



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**HEMOROİDEKTOMİ SONRASI AĞRI
KONTROLÜNDE ILIK SU VE MENTOL
YAĞLI OTURMA BANYOSU
UYGULAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/2020



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**HEMOROİDEKTOMİ SONRASI AĞRI
KONTROLÜNDE ILIK SU VE MENTOL
YAĞLI OTURMA BANYOSU
UYGULAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/2020

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Programında Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI tarafından hazırlanan
"Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Kontrolünde Ilık Su ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu
Uygulamalarının Karşılaştırılması"
başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK
LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Hatice ERDOĞAN

Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum onaylamıyorum.

İMZA

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 27/08/2020

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

Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


Prof. Dr. Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI
Enstitü Müdürü

BEYAN

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

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



(İmza)

Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI

(27.08.2020)

HEMOROİDEKTOMİ SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE ILIK SU VE MENTOL YAĞLI OTURMA BANYOSU UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZET

Amaç: Çalışma hemoroidektomi ameliyatı olan hastalarda mentol yağlı ılık oturma banyosu ve ılık oturma banyosunun ağrı üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

Gereç ve yöntem: Deneysel olarak uygulanan araştırma, Haziran 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında özel bir hastanenin genel cerrahi servisindeki hastalar ile gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemini 32'si deney, 32'si kontrol olmak üzere toplam 64 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve ağrı düzeyini değerlendirmek için "Sayısal Değerlendirme Skalası" kullanılarak toplandı. Deney grubundaki hastalarda, ameliyattan sonra 4. ve 18. saatte mentol yağlı ılık oturma banyosu uygulamasından hemen önce, uygulamadan sonra, ilk defekasyondan önce ve sonra ağrı değerlendirilmesi yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara ise; ameliyat sonrası 4. ve 18. saatte uygulanan ılık oturma banyosu uygulamasından hemen önce, uygulamadan sonra, ilk defekasyondan önce ve sonra ağrı değerlendirilmesi yapıldı. Verileri değerlendirmede Statistical Package for Social Sciences 22.0 paket programı ile tekrarlı ölçümlerin arasındaki değişim ise repeated measures Anova testi ile analiz edildi.

Bulgular: Deney ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun yaş aralığının genç; yarıdan fazlasının ise erkek olduğu görüldü. Deney ve kontrol gruplarında hemoroidektomi sonrası 4. ve 18. saatlerde uygulanan oturma banyosu öncesi Sayısal Değerlendirme Skalası puan ortalamalarına göre oturma banyosu sonrası puan ortalamalarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), ancak gruplar arası karşılaştırıldığında uygulama öncesi ve sonrası Sayısal Değerlendirme Skalası puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Sonuç: Hemoroidektomi sonrası uygulanan ılık oturma banyosu ve mentol yağlı ılık oturma banyosunun her ikisinin de hastaların ağrı düzeyini azalttığı ve dolayısıyla uygulanan bu nonfarmakolojik yöntemlerin hastaları rahatlattığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Hemoroid, Hemoroidektomi, Hemşirelik Bakımı, ılık Oturma Banyosu, Mentol Yağı.



COMPARISON OF WARM WATER SITZ BATH AND MENTHOL OIL SITZ BATH IN PAIN CONTROL AFTER HEMORRHOIDECTOMY

ABSTRACT

Aim: The study was conducted to determine the effect of menthol oil sitz bath and warm water sitz bath on pain in patients who underwent hemorrhoidectomy surgery.

Materials and Methods: The quasi-experimental research was carried out with patients of the general surgery service of a private hospital between June 2018 and September 2019. The sample of the study consisted of 64 patients; 32 experimental and 32 control. The data of the study were collected with "Introductory Information Form" and "Numeric Rating Scale" to assess the pain level. Pain assessment was performed to the experimental group immediately before and after the warm water sitz bath applied to the patients at the 4th and 18th hours after the operation; before and after the first defecation. For the patients in the control group; pain assessment was performed immediately before and after the menthol oil sitz bath applied at the 4th and 18th hours after the operation, before and after the first defecation. Statistical Package for Social Sciences 22.0 package program was used in the evaluation of the data, and the change between repeated measures was analyzed with Repeated Measures Anova.

Results: The age of the majority of the experiment and group is young; it was seen that more than half of them were men. In the experimental and control groups, the decrease in the mean scores after sitz bath was statistically significant according to the Numeric Rating Scale mean scores at the 4th and 18th hours after hemorrhoidectomy before sitz bath ($p < 0,05$), between the groups before and after the intergroup applications Numeric Rating Scale There was a statistically significant difference in mean scores ($p > 0,05$).

Conclusion: It was determined that both the warm sitz bath and the warm sitz bath with menthol oil applied after hemorrhoidectomy decreased the pain level of the patients and therefore these non-pharmacological methods applied relieved the patients.

Key Words: Pain, Hemorrhoids, Hemorrhoidectomy, Nursing Care, Warm Water Sitz Bath, Menthol Oil.



TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR'e,

Lisans, yüksek lisans eğitiminin ve tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgileriyle katkı gösteren, kıymetli vaktini esirgemeyen, sonsuz sabırla beni her zaman destekleyen ve tavsiyelerini hayatıma rehber edeceğim değerli hocam Sayın Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik gelişimime destek olan Sayın Dr.Öğr. Üyesi Elif GEZGİNCİ'ye,

Çalışmamın uygulanması aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen ameliyathane hemşirelerine ve genel cerrahi hekimlerine,

Bu süreçte bana her zaman yardımcı olan ve sorumluluklarımı hafifleten anneme ve babama, destekleri ve sabrı için eşime,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. HEMOROİDİN ANATOMİSİ VE FİZYOPATOLOJİSİ	5
2.2. HEMOROİDİN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	6
2.3. HEMOROİDİN BELİRTİLERİ VE AYIRICI TANISI.....	6
2.4. HEMOROİDİ EPİDEMİYOLOJİK AÇIDAN ETKİLEYEN DURUMLAR ..	8
2.4.1. Diyetin İçeriği	8
2.4.2. Defekasyon Alışkanlıkları	8
2.4.3. Genetik Faktörler	8
2.4.4. Konstipasyon/Diyare	9
2.4.5. Cinsiyet	9
2.4.6. Yaş	9
2.4.7. Medikal Durumlar ve Diğer Faktörler	9
2.5. AĞRININ TANIMLANMASI VE FİZYOLOJİK SINIFLANDIRILMASI..	10
2.5.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması	10
2.5.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması	11
2.5.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflaması.....	11
2.6. HEMOROİDİN SEMPTOMLARINDAN BİRİ OLAN AĞRININ TEDAVİSİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	11
2.7. HEMOROİDİN TEDAVİSİ.....	14
2.7.1. Hemoroidin Cerrahi Dışı Tedavi Yöntemleri	15
2.7.2. Hemoroidin Tedavisinde Kullanılan Ek Yöntemler	23
2.7.3. Hemoroidin Tedavisinde Girişimsel Yöntemler.....	25
2.7.4. Hemoroidin Cerrahi Tedavisi	27

2.8. Hemoroidektomide Hemşirelik Bakımı.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI.....	31
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	31
3.3. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ.....	32
3.4. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KRİTERLERİ.....	32
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	32
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	32
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 4).....	32
3.6.2. Ilık ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Ağrı Çizelgeleri (EK 5).....	33
3.6.3. Sayısal Değerlendirme Skalası (Numeric Rating Scale) (NRS) (EK 6).....	33
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ...	33
3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	34
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	34
3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI.....	34
4. BULGULAR.....	37
5.TARTIŞMA.....	49
5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE TARTIŞILMASI....	49
5.2. GRUPLARA GÖRE İLK DEFEKASYONDA NRS PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI.....	52
5.3. GRUPLARA GÖRE NRS PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI.....	52
5.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNUN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE NRS PUAN ORTALAMALARI VE İLK DEFEKASYON SÜRESİNİN KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI.....	55
6. SONUÇLAR.....	57
7.KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	69
EK 1. ETİK KURUL ONAYI.....	67
EK 2. KURUM İZNİ.....	70
EK 3. EĞİTİM SERTİFİKASI.....	71
EK 4. TANITICI BİLGİ FORMU.....	72
EK 5. ILIK ve MENTOL YAĞLI OTURMA BANYOSU AĞRI ÇİZELGELERİ.....	74

EK 6. SAYISAL DEĞERLENDİRME SKALASI (NUMERIC RATING SCALE (NRS).....	75
EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	76
9. ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ	77



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Hemoroidlerin Sınıflandırılması ve Belirtileri	7
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunda Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (N=64)	37
Tablo 4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemdeki Tanımlayıcı Özellikleri.....	39
Tablo 4.3. İlk Defekasyon Süresinin Oturma Banyosu Türüne Göre Farklılaşma Durumu.....	41
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubuna Göre 4. Saatte Uygulama Öncesi ve Sonrası NRS Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubuna Göre 18. Saatte Uygulama Öncesi ve Sonrası NRS Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6. İlk Defekasyon NRS Puanlarının Oturma Banyosu Türüne Göre Ortalamaları.....	43
Tablo 4.7. Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin İlk Defekasyon Süresi ve NRS Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması	45
Tablo 4.8. Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin İlk Defekasyon Süresi ve NRS Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması	47

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 2.1 İnternal ve eksternal hemoroid.....	7
Şekil 2.2 Hemoroidin tedavisinde kullanılan yöntemler.....	14
Şekil 3.1 Power analizi.....	31
Şekil 3.2 Akış şeması	35
Şekil 4.1 Deney ve kontrol grubunda ağrı değerleri	43



SİMGELER VE KISALTMALAR

- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- NRS** : Numeric Rating Scale
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
- TENS** : Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı
- VAS** : Vizüel Analog Skala
- NIC** : Nursing Interventions Classification

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Hemoroidler, anüs etrafındaki, yoğun damar ağları içeren mukozal ve serözal yapılara sahip doğal oluşumlardır (1). Halk dilinde ‘basur’ olarak bilinen hemoroid, Yunanca’da haima (kan) ve rhoos (akma) ifadelerinin birleşmesiyle oluşmuş bir terimdir (2,3). Hemoroidlerin her bir lobuna ‘venöz pake’ adı verilmektedir ve bu hemoroid pakeleri bağ dokusu, çizgisiz kaslar ve damarsal ağlardan oluşan yastıkçıklar olarak bilinmektedir. Normal damarsal yapıda olan hemoroidler, feçesin ilerletilmesinde ve fekal kontinansın sağlanmasında önemli rol oynamaktadır (4). Hemoroidal hastalıkta ise anorektal kanaldaki submukozal venöz pleksusun varisleşmesi bireylerde yakınmalara yol açmaktadır (2). Hemoroidal hastalık dünyada toplumun %30’undan fazla bireyi etkilediği tahmin edilmektedir. Amerika’da yapılan çalışmalarda hemoroid prevalansını %4,4 olarak bildirilir iken, batı ülkelerinde 50 yaşın üzerinde %25-35 olarak bildirilmiştir (2). Ülkemizde ise hastaların hemoroidin bölgesinden utanmasından ve tedavisinden korkmasından dolayı hemoroidin prevalansını belirlemek zordur (5). Hemoroid liften fakir, karbonhidrattan zengin ve yetersiz beslenme sonucunda daha fazla görülmektedir (3). Hemoroidin en sık görüldüğü yaşlar 45-65 yaşları arası olup, bu yaş grubu dışındaki yaş dönemlerinde patolojik olarak hemoroid görülme oranı azalmaktadır (2,5,6). Literatürde cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığı belirtilmiştir (7). Ancak kadınlarda gebelik döneminde sıklıkla hemoroidin ilk kez semptomatik hale geldiği belirtilmiştir (6,8).

Hemoroidal hastalığın etiyolojisinde pek çok risk faktör rol oynamaktadır. Bireye bağlı risk faktörleri arasında, defakasyon sırasında ıkınma, acı ve baharatlı yiyeceklerin tüketimi, sedanter yaşam, alkol kullanımı, uzun süre oturur veya aynı pozisyonda hareketsiz kalma gibi nedenler sayılabilmektedir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında ise; portal hipertansiyon, hemoroidal ven basıncında artış, düzensiz bağırsak hareketleri, hipoaktif bağırsak sesleri, genetik faktörler, bağırsak hastalıkları, orta yaş, hormonlar, menapoz, gebelik, doğum, kronik öksürük, obezite, kronik kalp yetmezliği, siroz ve karın içi tümörler yer almaktadır (7,9).

Hemoroid, bireylerde birçok soruna yol açmaktadır. Bunlardan bazıları; konstipasyon, dışkı ile birlikte rektal kanama, ağrılı defekasyon, kanamaya bağlı anemi, rahatsızlık hissi, ağrılı yumru veya şişlik, kaşıntı ve anorektal bölgede özellikle oturmakla artan ağrıdır. Bu sorunlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerini de büyük ölçüde etkilemektedir (2,5).

Hemoroidler anorektal bölgedeki yerlerine göre; internal, eksternal ve miks olmak üzere 3 ayrı grupta sınıflandırılmaktadır. Eksternal hemoroidler; pleksustan oluşurlar ve dentat çizgisinin distalinde yer alırlar. İnternal hemoroidler; süperior hemoroidal pleksustan kaynaklanırlar. Miks hemoroidler ise, internal ve eksternal hemoroidal pleksuslarından ve anastomozlarından oluşur (5,10). Eksternal hemoroidlerde, pake içinde trombolitik bir komplikasyon gelişmiş ise enflamasyon, ödem ve bunlara bağlı olarak oturmayla artan şiddetli bir ağrı oluşur. İnternal hemoroidler ise büyüyüp anal kanaldan sarkmadıkça ve kanamadıkça belirti vermezler (5,8). İnternal hemoroidler eksternal hemoroidlerden daha sık görülür (11). Hemoroid hastalığı olan bireylerin evrelerine ve medikal tedavinin sonucuna göre %5-10' unda cerrahi girişim uygulanmaktadır (8). Hemoroidin neden olduğu sorunlar ve evresine göre tedavi planlanmaktadır. Hemoroidin birinci ve ikinci evresinde; daha çok medikal tedaviler (diyet, ilaç) ve küçük invaziv girişimler (lastik bant ligasyonu, skleroterapi ve kriyoterapi) uygulanırken, üçüncü ve dördüncü evre hemoroidlerde ise genellikle cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (9,12).

Hemoroidin ilk evrelerinde olan hastaların medikal tedavileri ile birlikte öncelikle yaşam tarzında ve beslenmesinde değişiklikler yapması gerekmektedir. Bu değişikliklerden bazıları; konstipasyonu önleyecek bol posalı besinler tüketmeleri, bol su içmeleri, düzenli dışkılama alışkanlığı kazanmaları için dışkılama günlüğü tutmaları, dışkılarken uzun süreli oturmaktan ve fazla ıkınmaktan kaçınmaları, dışkılamayı ertelememeleri, oturarak çalışan bireylerin gün içerisinde egzersiz yapmaya özen göstermeleri, acı ve baharatlı yiyecekleri ve alkollü içecekleri fazla tüketmemeleri şeklindedir (9).

Hemoroidin alevlenme dönemlerinde ve hemoroidektomi sonrası hastayı rahatlatmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin başında ılık su oturma banyoları ve ılık duş gelmektedir (5). Hemoroidin rahatsızlık verici etkilerini geçici süreliğine azaltan

laksatif etkiye sahip olan ve topikal olarak da uygulanabilen ilaçlar analjezikler, jeller veya kremler, supozituarlar ve aromatik yağlar kullanılmaktadır. Hemşirelik bakımında yer alan nonfarmakolojik yöntemlerden ılık oturma banyosu, aromaterapik yağlar hemoroid semptomlarının ve ameliyat sonrası ağrının azaltılması ve iyileşmenin desteklenmesinde önemlidir (13). Aromaterapi, bitkisel esansların kullanılması ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Tıbbi amaçla eski zamanlardan beri kullanılan mentol yağı anestezik ve anorektal sfinkterler üzerinde spazmolitik etkilerinden dolayı hemoroid tedavisinde ılık oturma banyosu içerisinde kullanılmaktadır (14). Bu etkilerinden dolayı hemoroidektomi sonrasında insizyon bölgesindeki ve ameliyat sonrası ilk defekasyondaki ağrının azalmasını sağlaması beklenmektedir.

Ülkemizde mentol yağı ile ılık oturma banyosunun ve ılık oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası ağrı üzerine etkisine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, literatürde ağrı düzeyini değerlendirmek için geliştirilen ve sık kullanılan Sayısal Değerlendirme Skalası yardımı ile hemoroidektomiden sonra mentol yağlı ılık oturma banyosunun ve ılık oturma banyosunun ağrı üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile planlandı. Çalışmanın sonucunda, mentol yağı ile ılık oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası, ilk defekasyonda yaşanan ağrının azaltılmasında ve hastanın konforunun yükseltilmesinde olumlu sonuçları olduğu takdirde, holistik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında, bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde, hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında, hemoroidektomi sonrası bakım veren hemşirelere rehber oluşturmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. HEMORİDİN ANATOMİSİ VE FİZYOPATOLOJİSİ

Hemoroidler, anorektal kanalın submukozal tabakasında yer alan üç yerde uzunluğuna yerleşmiş arterioller, düz kaslardan, bağ dokusundan ve fibrovasküler yapılardan oluşan vasküler ve doğal yastıkçıklardır. Hemoroidler anorektal kanalda kontinansın sağlanmasında rol oynamaktadır (15). Hemoroidler klinik olarak internal (iç), eksternal (dış) ve kombine (miks) hemoroidler olarak üç gruba ayrılmaktadır. İnternal hemoroidlerin başlangıç noktaları dentat çizgisinin üzerindedir ve üzerleri rektal mukoza epitel dokusu ile kaplıdır. Eksternal hemoroidler ise zengin bir sinir ağına sahip anorektal bölgeyi çevreleyen damar pleksuslarıdır (2). İnternal hemoroidler, genellikle 3 yerde lokalize olurlar. Litotomi pozisyonunda yatan bir hastada saat kadranına göre yapılan bu lokalizasyonlar 3,7,11 hizalarıdır (2,4,6).

Anorektal kanalda dinlenme sırasında hemoroidal arterler ile gelen kan venöz geri dönüşü sağlamakta bu sayede hemoroidal damar yumağı inmiş bir beze şeklinde anal kanalda bulunur (4). Özellikle defekasyon sırasında ıkınma ile birlikte venöz geri dönüş durur. Güçlü ve uzun süren ıkınmalarda özellikle venler içindeki kanın pıhtılaşmış halde olması ve anal kanalda başlayan pıhtılaşmanın daha sonra damar ağı içinde yayılarak tromboza yol açması hemoroidin şişmesine neden olur (2). Sık konstipasyonun ve diyarenin, defakasyonu kolaylaştırmak için uygulanan ıkınmanın ve risk faktörlerinin de neden olduğu anorektal kanaldaki hasarlar ve yırtılmalar sonucu ligamentlerin de yaşlanmasının etkisi ile değişime uğrar ve fonksiyonunu yapamaz hale gelirler (8,11). Sonuç olarak hemoroidal damarlar aracılığı ile getirilen kan, bu bölgedeki damarlarda uzun süreli basınç artışlarının ligamentler aracılığı ile kontrolün zayıflaması sonucu, hemoroidlerde boyunda uzama, venöz pakelerin eninde genişleme ile birlikte varisleşmeye yol açmaktadır (3,5,16).

Varisleşen hemoroidin damarları, mukozal dokusundaki basınç arttırarak epitel dokusunu inceltir ve defekasyondan hemen sonra hemoroidde ödem gelişmektedir. Ödemli hale gelen hemoroid yastıkçıkları, incelen mukozal dokusu kolay kanayan bir doku haline gelir (7,8).

2.2. HEMOROIDİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Hemoroid hastalığının hem kronik hale gelmesi hem de hastaların hemoroidin tedavisinden korkması, muayenesinden utanması ve bazı hemoroid hastalarının asemptomatik olması nedeniyle insidansının belirlenmesi oldukça zordur. Literatüre göre, hemoroidin en sık semptomatik hale gelme yaşı 45-65 yaş arasındır ve cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığı belirtilmiştir (3,5,6,17). Ancak kadınlarda gebelik döneminde uterusun büyümesinden kaynaklanan karın içi basıncının artması, hormonal değişiklikler, konstipasyonun artması ve vajinal doğum sıklıkla hastalığın ilk kez semptomatik hale geldiği dönem olmasına sebep olmaktadır (9). Amerika’da her yıl 1,5 milyon insan hemoroid nedeniyle medikal tedavi görmekte olup ve yılda en az 120–150 bin hemoroidektomi yapılmaktadır (18). Ülkemizde ise yılda 300 bin hemoroidektomi ameliyat yapılmaktadır (2,8).

2.3. HEMOROIDİN BELİRTİLERİ VE AYIRICI TANISI

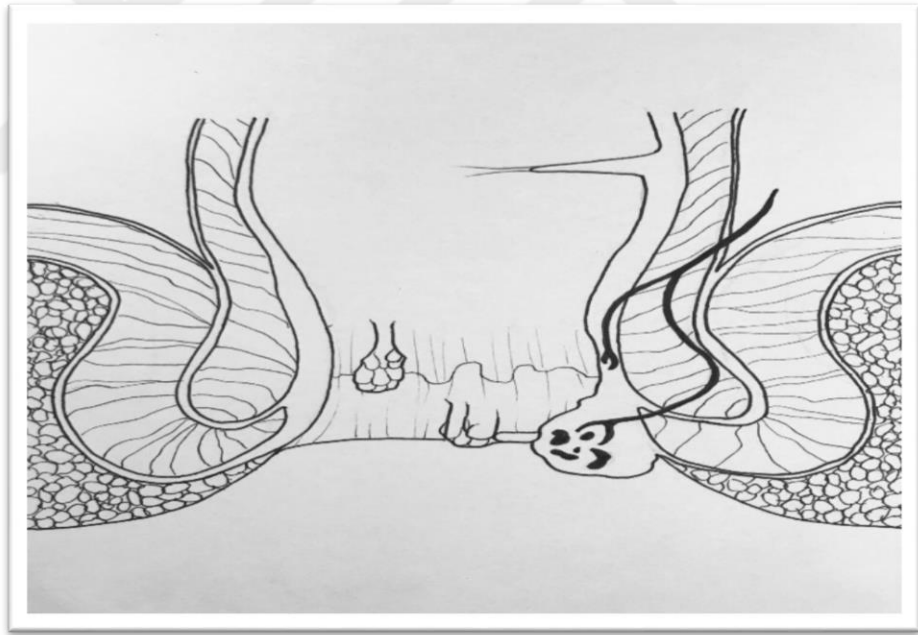
Hemoroid, internal (iç), eksternal (dış) ve miks olmak üzere üçe ayrılır. Genellikle hem iç hemoroid hem de dış hemoroid beraber bulunmakta olup en sık görülen belirtisi ise ele gelen şişlik ve rektal kanamadır (6). İnternal hemoroidde belirtiler, genellikle dışkılamadan sonra açık kırmızı renkli kanama ve daha sonra iç çamaşırda kan lekesi şeklindedir (15). Hemoroid, anüsün dışına sarkma yapıyorsa, ele gelen şişlik ve anorektal bölgede kaşıntı varsa eksternal hemoroid oluşmuştur. İnternal hemoroidde ise sarkma dışkılamanın başında ortaya çıkmakta ve sonraki evrelerinde el ile anorektal kanala geri itilmesi gerekmektedir. Bu uygulama, anüste rahatlamaya ve dışkılamada kolaylık sağlanmaktadır.

Hemoroidin diğer anorektal hastalıklardan ayırıcı tanısında; hemoroid, diğer anorektal hastalıkların belirtilerine benzediği için tanılması sırasında veri toplama aşaması çok önemlidir. Hemoroidal hastalıklar ile en çok karıştırılan hastalıklar; anal fissür, peranal abse, rektal prolapsus, anal kondiloma, rektum kanserleri ve pruritis anidir. Özellikle anal fissür hastalığı ağrılı defakasyon ve rektal kanama şikayeti oluşturmasıyla hemoroid ile karıştırılır. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en önemli durum rektal kanserlerin tanılanmasıdır. Rektal kanserlerin belirtilerinden olan ağrısız

rektal kanama ve kontrolsüz kilo kaybı mutlaka değerlendirilmelidir (19). Hemoroidin 4 evresi vardır (20).

Tablo 1.1. Hemoroidlerin Sınıflandırılması ve Belirtileri

1.Evre	Anorektal bölgeden sarkmayan fakat anoskop ile görülen hemoroid
2.Evre	Dışkılama veya ıkınma sırasında çıkan, kendiliğinden içeri giren ve kanama ve kaşıntılı hemoroid
3.Evre	Dışkılama veya ıkınma sırasında çıkan, manüple edilince içeri girebilen, kanama, kaşıntı ve dışkılama sonra şiddetli ağrı olan hemoroid
4.Evre	Geri itilemeyen, itilse bile anorektal bölgeye tıkayan, kanama ağrı ve dışkı kaçırmaya sebep olan hemoroid.



Şekil 2.1 İnternal ve eksternal hemoroid

2.4. HEMORİDİ EPİDEMİYOLOJİK AÇIDAN ETKİLEYEN DURUMLAR

Epidemiyolojik risk faktörlerine göre hemoroidi etkileyen durumlar şunlardır:

2.4.1. Diyetin İçeriği

Hemoroidin oluşumunu etkileyen faktörlerden en önemlisi beslenme içeriğidir. 1970'lerin başında lif kullanımını destekleyenler düşük lifli diyetin hemoroid gelişiminden etkileyici ortam hazırladıklarını düşünmüşlerdir (21). Sanayileşme ve endüstrisi gelişmiş toplumlarda fabrikasyon üretim olan düşük lifli ve daha çok rafine şeker içeren beslenme tarzına eğilim artış göstermektedir. Bu beslenme tarzı daha sert bir feçes oluşumuna neden olarak hastaların defekasyon sırasında sık ıkınmalarına, bağırsaktaki düz kasların hipertrofisine ve anorektal kanaldaki özellikle epitel dokuların hasar görmesine neden olmaktadır (3). Ayrıca, taze meyve ve sebze tüketiminin artırılması ve kafein kullanımının ve süt ürünlerinin tüketiminin azaltılması sertleşmiş feçesin yumuşamasına yardımcı olmaktadır (21,22).

2.4.2. Defekasyon Alışkanlıkları

Tuvalette uzun süre diz-ayak pozisyonu desteklenmeden oturmak perine kaslarını gevşetmektedir ve hemoroidin desteksiz kalmasına neden olmaktadır (3,22). Defekasyon süresinin ve iki defekasyon arasında uzun zaman olması feçesin sertleşmesine, anorektal kanalda sürtünmenin olmasına ve hemoroidin ödemlenmesine sebep olmaktadır (10).

2.4.3. Genetik Faktörler

Literatürde hemoroidlerin genetik bağlantıları açısından yeterli çalışma bulunamamıştır (3).

2.4.4. Konstipasyon/Diyare

Primer risk faktörü olan düşük lif içerikli beslenmenin, hemoroidlere ve konstipasyona neden olduğu bilinmektedir. Literatüre göre, hemoroidlerin alevlenme döneminde olan hastaların olmayanlara göre bağırsak alışkanlıklarında değişim veya konstipasyon deneyimi daha çok olduğu belirtilmiştir (23). Diyare ise, defekasyonun süresinin uzun olması ve sürekli tekrarlaması sebebiyle hemoroidin evresinin ilerlemesine sebep olmaktadır (10).

2.4.5. Cinsiyet

Hemoroidin görülme sıklığı cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında, erkeklerin hemoroid tedavisi için hastaneye daha sık başvurduğu bilinmesine rağmen, erkekler ve kadınlar arasında hemoroidin görülme sıklığı ile ilgili belirgin bir fark yoktur. Kadınlar için gebelik önemli bir risk faktörüdür ve fetüsün uterustaki pozisyonuna bağlı olarak anorektal bölgede artmış olan basınç internal hemoroid gelişimine neden olabilir (2,9).

2.4.6. Yaş

Hemoroidin görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. Özellikle 50 yaş üzerindeki hastaların çoğunda hemoroid nedeniyle medikal tedavi aldığı belirtilmektedir (3,24).

2.4.7. Medikal Durumlar ve Diğer Faktörler

Hemoroidler, fitik veya genitoüriner hastalıklarla birlikte daha çok görüldüğü belirlenmiştir (17). Hemoroidler; kronik öksürük, ıkınma ve gebeliği olan hastalarda daha çok görülmektedir (25).

Hemoroidler uzun süre oturmaya, ayakta durmaya ve ağır eşyalar kaldırmaya bağlı artmaktadır (7,26). Hareketin az olması anorektal bölgedeki kasların tonusunu azaltarak anorektal bölgede destek için bulunan hemoroidal yastıkçıklardaki kas dokusunun zayıflamasına neden olabilir. Bu kişiler defekasyon sırasında anorektal

bölgedeki sfinkterlerini sürekli olarak zorlaması semptomların artmasına neden olmaktadır (3).

2.5. AĞRININ TANIMLANMASI VE FİZYOLOJİK SINIFLANDIRILMASI

Ağrı, evrensel bir kavramdır ve yüzyıllardır insanoğlunun araştırdığı bir konudur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatları'na göre ağrı; var olan veya doku hasarına bağlı gelişen hoşla gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (27).

Ağrı; süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölgeye göre üç kısımda incelenmektedir (28,29).

2.5.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Akut Ağrı: Travma, enflamasyon ve hipoksi gibi durumlarda gelişen bir uyarı durumudur. Dokulara zarar veren durumlarda uyarıcı belirteç olan akut ağrı, lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından ilgilidir. Dokudaki uyarıyı oluşturan durum iyileşme oldukça azalarak geçer. Ağrı, 3-6 ay boyunca geçmediğinde kronik ağrı özelliklerini gösterir (28).

Kronik ağrı: Ağrının 3-6 ay boyunca geçmemesi veya aralıklarla devam etmesi ile bireyin hayat kalitesini, psikolojisinin etkilenmesi ile sempatik ve nöroendokrin fonksiyonların da etkilenmesi ile oluşan tablodur (30). Kronik ağrı, altı aydan uzun sürerse ve ağrıyı yaşayan birey için hastalıklara bağlı bir belirti olmaktan daha çok, ağrıya bağlı vücutta gelişen olumsuz değişikliklerle bir sendrom haline gelir. Kronik ağrısı olan hastalarda anksiyete, çaresizlik, ümitsizlik, depresyon, yorgunluk, endişe ve uyum sağlamada, etkinliklerde azalma gibi durumlar oluşabilir (11,28).

2.5.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

Somatik Ağrı: Genellikle kırık veya travma gibi durumlarda görülen ve somatik sinir lifleri üzerinde taşınan, aniden başlayan, keskin ve net lokalize olan ve

genellikle deri, kas-iskelet sistemi yapıları ve eklemlerin yaralanma veya hastalığından kaynaklanan ve batma, zonklama gibi hissedilen ağrıdır (31).

Visseral Ağrı: Künt ve yansıma ağrı şeklinde görülen bu ağrı çeşidi iç organ işlev bozukluğundan kaynaklanır. Enfeksiyon, iskemi, organ distansiyonu ve perforasyon gibi durumlar ile sonuçlanan fonksiyonel hastalıklarda görülebilir (30,31).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile ortaya çıkan hassas, soluk görüntü veren damarsal kökenli ağrılardır (30,32).

2.5.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflaması

Nosiseptif Ağrı: Vücut savunma mekanizmasından olan nosiseptif ağrı, organlardaki duyuşal nöronlardan algılanıp, santral sinir sistemine iletildikten sonra hissedilen ağrıdır (32).

Nöropatik Ağrı: Sinir sistemindeki fonksiyonel hasarlar sonucu hissedilen ağrıdır. Parestezi, yanma, disestezi, elektrik çarpar tarzında ağrı ve hiperaljezi gibi kendine özgü semptomlar gösterir. Bu ağrı çeşidi daha çok aralıklı ve batıcıdır. Nöropatik ağrıya yolaçan durumların başında; diyabetik nöropati, kronik bel ağrısı, inme, karpal tünel sendromu gibi rahatsızlıklar gelmektedir (28,33).

İnflamatuar Ağrı: Doku hasarı ve inflamasyon sonucu yanıt olarak gelişen ve inflamasyon gelişen dokudaki nosiseptörlerin ağrıya neden olur (34).

2.6. HEMOROIDİN SEMPTOMLARINDAN BİRİ OLAN AĞRININ TEDAVİSİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Hemoroidin semptomlarının yönetiminde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde ağrıda birçok medikal ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Uygulanan medikal yöntemler arasında en çok kullanılan, lokal anestezi ilaçlarıdır. Lokal anestezi ilaçları, özellikle hemoroidin sebep olduğu akut ağrı ataklarında ağrıyı gidermek, cilt duyarlılığını ve anal kaşıntı azaltmak gibi önlemler amacıyla hemoroid tedavisinde en çok kullanılan ilaç gruplarından (35). Hemoroidin tedavisinde en çok tercih edilen lokal anestezi adrenalin içeren lidokaindir. Ancak anorektal kanal

boyunca kaplayan anoderm yüzeyinde uzun süreli kullanım sonucunda duyarlılığa neden olabileceği için kısa süreli kullanılmalıdır (7,35).

Hemoroidin ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyini etkileyen medikal tedavi yöntemleri arasında literatürde şunlar yer almaktadır;

Son yıllarda gliseril trinitrat, anorektal kanalda yer alan düz kaslara antispazmolitik etki sağlamak için vazodilatör olarak kullanılır. Gliseril trinitrat, kimyasal olarak sfinkterotominin olmasına sebep olduğu için hemoroid ve anal fissürün tedavisinde kullanılmaktadır. Vahabi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hemoroidektomi sonrası ağrı düzeyinin azaltılmasında gliseril trinitrat merheminin uygulanmasında, uygulamaya başladıktan 18 saat sonra ağrı düzeyinde önemli bir azalma olmuştur (36). Ratnasingham ve arkadaşlarının hemoroidektomi sonrası ağrı ve yara iyileşmesinde gliseril trinitrat merheminin kullanımında, ameliyat sonrası 3. ve 7. günlerde ağrı düzeyini azaltmıştır (37). Wasvary ve arkadaşlarının yaptığı hemoroidektomi sonrası nitrogliserin merheminin uygulandığı bir çalışmada, ameliyat sonrası ikinci günde narkotik analjezik gereksinimi önemli ölçüde azalmıştır (38). Karanlık ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, gliseril trinitrat merheminin hemoroidektomi sonrası analjezik gereksinimini azalttığı belirtilmiştir (39). Ancak 2012 yılında gliseril trinitrat merhemi kullanılarak stapler (Longo) hemoroidektomi olan hastalarda ameliyatta Longo aletinin kullanımı nedeniyle ameliyat sonrası ağrısını azaltmamıştır (40). Literatüre göre gliseril trinitrat hemoroidin ameliyat öncesi ve sonrası hemoroidin tedavisinde kullanıldığında ağrıyı azaltmaktadır ancak hemoroidektominin türüne göre ağrı düzeyinin azaldığı belirtilmektedir (37).

Hemoroidektomi hastaları gününbirlik cerrahi hasta grubuna girmekte olup, genel veya spinal anestezi altında ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyinin azalması için hastaların lokal anestezi kullanılmaktadır (5,41,42). Perrotti ve arkadaşlarının, hemoroidektomi ameliyatı sonrası ağrı düzeyinde kontrol için lidokainli merhem ile topikal nifedipin uygulaması yapılan 270 hastada, lidokain ve nifedipinin uygulanan iki grupta lidokain uygulanan grupta daha iyi ağrı düzeyinde azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (35). Luck ve arkadaşlarının hemoroidektomi sonrası ağrının giderilmesi için iskiorektal fossa bloğu ve lokal anestezi uygulanan hastaların ağrı düzeyleri 30.dakikada, 2.,4. ve 24. saatlerde VAS (Vizüel Analog Skala) ile ölçülmüş

olup, her iki grubun ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma görülmüştür (43). Ala ve arkadaşlarının yaptıkları lokal anestezi olan metronidazolün hemoroidektomi sonrası ağrının giderilmesi ve ağrının VAS ile değerlendirildiği bir çalışmada, ameliyat sonrası ilk 6 saat ile 14. gün arasında devam eden ağrı değerlendirilmesinde, deney grubunda yer alan hastaların ağrısının azalması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (44).

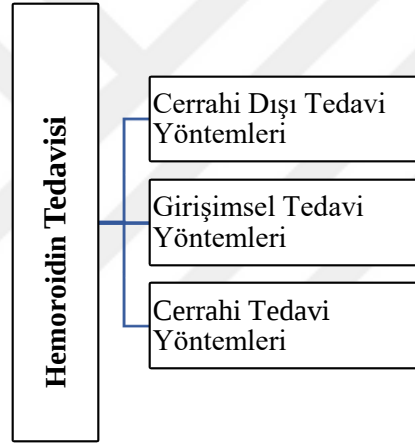
Anorektal cerrahide uygulanan cerrahi girişimlerde ağrı düzeyinin kontrolünde diltiazem kalsiyum kanal blokeri kullanımında, anorektal alanda kalsiyum iyonunun kanallardan damar düz kas hücre zarına geçişini engeller. Bu sayede sfinkterin gevşemesine sebep olmaktadır. Literatürde diltiazem ile yapılan çalışmalara bakılırsa, Huang ve arkadaşlarının 227 hasta ile beraber yaptığı hemoroidektomi sonrası ağrı için topikal Diltiazem merhem uygulamasının plasebo etkisiyle karşılaştırılması çalışmasında, Diltiazem merheminin, plasebo grubuyla karşılaştırıldığında ameliyattan sonra 48, 72 ve 96 saatten daha fazla ağrıyı azaltmada istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulunmuştur (45). Oral veya topikal diltiazemin kullanımı gastrointestinal sistemde bulunan sfinkterlerin gevşemesine sebep olmaktadır ve anorektal bölgedeki sfinkterlerin basıncın azaltmaktadır. Bu sebeple anorektal hastalıklarda diltiazem sıklıkla kullanılmaktadır. Silverman ve arkadaşlarının hemoroidektomi olmuş 18 hasta ile ameliyat sonrası ağrı düzeyi üzerine çalışılmış bir kalsiyum kanal bloker olan bir merhemnin etkisinin araştırıldığı ve VAS ile değerlendirildiği bir çalışmada, ameliyat sonrası ağrıyı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaltmıştır (46).

Botulinum toksini (Botox) spazmolitik bozuklukların tedavisinde çizgili kasların spazm gücünün azaltılmasında örneğin akalazya, anal fissür ve hemoroid kas ve sfinkterlerin spazmlarının sebep olduğu gibi hastalıklarda kullanılır (6,47,48). Anorektal kanalın duvarında yerleşmiş, sfinkter tonusunda artış gösteren ve en az iki aylık konservatif tedaviye rağmen başarılı olamamış hastalar bu kriterlerle botulinum toksin enjeksiyonu ile tedavi edilebilir. Davies ve arkadaşlarının botoksun (botulinum) hemoroidektomi sonrası ağrı düzeyine etkisinin araştırıldığı ve VAS ile ölçüldüğü bir çalışmada, deney grubundaki hastaların ameliyattan sonra ilk haftanın sonunda ağrısının kontrol grubuna göre daha az olduğu belirlenmiştir (49). Ayrıca, anorektal bölgedeki sfinkterlere botulinum toksini enjeksiyonu, tromboze olmuş dış

hemoroidlerin ağrısını azaltmaktadır (6). Hemoroidin alevlenme dönemlerinde ve ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünde, medikal tedavi yöntemleri arasında kalsiyum kanal blokerleri, diltiazem ve gliseril nitrat merhem olarak anorektal bölgeye uygulanmakta olup ağrı düzeyinde azalma görülmüştür (1).

2.7. HEMOROIDİN TEDAVİSİ

Hemoroidi tanılamada ve tedavi yöntemini belirlerken öncelikle hastadan detaylı bir klinik öykü alınmalıdır. Hemoroidal hastalıkta tedavi süreci hemoroidin tipi, klinik belirtileri, evresi ve komplikasyonlarına göre belirlenmektedir (4,50). Hemoroidin tedavisinde cerrahi dışı, girişimsel ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.



Şekil 2.2. Hemoroidin tedavisinde kullanılan yöntemler (Ekçi ve arkadaşları (4)'dan, Yücel (5)'den).

2.7.1. Hemoroidin Cerrahi Dışı Tedavi Yöntemleri

Hemoroidlerin tedavisi evrelerine ve komplikasyonlarına göre medikal, lokal ve nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden kombinasyonla veya tek bir yöntem ile tedavi edilmektedir.

2.7.1.1. Medikal tedavi yöntemleri:

Hemoroidin belirtilerini azaltan, vasküler direnci arttıran, antiinflamatuvar ve laksatif etkili; topikal olarak da uygulanabilen ilaçlar kullanılmaktadır (15,20). Tedavide kullanılan ilaçlar, tek başına kullanılabildiği gibi kombine tedavi olarak da kullanılabilmektedir. Hemoroidin tedavisinde kullanılan topikal ilaçlar; antiinflamatuvar etkili steroidler, lokal anestezikler ve vaskülotroplar olmak üzere üç ana etkili madde bulunmaktadır (51). Literatürde, hemoroidin tromboze olduğu durumlarda kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan venöz basıncı azaltan ilaçlar hemoroidin ağrısını ve ödemin azaltılması için kullanılmaktadır (35). Suppozituar ilaçlar anorektal kanal içerisinde aktif olarak etki göstererek dışkıyı anorektal kanaldan kolay geçmesini sağlar. Laksatifler, defekasyonu kolaylaştırmasında, hastaların rahatlamasında ve tedavinin idamesinde kullanılmaktadır (2,4).

2.7.1.2. Tamamlayıcı (nonfarmakolojik) tedavi yöntemleri:

Tamamlayıcı tedavi yöntemleri, geçmişten günümüze kadar gelen hemşirelik bakımlarında yer almaktadır (52). Akupunktur, homeopati, fitoterapi ve diğer uygulamalar dahil olmak üzere bugüne kadar hemşirelik girişimlerinde duygusal ve fiziksel bozukluklarla veya kanser gibi komplike bir hastalıkla karşı karşıya olan insanlara destek vermeye odaklanmıştır. Nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik ve cerrahi tedaviye yardımcı olmak için veya sadece nonfarmakolojik yöntemlerle semptomları gidermek ve azaltmak için kullanılmaktadır (14).

Tamamlayıcı tedavi yöntemleri, bireylerin sağlığını korumak, hastalık durumunda vücuda olan zararı en aza indirmek ve sağlığı geri kazanmak için geleneksel tedavi uygulamaları ile kullanılan yöntemlerin hepsidir. Hemşirelik uygulamalarının ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin etki felsefesi birbirine yakındır. Hemşirelik uygulamalarının ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri, bireye holistik açıdan yaklaşmasıyla ve tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında destekleyici olmasıyla birbirine benzer özellikler göstermektedir (53).

Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin; hasta ve hemşire arasında olumlu ilişki ve bütüncül yaklaşım sağlama, öz bakımı, yaşam kalitesini ve bakımdan memnuniyeti artırma, bireyi güçlendirme, medikal ve cerrahi tedavinin neden olduğu yan etkileri ve

endişeleri azaltma gibi yararları vardır (53,54). Literatüre göre; hemşirelik bakımında kullanılan tamamlayıcı tedaviyi üç gruba ayırmıştır; birinci grupta hemşirelik bakımlarına ek olarak doğrudan uygulayabildikleri tedaviler (masaj, refleksoloji, shiatsu, aromaterapi, oturma banyosu), ikinci grupta hemşirelik kısmi boyutta dahil edilebilen tedaviler (homeopati, bitkisel tedaviler, beslenmenin düzenlenmesi), üçüncü grupta ise hemşirelik uygulamasına danışmanlık almadan dahil edilemeyen ancak hemşirelerin uygulanması konusunda önerilerde bulunabilecekleri tedaviler (hipnoz, akupunktur ve osteopati) bulunmaktadır (53,54). Literatürde hemoroidi konu alan çalışmalara bakılırsa, hemoroidektomi sonrasında ortaya çıkan ağrı birçok araştırmaya konu olmuştur ve çeşitli medikal veya non-farmakolojik yöntemlerle ağrı düzeyinin azaltılması için çalışılmıştır (36,40).

2.7.1.2.1 Hemoroidde ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri:

Nonfarmakolojik yöntemler ile genellikle hemoroidin enflamatuvar durumunu ve ağrısını azaltmak için kullanılmaktadır. Hemoroidin tedavisinde yer alan nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden bazıları şunlardır; hirudoterapi, aromaterapi yağlar ile uygulanan ılık oturma banyosu, bitkisel takviyeler, sıcak veya ılık oturma banyosu, sıcak veya ılık su püskürtme gibi uygulamalardır (14).

Hemoroidde ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kullanılan tamamlayıcı tedavilerde kullanılan bitkisel droglar şunlardır; *aloe vera*, *siyah çay*, *yeşil çay*, *mentol yağı*, *papatya*, *süt*, *kuru incir*, *zeytinyağı*, *çay ağacı yağı*, *karanfil yağı*, *at kestanesi yağı*, *Myrtle yağı*, *Aesculus hippocastanum*, *Hamamelis virginiana*, *Ruscus aculeatus*, *Myroxylon balsamum*, *Myrtus Communis*, *hyaluronik asit*, *Plantago ovata* Forssk., *Centella asiatica*, *Vitis vinifera*, *Vaccinium myrtillus*, *Aesculus Hippocastanum*, *Stellaria media subsp. media* ve hindistan cevizi yağıdır ayrıca ılık oturma banyolarında antiseptik amaçlı kullanılan povidin iyot da kullanılır (55-64).

Hemoroidin semptomlarının azaltılmasında nonfarmakolojik yöntemler arasında olan aromaterapi de kullanılmaktadır. *Myrtus communis* uçucu yağından hazırlanan ve topikal uygulanan losyonun hemoroid semptomlarının hafifletilmesinde etkisini değerlendirmek için antihemoroidal ajan olarak

kullanılmakta ve hemoroidal ağrıyı, anorektal bölgedeki kaşıntıyı azalttığı belirtilmiştir (13). Ameliyat öncesi dönemde hemoroidin belirtilerini azaltmak için kullanılan *Myrtus Communis* uçucu yağının, özellikle dışkılama sırasında ağrıyı, kanamayı ve anal kaşıntıyı iyileştirdiği belirtilmiştir (61). Anorektal hastalıkların tedavisinde aromaterapinin kullanımı, karanfil yağının topikal olarak uygulanması özellikle anal fissürlerde ameliyat öncesi dönemde kullanılmaktadır (62). Hemoroidin ameliyat öncesi dönemde, *Allium ampeloprasum Subsp Iranicum* (Pırasa)'un antihemoroidal topikal krem olarak kullanıldığında hemoroidin semptomlarının azaldığını belirtmiştir (63). Eshghi ve arkadaşlarının yaptıkları aloe vera özlü kremin hemoroidektomi sonrası ağrı ve yara iyileşmesi üzerine olan etkilerinin araştırılması çalışmasında, deney grubu kontrol grubuna göre hastalarda hem dinlenme hem de defekasyonu, iyileşme süresi ve analjezik gereksinimleri sırasında ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (64). Zisis ve arkadaşlarının yaptığı hemoroidin semptomlarının *Arum maculatum*'un ameliyat öncesi dönemde ödemin azaltılması ve yaşam kalitesinin ölçülmesi için yapılmış çalışmada, yaşam kalitesini arttırdığı ve semptomları azalttığı belirtilmiştir (65). Bir başka çalışmada ise hemoroidektomi sonrası E vitaminin anorektal bölgede ödemi azattığı ve ağrının azaldığı belirtilmiştir (66). Literatürde, nonfarmakolojik yöntemlerden olan Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonun (TENS) hemoroidde ağrıyı giderdiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, hemoroidektomi sonrası ağrının kontrolünde TENS kullanıldığı ve ağrı düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası dönemde etkin ve güvenli ağrı kontrolünde kullanılan yöntemdir (67).

Hemoroidin ameliyat öncesi sonrası dönemde ödemin ve ağrının azalması, hasta memnuniyetinin artması için termal uygulamalar yapılmaktadır. Sıcak oturma banyosu anorektal bozuklukların (anal fissür, fistül ve hemoroid) ameliyat öncesi dönemde konservatif tedavisinde ve ameliyat sonrası dönemde (yara iyileşmesini hızlandırmak ve ameliyat sonrasında ağrıyı azaltmak için) kullanılmaktadır (68,69). Hsu ve arkadaşlarının randomize kontrollü bir araştırmasında, su püskürtme ve ılık oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası yara iyileşmesinin benzer etkisinin olduğu bulunmuştur (70).

2.7.1.2.2. Aromaterapi:

Aromaterapi, dünyada yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri olan fitoterapinin bir dalıdır. Fitoterapi, bitkinin bir kısmının veya tamamının kullanılarak elde edilmesiyle bitkisel droglar halinde çeşitli yöntemler ile haricen kullanılır. Aromaterapi, sağlığı tedavi etmek ve desteklemek amacıyla uçucu yağların kullanılmasıdır (71). Uçucu yağlar, genellikle su veya buhar yoluyla damıtma ve mekanik ekspresyon yoluyla üretilen yağ bazlı uçucu maddelerdir. Aromaterapinin kullanım alanları arasında, hamilelikte ve doğum sırasında kolaylaştırılmasında, bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, uykunun düzenlenmesinde, ağrı kontrolünde ve gastrointestinal sistemde görülen hastalıklarda uygulanmaktadır (72,73).

Literatürde, yaklaşık 6000 yıllık bir geçmişe sahip olan aromaterapinin ilk olarak mumya yapımında, uçucu yağları ise kuru iklimden ciltlerini korumak ve yumuşatmak için Antik Mısır uygarlığına ait kullanımının olduğu belirtilmektedir. Aromaterapinin tedavi ve güzellik amacıyla kullanımı ise ilk olarak eski Yunanistan'da olduğu belirtilmiştir. Roma İmparatorluğu döneminde ise aromaterapi, banyodan sonra masaj ile uygulanmıştır. Aromaterapik yağlar, günümüzde kullanıldığı halinin sahibi ve modern aromaterapinin de kurucusu olan Dr. René-Maurice Gattefossé'dur. 1936 yılında Fransız Kimyager Doktor René-Maurice Gattefossé, laboratuvar çalışmasında gaz lambasının kırılmasıyla elini yakmış ve o sırada elinde bulunan şişeden dökülen lavanta yağının elini hızlı bir şekilde ve yanık izi bırakmakdan iyileştirdiğini fark etmiştir. Daha sonra yaptığı araştırmaları sonucunda yağların, antiseptik, iyileştirici ve hızlı hücre yenileyici etkilerinin olduğunu saptamıştır (74).

Hastalar için güvenli çevrenin öneminden bahseden Florence Nightingale, kalabalık bir odada bitkilerin karbonik asidi ortama oksijen yayarak absorbe ettiğini ve zambak, sümbül gibi çiçeklerin güzel koku vererek sinir sistemi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu belirterek aromaterapinin öneminden bahsetmiştir (73,75). Günümüzde aromatik yağların üretimi ve kullanım alanları artmasıyla birlikte, aromaterapi tamamlayıcı tedavi yöntemlerin arasında kabul edilip uygulanmaya başlanmıştır.

2.7.1.2.3. Aromaterapinin etkileri ve uygulama yöntemleri:

Geçmişten günümüze gelen ve kullanım alanları genişleyen aromaterapinin, holistik, estetik ve tıbbi olmak üzere üç tipi vardır. Estetik aromaterapi, tedavi etmekten daha çok güzelleştirmek, parfüm veya losyon olarak kullanılmaktadır. Holistik aromaterapide ise, bireye özel hazırlanan karışımlarla kişinin sağlığını korumayı sağlar. Tıbbi aromaterapi, esansiyel yağların iyileştirici özelliklerinden yararlanarak kişinin sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır (73). Tıbbi aromaterapi, medikal ve klinik aromaterapi olarak alt dallara ayrılmaktadır. Medikal aromaterapide, hekim esansiyel yağları enfeksiyon, ağrı gibi sorunları gidermek için yoğun ve yüksek dozlarda oral yol da dahil tüm harici ve dahili yollardan uygulamaktadır.

Aromatik yağlar, hastanın sorunlarını gidermenin yanında, özellikle genel bakımı için tıbbi ortamlara kullanıldığında klinik aromaterapi olarak adlandırılmaktadır. Klinik aromaterapi, bireysel ihtiyaçlara göre geliştirilmiş holistik ve tıbbi aromaterapinin bu şekilde birleşimini temsil etmektedir. Klinik aromaterapi, daha çok hemşireler tarafından anksiyete ve ağrıyı gidermek için kullanılır. Uygulama yetkisi Fransa, Almanya, İsviçre’de oral kullanım sadece hekimlerin yetkisindeyken, hemşire oral uygulama dışındaki tüm harici yollar ile aromaterapi uygulamalarında kullanabilmektedir (74).

Hemşirelik bakımında ilaç uygulama sürecindeki en önemli sorumlulukları, ilaç hakkında bilgi sahibi olmalı, ilaç hakkında kritik düşünmeli, ilacı güvenli bir şekilde uygulamalı (doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru form), ilacın etkilerini izlemeli, yapılan ilacı kaydetmelidir. Aromaterapiden de ilaçlar gibi doğru etkinin alınabilmesi için doğru yolla uygulanması çok önemlidir. Aromatik yağlar; topikal (masaj, kompres ya da oturma banyosu), dahili (gargara, vajinal ya da anal fitil), ağız (ilaç formu ile bal, alkol veya seyrelmeyi sağlayan madde içinde sulandırma yolu ile) ve solukla alma (direkt veya dolaylı yoldan, buharla veya buharsız olarak soluma) olmak üzere toplam dört temel yolla uygulanabilmektedir (52,53,76-78). Topikal yol ile masaj uygulaması, taşıyıcı yağlarla (zeytinyağı, susam, badem, fındık, kantaron yağları vs.) esansiyel yani uçucu yağların (gül, kekik, adaçayı, kimyon, anason, defne, biberiye, lavanta yağları vs.) kullanılarak bedendeki yumuşak dokulara sürülerek uygulanmasıdır. Ayrıca aromatik yağlarının kan dolaşımı yardımı ile lenf sistemine ulaştığını ve hücre arası sıvı yolu ile iyileştirdiğini kanıtlamıştır (52).

Aromaterapinin limbik sistem, kalp ve dolaşım sistemi, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi, santral sinir sistemi, kadın üreme sistemi, deri ve eklerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bunlar;

- Limbik sistem; aromaterapi ile harekete geçip nörokimyasalları serbest bırakarak, ağrının azalmasına, iyilik hissinin artmasına ve sakinleşmeye yardımcı olmaktadır (52,53,79).
- Kalp ve dolaşım sisteminde; sedatif, antispazmolik, hipotansif ve hipertansif özelliği olan esansiyel yağlarla etkisi vardır (52,53,79).
- Sindirim sistemi; ağız yaraları, ağız kokusu, bakteri ve fungal enfeksiyonlar, dispepsi, bulantı, mide ülserleri ve bağırsak hastalıkları tedavilerinde kullanılmaktadır (52,53,79).
- Kas iskelet sistemi; kas spazmları, ağrıları, krampları, yorgunluğu, tendinit ve bursit gibi kas iskelet sistemi problemleri, antiromatizmal, antiinflamatuvar ve antispazmotik özelliği olan esansiyel yağlarla tedavilerde kullanılmaktadır (52,53,79).
- Santral sinir sistemi; baş ağrısı, mental yorgunluk, stres, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, multiple skleroz ve nevralji gibi santral sinir sisteminden kaynaklanan problemler, sakinleştirici ya da uyarıcı özelliği olan esansiyel yağlarla tedavi edilebilmektedir (52,53,79).
- Deri ve eklerinde; akne, psoriasis, egzama, siğil, yanık, enfeksiyonlar, kontakt dermatit, atlet ayağı, uçuk gibi deride görölen problemler, antiinflamatuvar, antiseptik, parazit öldürücü ve cilt hasarını onarıcı özelliği olan esansiyel yağlarla tedavi edilebilmektedir (52,53,79).
- Kadın üreme sistemi: ağrılı adet görme, anormal uterin kanamalar ve vajinal enfeksiyonlar gibi durumlarda kullanılabilmektedir (52,53,79).

2.7.1.2.4. Aromaterapik yağların uygulanırken görülen riskler ve dikkat edilmesi gereken durumlar:

Aromaterapi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken kurallar uygulanacak yönteme göre değişmektedir (52). Bu kurallardan bazıları; (52,73,79).

- Gebelikte sadece etkisi kanıtlanmış aromatik yağların uygulama dozları ve uygulama yöntemlerine uygun kullanılmalı,
- Bazı aromatik yağların tahriş edici özelliği olabileceği için cilde yönelik uygulamalarında dikkatli olunmalı,
- Herhangi bir ilaç kullanımında aromatik yağ ile etkileşimde olacağı için ilaç kullanımı sorgulanmalı,
- Aromatik yağın bulunduğu kabın koyu renk cam olmasına, güneş almayan bir yerde saklanmasına, üzerindeki son kullanma tarihinin etiketinin okunaklı ve şişesi damlalıklı olmalı,
- Aromatik yağın uygulanması için ısıtma aracı kullanılıyorsa yangın ve sıcak su yanığı gibi zararlı durumlara dikkatli edilmesi,
- Solunum yolu hastalıkları varsa aromatik yağ uygulaması yapılmamalı,
- Aromatik yağların emniyet yönünden göz ve mukoz membranla temasından kaçınılması, çocuklardan ve evde yaşayan hayvanlardan uzak tutulmasıdır.

2.7.1.2.5. Aromaterapi ve hemşirelik:

Hemşirelikte önemli bir yeri olan ve kanıta dayalı uygulamalarla da desteklenen aromaterapi, hasta bakımında kullandıkları bir yöntemdir (52). Aromaterapi kavramı önemli bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilmiş ve hemşirelik girişimleri sınıflama sistemi olan NIC'te (Nursing Interventions Classification/Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) de aromaterapiye yer verilmiştir (73). Bu sınıflamada konforu sağlama ve yükseltme, stresle başa çıkma, ağrıyı azaltma, tat ve koku sorunlarında aromaterapinin holistik bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (75).

Hemşireler aromaterapi uygulamalarında uygulama yolunu bilme, uygun yağı seçme, uygulamanın sıklık ve süresine karar verme, hastadaki değişimi gözlemleme ve sonuçlarını ortaya koyma, bireyleri doğru uygulamalara yönlendirebilme ve etkili danışmanlık hizmetini vermekle sorumludur (54). Bunu başarabilmeleri için de öncelikle hemşirelerin aromaterapiyi güvenli bir şekilde uygulayabilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, uygulamanın birey için uygun olup olmadığına karar verebilmeleri ve uygulamanın olası sonuçlarının farkında olmaları gereklidir (52). Kyle ve Temmen'in bahsettiği klavuzda, hemşirelerin aromaterapi uygularken; en iyi uygulama yolunu tanımlama, karışımın yoğunluğunu tanımlama, masajı uygularken kullanılacak taşıyıcı yağı seçme, aromaterapi uygulamasının sıklık ve süresini netleştirme, bireyin değişime hazır ve motive olduğunu tanımlama ve sonuç kriterlerini ortaya koyma olmak üzere altı alana dikkat etmesi gerekmektedir (77).

2.7.1.2.6. Mentol yağı (*Mentha-Mentha Longifolia*):

Habitatı Orta Avrupa ve Asya olarak bilinen, Kanada ve Amerika'da doğal olarak yetiştirilen ve Türkiye'de ise kültür bitkisi olarak yetişen nane; *Mentha* türlerindeki çok yıllık köklere sahip otsu bitkilere verilen genel isimdir (67). Nane, ilkçağlardan beri birçok uygarlıkta farklı amaçlar için kullanılmıştır. Tıbbi amaç için kullanılan nane ve bir bitkisel drog olan nane yağı hakkındaki bilgiler antik Yunan farmokopesine uzanır. Nane yağı, çiçekli nane bitkisinin buharla damıtılması yoluyla elde edilir ve içeriğinde aktif olarak mentol (%35-45) ve menton (%10-30) bulunmaktadır. Bu işlem sonucunda ortaya çıkan mentol yağının kullanım alanlarından olan safra kesesi hastalıklarının tedavisinde, sindirim sisteminin semptomlarını gidermek, özofagusun reflü sebebiyle yanmasını gidermek, kolonun hastalıklarında ve öksürüğü gidermek için ekspektron olarak da geçmişten günümüze kullanılmaktadır (80-83).

Günümüzde ise mentol yağı; hemoroidin, dispepsinin ve irretabl bağırsak sendromunun tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (84-88). Literatürde antiinflamatuvar etkisi olan mentol yağının deri uygulamasında cilt emilimi hızlı olduğu belirtilmiştir (78,88). Ayrıca mentolün deri üzerine uygulandığında analjezik etkisinin olduğu bilinmektedir (89). Bazı hemoroidal ilaçların içerisinde de bulunan mentol

yağının hemoroidde ameliyat öncesi dönemde kullanıldığı belirtilmiştir (90). Nane yağının üst ve alt sindirim sistemi hastalıklarında, kolonoskopi ve endoskopinin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır (91). Yoshida ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kolonoskopi sırasında, spazmı önlemek için kolon içerisine mentol verilerek kolon spazmını giderdiği belirlenmiştir (91). Literatürde antispazmolitik, antiemetik ve antienflamatuvar etkili olan mentol yağının gastrointestinal sistemin hastalıklarında ve bağırsağın birçok hastalıklarında kullanıldığı belirtilmiştir (86,92,93).

2.7.2. Hemoroidin Tedavisinde Kullanılan Ek Yöntemler

2.7.2.1. Diyet:

Hemoroidin oluşumunda konstipasyonun ve ıkınmanın eşlik ettiği defakasyonun önemli rol oynadığı bilinmektedir. Konstipasyonu önlemek için gıdalardaki lif ve su oranını arttırmak gerekmektedir. Hemoroidin alevlenme döneminde, medikal tedavisinde ve hemoroidin evresinin ilerlemesini önlemek için lif ağırlıklı diyet uygulanması gerekmektedir (10). Günlük lif ihtiyacı 20-30 gr/gün ve sıvı ihtiyacı en az 2-2.5 lt/gün olmalıdır. Hemoroidin tedavisine ek olarak uygulanan girişimler; lifli besinler ile beslenmek ve hemoroidin semptomlarını gidermektedir (2,94).

2.7.2.2. Dışkı hacmini arttırıcı ve dışkı yumuşatıcı medikal tedavi:

Dışkı hacmini arttırıcı ve dışkı yumuşatıcı ilaçlar cerrahi ve medikal tedavide hemoroide olan basının azalması için dışkıyı yumuşatacak bir etkisi vardır (95). Genelde günde bir kez kullanılan ve dışkıyı yumuşatan laksatifler, hastaların rahatlaması ve tedavinin olumlu sonuçlanması açısından önemlidir. Bu ilaçları tedaviye kullanılması, hastanın diğer hastalıkları ve tedaviye uyumu yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (2,4).

2.7.2.3. Lokal uygulamalar:

Ilık veya sıcak su oturma banyoları: Farklı hastalıklarda kullanılan oturma banyoları, farklı sıcaklık, basınç ve süreyle uygulanmaktadır (96). Hemoroidin belirtilerinin alevlendiği dönemlerde hastayı rahatlatmaya yönelik uygulanan tedavi yöntemlerinden birisi de sıcak oturma banyosudur (4,24,50). Oturma banyosu; üroloji, jinekoloji, anorektal bölge hastalıklarının tedavisinde ve ameliyatları sonrasında, anorektal kaşıntıda ve yanmada, yaranın iyileşmesinde ve ağrının giderilmesinde kullanılan bir tedavi yöntemidir (22,97). Literatürde, anorektal bölgedeki sorunu çeşitli ilaçlar veya bitkisel dorglar ile tedavi uygulandığında veya sadece oturma banyosu uygulandığında ağrıyı giderdiği, ameliyat sonrasında insizyon bölgesine kan akımını arttırarak anorektal sfinkterlerin spazmı azaltarak rahatlama sağladığı ve yara iyileşmesini desteklediği bildirilmiştir (5,98). Bu etkilerin perianal bölgedeki termo reseptörlerin sıcak su ile temas etmesiyle birlikte internal sfinkterlerin gevşemesi sonucu olmaktadır (98). Hemoroidektomiden sonra ve evre 1-2’de olan hemoroidlerde defekasyondan sonra yapılan bu uygulamalar anal sfinkterin kasılmasının sebep olduğu ağrıyı azaltmaktadır (2,5). Literatüre göre, hemoroidde ameliyat sonrasında sıcak suyun oturma banyosunda kullanıldığında, anorektal bölgedeki iç sfinkterin rahatladığı ve sfinkter spazmının azaldığı belirtilmiştir (99). Anorektal hastalıkların tümünde hem ameliyat öncesi hemoroidin semptomlarını alevlenme döneminde sıcak oturma banyosunun analjezik özelliği ile ağrıyı azaltmaktadır (100).

2.7.2.4. Lokal anesteziik losyonlar, aromaterapik yağlar ve kremler:

Hemoroidde olan ağrının azaltılmasında etkilidir; ancak kullanılan losyonlar ve yağlar hastalarda allerjik reaksiyonlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrı yönetiminde defekasyon öncesi ve sonrasında %5 lidocaine veya %2 lignocaine uygulanması önerilmektedir. Kullanılan pomadlardan bazıları da non steroidli pomadlar ve steroidli pomadlardır. Bu pomadların etkisi ise ödem ve konjesyonu azaltarak ağrı kontrolünü sağlamasıdır. Uygulanan topikal ilaçların ağrıyı azaltmasının nedeni ise analjezik ve antiinflamatuvar etkilerinden dolayı olduğu belirtilmektedir (98).

2.7.3. Hemoroidin Tedavisinde Girişimsel Yöntemler

Girişimsel hemoroid tedavileri genellikle medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda medikal tedaviyle kombine kullanılmaktadır. Bu yöntemlerde komplikasyonlar az görülmesine rağmen tekrar etme ihtimali daha yüksektir. En sık kullanılan kombine yöntemler arasında; elastik band ligasyonu, skleroterapi, kızılötesi fotokoagülasyon, radyofrekans tedavisi, laser veya bipolar koagülasyon ve kriyoterapidir (4,5,6,94,101).

2.7.3.1. Elastik band ligasyonu:

Amerika'da endoskopi ünitelerinde en çok kullanılan girişimsel hemoroid tedavi yöntemi olan elastik band ligasyonu, hemoroidin pakelerinin anorektal dokuya tutunduğu bölgeye özel elastik bant takılarak hemoroidin bağlanması yöntemidir (15). Genellikle 1.ve 2. evre internal hemoroidler için kullanılır ve bu evreler için en etkili tedavi yöntemidir (102). Ancak eksternal hemoroidde kullanıldığında çoğunlukla nüks görülür. Bu uygulama ile hemoroid pakelerinde iskemi gelişir (4). Elastik bant ligasyonunun komplikasyonları; tekrarlayan hemoroid, kanama, anal fistül ve fissür, ağrı, enfeksiyon, idrar retansiyonu, pelvik sepsis, perineal abse, bant kayması ve nadiren sepsistir (2,4,7).

2.7.3.2. Skleroterapi:

Skleroterapi genellikle bacaklarda bulunan varisler üzerinde uygulanmaktadır. İngiltere'de sık ve poliklinik ortamında uygulanan bu yöntemde, 1. ve 2. derece hemoroidin bulunduğu anorektal mukozanın doku altına alkol, kinin ve üre hidrokortikoid gibi sklerozan madde enjeksiyonu yapılarak hemoroidal damarlarda tahriş sonucu hemoroid pakelerinde skleroz sağlanmaktadır. Böylece hemoroid pakelerinin küçülmesi ve anorektal duvara yapışması sağlanmaktadır. Skleroterapi uygulaması sonrası, antibiyotik, uygulanan bölgenin dışkı ile zarar görmemesi için laksatif kullanımı ve sıcak suya oturma banyosu önerilir. Skleroterapinin komplikasyonları arasında, anorektal mukoza nekrozu, ülser, anal striktür, kanama, anorektal abse ve bakteriyemidir (4). Uygulama sonrasında anorektal bölgede ağrı,

enfeksiyon, ülser, bağ doku iltihabı ve nekroz gibi komplikasyonlar görülebilir (1,7,15,103).

2.7.3.3. İnfrared (Kızılötesi) fotokoagülasyon:

1., 2., ve 3. evrelerdeki hemoroidin tedavisinde kullanılan, 1-2 saniye tungsten-halojen lamba ile infrared ışını ve ısıyı verilerek hemoroid pakesi içindeki dolaşım bozulur ve doku nekroze olur. Oluşan nekroz sayesinde 10-14 gün sonra hemoroid pakelerinin üzerindeki skar dokularının iyileşmesi sonucu pakeler büzülür ve pakeler düşer. Kızılötesi fotokoagülasyonun komplikasyonları arasında; uygulama bölgesinde sıcaklık artışı, ağrı, enfeksiyon ve kanama görülmektedir (1,2,15).

2.7.3.4. Kriyoterapi:

Genellikle 1. ve 2. evrelerde hemoroidlerde kullanılan bu yöntem, özel proplar ile -96°C sıvı nitrojen uygulanarak aşırı soğuk ile dondurulması ve doku nekrozunun oluşmasıyla hemoroidin pakesi düşmektedir. Kriyoterapinin komplikasyonları arasında; dondurulan dokunun derinliği kontrol edilemediği için anorektal sfinkterlerde zedelenme, ağrı, kötü kokulu akıntı ve enflamasyon sık görülen komplikasyonlardır (3,103).

2.7.3.5. Laserle (Vaporizasyon ile) tedavi:

Doku hasarı ve derinliğinin ayarlandığı ve hemoroidin tedavisinde Co2 ve YAG laserleri kullanılarak uygulanan poliklinik tedavi işlemleri arasında yer alan bu yöntem minimal kanamaya ve ağrıya yol açtığı için tercih edilmektedir (3,102).

2.7.4. Hemoroidin Cerrahi Tedavisi

İlaçlarla ve konservatif tedaviyle semptomları azalmayan ve hemoroidin yanı sıra fissür, fistül gibi başka bir anorektal hastalığı olan veya 3. ve 4. evre hemoroid hastalarında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahi tedavinin amacı, hemoroide bağlı kanamanın önlenmesi ve mukozanın sabitlenmesidir. Hemoroidektomi türleri

arasındaki tek fark insizyonun açık veya kapalı uygulanmasıdır. Cerrahi tedavinin tercih edilme sebepleri arasında; ülser, nekroz, tromboze hemoroid, papillomalar ve lastik bant ligasyonunun başarısız olduğu durumlar yer almaktadır (5,15,51).

2.7.4.1. Hemoroidektomi:

Hemoroid olan hastaların %5-%10'u cerrahi tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Hemoroidlerin %90'ı cerrahi girişim olmadan, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaçlarla tedavi edilebilmektedir. 1. ve 2. evre hemoroidi olan ve yaşam tarzı değişikliklerine cevap vermeyen hastalar, geniş prolabe pakelerin varlığı, tekrarlayan anorektal bölgedeki tromboz durumu, fissür, fistül, ağrı ve kanama gibi bulgularında bulunduğu cerrahi tedavi gerektiren lezyonların bulunduğu hastalar ile ileri derece hemoroidi olan hastaların tedavisinde başarı oranı yüksek olan ilk seçenek olarak cerrahi tedaviye başvurulabilmektedir (6,7).

2.7.4.1.1. Milligan-Morgan hemoroidektomi (açık teknik):

Avrupa'da en çok tercih edilen, gününbirlik cerrahide yer alan, litotomi veya prone pozisyonda hemoroidin her evresinde uygulanabilen açık hemoroidektomi tekniğidir. Bu yöntemdeki amaç, hemoroidal dokunun içindeki damarlarla beraber eksize edilip damarsal ağın yoğun olduğu bölge ile normal mukozanın sütür ile bağlanmasıyla oluşur. Konulan sütür materyali geç eriyebilen, antibiyotik içeren ve orta kalınlıkta olmalıdır. Bazı enfeksiyon durumlarında cildin açık bırakılması cerrah tarafından tercih edilir (3,51).

2.7.4.1.2. Kapalı teknik (Ferguson Hemoroidektomi):

Hemoroidlerin sayı ve büyüklükleri belirlenip, eksizyon yapılacak pakenin üzerine cilt fazlalığı da alınarak pedikül noktasından birleştirilmesidir. Genellikle 3 veya daha fazla hemoroid pakesinin çıkarılması tavsiye edilmez. Anorektal bölgedeki internal sfinkterlere zarar vermeden pakeleri ve fazla kalan cildi bistüri, makas ya da elektrokoterle kesilmektedir (3,26).

2.7.4.1.3. Submukozal hemoroidektomi:

Bu yöntemin amacı diğer hemoriodektomilerden farklı olarak, hemoroidal pakeleri besleyen vasküler pleksusun çıkartılması ve daha sonra başka bir ameliyatta rekonstrükte edilecek şekilde mukozanın korunmasıdır (3).

2.7.4.1.4. Stapler (Longo) hemoroidektomi:

Stapler hemoroidektominin en önemli avantajı, prolapsektomi ve anopeksinin birlikte uygulanmasıdır. Bu yöntemin amacı anal kanaldan sarkan hemoroid pakeleri anal kanalın sirküler bir staplerin içine çekilerek ekzizyonunu takiben çepeçevre zımbalanarak ve bir süre beklenerek mukozanın tekrar yerine çekilmesini sağlamaktır. Bu yöntem ameliyat sonrası ağrı konforu açısından bir rahatlık sağlamakla birlikte hemoroidektominin daha uygun olmadığı ve ameliyat sonrası hemoroid pakelerinin nekroze olması beklendiği için avantajlı bulunmamaktadır (22,102).

2.8. HEMOROİDEKTOMİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemoroidin tedavisi çoğunlukla medikal ve konservatif tedavi ile gerçekleştirilir. Yara iyileşmesinin desteklenmesi, dışkılama alışkanlığı ve konstipasyonun önlenmesi, anorektal bölge hijyeninin sağlanması, ameliyat sonrası ağrı ile başetme, komplikasyonların takibi ve korunma önlemlerine yönelik hastalara eğitim verilerek ameliyat sonrası dönemde iyileşmeye uyumu kolaylaştırır (5).

Ilık oturma banyosu çeşitli anorektal hastalıklarda özellikle ameliyat sonrası dönemde sıklıkla önerilmektedir. Oturma banyosunun uygulanması ve hastaların eğitimi önemli hemşirelik girişimlerindendir. Hemşirelik bakımının en önemli amaç; oturma banyosu ile antienflamatuar ve analjezik etki sağlamaktır. Ameliyat sonrası dönemde rektum içerisinde ağrı düzeyi yüksek olduğu için farmakolojik ve nonfarmakolojik analjezik yöntemler uygulanmaktadır. Ağrının giderilmesi için kullanılan analjeziklere ek olarak, oturma banyosu ile ağrı yönetimi, kaşıntıyı gidermek, anorektal bölgeyi rahatlatmak ve yara iyileşmesini desteklemek için güvenli bir yöntem olarak sıklıkla kullanılır (104).

Oturma banyosunun ağrıyı hafifletme mekanizması, anorektal bölgedeki sinir iletimi ile termosfinkterik refleks uyarıldığı için spazmları ve ağrıyı hafifletir (105). Anorektal kanalda hassasiyete ve dışkı ile kirlenmeye müsait olduğu için yara iyileşmesinin desteklenmesi için gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalarda, rektumda olan spongostan (kanama durdurucu türü), yara içerisindeki dikişler ve ameliyat yöntemine bağlı olarak değişen yara bölgesindeki ısı artışı ağrının artmasına sebep olmaktadır. Bu durumlardan dolayı ameliyat sonrası hastalarda defekasyonu tutma sebebiyle dışkıda sertleşme veya taşlaşma olabilmektedir. Bundan dolayı ilk defekasyonun rahatlaması için bazı durumlarda ameliyat sonrası rutini olarak lavman veya laksatif uygulanabilmektedir. Defekasyon sonrasında yara bölgesini enfeksiyondan korumak için bölgenin yıkaması için hasta teşvik edilmeli, ameliyat bölgesi sürtünerek silinmemesi sadece kurulanması konusunda bilgi verilmelidir (5). Defekasyon sonrası da, sürtünmeye ve ameliyata bağlı ağrının azaltılması için oturma banyosu yaptırılmalıdır. İlk oturma banyosu ameliyat sonrası kanama durdurucular (spongostan ortalama ameliyat sonrası 1 saat sonra erimektedir) eridikten sonra günde 3-4 kez, her defekasyon sonrası ılık oturma banyosu uygulanması yara iyileşmesini desteklemekte, ağrı düzeyini azaltmakta ve ameliyat sonrası en az 1-2 hafta uygulanabilmektedir. Oturma banyosunun içerisine gerekli durumlarda povidin iyot ve anorektal sfinkteri rahatlatarak aromatik yağlar kullanılmaktadır. Oturma banyosunun yanı sıra, ağrının giderilmesi için narkotik analjezik ilaçların tercih edilmemesi için multimodal analjezikler ve lidokainli, steroidli kremler, topikal aneztezikler ağrıyı ve kaşıntıyı azaltmaktadır (12,106).

Sonuç olarak, hemroidektomi sonrası hemşirelik bakımının amacı; ağrının azaltılması, hasta eğitimi vermek, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, hastanede yatış süresinin kısılması, enfeksiyon riskinin azalması ve mobilizasyonun rahatlatılmasıdır.



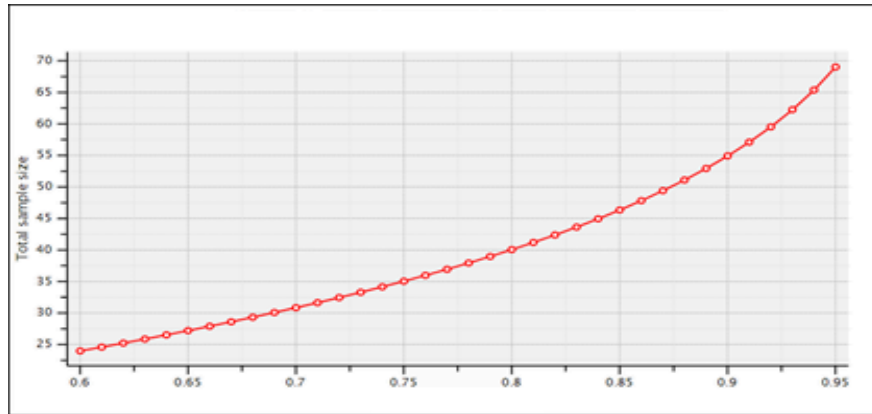
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Araştırma hemoroidektomi ameliyatı yapılan hastalarda hemoroidektomi sonrası ağrı kontrolünde ılık su ve mentol yağlı oturma banyosunun ağrı düzeyindeki etkisinin karşılaştırılması amacıyla yapılan, yarı deneysel bir tasarımıdır.

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul'da özel bir hastanenin genel cerrahi servisinde yatan hemoroidektomi ameliyatı olan hastalar örnekleme ise; 32 deney ve 32 kontrol grubunda olmak üzere toplam 64 hasta oluşturdu. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %80 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.8 etki büyüklüğünde gruplarda 21 olmak üzere iki grupta toplam 42 kişiye ulaşılması gerekmektedir ($df=40$; $t=1.684$). %90 güven aralığında gruplara 28'ser hasta alınması yeterli bulundu. Haziran-Aralık 2018 tarihleri arasında hemoroidektomi ameliyatı olan hastalar kontrol grubunda yani ılık oturma banyosu grubunda yer alırken, Ocak-Eylül 2019 tarihleri arasında ameliyat olan hastalar ise deney grubunda yani mentol yağlı oturma banyosu grubunda yer aldı.



Şekil 3.1. Power analizi

3.3. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ

- Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde iletişim sorunu bulunmayan,
- Ameliyat sonrası tek tip analjezik ilaç ile tedavisi devam eden,
- Planlı hemoroidektomi ameliyatı olan hastalar çalışma kapsamına alındı.

3.4. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KRİTERLERİ

Alerjilere sahip olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1:Mentol yağı ile uygulanan ılık oturma banyosu hemoroidektomi ameliyatı sonrası ağrı düzeyini azaltır.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler, araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan ve katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 4), “Ilık ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Ağrı Çizelgeleri” (EK 5) ve “Sayısal Değerlendirme Skalası (Numeric Rating Scale) (NRS)” (EK 6) kullanılarak örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 4)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 4), hasta kliniğe yatışı yapıldığında dolduruldu. Tanıtıcı Bilgi Formu’nda; cinsiyet, yaş, kilo/boy ve sosyodemografik bilgilerini içeren ve beslenme düzeni, konstipasyon sıklığı, hemoroid için ameliyat öncesi dönemde olan ağrıyı veya hemoroidin diğer komplikasyonlarını azaltacak tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birini kullanma durumlarını sorgulayan sorular yer almaktadır (3,5,10,101).

3.6.2. Ilık ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Ağrı Çizelgeleri (EK 5)

Ilık ve mentol yağlı oturma banyosu ağrı çizelgeleri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu. Ameliyattan sonra 4. ve 18. saatte oturma banyosu öncesi ve sonrası ağrı, ilk defekasyon öncesi ve sonrası ağrı düzeyinin sorgulanması ile ilgili çizelgeler oluşturuldu.

3.6.3. Sayısal Değerlendirme Skalası (Numeric Rating Scale) (NRS)

(EK 6)

Hissedilen ağrının çizgisel doğru üzerinde numaralarla belirlenerek ‘yok, hafif, orta ve şiddetli’ olarak belirlenmesi gerekir. Derecelendirmede 0 ağrının yok olduğuna, 1-3 arasında derecelendirme ağrının hafif olduğuna, 4-6 arasında ağrının orta derecede olduğuna ve 7-10 arasında ise ağrının şiddetli olduğunu ifade etmektedir.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmamızdaki hastalar, deney ve kontrol grubu şeklinde gruplandırıldı. Deney grubuna mentol yağlı ılık oturma banyosu ve kontrol grubuna ise sadece ılık oturma banyosu yaptırıldı. Ağrı düzeyinin değerlendirilmesi NRS’ye göre hastada anestezinin etkisinin geçmesi ile birlikte ameliyat sonrası 4. ve 18. saatte oturma banyosu türüne göre uygulamadan önce ve sonra araştırmacı tarafından uygulandı. Çalışma süresince hastalara uygulanan analjezik tedavi planını takip edildi ve tüm hastalara aynı analjezi prosedürü kullanıldı.

Çalışmaya dahil olan tüm hasta gruplarına oturma banyosu uygulamasından önce konu ile ilgili açıklama yapıldı. Hasta odalarına ait klozet biçimindeki tuvaletin veya hasta odasındaki sandalyenin üzerine, oturma banyosunda kullanılacak olan leğen koyuldu. Leğenin içerisine deney ve kontrol grubunda uygulanacak olan oturma banyosu işlemi için sıcaklığı (30-40) C’ye getirilmiş ve termometre ile ölçülmüş 5 lt su dolduruldu (98,99).

Deney grubuna oturma banyosunda kullanılan leğen içerisine 5 lt suyun ısısı (30-40) C ayarlandı ve ılık suya 5 damla mentol yağı eklenerek uygulandı. Kontrol

grubuna ise oturma banyolarında kullanılan leğen içerisinde 5 lt suyun ısısı (30-40) C ayarlanıp uygulandı. Oturma banyoları, ameliyat sonrası 4. ve 18. saatte yapıldı. Ayrıca, ilk defekasyon öncesi ve sonrasında ağrı düzeyi değerlendirildi. Her iki hasta grubuna uygulama 10-15 dk oturma banyosu uygulandı.

3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanıldı. Tekrarlı ölçümler arasındaki değişim Repeated Measures Anova testi ile analiz edildi. Tanımlayıcı özelliklerin gruplara göre dağılımı ki-kare analizi ile test edildi.

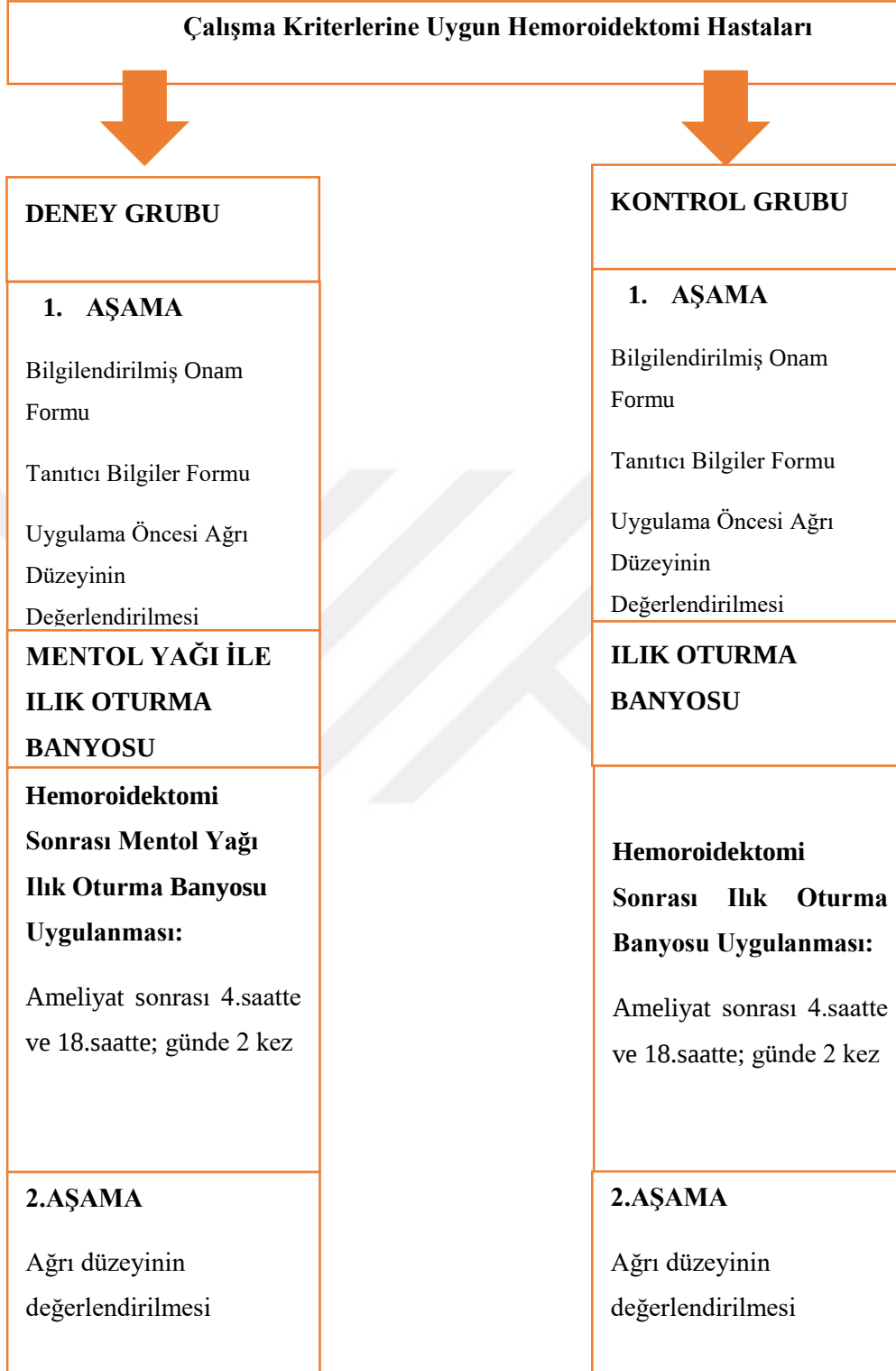
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (EK 1) ve kurumdan izin alındı (EK 2). Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için bilgilendirilmiş onam formu ile izinleri alındı (EK 5).

3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

KULLANILAN GEREÇ VE YÖNTEMLER



Şekil.3.2. Akış şeması



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunda Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (N=64)

Tanımlayıcı Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Yaş (Yıl)		45,560	13,718	44,590	12,396	0,768
Beden Kitle İndeksi (BKI=kg/m ²)		28,614	5,736	28,274	6,023	0,818
		n	%	n	%	X ² /p
Cinsiyet	Kadın	11	%34,4	14	%43,8	*X ² =0,591 p=0,304
	Erkek	21	%65,6	18	%56,2	
Medeni Durum	Bekar	8	%25,0	6	%18,8	*X ² =0,366 p=0,382
	Evli	24	%75,0	26	%81,2	
Eğitim Durumu	İlkokul	1	%3,1	2	%6,2	*X ² =4,772 p=0,311
	Ortaokul	0	%0,0	3	%9,4	
	Lise	19	%59,4	16	%50,0	
	Üniversite	12	%37,5	11	%34,3	
Meslek	Ev Hanımı	10	%31,2	9	%28,1	*X ² =2,872 p=0,897
	İşçi-Memur	4	%12,4	3	%9,3	
	Emekli	5	%15,6	7	%21,9	
	Serbest Meslek	8	%25,0	6	%18,8	
	Öğrenci	2	%6,2	3	%9,4	
	Diğer	3	%9,3	4	%12,5	
Sosyal Güvence	Evet	31	%96,9	32	%100,0	*X ² =1,016 p=0,500
	Hayır	1	%3,1	0	%0,0	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Az	1	%3,1	0	%0,0	*X ² =1,032 p=0,597
	Gelir Gideri Dengeler	16	%50,0	16	%50,0	
	Gelir Gidere Göre Yüksek	15	%46,9	16	%50,0	
Yaşanan Yer	İl	32	%100,0	32	%100,0	*X ² =0,000

*Ki-kare testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 45,56 olduğu, beden kitle indeksinin 28,61 olduğu, %65,6'sının erkek olduğu, %75,0'inin evli olduğu, %59,4'ünün lise mezunu olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastaların ise; yaş ortalamalarının 44,59 olduğu, beden kitle indeksinin 28,27 olduğu, %56,2'sinin erkek olduğu, %81,2'sinin evli olduğu, %50,0'inin lise mezunu olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların %100'ünün yaşadığı yerin il olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu hastalarının tanımlayıcı özellikleri yönünden karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık göstermediği ve grupların homojen olduğu saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.1).



Tablo 4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemdeki Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		X ² /p
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	8	%25,0	10	%31,2	**X ² =0,309 p=0,391
	Yok	24	%75,0	22	%68,8	
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Var	13	%40,6	14	%45,2	**X ² =0,132 p=0,457
	Yok	19	%59,4	17	%54,8	
Hemoroidin Tedavisinde Tamamlayıcı Tedavi Uygulama Durumu	Evet	4	%12,5	11	%34,4	**X ² =4,267 p=0,037
	Hayır	28	%87,5	21	%65,6	
Konstipasyon Durumu	Evet	22	%68,8	27	%84,4	**X ² =2,177 p=0,119
	Hayır	10	%31,2	5	%15,6	
Laksatif Kullanma Durumu	Evet	2	%6,2	9	%28,1	**X ² =5,379 p=0,022
	Hayır	30	%93,8	23	%71,9	
Diyare Durumu	Evet	4	%12,5	0	%0,0	**X ² =4,267 p=0,057
	Hayır	28	%87,5	32	%100,0	
Daha Önce Anorektal Cerrahi Geçirme Durumu	Evet	3	%9,4	12	%37,5	**X ² =7,053 p=0,008
	Hayır	29	%90,6	20	%62,5	
Ameliyatta Uygulanan Anestezi Yöntemi	Genel	31	%96,9	32	%100,0	**X ² =1,016 p=0,500
	Spinal	1	%3,1	0	%0,0	
Ailede Anorektal Cerrahi Geçirmiş Biri Olma Durumu	Evet	7	%21,9	10	%31,2	**X ² =0,721 p=0,286
	Hayır	25	%78,1	22	%68,8	
Besin Ögelerinden En Çok Hangisinin Tercih Edildiği*	Karbonhidrat	25	%78,1	18	%56,2	-
	Yağlı	26	%81,2	26	%81,2	-
	Protein	32	%100,0	27	%84,4	-
Günde Kaç Litre Su İçildiği	0-1lt	15	%46,9	14	%43,8	**X ² =0,063 p=0,500
	2-3lt	17	%53,1	18	%56,2	

*Birden fazla seçilen madde, **Ki-kare testi

Grupların ameliyat öncesi dönemdeki tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubunun %75,0'ının kronik hastalığının olmadığı, %87,5'inin ameliyat öncesi hemoroidin tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birini uygulamadığı, %93,8'inin laksatif kullanmadığı ve %90,6'sının daha önce anorektal cerrahi geçirmediği belirlendi. Kontrol grubunun ise; %68,8'sinin kronik hastalığının olmadığı, %65,6'sının ameliyat öncesi dönemde hemoroidin tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birini uygulamadığını, %71,9'unun ameliyat öncesi dönemde laksatif kullanmadığı ve %62,5'inin daha önce anorektal cerrahi geçirmediği belirlendi.

Ameliyat öncesi hemoroid tamamlayıcı tedavi uygulama durumu ile oturma banyosu türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,037<0.05$). Laksatif kullanma durumu ile oturma banyosu türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,022<0.05$). Deney ve kontrol grupları arasında daha önce anorektal cerrahi geçirme durumu ile oturma banyosu türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,008<0.05$). Deney grubunda laksatif kullanma durumu ve daha önce anorektal cerrahi geçirmiş olması kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ameliyat öncesi hemoroid tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanılması durumu deney grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubunun İlk Defekasyon Sürelerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Deney Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	(n=32)		(n=32)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
İlk Defekasyon Süresi (Saat)	9,880	2,803	9,280	2,275	-0,930	0,356

*t testi

Deney ve kontrol grubu hastaların ilk defekasyon süresine bakıldığında; deney grubunun $9,880 \pm 2,803$ saat, kontrol grubunun ise $9,280 \pm 2,275$ saat olduğu belirlenmiş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p > 0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubuna Göre 4. Saatte Uygulama Öncesi ve Sonrası NRS Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Uygulama Öncesi NRS Puanı	5,560	1,759	5,250	2,342	-0,604	0,548
Uygulama Sonrası NRS Puanı	4,120	1,621	4,250	2,048	0,271	0,788
F	54,122		35,429			
p	0,000		0,000			

Tablo 4.4’de deney ve kontrol grubundaki hastaların 4. saatte uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verildi. Gruplar arası uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Deney grubunda; uygulama öncesinde $5,560 \pm 1,759$, uygulama sonrasında ise $4,120 \pm 1,621$ olduğu ve NRS puan ortalamalarındaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Kontrol grubunda; uygulama öncesinde $5,250 \pm 2,342$, uygulama sonrasında ise $4,250 \pm 2,048$ olduğu ve NRS puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubuna Göre 18. Saatte Uygulama Öncesi ve Sonrası NRS Puanlarının Karşılaştırılması

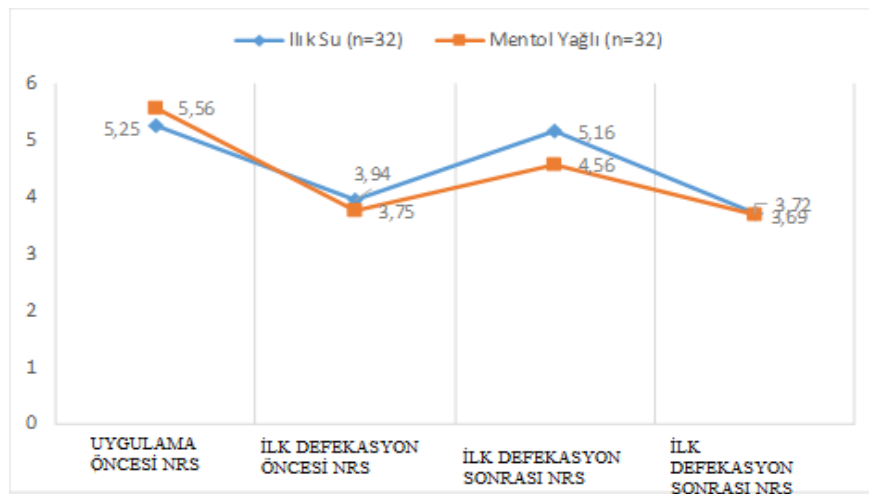
Gruplar	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Uygulama Öncesi NRS Puanı	3,690	2,070	3,880	2,282	0,344	0,732
Uygulama Sonrası NRS Puanı	2,660	1,771	3,160	1,986	1,063	0,292
F	28,537		19,361			
p	0,000		0,000			

Tablo 4.5’de deney ve kontrol grubundaki hastaların 18. saatte uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verildi. Gruplar arası uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Deney grubunda; uygulama öncesinde $3,690\pm 2,070$, uygulama sonrasında ise $2,660\pm 1,771$ olduğu ve NRS puan ortalamalarındaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kontrol grubunda; uygulama öncesinde $3,880\pm 2,282$, uygulama sonrasında ise $3,160\pm 1,986$ olduğu ve NRS puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubunun İlk Defekasyon Öncesi ve Sonrası NRS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
İlk Defekasyon Öncesi NRS	3,750	1,951	3,940	2,015	0,378	0,707
İlk Defekasyon Sonrası NRS	4,560	1,831	5,160	2,142	1,192	0,238
F	21,839		4,929			
p	0,000		0,034			

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk defekasyon öncesinin NRS puanına göre incelendiğinde; deney grubunun puan ortalaması $3,750 \pm 1,951$, kontrol grubunun puan ortalaması $3,940 \pm 2,015$ olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk defekasyon sonrasının NRS puanına göre incelendiğinde, deney grubunun puan ortalaması $4,560 \pm 1,831$, kontrol grubunun puan ortalaması $5,160 \pm 2,142$ olarak belirlendi ($p > 0,05$). Deney grubunda ilk defekasyon öncesi NRS puan ortalamasına göre ilk defekasyon sonrası NRS puan ortalamasındaki yükselme anlamlı bulundu ($F=4,929$; $p=0,034 < 0,05$). Kontrol grubunda ilk defekasyon öncesi NRS puan ortalamasına göre ilk defekasyon sonrası NRS puan ortalamasındaki yükselmenin anlamlı saptandı ($F=21,839$; $p=0,000 < 0,05$) (Tablo 4.6).



Şekil.4.1. Deney ve kontrol grubunda ağrı değerleri

Tablo 4.7. Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin İlk Defekasyon Süresi ve NRS Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	İlk Defekasyon Süresi (Saat)	Uygulama Öncesi NRS	Uygulama Sonrası NRS	İlk Defekasyon Öncesi NRS	İlk Defekasyon Sonrası NRS
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	11	10,36±2,84	5,55±1,81	4,18±2,09	4,00±2,05	4,82±2,23
Erkek	21	9,62±2,82	5,57±1,78	3,43±2,06	3,62±1,94	4,43±1,63
*t=		0,708	-0,039	0,977	0,518	0,566
p=		0,484	0,969	0,336	0,608	0,576
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bekar	8	9,88±3,87	4,75±1,67	4,38±2,13	4,25±1,98	5,62±2,45
Evli	24	9,87±2,46	5,83±1,74	3,46±2,04	3,58±1,95	4,21±1,47
*t=		0,000	-1,542	1,088	0,833	1,983
p=		1,000	0,134	0,285	0,412	0,057
Gelir Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelir Gideri Dengeler	17	10,53±3,18	5,65±2,09	3,88±2,37	3,76±2,20	4,76±2,05
Gelir Gidere Göre Yüksek	15	9,13±2,17	5,47±1,36	3,47±1,73	3,73±1,71	4,33±1,59
*t=		1,430	0,285	0,560	0,045	0,659
p=		0,163	0,777	0,579	0,965	0,515
Kronik Hastalık Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	24	9,92±2,99	5,67±1,76	3,96±2,07	3,92±1,98	4,96±1,88
Var	8	9,75±2,32	5,25±1,83	2,88±1,96	3,25±1,91	3,38±1,06
*t=		0,143	0,574	1,296	0,833	2,254
p=		0,887	0,570	0,205	0,412	0,032
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	19	9,89±3,00	5,58±1,95	3,95±2,30	3,89±2,13	4,95±1,99
Var	13	9,85±2,61	5,54±1,51	3,31±1,70	3,54±1,71	4,00±1,47
*t=		0,047	0,063	0,855	0,501	1,464
p=		0,963	0,950	0,400	0,620	0,154
Sık Sık Konstipasyon Yaşama Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	22	10,32±3,06	5,50±1,92	3,82±2,26	3,77±2,16	4,59±1,89
Hayır	10	8,90±1,91	5,70±1,42	3,40±1,65	3,70±1,49	4,50±1,78
*t=		1,344	-0,294	0,523	0,096	0,128
p=		0,123	0,771	0,605	0,924	0,899
Ailede Anorektal Cerrahi Geçirmiş Biri Olma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	7	9,57±2,23	6,14±2,27	4,57±2,23	4,86±2,27	5,29±1,80
Hayır	25	9,96±2,98	5,40±1,61	3,44±2,00	3,44±1,78	4,36±1,82
*t=		-0,319	0,987	1,292	1,755	1,191
p=		0,752	0,331	0,206	0,090	0,243
Günde Kaç Litre Su İçildiği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
0-1lt	15	9,47±2,33	5,60±1,92	3,60±2,10	3,33±1,95	4,00±1,25
2-3lt	17	10,24±3,19	5,53±1,66	3,76±2,11	4,12±1,93	5,06±2,14
*t=		-0,769	0,111	-0,221	-1,140	-1,680
p=		0,448	0,912	0,827	0,263	0,095

*Paired Samples t Test

Deney grubu tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırılması yönünden değerlendirildiğinde; ilk defekasyon süresi, uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları, ilk defekasyon öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma, sık sık konstipasyon yaşama durumu, ailede anorektal cerrahi cerrahi geçirmiş olma durumu ve günde kaç litre su içtiği durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.7).



Tablo 4.8. Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin İlk Defekasyon Süresi ve NRS Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	N	İlk Defekasyon Süresi (Saat)	Uygulama Öncesi NRS	Uygulama Sonrası NRS	İlk Defekasyon Öncesi NRS	İlk Defekasyon Sonrası NRS
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	14	8,64±1,82	4,79±1,76	3,21±2,01	3,29±1,90	4,36±2,17
Erkek	18	9,78±2,51	5,61±2,70	4,11±1,68	4,44±2,01	5,78±1,96
*t=		-1,423	-0,989	-1,378	-1,659	-1,943
p=		0,165	0,306	0,179	0,108	0,061
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bekar	6	9,17±2,71	4,17±2,14	3,33±1,63	3,17±1,94	4,17±1,94
Evli	26	9,31±2,22	5,50±2,35	3,81±1,92	4,12±2,03	5,38±2,16
*t=		-0,135	-1,269	-0,559	-1,041	-1,268
p=		0,894	0,214	0,580	0,306	0,215
Gelir Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelir Gideri Dengeler	16	9,00±2,50	5,25±2,30	3,94±1,95	4,12±1,96	5,25±2,49
Gelir Gidere Göre Yüksek	16	9,56±2,07	5,25±2,46	3,50±1,79	3,75±2,11	5,06±1,81
*t=		-0,693	0,000	0,662	0,520	0,244
p=		0,493	1,000	0,513	0,607	0,809
Kronik Hastalık Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	22	9,55±2,28	5,32±2,40	3,55±1,90	3,91±1,97	5,23±2,14
Var	10	8,70±2,26	5,10±2,33	4,10±1,79	4,00±2,21	5,00±2,26
*t=		0,974	0,241	-0,780	-0,116	0,274
p=		0,338	0,812	0,442	0,908	0,786
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	17	9,59±2,58	5,24±2,51	4,00±1,77	4,47±1,74	5,47±2,21
Var	14	8,93±1,98	5,00±2,04	3,21±1,89	3,14±2,14	4,50±1,79
*t=		0,785	0,282	1,194	1,907	1,324
p=		0,439	0,780	0,242	0,066	0,196
Sık Sık Konstipasyon Yaşama Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	27	9,19±2,47	5,48±2,41	3,89±1,91	4,07±2,07	5,11±2,29
Hayır	5	9,80±0,45	4,00±1,58	2,80±1,30	3,20±1,64	5,40±1,14
*t=		-0,549	1,315	1,216	0,888	-0,273
p=		0,242	0,199	0,233	0,382	0,676
Ailede Anorektal Cerrahi Geçirmiş Biri Olma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	10	8,50±1,78	5,60±2,55	3,50±1,96	3,80±1,75	5,10±2,13
Hayır	22	9,64±2,42	5,09±2,29	3,82±1,84	4,00±2,16	5,18±2,20
*t=		-1,325	0,564	-0,444	-0,256	-0,099
p=		0,195	0,577	0,660	0,799	0,922
Günde Kaç Litre Su İçildiği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
0-1lt	14	9,71±2,76	5,64±2,13	3,79±1,63	4,14±2,03	5,21±1,81
2-3lt	18	8,94±1,83	4,94±2,51	3,67±2,06	3,78±2,05	5,11±2,42
*t=		0,948	0,833	0,177	0,502	0,133
p=		0,351	0,412	0,860	0,619	0,895

*Paired Samples t Test

Kontrol grubunun tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırılması yönünden değerlendirildiğinde; ilk defekasyon süresi, uygulama öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları, ilk defekasyon öncesi ve sonrası NRS puan ortalamaları, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma, sık sık konstipasyon yaşama durumu, ailede anorektal cerrahi cerrahi geçirmiş olma durumu ve günde kaç litre su içtiği durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.8).





5.TARTIŞMA

Hemoroidler anorektal bölgede vasküler damar yataklarındaki bağ dokularında görülen ve bireylerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur (13,94). Hemoroid nedeniyle hastalar ağrı, kanama ve kaşıntı gibi sorunlar yaşamaktadır. Hemoroidin sebep olduğu sorunları gidermek için tedavisinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Hemoroidin 1. ve 2. evresinde daha çok belirtilere yönelik medikal tedavi yöntemleri kullanılırken, 3. ve 4. gibi ilerlemiş evrelerde cerrahi tedavi yöntemleri, kullanılmaktadır (5,107). Literatürde, daha çok hemoroidin tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler ile birlikte, hemoroidde kullanılan ve nonfarmakolojik yöntemlerden olan ılık oturma banyosunun etkilerinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmıştır (70,105,108-110). Ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımına yönelik ve literatürde daha az çalışmaya rastlandığı için bu araştırma hemoroidektomi sonrası ağrı kontrolünde ılık su ve mentol yağlı oturma banyosu uygulamalarının karşılaştırılması amacıyla yapıldı.

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları incelendiğinde; gruplar arasındaki yaş oranlarının benzer olduğu görüldü. DSÖ'nün yaş skalasının doğrultusunda deney ve kontrol grubunun büyük çoğunluğunun genç yaş aralığında olduğu belirlendi (110) (Tablo 4.1). Deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 45,56 ve kontrol grubunun ise 44,59 olduğu bulundu. Hsu ve arkadaşlarının 120 hasta ile randomize kontrollü olarak uyguladığı sıcak su spreyi ve sıcak su oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası hastaların ağrı, irritasyon, hijyen ve memnuniyet açısından değerlendirilmesi üzerine yapmış olduğu bir çalışmada, sıcak su banyosu uygulanan gruptaki hastaların yaş ortalaması 50,5 olarak bildirilmiştir (70). Gupta'nın randomize kontrollü olarak uyguladığı hemoroidektomi ameliyatı geçirmiş 50 hasta ile ameliyat sonrası ağrı, analjezi kullanımı ve hasta memnuniyetine etkilerinin belirlenmesi amaçlanan çalışmada, ılık oturma banyosu grubundaki hastaların yaş ortalaması 45,6 olarak bulunmuştur (100). Saylam ve ark. 828 hemoroidektomi hastası

ile bir hemoroidektomi yönteminin komplikasyonlarını araştırdığı bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 44 bulunmuştur (111). Abd-Elmaged ve arkadaşlarının 60 hemoroidektomi hastası ile ılık oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası belirtileri üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada deney grubunun yaş ortalamasının aralığı 18-47 yaş, kontrol grubun ise 20-65 yaş aralığında olduğu bulunmuştur (104). Literatürde, cerrahi girişim gerektiren evredeki hemoroidin 40 ve üzeri yaşlarda daha sık görüldüğü ve çalışmamızdaki verilerle de benzerlik gösterdiği belirlendi (24,70, 101,104,111).

Deney ve kontrol grubu hastalar cinsiyet yönünden incelendiğinde; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ve grupların homojen olduğu saptandı ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubun yarısından fazlasının erkek olduğu belirlendi. Amoli ve arkadaşlarının İran'da uyguladığı topikal diltiazemin ameliyat sonrası hemoroidektomi ağrısı üzerine etkisinin randomize ve vaka kontrollü bir çalışmada iki grup arasında cinsiyet türü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamış ve katılımcılarda erkek hasta sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (112). Saylam ve arkadaşlarının yaptıkları hemoroidektominin bir yöntemini araştırmak için yapılan bir çalışmada, hastaların %70'inin erkek cinsiyette olduğu belirlenmiştir (111). Literatürde hemoroidin görülme sıklığı cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkek hastaların daha çok sayıda olmasına karşın erkekler ve kadınlar arasında hemoroidlerin oluşması açısından belirgin fark olmadığı belirtilmiştir (2,9). Çalışmamızda, erkeklerin kadınlara göre hemoroid tedavisi için daha fazla hastaneye başvurmasının sebebinin kadınlarda mahremiyet duygusunun daha fazla olduğu ve geçmiş deneyimlerin hastaneye başvurmasına engel olduğu düşünülmekle birlikte erkek hastaların hastaneye tanı ve tedavi için daha fazla başvurduğu görülmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi hemoroid tedavisi için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini uygulama durumu ile gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görüldü ($p=0,037<0,05$). Her iki grubun ameliyat öncesi hemoroid tedavisi için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanımı sayısal olarak az olmasına karşın, deney grubunun kullanımı kontrol grubunun kullanımından daha yüksek olduğu bulundu. Panahi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, Myrtus Communis aromatik yağı kullanılan hastaların %72'sinin hemoroidal terapi yönteminin

uyguladığı belirtilmiştir (13). Yener ve Demirel'in hemoridal hastalıkta hastaneye başvuru gecikmesine neden olan faktörlerin irdelendiği bir çalışmada, hastaların sağlık güvencesinin olmaması hastaneye başvuruda geciken hastalar tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birini tercih ettiği belirtilmektedir (113).

Literatürde, oturma banyosu ile çeşitli ilaçlar, bitkisel droglar veya sadece ılık oturma banyosu anorektal bölgedeki sorunları giderdiği için kullanıldığı belirtilmiştir (99,115,117,118). Araştırmanın bu bulgusuna bakıldığında, hastaların tamamlayıcı tedavi yöntemlerini uygulaması ve hastalıkta gerileme olmaması; hemoroidin ilerlemesine, hastaneye başvuruda gecikmeye ve hemoroidin görülme yaşının ilerlemesine sebep olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, hastaların ameliyat öncesi dönemde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birini tercih etme nedeni hemoroidin bulunduğu bölgeden utanmaları ve ameliyattan korkmaların kaynaklanabilmektedir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasında laksatif kullanma durumu açısından anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Kontrol grubunda laksatif kullanma durumu deney grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2). Panahi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, Myrtus Communis aromatik yağı kullanılan hastaların uygulamadan önce hemoroidin semptomlarının azaltılması için ameliyat öncesi dönemde laksatif kullanımının olduğu bildirilmiştir (13). Avrupa kıtasında 5 ülkede 2000 kişi ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %6-%23'ünün son bir sene içinde konstipasyon yaşadıkları ve bu süreçte yaklaşık %20,0'sinin laksatif kullandıkları belirtilmiştir (118). Literatüre göre, hemoroidin en önemli risk faktörleri arasında olan konstipasyonun, giderilmek, sertleşmiş feçesin hemoroid dokusuna veya anorektal dokuya olan baskısını azaltmak ve yumuşatmak için hastaların laksatif gibi dışkı yumuşatıcı ajanlara sıklıkla başvurması hemoroidin evresinin ilerlemesine sebep olmaktadır (13).

5.2. GRUPLARA GÖRE İLK DEFEKASYONDA NRS PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında hemoroidektomi sonrası ilk defekasyondan önce uygulanan oturma banyosunun ağrı düzeyine etkisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Literatürde, hemoroidektomi sonrası her defekasyondan sonra oturma banyosunun tekrarlanması gerekliliğine ve oturma banyosunun anal sfinkterlerde gevşeme sağlayacağına, ılık oturma banyosunda anorektal bölgede ılık su ile uyarılan duysal perianal cilt reseptörleri aracılık ederek iç sfinkter basıncını düşüreceği için ağrının azalacağına, kan dolaşımının hızlanacağına ve yara bölgesinin daha hızlı iyileşeceğine yer verilmiştir (98,119,120). Gupta'nın akut anorektal hastalıklarda oturma banyosunun etkinliğinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, oturma banyosunu dışkılamadan sonra ve yatmadan hemen önce uygulamış olup, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (118). Elmaged ve arkadaşlarının sıcak oturma banyosunun hemoroidektomi sonrası ağrı düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, defekasyondan önce bir kez, yatmadan hemen önce bir kez ve oturma banyosunun 4 hafta boyunca gün içerisinde herhangi bir zamanda günde 3 kez gerçekleştirilerek anal sfinkterlerin gevşemesine yardımcı olduğu için anorektal bölgedeki ağrıyı azaltacağını belirtmiştir (104).

5.3. GRUPLARA GÖRE NRS PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, deney ve kontrol gruplarında, 4. ve 18. saatlerde uygulanan oturma banyosu öncesi ve sonrası NRS puan ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülürken; gruplar arası değerlendirildiğinde uygulama öncesi ve sonrası anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4) (Tablo 4.5).

Balta ve arkadaşlarının 2015 yılında hemoroidektomi sonrası erken dönemde sıcak su torbası uygulamasının ağrı üzerine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmada; sıcak su torbası uygulananlarda dinlenme durumunda ağrı düzeyi 1. ve 3. günlerde, defekasyon sonrasında ise 3. günde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve düşük bulunmuştur (108). Lang ve arkadaşlarının Japonya'da yapmış

olduğu anorektal hastalıkları olan erişkin hastaların yönetiminde sıcak oturma banyosunun etkinliğinin çalışıldığı bir araştırmada, oturma banyosunun hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir (69). Abd-Elmaged ve arkadaşlarının hemoroidektomi ameliyatı sonrası sıcak oturma banyosunun semptomlara etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise ağrı, anorektal bölgede yanma ve kaşıntıya istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (104). Literatüre göre, anorektal hastalıklarda özellikle vasküler bir hastalık olan hemoroidin ameliyat öncesi ve sonrasında sıcak veya ılık oturma banyosunun ağrı düzeyinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (69,104,108). Çalışmamız ılık oturma banyosunun ağrıyı azalttığı yönündeki araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda da vurgulandığı gibi ılık oturma banyosunun hemoroidin oluşturduğu ağrı düzeyini azalttığı bilinmektedir. Literatürde sıcak oturma banyosunun anorektal hastalıklarda etkili olmadığını gösteren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (66,109,116). Rathore'un 2019 yılında 50 anal fissürektomi hastasında ameliyat sonrası ılık oturma banyosu ve sıcak duş banyosunun karşılaştırıldığı ve VAS ile değerlendirdiği çalışmada, ameliyat sonrası 7. gündeki ağrı puanlarının sıcak duş banyosu uygulananlarda daha düşük olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$) (115). Maestre ve arkadaşlarının randomize kontrollü olarak çalıştığı anorektal hastalıklara bağlı akut ağrının tedavisinde soğuk veya sıcak oturma banyosunun 7 gün boyunca etkisinin araştırıldığı çalışmada, sıcak su ile uygulanan oturma banyosunda 7. güne kadar ağrı kontrolünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (109). Gupta'nın akut anal fissürü olan 52 hastada sıcak oturma banyosu uygulanmış ve uygulanmamış grup ile beraber tedavileri karşılaştıran çalışmasında, analjezik kullanımında azalma olmamıştır (119). Gupta'nın sfinkterektomi olan 45 hastaya sıcak oturma banyosu yaptırdığı bir çalışmada, ağrı düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (120). Literatür bilgisine göre, anorektal bölgeye uygulanan termal içerikli uygulamaların hemoroidektomiden sonra, ağrının kontrolünde ve analjezik ihtiyacının azaltılmasında güvenli, etkili bir yöntem olduğu görülmektedir (70,104,108,117). Literatür incelemesinde bazı çalışmalarda sıcak oturma banyosunun ağrı düzeyine etkisi olmadığı belirtilmesine karşın, çalışmamızda oturma banyosu türü farketmeksizin ılık oturma banyosunun ağrı düzeyini azaltmada etkisi olduğu görüldü.

Hemoroidin tedavisinde, çoğunlukla hastalar hasteneye başvurmadan önce tıbbi tedavilerin yanı sıra tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan fitoterapi ve aromaterapi de sıklıkla tercih edilmektedir. Hemoroidde ameliyat öncesinde sıklıkla; hidroterapi ve çeşitli bitkisel dorgları hemoroide sürmek gibi uygulamalar yapılmaktadır. Hemoroidin semptomlarının hafifletilmesinde kullanılan bazı fitoterapik ürünler; at kestenesi, aloe vera, cadı fındığı, çamotu, herdemtaze ve peru balsamı olarak literatürde belirtilmektedir (15). Bahsedilen fitoterapik ajanlar, kapiller akışı ve damar tonusünü arttırdığı için vasküler yapıda olan hemoroidin semptomlarını azalttığı bilinmektedir. Gastrointestinal sistemin hastalıklarında kullanılan nane yağı ise ince ve kalın bağırsak içerisindeki kas tabakasının kasılmasının azalmasını ve böylelikle bağırsaktaki venöz dönüşün hızlanmasını sağlar (86).

Hemoroidektomi sonrasında da ağrı kontrolünde ılık oturma banyosu ile birlikte nonfarmakolojik yöntemlerden hidroterapi ve fitoterapik ajanlar da kullanılmaktadır. Ruiz-Tovar ve arkadaşlarının E vitamini merhemini topikal uygulanmasıyla hemoroidektomi olmuş hastalarda ameliyat sonrası ağrının azaltılması ve hastaların konforunun iyileştirilmesi üzerine yapılan çalışmada, ameliyat sonrası ağrının önemli ölçüde azalması ve yaşam kalitesinde iyileşmesinin hızlanması açısından olumlu etkisi olmuştur (65). Chiu ve arkadaşlarının 1999 yılında hemoroidektomi sonrası ağrı giderilmesi için Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun (TENS) hastalarda etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmada, ağrı puanlarının 24 saate kadar anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (66). Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise hemoroidektomi sonrası ağrı kontrolünde Nitroderm TTS Bant uygulamasında, ağrı düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (121). Wu ve arkadaşlarının akupunkturun hemoroidektomi sonrası ağrı üzerine etkisinin araştırıldığı ve VAS ile değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunda 6.-24. saatlerde ve defekasyon sırasında ağrı düzeyi daha düşük bulunmuştur (122).

Kolassa'nın 2013'te yapmış olduğu mentol yağının diğer uçucu yağlardan etki mekanizması açısından farklı olduğunu bildirdiği çalışmada, bir ilaç firmasına ait merheminin içerisinde hemoroidin semptomlarını hafifletici mentol yağı olduğunu belirtmiştir (93). Tuzlacı'nın Türkiye'nin Geleneksel Bitkilerinin yer aldığı kitabında mentolün hemoroidin tedavisinde anestezi etkisinden bahsedilmiştir (14). Amato ve

arkadaşlarının naneden elde edilen mentolün, insan kalın bağırsağındaki düz kaslar üzerinde etki mekanizmasının analizinin yapıldığı çalışmada, bağırsağın düz kasları üzerine farklı miktarlarda mentölü seyrelterek uygulandığında, kasların kasılmasında önemli ölçüde azalma olduğu saptanmıştır (86). Literatür bilgisine göre hemoroidin tedavisinde, ameliyat öncesi dönemde ve sonrası dönemde anorektal bölgedeki ağrının azaltılmasında nonfarmakolojik yöntemlerin etkili olduğu görülmüştür. Bu bağlamda hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde farmakolojik tedaviye ek olarak non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin uygulanmasının ağrıyı gidermede etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak araştırmamız mentolün antispazmolitik etkisinin olduğunu ve “Mentol yağı ile uygulanan ılık oturma banyosu hemoroidektomi ameliyatı sonrası ağrı düzeyini azaltır” H_1 hipotezini desteklemektedir.

5.4. DENEY VE KONTROL GRUBUNUN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE NRS PUAN ORTALAMALARI VE İLK DEFEKASYON SÜRESİNİN KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan bireylerin ağrı puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında; hem deney hem de kontrol grubunda cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, sık sık konstipasyon yaşama, ailede anorektal cerrahi geçirmiş biri olma ve günde tükettiği su miktarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmedi ($p<0,05$) (Tablo 4.7) (Tablo 4.8).

Ala ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında, hastaların yaşlarına ve cinsiyetlerine göre hemoroidektomi sonrası ağrı düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (123). Hsu ve arkadaşlarının hemoroidektomi sonrası sıcak su spreyi ve ılık oturma banyosu arasındaki klinik etkilerinin karşılaştırılmasının araştırıldığı çalışmada, yaş ve cinsiyeti özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (70). Gupta’nın hemoroidektomi sonrası ılık oturma banyosunun ağrı puanları ve analjezik gereksinimleri incelediği çalışmasında, cinsiyete göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$) (100). Yener ve Demirel’in hemoridal hastalıkta başvuru gecikmesine neden olan faktörlerin irdelendiği bir çalışmada, hastaların eğitim

düzeyi yükseldikçe hemoroidin evresinin düştüğü, ağrının kadın hastalarda daha fazla olmasına rağmen anorektal bölgedeki şikayetleri ifade etmekten utanmaları sebebiyle hastaneye başvuruda erkek cinsiyetin daha fazla olduğu belirlenmiştir (113). Toplumda ağrı sıklığı hormonal dengeden dolayı erkeklere oranla kadınlarda %10 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ağrı duyarlılığı kadınlarda daha fazla olduğu için ağrı tolerasyonu daha yüksek olan erkeklere göre çok daha fazla hastaneye başvururlar (33,124). Çalışmamızda, erkeklerin kadınlara göre hemoroid tedavisi için daha fazla hastaneye başvurmalarının sebebinin kadınlarda mahremiyet duygusunun daha fazla olduğu, jinekoloji muayenesinin litotomi pozisyonunda olması sebebiyle karşı cins sağlık personelinden çekinmeleri ve geçmiş deneyimlerin hastaneye başvurmaya engel olduğu düşünülmektedir.

İnce ve arkadaşlarının gençlerde hemoroidal hastalıkların etiyolojik risk faktörlerinin incelenmesi hakkındaki çalışmasında, hemoroidin 2., 3. ve 4. evrelerinde hemoroidektomi olan hastaların yaş ortalaması $22.2 \pm 2,5$ olduğu belirlenmiştir (124). Hsu ve arkadaşlarının hemoroidektomi ameliyatı sonrası anorektal bölgeye sıcak su püskürtme ve sıcak oturma banyosunun ameliyat sonrası dönemde 4 haftalık takibi sonunda klinik etkilerinin karşılaştırılması üzerine yaptığı bir çalışmada; yaş, cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi (BKI) veya hastalık süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (70). Shen ve arkadaşlarının hemoroidektomi sonrası ılık oturma banyosu ve analjezik bir ilacın kullanımı ile ağrının giderilmesi hakkındaki çalışmasında, deney ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKI), hemoroidal hastalık süresi, operasyon süresi ve hemoroidin derecesi gibi özelliklerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı (126). Hemoroidin risk faktörleri göz önünde bulundurulduğunda, normal bir oluşum olan hemoroidal yastıkçıkların yaşla birlikte anorektal bölgedeki bağ dokusu ile zayıfladığı için, 25 yaşın altında hemoroidin görülmesi genetik faktörlere, sigara ve beslenme tarzına bağlı olduğu düşünülmektedir (25,124). Çalışmamız diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇLAR

Araştırmamız hemoroidektomi sonrası ağrı kontrolünde ılık su ve mentol yağlı oturma banyosu uygulamalarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiğinde; oturma banyolarının türü farketmeksizin ağrı düzeyinde azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Araştırma tüm verileri ile değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun yaş aralığının genç olduğu,
- Deney grubunun %65,6'sının erkek olduğu ve %59,4'ünün lise mezunu, kontrol grubunun ise %56,2'sinin erkek olduğu ve %50,0'ının lise mezunu olduğu,
- Deney grubundaki hastaların %75,0'nın herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %87,5'inin hemoroidin tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanmadığı, %93,8'inin daha önce laksatif kullanmadığı ve %90,6'nın daha önce anorektal cerrahi geçirmediği,
- Kontrol grubundaki hastaların ise, %68,8'inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %65,6'sının hemoroidin tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanmadığı, %71,9'unun daha önce laksatif kullanmadığı ve %62,5'inin daha önce anorektal cerrahi geçirmediği,
- Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri, NRS puan ortalaması ve ilk defekasyon süresi ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
- Deney ve kontrol grubundaki uygulama öncesi ve sonrası ağrı puanları incelendiğinde her iki oturma banyosu türünün de ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- Deney ve kontrol gruplarında hemoroidektomi sonrası ilk defekasyondan önce uygulanan oturma banyosunun ağrı düzeyine etkisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı,
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların 4. ve 18. saatlerde uygulama öncesi NRS puanına göre, her iki hasta grubunda da uygulama sonrası NRS puanlarındaki düşüş istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda;

- Ağrı kontrolünde farmakolojik yöntem ile birlikte nonfarmakolojik yöntem olan ılık oturma banyosunun kullanılması ve etkileri için daha fazla çalışmanın yapılması,
- Aromaterapide kullanılan aromatik yağların etkilerinden hemşirelik bakımı uygulamalarında da faydalanılması ve hasta memnuniyetinin artırılmasının sağlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Yoldaş, T. Özütemiz, Ö. (2016). Hemoroidal Hastalık ve Anal Fissür. *Güncel Gastroloji Dergisi*, 20(1), 39-47.
2. Aktaş, S. (2014). Hemoroidal Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Gastroenterolojik Yaklaşımlar. *Güncel Gastroloji Dergisi*, 18/2.
3. Abdullayev, U. (2015). Hemoroidal Hastalığın Tedavisinde Lineer Stapler Hemoroidektominin Yeri. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul.
4. Ekçi, B. Tanrıöver, Ö. İzbirak, G. Gökçe, Ö. (2009). Birinci Basamakta Hemoroid Hastalığına Pratik Yaklaşım. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(2), 87-92.
5. Yücel, B. (2017). Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunların ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
6. Mott, T. Latimer, K. Edwards, C. (2018). Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. *Am Family Physician*, 97(3), 172-179.
7. Erdoğan, A. (2011). Hemoroidektomi Uygulanan Hastaların Postoperatif Hayat Kalite Değişikliklerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi.
8. Geçim, İ. (2011). Hemoroidal Hastalık. *Kolon ve Anorektal Hastalıkları Dergisi*, 21, 145-159.
9. Shirah, BH., Shirah, HA., Fallata, AH., Alobidy, SN., Hawsawi, MMA., (2018). Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. ano-rectal cream: A comparative prospective study of two conservative treatment protocols. *Women Birth Journal*, 31(4), 272-277.
10. Salgueiro, P., Caetano, AC., Oliveira, AM., Rosa, BO., Mascarenhas-Saraiva, M., Ministro, P., et al., (2020). Portuguese Society of Gastroenterology Consensus on the Diagnosis and Management of Hemorrhoidal Disease, *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 27, 90-102.
11. Karadakovan, A., Aslan, F., (2011). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Nobel Kitapevi, İstanbul.
12. Göksu, H. (2010). Hemoroid Vakalarında; Spinal Anestezide Uygulanan Bupivakain Ve Levobupivakainin Etkinliğinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
13. Panahi, Y., Mousavi-Nayeeni, MS., Sahebkar, A., Fanaie, AS., Rahimnia, A., Beiraghdar, F., (2014). Myrtus communis Essential Oil for The Treatment of Hemorrhoids: A Randomized Double-Blind Double-Dummy Parallel-Group Comparative Study. *Turk Journal Pharmacy Science*, 11(1), 1-8.
14. Tuzlacı, E., (2016). İstanbul, *Türkiye'nin Geleneksel İlaç Bitkileri*, İstanbul Kitapevi.
15. Aksoğan, Ş. (2019). Hemoroid Tedavisinde Kullanılan Bitkisel Kaynaklı İlaçlar Ve Fitoterapötikler Üzerine Yapılan Bilimsel Çalışmalar, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Bitirme Tezi.
16. Yücel, B., Karadağ, M., Hemoroidektomi Sonrası Sıcak Su Oturma Banyosu veya Sıcak Duş Mu Etkili: Kanıtlar Hangi Düzeydedir? (2018). *Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi*. 15/9.
17. Akın, ML. (2012). Hemoroidlerde Prevalans, Etiyoloji ve Fizyopatoloji, Türkiye Klinikleri J Gen Surgery, Special Topics, 5(1), 7-13.

18. Salinitri, PD., Raspallo, BM., (2010). Hemorrhoids : Symptoms, Diagnosis and Treatment, *Nova Science Publishers*, 14(4), 147-149.
19. Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G., (2017). *Cerrahi Hemşireliği II*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
20. Ersan, Y., Yavuz, N., Ergüney, S., (2004). Hemoroidlerin Medikal Tedavisi, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 35(4).
21. Dülger, D., Şahan, Y., (2011). Diyet Lifin Özellikleri ve Sağlık Üzerindeki Etkileri, *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 25(2), 147-157.
22. Rakinic, J., Poola, VP., (2014). Hemorrhoids and Fistulas: New Solution The Old Problems. *Current Problems of Surgery*, 51(3), 98-137.
23. Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ, (2011). Kabızlık Yakınması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 35-41.
24. Kline, PR. (2015). Operative Management of Internal Hemorrhoids. *Journal of American Academy of Physician Assistants*, 28(2), 27-31.
25. Pigot, F., Siproudhis, L., Allaert, FA., (2005). Risk Factors Associated With Hemorrhoidal Symptoms In Specialized Consultation, *Gastroenterol Clinical Biol.*, 29(12), 270-4.
26. Teksöz, S. (2008). Hemoroidektomilerde Damar Kapama Sistemi İle Konvansiyonal Ferguson Yönteminin Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Klinik Çalışma, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
27. Büyükyılmaz, F., Aştı, T., (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, (8)84-93.
28. Mert, S. (2018). Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
29. Gül, A, Eti, F, (2012). Evidence based approach to pain control; massage and aromatherapy: review. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing*. 4(1), 30-6.
30. Yağcı, Ü., Saygın, M., (2019). Ağrı Fizyopatolojisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(2), 209-220.
31. Şentürk, İA. (2018). Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri Ve Mekanizmaları, *Med Res Rep*. 1(3), 78-81.
32. Akyüz, V. (2020). Ameliyat Öncesi Ağrı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisinin İncelenmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
33. Öngel, K. (2017). Ağrı Tanımı ve Sınıflaması, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(10),14-16.
34. Çeliker, R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları, *Türk Fizik Tıp Rehab Dergisi*, 51, 14-18.
35. Perrotti, P., Dominici, P., Grossi, E., Cerutti, R., Antropoli C. (2010). Topical nifedipine with lidocaine ointment versus active control for pain after hemorrhoidectomy: results of a multicentre, prospective, randomized, double-blind study. *Can Journal Surgery*. 53(1), 17-24.
36. Vahabi, S. (2019). Beiranvand S, Karimi A, Moradkhani M. Comparative Study of 0.2% Glyceryl Trinitrate Ointment for Pain Reduction after Hemorrhoidectomy Surgery. *Surgery Journal*. 5(4), 192–196.
37. Ratnasingham, M., Uzzaman, SM., Andreani, D., Light, B., Patel. (2011). Meta-Analysis Of The Use Of Glyceryl Trinitrate Ointment After Haemorrhoidectomy As An Analgesic And İn Promoting Wound Healing, *International Journal of Surgery*, 9,272.

38. Wasvary HJ., Hain J., Mosed-Vogel M Bendick P., Barkel DC., Klein SN. (2001). Randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of effect of nitroglycerin ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 44(8), 1069–1073.
39. Karanlık, H., Akturk, R., Camlica, H., Asoglu, O. (2009). The Effect of Glyceryl Trinitrate Ointment on Posthemorrhoidectomy Pain and Wound Healing: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Dis Colon Rectum*. 52(2), 280-285.
40. Cross, T., Bartlett, L., Mushaya, C., Ashour, M., Ho, YH, (2012). Glyceryl trinitrate ointment did not reduce pain after stapled hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *International Surgery*. 97(2), 112-116.
41. Menteş, B., Bulut, T., Alabaz, Ö., (2011). Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları, Anorektal Bölge. 11, 53–69.
42. Ural, B. (2015). Hemoroidal Hastalıkta Minimal İnvazif, Güvenli, Yeni Bir Yöntem: Lazer Hemoroidoplasti. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 55,(3).
43. Luck, AJ. Hewett, PJ., (2000). Ischiorectal fossa block decreases posthemorrhoidectomy pain: randomized, prospective, double-blind clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 43(2), 142–145.
44. Ala, Shahram., Saeedi, Majid., Eshghi, Fariborz., Mirza, Beygi., Parastou, PharmD., (2008). Topical Metronidazole can Reduce Pain after Surgery and Pain on Defecation in Postoperative Hemorrhoidectomy Diseases. *Colon & Rectum*:11, (8)235-238.
45. Huang, YJ., Chen, CY., Chen, RJ., Kang, YN., Wei, PL., (2018). Topical diltiazem ointment in post-hemorrhoidectomy pain relief: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian Journal Surgery* 41(5), 431-437.
46. Silverman, R., Bendick, PJ., Wasvary, HJ., (2005). A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of a calcium channel blocker ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 48(10), 13-19.
47. Patti, R, Arcara M, Bonventre S, et al. (2008). Randomized clinical trial of botulinum toxin injection for pain relief in patients with thrombosed external haemorrhoids. *Br Journal Surgery*, 95(11), 1339-43.
48. Cadeddu F, Brisinda G, Maria G (2006). Botulinum toxin and hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*, 49(11), 1799-1801.
49. Davies J, Duffy D, Boyt N, (2003). Aghahoseini A, Alexander D, Leveson S, Botulinum toxin (botox) reduces pain after hemorrhoidectomy: results of a double-blind, randomized study. *Dis Colon Rectum*. 46(8), 1097-102.
50. Hibberts, F., Schizas, A., (2010). Assessment and treatment of patients with haemorrhoids. *Nurs Stand.*, 24(18), 51–58.
51. Ezberci, F., Yüzbaşıoğlu, F., (2008). Hemoroidal Hastalıkta Tedavi Yöntemleri, *Türkiye Klinikleri Journal Medicine*, 28, 182-92.
52. Özdemir, H., Öztunç, G. (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi. *Türkiye Klinikleri J Nursing Sci* 5(2), 98-104.
53. Özer, Z., Boz, İ., Teskereci, G., Kavradım, ST. (2016). *Tamamlayıcı Terapiler Hakkında, Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Terapiler El Kitabı*, Antalya.
54. Khorshid, L., Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8,2.
55. Williamson, KA., Perry, CM. (2003). Micronised purified flavonoid fraction: a review of its use in chronic venous insufficiency, venous ulcers and haemorrhoids, *Journal of Drug Delivery Science and Technology*, 63(1), 71-100.

56. Waterman, E., Lockwood, B. (2007). Active components and clinical applications of olive oil, *Altern Med Rev.* 12(4), 331-42.
57. Chacko, MS., Thambi, PT., Kuttan, R., Nishigaki, I. (2010). Beneficial effects of green tea: A literature review, *Chin Medical Journal.* 5,13.
58. Chan, WC., Soh, EY., Tie, P., Law, YP. (2011). Antioxidant and antibacterial properties of green, black, and herbal teas of *Camellia sinensis*, *Pharmacognosy Res.* 3(4), 266–272.
59. Rahimi, R., Abdollahi, M., (2013). Evidence-based Review of Medicinal Plants Used for the Treatment of Hemorrhoids, *International Journal of Pharmacology* 9(1), 1-11.
60. Ulcay, Ş., Şenel, G., (2020). Tokat Çevresinde Yayılış Gösteren Bazı Tıbbi ve Yenilebilir Bitkilerin Etnobotanik Özelliklerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Academic Platform Journal of Engineering and Science*, 8(1), 62-69.
61. Mahboubi, M., (2017). Effectiveness of *Myrtus communis* in the treatment of hemorrhoids. *Journal of Integrative Medicine*, 15(5), 351-358.
62. Elwakeel, H., Moneim, HA., Farid, M., Gohar, AA. (2007). Clove oil cream: A new effective treatment for chronic anal fissure, *Colorectal Disease* 9(6), 549-52.
63. Mosavat, SH., Ghahramani, L., Sobhani, Z., Haghighi, ER., Heydari, M.. (2015). Topical *Allium ampeloprasum* subsp *Iranicum* (Leek) extract cream in patients with symptomatic hemorrhoids: a pilot randomized and controlled clinical trial, *Journal Evid Based Complementary Altern Med.* 20(2),n132-6.
64. Esghi, F., Hosseinimehr, SJ., Rahmani, N., Khdemloo, M., Mohammad, SN., Hojati, O. (2010). Effects of Aloe vera Cream on Posthemorrhoidectomy Pain and Wound Healing: Results of a Randomized, Blind, Placebo-Control Study, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(6).
65. Ruiz-Tovar, J., Duran, M., Alias, D., et al. (2016). Reduction of postoperative pain and improvement of patients' comfort after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy using topical application of vitamin E ointment. *Int J Colorectal Dis.* 31(7), 1371-1372.
66. Chiu, JH., Chen, WS., Chen, CH., Jiang, JK., Tang, GJ., Lui, WY., Lin, JK. (1999). Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief on patients undergoing hemorrhoidectomy, *Diseases of the Colon & Rectum* 42, 180–185.
67. Zisis, S., Giannakou, K., Giagkos, L., Demetris, L. (2019). Alternative herbal medicine for hemorrhoids. Effect of *Arum maculatum* on the quality of life of patients: A randomized controlled trial, *Journal of Applied Pharmaceutical Science* 9(1),40-45.
68. Emile, SH., (2019). Evidence-based review of methods used to reduce pain after excisional hemorrhoidectomy, *Journal of Coloproctology*, 39(1),81–89.
69. Lang, DS., Tho, PC., Ang, EN. (2011). Effectiveness of the Sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders. *Japan Journal of Nursing Science* 8, 115–12.
70. Hsu, K., Chia, JS., Jao, SW., Wu, CC., Yang, HY., Mai, CM., Fu, CY., Hsiao, CW. (2009). Comparison Of Clinical Effects Between Warm Water Spray And Sitz Bath In Post Hemorrhoidectomy Period, *Journal Gastrointest Surg*, 13, 1274–1278.
71. Pearson, ACS., Cutshall, SM., Hooten, WM., Rodgers NJ., Bauer, BA., Bhagra, A. (2019). Perspectives on the use of aromatherapy from clinicians attending an integrative medicine continuing education event. *BMC Complement Altern Med*, 19(1),174.
72. Abbott, RB., Hui, KK., Hays, RD., Mandel, J., Goldstein, M., Winegarden, B., et al. (2011). Medical student attitudes toward complementary, alternative and integrative medicine. *Evid-Based Complement Alternat Med.* 98, 52-43.

73. Bilgiç, Ş. (2017). Hemşirelikte Holistik Bir uygulama; Aromaterapi. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 5(3), 68-74.
74. Zorba, P. (2016). Masaj ve inhaler yollarla uygulanan aromaterapinin kemoterapiye bağlı akut bulantı kusmaya etkisinin karşılaştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
75. Johnson, CE. (2013). The effect of diffused aromatherapy on test anxiety among baccalaureate nursing students. PhD Thesis, Capella University Minnesota.
76. Buckle, J. (2003). Evidence-Based Aromatherapy in Nursing Practice. Clinical Aromatherapy, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone. 10, 33(116-32).
77. Kyle, L., Temmen, M., (1998). Nursing assessment theory applied to clinical aromatherapy. Sentsitivity 8(3), 12-3.
78. Ali, B., Waber, AN., Shams, S., Ahamad, A., et al., (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review, *Asian Pasific Journal of Tropical Biomedicine* 5(8), 601-611.
79. Tayfun, K. (2019). Aroma Terapi. *Biotechnol and Strategic Health Journal*, 3(Özel Sayı), 67-73.
80. Baytop, T. (1984). *Türkiye’de Bitkiler ile Tedavi (Geçmişte ve Bugün)*. İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayın No: 40. Ders Kitabı No: 3255, İstanbul, 520 s.
81. Ökteker, T., İpçi, K., Bayar, Muluk., Cingi, C. (2016). Üst hava yolunu tedavi etmek için mür tentürünü, nane yağını ve mentolü birleştiren bir pastil. *ENT Güncellemeleri*, 5(3), 128-131.
82. Zhang, Z., Wu, X., Zhang, L., Mao, A., Ma, X., Dongxu, H. (2020). Menthol relieves acid reflux inflammation by regulating TRPV1 in esophageal epithelial cells, *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 525(1), 113-116.
83. Coon, JT., Ernest, E. (2002). Systematic review: herbal medicinal productsfor non-ulcer dyspepsia, *Aliment Pharmacol Ther.* 16, 1689–1699.
84. Yıldırım, E. (2014). Melisa, Adaçayı ve Nane Yağlarının Bilimsel Olarak İncelenmesi, Piyasa Analizi ve Kalite Tayini, Erciyes Üniversitesi, Bitirme Tezi, Kayseri.
85. McKay, DL. Blumberg, JB. (2006). A review of the bioactivity and potential health benefits of peppermint tea (*Mentha piperita* L.), *Phytother Res.* 20(8), 619-33.
86. Amato, A., Liotta, R., Mule, F. (2014). Effects of menthol on circular smooth muscle of human colon: Analysis of the mechanism of action, *European Journal of Pharmacology*, 5(740), 295-301.
87. Khanna, R., MacDonald, JK., Levesque, BG. (2014). Pepper-mint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Gastroenterol*, 48(6), 505-12.
88. Yingngama, B., Chiangsom, A., Pharikarn, P., Vonganakasame, K., Kanoknitthiran, V., Rungseewijitprapaa, W., Prasitpuriprechac, C. (2019). Optimization of menthol-loaded nanocapsules for skin application using the response surface methodology, *Journal of Drug Delivery Science and Technology*, 53.
89. Liu, Y., Ye, X., Feng, X., Zhou, G., Rong, Z., Fang, C., Chen, H. (2005). Menthol facilitates the skin analgesic effect of tetracaine gel, *International Journal of Pharmaceutics*, *Int J Pharm.* 23(1), 31-6.
90. Kligler, B., Chaudhary, S. (2007). Peppermint oil. *Am Fam Physician.* 75(7), 1027–1030.
91. Yoshida, N., Naito, Y., Hirose, R., et al. (2014). Prevention of colonic spasm using L-menthol in colonoscopic examination. *Int J Colorectal Dis.* 29(5), 579-583.

92. Chumpitazi, BP., Kearns, GL., Shulman, RJ. (2018). Review article: the physiological effects and safety of peppermint oil and its efficacy in irritable bowel syndrome and other functional disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 47(6), 738–752.
93. Kolassa, N. (2013). Menthol differs from other terpenic essential oil constituents, 65(1), 115-118.
94. Lohsiriwat, V. (2015). Treatment of Hemorrhoids: A Coloproctologist's View, *World Journal of Gastroenterology* 21(31), 9245-9252.
95. Öncü, M. (2005). Anal Fissür Tedavisinde Topikal Gliseril Trinitrat, Lateral İnternal Sfinkterektomi Ve Anal Dilatasyon Tedavilerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
96. Gallo, G., Martellucci, J., Sturiale, A., et al. (2020). Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol.* 24(2), 145-164.
97. Aydıngöz, İE., Göktay, F., Serdar, Z., Yaşar, Ş., Aslan, C. (2007). Iododerma following sitz bath with povidone-iodine, *Australasian Journal of Dermatology*, 4, ;2,102-104.
98. Ryoo, SB., Oh, HK., Song, YS., Seo, MS., Choe, EK., Moon, SH., Park, KJ. (2015). Comparison between a new electronic bidet and conventional sitz baths: a manometric evaluation of the anal resting pressure in normal healthy volunteers, *Techniques in Coloproctology*, 19(9), 35–540.
99. Siew Ping, DL., Chi, TP., Li, GM., Nk, EA. (2010). The effectiveness of sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders: A systematic review. *JBIR Libr Syst Rev.* 8(11), 447-469.
100. Gupta, PJ. (2008). Warm sitz bath does not reduce symptoms in post haemorrhoidectomy: a randomized controlled study. *ANZ J Surg.* 78(5), 398-401.
101. Fındık, ÜY., Ünver, S., Eyi, S. (2019). *Gastrointestinal Sistem Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Bakımı*, Nobel Kitapevi, (127-149).
102. Kartal, N. (2002). Hemoroidal hastalıkta tedavi yöntemleri. *Türk Aile Hek Derg.* 6(3), 121-126.
103. Yeun, EJ., Jeon, M., Lee, Y., (2016). Effectiveness of sitz bath massage on postoperative pain, anxiety and mood stated in patients with hemorrhoidectomy. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(40), 1,8.
104. Asmaa Sayed, AE, Rasha Ali Ahmed, A., Tarik Abd El-Azim, A. (2018). Effects of Warm Water Sitz Bath on Post-Hemorrhoidectomy Symptoms, *Journal of Nursing and Health Science*, 7(6), 57-65.
105. Sözütek, A., Deniz, V. (2012). Ameliyat Sonrası Analjezi, *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics.* 5(1), 100-3.
106. Lyons, NJR., C, Pathak, S., Charters, P., Daniels, IR., Smart, NJ. (2017). Systematic review and meta-analysis of the role of metronidazole in post-haemorrhoidectomy pain relief. *Colorectal Dis.* 19(9), 803-811.
107. Tejriran, T., Abbas, MA. (2005). Sitz bath: where is the evidence? Scientific basis of a common practice. *Dis Colon Rectum*, 48(12), 2336–2340.
108. Balta, AZ., Özdemir, Y., Sucullu, I., Filiz, Al., Akın, ML. (2005). The effect of early warm plastic bag application on postoperative pain after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial, *Am Surg.* 81(2), 182-6.
109. Maestre, Y., Pares, D., Salvans, S., et al. (2010). Cold or hot sitz baths in the emergency treatment of acute anal pain due to anorectal disease? Results of a randomised clinical trial, *Cirugia Espanola*, 88(2), 97-102.

- 110.Çataloğlu, S. (2018). Yaşlılık, Değer ve Teknoloji. *International Journal of Human Studies*. 1;1.
- 111.Saylam, B., Özer, VM., Düzgün, AP., Tolga, D., Gülseren, MO. (2011). Hemoroidin cerrahi tedavisinde Milligan-Morgan hemoroidektomi: 828 olgunun incelenmesi, *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(1), 31-34.
- 112.Amoli, HA., Notash, AY., Shahandashti, FJ., Kenari, AY., Ashraf, H. (2011). A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of topical diltiazem on posthaemorrhoidectomy pain. *Colorectal Dis*. 13(3), 328-332.
- 113.Yener, AC., Demirel, AH., (2015). Hemoroidal Hastalıkta Başvuru Gecikmesine Neden Olan Faktörlerin İrdelenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16, 172-177.
- 114.Sheikhan, F., Jahdi, F., Khoei, EM., Shamsalizadeh, N., Sheikhan, M., Haghani, H. (2012). Episiotomy pain relief: Use of Lavender oil essence in primiparous Iranian women. *Complement Ther Clin Pract*. 18(1), 66-70.
- 115.Rathore, R. (2019). Comparative study of conservative management of anal fissure with warm sitz bath and warm sitz shower bath, *International Surgery Journal*. 6, 6.
- 116.Folden, S.L. Backer, J.H., Gilbride, J.A., Maynard, F., Pires, M., Stevens, K., & Jones, K. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing*. 27, 5.
- 117.Garg, P. (2018). Sitz bath and keyhole deformity in benign anorectal disorders, *Techniques in Coloproctology*. 22, 471-472.
- 118.Gupta, PJ. (2006). Randomized, controlled study comparing sitz-bath and no-sitz-bath treatments in patients with acute anal fissures, *ANZ J Surg*. 76(8), 718-21.
- 119.Öncel, M., Kement, M. (2019). *Ameliyat Sonrası Bakım, Hemoroid Hastalığı ve Tedavisi*, Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık.
- 120.Gupta, PJ, (2007). Effects of warm water sitz bath on symptoms in post-anal sphincterotomy in chronic anal fissure--a randomized and controlled study. *World J Surg*. 31(7), 1480-1484.
- 121.Coşkun, A., Duzgun, SA., Uzunkoy, A., Bozer, M., Canbeyli, B. (2001). Nitroderm TTS band application for pain after hemorrhoidectomy, *Dis Colon Rectum*. 44(5), 680-5.
- 122.Wu, J., Chen, B., Yin, X., Yin, P., Lao, L., Xu, S. (2018). Effect of acupuncture on post-hemorrhoidectomy pain: a randomized controlled trial, *Journal of Pain Research*, 11, 1489-1496.
- 123.Ala, S., Eshghi, F., Enayatifard, R., Fazel, P., Banafsheh, R., Roja, H., (2013). Efficacy of Cholestyramine Ointment in Reduction of Postoperative Pain and Pain during Defecation after Open Hemorrhoidectomy: Results of a Prospective, Single-center, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial, *World Journal of Surgery*. 37, 657-662.
- 124.İnce, M., Özdemir, Y., Küçükerdönmez, Ö., Akın, ML. (2012). Gençlerde hemoroidal hastalık: Etiyolojik Risk Faktörleri. *Anatol J Clin Investig* 6(2), 109-12
- 125.Gerdle, B., Bjork, J., Henriksson, C., Bengtsson, A. (2004). Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *Journal Rheumatol* 31, 1399-406.
- 126.Shen, JB., Luo, XG., Zhou, X., Tang, CW., Ju, HY., Xu, YQ., Qin, LJ. (2017). Xiaozhi decoction reduced posthemorrhoidectomy pain and analgesic medication consumption: a prospective study. *Journal Pain Res*. 10, 197-201.



8. EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI



**MEDİPOL
UNV**
SAĞLIK
ÜNİVERSİTESİ



E-Oranlar

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.21938
Konu : Etik Kurulu Kararı

02/07/2018

Sayın Sema Melike ÖZDAMAR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Kontrolünde Ilık Su Ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Uygulamalarının Etkilerinin Karşılaştırılması" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Haniş ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Haniş ÖZBEK tarafından 02.07.2018 tarihinde onaylanmıştır.
Evrakın: https://eys.medipol.edu.tr/evrak/evrakinden/8131/5335X9 sayılı ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kırsak Mah. Elazığ Cad.No:19 Kat:3 Kat:34810
Beşiktaş/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Dil
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİM GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 392		Tarih: 27/06/2018	
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefti ÖZBEK

Unvan/Adı/Soyadı	Lisanslık Alanı	Kurum	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Kağıt		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Hanefti ÖZBEK	Farinkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Davrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet OÇUŞUK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Kerem OLCAY	Endokrin	İstanbul Medipol Üniversitesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	

* Toplantıda Huzurda

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLIMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Kontrolünde Ilık Su Ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Uygulamalarının Etkilerinin Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOYADI	Sena Melike Özdamar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DİSTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

EK 2. KURUM İZNİ



ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL HASTANESİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları hemşireliği bölümünde yüksek Lisans öğrencisi olan Sena Melike Özdamar'ın Haziran 2018- Ekim 2019 tarihleri arasında hastanemizin Genel cerrahi Servisi'ndeki hastalar ile "**Hemoroidektomi Sonrası Ağrı Kontrolünde Ilık Su ve Mentol Yağlı Oturma Banyosu Uygulamalarının Karşılaştırılması**" konulu Yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Medikal ve Sağlık Hizmetleri
ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL HASTANESİ
MURSEL EKMEKÇİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

MEDİPOL İNŞAAT VE İNŞAAT HİZMETLERİ A.Ş.
Merkezi: Kinyalı Mahallesi Ali Dede Sokakı No: 7 Kat: 2-3 Çekirge/İstanbul
Kayıt ve Vergi Dairesi 020 044 95/0

Medipol Hastanesi: Kinyalı Mahallesi Ali Dede Sokakı No: 2/2-2 Çekirge/İstanbul
Tel: 0212 844 68 68 Faks: 0212 339 46 44
www.medipol.com.tr

01.10.2019

EK 3. EĞİTİM SERTİFİKASI

Sertifika No: 2019/3799
Certificate Number: 2019/3799

BİRÜNİ
ÜNİVERSİTESİ
Sürekli Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi

EĞİTİM SERTİFİKASI
CERTIFICATE OF EDUCATION

Sayın Sena Melike Özdamar Taşçı

02.11.2019-24.11.2019 tarihleri arasında düzenlenen 45 saatlik "Teorik ve Uygulamalı Fitoterapi Eğitimi"ni başarıyla tamamlayarak sertifika almaya hak kazanmıştır.
Has successfully completed the training programme in: "Phytotherapy Training: Theory and Application" held between 02.11.2019-24.11.2019 (total 45 hours), and deserved to receive this certificate.

[Signature]
Prof. Dr. Adnan ÖMERUSTAĞLICI
Sürekli Eğitim Merkezi
Müdür

[Signature]
Prof. Dr. Adnan YÜKSÜL
Bir üni Üniversitesi
Rektör

EK 4. TANITICI BİLGİ FORMU

Oturma Banyosu Türü:

Birey Sıra No:

**HEMOROİDEKTOMİ SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE ILIK SU VE
MENTOL YAĞLI OTURMA BANYOSU UYGULAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI****I. TANITICI BİLGİLER**

1. Cinsiyetiniz nedir?:

a) Kadın b) Erkek

2. Kaç yaşındasınız? :

3. Boyunuz kaç cm.?:

4. Kaç kilosunuz? :

5. Beden Kitle İndeksi? :

6. Medeni durumunuz nedir?:

a) Bekar b) Evli

7. Eğitim durumunuz nedir?:

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Yüksekokul /
Fakülte

g) Yüksek lisans / Doktora

8. Mesleğiniz / Çalışma durumunuz nedir?:

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli e) Serbest meslek f) Öğrenci g) İşsiz h) Diğer
(Açıklayınız)

9. Sosyal güvenceniz var mı? :

a) Evet b) Hayır

10. Gelir durumunuz nedir?:

a) Gelir gidere göre az b) Gelir gideri dengeler c) Gelir gidere göre yüksek

11. Yaşadığınız Yer:

a) İl b) İlçe c) Belde / Köy

12. Kronik hastalığı:

a) Yok b) Var.....

13. Sürekli kullandığı ilaç:

a) Yok b) Var.....

14. Ameliyat öncesi dönemde hemoroid hastalığınıza alternatif tıp yöntemleri uyguladınız mı?

a) Evet b) Hayır

15. Sık sık konstipasyon yaşar mısınız?

a) Evet b) Hayır

16. Laksatif kullanımınız var mıdır?

a) Evet b) Hayır

17. Sık sık diyare olur musunuz?

a) Evet b) Hayır

18. Daha önce anorektal cerrahi geçirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

19. Ameliyatınızı hangi anestezi yöntemiyle oldunuz?

a) Genel b) Spinal c) Epidural d) Lokal e) Sinir bloğu

20. Ailenizde veya akrabalarınızda anorektal cerrahi geçirmiş olan hasta var mıdır?

a) Evet b) Hayır

21. Kahvaltı yapar mısınız?

a) Evet.....b) Hayır

22. Besin ögelerinden en çok hangisini tercih edersiniz?

a)Karbonhidrat b)Yağlı c)Protein

23. Günde kaç litre su içersiniz?

a)0-1lt b)2-3lt c)4-5 lt

EK 5. ILIK VE MENTOL YAĞLI OTURMA BANYOSU AĞRI ÇİZELGELERİ

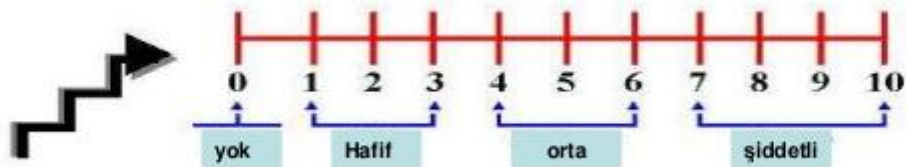
II. Ilık Oturma Banyosu Ağrı Testi

AMELİYAT SONRASI UYGULAMA SAATİ	Uygulama Öncesi Ağrı	Uygulama Sonrası Ağrı	İlk Defekasyon Öncesi Ağrı	İlk Defekasyon Sonrası Ağrı
Post - Op 1.gün 4.saat				
Post – Op 1.gün 18.saat				

III. Mentol Yağlı Ilık Oturma Banyosu Ağrı Testi

AMELİYAT SONRASI UYGULAMA SAATİ	Uygulama Öncesi Ağrı	Uygulama Sonrası Ağrı	İlk Defekasyon Öncesi Ağrı	İlk Defekasyon Sonrası Ağrı
Post - Op 1.gün 4.saat				
Post – Op 1.gün 18.saat				

EK 6. SAYISAL DEĞERLENDİRME SKALASI (NUMERIC RATING SCALE) (NRS)



1. Ameliyat sonrası 0-2 saat NRS :
2. Ameliyat sonrası 2-6 saat NRS:
3. Ameliyat sonrası 6-12 saat NRS:
4. Ameliyat sonrası 12-24 saat NRS :
5. Ameliyat sonrası 24-48 saat NRS:

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Mentol yağının rahatlatıcı etkisi ılık oturma banyosu ile birleştirilerek ve sadece ılık oturma banyosunun ameliyat sonrası ağrının ve ameliyat sonrası ilk defakasyon ağrısı üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Giriş

Merhaba ben Sena Melike Özdamar, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Çalışmamın amacı; Mentol yağının rahatlatıcı etkisi ılık oturma banyosu ile birleştirilerek ve sadece ılık oturma banyosunun ameliyat sonrası ağrının ve ameliyat sonrası ilk defakasyon ağrısı üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Kimliğinizi belirtmek zorunluluğunda olmadığınızı ve verilerin sadece bu araştırmada kullanılacağını belirtmek isterim. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

9. ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

İ-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sena Melike ÖZDAMAR TAŞCI

Doğum yeri ve tarihi: Avcılar/İSTANBUL ve 14.10.1995

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: -

İletişimi adresi ve telefonu: ozdamarsenamelike@gmail.com ve 0553 1406156

Yabancı Dili: İngilizce

İİ-Eğitimi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi 2017-

İstanbul Medipol Üniversitesi 2013-2017

Hasan Şadoğlu Lisesi 2009-2013

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Araştırma Görevlisi 2018-

IV-Mesleki Deneyimi

İstanbul Koşuyolu Medipol Hastanesi/Ameliyathane 2017-2018

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Öğrenci Hemşireler Derneği

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği

VI-Bilimsel İlgi Alanları

Genel Cerrahi Hemşirelik Bakımı, Plastik Cerrahi Hemşirelik Bakımı, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi.

V-Yayınları

1. TASCI SENA MELİKE, GEZGİNCİ E, GOKTAS S (2020), Comparison of the Efficacy of two Different Training Methods on the Surgical Safety Checklist: A Randomized Study, 13(1);53.
2. ATEŞ SEBAHAT, ÖZDAMAR SENA MELİKE, BULUT BERNA (2019). Determination of Nursing Students' Attitudes Towards Evidence Based Nursing. MUISC 19 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4993303).
3. DEMIRHAN BÜŞRA SELMA, KANDEMİR DİDEM, TAŞCI SENA MELİKE (2019). Hibrid Ameliyathanelerde Hasta ve Çalışan Güvenliği. 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, İzmir. (Poster Bildiri).
4. ÖZDAMAR SENA MELİKE, GEZGİNCİ ELİF, GÖKTAŞ SONAY (2019). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ne İlişkin İki Farklı Eğitim Yönteminin Etkinliğinin Karşılaştırılması: Randomize Çalışma. 3. ULUSLARARASI 11. ULUSAL TÜRK CERRAHİ VE AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ - 2019 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:6255710)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeler

Patentler

Verdiği konferans ya da seminerler katıldığı paneller (panelist olarak)

1. Teorik ve Uygulamalı Fitoterapi Eğitimi, Fitoterapi Aromaterapi ve Arometrapinin Uygulanması, Uygulama Alanları, Sistemik Etkileri, Biruni Üniversitesi, Kurs, 20.09.2019 -20.10.2019 (Ulusal)

VIII- Diğer Bilgiler Diğer üyelikleri