



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMOROİDEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

HAFİZE CAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL – 2017

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresince, çalışmalarına katkılarıyla rehberlik eden, desteğini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr.Nihal Sunal'a, kıymetli hocam Öğr. Gör. Esra Eren'e, Özel Nisa Hastanesi cerrahi doktorumuz Uzm. Dr. Mustafa Şener'e, Özel Nisa Hastanesi Cerrahi Servisi hemşirelerine,

Bu araştırmayı gerçekleştirirken çalışmaya katılmayı kabul eden sevgili hemoroid hastalarına,

Bu araştırmayı gerçekleştirirken çalışmamı destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen sevgili eşim Uğur Can'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
1- ÖZET	1
2- ABSTRACT	2
3- GİRİŞ VE AMAÇ	3
4- GENEL BİLGİLER	4
4.1. Hemoroid	4
4.1.1. Hemoroidin tanımı ve tarihçesi	4
4.1.2. Hemoroidin epidemiyolojisi.....	7
4.1.3. Hemoroidin etyolojisi.....	7
4.1.3.1. Beslenme tarzı	7
4.1.3.2. Kabızlık ve ishal	8
4.1.3.3. Tuvalet alışkanlığı	8
4.1.3.4. Cinsiyet.....	8
4.1.3.5. Genetik faktörler.....	8
4.1.3.6. Yaş.....	9
4.1.3.7. Medikal durumlar	9
4.1.3.8. Diğer faktörler	9
4.1.4. Hemoroidin fizyopatolojisi	10
4.1.5. Hemoroidin sınıflandırılması	12
4.1.5.1. İnternal hemoroid	12
4.1.5.2. Eksternal hemoroid	13
4.1.5.3. Mikst tip hemoroid	14

4.1.6. Hemoroidin tanısı ve tedavisi.....	14
4.1.6.1. Tanı ve tanı kriterleri	14
4.1.6.2. Tedavi.....	14
4.1.6.3. Hemoroidektomi.....	16
4.1.6.4. Longo (Stapler) hemoroidopeksi	17
4.1.6.5. Diğer tedaviler.....	18
4.1.7. Hemoroidde hemşirelik bakımı	21
4.2. Yaşam Kalitesi.....	22
4.2.1. Yaşam kalitesinin göstergeleri	24
4.2.1.1. Sosyal göstergeler.....	24
4.2.1.2. Sağlığa ilişkin göstergeler	24
4.2.1.3. Psikolojik göstergeler.....	24
4.2.1.4. Ekonomik göstergeler	24
4.2.2. Yaşam kalitesinin ölçülmesi	24
4.2.3. Yaşam kalitesini artırma yöntemleri	25
5- METOT VE MATERYAL	27
5.1. Araştırmanın Amacı.....	27
5. 2. Araştırma Hipotezleri.....	27
5. 3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
5. 4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
5.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri	28
5. 6. Verilerin Toplanması	28
5. 7. Veri Toplama Aracı ve Özellikleri.....	28
5. 8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
5. 9. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
5.10.Araştırmanın Değişkenleri.....	30
5.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30

6- BULGULAR	31
6.1. Katılımcıların Kişisel Bilgileri ve Ameliyat Önceki SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	32
6.2. Katılımcıların Kişisel Bilgileri ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	40
6.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	50
7- TARTIŞMA.....	51
8- SONUÇ.....	57
9- KAYNAKLAR.....	60
10- EKLER.....	65
11- ETİK KURUL ONAYI.....	70
12-ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
cm	: Santimetre
HBS	: Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar
M.Ö.	: Milattan Önce
PRO	: Patient Reported Outcomes
s.	: Sayfa
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
yy.	: Yüzyıl

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 5. 7. 1. SF-36 Değerlendirme Kriterleri	29
Tablo 6. 1. Hemoroidektomi Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	31
Tablo 6. 1. 1. Olguların Ameliyat Öncesi SF-36 Puanlarının Yaş Değişkeni İle İlişkisi	32
Tablo 6. 1. 2. Hemoroidektomi Geçiren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ameliyat Öncesi SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N=80).....	33
Tablo 6. 1. 3. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırması	34
Tablo 6. 1. 4. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırması	34
Tablo 6. 1. 5. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	35
Tablo 6. 1. 6. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Göre Karşılaştırması	36
Tablo 6. 1. 7. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Başka Kronik Hastalığın Türü Değişkenine Göre Karşılaştırması	37
Tablo 6. 1. 8. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Hemoroid Derecesi Değişkenine Göre Karşılaştırması	38
Tablo 6. 1. 9. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Cerrahiye Neden Olan En Önemli Etken Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	38
Tablo 6. 1.10 Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Daha Önce Tedavi Görme Değişkenine Göre Karşılaştırması	39
Tablo 6. 2. 1. Olguların Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Yaş Değişkeni İle İlişkisi	40
Tablo 6. 2. 2. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	41
Tablo 6. 2. 3. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	42
Tablo 6. 2. 4. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırması	43
Tablo 6. 2. 5. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	44

Tablo 6. 2. 6. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Göre Karşılaştırması	45
Tablo 6. 2. 7. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Başka Kronik Hastalığın Türü Değişkenine Göre Karşılaştırması	46
Tablo 6. 2. 8. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Hemoroid Derecesi Değişkenine Göre Karşılaştırması	46
Tablo 6. 2. 9. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Cerrahiye Neden Olan En Önemli Etken Değişkenine Göre Karşılaştırması.....	47
Tablo 6. 2. 10 Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Ameliyat Sonrası Görülen Komplikasyon Değişkenine Göre Karşılaştırması	48
Tablo 6. 2. 11. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Daha Önce Tedavi Görme Değişkenine Göre Karşılaştırması	49
Tablo 6. 3. 1. Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Karşılaştırması.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1. 4. 1. Anorektal Bölge ve Hemoroidler	10
Şekil 4. 1. 5. 1. 1. Hemoroid Dereceleri.....	12
Şekil 4. 1. 6. 4. 1. Stapler Hemoroidopeksi.....	18



1- ÖZET

HEMOROİDEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Hemoroidler insan vücudunun normal anatomik elemanları olan anal kanala dizilmiş önemli vasküler yastıkçıklardır. Bu araştırma hemoroidektomi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini 01.05.2013 ile 30.07.2014 tarihleri arasında Özel Nisa Hastanesi'nde hemoroidektomi uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırma kapsamına alınan 88 hastadan, 6 hasta görüşmeyi kabul etmediği için, 2 hasta da araştırma kriterlerine uymadığı için araştırmaya katılmadı. Bu nedenle örneklem sayısı 80 olarak belirlendi. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür desteğinde hazırlanan soru formu ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18.0 versiyonu ile bilgisayar ortamında gerçekleştirildi. İstatistiksel yöntem olarak; sayı, yüzde, aritmetik ortalamaları, standart sapma, minimum ve maksimum değerler incelendi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakıldı. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeni ile Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Elde edilen bulgulara göre hastaların, 20-80 yaş aralığında (ortalama 44,38), kadın (%57,5), evli (%87,5), ilköğretim mezunu (%37,5), kronik hastalığa (%70) ve 4. Derece Hemoroid tanısına (%81,3) sahip olduğu bulundu. Ameliyat öncesi SF 36 puanları ile hasta özellikleri karşılaştırıldığında, erkek olguların, sağlık çalışanlarının, 3. derece hemoroid olguların ve kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Ameliyat sonrası SF 36 puanları ile hasta özellikleri karşılaştırıldığında ise, erkek olguların, ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören olgular ile sağlık çalışanlarının genel sağlık puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir artış, ağrı puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma görüldü ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Hemoroidektomi, Hemoroidal hastalık, Yaşam Kalitesi

2- ABSTRACT

LIFE QUALITY DETERMINATION OF PATIENTS TREATED WITH HEMORRHOIDECTOMY

Hemorrhoids is the loosening of the glomerulus of veins around the anus and as a consequence prolapse of them like nozzle. The aim of this study is to determine the life quality of patients who undergo hemorrhoidectomy. The population of this study consists of the patients treated with hemorrhoidectomy in Özel Nisa Hastanesi between May 1st, 2013, and July 30th, 2014. Among 88 patients included, 8 of those patients did not participate as 6 of them refused to participate into the interview and 2 of them did not meet the criteria of the study. Data of the study was collected with the help of SF 36 Life Quality Scale and the questionnaire prepared by the researcher with the help of the literature. Evaluation of data is carried out with SPSS 18.0 version in computer environment. Number, percentage, arithmetic average, standard deviation, minimum and maximum values were evaluated as part of the statistical method. Shapiro-Wilk normality test was used to determine whether the data shows normal distribution. As the data did not show normal distribution, Kruskal Wallis H and Mann Whitney U tests were used. According to the findings, it is seen that the age range of the patients were between 20 and 80 (with an average of 44.38), female (57,5%), married (87,5), primary school graduate (37,5%), having a chronic disease (70%), and diagnosed with fourth-degree-hemorrhoid (81,3%). Comparing the patient characteristics and SF 36 points before the surgery, it is found the preoperative physical function points of male cases, medical staff, third-degree hemorrhoid cases, and cases undergoing a surgery because of hemorrhage/pruritus were higher ($p<0,05$). Furthermore, comparing the patient characteristics and SF 36 points after the surgery, it is detected that general health points of male cases, cases with a degree of primary school, high school and university, and medical staff were significantly higher ($p<0,05$). While a significant increase is seen in the physical function, physical role, liveliness, social function, social role, and mental health points after the surgery, pain points were significantly decrease ($p<0,05$).

Key words: hemorrhodectomy, hemorrhoidal disease, quality of life

3- GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp dilinde Hemoroidal anılan, ancak halk arasında daha çok “hemoroid”, “basur” ya da “makatta meme” şeklinde isimlerle anılan bu hastalık, anal kanal (makat) dediğimiz bölgede çok sık rastlanılan bir hastalık türüdür. Hemoroidler insan vücudunun normal anatomik elemanları olan anal kanala dizilmiş önemli vasküler yastıkçıklardır. Bu yastıkçıklar kalınlaşmış submukoza dokusu içerisinde venler, arterler, düz adale lifleri ve bağ dokusundan meydana gelir (1).

Hemoroid adını verdiğimiz bu yastıkçıklar, anal kanalın üç farklı bölgesine yerleşirler. Bunlar sol lateral, sağ ön ve sağ arka kadrandır. Bu hastalığa neyin sebep olduğu henüz tam olarak bulunamamıştır. Bununla beraber, hastalığın en çok ilişkilendirildiği sebepler ıkınma, düzensiz bağırsak hareketleri ve yerçekimidir (2).

Günümüzde Hemoroidal hastalığının tedavisi için pek çok farklı teknik uygulanmaktadır. Klinik açıdan dört farklı dereceye, dört farklı evreye ayrılan Hemoroidal hastalığında yaygın görüş, hastalığın 1. ve 2. derece olanlarının tedavisinde cerrahi tedaviye gerek olmadığıdır. Bunun yerine medikal tedavi dediğimiz diyet ve ilaç tedavileri veya küçük girişimler(lastik bant ligasyonu, skleroterapi vb.) uygulanarak hastalık tedavi edilebilir. 3. ve 4. derece hemoroidlerde ise cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Günümüzde stapler ile hemoroidopeksi yöntemleri, hemoroidal hastalığında artık birer rutin haline almış cerrahi tekniklerdir. Yaşam kalitesi; yaşam şartlarında sağlanabilecek kişisel doyum seviyesine etki eden günlük hayatın ruhsal, fiziksel ve sosyal etkilerine, hastalıklara gösterilen şahsi tepkileri işaret eden bir kavramdır. Hemoroidektomi sonrasında ise hastaların yaşam kalitesinde bir süre düşüş yaşanabilir. Bu nedenle hemoroidektomi sonrası bakım oldukça önemlidir (6).

Bu çalışmanın amacı, hemoroidektomi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesidir.

4- GENEL BİLGİLER

4.1. Hemoroid

4.1.1. Hemoroidin tanımı ve tarihçesi

Kökene Latince haema (kan) ve rhoos (akış) sözcüklerinden gelen Hemoroid kelimesini ilk kez kullanan kişinin, hemoroid kanamasının anal venlerden geldiğini ifade eden Hippocrates olduğu tahmin edilmektedir (1). Hemoroid hastalığının geçmişine bakıldığında insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. MÖ 1700-1500 yıllarından kalma eski Mısır papirüslerinde anal bölge hastalıklarına dair yazılar olduğu ortaya çıkmıştır. Edwin Smith papirüsleri olarak adlandırılan bu yazılarda bütün ağırlı anal hastalıkların tedavisi için topikal tedavi tavsiye edilmektedir (2).

Hemoroid ile alakalı tedavi tavsiyelerine Hippocrates'in M.Ö 460 yılında yazıya almış olduğu kaynaklardan erişilebilmektedir. Hemoroidin tedavi yöntemi olarak Hippocrates, pakenin ligasyonunu belirtmektedir. Pake kökünden ipek dikişle bağlanarak nekroze yok olana kadar suya değmemesi Hippocrates'in tedavi önerisiydi. Hippocrat'ın bir başka tedavi metodu ise pakenin eksizyonudur (2).

Hemoroid hastalıklarıyla Romalı hekimlerin de alakadar olduğu belirtilmektedir. De Medicina'dan ulaşılan bilgiler doğrultusunda Celsus (MÖ 25-MS 14) ve Galen (MS 131- 201)'in konuyla alakalı araştırmalarının bulunduğu görülmektedir (3). Ligasyon ve eksizyon yöntemlerinden detaylı biçimde bahseden Celsus, ameliyattan sonra üriner retansiyon komplikasyonunun açığa çıkabileceğini ifade etmiştir (3).

Hemoroid hastalığıyla alakalı Türk hekimlerinin yaptıkları çalışmalara Şerafettin Sabuncuoğlu'nun 2 ciltten oluşan "Cerrahiyetü'l Haniyye" adlı kitabında rastlamak mümkündür. Sabuncuoğlu'nun eseri incelendiğinde bir bölümünün ano-rektal hastalıklara ayrıldığı görülmektedir (4).

18. yy.'a kadar literatürde yeterli kaynağın bulunmadığı hemoroid hastalığıyla alakalı konularda 19. Yüzyılda cerrahların yeni bakış açıları geliştirdikleri görülmektedir (1, 5). 1882'de Whitehead'in önermiş olduğu total hemoroidektomi, hemoroid tedavisinde atılan önemli adımlardan biridir (2). Söz konusu bu teknik Whitehead'ın ismiyle anılmakta olup, teknik kapsamında perianal deri-anoderm hizasından atılan çepeçevre bir kesiyle birlikte bütün hemoroid dokusu, anal ve rektal mukozanın bir bölümü eksize edilerek proksimal rektal mukoza anal deriye dikilmektedir. 19. yüzyılda cerrahi tedavinin yanında medikal uygulamalara da rastlamak mümkündür. Houston'ın tedavi önerisi topikal nitrik asit iken; Morgan pakelerin içine demir protosülfat, Andrews ise fenol solüsyonu enjekte ederek dönemin skleroterapi yöntemini meydana getirmişlerdir (6). Salmon'un hemoroidektomi tekniği, 20. yüzyılın ilk yarısında cerrahlar tarafından uygulanmaktaydı. Dönemin en önemli buluşu olarak, 1937'de St.Marks Hospital'dan Milligan ve Morgan'ın bildirmiş olduğu açık hemoroidektomi tekniği kabul edilmektedir. İngiltere başta olmak üzere ABD dışındaki birçok ülkede bu teknik, günümüzün en çok kullanılan hemoroidektomi biçimidir (7).

1959'da ise ABD'den Lynn Ferguson kendi ismiyle anılan kapalı hemoroidektomi tekniğini sundu. Bu teknik sonrasında hemoroidektomiden sonra yaraların kapatılması neticesinde iyileşme problemi ve sepsis gelişme endişesine olan inanç yok edilmiştir (8).

Submukozal hemoroidektomi tekniği ise 1956'da Alan Parks tarafından ortaya konuldu. Submukozal hemoroidektomi tekniğine göre anal mukoza korunarak pakeler submukozal düzeyden eksize edilmekte ve kesilmiş olan mukoza tekrardan karşılıklı dikilmektedir. Anal mukozanın bu biçimde korunması Alan Parks'a göre, postoperatif ağrıyı ve uzun dönemde striktür ve inkontinens olasılığını düşürmektedir. Fakat ameliyatın uzun sürmesi ve diğer teknikler karşısında elle tutulur bir üstünlüğünün olmaması tekniğin uygulama alanını daraltmıştır (9).

Ligasyon yöntemi, internal hemoroidlerin tedavisinde ilk defa Joseph Mathews tarafından ortaya konmuş ve 1958'de pakelerin köküne lastik band yerleştirilmesine imkan sunan bir alet geliştiren Blaisdell tarafından tekrardan

gündeme getirilmiştir. Baron tarafından lastik band ligasyonu ile başarılı biçimde tedavi edilen vaka serisinin 1963'te yayınlaması sonrasında bu yöntem günümüzde en çok uygulanan tedavi mahiyetindedir (10).

İlk olarak 1979'da Neiger'in tarif etmiş olduğu kızılötesi ışınlarla koagülasyon (infrared koagülasyon), hemoroid tedavisinde kullanılan bir başka cerrahi dışı yöntem olup, hemoroid hastalığında lazer tedavisi ile alakalı ilk yayın 1987'de Sankar ve Joffe tarafından yapılmıştır (5).

Yapılan çalışmalar semptomatik hemoroid hastalığı olan ve çoğunlukla genç hastalarda anal kanal istirahat basıncının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda tedavi önerileri olarak basınç azaltıcı yöntemler geliştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda Allgower 1975'te parsiel internal sfinkterotomi gerçekleştirdiği vakaları bildirmiştir. Parsiyel internal sfinkterotomi günümüzde, sadece temel şikayeti kanama yanında ağrı olan ve anal sfinkter basıncı fazla saptana hemoroidal hastalıklı genç hastalarda, diğer yöntemlere ilave olarak bazen uygulanmaktadır (8).

Esas şikayeti pakelerin dışarı sarkması (prolapsus) olan hemoroid hastalığının tedavisi için 1993'te İtalya'dan Longo ve sonrasında Pescatori ve arkadaşları tarafından sirküler stapler kullanılmaya başlandı (11). Hemoroidektomi ameliyatı olmayıp stapler yardımı ile sağlanan bir anopeksidi olarak ifade edilen bu yöntemle, linea dentada (dişli hat) en az 2-4 cm üzerinden stapler desteğiyle çepeçevre bir mukoza çıkarılmakta ve kalan mukozaların tekrardan ağızlaştırılması ile sarkmış olan pakelerin yerlerine dönmesi hedeflenmektedir. Longo hemoroideksi oldukça kısa bir zaman içinde bütün dünyada benimsenen bir yöntem olmuştur. 1998'de ise Ulualp M.K ve O'Bichere lineer staplerle hemoroidektomi tekniğini ilk kez tanımlamıştır (12, 13).

Son zamanlarda hemoroid tedavisinde kullanılmakta olan bir başka yöntem ise ilk olarak 1995'te Morinaga ve arkadaşlarının uygulamış olduğu hemoroid arter ligasyonudur. Bu yöntemle anoskopun içinden anal kanala yerleştirilen ultrason probu desteğiyle pakelerin içine giren superior rektal arterin uç dalları tespit edilerek birer dikişle bağlanmaktadır (14).

4.1.2. Hemoroidin epidemiyolojisi

Erkeklerde ve kadınlarda görülme sıklığı arasında bir fark olmayan hemoroidal hastalığın toplumdaki sıklığı ise 40 yaşın üstündeki kişilerde %50 olarak belirtilmektedir (15).

Hemoroidal hastalığın görülme sıklığı konusunda ülkemizde yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1983-1986 yılları arasında hemoroid tedavisi için yaklaşık 4.15/1000 insan ilk defa doktora başvurmuştur. Kaydı tutulmamış hastalar bu gruba dahil olmadığından dolayı bu değerin gerçeğin altında olması olasıdır (2). 1996 yılında ABD'de 8.5 milyon kişide hemoroidal hastalık tespit edilmiş olup topluluk prevalansı ise %4.4 olarak saptanmıştır. Avustralya'da 2001-2002 yıllarını kapsayan istatistiklere göre hemoroidal hastalık sebebiyle devlet hastanelerinde hospitalizasyon 4.3/10.000'dir (2, 16).

İnsidans ise bir milyon yeni olgu olup bunların neredeyse üçte biri tıbbi tedavi amacıyla başvurmakta ve yılda 1,5 milyon reçete yazılmaktadır. Hemoroidal hastalık sebebiyle yıllık hospitalizasyon 168.000-316.000, ayakta tedavi sayısı yıllık 1.9-3.5 milyon, güç ve iş kaybı ise 38.000-52.000 kişidir. Fakat hastanede gerçekleştirilen hemoroidektomilerin sayısında düşüş görülmektedir. 1974'de 117/100.000 olan hemoroidektomi oranı 1987 yılında ise 37/100.000'e gerilemiştir. Söz konusu gerilemenin bir sebebi de hemoroidal hastalığın ayaktan ve muayenehanede gerçekleştirilen tedavileridir. Hemoroidal hastalıkla ilgili olarak ABD'de 1983-1987 yılları arasında 17 ölüm gerçekleşmiş olup, ölümün prevalansa oranı % 0.00016'dır (2, 17).

4.1.3. Hemoroidin etyolojisi

4.1.3.1. Beslenme tarzı

Diyet hemoroid oluşumuna etki eden faktörlerdendir ve lifli diyetin hemoroid gelişiminde etkisi olduğuna ilişkin teoriler 1970'lerde ortaya atılmıştır. Endüstrileşen

toplumlardaki düşük artıklı yüksek rafine diyetle olan yatkınlık, dışkıının daha sert olmasına, daha sık ıkınmalara ve bundan dolayı da bağırsakta düz kas hipertrofisine sebep olmakta ve anal kanaldaki dokuların hasar görmektedir (18).

4.1.3.2. Kabızlık ve ishal

Düşük lifli diyetler kabızlığın da primer bir etyolojik faktör olabileceği teorisine sebep olmaktadır. Bununla beraber, yaş, etnik gruplar, cinsiyet ve hemoroidlerin daha sık görüldüğü sosyal sınıflar bakımından hemoroid oluşumu ile kabızlık kıyaslandığında, epidemiyolojik olarak belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Diğer bir taraftan, semptomatik hemoroidleri bulunan hastaların bulunmayanlara göre daha çok kabızlık deneyiminin olmadığı görülmektedir. Hastada alkolizm öyküsü var ise kabızlığa kıyasla ishal, hemoroidlerle daha çok bağlantılı kabul edilmektedir (15).

4.1.3.3. Tuvalet alışkanlığı

Tuvalette uzun süreler oturma ve ıkınma sonucunda perine gevşemesi ve anal yastıkcıkların sarkması açığa çıkmaktadır (19).

4.1.3.4. Cinsiyet

Kadın ve erkek arasında hemoroid oluşması bakımından herhangi bir fark yoktur. Ancak gebelik hemoroidal hastalıklar açısından risk unsuru olarak görülmektedir (19).

4.1.3.5. Genetik faktörler

Yapılan araştırmalar sonucunda hemoroidlerin genetik bağlantıları bakımından geçerli ve yeterli kanıtlar saptanamamıştır (18).

4.1.3.6. Yaş

Yaşla doğru orantılı olarak hemoroidlerin prevalansı da artış göstermektedir. Söz konusu bu durum yaşamın yedinci dekadına kadar sürmekte, sonrasında prevalansta yavaş bir düşüş gözlemlenmektedir (19).

4.1.3.7. Medikal durumlar

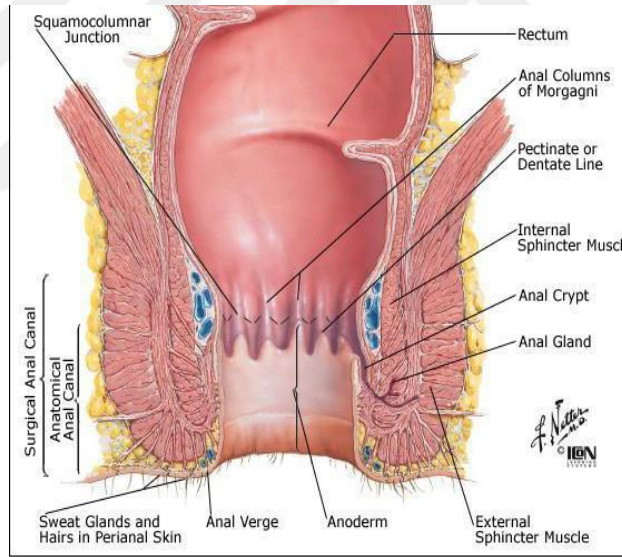
Bazı hastalıklarla beraber hemoroidlerin görülme sıklığında artış gözlenmektedir. Fıtık ya da genitoüriner prolapsus varlığı ile hemoroid arasında pozitif yönde orantı bulunmaktadır (18). Bu hastalıkların oluşma nedeni kronik ıkınma solabileceği gibi üçü de bağ dokusu bozukluğundan dolayı da oluşabilmektedir. Prostat büyümesi, kronik öksürük ve gebeliği bulunan hastalarda da hemoroid görülme sıklığı yüksek olduğundan dolayı temel sebep yine de kronik ıkınma olarak kabul edilebilmektedir. Portal hipertansiyon ve spinal kord yaralanması olan hastalarda da hemoroidlerle sıkça karşılaşmaktadır (20).

4.1.3.8. Diğer faktörler

Kanıtlar kesin olmasa da uzun süre ayakta durma ya da oturma ve ağır bir cisim kaldırmanın hemoroide sebep olabileceği tahmin edilmektedir. Ağır bir cisim kaldırıldığında anorektal bölgedeki kaslara ve venöz sisteme ekstra yük yüklenmesine sebep olabilmektedir. Ayrıca, ayakta uzun süre durmak da kapakçıkları bulunmayan bölge venlerinde kan göllenmesine ve hemoroidal semptomlara sebep olabilmektedir. Fakat tüm bunların hemoroidin birincil sebebi olduğuna dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Söz konusu aktiviteler var olan hemoroidleri daha da kötüleştirebilmektedir. Hemoroidlerle alakalı olan bir başka durum ise gebeliktir. Fetüsün uterustaki pozisyonu, anorektal artmış olan basınç sonucunda internal hemoroid gelişmesine sebep olabilmektedir. Fiziksel olarak aktif olmamak da anorektal bölgedeki kas tonusunu azaltarak hemoroidal yastıkçıkların zayıflamasına sebep olduğu için hemoroid oluşumunu desteklemektedir (21).

4.1.4. Hemoroidin fizyopatolojisi

İnsan vücudunda normal anatomik olan hemoroidlerin yapıları mukoza, submukozal fibroelastik bağ dokusu, düz kaslar ve kan damarlarından oluşmaktadır (22). Thomson tarafından ortaya konan “Vasküler yastık” teorisi doğrultusunda normal hemoroid dokuları submukozada kalınlaşmış biçimde yer alan ayrı ayrı kitlelerdir ve defekasyon sırasında aşağıya doğru kayarlar (60). Hemoroidal yastıklar kontinensin sağlanmasında önemli rol oynamaktadırlar. Anal yastıkcık olarak da adlandırılan bu yapılar anal kanalın sağ ön, sağ arka ve sol lateral bölümlerinde bulunmakta ve sıvı-katı-gaz kontinensinin ayarlamasının yapılmasını sağlamaktadırlar. Anal yastıklar kollajen bağ dokusu ve müküler lifler ile submukozadaki yerlerinde tutunmakta ve lifler yastıkları internal sfinktere ve longitudinal kas tabakasına bağlamaktadırlar (23, 24).



Şekil 4. 1. 4. 1. Anorektal Bölge ve Hemoroidler

Kollajen lifler, yaşamın 3. dekatından sonra gevşemeye ve zaman zaman kopmaya başlamakta ve neticede anal yastıklar yerlerinden kayarak dışa prolabe olmaktadır. 3 anal yastıkcık feçes tarafından baskıya uğrayarak vasküler tıkanmaya ve kanamaya sebep olabilmektedirler. Bunlara enflamasyonun ilave olmasıyla hemoroidal hastalık meydana gelmektedir (25). Dentat çizginin üstünde yer alan submukozal boşluktaki hemoroidal pleksusu meydana getiren korpus

kavernosum rektideki hemoroidler internal, perianal subkutan boşluktaki pleksusu meydana getiren hemoroidler eksternal hemoroidler olarak adlandırılmaktadırlar. Anatomik bir oluşumu hemoroid olarak adlandırabilmek için 3 komponentin olması gerekmektedir (26):

1. Alt rektal ve üst anal mukozanın anormal prolapsusu.
2. Prolabe mukoza altında genişlemiş venöz yapılar.
3. Anal kanalda lümeneye doğru kabartılar.

Hemoroid hastalığının etyopatogenezinde 3 temel mekanizma olan mekanik teori, hemodinamik teori ve sfinkter faktörleri suçlanmaktadır (22). Mekanik teoride, internal hemoroidleri asan muskulo-fibro-elastik dokunun yaşla dejenerasyonu suçlanır. Bu gevşeklik sonucunda oldukça hareketli pakeler oluşmaktadır. Hemodinamik teori doğrultusunda, özellikle internal hemoroid meydana gelmesinde arter-ven ve arteriovenöz şantlar suçlanmaktadır. Artmış intraabdominal basınca sekonder (özellikle gebelik ve şişmanlık neticesinde) venöz kan akımında geri akım meydana gelmekte ve sonucunda hemoroidal distansiyon ve venöz staz gelişmektedir (25).

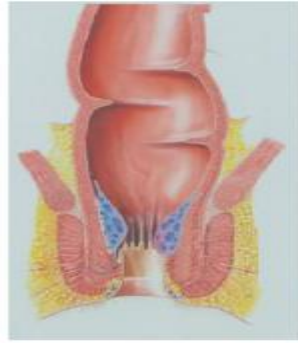
Sfinkter faktörlerini reddeden teoriye göre ise, hemoroidal hastalığı bulunanlarda açığa çıkan ciddi anorektal manometrik anormalliklerden esinlenilmektedir (22). Anal sfinkterlerdeki yükselmiş basıncın basınç ile hemoroidal hastalığı tetiklediği ileri sürülmektedir. İnternal sfinkterde bir gevşeme durumunun varlığı bu bölgenin damarlarına çok fazla kan gelişine ve venöz drenajın tahrip olmasına neden olabilmektedir. Hemoroid vakalarının internal anal sfinkterlerinde artmış aktivite tespit edilmiştir. Bu biçimde venöz akımda tıkanıklık ve konjesyon meydana gelmekte ve bu durumu hemoroidlerle alakalı semptomlar izlemektedir. İnternal hemoroidlerin patofizyolojisinin multifaktöriyel olduğu tezi genel olarak kabul görmektedir. Fakat hastalığı tetikleyen unsurun mekanik teoride ifade edilen muskulo-fibroelastik dokunun dejenerasyonu ve fragmentasyonu olduğu tahmin

edilmektedir. Bundan dolayı hemoroid hastalığını bağı dokusu hastalığı olarak da değerlendirmek mümkündür (23).

4.1.5. Hemoroidin sınıflandırılması

4.1.5.1. İnternal hemoroid

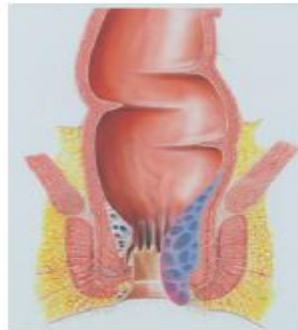
Dentate line'in proximalinde mukoz ile kaplı biçimde bulunmaktadır. Süperior rektal ven ile inferior mesenterik vene drene olmaktadır. Somatik innervasyonun olmadığı mukoz membranla kaplı olduklarından dolayı ısı, dokunma, gerilme gibi faktörlere hassas değildirler. Vasküler sistemde meydana gelen genişleme ve anorektal çizgi destek dokularında (Kollajen ve elastin) zayıflama neticesinde internal hemoroidler anal kanal içinde aşağı doğru sarmakta ve hemoroidal hastalık semptomatik duruma gelmektedir (27). Büyüklük ve klinikleri kapsamında 4 grupta incelenmektedirler (Şekil 4.2).



Grade 1 hemoroid



Grade 2 hemoroid



Grade 3 hemoroid



Grade 4 hemoroid

Şekil 4. 1. 5. 1. 1. Hemoroid Dereceleri

1. Derece: Büyümüş olmalarına karşın ıkınma esnasında linea dentatanın altına inmez, prolabe olmaz, fakat protrüze olabilirler. Anal kanalda normal yerlerinde bulunmakta olup anoskoplara görmek mümkündür. Ekseriyetle tek semptom kanamadır daha az sıklıkla diskomforta (rahatsızlık) neden olabilirler (23).

2. Derece: ıkınma ya da defekasyon esnasında anal verjden görünür biçimde prolabe olarak, efor bittiğinde kendi kendine redükte olmaktadır. Akıntı, kanama, kaşıntı gibi rahatsızlıklara neden olabilirler (27).

3.Derece: İlk olarak defekasyon esnasında, sonrasında ve herhangi bir efor esnasında prolabe olmakta ve manuel biçimde içeri doğru redükte edilmedikçe dışarıda durmaktadırlar. İçeri redükte edildikten sonra diğer efora değin orada kalmaktadırlar. Çamaşırda leke, akıntı, kaşıntı ve kanamaya neden olabilirler (24).

4.Derece: Şiş ve büyük durumda olan hemoroid pakesi her zaman dışarıdadır, itilse dahi içeriye girmez, ekseriyetle iltihaplı, nekrotik ve oldukça ağrılıdır. Hemoroidlerde sfinkter tonusunun yükselmesi ve ağrı gözlemlenmektedir. Başlangıcı çoğunlukla fazla ıkınma ile olmakta ve tromboz, ödem ve hemoroid kitlesinin nekrozuna neden olmaktadır (27).

4.1.5.2. Eksternal hemoroid

Anal kanalın 1/3 distalinde (dentate line'in altında) yer almakta olup yüksek düzeyde somatik sinirlerle innerve edilen skuamöz epitelle kaplıdır. Somatik sinirlerle innerve olduklarından dolayı ısı, dokunma, ağrı ve gerilmeye karşı hassastırlar. Orta ve inferior rektal venler internal iliak vene drene olmaktadır. Semptomlar açığa çıkması çoğunlukla tromboze olduğunda olmaktadır. Ödem ve doku gerilmesinden dolayı çok şiddetli ağrıya neden olmaktadır. Eksizyon biçiminde trombektomi yapılması gerekmektedir (28).

4.1.5.3. Mikst tip hemoroid

İnternal ve eksternal hemoroidlerin eş zamanlı gelişen tipine ise mikst tip denmektedir (29).

4.1.6. Hemoroidin tanısı ve tedavisi

4.1.6.1. Tanı ve tanı kriterleri

Doğru tanı ve altında yatan sebebin bulunması hemoroid tedavisinde başarı sağlanmasının ilk kuralıdır. Diğer bir ifadeyle doğru tanı ve doğru tedavi için başarılı iyi bir anamneze gerekmektedir. Rektal kanama şikayetiyle başvuran bir hastaya kanamanın rengi muhakkak sorulmalı ve kanama parlak kırmızı ise hemoroid akla gelmelidir. Kanama rengi vişne çürüğü, pıhtı ya da gaita ile birlikte ise hastada hemoroid olsa dahi başka hastalıkların da var olabileceği düşünülmelidir. Periaal bölgede ağrı şikayeti ile başvuran hastada dış hemoroid ya da iç hemoroidin komplikasyonları tespit edilmezse hastada başka bir patoloji düşünülmelidir. Normalde rektumun distalinde ve anal kanalın içinde bulunan hemoroid dokuları çoğunlukla, sağ anterolateral, sağ posterolateral ve sol lateral pozisyonlarda yerleşmektedirler. Internal hemoroidler dentat çizginin üstünde yerleşmekteyken; eksternal hemoroidler ise anal kanalın anoderminin altında yer almaktadırlar. İç hemoroidleri meydana getiren ve semptomatik duruma gelmesine neden olan sebepler: Kronik kabızlık, kronik öksürük, kronik ishal, tuvalette fazla oturma, aile öyküsü, portal hipertansiyon, hamilelik, pelvik tümördür (30, 27).

4.1.6.2. Tedavi

İlaç tedavisinden diyeteye uzanan geniş bir tedavi skalası vardır. Birçok hasta oturma banyosu, fitiller, yatak istirahati ve dışkı yumuşatıcılarından yarar sağlamaktadırlar. Literatürde ise diosmin ve hesperidin birleşiminin Evre I hemoroid kanama yatkınlığını düşürücü etkisi olduğu belirtilmektedir (2, 31). Evre III hemoroidlerin tedavisi en iyi cerrahi ile gerçekleştirilmektedir. Daha düşük seviyelerde anal pruritus veya aralıklı kanamanın bulunduğu prolapsusu ya da

genişlemesi bulunanların tedavisi ise bant ligasyonu veya sklerozan madde enjeksiyonu ile yapılmaktadır (32). Dolayısıyla konservatif tedbirler ve medikal tedaviye yanıt vermeyen ileri düzey hemoroidal hastalığın temel tedavisinin cerrahi olduğu ifade edilmektedir. Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı konusu, semptomların türü ve ciddiyetine, prolapsusun seviyesine, cerrahın tecrübesine ve ekipmana bağlıdır. Söz konusu tedavi yöntemleri (33):

1. Medikal Tedavi

1.1. Davranış değişikliği, dışkılama alışkanlığının değiştirilmesi ve diyetin düzenlenmesi

1.2. Vasotropik ajanlar

1.3. Topikal uygulamalar

2. Non-operatif yöntemler

2.1. Anal dilatasyon

2.2. Skleroterapi

2.3. İnfrared fotokoagülasyon

2.4. Kriyoterapi

2.5. Lastik bant ligasyon

2.6. Laser vaporizasyon

2.7. Laser eksizyon

2.8. Bipolar diatermi

2.9. Galvanik jeneratör ve probe

3. Operatif yöntemler

3.1. Hemoroidektomi

3.2. İnternal sfinkterotomi

4.1.6.3. Hemoroidektomi

Konservatif tedaviyle şikayetlerinde değişme olmayan erken evre hastalarda ve ileri evreden dolayı bu tedavilerin başarılı olmayacağı öngörülen hastalarda cerrahi hemoroidektomi uygulanmaktadır. Dünya genelinde günümüzde en fazla tercih edilen hemoroidektomi usülleri açık ve kapalı yöntemler olarak belirtilmektedir (28).

Milligan-Morgan hemoroidektomi: Bu açık hemoroidektomi ameliyatı ilk olarak 1935'te Londra'daki St. Marks Hastanesinin E.T.C. Milligan ve C. Naughton Morgan adlı cerrahlarca tanımlanmış ve ihtiyaç duyulduğunda hemoroid hastalığının her evresinde uygulanabileceği belirtilmiştir. Açık hemoroidektominin yapılma amacı hemoroidal dokunun içerisindeki damarlarla birlikte eksize edilip dibinin normal mukoza bileşkesinde suture edilmesidir. Açık hemoroidektomi, internal hemoroidlerin cerrahi tedavisinde temel standart olarak kabul edilmektedir (34).

Ferguson Hemoroidektomi: Hemoroidektomi yöntemleri arasında en sık kullanılan ameliyat türlerinden biri olan kapalı hemoroidektomi, 1959 yılında Ferguson'un tanımlaması ile gündeme girmiştir. A.B.D'de yapılan hemoroidektomiler en yaygın olarak bu yöntemle gerçekleştirilmektedir (35). Hemoroidlerin büyüklüğü ve sayısı tespit edildikten sonra, eksize edilecek pakenin üstüne cilt fazlalığı da içine alınarak bir klemp yerleştirilerek, klempin üstünde kalan pake ve fazla cilt bistüri, makas veya elektrokoter ile kesilmektedir. Bu sınırlı hemoroidektomi yöntemi ile tekrar tedaviye gereksinim duyan hastaların oranı %2'den az olup, komplikasyonların da anlamlı ölçüde az olduğu görülmektedir (36).

Submukozal hemoroidektomi: Bu yöntem 1956'da Sir Alan Parks tarafından tanımlanmıştır. Temel prensip her bir hemoroidal pakeye uyan vasküler pedikülün

çıkartılması ve sonra tam olarak rekonstruktö edilecek biçimde mukozanın muhafaza edilmesidir (37). Son dönemlerde submukozal hemoroidektomi, hemostaz rahatlığı sağlayan radyo dalga bıçağı ve LigaSure teknolojileri ile uygulanarak neticeleri bildirilmiştir (23, 24).

Whitehead ameliyatı: İlk olarak 1882’de İngiliz cerrah Walter Whitehead’in önerdiği bir operasyon olup ilk zamanlarda başarılı neticeler ortaya koymasına karşın sonralarda ortaya çıkan yüksek düzeydeki komplikasyonlar sebebiyle günümüzde uygulanması oldukça nadirdir (36).

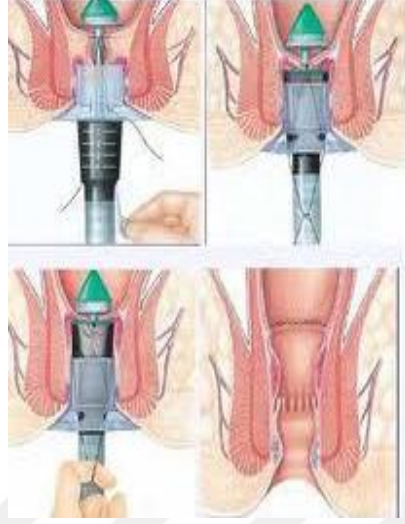
Whitehead ameliyatının endike olduğu esas durumlar; çepeçevre prolabe ya da tromboze hemoroidlerin var olması veya hemoroidlerin parsiyel rezeksiyonuna karşın geride çok sayıda hemoroid içeren dokunun kalmasıdır. Birçok çalışmaya göre operasyonun başarılı olabilmesi için uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir (38).

4.1.6.4. Longo (Stapler) Hemoroidopeksi

1993’te İtalyan Longo ve sonrasında Pescatori ve arkadaşlarının prolabe hemoroidler için bildirmiş oldukları bir yöntemdir. Söz konusu tekniğin esas hedefi prolabe olan anal kanalın, 3-4 cm proksimalinden çepeçevre rektum mukozası çıkarılarak yeniden yerine çekilmesini sağlayabilmektir. Staplerle hemoroidopeksi 3. ve 4. Derece hemoroidler için önerilmektedir (22).

Eksternal hemoroidler ayrıca çıkarılabilmekte olup, bu teknikte dişli çizginin 2-4 cm proksimalinde nonabsorbable suturele keseağızı dikiş konulmaktadır. Dikişlerin sadece mukoza ve submukozadan geçmesi noktasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bunun nedeni, derin dikişler vaginanın ya da rektum duvarının kesilmesine ve apse, fistül gibi komplikasyonların açığa çıkmasına sebep olabilmektedir. Sonrasında stapler, ağızları arasında bağlanan dikiş distal rektumdan 1 cm eninde çepeçevre bir mukoza eksizyonu yapmakta ve ateşleme esnasında ağızları arasına anal kanal mukozasının ya da hemoroidlerin girmemesine özen gösterilmelidir (9). Dikkat edilmediği takdirde şiddetli ağrı, anal stenoz ve inkontinens gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu yöntemde ameliyat

sonrasında ağrı büyük ölçüde az olduğundan dolayı bir avantaja sahipken; cihazın tek kullanımlık olması, genel anestezi gerekmesi ve pahalı bir yöntem olması ise dezavantajlarıdır (11).



Şekil 4. 1. 6. 4. 1. Stapler Hemoroidopeksi

4.1.6.5. Diğer tedaviler

Davranış değişikliği, dışkılama alışkanlığının değiştirilmesi ve diyetin düzenlenmesi: Semptomatik hemoroidi bulunan bireylerin tedavisinde davranış değişikliği kilit rollerden birini üstlenmektedir. İkmaya sebep olabilecek unsurların ortadan kaldırılması ve ıkmının engellenmesine ilişkin konularda hasta bilgilendirilmeli ve danışmanlık desteği sağlanmalıdır. Tuvalette uzun süre oturmanın yanlış olduğu ve bol su ve lifli gıdalar tüketerek kabızlıktan kaçınılması gerektiği hastalara açıklanmalıdır. Islak bez, oturma banyosu gibi yöntemler açıklanmalıdır. Bu yöntemlerle birinci ve ikinci derece hemoroid hastalıklarının tedavisi mümkündür. Sfinkter basıncının yüksek olduğu kişilerde etkilidir. Nüks profilaksisinde, kabızlık meydana geldiğinde ya da kabızlık olmasa dahi dışkılama sırasında şiddetli ıkmınlarda ve dışkı hacimleri küçük olanlarda muhakkak posalı diyet tavsiye edilmelidir (39).

Vasotropik ajanlar: Vasotropik ilaçların oral biçimi, etkili tanıtımlar yoluyla bütün dünyada kullanılmaya başlanmış olmasına karşın eldeki objektif çalışmaların sayısı oldukça azdır. Söz konusu ilaçların destekleyicileri söz konusu ilaçların sadece hemoroidal hastalıkta değil, alt ekstremitenin venöz hastalıkları ve ödemlerinde de etkili sonuçlar ortaya koyduğunu dile getirmektedirler (39).

Topikal uygulamalar: Hemoroid hastalarının oldukça geniş bir bölümü çoğunlukla kendi kendilerini topikal ajanlarla tedavi etmeye ve kremler, merhemler, lavmanlar, fitiller, köpükler v.s. yardımıyla sonuç elde etmeye çalışmaktadırlar. Cilt hipersensitivitesini yok etmek amacıyla topikal anestezipler kullanılabilir. Lidokainli merhemler ise lokal anestezipler arasında en sık kullanılan türdür. Ametokain, pramoksin ve tetrakain diğer tercihler arasında yer alsalar da söz konusu bu maddelerin daha çok irritasyona neden olabileceği söylenebilmektedir (40).

Anal dilatasyon: 1968'de Lord tarafından hemoroidal hastalıkların tedavi edilmesinde tekrardan ortaya konan söz konusu eski tedavi yöntemi, genel anestezi gerektirdiğinden dolayı non-operatif yöntemler içinde uygulanması en zor olanıdır. Genel anestezi sonrasında anal kanal sonda ile yavaş yavaş, sonunda altı parmak girecek biçimde genişletilmekte ve on dakika içinde tutulmaktadır (41). Bu yöntem sayesinde %30'u mükemmel olmak üzere %72 düzeyinde iyileşme sağlandığı belirtilmekte olup, anal basınç ölçümleri yüksek olan hastalarda daha etkili olduğu söylenmektedir. Komplikasyonları arasında ise inkontinans, hematoma ve nüks bulunmaktadır (29).

Skleroterapi: Hemoroidin erken döneminde kanamayı durdurmak için bu yöntem yüzyıllardır kullanılmaktadır. Bu yöntem İngiltere'de oldukça yaygınken; ABD'de ise seyrek uygulandığı görülmektedir. Yöntem etkisini enjekte edilen solüsyonun yarattığı şiddetli inflamatuvar cevaba bağlı olarak ortaya çıkan fibrotik doku aracılığıyla, pakenin alttaki adale tabakasına fiksasyonu ile göstermektedir. Skleroterapi, eksternal hemoroidlerde hem oldukça ağrılı hem de faydasızdır. Birinci ve ikinci derece internal hemoroidlerde skleroterapi, cerrahi sonrasındaki nükslerde endikedir. Prolapsus geliştikçe, hastalarda skleroterapi uygulaması ile kanama azalmaktadır. Kanama azalmasına karşın hemoroidlerde büyüme gözlemlenmeye

devam edilebilmekte olup kısaca skleroterapiden faydalanma oranının düşük olduğu ve bu hastalar için “band tedavisi”nin daha uygun olduğunu söylemek mümkündür (29).

İnfrared fotokoagülasyon: 1977 yılında Nath’ın bulduğu ve 1979 yılında Neiger’in hemoroid tedavisinde yararlanmak üzere geliştirdiği infrared fotokoagülasyon, internal hemoroidlerin tedavisinde non-operatif olan en yeni yöntemdir. Kızılötesi ışınlarla hemoroid pakelerinde minör doku harabiyeti ve fiksasyon sağlanması olan bu yöntemin komplikasyonları çoğunlukla önemsiz olup diğer yöntemlere kıyasla daha ağrısızdır. Fakat uygulama sayısı ne kadar artarsa ağrının da artacağı ifade edilmektedir. Doku destrüksiyonu daha az olduğu için sekonder kanamalar, kriyoterapi ve lastik bant ligasyonuna kıyasla daha azdır (25).

Kriyoterapi: Bu yöntemden birinci ve ikinci evre hemoroidal hastalıkların tedavisinde faydalanılabilmektedir. İlk olarak 1969’da Detrano, Goligher ve Kaufmann tarafından tanımlanan bu yöntem majör doku harabiyeti ve fiksasyonu yapmaktadır. Temel prensibi dokuların dondurularak ve intrasellüler su kristalleri oluşturarak, hücre zarlarının tahrip edilmesi ve öldürülmesi olan bu yöntem, ilk yıllarda ilgi görse de yavaş iyileşme, lokal ağrı, nüks ve maliyet gibi sebeplerden dolayı günümüzde çok az merkezde uygulanmaktadır (37).

Lastik Bant Ligasyonu: İlk olarak 1954’te San Francisco’da Blaisdell’in geliştirmiş olduğu bir alet yardımıyla, hemoroid pakelerinin tabanının ipek sütür ile bağlanması biçiminde uygulanmıştır. 1963’te ise Detroit’te James Barron’un geliştirdiği bir alet ile günümüze değin gelen, hemoroid pakelerine güçlü lastik bantların aplikasyonu yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. İnternal hemoroid pakesinin tabanının bağlanarak, pakenin nekrozu ve düşmesine dayanan, orta derecede doku fiksasyonu sağlayan, birinci, ikinci ve minör üçüncü derece hemoroidlere kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir (2, 39, 15). Öncesinde herhangi bir anestezi, antibiyotik proflaksisi ve barsak hazırlığına ihtiyaç duyulmayan uygulama poliklinik koşullarında gerçekleştirilebilmektedir. Uygulamadan sonra hasta günlük hayatına dönebilmektedir. Ağrı, internal ya da

eksternal hemoroidal tromboz, abse, lastiğin kayması, idrar rentansiyonu, ülserasyon ve çok ender bildirilmiş olan pelvik sellülit komplikasyonlar arasındadır (42).

Laser vaporizasyon ve eksizyon: CO2 ve neodymium YAG laserleri hemoroidal hastalık tedavisinde 90'lardan itibaren kullanılmaya başlanmış olup, lazerin dokuya olan etkisi dokuya ve lazerin çeşidine bağlı olmaktadır. Bu işlem sonrasında kanama, ağrı ve abse açığa çıkabilmektedir. Diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında ekstra bir üstünlüğü bulunmayan yöntem ayrıca çok da pahalıdır (2).

Bipolar diatermi: Anestezi veya barsak hazırlığına ihtiyaç duyulmayan bu yöntemin amacı minör doku tahribatı ve fiksasyon sağlamaktır. Diatermi probu linea dentata üzerindeki hemoroid pakelerine birkaç saniye boyunca doğrudan uygulanmaktadır. Bu teknik oldukça az merkezde uygulanmakta ve kanama ve infeksiyon yaratmaktadır (29).

Galvanik jeneratör ve probe: Bütün hemoroid pakelerinde kullanılabilen bu yöntemin diğer yöntemlerle kıyaslamalı klinik bulguları bulunmamaktadır (15).

İnternal Sfinkterotomi ve Anal Stretch: 1969'da Lord tarafından yaygınlaştırılan bu yöntem, yüksek inkontinans komplikasyonu sebebiyle günümüzde yalnızca anal hipertansiyonlu ve özellikle erkek hastalarda 6 parmakla uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntem tek başına tavsiye edilebildiği gibi hemoroidektomi ile beraber de uygulanabilmektedir ve başarı oranı %70-80 civarındadır. Açık ya da kapalı teknikleri bulunmakta olup; kanama, infeksiyon, perianal hematom ve inkontinans komplikasyonları arasındadır (29).

4.1.7. Hemoroidde hemşirelik bakımı

Hemoroidektomi sonrasında gerçekleşen ağrı oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durumda hemşireler, yapılan işlemin küçüklüğüne rağmen, yaşanan ağrının oldukça şiddetli bir ağrı olduğunu bilmelidir ve bu nedenle başlangıçta narkotiklerin verilmesi gerektiğine hakim olmalıdır. Ameliyattan 12-24 saat

geçtikten sonra oturma banyoları başlamalıdır. Oturma banyoları gün içinde 3-4 kere yapılır. Ameliyat sonrası kullanılacak pomadlar lokal anestezi olmalıdır. Ağrıyı azaltmak için bağırsak hareketlerinden önce ağrı kesici verilebilir (7).

Ameliyat sonrası en önemli konulardan biri makat çevresinin kuru kalmasının sağlanmasıdır. Ayrıca anal bölgenin temizliğine de büyük özen gösterilmelidir. Kabızlık da mutlaka önlenmelidir. Bunun için posası bol gıdalar verilmelidir (2). Buna ek olarak hasta (29);

- Uzun süre oturma veya uzun süre ayakta durma konusunda uyarılmalı/bilgilendirilmelidir.

- Ameliyat sonrasında bir süre dışkı yumuşatıcı kullanması konusunda uyarılmalı/bilgilendirilmelidir.

- Düzenli olarak doktor kontrolüne gelmesi konusunda uyarılmalı/bilgilendirilmelidir.

4.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; yaşam şartlarında sağlanabilecek kişisel doyum seviyesine etki eden günlük hayatın ruhsal, fiziksel ve sosyal etkilerine, hastalıklara gösterilen şahsi tepkileri işaret eden bir kavramdır (43). 1948 senesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlığı yalnızca sakatlık ve hastalığın bulunmaması olarak değil, sosyal ve ruhsal olarak da iyi olma durumu olarak tanımlamasının ardından yaşam kalitesi kavramı sağlık açısından araştırma ve uygulamalarda önemli hale gelmiştir (44).

1970'te Maslow tarafından kişilerin farklı dönemlerde farklı ihtiyaçlarının öne çıkmasıyla ihtiyaçları temel alan hiyerarşik yapılı bir teori geliştirilmiştir. Temelinde fiziksel ihtiyaçlar (barınma, su, yiyecek gibi) bulunmaktadır. Daha sonra korunma, güvenlik ve emniyet gibi güvenlik ihtiyacı vardır. Saygı gösterme ihtiyacı,

insanın kendi düşüncelerini, hedeflerini, ilgilerini belirtme ve sevmeye, sevilme ve topluma ait olma gibi sosyal ihtiyaçlar söz konusu hiyerarşide belirtilmektedir (45).

Maslow hiyerarşisinde bulunan ihtiyaçların giderilmesiyle yaşam kalitesinin açıklanması ilişkilendirilebilir. Maslow hiyerarşisinde bulunan ihtiyaçların giderilmesi kişinin hayattan sağladığı tatmin ve kalitenin artmasını sağlayabilir (46).

Yaşam kalitesi, 1986 senesinde Rice ve Tucker tarafından “yaşam yönetimi sisteminin bir çıktısı ve insanların yaşam biçimlerinden duydukları tatminin ölçümüne ilişkin bir standart” şeklinde açıklanmıştır. 1990 senesinde Brown ise, yaşam kalitesini bir kişinin gereksinimleri ve arzuları arasındaki değişikliklerle açıklamıştır. Bu gereksinimler ve arzuların giderilmesindeki asıl kriter bireyin yaşam kalitesi görüşünü açıklayabilmektedir. 1990’da Stark ve Goldsbury tarafından yaşam kalitesi, “genel yaşam memnuniyeti” olarak açıklanmış ve kavramın tanımı “mutluluk ve başarı ile özdeş olan genel yaşam memnuniyeti” olarak vurgulanmıştır (47). Pek çok değişik açıklaması bulunsa da “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK)”, hayatın değişik bölümlerinde kişinin kendisinden memnun olabilmesi yahut hayattan beklentileriyle sağlayabildikleri arasındaki fark şeklinde açıklanabilir. Sağlıkla ilgili kişisel (klinikte) ve sosyal müdahalelerin (program, tedavi vb.) başarımın belirlenmesinde iki farklı grup tamamlayıcı ölçüt uygulanmaktadır. Bu ölçütler; “Nesnel (objektif) ölçütler” ile “Öznel (subjektif) ölçütler” bir başka deyişle “Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar (HBS)”dır. İngilizcede ise söz konusu ölçütler “Patient Reported Outcomes (PRO)” olarak ifade edilmektedir. Aynı ifade Türkçede “Hasta Özbildirim Sonuçları” olarak kullanılmaktadır (45).

Sağlık ekibinin hasta bakımı sürecinde ana hedefleri bulunmaktadır. Bu hedeflerin ilki, hastanın görmüş olduğu hizmetten memnun olmasıdır. Diğer hedeflerse, tedaviye bağlanması ve inanması, belirtilerin giderilmesi ve “biyopsikososyal” açıdan gelişmesidir. Sağlık hizmetinde hedef, hastanın hastalığıyla alakalı hislerine erişmek, hastalığın günlük hayatını ve faaliyetlerini ne şekilde etkilediğini görmek ve hastanın iyileşmeyle alakalı isteklere ne şekilde erişeceklerini saptamaktır (48).

4.2.1. Yaşam kalitesinin göstergeleri

Yaşam kalitesi çeşitli şekillerde bulunmakla beraber, bu kavramlar toplumsal yaşam kalitesi, iktisadi yaşam kalitesi, ruhsal yaşam kalitesi, sağlık olarak yaşam kalitesi ve ekolojik yaşam kalitesi olarak ifade edilebilir (49).

4.2.1.1. Sosyal göstergeler

Sağlık hali, eğitim seviyesi, meslek edinme ve kültür vb. sosyolojik anlamda yaşam kalitesini yükselten göstergelerdir (50).

4.2.1.2. Sağlığa ilişkin göstergeler

İyi olma halinin devam ettirilmesi durumu, sağlık anlamında yaşam kalitesinin saptanmasına yardım etmektedir. Fonksiyonelliğin sağlandığı durumlarda iyilik durumu da bulunduğu sürece yaşam kalitesinin arttığı fark edilmektedir (45).

4.2.1.3. Psikolojik göstergeler

Mutlu olmayı düşünmek ve mutluluk, yaşam kalitesini yükselten göstergelerdir. Kişinin mesleğinden sağladığı doyum, ailesindeki faaliyetleri, şahsi yaşantısındaki doyumunu ve çevresi etkili olmaktadır (51).

4.2.1.4. Ekonomik göstergeler

Hayat düzeyi ve refah anlamında daha iyi bir durumda olmaktır. Aylık kazanç, kişi başı gayri safi kazanç tutarı, istihdam, ailenin varlığı ve benzeri haller ne derece iyi ise yaşam kalitesi seviyesi de aynı şekilde yükselmektedir (46).

4.2.2. Yaşam kalitesinin ölçülmesi

Toplumsal ve kişisel refahın saptanması anlamında yaşam kalitesi terimi sosyal bilimcilere göre büyük önem arz etmektedir ve bu sebeple refah ve yaşam kalitesi terimleri tüm açılarıyla belirlenmelidir (52).

Yaşam kalitesi meydana gelen değişimlerden yalnızca sosyal bilimler etki görmemiş, bu mevzu sağlık bilimleri ve tıp alanlarında da yer bulmuştur. Bu duruma sebep pek çok etkenden bahsedilebilir. Söz konusu etkenlerden en önemlisi sağlık sektöründe meydana gelen teknolojik gelişmelerdir. Teknolojik gelişimlerin meydana gelmesiyle beraber ortalama yaşam süresi artmış, bu durum önceki senelere oranla meydana gelen hastalıkların engellenmesi ya da en düşük seviyeye çekilmesinde de etkili olmuştur. Söz konusu gelişmeler, şahısların ve toplumların sağlık seviyelerini olumlu yönde etkilediği gibi, ortalama yaşam süresinin artmasına ve şartların iyileşmesine de yardımcı niteliğindedir (52).

Yaşam kalitesi dört asıl alanda görülmektedir (48):

- “Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.).
- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- Dışsal doğal çevre alanı (hava ve su kalitesi, çevresel hijyen vb.)
- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.)” Yaşam kalitesi coğrafi anlamdaysa, toplum bünyesinde, evde, ulusal, uluslararası, bölgesel ve küresel alanlarda görülmektedir.

4.2.3. Yaşam kalitesini artırma yöntemleri

Yaşam kalitesinin artırılabilmesi adına kişinin (47);

- İktisadi ve sosyal teminat altında bulunması,
- Gereken rahatlık ve konforunun var olması,
- Güvenle hayatını sürdürmesi,

- Faal ve anlamlı bir hayat yaşaması,
- Yakın ortamıyla pozitif bağının bulunması,
- Zevk ve eğlence duyduğu etkinlikler yapması,
- İtibar ve saygı görmesi,
- Otonoma sahip olması,
- Mahremiyetine saygı duyulması,
- Kendisini ifade edebilmesi,
- İşlevsel anlamda yeterliliğinin bulunması,
- Özgün bir kişi olarak görülmesi,
- Huzurlu olması, değer ve inançlarına saygı durulması gerekmektedir.

5- METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemoroidektomi uygulanan hastalarda cerrahi tedavi ve bakımın yaşam kalitesine etkisini belirlemek, hemoroide neden olan risk faktörlerini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve prospektif olarak planlanmıştır.

5. 2. Araştırma Hipotezleri

H1.Hemoroidektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinde değişiklik vardır.

H2.Ameliyat öncesi hastaların bireysel özellikleri ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3.Ameliyat sonrası hastaların bireysel özellikleri ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4.Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5. 3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde yer alan Özel Nisa Hastanesi'nde hemoroidektomi uygulanan hastalarda 16.06.2014 ile 30.12.2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5. 4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 16.06.2014 ile 30.12.2014 tarihleri arasında Özel Nisa Hastanesi'nde hemoroidektomi uygulanan hastalar oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan 88 hastadan, 6 hasta görüşmeyi kabul etmediği için, 2 hasta da araştırma kriterlere uymadığı için araştırmaya katılmadı. Bu nedenle örneklem sayısı 80 olarak belirlendi.

5.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için, İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, ilgili prosedür sağlanarak06.03.2014..... tarihinde etik uygunluk kararı (Ek 1), Özel Nisa Hastanesi Yönetiminden çalışma izni alındı (Ek 2).

5. 6. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasına İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Özel Nisa Hastanesi Yönetiminden çalışma izni alındıktan sonra başlandı. Anket uygulaması 16.06.2014 ile 30.12.2014 tarihleri arasında yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından anket yöntemi ile toplandı. Anket formu doldurulurken bireylere araştırmanın amacı konusunda sözel bilgi verildi ve sözel izin alındı.

Araştırma örneklemine dahil olan hastalar, servise kabul edildikten sonra kendilerinden sözel izin alınarak sosyo demografik özelliklerini sorgulayan veri toplama formu ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurularak bilgileri alındı. Yaşam kalitesi ölçeği ameliyat öncesi ve sonrası dönemde iki kez uygulandı. Hastaların ikinci değerlendirmeleri ise, taburcu olduktan 4 hafta sonra telefonla ya da hekim kontrollerinde yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

5. 7. Veri Toplama Aracı ve Özellikleri

1.Hastanın sosyo demografik özelliklerini içeren “Veri Toplama Formu”

2 .SF 36 yaşam kalitesi ölçeği

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği bireyin kendi yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçekte sağlık, 8 alt boyut ve 36 madde ile incelenmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta gruplarında kullanışlı ve yararlı olmasıyla ve birçok çalışmada geçerlilik, güvenilirlik, duyarlılığın gösterilmiş olmasından dolayı kronik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilmektedir.

Sf Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 5. 7. 1. SF-36 Değerlendirme Kriterleri

	İlgili seçenekler	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel Rol	4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı	7+8	2	10
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5	20
Canlılık	9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2	8
Sosyal Rol	5a+5b+5c	3	3
Ruhsal Sağlık	9b+9c+9d+9f+9g	5	25

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan / olası ham puan * 100

Soru değerlerinin yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi 1, 6, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Puanların dönüştürülmesi ile "hiç" seçeneği (5), "aşırı" seçeneği ise (1) ham puana sahip olması ve yüksek puanların daha iyi sağlık durumlarını, düşük puanların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtması sağlanmaktadır. Ağrı puanlarında ise (7 ve 8. sorular) ters kodlama yapılmamıştır. "1-Hiç" ve "5-Aşırı etkiledi" puanları olduğu gibi bırakılmıştır. Ağrı puanlarında düşük puan ağrının az olduğunu; yüksek puan ise ağrının yüksek olduğunu göstermektedir. Böylece ameliyat öncesi ağrı puanları ile ameliyat sonrası ağrı puanlarının karşılaştırılmasında ağrı şiddetindeki değişim karışıklığa neden olmayacak şekilde değerlendirilebilmiştir.

5. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, IBM SPSS Statistics 18 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak, yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeni ile Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis H Test sonrasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testi ile gruplar karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5. 9. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmaya 3. ve 4. evre hemoroidi olan, 18 yaş üstü, iletişim sorunu olmayan, çalışmaya szli izin vermiş hastalar dahil edilmiştir.

5.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenini SF 36 yaşam kalitesi leği oluşturdu.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırmaya katılan hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim öğrenim durumu, meslek) ve bu hastaların başka bir kronik hastalık varlığı, başka kronik hastalık türü, hemoroid derecesi, cerrahiye neden olan en önemli etken ve daha önce tedavi görme durumu) oluşturdu.

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, alışma evrenindeki bireylerden elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup, evreni ile sınırlıdır.

6- BULGULAR

Tablo 6. 1. Hemoroidektomi Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellik	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	46	57,5
	Erkek	34	42,5
Medeni durum	Evli	70	87,5
	Bekar	10	12,5
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	6	7,5
	İlköğretim	30	37,5
	Lise	28	35,0
	Üniversite	16	20,0
Meslek grup	Sağlık çalışanı	7	8,8
	Diğer	73	91,3
Kronik hastalık	Var	24	30,0
	Yok	56	70,0
Kronik hastalık türü	Hipertansiyon	19	79,2
	Diğer	5	20,8
Hemoroid derecesi	3. derece	15	18,8
	4. derece	65	81,3
Cerrahiye en önemli etken	Ağrı	55	68,8
	Kanama/kaşıntı	25	31,3
Ameliyat sonrası komplikasyon	Şiddetli ağrı	38	47,5
	Kanama	5	6,3
	İdrar retansiyonu	37	46,3
Ameliyat öncesi başka tedavi	Hiçbir tedavi yöntemi kullanılmamış	69	86,3
	Bitkisel veya cerrahi tedavi uygulanmış	11	13,8

Hastalara uygulanan ameliyat tekniği longo hemoroidektomidir. Çalışmaya alınan olguların yaşları 20 ile 80 (44,38±12,25) arasında değişmektedir. Olguların 8'i (%10) 30 yaşından küçük, 23'ü (%28,8) 31-40 yaş aralığında, 26'sı (%32,5) 41-50 yaş, 16'sı (%20,0) 51-60 yaş aralığında, 7'si (%8,8) 60 yaşından büyüktür. Olguların 46'sı (%57,5) kadın, 34'ü (%42,5) erkektir. Medeni durumları incelendiğinde 70'inin (%87,5) evli, 10'unun (%12,5) bekar olduğu kaydedilmiştir. Olguların 6'sı (%7,5) okur-yazar değil, 30'u (%37,5) ilköğretim düzeyinde, 28'i (%35,0) lise, 16'sı (%20,0) üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Olguların 7'si (%8,8) sağlık çalışanı, 73'ü (%91,3) diğer meslek gruplarında veya çalışmamaktadır. Olguların 24'ünde (%30,0) başka bir kronik hastalık bulunmakta, 56'sında (%70,0) başka bir

kronik hastalık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı bulunan olguların 19'unun (%79,2) hipertansiyon, 6'sının ise (%20,8) diğer kronik hastalığı bulunmaktadır. Olguların 15'inin (%18,8) hemoroid derecesi 3. derece, 65'inin (%81,3) 4. derece düzeyindedir. Olguların 55'inde (%68,8) cerrahiye en önemli etken ağrı, 25'inde (%31,3) kanama/kaşıntı olmuştur. Olguların 38'inde (%47,5) ameliyat sonrası şiddetli ağrı, 5'inde (%6,3) kanama, 37'sinde (%46,3) idrar retansiyonu komplikasyonları görülmüştür. Olguların 69'una (%86,3) uygulama öncesi hemoroid tedavisi için herhangi bir tedavi uygulanmamış, 11'ine (%13,8) bitkisel veya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Bu demografik veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

6.1. Katılımcıların Kişisel Bilgileri ve Ameliyat Önceki SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6. 1. 1. Olguların Ameliyat Öncesi SF-36 Puanlarının Yaş Değişkeni İle İlişkisi

SF-36 alt gruplar	Yaş
Fiziksel Fonksiyon	r 0,095
	p 0,403
	n 80
Fiziksel Rol	r 0,084
	p 0,458
	n 80
Ağrı	r -0,029
	p 0,797
	n 80
Genel Sağlık	r 0,002
	p 0,984
	n 80
Canlılık (Enerji)	r 0,025
	p 0,826
	n 80
Sosyal Fonksiyon	r 0,085
	p 0,455
	n 80

Sosyal Rol	r	0,047
	p	0,676
	n	80
Ruh Sağlığı	r	0,117
	p	0,300
	n	80

Olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 2. Hemoroidektomi Geçiren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ameliyat Öncesi SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N=80)

SF-36 alt gruplar	Cinsiyet	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	46	74,46	25,57	0,343
	Erkek	34	80,74	16,84	
Fiziksel Rol	Kadın	46	53,26	44,60	0,325
	Erkek	34	44,12	43,11	
Ağrı	Kadın	46	58,91	19,23	0,146
	Erkek	34	52,94	21,11	
Genel Sağlık	Kadın	46	56,09	11,54	0,025*
	Erkek	34	63,53	14,85	
Canlılık (Enerji)	Kadın	46	56,63	15,24	0,818
	Erkek	34	56,62	12,95	
Sosyal Fonksiyon	Kadın	46	47,83	16,94	0,088
	Erkek	34	54,41	19,19	
Sosyal Rol	Kadın	46	52,90	40,72	0,395
	Erkek	34	45,10	41,75	
Ruh Sağlığı	Kadın	46	64,70	15,19	0,792
	Erkek	34	65,65	12,65	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Kadın ve erkek olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kadın ve erkek olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Erkek olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları kadın

olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 6. 1. 3. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Medeni durum	n	X	SS	P
Fiziksel	Evli	70	78,07	20,56	0,906
Fonksiyon	Bekar	10	70,50	33,12	
Fiziksel Rol	Evli	70	48,21	44,30	0,467
	Bekar	10	57,50	42,57	
Ağrı	Evli	70	56,57	19,99	0,906
	Bekar	10	55,00	22,24	
Genel Sağlık	Evli	70	59,29	13,97	0,866
	Bekar	10	59,00	9,94	
Canlılık (Enerji)	Evli	70	56,64	14,54	0,703
	Bekar	10	56,50	12,48	
Sosyal Fonksiyon	Evli	70	50,36	18,30	0,613
	Bekar	10	52,50	17,48	
Sosyal Rol	Evli	70	46,67	41,08	0,093
	Bekar	10	70,00	36,68	
Ruh Sağlığı	Evli	70	65,49	14,14	0,515
	Bekar	10	62,40	14,14	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Evli ve bekar olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 4. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Öğrenim durumu	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Okur yazar değil	6	68,33	37,51	0,613
	İlköğretim	30	73,50	25,50	
	Lise	28	80,36	14,78	
	Üniversite	16	81,56	20,47	
Fiziksel Rol	Okur yazar değil	6	50,00	54,77	0,968
	İlköğretim	30	46,67	44,88	
	Lise	28	52,68	42,68	
	Üniversite	16	48,44	44,22	

Ağrı	Okur yazar değil	6	58,33	21,37	0,136
	İlköğretim	30	61,67	18,77	
	Lise	28	55,36	19,72	
	Üniversite	16	47,50	21,45	
Genel Sağlık	Okur yazar değil	6	49,17	13,93	0,136
	İlköğretim	30	56,67	11,24	
	Lise	28	61,07	13,08	
	Üniversite	16	64,69	15,76	
Canlılık (Enerji)	Okur yazar değil	6	43,33	11,69	0,114
	İlköğretim	30	55,67	14,43	
	Lise	28	59,11	14,60	
	Üniversite	16	59,06	12,00	
Sosyal Fonksiyon	Okur yazar değil	6	43,75	13,11	0,097
	İlköğretim	30	48,33	20,69	
	Lise	28	49,11	15,56	
	Üniversite	16	60,16	16,59	
Sosyal Rol	Okur yazar değil	6	44,44	50,18	0,971
	İlköğretim	30	48,89	43,53	
	Lise	28	51,19	37,93	
	Üniversite	16	50,00	42,16	
Ruh Sağlığı	Okur yazar değil	6	56,00	23,05	0,810
	İlköğretim	30	66,53	13,43	
	Lise	28	65,86	12,39	
	Üniversite	16	64,50	14,30	

*Kruskal Wallis H testi $p < 0,05$

Okur yazar olmayan, ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6. 1. 5. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 alt gruplar	Meslek	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Sağlık çalışanı	7	90,00	18,26	0,024*
	Diğer	73	75,89	22,44	
Fiziksel Rol	Sağlık çalışanı	7	46,43	50,89	0,936
	Diğer	73	49,66	43,60	
Ağrı	Sağlık çalışanı	7	42,86	19,76	0,056

	Diğer	73	57,67	19,83	
Genel Sağlık	Sağlık çalışanı	7	60,00	19,36	0,631
	Diğer	73	59,18	12,96	
Canlılık (Enerji)	Sağlık çalışanı	7	61,43	13,45	0,416
	Diğer	73	56,16	14,30	
Sosyal Fonksiyon	Sağlık çalışanı	7	57,14	17,47	0,236
	Diğer	73	50,00	18,16	
Sosyal Rol	Sağlık çalışanı	7	57,14	46,00	0,632
	Diğer	73	48,86	40,86	
Ruh Sağlığı	Sağlık çalışanı	7	58,86	14,18	0,176
	Diğer	73	65,70	14,03	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Sağlık çalışanı ve diğer olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları diğer çalışanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Sağlık çalışanı ve diğer olguların ameliyat öncesi fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 6. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	Başka bir kronik hastalık	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Var	24	77,71	27,70	0,294
	Yok	56	76,88	19,94	
Fiziksel Rol	Var	24	61,46	44,22	0,128
	Yok	56	44,20	43,17	
Ağrı	Var	24	56,25	19,07	0,919
	Yok	56	56,43	20,75	
Genel Sağlık	Var	24	59,17	14,27	0,987
	Yok	56	59,29	13,26	
Canlılık (Enerji)	Var	24	57,08	16,68	0,824
	Yok	56	56,43	13,20	

Sosyal Fonksiyon	Var	24	53,13	20,61	0,370
	Yok	56	49,55	17,02	
Sosyal Rol	Var	24	59,72	42,82	0,160
	Yok	56	45,24	39,91	
Ruh Sağlığı	Var	24	63,33	15,09	0,763
	Yok	56	65,86	13,71	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Başka bir kronik hastalığı olan ve başka bir kronik hastalığı olmayan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 7. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Başka Kronik Hastalığın Türü Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Kronik hastalığın türü	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon		Hipertansiyon	19	76,58	30,00	0,891
		Diğer	5	82,00	18,23	
Fiziksel Rol		Hipertansiyon	19	60,53	48,82	0,581
		Diğer	5	65,00	22,36	
Ağrı		Hipertansiyon	19	56,32	20,33	0,783
		Diğer	5	56,00	15,17	
Genel Sağlık		Hipertansiyon	19	58,16	10,83	0,331
		Diğer	5	63,00	24,90	
Canlılık (Enerji)		Hipertansiyon	19	57,11	17,66	0,945
		Diğer	5	57,00	13,96	
Sosyal Fonksiyon		Hipertansiyon	19	50,66	20,61	0,297
		Diğer	5	62,50	19,76	
Sosyal Rol		Hipertansiyon	19	64,91	45,10	0,208
		Diğer	5	40,00	27,89	
Ruh Sağlığı		Hipertansiyon	19	63,16	14,27	0,783
		Diğer	5	64,00	19,80	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Hipertansiyon hastalığı olan ve diğer kronik hastalığı olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 8. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Hemoroid Derecesi Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Hemoroid derecesi	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	3. derece	15	77,33	17,92	0,550
	4. derece	65	77,08	23,40	
Fiziksel Rol	3. derece	15	46,67	44,19	0,907
	4. derece	65	50,00	44,19	
Ağrı	3. derece	15	60,67	15,34	0,459
	4. derece	65	55,38	21,07	
Genel Sağlık	3. derece	15	66,00	9,10	0,009
	4. derece	65	57,69	13,89	
Canlılık (Enerji)	3. derece	15	59,67	12,88	0,315
	4. derece	65	55,92	14,52	
Sosyal Fonksiyon	3. derece	15	49,17	8,80	0,715
	4. derece	65	50,96	19,68	
Sosyal Rol	3. derece	15	46,67	35,19	0,832
	4. derece	65	50,26	42,54	
Ruh Sağlığı	3. derece	15	66,40	15,25	0,761
	4. derece	65	64,80	13,91	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

3. derece hemoroid ve 4. derece hemoroid olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

3. derece hemoroid ve 4. derece hemoroid olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). 3. derece hemoroid olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları 4. derece hemoroid olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 6. 1. 9. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Cerrahiye Neden Olan En Önemli Etken Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Cerrahiye neden olan en önemli etken	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	55	73,09	24,18	0,012*
	Kanama/kaşıntı	25	86,00	14,58	
Fiziksel Rol	Ağrı	55	47,27	44,01	0,498
	Kanama/kaşıntı	25	54,00	44,30	

Ağrı	Ağrı	55	60,00	17,74	0,032*
	Kanama/kaşıntı	25	48,40	23,04	
Genel Sağlık	Ağrı	55	58,82	13,61	0,541
	Kanama/kaşıntı	25	60,20	13,42	
Canlılık (Enerji)	Ağrı	55	56,91	14,22	0,576
	Kanama/kaşıntı	25	56,00	14,51	
Sosyal Fonksiyon	Ağrı	55	49,77	17,43	0,581
	Kanama/kaşıntı	25	52,50	19,76	
Sosyal Rol	Ağrı	55	47,27	41,42	0,449
	Kanama/kaşıntı	25	54,67	40,69	
Ruh Sağlığı	Ağrı	55	65,53	14,25	0,750
	Kanama/kaşıntı	25	64,16	13,98	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Ağrı nedeniyle ameliyat olan ve kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ağrı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Ağrı nedeniyle ameliyat olan ve kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi ağrı puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Ağrı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi ağrı puanları kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi ağrı puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Ağrı nedeniyle ameliyat olan ve kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 1. 10. Ameliyattan Önceki SF-36 Puanlarının Daha Önce Tedavi Görme Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Daha önce görülen tedavi	N	X	SS	p
Fiziksel Fonksiyon		Tedavi görmedi	69	75,87	23,10	0,199
		Bitkisel/cerrahi	11	85,00	15,65	
Fiziksel Rol		Tedavi görmedi	69	48,91	43,60	0,741

	Bitkisel/cerrahi	11	52,27	48,03	
Ağrı	Tedavi görmedi	69	56,52	20,06	0,893
	Bitkisel/cerrahi	11	55,45	21,62	
Genel Sağlık	Tedavi görmedi	69	58,19	13,67	0,046*
	Bitkisel/cerrahi	11	65,91	10,44	
Canlılık (Enerji)	Tedavi görmedi	69	56,16	14,33	0,628
	Bitkisel/cerrahi	11	59,55	13,87	
Sosyal Fonksiyon	Tedavi görmedi	69	48,91	17,38	0,076
	Bitkisel/cerrahi	11	61,36	19,73	
Sosyal Rol	Tedavi görmedi	69	46,86	41,35	0,129
	Bitkisel/cerrahi	11	66,67	36,51	
Ruh Sağlığı	Tedavi görmedi	69	65,33	13,73	0,861
	Bitkisel/cerrahi	11	63,64	16,82	

*Mann Whitney U testi $p < 0,05$

Daha önce tedavi görmeyen ve daha önce bitkisel/cerrahi tedavi gören olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Daha önce tedavi görmeyen ve daha önce bitkisel/cerrahi tedavi gören olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Daha önce bitkisel/cerrahi tedavi gören olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları Daha önce tedavi görmeyen olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$).

6.2. Katılımcıların Kişisel Bilgileri ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6. 2. 1. Olguların Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Yaş Değişkeni İle İlişkisi

SF-36 alt gruplar	Yaş
	r 0,111
Fiziksel Fonksiyon	p 0,326
	n 80
Fiziksel Rol	r 0,001

	p	0,995
	n	80
	r	0,009
Ağrı	p	0,939
	n	80
	r	0,005
Genel Sağlık	p	0,965
	n	80
	r	0,170
Canlılık (Enerji)	p	0,132
	n	80
	r	0,055
Sosyal Fonksiyon	p	0,631
	n	80
	r	0,141
Sosyal Rol	p	0,213
	n	80
	r	0,180
Ruh Sağlığı	p	0,110
	n	80

Olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6. 2. 2. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Cinsiyet	n	X	SS	p
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	46	85,76	12,29	0,083
	Erkek	34	90,59	9,91	
Fiziksel Rol	Kadın	46	82,07	35,22	0,704
	Erkek	34	85,29	33,21	
Ağrı	Kadın	46	22,17	9,17	0,687
	Erkek	34	21,76	9,99	
Genel Sağlık	Kadın	46	57,93	11,81	0,020*
	Erkek	34	65,44	14,94	

Canlılık (Enerji)	Kadın	46	63,48	12,69	1,000
	Erkek	34	64,41	11,79	
Sosyal Fonksiyon	Kadın	46	66,30	10,16	0,032*
	Erkek	34	72,06	12,71	
Sosyal Rol	Kadın	46	76,81	31,32	0,448
	Erkek	34	80,39	31,91	
Ruh Sağlığı	Kadın	46	68,00	10,63	0,099
	Erkek	34	72,24	9,75	

*Mann Whitney U testi $p < 0,05$

Kadın ve erkek olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Kadın ve erkek olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Erkek olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanları kadın olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$). Kadın ve erkek olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Erkek olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanları kadın olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 6. 2. 3. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt Medeni durum	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Evli	70	87,79	11,63	0,945
	Bekar	10	88,00	11,35	
Fiziksel Rol	Evli	70	82,50	34,67	0,359
	Bekar	10	90,00	31,62	
Ağrı	Evli	70	22,57	9,88	0,097
	Bekar	10	18,00	4,22	
Genel Sağlık	Evli	70	60,86	13,86	0,603
	Bekar	10	63,00	12,74	
Canlılık (Enerji)	Evli	70	63,21	12,19	0,256
	Bekar	10	68,50	12,26	
Sosyal Fonksiyon	Evli	70	68,04	11,39	0,186
	Bekar	10	73,75	12,43	
Sosyal Rol	Evli	70	78,10	31,02	0,677
	Bekar	10	80,00	35,83	
Ruh Sağlığı	Evli	70	69,54	10,86	0,714
	Bekar	10	71,60	6,65	

*Mann Whitney U testi $p < 0,05$

Evli ve bekar olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6. 2. 4. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Öğrenim durumu	n	X	SS	p	Farkın kaynağı**
Fiziksel Fonksiyon		A-Okur yazar				0,087	
		değil	6	77,50	16,05		
		B-İlköğretim	30	87,67	12,44		
		C-Lise	28	87,32	9,28		
		D-Üniversite	16	92,81	9,48		
Fiziksel Rol		A-Okur yazar				0,105	
		değil	6	66,67	51,64		
		B-İlköğretim	30	78,33	38,13		
		C-Lise	28	83,04	33,37		
		D-Üniversite	16	100,00	0,00		
Ağrı		A-Okur yazar				0,235	
		değil	6	18,33	4,08		
		B-İlköğretim	30	25,00	12,53		
		C-Lise	28	21,07	6,85		
		D-Üniversite	16	19,38	6,80		
Genel Sağlık		A-Okur yazar				0,023*	B>A, C>A, D>A
		değil	6	46,67	9,31		
		B-İlköğretim	30	60,17	10,87		
		C-Lise	28	61,43	13,87		
		D-Üniversite	16	67,81	15,70		
Canlılık (Enerji)		A-Okur yazar				0,073	
		değil	6	52,50	8,22		
		B-İlköğretim	30	63,67	12,24		
		C-Lise	28	64,11	11,39		
		D-Üniversite	16	68,13	13,15		
Sosyal Fonksiyon		A-Okur yazar				0,109	
		değil	6	64,58	5,10		
		B-İlköğretim	30	65,83	12,69		
		C-Lise	28	70,09	9,82		
		D-Üniversite	16	73,44	12,81		
Sosyal Rol		A-Okur yazar				0,584	
	değil	6	77,78	34,43			

	B-İlköğretim	30	74,44	33,54	
	C-Lise	28	77,38	32,78	
	D-Üniversite	16	87,50	23,96	
	A-Okur yazar değil	6	59,33	10,86	0,107
Ruh Sağlığı	B-İlköğretim	30	70,67	9,70	
	C-Lise	28	70,00	10,69	
	D-Üniversite	16	71,75	9,74	

*Kruskal Wallis H testi $p<0,05$ **Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U

Okur yazar olmayan, ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Öğrenim durumu değişkenine göre ameliyat sonrası genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonuçlarına göre ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanları okur yazar olmayan olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 6. 2. 5. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Meslek Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 alt gruplar	Meslek	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Sağlık çalışanı	7	94,29	9,32	0,159
	Diğer	73	87,19	11,58	
Fiziksel Rol	Sağlık çalışanı	7	100,00	0,00	0,142
	Diğer	73	81,85	35,42	
Ağrı	Sağlık çalışanı	7	18,57	6,90	0,281
	Diğer	73	22,33	9,65	
Genel Sağlık	Sağlık çalışanı	7	65,71	18,35	0,566
	Diğer	73	60,68	13,21	
Canlılık (Enerji)	Sağlık çalışanı	7	72,86	11,50	0,046*
	Diğer	73	63,01	12,04	
Sosyal	Sağlık	7	67,86	6,68	0,927

Fonksiyon	çalışanı				
	Diğer	73	68,84	11,99	
Sosyal Rol	Sağlık				0,718
	çalışanı	7	80,95	32,53	
	Diğer	73	78,08	31,53	
Ruh Sağlığı	Sağlık				0,354
	çalışanı	7	73,14	5,98	
	Diğer	73	69,48	10,72	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Sağlık çalışanı ve diğer olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının ameliyat sonrası genel sağlık puanları diğer çalışanların ameliyat sonrası genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Sağlık çalışanı ve diğer olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 2. 6. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Başka bir kronik hastalık		n	X	SS	p
		Var	Yok				
Fiziksel Fonksiyon		Var		24	89,58	10,10	0,531
		Yok		56	87,05	12,09	
Fiziksel Rol		Var		24	80,21	38,29	0,676
		Yok		56	84,82	32,57	
Ağrı		Var		24	22,50	11,13	0,797
		Yok		56	21,79	8,76	
Genel Sağlık		Var		24	59,38	13,54	0,403
		Yok		56	61,88	13,77	
Canlılık (Enerji)		Var		24	65,21	10,98	0,597
		Yok		56	63,30	12,80	
Sosyal Fonksiyon		Var		24	68,23	11,64	0,799
		Yok		56	68,97	11,68	
Sosyal Rol		Var		24	73,61	32,57	0,263
		Yok		56	80,36	30,99	
Ruh Sağlığı		Var		24	71,50	8,37	0,465
		Yok		56	69,07	11,17	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Başka bir kronik hastalığı olan ve başka bir kronik hastalığı olmayan olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 2. 7. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Başka Kronik Hastalığın Türü Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Kronik hastalığın türü	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon		Hipertansiyon	19	88,95	10,22	0,710
		Diğer	5	92,00	10,37	
Fiziksel Rol		Hipertansiyon	19	81,58	38,04	0,482
		Diğer	5	75,00	43,30	
Ağrı		Hipertansiyon	19	22,11	12,28	0,357
		Diğer	5	24,00	5,48	
Genel Sağlık		Hipertansiyon	19	56,84	12,61	0,062
		Diğer	5	69,00	13,87	
Canlılık (Enerji)		Hipertansiyon	19	65,79	9,90	0,914
		Diğer	5	63,00	15,65	
Sosyal Fonksiyon		Hipertansiyon	19	69,08	12,05	0,569
		Diğer	5	65,00	10,46	
Sosyal Rol		Hipertansiyon	19	78,95	27,69	0,217
		Diğer	5	53,33	44,72	
Ruh Sağlığı		Hipertansiyon	19	71,37	9,07	0,885
		Diğer	5	72,00	5,66	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Hipertansiyon hastalığı olan ve diğer kronik hastalığı olan olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 2. 8. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Hemoroid Derecesi Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt	Hemoroid derecesi	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon		3. derece	15	90,33	10,93	0,423
Fiziksel Rol		4. derece	65	87,23	11,66	
		3. derece	15	83,33	36,19	0,859

	4. derece	65	83,46	34,03	
Ağrı	3. derece	15	22,00	5,61	0,599
	4. derece	65	22,00	10,19	
Genel Sağlık	3. derece	15	64,33	10,15	0,178
	4. derece	65	60,38	14,32	
Canlılık (Enerji)	3. derece	15	65,33	10,77	0,766
	4. derece	65	63,54	12,62	
Sosyal Fonksiyon	3. derece	15	72,50	11,76	0,217
	4. derece	65	67,88	11,48	
Sosyal Rol	3. derece	15	73,33	38,21	0,698
	4. derece	65	79,49	29,87	
Ruh Sağlığı	3. derece	15	71,73	8,88	0,526
	4. derece	65	69,35	10,75	

*Mann Whitney U testi $p < 0,05$

3. derece hemoroid ve 4. derece hemoroid olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6. 2. 9. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Cerrahiye Neden Olan En Önemli Etken Değişkenine Göre Karşılaştırmasına

SF-36 gruplar	alt	Cerrahiye neden olan en önemli etken	n	X	SS	P
Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Ağrı	55	86,18	11,82	0,057
		Kanama/kaşıntı	25	91,40	10,16	
Fiziksel Rol	Ağrı	Ağrı	55	81,82	34,85	0,389
		Kanama/kaşıntı	25	87,00	33,17	
Ağrı	Ağrı	Ağrı	55	23,09	9,98	0,109
		Kanama/kaşıntı	25	19,60	7,90	
Genel Sağlık	Ağrı	Ağrı	55	60,82	12,87	0,754
		Kanama/kaşıntı	25	61,80	15,54	
Canlılık (Enerji)	Ağrı	Ağrı	55	64,55	11,84	0,354
		Kanama/kaşıntı	25	62,40	13,24	
Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Ağrı	55	67,05	11,38	0,022*
		Kanama/kaşıntı	25	72,50	11,41	
Sosyal Rol	Ağrı	Ağrı	55	78,79	31,01	0,872
		Kanama/kaşıntı	25	77,33	32,94	
Ruh Sağlığı	Ağrı	Ağrı	55	69,82	9,97	0,937
		Kanama/kaşıntı	25	69,76	11,55	

*Mann Whitney U testi $p < 0,05$

Ağrı nedeniyle ameliyat olan ve kanama/kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 2. 10. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Ameliyat Sonrası Görülen Komplikasyon Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 alt gruplar	Ameliyat sonrası komplikasyon		n	X	SS	P	
Fiziksel Fonksiyon	Şiddetli ağrı		38	86,58	11,57	0,710	
	Kanama		5	85,00	21,21		
	İdrar retansiyonu		37	89,46	9,92		
Fiziksel Rol	Şiddetli ağrı		38	82,89	34,93	0,563	
	Kanama		5	70,00	44,72		
	İdrar retansiyonu		37	85,81	32,56		
Ağrı	Şiddetli ağrı		38	22,37	8,52	0,117	
	Kanama		5	36,00	21,91		
	İdrar retansiyonu		37	19,73	6,00		
Genel Sağlık	Şiddetli ağrı		38	60,13	10,69	0,724	
	Kanama		5	65,00	10,61		
	İdrar retansiyonu		37	61,62	16,63		
Canlılık (Enerji)	Şiddetli ağrı		38	62,76	10,76	0,536	
	Kanama		5	64,00	15,97		
	İdrar retansiyonu		37	65,00	13,39		
Sosyal Fonksiyon	Şiddetli ağrı		38	70,07	10,29	0,040*	A>B, C>B
	Kanama		5	55,00	11,18		
	İdrar retansiyonu		37	69,26	12,00		
Sosyal Rol	Şiddetli ağrı		38	75,44	30,69	0,479	
	Kanama		5	80,00	44,72		
	İdrar retansiyonu		37	81,08	30,97		
Ruh Sağlığı	Şiddetli ağrı		38	69,89	9,38	0,903	
	Kanama		5	72,80	11,10		
	İdrar retansiyonu		37	69,30	11,51		

*Kruskal Wallis H testi $p<0,05$

Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, kanama ve idrar retansiyonu komplikasyonu görülen olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, kanama ve idrar retansiyonu komplikasyonu görülen olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonuçlarına göre ameliyattan sonra şiddetli ağrı ve idrar retansiyonu komplikasyonu görülen olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanları kanama komplikasyonu görülen olguların ameliyat sonrası sosyal fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 6. 2. 11. Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Daha Önce Tedavi Görme Değişkenine Göre Karşılaştırması

SF-36 alt gruplar	Daha önce görülen tedavi	n	X	SS	p
Fiziksel Fonksiyon	Tedavi görmedi	69	87,39	11,78	0,629
	Bitkisel/cerrahi	11	90,45	9,86	
Fiziksel Rol	Tedavi görmedi	69	85,14	34,12	0,081
	Bitkisel/cerrahi	11	72,73	34,38	
Ağrı	Tedavi görmedi	69	21,01	7,31	0,293
	Bitkisel/cerrahi	11	28,18	17,22	
Genel Sağlık	Tedavi görmedi	69	61,09	13,96	0,833
	Bitkisel/cerrahi	11	61,36	12,27	
Canlılık (Enerji)	Tedavi görmedi	69	64,28	12,64	0,414
	Bitkisel/cerrahi	11	61,36	9,51	
Sosyal Fonksiyon	Tedavi görmedi	69	69,02	11,47	0,538
	Bitkisel/cerrahi	11	67,05	12,84	
Sosyal Rol	Tedavi görmedi	69	77,29	32,59	0,637
	Bitkisel/cerrahi	11	84,85	22,92	
Ruh Sağlığı	Tedavi görmedi	69	69,86	10,92	0,704
	Bitkisel/cerrahi	11	69,45	6,76	

*Mann Whitney U testi $p<0,05$

Daha önce tedavi görmeyen ve daha önce bitkisel/cerrahi tedavi gören olguların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF-36 Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6. 3. 1. Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası SF-36 Puanlarının Karşılaştırması

SF-36 gruplar	alt n	Preop X±SS	Postop X±SS	P
Fiziksel Fonksiyon	80	77,13±22,37	87,81±11,52	0,000*
Fiziksel Rol	80	49,38±43,93	83,44±34,21	0,000*
Ağrı	80	56,38±20,14	22,00 ± 9,47	0,000*
Genel Sağlık	80	59,25±13,48	61,13±13,66	0,322
Canlılık (Enerji)	80	56,63±14,23	63,88±12,25	0,000*
Sosyal Fonksiyon	80	50,63±18,11	68,75±11,60	0,000*
Sosyal Rol	80	49,58±41,08	78,33±31,42	0,000*
Ruh Sağlığı	80	65,10±14,09	69,80±10,42	0,012**

*Wilcoxon İşaretili Sıralar testi * $p<0,01$ ** $p<0,05$

Çalışmaya alınan olguların SF-36 ölçeğinden ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası aldıkları puanların karşılaştırmasına göre ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,05$).

Ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir artış, ağrı puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olmuştur.

SF-36 ölçeğinin Genel Sağlık alt grubu açısından ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

7- TARTIŞMA

Erdođdu, hemoroidektomi uygulanan hastaların postoperatif hayat kalitesindeki değişiklikleri incelediği çalışmasında, bu operasyonun teknik olarak kolaylığına ve sonuçlarının başarılı olduğuna dikkat çekmiştir. Hemoroid hastaları arasında yapılan ankette, hastalar cinsiyet, yař, eğitim düzeyleri ve çalışma durumlarına bağlı olarak, operasyon sonrası yaşam kalitelerinde ne gibi farklılıklar olduğu incelenmiştir. Çalışma durumunun ameliyat sonrası yaşam kalitesine bir etki yaptığı bulunamazken, eğitim seviyesi dűřuk hastalar ve kadın hastalarda ağrı durumunun anlamlı derecede yűksek olduğu saptanmıştır. Diđer alt gruplarda ise bir farklılık tespit edilmemiştir (53).

Sailer ve arkadaşları, hemoroidal hastalarda Gastrointestinal Hayat Kalitesi İndeksini (GIQLI) baz alarak bir çalışma yapmışlar ve yaşı birbirine yakın olan hastaların hayat kalitesi seviyesinin de benzer olduğunu saptamışlardır (54).

Khan ve arkadaşları, hemoroid műdahalelerinin hayat kalitesine olan etkisini incelemek için yaptıkları araştırmada, bu ameliyatların hastaların fiziksel aktivitelerini gűclendirdiđini, ağrılarında ise azalmayı sağladığını tespit etmiştir (55).

Martinson ve arkadaşları, hemoroidal hastalık için tedavi edilen hastaların hayat kalitesindeki deęişikliklerin özellikle 6. aydan sonra daha net grűldűđűnű belirtmiřlerdir. Fiziksel belirtilerin yanında sosyal özellikleri de inceleyen arařtırmacılar, hastaların sosyal fonksiyonlarının ameliyatlardan sonra geliřtiđini saptamıřtır (56).

Grucela ve arkadaşları, hemoroid ameliyatı sonrası anket yaptıkları hastalara “ameliyattan memnun kaldınız mı?” ve “ameliyatı başkalarına tavsiye eder misiniz?” sorularını yöneltmiştir. Bunun neticesinde yaşları 18 ile 93 arasında değişen 111 hastanın çoğunun ağrılarının azaldığı, %92.4’űnűn ameliyattan memnun kaldığı ve %87.7’sinin de ameliyatı başkalarına tavsiye edebileceği öğrenilmiştir (57).

Ho ve Ho, hemoroidektomide longo tekniği ile kapalı tekniği karşılaştırarak, ameliyat sonrası hastaların durumunu incelemiştir. Hemoroidektomide en az acılı iki teknik olması beklenen bu yöntemlerin 50 adet 3. veya 4. derece hemoroid hastaları üzerinde karşılaştırılması, ameliyat süresi, hastanede kalma süresi, dışkıyı tutama ve ağrı gibi değişkenler üzerinde yapılmıştır. Araştırma sonucunda longo tekniği kullanılan hastaların ameliyat sonrasında daha az ağrısının olduğu gözlenmiştir. Hastanede kalma sürelerinde bir farklılık görülmezken, kapalı tekniğin kullanıldığı hastalarda kanama ve kaşıntı gibi sorunlar daha çok gözlenmiştir. Dışkı tutamama sorunu her iki grupta da görülürken, longo tekniği kullanılan 3 hastanın 2'si bu durumun hayat tarzlarını etkilediğini belirtmiştir (58).

Giordano ve arkadaşları, geleneksel hemoroidektomi ile staple kullanılan hemoroidopeksi yöntemlerini karşılaştırmıştır. Daha önceki çalışmaların yaşam kalitesinden ziyade ameliyattan memnuniyeti üzerine odaklandığını belirtilen araştırmacılar, bu bağlamda iki tekniği kullanan hastaların benzer memnuniyet oranları taşıdığını ifade etmiştir. 1201 hastanın sonucunun dikkate alındığı çalışmada, staple kullanılan hemoroidopeksinin hemoroid tedavisinde güvenilir bir yol olduğu ancak geleneksel hemoroidektominin daha az ek operasyon gerektirdiği ve hastalığın tekrarlanmasının daha az görüldüğu sonucuna varılmıştır (59).

Peng ve arkadaşları, hemoroid tedavisinde boğma yöntemi ve staple kullanılan hemoroidektomi yönteminin hastalar üzerindeki etkisini araştırmıştır. Yaş, cinsiyet ve yaşam kalitesi bakımından eşit bir şekilde dağıtılan 55 hasta, bu iki tekniğin uygulanmasından sonra hasta üzerindeki komplikasyonlar, semptomların azalma oranı, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini değerlendirebilmek için iki hafta, iki aylık ve altı aylık takipler yapılmıştır. Staple kullanılan hemoroidektomi yönteminin uygulandığı hastalarda daha çok ağrı gözlenirken, operasyon sonrası iki grubun memnuniyet ve hayat kalitelerinde bir farklılık görülmemiştir. Ancak yeniden cerrahi müdahale istemeyen hastalar için Staple kullanılan hemoroidektominin tercih edilmesi önerilmektedir (60).

Wilson ve arkadaşları, 3. derece hemoroid hastalarında staple hemoroidektomi ile açık hemoroidektomi operasyonlarının nasıl etkiler bıraktığını

incelemiştir. Çalışmada, anorektal fizyolojideki değişiklikler, kesilen edilen dokunun doğası, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ve incelenen tedavilerin maliyet etkileri üzerinde özel dikkat gösterilmiştir. İngiltere’de 19 hasta üzerinde çalışan ve 99 hastanın kontrol grubunda olduğu çalışmada hastalar rastgele olarak tekniklerin uygulanacağı gruplara dağıtılmıştır. Çalışma sonucunda staple hemoroidektomi yönteminde ameliyat süresinin ve ameliyat sonrası kanamaların daha az olduğu saptanırken, açık hemoroidektomide koruyucu ped kullanımı ve rehabilitasyon sürecinde artış gözlenmiştir. Özetle staple hemoroidektominin hemoroid hastaları için daha etkili bir yöntem olduğu ve yaşam kalitesine olumsuz etki yapmadığı saptanmıştır (61).

Zampieri ve arkadaşları hemoroidektomi tedavisi gören hastalardan Transanal Hemoroidal Darterilizasyon (THD) ve damar kapama teknolojisi olan LigaSure yöntemlerini karşılaştırmıştır. Rastgele seçilen hastalar yaşam kalitesi, dışkılama ve semptomların gerilemesi üzerine incelenmiştir. Toplamda 114 hastanın dahil olduğu çalışma sonucunda, ameliyat sonrası cerrahi komplikasyon oranları ve tekrarlamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kısa ve orta vadeli (1-6 ay) sonuçlar, THD hastalarının LigaSure hastalarına kıyasla daha yüksek ağrı çözümlülüğü oranına sahip olduğunu göstermiştir. Fonksiyonel olarak, LigaSure ile tedavi edilen tüm hastalarda, mide bulantısı görülürken, THD ile tedavi edilen hastalara kıyasla daha fazla postoperatif kabızlık göstermişlerdir. Özet olarak THD’nin etkili bir teknik olduğu ve LigaSure ile karşılaştırıldığında en iyi kısa vadeli klinik ve cerrahi sonuçlara sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (62).

Ho ve arkadaşları, staple hemoroidektomiye geleneksel yöntemler ile kıyaslayarak, maliyet ve verimlilik üzerinden incelemiştir. Gruplara rastgele dağıtılan 119 hasta üzerine uygulanan teknikler, maliyet, yaşam kalitesi ve ağrı seviyeleri olarak analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda geleneksel yöntemin daha kısa sürdüğü, ancak uygulama sonrasında hastaların dışkılama sırasında iki hafta kadar ağrı hissettiği saptanmıştır. Hastaların memnuniyet dereceleri ve yaşam kaliteleri benzerdi ancak geleneksel yöntemden sonra hastalar işlerine daha geç dönebilmiş fakat operasyon için daha az ücret ödemiştir. Özet olarak zımbalı

hemoroidektominin daha pahalı olmasına rağmen daha etkili olduğu ve daha kısa sürede işe dönmeye müsaade ettiği görülmüştür (63).

Bulut ve arkadaşları, hemoroid hastalığının tedavisinde staple hemoroidektomi ile Milligan-Morgan yöntemlerini ameliyat sonrası komplikasyonlar ve iyileşme süreci üzerinden karşılaştırmıştır. Toplam 30 hasta üzerinde yapılan çalışmada, ameliyat sonrası ağrıların staple yönteminde daha az olduğu ve yine bu yöntemde kanamaların da daha az görüldüğü saptanmıştır. Dolayısıyla pahalı bir tedavi olmasına rağmen staple yönteminin ameliyat sonrası hasta konforu için daha etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (64).

Hemoroidel hastalık bireyin yaşam aktivitelerini oldukça etkileyen ve sağlık harcamaları, kaybına yol açan bir durumdur. Hemoroid hastaların da yaşam kalitesi ile ilgili çalışılmış örneklere 1998 öncesinde rastlanmamaktadır. Günümüze kadar yapılan son çalışmalarda ise, hemoroid hastalık tedavisinde kullanılan cerrahi teknikler değerlendirilmiş ve bu tekniklerin yaşam kalitesine etkisi karşılaştırılmıştır. Her geçen gün cerrahi tedavi ve bakım uygulamalarının gelişmesi ve rahat uygulanabilir hale gelmesi ile hastane kalış süresi kısalmıştır. Yaşam kalitesinin anlamlı ölçüde değişmesi sebebi ile daha çok hasta ameliyat olmayı kabul eder hale gelmiştir (The Hububle Triol). Daha önce yapılan çalışmalarda 3.ve 4.derece hemoroid tanısı almış olan hastaların %40'nin fiziksel %38'nin sosyal %8'nin iş aktivitelerinin önemli derecede engellendiği sonuçları elde edilmiştir. (61)

Çalışmamızdaki olgular, ameliyat öncesi dönemde bedensel sağlık sorunları nedeniyle iş ya da iş dışında günlük aktivitelerine ayırdıkları zamanı kısaltmak zorunda kaldıkları, rutin işlerini vaktinde bitiremediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya alınan olguların SF-36 ölçeğinden ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası aldıkları puanların karşılaştırılmasına göre ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,05$). Ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir artış, ağrı puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olmuştur (Tablo 6. 3.1).

Olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol, ruh sağlığı puanları ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur ($p>0,05$). (Tablo 6. 1.1).

Kadın ve erkek olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Erkek olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları kadın olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6. 1.2).

Evli, bekar olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, rol, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.1.3).

Sağlık çalışanı ve diğer olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 6. 1.5). Sağlık çalışanlarının ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları diğer çalışanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

3. derece ve 4. derece hemoroid olgularının ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). 3. derece hemoroid olgularının ameliyat öncesi genel sağlık puanları 4. derece hemoroid olgularının genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6.1.8).

Ağrı nedeniyle ameliyat olan ve kanama kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Kanama, kaşıntı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ağrı nedeniyle ameliyat olan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6.1.9).

Daha önce tedavi görmeyen ve daha önce bitkisel ve cerrahi tedavi gören olguların ameliyat öncesi genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır. Daha önce bitkisel cerrahi tedavi gören olguların ameliyat öncesi genel sağlık

puanları tedavi görmeyen olguların ameliyat öncesi sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6.1.10).

Öğrenim durumlarına göre ameliyat sonrası genel sağlık puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmeli mann whitney u testinin sonuçlarına göre ilköğretim, lise, üniversite düzeyinde öğrenim gören olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanları okur yazar olmayan olguların ameliyat sonrası genel sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6.2.4). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin tedaviye daha iyi uyum sağlayabileceğinden hareketle, araştırma sonuçları litarettürü desteklemektedir.

Çalışmamızda hemoroid hastalarında SF-36 ölçeğinin diğer alt gruplarından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası başka farklılıklar saptanmamıştır. Grade 3-4 hemoroid hastalarına stapler hemoroideksi yöntemi ile hemroidektomi yapılan 80 hastanın demografik özellikleri ameliyat sırasında meydana gelen komplikasyonlar, ameliyat sonrası ağrı ve hastanede kalış süreleri kaydedilmiştir.

Hemoroidal hastalığın yaşam kalitesini ciddi etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda yüksek ekonomik maliyetlere yol açan bir durumdur. Ameliyat yöntemlerinin gelişmesi ile ameliyat sonrası komplikasyonların azalması ve hastanede kalış sürelerinin kısalması ile hemoroidektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür (Stapler Hemoroidepeksi).

Çalışmamızda SF-36 ölçeği uygulanan olguların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puanların karşılaştırmasına göre ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $p<0,05$) (Tablo 6.3.1).

Ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir artış, ağrı puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olmuştur.

8-SONUÇ

Hemoroidal hastalığın yaşam kalitesini ciddi etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda yüksek ekonomik maliyetlere yol açan bir durumdur. Ameliyat yöntemlerinin gelişmesi ile ameliyat sonrası komplikasyonların azalması ve hastanede kalış sürelerinin kısılması ile hemorodektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür.

Çalışmamızdaki olgular, ameliyat öncesi dönemde bedensel sağlık sorunları nedeniyle iş ya da iş dışında günlük aktivitelerine ayırdıkları zamanı kısaltmak zorunda kaldıkları, rutin işlerini vaktinde bitiremediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya alınan olguların SF-36 ölçeğinden ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası aldıkları puanların karşılaştırılmasına göre ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,05$). Ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, canlılık (enerji), sosyal fonksiyon, sosyal rol ve ruh sağlığı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir artış, ağrı puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olmuştur (Tablo 6. 3.1).

Çalışmamızda erkek olguların sağlık puanları kadın olguların sağlık puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının fiziksel sağlık puanlarının diğer çalışanların fiziksel sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemoroid derecesi ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur. Hemoroid hastalarında ağrının yaşam kalitesini düşürdüğü ameliyat sonrası ağrıların azaldığı saptanmıştır. Hemoroid hastalarında eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin tedaviye daha uyumlu olduğunu göstermiştir. Hastalarda kronik hastalığı olması hemoroid oluşumunda herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. Daha önce ameliyat olmuş yada bitkisel tedavi kullanmış hastaların olmayan hastalara göre ağrıya daha dayanıklı olduğu saptanmıştır.

SF-36 ölçeğinin genel sağlık alt grupları açısından ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.3.1). Daha geniş hasta grupları ile ameliyattan sonraki 6. ve 12. ay gibi uzun süreleri kapsayacak şekilde yapılacak araştırmalarda hemoroidektominin yaşam kalitesine etkisi hakkında daha geniş bilgi edinilmesini sağlayabilir.



ÖNERİLER

- Hemoroid hastalarında yaşam kalitesini yükseltmek için daha erken dönemde hastaneye başvurmaları sağlanmalı
- Bireylerde hemoroid oluşumunu engellemek için diyet ve beslenmelerine dikkat etmeleri konusunda eğitimler verilmesi
- Bireylerde hemoroid oluşumunu önlemek için doğru tuvalet alışkanlığı kazanılması sağlanması.
- Ameliyat sonrası hastanın yaşam kalitesini yüksek tutmak için ağrı kontrolü sağlanması
- Ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için perianal bölgenin hijyenik ve kuru olması sağlanması
- Hemoroid oluşumunun önlenmesi için 20-80 yaş arasındaki bireylere düzenli muayenenin önemi kavratılması
- Ameliyat sonrası yeniden hemoroid oluşumunun önlenmesi için bireylerin yaşam tarzındaki (uzun süre oturma, ayakta durma) değişiklikler konusunda bilgilendirme yapılması
- Taburculuk sonrası hastaların ilaçları düzenli kullanması hakkında bilgilendirme yapılması

9- KAYNAKLAR

- (1) S. Ellesmore ve A. C. J. Windsor, «Surgical History of Hemorrhoids,» %1 içinde Surgical Treatment of Hemorrhoids, C. V. Mann, Dü., New York, Springer, pp. 1-4, 2001.
- (2) N. Sökücü, Hemoroid Hastalığı ve Tedavisi: Tarihçe, İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi, 2007.
- (3) A. C. Celsus, De Medicina, Londra: Harvard University Press, 1935.
- (4) Ş. Sabuncuoğlu, Cerrahiyetül Haniyee: Kan Akan Bevasirun Bağlamanun ve Kesmegun ve Şükakun İlacının Tarikasını Bildürür, Ankara: Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Tarih Kurumu Yayınları, 1992.
- (5) J. Alexander-Williams ve A. R. Crapp, «Conservative Management of Haemorrhoids. Part I: Injection, Freezing, and Ligation,» Clinics in Gastroenterology, cilt 4, no. 3, pp. 595-618, 1975.
- (6) M. C. Burchell, G. B. Thow ve R. A. Manson, «"Modified Whitehead" Hemorrhoidectomy,» Dis Colon Rectum, cilt 19, pp. 225-228, 1976.
- (7) J. C. Bonello, «Who's Afraid of the Dentate Line? The Whitehead Hemorrhoidectomy,» Am J Surg, cilt 156, pp. 182-186, 1988.
- (8) L. E. Smith, «Hemorrhoidectomy with Lasers and Other Contemporary Modalities,» Surg Clin N Am, cilt 72, pp. 665-679, 1992.
- (9) J. A. Ferguson, W. P. Maizer ve M. I. Ganchrow, «The Closed Technique of Hemorrhoidectomy,» Surgery, cilt 70, pp. 480-484, 1971.
- (10) J. Baron, «Office Ligation Treatment of Hemorrhoids,» Dis Colon Rectum, cilt 6, pp. 109-113, 1963.
- (11) M. Pescatori, U. Favetta, S. Dedole ve S. Orsini, «Transanal Stapled Excision of Rectal Mucosa Prolapse,» Techniques in Coloproctology, cilt 1, pp. 96-98, 1997.
- (12) M. K. Ulualp ve İ. Hamzaoğlu, «Haemorrhoidectomy Using a Linear Cutting Stapler,» Contemporary Surgery, cilt 53, no. 3, pp. 198-200, 1998.
- (13) A. O'Bichere, M. Laniado ve D. Sellu, «Stapled Haemorrhoidectomy: A Feasible Day-Case Procedure,» British Journal of Surgery, cilt 85, no. 3, pp. 377-378, 1998.
- (14) K. Morinaga, K. Hasuda ve T. Ikeda, «Novel Therapy for Internal Hemorrhoids: Ligation of the Hemorrhoidal Artery with a Newly Devised Instrument (Moricorn) in Conjunction with a Doppler Flow Meter,» Am J Gastroenterol, cilt 90, no. 4, pp. 610-613, 1995.
- (15) N. Kartal, «Hemoroidal Hastalıkta Tedavi Yöntemleri,» Türk Aile Hekimliği Dergisi, cilt 6, no. 3, pp. 121-126, 2002.
- (16) AIHW, Australian Hospital Data, Avusturalya, 2001-2002.
- (17) J. E. Everhart, Digestive Diseases in the United States: Epidemiology and Impact, National Institutes of Health, 1994.

- (18) B. A. Orkin, A. M. Schwartz ve M. Orkin, «Hemorrhoids: What the Dermatologist Should Know,» J Am Acad Derm, cilt 41, no. 3, pp. 449-456, 1999.
- (19) A. L. Polglase, «Haemorrhoids: A Clinical Update,» The Medical Journal of Australia, cilt 167, no. 2, pp. 85-88, 1997.
- (20) J. M. Stone, M. Nino-Murcia, V. A. Wolfe ve I. Perkas, «Chronic Gastrointestinal Problems in Spinal Cord Injury Patients: A Prospective Analysis,» American Journal of Gastroenterology, cilt 85, no. 9, pp. 1114-1119, 1990.
- (21) J. R. Wuest ve T. A. Gossel, «Continuing Education. Advising Consumers on OTC Hemorrhoidal Remedies: An Update,» Massachusetts State Pharmaceutical Association Newsletter, cilt 9, pp. 25-29, 1992.
- (22) D. P. Burkitt, «Varicose Veins Deep Vein Thrombosis and Hemorrhoids: Epidemiology and Suggested Aetiology,» British Medical Journal, cilt 2, no. 5813, pp. 556-561, 1972.
- (23) J. Denis, «Prevalence de la Pathologie Proctologique en Gastro-Enterologie,» Precepta Medica, cilt 15, pp. 12-17, 1991.
- (24) J. Denis, «A Study of Some Etiological Factors in Hemorrhoidal Disease,» Archives Françaises des Maladies de l'Appareil Digestif, cilt 65, no. 7, pp. 529-536, 1976.
- (25) D. M. Jacobs, M. P. Bubrick, G. R. Onstad ve C. R. Hitchcock, «The Relationship of Hemorrhoids to Portal Hypertension,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 23, no. 8, pp. 567-569, 1980.
- (26) J. F. Johanson ve A. Sonnenberg, «Constipation is not a Risk Factor for Hemorrhoids: A Case Control Study of Potential Etiological Agents,» American Journal of Gastroenterology, cilt 89, no. 11, pp. 1981-1986, 1994.
- (27) H. P. Bruch ve U. J. Roblick, «Pathophysiologie des Hemorrhoidalleidens,» Der Chirurg, cilt 72, no. 6, pp. 656-659, 2001.
- (28) E. Geçim, «Hemoroidal Hastalık,» %1 içinde Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları, B. Menteş, T. Bulut, Ö. Alabaz ve S. Leventoğlu, Dü, İstanbul, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 2011.
- (29) İ. S. Barlas, İleri Evre Hemoroidlerde Stapler Hemoroidpeksi Yöntemi: Kısa ve Uzun Dönem Sonuçları, İstanbul, 2008.
- (30) O. Thulesius ve J. E. Gjores, «Arterio-Venous Anastomoses in the Anal Region with Reference to the Pathogenesis and Treatment of Hemorrhoids,» Acta Chirurgica Scandinavica, cilt 139, no. 5, pp. 476-478, 1972.
- (31) M. Cospite, «Double-Blind, Placebo-Controlled Evaluation of Clinical Activity and Safety of Daflon 500 mg in the Treatment of Acute Hemorrhoids,» Angiology, cilt 45, pp. 566-573, 1994.
- (32) M. Hulme-Moir ve D. C. Bartolo, «Hemorrhoids,» Gastroenterology Clinics of North America, cilt 30, no. 1, pp. 183-197, 2001.
- (33) Y. H. Ho, C. L. Foo, F. Seo-Choen ve H. S. Goh, «Prospective Randomized Controlled Trial of a Micronized Flavonoidic Fraction to Reduce Bleeding After Haemorrhoidectomy,» British Journal of Surgery, cilt 82, no. 8, pp. 1034-1035, 1995.

- (34) S. Jayaraman, P. H. Colquhoun ve R. A. Malthaner, «Stapled versus Conventional Surgery for Hemorrhoids,» The Cochrane Database of Systematic Review, no. 4, 2006.
- (35) J. A. Ferguson ve J. R. Heaton, «Closed Hemorrhoidectomy,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 2, no. 2, pp. 176-179, 1959.
- (36) T. K. Hayssen, M. A. Luchtefeld ve A. J. Senagore, «Limited Hemorrhoidectomy,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 42, no. 7, pp. 909-914, 1999.
- (37) A. G. Parks, «The Surgical Treatment of Haemorrhoids,» British Journal of Surgery, cilt 43, no. 180, pp. 337-351, 1956.
- (38) M. L. Corman, «Hemorrhoids,» %1 içinde Colon and Rectal Surgery, M. L. Corman, Dü., Philadelphia, Lippincot Raven, pp. 147-205, 1998.
- (39) F. Gaj, A. Trecca ve M. Carboni, «New Device for Rubber Band Ligation of hemorrhoids,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 37, no. 5, pp. 494-495, 1994.
- (40) R. B. Smith ve J. Moodie, «Comparative Efficacy and Tolerability of Two Ointment and Suppository Preparations ('Unoroid' and Proctosedyl') in the Treatment of Second Degree Haemorrhoids in General Practice,» Current Medical Research and Opinion, cilt 11, no. 1, pp. 34-40, 1988.
- (41) P. H. Lord, «A Day-Case Procedure for the Cure of Third-Degree Haemorrhoids,» British Journal of Surgery, cilt 56, no. 10, pp. 747-749, 1969.
- (42) A. Emre, İnternal Hemoroidlerin Tedavisinde Lastik Band Ligasyonu ve Skleroterapi, İstanbul, 2001.
- (43) S. Yüksel, .Tip 1 Ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Afyon: Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- (44) A. A. Boylu ve R. G. Terzioğlu, Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif Ve Subjektif Göstergelerin İncelenmesi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- (45) C. Erkıral, Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- (46) N. Erdem ve S. Ergüney, «Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesinin Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi,» Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt 8, no. 3, pp. 7-12, 2005.
- (47) T. Güven, Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2007.
- (48) F. Reha, «Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı?,» Köprü Dergisi, cilt 3, no. 7, pp. 23-29, 2013.
- (49) H. Oğan, «Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği,» Türk Tabipler Birliği, cilt 1, no. 2, pp. 7-9, 2014.
- (50) A. Meydanlıoğlu, «Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği,» Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, cilt 2, no. 3, pp. 27-35, 2013.
- (51) Ü. Y. Fındık ve Ö. Erol, «Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri,» Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt 27, no. 3, pp. 62-63, 2011.

- (52) A. Mutlu ve A. K. Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa: Ekin Basım Yayın, pp. 23-29, 2005.
- (53) A. Erdoğan, S. N. Turfaner, E. Erginöz, B. Apaydın ve F. Sipahioğlu, «Stapler hemoroidektominin yaşam kalitesine etkisinin SF-36 ölçeği ile değerlendirilmesi,» Turkish Journal of Surgery, cilt 29, no. 2, 2013.
- (54) M. Sailer, D. Bussen, E. S. Debus, E. S. Debus, K. H. Fuchs ve A. Thiede, «Quality of life in patients with benign anorectal disorders,» British Journal of Surgery, cilt 85, no. 12, pp. 1716-1719, 1998.
- (55) S. Khan, S. E. Pawlak, J. C. Eggenberger, C. S. Lee, E. J. Szilagyi, J. S. Wu ve D. A. Margolin, «Surgical treatment of hemorrhoids,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 44, no. 6, pp. 845-849, 2001.
- (56) A. Martinson, Z. Narbutis, Ī. Bruneieks, M. Pavars, S. Lebedkovs ve J. Gardovskis, «A comparison of quality of life and postoperative results from compined PPH and conventional haemorrhoidectomy in different cases of haemorrhoidal disease,» Colorectal Dis, cilt 9, pp. 423-429, 2007.
- (57) A. Grucela, H. Salinas, S. Khaitov, R. M. Steinhagen, S. R. Gorfine ve D. B. Chessin, «Prospective analysis of clinician accuracy in the diagnosis of benign anal pathology: comparison across specialties and years of experience,» Diseases of the Colon & Rectum, cilt 53, no. 1, pp. 47-52, 2010.
- (58) K. S. Ho ve Y. H. Ho, «Randomized clinical trial comparing oral nifedipine with lateral anal sphincterotomy and tailored sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure,» Br J Surg, cilt 92, pp. 403-408, 2005.
- (59) P. Giardano, G. Gianpiero ve P. Grondona, «Simple cutaneous advancement flap anoplasty for resistan chronic anal fissure: prospective study,» World J Surg, cilt 33, pp. 1058-1063, 2009.
- (60) B. C. Peng, D. G. Jayne ve Y. H. Ho, «Randomized trial of rubber band ligation vs. stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles,» Dis Colon Rectum, cilt 46, pp. 291-297, 2003.
- (61) M. S. Wilson, V. Pope, H. E. Doran, S. J. Fearn ve W. A. Brough, «Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial,» Dis Colon Rectum, cilt 45, pp. 1437-1444, 2002.
- (62) N. Zampieri, R. Castellani, R. Andreoli ve A. Geccherle, «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, cilt 204, no. 5, pp. 684-688, 2012.
- (63) Y. H. Ho, C. L. Foo, F. Seow-Choen ve H. S. Goh, «Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonoidic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy,» British Journal of Surgery, cilt 82, no. 8, pp. 1034-1035, 1995.
- (64) A. Bulut, S. Evcimen, Ī. O. Kaya ve O. Hoca, «Hemoroid hastalığının tedavisinde stapler hemoroidopeksi ile Milligan-Morgan hemoroidektomi yönteminin karşılaştırılması,» Ulusal Cerrahi Dergisi, cilt 22, no. 2, pp. 067-071, 2006.
- (65) Türk Nöroloji Dergisi, Türk Nöroloji Dergisi, cilt 20, no. 1, pp. 5-9, 2014.
- (66) L. P. Nguyen, «On the Quality of Life,» Med Times, no. 88, pp. 613-619, 1960.

- (67) A. Aksungur, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde alışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Ankara: Gazi Üniuersitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, 2009.
- (68) S. Khan, S. E. Pawlak, J. C. Eggenberge ve E. J. S. C. S. Lee, «Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the Harmonic Scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy,» Dis Colon Rectum, no. 44, pp. 845-849, 2001.
- (69) A. Martinsons, Z. Narbutis, I. Bruneniekis, M. Pavars, S. Lebedkovs ve J. Gardovskis, «A comparison of quality of life and postoperative results from combined PPH and conventional haemorrhoidectomy in different cases of haemorrhoidal disease,» Colorectal Dis, no. 9, pp. 423-429, 2007.



10-EKLER

Ek.1. Araştırma izni

ÖZEL NİSA HASTANESİ



ÖZEL NİSA HASTANESİ

Yenibosna, Fatih Caddesi, Okul Sokak,
No:7, Bahçelievler 34196 İstanbul
Tel: (0212) 454 44 00 Faks: (0212) 452 33 36
www.nisahastanesi.com

Sayı : 482

16/06/2014

Konu : Hafize CAN-
Anket Çalışması Hk.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİNE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi: 07.03.2014 tarih ve 104 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hafize CAN'ın, Üniversiteniz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "hemoroidektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını hastanemizde yapması onaylanmıştır.

Bilgilerinize arz ederiz.



Ek. 2. Hasta tanıtıcı anket

Sayın Katılımcı

Bu çalışma öncelikle *hemoroidektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve tercih edilen cerrahi yöntemin hasta üzerindeki etkilerinin belirlenmesi* amacı ile planlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışma sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Eğer çalışmaya katılırsanız elde edilen veriler gizli tutulup sadece eğitim ve bilimsel amaçlı toplu olarak kullanılacaktır. Katılarınız için teşekkür ederim.

Hafize Can

A.HASTAYA AİT TANITICI ÖZELLİKLER

Anket no:

- 1.Yaşı:
- 2.Cinsiyeti () 1.Kadın () 2. Erkek
3. Medeni Durumu () 1.Evli () 2. Bekar
4. Eğitim Durumu () 1.Okuma yazma bilmiyor
() 2.İlkokul
() 3.Ortaokul
() 4. Lise
() 5.Üniversite
- 5.Meslek Durumu () 1.Öğretmen
() 2.Sağlık çalışanı
() 3.Esnaf
() 4. Ev hanımı
() 5. Diğer.....
- 6.Kronik Hastalık Durumu () 1. Var () 2. Yok
7. Kronik Hastalığın Türü () 1.Kalp yetmezliği
() 2. KOAH
() 3. Diabet
() 4. Hipertansiyon
() 5. Diğer
8. Hemoroid Derecesi: () 2. III.Derece () 3. IV.Derece
9. Uygulanan Cerrahi Girişimin Türü:.....
10. Cerrahi Girişim Uygulanmasını Etkileyen En Önemli Faktör Durumu
() 1. Ağrı
() 2.Akıntı
() 3.Kanama
() 4. Kaşıntı
() 5. Diğer
11. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Komplikasyon Gelişme Durumu
() 1.Şiddetli ağrı
() 2.Kanama
() 3.İdrar retansiyonu
() 4.Diğer.....
12. Hemoroidin Tedavisi İçin Daha önce Uygulanan Tedavi Yöntemleri
() 1. Hiçbir tedavi yöntemini kullanmama
() 2. Bitkisel içerikli alternatif ve tamamlayıcı yöntemler kullanma
() 3. Cerrahi tedavi yöntemi
() 4. Bitkisel içerikli alternatif ve tamamlayıcı yöntemler kullanma + Cerrahi tedavi yöntemi

Ek. 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

32011

1

Anket no:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma öncelikle hemoroidektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve tercih edilen cerrahi yöntemin hasta üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmada sonuçlarının olumlu yönde etkileyecektir. Eğer çalışmaya katılırsanız elde edilen veriler gizli tutulup sadece eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Hafize Can

Özel Nisa Hastanesi Sorumlu Hemşiresi

V. YAŞAM KALİTESİ

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
- Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözünüze alarak, seçiniz

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

11- ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 39
Konu: Etik Kurulu Kararı

03/03/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Hemoroiddektomi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 53 00
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemoroiddektomi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	20.02.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.02.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	Karar No: 39	Tarih: 03.03.2014				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMIRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

12- ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hafize	Soyadı	CAN
Doğum Yeri	Gerede	Doğum Tarihi	01.10.1976
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	
E-Posta	<u>hcan1976@hotmail.com</u>	Tel	

Eğitim Düzeyi

Görevi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Kocaeli Üniv.Sağlık Bilimleri Fakültesi	2000
Lise	Ankara Merkez İmam Hatip Lisesi	1994

İş Deneyimi(Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Sorumlu Hemşire	Özel Nisa Hastanesi	2006-2017
Eğitim Hemşiresi	İBB.Sağlık Aş.	2005-2006
Cerrahi Hemşiresi	Özel Erdem Hastanesi	2001-2004

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

*Çok iyi,iyi,orta,zayıf olarak değerlendirin

Görevi	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI	55.86		
Diğer (Puanı)			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	Orta