

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİKTE HEMOROİD GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİ
EDEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Esra CURA POLAT**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**AĞUSTOS 2022
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİKTE HEMOROİD GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİ
EDEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Esra CURA POLAT**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK
Prof. Dr. Semra KOCAÖZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**AĞUSTOS 2022
NEVŞEHİR**

Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK (1. Danışman) ve Prof. Dr. Semra KOCAÖZ (2.danışman) danışmanlığında Esra CURA POLAT tarafından hazırlanan “**Gebelikte Hemoroid Görülme Sıklığı, Etki Eden Faktörler ve Yaşam Kalitesine Üzerine Etkisi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

23/08/2022

JÜRİ

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Üye : Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülçin NACAR

ONAY:

Bu tazin kabulü enstitü yönetim kurulunun tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../20..

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdür

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Esra CURA POLAT



TEŐEKKÖR

Bir TÖrk kadını olarak bu tezi yazmamı sağlayan TÖrkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÖRK'e,

Tez çalıŐmam sÖresince gÖsterdiği ilgi, akademik bilgi ve tecrÖbeleriyle beni her zaman destekleyen, olumlu ve profesyonel yaklaŐımıyla beni yÖnlendiren tez danıŐmanım Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK'a,

Deneyim ve dÖŐÖnceleri ile yol gÖsteren, desteğini her zaman hissettiğim Prof. Dr. Semra KOCAÖZ'e ,

Motive edici yaklaŐımı ile desteğini hissettiğim arkadaŐım SÖmeyye ALTUNTAŐ'a,

Canım aileme, sevgili eŐime ve kızlarım Ada ve Doğa'ya gÖsterdikleri sabır ve anlayıŐ için sonsuz teŐekkÖrlerimi sunuyorum.

GEBELİKTE HEMOROID GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİ EDEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra CURA POLAT

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2022

ÖZET

Bu araştırma gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evreni Nisan 2020 - Eylül 2020 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine muayene olmak amacıyla başvuran 15-49 yaş arası gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini evreni belli olmayan örneklem genişliği formülüne göre araştırmaya alınacak örneklem sayısı 278 gebe kadın olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan 436 gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Hemoroid Belirleme Formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Hemoroid varlığı hekim tarafından hemoroid tanısı konulması ile belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız nitel verilerin karşılaştırmasında ki kare t testi ve bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik ve kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalaması 27.19 ± 5.84 'tür. Gebelerin %56.9'u ilköğretim mezunu, %33.3'ü sık kabızlık problemi yaşamakta ve daha önceden doğum yapan gebelerin %69.6'sına bir önceki gebeliğinde epizyotomi işlemi yapılmıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin %14.9 unda açık kırmızı renkte kanama olduğu, %35.6 sında defakasyon sırasında ağrı olduğu, %31.2'sinde makat bölgesinde meme tarzında ele gelen şişlik olduğu, %28.9'unda makat bölgesinde kaşıntı olduğu tespit edilmiş.

Araştırmaya katılan gebelerin %18.1'ine gebelik sürecinde doktor tarafından hemoroid tanısı konulduğu tespit edilmiştir. Gebelerde öğrenim düzeyi, kabızlık, epizyotomi ve defekasyon alışkanlığı ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 54.54 ± 25.01 , fiziksel rol güçlüğü 26.89 ± 36.83 , ağrı 64.62 ± 22.83 , genel sağlık 55.74 ± 15.06 , canlılık 37.52 ± 17.60 , sosyal fonksiyon 67.88 ± 27.30 , emosyonel rol güçlüğü 38.60 ± 42.34 , ruhsal sağlık 55.17 ± 13.72 olarak bulunmuştur. Hemoroidi olan gebelerin, olmayanlara göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve canlılık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Antenatal bakım veren sağlık personelleri gebelikte görülen rahatsızlıklardan hemoroid bulgu ve semptomlarını ayrıntılı olarak sorgulamalı, gerekli eğitim ve bakımları sağlayarak gebelerin yaşam kalitelerini yükseltmeleri, gebelik sürecinde kabızlığın önlenmesine ve tedavisine yönelik ve vajinal doğumlarda epizyotomiye azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Hemoroid, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK (I. Danışman), Prof. Dr. Semra KOCAÖZ(II. Danışman)

Sayfa Adeti:71

INCIDENCE OF HAEMORRHOIDS DURING PREGNANCY, INFLUENCING FACTORS AND THE EFFECT ON QUALITY OF LIFE

(Postgraduate)

Esra CURA POLAT

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ UNİVERSİTY
INSTITUTE OF SCIENCES**

August 2022

ABSTRACT

This research is investigated as a descriptor to determine frequency of haemorrhoids during pregnancy and the effect on quality of life. Pregnant women between the ages of 15-49 who consulted to get examined to Obstetrics Clinic of Kayseri City Hospital between April 2020 and September 2020 formed the population of the research. Abide by unspecified sample size, the sample number to be included in the study was determined and the study was completed with 436 expectant who met the inclusion criteria. Research data is accumulated by using “Defining Information Form”, “Determining Haemorrhoid Form”, “SF-36 Life Quality Scale” . Who are diagnosed as haemorrhoid by doctor, was accepted as “Have Haemorrhoid”. In data evaluating, defining statically methods, in unattached qualitative data comparing, chi square t test and unpaired t test was used. Level of significance enshrined as $p<0.05$. Before starting research, ethical and institution approval was taken.

The average age of the pregnant participants in research is 27.19 ± 5.84 . 56.9% of pregnant women are primary school graduates, 33.3% of them experience constipation problem and 69.6% of the pregnant women who previously gave birth, episiotomy was performed. It is detected that 14.9% of pregnant women who participated in our study had light red bleeding, 35.6% had ache during defecation, 31.2% had palpable swelling like udder in breech area, 28.9% had itching in breech area.

It was determined that % 18.1 of the pregnant participants in the research were diagnosed as haemorrhoid by the doctor during pregnancy. Statistically significant difference found between education level, constipation, defecation familiarization and presence of haemorrhoids and episiotomy in pregnant women ($p<0.05$). The average score of SF36 Life Quality Scale was found ; 54.54 ± 25.1 physical function, 26.89 ± 36.83 physical role difficulty, 64.62 ± 22.83 tortion, 55.74 ± 15.06 general health, 37.52 ± 17.60 liveliness,

67.88±27.30 social function, 38.60±42.34 emotional role difficulty, 55.17±13.72 emotional health. It was found that pregnant who have haemorrhoid have lower average scores from the SF 36 life quality scale's ache and exhilaration lower dimensions than whose do not, and there is a statistically significant difference between them (p<0.05). It is recommended that health personnel providing antenatal care should query in detail the signs and symptoms of haemorrhoid, one of diseases seen in pregnant, improve pregnant's life quality by providing required practice and nursing, attempts should be made to prevent costiveness during pregnancy and to treat and to reduce episiotomy in vaginal delivery.

Key words: Pregnancy, Haemorrhoid, Quality Of Life, Nursing

Thesis Consultant: Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK, Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Number Of Page:71

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ABSTRACT.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İÇİNDEKİLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TABLO LİSTESİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
KISALTMALAR LİSTESİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.i

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
-------------	---

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anorektal Anatomi.....	3
2.2. Rektum	3
2.2.1. Anal kanal	4
2.2.2. Anorektal bölge kas yapıları	4
2.3. Hemoroidin Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.4. Hemoroid Etyoloji ve Fizyopatoloji	6
2.5. Hemoroid bulguları	7
2.6. Hemoroidde Tanı ve Ayırıcı Tanı	8
2.7. Hemoroid de Tedavi.....	9
2.7.1. Yaşam tarzı, dışkılama alışkanlığı ve diyetin düzenlenmesi	9
2.7.2. Medikal tedavi.....	10
2.7.3. Cerrahi tedavi	11
2.8. Gebelik	11
2.8.1. Gebelikte görülen fizyolojik yakınmalar	11
2.8.2. Gebelikte hemoroid.....	12
2.9. Hemoroidin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	13
2.10. Gebelikde Hemoroidde Hemşirenin Rolü	14

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmanın evreni	18
3.3.2. Araştırmanın örnekleme	18
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.4.1. Veri toplama formunun hazırlanması	19
3.4.2. Ön uygulama	20
3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması	20
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	20
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	21
3.6.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri	21
3.6.2. Araştırmanın bağımsız değişkeni	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	21
BÖLÜM 4	
BULGULAR	22
BÖLÜM 5	
TARTIŞMA VE SONUÇ	38
EKLER	56
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu	56
EK-2: Hemoroid Belirleme Formu	60
EK-3: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	61
EK-4: Etik Kurul Onayı	65
EK-5: Çalışma İzni	66
EK-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu	67
ÖZGEÇMİŞ	69

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Gebelerin sosyo -demografik özelliklerine göre dağılımı (n:436) .	22
Tablo 4.2.	Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n:436)	24
Tablo 4.3.	Gebelerin gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı (n:436)	25
Tablo 4.4.	Gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıklarına göre dağılımı (n=436)	26
Tablo 4.5.	Gebelerde hemoroid varlığı ve hemoroid bulgularına göre dağılımı(n=436)	27
Tablo 4.6.	Gebe kadınların sosyo demografik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı.....	28
Tablo 4.7.	Gebe kadınların obstetrik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı	30
Tablo 4.8.	Gebe kadınların gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklere ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı	32
Tablo 4.9.	Gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıkları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı	33
Tablo 4.10.	Gebelerde hemorid bulguları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı.....	35
Tablo 4.11.	Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları.....	36
Tablo 4.12.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve hemorid varlığına göre dağılımı	37

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

NST: Non Stres Testi

SPSS:Statistical Package for the Social Sciences- (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)

SF-36: Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği





BÖLÜM 1

GİRİŞ

Kadının hayatında önemli yer tutan olaylardan biri olan gebelik [1] doğal bir olay olmasına karşın, kadın vücudunda önemli fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişikliklere neden olur [2]. Fertilizasyon ile başlayıp gebelik boyunca süre gelen bu değişiklikler, anne ve fetusun sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını sağlamak ve anne vücudunu normal doğuma hazırlamak amacıyla gelişir [2]. Gebelikte gelişen bu değişiklikler gebelerde bazı fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Gebelikte meydana gelen fiziksel rahatsızlıkların bazılarının nedeni bilinmezken birçoğunun hormonlardaki değişikliklere ve büyüyen uterusu bağı olarak geliştiği bildirilmektedir. Bununla birlikte gebelikte meydana gelen bu fiziksel rahatsızlıklar, gebeden gebeye farklılık gösterebildiği gibi aynı kadının farklı gebeliklerinde de değişiklik gösterebilir [3].

Gebelikte sık karşılaştığımız fiziksel yakınmalar arasında; sık idrara çıkma, bel ve sırt ağrısı, yorgunluk ve halsizlik, vajinal akıntı, mide yanması, bacaklarda kramp, memelerde hassasiyet, mide ekşimesi, iştahta artma, terleme, uykusuzluk, solunum sıkıntısı, el ve ayaklarda şişme , diş eti kanaması, baş dönmesi, bulantı, konstipasyon, ciltte çatlaklar , iştahta azama, baş ağrısı, kusma, hemoroid görülmektedir [4,5,6].

Gebelikte sık karşılaştığımız fiziksel rahatsızlıklardan olan hemoroidler, anal kanalda veya yakınında mukoza ile kaplanmış rektumun varisli damarlarıdır. Hemoroidler, tekrarlayan, spontan iyileşebilen ve kronik semptomların yanı sıra akut atak geçiren anal kanalın sık görülen bir hastalığıdır. Genel popülasyonun ortak bir problemidir [7]. Hemoroid görülme sıklığı oldukça yüksektir, üreme çağında ve özellikle gebelikte daha yüksektir [7]. Genel popülasyonda yapılan büyük örneklemli bir çalışmada hemoroid görülme sıklığı %13.4 olarak bildirilmektedir [8]. Gebelikte hemoroid görülme sıklığı yapılan çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Çetin'in çalışmasında %23.7, Gojnic et al. çalışmasında ise %85 olarak bildirilmektedir [7-9]. Abramowitz et al. yaptığı çalışmada gebeliğin son trimestirinde, tromboze hemoroid oranı %7.9' olarak belirtilmektedir [10]. T Poskus ve ark. yaptığı Prospektif Gözlemsel Kohort Çalışması sonuçlarına göre peri-anal rahatsızlıkların gebelik ve puerperiumda görülme sıklığı %43.9 olduğu ve bu perianal

rahatsızlıkların en sık görüleninin hemoroid (% 92.7) olduğu bildirilmektedir [11].

Hemoroid nedeniyle gebeler birçok sorun yaşamaktadırlar. Bunlardan bazıları ağrısız kırmızı kanama, aktivite esnasında ve karın içi basıncın arttığı (hapşırma, öksürme, yürüme, defekasyon gibi.) durumlarda daha belirgin olan prolapsus, ağrılı defekasyon, kanamaya bağlı anemi, kaşıntı, anal bölgede ağrı, perine ve anüste dolgunluk hissidir [7]. Hemoroide bağlı yaşanan sorunlar gebelerin çoğunda yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte ve sık sık doktora başvurmaya sebep olmaktadır [12,13].

Gebelikte hemoroid gelişmesine neden olan faktörlerin başında hormonal, mekanik, konstipasyon yer almaktadır [7]. Gebeliğin her döneminde konstipasyon yaşanabilmekte ve bu oran %40'lara ulaşmaktadır [1,12,14]. Gebelikte hemoroidlerin en önemli nedenleri arasında yer alan kontipasyon hem ülkemizde hem yurt dışında yapılan çalışmalarda gebelikte sık yaşandığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği literatürde mevcuttur [15,16,17]. Nijerya'da yapılan çalışmada gebelikte yaşanan gastro intestinal problemlerin belirtilerinin ciddiyetine ve süresine göre gebelerin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir [13].

Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğrudan gebelikte hemoroid görülme sıklığı ve etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanamamıştır. Resmi Gazete'de 08.03.2010 tarihinde 27515 sayı ile yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nin 6. maddesinin 1. fıkrasının a bendinde "Hemşirelerin her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirleyip ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlaması, uygulaması, değerlendirip denetlemesi yer almaktadır" denilmektedir [18]. Bu nedenle hemşirelerin çoğu kadın tarafından mahrem olarak algılanan hemoroid problemini ortaya çıkarması ve etki eden faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemesi daha iyi bir hizmetin planlanması ve uygulanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmamız, gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Anorektal Anatomi

Sağ ve sol ischioanal fossaların arasında bulunan anüsle sonlanan, uzunluğu yaklaşık 4 cm civarında olan anal kanal sindirim sisteminin en son kısmını oluşturur. Anal kanal boyunca internal ve external anal sfinkterler yer alır. Defekasyonun gerçekleşmesinde görev alır. Defekasyon fonksiyonu dışında anal kanal internal ve external anal sfinkterler tarafından kapalı tutulur. Sfinkterler sayesinde fekal inkontinans önlenir [23, 24].

İnternal anal sfinkter: Anal kanalın üst üçte ikilik kısmını kaplar. Bağırsak duvarının istemsiz sirküler düz kasların kalınlaşması ile şekillenir.

Eksternal anal sfinkter: Anal kanalın alt yarısını kapsar. Böylelikle internal sfinkter ile üst üste gelen kısımları vardır.

2.2. Rektum

Rektum, rektosigmoid bileşkeden başlayıp sigmoid kolonun devamı şeklinde uzanır ve kalın barsağın son kısmını oluşturur. Rektum, sakrumun konkavitesine paralel olarak aşağı doğru uzanır ve uzunluğu yaklaşık 12-15 cm'dir. Anal kanal erkeklerde prostat, kadınlarda vajina arka duvarıyla komşuluk gösterir. M.Levator Ani'nin puborektal bölümünün sarmasıyla "anorektal açığı" oluşturur ve arkaya döner [25,26]. Rektum daha sonra önden görünüşte bir sola (orta) ve iki sağa (üst ve alt) doğru iki kıvrım oluşturur. Houston valvleri olarak bilinen anatomik yapılar, bu kavisler sonucu lümeninde üç adet yarım şeklide ortaya çıkan mukozal çıkıntılardır.

Rektosigmoid köşe 3.sakral vertebra seviyesinde ve promontoryumun 6-7 cm altında yer alır. Bu anatomik başlangıç seviyesi, cerrahlar tarafından promontoryum seviyesi olarak değerlendirilir [27,28]. Rektum alt, orta ve üst olarak 3 bölüme ayrılır. Anatomistlere göre linea dentata rektumun distal ucudur. Cerrahlara göreyse rektumun sonu; anorektal açığı veya anal kanal (cerrahi anal kanal) başlangıcıdır. Koksiks'in alt hizasından 2-3 cm önünde ve altında sonlanır. Rektum ön tarafında kadınlarda serviks ve vajen arka duvarı,

arka tarafında median sakral damarlar ve sinir pleksusu, erkeklerde ise vas deferens, vezikula seminalis, mesane ve prostat ile komşuluk yapar. Rektumun üst 1/3'ü ön ve yan tarafında peritonla kaplıdır. Orta kısmı sadece ön tarafta peritonla örtülüdür. 1/3'lük alt kısmı ise tamamen retroperitonealdir. Bu peritoneal refleksiyon erkeklerde anal verge'ye 9 cm, kadınlarda 7 cm mesafededir [27,29].

2.2.1. Anal kanal

Anorektal bileşke ile anal verge arasındaki bağırsak bölümü gastrointestinal traktın en kısa bölümünü oluşturur. Ortalama 4 cm uzunlukta olan bu bölüm "cerrahi anal kanal" olarak adlandırılır. Anal kanalın fizyolojik ve fonksiyonel testler ile belirlenen kanal yapısını meydana getirir. Anal verge'den linea dentata'ya kadar olan bölümse yaklaşık 2 cm'dir. Linea dentatanın üstü mukoza, altı ciltle devam eder. Rektumun distalinde linea dentataya doğru kolumnar (Morgagni Kolonları) yapıda katlantılarla (8-14 adet) uzanan rektal mukoza burada anal valvleri meydana getirir. Anal kanal önde tarafında erkeklerde bulbokavernöz kas, penisin kavernöz bulbusu ve üretra ile, kadınlarda vajina ile, yan tarafında ise inferior hemoroidal pleksus ve sinir yapılarını içeren iskiorektal fossa ile komşuluk gösterir [32].

2.2.2. Anorektal bölge kas yapıları

Anorektal bölgede, anal sfinkterler ve pelvis tabanı olmak üzere iki ayrı kas yapısı bulunur. Anal sfinkter kasları internal ve eksternal olmak üzere iki farklı fonksiyonel yapıdan oluşur. Rektumun sirküler düz kas yapısının anal kanala uzanan kısmının kalınlaşması sonucu internal sfinkter oluşur. Defekasyon olmadan sürekli ve istem dışı kontrakte durumdadır. İstirahat basıncı olarak bilinen bu dönemdeki kontinansın %50-85'lik oranı internal sfinkter tarafından sağlanır. İç ve dış sfinkterlerin arasında rektumun longitudinal kasları anüse uzanır. Longitudinal kasın anüsün pelvise tutunmasında görevi olduğu söylenmektedir, ek olarak anal verge'in büzülmesinde de rol alır (korrugator refleksi) [27,28]. Dış sfinkter, iç sfinkteri tüp şeklinde çevreler.

2.3. Hemoroidin Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Hyam ve Burkitt Hemoroit prevalansını incelemede modern çağın ilkleri arasındadır.

Hastaları sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş, din, ırk, bağırsak düzeni ve gebeliklerine göre sınıflandırmışlardır. 30 yaşın üzerindeki her dört kişiden birinin hemoroidal hastalığa sahip olduğu sonucunu bulmuşlardır [34,35]. Batı ülkelerinde bu oran % 13-36'ya ulaşmaktadır [36]. Kadın, erkek farketmeksizin hemoroit hastalığının 45 ile 65 yaş arasında en fazla görüldüğü ve 65 yaşından sonra % 4.4 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca, hemoroidin varlığına 20 yaşının altındaki kişilerde rastlandığına dair istatistiksel bulgu yoktur. İngiltere ve Galler'de, daha yüksek sosyal sınıflarda, düşük sosyal sınıflara göre hemoroit yaygınlığının 1,8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur [37]. Ülkemizde 1983-1987 yılları arasında yapılan bir çalışmada hemoroid oranı %3.8 olarak tespit edilmiştir [38]. Sonraki yıllarda ülkemizde hemoroit prevalansına dair açık verileri içeren ve büyük çaplı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bir grup bilim adamı, kliniklerinde 835 hastanın kayıtlarını gözden geçirmiş, anoskopi ve sigmoidoskopi incelemelerinden anal bölge, dijital muayeneden oluşan rutin rektal muayeneler yapmıştır. İncelemeler, seçim yanlılığını önlemek için, çalışmanın amacı belirtilmeksizin beş cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir. Hemoroidal hastalık, 720 hastada; asemptomatik grupta 198'inde (198/241; % 82), semptomatik grupta ise 522'sinde (522/594; % 88.0) olarak bulunmuştur.

Chong ve Bartolo'nun 2008'deki sonuçlarına karşın Haas ve ekibi, sosyoekonomik düzeyin hemoroit insidansını etkilemediği ve ayrıca cinsiyetler arasında yaygınlık açısından anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya konulmuştur [39].

Hemoroid; gastroözofagal reflü hastalığı, kronik kabızlık ve abdominal duvar fitiğinden sonra dördüncü sırada gelen sindirim sistemi tanısı olarak sınıflandırılmıştır. 3.3 milyon ayakta tedavi gören bakılan hastanın 2 milyonunda ilk tanı olarak hemoroit konulmuş [38].

Yirmi birinci yüzyılda, hemoroit hastalığı prevalansı konusunda epidemiyolojik çalışmalarda azalma olmuştur. 2008 ve 2009 yılları arasında Avusturya'da dört sağlık kuruluşunda kolorektal kanser taraması yapılan hastaları içeren bir çalışmada, mevcut erişkin popülasyonda genel olarak % 39'luk (380/976) bir yaygınlık olduğu, % 17'sinde hemoroit ile ilgili semptomlardan şikayetçi olduğu, geriye kalan % 22'sinde ise herhangi bir sorun olmadığı ortaya konulmuştur [40].

Fransa'da yürütülen prospektif, gözlemsel bir çalışmada, genel uygulamada anal semptomların tedavisi incelendiğinde, 57 pratisyen hekim tarafından tedavi edilen 1061

hastadan 166'sında anal semptomlar bulunmuş (% 15.6) ve konulan en sık tanı hemoroit olmuştur (42 skor; % 25.8) [41].

Tuvalet kullanımı ile hemoroit veya ürogenital enfeksiyon insidansı arasındaki ilişkiyi araştıran ve 1 yıl süren prospektif bir takip çalışması sonucunda, bakteriyel vajinit dışında pozitif korelasyon bulunmuştur [42].

Hamileler, hemoroit hastalığının gelişmesi için yüksek riskli bir kategori içerisinde bulunmaktadır [43]. Nitekim hamile kadınlarda son üç ayda tromboze hemoroit oranı % 7.9 ikinci ve üçüncü trimesterde ise % 85.0 oranında tespit edilmiştir [10]. Konstipasyon ve geç doğum gebeliğin üçüncü trimesterinde (gebeliğin 39. haftasından sonra) ve lohusalık döneminde hemoroit için bağımsız risk faktörleri olarak tanımlamıştır. Gebelik ve lohusalık dönemi esnasında hemoroit, fissür ve diğer perianal hastalıkların insidansını tanımlamaya çalışıldığı prospektif gözlemsel kohort çalışmasında, Toplam 280 gebe, doğumdan 1 ay sonra fizik muayene ve anoskopi ile takip edilmiştir. Toplamda 123 (% 43.9) perianal semptom gelişmiş, bu 123 kadından 114'üne (% 92.7) hemoroit, 7'sine (% 5.7) hemoroit ve anal fissür tanısı konulmuştur. Ayrıca 64 (% 52.9) kadına da tromboze hemoroit tanısı konulmuştur [11].

2.4. Hemoroid Etiyoloji ve Fizyopatoloji

Hemoroidal hastalığın etyopatogenezi incelendiğinde mekanik teori, hemodinamik teori ve sfinkter faktörleri olmak üzere 3 ana teori ile karşılaşılmaktadır. Mekanik teoriye göre muskulofibro elastik bağ doku zaman içinde yapısının bozulması ile işlevini kaybeder ve bölgedeki damarlar genişler, uzar ve kıvrımlı hale gelerek varisleşir. Artan basınçla birlikte mukozaya bakan yüzleri incelerek kanaması sonucu hemoroidal hastalık gelişir. Hemodinamik teoride ise arterler aracılığı ile dinlenim anında gelen kan rahatlıkla geri döner. Ancak karın iç basıncındaki artışa (gebelik, ıkınma, kilo vb.) bağlı olarak venöz kan akımında reflü oluşması, dolayısıyla hemoroid yastıklarında şişkinlik ve venöz kan akımının yavaşlaması veya durması ile venler içinde pıhtı oluşumuna ve anal bölgedeki damarlarda tromboza neden olabilir. Sfinkter faktörleri ile ilgili teoride ise; hemoroidal hastalığı olanlarda görülen sfinkter basıncındaki anormalliklerden bahsedilmiştir [44]. Eksternal hemoroidal hastalık gelişiminde belirgin predispozan faktör tanımlanmamıştır

2.5. Hemoroid Bulguları

Semptomatik internal hemoroidler, sıklıkla ağrısız parlak kırmızı renkte kanama, prolapsus, iç çamaşırında kirlenme, rahatsız edici ele gelen şişlik, kaşıntı veya bu semptomların bir kombinasyonu ile kendini gösterir [45]. Kanama tipik olarak dışkıda çizgi şeklinde kan ile ortaya çıkar ve nadiren anemiye neden olur [46]. Eksternal hemoroidler, özellikle tromboze olduklarında ağrılı olabilmeleri dışında, iç hemoroidlere benzer semptomlarla ortaya çıkar. Eksternal hemoroidlerde ülserasyon da gelişebilir. Hemoroidal hastalık tanısı konya dahi hastalarda kolorektal kanser için alarm semptomlarına dikkat edilmelidir.

2.5.1. Rektal kanama

Hemoroidal hastalıkta rektal kanama en sık görülen klinik prezentasyondur [47]. Hastalarda anksiyete ve paniğe neden olur. Hemoroidal hastalıkta polikliniklere başvurunun en önde gelen nedenidir. Çoğu zaman parlak kırmızı renkte (taze kanama şeklinde) olur. Genellikle damla şeklinde, bazen de fişkırmma şeklindedir. Hastaların bazılarındaysa tuvalet kağıdına kan bulaşı şeklinde oluşur. Kanama semptomu genelde internal hemoroidlerde görülür. Nadiren tromboze eksternal hemoroidlerde de meydana gelir. Kronik kanamalar derin anemi tablosuna neden olabilir [46].

2.5.2. Ağrı ve tromboz

Komplike olmamış internal hemoroidler çoğu zaman ağrısızdır. Fakat daha ileri evrelerde oluşan prolapsus ve trombüs sonucunda ağrılı olabilir. Hemoroid ağrıları belirli bir karaktere sahiptir. Prolaps ile ilişkili olup prolapsus hafiflediğinde rahatlar. Eksternal hemoroidlerin oluştuğu bölgenin yoğun somatik innervasyonu nedeniyle özellikle trombüs oluşumunda akut şekilde başlayan ve genelde bir hafta kadar sürebilen yoğun ağrı oluşur. Ağrı süreklidir ve defekasyon ile artabilir.

2.5.3. Ödem, prolapsus, meme

İnternal hemoroidlerin anal kanaldan dışarı sarkması durumunda hasta tarafından ele gelen üzüm şeklinde kitle şeklinde tanımlanır. Anüs çıkışı ve perianal bölgede dolgunluk hissi, ağrı ve tenesmus hissedilebilir. Prolapsus, uzun süre ayakta durma ve fiziksel hareketlerden sonra belirginleşebilir. Anal kanaldan dışarıya bir kitlenin prolapsusu ve kendiliğinden ya da el ile redüksiyonu hemoroidal hastalık için karakteristiktir. Bunların, hipertrofiye anal papilla ve aşağı rektal poliplerden ayırıcı tanısının yapılması gerekir.

2.5.4. Kaşıntı (Pruiritis ani) ve akıntı: İnternal hemoroidleri çevreleyen müköz

membranlar hemoroidlere bağlı akıntıya neden olur. Özellikle prolabe olmuş hemoroidlerde oluşan müköz akıntı ve anal sfinkterlerin tam kapanamaması sonucunda gayta kaçaklarının sonucunda irritasyon oluşur. Bunun sonucunda perianal bölgede iç çamaşırında kirlenme, kaşıntı, dermatit bulguları meydana gelebilir. Söz konusu semptomlar tuvalet kağıtlarındaki yapay boya veya parfümle temas sonucunda gelişen irritasyonla artabilir.

2.5.5. Alarm semptomları varlığı: Hemoroidal hastalık tanısı için kanamasız prolabe hemoroidal bir kitle olduğu durumlarda, proktoskopi ve klinik muayene yeterlidir [28]. Rektal kanama, demir eksikliği anemisi veya defekasyon alışkanlığındaki değişiklik gibi diğer semptomlar her zaman daha proksimal patolojiler için araştırma yapılmasını gerektirmelidir. Özellikle riskli hasta grubunda, hemoroidal hastalık tanısı konulsa dahi kolorektal kanser açısından sorgulanması gereken ve ileri kolonoskopi gerektiren spesifik ve nonspesifik alarm semptomları mevcuttur [49].

2.6. Hemoroidde Tanı ve Ayırıcı Tanı

Hastalar genellikle defekasyon sırasında veya sonrasında kanama ve ağrı, kontrol edilemeyen kanama, anüste ele gelen ağrılı/ağrısız kitle, kaşıntı, defekasyon sonrası tam boşaltım sağlanamaması hissi, anüsden mukus deşarjı, anüsteki kitlelerden dolayı hijyen sağlanamaması şikayetleri ile doktora başvururlar [50,51].

Hemoroidal hastalıkta prolapsun derecesi ile semptomlar uyumlu olmayabilir. Ayrıntılı fiziksel muayene yapılarak; anoskopi, sigmoidoskopi ve/veya rektoskopi ile hastanın hikayesi dikkate alınarak başka hastalıklar da olabileceği düşünülerek tanı koyulmalıdır. Ele gelen kitle şikayeti olan hasta perianal apse, polip, kondilom yönünden değerlendirilmelidir. Ağrı şikayeti fissür, abse, herpes, crohn hastalığı, polip veya malign hastalık belirtisi olabilir. Kanama inflamatuvar barsak hastalığı, travma, kötü hijyen, malign hastalık olabileceği düşündürmelidir. Akıntı ve kaşıntı ise rektal prolapsus, parazit, inkontinans ile ilgili olabileceği unutulmamalıdır [50].

2.7. Hemoroidde Tedavi

Genellikle hemoroid şikayeti olan hastalar ağrı, kanama, mukus sekresyonu, ödem, kaşıntı, inflamasyon ve anal dolgunluk belirtileri ile başvuruda bulunurlar. Hastalığın

tedavisinde cerrahi ve medikal tedavilerin yanında hayat tarzında olabilecek değişiklikler ve diyet önerisi de tavsiye edilir. Dahilen ve haricen kullanılacak preparatlar ile birlikte kanıtlanmamış olsa da hastanın hayat tarzı değişiklikleri ve diyet önerileri akut şikayetlerin tedavisinde etkilidir. Ancak günümüzde yapılan tüm bu medikal ve medikal olmayan tedavi yöntemleri ile tam bir iyileşme sağlanamayabilmektedir. Hemoroid hastalığı tedavisinde kullanılabilir ilaçlar hakkında birçok çalışma yapılmakla birlikte günümüzde hemoroid tedavisi için cerrahi yöntemlerin de oldukça etkin olduğu bildirilmektedir [44,52].

2.7.1. Yaşam tarzı, dışkılama alışkanlığı ve diyetin düzenlenmesi

Hemoroid tanısı konulmuş hastanın öncelikle yaşam tarzı, dışkılama alışkanlığı ve diyetin düzenlenmesi yönünde bilgilendirilmesi gerekir. Yapılacak yönlendirme ile hastanın düzenli dışkılama alışkanlığı kazanması hemoroid hastalığı seyrini kolaylaştıracak ve semptomların hafiflemesine destek olacaktır. Hastaya ilk yapılacak öneri günlük olarak yeterli su ve lif alımının sağlanmasıdır. Yetişkin bir birey günde yaklaşık 2-2.5 litre su ve 20-30 g lif tüketmelidir. Mevsime göre su ihtiyacı dengelenmesi konusunda hastaya yeterli eğitim verilmelidir. Un ve tahıl grubundan zengin lif kaynağı olan kepekli un ve esmer bulgur tercih edilmelidir. Meyve ve sebzelerden mümkün olduğunca posalı ve bol sulu olanları tercih edilmelidir. Yeterli lif tüketemeyen hastalara hazır lif takviyesi yapılmalıdır.

Düzenli dışkılama alışkanlığı için yemek saatlerinin de düzenli olması ve günün belirli saatlerinde dışkılama yapılması tavsiye edilmelidir. Konstipasyon ve diyare şikayetlerinin tedavi edilmesi hemoroid semptomlarında düzelmeye sebep olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu sebeple hastanın dışkılama alışkanlığını günde bir defa yumuşak dışkılama yapacak şekilde düzenleyerek gerekli ise laksatiflerden yararlanarak konstipasyon ve ıkınmanın anal kanalda yol açtığı travmanın engellenmesine yardımcı olunabilir. Ayrıca perianal hijyene dikkat edilmelidir [44,53].

Güvenli ve basit bir yöntem olan sıcak su oturma banyosu hemoroid hastalarında özellikle defekasyon sonrası anal sfinkterdeki spazmı gevşeterek kanama ve ağrı hissini azaltır. Uzun süren oturma banyosu anüstenin epitel dokunun yumuşamasına ve ödeme neden olacağından süre kısıtlanmalıdır. Bunlarla birlikte Almanya'da anoskop yardımı ile anüse buz uygulamasının da aynı şekilde şikayetlerin azaltılmasında faydalı olduğu

savunulmaktadır [51,54].

2.7.2. Medikal tedavi

Sınıfına, derecesine, semptomların durumu ve koruyucu önlemlerin her hastaya etki durumuna göre hemoroidal hastalığın medikal tedavisi için muhtelif etkilere sahip ilaçlar kullanılır. Cerrahi tedaviye ilk aşamada başvurulmaması cerrahi tedavinin de kendine özgü yan etkilerinin var olmasından ileri gelir. Hemoroid, alt ekstremitte varisleri ve KVV tedavisinde dahilen ve/veya haricen kullanılan preparatlar; damar geçirgenliğinin azaltılması, adezyon moleküllerinin azaltılması, antiinflamatuvar, analjezik, ödem çözücü, venöz tonusu artırma, lökosit adezyonunun inhibe edilmesi, lenfatik akımın artırılması gibi etkilere sahiptir [44,51,52].

Hemoroid tedavisinde topikal olarak kullanılan krem, pomad ve supozituarlar; analjezik, antipruritik, antiinflamatuvar ve lubrikant etkilidir. Bu preparatlar genellikle steroid, lokal anestezi ve dekonjestan özelliktedir. Bu etkileri gösteren ilaçlar tek başına kullanılabilir gibi kombine olarak da kullanılabilir. Tedaviyi belirlerken hasta uyumu, hastanın eşlik eden diğer hastalıkları, yaşı, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, gebelik ve laktasyon durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Non steroid ve steroidli preparatlar antiödematöz ve dekonjestan etkileri ile ağrıyı azaltırlar. Uzun süre steroidli preparat kullanan hastalarda deride incelme görülebilir. Lokal etkili preparatlar özellikle defekasyon öncesi ve sonrası uygulanarak ağrı kesici etkileri ile hastada belirgin bir rahatlık sağlar ancak bu ürünlerin alerjik reaksiyon riski mevcuttur. Lubrikant etkili preparatlar ise hastanın günde bir defa yumuşak dışkı yapacak şekilde dozlanarak anal kanalda rahatlama sağlanmalıdır [51,54].

Supozituarlar anal kanal içinde efektif olarak etki göstererek anal kanaldan dışkının kolay geçmesini sağlar. Laksatif ya da dışkı yumuşatıcılar hastaların rahatlama ve tedavinin başarısı açısından önemlidir. Bu ilaçların, günde bir kez yumuşak dışkı yapacak şekilde kullanılması önerilir [53].

2.7.3. Cerrahi tedavi

Yaşam tarzının değişmesi, medikal tedavi ve cerrahi dışı tedavilere rağmen sağaltım sağlanamamış 3. ve 4. evre hemoroid hastalarına cerrahi tedavi uygulanır. Amaç hemoroid pakesinin kesilmesi ve geri kalan mukozal dokunun korunması ve sfinkter

kasına zarar vermemektir. Günümüzde hemoroid tedavisinde birçok cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Ancak günlük aktiviteye dönüş zaman alır. Operasyon sonrası ağrı, cilt sarkması, fekal taşlaşma, inkontinas, abse, fissür, fistül gibi karşılaşılan komplikasyonlar nedeni ile cerrahi tedavi en son tercih edilir [44,51].

2.8. Gebelik

2.8. Gebelik

Gebelik, döllenme ile başlayıp doğumla biten fizyolojik bir süreçtir. Gebe kadının vücudunda homeostazisi korumak, büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, doğum ve laktasyona hazırlanmak için pek çok anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal değişiklikler gerçekleşir. Bu değişikliklere, hormonların, büyüme faktörlerinin, sitokinlerin, büyüyen fetüs ve genişleyen uterus tarafından uygulanan mekanik basıncın etkisi gibi birçok faktör sebep olabilir. Değişikliklerin büyük bir kısmı fertilizasyondan kısa bir süre sonra başlar ve gebelik süresince devam eder. Bu değişiklikler doğumdan ve laktasyondan hemen sonra neredeyse tamamıyla gebelik öncesi durumuna geri döner. Gebelik döneminde görülen bu fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler gastrointestinal sistem, endokrin sistem, üreme sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, üriner sistem, kas iskelet sistemi, sinir sistemi ve deride meydana gelmektedir [56,58].

2.8.1. Gebelikte görülen fizyolojik yakınmalar

Gebelik süreci, yaklaşık 40 hafta sürmektedir ve kadının hayatı boyunca yaşadığı en önemli olaylardan biridir. Doğal bir olay olmasına rağmen fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişikliği içermektedir. Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu bu fizyolojik ve anatomik değişimler sonucunda ortaya çıkmakta ve kadının yaşam kalitesi ile psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir [59,61]. Gebeliğe bağlı yakınmalar, sağlık personeli tarafında tedavi gerektirmeyen hafif yakınmalar olarak ele alınsa da, gebeler tarafından önemli algılanabilir. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle doğum öncesi bakımda gebe kadının bireysel özellikleri dikkate alınmalıdır. Sağlık personeli tarafından verilen nitelikli eğitim gebe kadının bu yakınmalarla baş etmesine yardımcı olur [57,61].

Gebelik sürecinde kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel sorunlar incelendiğinde; en sık rastlanan yakınmaların sık idrara çıkma, endişe hali, sırt ve bel ağrısı, hazımsızlık, bulantı-kusma, aşırme, mide yanması vajinal akıntıda artış, yorgunluk, üriner sistem enfeksiyonu, kabızlık, hemoroid, memelerde hassasiyet ve solunum sıkıntısı olduğu bulunmuştur [62,65].

2.8.2. Gebelikte hemoroid

Hemoroidler, özellikle tromboze olanlar, sadece bir hastalık değil, aynı zamanda sosyal bir problemdir, çünkü üreme çağındaki kadınların üçte birinden fazlası bu durumdan muzdariptir. Ayrıca tromboze hemoroidler ve beraberinde anal fissürleri olanlar ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Hemoroid oluşumu için geniş bir risk faktörü yelpazesi vardır ve hamilelik sırasında giderek daha karmaşık hale gelir. Basit topikal tedavilerden farklı ilaçlarla birlikte cerrahi müdahalelere kadar çok çeşitli perianal semptomların varlığı ve semptomların şiddetine bağlı olarak farklı tedavi yöntemleri vardır. Bu alanda yeterli prospektif randomize epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır.

Postür değişiklikleri, karın içi basınç artışı, karın duvarı ve pelvik taban travması, metabolik değişiklikler, gebeliğe bağlı büyüme faktörleri ve komşu gebelik yapılarının haftalık büyümesi nedeniyle gastrointestinal sistem yapılarının perfüzyonunun bozulması dış hemoroid gelişme nedenleri olabilir. Gelecekteki araştırmalar ile, bu patolojik gelişmelerin ve dış ve tromboze hemoroidler dahil perianal problemlerin arkasındaki ana risk faktörlerini belirlemesi gerekmektedir. Hemoroid risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, modern toplumlarda perinatal tıp ve hekimlerden beklenen bir sonuç olan gebelikte daha yüksek yaşam kalitesine ulaşılabilir [66].

Hemoroid tedavilerinin fetal güvenliği büyük ölçüde bilinmemektedir. Hemoroid gelişimi genellikle kendi kendini sınırlayıcı olmasına rağmen, gebelikte hemoroid varlığı daha uzun süreli olma eğilimindedir ve genellikle doğumdan sonraya kadar tamamen düzelmezler [67]. Şu anda, yaygın olarak kullanılan anti-hemoroidal ilaçların herhangi birinin fetal güvenliği hakkında bilgi bulunmamaktadır. PubMed ve Medline'in yakın tarihli bir incelemesinde, hamilelik sırasında hemoroid tedavisi için kullanılan herhangi bir maddenin fetal güvenliğine ilişkin herhangi bir uygun çalışmaya rastlanılmamıştır. Thalidomide 1950'lerde ve 1960'larda yaygın teratojeniteye neden olduğundan, kadınlar

ve sağlık hizmeti sağlayıcıları doğum öncesi ilaca maruz kalma konusunda ekstra dikkatli davranmışlardır. Sağlık uzmanları tarafından birçok kadına, fetüs için herhangi bir ek risk taşımasılar bile hamilelik sırasında ilaçları bırakmaları tavsiye edilmektedir [68].

2.9. Hemoroidin Yaşam Kalitesine Etkisi

Hemoroidler anorektal bölgede vasküler damar yataklarındaki bağ dokularında görülen ve bireylerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur. Hemoroid derecesine göre hastalar birçok komplikasyonla karşılaşmaktadır. Hemoroid ve komplikasyonları, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, kişiye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktivitelerini buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Hemoroidal hastalığın derecesine, sorunlarına/komplikasyonlarına yönelik tedavi uygulanmaktadır [69,71].

Hemoroidi ve buna bağlı sorunları olan bireylerin sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde faydalanmaları için, hemoroidin tanımlanması ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğinin bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca bu sorunların bireylerin yaşam kalitesini ne derece etkilediğinin bilinmesine yönelik yapılan sorgulamalar ve gözlemler sonucunda hemşirelerin ve sağlık ekibindeki diğer bireylerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak, hasta memnuniyetini arttırarak sağlık hizmetlerinin kalitesinide yükseltecektir [70].

Yapılan literatür taraması sonucunda girişimsel hemoroid tedavisi sonrası yaşam kalitesini inceleyen çok fazla çalışmaya ulaşılamamış olup; hemoroid tedavisi için kullanılan birçok tekniği içeren çalışma ve yaşam kalitesine etkilerinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Erdoğan ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada, hemoroidi olan hastaların preoperatif dönemde bedensel sağlık sorunları nedeniyle iş, ya da iş dışında günlük olağan faaliyetlerine yeterince zaman ayıramamakta ve rutin işlerini zamanında bitirememekteyken ameliyattan dört hafta sonra fiziksel rol kısıtlılığı konusunda istatistiksel olarak anlamlı gelişme gösterdikleri bulunmuştur. Garg ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada hemoroidi olan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde bazı komplikasyonları karşılaştırılmış ve postoperatif dönemde bu komplikasyonlarda (kanama, ağrı) azalma gözlenmiş olup yaşam kalitesinde de postoperatif dönemde artış görülmüştür [69].

Sonuç olarak hemoroid, bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi, günlük aktivitelerini, sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması nedeniyle hastalar için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir. Hemoroidi tanılama ve ciddiyetinin düzeyini belirleme, sorunun çözümünde önemli rol oynamaktadır [69,71].

2.10. Gebelikde Hemoroidde Hemşirenin Rolü

Gebelik dönemi birçok fizyolojik ve psikolojik değişimin yaşandığı bir dönemdir. Doğum öncesi bakım sırasında gebelikteki risklerin erken dönemde tanınması ile annenin yaşam kalitesi yükseltilebilir. Bu amaçla da antenatal bakım ve eğitim oldukça önemlidir. Gebelik sürecinde verilen bakım anne, bebek ve ailenin diğer fertlerinin sağlığını korumada ve geliştirmede oldukça önemlidir. Bu bakımın sağlanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Bu alanda hizmet veren hemşire gebeyi bütünsel olarak değerlendirmeli, değişikliklerin nedenlerini iyi tanımlamalı, gebelik sürecinde oluşan sorunların çözümünde gebeye destek olmalı, danışmanlık yapmalı ve gebelerin bu değişikliklerle baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca bu alanda çalışan hemşire sağlık sorunu veya yüksek riskli durum ortaya çıktığında doktora yönlendirme, hastanede/evde bakımı ve izlemine sağlama, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Gebeliğe bağlı olarak kadın vücudunda meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişimler sonucu meydana gelen yakınmalar sağlık personeli tarafında tedavi gerektirmeyen hafif yakınmalar olarak ele alınsa da, gebeler tarafından önemli algılanabilir. Gebelik sürecinde yaşanan problemlere karşı gebe kadınların tepkileri; bireyin kişilik özelliklerine, tecrübelerine, sosyoekonomik çevre koşullarına, korkularına bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle doğum öncesi bakımda gebe kadının bireysel özellikleri dikkate alınmalıdır. Sağlık personeli tarafından nitelikli bir eğitim verilerek gebe kadının bilgi eksikliği giderilmelidir. Böylece verilen nitelikli eğitim gebe kadının hemoroid ve buna bağlı olarak meydana gelen yakınmalarla baş etmesine yardımcı olur [72,73].

Genellikle ağrı topikal anesteziğin kullanımı, uzun süre ayakta durmaktan kaçınma, sıcak su oturma banyoları ve konstipasyonun önlenmesiyle hafifletilebilir. Gebelikte kesin görülmediği sürece ilaç kullanımından kaçınılmalıdır[74,75,76].

Sıvı alımının artırılması, lifli besinlerin tüketilmesi, düzenli bağırsak alışkanlığının

geliştirilmesi, günlük düzenli egzersiz yapılması yararlıdır. Kadında defekasyon hissi geldiğinde geciktirmemelidir. Çünkü defekasyonun geciktirilmesi baskılanmasına yol açar. Gebelik boyunca iyi bir bağırsak alışkanlığı geliştirmeye çalışan kadın, doğumdan sonra da bu alışkanlığını sürdürebilir. Gebelikte lavman yerine bağırsak içindikileri yumuşatan laksatifler olmalıdır. Gebelikte lavman yapılması sakıncalıdır. Çünkü bağırsak hareketleri uterus kontraksiyonlarını uyarabilir [75-78].

Gebe kadınlar iyi bir destekle gebelik öncesi ve gebelik döneminde etkin ve nitelikli sağlık bakımının gerçekleşebilmesi ile yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve fiziksel iyilik hali gibi boyutları olumlu yönde geliştirilebilir [79,80].

Gebe kadın sağlık kuruluşuna başvurduğu andan itibaren, hemşire gebeyi kapsamlı bir şekilde ele alıp tanılamının ilk aşamasında ayrıntılı şekilde bilgi toplamak için girişimlerde bulunmalı bazı ölçütler doğrultusunda gözlemeli ve sonrasında kapsamlı bir görüşme sağlayıp, kayıtlar ve ekte yer alan diğer sağlık profesyonellerinin görüş ve desteğini alarak hastanın bakım gereksinimlerini belirlemelidir [81].

Hemşirenin görevlerinden biri de gebeyi kendi bakımına katmak ve kendi bakım sorumluluğunu alması için desteklemektir. Bu süreçte hemşireler gebenin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmeli ve ihtiyacı olan psikolojik desteğin sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirelerin gebenin korku ve endişelerini dinlemek, deneyimlerini paylaşmak ve onlarla konuşmak için zaman ayırmakta, önemli hemşirelik girişimlerindedir [82,83].

Gebelikte yaşanan sağlık sorunları hem gebenin hem de diğer aile fertlerinin yaşantılarını olumsuz etkilemektedir. Gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek durumları en aza indirmek için hemşireler antenatal kontroller sırasında gebe ve ailesini, gebelikteki olağan yakınmalardan hemoroid ve tedavisi hakkında bilgilendirmeleri, öz bakımlarını güçlendirmelidirler.

Gebelikte hemoroid gelişiminin önlenmesinde ve varlığında dikkat edilmesi gereken hususlar;

- Gebenin antenatal izlem ve takibinde hemoroid bulguları açısından ayrıntılı anamnez alınması
- Beslenme içeriğinin lifli gıdalar içerecek şekilde düzenlenmesi
- Su tüketimin artırılması
- Defekasyon hissi geldiğinde geciktirilmemesi

- Tuvalette uzun süre oturulmaması
- Defekasyon esnasında aşırı ıkınılmaktan kaçınılması
- Gebelikte düzenli egzersiz yapılması
- Uzun süre ayakta kalmaktan ve oturmaktan kaçınılması
- Konstipasyon gelişme durumunda lavman yapmaktan kaçınılmalı yerine laksatif kullanımı tercih edilmeli şeklinde özetlenebilir [75-78].



BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırma yapıldığı yer ve özellikleri

Bu araştırma Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniklerinde yapılmıştır. Kayseri Şehir Hastanesi 1607 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında toplam 1 doçent doktor, 18 uzman doktor, 21 hemşire ve 84 ebe çalışmaktadır. Toplam 22 Kadın doğum polikliniği bulunmaktadır. Ancak bunlardan günlük ortalama 7 poliklinik aktif olarak çalışmaktadır. Ayrıca 3 ebinin çalıştığı 2 yataklı 3 adet NST (nonstress test) odası, 2 ebinin çalıştığı gebe okulu bulunmaktadır. Poliklinikler, NST, gebe tansiyon odası 08.⁰⁰-16.⁰⁰ saatleri arasında, gebe okulu ise hafta içi her gün 13.30-15.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Polikliniğe günde ortalama 535 kadın başvurmaktadır. Gebe okulunda gebelik süreci, gebeliğin doğal fizyolojisi üreme sağlığı, gebelik oluşumu, gebelikte yakınmalar, aylara göre bebeğin gelişimi, gebelikte beslenme ve diyabet, gebelikte hormonal döngü ve etkileri, gebelikteki bireysel hazırlıklar, doğum felsefesi ve fizyolojisi, normal doğum eylemi, doğum belirtileri ve yapılması gerekenler, normal doğumun sezaryana göre avantajları, doğum algısı, nefes egzersizleri, kegel egzersizi, perine masajı, gebelik yogası, meditasyon, pozitif doğuma odaklanma, bilinç altı çalışması, gebelik pilatesi, aromatik yağlar, doğum kasılmalarında masaj yöntemleri, doğumda pozitif yaklaşım ve ten tene teması ve anne bebek bağlanması, güvenli doğum'a bakış açısı, lohusalık dönemi, lohusalığa yaklaşım, lohusalıkta beslenme hijyen riskli durumlar, anne sütü ve önemi, emzirme teknikleri, anne sütü devamlılığı, yeni doğan bakımı, uygulamalı yeni doğan banyosu ve masajı, yeni doğan taramaları, aile planlaması yöntemleri konularında eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Ancak her gebe bu hizmeti almakta istekli değil ve eğitimlere katılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Doğum polikliniklerine başvuran 15-49 yaş arası gebeler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örnekleme, evrendeki birey sayısı belli olmadığı için evreni belli olmayan örnekleme hesaplaması formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = t^2 \cdot p \cdot q / d^2$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görünüş sıklığı = %23.7 [4].

q: İncelenen olayın görülme sıklığı=%76.3

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer = 1.96 ($\alpha= 0.05$ de ∞ serbestlik derecesine bulunan teorik t değeri)

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma = 0.05 (\pm %5 sapma istediğimiz için)

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.237 \cdot 0.763}{(0.05)^2} = 277.872 \text{ yuvarlarsak } 278 \text{ kişi örnekleme büyüklüğü olarak}$$

belirlenmiştir. Ancak araştırma 436 gebe kadınla tamamlanmıştır. 436 kişiye uygulanan analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü 0.3563 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.81 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya,

- Ciddi venöz yetmezliği olmayan, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, perinatal enfeksiyon, erken membran rüptürü ve kronik hastalığı olmayan
- 15-49 yaş arasında olan
- İletişim kurmaya ve soruları cevaplamaya engeli bulunmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler örnekleme alınmıştır.

Araştırmada, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere gelişigüzel örnekleme

yöntemi ile ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak [1,4,7,12] oluşturulan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hemoroid Belirleme Formu” ve ”SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Veri toplama aracının hazırlanması

3.4.1.1. Tanıtıcı bilgi formu (EK-1)

Araştırmaya katılan kadınların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, sağlık alışkanlıklarını içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur. Bu formda sosyo-demografik (yaş, beden kütle indeksi, meslek, öğrenim, medeni ve gelir getiren bir işte çalışma durumu, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı, algılanan sağlık ve gelir, sigara içme ve düzenli egzersiz yapma), obstetrik özelliklere (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve küretaj yapma durumu ve sayısı, çocuk sayısı, doğum şekli ,önceki doğumlarında epizyotomi varlığı, son iki gebelik arasındaki süre) gebelik sürecine ilişkin (bebeğin gelişimi, polihidroamniyos varlığı, son iki gebelik arasındaki süre, ağırlık kaldırma durumu) gebelikte beslenme ve tuvalet alışkanlıklarına yönelik 38 soru yer almaktadır.

3.4.1.2.Hemoroidi belirleme formu (Ek II):

Hemoroid varlığını ortaya çıkarmak amacıyla gebelerden doktor tanısı alıp almadığını ve hemoroid belirti ve bulgularını içeren araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 7 sorudan oluşan bir formdur. Araştırmada hemoroid varlığı hekim tarafından hemoroid tanısı konulan gebelerde “**Hemoroid var**” olarak kabul edilmiştir.

3.4.1.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK III):

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Ware tarafından 1992 yılında sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye Uyarlanması Koç tarafında 1999 yılında Romatizmal hastalığı olan bireyler üzerinde (cronbach alfa değeri 0,73-076 arasında) [22]. Pınar tarafından 2005 yılında kanser hastaları üzerinde (cronbach alfa değeri tüm alt boyutlar için 0,70) yapılmıştır [21]. Bu ölçek otuz altı ifade ve sekiz alt boyuttan (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal

fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık,) oluşmaktadır. Ölçekteki her bir alt boyut puanı 0-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir [18,21,22]. Çalışmamızda cronbach alfa değeri ruhsal sağlık alt boyutu: 0.33, genel sağlık: 0.52, canlılık: 0.63, diğer alt boyutlar: 0.82-0.98 şeklinde bulunmuştur.

3.4.2. Ön uygulama

Araştırmanın uygulamasına Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, Kayseri Şehir Hastanesi yönetiminden gerekli yazılı izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve örneklemin %10.0'u kadar kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya sonrasında soru formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan gebeler, örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları araştırmacılar tarafından, Nisan 2020-Eylül 2020 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniklerinin bekleme salonunda araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere yapılmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmaya dahil edilen tüm gebelere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden yazılı onamları alındıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulaması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler, SPSS IBM (24.0, IBM Corp., Armonk, NY) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir ve çalışmanın gücü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın başında çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının geçerlilik ve güvenilirliğine Cronbach Alpha katsayısı değeriyle bakılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, maksimum, minimum değerler kullanılmıştır. Bağımsız nitel

verilerin hemoroid varlığı ile karşılaştırmasında ki kare t testi, hemoroid varlığı ile yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmaları bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır. İki'den çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda düzeltmeli sonuçlar yorumlanmıştır İstatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Gebelerde hemoroid varlığı,
- SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan

3.6.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Veri toplama formunda sorguladığımız sosyo demografik (yaş, meslek gibi), obstetrik (gebelik, düşük, kürtaj sayısı, doğum şekli gibi) ve yaşam biçimine (beslenme, tuvalet alışkanlıkları gibi) yönelik değişkenler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın tüm aşamalarında etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, araştırmacılar tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (09.09.2019 tarih ve 20498 sayılı yazı) (EK IV) ve Kayseri Şehir Hastanesi'nden sözlü ve yazılı kurum izni (EK V) alınmıştır. Etik ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan gebelere Kayseri Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniklerinin bekleme salonunda araştırmanın amacı anlatılmış ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yazılı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Form'ları (EK VI) alınmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Gebelerin sosyo -demografik özelliklerine göre dağılımı (n:436)

Özellikler	n	%
Yaş ortalaması (27.19±5.84)		
Yaş		
19 yaş ve altı	30	6.9
20-34 yaş	349	80.0
35 yaş ve üzeri	57	13.1
Öğrenim durumu		
İlköğretim	248	56.9
Ortaöğretim (lise)	111	25.5
Üniversite ve üstü	77	17.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	314	72.0
Geniş aile	108	24.8
Diğer	14	3.2
Sağlık güvencesi		
Var	349	80.0
Yok	87	20.0
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Çalışıyor	149	34.2
Çalışmıyor	287	65.8
Meslek (n:149)		
İşçi	54	36.2
Memur	38	25.5
Serbest meslek	42	28.2
Diğer	15	10.1
Algılanan gelir durumu		
Geliri giderinden az	189	43.3
Geliri giderine denk	201	46.1
Geliri giderinden fazla	46	10.6
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	56	12.8
Kullanmıyor	380	87.2
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	5	1.1
Kullanmıyor	431	98.9
Düzenli egzersiz yapma durumu*		
Yapan	102	23.4
Yapmayan	334	76.6

*Haftada en az 3 kez ve 30 dakika düzenli egzersiz yapma durumu

Tablo 4.1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.19 ± 5.84 tür. Gebelerin % 80.0’inin 20-34 yaş aralığında, %56.9 ilköğretim mezunu, %72’si çekirdek aileye sahip olduğunu, %65.8’i gelir getiren bir işte çalışmadığını, çalışan gebelerin ise %36.2’i işçi olarak çalıştığını bildirmiştir. Gebe kadınların %80.3’ünün sağlık güvencesi bulunmakta ve % 46.1’si gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %12.8’inin sigara içtiği, %1.1’ide alkol kullandığı belirtmiştir. Gebelerin %76.6’sı gebelikte düzenli egzersiz yapmadığını bildirmiştir.

Tablo 4.2’de gebelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışmaya katılan gebelerin %66.5’i üçüncü trimesterde olduğunu, %28.0’i ilk gebeliği olduğunu, %33.3’ü hiç doğum yapmadığını, %33.0’ü hiç çocuğu olmadığını, %20.6’sı düşük yaptığını, %16.1’i kürtaj olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin % 6.0’ında çoğul gebelik tespit edilmiş olup gebelerin önceki gebeliklerinde çoğul gebelik yaşama durumları %2.3’ olarak belirtilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerden önceden doğum yapmış olanların % 54.3’ünün sezeryan yöntemi ile % 45.7’sinin vajinal yolla doğum yaptığı belirlenmiştir. Vajinal yolla doğum yapan gebelerin % 69.6’ si epizyotomi yapıldığını bildirmiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n:436)

Özellikler	n	%
Trimester /Gebelik haftası /		
1.trimester (1-13. Hafta)	54	12.4
2.trimester(14-26.hafta)	92	21.1
3.trimester(27 hafta üzeri)	290	66.5
Gebelik sayısı		
1	122	28.0
2	113	25.9
3	100	22.9
4 ve üzeri	101	23.2
Doğum sayısı		
Hiç	145	33.3
1	114	26.1
2	101	23.2
3	62	14.2
4 ve üzeri	14	3.2
Yaşayan çocuk sayısı		
Hiç	144	33.0
1	142	32.6
2	85	19.5
3	50	11.5
4 ve üzeri	15	3.4
Düşük yapma durumu		
Yapan	90	20.6
Yapmayan	346	79.4
Küretaj olma durumu		
Olan	70	16.1
Olmayan	366	83.9
Önceki gebeliklerinde çoğul gebelik durumu		
Var	10	2.3
Yok	426	97.7
Şimdiki gebelikte çoğul gebelik		
Var	26	6.0
Yok	410	94.0
Önceki doğum şekli (n: 291)		
Normal doğum	133	45.7
Sezaryen doğum	158	54.3
Önceki doğumda epizyotomi durumu (n:161)		
Var	112	69.6
Yok	49	30.4

Tablo 4.3. Gebelerin gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı (n:436)

Özellikler	n	%
Bebeğin gelişimi		
Haftasına göre ileride	66	15.1
Haftasına göre geride	57	13.1
Tam haftasında	313	71.8
Polihidroamniyos varlığı		
Var	25	8.1
Yok	282	91.9
Önceki gebeliğinde 4 kg ve üzeri bebek doğumu (n=305)		
Var	42	13.8
Yok	263	86.2
Son iki gebelik arasındaki süre(n=305)		
24 ay ve altı	86	28.2
25 ay ve üzeri	219	71.8
Gebelikte ağırlık kaldırma durumu		
Evet	85	19.5
Hayır	351	80.5
Kullanılan ilaçlar kabızlık ya da ishal yapma durumu		
Evet	159	36.5
Hayır	277	63.5
Gününü daha çok ne şekilde geçirdiği		
Oturarak	225	51.6
Ayakta	211	48.4
Günde ortalama uyku saati		
3-5 saat	58	13.3
6-8 saat	289	66.3
9 saat ve üzeri	89	20.4

Tablo 4.3'te gebelerin gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %71.8'sinin bebeğinin gelişiminin gebelik haftası ile uyumlu olduğunu, %8.1'i polihidroamniyos olduğunu, %13.8'i önceki gebeliğinde 4 kilogram ve üzeri bebek doğumu olduğunu, % 28.2'si ise son iki gebeliği arasındaki sürenin 24 ay ve altında olduğunu, 19.5'i gebelikte ağır kaldırdığını, %51.6'sı gününü daha çok oturarak geçirdiğini, % 66.3'ü gebelik sürecinde günlük ortalama 6-8 saat uyduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4. Gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıklarına göre dağılımı (n=436)

Özellikler	n	%
Günlük öğün sayısı		
Bir öğün/ iki öğün	127	29.1
Üç öğün	258	59.2
Dört öğün ve üzeri	51	11.7
Daha çok tüketilen gıdalar		
Sebze ağırlıklı	187	42.9
Et ağırlıklı	72	16.5
Hamur işi ağırlıklı	74	17.0
Diğer	103	23.6
Günlük su tüketimi		
0-5 bardak	91	20.8
6-10 bardak	293	67.2
11 bardak ve üzeri	52	11.9
Günlük çay tüketimi		
0-3 çay bardağı	333	76.4
4 ve üzeri	103	23.6
Günlük kahve tüketimi		
Tüketiyor	409	81.4
Tüketmiyor	27	18.6
Kullanılan tuvalet türü		
Klozet	196	45.0
Alaturka	240	55.0
Defekasyon alışkanlığı		
Günde bir ya da iki kez	322	71.6
İki günde 1 kez	71	16.3
Üç günde 1 kez ve üzeri	53	12.2
Defekasyon sırasında zorlanma		
Zorlanıyor	179	41.1
Zorlanmıyor	257	58.9
Defekasyon sırasında geçirilen süre		
15 dk ve altı	375	86.0
15 dk üzeri	61	14.0
Sık kabızlık yaşama durumu		
Yaşıyor	145	33.3
Yaşamıyor	291	66.7
Herhangi bir bağırsak hastalığı		
Var	11	2.5
Yok	425	97.5

Tablo 4.4’ te gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıklarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %59.2’ si günde 3 öğün beslendiği, %42.9’ u sebze ağırlıklı beslendiğın, %67.2’ sinin günde 6-10 bardak su içtiği, %76.4’ ü günlük 0-3 bardak çay

tükettiği ve %81.4'ünün günlük kahve tüketiminin olduğu belirtmiştir. Gebelerin %55.0'ı alaturka tuvalet kullanmakta, %12.2'si 3 gün ve üzerinde 1 kez defekasyona çıkmaktadır. Araştırmaya katılan gebelerden %41.1' i defekasyon sırasında zorlandığını, %14.0'ü defekasyon sırasında geçirilen sürenin 15 dakikanın üzerinde olduğunu ifade etmiştir. Gebelerin % 33.3'ü sık sık kabızlık problemi yaşadığını, % 97.5'i herhangi bir bağırsak hastalığının olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerde hemoroid varlığı ve hemoroid bulgularına göre dağılımı(n=436)

Özellikler	n	%
Gebelik öncesi hemoroid tanısı		
Var	46	10.6
Yok	390	89.4
Gebelik sürecinde hemoroid tanısı		
Alan	79	18.1
Almayan	357	81.9
Hemoroid tanısı konulduğundaki gebelik haftası		
1.trimester (1-13. Hafta)	2	2.6
2.trimester(14-26.hafta)	36	46.2
3.trimester(27 hafta üzeri)	40	51.3
Açık kırmızı renkte kanama		
Var	65	14.9
Yok	371	85.1
Defekasyon sırasında ağrı		
Var	155	35.6
Yok	281	68.8
Makat bölgesinde meme tarzında şişlik		
Var	136	31.2
Yok	300	68.8
Makat bölgesinde kaşıntı		
Var	126	28.9
Yok	310	71.1

Tablo 4.5'de gebelikte hemoroid varlığı ve hemoroid bulgularına göre dağılımı göstermektedir. Araştırmaya katılan gebelerin %10.6'sı gebelik öncesi hemoroid tanısı aldığını, %18.1'i de bu gebeliği sürecinde hemoroid tanısı aldığını, gebeliği esnasında hemoroid tanısı alan gebelerin %51.3'ü 3. trimesterde hemoroid tansısı aldığını beyan etmiştir. Gebelerin %14.9'u defekasyon sırasında kanaması olduğunu, %35.6'sı defekasyon sırasında ağrısı olduğunu, %31.2'si makat bölgesinde ele gelen meme tarzında şişlik olduğunu ve %28.9' u makat bölgesinde kaşıntı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.6. Gebe kadınların sosyo demografik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı

ÖZELLİKLER	Hemoroid tanısı alma						Test ve p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
19 yaş ve altı	6	7.6	24	6.7	30	6.9	$X^2=2.560$ $p=0.278$
20-34 yaş	67	84.8	282	79.0	349	80.0	
35 yaş ve üzeri	6	7.6	51	14.3	57	13.1	
Öğrenim durumu							
İlköğretim ^a	53	67.1	195	54.6	248	56.9	$X^2=6.906$ $p=0.032$
Ortaöğretim (lise) ^b	11	13.9	100	28.0	111	25.5	
Üniversite ve üstü ^{a,b}	15	19.0	62	17.4	77	17.7	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	56	70.9	258	72.3	314	72.0	$X^2=3.092$ $p=0.213$
Geniş aile	18	22.8	90	25.2	108	24.8	
Diğer	5	6.3	9	2.5	14	3.2	
Sağlık güvencesi							
Var	65	82.3	284	79.6	349	80.0	$X^2=0.301$ $p=0.583$
Yok	14	17.7	73	20.4	87	20.0	
Gelir getiren bir işte çalışma durumu							
Çalışıyor	28	35.4	121	33.9	149	34.2	$X^2=0.069$ $p=0.793$
Çalışmıyor	51	64.6	236	66.1	287	65.8	
Meslek							
İşçi	8	28.6	46	38.0	54	36.2	$X^2=1.165$ $p=0.558$
Memur	9	32.1	29	24.0	38	25.5	
Serbest meslek	11	39.3	46	38.0	57	38.3	
Algılanan gelir durumu							
Geliri giderinden az	31	39.2	158	44.3	189	43.3	$X^2=2.219$ $p=0.330$
Geliri giderine denk	42	53.2	159	44.5	201	46.1	
Geliri giderinden fazla	6	7.6	40	11.2	46	10.6	

*Monte Carlo kullanılmıştır. a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4.6. Devamı

ÖZELLİKLER	Hemoroid tanısı alma						Test ve p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik esnasında sigara kullanma durumu							
Kullanıyor	9	11.4	47	13.2	56	12.8	$X^2=1.182$ $p=0.670$
Kullanmıyor	70	88.6	310	86.8	380	87.2	
Alkol kullanma durumu*							
Kullanıyor	0	0.0	5	1.4	5	1.1	$X^2=1.119$ $p=0.590$
Kullanmıyor	79	100	352	98.6	431	98.9	
Düzenli egzersiz yapma durumu							
Yapan	23	29.1	79	22.1	102	23.4	$X^2=1.761$ $p=0.184$
Yapmayan	56	70.9	278	77.9	334	76.6	

*Monte Carlo kullanılmıştır. a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4.6. gebe kadınların sosyo demografik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hemoroid tanısı alan gebelerin %84.8'i 20-34 yaş aralığında, %7.6'sı 19 yaş ve altı, %7.6'sı 35 yaş ve üzerinde olduğu ancak yaş grupları ile hemoroid tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hemoroid tanısı alan gebelerin %67.1' i ilköğretim mezunu, %13.9'u ortaöğretim, %19.0 üniversite ve üzeri mezunu olup hemoroid tanısı alma ile öğrenin düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemoroid tanısı alma durumu ile aile tipi, sağlık güvencesi, gelir getiren bir işte çalışma durumu, meslek, algılanan gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Gebe kadınların obstetrik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı (n:436)

ÖZELLİKLER	Hemoroid Tanısı Alma						Test ve p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik haftası /trimester							
1.trimester (1-13. Hafta)	8	10.1	46	12.9	54	12.4	$X^2=0.879$ $p=0.644$
2.trimester(14-26.hafta)	15	19.0	77	21.6	92	21.1	
3.trimester (27 hafta üzeri)	56	70.9	234	65.5	290	66.5	
Gebelik sayısı							
Primigravida	25	31.6	97	27.2	122	28.0	$X^2=0.643$ $p=0.423$
Multigravida	54	68.4	260	72.8	314	72.0	
Doğum sayısı							
Primipar	33	41.8	112	31.4	145	33.3	$X^2=3.152$ $p=0.076$
Multipar	46	58.2	245	68.6	291	66.7	
Yaşayan çocuk							
Var	50	63.3	242	67.8	292	67.0	$X^2=0.591$ $p=0.442$
Yok	29	36.7	115	32.2	144	33.0	
Düşük yapma durumu							
Yapan	18	22.8	72	20.2	90	20.6	$X^2=0.270$ $p=0.603$
Yapmayan	61	77.2	285	79.8	346	79.4	
Küretaj olma durumu							
Olan	12	15.2	58	16.2	70	16.1	$X^2=0.54$ $p=0.817$
Olmayan	67	84.8	299	83.8	366	83.9	
Önceki gebeliklerinde çoğul gebelik durumu							
Var	2	2.5	8	2.2	10	2.3	$X^2=0.024$ $p=0.876$
Yok	77	97.5	349	97.8	426	97.7	
Şimdiki gebelikte çoğul gebelik							
Var	5	6.3	21	5.9	26	6.0	$X^2=0.023$ $p=0.879$
Yok	74	93.7	336	94.1	410	94.0	
En son doğum şekli (n: 291)							
Normal doğum	24	52.2	109	44.5	133	45.7	$X^2=0.922$ $p=0.337$
Sezaryen doğum	22	47.8	136	55.5	158	54.3	
Önceki doğumda epizyotomi durumu (n:161)							
Var	26	89.7	86	65.2	112	69.6	$X^2=6.743$ $p=0.009$
Yok	3	10.3	46	34.8	49	30.4	

Tablo 4.7 de gebe kadınların obstetrik özellikleri ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hemoroid tanısı alan gebelerin %89.7 sinin önceki doğumunda epizyotomi işlemi yapılmış olup hemoroid tanısı alma ile önceki doğumlarında epizyotomi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemoroid tanısı alma durumu ile gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük yapma durumu, küretaj olma durumu, önceki doğum şekli, önceki gebeliğinin çoğul gebelik olması ve şimdiki gebeliğinin çoğul gebelik olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4.8. Gebe kadınların gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklere ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı (n:436)

ÖZELLİKLER	Hemoroid Tanısı Alma						Test ve p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Bebegin gelişimi							
Haftasına göre ileride	7	8.9	59	16.5	66	15.1	$X^2=4.141$ $p=0.126$
Haftasına göre geride	14	17.7	43	12.0	57	13.1	
Tam haftasında	58	73.4	255	71.4	313	71.8	
Polihidroamniyos varlığı							
Var	3	5.9	22	8.6	25	8.1	$X^2=0.418$ $p=0.518$
Yok	48	94.1	234	91.4	282	91.9	
4 kg ve üzeri bebek doğumu(n=305)							
Var	6	11.8	36	14.2	42	13.8	$X^2=0.207$ $p=0.649$
Yok	45	88.2	218	85.8	263	86.2	
Son iki gebelik arasındaki süre							
24 ay ve altı	16	31.4	70	27.6	86	28.2	$X^2=0.305$ $p=0.581$
25 ay ve üzeri	35	68.6	184	72.4	219	71.8	
Gebelikte ağırlık kaldırma durumu							
Evet	11	13.9	74	20.7	85	19.5	$X^2=1.908$ $p=0.167$
Hayır	68	86.1	283	79.3	351	80.5	
Kullanılan ilaçlar kabızlık ya da ishal yapma durumu							
Evet	35	44.3	124	34.7	159	36.5	$X^2=2.557$ $p=0.110$
Hayır	44	55.7	233	65.3	277	63.5	
Gününü daha çok ne şekilde geçirdiği							
Oturarak	42	53.2	183	51.3	225	51.6	$X^2=0.094$ $p=0.759$
Ayakta	37	46.8	174	48.7	211	48.4	
Günde ortalama kaç saat uyumakta							
3-5 saat	8	10.1	50	14.0	58	13.3	$X^2=1.007$ $p=0.604$
6-8 saat	53	67.1	236	66.1	289	66.3	
9 saat ve üzeri	18	22.8	71	19.9	89	20.4	

Tablo 4.8. Gebe Kadınların gebelik sürecine ilişkin bazı özelliklere ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Bebeğin gelişimi, polihidroamniyos, 4kg ve üzeri bebek doğumu, son iki gebelik arasındaki süre, gebelikte ağırlık kaldırma durumu, kullanılan ilaçların kabızlık ya da ishal yapma durumu, gününü daha çok ne şekilde geçirdiği ve günde ortalama kaç saat uyuduğu ile hemoroid varlığı arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 9. Gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıkları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı (n:436)

ÖZELLİKLER	Hemoroid Tanısı Alma						Test ve p
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kaç öğün besleniyorsunuz							
Bir öğün/iki öğün	18	22.8	109	30.5	127	29.1	$X^2=3.371$ $p=0.185$
Üç öğün	54	68.4	204	57.1	258	59.2	
Dört öğün ve üzeri	7	8.9	44	12.3	51	11.7	
Hangi tür gıdalar tüketildiği							
Sebze ağırlıklı	35	44.3	152	42.6	187	42.9	$X^2=2.321$ $p=0.508$
Et ağırlıklı	9	11.4	63	17.6	72	16.5	
Hamur işi ağırlıklı	13	16.5	61	17.1	74	17.0	
Diğer	22	27.8	81	22.7	103	23.6	
Günlük su tüketimi							
0-5 bardak	18	22.8	73	20.4	91	20.9	$X^2=1.771$ $p=0.412$
6-10 bardak	55	69.6	238	66.7	293	67.2	
11 bardak ve üzeri	6	7.6	46	12.9	52	11.9	
Günlük çay tüketimi							
0-3 çay bardağı	61	77.2	272	76.2	333	76.4	$X^2=0.038$ $p=0.846$
4 ve üzeri	18	22.8	85	23.8	103	23.6	
Günlük kahve tüketimi							
Tüketiyor	18	24.0	58	17.4	76	18.6	$X^2=1.782$ $p=0.182$
Tüketmiyor	57	76.0	276	82.6	333	81.4	

Tablo 4. 9. Devamı

ÖZELLİKLER	Hemoroid Tanısı Alma						Test ve <i>p</i> değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Defekasyon alışkanlığı							
Günde 1ya da 2 kez	64	81.0	319	89.4	383	87.8	$X^2=7.477$ $p=0.024$
İki günde 1 kez	4	5.1	19	5.3	23	5.3	
Üç gün ve üzerinde 1 kez	11	13.9	19	5.3	30	6.9	
Defekasyon sırasında zorlanma							
Zorlanıyor	38	48.1	141	39.5	179	41.1	$X^2=1.979$ $p=0.159$
Zorlanmıyor	41	51.9	216	60.5	257	58.9	
Defekasyon sırasında geçirilen süre							
15 dk ve altı	67	84.8	308	86.3	375	86.0	$X^2=0.115$ $p=0.734$
15 dk üzeri	12	15.2	49	13.7	61	14.0	
Sık kabızlık yaşama durumu							
Yaşıyor	35	44.3	110	30.8	145	33.3	$X^2=5.304$ $p=0.021$
Yaşamıyor	44	55.7	247	69.2	291	66.7	
Herhangi bir bağırsak hastalığı							
Var	3	3.8	8	2.2	11	2.5	$X^2=0.637$ $p=0.425$
Yok	76	96.2	349	97.8	425	97.5	
Kullanılan tuvalet türü							
Klozet	42	53.2	154	43.1	196	45.0	$X^2=2.628$ $p=0.105$
Alaturka	37	46.8	203	56.9	240	55.0	

Tablo 4. 9’da gebelerin beslenme ve tuvalet alışkanlıkları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı gösterilmektedir. Hemoroid tanısı alan gebelerin %81.0’ı günde bir ya da iki kez, %13.9’u üç ya da daha fazla günde, %5.1’i iki günde bir kez defekasyona çıkmaktadır. Hemoroid tanısı alma ile defekasyon alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemoroid tanısı alan gebe kadınların %44.3’ü sık kabızlık problemi yaşadığı belirtmiştir. Yapılan istatistiksel analizde hemoroid tanısı ile sık kabızlık yaşama durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemoroid tanısı ile günde kaç öğün beslenildiği, hangi tür gıdalar tüketildiği, günlük su, kahve, çay tüketimi, kullanılan tuvalet türü, defekasyon sırasında geçirilen süre ve herhangi bir bağırsak hastalığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerde hemorid bulguları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımı

ÖZELLİKLER	Hemoroid Tanısı Alma						Test ve p
	Alan		Almayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik öncesi hemoroid tanısı							
Var	28	35.4	18	5.0	46	10.6	$X^2=63.348$ $p=0.000$
Yok	51	64.6	339	95.0	390	89.4	
Açık kırmızı renkte kanama							
Var	27	34.2	38	10.6	65	14.9	$X^2=28.239$ $p=0.000$
Yok	52	65.8	319	89.4	371	85.1	
Defekasyon sırasında ağrı							
Var	61	77.2	94	26.3	155	35.6	$X^2=73.100$ $p=0.000$
Yok	18	22.8	263	73.7	281	64.4	
Makat bölgesinde meme tarzında şişlik							
Var	51	64.6	85	23.8	136	31.2	$X^2=50.041$ $p=0.000$
Yok	28	35.4	272	76.2	300	68.8	
Makat bölgesinde kaşıntı							
Var	35	44.3	91	25.5	126	28.9	$X^2=11.143$ $p=0.001$
Yok	44	55.7	266	74.5	310	71.1	

Tablo 4.10 'da gebelerde hemorid bulguları ve hemoroid tanısı alma durumuna göre dağılımına yer verilmiştir. Hemoroidi olan gebe kadınların %35.4'üne gebelik öncesinde de hemoroid tanısı konulmuştur. Hemoroid tanısı alan gebelerin %51.3'üne 3.trimesterde tanı konulmuştur. Hemoroid tanısı alan gebe kadınların %34.2'sinde defekasyon sırasında açık kırmızı renkte kanama, %77.2'sinde defekasyon sırasında ağrı, %64.6'sında makat bölgesinde meme tarzında şişlik, %44.3'ünde makat bölgesinde kaşıntı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde hemoroid tanısı ile gebelik

öncesinde de hemoroid tanısı alınması, gebelik haftası, defekasyon sırasında açık kırmızı renkte kanama, defekasyon sırasında ağrı, makat bölgesinde meme tarzında şişlik, makat bölgesinde kaşıntı olma durumu arasına anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4. 11. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	n	Ortalama	Standart sapma	Min	Max
Fiziksel fonksiyon	436	54.54	25.01	0	100
Fiziksel rol Güçlüğü	436	26.89	36.83	0	100
Ağrı	436	64.62	22.83	10	100
Genel sağlık	436	55.74	15.06	0	100
Canlılık	436	37.52	17.60	0	100
Sosyal fonksiyon	436	67.88	27.30	0	100
Emosyonel rol güçlüğü	436	38.60	42.34	0	100
Ruhsal sağlık	436	55.17	13.72	0	100

Tablo 4.11’de gebelerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Gebe kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları; fiziksel fonksiyon 54.54 ± 25.01 , fiziksel rol güçlüğü 26.89 ± 36.83 , ağrı 64.62 ± 22.83 , genel sağlık 55.74 ± 15.06 , canlılık 37.52 ± 17.60 , sosyal fonksiyon 67.88 ± 27.30 , emosyonel rol güçlüğü 38.60 ± 42.34 , ruhsal sağlık 55.17 ± 13.72 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve hemoroid varlığına göre dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları	Hemoroid varlığı		İstatistik değeri	P değeri
	Var	Yok		
	Ort±ss	Ort±ss		
Fiziksel fonksiyon	51.96±25.52	55.11±24.89	t= -1.013	p= 0.312
Fiziksel rol Güçlüğü	28.48±36.63	26.54±36.92	t= 0.423	p= 0.672
Ağrı	58,03±22.47	66,08±22.68	t= -2.858	p= 0.004
Genel sağlık	55.82±14.53	55.72±15.20	t= 0.050	p= 0.960
Canlılık	43.79±15.61	36.13±17.73	t= 3.547	p= 0.000
Sosyal fonksiyon	63,60±28.17	68,83±27.05	t= -1.543	p= 0.124
Emosyonel rol güçlüğü	45.99±42.46	36.97±42.20	t= 1.716	p= 0.087
Ruhsal sağlık	52.50±12.20	55,76±13.98	t= -1.916	p= 0.056

Tablo 4.12’de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve hemoroid varlığına göre dağılımı yer almaktadır. Hemoroidi olan gebelerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı (58,03±22.47) ve canlılık (43.79±15.61) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının hemoroidi olmayan gebelere göre daha düşük olduğu ve SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve canlılık alt boyutu puan ortalamaları ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Gebelik sürecinde görülen fizyolojik yakınmalardan biriside hemoroittir [4]. Kadınların büyük kısmı gebelik döneminde hemoroidden yakınmaktadır [31]. Hemoroid tüm dünyada yaygın olarak görülen, insanların yaşam tarzlarını, aktivitelerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur[40,72,84]. Hemoroid ve hemoroidin getirdiği yakınmalar, yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişiye getirdiği sosyal, hijyenik, duygusal ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle kişilerin günlük yaşam aktivitelerini buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir [69,71]. Gebeler, hemoroid hastalığının gelişmesi için yüksek riskli bir kategori içerisinde değerlendirilmektedir [43]. Gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada gebelikte hemoroid görülme sıklığı hekim tarafından hemoroid tanısı alan gebeler üzerinden incelendiğinde %18.1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Ancak gebelerin %14.9 unda açık kırmızı renkte kanama, %35.6'sında defakasyon sırasında ağrı, %31.2'sinde makat bölgesinde meme tarzında ele gelen şişlik, %28.9'unda makat bölgesinde kaşıntı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Hemoroid varlığını gösteren bu bulguların yüksek olması, gebelerde tanılanmamış hemoroid varlığını düşündürmekte olup gebelikte hemoroid görülme sıklığının %18.1'den daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde gebelikte hemoroid görülme sıklığının %6.4 ila %26.1 arasında değiştiği görülmektedir[10,14,80,85,86]. Poskus ve ark. yaptığı prospektif gözlemsel kohort çalışması sonuçlarına göre peri-anal rahatsızlıkların gebelik ve puerperiumda görülme sıklığı %43.9 olduğu ve bu perianal rahatsızlıkların en sık görüleninin hemoroid (%92.7) olduğu bildirilmektedir [11]. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte, hormonal değişimler, beslenme bozukluğu ve hareket azlığı konstipasyon için risk oluşturmaktadır [87]. Yanikkerem ve ark (2006)'ın 195 gebede yapmış oldukları çalışmada gebelerin konstipasyon görülme sıklığı %33.3'ü ilk trimesterde, %44.7'si ikinci trimesterde, %51.1'i üçüncü trimesterde konstipasyon yaşadıklarını tespit etmiştir [1]. Çalışmamızda da hemoroid tanısı alma son trimesterde daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Üçüncü trimesterde progesteron seviyesindeki artış ve kolon düz kas aktivitesinde azalmayla birlikte bağırsak hareketlerinin yavaşlaması

konstipasyona neden olmaktadır. Ayrıca büyüyen uterusun sigmoid kolona baskı yapması, oral demir ilaçlarının kullanımı gibi faktörler de gebelikte konstipasyon riskini artıran faktörlerdir [88]. Çalışmamızda her üç gebeden birinin sık sık kabızlık sorunu yaşadığını tespit edilmiş olup (Tablo 4.4), kabızlık durumu yaşama ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Doğum eyleminde en sık başvuru cerrahi işlemlerden biri epizyotomi uygulamasıdır [89]. Çalışmamıza katılan gebelerin %69.6'sına önceki doğumlarında epizyotomi uygulandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada epizyotomi oranı primipar kadınlarda %93.3, multipar kadınlarda %30.2 olduğu bildirilmiştir [90]. Ülkemizde özellikle primipar kadınlarda epizyotominin rutin uygulanması nedeniyle oranın yüksek olduğunu söylemek mümkündür [11,91-93]. Epizyotomi, rektal mukoza ve anal sfinkterde hasar, anorektal disfonksiyon, inkontinansta artma, vajinal kas gücünde azalma gibi perianal komplikasyonlara neden olmakta ve kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilenmektedir [94-99]. Epizyotomi oranlarının yüksek olması ve epizyotomiye bağlı olarak gelişen perianal travmaların sonucunda çalışmamızda hemoroid görülme oranında yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda epizyotomi yapılan gebelerin %89.7'sinde hemoroid tespit edilmiştir. (Tablo 4.7). Epizyotomi ile hemoroid arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Karaoğlan'ın ülkemizde eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmanın sonucunda genel olarak kişinin eğitim seviyesinin sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre eğitim seviyesi yüksek olan bir kişinin sağlık durumu, düşük eğitim seviyesindekilere göre daha iyidir [100].

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin sağlık kuruluşlarına geç başvurdukları, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmadıkları ve bunların sonucunda hastaneye yatış oranlarının arttığı saptanmıştır. Aynı şekilde sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların hemşireler tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları tespit edilmiştir [101]. Hemoroidal Hastalıkta Başvuru Gecikmesine Neden Olan Faktörlerin İrdelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru zamanlarının daha erken olduğu ve hemoroidlerin evresinin daha düşük olduğu tespit

edilmiştir [102]. Ayrıca, yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin sigara gibi sağlığa zararlı davranışların doğuracağı sonuçlar hakkında daha farkındalık sahibi olduğu gözlenmiştir [100]. Çalışmamızda öğrenim durumu ile hemoroid arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Babadağlı'nın gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisini incelediği çalışmada hemoroid oluşması adolesan grubunun %22'sinde, erişkin grubun %16 ve ileri yaş grubunun %24'ünde olduğu görülmektedir [14]. Çalışmada gebelerin çoğunluğu 20-34 yaş arasında olup yaş ortalaması 27.19 ± 5.84 olarak bulunmuştur ve hemoroid varlığının en yüksek olduğu %84.8 ile yine 20-34 yaş aralığı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız bu anlamda literatür ile benzerlik göstermektedir ancak yaş ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ram tarafından hemoroid ile ilişkili risk faktörünün değerlendirmek amacıyla yapılan prospektif çalışmada sigara kullanımı hemoroid için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir [103]. Çalışmamızda gebelerin %12.8'i sigara kullanmaktadır. Ancak çalışmamız da sigara kullanımı ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının nedeni bizim çalışmamızın sadece gebe kadınlar üzerinde yapılmış olması, Ram'in çalışmasının gebe olmayan kadın ve erkekler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Kadınların gelirinin yüksek olması sağlık hizmetlerine ulaşmasını olumlu yönde etkilemektedir [12,104]. Çalışmamızda sosyal güvence ve gelir durumu ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen sosyal güvencesi olan ve geliri giderinden az olan gebelerde hemoroid daha yüksek oranda bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının yaşam şartlarının olumsuzluğuna ve kötü beslenme koşullarının oluşmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Doğum şekli hemoroide neden olan faktörlerdendir [7,11]. Vajinal doğum yapan ve doğum eyleminde alet kullanılarak doğum gerçekleştirilen kadınlarda sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre hemoroid gelişme olasılığı daha yüksek bulunmuştur [11]. Riss ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doğum şekline göre hemoroid oranlarına bakıldığında en yüksek oranın normal doğumda olduğu görülmektedir [40]. Çalışmamızda daha önceden doğum yapmış gebelerde sezaryen ile doğum oranı (%54.3),

normal doğum oranından (45.7) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son doğumu normal doğum şeklinde gerçekleştiren gebelerin gebelikte hemoroid varlığı daha yüksek oranda (%52.2) bulunmuştur ancak doğum şekli ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebelikte bebeğin haftasına göre gelişiminin, polihidroamniyos varlığının, daha önceki doğumlarında 4 kg ve üzerinde çocuk doğurmuş olmanın hemoroid varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Porkus ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada 3800 gramdan fazla yenidoğan ağırlığının hemoroid ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yenidoğan ağırlığının fazla olması perianal travmalara sebep olmaktadır [11,100].

Hemoroid oluşmasına etki eden faktörlerden biride beslenmedir. Düşük lifli beslenmenin hemoroid gelişiminden sorumlu olduğu teori 1970'lerde geliştirilmiştir. Endüstrileşmiş toplumlar düşük artıklı yüksek rafine beslenmeye eğilim göstermektedir. Bu beslenme şekli daha sert dışkı oluşumuna sebep olarak hastaların defekasyon sırasında daha sık ıkınmalarına, bu da barsakta düz kas hipertrofisine ve anal kanaldaki dokuların zarar görmesine sebep olabilmektedir[15,16,105]. Çalışmamızda hemoroidi olan gebelerin %7.6'sı günlük 11 bardak ve üzerinde su tüketmekte, %8.9'u günlük 4 öğün ve üzerinde beslenmekte ve %44.3'ü sebze ağırlıklı beslenmektedir. Bu durum bize gebelerin beslenmelerine dikkat etmediklerini düşündürülebilir.

Giuliani 2020 yılında yaptığı bir çalışmada tuvalette harcanan zaman ile hemoroid derecesinde doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dışkılamak için ıkınılmasının uzun yıllardır hemoroidler için primer etiyolojik faktör olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, son zamanlarda yapılan araştırmalar sebebin tuvalette uzun süre oturmak olabileceğini göstermiştir. Bu pozisyonda perine gevşemekte ve anal yastıkçıklar desteksiz kalmaktadır [19,105]. Hemoroid gelişiminin engellenmesi adına yapılan yaşam tarzı değişiklikleri içerisinde değerlendirilen defekasyon alışkanlığının düzenlenmesi adına lifli beslenme, bol sıvı alma yanında defekasyon tarzı da önemlidir [106]. Çalışmamızda hemoroidi olan gebelerin %15.2'inin defekasyon sırasında 15 dakikanın üzerinde zaman geçirdiği, % 48.1'inin defekasyon sırasında zorlanma yaşadığı, % 13.9'unun üç gün ve üzerinde 1 kez defekasyona çıktığı tespit edilmiştir. Ancak tuvalette geçirilen zaman ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun sebebinin hemoroidin gebelerde daha çok 3. Trimesterde görülmesi ve çalışmaya katılan gebelerin düşük, kürtaj gibi sebeplerden dolayı gebelik

süresinin beklenenden daha kısa olan kadınları içermesi düşünülebilir.

Kiuchi ve arkadaşlarının tuvalet kullanımı ile hemoroid ve ürogenital enfeksiyon insidansını incelemek için bir yıllık bir takip web anketi gerçekleştirerek yaptığı çalışmada hemoroid ve ürogenital enfeksiyonların alışılmış klozet kullanımı ile nedensel olarak ilişkili olmadığını tespit etmiştir. Çalışmamızda hemoroidi olan gebelerin yarıdan fazlası klozet kullanmakta olup, kullanılan tuvalet türü ile hemoroid varlığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamız Kiuchi ve ark çalışması ile benzer sonuç göstermektedir [42,107].

Wronski'nin hemoroidin etyolojisini araştırmak için yapmış olduğu bir çalışmada ağır bir yük taşıma ile hemoroid gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit edilmiştir. Diğer taraftan Aydın'ın primigravid gebelerde hemoroidal hastalıkların sıklık ve sonuçlarını incelediği çalışmasında ağır kaldırmanın anorektal bölgedeki hem kaslara hem de venöz sisteme ilave yük binmesine neden olarak hemoroid oluşumunu tetiklediğini bildirmiştir. Çalışmamızda hemoroidi olan gebelerin %13.9'zu gebelikleri sürecinde ağır yük taşıdıklarını bildirmişlerdir. Wronski'nin çalışmasında olduğu gibi gebelikte ağır yük kaldırma ile hemoroid arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [105,108].

Hemoroid kadın sağlığının hem fiziksel hem de duygusal refahı üzerinde güçlü olumsuz etkiye sahiptir ve yaşam kalitesini bozar [11]. Hemoroid ve yaşanan sorunlar nedeniyle hastaların yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir [69,109]. Konstipasyon gebelik sırasında çok yaygındır ve hemoroid için predispozan bir faktördür. Gebelerde fiziksel sağlık algısını ve yaşam kalitesini etkileyen çeşitli sonuçları vardır. Johanson ve ark. gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini ölçmek için yapmış olduğu çalışmada, bağırsak sorunu olan gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bulmuştur [66,120]. Yun-Mi Song ve arkadaşlarının Kore'de yapmış oldukları bir çalışmada hemoroidlerin Kore popülasyonunda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir [110]. Can ve arkadaşlarının gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelemek için yaptıkları çalışmada gebelerin fiziksel ve psikolojik sorunları yaşam kalitesini düşürdüğünü tespit etmişlerdir[6]. Çalışmamızda gebelerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve canlılık alt boyutları ile hemoroid varlığı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12) ($p<0.05$). Hemoroidi olan gebelerin, olmayanlara göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve canlılık alt

boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamıza katılan gebelerin %14.9 unda açık kırmızı renkte kanama olduğu, %35.6 sında defekasyon sırasında ağrı olduğu, %31.2 sinde makat bölgesinde meme tarzında ele gelen şişlik olduğu, %28.9 unda makat bölgesinde kaşıntı olduğu tespit edilmiş olup aynı zamanda hemoroid varlığı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak gebelik sürecinde doktor tarafından hemoroid tanısı alma durumu %18.1 olarak bulunmuştur bu durum bize gebelerin büyük çoğunluğunun hemoroid belirti ve bulgularını yasamalarına rağmen hemoroid şikayetinden dolayı sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmadığı düşündürmektedir. Hemoroid belirti ve bulgularını yaşamalarına rağmen hemoroid şikayetinden dolayı sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmama nedenleri gebelerin hemoroidi ciddi bir sağlık problemi olarak görmemelerinden, gebelikte hemoroidi olağan kabul etmelerinden ya da doktor muayenesinden utanmalarından kaynaklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmek amacıyla yapmış olduğumuz çalışmamızda;

- Gebelikte hemoroid görülme sıklığı %18.1 olarak tespit edilmiştir.
- Gebelerin öğrenim düzeyi, konstipasyon, defekasyon alışkanlığı ve epizyotomi ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Gebe kadınlara hemoroid tanısının daha çok 3. trimesterde konulduğu (%51.3) tespit edilmiştir.
- Gebelerin doğum sayısı, düşük yapma durumu, küretaj olma durumu, çoğul gebelik durumu ve en son doğum şekli ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
- Gebelerin önceki doğumlarında 4 kg ve üzerinde bebek doğumunun olması, son iki gebelik arasındaki geçen süre, gebelik sürecinde ağır yük taşıma ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
- Gebelerin günde kaç öğün beslendiği, hangi tür gıdalar tükettiği ve günlük sıvı tüketimi ile hemoroid varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
- Çalışmamızda tuvalette geçirilen süre ile kullanılan tuvalet türünün hemoroid

varlığı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

- Çalışmamızda gebe kadınların hemoroid bulgularından; açık kırmızı renkte kanama %14.9, defekasyon sırasında ağrı %35.6, makat bölgesinde meme tarzında şişlik %31.2, makat bölgesinde kaşıntı %28.9 olarak tespit edilmiştir.
- Gebelikte hemoroid tanısı alan gebelerin almayanlara göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve canlılık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Gebe kadınların gebelik sürecini daha sağlıklı geçirmeleri için gebelik öncesi dönemden itibaren sürekli hemşirelik bakımı verilerek sağlık sorunlarının ele alınması ve çözüme kavuşturulması, bu süreç içinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, bakımın planlanması ve sunumunda gebelerin yaşam kalitesini etkileyen bu durumların göz önünde bulundurularak, mevcut gebe izlemlerinin kapsamının yeniden yapılandırılması önerilebilir.

Antenatal bakım veren sağlık personelleri gebelikte görülen rahatsızlıklardan hemoroid bulgu ve semptomlarını ayrıntılı olarak sorgulamalı, gerekli eğitim ve bakımları sağlayarak gebelerin yaşam kalitelerini yükseltmeleri, gebelik sürecinde kabızlığın önlenmesine ve tedavisine yönelik ve vajinal doğumlarda epizyotomiye azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G., “Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi”, *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(10), 35-42, 2006.
2. Fenkçi, İ.V., Çiçek, M.N., “Maternal fizyoloji Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi” *Ankara: Öncü Basımevi*, 161-169, 2004.
3. Cunnigham, F.-G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D., *Williams Obstetrics. Tercüme*, “Akman A. Williams Doğum Bilgisi.”, *İstanbul, Nobel Matbaacılık*, 2005.
4. Çetin, F. C., Demirci, N., Çalık, K. Y., & Akıncı, A. Ç. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141, 2017.
5. Can R, Yılmaz S,D.,Çankaya S, Kodaz., “Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.sağlık ve toplum”,29(2),58-64,2019.
6. Dönmez, A. , Er, M., Karaçam, Z. “Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi” , *Life Sciences* , 13 (1) , 1-10, 2018.
7. Avsar, A. F., Keskin, H, L., “Haemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*”, 30(3), 231-237, 2010.
8. Saenz, E, V., Esparza, J, P., Magro, P, M., Aguirre, J, P., Fernández, F. A., Rosales, J. M., Ramírez, L, R., “*Hemorrhoidal disease in a specialty medical center. Revista de gastroenterologia de Mexico*”, 71(4), 428-432, 2006.
9. Gojnic, M., Dugalic, V., Papic M., Vidakovic S., Milicevic S., Pervulov M., “The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy.” *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 32:183–184, 2005.
10. Abramowitz, L., Sobhani, I., Benifla, J,L., Vuagnat, A., Dura,i E., Mignan,M., “Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery.”, *Diseases of the Colon and Rectum* 45:650–655, 2002.
11. Poskus, T., Buzinskienė, D., Drasutiene, G., Samalavicius, N. E., Barkus, A., Barisauskiene, A., Jakaitiene, A., “Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study.”, *An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology*, 121(13), 1666-1671, 2014.

12. Aygün,C., Kumbak, Aygün, B., “Gebelik ve konstipasyon”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 71-75, 2010.
13. Jemilohun,A,C., Fasonu, A,O., Tijani ,A,M., “Stanley OG. Prevalence of gastrointestinal symptoms and related drug use among pregnant women of South-Western Nigeria”, *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 4(5), 1464-1470, 2015.
14. Babadağlı, B., “Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 96-105,2008.
15. Uysal, N., Khorshid, L., Eşer, İ., “Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(2), 127-132, 2010.
16. Makvandi, S., Kermani, A.E., “Quality of life of pregnant women referred to health centers in Izeh. Journal Kermanshah University of Medical Sciens”, 16(1), 37-42. 2012.
17. Mousavi, S., Yazdanpanah, A., Ası, I.M., “Comparing quality of life (qol) during pregnancy among pregnant women referring to public or private hospitals”, *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*, 5(11), 618-622, 2016.
18. İnternet: Türk Hemşireler Derneği “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası” <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler.aspx>.
19. Eser, E., “Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü”, *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1, 1-5, 2006.
20. Ware, J. E., Sherbourne, D. C., “The MOS 36 item short form health survey (SF 36)”, *Medical Care*, 30, 473-483, 1992.
21. Pınar,R., “Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients”, *Qual Life Res*, 259–264,14,2005.
22. Koçyiğit,H.,Aydemir,Ö.,Fişek,G.,Ölmez,N.,Memiş,A., “Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği Vegeçerliliği”, *İlaç Ve Tedavi Dergisi*,12(2),2019.

23. Dilek, Y., “Kanda Dolaşan Tümör Hücrelerinin Kolorektal Kanserli (Crc) Hastalarda Akım Sitometrisi İle Tespiti” *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doktora tezi*, 2017.
24. Bulut, M, T., “Fekal İnkontinen, Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları” *Ankara Türk Kolon Ve Rektum Cerrahisi Derneği* , 187-217, 2011.
25. Wexner, S, D., “Anatomy And Embryology Of The Anus, Rectum, And Colon” *Colon And Rectal Surgery*, 1-23, 1993.
26. Wendell-Smith, C, P., “Anorectal Nomenclature. Diseases Of The Colon and Rectum”, 43(10), 1349-1358, 2000.
27. Godlewski, G., Prudhomme, M., “Embryology And Anatomy Of The Anorectum”, *Basis Of Surgery. Surgical Clinics Of North America*, 80(1), 319-343, 2000.
28. Jorge, J. M., Wexner, S, D., “Anatomy And Physiology Of The Rectum And Anus”, *The European Journal Of Surgery Acta Chirurgica*, 163(10), 723-731, 1997.
29. Beck, D, E., Steele, S, R., Wexner, S, D. (Eds.), *Fundamentals Of Anorectal Surgery. Springer*, 2018.
30. Stocchi, L., Nyam, D, C, N, K., Pemberton, J, H., “The Anatomy And Physiology Of The Rectum And Anus Including Applied Anatomy” , *Shackelford's Surgery Of The Alimentary Tract. 5th Ed. Philadelphia: Saunders*, 332-356, 2002.
31. Kaiser, A, M., Ortega, A, E.,” Anorectal Anatomy” *Surgical Clinics*, 82(6), 1125-1138, 2002.
32. Gordon, P, H., “Anorectal Anatomy And Physiology. Gastroenterology Clinics Of North America” , 30(1), 1-13, 2001.
33. Sayek, I. Temel Cerrahi 3 Baskı. Ankara Günes Kitabevi, 157, 1503-1522, 2004.
34. Burkitt, D, P., Dp, B., “Hemorrhoids, Varicose Veins And Deep Vein Thrombosis: Epidemiologic Features And Suggested Causative Factors”, 1975.
35. Hyams, L., Philpot, J, “An Epidemiological Investigation Of Hemorrhoids. American Journal Of Proctology”, 21(3), 177-193, 1970.
36. Lohsiriwat, V., “Hemorrhoids: From Basic Pathophysiology To Clinical Management”, *World Journal Of Gastroenterology: Wjg*, 18(17), 2009.

37. Chong, P, S., Bartolo, D, C., “Hemorrhoids And Fissure In Ano”, *Gastroenterology Clinics Of North America*, 37(3), 627-644, 2008.
38. Everhart, J, E., Ruhl, C, E. “Burden Of Digestive Diseases In The United States Part II: Lower Gastrointestinal Diseases. *Gastroenterology*”, 136(3), 741-754, 2009.
39. Haas, P, A., Haas, G, P., Schmaltz, S., Fox, T, A., “The Prevalence Of Hemorrhoids. *Diseases Of The Colon & Rectum*”, 26(7), 435-439, 1983.
40. Riss, S., Weiser, F, A., Schwameis, K., Riss, T., Mittlböck, M., Steiner, G., & Stift, A., “The Prevalence Of Hemorrhoids In Adults. *International Journal Of Colorectal Disease*”, 27(2), 215-220, 2012.
41. Tournu, G., Abramowitz, L., Couffignal, C., Juguet, F., Sénéjoux, A., Berger, S., Aubert, J, P. Prevalence Of Anal Symptoms In General Practice, *A Prospective Study. BMC Family Practice*, 18(1), 1-7, 2017.
42. Kiuchi, T., Asakura, K., Nakano, M., & Omae, K., “Bidet Toilet Use And Incidence Of Hemorrhoids Or Urogenital Infections: A One-Year Follow-Up Web Survey, *Preventive Medicine Reports*, 6, 121-125, 2017.
43. Johanson, J, F., Sonnenberg, A., “The Prevalence Of Hemorrhoids And Chronic Constipation”, *An Epidemiologic Study. Gastroenterology*, 98(2), 380-386, 1990.
44. Baykan, A., Füzün, M., Zorluoğlu, A.”*Hemoroid Hastalığı Ve Tedavisi. Türk Kolon Ve Rektum Cerrahisi Derneği*”, İstanbul, 2007.
45. Mott, T., Latimer, K., Edwards, C., “Hemorrhoids: Diagnosis And Treatment Options”, *American Family Physician*, 97(3), 172-179, 2018.
46. Kluiber, R, M., Wolff, B, G., “Evaluation Of Anemia Caused By Hemorrhoidal Bleeding”, *Diseases Of The Colon & Rectum*, 37(10), 1006-1007, 1994.
47. Ray-Offor, E., Amadi, S., “Hemorrhoidal Disease: Predilection Sites, Pattern Of Presentation, And Treatment”, *Annals Of African Medicine*, 18(1), 12, 2019.
48. Hollingshead, J. R. F., Phillips, R. K. S., “Haemorrhoids: Modern Diagnosis And Treatment”, *Postgraduate Medical Journal*, 92(1083), 4-8, 2016.
49. Jeffery L.”*Barnet. Anorectal Disease In: Tadataka Yamada Textbook Of Gastroenterology*” Third Edition Vol. I: 2083-208”, 1999.

50. Ezberci, F. ve Yüzbaşıoğlu, F., “Hemoroidal Hastalıkta Tedavi Yöntemleri”, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 182-192, 2008.
51. Yoldaş, T. ve Özütemiz, Ö., “Hemoroidal Hastalık Ve Anal Fissür”, *Güncel Gastroenteroloji*, 20(1), 39-47, 2016.
52. Köksal, M. H., Yıldırım, S. Toydemir, T. Celayir, F. Öner, M. ve Baykan, A., “Kanamalı Hemoroid Hastalarında Kalsiyum Dobesilat, Diosmin-Hesperidin Ve Oturma Banyosunun Akut Şikayetler Üzerine Erken Dönem Etkinliği”, *Kolon Rektum Hastalığı Dergisi*, 18(2), 71-78, 2008.
53. Ekçi, B., Tanrıöver, Ö., İzbirak, G., Gökçe, Ö., “Birinci Basamakta Hemoroid Hastalığına Pratik Yaklaşım” ., *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2), 87-92, 2009.
54. Geçim, İ.E., “Hemoroidal Hastalık”, *Kolon Ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 21(4), 145-159, 2011.
55. Tejerina, T., Ruiz, E., “Calcium Dobesilate: Pharmacology And Future Approaches”, *General Pharmacology: The Vascular System*, 31(3), 357-360, 1998.
56. Sevil, Ü., Ertem, G., “Perinatoloji Ve Bakım”, *Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul*, 2016.
57. Kızılkaya Beji N., “Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları”, *Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul*, 342-343, 2016
58. Tel, E., Sabuncuoğlu, S., “Gebelikte Tiroid Fonksiyon Bozukluğunda Kullanılan İlaçlar Ve Toksisiteleri” *Fabad Journal Of Pharmaceutical Sciences*, 42(3), 239-248, 2017.
59. Gümüşsoy, M., Gümüşsoy, S., Çukurova, İ.,” Gebelik Döneminde Sık Karşılaşılan Rinolojik Sorunlar: Tanı Ve Tedavide Uygun Yaklaşımlar”, *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 27(1), 13-19, 201
60. Derya, Y. A., Özşahin, Z., Tuba, U. Ç. A. R., Erdemoğlu, Ç., Ünver, H. “Gebelikteki Yakınlmaların Yaşam Kalitesine Etkisi İle Psikososyal Sağlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 12(3), 171-177, 2018.
61. Taşkın L., “Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği”, 15. Baskı. *Akademisyen Kitabevi, Ankara*, 269-270, 2019.

62. Dal, G., Sevil, Ü., “Gebe Kadınların Ve Eşlerinin Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmaların İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2002.*
63. Özkan, A., Arslan, H. “Gebeliğe Karar Verme, Fizyolojik Yakınmaları Algılama Ve Eğitim Gereksinimleri”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4), 155-161, 2007.
64. Yılmaz, S. D., Beji, N. K., “Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon Ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler”,*Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 2010.
65. Karaçam, Z., Özçelik, G., “Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri” *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 1-18.
66. Beksac, K., Aydın, E., Uzelpasacı, E., Akbayrak, T., Ozyuncu, O., “ Hemorrhoids and related complications in primigravid pregnancy”. *Journal Of Coloproctology (Rio De Janeiro)*, 38, 179-182, 2018.
67. Dykes, S., Bordeianou, L., “Hemorrhoids and incontinence. Advances in reconstructive vaginal surgery”, *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*, 320-3, 2007.
68. Hancock, R. L., Koren, G., Einarson, A., Ungar, W. J. , “The Effectiveness Of Teratology Information Services”, *Reproductive Toxicology*, 23(2), 125-132, 2007.
69. Garg, A., Garg, S., Zaneveld, L. J. D., Singla, A. K., “Chemistry And Pharmacology Of The Citrus Bioflavonoid Hesperidin.”, *Phytotherapy Research*, 15(8), 655-669, 2001.
70. Öztürk, M. H., “Primer konstipasyonlu hastalarda konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kalitesi üzerine Etkisi” Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doctoral Dissertation, Yüksek Lisans Tezi, , Gaziantep, 134, 2015.
71. Panahi, Y., Mousavi-Nayeeni, S. M., Sahebkar, A., Rahimnia, A., Beiraghdar, F., Sol-Tanbakhsh, M., Imani, S., “Myrtus Communis Essential Oil For The Treatment Of Hemorrhoids”, *A Randomized Double-Blind Double-Dummy Parallel-Group Comparative Study. Turkish Journal Of Pharmaceutical Sciences*, 11(1), 1-8, 2014.

72. İnce, M., Özdemir, Y., Küçükerdönmez, Ö., Akın, M. L. “Gençlerde hemoroidal hastalık: etiyolojik risk faktörleri”, *Anatolian journal of clinical investigation*, 6(2),2012.
73. Türkmen,S., “Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları Ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”, *Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*,2014
74. Ricci S.S., “Essentials of Maternity, Newborn And Women’s Health Nursing”, *Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins*, 2007.
75. Taşkın L., “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği”, *Sistem Ofset Matbaacılık, İstanbul*, s. 251-274, 8,2007.
76. Gökşin E, Sakıncı M., “Normal Gebelik ve Prenatal Bakım”, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Öncü Basımevi, Ankara*, s.177-188, 2008.
77. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal, “A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”, *Güneş Kitabevi*. 2006.
78. Mete S., “Doğum öncesi bakım. İçinde: Şirin A, Kavlak O, eds. Kadın Sağlığı. 1. Baskı” *İstanbul: Bedray Yayıncılık*; s. 489-500, 2008.
79. Baykal Z., “Bel ağrısı olan gebelerde progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı algısına ve yaşam kalitesi üzerine etkisi”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir*, 2008.
80. Kılıçarslan S., “Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyo-demografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri”, *Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne*, 2008.
81. Yılmaz A., “Eşler arasındaki uyum: Kurumsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar”, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 1(4): 49-58, 2001.
82. Okanlı, A., Tortumoğlu G., Kırpınar İ., “Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 98-105, 2003.
83. Oskay, Ü,Y., “Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı”, *Perinatoloji Dergisi*, 12(1); 11-16, 2004.
84. Yücel, O, B., “Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları sorunların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*,4,2017.

85. Sunal, N.,Demiryay, A., “Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 99-110.2009.
86. Nazik, E. “Gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları baş etme yöntemleri”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi* ,Erzurum, 2005
87. Karahan, A., Sultan, K. A. V., Abbasoğlu, A., Doğan, N., Aylin, T. E. P. E., “Günübirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(3), 38-48, 2010.
88. Soykan, Ğ., “Gebelik ve gastrointestinal sorunlar”, *5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, Antalya, s 26, 26-30 Eylül 2003.
89. Karaahmet, A. Y.,Yazıcı,S., “Epizyotomide Güncel Durumlar” *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 57-63.
90. Kartal, B., Kızıllırmak, A., Calpbinici, P.,Demir, G., “Retrospective analysis of episiotomy prevalence”, *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 18(4), 190.
91. Bal, M., Dereli Yılmaz, S., “Ebelere Yönelik Kapsamı Doğum”, *Akademisyen Kitabevi*, s; 284-289,Ankara,2017.
92. Karaçam Z., “Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi”, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 1:38- 46. 2008.
93. Elmas,G. “Epizyotomi Uygulanan Lohusalarda Perineal Sıcak Ve Soğuk Uygulamanın Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi” ,Yüksek Lisans Tezi ,Gaziantep, 2019.
94. Ismail, K.M.K., Kettle, C., Macdonald, S.E., Tohill S., Thomas P.W., Bick D., “Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial”, *BMC Medicine* , 11:209.2013.
95. Chayachinda, C., Titapant, V., and Ungkanungdecha, A., “Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy” *J Sex Med*,12:1275–1282.2015.
96. Gün, İ., Doğan, B., Özdamar, Ö., “Long- and short-term complications of episiotomy”, *Turk J Obstet Gynecol*,13:144-8.2016.

97. Shmueli, A., Benziv, R.G., Hirsch, L., Ashwal ,E., Aviram, R., Yogev Y., Aviram, A., “Episiotomy – risk factors and outcomes”, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30:3, 251-256.2017.
98. Doğan, B., “Medio-lateral Epizyotominin Cinsel Disfonksiyon, Pelvik Disfonksiyon ve Ağrı Üzerinde Etkisi Olup Olmadığının Araştırılması”, *Gülhane Asker Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul*, 2015.
99. Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian A., Sadat Z., Mesdaghinia, E. , “Perineal trauma: incidence and its risk factors”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39:2, 206-211.2019.
100. Karaoğlan,H,D., “Türkiye’de Eğitim Ve Sağlık Gradyantı Üzerine Makaleler”, *A Thesis Submitted To The Graduate School Of Social Sciences Of Middle East Technical University,Doktora Tezi,6,2015*.
101. Akbulut, Y., “Sağlık okuryazar sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı değerlendirmesi”, İçinde: F. Yıldırım & A. Keser (Ed.), *Sağlık Okuryazarlığı* , 113 , 132.2015.
102. Yener, A. C., Demirel, A. H., “Hemoroidal hastalıkta başvuru gecikmesine neden olan faktörlerin irdelenmesi”,*Kocatepe Tıp Dergisi*, 16(3), 172-177.2015.
103. Prajapati,G,R.,, “Assessment of Risk Factor Associated with Hemorrhoids: A Prospective Study”, *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*,7, 569-573, 2017.
104. Arabacıoğlu, C., “Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, *İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul* 2012.
105. Aydın,E., “Primigravid Gebelerde Hemoroidal Hastalıkların Sıklık Ve Sonuçları”, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yan Dal Uzmanlık Tezi, Ankara*,35-36,2017.
106. Meral,U,M.,Güler,E,A.,Murat,U,M.,Pehlivan,H.,Biri,A,A.,Aktürk,E., “Gebelik ve Hemoroidal Hastalık: Güncel Yaklaşımlar”, *Koru Proceedings*”,5(1),41,2015.
107. Asakura, K., Nakano, M., Omae, K. “Relationship between bidet toilet use and haemorrhoids and urogenital infections: a 3-year follow-up web survey” *Epidemiology & Infection*, 146(6), 763-770.2018.

108. Wronski, K., “Tromboze dış hemoroid etiyojisi”, *Postepy Hig Med Dosw (Çevrimiçi)* , 66 , 41-44.2012.
109. Lee, J. H., Kim, H. E., Kang, J. H., Shin, J. Y., & Song, Y. M., “Factors associated with hemorrhoids in korean adults: korean national health and nutrition examination survey. Korean journal of family medicine”, 35(5), 227.2014.
110. Johnson, P., Mount, K. ve Graziano, S., “Gebelikte fonksiyonel barsak bozuklukları: yaşam kalitesine etkisi, değerlendirilmesi ve yönetimi”, *Açta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* , 93 (9), 874-879.2014.



EKLER

EK-1. Veri toplama formu

EK-2. Hemoroid Belirleme Formu

EK-3. Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-4. Etik Kurul Kararı

EK 5. Kayseri Şehir Hastanesi Kurum İzni

EK-6. Bilimsel Araştırma Başvurusu İzin Formu

EK-7. Post Hoc G. Power Analiz Raporu.



EK-1. Anket Formu

Araştırmacı Adı-soyadı: Esra CURA POLAT

Değerli katılımcı, bu araştırma Gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde, anket üzerinde kimliğinizle ilgili bilgi belirtmeniz gerekmemektedir. Ayrıca yapılacak bu araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında kullanılmayacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica eder, çalışmaya katıldığımız için teşekkr ederiz.

Tarih:

Katılımcı No:

1) Yaşınız nedir?.....

2) ğrenim durumunuz nedir?

1) Okuryazar 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Lise 5) niversite ve st

3) Aile tipiniz nedir?

1) ekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile 4) Diğer

4) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

1) Evet 2) Hayır

5) Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Cevabınız Hayır ise 7. Soruya geçiniz)

1) Evet 2) Hayır

6) Ne iş yapıyorsunuz?

1)İşçi 2) Memur 3)Serbest meslek 5)Diğer (açıklayınız.....)

7) Aylık gelir durumunuz?

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

8) Kaçıncı gebelik haftasında sınız?

9) Bu gebeliğiniz ilk gebeliğiniz mi?

1)Evet (16 soruya geçiniz) 2)Hayır

10) şuanki gebeliğiniz dahil olmak üzere kaç kez gebe kaldınız?

1) 1 2)2 3) 3 4) 4 ve Üzeri

11) Kaç kez doğum yaptınız?

1) hiç 2)1 3) 2 4)3 5) 4ve Üzeri

12) Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

1) hiç 2)1 3) 2 4)3 5) 4ve Üzeri

13) Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez?

1)Evet.....kez 2)Hayır

14) Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız evet ise kaç kez?

1)Evet.....kez 2)Hayır

15) Önceki gebeliklerinizde çoğul gebelik var mıydı?

1)Evet 2)Hayır

16) Şu anki gebeliğiniz çoğul gebelik mi?

1)Evet 2)Hayır

17) Bebeğinizin kilosu gebelik haftasına uygun mu?

1)Haftasına göre ileride 2) Haftasına göre geride 3)Tam haftasında

18) Önceki gebeliğinizdeki doğum şekliniz nedir? (Hiç doğum yapmamış olanlar cevaplamayacak)

1)Normal Doğum 2)Sezeryan Doğum

19) Önceki doğumunuz normal doğum ise dikişleriniz var mıydı? (Hiç doğum yapmamış olanlar cevaplamayacak)

1)Evet 2) Hayır

20) Önceki gebeliğinizde doktor tarafından çocuğunuzun suyunun fazla olduğu söylendi mi? (İlk kez gebe kalmamış olanlar cevaplamayacak)

1)Evet 2) Hayır

21) Önceki doğumlarınızda bebeğinizin doğum kilosu 4 kilo ve üzerinde oldumu? (Hiç doğum yapmamış olanlar cevaplamayacak)

1)Evet 2) Hayır

22) Bir önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar? (İlk kez gebe kalmamış olanlar cevaplamayacak)

1)24 ay ve daha az 2)25 ay ve üzeri

23) Gebeliğiniz süresince ağırlık kaldırıyormusunuz?

1)Evet 2)Hayır

24) Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum
- 2) gebelikte arttırdım
- 3) gebelikte azalttım
- 4) gebe kaldığımı öğrendiğimde bıraktım
- 5) Hiç kullanmadım

25) Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum
- 2) gebelikte arttırdım
- 3) gebelikte azalttım
- 4) gebe kaldığımı öğrendiğimde bıraktım
- 5) Hiç kullanmadım

26) Gününüzü daha çok ne şekilde geçiriyorsunuz?

- 1) Oturarak
- 2) Ayakta

27) Egzersiz yapıyor musunuz? (Cevabınız Hayır ise 29. Soruya geçiniz.)

- 1) Evet
- 2) Hayır

28) Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz açıklayınız?

- 1) Her zaman
- 2) Çoğuzaman
- 3) Oldukça
- 4) Bazen
- 5) Nadiren
- 6) Hiçbir zaman

29) Bir günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?

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

30) Hangi tür gıdalar tüketiyorsunuz?

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

31) Bir günde ne kadar su/sıvı tüketiyorsunuz?bardak/litre

Günde ne kadar çay tüketiyorsunuz? Çay bardağı

Günde ne kadar kahve tüketiyorsunuz? kupa

32) Hangi tür wc (tuvalet) kullanıyorsunuz?

- 1) Klozet
- 2) Alaturka

33) Bağırsak alışkanlığınız nasıl değerlendirirsiniz ?

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

34) Büyük tuvaletinizi yaparken zorlanıyor musunuz (ıkmıyor musunuz)?

- 1) Evet 2) Hayır

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

36) Çok sık kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

37) Ne sıklıkla konstipasyon (kabızlık) sorunu yaşıyorsunuz?

- 1)Herzaman
- 2)Çoğuzaman
- 3)Oldukça
- 4)Bazen
- 5)Nadiren
- 6)Hiçbirzaman

38) Kolit,enterit ,... gibi herhangi bir bağırsak hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EK-2. Hemoroidi Belirleme Formu

1) Gebelik öncesi doktor tarafında hemoroid tanısı aldınız mı?

a)Evet b)Hayır (cevabınız hayır ise 4. Soruya geçiniz)

2) Şuanki gebeliğiniz esnasında doktor tarafından hemoroid tanısı aldınız mı?

a)Evet b)Hayır (cevabınız hayır ise 4. Soruya geçiniz)

3) Hemoroid tanısı konulduğunda kaç haftalık gebeydiniz?.....

4)Büyük abdestinizi yaparken açık kırmızı renkli kanamanız oluyor mu?

a)Evet b)Hayır

5) Büyük abdestinizi yaparken ağrı hissi yaşıyormu sunuz?

a)Evet b)Hayır

6) Büyük abdestinizi yaparken makat bölgesinde ele gelen meme tarzında şişlik var mı?

a)Evet b)Hayır

7) Makat bölgenizde kaşıntı hissi var mı?

a)Evet b)Hayır

EK-3. SF-36 YAŞAM KALİTESİ FORMU

Yönerge: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği gibi cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Mükemmel (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5)

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınıza şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Geçen seneden çok daha iyi (1)

Geçen seneden biraz daha iyi (2)

Geçen sene ile aynı (3)

Geçen seneden biraz daha kötü (4)

Geçen seneden çok daha kötü (5)

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınıza bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
Merdivenle pek çok katı çıkmak	1	2	3
Merdivenle tek katı çıkmak	1	2	3
Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
1-2 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3

Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son bir ay içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	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?		

5. Son bir ay içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

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

6. Son bir ay içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç (1) Çok az (2) Orta (3) Çok (4) İleri derecede (5) Çok şiddetli (6)

7. Son bir ay içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç (1) Çok az (2) Orta (3) Çok (4) İleri derecede (5) Çok şiddetli (6)

8. Son bir ay içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç (1) Çok az (2) Orta (3) Çok (4) İleri derecede (5) Çok şiddetli (6)

9. Aşağıdaki sorular sizin son bir ay içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar üzgün hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Yıpranmış/tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son bir ay içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

- Her zaman (1)
- Çoğu zaman (2)
- Bazen (3)
- Nadiren (4)
- Hiçbir zaman (5)

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüleşeceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-4. Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Etik Kurul Onayı



EK-5. Kayseri Şehir Hastanesi kurum İzni



EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Gebelikte Hemoroid Görülme Sıklığı, Etki Eden Faktörler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi adlı bir çalışma yapmaktayım. Sizin de bu çalışma programına katılmanızı öneriyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni 15-49 yaş grubunda, gebe olmanızdan dolayıdır. Gebelik sürecinde görülen fizyolojik yakınmalardan biriside hemoroiddir. Kadınların büyük kısmı gebelik döneminde hemoroidden yakınmaktadır. Hemoroid tüm dünyada yaygın olarak görülen, insanların yaşam tarzlarını, aktivitelerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur. Hemoroid ve hemoroidin getirdiği yakınmalar, yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişiye getirdiği sosyal, hijyenik, duygusal ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle kişilerin günlük yaşam aktivitelerini buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir.

Gebeler, hemoroid hastalığının gelişmesi için yüksek riskli bir kategori içerisinde değerlendirilmektedir. Gebelikte hemoroid görülme sıklığı, etki eden faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi sonucunda değerlendirilen rahatsızlık ile ilgili durum saptamasının yapılması gerekmektedir. Böylece bu araştırma sonuçlarının sağlık profesyonellerinin bu konudaki duyarlılıklarının artırılması, bakım ve tedavisine yönelik stratejik müdahalelerin ortaya konulması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Yüksek lisans öğrencisi Esra CURA POLAT sizlere Gebelikte Hemoroid Görülme Sıklığı, Etki Eden Faktörler Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgi formunu, hemoroid belirleme formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurmanızı isteyecektir. Toplanan verilerin gebelikte hemoroid görülme sıklığının ve etki eden faktörlerin belirlenmesinde ve hemoroidi olan gebelerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin bireylere bu konuda yapılacak olan müdahalelerin belirlenmesinde faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya

katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde sizlerin zararınıza herhangi bir durum oluşmayacaktır.

Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Teşekkürler...

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

Yüksek lisans öğrencisi Esra CURA POLAT

Tel: 05454023242

Doç.Dr. AYNUR KIZILIRMAK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği ABD.

Tel: 038421523 80

Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği ABD.

Tel: 03882112812

KATILIMCININ BEYANI

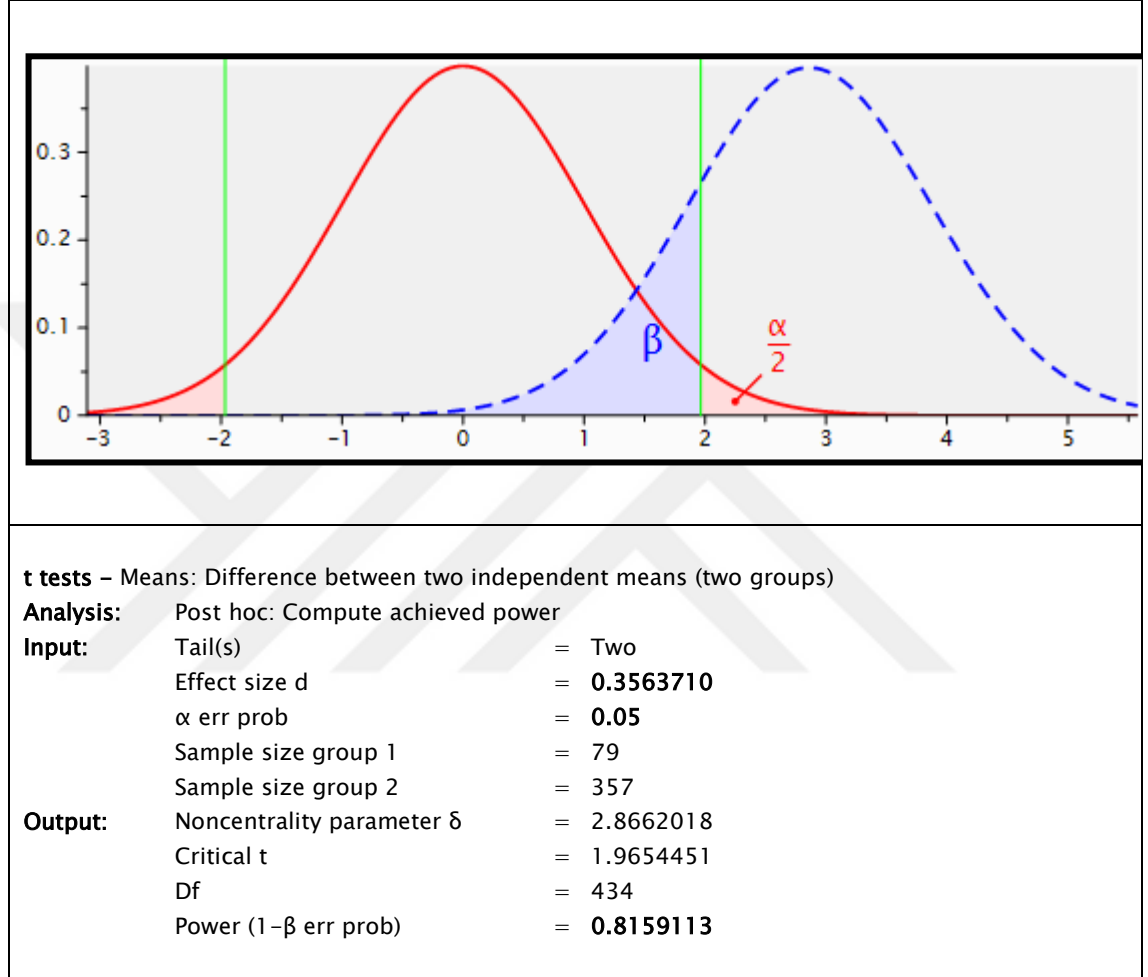
Araştırmanın amacını anladım. Bu kapsamda araştırmaya katılmak, bana yöneltilen ölçek ve formları doldurmayı kabul ediyorum.

Adı-soyadı

Tarih-imza

EK-7. POST HOC G. POWER ANALİZ RAPORU

G. Power-3.1.9.2 Output



Çalışmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplanmıştır. 436 kişiye uygulanan analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü 0.3563 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.81 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir.

REFERANS

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd.