



**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
KONYA ŞEHİR HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**PERİANAL HASTALIKLAR VE TUVALET ALIŞKANLIKLARI İLİŞKİSİ**

**Dr. Burak Mustafa DURNA**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**KONYA/2022**





**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**KONYA ŞEHİR HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**PERİANAL HASTALIKLAR VE TUVALET ALIŞKANLIKLARI İLİŞKİSİ**

**Dr. Burak Mustafa DURNA**

**TEZ DANIŐMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi İsmail HASIRCI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**KONYA/2022**

## TEŞEKKÜR

Tez danışmanım Genel Cerrahi Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi İsmail HASIRCI'ya, tez yazım aşamalarında yol gösteren ve bilgi birikimiyle destek veren Doç. Dr. Sabri ÖZDEN'e, tez yazımında her türlü bilgisini benimle paylaşan ve her aşamada yanımda olan Genel Cerrahi asistanı dostum Dr. M.Eşref ULUTAŞ'a, asistanlık eğitimim boyunca verdikleri katkılar nedeniyle Aile Hekimliği Kliniği Öğretim Üyeleri Sayın Doç. Dr. Selma PEKGÖR ve Başasistan Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ'a teşekkür ederim.

Bilgi, birikim ve tecrübelerini bizlere aktaran, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Ruşen KUTLU'ya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU'na, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na ve Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a teşekkür ederim.

Birlikte dayanışma ve mutluluk içinde çalıştığım değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım hemşireler ve diğer sağlık personellerine, uzmanlık eğitim sürecimde her türlü sıkıntıda yanımda olan, desteğini ve sabrını asla esirgemeyen meslektaşım ve refikam Uzm. Dr. Sema DURNA'ya, oğullarım Erol Ömer ve Fikret Ali'ye, bu günlere gelmemde büyük emeği olan, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim, her zorluğumu ve mutluluğumu paylaştığım canım aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Burak Mustafa DURNA

KONYA/2022

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET .....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. PERİANAL HASTALIKLAR.....	4
2.1.1. Hemoroidal Hastalık.....	4
2.1.2. Anal Fissür.....	7
2.1.3. Perianal Fistül .....	8
2.2. FONKSİYONEL BARSAK HASTALIKLARI .....	9
2.2.1. İrritabl Barsak Sendromu.....	10
2.2.2. Fonksiyonel Kabızlık .....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ .....	17
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ .....	17
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	18
3.2.2. Dahil Edilmeme Kriterleri .....	18
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
4. BULGULAR .....	20
5. TARTIŞMA .....	28
6. SONUÇ .....	34
7. KAYNAKLAR.....	36

ÖZGEÇMİŞ ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

EKLER ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

EK-1 TEZ KONUSU ONAY FORMU ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

EK-2 ETİK KURULU ONAYI..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

EK-3 ANKET..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**



## KISALTMALAR

**BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**FBH:** Fonksiyonel Barsak Hastalıkları

**FK:** Fonksiyonel Kabızlık

**İBS:** İrritabl Barsak Sendromu

**İBS-D:** Diyare Ağırlıklı İBS

**İBS-K:** Kabızlık Ağırlıklı İBS

**İBS-M:** Mikst Tip İBS

**İBS-U:** Sınıflandırılmayan İBS

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	21
Tablo 2. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Değerlendirilmesi.....	22
Tablo 3. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Değerlendirilmesi.....	22
Tablo 4. Katılımcıların İBS ve FK Tanısı Alma Durumları .....	23
Tablo 5. Katılımcıların Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi .....	24
Tablo 6. Katılımcıların Tuvalet Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi .....	25
Tablo 7. Katılımcıların Beck Skoruna Göre Değerlendirilmesi .....	26
Tablo 8. Hasta Olma Durumuna İlişkin Kurulan Lojistik Regresyon Modeli.....	27



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hemoroidler .....	6
Şekil 2. FBH'ını açıklamak için kavramsal çerçeve [18] .....	9
Şekil 3. Bristol Dışkı Formu Skalası [21] .....	11
Şekil 4. İBS Alt Tipleri [21] .....	12



## ÖZET

### PERİANAL HASTALIKLAR VE TUVALET ALIŞKANLIKLARI İLİŞKİSİ

**Amaç:** Bu çalışmada amaç hemoroidal hastalık ve anal fissür temelinde perianal hastalıkların sosyodemografik özellikler, Beden Kitle İndeksi, sigara ve alkol kullanımı, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları ve en önemlisi tuvalet alışkanlıkları ile ilişkisini incelemek; perianal hastalığı olmayanlarla farklarını ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma 1 kasım 2021 – 1 ocak 2022 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi eğitim polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran ve gönüllü olup dahil edilme kriterlerine uyan 140 hasta 140 kontrol olmak üzere 280 kişiye anket sorularının yöneltilmesi ile yapılmıştır. Hasta grubu polikliniğe perianal hastalıklar (hemoroid ve anal fissür) tanısıyla başvuran hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubu ise polikliniğe diğer tanılar (taşlı kese, multinodüler guatr, meme hastalıkları vb) ile başvuran hastalardan oluşmuş olup, özellikle hastaların geçmişinde herhangi bir perianal hastalık olmadığı teyit edilmiştir. Daha önceden perianal bölge ile ilişkili hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca çevresel etkenlerin özellikle de tuvalet alışkanlıklarının daha objektif olarak ortaya konabilmesi için karın içi basınç artışına neden olan veya karın içi basınç artışının sonucunda ortaya çıkan durumlara sahip olan hastalar da çalışma dışında bırakılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %43,5'i kadın %56,5'i erkek idi. Cinsiyet ile hasta olma durumu arasında istatistiksel olarak fark vardı. Fark kadınların daha fazla hasta grubunda olmasından kaynaklanmaktaydı. Katılımcıların %70,7'si 18-55 yaş arasında iken %29,3'ü 56 yaş ve üzerinde idi. 18-55 yaş aralığında olan katılımcıların hasta grubunda olma oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Katılımcıların gelir durumları hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında 3 bin TL ve altında geliri olanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı. Hasta grubunda sigara kullanma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan kabız olduğunu düşünenlerin oranı hasta grubunda kontrol grubundaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. İrritabl Barsak Sendromu ve Fonksiyonel Kabızlık tanısı alma oranları hasta

grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Lifli gıda ile her gün beslenme oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. 2 litre ve üzeri günlük su tüketme oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak tespit edildi. Haftada düzenli olarak yürüyüş yapmama oranı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak saptandı. Hasta grubunda haftada 3'ten az dışkılama oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Kontrol grubunda 5 dk ve daha az sürede tuvalette kalma oranı hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Tuvalet meşguliyeti olmama oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Kontrol grubundaki katılımcıların tuvalete hemen gitme oranları hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Katılımcılardan Beck skoru minimal olanların oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışma sonucunda kadın cinsiyet, 18-55 yaş arasında olma, aylık 3 bin TL altı gelir sahibi olma ve sigara kullanımının hasta grubunda anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Haftada bir veya birkaç kez lifli gıda beslenme ile her gün yürüyüş yapmak kontrol grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur. Haftada üçten az dışkılama hasta grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur. Tuvalete hemen gitme, tuvalet meşguliyeti olmaması ve tuvalette beş dakikadan daha az süre geçirme ile Beck anksiyete skorunun minimal olması durumu ise kontrol grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemoroidal hastalık ve anal fissür sık görülen, kolaylıkla tanı konup takip edilebilecek hastalıklardır. Bu hastalıkların tanısında en önemli basamak inspeksiyonun dahi yeterli olduğu bir fizik muayene ve anamnez ile sıkı hasta-hekim ilişkisidir. Aile hekimlerinin hastalarını biyopsikososyal yaklaşım ile değerlendirerek önerilerde bulunmaları hastaların yaşam kalitelerine belirgin katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** perianal hastalıklar, barsak alışkanlıkları, tuvalet alışkanlıkları

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN PERIANAL DISEASES AND TOILET HABITS

**Aim:** The aim of this study is to examine the relationship of perianal diseases with sociodemographic characteristics, Body Mass Index, smoking and alcohol use, nutrition and exercise habits, and most importantly toilet habits, on the basis of hemorrhoidal disease and anal fissure; To reveal the differences with those who do not have perianal disease.

**Materials and Method:** This study was conducted by asking 280 people, 140 patients and 140 controls, who applied to the Konya City Hospital General Surgery education polyclinic for any reason between November 1, 2021 and January 1, 2022 and were volunteers who met the inclusion criteria. The patient group consists of patients who applied to the outpatient clinic with the diagnosis of perianal diseases (hemorrhoids and anal fissures). The control group consisted of patients who applied to the outpatient clinic with other diagnoses (stony pouch, multinodular goiter, breast diseases, etc.) and it was confirmed that there was no perianal disease in the history of the patients. Patients with previous perianal disease were not included in the study. In addition, patients with conditions that cause increased intra-abdominal pressure or resulting from increased intra-abdominal pressure were also excluded from the study in order to more objectively reveal environmental factors, especially toilet habits.

**Results:** 43.5% of the participants were female and 56.5% were male. There was a statistical difference between gender and being sick. The difference was due to the fact that women were more in the patient group. While 70.7% of the participants were between the ages of 18-55, 29.3% were aged 56 and over. The rate of being in the patient group of the participants between the ages of 18-55 was found to be statistically higher. When the income levels of the participants were compared in the patient and control groups, it was found that those with an income of 3 thousand TL or less were statistically significantly higher in the patient group. The rate of smoking in the patient group was found to be statistically significantly higher than the control group. The rate of those who thought they were constipated among the participants included in the study was statistically significantly higher in the patient group than in the control

group. The rates of diagnosis of Irritable Bowel Syndrome and Functional Constipation were found to be statistically significantly higher in the patient group. The rate of daily feeding with fibrous food was found to be statistically significantly higher in the control group. The daily water consumption rate of 2 liters or more was found to be statistically significantly higher in the control group than in the patient group. The rate of not walking regularly in a week was found to be statistically significantly higher in the patient group. In the patient group, the rate of defecation less than 3 times a week was found to be statistically significantly higher. The rate of staying in the toilet for 5 minutes or less in the control group was found to be statistically significantly higher than the patient group. The rate of not being busy with the toilet was found to be statistically significantly higher in the control group. The rate of going to the toilet immediately in the control group was found to be statistically significantly higher than the patient group. The rate of participants with a zero (none) back score was found to be statistically significantly higher in the control group than in the patient group.

**Conclusion:** As a result of this study, it was observed that female gender, being between the ages of 18-55, having a monthly income of less than 3 thousand TL and smoking were significantly higher in the patient group. Walking every day with a fiber diet once or a few times a week was significantly higher in the control group. Less than three defecations per week were found to be significantly higher in the patient group. Going to the toilet right away, no toilet preoccupation, spending less than five minutes on the toilet, and a zero Beck anxiety score were found to be significantly higher in the control group. Hemorrhoidal disease and anal fissure are common diseases that can be easily diagnosed and followed up in primary health care services. The most important step in the diagnosis of these diseases is a physical examination and anamnesis, where even inspection is sufficient, and a close patient-physician relationship. Family physicians evaluating their patients with a biopsychosocial approach and making recommendations will significantly contribute to the quality of life of patients.

**Keywords:** perianal diseases, bowel habits, toilet habits

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Perianal hastalıklar arasında hemoroidal hastalık, perianal fistül ve anal fissür en sık görülenlerdir. Hemoroid, anal kanalda olan venöz yapıları içeren yastıkçıkların distale doğru prolabe olması ve venöz distansiyona uğraması sonucu ortaya çıkan hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %39-52 arasında olduğu bildirilmiştir (1). Anal fissür, anal kanalın distalinde lineer yırtık oluşması sonucu ortaya çıkan ağrılı bir durumdur. Bu da toplumda sık karşılaşılan bir patolojidir. Perianal fistül etyolojisinde temel olarak kriptogandüler apse barındırdığından çalışma dışında bırakılmıştır.

Bu hastalıklar bireyler üzerinde ciddi fizyolojik ve psikososyal rahatsızlıklar ortaya çıkartmaktadır (2).

Anal fissür ve hemoroidal hastalık kabızlık, beslenme alışkanlıkları, obezite, gebelik, psikososyal durum, sigara ve alkol kullanımı gibi çevresel etkenlerden daha çok etkilenmektedir (3, 4).

Bu hastalıkların beslenme alışkanlıklarıyla ilişkisi hakkında birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda liften zengin gıdaların alımı, sıvı tüketimi, hazır paketlenmiş gıda tüketiminin kabızlık ve neticesinde perianal hastalık üzerindeki etkileri ortaya konmuştur (5).

Vücut ağırlığının perianal bölge hastalıkları üzerine etkisinin incelendiği çalışmalar da mevcut olup, BKİ'nin hemoroid üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir, BKİ arttıkça hemoroidal hastalık riski artmaktadır (6).

Perianal bölge hastalıkları için kabızlık ciddi bir predispozan faktördür. Kabızlığı ise etkileyen birçok faktör vardır. Brezilya'da yapılmış bir çalışmada kabızlık ile aile gelir düzeyi arasında ters ilişki olduğu bildirilmiştir. Aile gelir düzeyi arttıkça muhtemel değişen beslenme şeklinden dolayı kabızlığın arttığı bildirilmiştir. Bu da kabızlığın tetiklediği perianal hastalıkların riskinin arttığı anlamına gelmektedir (7).

Normal dışkılama sürecinin üç bileşeni olduğu düşünülmektedir: dolma sırasında başlayan spontan fazik rektal kasılma (otonom süreç); genişlemiş bir anorektal açığı ile anal kanalın gevşemesi (çoğunlukla somatik süreç) ve ıkınma (somatik süreç) (8, 9). Bu

süreçlerde en önemli olan ıkınma sürecidir. Burada ortaya çıkan patolojiler perianal bölge hastalıklarına sebebiyet vermektedir.

Bu defekasyon sürecini etkileyen parametrelerden biri de tuvaletteki vücut pozisyonudur. Asya, Afrika ve Doğu ülkelerinde daha çok çömelerek, bunun aksine Batı ülkelerinde ise daha çok oturarak pozisyon alınmaktadır. Sakakibara ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada çömelme ile elde edilen kalça fleksiyonu ne kadar fazla olursa, rektoanal kanalın o kadar düz olacağı ve buna bağlı olarak daha az zorlanma olacağı bildirilmiştir (8). Sikirov tarafından yapılan başka bir çalışmada, oturma pozisyonunda dışkılama postüründe tatmin edici barsak boşalma hissinin, çömelme postürüne kıyasla daha çok efor yani ıkınma gerektirdiği bildirilmiştir (10). Garg'ın yapmış olduğu bir çalışmada ise çömelme pozisyonunun veya oturma pozisyonunda bacakların kaldırılmasının rektoanal açığı düzelttiği ve bunun da dışkılamayı kolaylaştırdığı bildirilmiştir (5).

Giuliani ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada tuvalette harcanan süre ile hemoroid derecesi arasında doğrusal bir ilişki olduğu bildirilmiştir (1). Bazı çalışmalarda tuvalette kitap okumak ya da telefonla ilgilenmek gibi nedenlerle tuvalette geçirilen sürenin artmasının neticesinde perianal hastalıkların tetiklendiği literatürde belirtilmiştir (1, 11). Ülkemizde Kaygısız ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu bir anket çalışmasında akıllı telefon kullanımının en yaygın tuvalet alışkanlığı olduğu ve bunun da tuvalette geçirilen süreyi artırdığı gösterilmiştir (12).

Bu hastalıkların etyolojisinde yatan diğer önemli faktör beslenme alışkanlıklarıdır. Yapılan bir çalışmada hemoroid hastalarının %60'dan fazlasının karma diyetle, %40'ının vejeteryan olarak beslendiği gösterilmiştir. Bu da hayvansal gıda ağırlıklı beslenmenin bu hastalıklar açısından kolaylaştırıcı bir etken olduğu görüşünü ortaya çıkartmıştır (3).

Her hastalığın altında yatan bir psikososyal durum olduğu bilinir ancak perianal hastalıklarda bağırsak alışkanlıklarının bundan daha çok etkilendiği açıktır. Nitekim yapılmış olan çalışmalar da bunu desteklemiştir (3). Sit ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada anal fissürlü kişilerde D tipi kişilik sahibi olanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (4). Şişik ve arkadaşlarının yapmış olduğu

başka bir çalışmada ise anal fissürlü hastalarda yüksek anksiyete riskinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu gösterilmiştir (13).

İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS) ve Fonksiyonel Kabızlık (FK) ile perianal bölge hastalığı birlikteliği üzerine yapılmış çalışmalarda İBS, FK ve hemoroid birlikteliğinin anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (14, 15). Bu hastalıkların tanısı için geliştirilmiş en güncel kriterler Rome IV kriterleridir.

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada amaç Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuranlarda perianal hastalığı olanların, perianal hastalığı olmayanlarla tuvalet alışkanlıkları özelinde; sosyodemografik özellikleri, BKİ'leri, sigara ve alkol kullanımı, kabızlık ile İBS ve FK tanısı alma durumları, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları ve tuvalet alışkanlıklarını karşılaştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. PERİANAL HASTALIKLAR

#### 2.1.1. Hemoroidal Hastalık

Hemoroidler, ana kanalda bulunan venülleri, arteriyolleri ve düz kas fiberlerini içeren submukozal doku yastıklarıdır (16). Sağ anterior, sağ posterior ve sol lateral konumlarında toplamda 3 hemoroid yastığı bulunmaktadır. Hemoroidlerin kontinans mekanizmasının bir parçası olarak işlev gördüğü ve dinlenimde anal kanalın tamamen kapanmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla hemoroidler anorektal anatominin doğal bir parçasıdır ve yalnızca semptomatik hale geldiğinde tedavi endikasyonu doğar.

Aşırı gerilme, abdominal basınç artışı ve sert dışkı hemoroidal pleksusun venöz konjesyonuna ve hemoroidal doku prolapsusuna sebep olmaktadır. Kanama, tromboz ve semptomatik prolapsus ile sonuçlanabilmektedir.

Hemoroidler eksternal ve internal olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Ayırım fizik muayene dayanır. İnternal hemoroidler ise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü olmak üzere dört sınıfa ayrılır. Ayrıca internal ve eksternal hemoroidler kombine olarak da görülebilirler.

Eksternal hemoroidler; dentat çizginin distalinde yer alırlar ve anoderm ile kaplanmışlardır. Anoderm zengin innervasyona sahip olduğundan eksternal hemoroid trombozu oldukça ağrılıdır. Tromboze eksternal hemoroidin rezidüsü olarak devam eden anal sınırdaki fazlalık fibrotik deridir ve bu bir deri torbacığıdır. Bu deri torbacıkları sıklıkla semptomatik hemoroidlerle karıştırılmaktadır. Bu deri torbacıklarının büyük olmaları, mukus ile fekal sızıntı, kaşıntı ve hijyenik zorluğa yol açabilmektedir.

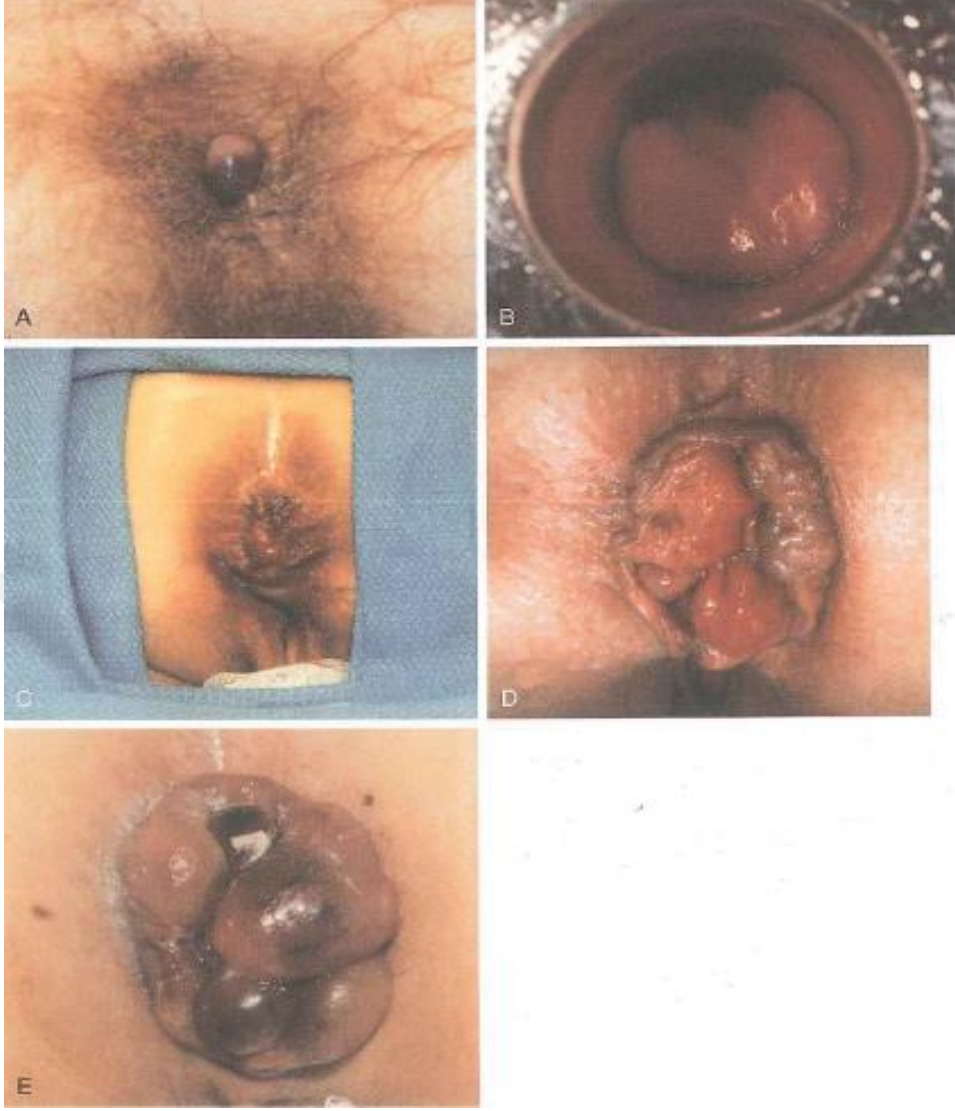
İnternal hemoroidler; dentat çizginin proksimalinde yer alırlar ve hissiz anorektal mukoza ile kaplıdırlar. İnternal hemoroidler prolabe olabilir veya kanayabilirler ve fakat tromboz veya nekroz gelişmedikçe ağrılı bir hal almazlar. Parlak kırmızı ve ağrısız kanama veya prolapsus ile karakterizedirler. Damlama veya fişkırtma tarzında kanama olabilir ve fakat anemi ile sonuçlanacak kadar gizli kan kaybı nadirdir. İnternal

hemoroidler prolaps boyutuna göre derecelendirilirler. Birinci derece hemoroidler; ıkınmayla anal kanala ıkıntı yapabilir ve dentat ızginin ötesine prolabe olabilirler. İkinci derece hemoroidler; anüse prolabe olmakta fakat kendiliğinden prolabe olmaktadır. Üçüncü derece hemoroidler; anal kanaldan prolabe olmakta ve ancak manuel müdahale ile toparlanmaktadır. Dördüncü derece hemoroidler; prolabe olurlar fakat toparlanamazlar ve strangülasyon riski oluştururlar.

Kombine internal ve eksternal hemoroidler; dentat ızgiyi üzerine oturarak kaplarlar. Hem internal hem eksternal hemoroid özelliklerine sahiptirler.

Postpartum hemoroidler; doğum eylemi esnasındaki gerilmeden kaynaklanmaktadır. Ödem, tromboz ve/veya strangülasyon ile sonuçlanmaktadır.

Klinik değerlendirmenin en önemli aşaması fizik muayenedir. Fizik muayene anüsün inspeksiyonu, dijital rektal muayene ve anoskopiyi içermelidir. İkınma esnasında muayene prolapsusun belirgin şekilde görünmesini sağlayabilir. Parmakla muayene anal kanal tonusunu anlama ve diğer palpabl lezyonların özellikle aşağı rektal veya anal kanal neoplazmalarının ayırt edilmesinde önemlidir. Ayırıcı tanı ve doğru teşhiste anoskopi genellikle yeterlidir fakat hemoroidal hastalığın boyutu semptomlar ile uyumsuzsa, hasta kolonoskopi takibinde veya aile hikayesi gibi kolon kanseri risk faktörü varsa proksimal barsağın tam endoskopik değerlendirilmesi özellikle neoplaziyi dışlamak için her zaman düşünülmelidir (17).



**Şekil 1.** Hemoroidler

A. Eksternal Tromboz B. İnternal, anoskopa görülebilen birinci derece internal hemoroid C. İnternal prolabe ve kendiliğinden redükte olmuş, ikinci derece D. İnternal prolabe, manuel redüksiyon gerektiren, üçüncü derece. E. Redükt edilemeyen, strangüle, dördüncü derece (Mayo Foundation for Medical Education and Research, Rochester, Minn.)

Medikal tedavide lif eklenmesi ve sıvı alımını arttıran diyet değişiklikleri prolapsus ve kanama semptomlarını iyileştirebilir. Diyet değişiklikleri; dışkı hacminin artırılması, bağırsak alışkanlıklarının iyileştirilmesi ve aşırı ıkmından kaçınılması için şekilli ve yumuşak dışkıya izin verir. Sadece lif eklenmesi ile bile kanama semptomları haftalar içinde gerileyebilir.

Poliklinik şartlarında yapılabilen cerrahi dışı müdahaleler; bant ligasyonu, infrared fotokoagülasyon, skleroterapi ve tromboze eksternal hemoroid eksizyonudur.

Cerrahi tedavide ise temel olarak farklı tekniklerle hemoroidektomi yapılmaktadır. Bu tekniklerden bazıları; kapalı submukozal, açık, whitehead, stapler hemoroidektomisidir. Ayrıca doppler destekli hemoroidal arter ligasyonu da yapılabilmektedir. Cerrahi ve cerrahi dışı müdahalelere endikasyon, kontrendikasyon ve komplikasyonlarına ayrıntılı olarak değinilmeyecektir.

### **2.1.2. Anal Fissür**

Anal fissür, dentat çizginin distalinde genellikle orta hatta oluşan yırtılmalardır. Yerleşimi değişebilir, sıklıkla posterior orta hattadır, anterior yerleşimli olanlar ise lateraldekilere göre daha siktir (17). Lateral yerleşimli olanlar crohn hastalığı, tüberküloz, sifiliz, HIV/AIDS veya karsinom gibi hastalıkları akla getirmelidir.

Anal fissürün karakteristik semptomları defekasyonla yırtılma ağrısı (cam kesiği gibi) ve hematokezyadır. Hematokezya tuvalet kağıdındaki kanla tarif edilmektedir. Ayrıca hastalar barsak hareketlerinden sonra saatlerce süren şiddetli ve ağrılı anal spazm hissinden şikayet etmektedirler. Fizik muayenede tipik olarak kalçanın hafifçe aralanması ile anal girimin inspeksiyonunda görülürler. Hastalar çoğunlukla dijital rektal muayene, anoskopi veya proktoskopi konusunda aşırı hassasiyet göstermektedir.

Akut fissür; distal anodermin süperfisiyal olarak yırtılmasıdır ve hemen hemen her zaman medikal tedavi ile iyileşebilmektedir. Kronik fissür ise ülserasyon ve internal anal sfinkterin beyaz liflerinden oluşan, ülser tabanında görülebilen bir hat oluşturmaktadır. Çoğu zaman eşlik eden eksternal deri torbacığı ve/veya hipertrofiye olmuş internal anal papilla bulunmaktadır (16).

Anal fissür etyolojisi yüksek ihtimalle multifaktöriyeldir. Geniş ve sert dışkı pasajı, düşük lifli diyet, geçirilmiş anal cerrahi, uzun süreli diyareden kaynaklanan travma ve enfeksiyon yardımcı faktörler olabilir. Sebep olarak ise artmış anal kanal dinlenim basıncı ve posterior orta hatta azalmış kan akımı ortaya atılmıştır.

Tedavi; ana fissür gelişiminden sorumlu olan ağrı, spazm ve iskemi döngüsünü kırmaya odaklanmaktadır. Anal travmayı minimize etmek için dışkı yumuşatıcıları ve ılık

oturma banyosu öncelikle tercih edilmektedir. Medikal tedaviler ise sıklıkla anal inkontinansa yol açmadan anal sfinkterin gevşetilmesi, yumuşak ve şekilli dışkı pasajının sağlanması ve ağrının rahatlatılmasına yöneliktir. Jelöz lidokain ve başka analjezik kremler ilave semptomatik rahatlama sağlayabilir. Nitrogliserin pomadı lokal kan akışını arttırır fakat şiddetli baş ağrılarına yol açmaktadır. Bundan başka oral ve topikal kalsiyum kanal blokörleri, arjinin, topikal bethanekol ve internal anal sfinktere botulinum toksin enjeksiyonu tedavide kullanılabilir.

Akut fissürler için çoğunlukla medikal tedavi etkiliyken, kronik fissürlerin ancak yarısı medikal tedaviden fayda görmektedir.

Cerrahi tedavi, medikal tedaviye yanıtız kronik fissürler için önerilmektedir. Öncelikle lateral internal sfinkterotomi tercih edilmektedir. Endoanal ilerletme flebi ile yapılacak olan fissürektomi alternatif bir cerrahi yaklaşımdır.

### **2.1.3. Perianal Fistül**

Perianal fistül sepsisin akut fazında veya ilk tedavi sonrası 6 ay içinde hastaların yaklaşık %40 ında gelişebilir. Anorektal absesi olan hastaların %50 sinde abse drenajı tedavi sağlamaktadır. Diğer %50 de ise persistan anal fistül gelişmektedir. Fistül genellikle enfekte kriptten (internal açılış) ve dışa açılış yollarından, genellikle bir önceki drenaj bölgesinden köken almaktadır (16). Fistüllerin büyük bölümünün kökeni kriptoglanduler apse olsa da travma, crohn hastalığı, malignite, radyasyon ve nadir enfeksiyonlar (tüberküloz, aktinomikoz ve klamidya) da fistüle neden olabilmektedir.

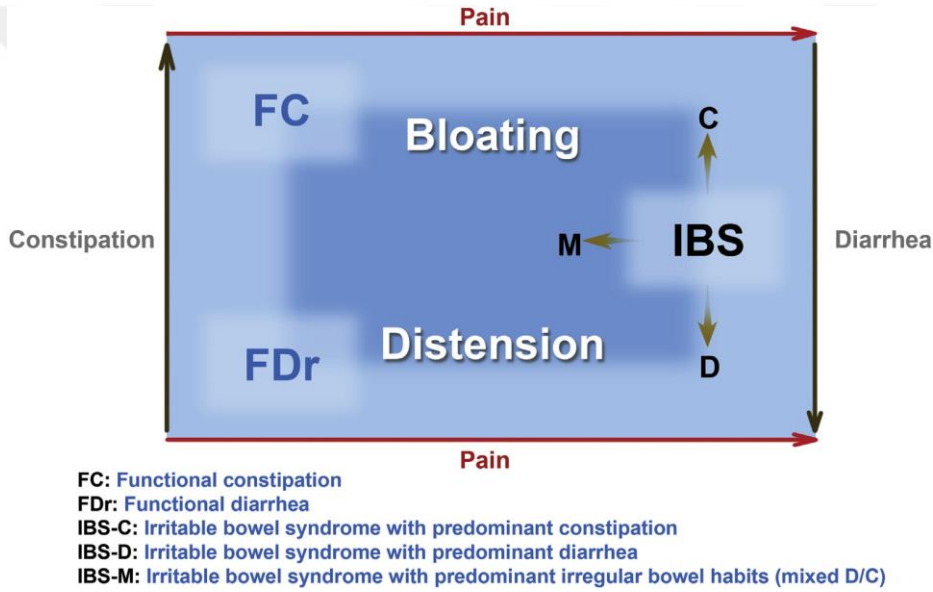
Hastalar internal ve/veya eksternal açıklıktan persistan drenajla hastaneye başvurmaktadır. Sertleşmiş trakt genellikle palpe edilebilir durumdadır. Eksternal açıklık kolaylıkla tespit edilebilirken internal açıklığı tespit etmek daha zordur. İnternal açıklığın lokasyonunu belirlemede Goodsall kuralı kullanılmaktadır.

Anal fistül Parks sınıflamasıyla anal sfinkter ile olan ilişkisine göre sınıflandırılır. En sık intersfinkterik olmak üzere transsfinkterik, suprasfinkterik, ekstrasfinkterik dört gruba ayrılır.

Tedavide hedef kontinansı gözden çıkarmadan sepsisi eradike etmektir. Ardından doğru sınıflandırma yapıp cerrahi uygulanır.

## 2.2. FONKSİYONEL BARSAK HASTALIKLARI

En güncel klavuz olarak kullanılan Rome IV kriterlerine göre Fonksiyonel Barsak Hastalıkları (FBH) 5 farklı sınıfa ayrılmaktadır. Bunlar; İrritabl Barsak Sendromu (İBS), Fonksiyonel Konstipasyon (FK), Fonksiyonel Diyare, Fonksiyonel Abdominal Şişkinlik/Gerginlik ve Sınıflandırılmayan Fonksiyonel Barsak Bozuklularıdır. Perianal hastalıklar ile tuvalet alışkanlıklarının incelendiği bu çalışmada özellikle kabızlık ve tuvalet alışkanlığı ilişkisi kuvvetli olduğu için yalnızca İrritabl Barsak Sendromu ve Fonksiyonel Kabızlık ele alınmıştır.



Şekil 2. FBH'ını açıklamak için kavramsal çerçeve (18)

FBH'ler 5 farklı kategoride sınıflandırılır: İBS, FK, FDr, FAB/FAB ve belirtilmemiş FBD (U-FBD). Genellikle tamamen ayrı ayrı bozukluklar olarak var olduğu düşünülse de, bu bozukluklar arasında önemli örtüşmeler olduğu kabul edilmelidir. Bu bozuklukların ayrı ayrı olmaktan ziyade bir süreklilik içinde var olduğu düşünülmelidir. Bu şekil, karın ağrısı olmayan FK veya FDr'li bir hastanın aksine İBS'li bir hastanın (sağda) karın ağrısı semptomlarına sahip olacağını göstermektedir. Şişkinlik ve distansiyon, herhangi bir FBH'si olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilen yaygın semptomlardır (18).

### 2.2.1. İrritabl Barsak Sendromu

İBS; tekrarlayan karın ağrılarıyla beraber barsak alışkanlığında değişiklik olmasıdır. Tipik olarak diyare, konstipasyon veya değişen diyare ve konstipasyon ile beraber karında şişkinlik ve gerginlik vardır. Semptomların en az 6 ay önce başlamış ve son üç aydır sürekli devam ediyor olması gerekir (19).

Toplam 260.960 katılımcıyı içeren 80 çalışmanın meta-analizinde dünyada İBS prevalansı %11.2 (%95 CI:%9.8-12.8) olarak hesaplanmış, prevalansın kadınlarda erkeklerden ve gençlerde 50 yaşından büyük olanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20).

İBS için tanı kriterleri: En az 6 ay önce başlamış ve son üç ay içinde, haftada en az bir gün tekrarlayan karın ağrısıyla beraber aşağıdaki üç kriterden ikisinin olması İBS tanı kriteri olarak kabul edilir.

1. Defekasyonla ilişkili (hafifleme) olması
2. Defekasyon sıklığının değişmesiyle beraber olması
3. Gaitanın görünümünde değişikliklerle beraber olması

İBS tanısı dört temel noktadan hareketle yapılmalıdır; klinik hikaye, fizik muayene, minimal laboratuvar testi ve eğer klinik olarak endikasyon varsa kolonoskopi ve diğer testler.

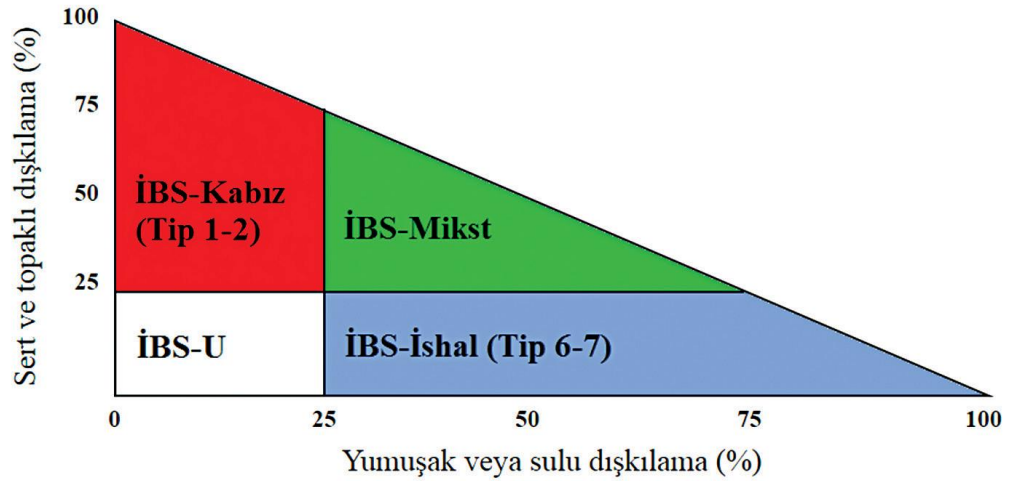
İBS tanısı dikkatli alınan anamnez ile başlar. Karın ağrısı mevcut olmalıdır; karın ağrısının olmaması İBS tanısını ekarte ettirir. Ağrı, karının alt bölgesinde daha yaygın olmasına rağmen, karın boyunca herhangi bir yerde mevcut olabilir. Karın ağrısı epizodları ile zamansal ilişkisi ile birlikte düzensiz bağırsak alışkanlıkları öyküsü (örneğin kabızlık veya ishal veya her ikisi) tanımlanmalıdır (18). Günde üçten fazla veya haftada üçten az defekasyon olması, defekasyon sırasında aşırı ıkınma, gaitayı zor tutma, tam boşalamama hissi ve feçesle beraber aşırı mukus varlığı, karında şişme ve gerginlik hissi İBS'li hastalarda sık görülen semptomlar olmakla beraber spesifik değildir. İBS hastaları, bu semptomların İBS tanı kriterlerine dahil edilecek kadar spesifik olmamasına rağmen, sıklıkla semptomların yemekle indüklendiğini veya şiddetlendiğini bildirir. İBS hastalarında sıklıkla çeşitli diğer gastrointestinal (hazımsızlık) ve gastrointestinal

olmayan semptomlar (migren baş ağrıları, fibromiyalji, interstisyel sistit, dispareni) bulunur; bu eşlik eden semptomların varlığı tanıya daha fazla destek verir fakat spesifik değildir.

Bristol Dışkı Formu Skalası denilen feçesin kıvamına göre yapılmış bir sınıflama ve tuvalete çıkma sıklığı dikkate alınarak İBS; konstipasyon ağırlıklı(İBS-K), diyare ağırlıklı(İBS-D), mikst tip(İBS-M) ve sınıflandırılmayan tip(İBS-U) olarak 4'e ayrılır. Konstipasyon ağırlıklı İBS'lilerde defekasyonların dörtte birinden fazlasında keçi pisliği şeklinde veya sert, katı topaklar şeklinde ve dörtte birinden daha azında sulu, şekilsiz feçes çıkarma hikayesi vardır. Diyare ağırlıklı İBS tipinde ise defekasyonların dörtte birinden azında keçi pisliği veya katı, topak şeklinde, dörtte birinden fazlasında sulu veya şekilsiz gaita çıkarma hikayesi vardır. Miks tip (alterne tip) İBS'de ise defekasyonların dörtte birinden fazlasında keçi pisliği şeklinde veya sert, katı topaklar şeklinde ve dörtte birinden fazlasında sulu veya şekilsiz gaita çıkarma hikayesi vardır. Defekasyon paterni tam olarak yukarıda belirtilen herhangi bir gruba konulmayanlar ise sınıflandırılmamış İBS (unclassified) grubuna girer (19).

Ayrı ayrı sert parçalar		1
Sosis şeklinde sert parçalar		2
Sosis şeklinde, yüzeyde kırıklar mevcut		3
Sosis veya yılan şeklinde, pürüzsüz veya yumuşak		4
Kenarları belirgin iri parçalar		5
Kenarları düzensiz parçacıklar, lapa kıvamında		6
Sulu, sert parça yok		7

Şekil 3. Bristol Dışkı Formu Skalası (21)



Şekil 4. İBS Alt Tipleri (21)

Ailede kolon kanseri hikayesinin olması, anal fissür veya hemoroid olmadan rektal kanama olması, istemsiz kilo kaybı ve anemi alarm semptomları olarak kabul edilir (22). Alarm semptomlarının olmaması, İBS semptomları olan hastalarda organik hastalık olması ihtimalini azaltır (23). Hastalar aldıkları diyet yönünden sorgulanmalıdır. Süt ürünleri, buğday, kafein, meyve, sebze, meyve suları, şekerli alkolsüz içecekler ve sakız çiğnenmesine özel dikkat gösterilmelidir çünkü bunlar İBS semptomlarını taklit edebilir veya şiddetlendirebilir (18). Son olarak, kısa bir psikososyal gözden geçirme yapılmalıdır.

Hastanın fizik muayenesinde tespit edilen asit, organomegali, lenfadenopati varlığı başka tanıları düşündürür. Yine aynı şekilde laboratuarda tespit edilen beyaz küre ve c-reaktif protein yüksekliği de İBS'yi ekarte ettirir. Tarayıcı kolonoskopi 50 yaşından büyük hastalarda, alarm semptomu bulunanlarda, ailesinde kolon kanseri hikayesi olanlarda ve ampirik tedaviye cevap vermeyen inatçı diyare olanlarda yapılmalıdır.

İBS, karmaşık bir patofizyolojisi olan çok faktörlü bir hastalıktır. İBS geliştirme riskini artıran faktörler arasında genetik, çevresel ve psikososyal faktörler bulunur. İBS semptomlarının başlamasını veya alevlenmesini tetikleyen faktörler arasında önceden geçirilmiş gastroenterit, gıda intoleransları, kronik stres, divertikülit ve ameliyatlar yer alır (24).

Özellikle medikal tedavi görmek isteyenlerde psikososyal bozukluklar İBS ile beraber olup, psikososyal faktörler hastalığın seyrini etkiler (25). İBS hastalarında normal

popülasyona göre stress bozuklukları, uyku bozuklukları, duyuşsal bozukluklar ve çevreye karşı aşırı duyarlılık gibi psikiyatrik bozukluklar daha fazladır (26).

Tedavi; mevcut durumun hastaya açıklanması, hastalığın benign seyirli olduğuna dair hastanın güveninin sağlanması ve tanısal testlerin yararları ve güvenilirliği hakkında hastanın eğitilmesiyle başlar (27). Tedavi semptom tipi ve şiddetine göre ayarlanmalıdır. Egzersiz, stres azaltılması ve uyku bozukluğunun giderilmesi gibi yaşam tarzını değiştirecek tedbirler İBS semptomlarını azaltabilir (28). En uygun kullanımında farklılıklar olsa da, diyete fiber eklenmesi tedavinin temelini oluşturur. Son zamanlar da yapılan çalışmalarda sadece çözünebilir fiber (psyllium/ispaghula kabuğu) ilavesinin İBS tedavisinde faydalı olduğu ve çözünemeyen (kepek gibi) fiberlerin faydalı olmadığı ileri sürülmüştür. Başta kepek olmak üzere belirli fiberler karında gerginlik ve gaz çıkarma şikayetlerini arttırabilir (29). Medikal tedavide baskın olan semptomu göre çok çeşitli ajanlar kullanılmaktadır. Diyare baskınsa opioid agonistleri, safra asiti tutan ilaçlar, probiyotikler, antibiyotikler, 5-HT3 antagonistleri kullanılabilir. Konstipasyon baskınsa psyllium, laktuloz, PEG, klorür kanal aktivatörleri, guanilat siklaz c agonistleri kullanılabilir. Karın ağrısı için düz kas antispazmodikleri, nane yağı, trisiklik antidepresanlar, SSRIlar, klorür kanal aktivatörleri, guanilat siklaz c agonistleri, 5-HT3 antagonistleri kullanılabilir. Şişkinlik ve gaz için antispazmotik/antiflatulan, probiyotik ve antibiyotikler kullanılabilir. Medikal tedavi ayrıntılı anlatılmayacaktır.

### **2.2.2. Fonksiyonel Kabızlık**

Defekasyon esnasında aşırı zorlanma, sık olmayan dışkılama ve tam boşalamama hissinin ön planda olduğu fonksiyonel barsak hastalığıdır. Hastalarda karın ağrısı ve/veya karında şişkinlik şikayetleri olmakla beraber, bu semptomlar ön planda olmamalı ve hastadaki semptomlar İBS tanı kriterlerine uymamalıdır. Semptomlar tanı konulmasından en az 6 ay önce başlamış olmalı ve son üç aydır devam etmelidir (19).

FK'nın insidans ve prevalans çalışmaları daha çok tanı kriterlerine uyan veya uymayan kronik konstipasyon üzerinden yapılmıştır. Modifiye Roma II kriterleri kullanılarak yapılan bir toplum bazlı çalışmada 12 yıllık toplam konstipasyon insidansı %17.4 olarak saptanmış, erişkinlerde ortalama konstipasyon prevalansı %14 civarında

bildirilmiştir. Kadın cinsiyet, düşük kalori alınması ve ileri yaş fonksiyonel konstipasyon için risk faktörleridir (30).

Fonksiyonel Konstipasyon için tanı kriterleri:

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli
  - a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
  - b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
  - c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
  - d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması
  - e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)
  - f. Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması
2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçes nadiren olması
3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması

\*Semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam ediyor olması gerekir.

Kronik konstipasyonu olanlarda yapılan ankete göre en sık görülen semptomlar %79 defekasyon sırasında aşırı ıkınma, %71 sert feçes çıkarma, %62 karında rahatsızlık, %57 karında şişkinlik, %57 uzun süreli defekasyona çıkmama ve %54 defekasyon sonrası yeterli boşalmama hissi olmasıdır (31). Vakaların çoğunda konstipasyonun sebebi kolon ve rektumun fonksiyonel bozukluğudur. Kronik konstipasyon üç kategoriye ayrılabilir; normal transitli konstipasyon, yavaş transitli konstipasyon ve defekasyon veya rektal boşalma bozukluklarına bağlı konstipasyon (18).

FK tanısı 5 temel özellik kullanılarak yapılmalıdır: klinik öykü, fizik muayene, minimal laboratuvar testleri, kolonoskopi veya diğer testler (klinik olarak endikeyse ve mevcutsa) ve kabızlık patofizyolojisini değerlendirmek için spesifik testler (klinik olarak endikeyse ve mevcutsa).

Hastanın hikayesi alınırken hastanın kabızlıktan neyi kastettiği anlaşılmalıdır. Hastanın semptomlarının süresi, defekasyon sıklığı ve beraberinde karın ağrısı, karında şişkinlik, karında gerginlik hissi gibi başka şikayetlerin olup olmadığı ve bununla beraber feçesin kıvamı, feçesin miktarı ve defekasyon sırasında aşırı ıkınma olup olmadığı saptanmalıdır (19).

İstemsiz kilo kaybı (3 ayda %10dan fazla), rektal kanama (hemoroid veya anal fissür yokluğunda) ve ailede kolon kanseri (veya ailesel polipozis sendromları) öyküsü gibi alarm semptomlarının varlığı ciddi bir organik hastalık belirtisi olabilir. Yeni başlayan kabızlık yapısal bir hastalığı gösterebilir. Konservatif önlemlere yanıt vermeyen uzun süreli semptomlar bir FBH'yi düşündürür (32).

Fizik muayene, merkezi sinir sistemi bozukluklarını ve spinal lezyonları dışlamalıdır. Batın distansiyon, kolonda katılaşmış gayta ve kitle açısından muayene edilmelidir. Dikkatli bir rektal muayene şarttır. Perine hem istirahatte hem de hasta sanki bağırsak hareketi yapacakmış gibi ıkındıktan sonra gözlenmelidir. Dijital rektal muayene ile fekal tıkaç, anal striktür veya rektal kitleyi tespit edilebilir. Yakın zamanda yapılmadıysa bir tam kan sayımı yapılmalıdır. Klinik olarak endike olduğunda tiroid uyarıcı hormon ve serum kalsiyumu bakılmalıdır. 50 yaşından büyük tüm hastalara ulusal önerilere dayalı olarak bir tarama kolonoskopisi yapılmalıdır. Alarm semptomlarının varlığı veya ailede kolorektal kanser öyküsü olanlarda daha erken kolonoskopi yapılmalıdır.

FK semptomları birçok farklı patofizyolojiye bağlı gelişebilir. Ailesel geçiş gösterdiğini destekleyen çok sayıda çalışma vardır. Pediatrik çalışmalardan elde edilen sınırlı veriler, çocukluktaki yaşam tarzı faktörlerinin (düşük lif alımı, düşük sıvı alımı ve dışkılama çağrısını görmezden gelme) kabızlığın gelişiminde rol oynayabileceği olasılığını artırmaktadır (33). Yüksek lif alımı, düzenli egzersiz kabızlık riskini azaltmaktadır (34). Kabızlık davranışı erken yaşta öğrenilebilir; dışkılamanın kasıtlı olarak bastırılması, dışkı sıklığının ve ağırlığının azalmasına ve geçiş süresinin artmasına neden olur.

Kabızlık ile ilişkili belirli bir psikolojik özellik veya kişilik yoktur ancak kabızlığın bildirilmesi, dışkılama ve bağırsak dismotilitesi kişilik, stres ve erken tuvalet eğitiminden etkilenebilir. Şiddetli kabızlığı ve normal bağırsak geçişi olan hastalar

genellikle artan psikolojik strese sahiptir ve bağırsak alışkanlıkları hakkında yanlış algılara sahiptirler (35).

Tedavide hasta konstipasyon hakkında eğitilmeli, konstipasyonu arttırıcı ilaçlardan kaçınılmalı, yeterli lif içeren diyet alması, her gün düzenli olarak tuvalete çıkması ve alaturka tuvalet kullanması öğretilmelidir. Alarm semptomları olmayan hastalarda ampirik tedavi başlanmalıdır. Uygun süre (4-8 hafta) tedaviden fayda görmeyen hastalarda altta yatan patofizyolojik anormalliği saptamak amacıyla fizyolojik testler yapılarak en uygun tedavi uygulanmalıdır (19). Ampirik tedaviye temel olarak lif takviyesi ile başlanır. Bundan başka psyllium, PEG, klorür kanal aktivatörleri, guanilat siklaz c agonistleri ve prucalopride kullanılabilir. Tedaviye ayrıntılı olarak yer verilmeyecektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMA MODELİ**

Bu araştırma vaka - kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.09.2021 tarihli 2021/29 sayılı toplantıda 29/13 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

1 Kasım 2021 – 1 Ocak 2022 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi eğitim polikliniğine başvurup çalışmanın şartlarını sağlayan ve gönüllü olmayı kabul eden hastalara yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Anket 2 bölümden ve toplam 51 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgileri, boy-kilo ile BKİ, sigara ve alkol alışkanlıkları, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, Rome IV kriterlerine dayanarak İBS ve FK tanısı alma durumları, tuvalet alışkanlıklarına dair soruların bulunduğu 30 soru yöneltilmiştir. İkinci bölümde ise hastaların psikiyatrik alt yapısını irdelemek üzere 21 soruluk Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır. (Bkz. Ek 3)

51 soruluk bu anket genel cerrahi polikliniğine gelen hastalardan dahil edilme kriterlerine uyan 280 hastaya, hastaların anlama ve kavrama durumuna göre bizzat doktor tarafından sorularak uygulanmıştır. Anket öncesinde tüm hastalardan aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ**

Bu çalışma 1 Kasım 2021 – 1 Ocak 2022 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi eğitim polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran ve gönüllü olup dahil edilme kriterlerine uyan 140 hasta 140 kontrol olmak üzere 280 kişiye anket sorularının yöneltilmesi ile yapılmıştır. Hasta grubu polikliniğe perianal hastalıklar (hemoroid ve anal fissür) tanısıyla başvuran hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubu ise polikliniğe diğer tanılar (taşlı kese, multinodüler guatr, meme hastalıkları vb) ile başvuran hastalardan oluşmuş olup, özellikle hastaların geçmişinde hemoroidal hastalık ve anal fissür olmadığı teyit edilmiştir. Daha önceden perianal bölge ile ilişkili hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca çevresel etkenlerin özellikle de tuvalet alışkanlıklarının daha objektif olarak ortaya çıkabilmesi için karın içi basınç artışına

neden olan veya karın içi basınç artışının sonucunda ortaya çıkan durumlara sahip olan hastalar da çalışma dışında bırakılmıştır.

2 ay süresince Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi eğitim polikliniğine başvuran 1200 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hasta grubundan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan hastalar çıkarıldığında 140 hasta kaldı, aynı sayıda kontrol grubu alındı. Toplam 280 hastaya anket uygulandı.

### **3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri**

- 1- Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi polikliniklerine başvurmak
- 2- Başvuran hastalar içerisinde hemoroidal hastalık veya anal fissür tanısı konulanlar
- 3- Kontrol grubu için geçmişinde perianal bölge hastalığı olmamak üzere başka nedenlerle polikliniğe başvurmuş olmak

### **3.2.2. Dahil Edilmeme Kriterleri**

- 1- Karın içi basınç artışına neden olan yahut karın içi basınç artışının neden olduğu durumlar; immobilite, astım, koah, kronik öksürük varlığı, gebelik ve inguinal herni hikayesi.
- 2- Kontrol grubunda olup geçmişinde perianal bölge hastalığı olanlar

## **3.3. VERİLERİN TOPLANMASI**

Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi polikliniklerine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyup çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara soruların katılımcıların sosyoekonomik ve algılama düzeylerine göre bizzat doktor tarafından sorularak yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Yaklaşık 5-7 dakika süren bu anket 2 bölümden ve toplam 51 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgileri, boy-kilo ile BKİ'leri, sigara ve alkol alışkanlıkları, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, Rome IV kriterlerine dayanarak İBS ve FK tanısı alma durumları, tuvalet alışkanlıklarına dair soruların bulunduğu 30 soru yöneltilmiştir. İkinci bölümde ise hastaların psikososyal alt yapısını irdelemek üzere 21 soruluk Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır. (Bkz. Ek 3)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), 1988 yılında Doktor Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Anksiyete şiddetini ölçmek ve

anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Beck Anksiyete Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (36, 37).

BAÖ, her biri 0-3 arası puanlanan 21 maddeden oluşan, "minimal", "hafif derecede", "orta derecede" ve "şiddetli derecede" seçeneklerini içeren likert tipi bir ölçektir. (Likert ölçeği, Rensis Likert tarafından 1932 de geliştirilen, bir uçtan diğerine değişen-örneğin hiç olası değilden son derece olasıya kadar yanıt seçeneklerini kullanarak, tutum ve davranışları değerlendiren ölçek.) BAÖ de puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. BAÖ den elde edilen toplam puana göre anksiyete belirtileri dört düzeyde değerlendirilir:

- 0-7 puan: Minimal düzeyde anksiyete belirtileri,
- 8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete belirtileri,
- 16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete belirtileri,
- 26-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri

### **3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 27.0 paket programı (IBM SPSS, Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla ki-kare ( $\chi^2$ ) testi yapıldı. Çalışmada, katılımcıların yaş, İBS varlığı, fonksiyonel kabızlık varlığı, lifli gıdayla beslenme sıklığı, dışkılama süresi, tuvalet süresi ile bir model oluşturuldu. Hasta olma durumunu incelemek için oluşturulan model, lojistik regresyon analizinde Forward-LR methodu kullanılarak incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  düzeyi anlamlı kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya %50'si (n=140) hasta ve %50'si (n=140) kontrol olan toplam 280 kişi dâhil edildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların hastalık durumuna göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterildi. Cinsiyet ile hasta olma durumu arasında istatistiksel olarak fark vardı ( $p=0,008$ ). Fark kadınların daha fazla hasta grubunda olmasından kaynaklanmaktaydı. 18-55 yaş aralığında olan katılımcıların hasta grubunda olma oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi ( $p<0,001$ ). Katılımcıların gelir durumları hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında 3 bin TL ve altında geliri olanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı ( $p=0,004$ ). Hasta grubunda perianal hastalıklar için riskli gruptaki çiftçi, şöfor, öğrenci ve memur ile diğer mesleklerdeki katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Hasta ve kontrol gruplarının ikamet yerleri ve medeni durumları benzerdi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

	<b>Hasta (n=140)**</b>	<b>Kontron (n=140)**</b>	$\chi^{2***}$	<b>P</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	72 (51,4)*	50 (35,7)	7,031	<b>0,008</b>
Erkek	68 (48,6)	90 (64,3)		
<b>Yaş</b>				
18-55 yıl	114 (81,4)*	84 (60,0)	15,521	<b>&lt;0,001</b>
56 ve üzeri yıl	26 (18,6)	56 (40,0)		
<b>Gelir Durumu</b>				
3000 TL ve altı	88 (62,9)*	64 (45,7)	8,289	<b>0,004</b>
3000 TL'den fazla	52 (37,1)	76 (54,3)		
<b>Meslek</b>				
Riskli meslek	26 (18,6)	34 (24,3)	1,358	0,244
Diğer	114 (81,4)	106 (75,7)		
<b>İkamet yeri</b>				
Kentsel	116 (82,9)	118 (84,3)	0,104	0,747
Kırsal	24 (17,1)	22 (15,7)		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	103 (73,6)	105 (75,0)	0,075	0,784
Bekâr	37 (26,4)	35 (25,0)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıları Beden Kitle İndeksleri benzer olarak tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Değerlendirilmesi**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Beden Kitle İndeksi</b>				
Zayıf-Normal	78 (55,7)	86 (61,4)	0,942	0,332
Fazla kilolu-Obez	62 (44,3)	54 (38,6)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların kötü alışkanlık ve alkol kullanım durumları benzer olarak saptandı ( $p>0,05$ ). Hasta grubunda sigara kullanma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p=0,043$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Değerlendirilmesi**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Sigara ve/veya Alkol</b>				
Var	55 (39,3)	40 (28,6)	3,585	0,058
Yok	85 (60,7)	100 (71,4)		
<b>Sigara kullanımı</b>				
Var	55 (39,3)*	39 (27,9)	4,100	<b>0,043</b>
Yok	85 (60,7)	101 (72,1)		
<b>Alkol kullanımı</b>				
Var	9 (6,4)	6 (4,3)	0,634	0,426
Yok	131 (93,6)	134 (95,7)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan kabız olduğunu düşünenlerin oranı hasta grubunda kontrol grubundaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( $p<0,001$ ). İrritabl Barsak Sendromu ve Fonksiyonel Kabızlık tanısı alma oranları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların İBS ve FK Tanısı Alma Durumları**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Kabız olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>				
Evet	110 (78,6)*	19 (13,6)	120,825	<0,001
Hayır	21 (15,0)	101 (72,1)		
Fikrim yok	9 (6,4)	20 (14,3)		
<b>İrritabl Barsak Sendromu</b>				
Yok	80 (57,1)	129 (92,1)	45,305	<0,001
Var	60 (42,9)*	11 (7,9)		
<b>Fonksiyonel Kabızlık</b>				
Yok	24 (17,1)	113 (80,7)	113,209	<0,001
Var	116 (82,9)*	27 (19,3)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların beslenme ve egzersiz alışkanlıkları Tablo 5'te sunuldu. Vejeteryan olarak beslenme oranları gruplar arasında benzerdi ( $p>0,05$ ). Lifli gıda ile her gün beslenme oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). 2 litre ve üzeri günlük su tüketme oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak tespit edildi ( $p<0,001$ ). Haftada düzenli olarak yürüyüş yapmama oranı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak saptandı ( $p<0,001$ ).

**Tablo 5. Katılımcıların Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Vejeteryan olarak beslenme</b>				
Evet	15 (10,7)	10 (7,1)	1,098	0,295
Hayır	125 (89,3)	130 (92,9)		
<b>Lifli beslenme sıklığı</b>				
Her gün	14 (10,0)	69 (49,3)*	52,142	<0,001
Haftada birkaç kez	106 (75,7)	62 (44,3)		
Ayda birkaç kez	20 (14,3)	9 (6,4)		
<b>Günlük su tüketim miktarı</b>				
2 litre'den az	111 (79,3)	74 (52,9)	25,583	<0,001
2 litre ve üzeri	29 (20,7)	66 (47,1)*		
<b>Yürüyüş sıklığı</b>				
Her gün	26 (18,6)	49 (35,0)	17,367	<0,001
Haftada 2-3 gün	38 (27,1)	48 (34,3)		
Hiç	76 (54,3)*	43 (30,7)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Katılımcıların tuvalet alışkanlıkları Tablo 6'da değerlendirildi. Hasta grubunda haftada 3'ten az dışkılama oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,001$ ). Kontrol grubunda 5 dk ve daha az sürede tuvalette kalma oranı hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). Tuvalet meşguliyeti olmama oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ( $p=0,016$ ). Kontrol grubundaki katılımcıların tuvalete hemen gitme oranları hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). Katılımcıların tercih ettikleri tuvalet tipi, klozet pozisyonu, taharetlenme şekli ve taharetlenmede sıcak ya da soğuk su tercihleri benzer olarak tespit edildi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6. Katılımcıların Tuvalet Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Dışkılama sıklığı</b>				
Günde bir/ birden fazla	81 (57,9)	116 (82,8)	26,159	<0,001
Haftada 3 ten fazla	29 (20,7)	19 (13,6)		
Haftada 3 ten az	30 (21,4)*	5 (3,6)		
<b>Tuvalet süresi</b>				
5 dk altı	52 (37,1)	102 (72,9)*	37,047	<0,001
5-15 dk	64 (45,7)	24 (17,1)		
15 dk üstü	24 (17,1)	14 (10,0)		
<b>Tuvalet meşguliyeti</b>				
Sigara	16 (11,4)	5 (3,6)	8,299	0,016
Telefon/Tablet	17 (12,1)	11 (7,9)		
Yok	107 (76,4)	124 (88,6)*		
<b>Tuvalet tipi</b>				
Alaturka	80 (57,1)	91 (65,0)	1,818	0,178
Alafranga	60 (42,9)	49 (35,0)		
<b>Klozet pozisyonu (n=109)</b>				
Oturma	54 (90,0)	44 (89,8)	0,001	0,608
Ayak altına tabure	5 (8,3)	2 (4,1)		
Klozet üzerine çömelme	1 (1,7)	3 (6,1)		
<b>Taharetlenme</b>				
Su veya tuvalet kâğıdı	32 (22,9)	25 (17,9)	1,079	0,299
Su ve tuvalet kâğıdı	108 (77,1)	115 (82,1)		
<b>Su türü</b>				
Sıcak su	21 (15,0)	28 (20,0)	1,212	0,271
Soğuk su	119 (85,0)	112 (80,0)		
<b>Tuvalete gitme süresi</b>				
Hemen	82 (58,6)	118 (84,3)*	22,680	<0,001
1 saat içinde	55 (39,3)	19 (13,6)		
1 saatten sonra	3 (2,1)	3 (2,1)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Katılımcılardan Beck skoru minimal olanların oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7. Katılımcıların Beck Skoruna Göre Değerlendirilmesi**

Özellik	Hasta (n=140)** n (%)	Kontrol (n=140)** n (%)	$\chi^2$ ***	p
<b>Beck skoru</b>				
Minimal	12 (8,6)	66 (47,1)*	72,566	<b>&lt;0,001</b>
Hafif	50 (35,7)	53 (37,9)		
Orta	42 (30,0)	16 (11,4)		
Şiddetli	36 (25,7)	5 (3,6)		

\* Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

\*\* Sütun yüzdesi verildi.

\*\*\* Ki-kare testi kullanıldı.

Katılımcıların hasta olma durumu üzerinde etkili olabilecek risk faktörlerini belirlemek için yaş, İBS varlığı, fonksiyonel kabızlık varlığı, lifli gıdayla beslenme sıklığı, dışkılama süresi, tuvalet süresi ile bir model oluşturuldu. Kurulan lojistik regresyon modelinin, hasta olma durumunun %71,0'ını açıkladığı belirlendi (Nagelkerke R Square= 0,710). Tablo 8'e göre 56 ve üzeri yaşta olanların 18-25 yaştakilere göre hasta olma olasılığı 6,203 kat daha yüksek olarak bulundu. İBS olanların olmayanlara göre hasta olma olasılığı 3,324 kat daha yüksek, fonksiyonel kabızlığı olanların olmayanlara göre hasta olma olasılığı 21,943 kat daha yüksek olduğu belirlendi. Hergün lifli gıdayla beslenenlerin ayda bir lifli gıdayla beslenenlere göre hasta olma olasılığı 0,279 kat, haftada birkaç kez lifli gıdayla beslenenlerin ayda bir lifli gıdayla beslenenlere göre hasta olma olasılığı 0,049 kat daha az olduğu bulundu. Kurulan lojistik regresyon modeli katılımcıların hasta olma durumunu %87,1 oranında doğru tahmin etmektedir.

**Tablo 8. Hasta Olma Durumuna İlişkin Kurulan Lojistik Regresyon Modeli**

Değişkenler	$\beta$	SE	p	Exp ( $\beta$ )	% 95 CI
<b>Yaş</b>					
18-25 yaş (REF)					
26-35 yaş	-0,076	0,677	0,910	0,926	0,246-3,490
36-46 yaş	0,295	0,709	0,677	1,344	0,335-5,387
47-55 yaş	-0,480	0,733	0,512	0,619	0,147-2,601
56 ve üzeri yaş	1,825	0,683	<b>0,008</b>	6,203	1,626-23,669
<b>İBS</b>					
Yok (REF)					
Var	1,201	0,486	<b>0,013</b>	3,324	1,282-8,620
<b>Fonksiyonel kabızlık</b>					
Yok (REF)					
Var	3,088	0,463	<b>0,000</b>	21,943	8,846-54,429
<b>Lifli beslenme sıklığı</b>					
Hergün	-1,278	0,498	<b>0,010</b>	0,279	0,105-0,739
Haftada birkaç kez	-3,018	0,680	<b>0,000</b>	0,049	0,013-0,185
Haftada bir	-1,408	1,012	0,164	0,245	0,034-1,777
Ayda birkaç kez	-1,437	1,021	0,159	0,238	0,032-1,759
Ayda bir (REF)					
<b>Dışkılama sıklığı</b>					
Günde birden fazla (REF)					
Günde 1 kez	1,213	0,787	0,123	3,365	0,719-15,734
Haftada 3 ten fazla	-0,103	0,735	0,889	0,902	0,214-3,812
Haftada 3 ten az	0,083	0,767	0,914	1,086	0,242-4,883
<b>Tuvalet süresi</b>					
5 dk altı (REF)					
5-15 dk	0,802	0,599	0,181	2,230	0,689-7,217
15 dk üstü	-0,805	0,639	0,208	0,447	0,128-1,564

SE: Standart hata

REF: Referans

Exp (B): Odd's Ratio

## 5. TARTIŞMA

Perianal bölge hastalıkları için kabızlık ciddi bir predispozan faktördür. Kabızlığı etkileyen birçok faktör vardır. Sosyodemografik özellikler, BKİ, sigara ve alkol alışkanlığı, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları kabızlığı tetiklemekte ve tuvalet alışkanlıklarına etki etmektedir. Bu çalışmada perianal hastalıklar ile bahsi geçen etkenlerin etkileşimi sonucu, hastalığa sebep olan veya hastalık sonucunda gelişen tuvalet alışkanlıkları incelenmiştir.

Bu çalışmada cinsiyet ile hasta olma durumu arasında istatistiksel olarak fark vardı. Fark kadınların daha fazla hasta grubunda olmasından kaynaklanmaktaydı. Hindistan'da Asif Ali ve Rahman Shoeb'in retrospektif olarak yaptığı çalışmada da erkek baskınlığı ile 20-39 yaş arasında hemoroidal hastalık insidansı yüksek tespit edilmiştir (2). Yine Hindistan'da Ravindranath ve Rahul'un yaptığı çalışmada da perianal hastalık insidansının en yaygın olduğu yaş grubu 40 yaş altı olarak bulunmuştur (3). Nelson ve arkadaşlarının katılımcıları randomize telefonla arayarak yaptığı çalışmada perianal hastalık prevalansı ile semptomların daha çok kadınlarda görüldüğü ve %80'inin hastaneye başvurmadığı ortaya konmuştur (38). Bu çalışmada ise 18-55 yaş aralığında olan katılımcıların hasta grubunda olma oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Yine 56 yaş ve üzerinde olanların 18-25 yaştaakilere göre hasta olma olasılığı 6,203 kat daha yüksek olarak bulundu. Navarra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en yüksek hemoroid insidansının 45-50'li yaşlarda görüldüğü, 65 yaşından sonra giderek azaldığı saptanmış ve fakat klinik görünüm ve tedavi prensiplerinin genç hastalara benzer olduğu ortaya konmuştur (39). Schmidt ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin kabızlığı arttırdığı bildirilmiştir (7). Sandler ve arkadaşları ABD'de yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik düzeydeki hastalarda daha fazla kabızlık bildirmiş, bu sonucu peynir, kuru fasulye, bezelye, et, süt ve kümes hayvanlarının daha az tüketilmesi ve çay ile kahvenin daha fazla içilmesine bağlamışlardır (40). Bu çalışmada katılımcıların gelir durumları hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında 3 bin TL ve altında geliri olanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı. Düşük sosyoekonomik düzeyle aylık gelirin azalması sonucu değişen beslenme alışkanlığının burada etkisi olabilir. Everhart ve arkadaşları Amerika Birleşik

Devletlerinde yaptıkları uzun soluklu bir barsak alışkanlıkları çalışmasında kadın cinsiyet, siyah ırk, daha kısa eğitim süresi, düşük fiziksel aktivite ve depresyon semptomlarını bozulmuş bağırsak fonksiyonu için bağımsız risk faktörleri olarak bulmuşlardır (41). Hindistan'da yapılan bir çalışmada hemoroidden en çok etkilenen meslek grubu çiftçilik bulunmuştur (2). Bu çalışmada hasta grubunda perianal hastalıklar için riskli gruptaki çiftçi, şöfor, öğrenci ve memur ile diğer mesleklerdeki katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Bunda Hindistan'da yapılan çalışmanın 1984 yılında ve kırsal alana yakın bir hastanede, bu çalışmanın ise şehirde yaşayan insanların yoğun olduğu merkezde bir hastanede yapılmış olmasının etkisi olabilir. Yine bu çalışmada hasta ve kontrol gruplarının ikamet yerleri ve medeni durumları benzerdi. Küreselleşme ile şehirlerde yaşayan nüfusun kırsalda yaşayanlara göre çok daha fazla olması bunda etkili olabilir.

Riss ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BKİ'nin yüksek olmasının hemoroid için bağımsız bir risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur, buna göre BKİ arttıkça hemoroidal hastalık riski artmaktadır (6). Mapel ve Worley yaptıkları çalışmada obezite ve kabızlığın anal fissür ile ilişkili önemli komorbiteler olduğunu ortaya koymuştur (42). Bu çalışmada hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların Beden Kitle İndeksleri benzer olarak tespit edildi. Bunda Konya'da obezitenin yaygın olmasının etkisi olabilir.

Bu çalışmada hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların kötü alışkanlık ve alkol kullanım durumları benzer olarak saptandı. Hasta grubunda sigara kullanma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Pigot ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ise alkol alımının hemoroid için anlamlı bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (43). Sielezneff ve arkadaşlarının yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında hemoroidi olan hastaların daha az su içtikleri ve daha fazla sigara kullandıkları gösterilmiştir (44).

Bu çalışmada kabız olduğunu düşünenlerin oranı hasta grubundaki katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Ravindranath ve Rahul'un yaptığı çalışmada kabızlığın ve dışkılama esnasında ıkmının hemoroid için risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (3). Loder ve arkadaşları kabızlık ve uzun süreli ıkmının hemoroid için risk faktörü olabileceğini ortaya koymuştur (45). Johannson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hemoroidi olan birçok hastada İBS ve fonksiyonel barsak semptomları olduğu ortaya konmuş ve bunun da tedavi planında önemli olduğu belirtilmiştir (14).

Jensen sert bir dışkı geçişi sırasında anal kanalda travmanın anal fissürü başlatmaktan sorumlu olduğu genel fikrini desteklemekte, kabızlığın aynı zamanda tekrarlayan anal fissürlerin üretilmesinden sorumlu bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır (46). Remes-Troche ve arkadaşlarının kabızlığı olan hastalarda, klozette 5 farklı oturuş şeklini gösteren piktogramlar kullanarak yaptığı çalışmada katılımcıların yüzde yetmişinde İBS ve FK tespit edilmiş, pozilyon olarak ise bu hastalarda en çok klozete doksan derece ile dik oturulan 3 numaralı piktogram tercih edilmiştir (47). İBS ve FK tanısı alma oranları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Bu çalışmada IBS olanların olmayanlara göre hasta olma olasılığı 3,324 kat daha yüksek, fonksiyonel kabızlığı olanların olmayanlara göre hasta olma olasılığı 21,943 kat daha yüksek olduğu belirlendi. Raahave Danimarka’da yayınlanan ve fekal retansiyonun incelendiği çalışmada fonksiyonel barsak hastalığı olan her iki hastadan birinde hemoroid geliştiğini ortaya koymuştur. Dahası fekal retansiyonun fonksiyonel barsak hastalığı, hemoroidal hastalık ve apandisit ortak nedeni olabileceğini kolon geçiş süresini azaltan lif açısından zengin diyet, sıvı alımının artırılması, fiziksel aktivite gibi konservatif tedavilerle karın semptomlarının hafifleyeceğini öne sürmüştür (48).

Bu çalışmada katılımcıların beslenme ve egzersiz alışkanlıklarına bakıldığında, vejeteryan olarak beslenme oranları gruplar arasında benzerdi. Vejeteryan beslenmenin Konya özelinde nadir bir durum olmasının etkisi olabilir. Ravindranath ve Rahul’un yaptığı çalışmada hastaların daha azının vejeteryan, çoğunun ise karma diyet uygulayan hastalar olduğu bulunmuş, yetersiz lif alımı kadar fazla baharat kullanımının da hemoroid için risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (3). Buna göre hayvansal gıdalardan ağırlıklı bir diyetin hastalık açısından kolaylaştırıcı olduğu düşünülebilir. Nelson ve arkadaşlarının randomize telefonla perianal hastalık prevalansını araştırdığı çalışmada sağlıklı beslenmeye ve lif takviyesi alımına özen gösterenlerde semptomların görülme olasılığının anlamlı olarak az olduğu gösterilmiştir (38). Jensen anal fissürlü hasta ve kontrol grubu ile yaptığı vaka kontrol çalışmasında anal fissür ile sık sık çiğ meyve ve sebze tüketimi ile tam tahıllı ekmek tüketimi arasında bulunan negatif ilişki, diyet lifinin koruyucu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur (46). Nair ve Mayberry İngiltere’de artan vejeteryanlık nedeniyle yaptığı çalışmada vejeteryan olduğu için daha fazla lifli gıda tükettiği bilinen katılımcılarda kabızlığın belirgin düşük olduğu ve fakat barsak hastalığı olarak vejeteryan olmayanlarla arada belirgin bir fark olmadığını ortaya koymuştur (49). Bu çalışmada lifli gıda ile her gün beslenme oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak

anlamli yüksek bulundu. Jangid ve arkadaslari yaptigi calismada FK olan hastalar incelenmis gnluk su aliminin dıskılama sıklığı ve tipi ile anlamli iliskisi olduğu ortaya konmuştur (50). 2 litre ve üzeri gnluk su tüketme oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek olarak tespit edildi. Meshkinpour ve arkadaslari kronik kabızlığı olan hastalarda yaptigi bir calismada dört haftalik düzenli orta dereceli fiziksel egzersizin yavaş geçiş kabızlığını hafifletmediği sonucuna varmıştır (51). Peters ve De Vries ise egzersizin gastrointestinal sistem hastalıklarına etkisini incelediği calismada egzersizin kabızlık üzerinde belirgin etkisi yokken İBS semptomlarını azaltmada belirgin etkisi olduğunu ortaya koymuştur (52). Haftada düzenli olarak yürüyüş yapmama oranı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamli yüksek olarak saptandı. Bu calismada her gün lifli gıdayla beslenenlerin ayda bir lifli gıdayla beslenenlere göre hasta olma olasılığı 0,279 kat, haftada birkaç kez lifli gıdayla beslenenlerin ayda bir lifli gıdayla beslenenlere göre hasta olma olasılığı 0,049 kat daha az olduğu bulundu. Pankaj Garg yaptigi derleme calismasında gnluk lif takviyesi alımı, kalça fleksiyonunu arttırmak için klozette ayağın altına tabure koyma, klozette oturken karın kaslarının çalıştırılması ve sabah aç karnına 500 ml su içmenin kronik kabızlığı azaltmada dolayısıyla hemoroid ve anal fissürün ilaçsız tedavi edilebilmesi için bir yol olarak ortaya koymuştur (5).

Bu calismada katılımcıların tuvalet alışkanlıkları değerlendirildiği zaman hasta grubunda haftada 3'ten az dıskılama oranı istatistiksel olarak anlamli yüksek saptandı. Şişik ve arkadaslarının yapmış olduğu calismada tuvalette 5 dakikadan fazla geçen süre ve ıkınmanın anal fissürü olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamli yüksek bulunmuştur (13). Kontrol grubunda 5 dk ve daha az sürede tuvalette kalma oranı hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek bulundu. Giuliani ve arkadaslarının yapmış olduğu calismada tuvalette harcanan süre ile hemoroid derecesi arasında doğrusal bir ilişki olduğu bildirilmiştir, bu tuvalette uzun süre oturmanın hemoroid yastıklarının zayıflamasına ve ardından genişlemesine bağlanmıştır (1). Dehn ve Kettlewell'in 1989 yılında Lancet dergisinde yayınlanan makalesinde gazete ya da kitap okumak gibi tuvalette geçirilen zamanı uzatan faaliyetler nedeniyle perianal hastalıkların tetiklendiği ortaya konmuştur (11). Çalışmanın yapıldığı dönemde akıllı telefon kullanılmadığı göz önüne alındığında, güncel olarak bu calismada en çok beyan edilen tuvalet meşguliyeti akıllı telefon kullanımı ve sigara idi. İlaveten tuvalette kitap okuma, telefon ya da tabletle ilgilenme gibi meşguliyeti olmama oranı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamli

yüksek saptandı. Ülkemizde Kaygısız ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada akıllı telefon kullanımının en yaygın tuvalet alışkanlığı olduğu ve bunun da tuvalette geçirilen süreyi artırdığı gösterilmiştir (12). Goldstein ve arkadaşlarının İsrail’de yaptığı çalışmada ise tuvalette okuma alışkanlığı incelenmiş, nüfusun %52 sinin tuvalette okuma alışkanlığı olduğu, bu nüfusun daha çok erkekler, genç yaş, laik nüfus, yüksek eğitim düzeyi ve beyaz yakalı çalışanlardan oluştuğunu, dışkı türü ve dışkılama sıklığı açısından fark olmadığını fakat topluma göre daha fazla hemoroid görüldüğünü ortaya koymuştur (53). Kontrol grubundaki katılımcıların tuvalette hemen gitme oranları hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Asya, Afrika ve Doğu ülkelerinde daha çok çömelerek, Batı ülkelerinde ise daha çok oturarak pozisyon alınmaktadır. Sakakibara ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada çömelme ile elde edilen kalça fleksiyonu ne kadar fazla olursa, rektoanal kanalın o kadar düz olacağı ve buna bağlı olarak daha az zorlanma olacağı bildirilmiştir (8). Sikirov ise çömelme ile standart klozet ve alt klozet oturağına oturma durumunda sarf edilen efor yani ıkmayı karşılaştırdığı çalışmasında oturma pozisyonlarında çömelme postürüne göre daha fazla efor sarf edildiğini yani daha çok ıkmama gerektiğini ortaya koymuştur (10). Saeed Rad’ın İran’da yaptığı çalışmada İran tarzı dediği alaturka tuvalet kullanımının Avrupa’da kullanılan alafranga tuvaletlere göre çok daha geniş bir anorektal açı ve perine ile pelvik tabanın yatay düzlemi arasında daha büyük bir mesafe sağladığı ve barsak tahliyesinin çok daha kolay olduğunu ortaya çıkarmıştır (54). Bu çalışmada katılımcıların tercih ettikleri tuvalet tipi, klozet pozisyonu, taharetlenme şekli ve taharetlenmede sıcak ya da soğuk su tercihleri benzer olarak tespit edildi. Bunda alaturka tuvalet kullanımının günümüzde de ülkemizde halen yaygın olarak kullanımının etkisi olabilir. Yaşlı hastalar hariç hasta ve kontrol grubunda ağırlıklı olarak alaturka tuvalet tercih edilmektedir. Zulkeplee’nin dünya genelinde ve tarih boyunca tuvalet alışkanlıklarını incelediği çalışmasında da ortaya koyduğu üzere Müslümanların yaşadığı bölgelerde yaygın olarak çömelerek kapalı bir alanda, ağırlıklı olarak su kullanarak taharetlenme yapıldığı, günümüzde buna tuvalet kağıdının da eklendiği ortaya konmuştur (55).

Katılımcılardan Beck skoru minimal olanların oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Ülkemizde Sit ve arkadaşlarının düşmanlık, depresyon, öfke gibi duyguları farklı zaman ve durumlarda deneyimleme olan negatif duygulanım ve toplum tarafından reddedilme, onaylanmama

korkusu olan sosyal inhibisyonla tarif edilen D tipi kişilik sahibi olan anal fissürlü hastaların D tipi kişilik olmayan hastalara göre yaşam kalitesinde belirgin düşme olduğunu ortaya koymuştur (4). Ravindranath ve Rahul'un yaptığı çalışmada stres altında hemoroidin daha sık görüldüğünü ortaya koymuşlardır (3). Yine Şişik ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada yüksek anksiyete riskinin hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (13). Cheng ve arkadaşları Asya popülasyonunda anksiyete ve depresyon ile kabızlık arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (56). Young Lee yaptığı çalışmada İBS'nin visseral duyuya aşırı duyarlılık ve strese karşı artan tepki ile karakterize olduğunu ortaya koymuştur (57). Bu da perianal hastalığın kolaylaştırıcısı olan İBS'nin stres durumundan çok kolay etkilendiğini düşündürtebilir. Sailer ve arkadaşları gastrointestinal yaşam kalitesi indeksi denilen ve semptomlar ile hastaların ruhi durumunu korele eden bir ölçek ile perianal hastalıkları olan hastalar ile kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Sonuçta anal fissürü olan hastalarda yaşam kalitesinin belirgin düştüğünü fakat hemoidal hastalığı olanlar ile kontrol grubunda belirgin fark olmadığını tespit etmişlerdir (58). Garvey ve arkadaşlarının majör depresyon ile kabızlık ilişkisini incelediği çalışmasında hastaların yaklaşık dörtte birinin sadece depresyon ile ilişkili kabızlığı olduğu ortaya konmuştur (59).

Ancak bu çalışmanın birçok sınırı vardır. Her şeyden önce hasta sayısı gerçek bir istatistiksel anlamlılığa sahip olamayacak kadar küçüktür. Dahası öznelliğe ve dolayısıyla anketin göreceli güvenmezliğine bağlı yanlılık da dikkate alınmalıdır. Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar hasta sayısını arttırarak bu çalışmaya devam edilmesi için cesaret vericidir.

## 6. SONUÇ

Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Eğitim Polikliniğine başvuran hemoroidal hastalık ve anal fissür olmak üzere perianal hastalığı olan ve geçmişinde dahi olmamak üzere perianal hastalığı olmayan hastalar arasında sosyodemografik özellikler, Beden Kitle İndeksi, sigara ve/veya alkol kullanımı, kabızlık – İBS -FK tanısı alma durumu, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, ayrıca tuvalet alışkanlıkları incelenmiş, şu sonuçlara varılmıştır:

1. Cinsiyet ile hasta olma durumu arasında istatistiksel olarak fark vardı. Fark kadınların daha fazla hasta grubunda olmasından kaynaklanmaktaydı. 18-55 yaş aralığında olan katılımcıların hasta grubunda olma oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Katılımcıların gelir durumları hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında 3 bin TL ve altında geliri olanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı. Hasta grubunda perianal hastalıklar için riskli gruptaki çiftçi, şöfor, öğrenci ve memur ile diğer mesleklerdeki katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi. Hasta ve kontrol gruplarının ikamet yerleri ve medeni durumları benzerdi.
2. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıları beden kitle indeksleri benzer olarak tespit edildi.
3. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların kötü alışkanlık ve alkol kullanım durumları benzer olarak saptandı. Hasta grubunda sigara kullanma oranı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu.
4. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan kabız olduğunu düşünenlerin oranı hasta grubunda kontrol grubundaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. İBS ve fonksiyonel kabızlık tanısı alma oranları hasta grubunda anlamlı yüksek saptandı.
5. Vejeteryan olarak beslenme oranları gruplar arasında benzerdi. Lifli gıda ile her gün beslenme oranı kontrol grubunda anlamlı yüksek bulundu. 2 litre ve üzeri günlük su tüketme oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre anlamlı yüksek olarak tespit edildi. Haftada düzenli olarak yürüyüş yapmama oranı hasta grubunda anlamlı yüksek olarak saptandı.
6. Hasta grubunda haftada 3'ten az dışkılama oranı anlamlı yüksek saptandı. Kontrol grubunda 5 dk ve daha az sürede tuvalette kalma oranı hasta grubuna göre anlamlı yüksek bulundu. Tuvalet meşguliyeti olmama oranı kontrol grubunda anlamlı yüksek saptandı. Kontrol grubundaki katılımcıların tuvalete hemen gitme oranları hasta grubuna göre

anlamli yuiksek bulundu. Katilimcilarin tercih ettikleri tuvalet tipi, klozet pozisyonu, taharetlenme Şekli ve taharetlenmede sicak ya da soğuk su tercihleri benzer olarak tespit edildi.

7. Katilimcılardan Beck skoru minimal olanların oranı kontrol grubunda hasta grubuna göre anlamli yuiksek olduğu görüldü.

Hemoroidal hastalık ve anal fissür her yaŐtan birçok insanın muzdarip olduğu sorunlardır ve birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak aile hekimlerinin bu hastalıkları teŐhis etmesi ve medikal – konservatif tedaviye baŐlanması beklenir. İnsidanstaki dalgalanmalar ve ilişkili risk faktörleri, hemoroidal hastalık ve anal fissür etyolojisinin daha iyi anlaŐılması ve önlenmesi için daha fazla araŐtırılabilecek alanları önermektedir. Perianal hastalığı olanların önemli bir kısmının hiç hastaneye baŐvurmadıĖını ortaya koyan randomize çalışmalar da dikkate alındığında aile hekimlerinin nüfusunda bulunan ve semptomları uyan hastaları erkenden tanımak beslenme, egzersiz, tuvalet alışkanlıklarını deĖiŐtirirerek yaşam kalitelerini arttırmak aile hekimlerinin elindedir ve bu yapılabilecek önemli bir halk sağlığı hizmetidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Giuliani A, Romano L, Lazzarin G, Maffione F, Valiyeva S, Schietroma M, et al. Relationship between haemorrhoidal grade and toilet habits. *Annali italiani di chirurgia*. 2020;91(2):192-5.
2. Ali SA, Shoeb MFR. Study of risk factors and clinical features of hemorrhoids. *International Surgery Journal*. 2017;4(6):1936-9.
3. Ravindranath G, Rahul B. Prevalence and risk factors of hemorrhoids: a study in a semi-urban centre. *International surgery journal*. 2018;5(2):496-9.
4. Sit M, Yilmaz EE, Canan F, Yildirim O, Cetin MM. Health-related quality of life in patients with anal fissure: effect of type D personality. *Przegląd gastroenterologiczny*. 2014;9(2):93.
5. Garg P. Physiologic management of chronic constipation: let's FEED it. *Digestive diseases and sciences*. 2017;62(11):3254-5.
6. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *International journal of colorectal disease*. 2012;27(2):215-20.
7. Schmidt FMQ, de Gouveia Santos VLC, de Cássia Domansky R, Neves JMJ. Constipation: prevalence and associated factors in adults living in Londrina, Southern Brazil. *Gastroenterology Nursing*. 2016;39(3):204-11.
8. Sakakibara R, Tsunoyama K, Hosoi H, Takahashi O, Sugiyama M, Kishi M, et al. Influence of body position on defecation in humans. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 2010;2(1):16-21.
9. Broens P, Vanbeckevoort D, Bellon E, Penninckx F. Combined radiologic and manometric study of rectal filling sensation. *Diseases of the colon & rectum*. 2002;45(8):1016-22.
10. Sikirov D. Comparison of straining during defecation in three positions: results and implications for human health. *Digestive diseases and sciences*. 2003;48(7):1201-5.
11. Dehn T, Kettlewell M. Haemorrhoids and defaecatory habits. *The Lancet*. 1989;333(8628):54-5.
12. Kaygısız N, Durbaş A, Karaman H, Solman ÇH, Ersoy Ö. Evaluation of toilet habits and self-awareness of constipation statuses among young adults from different faculties at Acıbadem University. *Turkish Medical Student Journal*. 8(1):22-7.
13. Şişik A, Başak F, Hasbahçeci M, Acar A, Kılıç A, Özel Y, et al. Recovery from hemorrhoids and anal fissure without surgery. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2020;31(4):289.
14. Johannsson HÖ, Graf W, Pählman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. *LWW*; 2005.
15. Helvacı MR, Algin MC, Kaya H. Irritable bowel syndrome and chronic gastritis, hemorrhoid, urolithiasis. *The Eurasian journal of medicine*. 2009;41(3):158.
16. F.Charles Brunicardi M, Facs, Dana K.Andersen M, Facs, Timothy R.Billiar David L. Dunn M, Facs, John G.Hunter M, Facs, Jeffrey B.Matthews M, Facs, Raphael E.Pollock M, Phd, Facs. *Schwartz Cerrahinin İlkeleri*. Özmen PDMM, editor. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016. 1222-31 p.
17. Courtney M. Townsend J, Md, B.Mark Evers M, R.Daniel Beauchamp M, Kenneth L.Mattox M. Sabiston Cerrahi. Gülçelik PDMA, Güven ODHE, editors. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2018. 1400-10 p.
18. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-407. e5.

19. Kaya M, Kaçmaz H. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji*. 2016;20(4):393-407.
20. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2012;10(7):712-21. e4.
21. Can G, Yılmaz B. İrritabl Barsak Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Yaklaşımlar. *Güncel Gastroenteroloji*. 2015;19(3):171-81.
22. Ford AC, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayyedi P. Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care. *Gastroenterology*. 2013;145(6):1262-70. e1.
23. Patel P, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayyedi P, et al. Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2015;50(7):816-23.
24. Camilleri M, Lasch K, Zhou W. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. The confluence of increased permeability, inflammation, and pain in irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*. 2012.
25. Blewett A, Allison M, Calcraft B, Moore R, Jenkins P, Sullivan G. Psychiatric disorder and outcome in irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*. 1996;37(2):155-60.
26. Drossman DA. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *The American journal of medicine*. 1999;107(5):41-50.
27. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 1997;11(2):395-402.
28. Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. 2011;106(5):915-22.
29. Bijkerk C, De Wit N, Muris J, Whorwell P, Knottnerus J, Hoes A. Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *Bmj*. 2009;339.
30. Choung R, Locke Iii G, Schleck C, Zinsmeister A, Talley N. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988–2003. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2007;26(11-12):1521-8.
31. Johanson J, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2007;25(5):599-608.
32. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. 2014;109:S2-S26.
33. Kocaay P, Eğritaş O, Dalgiç B. Normal defecation pattern, frequency of constipation and factors related to constipation in Turkish children 0-6 years old. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2011;22(4):369-75.
34. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M. Association between dietary fiber, water and magnesium intake and functional constipation among young Japanese women. *European journal of clinical nutrition*. 2007;61(5):616-22.
35. Wald A, Hinds JP, Caruana BJ. Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 1989;97(4):932-7.
36. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.

37. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
38. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Diseases of the colon & rectum*. 1995;38(4):341-4.
39. Navarra L, Pietroletti R, Maggi G, Leardi S, Simi M. Diagnosis and treatment of haemorrhoids in the elderly: results from 291 patients. *Techniques in Coloproctology*. 1999;3(3):127-30.
40. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *American journal of public health*. 1990;80(2):185-9.
41. Everhart JE, Go VLW, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Digestive diseases and sciences*. 1989;34(8):1153-62.
42. Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. *BMC gastroenterology*. 2014;14(1):1-7.
43. Pigot F, Siproudhis L, Allaert F-A. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterologie clinique et biologique*. 2005;29(12):1270-4.
44. Sielezneff I, Antoine K, Lecuyer J, Saisse J, Thirion X, Sarles J, et al. Is there a correlation between dietary habits and hemorrhoidal disease? *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*. 1998;27(11):513-7.
45. Loder P, Kamm M, Nicholls R, Phillips R. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Journal of British Surgery*. 1994;81(7):946-54.
46. Jensen S. Diet and other risk factors for fissure-in-ano. *Diseases of the colon & rectum*. 1988;31(10):770-3.
47. Remes-Troche J, Amieva-Balmori M, Coss-Adame E, Galvez M, Icaza-Chavez ME, Gomez-Escudero O, et al. Sa1392 The Use of Pictograms to Identify Postures Associated With Constipation. *Gastroenterology*. 2015;148(4):S-312.
48. Raahave D. Faecal retention: a common cause in functional bowel disorders, appendicitis and haemorrhoids--with medical and surgical therapy. *Danish medical journal*. 2015;62(3).
49. Nair P, Mayberry JF. Vegetarianism, Dietary Fibre and Gastro-Intestinal Disease. *Digestive Diseases*. 1994;12(3):177-85.
50. Jangid V, Godhia M, Sanwalka N, Shukla A. Water intake, dietary fibre, defecatory habits and its association with chronic functional constipation. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*. 2016;4(2):90-5.
51. Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H, Nami N, James N, Wilson A. Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation. *Digestive diseases and sciences*. 1998;43(11):2379-83.
52. Peters H, De Vries W, Vanberge-Henegouwen G, Akkermans L. Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract. *Gut*. 2001;48(3):435-9.
53. Goldstein O, Shaham Y, Naftali T, Konikoff F, Lavy A, Shaoul R. Toilet reading habits in Israeli adults. *Neurogastroenterology & Motility*. 2009;21(3):291-5.
54. Rad S. Impact of ethnic habits on defecographic measurements. 2002.
55. Othman Z. An analysis of the evolution of the world's toilet habits. 2017.
56. Cheng C, Chan AOO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2003;18(3):319-26.
57. Lee OY. Psychosocial factors and visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *The Korean journal of gastroenterology= Taehan Sohwagi Hakhoe chi*. 2006;47(2):111-9.
58. Sailer M, Bussen D, Debus E, Fuchs K, Thiede A. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *British Journal of Surgery*. 1998;85(12):1716-9.

59. Garvey M, Noyes R, Yates W. Frequency of constipation in major depression: relationship to other clinical variables. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 1990.

