

Benign Anorektal Hastalıklar ile Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Relationship Between Benign Anorectal Diseases and Lifestyle and Nutritional Habits

^{ID} Aybala TAZEÖĞLU^a, ^{ID} Cemile İDİZ^b, ^{ID} Deniz TAZEÖĞLU^c, ^{ID} Fazıl SAĞLAM^d, ^{ID} Ali ALEMDAR^d

^aOsmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik ABD, Osmaniye, TÜRKİYE

^bİstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Beslenme ve Diyet Bölümü, Diyet Polikliniği, İstanbul, TÜRKİYE

^cMersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Mersin, TÜRKİYE

^dSağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE

Bu çalışma, 16. Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi (16-20 Mayıs 2017, Antalya)'nde sözlü olarak sunulmuştur.

ÖZET Amaç: Benign anal hastalıkların (hemoroid, anal fissür ve anal fistül) etiolojisinde, beslenme ve yaşam tarzının ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, anal bölgenin benign hastalıkları sebebiyle hastaneye başvuran hastalar ile herhangi bir anorektal şikâyeti olmayan kişilerin beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde prospektif olarak dizayn edilen araştırmaya, Ağustos 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında 130 hasta dâhil edilmiştir. Hemoroid, anal fissür, anal fistül ve anorektal şikâyeti olmayan kontrol grubu olarak 4 grup vardır. Yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, yaşam tarzı ve alışkanlıkları sorgulanmış, değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Grupların sırasıyla; ortalama yaşı 44,31±14,51 yıl, (n=38) kadın (K)/erkek (E) oranı 14/24; 34,50±12,06 yıl, (n=28) K/E oranı 12/16; 39,20±8,73 yıl, (n=34) K/E oranı 3/31; 40,76±12,11 yıl olup, (n=30) K/E ise oranı 8/22 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda, benign anal hastalığı olanlara göre daha fazla egzersiz yaptığı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kontrol grubundaki hastaların, diğer gruptaki hastalara göre daha fazla su ve çay tükettiği, daha az şeker kullandığı, düzenli yemek yediği, ara öğün yaptığı ve daha fazla lifli gıda tüketmeye dikkat ettiği, daha sık gaita yapma alışkanlığına sahip olduğu, daha az tuvalette vakit geçirdiği, tuvaletten sonra tam boşalma hissinin daha fazla olduğu ve daha düzenli dışkılama yaptıkları görülmüştür (p<0,05). **Sonuç:** Literatürde, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ile benign anal hastalıklar arasında sıkı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada, benign anorektal hastalığı olmayan hastalar ile hastalığı olanların, yaşam tarzı ve beslenmeleri arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Böylece yaşam tarzı ve beslenmenin düzenlenmesinin, benign hastalıkları engelleyebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anüs hastalıkları; yaşam tarzı; beslenme

ABSTRACT Objective: It is known that the relationship between nutrition and lifestyle is the etiology of benign anal diseases (hemorrhoids, anal fissures and anal fistulas). The aim of this study was to compare the nutritional and lifestyle habits of patients who presented to the hospital with benign diseases of the anal region and those without any anorectal complaints. **Material and Methods:** A total of 130 patients were included in the study which was designed prospectively in Okmeydanı Training and Research Hospital between August 2016 and December 2016. There were four groups as hemorrhoids, anal fissures, anal fistulas and control group without anorectal complaints. Age, height, weight, BMI, lifestyle and habits were evaluated. **Results:** The groups were; mean age was 44.31±14.51 years, and the (n=38) female (F)/male (M) ratio was 14/24; 34.50±12.06 years, (n=28) F/M ratio 12/16; 39.20±8.73 years, (n=34) F/M ratio 3/31; was 40.76±12.11 years and the ratio of (n=30) F/M was found to be 8/22. It was statistically significant that exercised more exercise in the control group than those with benign anal disease (p<0.05). The patients in the control group consumed more water and tea, consumed less sugar, ate regular meals, took snacks, and paid attention to consuming more fibrous food, had more habit of making stools, spent less time in the toilet than the patients in the other group. It was observed that the feeling of full ejaculation was higher and they performed more regular defecation (p<0.05). **Conclusion:** There is a close relationship between lifestyle and dietary habits and benign anal diseases in the literature. In this study, significant differences were observed between lifestyle and nutrition of patients without benign anorectal disease and those with disease. Thus, it is thought that the regulation of lifestyle and nutrition may prevent benign diseases.

Keywords: Anus diseases; lifestyle; nutrition

Correspondence: Aybala TAZEÖĞLU

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik ABD, Osmaniye, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: aybala_86@hotmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Traditional Medical Complementary Therapies.

Received: 21 Apr 2020 **Received in revised form:** 15 Jun 2020 **Accepted:** 18 Jun 2020 **Available online:** 11 Dec 2020

2630-6425 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anal bölgede gözlenen hastalıklar, genellikle benign karakterde olup, benign anal hastalıklarının büyük bir kısmını ise hemoroidler, anal fissürler ve anal fistüller oluşturur.¹ Benign anorektal hastalıklara, sık gözlenmelerine rağmen hastaların utanmaları ve perianal hastalıklar hakkındaki eğitim yetersizlikleri sebebiyle çoğu zaman yanlış tanı ve tedaviler uygulanmakta ve prevalansları tam olarak bilinmemektedir.²⁻⁵

Anal fissürün etiolojisinde sert gaita, kabızlık ve uzun süreli ishal gibi anal kanalda oluşan travmalar önemli yer tutmaktadır.^{6,7} Hemoroidin etiolojisinde ise kabızlık ve ishal, ek olarak uzun süreli oturma ve gebelik de sayılabilmektedir.⁴ Anal fistülün etiolojisinde ise hemoroid ve anal fissürden farklı olarak anorektal apseler ve Crohn hastalığı ilk sıradaki hastalıklardır.^{5,8}

Hemoroid ve anal fissürün cerrahi öncesi tedavisinde ve cerrahi sonrasında hastalığın tekrar etmesinde, anal fistülün ise cerrahi sonrasında tekrar etmesinin engellenmesinde, kabızlığın önlenmesi, lifli diyet, su tüketiminin artırılması, düzenli ve dengeli beslenme gibi beslenme önerileri ile çok oturma gibi yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olduğu bildirilmektedir.⁹⁻¹¹

Bu çalışmamızda, anal bölgenin benign hastalıkları sebebiyle hastaneye başvuran hastalar ile herhangi bir anorektal şikâyeti olmayan kişilerin beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE ARAŞTIRMA PLANI

Çalışmaya, Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Lokal İnsan Etik Kurulunun 29 Aralık 2015 tarihli ve 390 sayılı kararına göre onay alınmasını takiben başlanmıştır. Çalışmamız, Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Prospektif olarak dizayn edilen çalışmanın evrenini, genel cerrahi polikliniğine Ağustos 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında makatta kanama, ağrı, kaşıntı, akıntı şikâyeti olan 18-80 yaş arası hastalar ile herhangi bir anorektal şikâyeti olmayan, başka problemler nedeni ile hastaneye başvuran yine 18-80 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Makatta kanama, ağrı, kaşıntı, akıntı

şikâyeti olan hastalar, yapılan anorektal muayenede ve tetkiklerde hemoroid, anal fissür veya anal fistül tanısı almasını takiben çalışmaya dâhil edildi. Yaşı 55'in üzerinde olan, son birkaç ayda kilo kaybı olan ve birinci derece yakınlarında kolorektal kanser öyküsü olan hastalara, kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide divertikül, kanser, polip veya malignite açısından şüpheli lezyon saptanan hastalar ile muayene tarihinden 2 ay öncesine kadar anal apse gelişmiş olan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

Çalışmaya, toplam 130 hasta dâhil edilmiş ve hastaların tanılarına göre çalışmaya katılanlar 4 gruba ayrılmıştır. İlk gruptaki hastaları, anorektal muayenelerinde hemoroid saptanan hastalar; ikinci gruptaki hastaları, anorektal muayenelerinde anal fissür saptanan hastalar; üçüncü gruptaki hastaları; anorektal muayenelerinde anal fistül saptanan hastalar, son gruptaki hastaları ise anorektal muayenelerinde herhangi bir patoloji bulunmayan ve farklı sebeplerden genel cerrahi polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Tüm gruptaki hastaların yaşları, boyları, kiloları, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim ve gelir durumları, meslekleri, sigara-alkol kullanım öyküleri, fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme ve tuvalet alışkanlıkları sorgulanmış, gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir.

Hastaların fiziksel aktiviteleri; hiç spor yapmayanlar ve günlük hareketi kısıtlı olan masabaşı çalışanlar sedanter, haftada üç dört gün spor yapanlar orta aktivite, her gün ağır spor yapanlar veya ağır işte çalışanlar aktif olarak alınmıştır.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi, SPSS 21.0 (IBM, Armonk, NY, ABD) ile biyoistatistik uzmanı tarafından %95 güven aralığı ve p<0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Gruplar arası yaş ve BKİ analizi, "one-way ANOVA" testi ve ki-kare testiyle yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların hemoroid grubundaki (Grup 1) hastaların (n=38) ortalama yaşı 44,31±14,51 yıl

TABLO 1: Hastaların demografik verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Grup 1 (n=38)	Grup 2 (n=28)	Grup 3 (n=34)	Grup 4 (n=30)	p
Yaş (yıl) (Ort±SS)		44,31±14,51	34,50±12,06	39,20±8,73	40,76±12,11	0,011
Öğrenim durumu (n)	İlkokul ve altı	23	12	16	12	0,454
	Ortaokul	8	7	7	5	
	Lise ve üstü	7	9	11	13	
Fiziksel aktivite düzeyleri (n)	Hafif	22	17	11	9	0,045
	Orta	15	10	23	19	
	Ağır	1	1	0	2	
Aylık gelir durumları (n)	≤1.000 TL	15	13	9	7	0,095
	1.001-2.000 TL	22	15	24	19	
	≥2.000 TL	1	0	1	4	
BKİ (Ort±SS)		26,46±4,09	23,95±8,18	27,33±4,03	27,24±3,54	0,045
1 ve 2. derece akrabalarında benzer hastalık durumu (n)	Evet	31	16	15	12	0,002
	Hayır	7	12	19	18	

BKİ: Beden kitle indeksi.

olup, kadın (K)/erkek (E) oranı 14/24; anal fissür grubundaki (Grup 2) hastaların (n=28) ortalama yaşı 34,50±12,06 olup, K/E oranı 12/16; anal fistül grubundaki (Grup 3) hastaların (n=34) ortalama yaşı 39,20±8,73 olup, K/E oranı 3/31; kontrol grubundaki (Grup 4) hastaların (n=30) ortalama yaşı 40,76±12,11 olup, K/E oranı 8/22 idi. **Tablo 1**'de, hastaların ortalama yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, hemoroid hastalarının diğer gruplara göre yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, anal fissür hastalarının yaş ortalamasının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca BKİ düzeyleri, eğitim ve gelir durumları ve fiziksel aktivite düzeylerinin gruplara göre dağılımı **Tablo 1**'de yer almaktadır. Gruplar arasında öğrenim durumu, gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, kontrol grubundaki hastaların, benign anal hastalığı olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla egzersiz yaptığı, 1 ve 2. derece akrabalarında daha az benign anal hastalık olduğu gözlenmektedir.

Hastaların beslenme alışkanlıklarının ve sigara-alkol kullanım durumlarının gruplara göre dağılımı **Tablo 2**'de görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların, diğer gruptaki hastalara göre daha fazla su ve çay tükettiği, daha az sigara kullandığı, içeceklerinde daha az şeker kullandığı, daha düzenli yemek yediği, daha fazla ara öğün yaptığı, daha az abur cubur ye-

diği, benign anal hastalıklar ile beslenme ilişkisinin daha fazla farkında olduğu ve daha fazla lifli gıda tüketmeye dikkat ettiği saptanmıştır.

Hastaların gaita alışkanlıkları ile hastalıklar arasındaki ilişki **Tablo 3**'te görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların, diğer gruptaki hastalara göre daha sık gaita yapma alışkanlığına sahip olduğu, daha az tuvalette vakit geçirdiği, ev dışında daha çok tuvalete gittikleri, gaita yaptıktan sonra tam boşalma hissinin daha fazla olduğu, daha az üriner-genital şikâyeti olduğu ve daha düzenli dışkılama yaptıkları anlaşılmaktadır.

TARTIŞMA

Hemoroid, özellikle 45-65 yaş aralığında görülen ve sık gözlenen bir hastalık olup, hayat tarzı ile hemoroid gelişimi arasında sıkı ilişki olduğunu bildiren çok sayıda yayın mevcuttur.^{4,12}

Hem hemoroid hem de anal fissür hastalarının tedavisinde lifli gıdalar önerilmektedir.^{13,14} Lifli gıdalar, sıvıların absorpsiyonu ve tutulmasında görev yapmaktadır. Böylece sert gaitanın yumuşamasını, çok sulu gaitanın ise sıkılaşmasını sağlamaktadırlar. Ayrıca bağırsak hareketlerini de düzenleyerek, tam gaita boşalmasına yardım etmektedir.¹⁵ "The US Department of Agriculture" ve "US Department of Health and Human Services", günlük 1.000 kcal için 14 g lif alınmasını önermektedir.¹⁶

TABLO 2: Beslenme alışkanlıkları ve hasta bilgi düzeylerinin gruplara göre dağılımı.

		Grup 1 (n=38)	Grup 2 (n=28)	Grup 3 (n=34)	Grup 4 (n=30)	p
Günlük su tüketim miktarları	≤1 L	22	14	21	5	0,001
	>1 L	16	14	13	25	
Günlük çay tüketimi	≤5 bardak	30	15	19	10	0,002
	>5 bardak	8	13	15	20	
Günlük kahve tüketimi	<1 fincan	15	15	19	10	0,207
	≥1 fincan	23	13	15	20	
Sigara kullanım durumu (n)	Kullanıyor	21	14	24	10	0,061
	Bırakmış	7	4	5	11	
	Hiç içmemiş	10	10	5	9	
Alkol kullanım durumu (n)	Hiç kullanmamış	26	20	22	20	0,742
	Sosyal içici	6	6	8	7	
	Haftada 1-2 kadeh	4	2	4	3	
	Haftada 3-5 kadeh	2	0	0	0	
İçeceklerde şeker kullanımı	Evet	24	20	23	9	0,004
	Hayır	14	8	11	21	
Kahvaltı yapma durumu	Evet	29	23	31	29	0,073
	Hayır	9	5	3	1	
Öğün atlama durumu	Bazen	26	18	21	10	0,020
	Hayır	12	10	13	20	
Ara öğün yapma durumu	Evet	3	4	10	17	0,000
	Hayır	35	24	24	13	
Abur cubur yeme durumu	Evet	31	23	28	14	0,002
	Hayır	7	5	6	16	
Lifin manasının bilinme durumu	Evet	15	6	10	14	0,181
	Hayır	23	22	24	16	
Lif-tuvalet ilişkisinin bilinme durumu	Evet	12	8	7	15	0,085
	Hayır	26	20	27	15	
Lif gıda tüketim sıklığı	Her öğün tüketirim	0	1	3	19	0,000
	Lifli beslenmeye dikkat etmem	38	27	31	11	
Hastalık-beslenme ilişkisinin bilinme durumu	Evet	10	3	1	9	0,011
	Hayır	28	25	33	21	
Hastalık için diyet önerisi alma durumu	Evet	6	3	0	6	0,065
	Hayır	32	25	34	24	

Özellikle son yıllarda endüstri alanındaki gelişmeler, beslenme tarzında değişikliklere ve lifli gıdaların tüketilmesinde azalmaya sebep olmuştur.¹⁷ Lifli gıdaların laksatif olarak tanıtılması sebebiyle özellikle diyare olan ve sık gaita yapan insanlar tarafından kullanılmamaya başlanmıştır.¹⁵ Anal fissür hastaları için de lifli gıda alımının artırılmasının yanı sıra sıvı alımını artırmanın, sıcak oturma banyolarının faydalı olduğu bildirilmektedir.¹³ Anal fissür hastalarında rekürrensi önlemede, diyetle lif alımının araştırıldığı bir çalışmada, günlük en az 5 g lif alan hastalarda, plasebo kullanan hastalardan daha az rekürrensi gerçekleştiği gözlenmiştir (sırasıyla; %16, %68).¹⁸ Ç-

alışmamızda da kontrol grubuna göre değerlendirildiğinde hemoroid, anal fissür ve anal fistül gruplarında lif alımının anlamlı olarak düşük olduğu ve lifli gıda alımına dikkat etmedikleri görülmektedir. Ayrıca hemoroid, anal fissür ve anal fistül gruplarında, hastaların lifin manasını ve lifli beslenme ile tuvalete çıkma arasındaki ilişkiyi daha az bilmelerine rağmen kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hemoroid hastaları için tuvalet alışkanlıkları ile ilgili öneriler şu şekilde sıralanmaktadır; tuvalette 2 dk'dan fazla zaman harcanmaması gerekmektedir, çömelir tarzda gaita yapmak rektumun

TABLO 3: Gaita yapma alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı.

		Grup 1 (n=38)	Grup 2 (n=28)	Grup 3 (n=34)	Grup 4 (n=30)	p
Gaita yapma sıklığı	Her gün	9	12	21	24	0,000
	Günaşırı	15	8	6	6	
	Haftada 3 ve daha az	14	8	7	0	
Tuvalette geçirilen toplam süre	≤5 dk	7	6	13	6	0,028
	6-10 dk	14	5	9	16	
	>10 dk	17	17	12	8	
Tuvalette gazete telefon kullanımı	Evet	3	3	2	5	0,508
	Hayır	35	25	32	25	
Ev dışında tuvalet kullanım durumu	Evet	18	14	22	30	0,000
	Hayır	20	14	12	0	
Laksatif- purgatif kullanımı	Evet	23	13	12	9	0,052
	Hayır	15	15	22	21	
Gaita yaptıktan sonra boşalmama hissi	Evet	32	22	23	1	0,000
	Hayır	6	6	11	29	
Üriner-genital şikâyet	Evet	20	7	10	3	0,002
	Hayır	18	21	24	27	
Stres durumu	Evet	29	22	28	28	0,295
	Hayır	9	6	6	2	
Yemeklerden sonra gaita yapma alışkanlığı	Evet	5	3	11	18	0,000
	Hayır	33	25	23	12	

daha iyi boşalmasını sağlar, aşırı temizlenmemeli ve temizlemek için kimyasal içermeyen su kullanılmalıdır.¹⁵ Ayrıca anal hijyenin sağlanması, oturma banyosu yapılması da hemoroid hastaları için önerilmektedir.¹⁹

Johanson ve Sonnenberg'in yaptığı bir çalışmada, konstipasyon ve hemoroid arasındaki ilişki 325 hasta arasında değerlendirilmiş ve kabızlık ile hemoroid arasında bir ilişki gözlenmezken, diare ile hemoroid arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.²⁰ Riss ve ark.nın, 976 gönüllü üzerinde yaptığı bir çalışmada, 380 hemoroid hastası ile hemoroid olmayan gönüllüler karşılaştırılmış ve hemoroid olan hastaların, diğerlerine göre anlamlı oranda yüksek konstipasyon skoruna sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, hemoroid hastalarında, sağlıklı gönüllülere göre gaita yaparken ağrının ve laksatif, parmak kullanımı gibi yardıma gereksinim duymasının istatistiksel olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir.²¹ Çalışmamızda ise her 3 grupta da kontrol grubuna göre hastalar tuvalette daha fazla zaman geçirirken, gaita yapma sıklıkları ise daha düşüktür. Ayrıca tüm gruplardaki hastaların, kontrol grubuna göre daha sık laksatif-purgatif kullandıkları gözlenmiştir.

Yine çalışmamızda, kontrol grubundaki katılımcıların defekasyon için eve gitmeyi beklemedikleri, diğer gruptaki hastaların ise daha uzun süre defekasyon yapmayarak kendi evlerindeki tuvaletleri kullandıkları göze çarpmaktadır.

Benign anorektal hastalıklar için birçok kaynakta günlük sıvı alımının artırılması önerilmektedir.^{22,23} Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kontrol grubunun, diğer gruplardan daha fazla oranda su ve çay tükettikleri gözlemlenmektedir. Hemoroid gelişiminde alkol alımı da sorumlu tutulmakta ve alkol alımının kronik konstipasyona sebep olduğu bildirilmektedir.^{24,25} Çalışmamızda ise hastaların ve kontrol grubunun büyük çoğunluğu alkol almamakta olup, tüm gruplar arasında alkol kullanım sıklığında herhangi bir farklılık görülmemesine rağmen en sık alkol kullanan 2 hasta da hemoroid grubundadır.

SONUÇ

Sonuç olarak benign anorektal hastalıkların etiyojisi, literatürde yıllardır tanımlanmaya çalışılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ile benign anal hastalıklar arasında sıkı

bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda da literatürdeki bilgilerle uyumlu olarak benign anorektal hastalığı olmayan hastalar ile benign anorektal hastalığı olan hastaların yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bu durum, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesinin, benign hastalıkları engelleyebileceğini düşündürmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyesi veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Deniz Tazeoğlu, Aybala Tazeoğlu, Cemile İdiz; **Tasarım:** Cemile İdiz, Aybala Tazeoğlu, Deniz Tazeoğlu; **Denetleme/Danışmanlık:** Deniz Tazeoğlu, Fazıl Sağlam, Ali Alemdar; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Aybala Tazeoğlu, Deniz Tazeoğlu, Fazıl Sağlam; **Analiz ve/veya Yorum:** Cemile İdiz, Ali Alemdar; **Kaynak Taraması:** Aybala Tazeoğlu, Deniz Tazeoğlu, Cemile İdiz; **Makalenin Yazımı:** Aybala Tazeoğlu, Cemile İdiz; **Eleştirel İnceleme:** Ali Alemdar, Fazıl Sağlam; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Deniz Tazeoğlu, Aybala Tazeoğlu, Cemile İdiz; **Malzemeler:** Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Deniz Tazeoğlu.

KAYNAKLAR

- Clark SJ. Benign anal disease. JAAPA. 2016;29(11):23-9.[PubMed]
- Goldstein ET. Outcomes of anorectal disease in a health maintenance organization setting. The need for colorectal surgeons. Dis Colon Rectum. 1996;39(11):1193-8. [Crossref] [PubMed]
- Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010;90(1):17-32.[Crossref] [PubMed]
- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology. 1990;98(2):380-6.[Crossref] [PubMed]
- Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. Dis Colon Rectum. 1995;38(4):341-4.[Crossref] [PubMed]
- Oh C, Divino CM, Steinhagen RM. Anal fissure. 20-year experience. Dis Colon Rectum. 1995;38(4):378-82.[Crossref] [PubMed]
- Madalinski MH. Identifying the best therapy for chronic anal fissure. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2011;2(2):9-16.[PubMed]
- Nordgren S, Fasth S, Hultén L. Anal fistulas in Crohn's disease: incidence and outcome of surgical treatment. Int J Colorectal Dis. 1992;7(4):214-8.[Crossref] [PubMed]
- Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomised study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus bran. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;292(6529):1167-9.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Keighley M. Fissure in ano. In: Keighley MRB, Williams NS, eds. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Vol. 1. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p.364-86.
- Geçim E. [Hemorroidal disease]. Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Leventoğlu S, editörler. Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları. 1. Baskı Ankara: Türk Kolon Rektum Cerrahisi Demeği; 2011. p.58-9.
- Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004;126(5):1463-73. [Crossref] [PubMed]
- Shawki S, Costedio M. Anal fissure and stenosis. Gastroenterol Clin North Am. 2013;42(4):729-58.[Crossref] [PubMed]
- Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. Dis Colon Rectum. 1982;25(5):454-6.[Crossref] [PubMed]
- Chang J, Mclemore E, Tejirian T. Anal health care basics. Perm J. 2016;20(4):15-222. [PubMed]
- U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th ed. 2015.[Link]
- Clemens R, Kranz S, Mobley AR, Nicklas TA, Raimondi MP, Rodriguez JC, et al. Filling America's fiber intake gap: summary of a roundtable to probe realistic solutions with a focus on grain-based foods. J Nutr. 2012;142(7):1390S-401S. [Crossref] [PubMed]
- Jensen SL. Maintenance therapy with unprocessed bran in the prevention of acute anal fissure recurrence. J R Soc Med. 1987;80(5):296-8.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Chong PS, Bartolo DCC. Hemorrhoids and fissure in ano. Gastroenterol Clin North Am. 2008;37(3):627-44.[Crossref] [PubMed]
- Johanson JF, Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents. Am J Gastroenterol. 1994;89(11):1981-6.[PubMed]
- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Mittlböck M, Stift A. Haemorrhoids, constipation and faecal incontinence: is there any relationship? Colorectal Dis. 2011;13(8):e227-33. [Crossref] [PubMed]
- Dunn KMB, Rothenberger DA. Colon, rectum, and anus. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, eds. Schwartz's Principles of Surgery. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. p.1223
- Villalba H, Villalba S, Abbas MA. Anal fissure: a common cause of anal pain. Perm J. 2007;11(4):62-5.[Crossref] [PubMed]
- Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg. 1994;81(7):946-54.[PubMed]
- Chang JY, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. Neurogastroenterol Motil. 2007;19(11):905-11.[Crossref] [PubMed]