شود و حتی در مراجعه به پزشک نیز برای رفع مشکلات مرتبط با آن تعلل می شود(۲۸). وارینگ(۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود درونمایه آگاهی را گزارش نمود که مردان نیاز به آگاه شدن از مسائل سلامتی خود را لازم می دانستند(۲۳).

مشیت الهی یکی از نکات مهم پژوهش حاضر آن است که علاوه بر ناآگاهی، مردان بدلیل عدم آشنائی قبلی و خاص بودن علائم همچنین دیدگاه مذهبی و دینی، این بیماری را مشیت الهی می دانستند. با توجه به این مساله که کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش مسلمان بودند این دیدگاه آنان می تواند ناشی از دیدگاه مذهبی و دینی آنها باشد. در دیدگاه اسلامی وظیفه پزشکان و پرستاران فراهم کردن مراقبت و تسکین درد می باشد و درد و بیماری آزمونی از سوی خداوند برای بررسی باورهای معنوی افراد می باشد. درد و بیماری ابزاری برای یاد آوری هدف خداوند از خلقت بشر و یادآوری به انسان از اینکه به کجا تعلق داشته و اینکه بازگشت او به سمت خداست، می باشد(۲۹). یکی از ابعاد تسلیم شدن در برابر بیماری طولانی شدن مشکل مشارکت کنندگان بود به طوری که آنها در بسیاری از موارد اشاره می کردند که مدت ها با علائم بیماری خود سر کرده بودند و سعی می کردند تا بدون اطلاع دادن با بیماری خود به زندگی ادامه دهند اما در نهایت با تشدید علائم مجبور به پذیرش بیماریشان شده بودند. در مطالعه وارینگ(۲۰۰۵) نیز مشارکت کنندگان در نهایت علائم سیستم ادراری تحتانی را به عنوان یک واقعیت پذیرفته بودند(۲۳). این مساله نیز می تواند ناشی از شرایط فرهنگی و جنبه خصوصی بودن علائم مربوط به سیستم ادراری و تناسلی باشد. به طوری که در بسیاری از فرهنگ ها پرداختن به مسائل مرتبط با مسائل جنسی و تناسلی با حالت شرم و خجالت همراه بوده و صحبت کردن از ان به عنوان یک تابو در جامعه مطرح می باشد.

مردان مشارکت کننده در این پژوهش حاضر بعد از تسلیم شدن در برابر بیماری از ناگزیر شدن شان به انجام جراحی اشاره می کردند. سالهاست که استفاده از دارو به عنوان خط اول مدیریت هایپرپلازی خوش خیم پروستات مطرح شده است(۳۰) و موجب کاهش تعداد مردانی شده است که نیازمند پروستاتکتومی هستند و انجام پروستاتکتومی محدود به مردانی شده است که علائم شدیدی دارند یا اینکه نیازمند سوندگذاری هستند(۳۱). در پژوهش حاضر نیز از دیدگاه مشارکت کنندگان داشتن سوند و بی اختیاری ادراری موجب شده بود که بر اعمال مذهبی انها تاثیر بگذارد که می تواند ناشی از زمینه فرهنگی اجتماعی و بویژه دینی آنها باشد. در اسلام یکی از شروط ابتدائی انجام اعمال مذهبی بویژه نماز خواندن داشتن طهارت بوده که ادرار یکی از عوامل برهم زننده و باطل کننده آن می باشد و بیماران دچار بی اختیاری مجبور به انجام طهارت هربار قبل از نماز خواندن برای پنج بار در روز شده اند(۲۸, ۳۲).

همچنین بی نتیجه بودن دارو درمانی عامل مهم دیگر در پذیرش جراحی بود به طوری که در بسیاری از بیماران ممکن است دارو تاثیر چندانی نداشته باشدو اینکه بسیاری از بیماران بعد از مدتی استفاده ممکن است به جراحی نیاز پیدا کنند(۳۰, ۳۳). احساس ناخوشایند نسبت به بیماری از عوامل دیگری بود که منجر به پذیرش جراحی از سوی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

مشارکت کنندگان شده بود که در بسیاری از مطالعات افراد احساس ناخوشایندی نسبت به بیماری و علائم نواحی تناسلی گزارش شده است. به طور مثال تجربه زنده مردان با علائم مجاری تحتانی ادراری به صورت خجالت و ترس گزارش شده است(۲۳). بیماری و این احساس ناخوشایند نیز می تواند به طور کلی بر جنبه های مختلف رفاه مردان مبتلا تاثیر گذار باشد(۳۴). قسمتی از تجربه مردان در پذیرش نهائی جراحی احساسات آنها نسبت به وجود سوند و زندگی کردن با آن بود که بسیاری از مشارکت کنندگان جراحی را به امید عدم نیاز بعدی به استفاده از سوند می پذیرفتند. در مطالعه ویلد(۲۰۰۳) احساس زندگی کردن با سوند به صورت یک برچسب مطرح شده و زندگی با احساس شرم و خجالت همراه بود(۳۵).

تجربه اصلی مشارکت کنندگان از انجام جراحی در نهایت به صورت رهائی و آسایش بیان شد و اکثریت واحد های مورد پژوهش بعد از عمل احساس می کردند که از مشکلاتی که قبلاً داشته اند راحت شده اند. در عمل برداشتن پروستات از راه پیشابراه بیماران خیلی زود نتیجه عمل خود را دیده و دوره بستری آنها نیز کوتاه است(۳۶). در مطالعه میلن(۲۰۰۸) مردان نارضایتی هائی نسبت به عوارض جراحی برداشتن پروستات ناشی از مواردی از جمله نشت ادرار، اسپاسم مثانه و مشکلات مرتبط با کاتتر را گزارش نمودند(۳۷). اما در مطالعه پاتمان و جانسون(۲۰۰۰) مردان احساس راحتی را بعد از جراحی پروستات از راه مجرای پیشابراه گزارش نمودند(۳۸). تجربه رضایت مشارکت کنندگان در این پژوهش از انجام عمل می تواند نتیجه این نکته باشدکه قبل از عمل از دارو نتیجه نگرفته بودند و همچنین احساس خوبی نسبت به وجود سوند نداشتند. از جمله موارد دیگری که می تواند تائید رضایت آنها از انجام عمل جراحی پروستات باشد توصیه عمل به سایر بیماران است. رضایت از انجام عمل یکی از اهداف مهم سیستم مراقبت بهداشتی می باشد. رضایت بیماران می تواند نشان دهنده موفقیت درمان از نظر بیماران و ارزیابی خدمات ارائه شده از دید سیستم می باشد(۳۹). بر خلاف آنکه به نظر می رسید که جراحی از راه مجرای ادرار موجب نارضایتی بیماران در این فرهنگ گردد اما با توجه به اینکه آنها مشکلات زیادی را در دوران بیماری خود تحمل کرده بودند و از بسیاری از درمانها و ابزارهای درمان نتیجه ای نگرفته بودند لذا در مجموع از انجام عمل راضی بودند. از جمله نکات مهم در رضایت بیماران از اعمال جراحی توجه به برآیند های آن می باشد(۸، ۹) که در این بیماران برآیند عمل رفع مشکلات قبلی آنها بود.

مردان در این پژوهش و پژوهش های مشابه بدلایل مختلفی دلواپسی خود را اعلام کرده بودند. نگرانی از باقی ماندن سوند که می توانست با توجه به تجربه ناخوشایند قبلی آنها از داشتن سوند و زندگی کردن با آن و تاثیر آن بر زندگی و اعمال مذهبی شان باشد. که در مطالعه ویلد نیز این مساله گزارش شده است(۳۵). از جمله موارد مهم دیگر نگرانی آنها از بروز مشکلات زناشوئی است که در مطالعه پاتمان و جانسون(۲۰۰۰) نیز گزارش شده بود(۳۸) و در مطالعه پتری و همکاران (۲۰۰۴) نیز این نگرانی از جانب مردان و همسران آنها نیز گزارش شده بود(۲۱). نگرانی از عود مجدد نیز می تواند بدلیل عدم اگاهی مردان مشارکت کننده از بیماری، سیر درمان و جراحی انجام شده باشد. البته اگرچه شانس بروز عوارض و عود مجدد در این نوع عمل وجود دارد(۴۰) اما در مجموع به نظر می رسد که می بایست پرستاران این نگرانی های بیماران را مد نظر قرار داده و علاوه بر اجازه بیان احساسات به آنها امکان پاسخ گوئی از طرف تیم درمان و بیان حقایق در مورد جراحی قبل و بعد از عمل را فراهم نمایند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

تبیین صورت گرفته در مورد تجربه بیماران از جراحی برداشتن پروستات از راه پیشابراه بینش با ارزشی را نسبت به تجربه بیماران مرد فراهم نمود. در واقع این تجربه منحصر به فرد و مختص شرایط خاص بوده اما تجربه این گروه توجه ما را به مطالبی مانند ناآگاهی آنان در مورد بیماری پروستات، تحمل علائم و طولانی شدن دوره برای پی گیری حل مشکل جلب نمود اما علی رغم تمامی این موارد آنها در نهایت در برابر بیماری خود تسلیم شده و درمان خود را پی گیری کرده بودند اما عواملی نیز موجب شده که آنها در نهایت تن به عمل جراحی بدهند که در واقع بیشتر ناشی از احساس ناخوشایند آنها در مورد بیماری، احساس شرم و خجالت ناشی از داشتن سوند و مهم تر از آن عدم نتیجه گرفتن از دارو تاثیر علائم بیماری بر اعمال مذهبی آنها ناشی از دیدگاه مذهبی و فرهنگی آنان بود که علی رغم تمایل به انجام جراحی در مراحل اول آنها در نهایت به این امر مجبور شده بودند. نکته جالب در مورد تجربه این گروه از بیماران ان است که آنها بعد از عمل از انجام آن رضایت داشتند و آن را روش مناسبی گزارش می کردند. از جمله مواردی که نتیجه در این پژوهش می بایست مورد توجه قرار گیرد احساس دلواپسی بود که بیماران علی رغم رضایت از انجام عمل داشتند که بازهم به نظر می رسد با ناآگاهی آنها ارتباط داشته باشد که لزوم تهیه برنامه آموزش به بیمار بر مبنای آگاهی های قبلی آنها، امکان بیان احساسات و نگرانی های خود را هرچه بیشتر به پرستاران خاطر نشان می سازد.

تجربه بیماران از جراحی پروستات از راه پیشابراه به صورت یک فرآیند عبارت بود از" تسلیم شدن در برابر بیماری، ناگزیر به جراحی شدن و در نهایت رهائی و آسایش همراه با دلواپسی از آینده" لذا پرستاران باید با در نظر گرفتن این ابعاد، ضمن توجه بیشتر به افزایش آگاهی مردان از بیماری های پروستات جهت پی گیری هرچه سریعتر درمان، به تبیین تاثیر علائم بیماری و درمان بر ابعاد مختلف زندگی خصوصی و مذهبی آنها به ویژه در گروههای مذهبی از جمله مسلمانان بپردازند. همچنین توجه بیشتری به آموزش ها و آشناسازی بیماران قبل از عمل با روش عمل و مراقبت های بعد از آن نمایند. پرستاران بخش های ارولوژی باید ضمن پاسخگوئی به نیازهای بیماران مراقبت های پرستاری همه جانبه از بیماران را با اجرای راهکارهای آموزش مراقبت از خود بعد از عمل، ارائه مراقبت و آموزش بیمار محور، امکان برقراری تماس با سایر بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و امکان بیان احساسات در مورد نگرانی های آنها بعد از انجام جراحی و امکان دسترسی به مراقبت های پرستاری پس از ترخیص شدن را فراهم نمایند. حمایت روحی قبل و بعد از عمل ضروری بوده و آموزش به خانواده ها نیز کمک کننده می باشد. همچنین کمک گرفتن از راهنمای مذهبی جهت پاسخگوئی به سوالات شرعی آنها لازم به نظر می رسد.

تشکر و قدر دانی

مقاله حاضرحاصل طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد. از کلیه بیماران مشارکت کننده در این پژوهش بابت همکاری صمیمانه آنها در طول پژوهش تشکر نموده و برایشان آرزوی سلامتی و سرافرازی داریم.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

جدول۱: درونمایه ها اصلی و زیرطبقات

زیر طبقات	درونمایه اصلی
ناآگاهی از بیماری همراه با رنج بردن از علائم	تسلیم شدن در برابر بیماری
بیماری مشیت الهی	
وقفه در انجام اعمال مذهبی	ناگزیر به جراحی شدن
بی نتیجه بودن دارو درمانی	
ناخوشایندی	
خجل شدن	
احساس راحت شدن	رهائی و آسایش
نتیجه گرفتن	
نگرانی از باقی ماندن سوند	دلواپسی از آینده
نگرانی از بروز مشکلات زناشوئی	
نگرانی از بروز عوارض	
نگرانی از عود مجدد بیماری	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

Reference

1.Seftel AD, Rosen RC, Rosenberg MT, Sadovsky R. Benign prostatic hyperplasia evaluation, treatment and association with sexual dysfunction: practice patterns according to physician specialty. International journal of clinical practice. 2008;62(4):614-22.
2.Holmes-Rovner M, Price C, Rovner DR, Kelly-Blake K, Lillie J, Wills C, et al. Men's theories about benign prostatic hyperplasia and prostate cancer following a benign prostatic hyperplasia decision aid. Journal of general internal medicine. 2006;21(1):56-60.
3.Roehrborn CG. Benign prostatic hyperplasia: an overview. Reviews in Urology. 2005;7(9):S3-S14.
4.Cozar JM, Solsona E, Brenes F, Fernandez-Pro A, Leon F, Molero JM, et al. [Clinical management of patient with benign prostatic hyperplasia in Spain]. Actas urologicas espanolas. 2011;35(10):580-8.
5.McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz RC, Donnell RF, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. The Journal of urology. 2011;185(5):1793-803.
6.Lepor H. Pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. Reviews in Urology. 2004;6(9):S3-S10.
7.Dull P, Reagan RW, Bahnson RR. Managing benign prostatic hyperplasia. American Family Physician. 2002;66(1):77-84.
8.Oestrling JE. Benign prostatic hyperplasia Medical and Minimally Invasive Treatment Options. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 1995;332(2):99-109.
9.Shore D. Manageing BPH: the shared care initiative. Geriatric Medicine. 1994;24:11-2.
10.Fowler FJ. Patient reports of symptoms and quality of life following prostate surgery. European Urology. 1991;20(1):44-9.
11.Silverstein JI, Badlani GH, Smith AD. Management of benign prostatic hyperplasia. Alternatives to standard therapy. Clinics in Geriatric Medicine. 1990;6(1):69-84.
12.Evans C. New approaches to old men`s troubles. Geriatric Medicine. 1991;21:29-34.
13.Cumes DM. Transurethral prostate resection. A frustration free surgical method. AORN Journal. 1993;58:302-11.
14.Thorpe A, Neal D. Benign prostatic hyperplasia. Lancet. 2003;361:1359-67.
15.Kallenberg F, Hossack TA, Woo HH. Long-term followup after electrocautery transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. Advances in urology. 2011;2011:1-6.
16.Kiptoon DK, Magoha GA, Owillah FA. Early postoperative outcomes of patients undergoing prostatectomy for benign prostatic hyperplasia at Kenyatta National Hospital, Nairobi. East African medical journal. 2007;84(9 Suppl):S40-4. Epub 2007/12/25.
17.Schenk JM, Kristal AR, Arnold KB, Tangen CM, Neuhouser ML, Lin DW, et al. Association of symptomatic benign prostatic hyperplasia and prostate cancer: results from the prostate cancer prevention trial. American journal of epidemiology. 2011;173(12):1419-28.
18.Waxmann ES. Sexual dysfunction following treatment for prostate cancer: nursing assessment and interventions. Oncology Nursing Forum. 1993;29:1567-71.
19.Kiviniemi K, Suominen T. 'Going to the bathroom four or five times a night ...': seven men talk about their experiences of benign prostatic hyperplasia and the perioperative period. Journal of clinical nursing. 1999;8(5):542-9.
20.Iyigun E, Ayhan H, Tastan S. Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. Applied Nursing Research. 2009; 24:101-9.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

21.Petry H, Berry DL, Spichiger E, Kesselring A, Gasser TC, Sulser T, et al. Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. International Journal of Nursing Studies. 2004;41:507-13.
22.Pateman B, Johnson M. Men's lived experiences following transurethral prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. Journal of Advanced Nursing. 2000;31(1):51-8.
23.Wareing M. Lower urinary tract symptoms: a hermeneutic phenomenological study into men's lived experience. Journal of clinical nursing. 2005;14:239-46.
24.Lichtman M. Qualitative research in education a user`s guide. ed n, editor: Thousand Okas, Callifornia: Sage Publication Inc; 2010.
25.Krippendroff K. Content analysis: an introduction to its methodology: Thousand Okas, CA: Sage; 2004.
26.Elo S, Kyngns H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008;62(1):107-15.
27.Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.
28.Chaliha C, Stanton SL. The ethnic cultural and social aspects of incontinence-a pilot study. International Urogynecology Journal. 1999 10(3):166-70.
29.Zahedi F, Larijani B, Bazzaz JT. End of life ethical issues and islamic views. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2007;6(5):5-15.
30.Roehrburn CG, Bartsch G, Kirby R. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasic: a comparative, international overview. Urology. 2001;58:642-50.
31.Madersbacher S, Marberger M. Is Transurethral resection of the prostate still justified? British Journal of Urology International. 1999;83:227-37.
32.Muijsenbergh MEvd, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. British Journal of General Practice. 2006;56(533):945-9.
33.Souverein PC, Erkens JA, delaRosette JJMCH, Leufkens HGM, Herings RMC. DrugTreatment of Benign Prostatic Hyperplasia and Hospital Admission for BPH-Related Surgery. European Urology. 2003;43:528-34.
34.Tsang KK, W M Garraway . Prostate. Impact of benign prostatic hyperplasia on general well-being of men. The Prostate 1993;23:1-7.
35.Wilde MH. Life with an Indwelling Urinary Catheter: The Dialectic of Stigma and Acceptance. Qualitative Health Research. 2003;13(9):1189-204.
36.Reich O, Gratzke C, Stief CG. Techniques and Long-Term Results of Surgical Procedures for BPH. european urology 2006 49:970-8.
37.Milne JL, Spiers JA, Moore KN. Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: A qualitative descriptive study. International Journal of Nursing Studies. 2008;45:765-74.
38.Pateman B, Johnson M. Men's lived experiences following transurethral prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. Journal of Advanced Nursing 2000;31(1):51-8.
39.Hudak PL, McKeever PD, Wright JG. Understanding the Meaning of Satisfaction With Treatment Outcome. Med Care. 2004;42:718-25.
40.Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Incidence, Management, and Prevention. european urology. 2006;50:969-80.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]

Exploring the experience of prostate surgery among male patients with benign prostatic hyperplasia: a qualitative content analysis

Kalhor M M, Dehghan Nayeri N, Valiee S*, Valiee R

Background and aim: Besides their effects on patients' bodies, diseases and their treatments can also take a toll psychologically on different aspects of patients' lives. On the other hand, patients' experiences of diseases and treatments are affected by the type and the manifestations of diseases as well as their own socio-cultural background. Understanding patients' experiences of diseases can help healthcare professionals improve the quality of care. The aim of this study was to explore the experiences of prostate surgery among patients with benign prostatic hyperplasia.

Methods: This was a qualitative content analysis study. A purposive sample of patients who had recently undergone a transurethral resection of the prostate was recruited from the urologic care unit of Tohid Hospital, Sanandaj, Iran. Study data were collected through conducting fifteen in-depth interviews with patients. The qualitative content analysis approach was adopted for data analysis.

Findings: Study participants' experiences of transurethral resection of the prostate fell into four main themes including succumbing to the disease, having no option other than undergoing the surgery, having freedom and comfort, and feeling worried about future.

Results: Male patients who undergo transurethral resection of the prostate need educations and information in order to understand and accept the disease, its treatments, and its effects on different aspects of their lives. Study findings highlighted the necessity for developing and implementing post-operative care plans for this patient population.

Keywords: Surgery, Benign prostatic hyperplasia, and Content analysis

Kalhor M M
Instructor, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Dehghan Nayeri N
Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Valiee S*
Assistant professor, Nursing and and Midwifery School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
Sinavaliee@yahoo.com

Valiee R:
Bsc Nursing, Ghods Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.1.1]