



**GİRİŞİMSEL HEMOROİD TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN
YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE YAŞAM KALİTELERİNİN
BELİRLENMESİ**

Burcu OPAK YÜCEL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2017

Burcu OPAK YÜCEL tarafından hazırlanan "Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerin belirlenmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİYÖY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç.Dr. Mevlüde KARADAĞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan : Doç. Dr. Sevil Güler DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye : Yrd.Doç.Dr.Hüsna ÖZVEREN

Hemşirelik Anabilim Dalı,

Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 13/07/2017

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Burcu OPAK YÜCEL

13 /07 /2017

GİRİŞİMSSEL HEMOROİD TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Burcu OPAK YÜCEL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2017

ÖZET

Bu araştırma, girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine, Nisan – Aralık 2016 tarihleri arasında Ankaradaki bir üniversitenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde Genel Cerrahi Servisleri ve Proktoloji Biriminde ilk kez girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 73 hasta alınmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen, sosyodemografik özellikleri içeren, hastaların tedavi sonrası günlük yaşam tarzları, aktiviteleri gibi durumlarını ve hemoroidin neden olduğu sorunları belirlemeye yönelik soru formları ve Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın verileri girişimsel hemoroid tedavisi öncesi hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile, tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde ise telefon görüşmesi yoluyla toplanmıştır. Araştırmada hemoroidin hastaların günlük, iş ve sosyal hayatlarını orta derecede etkilediği belirlenmiştir. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası hastalar en çok kanama, konstipasyon, kaşıntı, anal bölgede ağrı, ağrılı/zor defekasyon gibi sorunlarla karşılaşmış olup, genellikle bu sorunların tedavi sonrası 1. günde artış gösterdiği diğer günlerde ise azaldığı ancak 25. günde hala devam ettiği saptanmıştır. Hastaların bu sorunlarla başetmek için en çok sıcak su oturma banyosu ve sıcak duş uygulaması yaptıkları saptanmıştır. Çalışmada hastaların tedavi sonrası 25. gündeki yaşam kalitelerinde tedavi öncesine göre artış olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşayabilecekleri sorunlar ve taburculuk sonrası bu sorunları çözümleyebilmelerine ilişkin telefonla izlem yapılarak danışmanlık hizmeti verilmesi, eğitim materyallerinin geliştirilerek hasta eğitiminde kullanılması ve yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik daha geniş örneklemler ve çok merkezli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.01

Anahtar Kelimeler : hemoroid, hemoroidektomi, hemoroidin sorunları, hemşirelik, gününbirlik cerrahi, yaşam kalitesi

Sayfa Adedi : 94

Danışman : Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ

DETERMINATION OF THE PROBLEMS AND LIFE QUALITY OF THE PATIENTS
TO WHOM INTERVENTIONAL HEMORRHOID TREATMENT WAS APPLIED
(M. Sc. Thesis)

Burcu OPAK YÜCEL

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

July 2017

ABSTRACT

This research was conducted as a descriptive study to identify the problems and the life quality of patients to whom interventional hemorrhoid treatment applied. 73 patients who establish and agree to participate in study and to whom interventional hemorrhoids treatment applied at a Health Research and Application Center General Surgery and proctology unit of an university in Ankara were considered as study sample. The sociodemographic questionnaire, post-treatment questionnaire, questionnaire designed to determine complications, and Roll Royce Quality of Life Scale were used to collect the data. The Roll Royce Quality of Life Scale and questionnaire prepared by researcher, were used that intends to determine problems caused by hemorrhoid and includes sociodemographic properties, daily activities of patients after treatment. The data of the study were collected by face-to-face interview with patients before interventional hemorrhoid treatment and by telephone interview on days 1., 3., 7., 25. after treatment. It is determined from the study that hemorrhoids were found to affect the daily, work and social lives of patients in the medium level. Before and after interventional hemorrhoid treatment, patients mostly encountered with problems such as bleeding, constipation, itching, anal pain, painful / difficult defecation and it was observed that these problems tends to increase on 1 st. day and decrease on other days and continues on 25 th. day. Patients conducted mostly hot shower and primarily hot water sitz baths to get rid of these problems. In the study, it is observed that life quality on 25 th. day was increased with respect to before treatment life quality. According to the results of research, it is recommended to make phone call follow up about the problems that patients can experience after surgery and the methods for the elimination of these problems after discharge of patients. It is also recommended to develop educational materials and usage of it at training of patients and conduct research activities with wide samples.

Science Code : 1032.01

Key Words : hemorrhoids, hemorrhoidectomy, complications of hemorrhoid, nursing, day surgery, quality of life

Page Number : 94

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Mevlüde KARADAĞ

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ'a

Tezimin hazırlık aşamasında donanımları ve bilgileriyle gelişimime destek olan Sayın Doç. Dr. Hülya BULUT ve Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR'e

Tezimi yazarken karşılaştığım zorluklarda desteğini benden esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan maddi özellikle manevi desteklerini benden esirgemeyen aileme,

Her zaman yanımda olan, manevi desteğiyle bana güç veren eşime ve biricik oğluma,

Çalışmamın gerçekleşmesine katkı sağlayan tüm hastalara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.5. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Anorektal Anatomi	7
2.2. Hemoroidin Anatomisi ve Fizyopatolojisi	9
2.3. Hemoroidin Epidemiyolojisi	10
2.4. Hemoroidin Etiyolojisi.....	11
2.5. Hemoroidin Sınıflandırılması.....	13
2.5.1. Eksternal hemoroidler	13
2.5.2. İnternal hemoroidler	14
2.6. Hemoroidin Semptomları.....	15
2.7. Hemoroidin Tanısı ve Ayırıcı Tanısı	16
2.7.1. Hemoroidin tanısı.....	16

	Sayfa
2.7.2. Hemoroidin ayırıcı tanısı	18
2.8. Hemoroidin Tedavisinde Kullanılan Yöntemler	18
2.8.1. Konservatif tedavi	19
2.8.2. Girişimsel (mukoza sabitleyici) tedaviler	21
2.8.3. Cerrahi tedavi.....	23
2.9. Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kaliteleri	23
2.10. Girişimsel Hemoroid Tedavisinde Hemşirelik Bakımı	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Şekli.....	29
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	29
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Sosyodemografik veri toplama formu	31
3.4.2. Tedavi sonrasına yönelik soru formu	31
3.4.3. Sorunları belirlemeye yönelik soru formu	31
3.4.4. Roll Royce Yaşam Kalitesi Skalası	31
3.6. Verilerin Toplanması.....	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.8. Etik Yönü	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar.....	59
6.2. Öneriler.....	61
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	69

	Sayfa
EK-1. Veri kullanım izin formu.....	70
EK-2. Sosyodemografik soru formu	71
EK-3. Tedavi sonrasına yönelik soru formu	75
EK-4. Sorunları belirlemeye yönelik oluşturulmuş soru formu.....	79
EK-5. Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	80
EK-6. Hastane izin yazıları	81
EK-7. Etik komisyon izin yazısı	84
EK-8. Ölçek kullanım izin yazıları	86
EK-9. Ek çizelgeler	87
ÖZGEÇMİŞ	93

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. İnternal hemoroidlerin evreleri.....	14
Çizelge 3.1. Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının soru ve puan dağılımı.....	32
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	35
Çizelge 4.2. Hastaların beslenme ve aktivite durumlarına ilişkin özellikleri.....	38
Çizelge 4.3. Hastaların normal bağırsak alışkanlıkları ve konstipasyon yaşama sıklıklarına göre dağılımı.....	39
Çizelge 4.4. Hemoroidin hastaların günlük aktiviteleri, iş ve sosyal yaşamı üzerine etkileri.....	40
Çizelge 4.5. Hastaların tedavi öncesi konstipasyon yaşama sıklıklarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması.....	41
Çizelge 4.6. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrasında gelişen sorunlar ve görülme sıklığı.....	42
Çizelge 4.7. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası görülen sorunlara yönelik yapılan uygulamaların dağılımı.....	45
Çizelge 4.8. Hastaların Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımı.....	46
Çizelge 4.9. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının sorun gelişme durumuna göre dağılımı.....	48
Çizelge 4.10. Hastaların tedavi öncesi dönemdeki RRYKÖ puanlarının konstipasyon yaşama sıklığına göre karşılaştırılması.....	49
Çizelge 4.11. Tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının bağırsak alışkanlığındaki değişikliğe göre dağılımı.....	50
Çizelge 4.12. Hastaların tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının sağlık düzeylerine göre dağılımı.....	51

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Anorektal anatomi.....	7
Şekil 2.2. Hemoroidin anatomisi	10
Şekil 2.3. Anal kanalda hemoroidin yerleşkesi.....	13
Şekil 2.4. Hemoroidin tedavisinde kullanılan yöntemler	19
Şekil 2.5. Lastik band ligasyon tekniği	22
Şekil 3.1. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası verilerin toplanmasına ait araştırma deseni	33

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklama

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

GÜSAUM

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

İBH

İnflamatuar Barsak Hastalığı

RRYKÖ

Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Hemoroidler, anüs etrafındaki damar yumaklarını içeren normal anatomik oluşumlardır (Panahi ve diğerleri, 2014). Anal kanaldaki submukozal venöz pleksusun varisleşerek yakınmalara yol açması hemoroidal hastalık olarak tanımlanmaktadır (Ekçi, Tanrıöver, İzbrak ve Gökçe, 2009).

Hemoroid, kadınları ve erkekleri aynı oranlarda etkilemektedir. Herhangi bir yaşta görülmekle beraber, 50 yaş ve üzerindeki insanlarda daha fazla görülmektedir. Hemoroid nedeniyle hastaların yaklaşık yarısı medikal tedavi olmaktadır (Kline, 2015; Hibberts ve Schizas, 2010; Agbo, 2015; Rivadeneira ve diğerleri, 2010). Hemoroid hastalığı olan bireylerin %5-10' unda ise cerrahi girişim uygulanmaktadır (Buğra, 2012; Geçim, 2011; Rakinic ve Poola, 2014).

Hemoroidler anal bölgede kaşıntı, ağrı, kanamaya yol açar. Hemoroidler lokalizasyonlarına göre internal, eksternal ve mikst olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadırlar. Eksternal hemoroidler inferior hemoroidal pleksustan oluşurlar ve dentat çizgisinin distalindedirler. Internal hemoroidler süperior hemoroidal pleksustan kaynaklanırlar ve dentat çizgisinin proksimalinde yer alırlar. Miks hemoroidler ise, internal ve eksternal hemoroidal pleksuslar ve anastomozlarından meydana gelirler (Başkonuş, 1998). Dış hemoroidde, hemoroid içinde tromboz gelişmiş ise enflamasyon, ödem ve bunlara bağlı olarak şiddetli bir ağrı oluşur. İç hemoroidler ise çok büyüyüp anal kanaldan sarkmadıkça ve kanamadıkça belirti vermezler (Karadakovan ve Aslan, 2011).

Hemoroidin oluşmasında birçok etken rol oynamaktadır. Hastalığın nedeni henüz tam olarak bilinmemekle beraber, hemoroidi oluşturan başlıca etkenler arasında yerçekimi, kınma ve düzensiz barsak hareketleri, genetik faktörler, yaş, hareketsiz yaşam, gebelik, doğum, baharatlı yiyecekler, kronik öksürük, obezite, alkol, kalp yetmezliği, siroz, karın içi tümörler ve uzun süre aynı pozisyonda hareketsiz kalmayı gerektiren çeşitli meslek grupları sayılabilir (Erdoğdu, Sipahioğlu, Erginöz, Apaydın ve Sipahipoğlu, 2013).

Hemoroid hastalığı nedeniyle hastalar birçok sorun yaşamaktadırlar. Bunlardan bazıları; konstipasyon, kanama, ağrılı defekasyon, kanamaya bağlı anemi, kaşıntı, anal bölgede ağrıdır. Bu sorunların görülmesiyle hemoroid, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini buna bağlı olarak yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Görülen sorunlar nedeniyle hastalığın ilerleyen evrelerinde cerrahi tedavi uygulanabilmektedir (Garg, Kumar, Jain ve Mohanty, 2013; Panahi ve diğerleri, 2014).

Hemoroidal hastalık sorunları, evresine göre değerlendirilen bir yaklaşımla çözümlenmekte olup ve hastalığının tedavisinde pek çok teknik kullanılmaktadır. Hemoroidin içte ve dışta olmasına göre tedavi planlanmaktadır. Hemoroidin birinci ve ikinci evresinde daha çok medikal tedaviler (diyet, ilaç) ve küçük girişimler (lastik bant ligasyonu, skleroterapi) uygulanırken, üçüncü ve dördüncü evre hemoroidlerde ise cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2013; Ekçi ve diğerleri, 2009). Hemoroidin ilk evrelerindeki tedavinin başında kişinin yaşam tarzında değişiklikler yapması gerekmektedir. Örneğin; hastaların konstipasyonu önleyecek bol posalı besinler tüketmeleri, bol su içmeleri, düzenli dışkılama alışkanlığı kazanmaları, dışkılama yaparken uzun süreli oturmaktan ve fazla ıkınmaktan kaçınmaları, dışkılamayı ertelememeleri, oturarak çalışan bireylerin egzersiz yapmaya özen göstermeleri, çok baharatlı yiyecekleri ve alkollü içecekleri fazla tüketilmemeleri gerekmektedir. Hemoroidin alevlendiği dönemlerde hastayı rahatlatmaya yönelik cerrahi dışı tedavilerden bazıları ise sıcak su oturma banyoları, sıcak duş ve ilaçlardır. İlaçlar, hemoroidin rahatsızlık verici etkilerini geçici süreliğine azaltan etkilere sahip olan; analjezikler, topikal jeller-kremler, supozituarlar ve laksatiflerdir (Ekçi ve diğerleri, 2009; Hibberts, 2010; Poola ve Rakinic, 2014).

İlaçlara ve diğer önlemlere cevap vermeyen, ilerlemiş, fissür ve fistül bulgularında eşlik ettiği üçüncü ve dördüncü derece hemoroidlerde cerrahi girişim tercih edilmektedir. Hemoroid cerrahisi prensiplere uygun olarak yapılması gereken bir işlemin ötesinde ciddi bir özeni de gerektirmektedir. Hemoroid cerrahisi ve hemoroide uygulanan küçük işlemler sonrası erken dönem ve geç dönem sorunları görülebilmektedir. Girişimsel hemoroid tedavisinin erken dönem sorunları kanama, ağrı, üriner retansiyon, postoperatif defekasyonda zorlanma, enfeksiyon; geç dönem sorunları ise anal stenoz ve rektal striktür, mukozal prolapsus, anal inkontinans olarak sıralanmaktadır. Ayrıca girişimsel hemoroid tedavisi sonrası görülen erken ve geç dönem sorunlarının yanında, hastalar sosyal ve

duygusal yönden de birçok sorun yaşamaktadır. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Ekçi ve diğerleri, 2009; Sit, Yılmaz, Canan, Yıldırım ve Çetin, 2014) . Bu nedenle günümüzde hemoroid için uygulanacak tedavinin türü hastaya, hastalığa uygun ve özellikle sorunlar açısından en az sıkıntı yaratacak şekilde seçilmekte ve uygulanmaktadır (Ekçi ve diğerleri, 2009; Sit ve diğerleri, 2014; Garg ve diğerleri, 2013; Yüceyar, 2012).

Hemoroid tedavisinde meydana gelen gelişmeler hemoroidektominin lokal anestezi altında yapılan günübirlilik cerrahi sınıfına girmesine olanak sağlamaktadır (İşgüder ve Nazlı, 2012; Geçim, 2011; Duman, Apilioğulları, Tekin ve Bodur, 2011). Günübirlilik cerrahi; ameliyat öncesinde günübirlilik cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyat sabahı ameliyata alınmasını ve 24 saat içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde önem kazanan günübirlilik cerrahi birçok alanda kullanımı yaygınlaşmakta ve giderek artan oranda uygulanmaktadır (Çilingir ve Bayraktar, 2006).

Ameliyat olacak hasta ve hasta yakınlarının anesteziye, cerrahi girişime, yapılacak uygulamalara ilişkin korku ve endişeleri vardır. Bundan dolayı hasta ve ailelerinin endişelerinin giderilmesi, güçlüklerle baş edebilmesi için bilgilendirilmeye ve eğitime ihtiyaçları vardır (Kalisch ve diğerleri, 2009; Gürlek ve Yavuz, 2012). Günübirlilik cerrahi uygulanan hastalar genellikle ameliyat günü servise/üniteye kabul edilmekte ve ameliyat öncesi hazırlıklarını evde kendileri yaptıklarından dolayı hastanede daha az süre kalmaktadırlar. Bu durum hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bakım ve bilgiyi almalarında bazı aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda ise hastalar evde bakım aktivitelerini yerine getirmede cerrahi girişim sonrası hangi sorunlarla karşılaşacağını, sorunla karşılaşınca yapması gerekenleri, hangi durumlarda hastaneye gitmesi gerektiğini bilmeme gibi çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler (Karadağ, 1998; Aksoy ve Sayın, 2004; Voda ve diğerleri, 2011; Gürlek ve Yavuz, 2013). Cerrahi hastasının bakımını koordine edecek düzeyde derin ve kapsamlı bilgiye sahip olan cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası gerçekleştirilecek uygulamalara ve olasılıklara ilişkin hasta ve ailesini bilgilendirmelidir. Girişimsel hemoroid tedavisi de günübirlilik cerrahi sınıfı içinde yer almakta olduğundan hastalar genellikle hastanede kısa süreli kalmaktadırlar. Hemşirelerin iş yükünün fazla olması ve hastalara ayırdıkları sürenin kısa olması nedeniyle girişimsel tedavinin sorunlarını önlemeye yönelik bilgi hemşireler

tarafından ameliyat öncesi ve sonrası yeterli düzeyde verilememektedir. Bunun sonucunda hastalar taburcu olduktan sonra evde birçok sorunla karşılaşabilmektedirler (Karahan, Kav, Abbasoğlu, Doğan ve Tepe, 2010; İzveren ve Dal, 2011; Dal, Bulut ve Demir, 2012).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Hemoroid birçok insanda görülen, fazla önemsenmeyen bir sağlık sorunu olarak algılandığında, hemoroid ve beraberinde getirdiği sorunlar nedeniyle hastaların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal hayatları ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların, tedavi sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların azalmasına ve çözümlenmesine; buna bağlı olarakta hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine yardımcı olacaktır. Yapılan literatür incelemesi sonucunda girişimsel hemoroid tedavisi sonrası oluşabilecek sorunlara ve yaşam kalitelerini belirlemeye dair yeterince hemşirelik çalışmasına ulaşılamamıştır. Bu çalışma, girişimsel hemoroid tedavisi sonrası sorunların ve bireylerin yaşam kalitelerindeki değişimlerin belirlenmesini sağladığı için önemlidir. Bu araştırmanın sonuçlarının girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinde yol gösterici olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatür taraması araştırmacının ulaştığı kaynaklarla sınırlıdır. Araştırma tek merkezde yapılmıştır. Değerlendirmeler, hastaların verdikleri yanıtlara dayanarak yapılmıştır. Bu nedenle veriler genellenemez, ancak fikir verici niteliktedir.

1.5. Araştırma Soruları

- Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşadıkları erken dönem ve geç dönem sorunları nelerdir ?

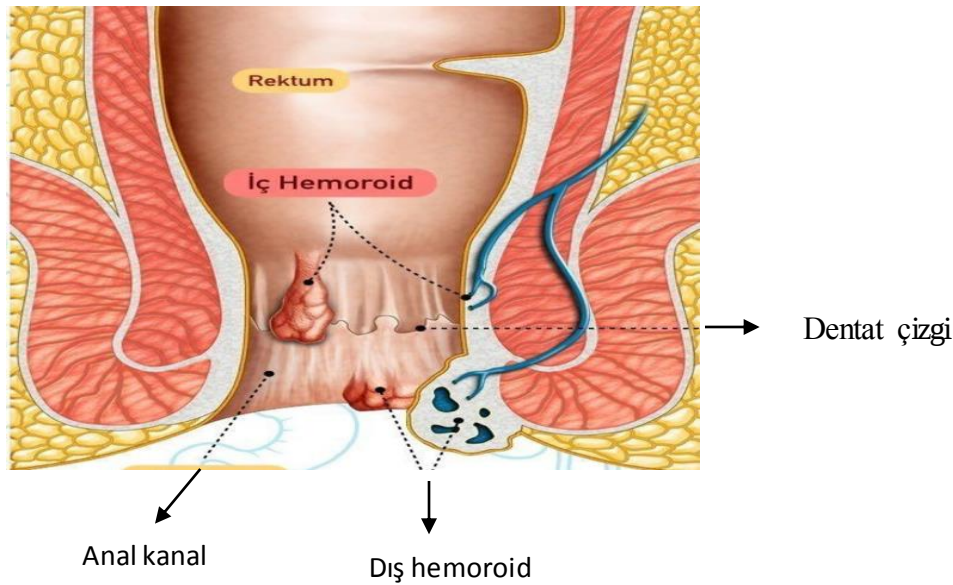
- Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşam kaliteleri ne düzeydedir?
- Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunlar yaşam kalitesini ne düzeyde etkilemektedir?

2. GENEL BİLGİLER

Hemoroid; perianal bölgede ağrı, kaşıntı ve kanama semptomları gibi anormallikleri göstermek için sıklıkla kullanılan Yunanca'dan alınmış "kanama" anlamına gelen bir kelimedir ve aslında var olan anatomik oluşumları ifade etmektedir. Semptom meydana getirmiş hemoroidlerin oluşturduğu tablo hemoroidal hastalık olarak adlandırılmaktadır (Rakinic ve Poola, 2014; Erdoğan, 2011).

Anal kanal ve etrafında abse, hemoroid, fistül, fissür gibi hastalıklar sık görülebilir. Anorektal bölge cerrahi girişimlerinde başarı şansını arttırabilmek için anorektal bölge anatomisinin doğru olarak bilinmesi gereklidir.

2.1. Anorektal Anatomi



Şekil 2.1. Anorektal anatomi (Yaman ve Reyhan, 2012)

- **Rektum:** Rektum sigmoid kolondan sonra “rektosigmoid köşe”nin altında kalan kalın barsağın son kısmıdır. 12-25 cm uzunluğunda olan rektum sakrumun konkavitesine uygun olarak arkaya ve öne aşağı doğru iner. Anal kanalın başlangıcında erkekte prostat, kadında vajen arka duvarı ile yakın komşuluk gösterir. Buradan sonra pelvik diafram içine girer. Levator ani kasının puborektal parçasının sarıp çekmesi ile “anorektal açrı”yı oluşturarak arkaya döner, yaklaşık 3-4 cm uzunluğundaki anal kanalı

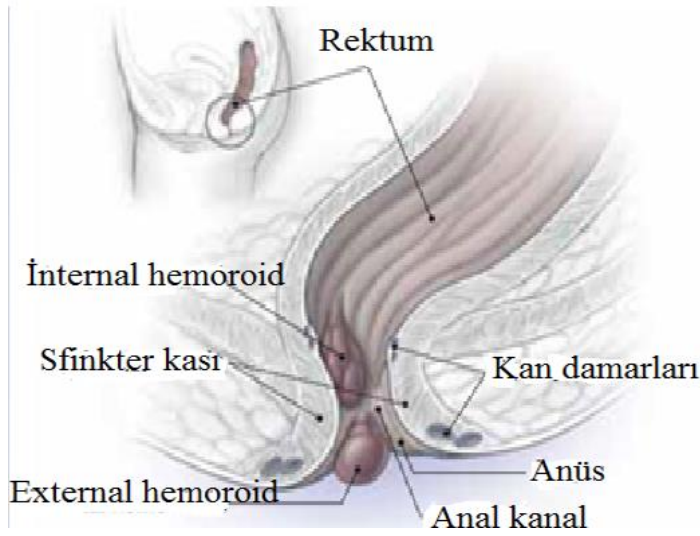
meydana getirerek anüste sonlanır (Abdullayev, 2015; Erdoğan, 2011; Teksöz, 2008; Baykan).

Rektum üst, orta, alt olmak üzere her biri pratikte 5'er cm uzunluğunda olan 3 bölüme ayrılır. Rektum anatomik olarak rektal ampulla (pelvik rektum) ve perineal rektum (anal kanal) olarak iki bölümden oluşur (Teksöz, 2008). Rektum mukozası pembe renktedir ve submukozal damar yapıları belirgin görülebilmektedir. Periton rektumun orta kıvrımının ön tarafına kadar uzanarak burada kadında vajen arka duvarı, erkekte vesikula seminalis, deferens kanallar ve mesane ile komşuluk gösteren bir poş oluşturur. Kadınlarda bu poş "douglass poşu" olarak da bilinmektedir. Rektumda rektal ve perirektal olmak üzere iki fasya tabakası mevcuttur. Rektal fasya visseral pelvik fasyanın bir devamı olup perirektal bir yağ tabakası içinde arter, ven, sinir ve lenf nodullerini içeren silindirik bir yapıdır. Perirektal fasya ise rektumu tüm komşu çevre organlardan daha belirgin sınırlarla ayırmaktadır (Abdullayev, 2015; Teksöz, 2008).

- *Anal Kanal:* Sindirim sisteminin dış ortama açıldığı yer olan anal bölge, kompleks bir yapıya sahiptir ve çeşitli hastalıkların yerleştiği yer olarak önem taşımaktadır. Anal kanal dentat çizginin 2 cm proksimalinde puborektal kasın oluşturduğu anorektal halkadan başlayıp, dentat çizginin 1,5-2 cm distalinde bulunan anokütanöz çizgiye kadar devam eder. Anokütanöz çizgi anatomik olarak internal anal sfinkterin sonlandığı yere denk gelir ve tuşe ile hissedilir. Buraya klinikte intersfinkterik aralık denir. Anal kanal ortalama 4 cm uzunluğundadır. Anal kanalın başlangıcı olan anorektal halka mukozası rektumun silindirik epitel ile döşelidir. Bu epitel dentat çizginin 1 cm proksimalinde çok katlı küboid epitele değişim göstererek dentat çizgiye kadar sürer. Bu değişim bölgesi anal transizyonel zon olarak adlandırılır. Dentat çizgi hizasından itibaren çok katlı yassı epitel başlar. Parlak gri-pembe renkli mukozası olan bu bölgeye anoderm denilir ve anokütanöz çizgide sonlanır. Burada ter ve yağ bezleri ile kıl follikülleri bulunmaz ancak duyu sinirleri vardır. Anal kanal arkada anokoksigeal ligamanla ilişkilidir ve koksiksle komşuluktadır. Önde, erkekte bulbokavernöz kas, penisin kavernöz bulbusu ve üretra ile, kadında vajina ile, yanlarda ise alt hemoroidal damarlar ve sinirleri içeren iskiorektal fossa ile komşuluktadır (Neşşar, 2008; Abdullayev, 2015).

2.2. Hemoroidin Anatomisi ve Fizyopatolojisi

Hemoroidler vasküler dokular (arterioller, venüller, arterio-venüler anastomozalar), düz kas ve anal kanal epitelyumu ile kaplı bağ dokusundan oluşan yastıkçıklardır. Eksternal hemoroidler skuamöz epitel ile örtülüdür ve perianal bölgeye dal veren pudendal sinir ve sakral pleksus ile inerve edilirken, internal hemoroidler kolumnar epitel ile örtülü olup somatik sensöryel sinir bulunmaz dolayısıyla prolabe olmadıkları sürece ağrıya neden olmazlar. İnternal hemoroidler; anal kanalın sol laterali, sağ posterioru ve sağ anterioru olmak üzere 3 ana lokalizasyonda bulunurlar (Yaşar ve ihtiyar, 2009; Yüceyar, 2010; Kamercan, 2016). Eksternal hemoroidal venler ise anodermin altında çepeçevre bulunur ve anüs çevresinde herhangi bir yerde soruna yol açabilirler. Başta süperior rektal arter ile süperior hemoroidal arterin dalları, az oranda inferior ve orta hemoroidal arterler ve subepitelyal venöz pleksus arasındaki direkt arteriovenöz anastomozlar içerirler. Bu venöz pleksus düz kas ve fibroelastik doku ile desteklenen ince duvarlı kıvrımlı venöz yapılardan oluşur ve anal kanalın venöz drenajına katılırlar (Yaşar ve ihtiyar, 2009). Anal kanalda dinlenme anında hemoroidal arterler aracılığı ile gelen kan venöz sistemden rahatlıkla geri döner ve kavernoze sistemler de inik olarak bulunurlar. Özellikle defekasyon esnasındaki ıkınma sırasında venöz geri dönüş durur. İkınma sırasında ve lümenin kalın ve sert bir dışkıyla uzun süreli geçişi sırasında sadece venöz dönüşün yavaşlaması değil, bunun yanı sıra muhtemelen lenfatik dolaşımın da olumsuz etkilenmesi sonucu, defekasyonu takiben ödem de gelişmektedir. Bu ıkınmaların zaman içinde yol açtığı aşınma ve yorulma sonucu normal anatomide yer alan ligamentler yaşlanmanın da etkisi ile dejenere olur ve fonksiyon yapamaz hale gelirler. Sonuçta arterler aracılığı ile gelen kan, bu bölgedeki venlerde uzun süreli basınç artışlarının ligamentler aracılığı ile de kontrol edilememesi sonucu, boyca uzama, ence genişleme ve kıvrıntılı bir hal alma yani varisleşmelerine neden olurlar. Varisleşen venlerin aynen içindeki basınç artarak şişen bir balonun duvarına olduğu gibi mukozaya bakan yüzeyleri de incilir ve gitgide daha kolay kanayan birer hal alırlar (Geçim, 2011; Kamercan, 2016).



Şekil 2.2. Hemoroidin anatomisi (Harvard Health, 2017)

2.3. Hemoroidin Epidemiyolojisi

Hemoroid hastalığı hem kronik, hem de bazı hastaların hemoroidin tedavisinden korkması veya utanması nedeniyle insidansının belirlenmesi oldukça güçtür. Ülkemizde hemoroidin görülme sıklığı ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri 'nde hemoroid prevalansı yaklaşık %4'tür. ABD'de 1983-1986 yılları arasında ortalama 4.15/1000 insan hemoroid tedavisi olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamın gerçek değerinin altında olması muhtemeldir. ABD'de her yıl 1.5 milyon insan hemoroid nedeniyle medikal tedavi görmektedir ve 12.9 milyon kişi hastaneye yatış yapmaktadır. Hemoroid kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmekle birlikte 45-65 yaşları arasında da pik yapmaktadır (Salinitri and Raspallo, 2005; Board, 2004). En fazla 1974'de 117/100.000 rakamına ulaşmış olan hemoroidektomi oranının 1987'de 37/100.000'e düştüğü belirlenmiştir. Bu azalmanın bir bölümünün nedeninin hemoroidlerin ayaktan ve medikal tedavileridir. Hemoroid görülme sıklığı 1980'lerde ABD'de ileri yaşlarda daha fazla iken; 1990'larda ABD'de, 2000'lerde ise hem İngiltere, hem ABD'de orta yaş grubunda daha fazladır. Bu durumun önceleri yaşa bağlı olarak hem damar duvarı, hem de anal bölgedeki azalan kas tonusunun hemoroid oluşumunu tetiklemiş olabileceği, daha sonraki yıllarda ise muhtemelen beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin (hazır gıdalarla beslenme, lifli gıda alımında azalma, beslenmeye bağlı kabızlık, alkol tüketimindeki artış vs.) hemoroidlerin daha erken yaşlarda görülmesine yol açmış olabileceği şeklinde düşünülmektedir (Teksöz, 2008; Erdoğan, 2011).

2.4. Hemoroidin Etiyolojisi

Hemoroidal hastalığın oluşunda tek bir teoriyi destekleyen kanıtlar seyrektr. Diyet, tuvalet alışkanlığı ve olası genetik etkiler gibi hastaya özgü değişkenleri içermesi nedeniyle çok faktörlü olduğu üzerinde durulmaktadır (Rakinic ve Poola, 2004). Hemoroidal hastalığın ortaya çıkmasında 3 ana teori olduğu belirtilmektedir (Erdoğan, 2011). Bunlar;

Vasküler (Hemodinamik) Teori: Yastıkçıkların defekasyon sırasındaki hızlı boşalımında yetersizlik, hemoroidal hastalık etyolojisinde öne sürülen, henüz tam olarak kanıtlanmamış bir teoridir. Özellikle internal hemoroid oluşumunda arter-ven ve arteriovenöz şantlar suçlanır. İntraabdominal basıncın artmasıyla sekonder (özellikle gebelik, şişmanlık, pelvik tümörler sonucu) venöz kan akımında geri akımın oluşmasıyla hemoroidal distansiyon ve venöz staz meydana gelir. (Abdullayev, 2015; Erdoğan, 2011).

Mekanik Teori: İnternal hemoroidler, kollagen bağ dokusu lifleri ve musculo-fibro- elastik doku ile desteklenmiş ve sarılmışlardır. Bu dokunun en bilinen elemanları Park's ligamanı (Pecten band) ve muscularis submukozadır. Defekasyon sırasında internal sfinkter gevşer, vasküler yastıkçıklar ve Pars's ligamanı dışarıya doğru bir rotasyon hareketi yapar. Hemoroidal hastalıkta problem, bu doğal rotasyon hareketi ve dokuların eski haline dönmesindeki bozuluktan kaynaklanmaktadır. Bunu yaş, endokrin, kabızlık, uzun süre ıkınma gibi faktörler kolaylaştırmaktadır. Rektal mukozada bulunan elastik doku yeni doğanda kalınken, yaş ilerledikçe incelmekte, hasta grubunda ise tamamen kaybolmaktadır. (Teksöz, 2008; Erdoğan, 2011; Abdullayev, 2015). Bağ dokusunun zayıflamasında, günlük ıkınma travmasının ve fekal modelinin sürükleyici etkisinde rolü vardır. Bağ dokusunun gevşemesi, ilk önceleri intrarektal basınç artışıyla birlikte hareket eden ileri derece mobil hemoroidleri ortaya çıkarır. (Erdoğan, 2011; Abdullayev, 2015).

Sfinkter Faktörleri: Anal sfinkterlerdeki artmış basıncın, bası ile hemoroidal hastalığı tetiklediği öne sürülmektedir. İnternal anal sfinkterdeki tonüs değişikliklerinin de hemoroide neden olabileceği ileri sürülmüştür. İnternal sfinkterde meydana gelen gevşeme bu bölge damarlarına aşırı kan gelmesine ve venöz drenajın bozulmasına neden olabilmektedir. Bu olay defekasyonda saptanan durumdur. Hemoroid hastalarının internal anal sfinkterlerinde aktivite artışı olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda venöz akımda

tıkanıklık ve konjesyon meydana gelmekte ve hemoroidin belirtileri ortaya çıkmaktadır (Abdullayev, 2015).

Bu teorilerin yanı sıra, hemoroidal hastalık gelişmesini tetikleyen ve etiyolojik ajan olarak gösterilen birçok faktör de bulunmaktadır. Hemoroidin etiyolojisinde başlıca risk faktörleri:

Beslenme Alışkanlığı: Beslenme alışkanlığının hemoroid oluşumunda önemli bir yeri vardır. Düşük lifli, kuru yiyecekler ve yetersiz sıvı alımı dışkıının daha sert olmasına neden olarak hastaların defekasyon sırasında daha fazla ıkınmalarına neden olmaktadır. Bu durum barsakta düz kas hipertrofisine ve anal kanaldaki dokuların hasar görmesine dolayısıyla hemoroid oluşumuna neden olabilmektedir. Hemoroidal semptomların medikal tedavisinde diyetle alınan lif miktarının artırılması neredeyse her zaman ilk öneridir (Rakinic ve Poola, 2014; Teksöz, 2008).

Tuvalet alışkanlığı: Anoraktal şikayetleri olan birçok hasta defekasyon sırasında çok fazla ıkınmakta ve tuvalette uzun süre kalmaktadır. Tuvalette uzun süre oturur pozisyonda kaldığında perine gevşemekte ve anal yastıkçıklar desteksiz kalmaktadır (Rakinic ve Poola, 2014; Teksöz, 2008).

Cinsiyet: Erkekler ve kadınlar arasında hemoroidlerin oluşması açısından belirgin fark yoktur. Gebelik önemli bir risk faktörüdür (Kline, 2015; Hibberts ve Schizas, 2010).

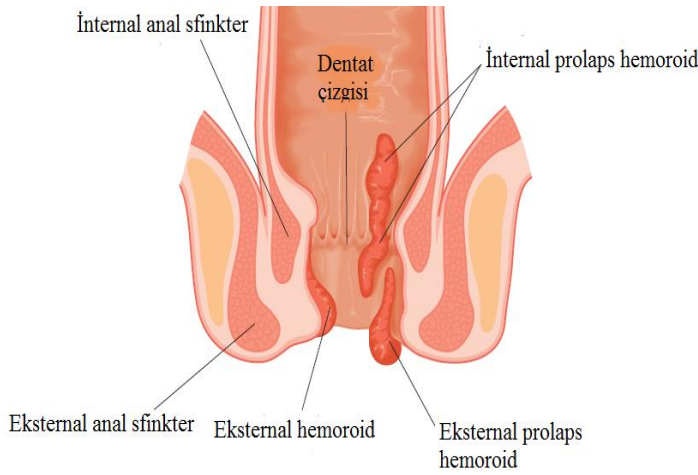
Yaş: Hemoroid prevalansı yaşla orantılı olarak artmaktadır. Özellikle 50 yaş üzerindeki hastaların yaklaşık yarısının bu nedenle tedavi olduğu belirtilmektedir (Kline, 2015; Hibberts ve Schizas, 2010; Agbo, 2015; Rivadeneira ve diğerleri, 2010).

Diğer Faktörler: Hemoroidin oluşumunda; uzun süre ayakta kalmak, masa başında uzun süre oturmak, ağır kaldırmakta rol oynayabilmektedir. Ağır kaldırma anorektal bölgedeki hem kaslara, hem de venöz sisteme daha fazla yük binmesine neden olabilmektedir. Uzun süreli ayakta durmak da kapakçıkları olmayan bölge venlerinde kanın birikmesine ve hemoroidal semptomların oluşmasına neden olabilir. Ancak, bu aktivitelerin hemoroidlerin primer nedeni olduklarına dair kanıt yoktur (Teksöz, 2008; Erdoğan, 2011). Hemoroidlerle bağlantılı bir diğer faktör gebeliktir. Fetusun uterustaki pozisyonuna bağlı olarak artan

anorektal basınç internal hemoroid gelişimine neden olabilir. Fiziksel aktivite azlığında hemoroidlerin oluşumunda rol oynayabilir. Aktivite azlığı anorektal bölgedeki kas tonusunu azaltarak hemoroidal yastıkçıkların zayıflamasına neden olabilir. Laksatif kullanan bireyler de hemoroid açısından risk altında olan gruplardandır. Bu kişiler defekasyon sırasında anal sfinkterlerini kronik olarak zorlayarak semptomların ortaya çıkmasına neden olabilirler (Abdullayev, 2015; Erdoğan, 2011).

2.5. Hemoroidin Sınıflandırılması

Hemoroidler anal kanalda dentat çizgisi ile lokalizasyonlarına göre eksternal, internal ve miks tip olarak sınıflandırılmaktadırlar. Dentat çizgi anal kanalın 2/3'lük üst kısmı ile 1/3'lük alt kısmını ayıran çizgi olarak tanımlanmaktadır. İnternal hemoroidler anorektal bileşke veya dentat çizginin üstünde, eksternal hemoroidler ise anatomik yerleşim olarak anal kanal distalinde dentat çizginin altında yer alırlar. İnternal ve eksternal hemoroidlerin eşzamanlı olarak gelişen tipi ise miks tip olarak adlandırılır (Hibberts and Schizas, 2010; Erdoğan, 2011). Klinik olarak ise hemoroidal yapılar internal ve eksternal olarak iki grupta incelenir.



Şekil 2.3. Anal kanalda hemoroidin yerleşkesi (Hibberts ve Schizas, 2010)

2.5.1. Eksternal hemoroidler

Dentat çizginin altında, anal kanal içinde gelişirler. Üzerleri yüksek oranda somatik sinirlerle innerve edilen squamöz epitelle örtülüdür. Bu nedenle oldukça duyarlıdır. Eksternal hemoroidde anal kanal çıkışında hemoroidin iki ayrı tipi bulunabilir. Birinci tipte

cilt altındaki venlerde dilatasyon ve konjesyonla birlikte ciltte ödem, ikinci tipte ise bu venlerde trombüs ve kitle oluşumu ile kendini gösterir. Semptomlar, genelde tromboze olduğunda ortaya çıkar (Baykan ve diğerleri, 2007; Nisar and Scholefield, 2003).

2.5.2. İnternal hemoroidler

İnternal hemoroidler, anal kanal içerisindeki yer değişimleri dikkate alınarak dört derecede sınıflandırılmıştır (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. İnternal hemoroidlerin evreleri*

Evre	Prolaps	Semptomlar
Evre 1	İnternal hemoroid belirgindir. Ancak anüs dışına prolapsus yoktur.	Rahatsızlık hissi ve kanama olabilir
Evre 2	Dışkılama ve ıkınma ile hemoroid anüs dışına prolapsus oluşur, ıkınmanın sonlanması ile spontan redükte olabilen prolapsus.	Kanama, akıntı, perianal bölgede kaşıntı
Evre 3	Elle redüksiyon gerektiren prolapsus	Kanama, akıntı, perianal bölgede akıntının oluşturduğu irritasyona bağlı kaşıntı
Evre 4	İnternal hemoroidler prolaps olup prolapsus irredüktablı haldedir.	Kanama, akıntı, ağrı, fekal kirlenme, kaşıntı

*Yararlanılan kaynaklar: Abdullayev, 2015; Baykan ve diğerleri, 2007; Ege ve diğerleri, 2012; Hibbert and Schizas, 2010; Rakinic and Poola, 2014; Teksöz, 2008.

Çizelge 2.1’de İnternal hemoroidlerin evreleri ve semptomları yer almaktadır. İnternal hemoroidlerin, birinci evresinde anal kanalda venlerin sayısı ve çapında artış olup, hemoroid anal kanal içinde belirgindir, sarkma olmamıştır. Hastalarda hemoroide ilişkin çok fazla belirti olmamakla birlikte anal bölgede rahatsızlık ve defekasyon sırasında kanama bulguları görülebilmektedir. İkinci evre internal hemoroidler ıkınma ve defekasyonla birlikte anal kanal dışına sarmakta ıkınma ve defekasyonun sonlanmasıyla kendiliğinden eski haline dönebilmektedir. Üçüncü evre internal hemoroidler anal kanal çıkışında sarmış halde görülebilmekte ve spontan olarak eski haline dönemediklerinden elle müdahale gerekmektedir. Dördüncü evre internal hemoroidler ise devamlı sarmış ve elle müdahalede eski haline getirilemeyen haldedir. Bu nedenle hastalar trombozis, kanama ve ciddi ağrı yaşayabilmektedir (Abdullayev, 2015; Baykan ve diğerleri, 2007; Ege ve diğerleri, 2012; Hibbert and Schizas, 2010; Rakinic and Poola, 2014; Teksöz, 2008).

2.6. Hemoroidin Semptomları

Hemoroid nedeniyle hastalar pek çok semptomla karşılaşabilmektedirler. Hemoroidal hastalıkta semptomlar, kan dolaşımındaki engellenmenin yanında sekonder olarak ortaya çıkan göllenmenin neden olduğu vasküler konjesyon ve anorektal bileşkeyi destekleyen dokuların zayıflaması sonucu hemoroidal yastıkların desteğinin kaybıyla yer değiştirmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlardan bazıları;

Kanama: Rektal kanama hemoroidde en sık gözlenen semptom olmakla beraber hastaların doktora gitme nedenlerinin en başında gelmektedir. Kanamalar defekasyon sırası ve sonrasında oluşabilir. Hemoroidal kanama parlak kırmızı ve ağrısızdır. Kanama daha çok internal hemoroidlerde görülmekle birlikte erozyona uğrayan tromboze eksternal hemoroidlerde de görülebilir. Ağrıyla beraber olan kanama ise ciltte ülserasyona neden olan tromboze eksternal hemoroidi veya anal fissürü düşündürür (Başkonuş,1998; Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011; Gupta, 2010; Salinitri and Raspallo, 2010; Teksöz, 2008).

Ağrı: Hemoroidde ağrı hastaların yarısından fazlasında görülen semptomdur. Hemoroid ağrıları belirli bir karaktere sahiptir. Prolaps ile ilişkili olup prolapsus hafiflediğinde rahatlar. İnternal hemoroidler genellikle ağrısızdır. Ancak ileri evrelerde gelişebilen trombüsler nedeniyle ağrı görülebilir. Eksternal hemoroidlerde ise gelişim bölgesindeki yoğun somatik innervasyon nedeniyle özellikle trombüs halinde akut atak şeklinde başlayan ve yaklaşık bir hafta kadar devam edebilen şiddetli ağrı olur. Ağrı devamlı olup defekasyon sırası veya sonrasında artabilir (Başkonuş,1998; Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011; Gupta, 2010; Salinitri and Raspallo, 2010; Teksöz, 2008).

Ödem ve Prolapsus: İnternal hemoroidlerin aşağıya doğru mobilizasyonu ve anal kanaldan dışarı sarkması halinde hasta tarafından hissedilir ve kitle olarak tanımlanır. Bu durumda anüs çıkışı veya perianal bölgede dolgunluk hissi ve ağrı yanında defekasyon ihtiyacı duyulabilir. Prolapsus, bağırsak hareketi, uzun süre ayakta kalma ve fiziksel eforları takiben belirgin hale gelebilir (Başkonuş,1998; Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011; Gupta, 2010; Salinitri and Raspallo, 2010; Teksöz, 2008).

Puritis Ani: Özellikle prolabe hemoroidlerde gelişen müköz akıntı ve anal sfinkterin tam olarak kapanamaması nedeniyle gaita sızıntısı sonucu irritasyon nedeni ile perianal bölgede kaşıntı, ciltte kalınlaşma ve tahrişler ortaya çıkabilir.

Trombozis: Hemoroidler devamlı prolabe olarak kaldığında hastada trombüs gelişme riski vardır. Bu anal kanal çıkışında bir pıhtı ile kitle oluşturur ve aynı bölgede yaklaşık bir hafta kadar devam eden şiddetli ağrıya yol açar. Eğer tromboze hemoroid iyileşmezse ülserasyon ve gangren gibi daha ciddi sorunlara yol açabilir (Başkonuş,1998; Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011; Gupta, 2010; Salinitri and Raspallo, 2010; Teksöz, 2008).

2.7. Hemoroidin Tanısı ve Ayırıcı Tanısı

2.7.1. Hemoroidin tanısı

Hemoroidal hastalıkta hasta defekasyon esnasında veya sonrasında kanama, anüs çevresinde şişlik, meme veya dolgunluk ya da anal bölgede ağrı şikayetlerinden biri veya birkaçı ile hekime başvurur. Sadece şikayetlerini dinlenmesiyle perianal bölgenin benign hastalıklarının dahi birbirinden ayrılması mümkün değildir. Hastalardan ayrıntılı anamnez alındıktan sonra hastaya uygun pozisyon verilerek perianal bölgenin görülmesi ve takiben rektal tuşe yapılması hastalığın tanısında değişmez ve mutlak birinci basamaktır (Kameran, 2016).

İnspeksiyon: Bu bölgenin muayenesi sims pozisyonunda yapılabilir. Ancak en uygun pozisyon diz-dirsek pozisyonudur (Genu-Pectoral pozisyon). Sol lateral pozisyon, hasta için daha konforludur ve yaşlı hastalarda uygulanması daha kolaydır. Hastanın kalçalarını iki elle laterale doğru açılması ile muayene yapılır. Muayene sırasında sakral bölgeler veya kalçalar dermatolojik lezyonlar, infeksiyonlar, fistül delikleri, fekal veya mukus bulaşı veya skin tag gibi yandaş hastalık bulguları açısından incelenir. İnspeksiyon, hem dinlenme hem de ıkınma sırasında yapılmalıdır. Hemoroidal hastalık tanısında, en dikkatli yapılması gereken basamak inspeksiyon olup tanının %90'ı bu yöntemle konulabilir. Hemoroidle en çok karışan lezyonlar rektal prolapsus, hipertrofik anal papilla, rektal polipler, mukozal prolapsus, kondiloma ve lipomlar olabilirler (Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011).

Eksternal hemoroid ve akut hemoroid ile başvuran hastalarda ağrı şikayeti mevcuttur. Eksternal hemoroidler anüsün kenarında morumtrak renkte üzeri düzgün mercimek tanesinden ceviz büyüklüğüne kadar olabilen ağrılı şişlikler olarak görülebilir. Bazen şişlik büyükse, deri nekroze olup içinden az miktarda pıhtı şeklinde kanama görülebilir. Akut prolabe, tromboze, ülser hemoroidler anal kanaldan prolabe olan, üzerinde radyal çöküntüler olan kabarcıklar şeklinde görülür ve bunlar ağrılıdır. İç hemoroidlerin muayenesi ise (Teksöz, 2008);

Birinci ve ikinci derece hemoroidi olan hastaların anamnezinde kırmızı renkli kanama mevcut olup defekasyon sonrası eline şişlik gelmeyen hastalarda rektal tuşe yapılsa dahi bu pakeler palpe edilemez. Bunların tanısı ancak anoskopi ile konulabilmektedir. Üçüncü derecedeki hemoroidler ise defekasyonla prolaps olması ve elle içeri itilmesi öyküsü vardır. Tanısı birinci ve ikinci derecedeki hemoroidler gibi konulabilir. Dördüncü derece hemoroidlerde ise hastanın şikayetlerinde kanama ve defekasyondan bağımsız olarak sürekli ele meme gelmesine ilave olarak çamaşırdaki kanlı mukuslu akıntı görülebilir (Teksöz,2008).

Palpasyon: Palpasyonla ilk önce anorektal bölgede ağrılı nokta olup olmadığı aranmalıdır. Tromboze hemoroidal pake, anal fissür, kızarıklık ve endürasyon durumunda abse, kitle durumunda anal karsinoma ya da soliter rektal ülser tanısı palpasyonla konabilir (Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011).

Proktoskopi: Proktoskopi ile anorektal junction, anal kanal üst bölüm mukozası, internal hemoroidal pleksus, linea dentata, anal valv ve papillalar, distal mukoza ve anoderm görülebilir. İnternal vasküler yastıkçıkların ve onlardan meydana gelen kanamaların gösterilmesinde ideal yöntemdir (Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011).

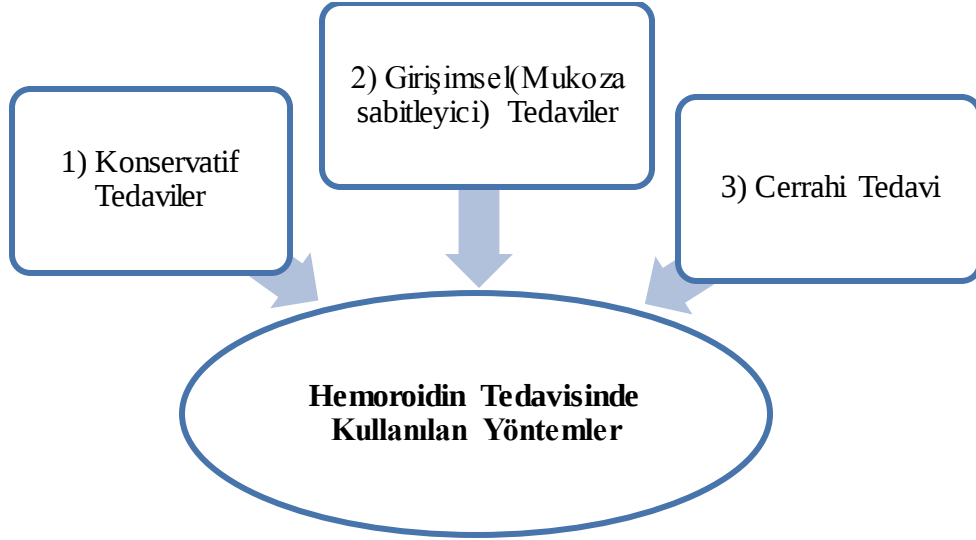
Sigmoidoskopi: Tüm rektum ve sigmoid patolojilerini gösterir. Rektosigmoid açısı, anal kenarın 15-18 cm proksimalinde yer alır. Genelde kadın olan hastaların %33'ünde, bu açığı geçmek mümkün olmaz. Bilhassa dışkıyla karışık rektal kanamalarda internal hemoroidler görülsede dahi uygulanması gereken yöntemdir. İnflamatuvar barsak hastalıkları, rektal polip, soliter rektal ülser, karsinoma tanıları konulabilir. Gerektiği taktirde kolonoskopi ve baryumlu grafi çalışmaları yapılmalıdır (Baykan ve diğerleri, 2007; Erdoğan, 2011).

2.7.2. Hemoroidin ayırıcı tanısı

Hemoroidal hastalık tanısı ile başvuran hastalarda anal fissür, perianal abse-fistül, rektosel, anal stenoz, inflamatuvar barsak hastalıkları (Crohn hastalığı ve Ülsetatif kolit), malignite, anal kondilloma, pruritus ani, rektal prolapsus, hipertrofik anal papilla ve skin tag ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Özellikle anal fissür hastalığı ağrılı defekasyon ve rektal kanama şikayeti oluşturması nedeniyle hemoroidal hastalıkla sıklıkla karışır. Anorektal muayenede genelde posteriorda yerleşen anal fissürün gözlenmesi ile tanısı konulabilir. Atipik yerleşimli anal fissürlerde Crohn hastalığı akla gelmelidir (Baykan ve diğerleri, 2007; Ege ve diğerleri, 2012; Teksöz, 2008). Ayırıcı tанда düşünülmesi gereken en önemli hastalık rektal kanserlerdir. Ağrısız kanama, gaita kalibrasyonunda değişiklik ve kilo kaybında mutlaka akla gelmelidir. Rektal kanserli hastaların şikayetlerini hemoroidal hastalığa bağlama eğilimi vardır. Anal ağrı ve şişlik şikayeti oluşturan anal abse anal muayene sırasında yapılan palpasyonda tespit edilen hassasiyet, sıcaklık artışı gibi lokal enfeksiyon bulguları ile kolaylıkla hemoroidal hastalıktan ayrılabilir. Hemoroidal hastalığın bir diğer ayırıcı tanısında inflamatuvar barsak hastalıklarıdır. Kanlı ishal, anal bölgede yerleşen atipik fistül veya fissür varlığında kolonoskopik muayenede terminal ileum mutlaka değerlendirilmeli İBH dışlanmalıdır (Baykan ve diğerleri, 2007; Ege ve diğerleri, 2012; Teksöz, 2008).

2.8. Hemoroidin Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Hemoroid teşhisini koymak ve tedavi yaklaşımını belirlemek için öncelikle hastadan detaylı bir klinik öykü alınmalıdır. Hemoroidal hastalıkta tedavi yaklaşımı hemoroidin tipi, belirtileri, derecesi ve sorunlarına göre belirlenmektedir (Hibbert ve Schisanz,2010; Yüceyar, 2010).



Şekil 2.4. Hemoroidin tedavisinde kullanılan yöntemler (Ege ve diğerleri, 2012; Ekçi ve diğerleri, 2009)

2.8.1. Konservatif tedavi

Hemoroidal hastalığın tedavisinde birçok yöntem kullanılabilmektedir. Özellikle hemoroidin erken evrelerinde hastalar konservatif tedaviden yarar görebilmektedir. Konservatif tedavi diyet ve yaşam tarzı değişikliğini, çeşitli farmakolojik ajanları, kremleri ve sıcak su oturma banyosunu kapsar (Ege ve diğerleri, 2012; Ekçi ve diğerleri, 2009).

Davranış değişikliği: Semptomatik hemoroidi olan kişilerin tedavisinde anahtar rollerdendir. Bu tedavi şeklinin amacı yapılacak tüm değişiklikler ile hastalara düzenli ve fizyolojik bir defekasyon alışkanlığı kazandırmaktır. Hastalara ıkınmayı önlenmeye, ıkınmaya neden olabilecek faktörleri ortadan kaldırılmaya ve tuvalette uzun süre oturmalarının doğru olmadığına yönelik danışmanlık desteği sağlanmalı ve bilgi verilmelidir. Hastalara ilk önerilecek olan, yeterli lif alımı ve kabızlık yapan gıdalardan mümkün olduğunca uzak durmalarıdır. Alınan lifli besinlerin işe yaraması için yeterli miktarda su içilmesi gerektiği öğretilmelidir. Hastalara düzenli defekasyon alışkanlığı kazanmanın en kolay yollarından birinin yemek saatlerinin düzenli olması ve defeksasyonu düzenli yapmaya çalışmak olduğu söylenmelidir (Abdullayev, 2015; Beck, 2012; Rakinic ve Poola, 2014).

Dışkının yumuşatılması: Hastaların birçoğu beslenme alışkanlığı değişimi ve psyllium gibi dışkı hacmini arttıran ajanların kullanılmasıyla rahatlamakta ve tedaviden fayda

görmektedirler. Burada amaç pasajın kolaylaşmasıyla defekasyon sırasında kınmanın azaltılmasıdır. Bu sayede defekasyon sırasında anal kanal epitelinin maruz kalacağı travmanın azalmasıyla kanama ve ülserasyon olasılığı da azalmaktadır (Baykan ve diğerleri, 2007) .

Lokal anestezikler: Lokal anestezikler hemoroide ve anal kaşıntıya eşlik eden ağrıyı gidermek için kullanılmaktadır. Lokal anesteziklerden en çok lidokainli merhemler kullanılmaktadır (Abdullayev, 2015; Ege ve diğerleri, 2012) .

Kortikosteroid ile kombine ilaçlar: Kortikosteroidli kremler lokal perianal inflamasyonu baskılamak için kullanılabilirler (Ekçi ve diğerleri, 2009).

Venöz düzenleyici ilaçlar: Kullanılan oral flebotrofik ilaçlar venöz tonusu artırıcı, stazi azaltıcı, inflamatuvar mediyatörleri inhibe edici ve lenfatik drenajı artırıcı etkileri mevcuttur. Bu özellikleri nedeniyle kronik venöz yetersizlik tedavisinde de kullanılmaktadırlar (Abdullayev, 2015; Yüceyar, 2010).

Sıcak su oturma banyosu ve sıcak duş: Oturma banyoları anal bölge hastalıklarının tedavisinde ve ameliyatları sonrasında yaraların iyileşmesinde kullanılan geleneksel tedavi yöntemlerinden birisidir. Sıcak ve soğuk oturma banyosu şeklinde uygulanabilmektedir. Ancak soğuk su anal kaslarda spazma neden olduğu için genellikle sıcak su uygulamaları tercih edilmektedir. Sıcak oturma banyosu birçok anorektal, jinekolojik, ürolojik hastalıkların ameliyat öncesi ve sonrası tedavisinde, yara iyileşmesinde ve ağrı gidermede yaygın olarak kullanılmaktadır (Ege ve diğerleri,2012; Rakinic ve Poola,2014). Sıcak oturma banyosunun tam olarak fizyolojik etkisi bilinmemektedir. Literatürde anal bölgedeki rahatsızlığı giderdiği, yara bölgesine kan akımını arttırarak anal sfinkterlerin spazmını azaltarak rahatlama sağladığı ve yara iyileşmesini desteklediği bildirilmiştir. Bu etkinin perianal bölgedeki termoreseptörlerin sıcak su ile temas etmesiyle birlikte internal sfinkterlerin gevşemesi sonucu olduğu düşünülmektedir (Park ve diğerleri,2010).

Oturma banyosu sadece sıcak su ile yapılabilirdiği gibi su içerisine antiseptik solüsyon ve bazı ilaçların eklenmesiyle suya daldırma veya anal bölge duş banyosu şeklinde yapılabilir. Literatürde anal bölgeye yapılan sıcak uygulamaların suya daldırma veya anal bölge duş banyosu şeklinde uygulanmasının etkinliği konusunda yeterince kanıt bulunmamaktadır. Ancak sıcak su oturma banyosunun diğer uygulamalara kıyasla daha

zahmetli bir uygulama olduğu, yanık gibi komplikasyonları olmasına rağmen, girişimsel hemoroid tedavisi sonrası ağrı ve basınç azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Anal bölge duş banyosunun ise uygulama kolaylığı, hijyen ve rahatlık açısından hastalar tarafından daha tercih edilebilir olduğu belirlenmiştir (Gupta, 2010). Nitekim Yücel ve Karadağ'ın (2017) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında da sıcak su oturma banyosu ve sıcak duş ile ilgili ortak bir görüş birliği olmadığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışma sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen sıcak su uygulamasının girişimsel hemoroidektomi sonrası ağrı, kanama ve hasta memnuniyeti üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Opak ve Karadağ, 2017).

2.8.2. Girişimsel (mukoza sabitleyici) tedaviler

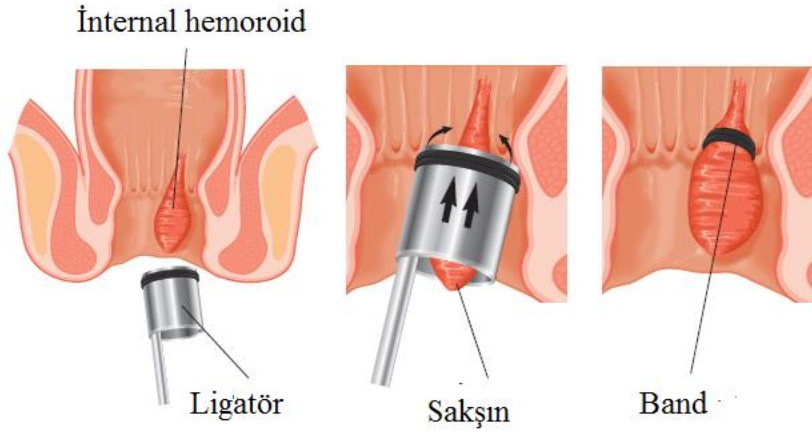
Tedavinin amacı; hemoroid memesini (pakesini) ortadan kaldırarak yerinde nedbe oluşturmak, böylece mukoza ve submukozanın alttaki kas dokusuna yapışmasını sağlayıp en fazla şikayetlerden kanama ve prolapsusu gidermeye çalışmaktır. Girişimsel hemoroid tedavisi içinde skleroterapi, kızılötesi fotokoagülasyon, lastik band ligasyon ve kriyoterapi yer almaktadır (Baykan ve diğerleri, 2007).

Skleroterapi: I. ve II. derece hemoroidlerde tercih edilen yöntemlerden biridir. Anestez gerektiren bir girişim değildir. Skleroz geliştirebilecek irrite edici bir maddenin internal hemoroidin etrafındaki yumuşak doku içerisine enjekte edilmesi işlemidir (Rakinic ve Poola, 2014). Dış hemoroidlerde enjeksiyon ağrılı ve yararsızdır. Kanama, nekroz gibi yan etkileri ve nüks görülebilir (Kameran, 2016).

Kızılötesi fotokoagülasyon: Kızılötesi ışınlarla hemoroid pakelerinde minör doku harabiyeti ve fiksasyon sağlanması için yapılan bir uygulamadır. Kızılötesi ışık doku içine penetre olarak, ısı enerjisine dönüşür ve dokuda koagülasyon nekrozuna yol açar. İşlemden sonra bazı hastalarda anal rahatsızlık hissi, hafif ağrı, kanama ve seröz akıntı görülebilmektedir (Abdullayev, 2015; Ekçi ve diğerleri, 2009; Teksöz, 2008).

Lastik band ligasyon: Dünyanın hemen her yerinde I. ve II derece ve bazen de III. derece hemoroidlerde en sık uygulanan tedavi yöntemidir. Uygulama bir lastik bandın içine vakumla emilerek veya mekanik olarak çekilerek yerleştirilen sarkmış kavernoöz cisim parçasının boğdurulması mantığına dayanmaktadır. Basit tiplerinde önce anoskop

yerleştirilerek anoskopun içine doğru sarkan meme ortaya konur. Ardından anoskopun içinden geçirilen ve önceden üzerine gerilerek lastik band takılmış olan ligasyon aleti ile hemoroid memesi yakalanır ve tetik mekanizması çekilerek band memenin boynuna sardırılır. Dentat çizginin 2 cm proksimalinde sensitif sinir olmadığı için bu bölgeye uygulanır ve ağrısız bir işlemdir. Bu lastik bandın boğma işlemi ile strangüle olan kavernöz cisim kalıntısı 5-7 gün içinde tamamen dökülür ve yok olur. Bandın boğduğu noktada 2-3 mm büyüklüğünde bir ülser oluşur ve bu ülser iyileşince de adeta fibrotik bir çivi gibi, önceden sarkmış olan mukozayı lateralindeki kas tabakasına tekrar yerleştirmiş olur (Abdullayev, 2015; Rakinic ve poola, 2014). Komplikasyon oranı %2'den azdır. Uygulamada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta dentate çizgi referansının altına kesinlikle uygulamamasıdır. Uygulama sonrası ani ağrı olması durumunda bant hemen çıkarılmalıdır. İkinci hatta üçüncü seans tekrar yapılabilir. Ancak üçüncü seansa rağmen semptomatik olan hastalarda cerrahi hemoroidektomi önerilmelidir (Kameran, 2016). Komplikasyonları arasında ağrı, abse, internal veya eksternal hemoroidal tromboz, lastiğin kayması, ülserasyon, idrar retansiyonu sayılabilmektedir (Abdullayev, 2015; Erdoğan, 2011).



Şekil 2.5. Lastik band ligasyon tekniği (Hibberts and Schizas, 2010)

Kriyoterapi: I. ve II derece hemorooidlerin tedavisinde kullanılabilecek yöntemlerdendir. Bu yöntemde dokular dondurularak ve intrasellüler su kristalleri oluşturularak, hücre zarları tahrip edilmekte ve öldürülmektedir. Uygulama, anestezi, barsak hazırlığı ve antibiyotik profilaksisi gerektirmektedir. Stenoz gelişebileceği için bu yöntem tüm anal kanal ve çevresine uygulanmamalıdır (Erdoğan, 2011; Teksöz, 2008).

2.8.3. Cerrahi tedavi

Hemoroidektomi: Hemoroidi olan hastaların %5-%10'u cerrahi tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Semptomatik hemoroidlerin %90'ı ameliyatsız, hastaneye yatmadan tedavi edilebilmektedir. Erken evre hemoroid sorunu olan ve konservatif tedaviye cevap vermeyen hastalar, geniş prolabe pakelerin varlığı, tekrarlayan trombozlar, fissür, fistül, vb. bulgularında eşlik ettiği, cerrahi tedavi gerektiren lezyonların bulunduğu hastalar ile ileri derece hemoroidi olan hastaların tedavisinde ilk seçenek olarak cerrahi tedaviye başvurulabilmektedir. Genellikle hemoroidektomiler lokal ve ayaktan tedavi şeklinde uygulanmaktadır. Hemoroidektomi çeşitleri arasındaki tek fark yaranın açık veya kapalı bırakılmasıdır (Rakinic ve Poola, 2014; Erdoğan, 2011; Teksöz, 2008).

Milligan-Morgan hemoroidektomi: Litotomi ve prone pozisyonda hemoroid hastalığının her evresinde uygulanabilen açık hemoroidektomi tekniğidir. Amaç hemoroidal dokunun içindeki damarlarla beraber eksize edilip dibinin normal mukoza bileşkesinde sütüre edilmesidir. Konulan sütür materyali geç eriyebilen ve orta kalınlıkta olmalıdır. Hastalar genellikle 24 saat içerisinde taburcu edilirler (Abdullayev, 2009).

Kapalı Teknik (Ferguson Hemoroidektomi): Hemoroidlerin sayı ve büyüklükleri saptanıp, eksizyon yapılacak pakenin üzerine cilt fazlalığı da alınarak bir klemp yerleştirilir. İnternal sfinktere zarar vermeden klempin üzerinde kalan pake ve fazla cilt bistüri, makas ya da elektrokoterle kesilir (Teksöz, 2008).

Submukozal hemoroidektomi: Tedavinin başlıca amacı hemoroidal pakelere uyan vasküler pedikülün çıkartılması ve daha sonra tam olarak rekonstrükte edilecek şekilde mukozanın korunmasıdır (Abdullayev, 2015).

Stapler Hemoroidektomi: Bu tekniğin amacı prolabe olan anal kanalın sirküler bir staplerin içine çekilerek ekzisyonunu takiben çepeçevre zımbalanarak mukozanın tekrar yerine çekilmesini sağlamaktır (Kameran, 2016; Rakinic ve Poola, 2014).

2.9. Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kaliteleri

Yaşam kalitesinin; mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali, insanların mutluluk ihtiyaçlarının karşılanması, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde,

amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması bireyden bireye değişebilen gibi birçok tanımı vardır (Erdoğan, 2011; Riss ve diğerleri, 2011; Turan, 2012; Öztürk, 2015). Yaşam kalitesinin; dinamik, çok boyutlu, interaktif olması, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi şeklinde dört temel özelliği vardır (Öztürk, 2015).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi birbirinden farklı tanımlardır. Yaşam kalitesi fiziksel, emosyonel/mental ve sosyal boyutları içeren daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise, yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve bireyin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyetini ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavram olarak açıklanmaktadır (Turan, 2012; Öztürk, 2015).

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklanmaktadır. Fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (Turan, 2011). Subjektif göstergeler ise, temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşama doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (Turan, 2012; Öztürk, 2015; Erdoğan, 2011).

Hastalıklar, tıbbi veya ameliyat sonuçları genellikle bireyin yaşamını bir bütün olarak etkilemesi nedeniyle genel amaçlı ölçekler, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı ölçebilmelerinden dolayı hastalığa ve duruma özgü ölçekler kullanılmaktadır. Geliştirilen ölçekler sağlığı toplumsal, çevresel ve bireysel değerlendirmeye yöneliktir (Turan, 2012; Erdoğan, 2011; Aktaş, 2010).

Yaşam kalitesi ölçümleri sağlık ekibi ve bu ekibin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin verdikleri bakımın hasta üzerinde etkinliğini değerlendirmek için çok önemlidir. Hemşirelik bakımının temel amacı; bireylere kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde de yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktır. Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, bireyi rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan

yaşamın biyolojik, psikolojik, sosyokültürel yönlerini içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etmektedir (Turan, 2012).

Hemoroid, anorektal bölgenin en sık karşılaşılan ve pek çok insanda görülen hastalıklarındandır. Hemoroid derecesine göre hastalar birçok komplikasyonla karşılaşmaktadır. Hemoroid ve komplikasyonları, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, kişiye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktivitelerini buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Hemoroidal hastalığın derecesine, sorunlarına/komplikasyonlarına yönelik tedavi uygulanmaktadır. (Garg ve diğerleri, 2013; Erdoğan ve diğerleri, 2013; Öztürk, 2015; Panahi ve diğerleri, 2014).

Hemoroidi ve buna bağlı sorunları olan bireylerin sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde faydalanmaları için, hemoroidin tanımlanması ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğinin bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca bu sorunların bireylerin yaşam kalitesini ne derece etkilediğinin bilinmesine yönelik yapılan sorgulamalar ve gözlemler sonucunda hemşirelerin ve sağlık ekibindeki diğer bireylerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak, hasta memnuniyetini arttırarak sağlık hizmetlerinin kalitesinde yükseltecektir (Ege ve diğerleri,2012; Hibbert ve Schizans, 2010; Öztürk, 2015).

Yapılan literatür taraması sonucunda girişimsel hemoroid tedavisi sonrası yaşam kalitesini inceleyen çok fazla çalışmaya ulaşılamamış olup; hemoroid tedavisi için kullanılan birçok tekniği içeren çalışma ve yaşam kalitesine etkilerinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Erdoğan ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada, hemoroidi olan hastaların preoperatif dönemde bedensel sağlık sorunları nedeniyle iş, ya da iş dışında günlük olağan faaliyetlerine yeterince zaman ayıramamakta ve rutin işlerini zamanında bitirememekteyken ameliyattan dört hafta sonra fiziksel rol kısıtlılığı konusunda istatistiksel olarak anlamlı gelişme gösterdikleri bulunmuştur. Garg ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada hemoroidi olan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde bazı komplikasyonları karşılaştırılmış ve postoperatif dönemde bu komplikasyonlarda (kanama, ağrı) azalma gözlenmiş olup yaşam kalitesinde de postoperatif dönemde artış görülmüştür.

Sonuç olarak hemoroid, bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi, günlük aktivitelerini, sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması nedeniyle hastalar için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir. Hemoroidi tanılama ve ciddiyetinin düzeyini belirleme, sorunun çözümünde önemli rol oynamaktadır (Garg ve diğerleri, 2013; Panahi ve diğerleri, 2014; Erdoğan ve diğerleri, 2013).

2.10. Girişimsel Hemoroid Tedavisinde Hemşirelik Bakımı

Hastalıklar, hastaneye yatışlar, başkalarına bağımlı olma, sorumluluklarını yerine getirememe ve bilinmezlik gibi nedenler bireylerde anksiyete neden olabilmektedir (Kalisch ve diğerleri, 2009; Gürlek ve Yavuz, 2012). Yaşanılan anksiyetede fizyolojik ve psikolojik stresörler rol oynamaktadır (Jlala, French, Foxall, Hardman ve Bedford, 2010; Doğu, 2013). Ameliyat olacak hasta ve hasta yakınlarının anesteziye, cerrahi girişime, yapılacak uygulamalara ilişkin korku ve endişeleri olabilmektedir. Bundan dolayı hasta ve ailelerinin endişelerinin giderilmesi, güçlüklerle baş edebilmeleri için bilgilendirilmeye ve eğitime ihtiyaçları vardır (Kalisch ve diğerleri, 2009; Gürlek ve Yavuz, 2012).

Günümüzde anestezi, analjezi teknikleri, yeni cerrahi teknikler ve girişim yöntemleri, asepsi, antibiyotikler ve ameliyat öncesi - sonrası hasta bakımının gelişmesine neden olan teknolojik gelişmelerle birlikte günübirlik cerrahi girişimler daha güvenli yapılabilir olmuştur. (İzveren ve Dal, 2011; Jlala ve diğerleri, 2010; Doğu, 2013; Aksoy ve Sayın, 2004). Günübirlik cerrahi; ameliyat öncesinde günübirlik cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyat sabahı ameliyata alınmasını ve 24 saat içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde önem kazanan günübirlik cerrahi birçok alanda kullanımı yaygınlaşmakta ve uygulaması giderek artmaktadır (Karahan ve diğerleri, 2010; Arslan ve Fadılloğlu, 2009; Voda ve diğerleri, 2011; Çilingir ve Bayraktar, 2006).

Hemoroidin tedavisinde farklı yöntemler kullanılabilmektedir. Cerrahi girişimlerde bu yöntemlerden biridir. Hemoroidin tedavisinde meydana gelen gelişmeler hemoroidektominin lokal anestezi altında, hastanede kalmayı gerektirmeyen günübirlik cerrahi grubuna girmesini sağlamıştır (İşgüder ve Nazlı, 2012; Geçim, 2011; Duman ve diğerleri, 2011).

Günübirlik cerrahide hastalar ameliyat günü servise kabul edildiklerinden ve ameliyat öncesi hazırlıklarını evde kendileri yaptıklarından dolayı hastanede kalış süreleri daha azdır. Bu durum hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında uygun bakım ve bilgiyi almalarında bazı aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda ise hastalar evde ağrı, girişim bölgesine, beslenmeye, boşaltıma, öz bakıma ilişkin vb. sorunlar nedeniyle bakım aktivitelerini yerine getirmede çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler (Karadağ, 1998; Dal ve diğerleri, 2012; Aksoy ve Sayın, 2004; Voda ve diğerleri, 2011; Gürlek ve Yavuz, 2013).

Girişim öncesi eğitim hastaların cerrahi hazırlığın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Ameliyat öncesi eğitim, hasta bakımında pozitif sonuçlar doğuran, hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerindendir (Sellimen ve Andsoy, 2011; Doğu, 2013).

Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi hemşirelik bakımı;

- Uygulama öncesi yapılacak olan fiziksel, psikolojik ve yasal hazırlık hakkında bilgi verilmeli,
- Anksiyetenin azaltılması için hastaların tedaviye ilişkin soruları cevaplanmalı,
- Uygulamanın nerede, ne zaman yapılacağı, aç kalma süresi, premedikasyon, lavman uygulanıp uygulanmayacağı gibi işlemlere yönelik bilgi verilmeli,
- Uygulama öncesi kan alınması vb. rutin işlemler anlatılmalı,
- Uygulama öncesi ve sonrası karşılaşılabilecekleri komplikasyonlar anlatılmalı,
- Uygulamanın yapılacağı gün bakımına destek olacak bir yakınının da yanında olması gerektiği açıklanmalıdır (Karadağ, 1998; Gürlek ve Yavuz, 2013; Uzun, 2000).

Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hemşirelik bakımı;

Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastalar kısa sürede eve taburcu edildikleri için ameliyat sonrası erken dönemde bakım sorumluluğu hasta ve yakınlarına geçmektedir. Taburculuk sonrası hasta ve yakınları karşılaştıkları sorunlarla baş etmekte zorluk yaşayabilmektedir. Hasta ve yakınlarının bu zorlukları yaşamalarını engellemek için tedavi sonrası hastanın durumunun stabil olduğu ve hastaneden çıkmadan önce;

- Tedavi sonrası karşılaşılabilecekleri komplikasyonlar ve bunlarla nasıl başedebilecekleri,
- Uygulama bölgesinin kuru kalması gerektiği,
- Anal bölge temizliğine dikkat edilmesi ve enfeksiyondan korunması verilen ilaçların düzenli uygulanması,
- Posalı gıdalar tüketilmesi,
- Yeterli miktarda sıvı alınması gerektiği,
- Tuvalette uzun süre oturulmaması, ıkınmaktan kaçınılması,
- Sıcak su oturma banyosunun nasıl uygulanacağı,
- Beklenmeyen bir durumda ve belirtilen zamanlarda doktor kontrolüne gidilmesi,
- Sedanter yaşam tarzından kaçınılması,
- Birkaç gün araç kullanılmaması gerektiğine yönelik taburculuk eğitimi hemşireler tarafından planlanmalıdır (Karahan ve diğerleri, 2010; Rhodas, 2006; Engin ve diğerleri, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Genel Cerrahi Klinikleri ve Proktoloji Biriminde yapılmıştır. GÜSAUM, 1028 yatak kapasitesi olmasına karşın yaklaşık 960 aktif yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. GÜSAUM’nde hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik ve Hasta Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmekte olup, yaklaşık 764 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00 – 16:00 ve 16:00 – 08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde iki Genel Cerrahi Kliniği bulunmaktadır. Genel Cerrahi Klinikleri ve Proktoloji biriminde toplam 77 yatak bulunmakta ve yaklaşık olarak 26 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Servisleri ve Proktoloji biriminde ilk kez girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini 11 Nisan 2016 – 1 Aralık 2016 tarihleri arasında Genel Cerrahi Klinikleri ve Proktoloji Biriminde girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan ve araştırma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini belirlemek için girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hasta sayılarına kliniklerden ulaşamadığımız için "evrendeki birey sayısının bilinmediği" durumlarda olayın görülüş sıklığına göre örneklemden birey sayısının hesaplanması amacıyla aşağıdaki formül kullanılmıştır,

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: (%5) İncelenen olayın görülüş sıklığı (Buğra, 2012; Geçim, 2011; Rakinic ve Poola, 2014)

q: (%95) İncelenen olayın görülmeşi sıklığı

t: 1.96'dır. ($\alpha=0.05$ 'de sonsuz serbestlik derecesindeki teorik t değeri)

d: 0.05 (Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma miktarı) olarak alınmıştır.

$$n = \frac{(1,96)^2(0,05)(0,95)}{(0,0025)} = 72,9904$$

Araştırmaya katılma kriterleri;

- 18 yaşından büyük,
- İşitme engeli olmayan,
- İletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir mental problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- İlk kez girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastalar oluşturmuştur.

Belirtilen tarihler arasında GÜSAUM Genel Cerrahi Klinkleri ve Proktoloji Biriminde kriterlere uyan 85 kişiye ulaşılmış ancak çalışmaya katılmayı reddetme (n=5), telefonla ulaşılamama (n=7) nedeniyle 12 kişi örneklem dışı bırakılmış ve 73 kişi araştırma örnekleme alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış sosyodemografik verilerden ve günlük yaşam aktivitelerinden oluşmuş soruların yer aldığı sosyodemografik veri toplama formu, girişimsel hemoroid tedavisi sonrası uygulanacak tedavi sonrasına yönelik veri toplama formu, sorunları belirlemeye yönelik oluşturulmuş

soru formu ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik veri toplama formu

Hastalara yönelik sosyodemografik verilerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu vb.), günlük yaşam tarzlarına, beslenme durumlarına, hastalıklarına ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin 31 tane kapalı uçlu, 11 tane açık uçlu olmak üzere toplam 42 soru yer almaktadır.

3.4.2. Tedavi sonrasına yönelik soru formu

Tedavi sonrası hastaların günlük yaşam tarzlarını ve aktivitelerini, işe başlama durumlarını, beslenme durumlarını, bağırsak alışkanlıklarını, sağlık durumlarını sorgulamaya yönelik 20 tane kapalı uçlu, 9 tane açık uçlu olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

3.4.3. Sorunları belirlemeye yönelik soru formu

Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası hastaların yaşadığı sorunların varlığı, sıklığı, başlama zamanı, ne kadar sürdüğü, gidermek için yapılan uygulamalardan oluşan toplam 13 tane açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.4.4. Roll Royce Yaşam Kalitesi Skalası

Rolls Royce Modeli; genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku bozukluğu, iştah durumu, seksüel fonksiyon, algılama fonksiyonu, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı olmak üzere 8 alt başlıktan ve 49 sorudan oluşmaktadır. Özyılkan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında 7 soru çıkarılarak 42 soruluk yeni ölçeğin geçerliliği sınanmıştır ($r=0,99$, $p<0,001$). Ölçekteki her soru 5 seçenek üzerinden değerlendirilmekte olup, bu seçenekler olumlu sorular için 5, 4, 3, 2,1 ve olumsuz sorular için 1, 2, 3, 4, 5 olarak puanlandırılmaktadır. Bu seçenekler “Evet bana tamamen uygun”, “Bana oldukça uygun”, “Kısmen uygun- Kısmen değil”, “Bana pek uygun değil”, “Hayır bana hiç uygun değil” şeklinde sıralanmaktadır. Ölçeğin 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 33, 35, 40 ve 42 nolu sorular olumlu, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 34, 36,

37, 38, 39 ve 41 nolu sorular olumsuz olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar toplanarak ölçeğin genel toplam puanı bulunmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Çizelge 3.1.). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,99'dur (Akçay ve Gözüm, 2012; Kızılcı, 1999; Arslan ve Fadılloğlu, 2009; Öztürk, 2011). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı tedavi öncesi 0,88, tedavi sonrası 0,89 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.1. Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının soru ve puan dağılımı (Öztürk, 2011)

Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Sorular	Alınabilecek max-min puanlar
Genel İyilik	1, 5, 14, 22, 24, 26, 42	7 – 35
Fiziksel Semptom ve Aktivite	2, 3, 4, 8, 11, 23, 27, 29	8 – 40
Uyku Bozukluğu	9, 17, 28	3 – 15
İştah	10, 30	2 - 10
Seksüel Bozukluk	16, 21, 25, 34	4 – 20
Algılama Fonksiyonu	15, 32, 35, 37, 39, 41	6 – 30
Tıbbi Etkileşim	7, 12, 18, 33	4 – 20
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	6, 13, 19, 20, 31, 36, 38, 40	8 - 40

3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 4 - 8 Nisan 2016 tarihleri arasında GÜSAUM Genel Cerrahi Klinikleri ve Proktoloji Biriminde girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan on hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan on hasta araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir.

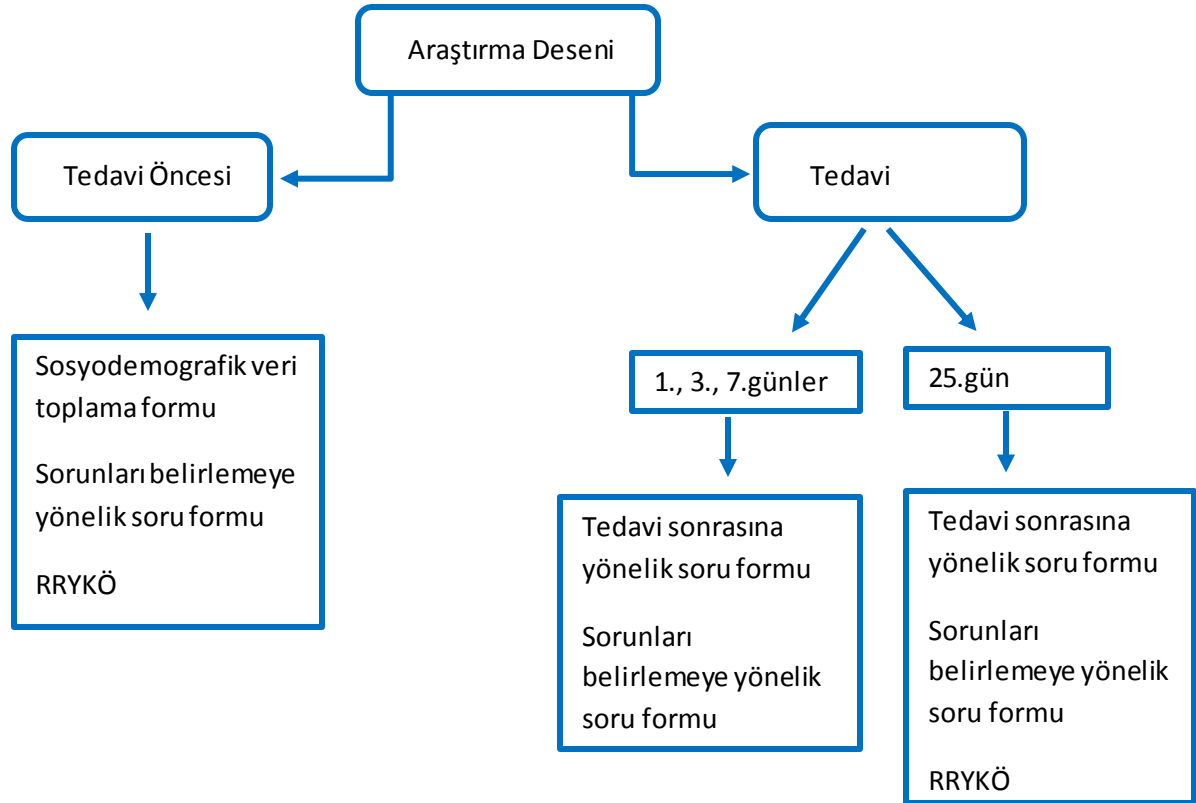
3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Servisleri 6. ve 7. Kat ve Proktoloji biriminde girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan bireylerle yüz yüze görüşme tekniği ve taburculuk sonrası telefonla görüşülerek elde edilmiştir.

Araştırmada;

- Sosyodemografik verilerden ve günlük yaşam aktivitelerinden oluşturulmuş veri toplama formu tedavi öncesi hastalarla yüz yüze görüşme tekniğiyle,
- Bireylerin günlük yaşam tarzı-aktiviteleri, beslenme durumları, bağırsak alışkanlıklarını içeren tedavi sonrasına yönelik soru formu tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde hastalarla telefonla görüşülerek,
- Komplikasyonları belirlemeye yönelik oluşturulmuş soru formu tedavi öncesi hastalarla yüz yüze görüşme tekniğiyle ve tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde hastalarla telefonla görüşülerek uygulanmıştır.
- Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği tedavi öncesi hastalarla yüz yüze görüşme tekniğiyle ve tedavi sonrası 25. günde telefonla görüşülerek uygulanmıştır (Çizelge 3.1).

Formlar görüşmenin bölünmeyeceği, sakin bir ortamda, tedavi saatlerinin dışında, hastada iletişimi engelleyecek ağrı vb. durumların olmadığı bir zamanda doldurulmuştur. Soru formlarının tamamlanması ortalama 15-25 dakika sürmüştür.



Şekil 3.1. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası verilerin toplanmasına ait araştırma deseni

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmada normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Independent Sample-t test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında ANOVA testi (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği göz önüne alınarak varyanslar homojen ise Tukey, değilse Tamhane test istatistikleri kullanılmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Paired Sample-t test (t-tablo değeri) kullanılmıştır.

Araştırmada normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Wilcoxon test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.

3.8. Etik Yönü

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan (26.11.2015 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş, evrak tarih ve sayısı 03/02/2016-E.14478 ile Etik Onay (EK-7)), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden yazılı izin (EK-6), araştırmaya dahil edilen bireylerden yazılı (EK-1) ve sözlü onam alınmıştır. Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan Özgür Özyılkan'dan mail aracılığı ile izin (EK-8) alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalara araştırmadan elde edilen verilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakları olduğu bilgisi verilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=73)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
*Yaş Grupları		
18-27 Yaş	4	5,5
28-37 Yaş	21	28,8
38-49 Yaş	25	34,2
50 Yaş ve Üzeri	23	31,5
Cinsiyet		
Kadın	38	52,1
Erkek	35	47,9
Medeni Durum		
Evli	52	71,2
Bekar	21	28,8
Eğitim Durumu		
Okuryazar	4	5,5
İlköğretim	22	30,1
Lise	24	32,9
Üniversite	23	31,5
Aylık Gelir Durumu		
Gelir Gidere Denk	54	73,9
Gelir Giderden Az	11	15,1
Gelir Giderden Fazla	8	11,0
Sosyal Güvencesi		
Var	71	97,3
Yok	2	2,7
**BKİ (Beden kitle indeksi)		
Zayıf-Normal	30	41,1
Fazla Kilolu	41	56,2
Obez	2	2,7
Evde Yalnız Yaşama Durumu		
Evet	14	19,2
Hayır	59	80,8
Evde Yaşadığı Kişiler		
Anne/Baba/Kardeş	7	11,9
Eş/Çocuk	52	88,1

*Yaş ortalaması 43,13±11,94, min:18 – max:68

**BKİ Sınıflaması: Zayıf-Normal=BKİ≤24,9; Fazla Kilolu=25,0-29,9; Obez=BKİ≥30,0

Çizelge 4.1. (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=73)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Çalışma Durumu		
Evet	46	63,1
Hayır	27	36,9
Meslek		
Memur	20	27,4
İşçi	26	35,7
Ev Hanımı	19	26,0
Emekli	5	6,8
Öğrenci	3	4,1
İşyerinde Çalışma Şekli		
Oturarak	43	58,9
Ayakta	27	37,0
Oturarak ve ayakta	3	4,1
Bir Gündeki Ortalama Uyku Süresi		
5-8 saat arası	60	82,2
9 saat ve üzeri	13	17,8
Hemoroid Dışında Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	22	30,1
Hayır	51	69,9
***Kronik Hastalıklar		
Kalp hastalığı	10	45,4
Diyabetüs Mellitus	8	36,4
Böbrek hastalığı	4	18,2
Sürekli kullanılan ilaçlar bağırsak sorununa neden oluyor mu?		
Evet	5	6,8
Hayır	68	93,2
Sürekli İlaç Kullanımı		
Evet	15	20,5
Hayır	58	79,5
****Sürekli kullanılan ilaçların neden olduğu bağırsak sorunları		
Konstipasyon	4	80,0
Diyare	1	20,0

***n=22 kişi üzeinden yüzdeler verilmiştir.

****Sürekli kullanılan ilaçların neden olduğu bağırsak sorunları n=5 üzerinden yüzdeler verilmiştir.

Çizelge 4.1.'de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde çalışmaya katılanların %34,2'sinin 38-49 yaş aralığında ve yaş ortalamasının $43,13 \pm 11,94$ olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %52,1'inin kadın, %71,2'sinin evli, %32,9'unun lise mezunu, %73,92'unun gelirinin giderine denk, tamamının sosyal güvencesinin olduğu, %56,2'sinin BKİ'sinin fazla kilolu sınıfında olduğu saptanmıştır. Hastaların %71,2'sinin evli olup, çoğunluğunun eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları %63,1'inin çalıştığı, çalışanların %58,92'unun oturarak çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %82,2'sinin günde ortalama 5-8 arasında uyuduğu, %69,9'unun hemoroid dışında başka bir kronik hastalığı olmadığı, %20,5'inin sürekli ilaç kullandığı ve ilaç kullananlardan sadece beş kişinin bağırsak problemi yaşadığı ve bağırsak problemini %80'inin konstipasyon olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.2. Hastaların beslenme ve aktivite durumlarına ilişkin özellikleri (n=73)

Değişken	n	%
Bir günde tüketilen öğün sayısı		
İki öğün	14	19,1
Üç öğün	48	65,8
Dört öğün ve üzeri	11	15,1
Ağırlıklı olarak tüketilen gıda türü		
Sebze	18	24,7
Et	10	13,7
Hamur işi	5	6,8
Sebze, et ve hamur işi	30	41,1
Sebze ve et	10	13,7
Ara Öğün Tüketme Durumu		
Var	23	31,5
Yok	50	68,5
Ara Öğünde Tüketilen Gıda Türü		
Atıştırmalık (bisküvi, çikolata vb.)	4	17,3
Meyve, Salata, Kuruyemiş	14	60,9
Yoğurt	5	21,8
Özel Diyet Varlığı		
Var	9	12,3
Yok	64	87,7
Özel Diyet Türü		
Kalp koruma diyeti	6	66,7
Diyabetüs mellitus (DM) diyeti	2	22,2
Böbrek koruma diyeti	1	11,1
*Bir Günde Tüketilen Su Miktarı		
1-5 su bardağı	16	21,9
6-10 su bardağı	43	58,9
11 su bardağı ve üzeri	14	19,2
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	15	20,5
Hayır	58	79,5

*Bir su bardağı 200 cc olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 4.2.'de araştırmaya katılan hastaların beslenme ve aktivite durumlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Hastaların %65,8'inin günde üç öğün, %41,1'inin sebze, et ve hamur işi ağırlıklı beslendiği, %68,5'inin ara öğün yapmadığı belirlenmiştir. Hastaların %87,7'sinin özel bir diyeti olmadığı sadece %12,3'ünün özel diyet uyguladığı ve bu kişilerden

%66,7'sinin kalp koruma diyeti yaptığı saptanmıştır. Bir günde 6- 10 bardak su tüketen hastaların %58,9 oranında olduğu ve sadece hastaların %20,5'inin egzersiz yaptığı bulunmuştur.

Çizelge 4.3. Hastaların normal bağırsak alışkanlıkları ve konstipasyon yaşama sıklıklarına göre dağılımı (n=73)

Değişken	n	%
Normal Bağırsak Alışkanlığı		
Günde 1 defa	30	41,1
Günde 2 -4 defa	10	13,7
2 günde 1 defa	17	23,3
3 günde 1 defa	11	15,1
Haftada 1 defa	5	6,8
Defekasyon Sırasında Zorlanma		
Evet	54	74,0
Hayır	17	23,3
Bazen	2	2,7
Defekasyon Sırasında Geçirilen Süre (dk)		
1-10	48	65,8
11-20	22	30,1
21-30	3	4,1
Defekasyon Sonrası Rahatlama Durumu		
Evet	45	61,6
Hayır	28	38,4
Konstipasyonu Çok Sık Yaşama Durumu		
Evet	35	47,9
Hayır	38	52,1
Konstipasyon Gelişme Sıklığı		
Çok Sık Değil	38	52,1
Haftada 2 kez	28	38,4
2 Haftada 1 kez	2	2,7
Haftada 1 kez	5	6,8

Çizelge 4.3.'te hastaların normal bağırsak alışkanlıkları ve konstipasyon yaşama sıklıklarına göre dağılımları yer almaktadır. Hastaların %41,1'inin günde bir kez defekasyona çıktığı, %74,0'ının defekasyon sırasında zorlandığı (ıkındığı) ve %65,8'inin defekasyon sırasında tuvalette 1-10 dk. arasında süre geçirdikleri, %61,6'sının defekasyon sonrasında rahatlama hissettiği, %47,9'unun çok sık konstipasyon sorunu yaşadığı ve %38,4'ünün haftada iki kez konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur. Tabloda yer almamakla birlikte çalışmaya katılan hastaların %61,6'sının klozet tipi tuvalet kullandıkları belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hemoroidin hastaların günlük aktiviteleri, iş ve sosyal yaşamı üzerine etkileri (n=73)

Değişken	n	%
*Hemoroid Günlük Aktiviteler Üzerine Etkisi		
0	6	8,2
5	39	53,4
10	28	38,4
*Hemoroidin İş Yaşamı Üzerine Etkisi		
0	11	15,1
5	37	50,7
10	25	34,2
*Hemoroid Sosyal Yaşamı Üzerine Etkisi		
0	10	13,7
5	34	46,6
10	29	39,7

*0= Hiç etkilemez; 5= Orta derecede etkiler; 10= Fazla etkiler

Çizelge 4.4.'te Hemoroidin hastaların günlük aktiviteleri, iş ve sosyal yaşamı üzerine etkileri yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %53,4'ünün günlük aktivitelerinin, %50,7'sinin iş hayatının ve %46,6'sının ise sosyal hayatının hemoroid nedeniyle orta derecede etkilendiği belirlenmiştir.

Çizelge 4.5. Hastaların tedavi öncesi konstipasyon yaşama sıklıklarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması (n=73)

Özellikler	Konstipasyon Yaşama Sıklığı		İstatistiksel Analiz*
	Çok Sık Yaşamıyor (n=38)	Haftada 2 Defa (n=35)	
Egzersiz yapma durumu			
Evet	7 (%18,4)	8 (%22,9)	$\chi^2=0,032$ p=0,858
Hayır	31 (%81,6)	27 (%77,1)	
Bir günde tüketilen öğün sayısı			
İki	8 (%21,1)	6 (%17,1)	$\chi^2=1,316$ p=0,518
Üç	26 (%68,4)	22 (%62,9)	
Dört ve Üzeri	4 (%10,5)	7 (%20,0)	
Ağırlıklı olarak tüketilen gıda türü			
Sebze	8 (%21,1)	10 (%28,5)	$\chi^2=4,441$ p=0,488
Et	3 (%7,9)	7 (%20,0)	
Hamur İşi	4 (%10,5)	1 (%2,9)	
Sebze, Et ve Hamur İşi	13 (%34,2)	10 (%28,6)	
Sebze ve Et	6 (%15,8)	4 (%11,4)	
Et ve Hamur İşi	4 (%10,5)	3 (%8,6)	
Bir günde tüketilen su miktarı			
1-5 Bardak	10 (%26,3)	6 (%17,1)	$\chi^2=0,901$ p=0,637
6-10 Bardak	21 (%55,3)	22 (%62,9)	
11 Bardak ve Üzeri	7 (%18,4)	7 (%20,0)	
Normal bağırsak alışkanlığı			
Günde 1 defa	23 (%60,5)	7 (%20,0)	$\chi^2=20,187$ p=0,001
Günde 2 ve daha fazla	7 (%18,4)	3 (%8,6)	
2-3 günde 1 defa	8 (%21,1)	20 (%57,1)	
Haftada 1 kez	-	5 (%14,3)	

* χ^2 -değerlerine ait çapraz tablolar kullanılmıştır.

Çizelge 4.5.'te Hastaların tedavi öncesi konstipasyon yaşama sıklıklarının bazı özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların egzersiz yapma durumu, öğün sayıları, ağırlıklı olarak tükettikleri gıda türü ve tüketilen su miktarı ile konstipasyon yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,005$). Hastaların normal bağırsak alışkanlıkları ile konstipasyon yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Günde bir kez defekasyona çıkanların (%60,5) çok sık konstipasyon yaşamadığı, iki-üç günde bir kez defekasyona çıkanların (%57,1) konstipasyonu çok sık yaşadıkları tespit edilmiştir.

Hastaların tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde beslenme alışkanlıklarında yaptıkları değişiklik ile tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde bağırsak alışkanlıklarında değişiklik açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Ek Çizelge- 9.1).

Çizelge 4.6. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrasında gelişen sorunlar ve görülme sıklığı (n=73)

Sorunlar ve Görülme Sıklığı	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
Kanama	n=35	n=42	n=28	n=11	n=10
Kanama varlığı ve sıklığı					
Defakasyon öncesi	2 (%5,7)	1 (%2,4)	1 (%3,6)	-	-
Defakasyon sırasında	24 (%68,6)	30 (%71,4)	17 (%60,7)	4 (%36,4)	-
Defakasyon sonrası	9 (%25,7)	11 (%26,2)	10 (%35,7)	7 (%63,6)	10 (%100)
Konstipasyon	n=40	n=33	n=29	n=28	n=34
Konstipasyon varlığı ve sıklığı					
Haftada 1 kez	11 (%27,5)	9 (%27,3)	9 (%31,0)	13 (%46,4)	20 (%58,8)
Haftada 2 kez	26 (%65)	22 (%66,7)	19 (%65,6)	13 (%46,4)	6 (%17,7)
2 haftada 1 kez	3 (%7,5)	2 (%6,0)	1 (%3,4)	2 (%7,2)	8 (%23,5)
Kaşıntı	n=34	n=28	n=5	n=7	n=4
Kaşıntı varlığı ve sıklığı					
Her defakasyon sırası ve sonrası	26 (%76,5)	20 (%71,4)	5 (%100)	6 (%85,7)	2 (%50)
Haftada 1-3 kez	8 (%23,5)	8 (%28,6)	-	1 (%14,3)	2 (%50)
Anal Bölgede Ağrı	n=48	n=51	n=42	n=28	n=10
Anal Bölgede Ağrı varlığı ve Sıklığı					
Defakasyon sırasında	42 (%87,5)	42 (%82,4)	35 (%83,3)	23 (%82,1)	8 (%80)
Defakasyon sonrası	6 (%12,5)	9 (%17,6)	7 (%16,7)	5 (%17,9)	2 (%20)
Ağrılı Zor Defekasyon	n=58	n=63	n=57	n=48	n=34
Ağrılı zor defekasyon görülme ve sıklığı					
Defakasyon sırası	49 (%84,5)	53 (%84,1)	48 (%84,2)	40 (%83,8)	28 (%82,4)
Defakasyon sonrası	5 (%8,6)	7 (%11,1)	8 (%14)	8 (%16,7)	6 (%17,6)
Gün içinde 1-2 kez	4 (%6,9)	3 (%4,8)	1 (%1,8)	-	-

Çizelge 4.6. ‘da Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar ve görülme sıklıkları verilmiştir. Tedavi öncesi hastaların 35’inde kanama sorunu görülmekle birlikte, tedavi sonrası 1. günde kanama gelişen hastaların sayısında artış olmuştur. Tedavi sonrası 3., 7., ve 25. günlerde kanama sorunu görülen hasta sayısı azalmış ve 25. günde en düşük seviyeye ulaştığı belirlenmiştir. Kanama sorunu görülen hastaların %68,6’sında kanamanın sıklıkla defakasyon sırasında olduğu ve 25. gün itibariyle defakasyon öncesi ve sırasında kanama görülmediği belirlenmiştir. Çizelgede yer almamakla birlikte, hastaların %80’inin tedavi öncesinde kanama başlama zamanının girişimsel hemoroid tedavisi öncesi 1-12 ay arasında olduğu ve bu oranın zaman içinde giderek azaldığı, 25. günde çok az oranda tekrar arttığı görülmüştür. Kanama şikayeti olan hastaların %82,9’unun kanama süresinin 30 dk. kadar olduğu görülmekle birlikte zaman

içerisinde kanaması 30 dk. süren hastaların sayısının azaldığı belirlenmiştir (Ek Çizelge 9.2).

Bu çalışmaya katılan hastaların 40 tanesinde konstipasyon sorununun tedavi öncesi görüldüğü saptanmıştır. Tedavi sonrası 1., 3. ve 7. günlerde bu sorunun geliştiği hasta sayısı azalmakla birlikte tedavi sonrası 25. günde artmıştır. Hastaların konstipasyon sıklıklarına bakıldığında %65 oranıyla en fazla haftada iki kez görüldüğü belirlenmiştir. Konstipasyon sıklığı tedavi öncesinde haftada 2 kez olan bireylerin sayısının zaman içerisinde azaldığı; haftada 1 kez ve 2 haftada 1 kez konstipasyon yaşayanların sayısının 1. ve 3. günlerde azaldığı, 7. ve 25. günlerde tekrar arttığı belirlenmiştir. Çizelge de yer almamakla birlikte konstipasyon sorunu tedaviden 12 ay ve öncesinde başlamış olan hastaların (%82,5) tedavi sonrası konstipasyon sorunlarının giderek azaldığı saptanmıştır. Konstipasyon sorunu görülen hastaların hepsinin konstipasyonlarının 3-6 gün arasında sürdüğü ve tedavi sonrası 1. 3. ve 7. günlerde konstipasyon sorunu 3-6 gün yaşayan hastaların sayısının azaldığı ve 25. günde tekrar arttığı saptanmıştır (Ek Çizelge 9.2).

Tablo incelendiğinde hastaların 34'ünde kaşıntı sorununun tedavi öncesinde başladığı ve tedavi sonrası bu sorunun giderek azaldığı gözlenmektedir. Kaşıntısı olan bireylerin tedavi öncesi bu sorunla daha çok defekasyon sırasında (%76,5) karşılaştıkları ve sonrasında da devam ettiği, tedavi sonrası günlerde ise sorunun azaldığı saptanmıştır. Çizelgede yer almamakla birlikte, kaşıntının başlama zamanı tedavi öncesi 1-12 ay arasında olan kişilerin çoğunlukta olduğu ve bu gruptaki bireylerin kaşıntı sorunlarının tedavi sonrası giderek azaldığı belirlenmiştir. Tedavi öncesinde kaşıntısı olan hastaların (%76,5) kaşıntı süresinin 5-30 dk. arasında olduğu ve bu grupta olan kişi sayısının tedavi sonrası giderek azaldığı belirlenmiştir (Ek Çizelge 9.2).

Bu çalışmada hastaların 48'inde tedavi öncesinde anal bölgede ağrı olduğu, tedavi sonrası 1. günde anal bölgede ağrı hisseden kişi sayısının arttığı ve 3. 7. 25. günlerde bu sayının giderek azaldığı belirlenmiştir. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 1. günde anal bölgede defekasyon sırasında ağrı görülen kişi sayısı 42 olmakla beraber bu sayının diğer günlerde azaldığı görülmektedir. Anal bölgede ağrı en çok 12 ay ve üzeri grubundaki kişilerde görülmekte ve bu sayı tedavi sonrası giderek azalmaktadır. Çizelgede yer almamakla birlikte, tedavi öncesinde hastaların %64,6'sında anal bölgede ağrının 5-30 dk. arasında

sürdüğü, tedavi sonrası 1. günde bu anal bölgede ağrı görülen kişi sayısının arttığı ve diğer günlerde sürekli azaldığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların 58'i tedavi öncesi ağrılı defekasyon yaşadığı, tedavi sonrası 1. günde bu sayının arttığı, diğer günlerde ise azaldığı saptanmıştır. Tedavi öncesinde hastaların %84,5'inin bu sorunu defekasyon sırasında yaşadığı belirlenmiştir. Tedavi sonrası 1. günde defekasyon sırasında ağrısı olan hastaların sayısının arttığı ve 3., 7., 25., günlerde bu sayının tedaviyle birlikte azaldığı belirlenmiştir. Çizelgede yer almamakla birlikte, tedavi öncesinde 38 hastada ağrılı defekasyon süresinin 5-30 dk. kadar olduğu, tedavi sonrası 1. 3. günlerde 5-30 dk. kadar ağrılı defekasyon yaşayan hasta sayısının arttığı, 25. günde 5-30 dk. kadar ağrılı defekasyon yaşayan hasta sayısının azaldığı belirlenmiştir (Ek Çizelge 9.2).

Çizelge 4.7. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası görülen sorunlara yönelik yapılan uygulamaların dağılımı

Sorunlara Yönelik Uygulamalar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
	n=25	n=28	n=25	n=9	n=8
Kanamayı gidermek için yapılan uygulamalar					
Sıcak su banyo+duş	17 (%68)	20 (%71,4)	18 (%72)	6 (%66,7)	5 (%62,5)
Pomad+analjezi.+suppozituar	8 (%32)	8 (%28,6)	7 (%28)	3 (%33,3)	3 (%37,5)
	n=29	n=22	n=24	n=24	n=26
Konstipasyonu gidermek için yapılan uygulamalar					
Sıvı Ağırlıklı	17 (%58,6)	10 (%45,6)	9 (%37,5)	15 (%62,5)	16 (%61,5)
İlaç+Posalı/Sebze Ağırlıklı	3 (%10,3)	2 (%8,8)	-	1 (%4,2)	1 (%3,9)
Posalı/Sebze/Meyve/Sıvı Ağırl.	9 (%31,1)	10 (%45,6)	15 (%62,5)	8 (%33,3)	9 (%34,6)
	n=15	n=13	n=2	n=6	n=4
Kaşıntıyı gidermek için yapılan uygulamalar					
Sıcak Su Banyo+Duş	12 (%80)	9 (%69,2)	2 (%100)	5 (%83,3)	2 (%50)
İlaç ve Oturma Banyosu	3 (%20)	4 (%30,8)	-	1 (%16,7)	2 (%50)
	n=15	n=17	n=25	n=11	n=8
Anal bölgede ağrıyı gidermek için yapılan uygulamalar					
Sıcak Su Banyo	8 (%53,3)	7 (%41,2)	19 (%76)	9 (%81,8)	4 (%50)
İlaç+Analjezik	3 (%20)	6 (%35,3)	1 (%4)	-	2 (%25)
OturmaBanyosu+Analjezi.+İlaç	4 (%26,7)	4 (%23,5)	5 (%20)	2 (%18,2)	2 (%25)
	n=25	n=30	n=36	n=25	n=23
Ağrılı/zor defekasyonu gidermek için yapılan uygulamalar					
Sıcak Su Banyo+Duş	19 (%76)	19 (%63,3)	28 (%77,8)	21 (%84)	20 (%87)
İlaç ve Oturma Banyosu	6 (%24)	11 (%36,7)	8 (%22,2)	4 (%16)	3 (%13)

Çizelge 4.7.'de Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası görülen sorunlara yönelik yapılan uygulamaların dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştıkları kanama, kaşıntı, anal bölgede ağrı, ağrılı/zor defekasyon gibi sorunlara yönelik yaptıkları uygulamaların başında sıcak su oturma banyosu + duş gelmektedir. Kanamayı gidermek için sıcak su oturma banyosu +duş uygulamasını yapan hasta oranı tedavi öncesinde %68 olmakla birlikte, tedavi sonrası 1. günde bu uygulamayı yapan kişi sayısının arttığı diğer günlerde azaldığı belirlenmiştir. Kaşıntıyı gidermek için en fazla sıcak su oturma banyosu+duş uygulamasını yapan hastalar tedavi öncesinde %80 oranında yer almakla birlikte, tedavi sonrası 3. günde kaşıntıyı gidermek için sadece iki kişinin uygulama yaptığı ve bu kişilerin tamamının sıcak su oturma banyosu + sıcak duş uygulaması yaptığı saptanmıştır. Anal bölgede ağrıyı ve ağrılı/zor defekasyonu gidermek için en fazla uygulama yapan kişi sayısı tedavi sonrası 3. günde olmakla birlikte sırasıyla %76, %77,8 oranında sıcak su oturma banyosu + sıcak duş

uygulanması yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların konstipasyonu gidermek için en fazla tedavi öncesinde %58, 6 oranında olmakla beraber tedavi sonrası günlerde de sıvı ağırlıklı beslenmeyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Hastaların Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımı (n=73)

RRYKÖ Alt Boyutları	Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları				
	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası 25.Gün		
	M±SD	Min-Mak	M±SD	Min-Mak	İstatistiksel Analiz
Genel İyilik	24,5±5,4	15,0±35,0	26,9±4,4	19,0±35,0	Z=-4,475 p<0,001
Fiziksel Semptom ve Aktivite	22,8±5,3	10,0±36,0	23,7±5,6	10,0±40,0	t=-1,850 p=0,068
Uyku Bozukluğu	10,0±3,6	3,0±15,0	10,5±2,9	5,0±15,0	Z=-1,341 p=0,180
İştah	7,6±1,8	2,0±10,0	7,5±1,7	4,0±10,0	Z=-0,367 p=0,713
Seksüel Bozukluk	12,7±6,4	4,0±20,0	12,8±4,8	4,0±20,0	Z=-1,320 p=0,187
Algılama Fonksiyonu	16,7±5,9	6,0±30,0	18,0±5,3	8,0±29,0	t=-2,425 p=0,018
Tıbbi Etkileşim	9,0±3,7	4,0±20,0	10,6±3,0	4,0±19,0	Z=-4,440 p<0,001
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	27,5±7,0	16,0±40,0	29,8±5,5	16,0±40,0	Z=-4,133 p<0,001
Genel Toplam	131,0±29,6	78,0±192,0	139,7±24,7	92,0±202,0	Z=-4,210 p<0,001

*Normal dağılıma sahip iki bağımlı grubun karşılaştırmalarında “Paired Sample-t” test (t-tablo değeri) ve normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun karşılaştırmalarında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.

Çizelge 4.8.’de Hastaların Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Altboyutlardan tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde alınan en yüksek ve en düşük puanlar sırasıyla; genel iyilik 35-15, 35-19; fiziksel semptom 36-10, 40-10; uyku bozukluğu 15-3, 15-5; iştah 10-2, 10-4; seksüel bozuklu 20-4, 20-4; algılama fonksiyonu 30-6, 29-8; tıbbi etkileşim 20-4, 19-4; sosyal ilişkiler ve iş performansı 40-16, 40-16’dır. RRYKÖ’nin tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde toplam alınan en yüksek ve en düşük puanlar ise sırasıyla 192-78; 202-92 olarak saptanmıştır.

Çizelge incelendiğinde RRYKÖ’nin; tedavi öncesi ve sonrası 25. günde genel iyilik (**p<0,001**), algılama fonksiyonu (p=0,018), tıbbi etkileşim (**p<0,001**), sosyal ilişkiler ve iş performansı (**p<0,001**) alt boyutlarından aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak

anlamli farkliliklar tespit edilmiştir. Bu alt boyutlardan tedavi sonrası 25. günde alınan puanların, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde hastaların aldıkları toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamli farklilik tespit edilmiştir ($Z=-4,210;p=0,000$). Tedavi sonrası hastaların aldıkları toplam puanların, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha yüksek olduğu ve hastaların yaşam kalitelerinin de tedavi öncesine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının sorun gelişme durumuna göre dağılımı (n=73)

Sorunlar	Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası 25. Gün	
Kanama	Görüldü (n=35)	Görülmedi (n=38)	Görüldü (n=10)	Görülmedi (n=63)
	125,0 (78,0-189,0)	132,0 (78,0-192,0)	131,30±15,27	141,08±25,69
<i>İstatistiksel Analiz</i>	Z=-0,862 p=0,389		t=-1,167 p=0,247	
Konstipasyon	Görüldü (n=40)	Görülmedi (n=33)	Görüldü (n=34)	Görülmedi (n=39)
	127,5 (86,0-192,0)	132,0 (78,0-190,0)	134,24±19,05	144,54±28,08
<i>İstatistiksel Analiz</i>	Z=-1,076 p=0,282		t=-1,807 p=0,075	
Kaşıntı	Görüldü (n=34)	Görülmedi (n=39)	Görüldü (n=4)	Görülmedi (n=69)
	134,29±31,50	128,05±27,84	125,0 (120,0-127,0)	141,0 (92,0-202,0)
<i>İstatistiksel Analiz</i>	t=0,899 p=0,372		Z=-1,528 p=0,127	
Anal Bölgede Ağrı	Görüldü (n=48)	Görülmedi (n=25)	Görüldü (n=10)	Görülmedi (n=63)
	141,0 (92,0-190,0)	114,0 (92,0-19,0)	137,20±19,63	140,14±25,50
<i>İstatistiksel Analiz</i>	Z=-1,797 p=0,072		t=-0,348 p=0,729	
Ağrılı/Zor Defakasyon	Görüldü (n=58)	Görülmedi (n=15)	Görüldü (n=34)	Görülmedi (n=39)
	131,0 (78,0-192,0)	119,0 (88,0-190,0)	137,09±20,36	142,05±27,97
<i>İstatistiksel Analiz</i>	Z=-0,266 p=0,790		t=-0,855 p=0,395	

* Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) ve Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırmalarında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.

Çizelge 4.9.’da Hastaların tedavi öncesi ve sonrası Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının sorun gelişme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde gelişen sorunlarla (kanama, konstipasyon, kaşıntı, anal bölgede ağrı, ağrılı/zor defakasyon) aynı dönemdeki RRYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kaşıntı ve anal bölgede ağrı sorunu yaşayan kişilerin tedavi sonrasında tedavi öncesine göre yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olmamakla beraber azalma olduğu; diğer değişkenler (kanama, konstipasyon, kaşıntı, anal bölgede ağrı, ağrılı defakasyon) için ise tedavi sonrasında tedavi öncesine göre yaşam kalitesi puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.10. Hastaların tedavi öncesi dönemdeki RRYKÖ puanlarının konstipasyon yaşama sıklığına göre karşılaştırılması (n=73)

Tedavi Öncesi Konstipasyon Yaşama Sıklığı	n	Tedavi Öncesi Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları								Toplam Puan
		Genel İyilik	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Uyku Bozukluğu	İştah	Seksüel Bozukluk	Algılama Fonksiyonu	Tıbbi Etkileşim	Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	
Çok Sık	38	25,0 [15,0-35,0]	23,82±5,62	10,74±3,35	8,0 [4,0-10,0]	16,0 [4,0-20,0]	17,66±6,74	10,0 [4,0-20,0]	29,18±6,98	137,0 [78,0-190,0]
Yaşamayan	35	25,0 [15,0-35,0]	21,77±4,75	9,31±3,69	8,0 [2,0-10,0]	12,0 [4,0-42,0]	15,74±4,69	8,0 [4,0-18,0]	25,71±6,63	113,0 [86,0-192,0]
Haftada 2 kez										
İstatistiksel Analiz		Z=-1,181 p=0,238	t=-1,670 p=0,099	t=-1,726 p=0,089	Z=-0,625 p=0,532	Z=-2,192 p=0,028	t=-1,397 p=0,167	Z=-2,193 p=0,028	t=-2,173 p=0,033	Z=-2,331 p=0,020

* Independent Sample-t” testi kullanılmış ortalama±standart sapma şeklinde ve “Mann-Whitney U” testi kullanılmış median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Çizelge 4.10’da hastaların tedavi öncesi dönemdeki RRYKÖ puanlarının konstipasyon yaşama sıklığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tedavi öncesi dönemde konstipasyon yaşama sıklığı ile RRYKÖ alt boyutlarından genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku bozukluğu, iştah, algılama fonksiyonu puanları açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$); seksüel bozukluk, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p>0,005$) bulunmuştur. Çizelge incelendiğinde haftada 2 kez konstipasyon yaşayanlara göre çok sık konstipasyon yaşamayan hastaların RRYKÖ’nin (seksüel bozukluk, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı) alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelgede tedavi öncesi dönemde konstipasyon yaşama sıklığı ile RRYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,020$). Buna göre çok sık konstipasyon yaşamayan hastaların RRYKÖ toplam puanlarının ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin, haftada 2 defa konstipasyon yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.11. Tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının bağırsak alışkanlığındaki değişikliğe göre dağılımı (n=73)

Tedavi Sonrası Bağırsak Alışkanlığındaki Değişiklik	n	Tedavi Sonrası 25. Gün Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları								
		Genel İyilik	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Uyku Bozukluğu	İştah	Seksüel Bozukluk	Algılama Fonksiyonu	Tıbbi Etkileşim	Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	Toplam Puan
Olmadı ⁽¹⁾	36	27,86±4,03	25,0 [10,0-40,0]	11,0 [5,0-15,0]	8,0 [4,0-10,0]	14,0 [4,0-20,0]	18,89±5,62	11,0 [6,0-19,0]	30,5 [20,0-40,0]	147,06±25,18
Tuvalet Daha Rahat ⁽²⁾	10	25,90±4,91	19,5 [16,0-30,0]	10,0 [5,0-15,0]	6,0 [4,0-10,0]	12,0 [4,0-20,0]	15,50±3,98	9,0 [6,0-18,0]	28,0 [16,0-38,0]	129,40±23,15
Konstipasyon Azaldı ⁽³⁾	9	27,67±5,54	26,0 [18,0-30,0]	11,0 [11,0-13,0]	8,0 [4,0-10,0]	10,0 [8,0-16,0]	19,78±2,91	10,0 [8,0-12,0]	32,0 [26,0-38,0]	143,78±18,42
Konstipasyon Arttı ⁽⁴⁾	8	25,50±3,16	22,0 [20,0-24,0]	7,0 [5,0-13,0]	6,5 [6,0-9,0]	12,0 [6,0-18,0]	14,25±3,73	9,0 [4,0-14,0]	28,0 [26,0-30,0]	125,88±11,68
Konstipasyon Düzeldi ⁽⁵⁾	10	24,60±4,43	20,0 [14,0-30,0]	8,0 [5,0-15,0]	8,0 [4,0-8,0]	11,0 [4,0-20,0]	18,50±6,22	11,5 [6,0-13,0]	26,0 [24,0-40,0]	131,20±29,35
İstatistiksel Analiz		F=1,557 p=0,196	$\chi^2=9,152$ p=0,057	$\chi^2=10,347$ p=0,035 **[1,3-4]	$\chi^2=7,008$ p=0,135	$\chi^2=8,913$ p=0,063	F=2,261 p=0,071	$\chi^2=4,325$ p=0,364	$\chi^2=2,638$ p=0,620	F=2,392 p=0,059
Anlamlı Farklılık		-	-	-	-	-	-	-	-	-

* “ANOVA” test (F-tablo değeri) ortalama±standart sapma şeklinde ve “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

** Tedavi sonrası bağırsak alışkanlıkları grupları arasında karşılaştırma yapılmış sadece 1-3 ve 1-4 arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çizelge 4.11.’de tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının bağırsak alışkanlığındaki değişikliğe göre dağılımı yer almaktadır. tedavi sonrası 25. günde bağırsak alışkanlıklarındaki değişiklik durumları ile RRYKÖ’nin alt boyutlarından sadece uyku bozukluğu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (p=0,035). Konstipasyon sorunu artanların (4) uyku bozukluğu alt boyutundan aldıkları puanların, bağırsak alışkanlığında değişiklik olmayan (1) ve konstipasyonu azalanlara (3) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Konstipasyonu artanların uyku bozukluğu alt boyutu hakkında yaşam kalitelerinin, konstipasyonu azalan ve bağırsak alışkanlığında değişiklik olmayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.12. Hastaların tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının sağlık düzeylerine göre dağılımı (n=73)

Tedavi Sonrası Sağlık Düzeyi	n	Tedavi Sonrası 25. Gün Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları								Toplam Puan
		Genel İyilik	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Uyku Bozukluğu	İştah	Seksüel Bozukluk	Algılama Fonksiyonu	Tıbbi Etkileşim	Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	
≤ %40 ⁽¹⁾	23	25,83±4,34	24,0 [16,0-34,0]	11,0 [5,0-15,0]	8,0 [6,0-10,0]	10,0 [4,0-20,0]	18,48±4,13	10,57±3,01	28,0 [22,0-38,0]	136,04±22,36
%50 ⁽²⁾	17	28,59±3,74	24,0 [18,0-32,0]	11,0 [7,0-15,0]	6,0 [4,0-10,0]	12,0 [8,0-20,0]	18,06±4,41	10,53±1,81	30,0 [24,0-38,0]	141,88±15,72
%60 ⁽³⁾	10	25,00±3,97	22,0 [18,0-30,0]	9,0 [5,0-15,0]	6,5 [4,0-10,0]	12,0 [4,0-20,0]	16,50±6,93	11,10±4,53	26,0 [16,0-38,0]	131,30±24,34
≥ %70 ⁽⁴⁾	23	27,43±4,75	26,0 [10,0-40,0]	12,0 [5,0-15,0]	8,0 [6,0-10,0]	16,0 [4,0-20,0]	18,04±6,21	10,43±3,13	30,0 [20,0-40,0]	145,52±31,40
<i>İstatistiksel Analiz*</i>		F=2,117 p=0,106	$\chi^2=1,104$ p=0,776	$\chi^2=2,677$ p=0,444	$\chi^2=5,183$ p=0,159	$\chi^2=11,338$ p=0,010 **[1-4]	F=0,325 p=0,807	F=0,114 p=0,952	$\chi^2=3,952$ p=0,267	F=1,026 p=0,386
<i>Anlamlı Farklılık</i>		-	-	-	-	-	-	-	-	-

* “ANOVA” test ortalama±standart sapma şeklinde ve “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

** Tedavi sonrası sağlık düzeyleri arasında karşılaştırma yapılmış ve sadece 1-4’ki karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çizelge 4.12.’de hastaların tedavi sonrası 25. gündeki RRYKÖ puanlarının sağlık düzeylerine göre dağılımı yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tedavi sonrası 25. günde hastaların algıladıkları sağlık düzeyi ile RRYKÖ alt boyutlarından sadece seksüel bozukluk puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p=0,010). Buna göre sağlık düzeyi %40 ve altı olanlar ile %70 ve üzeri olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası sağlık düzeyi %70 ve üzeri olanların seksüel bozukluk alt boyut puanları ve yaşam kalitelerinin, %40 ve altı olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık düzeyleri %70 ve üzeri olanların diğer gruplara göre RRYKÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte (p>0,05) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Hemoroid tüm dünyada yaygın olarak görülen, insanların yaşam tarzlarını, aktivitelerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur (İnce ve diğerleri, 2012; Ris ve diğerleri, 2010). Hemoroid nedeniyle hastalar ağrı, kanama, huzursuzluk, durumdan memnuniyetsizlik, utanma gibi birçok sorun yaşamaktadır. Bu sorunları ortadan kaldırmak için hemoroid tedavisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Hemoroidin 1. ve 2. evresinde daha çok semptomlara yönelik medikal tedavi yöntemleri kullanılırken, 3. ve 4. derece gibi ilerlemiş evrelerde ise girişimsel tedaviler kullanılmaktadır. Literatür incelendiğinde daha çok hemoroidin tedavisinde kullanılan girişimsel tedavi yöntemlerinin sonuçları açısından hastaların yaşam kalitelerine etkilerinin incelendiği çalışmalara ulaşılmıştır (Garg ve diğerleri, 2013; Erdoğan, 2011; Ris ve diğerleri, 2010). Bu nedenle bu araştırma girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan bireylerin karşılaştıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Hemoroid kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda ve her yaş grubunda görülebilmektedir (Kline, 2015; Hibberts ve Schizas, 2010; Agbo, 2015; Rivadeneira ve diğerleri, 2010). Bu araştırmaya katılan hastaların yaklaşık yarısının kadın ve yaş ortalamalarının 43,13 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1). İncelenen çalışmalarda bu araştırmadan farklı olarak katılımcıların çoğunluğunun erkek ve yaş ortalamalarının 48-50 arasında değiştiği görülmektedir (Grigoropoulos ve diğerleri, 2011; Naldini ve diğerleri, 2015; Ural, 2015; Sabancı ve diğerleri, 2007). Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının lise ve üzeri eğitim düzeyinde, gelirlerinin gideceğe denk olduğu, çoğunluğun evli, eş ve çocuklarıyla beraber yaşadıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Riss ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışmada da bu araştırma bulguları ile benzer şekilde çalışmaya katılanların yarısından fazlasının evli, aileleriyle yaşadıkları görülmüştür (Riss ve diğerleri, 2010).

Hemoroid ve hemoroid nedeniyle yaşanan sorunlar bireylerin günlük aktivitelerini, iş hayatlarını ve sosyal hayatlarını etkileyebilmektedir (Garg ve diğerleri, 2013). Bu araştırmaya katılan hastaların yaklaşık yarısının günlük aktivitelerinin, iş ve sosyal yaşamlarının hemoroid nedeniyle orta derecede etkilendiği belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Yapılan literatür incelenmesinde hemoroidi olan bireylerin günlük aktivite, iş ve sosyal hayatlarına etkisini direkt inceleyen çalışmaya ulaşamamakla birlikte; klinik gözlemlerimizde bireylerin hemoroidin ilk evrelerinde utanma, tedaviden korkma gibi

nedenlerle doktor muaynesine gitmeyerek hemoroidin daha ileri evrelere gelmesine neden oldukları, ilerlemiş hemoroid ve yaşadıkları sorunlar nedeniyle de günlük aktivite, iş ve sosyal hayatlarının daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Konstipasyon hemoroidin sorunları arasında yer almakla beraber birbirleriyle kısır bir döngü içerisinde. Konstipasyon oluşumunda dolayısıyla hemoroid oluşumunda beslenme şekli, öğün sayısı, ara öğün varlığı, tüketilen su miktarı, egzersiz gibi birçok faktör rol oynamaktadır (Garg ve diğerleri, 2013; Panahi ve diğerleri, 2014; Erdoğan ve diğerleri, 2013). Bu çalışmada hastaların egzersiz yapma durumu, öğün sayıları, ağırlıklı olarak tükettikleri gıda türü ve tüketilen su miktarı ile konstipasyon yaşama sıklığının birbirini etkilemediği bulunmuştur ($p>0,005$) (Çizelge 4.5). Turan'ın (2012) yaptığı çalışma sonuçları da bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir (Turan, 2012). Öztürk'ün (2015) yaptığı çalışmada ise hastaların günlük öğün sayısı ile konstipasyon yaşama sıklığının birbirini etkilemediği sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Öztürk, 2015).

Bu araştırmada 2-3 günde bir kez defekasyona çıkanların konstipasyonu daha sık yaşadıkları belirlenmiştir ($p=0,001$) (Çizelge 4.5). Öztürk'ün (2015) yaptığı çalışmada defekasyon sıklığı haftada bir kez olanlarda konstipasyon görülme durumu ve ciddiyeti en yüksek, hergün olanlarda ise en düşük bulunmuş olup çalışma sonucunu desteklemektedir. Turan'ın (2012) yaptığı çalışmada ise günlük/ haftalık dışkılama sayısı ile konstipasyon sorunu yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucu bu çalışma sonucundan farklıdır. Konstipasyonu önlemede sadece beslenmeyi düzenlemek, ara öğün, egzersiz yapmak, yeterli su tüketimi gibi uygulamalar tek başlarına yeterli olmamakla birlikte, bu uygulamaların hepsi ya da bir kısmı aynı anda yapılarak yarar sağlanabilmektedir (Turan, 2012). Ayrıca bir gündeki defekasyon sayısının kişilere göre farklılıklar göstermesi nedeniyle, konstipasyon durumunun kişilerin bağırsak alışkanlıkları göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Ancak konstipasyonun başka semptomları olduğu için sadece dışkılama sayısının azlığı konstipasyon olarak değerlendirilmemelidir (Savaş, 2004).

Hemoroid nedeniyle hastalar farklı birçok sorun yaşayabilmektedir ve bu sorunların boyutuna göre tedavi olmak için sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Yapılan literatür incelemesinde hemoroidi olan hastaların hastaneye başvurma nedenlerinin başında ağrı,

kanama, konstipasyonun geldiği bildirilmiştir (Aygen ve diğerleri, 2007; Sinan ve diğerleri, 2010; Naldini ve diğerleri, 2014; Naldini ve diğerleri, 2015). Literatürle benzer olarak bu çalışmada da hastaların hastaneye başvurmalarına neden olan sorunların başında kanama, konstipasyon, anal bölgede ağrı olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Hemoroide bağlı diğer sorunların ise kaşıntı, inkontinans, anemi, fissür, fistül, stenoz, enfeksiyon olduğu saptanmıştır (Ek Çizelge 9.2). Hemoroidin hemen her evresinde benzer sorunlar görülmektedir. İlerlemiş evrelerde sadece sorunların şiddeti artmaktadır.

Girişimsel hemoroid tedavisi sonrasında da hastalar birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu çalışmada hastaların tedavi sonrası 1., 3., 7., 25. günlerde yapılan telefon görüşmeleriyle en çok karşılaştıkları sorunların kanama, konstipasyon, anal bölgede ağrı, ağrılı zor defekasyon, kaşıntı olduğu saptanmıştır. Bu sorunların görüldüğü hasta sayısında, yapılan 25 günlük izlem içerisinde tedavi sonrası 1. günde artış olmakla beraber diğer günlerde azalma olduğu ancak sorunların tamamen kaybolmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Araştırmada, tedavi sonrası günlerde sorunların görüldüğü hasta sayısının azalmasında tedavinin etkin olduğu, ancak 25. günde sorunların azalmakla birlikte devam etmesi ameliyat sonrası daha uzun süre hasta izleminin yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Garg'ın (2013) yaptığı çalışmada hastalar 28 gün sorunlar açısından izlenmiş olup; girişimsel hemoroid tedavisi sonrası en çok karşılaşılan sorunların kanama, konstipasyon, ağrılı defekasyon olduğu ve sorunların zaman içerisinde azaldığı saptanmıştır (Garg, 2013). Naldini'nin (2015) çalışmasında ise hastalar sorunlar açısından 24 ay takip edilmiş, tedavisi sonrası en fazla ağrı, kanama, kaşıntı, anal bölgede ağrı sorunları görülmüş ve ilerleyen takiplerde sorunların azaldığı belirlenmiştir (Naldini, 2015). Grigoropoulos ve diğerlerinin (2011) yaptıkları çalışmada da kanama, üriner retansiyon ve inkontinans sorunları saptanmış olup bu sorunlar zaman içerisinde kaybolmuştur. (Grigoropoulos ve diğerleri, 2011). Sinan ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışmada ise tedavi sonrası hastalarda belirgin bir sorun yaşanmamakla birlikte birkaç hastada striktür, anal bölgede ödem, idrar retansiyonu gibi farklı sorunların görüldüğü ve bu sorunların ilerleyen dönemlerde azaldığı bulunmuştur (Sinan ve diğerleri, 2010).

Hastalar girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası karşılaştıkları sorunları hafifletmek veya gidermek için birçok uygulama yapmaktadırlar. Özellikle hemoroidin alevlendiği dönemlerde hastalar rahatlamak için birtakım ilaçlar kullanmakta veya sıcak su oturma oturma banyosu gibi farklı uygulamalar yapmaktadır (Ekçi ve diğerleri, 2009; Hibberts,

2010; Poola ve Rakinic, 2014). Bu çalışmada girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası kanama, kaşıntı, anal bölgede ağrı ve ağrılı/zor defekasyonu gidermeye yönelik en fazla yapılan uygulamanın sıcak su oturma banyosu ve sıcak anal bölge duşu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.7). Yücel ve Karadağ'ın (2017) yaptıkları çalışmada sıcak su oturma banyosunun diğer uygulamalara kıyasla daha zahmetli bir uygulama olduğu ancak girişimsel hemoroid tedavisi sonrası ağrı ve basınç azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Sıcak su oturma banyosunun tam olarak fizyolojik etkisi bilinmemekle birlikte yara bölgesine kan akımını artırarak anal sfinkterlerin spazmını azalttığı, rahatlama sağladığı ve yara iyileşmesini desteklediği bildirilmiştir (Yücel ve Karadağ, 2017).

Hemoroid ve yaşanan sorunlar nedeniyle hastaların yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir (Garg ve diğerleri, 2013; Erdoğan, 2011). Zampieri ve diğerlerinin (2012) yaptıkları çalışmada iki farklı girişimsel hemoroid tekniği kullanılarak hastaların yaşam kaliteleri incelendiğinde tedavi sonrası hastaların hemoroide yönelik sorunlarının azaldığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur. Czarzasty ve diğerlerinin (2011) yaptıkları çalışmada girişimsel hemoroid tedavisi öncesi hastaların yaşam kalitesi tedavi sonrası maksimum değere ulaştığı bildirilmiştir. Garg ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası karşılaştırılmış ve tedavi sonrası yaşam kalitesinde artış olduğu belirlenmiştir. Nitekim bu çalışmaya katılan hastaların RRYKÖ'den aldıkları toplam puanların ve yaşam kalitelerinin tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.8). Literatürdeki çalışmalarda ve bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin farklı olmasına karşılık girişimsel hemoroid tedavisi sonrası yaşam kalitelerinin artıyor olması çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Konstipasyon hem hemoroidin nedeni hem de hemoroidin sonucudur. Hemoroide neden olmasa bile, konstipasyon yaşam kalitesini düşürmesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülen bir sorun olması nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sorundur (Öztürk, 2015). Bu çalışmada tedavi öncesi haftada 2 kez konstipasyon yaşayanların diğer gruplara göre RRYKÖ toplam puanının ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10). Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 25. günde konstipasyon sorununu daha sık yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin uyku bozukluğu alt boyutunun diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.11). Oysa Öztürk'ün (2015) yaptığı

Çalışmada ise bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak hastaların dışkılama sıklıklarının yaşam kalitelerini etkilemediğı bulunmuştur (Öztürk, 2015).

Hemoroid ve neden olduğı sorunlar nedeniyle bireylerin kendi sağık düzeylerini algılayışları değışmektedir. Bu çalışmada hastaların kendi sağık düzeylerini algılayışları sorgulanmış ve tedavi sonrası 25. günde tedavi sonrası sağık düzeyi %70 ve üzeri olanların RRYKÖ'nin alt boyutu olan seksüel bozukluk hakkında yaşam kalitelerinin, %40 ve altı olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağık düzeyleri %70 ve üzeri olanların diğerk gruplara göre RRYKÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasına rağmen daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.12).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bu çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısı kadın (%52,1), çoğunluğunun evli (%71,2) ve çalıştığı (%63,1), çalışanların %58,9'unun işyerinde oturarak çalıştığı ve çoğunluğunun (%69,9) hemoroid dışında başka bir rahatsızlığı olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).
- Hastaların çoğunun (%65,8) bir günde 3 öğün beslendiği, yaklaşık yarısının (%41,1) sebze, et ve hamur işi ağırlıklı beslendiği, ara öğün yapmayanların (%68,5) ve özeli bir diyet kısıtlaması olmayanların (%87,7) çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Hastaların yaklaşık yarısı (%58,9) bir günde 6- 10 su bardağı su tüketmekte olup, hastaların sadece %20,5'inin egzersiz yaptığı görülmüştür (Çizelge 4.2).
- Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısının (%41,1) günde 1 defa defekasyona çıktığı, çoğunluğunun (%74,0) defekasyon sırasında zorlandığı (ıkındığı) ve defekasyon sırasında yarısından fazlasının (%65,8) tuvalette 1-10 dk. arasında süre geçirdikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%61,6) defekasyon sonrasında rahatlama hissettiği, yaklaşık yarısının (%47,9) çok sık kabızlık sorunu yaşadığı ve bunların %38,4'ünün haftada 2 kez konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur (Çizelge 4.3).
- Hastaların %53,4'ünün günlük aktivitelerinin, %50,7'sinin iş hayatının ve %46,6'sının ise sosyal hayatının hemoroid nedeniyle orta derecede etkilediği saptanmıştır (Çizelge 4.4).
- Hastaların normal bağırsak alışkanlıkları ile konstipasyon yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,001$) tespit edilmiştir. Günde 1 kez defekasyona çıkanların (%60,5) çok sık konstipasyon yaşamadığı, 2-3 günde 1 kez

defekasyona çıkanların (%57,1) ise konstipasyonu çok sık yaşadıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

- Hastaların girişimsel hemoroid tedavisi öncesi karşılaştıkları sorunların başında kanama (%47,9), konstipasyon (%54,8), kaşıntı (%46,6), anal bölgede ağrı (%65,7), ağrılı/zor defekasyon (79,5) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6).
- Girişimsel hemoroid tedavi sonrasında da tedavi öncesine benzer şekilde kanama, konstipasyon, kaşıntı, anal bölgede ağrı ve ağrılı/zor defekasyon sorunları görülmekle birlikte, genellikle bu sorunların tedavi sonrası 1. günde artış gösterdiği 3., 7., 25. günlerde ise azaldığı saptanmıştır (Çizelge 4.6).
- Çalışmaya katılan hastaların girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve sonrası karşılaştıkları sorunları gidermek için en fazla sıcak su oturma banyosu+sıcak duş uygulamasını kullandıkları belirlenmiştir. Konstipasyon sorununu gidermek için ise sıvı ağırlıklı, posalı, meyve ve sebze ağırlıklı beslenme ve ilaç kullanımı gibi uygulamalar yaptıkları ve en fazla sıvı ağırlıklı beslenmeyi uyguladıkları saptanmıştır. (Çizelge 4.7).
- Hastaların RRYKÖ'nin tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde toplam alınan en yüksek ve en düşük puanlar sırasıyla 192-78; 202-92 olarak saptanmıştır. RRYKÖ'de tedavi sonrası 25. günde hastaların aldıkları toplam puanların, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve hastaların yaşam kalitelerinin de tedavi öncesine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.8).
- Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası 25. günde gelişen sorunlarla (kanama, konstipasyon, kaşıntı, anal bölgede ağrı, ağrılı/zor defekasyon) aynı dönemdeki RRYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.9).
- Çok sık konstipasyon yaşamayan hastaların, haftada 2 defa konstipasyon yaşayanlara göre RRYKÖ toplam puanı ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.10).

- Tedavi sonrası 25. günde bağırsak alışkanlıklarında değişiklik durumlarında sadece konstipasyonu artanların uyku bozukluğu hakkında yaşam kalitelerinin, konstipasyonu azalan ve bağırsak alışkanlığında değişiklik olmayanlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.11).
- Tedavi sonrası 25. gündeki sağlık düzeyi %70 ve üzeri olanların seksüel bozukluk alt boyut puanları ve yaşam kalitelerinin, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.12).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi hastaların tedaviye yönelik bilgilendirilmesi,
- Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşayabilecekleri sorunlar ve taburculuk sonrası bu sorunları çözümleyebilmelerine ilişkin telefonla izlem yapılarak danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik daha geniş örneklemli ve çok merkezli benzer çalışmaların yapılması,
- Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların yaşam kalitelerine etkilerinin hasta eğitimlerinde kapsamlı olarak ele alınması, yaşanabilecek sorunlar ve çözümleri ile ilgili eğitim materyallerinin geliştirilerek hasta eğitiminde kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdullayev, U. (2015). *Hemoroidal Hastalağın Tedavisinde Lineer Stapler Hemoroidektomi'nin Yeri*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, 5-38.
- Agbo, S. P. (2011). Surgical management of hemorrhoids. *Journal of Surgical Technique and Case Report*, 3(2), 68-75.
- Akçay, D. ve Gözümlü, S. (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *The Journal of Breast Health*, 8(4), 191-199.
- Aksoy, G., ve Sayın, Y. Y. (2004). Gününbirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 39-46.
- Aktaş, A. (2010). *İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin; Hasta Ve Hasta Yakının Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 42-55.
- Arslan, S. ve Fadılloğlu, Ç. (2009). Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 16-27.
- Aygen, E., Kırkıl, C., Ayten, R., İlhan, Y. S., Çetinkaya, Z., Doğru, O., Bülbüller, N. ve Çoşkun, S. (2007). Stapler hemoroidopeksi yapılan ilk 18 hastamızın sonuçları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 95-98.
- Balta, A.Z., Özdemir, Y., Sucullu, İ., Filiz, A.İ., Yücel, E. and Akın, M.L. (2015). The effect of early warm plastic bag application on postoperative pain after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial. *The American Surgeon*, 81(2), 180-184.
- Başkonuş, İ. (1998). *İkinci ve Üçüncü Derece İnternal Hemoroidlerin Tedavisinde Lastik Bant Ligasyonu İle Hemoroidektominin Karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep, 30-32.
- Baykan, A., Füzun, M. ve Zorluoğlu, A. (Editörler). (2007). *Hemoroid hastalığı ve tedavisi*, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, 33-34.
- Beck, D. E., Wexner, S. D., Hull, T. L., Roberts, P. L., Saclarides, T. J., Senagore, A. J., Stamos, M. J. and Steele, S. R. (2012). *The ASCRS manuel of colon and rectal surgery*. New york: Springer, 225-257.
- Board, A.G. (2004). American gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *American Gastroenterological Association*, 126(5), 1463-1473.
- Buğra, D. (2012). Açık Hemoroidektomi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(1), 63-67.

- Czarzasty, W., Kruszewski, W. J., Zielinski, J., and Niznik, M. (2011). A one-year follow-up of the quality of life after stapled hemorrhoidopexy. *The Polish Journal of Surgery*, 83(4), 204-211.
- Çilingir, D. ve Bayraktar, N. (2006). Günübirlık cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 69-81.
- Dal, Ü., Bulut, H. ve Demir, S.G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Doğu, Ö. (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 10-13.
- Duman, A., Apilioğulları, S., Tekin, A. ve Bodur, S. (2011). Günübirlık anorektal cerrahi olgularında selektif spinal anestezi ile monitorize anestezi bakımı altında uygulanan lokal infiltrasyon anestezisi yöntemlerinin karşılaştırılması. *Nobel Medicus*, 7(2), 61-66.
- Ege, B., Leventoğlu, S., ve Menteş, B.B. (2012). Hemoroidal hastalıkta tanı ve ayırıcı tanı. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 5(1), 14-18.
- Ekçi, B., Tanrıöver, Ö., İzbrak, ve G., Gökçe, Ö. (2009). Birinci basamakta hemoroid hastalığına pratik yaklaşım. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(2), 87-92.
- Erdoğdu, A. (2011). *Hemoroidektomi Uygulanan Hastaların Postoperatif Hayat Kalite Değişikliklerinin İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, 16-17.
- Erdoğdu, A., Sipahioğlu, N.T., Erginöz, E., Apaydın, B. and Sipahipoğlu, F. (2013). Quality of stapler hemorrhoidectomy evaluated by SF-36 questionnaire. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 29, 59-62.
- Garg, P. K., Kumar, G., Jain, K. B. and Mohanty, D. (2013). Quality of life after stapled hemorrhoidopexy: A prospective observational study. *Biomedical Research International Journal*, 1-4.
- Geçim, E. İ. (2011). Hemoroidal Hastalık. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 21, 145-159.
- Grigoropoulos, P., Kalles, V., Papapanagiotou, I., Mekras, A., Argyrou, A., Papageorgiou, K., and Derian, A. (2011). Early and late complications of stapled haemorrhoidopexy: a 6-year experience from a single surgical clinic. *Techniques in Coloproctology*, 15(1), 70-81.
- Gupta, P. J. (2008). Warm sitz bath does not reduce symptoms in posthaemorrhoidectomy period: a randomized, controlled study. *ANZ Journal of Surgery*, 78, 398-401.
- Gupta, P. J. (2010). *A guide to hemorrhoidal disease*. New York: Nova Science Publishers, 27-28.

- Gürlek, Ö. ve Yavuz, M. (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 8-15.
- Hibberts, F. and Schizas, A. (2010). Assessment and treatment of patients with haemorrhoids. *Journal of Nursing Standart*, 24(18), 51-56.
- Hsu, K. F., Chia, J. S., Jao, S. W., Wu, C. C., Yang, H.Y., Mai, C.M., Fu, C. Y, and Hsiao, C. W. (2009). Comparison of clinical effects between warm water spray and sitz bath in post-hemorrhoidectomy period. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 13,1274-1278.
- İnternet: Engin, Ö., Kaçar, F., Mete, G., Doğan Özbek, Z., ve Aldaş, D. (2011). *Cerrahi gerektiren hastalıklar hemşirelik bakım rehberi*. Sağlık Bakanlığı. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Ftepecikeah.saglik.gov.tr%2Fuserfiles%2Ffiles%2Fcerrahi%2520pdf&date=2017-08-02>, Son Erişim Tarihi: 20.05.2017.
- İnternet: Harvard Health. (2017). *Hemorrhoids and what to do about them*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.health.harvard.edu%2Fdiseases-and-conditions%2Fhemorrhoids_and_what_to_do_about_them&date=2017-08-02, Son erişim tarihi; 17.3.2017.
- İşgüder, A. S. ve Nazlı, O. (2012). Ameliyat sonrası bakım. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(1), 95-99.
- İzveren, A. Ö. ve Ümran, D. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G. and Bedfort, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374.
- Kalish, B. J., Landstrom, G. L. and Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 1509- 1517.
- Kamercan, A. (2016). Hemoroidal hastalık. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 9(2), 20-24.
- Karadağ, M. (1998). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27-34.
- Karadakovan, A., Aslan, F.E. (2011). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi, 748-749.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. ve Tepe, A. (2010). Gününbirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 38-48.

- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.
- Kline, P. R. (2015). Operative management of internal hemorrhoids. *Journal of American Academy of Physician Assistants*, 28(2), 27-31.
- Naldini, G., Fabiani, B., Menconi, C., Giani, I., Toniolo, G. and Martellucci, J. (2015). Tailored prolapse surgery for the treatment of hemorrhoids with a new dedicated device: TST Starr plus. *International Journal of Colorectal Disease*, 30, 1723-1728.
- Naldini, G., Martellucci, J., Rea, R., Lucchini, S., Visconte, M. S., Caviglia, A., Menconi, C., Ren, D., He, P. and Mascagni, D. (2014). Tailored prolapse surgery for the treatment of hemorrhoids with a new dedicated device: TST Starr plus. *International Journal of Colorectal Disease*, 29, 623-629.
- Neşşar, G. (2008). Anal kanal anatomisi ve fizyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 12(3), 165-168.
- Nisar, P. J. and Scholefield, J. H. (2003). Managing haemorrhoids. *British Medical Journal*, 327, 847-851.
- Opak, B. O. ve Karadağ, M. (2017, Mayıs). Hemoroidektomi sonrası sıcak su oturma banyosu veya sıcak duş mu etkili: kanıtlar hangi düzeydedir. Uluslararası katılımlı Dördüncü Temel Hemşirelik Bakım Kongresi, Bodrum, Türkiye.
- Öztürk, B. (2011). *Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 60-62.
- Öztürk, M. H. (2015). *Eğitimin Primer konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 36-42.
- Panahi, Y., Mousavi- Nayeeni, M. S., Sahebkar, A., Fanaie, A. S., Rahimnia, A. and Beiraghdar, F. (2014). Hemorrhoids: A Randomized Double-Blind Double-Dummy Parallel-Group Comparative Study. *Turk Journal Pharmacy Science*, 11(1), 1-8.
- Park, S. U., Lee, S. H., Chung, Y. G., Park, K. K., Mah, S. Y., Hong, S. J. and Chung, B. H. (2010). Warm sitz bath: are there benefits after transurethral resection of the prostate? *Korean Journal of Urology*, 51, 763-766.
- Rakinic, J. and Poola, V. P. (2014, March). Hemorrhoids and fistulas: new solution the old problems. *Current Problems of Surgery*, 51(3), 98-137.
- Rhodes, L., Miles, G. and Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Practice*, 12, 178-192.
- Riss, S., Weisert, F. A., Riss, T., Schwameis, K., Mittlböck, M. and Stif, A. (2010). Hemorrhoids and quality of life. *Journal of Colorectal Disease*, 13, 48-52.

- Rivadeneira, D. E., Steele, S. R., Ternent, C., Chalasani, S., Donald Buie, W., and Rafferty, J. L. (Editörler). (2011). Diseases of the colon & rectum. *Journal of The American Society of Colon and Rectal Surgeons*, 1059- 1064.
- Sabancı, Ü., Öğün, İ. and Candemir, G. (2007). Stapler hemoroidopeksi deneyimlerimiz. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 17, 140- 144.
- Salinitri, P.D. and Raspallo, P.M. (Editors). (2010). *Hemorrhoids*. New york: Nova Science Publishers, Inc., 4-5.
- Savaş, M. C. (2004). Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi*, 11(4), 204-216.
- Selimen, D. and Andsoy, I. I. (2010). The importance of a holistik approach during the perioperative period. *AORN Journal*, 93(4), 482-487.
- Sinan, H., Coşkun, A. K., Yıldız, R., Şahin, A., Tor, K. M., Özer, M. T. ve Demirbaş, S. (2010). III. ve IV. Derece hemoroid tedavisinde sirküler stapler kullanımı. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 20, 172-176.
- Sit, M., Yılmaz, E. E., Canan, F., Yıldırım, O. and Çetin, M. M. (2014). The impact of type D personality on health-related quality of life in patients with symptomatic haemorrhoids. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 9(4), 242-248.
- Teksöz, S. (2008). *Hemoroidektomilerde Damar Kapama Sistemi (Ligasure) İle Konvansiyonal Ferguson Yönteminin Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Klinik Çalışma*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, 13-14.
- Turan, N. (2012). *Abdominal Masajın Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 81-125.
- Turan, N., Kaya, N., Kaya, H., Öztürk, A., Eskimez, Z. ve Yalçın, N. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 168-178.
- Ural, B. (2015). Hemoroidal hastalıkta minimal invazif, güvenli, yeni bir yöntem: lazer hemoroidoplasti. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 55(3), 137-140.
- Uysal, N., Khorshid, L. ve Eşer, İ. (2010). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *Turkish Air Force Preventive Medicine Bulletin*, 9(2), 127-132.
- Uzun, Ö. (2000). Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 36-45.
- Voda, S. C. (2011). Same day surgery nursing: IT takes teamwork. *The Peer Reviewed Journal of Clinical Excellence*, 111(1), 24-25.
- Yaman, İ. ve Reyhan, E. (2012). Anorektal Anatomi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(1), 1-6.

- Yaşar, N. F. ve İhtiyar, E. (2009). Hemoroidal Hastalık. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(3), 8-15.
- Yüceyar, N. S. (2010). Hemoroidal Hastalık. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(3), 57-63.
- Yüceyar, N. S. (2012). Cerrahi komplikasyonlar ve tedavileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(1), 108-111.
- Zampieri, N., Castellani, R., Andreoli, R., and Geccherle, A. (2012). Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. *The American Journal of Surgery*, 204, 684-688.

EKLER

EK-1. Veri kullanım izin formu**Sayın katılımcı,**

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi 7. kat, Genel Cerrahi 6. kat kliniklerinde ve Proktoloji biriminde girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan 18 yaşından büyük, işitme ve görme engeli olmayan, iletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir mental problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik olarak yapılacaktır. Sizlerle görüşülerek toplanan veriler bilimsel amaçla kullanılacak bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceğinden, vereceğiniz cevapların samimi ve tarafsız olması oldukça önemlidir.

Araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Katılımcının İmzası

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacının Adı-Soyadı: Mevlüde KARADAĞ

Araştırmacının Adı- Soyadı: Burcu OPAK YÜCEL

EK-2. Sosyodemografik soru formu

Tarih:**Katılımcı No:****1) Cinsiyetiniz ?**

- 1) Kadın 2) Erkek

2) Yaşınız ?

- 1) 18 - 27 2) 28 – 37 3) 38 – 49 4) 50 +

3) Eğitim Durumunuz nedir ?

- 1) Okuryazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite

4) Sağlık güvenceniz nedir ?

- 1) SGK 2) Yeşil Kart 3) Özel sağlık sigortası 4) Sosyal güvencem yok

5) Aylık gelir durumunuz ?

- 1) Gelir- giderden denk 2) Gelir giderden az 3) Gelir giderden fazla

6) Medeni Durumunuz ?

- 1) Evli 2) Bekar

7) Yalnız mı yaşıyorsunuz? (Cevabınız hayır ise 9. Soruya geçiniz.)

- 1) Evet 2) Hayır

8) Evde kimlerle yaşamaktasınız?

- 1) Anne/Baba/Kardeşler 2) Eş/Çocuklar 3) Arkadaşlar
4) Diğer.....

9) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz ? (Cevabınız hayır ise 12. Soruya geçiniz.)

- 1) Evet 2) Hayır

10) Mesleğiniz nedir ?

- 1) Memur 2) İşçi 3) Ev hanımı 4) Serbest 5) Diğer.....

11) İşyerinde çalışırken daha çok ne şekilde çalışıyorsunuz ?

- 1) Oturarak 2) Ayakta 3) Diğer.....

12) Kilonuz ?

.....

13) Boyunuz ?

.....

14) Sigara kullanıyor musunuz ? (Cevabınız hayır ise 16. Soruya geçiniz.)

- 1) Evet 2) Hayır

EK-2. (devam) Sosyodemografik soru formu

15) Günde tükettiğiniz sigara sayısı?

- 1) Günde 1-5 adet 2) Günde 11-15 adet 3) Günde 16-20 adet
4) Günde 2 paket 5) Günde 3 paket ve daha fazlası

16) Alkol kullanıyor musunuz ?

- 1) Evet 2) Hayır

17) Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

- 1) Günde 3-5 saat 2) Günde 5-8 saat 3) Günde 9 saat ve fazlası

18) Egzersiz yapıyor musunuz ? (Cevabınız hayır ise 20. Soruya geçiniz.)

- 1) Evet 2) Hayır

19) Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz açıklayınız ?

.....

20) Bir günde kaç öğün yemek yiyorsunuz ?

- 1) Bir öğün 2) İki öğün 3) Üç Öğün 4) Dört ve daha fazla

21) Hangi tür gıdalar tüketiyorsunuz ?

- 1) Sebze ağırlıklı 2) Et ağırlıklı 3) Hamur işi ağırlıklı 4) Diğer

22) Ana öğünler dışında ara öğün alışkanlığınız var mı? (Cevabınız hayır ise 24. Soruya geçiniz)

- 1) Evet 2) Hayır

23) Ara öğünlerde ne tür gıdalar tüketiyorsunuz açıklayınız?

.....

24) Özel bir diyetiniz var mı ? (Cevabınız hayır ise 26. Soruya geçiniz)

- 1) Evet 2) Hayır

25) Ne tür bir diyet uyguluyorsunuz?

- 1) Kalp koruma diyeti
2) DM (Şeker Hastalığı) diyeti
3) HT (Hipertansiyon) Diyeti
4) Diğer.....

26) Bir günde ne kadar su tüketiyorsunuz ?

.....bardak/litre

27) Hangi tür wc (tuvalet) kullanıyorsunuz ?

- 1) Klozet 2) Alaturka

EK-2. (devam) Sosyodemografik soru formu

28) Bağırsak alışkanlığınız nasıl ?

- 1) Günde bir defa büyük tuvaletimi yaparım
- 2) Günde iki defa büyük tuvaletimi yaparım
- 3) İki günde bir büyük tuvaletimi yaparım
- 4) Üç günde bir büyük tuvaletimi yaparım
- 5) Diğer.....

29) Büyük tuvaletinizi yaparken zorlanıyor musunuz (ıkınıyor musunuz) ?

- 1) Evet
- 2) Hayır

30) Defekasyon sırasında (büyük tuvaletinizi yaparken) tuvalette geçirdiğiniz süre ne kadardır?

.....

31) Büyük tuvaletinizi yaptıktan sonra rahatladığınızı hissediyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

32) Çok sık kabızlık sorunu yaşar mısınız? (Cevabınız hayır ise 34. Soruya geçiniz).

- 1) Evet
- 2) Hayır

33) Ne sıklıkla konstipasyon (kabızlık) sorunu yaşarsınız? Açıklayınız.

.....

34) Hemoroid hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet(Açıklayınız.....)
- 2) Hayır

35) Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı ? (Cevabınız hayır ise 38. Soruya geçiniz)

- 1) Evet
- 2) Hayır

36) İlacınızın/ilaçlarınızın ismi?

.....

37) Kullandığınız ilaç/ilaçlar bağırsak sorunu yaşamanıza neden oluyor mu?

- 1) Evet (Açıklayınız.....)
- 2) Hayır

38) Daha önce geçirdiğiniz ameliyat/ameliyatlar var mı ? (Cevabınız hayır ise 40. Soruya geçiniz).

- 1) Evet
- 2) Hayır

EK-2. (devam) Sosyodemografik soru formu

39) Daha önce geçirdiğiniz ameliyat/ameliyatlar hangileridir ?

- 1) Beyin Ameliyatı
- 2) Kulak-Burun-Boğaz Ameliyatı
- 3) Troid Ameliyatı
- 4) Kalp Ameliyatı
- 5) Mide Ameliyatı
- 6) Bağırsak Ameliyatı
- 7) Meme Ameliyatı
- 8) Prostat Ameliyatı
- 9) Kadın Hastalıkları Ameliyatı
- 10) Diğer.....

40) Hemoroid hastalığınız günlük işlerinizi ve aktivitelerinizi yaparken (ev işi, çocuk bakımı,alışveriş vb.) sizi ne kadar etkilemekte ? (0 ile 10 arasında değerlendirme yapacak olursanız bu kaç olurdu?)

0.....5.....10

Hiç etkilemez

Orta etkiler

Fazla etkiler

41) Hastalığınız iş hayatınızı ne kadar etkiledi? (0 ile 10 arasında değerlendirme yapacak olursanız bu kaç olurdu?)

0.....5.....10

Hiç etkilemez

Orta etkiler

Fazla etkiler

42) Hastalığınız nedeniyle sosyal etkinliklerinizde nasıl bir değişim oldu? (0 ile 10 arasında değerlendirme yapacak olursanız bu kaç olurdu?)

0.....5.....10

Hiç etkilemedi

Orta etkiledi

Fazla etkiledi

EK-3. Tedavi sonrasında yönelik soru formu

Tarih:

Katılımcı No:

1) Hemoroid için hangi girişimsel tedavi türü uygulandı ?

- 1) Hemoroidektomi 2) Lastik Bant Ligasyonu 3) Diğer.....

2) Evde hangi tür wc (tuvalet) kullanmayı tercih ettiniz?

- 1) Klozet 2) Alaturka

3) Tedavi sonrasında evde kullandığınız tuvaletle ilgili bir değişiklik yapmayı düşünüyor musunuz? (cevabınız evet ise değişikliği belirtiniz).

.....

4) Taburculuk sonrası evde günlük aktivitelerinizi yapmakta zorluk yaşıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 6. Soruya geçiniz).

- 1) Evet
2) Hayır

5) Taburculuk sonrası evde günlük aktivitelerinizi yapmaktaki zorluğu 0 ile 10 arasında derecelendirecek olursanız bu kaç olurdu? Lütfen işaretleyiniz.

0.....5.....10
Hiç etkilemez Orta etkiler Fazla etkiler

6) Taburculuk sonrası evde bakımınıza destek olacak kimseye ihtiyaç duyduunuz mu?(Cevabınız hayır ise 8. Soruya geçiniz).

- 1) Evet 2) Hayır

7) Taburculuk sonrası bakımınıza destek almanız ne kadar sürdü?

1. Taburculuk sonrasında ilk 24 saat içerisinde (1. Gün)
2. Taburculuk sonrası 24-48 saat içerisinde (1.-2. Gün)
3. Taburculuk sonrası 48-72 saat içerisinde (2.-3. Gün)
4. Taburculuk sonrası 72 saat ve sonrasında (3. Günden sonra)
5. Diğer.....

8) Evde iyileşme sürecinde bakmakla sorumlu olduğunuz kişiler var mı? (Cevabınız hayır ise 10. Soruya geçiniz).

- 1) Evet(Açıklayınız.....)
2) Hayır

9) Tedaviniz bu sorumluluğu nasıl etkiledi? Açıklayınız.

.....

10) Ev işlerine / iş yaşamınıza taburculuk sonrası ne zaman başladınız açıklayınız.

.....

EK-3. (devam) Tedavi sonrasına yönelik soru formu

11) Evde iyileşme sürecinde en çok karşılaştığınız sorun nedir, ne sıklıkla yaşadınız, ne zaman başladı, ne kadar sürdü, gidermek için neler yaptınız lütfen doldurunuz ? (Görülen komplikasyonları görüldü seçeneğini işaretleyerek lütfen doldurunuz).

Komplikasyon	Görüldü	Görülmedi	Ne sıklıkla görüldü	Ne zaman başladı	Ne kadar sürdü	Gidermek için yapılan uygulama
Ağrı						
Kanama						
Konstipasyon (kabızlık)						
Enfeksiyon						
Kaşıntı						
Anal bölgede ağrı						
Ağrılı Defekasyon (büyük tuvalet)						
Anal İnkontinans (dışkı kaçırma)						
Komplikasyon	Görüldü	Görülmedi	Ne zaman başladı	Ne kadar sürdü	Tekrarladı mı?	Gidermek için yapılan uygulama
Anemi (kansızlık)						
Anal Fissür (çatlak, yırtık)						
Anal Fistül (anal kanal ve cilt arasında oluşan ayrı bir yol)						
Anal Stenoz (darlık)						
Diğer						

EK-3. (devam) Tedavi sonrasına yönelik soru formu

12) Hemoroid tedavisi sonrası sağlık düzeyinizi (hastalanmadan önceki sağlık düzeyinizle karşılaştırabilir misiniz) nasıl değerlendiriyorsunuz? (%0 hiç iyileşme olmadı, %100 tamamen iyileştim şeklinde olup, %0'dan - %100'e giderken sağlık durumundaki iyileşmenin arttığı belirtilmektedir).

- 1)%0 2)%10 3)%20 4)%30 5)%40 6)%50 7)%60 8)%70 9)%80 10)%90
11)%100

13) Hemoroid tedavisi sonrası kilonuzda değişim oldu mu? (Cevabınız hayır ise 15. Soruya geçiniz).

- 1) Evet
2) Hayır

14) Hemoroid tedavisi sonrası kilonuzda nasıl bir değişim oldu? Açıklayınız.

.....

15) Evde yara bölgenizde iyileşmeyi hızlandırmak için neler yaptınız?

- 1) Sık sık ayakta durdum
2) Sık sık oturma banyosu yaptım
3) Doktorun verdiği ilaçları yara bölgeme düzenli uyguladım
4) Diğer.....

16) Evde yara bölgenizi enfeksiyondan korunmak için neler yaptınız?

- 1) Sık sık ayakta durdum
2) Sık sık oturarak durdum
3) Doktorun verdiği ilaçları yara bölgeme düzenli uyguladım
4) İç çamaşırımı sık sık değiştirdim
5) Diğer.....

17) Tedavi sonrası oturma pozisyonunuzda ve oturduğunuz yer seçiminde ne gibi değişiklikler yaptınız?

- 1) Yumuşak yerlere oturmayı tercih ettim
2) Sert yerlere oturmayı tercih ettim
3) Koltukta oturmayı tercih ettim
4) Sandalyede oturmayı tercih ettim
5) Oturmaktan ziyade uzanmayı tercih ettim
6) Diğer.....

18) Tedavi sonrası beslenme alışkanlığınızda değişiklik yaptınız mı ? (Cevabınız hayır ise 20. Soruya geçiniz).

- 1) Evet(.....)
2) Hayır

19) Ne tür besinler tükettiniz?

- 1) Sebze-meyve ağırlıklı 2) Et ağırlıklı 3) Hamur işi ağırlıklı
4) Sıvı gıdalar 5) Diğer.....

EK-3. (devam) Tedavi sonrasına yönelik soru formu

20) Tedavi sonrasında sıvı alımınızda değişiklik oldu mu?

- 1) Evet (Günde.....bardak/litre su tüketiyorum)
- 2) Hayır

21) Tedavi sonrasında günlük yaşam aktiviteleriniz dışında özel bir egzersiz yapıyor musunuz?

- 1) Evet(Açıklayınız.....)
- 2) Hayır

22) Tedavi sonrası nasıl banyo/duş aldınız?

- 1) Ayakta
- 2) Oturarak
- 3) Diğer.....

23) Tedavi sonrasında bağırsak alışkanlığınızda değişiklik oldu mu? (Cevabınız hayır ise 25. Soruya geçiniz).

- 1) Evet
- 2) Hayır

24) Bağırsak alışkanlığınızı ameliyat öncesiyle kıyasladığınızda nasıl bir değişiklik oldu açıklayınız?

.....

25) Hemoroid tedavisi sonrasında ıslak gaz çıkarımı sırasında iç çamaşırmınızda lekelenme oluyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

26) Tedavi sonrasında idrar veya defekasyon(büyük tuvaletinizi) erteliyor musunuz? (Cevabınız ertelemiyorum ise 28. Soruya geçiniz).

- 1) Ertelemiyorum
- 2) Büyük tuvaletimi erteliyorum
- 3) İdrarımı erteliyorum
- 4) İdrar+büyük tuvaletimi erteliyorum

27) İdrar veya defekasyon (büyük tuvaletinizi) erteleme nedeniniz nedir? Açıklayınız.

.....

28) Tedavi sonrası büyük tuvaletinizi yaptıktan sonra rahatladığınızı hissediyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

29) Tedavi sonrası defekasyon (büyük tuvaletiniz) sonrasında rahatlama hissetmemenizin nedeni nedir? Açıklayınız.

.....

EK-4. Sorunları belirlemeye yönelik oluşturulmuş soru formu

Komplikasyon	Görüldü	Görülmedi	Ne sıklıkla görüldü	Ne zaman başladı	Ne kadar sürdü	Gidermek için yapılan uygulama
Ağrı						
Kanama						
Konstipasyon (kabızlık)						
Enfeksiyon						
Kaşıntı						
Anal bölgede ağrı						
Ağrılı Defekasyon (büyük tuvalet)						
Anal İnkontinans (dışkı kaçırma)						
Komplikasyon	Görüldü	Görülmedi	Ne zaman başladı	Ne kadar sürdü	Tekrarladı mı?	Gidermek için yapılan uygulama
Anemi (kansızlık)						
Anal Fissür (çatlak, yırtık)						
Anal Fistül (anal kanal ve cilt arasında oluşan ayrı bir yol)						
Anal Stenoz (darlık)						
Diğer						

EK-5. Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği

ROLLS ROYCE MODELİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Her ifade ile ilgili 5 seçenek vardır. Lütfen tüm seçenekleri dikkatli okuyunuz ve size en son zamanlarda ki durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Her zaman tamamen uygun	Bana oldukça uygun	Kesken uygun kayman değil	Bana pek uygun değil	Hayır bana hiç uygun değil
1- Kendimi sağlıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5
2- Ara sıra başım dönüyor.	1	2	3	4	5
3- Her fırsatta oturur, yatar dinlenirim.	1	2	3	4	5
4- Güç gerektiren işleri zorlanmadan yapıyorum.	1	2	3	4	5
5- Kendi işlerimi kendim yapıyorum.	1	2	3	4	5
6- İşlerimi mümkün olduğu kadar erteliyorum.	1	2	3	4	5
7- Günlük yaşamım değişmedi.	1	2	3	4	5
8- İki kade bir başım ağrıyor.	1	2	3	4	5
9- Her hangi bir sorunun yok, rahat deliksiz uyuyorum.	1	2	3	4	5
10- Düzenli yemek yerim, öğün sektirmem.	1	2	3	4	5
11- Fırsat buldukça yürümek isterim.	1	2	3	4	5
12- İşe başlamak bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
13- Sinema, tiyatro, kahve gibi kalabalık yerlere girmek istemiyorum.	1	2	3	4	5
14- Benim için en iyisi evde pinekleme.	1	2	3	4	5
15- Dalgınım, kendimi önümdeki işe veremiyorum.	1	2	3	4	5
16- Cinsel hayatımda bir sorun yok.	1	2	3	4	5
17- Gece uyanıp, tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
18- Çok ağrım var.	1	2	3	4	5
19- İş verimim düştü çok hata yapar oldum.	1	2	3	4	5
20- İş ortamından memnunum.	1	2	3	4	5
21- Cinselle ilişkiden zevk alamıyorum.	1	2	3	4	5
22- Kendimden memnunum.	1	2	3	4	5
23- Merdiven ve yokuş çıkarken zorlanıyorum.	1	2	3	4	5
24- Düz yolda istediğim kadar yürüyebiliyorum.	1	2	3	4	5
25- Cinsel isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
26- Günlük işler bile bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
27- Ağrı nedir bilmem.	1	2	3	4	5
28- Bir türlü gözüme uyku girmiyor.	1	2	3	4	5
29- İşim dışında zevkle yaptığım uğraşlarım var.	1	2	3	4	5
30- İştahım yok, yemek için kendimi zorluyorum.	1	2	3	4	5
31- İşimi zevkle yapıyorum.	1	2	3	4	5
32- Gerginim, en ufak aksaklığa bile sinirleniyorum.	1	2	3	4	5
33- Daha önce hiç ilgilenmediğim yeni uğraşlar edindim.	1	2	3	4	5
34- Bu durum nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	1	2	3	4	5
35- Sabahları uyanıldığında kendimi dinç ve uyanmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
36- Eşe dosta gitmek içimden gelmiyor.	1	2	3	4	5
37- Unutkanım, isimleri hatırlamakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4	5
38- Daha yavaş iş yapar oldum.	1	2	3	4	5
39- Her şey bana anlamsız geliyor.	1	2	3	4	5
40- Ailemle birlikte olmak hoşuma gidiyor.	1	2	3	4	5
41- Bu durumu bir türlü kabullenemiyorum.	1	2	3	4	5
42- Kendimi bildim bileli bu kilodayım.	1	2	3	4	5

EK-6. Hastane izin yazıları

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/01/2016-10721



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-100-
Konu : BURCU OPAK YÜCEL-İZİN YAZISI CEVABI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17/12/2015 tarihli ve 87008936-605.01- 145005 sayılı yazı,

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu OPAK YÜCEL'in Ocak 2016-Ocak 2017 tarihlerine denk gelen tez çalışması uygulamasını Gazi Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Servisi 6. ve 7. kat ile Proktoloji Ünitesinde gerçekleştirme talebi uygun görülmüş olup, olurluğu ekteki yazıda belirtilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Enstitü Müdürü

Emniyet Mah. Taş Sok. No: 3 06330 Eczacılar Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat Etiler
Y.Mahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 212 49 85
e-Posta :saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://saglikb.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Satu İNAN
Memur
Telefon No:202 26 52

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. (devam) Hastane izin yazıları

Ek Tarih ve Sayısı: 22/01/2016-9683



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği


* B E Z E 4 8 V 7 F *



Sayı : 90005124-770-
Konu : Tez Uygulama İzin Yazısı Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18/12/2015 tarihli ve 14574941-100- 145359 sayılı yazı,

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Burcu OPAK YÜCEL'in Doç.Dr.Mevlûde KARADAĞ danışmanlığında yapmayı planladığı "Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunların ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını, Ocak 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalı servisi 6. ve 7. kat ile Proktoloji Ünitesinde gerçekleştirme talebi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Kadriye ALTOK
Başhekim

EK :
Yazı Örneği (1 Sayfa)

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 202 50 90/2026651 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet A. İresi :http://gazi-universitesi.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Arzu Karahatıl
Birim Evrak Sorumlusu

EK-7. Etik komisyon izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/02/2016-E.14478



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu OPAK YÜCEL'in tez çalışması olan "Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunların ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" Komisyonumuzun 26.11.2015 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

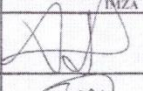
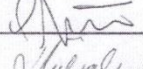
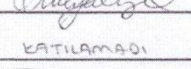
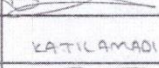
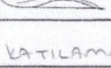
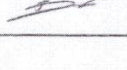
EK :
1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 - Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi: <http://etikkurul.gazi.edu.tr/>

Bilgi için Şenay Seloğlu
Genel Evrak Sorumlusu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. (devam) Etik komisyon izin yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 26.11.2015	TOPLANTI SAYISI : 10
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)	
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Oğün DOĞRU	
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL	
Prof.Dr.Şenol DURGUN	KATILAMADI
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL	KATILAMADI
Doç.Dr.Cumhur TUNCER	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA	KATILAMADI
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK	
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ	KATILAMADI
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bükem HACIÖMEROĞLU	

EK-8. Ölçek kullanım izin yazıları

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Taşı | Kategoriler | ...

Klasörler

- Gelen Kutusu 55
- Gereksiz E-posta 43
- Taslaklar 28
- Gönderilmiş Öğeler**
- Silinmiş Öğeler 17
- abonelik
- Arşiv

Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin

burcu opak
17.12.2015 (Per), 14:02
ozyilkano@hotmail.com

Merhaba Özgür Bey ;

Ben, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ar.Gör. Burcu Opak Yücel. Doç. Dr. Mevlüde Karadağ'ın danışmanlığında tezimi yürütmekteyim. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği" benim tezim için çok büyük katkılar sağlayacaktır. Bu nedenle izniniz olursa Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Türkçe eşdeğerliliğini kendi tezimde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

Kolaylıklar diliyorum hocam.

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | ...

Klasörler

- Gelen Kutusu 55**
- Gereksiz E-posta 43
- Taslaklar 28
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 17
- abonelik
- Arşiv

Re: Roll Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin

Ozgur Ozyilkan <ozyilkano@hotmail.com>
17.12.2015 (Per), 21:05
Siz

İzleme bayrağı. 18 Aralık 2015 Cuma tarihinde başlayacak. 18 Aralık 2015 Cuma tarihinde sona erecek.

13.6.2017 16:12 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Burcu Opak,
Soz konusu olcegi elbette kullanabilirsiniz.
Basarilar dilerim.
Saygılarımla

EK-9. Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.1. Tedavi sonrası 1.,3., 7., 25. günlerde beslenmede yapılan değişiklik ile tedavi sonrası 1.,3., 7., 25. günlerde bağırsak alışkanlığındaki değişikliğe ait dağılım

Değişken	Tedavi sonrası 1.,3., 7.,25. Günlerde Tüketilen Besinlerde Değişiklik																
	1. Gün			İstatistiksel Analiz*	3. Gün			İstatistiksel Analiz	7.Gün			İstatistiksel Analiz	25. Gün			İstatistiksel Analiz	
	Değişiklik Yok (n=37)	Sebz- Meyve (n=16)	Posa-Sıvı (n=20)		Değişiklik Yok (n=27)	Sebz- Meyve (n=21)	Posa-Sıvı (n=25)		Değişiklik Yok (n=22)	Sebz- Meyve (n=33)	Posa-Sıvı (n=18)		Değişiklik Yok (n=31)	Sebz- Meyve (n=26)	Posa-Sıvı (n=16)		
Bağırsak Alışkanlığındaki Değişiklik																	
Olmadı	33 (%89,2)	15(%93,8)	16(%80,0)	$\chi^2=3,154$ p=0,789	23 (%85,2)	14 (%66,7)	19 (%76,0)	$\chi^2=2,455$ p=0,653	18 (%81,8)	19 (%57,6)	7 (%38,9)	$\chi^2=1,229$ p=0,541	19 (%61,3)	8 (%30,8)	9 (%56,3)	$\chi^2=13,224$ p=0,104	
Tuvalet Daha Rahat	1 (%2,7)	1 (%6,2)	2 (%10,0)		3 (%11,1)	6 (%28,6)	5 (%20,0)		2 (%9,1)	8 (%24,2)	5 (%27,8)		6 (%19,3)	11 (%42,3)	2 (%12,4)		
Kabızlık Azaldı	2 (%5,4)	-	1 (%5,0)		1 (%3,7)	1 (%4,7)	1 (%4,0)		-	4 (%12,1)	2 (%6,1)		6 (%33,3)	2 (%6,5)	5 (%19,2)		3 (%18,8)
Kabızlık Arttı	1 (%2,7)	-	1 (%5,0)		-	-	-		-	2 (%9,1)	2 (%6,1)		-	4 (%12,9)	2 (%7,7)		2 (%12,5)

*İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değerlere göre χ^2 -değerlerine ait çapraz tablolar kullanılmıştır.

EK-9. (devam) Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.2. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar, görülme sıklığı ve yapılan uygulamalar (n=73)

Sorunlar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
Kanama	n=35	n=42	n=28	n=11	n=10
Kanama Sıklığı					
Defakasyon Öncesi	2 (%5,7)	1 (%2,4)	1 (%3,6)	-	-
Defakasyon Sırasında	24 (%68,6)	30 (%71,4)	17 (%60,7)	4 (%36,4)	-
Defakasyon Sonrası	9 (%25,7)	11 (%26,2)	10 (%35,7)	7 (%63,6)	10 (%100)
Kanamamanın Başlama Zamanı					
Tedavi Sonrası	-	9 (%21,4)	7 (%25)	2 (%18,2)	-
1 Ay-12 Ay Arası	28 (%80)	16 (%38,1)	11 (%39,3)	4 (%36,4)	6 (%60)
12 Ay ve Üzeri	7 (%20)	17 (%40,5)	10 (%35,7)	5 (%45,4)	4 (%40)
Kanama Süresi					
30 Dk. Kadar	29 (%82,9)	38 (%90,6)	24 (%85,8)	9 (%81,8)	9 (%90)
30-60 Dk. Arası	4 (%11,4)	2 (%4,7)	2 (%7,1)	2 (%18,2)	-
60 Dk. ve Üzeri	2 (%5,7)	2 (%4,7)	2 (%7,1)	-	1 (%10)
Kanamayı Gidermek İçin Uygulama Yapan	n=25	n=28	n=25	n=9	n=8
Kanamayı Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıcak Su Banyo+Duş	17 (%68)	20 (%71,4)	18 (%72)	6 (%66,7)	5 (%62,5)
Pomad+Analje.+Suppozituar	8 (%32)	8 (%28,6)	7 (%28)	3 (%33,3)	3 (%37,5)
Konstipasyon	n=40	n=33	n=29	n=28	n=34
Konstipasyon Sıklığı					
Haftada 1 kez	11 (%27,5)	9 (%27,3)	9 (%31,0)	13 (%46,4)	20 (%58,8)
Haftada 2 kez	26 (%65)	22 (%66,7)	19 (%65,6)	13 (%46,4)	6 (%17,7)
2 haftada 1 kez	3 (%7,5)	2 (%6,0)	1 (%3,4)	2 (%7,2)	8 (%23,5)
Konstipasyon Başlama					
Tedavi Sonrası	-	1 (%3,0)	1 (%3,4)	1 (%3,6)	7 (%20,6)
1 Ay-12 Ay Arası	7 (%17,5)	1 (%3,0)	3 (%3,4)	3 (%10,7)	2 (%5,9)
12 Ay ve Üzeri	33 (%82,5)	31 (%94)	25 (%93,2)	24 (%85,7)	25 (%73,5)
Konstipasyon Süresi					
3-6 Gün Arası	40 (%100)	33 (%100)	29 (%100)	28 (%100)	34 (%100)
Konstipasyonu Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=29	n=22	n=24	n=24	n=26
Konstipasyonu Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıvı Ağırlıklı	17 (%58,6)	10 (%45,4)	9 (%37,5)	15 (%62,5)	16 (%61,5)
İlaç+Posalı/Sebze Ağırlıklı	3 (%10,3)	2 (%9,2)	-	1 (%4,2)	1 (%3,8)
Posalı/Sebze/Meyve/Sıvı Ağırlıklı	9 (%31)	10 (%45,4)	15 (%62,5)	8 (%33,3)	9 (%34,7)

EK-9. (devam) Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.2. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar, görülme sıklığı ve yapılan uygulamalar (n=73)

Sorunlar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
	n=34	n=28	n=5	n=7	n=4
Kaşıntı sıklığı					
Her defakasyon sonrası ve sonrası	26 (%76,5)	20 (%71,4)	5 (%100)	6 (%85,7)	2 (%50)
Haftada 1-3 kez	8 (%23,5)	8 (%28,6)	-	1 (%14,3)	2 (%50)
Kaşıntı Başlama Zamanı					
Tedavi Sonrası	-	5 (%17,9)	-	-	2 (%50)
1 Ay-12 Ay Arası	18 (%52,9)	9 (%32,1)	2 (%40)	4 (%57,1)	2 (%50)
12 Ay ve Üzeri	16 (%47,1)	14 (%50)	3 (%60)	3 (%42,9)	-
Kaşıntı Süresi					
5-30 Dk. Kadar	26 (%76,5)	16 (%57,1)	3 (%60)	2 (%28,6)	4 (%100)
30 Dk. ve Üzeri	8 (%23,5)	12 (%42,9)	2 (%40)	5 (%71,4)	-
Kaşıntıyı Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=15	n=13	n=2	n=6	n=4
Kaşıntıyı Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıcak Su Banyo+Duş	12 (%80)	9 (%69,2)	2 (%100)	5 (%83,3)	2 (%50)
İlaç ve Oturma Banyosu	3 (%20)	4 (%30,8)	-	1 (%16,7)	2 (%50)
Anal Bölgede Ağrı Varlığı	n=48	n=51	n=42	n=28	n=10
Anal Bölgede Ağrı Sıklığı					
Defakasyon sırasında	42 (%87,5)	42 (%82,4)	35 (%83,3)	23 (%82,1)	8 (%80)
Defakasyon sonrası	6 (%12,5)	9 (%17,6)	7 (%16,7)	5 (%17,9)	2 (%20)
Anal Bölgede Başlama Zamanı					
Tedavi sonrası	-	11 (%21,6)	11 (%26,2)	6 (%21,4)	-
1 -12 ay arası	19 (%39,6)	14 (%27,4)	13 (%31)	8 (%28,6)	3 (%30)
12 ay ve üzeri	29 (%60,4)	26 (%51)	18 (%42,8)	14 (%50)	7 (%70)
Anal Bölge Ağrı Süresi					
5-30 Dk. Kadar	31 (%64,6)	32 (%62,7)	30 (%71,4)	20 (%71,4)	8 (%80)
30 Dk. ve Üzeri	17 (%35,4)	19 (%37,3)	12 (%28,6)	8 (%28,6)	2 (%20)
Anal Bölgede Ağrıyı Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=15	n=17	n=25	n=11	n=8
Anal Bölgede Ağrıyı Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıcak Su Banyo	8 (%53,3)	7 (%41,2)	19 (%76)	9 (%81,8)	4 (%50)
İlaç+Analjezik	3 (%20)	6 (%35,3)	1 (%4)	-	2 (%25)
Oturma Banyosu+Analje.+İlaç	4 (%26,7)	4 (%23,5)	5 (%20)	2 (%18,2)	2 (%25)

EK-9. (devam) Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.2. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar, görülme sıklığı ve yapılan uygulamalar (n=73)

Sorunlar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
Ağrılı/Zor Defekasyon Varlığı	n=58	n=63	n=57	n=48	n=34
Ağrılı Defekasyon Sıklık					
Defekasyon Sırası	49 (%84,5)	53 (%84,1)	48 (%84,2)	40 (%83,3)	28 (%82,3)
Defekasyon Sonrası	5 (%8,6)	7 (%11,1)	8 (%14,0)	8 (%16,7)	6 (%17,7)
Gün İçinde 1-2 Kere	4 (%6,9)	3 (%4,8)	1 (%1,8)	-	-
Ağrılı Defekasyon Başlama Zamanı					
Tedavi Sonrası	-	11 (%17,5)	13 (%22,8)	9 (%18,7)	5 (%14,7)
1 Ay-12 Ay Arası	23 (%39,7)	19 (%30,1)	18 (%31,6)	15 (%31,3)	12 (%35,3)
12 Ay ve Üzeri	35 (%60,3)	33 (%52,4)	26 (%45,6)	24 (%50)	17 (%50)
Ağrılı Defekasyon Süresi					
5-30 dk.	38 (%65,5)	42 (%66,7)	43 (%75,4)	38 (%79,2)	32 (%94,1)
30 dk. ve üzeri	20 (%34,5)	21 (%33,3)	14 (%24,6)	10 (%20,8)	2 (%5,9)
Ağrılı/Zor Defekasyonu Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=58	n=63	n=57	n=48	n=34
Ağrılı/Zor Defekasyonu Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıcak Su Banyo+Duş	19 (%32,7)	19 (%30,1)	28 (%49,1)	21 (%43,7)	20 (%58,8)
İlaç ve Oturma Banyosu	6 (%67,3)	11 (%69,9)	8 (%50,9)	4 (%56,3)	3 (%41,2)
İnkontinans	n=8	n=13	n=13	n=4	n=1
İnkontinans Sıklığı					
Defekasyon Öncesi	3 (%37,5)	3 (%23,1)	7 (%53,8)	1 (%25)	1 (%100)
Defekasyon Sonrası	4 (%50)	8 (%61,5)	6 (%46,2)	3 (%75)	-
Haftada Birkaç Defa	1 (%12,5)	2 (%15,4)	-	-	-
İnkontinans Başlama Zamanı					
Tedavi Sonrası	-	3 (%23,1)	9 (%69,2)	3 (%75)	-
1 Ay-3 Ay Arası	5 (%62,5)	4 (%30,8)	1 (%7,7)	-	1 (%100)
3 Ay ve Üzeri	3 (%37,5)	6 (%46,1)	3 (%23,1)	1 (%25)	-
İnkontinans Süresi					
5-30 Dk. Kadar	7 (%87,5)	9 (%69,2)	13 (%100)	4 (%100)	1 (%100)
30 Dk. ve Üzeri	1 (%12,5)	3 (%30,8)	-	-	-
İnkontinansı Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=5	n=7	n=12	n=4	n=1
İnkontinansı Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
Sıcak Su Banyo	2 (%40)	3 (%42,8)	3 (%25)	1 (%25)	-
Duş	3 (%60)	4 (%57,2)	9 (%75)	3 (%75)	1 (%100)

EK-9. (devam) Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.2. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar, görülme sıklığı ve yapılan uygulamalar (n=73)

Sorunlar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
Fissür	n=20	n=20	n=20	n=20	n=20
Fissür Başlama Zamanı					
Tedavi sonrası	-	2 (%10)	2 (%10)	2 (%10)	2 (%10)
1 -12 ay arası	14 (%70)	11 (%55)	11 (%55)	11 (%55)	11 (%55)
12 ay ve üzeri	6 (%30)	7 (%35)	7 (%35)	7 (%35)	7 (%35)
Fissür Ne Kadar Sürdü					
1 -12 ay arası	12 (%60)	12 (%60)	12 (%60)	12 (%60)	12 (%60)
12 ay ve üzeri	8 (%40)	8 (%40)	8 (%40)	8 (%40)	8 (%40)
Fissür Tekrarlama					
Evet	5 (%25)	5 (%25)	5 (%25)	5 (%25)	5 (%25)
Hayır	15 (%75)	15 (%75)	15 (%75)	15 (%75)	15 (%75)
Fissür Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=7	n=7	n=7	n=7	n=7
Fissür Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
İlaç ve Pomad	7 (%100)	7 (%100)	7 (%100)	7 (%100)	7 (%100)
Anemi	n=2	n=2	n=2	n=2	n=2
Anemi Başlama Zamanı					
1 Yıl Önce	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)
2 Yıl Önce	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)
Anemi Süresi					
3 Ay	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)
1 Yıl	-	-	-	-	-
2 Yıl	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)	1 (%50)
Anemi Tekrarlama					
Evet	-	-	-	-	-
Hayır	73 (%100,0)	73 (%100)	73 (%100)	73 (%100,0)	73 (%100,0)
Anemiyi Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=1	n=1	n=1	n=1	n=1
Anemiyi Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar					
İlaç kullanımı	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)

EK-9. (devam) Ek çizelgeler

Ek çizelge 9.2. Girişimsel hemoroid tedavisi öncesi ve tedavi sonrasında gelişen sorunlar, görülme sıklığı ve yapılan uygulamalar (n=73)

Sorunlar	İzlemler				
	Tedavi Öncesi	1.Gün	3.Gün	7.Gün	25.Gün
Enfeksiyon	n=0	n=0	n=0	n=2	n=0
Enfeksiyonun Başlama Zamanı 3-7 Gün	-	-	-	2 (%100)	-
Enfeksiyonun Devam Etme Süresi 3-7 Gün	-	-	-	2 (%100)	-
Enfeksiyonu Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=0	n=0	n=0	n=2	n=0
Enfeksiyon Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar İlaç Kullanımı	-	-	-	2 (%100)	-
Fistül Görülmedi	73 (%100,0)	73 (%100)	73 (%100)	73 (%100,0)	73 (%100,0)
Stenoz	n=0	n=0	n=0	n=2	n=2
Stenoz Başlama Zamanı Tedavi Sonrası	-	-	-	2 (%100)	2 (%100)
Stenoz Ne Kadar Sürdü 15-30 gün arası	-	-	-	2 (%100)	2 (%100)
Stenoz Tekrarlama Evet Hayır	- 73 (%100)	- 73 (%100)	- 73 (%100)	- 73 (%100)	- 73 (%100)
Stenozu Gidermek İçin Uygulama Yapanlar	n=0	n=0	n=0	n=2	n=2
Stenoz Gidermek İçin Yapılan Uygulamalar İlaç ve pomad	-	-	-	2 (%100)	2 (%100)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : OPAK YÜCEL, Burcu
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 30.01.1986 Adana
 Medeni hali : Evli
 e-mail : burcuella@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	2011
Lise	Adana İncirlik Lisesi (Süper Lise)	2005

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015-Halen	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi
2013-2015	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi
2012-2013	Özel Adana Hastanesi	Klinik Hemşiresi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Opak, B. O., Karadağ, M. (2017, Mayıs). *Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları konstipasyon sorunu ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi*. XVI Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, Antalya, Türkiye.

- Opak, B. O. ve Karadağ, M. (2017, Mayıs). *Hemoroidektomi sonrası sıcak su oturma banyosu veya sıcak duş mu etkili: kanıtlar hangi düzeydedir*. Uluslararası katılımlı Dördüncü Temel Hemşirelik Bakım Kongresi, Bodrum, Türkiye.
- Yılmaz, S. G., Yücel, B. O., Çuhadar, D. (2015, Eylül). *İlahiyat fakültesi öğrencilerinin organ nakline yönelik bilgi ve tutumları*. 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum, Türkiye.
- Yılmaz, S. G., Yücel, B. O., Çuhadar, D. (2017). Knowledge and attitudes of the faculty of theology students on organ transplantation. *Journal of Religion and Health*, 56, 1042-1051.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..